

Vedlegg 1: Regionale resultater for utvalgte kvalitetsindikatorer

Innledning

I dette vedlegget retter vi fokus mot første kategori i Wennbergs hovedgrupper av helsetjenester - nødvendige og effektive helsetjenester. Her er det altså etablert enighet i fagmiljøene om hva som er kunnskapsbaserte beste praksis, gjerne nedfelt gjennom faglige retningslinjer, metodebøker eller fagprosedyrer. Innenfor denne kategorien har vi mange ulike indikatorer for å kunne vurdere om utredning og behandling er av god kvalitet og i tråd med beste praksis.

Helsedirektoratet har siden 2010 hatt ansvar for etablering og utvikling av et nasjonalt kvalitetsindikatorsystem for helseomsorgstjenesten.¹ Pr. 2026 omfatter dette 120 indikatorer fra 17 ulike registre og datakilder. Til sammen dekker indikatorene seks ulike dimensjoner av kvalitet i helsetjenesten – nemlig at tjenestene er:

- virkningsfulle
- trygge og sikre
- involverer bruker
- samordnet og preget av kontinuitet
- utnytter ressursene på en god måte
- tilgjengelig og rettferdig fordelt

Svært mange av indikatorene i det nasjonale systemet er hentet fra *de nasjonale medisinske kvalitetsregistrene*. I Norge har vi i dag 62 slike registre,² som inneholder strukturert informasjon om utredning, behandling og oppfølging av pasienter fra tjenesten og gir verdifull kunnskap som er viktig for å styrke kvalitet og pasientsikkerhet. I saken gis en kort orientering over registre i vår region, samt resultater fra noen utvalgte indikatorer.

Organisering i Helse Midt-Norge

Ansvaret for drift og utvikling av de nasjonale medisinske kvalitetsregistrene er fordelt mellom de fire helseregionene. Helse Midt-Norge RHF har samlet sekretariatene til totalt 10 registre i en egen seksjon i fagavdelingen i St. Olavs hospital. I tillegg utgjør deler av seksjonen regional del av det nasjonale servicemiljøet for medisinske kvalitetsregistre, som ledes av Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE).

Seksjonen har kompetanse innenfor registeroppbygging, registerdrift, IKT, statistikk og analyse, juss, datakvalitet og kvalitetsforbedringsmetodikk. Økt bruk av data fra registrene til kvalitetsforbedring i klinikk er et viktig satsingsområde i Regional handlingsplan for kvalitet og pasientsikkerhet i Helse Midt-Norge 2023-2026,³ og Helse Midt-Norge RHF samarbeider tett med seksjonen om dette, blant annet gjennom presentasjoner og tilrettelegging av data for fagledernetverkene.

Følgende registre driftes i Midt-Norge:

¹ [Nasjonale kvalitetsindikatorer - Helsedirektoratet](#)

² [Registeroversikt - Nasjonalt Servicemiljø for Medisinske kvalitetsregistre](#)

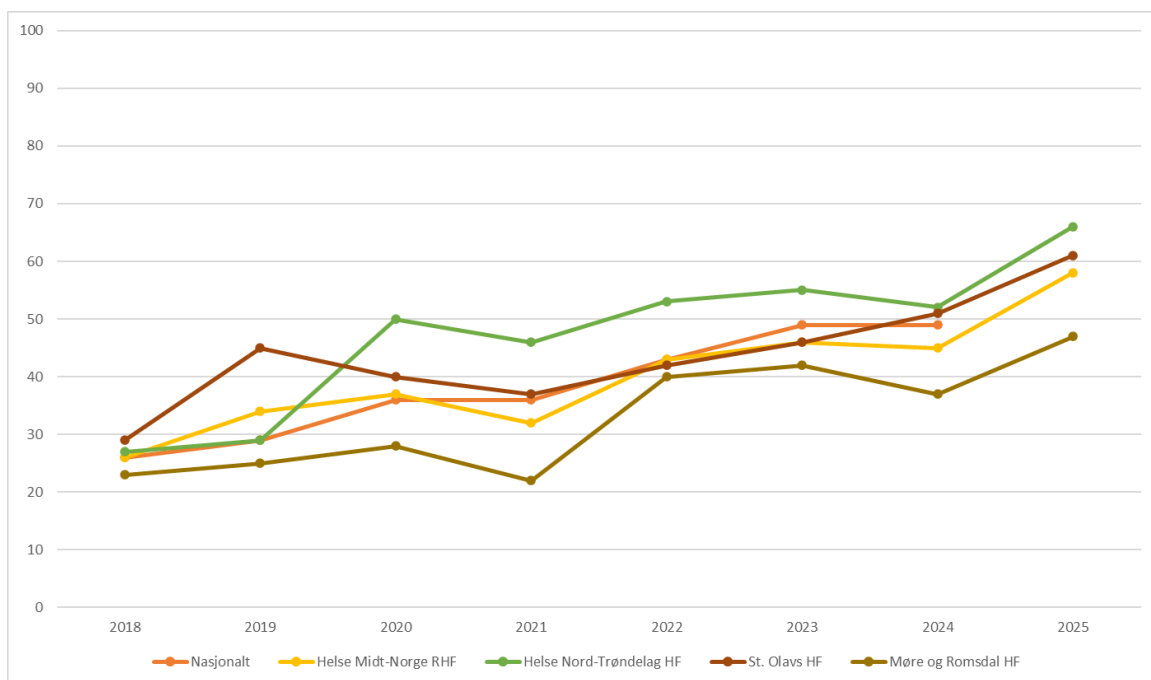
³ [Regional handlingsplan for kvalitet og pasientsikkerhet i Helse Midt-Norge 2023-2026](#)

- Norsk hjerneslagregister (NHR)
- Norsk hjerteinfarktregister (NHIR)
- Norsk hjertesviktregister (NHSR)
- Norsk Karkirurgisk Register (NORKAR)
- Norsk kvalitetsregister Øre-Nese-Hals (Tonsilleregisteret)
- Norsk kvalitetsregister Øre-Nese-Hals (Hørselsregisteret for barn)
- Norsk register for ALS og andre motonevronsykdommer (ALS-registeret)
- Norsk kvalitetsregister for alvorlige primære hodepiner (Hodepineregisteret)
- Nasjonalt smerteklinikkregister (NorPain)
- Norsk ryggmargsskaderegister (NorSCIR) - har i tillegg en nordisk variant - Nordisk ryggmargsskaderegister NordicSCIR)

Utvalgte resultater for Helse Midt-Norge

I 2025 rapporterte sykehusene i regionen til 348 kvalitetsindikatorer i de 62 nasjonale medisinske kvalitetsregistrene. Ikke alle registrene har publisert 2025-data enda (frist medio juni), men et foreløpig estimat viser at på halvparten av indikatorene har regionen høy måloppnåelse, mens på en femtedel er måloppnåelsen lav. Dette gir et tydelig bilde av at vi jevnt over har god kvalitet i svært mange pasientforløp, men behov for forbedring på enkelte områder. Her følger noen eksempler:

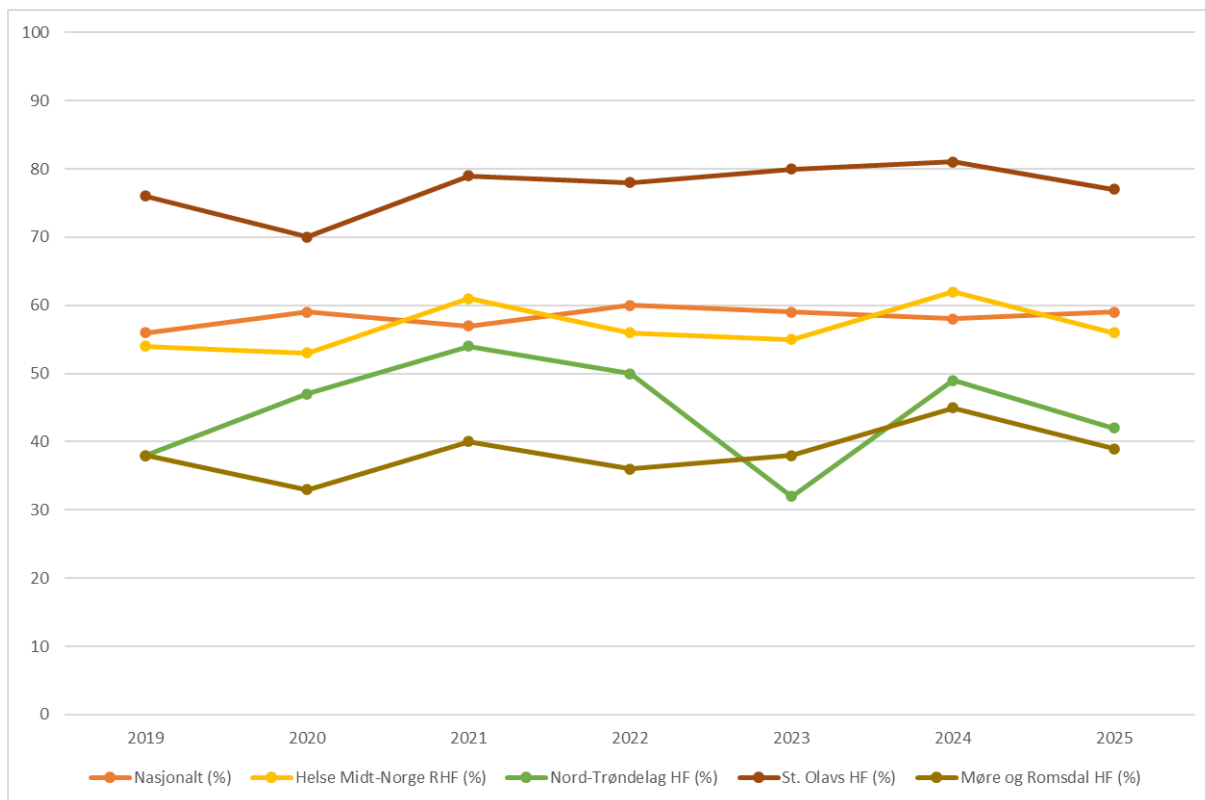
1. Barnediabetesregisteret (BDR). I 2023 ble det innført et strengere nasjonalt behandlingsmål for langtidsblodsukker hos barn og unge med diabetes. God blodsukkerkontroll i ung alder er avgjørende for å redusere risiko for senkomplikasjoner av diabetes senere i livet. Endret behandlingsmål stiller økte krav til oppfølgingen av behandlingen, og her har sykehus både i Helse Midt-Norge og nasjonalt hatt utfordringer med å holde trinn (se figur 1). I 2024 nådde kun 45 % (210/465) av pasientene i vår region målet om HbA1c < 53 mmol/mol. I 2025 ses en tydelig forbedring ved alle regionens sykehus - både Helse Nord-Trøndelag HF og St. Olavs HF har høy måloppnåelse (60 %<), mens Helse Møre og Romsdal HF har middels måloppnåelse.



Figur 2. Andel pasienter med HbA1c < 53 mmol/mol 2018-2025

Det er en svakhet at 2025-tall publiseres med nesten 6 mnd. forsinkelse, men for samtlige registre kan fagmiljøer på forespørsel få utlevert data hyppigere og nærmere sanntid. Dette er spesielt viktig for å kunne måle om forbedringstiltak som utprøves over en gitt periode har ønsket effekt.

2. Hjerterefusjonsregisteret (NHIR). En sentral kvalitetsindikator for behandling av hjerterefusjonsregisteret er *Reperfusjonsbehandling innen anbefalt tid ved STEMI*. Enkelt forklart handler dette om hvor raskt den tette blodåren i hjertet åpnes ved STEMI-infarkt – den mest alvorlige typen hjerterefusjonsregisteret - for å hindre at hjertemuskelen dør. Målet er at $\geq 85\%$ av pasienter under 85 år skal behandles med i) trombolyse innen 20 minutter eller ii) koronar angiografi/PCI innen 90 minutter etter at diagnostisk undersøkelse (EKG) er tatt. Viktige forutsetninger for dette er gode akuttforløp, logistikk og samhandling internt i helseregionen og i akuttkjeden. Som figur 2 viser, har måloppnåelse både nasjonalt og regionalt ligget under ønsket nivå over tid. I 2024 var måloppnåelsen på 62 % i Helse Midt-Norge – kun 153 av 245 pasienter fikk reperfusjon innen anbefalt tid. For de tre helseforetakene var resultatene som følger: Helse Nord-Trøndelag 49 %, Helse Møre og Romsdal 45 %, og St. Olav lå høyest med 81 %. Oppdaterte resultater for 2025 viser imidlertid en liten nedgang på resultater i alle tre helseforetak.



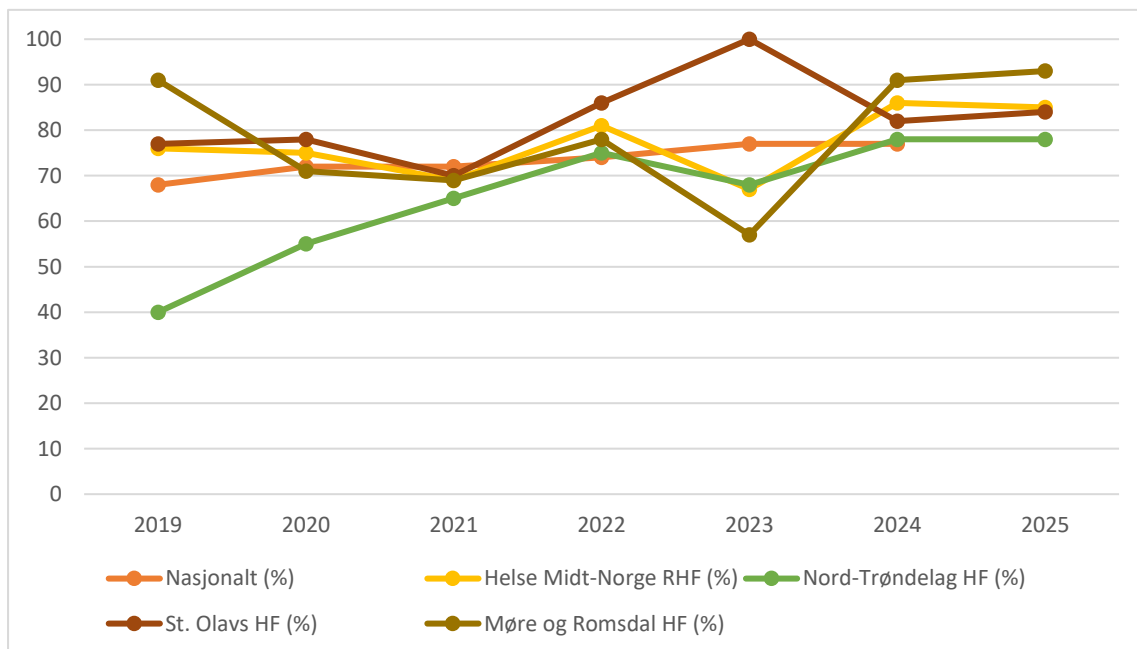
Figur 2. Andel pasienter som fikk reperfusjonsbehandling innen anbefalt tid ved STEMI-infarkt

Styret er tidligere orientert om fagrevisjonsrapporten *Behandling STEMI-hjerterefusjonsregisteret Helse Midt-Norge*,⁴ som ble utarbeidet på oppdrag fra Helse Midt-Norge RHF høsten 2025. Rapporten bygger på ferske tall fra Norsk hjerterefusjonsregister og konkluderte med at pasienter med STEMI-infarkt gis god behandling i Midt-Norge. Det mest sentrale forbedringsområdet det ble pekt på var nettopp raskere reperfusjonsbehandling. Det pågår nå et regionalt kvalitetsforbedringsprosjekt i samarbeid mellom fagledernetverkene for kardiologi og prehospitalt

⁴ [Rapport Behandling STEMI-hjerterefusjonsregisteret Helse Midt-Norge \(2025\)](#)

tjenester – «*Raskere åpning av tett kransåre ved hjerteinfarkt i Helse Midt-Norge*».⁵ Målsetningen er å øke andelen som får reperfusjonsbehandling innen anbefalt tid ved STEMI til 60 % i 2026 og 80 % i 2027.

3. Norsk MS-register og biobank (MS-registeret). For pasienter med multippel sklerose (MS) er behandlingseffekten størst i tidlig fase av sykdommen. Det er derfor viktig at diagnosen stilles så raskt som mulig etter sykdomsdebut slik at behandlingen kan starte så raskt som mulig. MS-registeret fremhever indikatorene «*Diagnosetid*» og «*Tid til behandlingsoppstart*» som særlig viktige kvalitetsmål. Figur 3 viser en positiv utvikling i andel pasienter i Helse Midt-Norge der det ble satt diagnose innen 2 år etter sykdomsdebut. I 2024 var måloppnåelse 86 % i regionen (67 av 78 pasienter), med følgende resultater pr. HF: Helse Møre og Romsdal HF 91 %, Helse Nord-Trøndelag HF 78 % og St. Olavs hospital 84 %. Dette har vedvart i 2025, der HNT og STO er uendret mens HMR har enda bedre måloppnåelse (93 %). Noe kan forklares med forbedrede rutiner for korrekt registrering av data, men det er også arbeidet systematisk med kvalitetsforbedring på dette området. Resultater fra MS-registeret har vært gjennomgått i fagledernetverk for nevrologi for læring og erfaringsdeling mellom HF-ene i regionen.

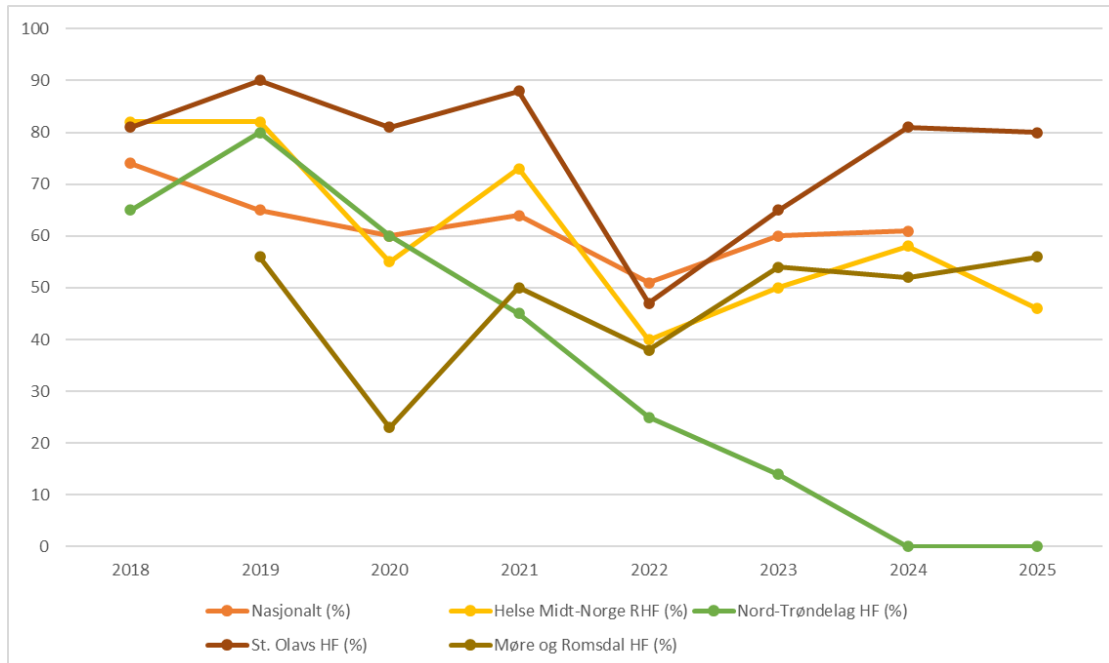


Figur 3. Diagnosetid (Andel pasienter med diagnose innen 2 år etter debut)

For indikatoren «*Tid til behandling*» er imidlertid ikke måloppnåelsen like god; mens St. Olavs HF har hatt en positiv utvikling siden 2022 har både Helse Møre og Romsdal HF og spesielt Helse Nord-Trøndelag HF gått signifikant ned i måloppnåelse. Her skal det imidlertid bemerkes at pasientvolumet er svært lavt i HNT (<10 pasienter i 2025), slik at selv små avvik gir store utslag. Svingningene vi ser kan delvis også forklares med at faglige retningslinjer har blitt endret og det har tatt tid å endre praksis. Grensen for oppstart av behandling for ny-diagnostiserte pasienter ble endret fra 30 til 21 dager etter diagnose i 2022 – en nedgang etter dette er derfor helt som forventet. Oppdaterte resultater for 2025

⁵ [Raskere åpning av tett kransåre ved hjerteinfarkt i Helse Midt Norge](#)

viser 56 % i Helse Møre og Romsdal HF, 0 % i Helse Nord- Trøndelag HF og 80 % ved St. Olavs hospital HF.



Figur 4. Tid til behandling - Andel med tid til oppstart av behandling på maks 21 dager etter diagnose.

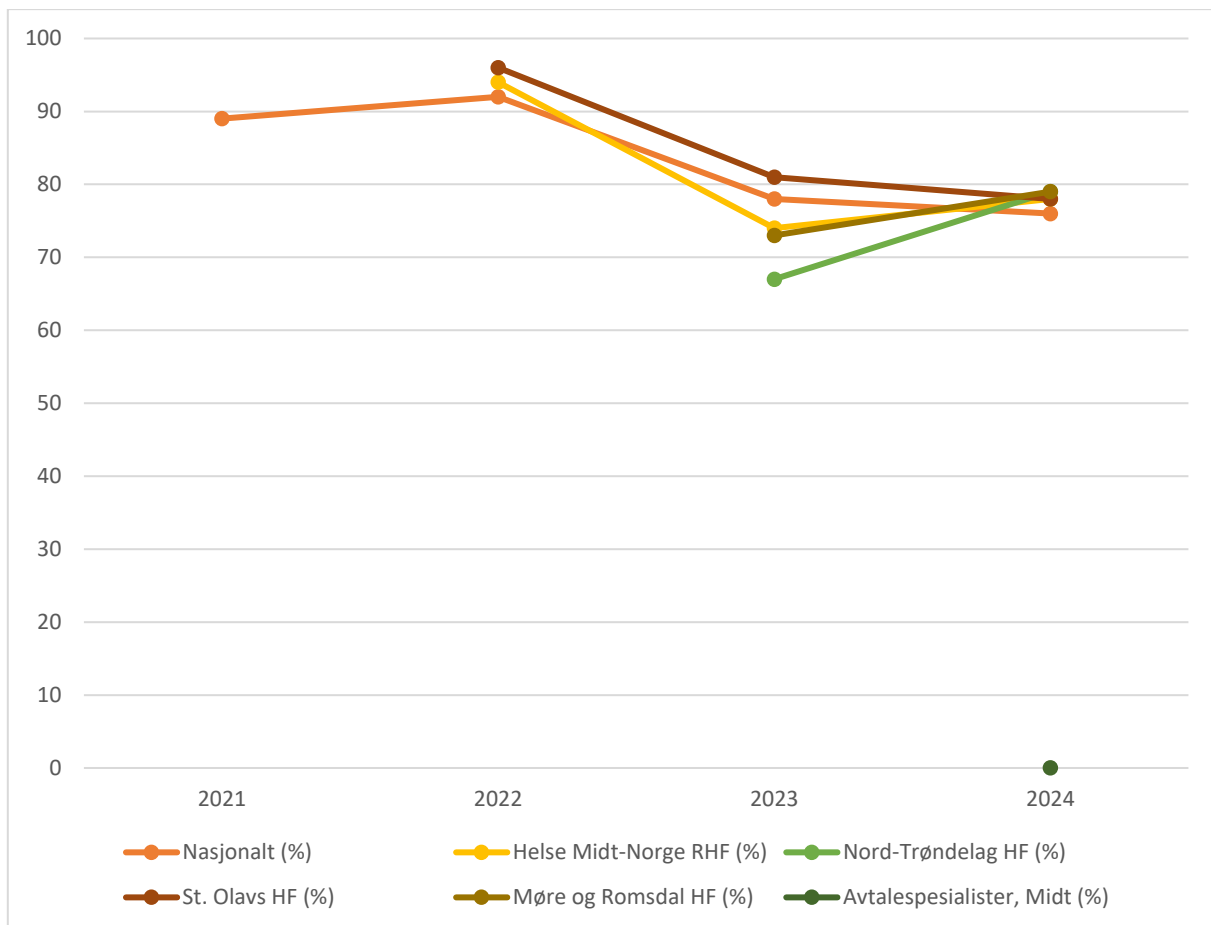
Kvalitetsindikatorer innen psykisk helsevern (PH) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Tradisjonelt har vi hatt flest kvalitetsindikatorer og -registre innen somatiske fag. En rapport fra Riksrevisjonen påpekte imidlertid i 2021 at Norge manglet registre innen psykiske lidelser. Dette ble fulgt opp av en felles interregional plan for utvikling innen psykisk helsevern og rusbehandling (2020) med mål om minst fire nye registre som dekket hele aldersspennet fra barn til eldre på nevnte fagområder. Systematisk arbeid har gitt resultater: det sjettede medisinske kvalitetsregisteret innen PH/TSB som fikk nasjonal status var Kvalitetsregister for psykisk helsevern barn og unge (KVABUP) våren 2025.

Til tross for at spesialisthelsetjenesten i Norge årlig gir helsehjelp til 53 000 pasienter innen psykisk helsevern for barn og unge (PHBU) – ca. 5 % av barnebefolkningen – er det mye vi ikke vet om kvaliteten på tilbudet som gis. Det er imidlertid publisert flere rapporter de senere år som indikerer at det er uønsket variasjon på området. Registeret er for nytt til at det er publisert data, men blir viktig for å redusere variasjon og gjøre det mer forutsigbart hvilken helsehjelp barn, unge og deres familier kan forvente.

Vi har noen kvalitetssikrede data fra *Nasjonalt kvalitetsregister for behandling av skadelig bruk eller avhengighet av rusmidler (KVARUS)*. I tråd med krav for nasjonale medisinske kvalitetsregistre samler også dette registeret inn pasientrapporterte data. Pasienter og brukeres erfaring med og opplevelse av helsetjenesten er en verdifull kilde til kunnskap om kvaliteten, og skal systematisk samles inn og brukes til kvalitetsforbedring. En av indikatorene i KVARUS måler pasientens opplevde nytte av hele behandlingsforløpet innenfor en henvisningsperiode, som kartlegges gjennom spørreskjema til pasientene. Indikatoren defineres som andelen pasienter som svarer «i stor grad» eller «i svært stor grad» på spørsmål om utbytte av behandlingen. Det må tas forbehold om både datakvalitet og små tall ut fra tiden registeret har vært i drift, men foreløpig indikerer resultatene middels til høy måloppnåelse for pasienter i

Helse Midt-Norge. Regionalt fagledernetverk for Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) følger resultatene tett, og det er i flere omganger tildelt regionale pasientsikkerhetsmidler fra Helse Midt-Norge RHF til fagmiljøene til tiltak for forbedring av registreringsrutiner og datakvalitet i registeret.



Figur 5. Andel pasienter som svarer at de «i stor grad» eller «i svært stor grad» har utbytte av behandlingen.