

NASJONALE MEDISINSKE KVALITETSREGISTRE 2022

- en sammenstilling av dataleveranse, dekningsgrad og måloppnåelse for
sykehus ved St. Olavs hospital HF

Nasjonalt Servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre region Midt-Norge
Seksjon for medisinske kvalitetsregistre
August 2023

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.....	5
2. Oppsummering av resultater for St. Olavs hospital HF	6
2.1 Registre med lav dekningsgrad	6
Tabell 1. Oversikt over registre med manglende eller lav dekningsgrad ved St. Olavs hospital HF	6
2.2 Kvalitetsindikatorer med lav måloppnåelse.....	7
3. Dekningsgrad og måloppnåelse av kvalitetsindikatorer ved St. Olavs hospital HF fra nasjonale medisinske kvalitetsregistre 2022	9
3.1 Hjerne- og karsykdommer.....	9
Tabell 2. Norsk hjerneslagregister.....	9
Tabell 3. Norsk hjerteinfarktregister	10
Tabell 4. Norsk register for invasiv kardiologi	11
Tabell 5. Norsk hjertesviktregister	12
Tabell 6. Norsk karkirurgisk register (NORKAR).....	13
Tabell 7. Norsk hjertestansregister	14
Tabell 8. Norsk hjertekirurgiregister	15
Fortsettelse tabell 8. Norsk hjertekirurgiregister	16
Tabell 9. Nasjonalt register for ablasjonsbehandling (AblaNor)	17
3.2 Luftveier.....	18
Tabell 10. Nasjonalt register for lagtidsmekanisk ventilasjon.....	18
3.3 Diabetes.....	18
Tabell 11. Norsk diabetesregister for voksne.....	18
3.4 Nervesystemet	19
Tabell 12. Norsk kvalitets- og oppfølgingsregister for cerebral parese (NorCP).....	19
Tabell 13. Norsk MS-register og biobank	19
Tabell 14. Norsk parkinsonregister og biobank.....	20
Tabell 15. Norsk register for personer som utredes for kognitive symptomer i spesialisthelsetjenesten (NorKog)	20
3.5 Muskel og skjelett	21
Tabell 16. Nasjonalt hoftebruddregister	21
Tabell 17. Nasjonalt kvalitetsregister for ryggkirurgi	22
Tabell 18. Norsk nakke- og rygg register	24
Tabell 19. Nasjonalt korsbåndsregister	25
Tabell 20. Nasjonalt register for leddprotester.....	26

3.6 Mage og tarm	27
Tabell 21. Norsk register for analinkontinens	27
Tabell 22. Norsk register for gastrokirurgi (Gastronet)	28
Tabell 23. Norsk register for gastrokirurgi (NoRGast)	29
Tabell 24. Norsk kvinnelig inkontinensregister	30
Tabell 25. Norsk kvalitetsregister for fedmekirurgi 2022.....	30
3.7 Nyresykdommer	31
Tabell 26. Norsk nyreregister	31
Fortsettelse Tabell 26. Norsk nyreregister	32
3.8 Gynekologi.....	33
Tabell 27. Norsk gynekologisk endoskopregister	33
3.9 Skade og intensiv.....	34
Tabell 28. Norsk intensiv- og pandemiregister.....	34
Tabell 29. Norsk nyfødtdedisinsk kvalitetsregister	35
Tabell 30. Nasjonalt traumeregister.....	36
3.10 Rehabilitering	37
Tabell 31. Norsk ryggmargskaderegister	37
3.11 Autoimmune sykdommer.....	38
Tabell 32. Nasjonalt register for organspesifikke autoimmune sykdommer (ROAS).....	38
Tabell 33. Norsk vaskulittregister og biobank (NorVas).....	38
3.12 Reumatologi	39
Tabell 34. Norsk kvalitetsregister for artrittsykdommer (NorArtritt)	39
3.13 Øre-nese-hals	39
Tabell 35. Norsk kvalitetsregister Øre-Nese-Hals- Tonsilleregisteret	39
3.14 Psykisk helse og rus	40
Tabell 36. Norsk kvalitetsregister for behandling av spiseforstyrrelser (NorSpis)	40
3.15 Andre	40
Tabell 37. Nasjonalt kvalitetsregister for smertebehandling	40
Tabell 38. Norsk porfyriregister.....	41
3.16 Kvalitetsregister St. Olav hospital HF ikke rapporterer til	42
3.17 Følgende register hadde ikke publisert resultater for 2022 på kvalitetsregistre.no	42
3.18 Følgende register fikk godkjenning i 2021-2022	42

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 St. Olavs hospital HF

Dette kapitlet gir en oppsummering av resultatene fra medisinske kvalitetsregistre for St. Olavs hospital HF, med bakgrunn i de etablerte kvalitetsindikatorene. 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.

St. Olavs hospital 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 St. Olavs hospital HF i 2022.

Tabell 1. Oversikt over registre med manglende eller lav dekningsgrad ved St. Olavs hospital HF

Register med lav dekningsgrad ved dekningsgrad	Enhet	Dekningsgrad
Norsk parkinsonregister og biobank	St. Olav HF	23 %
Gastronet - ERCP*	Orkdal og St. Olavs hospital	0 %
Nasjonalt kvalitetsregister for smertebehandling**	St. Olavs hospital	31 %
Norsk kvalitetsregister for behandling av spiseforstyrrelser	St. Olavs hospital	26 %
Norsk vaskulittregister og biobank (NorVas)	St. Olav HF	48 %
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, ** Siste dekningsgradsanalyse foretatt for 2020-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 kvalitetsindikatorerne 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)**
 - **ACE-hemmer/All-antagonist hvis indikasjon.** Lav måloppnåelse ved St. Olav
- **Norsk register for invasiv kardiologi (Tabell 4)**
 - **Invasivt utredet innen 24 timer ved NSTEMI.** Lav måloppnåelse ved St. Olav
 - **Trykkmåling ved innsnevring i kransårene.** Lav måloppnåelse ved St. Olav
 - **Bildedagnostikk i venstre hovedstamme.** Lav måloppnåelse ved St. Olav
- **Norsk hjertesviktregister (Tabell 5)**
 - **Andel pasienter som får oppfølging innen 28 dager etter utskrivelse fra sykehus.** Lav måloppnåelse ved Orkdal og St. Olav
 - **Andel pasienter som bruker MRA.** Lav måloppnåelse ved Orkdal og St. Olav
 - **Andel pasienter som bruker SGLT2-hemmer.** Lav måloppnåelse ved St. Olav
 - **Andel behandlet med alle fire medikament grupper (ACEi/ARNi eller ARB, betablokker, MRA og SGLT2-hemmer).** Lav måloppnåelse ved Orkdal og St. Olav
- **Norsk hjertekirurgiregister (Tabell 8)**
 - **Ventetid standart CABG (kransåre kirurgi) (elektiv).** Lav måloppnåelse ved St. Olav
 - **Ventetid standart CABG (kransåre kirurgi) (haster).** Lav måloppnåelse ved St. Olav
 - **Ventetid standart AVR (klaffe kirurgi) (elektiv).** Lav måloppnåelse ved St. Olav
 - **Ventetid standart AVR (klaffe kirurgi) (haster).** Lav måloppnåelse ved St. Olav
 - **Nyresvikt ved standart CABG (kransåre kirurgi).** Lav måloppnåelse ved St. Olav
 - **Operativ mortalitet standart AVR (klaffe kirurgi).** Lav måloppnåelse ved St. Olav
 - **Nyresvikt ved standart AVR (kransåre kirurgi).** Lav måloppnåelse ved St. Olav
- **Nasjonalt register for ablasjonsbehandling og elektrofysiologi (Tabell 9)**
 - **Akutt suksess for Aksessoriske baner-abladert.** Lav måloppnåelse ved St. Olav (lav N)
- **Nasjonalt register for langtidsmekanisk ventilasjon (Tabell 10)**
 - **Blodgass målt før behandlingsstart.** Lav måloppnåelse ved St. Olav (lav N)
- **Norsk diabetesregister for voksne (Tabell 11)**
 - **Andel pasienter med kjent karsykdom som har oppnådd kolesterolmål, LDL mindre enn 1,8 mmol/L.** Lav måloppnåelse St. Olav
- **Norsk MS-register og biobank (Tabell 13)**
 - **Tid til behandling.** Lav måloppnåelse St. Olav (lav N)
 - **Andel med oppdatert EDSS (funksjons) skår.** Lav måloppnåelse St. Olav
 - **Andel med oppdatert behandlingsstatus.** Lav måloppnåelse St. Olav
 - **Andel med oppdatert attackstatus.** Lav måloppnåelse St. Olav

- **Nasjonalt hoftebruddregister (Tabell 16)**
 - **Operasjon innen 24 timer (tilstrebes).** Lav måloppnåelse ved Orkdal og St. Olav.

- **Norsk register for gastrokirurgi (NoRGast) (Tabell 23)**
 - **Andel som har registrert vekttnap.** Lav måloppnåelse ved St. Olav og Orkdal
 - **Andel hvor det er gjennomført en aktiv kontroll etter utskrivning.** Lav måloppnåelse ved St. Olav.

- **Norsk nyreregister (Tabell 26)**
 - **Blodtrykksbehandling av nyretransplanterte (BT <138/80).** Lav måloppnåelse ved St. Olav
 - **Startet hemodialyse på fistel (hjemme dialyse).** Lav måloppnåelse ved St. Olav
 - **Predialytisk plasma fosfat <1,78 mmol/L (hemodialyse).** Lav måloppnåelse ved St. Olav
 - **Ukentlig Kt/V >1,7 (peritonealdialyse).** Lav måloppnåelse ved St. Olav
 - **Statinbehandling (transplantasjon).** Lav måloppnåelse ved St. Olav.

- **Norsk nyfødttmedisinsk kvalitetsregister (Tabell 29)**
 - **Andel barn det er tatt blodkultur av ved oppstart av antibiotika.** Lav måloppnåelse ved St. Olav
 - **Kompletthet i registreringen av resultatet av blodkultur ved oppstart av antibiotika.** Lav måloppnåelse ved St. Olav.

- **Norsk ryggmargskaderegister (NorScir) (Tabell 31)**
 - **Andel gjennomførte kontrollopphold etter sykehusets egen anbefaling.** Lav måloppnåelse ved St. Olav
 - **Andel ferdigstilte skjema innen 30 dager.** Lav måloppnåelse ved St. Olav.

- **Nasjonalt kvalitetsregister for organspesifikke autoimmune sykdommer (Tabell 32)**
 - **Årskontroll siste 12 måneder.** Lav måloppnåelse ved St. Olav.

- **Norsk kvalitetsregister for Øre-Nese-Hals- Tonsilleregisteret (Tabell 35)**
 - **Andel som tar kontakt med helsevesenet på grunn av smerter.** Lav måloppnåelse ved Aleris Solsiden
 - **Andel som tar kontakt med helsevesenet på grunn av infeksjon.** Lav måloppnåelse ved Aleris Solsiden.

3. Dekningsgrad og måloppnåelse av kvalitetsindikatorer ved St. Olavs hospital HF fra nasjonale medisinske kvalitetsregistre 2022

3.1 Hjerter- og karsykdommer

Tabell 2. Norsk hjerneslagregister

Kvalitetsindikator	St. Olav	Nasjonalt
<p>Dekningsgrad</p> <p>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.</p> <p>ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90 %</p>	90% ●	89% ●
<p>Andel direkte innlagt i slagenhet</p> <p>Slagenhetsbehandling er av stor betydning for behandlingsresultatet, og nasjonale retningslinjer anbefaler direkte innleggelse i slagenhet ved akutt hjerneslag.</p> <p>ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90 %</p>	87% ● 516 av 595	87% ● 7854 av 9020
<p>Andel behandlet i slagenhet</p> <p>Slagenhetsbehandling er av stor betydning for behandlingsresultatet, og nasjonale retningslinjer anbefaler at alle pasienter med hjerneslag bør behandles i slagenhet.</p> <p>ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90 %</p>	99% ● 589 av 595	95% ● 8613 av 9020
<p>Andel behandlet med trombolyse</p> <p>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</p> <p>ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 20 %</p>	16% ● 79 av 502	21% ● 1602 av 7787
<p>Andel trombolyse innen 40 minutt etter innleggelse</p> <p>Trombolyse bør gis tidlig etter symptomdebut, og minst 60 % av de aktuelle pasientene bør starte behandling innen 40 minutter etter ankomst sykehus.</p> <p>ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 60 %</p>	75% ● 59 av 79	69% ● 1095 av 1592
<p>Andel som har fått vurdert/testet svelgfunksjon</p> <p>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.</p> <p>ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 95 %</p>	94% ● 559 av 595	91% ● 8226 av 9020
<p>Andel utskrevet med antitrombotisk behandling</p> <p>De fleste pasienter med hjerneinfarkt bør få behandling med blodpropphemmende medikamenter for å forebygge nye hjerneslag.</p> <p>ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 95 %</p>	95% ● 446 av 468	95% ● 6986 av 7333
<p>Andel utskrevet med blodtrykksenkende medikamenter</p> <p>Pasienter med hjerneslag som har høyt blodtrykk bør behandles med blodtrykksenkende medikamenter for å forebygge nye hjerneslag.</p> <p>ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 70 %</p>	70% ● 382 av 547	74% ● 6135 av 8345
<p>Andel utskrevet med lipidsenkende medikamenter</p> <p>De fleste pasienter med hjerneinfarkt bør behandles med statiner/kolesterolsenkende medikamenter for å forebygge nye hjerneslag.</p> <p>ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 75 %</p>	82% ● 386 av 468	84% ● 6125 av 7333
<p>Andel med rapportert status 3 måneder etter hjerneslaget</p> <p>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.</p> <p>ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80 %</p>	93% ● 552 av 595	82% ● 7355 av 9020
<p>Andel pasienter med tverrfaglig funksjonsvurdering innen anbefalt tid</p> <p>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.</p> <p>ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80 %</p>	84% ● 457 av 547	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
Kvalitetsindikator	Orkdal	St. Olav	Nasjonalt
Dekningsgrad Hvor stor andel av pasienter med hjerteinfarkt som sykehuset meldte til Norsk hjerteinfarktregister ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80 %	89% ●	96% ●	91% ●
Kvalitetsindikator	Orkdal	St. Olav	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% ● 41 av 43	99% ● 71 av 72	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 %	73% ● 30 av 41	85% ● 60 av 71	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 %	Ingen Data	Ingen Data	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 %	79% ● 30 av 38	86% ● 59 av 69	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 %	76% ● 85 av 112	82% ● 164 av 201	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 %	63% ● 69 av 110	74% ● 147 av 200	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 %	90% ● 116 av 129	92% ● 220 av 238	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 %	96% ● 134 av 139	92% ● 236 av 256	95% ● 6680 av 7024
Ejeksjonsfraksjon (EF) målt Undersøkelse av hjertets pumpefunksjon med ultralyd ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80 %	81% ● 173 av 214	79% ● 283 av 356	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 %	86% ● 32 av 37	84% ● 62 av 74	85% ● 1489 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 %	72% ● 46 av 64	67% ○ 82 av 123	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 register for invasiv kardiologi

	Høy måloppnåelse	Moderat måloppnåelse	Lav måloppnåelse
Kvalitetsindikator	St. Olav	Nasjonalt	
Dekningsgrad for koronar angiografi, PCI og TAVI Hvor stor andel av pasienter med invasive koronare prosedyrer (koronar angiografi og PCI) eller kateterbasert aortaklaffbehandling (TAVI) som sykehuset meldte til Norsk register for invasiv kardiologi.	99%	99%	
Kvalitetsindikator	St. Olav	Nasjonalt	
Ferdigstilte komplikasjonsskjema Andel ferdigstilte registreringskjema for komplikasjoner oppstått på avdelingen under sykehusoppholdet etter invasiv koronar prosedyre. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 95%	92%  3366 av 3672	88%  25273 av 28860	
Invasiv utredning innen 24 timer ved NSTEMI Andel pasienter med hjerteinfarkt med mindre EKG-forandringer (NSTEMI), som innen 24 timer etter innleggelse i sykehus ble utredet med røntgen av hjertets kransårer. Kun for sykehus/år med minst 50% komplettethet. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 50%	24%  139 av 576	47%  1381 av 2951	
Invasiv utredning innen 72 timer ved NSTEMI Andel pasienter med hjerteinfarkt med mindre EKG-forandringer (NSTEMI), som innen 72 timer etter innleggelse i sykehus ble utredet med røntgen av hjertets kransårer. Kun for sykehus/år med minst 50% komplettethet. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80%	88%  504 av 576	88%  2592 av 2951	
Invasiv prosedyre innen 120 minutter ved STEMI Andel pasienter med ST-elevasjonsinfarkt (STEMI), der invasiv koronar prosedyre startet innen 120 minutter etter beslutningsutløsende EKG. Kun for sykehus/år med minst 50% komplettethet. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80%	89%  112 av 126	85%  1183 av 1391	
Trykkmåling ved innsnevninger i kransårene Andel prosedyrer der trykkmåling ble utført for å bedømme grad av innsnevring i kransårene hos pasienter med stabil kransåresykdom. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 30%	28%  278 av 1006	27%  2210 av 8203	
Billediagnostikk i venstre hovedstamme Andel prosedyrer der det er brukt supplerende billediagnostiske metoder (IVUS / OCT) for å bedømme grad av innsnevring i venstre hovedstamme ved innsetting av stent. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 60%	53%  16 av 30	68%  465 av 683	
Foreskriving av blodfortynnende medisiner Andel pasienter som har fått foreskrevet anbefalte blodfortynnende medisiner etter utblokkning av hjertets kransårer med innsetting av stent. Kun for sykehus/år med minst 50% ferdigstilt. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 95%	97%  1218 av 1256	97%  8768 av 9023	
Foreskriving av kolesterolsenkende medisiner Andel av pasienter som har fått foreskrevet anbefalt kolesterolsenkende behandling med statiner etter utblokkning av hjertets kransårer med innsetting av stent. Kun for sykehus/år med minst 50% ferdigstilt. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90%	94%  1183 av 1256	94%  8462 av 9023	
Pacemakerbehov etter innsetting av aortaklaff Andel pasienter som har fått permanent pacemaker under sykehusoppholdet etter kateterbasert innsetting av aortaklaff (TAVI). Kun for sykehus/år med minst 50% ferdigstilt.	15% 19 av 128	10% 107 av 1022	

Tabell 5. Norsk hjertesvikregister

	Høy måloppnåelse	Moderat måloppnåelse	Lav måloppnåelse	
Kvalitetsindikator	Orkdal	St. Olav	Nasjonalt	
Dekningsgrad Viser om dataene i registeret er representative for pasientene som følges ved en Hjertesviktpoliklinikk. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80 %	81 % ●	87 % ●	90 % ●	
Kvalitetsindikator	Orkdal	St. Olav	St. Olavs HF	Nasjonalt
Andel oppfølging innen 28 dager etter utskrivelse fra sykehus ESC guidelins fra 2021 anbefaler rask opptitrering av hjertesviktbehandling og poliklinisk kontroll innen 1-2 uker etter en innleggelse med akuttforverret 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 guidelins 2021. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 70 %	45 % ○ 19 av 42	42 % ○ 73 av 173	43 % ○ 92 av 215	40 % ○ 1012 av 2561
Andel behandlet med ACEi/ARNi eller ARB (hjereteavlastende medisin) 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 %	95 % ● 18 av 19	97 % ● 83 av 86	96 % ● 101 av 105	97 % ● 2054 av 2115
Andel behandlet med betablokker (hjerestyrkende medisin) 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 %	79 % ○ 15 av 19	93 % ● 80 av 86	90 % ● 95 av 105	94 % ● 1988 av 2115
Andel behandlet med MRA (hjeretebeskyttende medisin) På siste justeringsbesøk bør pasienter med hjertesvikt og EF≤40 % behandles med MRA (hjeretebeskyttende medisin) da dette har vist økt overlevelse. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 70 %	47 % ○ 9 av 19	37 % ○ 32 av 86	39 % ○ 41 av 105	71 % ● 1494 av 2115
Andel behandlet med SGLT2-hemmer 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 sykehusinnleggelse. Beregnet fra 1.9.2021 til 31.12.2021. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 70 %	68 % ● 13 av 19	36 % ○ 31 av 86	42 % ○ 44 av 105	71 % ● 1508 av 2115
Andel behandlet med alle fire medikamentene På siste justeringsbesøk bør pasienter med hjertesvikt og EF≤40 % behandles med ACEi/ARNi eller ARB (hjereteavlastende), betablokker (hjerestyrkende), MRA (hjeretebeskyttende) 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 %	32 % ○ 6 av 19	20 % ○ 17 av 86	22 % ○ 23 av 105	55 % ● 1157 av 2115
Andel innlagt første 6 måneder etter siste justeringsbesøk 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 %	10 % ● 2 av 20	11 % ● 7 av 63	11 % ● 9 av 83	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 %	83 % ● 52 av 63	92 % ● 182 av 197	90 % ● 234 av 260	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 %	76 % ● 48 av 63	69 % ○ 164 av 236	71 % ● 212 av 299	76 % ● 4470 av 5884
Andel besvarte blodprøver Blodprøver er sentrale i vurderingen av pasientens helsetilstand og for medikamentjusteringer. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 98 %	99 % ● 1030 av 1036	98 % ● 3372 av 3440	98 % ● 4402 av 4476	98 % ● 89564 av 91480

Tabell 6. Norsk karkirurgisk register (NORKAR)

	Høy måloppnåelse	Moderat måloppnåelse	Lav måloppnåelse
Kvalitetsindikator	St. Olav	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%	87% 🟡	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%	80% 🟡	89% 🟡	
Kvalitetsindikator	St. Olav	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.	1,2% 1 av 82	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%	2,3% 🟡 1 av 43	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%	0,0% 🟢 0 av 39	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%	85% 🟢 22 av 26	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%	86% 🟢 123 av 143	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%	96% 🟢 26 av 27	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% 🟢 232 av 269	83% 🟡 2662 av 3189	

Tabell 7. Norsk hjertestansregister

Dekningsgrad nasjonalt 81 %.

● Høy måloppnåelse

● Moderat måloppnåelse

○ Lav måloppnåelse










Kvalitetsindikator	St. Olavs HF	Nasjonalt
Andel pasienter med avansert luftvei som får kapnograf ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90 %	92% ● 122 av 132	86% ● 1696 av 1966
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.	84% 246 av 293	83% 2927 av 3520
Vellykket gjenoppliving etter hjertestans Indikatoren viser andelen pasienter med plutselig, uventet hjertestans utenfor sykehus, som fikk tilbake egen hjerterytm.	28% 54 av 190	28% 820 av 2965
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 ambulanse. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≤ 12	25 ● 25 av 293	21 ● 21 av 3520
Telefonveiledet HLR tilbudt innringer Andel hendelser der det er dokumentert at AMK har gitt telefonveiledning. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90 %	83% ● 242 av 293	75% ● 2631 av 3520

Tabell 8. Norsk hjertekirurgiregister

Dekningsgrad nasjonalt 94 %, St. Olavs hospital 92 %

Kvalitetsindikator	Høy måloppnåelse		Moderat måloppnåelse		Lav måloppnåelse	
	St. Olav	Nasjonalt	St. Olav	Nasjonalt	St. Olav	Nasjonalt
Hjertemote standard CABG Hjertemote før operasjon ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 98 %	100% ● 229 av 229	97% ● 844 av 869				
Ventetid standard CABG (elektiv) Ventetid "Standard CABG" (elektiv) ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90 %	14% ○ 12 av 86	40% ○ 184 av 461				
Ventetid standard CABG (haster) Ventetid "Standard CABG" (haster) ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90 %	75% ○ 107 av 143	63% ○ 240 av 383				
IMA ved standard CABG Bruk av IMA ved standard CABG ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 98 %	97% ● 223 av 229	98% ● 854 av 869				
Operativ mortalitet standard CABG 30 dagers mortalitet etter "standard CABG" ØNSKET MÅLNIVÅ: ≤ 1,0 %	0,4% ● 1 av 229	0,7% ● 6 av 865				
Postoperativt hjerneslag standard CABG Hjerneskode etter "standard CABG" ØNSKET MÅLNIVÅ: ≤ 1,0 %	0,4% ● 1 av 229	0,6% ● 5 av 869				
Dyp infeksjon standard CABG Dyp infeksjon etter standard CABG ØNSKET MÅLNIVÅ: ≤ 1,0 %	1,3% ● 3 av 229	0,8% ● 7 av 869				
Blødning standard CABG Reoperasjon for blødning etter standard CABG ØNSKET MÅLNIVÅ: ≤ 5 %	6% ● 14 av 229	3% ● 29 av 869				
Nyresvikt standard CABG Alvorlig nyresvikt etter standard CABG ØNSKET MÅLNIVÅ: ≤ 2,0 %	5,7% ○ 13 av 229	3,9% ● 34 av 869				
Platehemmer Standard CABG Blodfortynnende ved utskrivelse etter standard CABG ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 98 %	100% ● 229 av 229	99% ● 856 av 866				
Hjertemote standard AVR Hjertemote før operasjon ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 98 %	100% ● 66 av 66	99% ● 394 av 400				
Ventetid standard AVR (elektiv) Ventetid "Standard AVR" (elektiv) ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90 %	26% ○ 14 av 53	19% ○ 67 av 348				
Ventetid standard AVR (haster) Ventetid "Standard AVR" (haster) ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90 %	62% ○ 8 av 13	52% ○ 23 av 44				
Operativ mortalitet standard AVR 30 dagers mortalitet etter "standard AVR" ØNSKET MÅLNIVÅ: ≤ 1,0 %	3,0% ○ 2 av 66	0,8% ● 3 av 400				
Postoperativt hjerneslag standard AVR Hjerneskode etter "standard AVR" ØNSKET MÅLNIVÅ: ≤ 1,0 %	1,5% ● 1 av 66	1,5% ● 6 av 400				
Postoperativt ekko standard AVR Ultralydundersøkelse etter etter "standard AVR" ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 96 %	98% ● 65 av 66	99% ● 394 av 400				
Dyp infeksjon standard AVR Dyp infeksjon etter standard AVR ØNSKET MÅLNIVÅ: ≤ 1,0 %	0,0% ● 0 av 66	0,3% ● 1 av 400				
Blødning standard AVR Reoperasjon for blødning etter standard AVR ØNSKET MÅLNIVÅ: ≤ 5 %	5% ● 3 av 66	3% ● 10 av 400				

Fortsettelse tabell 8. Norsk hjertekirurgiregister

	Høy måloppnåelse	Moderat måloppnåelse	Lav måloppnåelse
Kvalitetsindikator	St. Olav	Nasjonalt	
Nyresvikt standard AVR Alvorlig nyresvikt etter standard AVR ØNSKET MÅLNIVÅ: ≤ 2,0%	6,1%  4 av 66	3,8%  15 av 400	
Blodfortynnende standard AVR(b) Blodfortynnende ved utskrivelse etter standard AVR(b) ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 98%	98%  45 av 46	94%  248 av 263	
Oral antikoagulasjon standard AVR(m) Oral antikoagulasjon ved utskrivelse etter standard AVR(m) ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 99%	100%  20 av 20	100%  135 av 135	
Rapportering av implantat klaffekirurgi Rapportering av klaffeimplantat ved klaffekirurgi ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 98%	100%  66 av 66	100%  399 av 400	
Rapportering av stentgraft TEVAR Rapportering av stentgraft ved TEVAR ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 98%	Ingen Data	100%  111 av 111	













Tabell 9. Nasjonalt register for ablasjonsbehandling (AblaNor)

● Høy måloppnåelse ● Moderat måloppnåelse ○ Lav måloppnåelse		
Kvalitetsindikator	St. Olav	Nasjonalt
Dekningsgrad Dekningsgraden angir hvor komplett registeret er, det vil si hvor stor andel av alle pasientene som fikk utført elektrofysiologiske undersøkelser og ablasjoner som er inkludert i registeret.	90%	95%
Kvalitetsindikator	St. Olav	Nasjonalt
Akutt suksess for atrieflimmer-abladerte Ablasjonsprosedyrer (atrieflimmer) der operatøren vurderer operasjonen som vellykket. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90 %	95% ● 360 av 378	95% ● 1659 av 1750
Akutt suksess for ventrikkeltakykardi-abladerte Ablasjonsprosedyrer (ventrikkeltakykardi) der operatøren vurderer operasjonen som vellykket. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 70 %	83% ● 43 av 52	78% ● 218 av 278
Akutt suksess for AV nodal reentry-abladerte Ablasjonsprosedyrer (AV nodal reentry) der operatøren vurderer operasjonen som vellykket. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 95 %	94% ● 68 av 72	92% ● 441 av 478
Akutt suksess for Aksessoriske baner-abladerte Ablasjonsprosedyrer (Aksessoriske baner) der operatøren vurderer operasjonen som vellykket. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 95 %	81% ○ 13 av 16	90% ● 146 av 163
Prosedyreavbrudd grunnet komplikasjoner hos atrieflimmer-abladerte Prosedyreavbrudd på grunn av tekniske problemer eller komplikasjoner hos Atrieflimmer prosedyrer uten AV-knute ØNSKET MÅLNIVÅ: ≤ 5 %	0% ● 1 av 381	0% ● 6 av 1767
Prosedyreavbrudd grunnet komplikasjoner hos Ventrikkeltakykardi-, Supraventrikulær takykardi- eller AV-knute-abladerte Prosedyreavbrudd på grunn av tekniske problemer eller komplikasjoner hos Ventrikkeltakykardi-, Supraventrikulær takykardi- eller AV-knute-prosedyrer ØNSKET MÅLNIVÅ: ≤ 5 %	0% ● 0 av 242	0% ● 6 av 1723

3.2 Luftveier















Tabell 10. Nasjonalt register for lagtidsmekanisk ventilasjon

Dekningsgrad nasjonalt 84 %. St. Olavs hospital HF 90 %.

	Høy måloppnåelse	Moderat måloppnåelse	Lav måloppnåelse
Kvalitetsindikator	St. Olavs HF	Helse Midt-Norge RHF	Nasjonalt
Blodgass målt før behandlingsstart Svar på blodgassanalyser før start (uten respirator og oksygen) brukes som et tegn på at utredning og behandling er grundig og velfundert. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80 %	56 %  15 av 27	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 %	100 %  9 av 9	100 %  11 av 11	86 %  51 av 59
Planlagt behandlingsstart for øvrige nevrologiske pasienter For nevrologiske pasienter, utenom akutte eller traumatiske årsaker. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80 %	60 %  3 av 5	77 %  10 av 13	84 %  46 av 55
Pasientenes vurdering av symptomer før start Innhenting av pasientenes vurdering (PROM) før start gir viktig informasjon om sykdomstegn som påvirker livskvalitet. Indikatoren ble etablert i 2014. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80 %	91 %  20 av 22	83 %  55 av 66	84 %  341 av 405

3.3 Diabetes

Tabell 11. Norsk diabetesregister for voksne

	Høy måloppnåelse	Moderat måloppnåelse	Lav måloppnåelse
Kvalitetsindikator	St. Olav	Nasjonalt	
Dekningsgrad ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80 %	87 % 	87 % 	
Kvalitetsindikator	St. Olav	Nasjonalt	
Andel med HbA1C ≤ 53 mmol/mol Helsedirektoratet anbefaler HbA1C ≤ 53 mmol/mol som et generelt behandlingsmål ved diabetes mellitus. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 32 %	37 %  473 av 1293	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 %	12 %  149 av 1293	11 %  2203 av 20722	
Andel pasienter med kjent hjerte/karsykdom som har oppnådd kolesterolmål, LDL mindre enn 1,8 mmol/L Kolesterolsenkende behandling er viktig for å forebygge hjerte/karsykdom hos pasienter med diabetes. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 60 %	33 %  40 av 122	47 %  937 av 2007	
Andel pasienter uten kjent hjerte/karsykdom som har oppnådd kolesterolmål, LDL mindre eller lik 2,5 mmol/L Kolesterolsenkende behandling er viktig for å forebygge hjerte/karsykdom hos pasienter med diabetes. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 70 %	49 %  226 av 464	59 %  5870 av 9924	
Prosentandel som har fått målt HbA1C HbA1c reflekterer blodsukkernivå siste 4-12 uker. Alle pasienter bør få målt HbA1C ved årskontroll. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 95 %	95 %  1293 av 1355	97 %  20792 av 21486	
Systolisk blodtrykksmål ≤ 135 Blodtrykkskontroll er svært viktig for å forebygge hjerte/karsykdom. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 65 %	71 %  413 av 579	69 %  11727 av 16886	

3.4 Nervesystemet

Tabell 12. Norsk kvalitets- og oppfølgingsregister for cerebral parese (NorCP)

	Høy måloppnåelse	Moderat måloppnåelse	Lav måloppnåelse
Kvalitetsindikator	St. Olav	Nasjonalt	
Dekningsgrad Alle barn med bekreftet CP diagnose ved 5-års skal registreres i NorCP. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 98%	90%	94%	
Kvalitetsindikator	St. Olav	Nasjonalt	
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%	94% 134 av 142	93% 1772 av 1909	
Undersøkt med MR av hjernen MR av hjernen er anbefalt ledd i utredning av mulig CP. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90%	88% 120 av 137	85% 1528 av 1804	
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%	79% 96 av 122	67% 1131 av 1694	
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%	94% 116 av 124	97% 1707 av 1761	
Bruk av ASK for barn med Viking III-IV 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%	74% 23 av 31	53% 277 av 522	

Tabell 13. Norsk MS-register og biobank

	Høy måloppnåelse	Moderat måloppnåelse	Lav måloppnåelse
Kvalitetsindikator	St. Olavs HF	Helse Midt-Norge RHF	Nasjonalt
Dekningsgrad - nydiagnostiserte ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80%	100%	88%	82%
Dekningsgrad (totalt) ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80%	84%	86%	87%
Kvalitetsindikator	St. Olavs HF	Helse Midt-Norge RHF	Nasjonalt
Diagnosetid Andel med diagnose innen 2 år etter debut ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80%	88% 29 av 33	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%	42% 14 av 33	41% 28 av 68	53% 215 av 404
Behandlingsstatus Andel med oppdatert behandlingsstatus 31.12 ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80%	48% 337 av 698	33% 563 av 1690	56% 5862 av 10558
Oppdatert attackstatus Andel med oppdatert attackstatus i løpet av siste år ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80%	46% 318 av 698	30% 510 av 1690	55% 5795 av 10558
Oppdatert funksjonsskår Andel med oppdatert funksjonsskår (EDSS) ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80%	23% 175 av 764	15% 278 av 1863	31% 3633 av 11558

Tabell 14. Norsk parkinsonregister og biobank

Kvalitetsindikator	Måloppnåelse		
	Høy måloppnåelse	Moderat måloppnåelse	Lav måloppnåelse
	St. Olavs 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 %	23 %	37 %	31 %

Registeret hadde lav dekningsgrad i 2022 og resultater kan derfor ikke vises.

Tabell 15. Norsk register for personer som utredes for kognitive symptomer i spesialisthelsetjenesten (NorKog)
























































Dekningsgrad 2023 nasjonalt 76 %, St. Olav hospital HF 94 %.

Kvalitetsindikator	Måloppnåelse		
	Høy måloppnåelse	Moderat måloppnåelse	Lav måloppnåelse
	St. Olav		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 %	92 % 154 av 167		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 %	89 % 148 av 167		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 %	85 % 142 av 167		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 %	92 % 90 av 98		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 %	100 % 140 av 140		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 %	95 % 159 av 167		92 % 2574 av 2793
CT og MR Andel som er undersøkt med røntgenbilder av hjernen med computertomografi (CT) eller magnetresonansundersøkelse (MR). Sammenligning gjøres på sykehusnivå og ikke avdelingsnivå ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80 %	89 % 149 av 167		89 % 2485 av 2793
Helsekrav til førerkort Andel pasienter hvor helsekrav til førerkort er vurdert. Sammenligning gjøres på sykehusnivå og ikke avdelingsnivå ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90 %	80 % 133 av 166		79 % 2077 av 2642
Utredningstid Andel som har blitt utredet innen 6 måneder. Sammenligning gjøres på sykehusnivå og ikke avdelingsnivå ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 85 %	98 % 164 av 167		89 % 2478 av 2793
Somatisk undersøkelse Andel pasienter hvor somatisk undersøkelse er gjennomført. Sammenligning gjøres på sykehusnivå og ikke avdelingsnivå ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90 %	97 % 162 av 167		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 %	88 % 147 av 167		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 %	99 % 165 av 167		96 % 2685 av 2793

3.5 Muskel og skjelett

Tabell 16. Nasjonalt hoftebruddregister

Siste oppgitte dekningsgrad er fra 2020.

				
Kvalitetsindikator	Orkdal	St. Olav	St. Olavs 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 %	95 % 	88 % 	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 %	94 % 	81 % 	85 % 	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 %	94 % 	76 % 	81 % 	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 %	94 % 	81 % 	86 % 	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 %	35 % 	68 % 	54 % 	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 %	33 % 	65 % 	49 % 	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 %	0 % 	57 % 	50 % 	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 %	100 % 	100 % 	100 % 	96 % 
Kvalitetsindikator	Orkdal	St. Olav	St. Olavs HF	Nasjonalt
Nasjonalt hoftebruddregister				
Operasjon innen 24 timer (tilstrebes) Det er gode holddepunkter for at hoftebrudd bør opereres innen 24 timer etter bruddtidspunktet ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80 %	58 %  61 av 105	50 %  155 av 310	52 %  216 av 416	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 %	84 %  88 av 105	84 %  261 av 310	84 %  350 av 416	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 %	93 %  38 av 41	97 %  115 av 119	96 %  154 av 161	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 %	96 %  46 av 48	89 %  106 av 119	90 %  152 av 168	92 %  3183 av 3465
30 dagers overlevelse 30 dagers overlevelse er en hyppig brukt resultatindikator for behandling av hoftebrudd ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90 %	93 %  114 av 123	93 %  302 av 324	93 %  420 av 451	92 %  7788 av 8437

Tabell 17. Nasjonalt kvalitetsregister for ryggkirurgi - ryggkirurgi

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

Ryggkirurgi

Kvalitetsindikator	St. Olav	Nasjonalt
Nasjonalt kvalitetsregister for ryggkirurgi – ryggkirurgi		
Ventetid på kirurgi Ventetid < 3 måneder fra ryggkirurgi ble bestemt (ved spesialist poliklinikk) til operasjonen ble utført. Gjelder planlagt (elektiv) kirurgi. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80 %	60% 🟡 194 av 321	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 %	6,3% 🟡 24 av 384	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 %	69% 🟢 143 av 206	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 %	69% 🟢 149 av 216	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 ryggvirvlene (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. NKRs fagråd har derfor anbefalt at mikrodekompresjon 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 %	0,0% 🟢 0 av 32	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 (NKRs 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 %	44,6% 🟡 37 av 83	13,7% 🟡 219 av 1603















Nasjonalt kvalitetsregister for ryggkirurgi – nakkekirurgi

Siste oppgitte dekningsgrad er fra 2021.

	Høy måloppnåelse	Moderat måloppnåelse	Lav måloppnåelse
Kvalitetsindikator			
Dekningsgrad ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80%		85% ●	78% ●
Kvalitetsindikator			
NDI-endering, 12 måneder etter nakkekirurgi Andel med mer enn 35 % forbedring av fysisk funksjonsnivå (Neck Disability Index, NDI) 12 måneder etter fremre nakkeoperasjon. Gjelder pasienter som ikke har ryggmargsskade (myelopati). Hvert årstall viser besvarelser det aktuelle årstallet samt året før. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 70%		66% ● 80 av 121	61% ● 564 av 923
Stemmevansker, 3 måneder etter fremre nakkekirurgi Heshet og/eller svak stemme etter fremre nakkekirurgi (hudåpning på halsen). Gjelder pasienter som ikke har ryggmargsskade (myelopati). Hvert årstall viser operasjoner utført det aktuelle årstallet samt året før. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≤ 10%		9% ● 11 av 126	11% ● 128 av 1178
Svelgevansker, 3 måneder etter fremre nakkekirurgi Ubehag ved svelging av mat og drikke etter fremre nakkekirurgi (hudåpning på halsen). Gjelder pasienter som ikke har ryggmargsskade (myelopati). Hvert årstall viser operasjoner utført det aktuelle årstallet samt året før. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≤ 17%		10% ● 13 av 126	15% ● 177 av 1178

Tabell 18. Norsk nakke- og rygg register

Kvalitetsindikator	St. Olav	Nasjonalt
Dekningsgrad	72 %	72 %

Kvalitetsindikator	St. Olav	Nasjonalt
Norsk nakke- og ryggregister		
Andel pasienter med tverrfaglig behandling Andel pasienter som har mottatt tverrfaglig behandling som del av behandlingstilbudet i spesialisthelsetjenesten. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 30 %	29%  201 av 702	28%  1423 av 5121
Bedret funksjon Andel med klinisk viktig bedring av funksjon fra konsultasjon til etter 6 måneder. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 30 %	30%  130 av 433	29%  898 av 3075
Andel med minimal funksjonsnedsettelse Andel med minimal funksjonsnedsettelse 6 måneder etter konsultasjon. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 30 %	48%  206 av 433	41%  1273 av 3075
Bedring smerte i aktivitet Andel pasienter med klinisk viktig bedring av smerte fra konsultasjon til etter 6 måneder. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 30 %	38%  168 av 447	37%  1169 av 3142
Bedring smerte i hvile Andel pasienter med klinisk viktig bedring av smerte fra konsultasjon til etter 6 måneder. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 30 %	36%  157 av 439	34%  1047 av 3115
Tilbake i jobb Andel pasienter som var helt eller delvis ute av jobb ved konsultasjon og som er tilbake for fullt etter 6 måneder. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 30 %	43%  47 av 110	42%  366 av 871
Opplevd bedring av behandling Andel pasienter som rapporterer 6 måneder etter konsultasjonen at de er blitt bedre av behandlingen/ vurderingen. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 30 %	41%  188 av 458	42%  1329 av 3202

Tabell 19. Nasjonalt korsbåndregister

Siste oppgitte dekningsgrad er fra 2020.

	Høy måloppnåelse	Moderat måloppnåelse	Lav måloppnåelse
Kvalitetsindikator	Røros	St. Olav	Nasjonalt
Dekningsgrad av korsbåndoperasjoner Dekningsgrad gir et mål på hvor stor andel av primære korsbåndoperasjoner som blir meldt til registeret sammenlignet med Norsk pasientregister ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90 %	75 %	93 %	86 %
Kvalitetsindikator	Røros	St. Olav	Nasjonalt
Gjennomført fysioterapi Andel pasienter som har svart ja på tilbud om fysioterapi ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90 %	Ingen Data	88 % 83 av 94	95 % 1023 av 1078
Veldokumentert graft Andel primære korsbåndoperasjoner som har fått veldokumentert behandling. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90 %	Ingen Data	99 % 92 av 93	99 % 1713 av 1724
Antibiotikabruk etter retningslinjer Pasientene skal få forebyggende antibiotika på/før operasjonsdagen, og dette skal gis i henhold til nasjonale retningslinjer. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90 %	Ingen Data	100 % 109 av 109	99 % 1841 av 1856
Intakte korsbånd etter 8 år Andel ikke-reviderte korsbåndoperasjoner etter 8 år, for pasienter operert de siste 10 årene. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90 %	Ingen Data	93 %	94 %

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 20. Nasjonalt register for leddprotester

Siste oppgitte dekningsgrad er fra 2020.

	Høy måloppnåelse	Moderat måloppnåelse	Lav måloppnåelse	
Kvalitetsindikator	Orkdal	Roros	St. Olav	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 %	99% ●	Ingen Data	97% ●	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 %	100% ●	Ingen Data	92% ⚠	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 %	97% ●	99% ●	97% ●	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 %	100% ●	Ingen Data	97% ●	91% ⚠
Kvalitetsindikator	Orkdal	Roros	St. Olav	Nasjonalt
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% ● 121 av 121	100% ● 31 av 31	100% ● 285 av 286	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 %	96% ● 23 av 24	Ingen Data	95% ● 70 av 74	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% ● 142 av 142	100% ● 37 av 37	100% ● 336 av 336	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 %	98% ● 138 av 141	97% ● 37 av 38	98% ● 333 av 339	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% ● 68 av 68	100% ● 14 av 14	100% ● 101 av 101	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 %	99% ● 142 av 144	100% ● 39 av 39	99% ● 340 av 342	97% ● 10020 av 10298
Tromboseprofylakse etter retningslinjer hofte Pasientene skal ha forebyggende behandling mot blodpropp etter nasjonale retningslinjer. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 98 %	100% ● 144 av 144	100% ● 39 av 39	100% ● 343 av 343	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 %	97% ⚠	Ingen Data	97% ⚠	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 %	95% ●	Ingen Data	94% ⚠	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 %	96% ⚠	Ingen Data	98% ●	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 %	93% ⚠	Ingen Data	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.

3.6 Mage og tarm

Tabell 21. Norsk register for analinkontinens

Siste oppgitte dekningsgrad er fra 2019.

	 Høy måloppnåelse	 Moderat måloppnåelse	 Lav måloppnåelse
Kvalitetsindikator	St. Olav	Nasjonalt	
Dekningsgrad total Dekningsgrad: Andel hendelser som er rapportert inn til registeret av alle som burde vært rapportert inn. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 60 %	Ingen Data	79 % 	
Dekningsgrad sakral nervemodulering (SNM) Dekningsgrad: Andel hendelser som er rapportert inn til registeret av alle som burde vært rapportert inn. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 60 %	80 % 	83 % 	
Dekningsgrad sfinkter Dekningsgrad: Andel hendelser som er rapportert inn til registeret av alle som burde vært rapportert inn. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 60 %	Ingen Data	36 % 	

Kvalitetsindikator	St. Olav	Nasjonalt
Norsk register for analinkontinens		
Aktualitet Andel prosedyrer registrert innen 4 mnd. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80 %	60 %  6 av 10	83 %  79 av 95
Sårinfeksjon etter sakral nervemodulering (SNM) Bekreftet sårinfeksjon innen 30 dager etter implantasjon av stimulator. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≤ 4 %	0 %  0 av 6	1 %  1 av 84
Informasjon om 1 og 5 års oppfølging Andel pasienter som har fått muntlig og skriftlig informasjon om 1 og 5 års oppfølging ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90 %	100 %  6 av 6	100 %  90 av 90
St.Marks/Wexner ≤9 1 år etter SNM Andel pasienter med symptomskår ≤9 av 24/20 mulige poeng 1 år etter operasjon. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 30 %	25 %  2 av 8	21 %  9 av 43
St.Marks/Wexner ≤12 1 år etter SNM Andel pasienter med symptomskår ≤12 av 24/20 mulige poeng 1 år etter operasjon. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 50 %	57 %  4 av 7	53 %  19 av 36
St.Marks/Wexner ≤9 5 år etter SNM Andel pasienter med symptomskår ≤9 av 24/20 mulige poeng 5 år etter operasjon. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 30 %	40 %  2 av 5	39 %  13 av 33
St.Marks/Wexner ≤12 5 år etter SNM Andel pasienter med symptomskår ≤12 av 24/20 mulige poeng 5 år etter operasjon. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 50 %	40 %  2 av 5	53 %  16 av 30
St.Marks/Wexner ≤12 5 år etter sfinkterplastikk Andel pasienter med symptomskår ≤12 av 24/20 mulige poeng 5 år etter operasjon. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 50 %	46 %  12 av 26	45 %  85 av 188

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 22. Norsk register for gastrokirurgi (Gastronet)

	● Høy måloppnåelse	● Moderat måloppnåelse	○ Lav måloppnåelse	
Kvalitetsindikator				
Kvalitetsindikator	Orkdal	St. Olav	St. Olavs HF	Nasjonalt
Dekningsgrad koloskopi Andelen av alle gjennomførte polikliniske koloskopier som ble registrert i Gastronet ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80%	69% ●	76% ●	75% ●	61% ●
Dekningsgrad ERCP Andelen av alle gjennomførte polikliniske ERCP undersøkelser som ble registrert i Gastronet ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80%	Ingen Data	0% ○	0% ○	50% ○
Kvalitetsindikator				
Kvalitetsindikator	Orkdal	St. Olav	St. Olavs HF	Nasjonalt
Komplette koloskopier Andelen av alle registrerte koloskopiundersøkelser der hele tykktarmen ble inspisert - cøkumintunasjonsrate ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90%	90% ● 203 av 226	93% ● 2064 av 2228	92% ● 2267 av 2454	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%	95% ● 214 av 226	94% ● 2092 av 2228	94% ● 2306 av 2454	92% ● 56280 av 60925
Sterke smerter under koloskopien Andelen av koloskopiundersøkelser der pasientene har besvart spørreskjemaet med sterke smerter ØNSKET MÅLNIVÅ: ≤ 10%	8% ● 14 av 166	6% ● 75 av 1308	6% ● 89 av 1474	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%	34% ● 77 av 226	33% ● 745 av 2228	33% ● 822 av 2454	32% ● 19302 av 60925
Svarprosent pasienter Andel av pasienter som har besvart spørreskjema etter koloskopi ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90%	74% ● 167 av 226	59% ○ 1315 av 2228	60% ○ 1482 av 2454	58% ○ 35565 av 60925
ERCP-utløst bukspyttkjertelbetennelse Andelen av registrerte ERCP undersøkelser som utløste en bukspyttkjertelbetennelse ØNSKET MÅLNIVÅ: ≤ 5%	Ingen Data	Ingen Data	Ingen Data	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.

Tabell 23. Norsk register for gastrokirurgi (NoRGast)

	Høy måloppnåelse	Moderat måloppnåelse	Lav måloppnåelse
Kvalitetsindikator	Orkdal	St. Olav	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 MÅLNVÅ: ≤ 3,0%	4,2% 1 av 24	2,8% 6 av 218	3,2% 47 av 1485
Registrert vekttnp Andel pasienter der det er registrert pasientrapportert vekt 6 mnd. før kirurgi og målt vekt ved innkomst. Kun planlagte inngrep er inkludert. ØNSKET MÅLNVÅ: ≥ 90%	45% 35 av 78	2% 9 av 408	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 MÅLNVÅ: ≥ 90%	85% 63 av 74	68% 242 av 357	85% 3749 av 4414
Reseksjoner av tykktarm (kolon): Lekkasje fra skjõt (anastomoselekkasje) Andel pasienter som gjennomgikk nytt inngrep for svikt i skjõt (anastomose) innen 30 dager etter primæringrep. Kun planlagte inngrep er inkluderte. ØNSKET MÅLNVÅ: ≤ 4,0%	6,1% 3 av 49	1,0% 1 av 96	4,2% 78 av 1836
Reseksjoner av tykktarm (kolon): Kikkhullsteknikk Bruk av kikkhullsteknikk (laparoskopi) ved planlagte inngrep. ØNSKET MÅLNVÅ: ≥ 70%	86% 44 av 51	67% 80 av 119	84% 1676 av 1994
Reseksjoner av endetarm (rektum): Lekkasje fra skjõt (anastomoselekkasje) Andel pasienter som gjennomgikk nytt inngrep for svikt i skjõt (anastomose) innen 30 dager etter primæringrep. Kun planlagte inngrep er inkluderte. ØNSKET MÅLNVÅ: ≤ 5,0%	Ingen Data	5,9% 3 av 51	7,6% 45 av 591
Reseksjoner av endetarm (rektum): Kikkhullsteknikk Bruk av kikkhullsteknikk (laparoskopi) ved planlagte inngrep. ØNSKET MÅLNVÅ: ≥ 70%	Ingen Data	75% 56 av 75	92% 857 av 933
Reseksjoner av spiserør (øsofagus): Andel avdøde Andel pasienter som døde innen 90 dager etter planlagt operasjon. ØNSKET MÅLNVÅ: ≤ 5,0%	Ingen Data	10,0% 1 av 10	3,1% 3 av 97
Reseksjoner av magesekk (ventrikkel): Andel avdøde Andel pasienter som døde innen 90 dager etter planlagt operasjon. ØNSKET MÅLNVÅ: ≤ 5,0%	Ingen Data	0,0% 0 av 28	4,7% 7 av 148
Reseksjoner av lever: Andel avdøde Andel pasienter som døde innen 90 dager etter planlagt operasjon. ØNSKET MÅLNVÅ: ≤ 3,0%	Ingen Data	4,3% 2 av 47	1,0% 4 av 417
Reseksjoner av lever: Kikkhullsteknikk Bruk av kikkhullsteknikk (laparoskopi) ved planlagte inngrep. ØNSKET MÅLNVÅ: ≥ 30%	Ingen Data	26% 12 av 47	50% 208 av 417
Reseksjoner av bukspyttkjertelhode/tolvfingertarm: Andel avdøde Andel pasienter som døde innen 90 dager etter planlagt operasjon. ØNSKET MÅLNVÅ: ≤ 5,0%	Ingen Data	5,7% 2 av 35	1,9% 4 av 211

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 24. Norsk kvinnelig inkontinensregister

	Høy måloppnåelse	Moderat måloppnåelse	Lav måloppnåelse
Kvalitetsindikator	St. Olav	Helse Midt-Norge RHF	Nasjonalt
Dekningsgrad Indikatoren viser prosentandel registrerte inkontinensoperasjoner (alle typer) i NKIR av antall utførte inkontinensoperasjoner registrert i elektronisk pasientjournal (PAS). ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 95 %	100% ●	99% ●	99% ●
Kvalitetsindikator	St. Olav	Helse Midt-Norge RHF	Nasjonalt
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% ● 64 av 64	99% ● 187 av 189	92% ● 1385 av 1502
Komplikasjoner - syntetisk slynge Indikatoren viser prosent syntetiske slyngeoperasjoner med en eller flere komplikasjoner. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≤ 10 %	8% ● 5 av 64	7% ● 14 av 189	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 52	0,0% ● 0 av 177	0,4% ● 6 av 1502
Komplikasjoner - injeksjon Indikatoren viser prosent injeksjonsbehandlinger med en eller flere komplikasjoner. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≤ 5 %	2% ● 3 av 178	2% ● 5 av 263	1% ● 7 av 562
Utfylt stressinkontinensindeks for behandling Indikatoren viser prosent utfylt stressinkontinensindeks for behandling per avdeling hos pasienter behandlet for urinlekkasje. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 95 %	99% ● 240 av 242	99% ● 458 av 461	94% ● 1969 av 2104

Tabell 25. Norsk kvalitetsregister for fedmekirurgi 2022

Siste oppgitte dekningsgrad er fra 2020.

	Høy måloppnåelse	Moderat måloppnåelse	Lav måloppnåelse
Kvalitetsindikator	St. Olavs HF	Nasjonalt	
Dekningsgrad Ønsket målnivå for SOReg > 90%. Generelt nasjonalt målnivå (vist) > 80% ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80 %	99% ●	88% ●	
Kvalitetsindikator	St. Olavs HF	Nasjonalt	
Liggedøgn Del pasientar med tre eller færre liggedøgn etter operasjon. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 95 %	100% ● 36 av 36	98% ● 1390 av 1416	
Reinnlegging Del pasientar som har blitt reinnlagt på sjukehus dei første 30 dagane etter operasjon. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≤ 5 %	8% ● 3 av 36	6% ● 85 av 1416	
Komplikasjonar Del pasientar med alvorlege komplikasjonar dei første 30 dagane etter operasjon. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≤ 2,0 %	0,0% ● 0 av 36	1,8% ● 26 av 1416	

3.7 Nyresykdommer

Tabell 26. Norsk nyreregister

	● Høy måloppnåelse	● Moderat måloppnåelse	○ Lav måloppnåelse
Kvalitetsindikator	St. Olav	Helse Midt-Norge RHF	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 %	60 % ○	70 % ○	80 % ○
Kvalitetsindikator	St. Olav	Helse Midt-Norge RHF	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	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 %	72 % ○ 28 av 39	75 % ○ 48 av 64	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 %	68 % ○ 40 av 59	66 % ○ 42 av 64	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 %	17 % ● 6 av 36	23 % ● 13 av 56	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	43 % ○ 9 av 21	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	50 % ○ 6 av 12	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	76 % ● 16 av 21	72 % ● 256 av 356

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 26. Norsk nyreregister

	Høy måloppnåelse	Moderat måloppnåelse	Lav måloppnåelse
Kvalitetsindikator	St. Olav	Helse Midt-Norge RHF	Nasjonalt
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	76% ● 16 av 21	74% ● 270 av 366
Gjennomført "Nyreskole" (CKD5) Pasienter som utvikler nyresvikt bør skolerers i sin sykdom og få informasjon om hvilke behandlingsoptimaliteter som finnes for at i god tid kunne planlegge behandlingen. Høyt måltall er ønskelig. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 75 %	Ingen Data	50% ○ 6 av 12	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 %	68% ● 17 av 25	75% ● 27 av 36	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 %	58% ● 14 av 24	27% ● 39 av 142	25% ● 276 av 1095
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 %	24% ○ 4 av 17	37% ○ 10 av 27	36% ○ 89 av 250
Ukentlig Kt/V >2,3 (hemodialyse) Effekten av hemodialyse (bloddialyse) måles ved variabelen Kt/V. Høyt målnivå er ønskelig. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80 %	70% ● 7 av 10	64% ○ 69 av 107	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 dialysebehandling ikke er god nok blir fosfatnivået for høyt mellom hver dialyse. Høyt målnivå er ønskelig. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 75 %	40% ○ 4 av 10	70% ● 75 av 107	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 %	21% ○ 3 av 14	54% ○ 20 av 37	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 %	35% ○ 48 av 139	32% ○ 98 av 308	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 %	67% ○ 93 av 139	75% ● 232 av 308	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 %	76% ● 105 av 139	73% ● 224 av 308	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	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 27. Norsk gynekologisk endoskopregister

Kvalitetsindikator	St. Olav	Helse Midt-Norge RHF	Nasjonalt
<p>Dekningsgrad</p> <p>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.</p> <p>ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80%</p>	Ingen Data	72%	73%
<p>Hysteroskopi: Komplikasjoner under operasjonen</p> <p>Forekomsten av komplikasjoner ved hysteroskopiske inngrep.</p> <p>ØNSKET MÅLNIVÅ: ≤ 2,0%</p>	0,8% 3 av 373	1,6% 10 av 636	1,7% 72 av 4347
<p>Laparoskopi: Komplikasjoner under operasjonen</p> <p>Forekomsten av komplikasjoner ved gynekologiske laparoskopiske inngrep.</p> <p>ØNSKET MÅLNIVÅ: ≤ 2,0%</p>	0,3% 1 av 347	0,7% 5 av 724	1,0% 72 av 7421
<p>Hysteroskopi: Pasientrapporterte komplikasjoner etter operasjon</p> <p>Forekomsten av middels og alvorlige komplikasjoner etter gynekologiske hysteroskopiske inngrep.</p> <p>ØNSKET MÅLNIVÅ: ≤ 0,30%</p>	0,00% 0 av 256	0,00% 0 av 454	0,16% 5 av 3134
<p>Laparoskopi: Pasientrapporterte komplikasjoner etter operasjon</p> <p>Forekomsten av middels alvorlige og alvorlige komplikasjoner etter gynekologiske laparoskopiske inngrep.</p> <p>ØNSKET MÅLNIVÅ: ≤ 2,5%</p>	1,2% 3 av 254	3,5% 19 av 540	2,7% 147 av 5367
<p>Pasienttilfredshet</p> <p>Grad av tilfredshet etter behandling ved en gynekologisk avdeling. Skala 0-3 hvor 3 er best.</p> <p>ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 2,70</p>	2,62	Ingen Data	2,62

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 28. Norsk intensiv- og pandemiregister

Kvalitetsindikator	Høy måloppnåelse		Moderat måloppnåelse		Lav måloppnåelse	
	St. Olav	Nasjonalt	St. Olav	Nasjonalt	St. Olav	Nasjonalt
Dekningsgrad Del pasientar registrert i registeret av alle som skal registrerast ØNSKET MÅLNVÅ: ≥ 80 %	Ingen Data	97% ●				
Leverer data til NIR Det er ein kvalitetsindikator i NIR at eininga rapporterer data til NIR ØNSKET MÅLNVÅ: ≥ 81 %	67% ○ 2 av 3	94% ● 62 av 66				
Primærvakt 24/7 Beskriv korleis eininga har tilgang på intensivmedisinsk kompetanse 24/7 ØNSKET MÅLNVÅ: ≥ 90 %	100% ● 2 av 2	94% ● 60 av 64				
Rutinenotat v/utskriving Ved utskriving frå intensiv føreligg som rutine eit ferdig notat (papir eller elektronisk) med relevant informasjon/oppsummering av intensivopphaldet og oppdatert medikamentliste. ØNSKET MÅLNVÅ: ≥ 90 %	100% ● 2 av 2	90% ● 57 av 63				
Tverrfagleg gjennomgang Eininga har dagleg, tverrfagleg gjennomgang av pasientane. ØNSKET MÅLNVÅ: ≥ 90 %	100% ● 2 av 2	92% ● 58 av 63				
Ny innlegging innan 72 timar Reinnlegging er definert som nytt opphald på same intensiveining, der innleggingstidspunktet er mindre enn 72 t etter utskrivingstidspunktet. Det er ønskeleg med mindre enn 4% reinnleggingar. ØNSKET MÅLNVÅ: ≤ 4,0 %	2,4% ● 15 av 633	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 MÅLNVÅ: ≥ 51 %	50% ● 178 av 353	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 29. Norsk nyfødmedisinsk kvalitetsregister

	● Hay måloppnåelse	● Moderat måloppnåelse	○ Lav måloppnåelse
Kvalitetsindikator	St. Olav	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 %	98% ●	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 %	98% ●	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 %	89% ○	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	St. Olav	Helse Midt-Norge RHF	Nasjonalt
Blodkultur oppstart AB Andel barn som det er tatt blodkultur av før oppstart av antibiotika (AB) ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 98 %	67% ○ 87 av 130	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 %	80% ○ 80 av 100	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 %	95% ● 42 av 44	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
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	2,8 ●	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	3,2 ●	Ingen Data	Ingen Data

For kvalitetsindikatorerne som er merket med «Helseregion nivå», presenteres det ikke resultater på institusjonsnivå. Disse er da merket med «Ingen data».

Tabell 30. Nasjonalt traumeregister

Siste oppgitte dekningsgrad på nasjonalt nivå var 92 % i 2021.

	Høy måloppnåelse	Moderat måloppnåelse	Lav måloppnåelse
Kvalitetsindikator	St. Olav	Nasjonalt	
Andel røntgen thorax Andel røntgen brystkasse tatt av pasienter som blir møtt med traumeteam ved ankomst sykehus ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80 %	94% ● 447 av 476	92% ● 7990 av 8647	
Andel røntgen bekken Andel røntgen bekken tatt av pasienter som blir møtt med traumeteam ved ankomst sykehus ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 70 %	87% ● 415 av 475	82% ● 7092 av 8642	
Andel CT Andel CT tatt av pasienter som blir møtt med traumeteam ved ankomst sykehus	80% 380 av 476	83% 7219 av 8651	
Antall registrerte Antall registrerte traumehendelser innen 3 måneder ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80 %	17% ○ 83 av 477	34% ○ 2926 av 8656	
Mortalitet Andel pasienter som dør innen 30 dager etter skade/ulykke, gjelder for alle pasienter som er registrert i registeret	6,4% 33 av 518	4,3% 403 av 9419	

3.10 Rehabilitering

Tabell 31. Norsk ryggmargskaderegister

Dekningsgrad 2022: Nasjonalt 90 % og St. Olavs hospital 94 %.

Kvalitetsindikator	Høy måloppnåelse		Moderat måloppnåelse		Lav måloppnåelse	
	St. Olav	Nasjonalt	St. Olav	Nasjonalt	St. Olav	Nasjonalt
Neurologisk klassifikasjon ved innkomst og utreise Neurologisk klassifikasjon gir viktig informasjon om skadenivå og omfang. Dette har stor betydning for fremtidig prognose om funksjon. Høy måloppnåelse er ønskelig. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90%	96% ● 22 av 23	90% ● 95 av 105				
Andel pasienter som har fått kartlagt og vurdert blærefunksjon Kartlegging av blærefunksjon under rehabilitering i ryggmargsskadeavdeling er viktig for å kunne iverksette nødvendige tiltak. Dette for å unngå komplikasjoner. Høy måloppnåelse er ønskelig. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90%	100% ● 32 av 32	100% ● 128 av 128				
Blæretømmingsregime for pasienter med paraplegitilstand Andel personer med paraplegi, som ved utreise fra ryggmargsskadeavdeling har normalisert blæretømming eller benytter intermitterende kateterisering. Høy måloppnåelse er ønskelig. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 75%	100% ● 19 av 19	94% ● 59 av 63				
Lavest mulig andel pasienter skrevet ut til sykehjem Andel pasienter i eller under yrkesaktiv alder (67 år) som er skrevet ut fra ryggmargsskadeavdeling til sykehjem. Lav måloppnåelse er ønskelig. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≤ 10%	0% ● 0 av 21	4% ● 4 av 96				
Andel pasienter som har fått kartlagt og vurdert tarmfunksjon. Kartlegging av tarmfunksjon under rehabilitering i ryggmargsskadeavdeling er viktig for å kunne iverksette nødvendige tiltak. Dette for å unngå komplikasjoner. Høy måloppnåelse er ønskelig. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90%	100% ● 32 av 32	99% ● 127 av 128				
Andel pasienter med selvrapportert livskvalitet (PROM) Andel pasienter > 16 år som i siste uke av rehabiliteringsopphold ved ryggmargsskadeavdeling, har rapportert sin opplevelse av livskvalitet for de siste 4 ukene. Høy måloppnåelse er ønskelig. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80%	91% ● 29 av 32	95% ● 119 av 125				
Aktualitet av data i registeret Andel skjema hvor data er innregistrert i Norsk ryggmargsskaderegister innen 30 dager, etter utreise primærrehabilitering. Høy måloppnåelse er ønskelig. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90%	59% ○ 19 av 32	69% ○ 88 av 128				
Andel pasienter med kartlagt funksjon (Aktivitet og deltakelse) Andel pasienter som har fått kartlagt og vurdert funksjon relatert til aktivitet og deltakelse, under rehabilitering i ryggmargsskadeavdeling. Høy måloppnåelse er ønskelig. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90%	97% ● 31 av 32	98% ● 126 av 128				
Andel pasienter med selvrapportert tilfredshet (Aktivitet og deltakelse) Andel pasienter > 16 år som i siste uke av rehabiliteringsopphold ved ryggmargsskadeavdeling har rapportert sin tilfredshet relatert til aktivitet og deltakelse. Høy måloppnåelse er ønskelig. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80%	88% ● 28 av 32	90% ● 112 av 125				
Andel gjennomførte kontrollopphold etter sykehusets egen anbefaling Andel gjennomførte kontrollopphold etter sykehusets egen anbefaling. Høy måloppnåelse er ønskelig. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80%	8% ○ 2 av 25	40% ○ 41 av 102				

3.11 Autoimmune sykdommer

Tabell 32. Nasjonalt register for organspesifikke autoimmune sykdommer (ROAS)

	● Høy måloppnåelse	● Moderat måloppnåelse	○ Lav måloppnåelse
Kvalitetsindikator	St. Olavs HF	Nasjonalt	
Dekningsgrad ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80 %	63% ●	61% ●	
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 akutsituasjon. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90 %	96% ● 24 av 25	91% ● 444 av 486	
Pasienter med kortisonprøyte Andel primær binyrebarksvikt-pasienter som har fått utdelt kortisonprøyte, og herunder også fått opplæring i stressdosering/intramuskulær injeksjon. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80 %	88% ● 22 av 25	80% ● 388 av 486	
Binyrekrise siste år Andel pasienter med primær binyrebarksvikt som har opplevd binyrekrise siste år ØNSKET MÅLNIVÅ: ≤ 10 %	12% ● 3 av 25	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 %	52% ○ 13 av 25	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.	8% 2 av 24	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 %	72% ● 18 av 25	63% ○ 308 av 486	
Informert om medisinerer ved akutt sykdom Hvor stor andel av pasientene rapporterer at de har fått god opplæring i medisinerer ved akutt sykdom. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90 %	96% ● 24 av 25	91% ● 440 av 486	
Influensavaksinert forrige år Andel primær binyrebarksvikt-pasienter som har blitt vaksinert mot influensa siste 12 måneder ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 75 %	84% ● 21 av 25	72% ● 351 av 486	

Tabell 33. Norsk vaskulittregister og biobank (NorVas)

	● Høy måloppnåelse	● Moderat måloppnåelse	○ Lav måloppnåelse
Kvalitetsindikator	St. Olav	Nasjonalt	
Dekningsgrad total Samlet dekningsgrad for Norvas	48%	51%	
Dekningsgrad storkarsvaskulitter Dekningsgrad for storkarsvaskulitter	45%	44%	
Dekningsgrad ANCA-assosierte vaskulitter Dekningsgrad for ANCA-assosierte vaskulitter i Norvas	45%	62%	

3.12 Reumatologi

Tabell 34. Norsk kvalitetsregister for artrittsykdommer (NorArtritt)

Kvalitetsindikator	St. Olavs HF	Nasjonalt
	Dekningsgrad ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80%	58% ○

3.13 Øre-nese-hals

Tabell 35. Norsk kvalitetsregister Øre-Nese-Hals- Tonsilleregisteret

Kvalitetsindikator	Aleris Solsiden Trondheim	Dr. Skjæstad	St. Olav	St. Olavs HF	Nasjonalt
	Dekningsgrad Hvor stor andel av pasienter med tonsilleoperasjon som melder inn Tonsilleregisteret ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80%	95% ●	100% ●	84% ●	84% ●
Reinnleggelse pga blødning Denne kvalitetsindikatoren er definert som andel reinnleggelse pga blødning etter tonsilleoperasjon, basert på besvarelse fra pasient/pårørende ØNSKET MÅLNIVÅ: ≤ 4%	14% ○ 36 av 266	8% ● 2 av 25	8% ● 10 av 126	8% ● 10 av 126	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%	29% ○ 78 av 266	12% ● 3 av 25	13% ● 17 av 126	13% ● 17 av 126	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%	9% ● 24 av 266	4% ● 1 av 25	5% ● 6 av 126	5% ● 6 av 126	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%	88% ● 200 av 226	92% ● 12 av 13	88% ● 105 av 119	88% ● 105 av 119	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%	94% ● 254 av 270	90% ● 9 av 10	98% ● 102 av 104	98% ● 102 av 104	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%	71% ○ 17 av 24	100% ● 21 av 21	92% ● 54 av 59	92% ● 54 av 59	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%	88% ● 296 av 336	16% ○ 5 av 31	60% ○ 100 av 168	60% ○ 100 av 168	55% ○ 3186 av 5782

3.14 Psykisk helse og rus

Tabell 36. Norsk kvalitetsregister for behandling av spiseforstyrrelser (NorSpis)

Kvalitetsindikator	St. Olavs HF	Nasjonalt
Dekningsgrad NorSpis	26%	46%

Registeret hadde lav dekningsgrad i 2022 og resultater kan derfor ikke vises.

3.15 Andre

Tabell 37. Nasjonalt kvalitetsregister for smertebehandling

Kvalitetsindikator	St. Olavs HF	Nasjonalt
Dekningsgrad ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80%	31% ○	49% ○

Registeret hadde lav dekningsgrad i 2022 og resultater kan derfor ikke vises.

Tabell 38. 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 diagnoser (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

3.16 Kvalitetsregister St. Olav hospital HF ikke rapporterer til

- St. Olav hospital HF har ikke ansvar for behandling som skal registreres i Norsk kvalitetsregister for leppe-kjeve-ganespalte.

3.17 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.

3.18 Følgende register fikk godkjenning i 2021-2022

Følgende register fikk godkjenning i 2021-2022 og har ikke resultater til å presentere på sykehusnivå for 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.