

# NASJONALE MEDISINSKE KVALITETSREGISTRE 2022

- en sammenstilling av dataleveranse, dekningsgrad  
og måloppnåelse for sykehus i Helse Nord-  
Trøndelag 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](http://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](http://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](http://www.kvalitetsregistre.no/registeroversikt).

Målgruppen for denne sammenstillingen er St. Olavs hospital HF ved styret, adm. direktør, fagdirektør og kvalitetssjef, regionalt brukerutvalg, klinikksjefer, 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 Helse Nord-Trøndelag HF .....	0
2.1 Registre med lav dekningsgrad .....	0
Tabell 1. Oversikt over registre med manglende/lav dekningsgrad i Helse Nord-Trøndelag HF ....	0
2.2 Kvalitetsindikatorer med lav måloppnåelse.....	1
3. Dekningsgrad og måloppnåelse av kvalitetsindikatorer ved Helse Nord-Trøndelag HF fra nasjonale medisinske kvalitetsregistre 2022 .....	3
3.1 Hjerne- og karsykdommer.....	3
Tabell 2. Norsk hjerneslagregister.....	3
Tabell 3. Norsk hjerteinfarktregister .....	4
Tabell 4. Norsk hjertesviktregister .....	5
Tabell 5. Norsk hjertestansregister .....	6
3.2 Luftveier.....	6
Tabell 6. Nasjonalt register for lagtidsmekanisk ventilasjon.....	6
3.3 Diabetes.....	7
Tabell 7. Norsk diabetesregister for voksne.....	7
3.4 Nervesystemet .....	8
Tabell 8. Norsk kvalitets- og oppfølgingsregister for cerebral parese (NorCP).....	8
Tabell 9. Norsk MS-register og biobank .....	8
Tabell 10. Norsk register for personer som utredes for kognitive symptomer i spesialisthelsetjenesten (NorKog) .....	9
Tabell 11. Norsk parkinsonregister og biobank.....	10
3.5 Muskel og skjelett .....	11
Tabell 12. Nasjonalt register for leddproteser .....	11
Tabell 13. Nasjonalt hoftebruddregister .....	12
Tabell 14. Nasjonalt kvalitetsregister for ryggkirurgi .....	13
Tabell 15. Norsk nakke- og ryggregister .....	14
Tabell 16. Nasjonalt korsbåndsregister .....	14
3.6 Mage og tarm .....	15
Tabell 17. Norsk kvalitetsregister for fedmekirurgi.....	15
Tabell 18. Norsk register for gastrokirurgi (Gastronet).....	15
Tabell 19. Norsk register for gastrokirurgi (NoRGast).....	16
3.7 Nyresykdommer .....	17

Tabell 20. Norsk nyreregister .....	17
Fortsettelse Norsk nyreregister.....	18
3.8 Revamtologi.....	19
Tabell 21. Norsk kvalitetsregister for artrittsykdommer (NorArtritt) .....	19
3.9 Gynekologi.....	20
Tabell 22. Norsk gynekologisk endoskopregister .....	20
Tabell 23. Norsk kvinnelig inkontinensregister .....	20
3.10 Skade og intensiv.....	21
Tabell 24. Norsk intensiv- og pandemiregister.....	21
Tabell 25. Norsk nyfødmedisinsk kvalitetsregister .....	22
Tabell 26. Nasjonalt traumeregister.....	23
3.11 Autoimmune sykdommer.....	24
Tabell 27. Nasjonalt register for organspesifikke autoimmune sykdommer (ROAS).....	24
Tabell 28. Norsk vaskulittregister og biobank (NorVas).....	25
3.12 Øre- nese- hals.....	26
Tabell 29. Norsk kvalitetsregister Øre-Nese-Hals-Tonsilleregisteret .....	26
3.13 Psykisk helse og rus .....	27
Tabell 30. Norsk kvalitetsregister for behandling av spiseforstyrrelser (NorSpis) .....	27
3.14 Andre .....	28
Tabell 31. Norsk porfyriregister.....	28
3.15 Helse Nord-Trøndelag HF rapporterer ikke til disse registrene .....	29
3.16 Følgende register hadde ikke publisert resultater for 2022 på kvalitetsregistre.no .....	29
3.17 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  $\geq 60$  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 Hjertesviktpolikliniken	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 Helse Nord-Trøndelag HF

Dette kapitlet gir en oppsummering av resultatene fra medisinske kvalitetsregistre for Nord-Trøndelag 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 Registre 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 Nord-Trøndelag 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 Helse Nord-Trøndelag HF i 2022.

**Tabell 1. Oversikt over registre med manglende eller lav dekningsgrad i Helse Nord-Trøndelag HF**

Register med lav dekningsgrad	Enhet	Dekningsgrad
Gastronet Kolonoskopi	Levanger og Namsos	55 % og 0 %
Gastronet- ERCP*	Levanger og Namsos	0 %
Norsk karkirurgisk register (NORKAR)	Levanger	0 %
Norsk MS-register og biobank – dekningsgrad for nydiagnostiserte	Helse Nord-Trøndelag	25 %
Norsk register for gastrokirurgi (NorGast) – total dekningsgrad	Helse Nord-Trøndelag	55 %
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 hjerteinfarktregister (Tabell 3)**
  - **Reperfusjon innen anbefalt tid ved STEMI.** Lav måloppnåelse i Levanger og Namsos
  - **Trombolyse innen anbefalt tid ved STEMI.** Lav måloppnåelse i Levanger og Namsos
  - **Utskrevet med betablokker hvis indikasjon.** Lav måloppnåelse i Levanger og Namsos
  - **ACE-hemmer/All-antagonist hvis indikasjon.** Lav måloppnåelse i Namsos
- **Norsk hjertesviktregister (Tabell 4)**
  - **Andel oppfølging innen 28 dager etter utskrivelse fra sykehus** Lav måloppnåelse i Namsos
  - **Andel pasienter som behandles med betablokker** Lav måloppnåelse i Levanger
  - **Andel pasienter som bruker MRA.** Lav måloppnåelse i Namsos
  - **Andel pasienter som bruker SGLT2-hemmer.** Lav måloppnåelse i Namsos
  - **Andel behandlet med alle fire medikament grupper (ACEi/ARNi eller ARB, betablokker, MRA og SGLT2-hemmer).** Lav måloppnåelse i Levanger og Namsos
- **Norsk hjertestansregister (Tabell 5)**
  - **Responstid.** Lav måloppnåelse i Helse Nord-Trøndelag
- **Norsk kvalitets- og oppfølgingsregister for cerebral parese (NorCP) (Tabell 8)**
  - **Kartlagt med 5-års registreringsskjema.** Lav måloppnåelse i Levanger og Namsos
  - **Undersøkt med MR av hjernen.** Lav måloppnåelse i Levanger og Namsos
  - **Bruk av ASK for barn med Viking III-IV.** Lav måloppnåelse i Levanger og Namsos
- **Norsk MS-register og biobank (Tabell 9)**
  - **Tid til behandling.** Lav måloppnåelse i Levanger og Namsos
  - **Andel med oppdatert EDSS (funksjons) skår.** Lav måloppnåelse i Levanger og Namsos
  - **Andel med oppdatert Behandlingsstatus.** Lav måloppnåelse i Levanger og Namsos
  - **Andel med oppdatert attackstatus.** Lav måloppnåelse i Levanger og Namsos
- **Norsk parkinsonregister og biobank (Tabell 11)**
  - **Andel gjennomgått motorisk kartlegging.** Lav måloppnåelse i Helse Nord- Trøndelag
- **Norsk nakke- og ryggregister (Tabell 15)**
  - **Andel pasienter med tverrfaglig behandling.** Lav måloppnåelse i Levanger
- **Norsk register for gastrokirurgi (NoRGast) (Tabell 19)**
  - **Andel som har registrert vekttap.** Lav måloppnåelse i Namsos



- **Norsk nyreregister** Ta forbehold om lav nevner på mange indikatorer (**Tabell 20**)
  - **Biopsier med minst 10 glomeruli (biopsi).** Lav måloppnåelse i Levanger
  - **Primære biopsier med moderate til uttalte kroniske forandringer (biopsi).** Lav måloppnåelse i Levanger
  - **Blodtrykk <140/90 (CKDS).** Lav måloppnåelse i Levanger
  - **Blodtrykksbehandling av nyretransplanterte (BT <138/80).** Lav måloppnåelse i Levanger
  - **Ukentlig Kt/V >1,7 (peritonealdialyse).** Lav måloppnåelse i Levanger
  - **Minst 4 transplantasjonskontroller per år (transplantasjon).** Lav måloppnåelse i Levanger
  
- **Norsk kvalitetsregister for artrittsykdommer (NorArtritt) (Tabell 21)**
  - **Sykdomsremisjon 1 år etter diagnose.** Lav måloppnåelse i Helse Nord- Trøndelag
  
- **Norsk gynekologisk endoskopregister (Tabell 22)**
  - **Hysterektomi: Komplikasjoner under operasjon.** Lav måloppnåelse i Levanger
  - **Laparoskopi: Pasientrapporterte komplikasjoner etter operasjon.** Lav måloppnåelse i Levanger og Namsos
  
- **Norsk nyfødtsmedisinsk kvalitetsregister (Tabell 25)**
  - **Andel barn det er tatt Blodkultur av ved oppstart av antibiotika.** Lav måloppnåelse i Levanger
  
- **Nasjonalt register for organspesifikke autoimmune sykdommer (ROAS) (Tabell 27)**
  - **Opplysninger om Addison lagret i pasientens kjernejournal.** Lav måloppnåelse i Namsos
  
- **Norsk kvalitetsregister for Øre-Nese-Hals- Tonsilleregisteret (Tabell 29)**
  - **Kontakt med helsevesenet på grunn av smerte.** Lav måloppnåelse i Namsos
  - **Andel tonsillotomi ved hypertrofi hos barn.** Lav måloppnåelse i Namsos

## 3. Dekningsgrad og måloppnåelse av kvalitetsindikatorer ved Helse Nord-Trøndelag HF fra nasjonale medisinske kvalitetsregistre 2022

### 3.1 Hjerter- og karsykdommer

Tabell 2. Norsk hjerneslagregister

	● Høy måloppnåelse	● Moderat måloppnåelse	○ Lav måloppnåelse
Kvalitetsindikator	Levanger	Namsos	Nasjonalt
<b>Dekningsgrad</b> 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%	94% ●	95% ●	89% ●
<b>Andel direkte innlagt i slagenhet</b> Slagenhetsbehandling er av stor betydning for behandlingsresultatet, og nasjonale retningslinjer anbefaler direkte innleggelse i slagenhet ved akutt hjerneslag. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90%	89% ● 200 av 225	95% ● 117 av 123	87% ● 7854 av 9020
<b>Andel behandlet i slagenhet</b> Slagenhetsbehandling er av stor betydning for behandlingsresultatet, og nasjonale retningslinjer anbefaler at alle pasienter med hjerneslag bør behandles i slagenhet. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90%	96% ● 216 av 225	100% ● 123 av 123	95% ● 8613 av 9020
<b>Andel behandlet med trombolyse</b> 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%	19% ● 36 av 188	23% ● 26 av 115	21% ● 1602 av 7787
<b>Andel trombolyse innen 40 minutt etter innleggelse</b> 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%	63% ● 22 av 35	88% ● 23 av 26	69% ● 1095 av 1592
<b>Andel som har fått vurdert/testet svelgfunksjon</b> 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% ● 212 av 225	97% ● 119 av 123	91% ● 8226 av 9020
<b>Andel utskrevet med antitrombotisk behandling</b> De fleste pasienter med hjerneinfarkt bør få behandling med blodpropphemmende medikamenter for å forebygge nye hjerneslag. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 95%	96% ● 175 av 183	95% ● 104 av 109	95% ● 6986 av 7333
<b>Andel utskrevet med antikoagulasjon</b> De fleste pasienter med hjerneinfarkt som også har hjerteforkammerflimmer har nytte av antikoagulerende medikamenter (blodfortynnende behandling) for å forebygge nye hjerneslag. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 70%	92% ● 45 av 49	75% ● 18 av 24	83% ● 1447 av 1750
<b>Andel utskrevet med blodtrykksenkende medikamenter</b> Pasienter med hjerneslag som har høyt blodtrykk bør behandles med blodtrykksenkende medikamenter for å forebygge nye hjerneslag. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 70%	78% ● 169 av 217	75% ● 89 av 118	74% ● 6135 av 8345
<b>Andel utskrevet med lipidsenkende medikamenter</b> De fleste pasienter med hjerneinfarkt bør behandles med statiner/kolesterolsenkende medikamenter for å forebygge nye hjerneslag. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 75%	85% ● 156 av 183	80% ● 87 av 109	84% ● 6125 av 7333
<b>Andel med rapportert status 3 måneder etter hjerneslaget</b> 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%	73% ● 164 av 225	83% ● 102 av 123	82% ● 7355 av 9020
<b>Andel pasienter med tverrfaglig funksjonsvurdering innen anbefalt tid</b> 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% ● 173 av 217	89% ● 105 av 118	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.

	● Høy måloppnåelse	● Moderat måloppnåelse	○ Lav måloppnåelse	
<b>Kvalitetsindikator</b>	<b>Levanger</b>	<b>Namsos</b>	<b>Nasjonalt</b>	
<b>Dekningsgrad</b>	96% ●	86% ●	91% ●	
Hvor stor andel av pasienter med hjerteinfarkt som sykehuset meldte til Norsk hjerteinfarktregister				
ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80%				
<b>Kvalitetsindikator</b>	<b>Levanger</b>	<b>Namsos</b>	<b>Nord-Trøndelag HF</b>	<b>Nasjonalt</b>
<b>Norsk hjerteinfarktregister</b>				
<b>Reperfusjonsbehandling ved STEMI</b>	98% ●	82% ●	92% ●	98% ●
Pasienter under 85 år som ble behandlet med blodpropp-løsende medisin eller utblokkning ved mistanke om tett hjerteåre				
ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90%				
<b>Reperfusjonsbehandling innen anbefalt tid ved STEMI</b>	46% ○	26% ○	40% ○	64% ○
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%				
<b>Trombolyse innen anbefalt tid</b>	13% ○	23% ○	17% ○	26% ○
Pasienter under 85 år som i løpet av kort tid ble behandlet med blodpropp-løsende medisin ved mistanke om tett hjerteåre				
ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80%				
<b>Primær PCI innen anbefalt tid</b>	70% ●	Ingen Data	63% ○	75% ●
Pasienter under 85 år som i løpet av kort tid ble behandlet med utblokkning (PCI) ved mistanke om tett hjerteåre				
ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 85%				
<b>Koronar angiografi ved NSTEMI</b>	72% ●	74% ●	73% ●	82% ●
Pasienter under 85 år med mindre EKG-forandringer som ble undersøkt med røntgen av hjertets blodårer i løpet av behandlingsforløpet				
ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 85%				
<b>Koronar angiografi innen 72 timer ved NSTEMI</b>	62% ●	64% ●	63% ●	70% ●
Pasienter under 85 år med mindre EKG-forandringer som ble undersøkt med røntgen av hjertets blodårer innen 72 timer etter innleggelse				
ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80%				
<b>Utskrevet med antitrombotisk behandling</b>	89% ●	93% ●	91% ●	94% ●
Pasienter under 85 år med type 1 hjerteinfarkt som behandles med to medikament for å forebygge ny blodpropp etter hjerteinfarkt				
ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90%				
<b>Utskrevet med lipidsenkende medikament</b>	93% ●	99% ●	95% ●	95% ●
Pasienter under 85 år med type 1 hjerteinfarkt som behandles med kolesterolsenkende medisin etter hjerteinfarkt				
ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90%				
<b>Ejeksjonsfraksjon (EF) målt</b>	74% ●	80% ●	76% ●	80% ●
Undersøkelse av hjertets pumpefunksjon med ultralyd				
ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80%				
<b>Utskrevet med betablokker hvis indikasjon</b>	72% ○	71% ○	72% ○	85% ●
Pasienter under 85 år som fikk anbefalt medisin (betablokker) for å stabilisere hjerterytmen				
ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 85%				
<b>ACE-hemmer/All-antagonist hvis indikasjon</b>	75% ●	66% ○	71% ●	76% ●
Pasienter under 85 år med hjertesvikt eller diabetes som fikk anbefalt medisin (ACE/All hemmer)				
ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80%				

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 hjertesvikregister

	Høy måloppnåelse	Moderat måloppnåelse	Lav måloppnåelse
<b>Kvalitetsindikator</b>	<b>Levanger</b>	<b>Namsos</b>	<b>Nasjonalt</b>
<b>Dekningsgrad</b> Viser om dataene i registeret er representative for pasientene som følges ved en Hjertesviktpoliklinikk. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80 %	95 % ●	87 % ●	90 % ●
<b>Kvalitetsindikator</b>	<b>Levanger</b>	<b>Namsos</b>	<b>Nasjonalt</b>
<b>Andel oppfølging innen 28 dager etter utskrivelse fra sykehus</b> ESC guidelienes fra 2021 anbefaler rask opptitrering 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 hjertesviktmekasjon. Dette er gitt en klasse IC anbefaling i ESC guidelienes 2021. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 70 %	87 % ● 87 av 100	33 % ○ 18 av 54	40 % ○ 1012 av 2561
<b>Andel behandlet med ACEi/ARNi eller ARB (hjereteavlastende medisin)</b> På siste justeringsbesøk bør pasienter med hjertesvikt og EF≤40 % behandles med ACEi/ARNi eller ARB (hjereteavlastende medisin) da disse medisinene har vist økt overlevelse. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90 %	87 % ● 68 av 78	94 % ● 15 av 16	97 % ● 2054 av 2115
<b>Andel behandlet med betablokker (hjertestyrkende medisin)</b> På siste justeringsbesøk bør pasienter med hjertesvikt og EF≤40 % behandles med betablokker (hjerestyrkende medisin) da denne medisinen har vist økt overlevelse og symptombedring. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90 %	78 % ○ 61 av 78	100 % ● 16 av 16	94 % ● 1988 av 2115
<b>Andel behandlet med MRA (hjerterbeskyttende medisin)</b> På siste justeringsbesøk bør pasienter med hjertesvikt og EF≤40 % behandles med MRA (hjerterbeskyttende medisin) da dette har vist økt overlevelse. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 70 %	55 % ● 43 av 78	31 % ○ 5 av 16	71 % ● 1494 av 2115
<b>Andel behandlet med SGLT2-hemmer</b> På siste justeringsbesøk bør pasienter med hjertesvikt og EF≤40 % 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 %	50 % ● 39 av 78	19 % ○ 3 av 16	71 % ● 1508 av 2115
<b>Andel behandlet med alle fire medikamentene</b> På siste justeringsbesøk bør pasienter med hjertesvikt og EF≤40 % behandles med ACEi/ARNi eller ARB (hjereteavlastende), betablokker (hjerestyrkende), 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 %	31 % ○ 24 av 78	6 % ○ 1 av 16	55 % ● 1157 av 2115
<b>Andel innlagt første 6 måneder etter siste justeringsbesøk</b> Innleggelse er hyppig hos hjertesviktpasienter, og et av målene med Hjertesviktpoliklinikk er å redusere antallet pasienter som blir innlagt i sykehus for hjertesviktbehandling. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≤ 20 %	7 % ● 5 av 71	8 % ● 3 av 40	7 % ● 151 av 2045
<b>Andel besvarte livskvalitetsskjema</b> Livskvalitet er viktig å vurdere hos pasienter med hjertesvikt, som sammen med fysisk yteevne legger grunnlaget for medikamentjusteringer. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90 %	88 % ● 179 av 204	95 % ● 93 av 98	91 % ● 5041 av 5526
<b>Andel utført 6-minutter gangtest</b> 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 %	74 % ● 179 av 241	70 % ● 63 av 90	76 % ● 4470 av 5884
<b>Andel besvarte blodprøver</b> Blodprøver er sentrale i vurderingen av pasientens helsestilstand og for medikamentjusteringer. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90 %	99 % ● 3495 av 3516	100 % ● 1520 av 1527	98 % ● 89564 av 91484

Tabell 5. Norsk hjertestansregister

Dekningsgrad nasjonalt 81 %.

Kvalitetsindikator	Nord-Trøndelag HF	Nasjonalt
<p><b>Andel pasienter med avansert luftvei som får kapnograf</b></p> <p>ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90 %</p>	93% ● 62 av 67	86% ● 1696 av 1956
<p><b>Hjerte- lungeredning av tilstedeværende</b></p> <p>Indikatoren viser andelen pasienter med plutselig uventet hjertestans utenfor sykehus, hvor tilstedeværende har startet hjerte-lunge-redning (HLR) før ambulansen ankommer stedet.</p>	86% ● 88 av 102	83% ● 2927 av 3520
<p><b>Vellykket gjenoppliving etter hjertestans</b></p> <p>Indikatoren viser andelen pasienter med plutselig, uventet hjertestans utenfor sykehus, som fikk tilbake egen hjerterytm.</p>	21% ● 18 av 87	28% ● 820 av 2965
<p><b>Responstid</b></p> <p>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 ambulansse.</p> <p>ØNSKET MÅLNIVÅ: ≤ 12</p>	32 ○	21 ○
<p><b>Telefonveiledet HLR tilbudt innringer</b></p> <p>Andel hendelser der det er dokumentert at AMK har gitt telefonveiledning.</p> <p>ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90 %</p>	77% ● 79 av 102	75% ● 2631 av 3520

### 3.2 Luftveier

Tabell 6. Nasjonalt register for lagtidsmekanisk ventilasjon

Dekningsgrad nasjonalt 84 %, Helse Nord-Trøndelag HF 82 %.

Kvalitetsindikator	Nord-Trøndelag HF	Helse Midt-Norge RHF	Nasjonalt
<p><b>Blodgass målt før behandlingsstart</b></p> <p>Svar på blodgassanalyser før start (uten respirator og oksygen) brukes som et tegn på at utredning og behandling er grundig og veifundert.</p> <p>ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80 %</p>	81% ● 13 av 16	73% ● 56 av 77	85% ● 398 av 469
<p><b>Planlagt behandlingsstart for ALS pasienter</b></p> <p>Planlagt/elektiv behandlingsstart, i stedet for akutt oppstart, krever god oversikt, utredning og oppfølging av risikopasienter.</p> <p>ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80 %</p>	Ingen Data	100% ● 11 av 11	86% ● 51 av 59
<p><b>Planlagt behandlingsstart for øvrige nevrologiske pasienter</b></p> <p>For nevrologiske pasienter, utenom akutte eller traumatiske årsaker.</p> <p>ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80 %</p>	Lav N	77% ● 10 av 13	84% ● 46 av 55
<p><b>Pasientenes vurdering av symptomer før start</b></p> <p>Innhenting av pasientenes vurdering (PROM) før start gir viktig informasjon om sykdomstegn som påvirker livskvalitet. Indikatoren ble etablert i 2014.</p> <p>ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80 %</p>	79% ● 11 av 14	83% ● 55 av 66	84% ● 341 av 405

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 N : Mindre enn 10 pasienter

### 3.3 Diabetes

Tabell 7. Norsk diabetesregister for voksne

	● Høy måloppnåelse	● Moderat måloppnåelse	○ Lav måloppnåelse	
Kvalitetsindikator	Levanger	Namsos	Nord-Trøndelag HF	Nasjonalt
<b>Dekningsgrad</b> ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80 %	80% ●	86% ●	82% ●	87% ●
Kvalitetsindikator	Levanger	Namsos	Nord-Trøndelag HF	Nasjonalt
<b>Andel med HbA1C ≤ 53 mmol/mol</b> Helsedirektoratet anbefaler HbA1C ≤ 53 mmol/mol som et generelt behandlingsmål ved diabetes mellitus. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 32 %	34% ● 132 av 385	47% ● 95 av 203	39% ● 227 av 588	37% ● 7763 av 20722
<b>Andel med HbA1C ≥ 75 mmol/mol</b> Pasienter med HbA1c ≥ 75 mmol/mol løper en høy risiko for diabeteskomplikasjoner. Lav måloppnåelse er ønskelig. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≤ 12 %	11% ● 41 av 385	6% ● 12 av 203	9% ● 53 av 588	11% ● 2203 av 20722
<b>Andel pasienter med kjent hjerte/karsykdom som har oppnådd kolesterolmål, LDL mindre enn 1,8 mmol/L</b> Kolesterolsenkende behandling er viktig for å forebygge hjerte/karsykdom hos pasienter med diabetes. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 60 %	48% ● 19 av 40	46% ● 13 av 28	47% ● 32 av 68	47% ● 937 av 2007
<b>Andel pasienter uten kjent hjerte/karsykdom som har oppnådd kolesterolmål, LDL mindre eller lik 2,5 mmol/L</b> Kolesterolsenkende behandling er viktig for å forebygge hjerte/karsykdom hos pasienter med diabetes. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 70 %	65% ● 123 av 189	55% ● 58 av 106	61% ● 181 av 295	59% ● 5870 av 9924
<b>Prosentandel som har fått målt HbA1C</b> HbA1c reflekterer blodsukker nivå siste 4-12 uker. Alle pasienter bør få målt HbA1C ved årskontroll. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 95 %	99% ● 385 av 387	100% ● 203 av 204	99% ● 588 av 591	97% ● 20792 av 21486
<b>Systolisk blodtrykksmål ≤ 135</b> Blodtrykkskontroll er svært viktig for å forebygge hjerte/karsykdom. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 65 %	66% ● 251 av 381	68% ● 134 av 198	66% ● 385 av 579	69% ● 11727 av 16886

## 3.4 Nervesystemet

Tabell 8. Norsk kvalitets- og oppfølgingsregister for cerebral parese (NorCP)

	Høy måloppnåelse	Moderat måloppnåelse	Lav måloppnåelse
Kvalitetsindikator	Levanger	Nord-Trøndelag HF	Nasjonalt
<b>Dekningsgrad</b> Alle barn med bekreftet CP diagnose ved 5-år skal registreres i NorCP. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 98%	91%	91%	94%
Kvalitetsindikator	Levanger	Nord-Trøndelag HF	Nasjonalt
<b>Kartlagt med 5-års registreringsskjema</b> Ved å registrere med et NorCP medisinsk registreringsskjema ved 5-års alder får man en oversikt over barnets utfordringer. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 100%	64% 25 av 39	64% 25 av 39	93% 1772 av 1909
<b>Undersøkt med MR av hjernen</b> MR av hjernen er anbefalt ledd i utredning av mulig CP. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90%	72% 21 av 29	72% 21 av 29	85% 1528 av 1804
<b>Kognitive ressurser formelt testet</b> 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%	76% 19 av 25	76% 19 av 25	67% 1131 av 1694
<b>Kartlagt med Viking taleskala</b> Kartlegging av tale er viktig for å vurdere barnets kommunikasjonsform og evt. behov for Alternativ og supplerende kommunikasjon (ASK). ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 100%	100% 29 av 29	100% 29 av 29	97% 1707 av 1761
<b>Bruk av ASK for barn med Viking III-IV</b> Alle har rett til å kommunisere, og det er viktig at de som ikke kommunisere ved tale, har tilbud om en tilpasset kommunikasjonsform - Alternativ og supplerende kommunikasjon (ASK). ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80%	50% 4 av 8	50% 4 av 8	53% 277 av 522

Tabell 9. Norsk MS-register og biobank

	Høy måloppnåelse	Moderat måloppnåelse	Lav måloppnåelse
Kvalitetsindikator	Nord-Trøndelag HF	Helse Midt-Norge RHF	Nasjonalt
<b>Dekningsgrad - nydiagnostiserte</b> ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80%	25%	88%	82%
<b>Dekningsgrad (totalt)</b> ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80%	79%	86%	87%
Kvalitetsindikator	Nord-Trøndelag HF	Helse Midt-Norge RHF	Nasjonalt
<b>Diagnosetid</b> Andel med diagnose innen 2 år etter debut ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80%	Ingen Data	87% 59 av 68	75% 323 av 428
<b>Tid til behandling</b> Andel med tid til oppstart av behandling på maks 30 dager etter diagnose. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 75%	Ingen Data	41% 28 av 68	53% 215 av 404
<b>Behandlingsstatus</b> Andel med oppdatert behandlingsstatus 31.12 ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80%	18% 43 av 240	33% 563 av 1690	56% 5862 av 10558
<b>Oppdatert attackstatus</b> Andel med oppdatert attackstatus i løpet av siste år ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80%	17% 40 av 240	30% 510 av 1690	55% 5795 av 10558
<b>Oppdatert funksjonsskår</b> Andel med oppdatert funksjonsskår (EDSS) ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80%	6% 17 av 263	15% 278 av 1863	31% 3633 av 11558

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

Dekningsgrad 2023 nasjonalt 76 %, Helse Nord-Trøndelag HF 94 %.

Kvalitetsindikator	Levanger	Nasjonalt
<p><b>Innhenting av pasientrapporterte utfallsmål (PROM)</b></p> <p>Andel pasienter som har besvart PROM-spørsmål. Høyt målnivå er ønskelig. Sammenligning gjøres på sykehusnivå og ikke avdelingsnivå</p> <p>ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80 %</p>	88 % <span style="color: green;">●</span> 105 av 120	88 % <span style="color: green;">●</span> 2454 av 2793
<p><b>Kartlegging av nevropsykiatriske symptomer</b></p> <p>Andel pasienter hvor nevropsykiatriske symptomer er kartlagt. Høyt målnivå er ønskelig. Sammenligning gjøres på sykehusnivå og ikke avdelingsnivå</p> <p>ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80 %</p>	89 % <span style="color: green;">●</span> 107 av 120	86 % <span style="color: green;">●</span> 2405 av 2793
<p><b>Kartlegging av depressive symptomer</b></p> <p>Andel pasienter hvor depressive symptomer er kartlagt. Høyt målnivå er ønskelig. Sammenligning gjøres på sykehusnivå og ikke avdelingsnivå</p> <p>ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 70 %</p>	94 % <span style="color: green;">●</span> 113 av 120	73 % <span style="color: green;">●</span> 2046 av 2793
<p><b>Spesifikk demensdiagnose</b></p> <p>Andel pasienter med demens hvor det er stilt en spesifikk demensdiagnose. Høyt målnivå er ønskelig. Sammenligning gjøres på sykehusnivå og ikke avdelingsnivå</p> <p>ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80 %</p>	94 % <span style="color: green;">●</span> 33 av 35	89 % <span style="color: green;">●</span> 1093 av 1233
<p><b>Oppfølging etter utredning</b></p> <p>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</p> <p>ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90 %</p>	98 % <span style="color: green;">●</span> 86 av 88	96 % <span style="color: green;">●</span> 2258 av 2349
<p><b>Utvidet kognitiv testing</b></p> <p>Andel pasienter hvor det er utført utvidet kognitiv testing. Sammenligning gjøres på sykehusnivå og ikke avdelingsnivå</p> <p>ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90 %</p>	98 % <span style="color: green;">●</span> 118 av 120	92 % <span style="color: green;">●</span> 2574 av 2793
<p><b>CT og MR</b></p> <p>Andel som er undersøkt med røntgenbilder av hjernen med computertomografi (CT) eller magnetresonansundersøkelse (MR). Sammenligning gjøres på sykehusnivå og ikke avdelingsnivå</p> <p>ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80 %</p>	79 % <span style="color: orange;">●</span> 95 av 120	89 % <span style="color: green;">●</span> 2485 av 2793
<p><b>Helsekrav til førerkort</b></p> <p>Andel pasienter hvor helsekrav til førerkort er vurdert. Sammenligning gjøres på sykehusnivå og ikke avdelingsnivå</p> <p>ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90 %</p>	83 % <span style="color: orange;">●</span> 94 av 113	79 % <span style="color: orange;">●</span> 2077 av 2642
<p><b>Utredningstid</b></p> <p>Andel som har blitt utredet innen 6 måneder. Sammenligning gjøres på sykehusnivå og ikke avdelingsnivå</p> <p>ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 85 %</p>	86 % <span style="color: green;">●</span> 103 av 120	89 % <span style="color: green;">●</span> 2478 av 2793
<p><b>Somatisk undersøkelse</b></p> <p>Andel pasienter hvor somatisk undersøkelse er gjennomført. Sammenligning gjøres på sykehusnivå og ikke avdelingsnivå</p> <p>ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90 %</p>	82 % <span style="color: orange;">●</span> 98 av 120	86 % <span style="color: orange;">●</span> 2407 av 2793
<p><b>Informasjon fra komparent</b></p> <p>Andelen pasienter hvor informasjon er innhentet fra komparent. Sammenligning gjøres på sykehusnivå og ikke avdelingsnivå</p> <p>ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90 %</p>	89 % <span style="color: orange;">●</span> 107 av 120	85 % <span style="color: orange;">●</span> 2380 av 2793
<p><b>Funksjon i dagliglivet</b></p> <p>Andel pasienter hvor funksjon i dagliglivet og endringer er kartlagt. Sammenligning gjøres på sykehusnivå og ikke avdelingsnivå</p> <p>ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90 %</p>	98 % <span style="color: green;">●</span> 117 av 120	96 % <span style="color: green;">●</span> 2685 av 2793



Tabell 11. Norsk parkinsonregister og biobank

	● Høy måloppnåelse	● Moderat måloppnåelse	○ Lav måloppnåelse
<b>Kvalitetsindikator</b>	<b>Nord-Trøndelag HF</b>	<b>Helse Midt-Norge RHF</b>	<b>Nasjonalt</b>
<b>Dekningsgrad</b> Andel pasienter med neurodegenerativ parkinsonisme meldt inn i registeret i forhold til antall registrerte pasienter med tilsvarende diagnoser i Norsk Pasientregister ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80 %	65% ●	37% ○	31% ○
<b>Kvalitetsindikator</b>	<b>Nord-Trøndelag HF</b>	<b>Helse Midt-Norge RHF</b>	<b>Nasjonalt</b>
<b>Andel gjennomgått bildediagnostikk</b> Andel pasienter som har gjennomført bildediagnostikk i utredningen ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90 %	82% ● 160 av 195	Lav dg	63% ○ 1791 av 2844
<b>Andel som har besvart ePROM</b> Andel pasienter som har besvart egenrapport om helse ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 65 %	7% ○ 13 av 195	Lav dg	37% ○ 1061 av 2844
<b>Andel gjennomgått systematisk motorisk kartlegging</b> Andel pasienter som har gjennomgått standardisert kartlegging av motorisk funksjon ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90 %	48% ○ 93 av 195	Lav dg	16% ○ 469 av 2844

Lav dg: Gitt indikator viser ingen data for valgt behandler. Dette er fordi behandler har lav rapporteringsgrad til dette registeret.

## 3.5 Muskel og skjelett

**Tabell 12. Nasjonalt register for leddproteser**

Siste oppgitte dekningsgrad er fra 2020.

	● Høy måloppnåelse	● Moderat måloppnåelse	● Lav måloppnåelse	
Kvalitetsindikator	Levanger	Namsos	Nord-Trøndelag HF	Nasjonalt
<b>Dekningsgrad primæroperasjon hofte</b> Dekningsgrad gir et mål på hvor stor andel av primære hofteproteseoperasjoner som blir meldt til registeret sammenlignet med Norsk pasientregister. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 95 %	100% ●	98% ●	99% ●	96% ●
<b>Dekningsgrad revisjon hofte</b> Dekningsgrad gir et mål på hvor stor andel av reoperasjoner av hofteproteser som blir meldt til registeret sammenlignet med Norsk pasientregister. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 95 %	89% ○	100% ●	90% ○	91% ○
<b>Dekningsgrad primæroperasjon kne</b> Dekningsgrad gir et mål på hvor stor andel av primære kneproteseoperasjoner som blir meldt til registeret sammenlignet med Norsk pasientregister. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 95 %	99% ●	100% ●	99% ●	95% ●
<b>Dekningsgrad revisjon kne</b> Dekningsgrad gir et mål på hvor stor andel av reoperasjoner av kneproteser som blir meldt til registeret sammenlignet med Norsk pasientregister. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 95 %	100% ●	100% ●	100% ●	91% ○
Kvalitetsindikator	Levanger	Namsos	Nord-Trøndelag HF	Nasjonalt
<b>Nasjonalt register for leddproteser</b>				
<b>Slitesterke leddflater i hofte</b> Det bør brukes slitesterke materialer i hofteskålen laget av kryssbundet polyetylen eller keramikk ved innsetting av en konvensjonell hofteprotese. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 98 %	100% ● 98 av 98	98% ● 129 av 131	99% ● 227 av 229	98% ● 9364 av 9559
<b>Sementert lårbensprotese</b> Kvinner over 75 år bør i regelen ha en sementert lårbensprotese på grunn av økt risiko for brudd i lårbenen rundt en usementert protese. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90 %	93% ● 27 av 29	100% ● 33 av 33	97% ● 60 av 62	87% ○ 1966 av 2249
<b>Bruk av veldokumenterte hoftestammer</b> Leddproteser kan selges på markedet uten at man har vist hvordan de fungerer i mennesker. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90 %	100% ● 111 av 111	100% ● 144 av 144	100% ● 255 av 255	100% ● 10144 av 10144
<b>Bruk av veldokumenterte hoftekopper</b> Leddproteser kan selges på markedet uten at man har vist hvordan de fungerer i mennesker. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90 %	100% ● 112 av 112	100% ● 146 av 146	100% ● 258 av 258	95% ● 9683 av 10193
<b>Bruk av veldokumenterte kneproteser</b> Leddproteser kan selges på markedet uten at man har vist hvordan de fungerer i mennesker. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90 %	Ingen Data	100% ● 14 av 14	100% ● 14 av 14	81% ○ 4199 av 5190
<b>Antibiotikabruk etter retningslinjer hofte</b> Pasientene skal få forebyggende antibiotika operasjonsdagen, og dette skal gis i henhold til nasjonale retningslinjer. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 95 %	100% ● 111 av 111	100% ● 146 av 146	100% ● 257 av 257	97% ● 10020 av 10298
<b>Tromboseprofylakse etter retningslinjer hofte</b> Pasientene skal ha forebyggende behandling mot blodpropp etter nasjonale retningslinjer. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 98 %	100% ● 84 av 84	100% ● 145 av 145	100% ● 229 av 229	100% ● 9976 av 9992
<b>2 års varighet av hofteprotese</b> Andel ikke-reviderte totalproteser i hofte etter to år, standardpasienter operert i de siste 5 årene. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 98 %	98% ●	97% ○	97% ○	98% ●
<b>10 års varighet av hofteprotese</b> Andel ikke-reviderte totalproteser i hofte etter ti år, standardpasienter operert i de siste 11 årene. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 95 %	96% ●	93% ○	95% ●	96% ●
<b>2 års varighet av kneprotese</b> Andel ikke-reviderte totalproteser i kne etter to år, standardpasienter operert i de siste 5 årene. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 98 %	98% ●	98% ●	98% ●	98% ●
<b>10 års varighet av kneprotese</b> Andel ikke-reviderte totalproteser i kne etter ti år, standardpasienter operert i de siste 11 årene. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 95 %	94% ○	96% ●	95% ●	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.

**Tabell 13. Nasjonalt hoftebruddregister**

Siste oppgitte dekningsgrad er fra 2020.

	● Høy måloppnåelse	● Moderat måloppnåelse	○ Lav måloppnåelse	
Kvalitetsindikator	Levanger	Namsos	Nord-Trøndelag HF	Nasjonalt
<b>Dekningsgrad primær hemiprotese</b> Dekningsgrad gir et mål på hvor stor andel av primære hemiprotoser som blir meldt til registeret sammenlignet med Norsk pasientregister ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90 %	100% ●	100% ●	100% ●	92% ●
<b>Dekningsgrad alle primæroparasjoner</b> Dekningsgrad gir et mål på hvor stor andel av primæroparasjoner etter hoftebrudd som blir meldt til registeret sammenlignet med Norsk pasientregister ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90 %	99% ●	98% ●	99% ●	89% ●
<b>Dekningsgrad primær osteosyntese</b> Dekningsgrad gir et mål på hvor stor andel av primære osteosynteser som blir meldt til registeret sammenlignet med Norsk pasientregister ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90 %	98% ●	97% ●	97% ●	85% ●
<b>Dekningsgrad primær totalprotese</b> 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% ●	93% ●
<b>Dekningsgrad alle reoperasjoner</b> Dekningsgrad gir et mål på hvor stor andel av reoperasjoner etter hoftebrudd som blir meldt til registeret sammenlignet med Norsk pasientregister ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90 %	71% ○	60% ○	68% ○	75% ○
<b>Dekningsgrad reopererte osteosyntese</b> Dekningsgrad gir et mål på hvor stor andel av primære osteosynteser som blir meldt til registeret sammenlignet med Norsk pasientregister ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90 %	50% ○	56% ○	52% ○	69% ○
<b>Dekningsgrad reopererte hemiprotese</b> Dekningsgrad gir et mål på hvor stor andel av primære hemiprotoser som blir meldt til registeret sammenlignet med Norsk pasientregister ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90 %	91% ●	100% ●	92% ●	85% ●
<b>Dekningsgrad reopererte totalprotese</b> Dekningsgrad gir et mål på hvor stor andel av primære totalprotoser som blir meldt til registeret sammenlignet med Norsk pasientregister ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90 %	100% ●	Ingen Data	100% ●	96% ●




















Kvalitetsindikator	Levanger	Namsos	Nord-Trøndelag HF	Nasjonalt
<b>Nasjonalt hoftebruddregister</b>				
<b>Operasjon innen 24 timer (tilstrebes)</b> Det er gode holdepunkter for at hoftebrudd bør opereres innen 24 timer etter bruddtidspunktet ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80 %	65% ● 126 av 193	60% ● 50 av 84	64% ● 176 av 277	50% ○ 3899 av 7821
<b>Operasjon innen 48 timer</b> Alle hoftebrudd bør senest opereres innen 48 timer etter bruddtidspunktet for å redusere dødelighet og fare for medisinske komplikasjoner ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90 %	88% ● 169 av 193	82% ● 69 av 84	86% ● 238 av 277	84% ● 6542 av 7821
<b>Protese ved dislokerte lårhalsbrudd</b> 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 %	97% ● 75 av 77	100% ● 33 av 33	98% ● 108 av 110	97% ● 3133 av 3231
<b>Sementert stamme ved bruk av protese</b> Alle hoftebruddpasienter over 70 år som skal opereres med en protese bør få lårbensprotesen sementert for å redusere risiko for reoperasjon ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90 %	95% ● 72 av 76	100% ● 42 av 42	97% ● 114 av 118	92% ● 3183 av 3465
<b>30 dagers overlevelse</b> 30 dagers overlevelse er en hyppig brukt resultatindikator for behandling av hoftebrudd ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90 %	93% ● 183 av 197	92% ● 81 av 88	93% ● 264 av 285	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

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

### Ryggkirurgi

	 Høy måloppnåelse	 Moderat måloppnåelse	 Lav måloppnåelse	
Kvalitetsindikator	Levanger	Namsos	Nord-Trøndelag HF	Nasjonalt
<b>Ventetid på kirurgi</b> Ventetid < 3 måneder fra ryggkirurgi ble bestemt (ved spesialist poliklinikk) til operasjonen ble utført. Gjelder planlagt (elektiv) kirurgi. <b>ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80 %</b>	76%  39 av 51	82%  27 av 33	79%  66 av 84	64%  3514 av 5481
<b>Lite beinsmerter og ingen parese</b> Andel pasienter med lite beinsmerter (≤ 3) operert for lumbale prolaps. Hvert årstall viser operasjoner utført det aktuelle årstallet samt året før. <b>ØNSKET MÅLNIVÅ: ≤ 3,0 %</b>	2,9%  1 av 35	7,1%  2 av 28	4,8%  3 av 63	5,9%  252 av 4290
<b>Forbedring av fysisk funksjon i dagliglivet, prolapskirurgi</b> 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. <b>ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 69 %</b>	Ingen Data	Ingen Data	67%  24 av 36	66%  1254 av 1886
<b>Forbedring av fysisk funksjon i dagliglivet, spinal stenose kirurgi</b> 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. <b>ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 67 %</b>	76%  31 av 41	73%  16 av 22	75%  47 av 63	64%  1994 av 3110
<b>Andel som får tromboseprofylakse i forbindelse med lett ryggkirurgi</b> 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. <b>ØNSKET MÅLNIVÅ: ≤ 1,0 %</b>	Ingen Data	Ingen Data	0,0%  0 av 25	13,7%  219 av 1603

Tabell 15. Norsk nakke- og ryggregister

Kvalitetsindikator	Levanger	Nasjonalt
Dekningsgrad	67%	72%

Kvalitetsindikator	Levanger	Nasjonalt
Norsk nakke- og ryggregister		
<b>Andel pasienter med tverrfaglig behandling</b> Andel pasienter som har mottatt tverrfaglig behandling som del av behandlingstilbudet i spesialisthelsetjenesten. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 30 %	18% ○ 31 av 174	28% ○ 1423 av 5121
<b>Bedret funksjon</b> Andel med klinisk viktig bedring av funksjon fra konsultasjon til etter 6 måneder. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 30 %	27% ● 32 av 119	29% ● 898 av 3075
<b>Andel med minimal funksjonsnedsettelse</b> Andel med minimal funksjonsnedsettelse 6 måneder etter konsultasjon. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 30 %	37% ● 44 av 119	41% ● 1273 av 3075
<b>Bedring smerte i aktivitet</b> Andel pasienter med klinisk viktig bedring av smerte fra konsultasjon til etter 6 måneder. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 30 %	31% ● 38 av 121	37% ● 1169 av 3142
<b>Bedring smerte i hvile</b> Andel pasienter med klinisk viktig bedring av smerte fra konsultasjon til etter 6 måneder. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 30 %	32% ● 39 av 121	34% ● 1047 av 3115
<b>Tilbake i jobb</b> Andel pasienter som var helt eller delvis ute av jobb ved konsultasjon og som er tilbake for fullt etter 6 måneder. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 30 %	36% ● 14 av 39	42% ● 366 av 871
<b>Opplevd bedring av behandling</b> Andel pasienter som rapporterer 6 måneder etter konsultasjonen at de er blitt bedre av behandlingen/ vurderingen. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 30 %	34% ● 43 av 125	42% ● 1329 av 3202
<b>Andel fornøyde pasienter</b> Andel pasienter som er fornøyd eller nøytral til kontakten de har fått på sykehuset. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90 %	86% ● 107 av 124	89% ● 2855 av 3208

Tabell 16. Nasjonalt korsbåndregister

Siste oppgitte dekningsgrad er fra 2020.

Kvalitetsindikator	Namsos	Nord-Trøndelag HF	Nasjonalt
<b>Dekningsgrad av korsbåndoperasjoner</b> Dekningsgrad gir et mål på hvor stor andel av primære korsbåndoperasjoner som blir meldt til registeret sammenlignet med Norsk pasientregister ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90 %	67% ○	38% ○	86% ●

Data fra Årsrapport 2022 viser at Levanger også har lav dekningsgrad.

### 3.6 Mage og tarm

Tabell 17. Norsk kvalitetsregister for fedmekirurgi

		Høy måloppnåelse	Moderat måloppnåelse	Lav måloppnåelse
Kvalitetsindikator		Nord-Trøndelag HF		Nasjonalt
<b>Liggedøgn</b> Del pasientar med tre eller færre liggedøgn etter operasjon. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 95 %		93%	42 av 45	98%
<b>Reinnlegging</b> Del pasientar som har blitt reinnlagt på sjukehus dei første 30 dagane etter operasjon. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≤ 5 %		7%	3 av 45	6%
<b>Komplikasjonar</b> Del pasientar med alvorlege komplikasjonar dei første 30 dagane etter operasjon. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≤ 2,0 %		0,0%	0 av 45	1,8%

Tabell 18. Norsk register for gastrokirurgi (Gastronet)

		Høy måloppnåelse	Moderat måloppnåelse	Lav måloppnåelse	
Kvalitetsindikator		Levanger	Namsos	Nord-Trøndelag HF	Nasjonalt
<b>Dekningsgrad koloskopi</b> Andelen av alle gjennomførte polikliniske koloskopier som ble registrert i Gastronet ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80 %		55%	0%	43%	61%
<b>Dekningsgrad ERCP</b> Andelen av alle gjennomførte polikliniske ERCP undersøkelser som ble registrert i Gastronet ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80 %		0%	Ingen Data	0%	50%

Registeret har lav dekningsgrad og resultater vises derfor ikke. 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 register for gastrokirurgi (NoRGast)

































Kvalitetsindikator	<span style="color: green;">●</span> Høy måloppnåelse <span style="color: orange;">●</span> Moderat måloppnåelse <span style="color: red;">○</span> Lav måloppnåelse			
	Levanger	Namsos	Nord-Trøndelag HF	Nasjonalt
Dekningsgrad endetarm ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 85%	64% <span style="color: red;">○</span>	0% <span style="color: red;">○</span>	61% <span style="color: red;">○</span>	85% <span style="color: green;">●</span>
Dekningsgrad lever ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 85%	Ingen Data	Ingen Data	Ingen Data	93% <span style="color: green;">●</span>
Dekningsgrad magesekk ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 85%	0% <span style="color: red;">○</span>	50% <span style="color: red;">○</span>	40% <span style="color: red;">○</span>	69% <span style="color: red;">○</span>
Dekningsgrad bukspyttkjertel ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 85%	Ingen Data	Ingen Data	Ingen Data	94% <span style="color: green;">●</span>
Dekningsgrad spiserør ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 85%	Ingen Data	Ingen Data	Ingen Data	94% <span style="color: green;">●</span>
Dekningsgrad total ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 85%	55% <span style="color: red;">○</span>	82% <span style="color: orange;">●</span>	64% <span style="color: red;">○</span>	89% <span style="color: green;">●</span>
Dekningsgrad tykktarm ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 85%	53% <span style="color: red;">○</span>	87% <span style="color: green;">●</span>	65% <span style="color: red;">○</span>	90% <span style="color: green;">●</span>

Kvalitetsindikator	Levanger	Namsos	Nord-Trøndelag HF	Nasjonalt
<b>Sårruptur</b> 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%	Lav dg	Ingen Data	5,0% <span style="color: red;">○</span> 1 av 20	3,2% <span style="color: orange;">●</span> 47 av 1485
<b>Registrert vekttap</b> 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%	Lav dg	31% <span style="color: red;">○</span> 11 av 36	72% <span style="color: red;">○</span> 66 av 92	69% <span style="color: red;">○</span> 3619 av 5209
<b>Aktiv kontroll</b> 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%	Lav dg	82% <span style="color: orange;">●</span> 27 av 33	84% <span style="color: orange;">●</span> 67 av 80	85% <span style="color: orange;">●</span> 3749 av 4414
<b>Reseksjoner av tykktarm (kolon): Lekkasje fra skjøt (anastomoselekkasje)</b> 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%	Lav dg	0,0% <span style="color: green;">●</span> 0 av 24	2,0% <span style="color: green;">●</span> 1 av 51	4,2% <span style="color: orange;">●</span> 78 av 1836
<b>Reseksjoner av tykktarm (kolon): Kikkhullsteknikk</b> Bruk av kikkhullsteknikk (laparoskopi) ved planlagte inngrep. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 70%	Lav dg	86% <span style="color: green;">●</span> 25 av 29	83% <span style="color: green;">●</span> 49 av 59	84% <span style="color: green;">●</span> 1676 av 1994
<b>Reseksjoner av endetarm (rektum): Kikkhullsteknikk</b> Bruk av kikkhullsteknikk (laparoskopi) ved planlagte inngrep. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 70%	100% <span style="color: green;">●</span> 12 av 12	Ingen Data	100% <span style="color: green;">●</span> 12 av 12	92% <span style="color: green;">●</span> 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. Lav dg: Lav dekningsgrad

## 3.7 Nyresykdommer


















Tabell 20. Norsk nyregister

	 Høy måloppnåelse	 Moderat måloppnåelse	 Lav måloppnåelse
Kvalitetsindikator	Levanger	Nord-Trøndelag HF	Nasjonalt
<b>Dekningsgrad årsskjemaer</b> Det skal leveres behandlingsdata på pasienter i registeret på sluttet av hvert år. Høy andel leverte skjemaer er ønskelig. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 95 %	84 % 	84 % 	80 % 
Kvalitetsindikator	Levanger	Nord-Trøndelag HF	Nasjonalt
<b>Alvorlige komplikasjoner etter biopsi (biopsi)</b> 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	3,0 %  16 av 539
<b>Biopsier med minst 10 glomeruli (biopsi)</b> 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 %	72 %  13 av 18	72 %  13 av 18	78 %  406 av 518
<b>Endelig biopsisvar fra patologiavdelinger innen 1 mnd (biopsi)</b> 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	69 %  356 av 515
<b>Primære biopsier med moderate til uttalte kroniske forandringer (biopsi)</b> 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 %	47 %  7 av 15	47 %  7 av 15	31 %  144 av 468
<b>Blodtrykk &lt;140/90 (CKD5)</b> Blodtrykksbehandling har stor effekt på utvikling av nyresykdom. Høyt målnivå er ønskelig. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 75 %	44 %  8 av 18	44 %  8 av 18	61 %  220 av 363
<b>Plasma fosfat &lt;1,5 mmol/L (CKD5)</b> 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	45 %  152 av 340
<b>Plasma bikarbonat &gt;20 mmol/L (CKD5)</b> Kroppen blir sur (lavt pH) når nyrefunksjonen reduseres og behandling med legemidler er nødvendig for å korrigere. Høyt målnivå er ønskelig. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 75 %	72 %  13 av 18	72 %  13 av 18	72 %  256 av 356
<b>Hemoglobin &gt;10 g/dL (10-12 g/dL hvis EPO terapi) (CKD5)</b> 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 %	72 %  13 av 18	72 %  13 av 18	74 %  270 av 366
<b>Gjennomført "Nyreskole" (CKD5)</b> Pasienter som utvikler nyresvikt bør skoles i sin sykdom og få informasjon om hvilke behandlingsoalternativ som finnes for at i god tid kunne planlegge behandlingen. Høyt måltall er ønskelig. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 75 %	45 %  5 av 11	45 %  5 av 11	50 %  152 av 301
<b>Pasienter kjent ved oppstart dialyse (dialyse)</b> 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	77 %  251 av 325
<b>Hjemmedialyse (dialyse)</b> 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 %	18 %  10 av 57	18 %  10 av 57	25 %  276 av 1095
<b>Start hemodialyse på fistel (hemodialyse)</b> 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	36 %  89 av 250

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 Norsk nyreregister

Kvalitetsindikator	Levanger	Nord-Trøndelag HF	Nasjonalt
<p><b>Ukentlig Kt/V &gt;2,3 (hemodialyse)</b></p> <p>Effekten av hemodialysedialyse (bloddialyse) måles ved variabelen Kt/V. Høyt målnivå er ønskelig.</p> <p>ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80 %</p>	63 %  30 av 48	63 %  30 av 48	68 %  575 av 846
<p><b>Predialytisk plasma fosfat &lt;1,78 mmol/L (hemodialyse)</b></p> <p>Blodet renses for avfallsstoffer ved dialyse når nyrene ikke lenger klarer jobben. Hvis dialysebehandlingen ikke er god nok blir fosfatnivået for høyt mellom hver dialyse. Høyt målnivå er ønskelig.</p> <p>ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 75 %</p>	73 %  35 av 48	73 %  35 av 48	58 %  477 av 821
<p><b>Ukentlig Kt/V &gt;1,7 (peritonealdialyse)</b></p> <p>Effekten av peritonealdialyse (posedialyse) måles ved variabelen Kt/V. Høyt målnivå er ønskelig.</p> <p>ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80 %</p>	Ingen Data	Ingen Data	37 %  86 av 235
<p><b>Blodtrykk &lt;130/80 (transplantasjon)</b></p> <p>Hypertensjon er vanlig etter nyretransplantasjon og blodtrykksbehandling har stor effekt på både nyre- og pasientoverlevelse. Høyt målnivå er ønskelig.</p> <p>ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80 %</p>	33 %  17 av 52	33 %  17 av 52	45 %  1178 av 2593
<p><b>Statinbehandling (transplantasjon)</b></p> <p>Statinbehandling har god effekt på pasientoverlevelse etter nyretransplantasjon, uavhengig av om blodlipidene er høye eller ikke. Høyt målnivå er ønskelig.</p> <p>ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80 %</p>	85 %  44 av 52	85 %  44 av 52	74 %  1919 av 2593
<p><b>Minst 4 transplantasjonskontroller per år (transplantasjon)</b></p> <p>Det er viktig at nyretransplanterte får regelmessig oppfølging, blant annet for å sikre korrekt immundempende behandling. Høyt målnivå er ønskelig.</p> <p>ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80 %</p>	52 %  27 av 52	52 %  27 av 52	76 %  1975 av 2593
<p><b>Pasienter på ventelisten med lengre tid i dialyse enn 2 år (transplantasjon)</b></p> <p>Nyretransplantasjon er foretrukken behandling fremfor dialyse og langvarig behandling i dialyse gir dårligere langtidsresultater. Lavt målnivå er ønskelig.</p> <p>ØNSKET MÅLNIVÅ: ≤ 10 %</p>	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 Revamtologi




















Tabell 21. Norsk kvalitetsregister for artrittsykdommer (NorArtritt)

Siste oppgitte dekningsgrad er fra 2021.

<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <span>● Høy måloppnåelse</span> <span>● Moderat måloppnåelse</span> <span>○ Lav måloppnåelse</span> </div>		
Kvalitetsindikator	Nord-Trøndelag HF	Nasjonalt
<b>Dekningsgrad</b> <small>ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80 %</small>	84% ●	64% ●
<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <span>● Høy måloppnåelse</span> <span>● Moderat måloppnåelse</span> <span>○ Lav måloppnåelse</span> </div>		
Kvalitetsindikator	Nord-Trøndelag HF	Nasjonalt
<b>Norsk kvalitetsregister for artrittsykdommer</b>		
<b>Behandlingsstart innen 2 uker etter diagnosedato</b> <small>Andel pasienter som har startet med sykdomsmodifiserende behandling innen 2 uker etter ny RA-diagnose</small> <small>ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80 %</small>	79% ● 26 av 33	68% ● 367 av 539
<b>Tid til første kontroll</b> <small>Andel pasienter med nyoppstått RA som fikk første kontroll innen 3 måneder etter diagnose</small> <small>ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80 %</small>	68% ● 25 av 37	60% ● 381 av 637
<b>Sykdomsremisjon 1 år etter diagnose</b> <small>Andel RA-pasienter i sykdomsremisjon 1 år etter diagnose</small> <small>ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 40 %</small>	8% ○ 1 av 13	26% ○ 66 av 252



















## 3.9 Gynekologi

Tabell 22. Norsk gynekologisk endoskopregister

			
Kvalitetsindikator	Levanger	Namsos	Nord-Trøndelag HF
<b>Dekningsgrad</b> 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. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80 %	72% 	Ingen Data	72% 
Kvalitetsindikator	Levanger	Namsos	Nord-Trøndelag HF
<b>Hysteroskopi: Komplikasjoner under operasjonen</b> Forekomsten av komplikasjoner ved hysteroskopiske inngrep. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≤ 2,0 %	4,2%  3 av 71	2,9%  1 av 35	3,8%  4 av 106
<b>Laparoskopi: Komplikasjoner under operasjonen</b> Forekomsten av komplikasjoner ved gynekologiske laparoskopiske inngrep. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≤ 2,0 %	0,0%  0 av 78	1,6%  1 av 62	0,7%  1 av 140
<b>Hysteroskopi: Pasientrapporterte komplikasjoner etter operasjon</b> Forekomsten av middels og alvorlige komplikasjoner etter gynekologiske hysteroskopiske inngrep. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≤ 0,30 %	0,00%  0 av 54	0,00%  0 av 24	0,00%  0 av 78
<b>Laparoskopi: Pasientrapporterte komplikasjoner etter operasjon</b> Forekomsten av middels og alvorlige komplikasjoner etter gynekologiske laparoskopiske inngrep. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≤ 2,5 %	5,1%  3 av 59	8,0%  4 av 50	6,4%  7 av 109
<b>Pasienttilfredshet</b> Grad av tilfredshet etter behandling ved en gynekologisk avdeling. Skala 0-3 hvor 3 er best. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 2,70	2,55 	2,63 	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 23. Norsk kvinnelig inkontinensregister

			
Kvalitetsindikator	Levanger	Namsos	Nord-Trøndelag HF
<b>Dekningsgrad</b> Indikatoren viser prosentandel registrerte inkontinensoperasjoner (alle typer) i NKIR av antall utførte inkontinensoperasjoner registrert i elektronisk pasientjournal (PAS). ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 95 %	100% 	100% 	100% 
Kvalitetsindikator	Levanger	Namsos	Nord-Trøndelag HF
<b>Utført stresstest før operasjon (objektiv test) – syntetisk slynge</b> Indikatoren viser prosent stresstest utført før operasjon per avdeling hos pasienter operert med syntetisk slynge for urinlekkasje. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 95 %	100%  41 av 41	89%  17 av 19	97%  58 av 60
<b>Komplikasjoner – syntetisk slynge</b> Indikatoren viser prosent syntetiske slyngeoperasjoner med en eller flere komplikasjoner. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≤ 10 %	0%  0 av 41	0%  0 av 19	0%  0 av 60
<b>Ny inkontinensoperasjon – syntetisk slynge</b> Indikatoren viser prosent ny inkontinensoperasjon hos avdelingenes egne inkontinensopererte pasienter inntil 36 måneder etter syntetisk slyngeoperasjon. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≤ 2,0 %	0,0%  0 av 41	0,0%  0 av 19	0,0%  0 av 60
<b>Komplikasjoner - injeksjon</b> Indikatoren viser prosent injeksjonsbehandlinger med en eller flere komplikasjoner. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≤ 5 %	Ingen Data	Ingen Data	Ingen Data
<b>Utfylt stressinkontinensindeks før behandling</b> Indikatoren viser prosent utfylt stressinkontinensindeks før behandling per avdeling hos pasienter behandlet for urinlekkasje. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 95 %	100%  50 av 50	100%  19 av 19	100%  69 av 69

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.

### 3.10 Skade og intensiv

Tabell 24. Norsk intensiv- og pandemiregister

Dekningegrad vises kun på nasjonalt nivå

Kvalitetsindikator	Måloppnåelse			
	Høy måloppnåelse	Moderat måloppnåelse	Lav måloppnåelse	
	Levanger	Namsos	Nord-Trøndelag HF	Nasjonalt
<b>Dekningsgrad</b> Del pasientar registrert i registeret av alle som skal registrerast ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80 %	Ingen Data	Ingen Data	Ingen Data	97% ●
<b>Leverer data til NIR</b> Det er ein kvalitetsindikator i NIR at eininga rapporterer data til NIR ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 81 %	100% ● 1 av 1	100% ● 1 av 1	100% ● 2 av 2	94% ● 62 av 66
<b>Primærvakt 24/7</b> Beskriv korleis eininga har tilgang på intensivmedisinsk kompetanse 24/7 ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90 %	100% ● 1 av 1	100% ● 1 av 1	100% ● 2 av 2	94% ● 60 av 64
<b>Rutinenotat v/utskrivning</b> Ved utskrivning frå intensiv føreligg som rutine eit ferdig notat (papir eller elektronisk) med relevant informasjon/oppsumming av intensivopphaldet og oppdatert medikamentliste. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90 %	100% ● 1 av 1	100% ● 1 av 1	100% ● 2 av 2	90% ● 57 av 63
<b>Tverrfagleg gjennomgang</b> Eininga har dagleg, tverrfagleg gjennomgang av pasientane. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90 %	100% ● 1 av 1	100% ● 1 av 1	100% ● 2 av 2	92% ● 58 av 63
<b>Ny innlegging innan 72 timar</b> 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 %	0,5% ● 1 av 182	0,0% ● 0 av 51	0,4% ● 1 av 233	2,6% ● 398 av 15457
<b>Respiratortid under 2,5 døger</b> 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 %	66% ● 43 av 65	61% ● 19 av 31	65% ● 62 av 96	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

	Høy måloppnåelse	Moderat måloppnåelse	Lav måloppnåelse
Kvalitetsindikator	Levanger	Helse Midt-Norge RHF	Nasjonalt
<b>Kompletthet opplysninger om antenatale steroider</b> Viser kompletthet i registrering av om barnet mottok antenatale steroider, besvart med ja/Nei. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 98%	Ingen Data	98% ●	93% ●
<b>Kompletthet opplysninger om nekrotiserende enterokolitt</b> Viser kompletthet i registrering av om barnet fikk nekrotiserende enterokolitt (NEC), besvart med ja/Nei. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 98%	Ingen Data	100% ●	100% ●
<b>Kompletthet opplysninger om cerebral ultralyd</b> Viser kompletthet i registrering av opplysninger om cerebral ultralyd. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 98%	Ingen Data	98% ●	98% ●
<b>Kompletthet opplysninger om retinopati</b> Viser kompletthet i registrering av opplysninger om retinopati (ROP). ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 98%	Ingen Data	100% ●	100% ●
<b>Kompletthet CRIB 1</b> Viser kompletthet i registrering av CRIB 1 som er en score for «initial sykkelighet» ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 98%	Ingen Data	87% ○	90% ●
<b>Kompletthet CRIB 2</b> Viser kompletthet i registrering av CRIB 2 som er en score for «revidert initial sykkelighet» ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 98%	Ingen Data	79% ○	84% ○
Kvalitetsindikator	Levanger	Helse Midt-Norge RHF	Nasjonalt
<b>Blodkultur oppstart AB</b> Andel barn som det er tatt blodkultur av før oppstart av antibiotika (AB) ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 98%	68% ○ 13 av 19	70% ○ 121 av 172	89% ○ 1255 av 1412
<b>Svar Blodkultur oppstart AB</b> Kompletthet i registrering av resultatet av blodkultur ved oppstart av systemisk antibiotika (AB). ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 98%	100% ● 36 av 36	86% ○ 146 av 169	90% ● 1430 av 1597
<b>Behandlet med antenatale steroider. GA &lt; 28 uker. Helseregionnivå.</b> 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
<b>Andel behandlet med laser eller anti-VEGF. Helseregionnivå.</b> 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
<b>Andel som utvikler nekrotiserende enterokolitt (NEC). Helseregionnivå.</b> 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
<b>Andel ekstremt premature barn som overlever. Helseregionnivå.</b> 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
<b>Behandlet med antenatale steroider. GA &lt; 34 uker.</b> Andel mødre som føder før uke 34 og har fått behandling med antenatale steroider. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90%	Ingen Data	92% ● 56 av 61	90% ● 428 av 474
<b>Sentralisering av ekstremt premature fødsler. Helseregionnivå.</b> 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
<b>Antall behandlingsdøgn med AB ved fravær av klinisk eller verifisert sepsis. GA 33-36 uker.</b> Varighet av intravenøs antibiotikabehandling første 14 dager hos moderat-lett premature og terminfødte barn som ikke har fått en sepsisdiagnose. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≤ 3,0	3,0 ●	Ingen Data	Ingen Data
<b>Andel ekstremt premature barn som overlever uten alvorlig cerebral patologi. Helseregionnivå.</b> 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
<b>Antall behandlingsdøgn med AB ved fravær av klinisk eller verifisert sepsis. GA 37-42 uker.</b> 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 92 %.

	● Høy måloppnåelse	● Moderat måloppnåelse	○ Lav måloppnåelse	
Kvalitetsindikator	Levanger	Namsos	Nord-Trendelag HF	Nasjonalt
<b>Andel røntgen thorax</b> Andel røntgen brystkasse tatt av pasienter som blir møtt med traumeteam ved ankomst sykehus ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80 %	92% ● 154 av 168	85% ● 88 av 103	89% ● 242 av 271	92% ● 7990 av 8647
<b>Andel røntgen bekken</b> Andel røntgen bekken tatt av pasienter som blir møtt med traumeteam ved ankomst sykehus ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 70 %	88% ● 147 av 168	79% ● 81 av 103	84% ● 228 av 271	82% ● 7092 av 8642
<b>Andel CT</b> Andel CT tatt av pasienter som blir møtt med traumeteam ved ankomst sykehus	82% 137 av 168	75% 76 av 102	79% 213 av 270	83% 7219 av 8651
<b>Antall registrerte</b> Antall registrerte traumehendelser innen 3 måneder ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80 %	67% ● 113 av 168	11% ○ 11 av 103	46% ○ 124 av 271	34% ○ 2926 av 8656
<b>Mortalitet</b> Andel pasienter som dør innen 30 dager etter skade/ulykke, gjelder for alle pasienter som er registrert i registeret	5,3% 10 av 187	4,7% 5 av 107	5,1% 15 av 294	4,3% 403 av 9419













## 3.11 Autoimmune sykdommer

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

		Høy måloppnåelse		Moderat måloppnåelse		Lav måloppnåelse	
<b>Kvalitetsindikator</b>		<b>Nord-Trøndelag HF</b>				<b>Nasjonalt</b>	
<b>Dekningsgrad</b>		62%				61%	
ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80%							
		Høy måloppnåelse		Moderat måloppnåelse		Lav måloppnåelse	
<b>Kvalitetsindikator</b>		<b>Levanger</b>	<b>Namsos</b>	<b>Nord-Trøndelag HF</b>	<b>Nasjonalt</b>		
<b>Pasienter med steroidkort</b>		100%	80%	93%	91%		
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 akutsituasjon.		9 av 9	4 av 5	13 av 14	444 av 486		
ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90%							
<b>Pasienter med kortisonsprøyte</b>		100%	100%	100%	80%		
Andel primær binyrebarksvikt-pasienter som har fått utdelt kortisonsprøyte, og herunder også fått opplæring i stressdosering/intramuskulær injeksjon.		9 av 9	5 av 5	14 av 14	388 av 486		
ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80%							
<b>Binyrekrise siste år</b>		33%	20%	29%	14%		
Andel pasienter med primær binyrebarksvikt som har opplevd binyrekrise siste år		3 av 9	1 av 5	4 av 14	66 av 486		
ØNSKET MÅLNIVÅ: ≤ 10%							
<b>Årskontroll siste 12 måneder</b>		89%	100%	93%	84%		
Andel av pasientene som har vært på årskontroll i løpet av siste 12 måneder.		8 av 9	5 av 5	13 av 14	407 av 486		
ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80%							
<b>Hatt behov for steroidkort</b>		33%	Lav N	23%	8%		
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.		3 av 9		3 av 13	34 av 444		
<b>Opplysninger om Addison lagret i pasientens kjernejournal</b>		89%	0%	57%	63%		
Kjernejournal er en elektronisk tjeneste som inneholder viktige opplysninger om en persons helse		8 av 9	0 av 5	8 av 14	308 av 486		
ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90%							
<b>Informert om medisiner ved akutt sykdom</b>		100%	100%	100%	91%		
Hvor stor andel av pasientene rapporterer at de har fått god opplæring i medisiner ved akutt sykdom.		9 av 9	5 av 5	14 av 14	440 av 486		
ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90%							
<b>Influensavaksinert forrige år</b>		89%	80%	86%	72%		
Andel primær binyrebarksvikt-pasienter som har blitt vaksinert mot influensa siste 12 måneder		8 av 9	4 av 5	12 av 14	351 av 486		
ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 75%							

Lav N: Mindre enn 5 pasienter

Tabell 28. Norsk vaskulittregister og biobank (NorVas)

	 Høy måloppnåelse	 Moderat måloppnåelse	 Lav måloppnåelse
<b>Kvalitetsindikator</b>	<b>Levanger</b>	<b>Nasjonalt</b>	
<b>Dekningsgrad total</b> Samlet dekningsgrad for Norvas	97%	51%	
<b>Dekningsgrad storkarsvaskulitter</b> Dekningsgrad for storkarsvaskulitter	95%	44%	
<b>Dekningsgrad ANCA-assosierte vaskulitter</b> Dekningsgrad for ANCA-assosierte vaskulitter i Norvas	100%	62%	
<b>Kvalitetsindikator</b>	<b>Levanger</b>	<b>Nasjonalt</b>	
<b>Andel med utført ANCA test ved debut av ANCA assosiert vaskulitt (AAV)</b> ANCA er en blodprøve som de fleste med AAV har utslag på. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 95%	Ingen Data	100%  18 av 18	
<b>Andel utfylt skjema for sykdomsaktivitet - BVAS</b> BVAS er et avkryssingsskjema som fylles ut av lege for å registrere hvor aktiv sykdommen i oppfølging av pasienter med ANCA assosierte vaskulitt. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 95%	90%  9 av 10	76%  624 av 821	
<b>Andel utfylt Kerr ved oppfølging av pasienter med storkarsvaskulitt</b> Andel utfylt Kerr ved hver oppfølging av pasienter med storkarsvaskulitt. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80%	43%  3 av 7	72%  715 av 988	
<b>Andel pasienter med ANCA assosiert vaskulitt som er i remisjon 6 mnd. etter debut</b> Remisjon, dvs ingen tegn på aktiv sykdom (BVAS=0) er det primære målet i behandlingen av vaskulitter. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80%	Ingen Data	69%  11 av 16	
<b>Andel pasienter med ANCA assosiert vaskulitt på Prednisolon &lt; 5mg 6 mnd. etter debut</b> Lav prednisolondose, definert som daglig dose 5 mg eller lavere er ønskelig. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 60%	Ingen Data	7%  1 av 14	
<b>Andel pasienter med storkarsvaskulitt som er i remisjon 6 mnd. etter debut</b> Remisjon dvs. ingen sikre tegn på aktiv sykdom (Kerrs <2) er det primære målet i behandlingen. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80%	Ingen Data	81%  38 av 47	
<b>Andel pasienter med storkarsvaskulitt på Prednisolon &lt; 7,5mg 6 mnd. etter debut</b> Lav prednisolondose, definert som daglig dose på 7,5mg eller lavere er ønskelig. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 60%	Ingen Data	20%  9 av 45	

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.



## 3.12 Øre- nese- hals

Tabell 29. Norsk kvalitetsregister Øre-Nese-Hals-Tonsilleregisteret

Kvalitetsindikator	Namsos	Nord-Trøndelag HF	Nasjonalt
<p><b>Dekningsgrad</b></p> <p>Hvor stor andel av pasienter med tonsilleoperasjon som melder inn Tonsilleregisteret</p> <p>ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80%</p>	76%	76%	69%
<p><b>Reinnleggelse pga blødning</b></p> <p>Denne kvalitetsindikatoren er definert som andel reinnleggelse pga blødning etter tonsilleoperasjon, basert på besvarelse fra pasient/pårørende</p> <p>ØNSKET MÅLNIVÅ: ≤ 4%</p>	6% 3 av 52	6% 3 av 52	6% 244 av 3932
<p><b>Kontakt med helsevesenet pga smerter</b></p> <p>Kvalitetsindikatoren er definert som andel pasienter som har tatt kontakt med helsevesenet pga smerte etter tonsilleoperasjon, basert på besvarelse fra pasient/pårørende</p> <p>ØNSKET MÅLNIVÅ: ≤ 15%</p>	27% 14 av 52	27% 14 av 52	20% 771 av 3932
<p><b>Kontakt med helsevesenet pga infeksjon</b></p> <p>Kvalitetsindikatoren er definert som andel pasienter som har tatt kontakt med helsevesenet pga infeksjon etter tonsilleoperasjon, basert på besvarelse fra pasient/pårørende</p> <p>ØNSKET MÅLNIVÅ: ≤ 5%</p>	6% 3 av 52	6% 3 av 52	5% 195 av 3932
<p><b>Symptomfri etter 6 mnd</b></p> <p>Kvalitetsindikatoren er definert som andel pasienter som svarer at de er symptomfri for plagene 6 mnd. etter operasjonen</p> <p>ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90%</p>	81% 59 av 73	81% 59 av 73	90% 2879 av 3208
<p><b>Andel tonsillektomi ved infeksjon</b></p> <p>Denne kvalitetsindikatoren er definert som andel pasienter med infeksjon som hovedindikasjon som får utført tonsillektomi</p> <p>ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90%</p>	100% 57 av 57	100% 57 av 57	97% 3829 av 3940
<p><b>Andel tonsillotomi ved hypertrofi hos barn</b></p> <p>Denne kvalitetsindikatoren er definert som andel pasienter med hypertrofi som hovedindikasjon som får utført tonsillotomi</p> <p>ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90%</p>	73% 8 av 11	73% 8 av 11	65% 960 av 1473
<p><b>Andel registreringer innen 1 uke etter operasjon</b></p> <p>Denne kvalitetsindikatoren er definert som andel pasienter som blir inkludert og ferdigstilt skjema i registeret innen 1 uke etter tonsilleoperasjonen</p> <p>ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90%</p>	48% 35 av 73	48% 35 av 73	55% 3186 av 5782

### 3.13 Psykisk helse og rus

Tabell 30. Norsk kvalitetsregister for behandling av spiseforstyrrelser (NorSpis)

Kvalitetsindikator	Levanger psykiatri		Nasjonalt	
	65%		46%	
<p><b>Dekningsgrad NorSpis</b></p>	65%		46%	
<p><b>Endring i spiseforstyrrelsessymptom fra start til slutt: Bedring eller bedring og symptomfri</b></p> <p>Andel pasienter som har rapportert en bedring eller en bedring samtidig som de er klassifiseres som symptomfrie, vedrørende spiseforstyrrelsessymptomer ved behandlingsslutt.</p>	33% 4 av 12		55% 98 av 177	
<p><b>Endring i funksjon fra start til slutt: Bedring eller bedring og normal funksjon</b></p> <p>Andel pasienter som har rapportert en bedring eller en bedring samtidig som de er klassifiseres som å ha normal funksjon, vedrørende spiseforstyrrelsens innvirkning i dagliglivet ved behandlingsslutt.</p>	33% 4 av 12		53% 95 av 179	
<p><b>Endring i undervektstatus fra start til slutt: Ikke undervektig ved slutt (BMI <math>\geq</math> 18.5)</b></p> <p>Andel undervektige (BMI &lt; 18.5) pasienter ved start som ved behandlingsslutt ikke lenger er undervektige (BMI <math>\geq</math> 18.5)</p> <p>ØNSKET MÅLNIVÅ: <math>\geq</math> 60%</p>	13% <span style="color: red;">○</span> 2 av 16		43% <span style="color: red;">○</span> 64 av 150	
<p><b>Utfall av mottatt behandling: Noe bedring, klar bedring og ikke noe problem lenger</b></p> <p>Andel pasienter som har vurdert utfall av mottatt behandling som noe bedring, klar bedring eller ikke noe problem lenger.</p>	79% 15 av 19		91% 163 av 179	

## 3.14 Andre

Tabell 31. Norsk porfyriregister

	● Høy måloppnåelse	● Moderat måloppnåelse	○ Lav måloppnåelse
Kvalitetsindikator	Helse Midt-Norge RHF	Nasjonalt	
<b>Dekningsgrad AIP, PV &amp; HCP</b> Dekningsgraden viser deltagerprosenten for pasienter med AIP, PV og HCP. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80 %	70 % ●	71 % ●	
<b>Dekningsgrad AIP, PV &amp; HCP ≥ 50 år</b> Dekningsgraden viser deltagerprosenten for pasienter med AIP, PV og HCP som er 50 år eller eldre. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80 %	65 % ●	79 % ●	
<b>Dekningsgrad Norsk porfyriregister</b> Dekningsgraden viser deltagerprosenten for alle diagnosene (PCT, EPP, AIP, PV, HCP) i Norsk porfyriregister. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80 %	70 % ●	72 % ●	
<b>Dekningsgrad PCT &amp; EPP</b> Dekningsgraden viser deltagerprosenten for pasienter med PCT og EPP. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80 %	70 % ●	73 % ●	
<b>Dekningsgrad PCT</b> Dekningsgraden viser deltagerprosenten for pasienter med PCT. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80 %	69 % ●	72 % ●	
Kvalitetsindikator	Helse Midt-Norge RHF	Nasjonalt	
<b>Årlig kontroll ved AIP, PV &amp; HCP</b> 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	
<b>Årlig kontroll ved PCT &amp; EPP</b> 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	
<b>Mottatte legekontrollskjema for alle diagnoser</b> Andelen mottatte legekontrollskjema for pasienter som oppgir at de går til årlig kontroll. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 75 %	53 % ● 36 av 68	59 % ● 205 av 347	
<b>Kontroll av blodtrykk og nyrefunksjon ved AIP, PV, HCP</b> 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	
<b>Vurdering av sykdomsaktivitet for PCT</b> Andel PCT-pasienter der det er blitt analysert porfyriprøve for vurdering av sykdomsaktivitet. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 75 %	47 % ● 52 av 111	54 % ● 278 av 517	
<b>Fornøydhet ved siste kontroll av PCT</b> 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	
<b>Bildeundersøkelse av lever ved AIP, PV &amp; HCP ≥ 50 år</b> 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	
<b>Behandlingsoppstart ved PCT</b> 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» gitte indikator har ingen data for valgt behandler. Dette er enten fordi behandler ikke har rapportert data, eller fordi antall observasjoner er lavere enn 5.

### 3.15 Helse Nord-Trøndelag HF rapporterer ikke til disse registrene

Helse Nord Trøndelag 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)
- Norsk ryggmargsskaderegister (NorScir)
- Nasjonalt kvalitetsregister for ryggkirurgi - Nakke kirurgi
- Norsk register for analinkontinens
- Norsk kvalitetsregister for leppe-kjeve-ganespalte
- Nasjonalt kvalitetsregister for Smertebehandling.

### 3.16 Følgende register hadde ikke publisert resultater for 2022 på kvalitetsregistre.no pr. 1.9.2023

- Nasjonalt medisinsk kvalitetsregister for barne- og ungdomsdiabetes
- Nasjonalt barnehofteregister (viser kun data på RHF-nivå)
- Norsk register for arvelige og medfødte nevromuskulære sykdommer.

### 3.17 Følgende register fikk godkjenning i 2021-2022

De 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.