



Årsrapport for 2025 –
med plan for forbedringstiltak

Versjon 1.0

Utgivar:

Norsk intensiv- og kriseregister
Helse Bergen HF
Postboks 1400
5021 Bergen

Nettside: www.helse-bergen.no/norsk-intensiv-og-kriseregister

E-post: norskintensivregister@helse-bergen.no

E-post: norskkriserregister@helse-bergen.no

Om rapporten:

Rapporten er utarbeida av stab i Norsk intensiv- og kriseregister, i samråd med registeret sitt fagråd.

Føreslått sitering:

Norsk:

Norsk intensiv- og kriseregister (2026). *Norsk intensiv- og kriseregister. Årsrapport for 2025 med plan for forbedringstiltak* (versjon 1.0). <https://www.helse-bergen.no/norsk-intensiv-og-kriseregister/>

Engelsk:

Norwegian Intensive Care and Crisis Register (2026). *Norwegian Intensive Care and Crisis Register. Annual report for 2025 with improvement plan* (Version 1.0). <https://www.helse-bergen.no/norsk-intensiv-og-kriseregister/>

Dato: 12. juni 2026.

Versjonshistorikk

Versjon	Dato	Aktivitet	Ansvarlig
0.1	21.jan 2026	Dokument oppretta	Lena R. Olsen
0.2	1.april 2026	Figurer og nøkkeltal, NIR	Lena R. Olsen
0.3	13.april 2026	Figurer, kvalitetsindikatorer NIR	Eivind A. Sjursæther
0.4	28.mai 2026	Versjon til fagråd	Eivind A. Sjursæther
0.5	11.juni 2026	Godkjent fyrsteutkast (DL)	Eirik A. Buanes (DL)
1.0	12. juni 2026	Endeleg versjon til SKDE	Eivind A. Sjursæther

Tabell 1: Versjonsoversikt, gjeldande versjon er siste oppføring i tabellen.

Innhold

1 Samandrag	9
1.1 Summary in English	11
2 Resultat	13
2.1 Kvalitetsindikatorar	13
2.2 Pasientrapporterte data (PROM/PREM)	29
2.3 Resultat - datagrunnlag og kategorisering av einingar 2025	38
2.4 Resultat - nasjonal oversikt	42
2.5 Resultat - kvar hovudkategori presentert for seg	47
2.5.1 Overvakingseinigar	47
2.5.2 Postoperative einigar - inkludert toraksintensiv	52
2.5.3 Generelle intensiveveiningar med 50 % eller mindre kategori 3 senger	57
2.5.4 Generelle intensiveveiningar med over 50 % kategori 3 senger	63
2.5.5 Barn på intensiv	68
2.5.6 Organdonasjon	76
3 Registerbeskriving	83
4 Datakvalitet	86
4.1 Tilslutning og antall registreringar	86
4.2 Dekningsgrad og responsrate	88
4.2.1 Metode for beregning av dekningsgrad	88
4.2.2 Siste beregnede dekningsgrad	94
4.2.3 Responsrate for pasientrapporterte data	95
4.3 Vurdering av datakvalitet	96
5 Pasientretta kvalitetsforbetring	104
5.1 Identifiserte forbetningsområder - Norsk intensivregister	104
5.2 Igangsatte/utførte forbetringstiltak	106
6 Formidling av resultat	112
7 Samarbeid og forskning	113
7.1 Forskingsprosjekt og samarbeid med andre institusjonar	113
7.2 Samarbeid med andre fagmiljø og helsesregistre	114
7.3 Datautlevering	116
7.4 Vitenskapelege artiklar	118
8 Referansar til vurdering av stadium	121
8.1 Vurderingspunkt	121
9 Utvikling av registeret	123
9.1 Registeret si oppfølging av fjorårets vurdering frå Ekspertgruppen	123
9.2 Planar og behov	125
10 Vedlegg	127
10.1 Kjernevariablar i Norsk intensivregister	128

10.1.1	Opphald og årsak	129
10.1.2	Spesialisert monitorering og behandling	137
10.1.3	Komplikasjonar	138
10.1.4	Tidstrender alder, SAPS2, NEMS, liggjetid, respiratortid	140

Forord

Sidan 1998 har Norsk intensiv- og kriseregister (NIKreg) vore utvikla gjennom meir enn 25 år. I starten under namnet Norsk intensivregister (NIR), der ein laga rapportar over samla aktivitet og referansemålingar for intensivmedisinen i Noreg. Frå 2011 er det registrert data om intensivpasientar på individnivå i digitalt format. Gjennom åra er det utvikla ein felles plattform for å registrere aktiviteten og vurdere resultatane. Dei fleste intensiveiningar i landet er no medlemmar i registeret.

I tillegg til intensivregistrering inneheld NIKreg både registrering av pasientar i sjukehus ramma av større krisehendingar og ei ressursoversikt over spesialisthelsetenesta. Desse delane er ikkje skildra her, årsrapporten omhandlar kun intensivdelen av NIKreg - som vi fortsatt kallar Norsk intensivregister (NIR).

NIKreg rettar ei takk til alle medarbeidarar rundt omkring på medlemseiningane våre. Dei gjer dagleg ein stor innsats for at vi saman skal byggje og oppretthalde eit godt register over norsk intensivmedisin.

NIKreg har over fleire år hatt eit godt og viktig samarbeid med Helse Vest IKT, Helse Midt IT, Helse Nord IT, Fagsenter for medisinske kvalitetsregistre i Helse Vest, Senter for Klinisk Dokumentasjon og Evaluering (SKDE), Forsknings- og utviklingsavdelingen i Helse Bergen HF og Kirurgisk Serviceklinikk i Helse Bergen HF. Ved utvidinga til generisk krisemodul og ressursoversikt er samarbeidet med Helse Vest og dei andre regionale helseføretaka styrka. Utan eit løpande og godt samarbeid med alle desse ville det ikkje vore mogleg å drive Norsk intensiv- og kriseregister med dei ressursane registeret rår over.

Årsrapporten er omfattande, og det ville vere rart om ingen feil har sneke seg inn. Om du som lesar finn feil, manglar eller noko som er tvetydig, send gjerne ein epost til norskintensivregister@helsebergen.no.

Eirik Alnes Buanes

Leiar, Norsk intensiv- og kriseregister



NORSK INTENSIVREGISTER

Norsk intensivregister (NIR) vart stifta i 1998 og er bygd på opplysningar om pasientar behandla ved Norske intensivveiningar.

Alle pasientar innlagt på ei intensivveining, og som oppfyller inklusjonskriterium, blir registrert.

57 av 67 (85,1 %) medlemseiningar leverte i 2025 data til NIR.

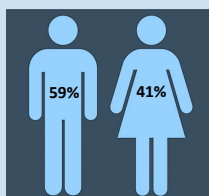
I 2025 er det registrert 19250 intensivopphald fordelt på 15185 pasientar, som er ein reduksjon på 4,5 % frå 2024.

Resultata er presentert i ulike einingskategoriar for at ein lettare skal kunne samanlikne seg med like einingar.

NØKKELTAL:

MEDIAN ALDER:		MEDIAN LIGGJETID:	
Overvåkningseiningar:	71,5 år	Overvåkningseiningar:	1,97 døgn
Postoperative einingar:	65,6 år	Postoperative einingar:	1,85 døgn
Generelle intensivveiningar ≤50% kat.3 senger:	70,4 år	Generelle intensivveiningar ≤50% kat.3 senger:	1,96 døgn
Generelle intensivveiningar >50% kat.3 senger:	62,7 år	Generelle intensivveiningar >50% kat.3 senger:	2,85 døgn
Barneintensiv:	1,7 år	Barneintensiv:	2,94 døgn
NASJONALT: 68,2 år		NASJONALT: 2,04 døgn	
MEDIAN INVASIV RESPIRATORID:		OVERLEVING VED UTSKRIVING INTENSIV:	
Overvåkningseiningar:	1,96 døgn	Overvåkningseiningar:	90,3 %
Postoperative einingar:	0,70 døgn	Postoperative einingar:	97,3 %
Generelle intensivveiningar ≤50% kat.3 senger:	1,51 døgn	Generelle intensivveiningar ≤50% kat.3 senger:	90,4 %
Generelle intensivveiningar >50% kat.3 senger:	2,00 døgn	Generelle intensivveiningar >50% kat.3 senger:	86,7 %
Barneintensiv:	1,98 døgn	Barneintensiv:	95,1 %
NASJONALT: 1,54 døgn		NASJONALT: 90,34 %	

Kjønnsfordeling pasientar
innlagt på intensiv:



Kvalitetsindikatorar:

- Leverer data til NIR: 85,1 % av medlemseiningane
- Primærvakt 24/7: 92,5 % av medlemseiningane
- Reinnlegging innan 72 timar: 1,6 %
- Invasiv respiratortid under 2,5 døgn: 94,7 %

Pasienterfaringar (PROM):

- 6 månader etter innlegging får pasientane tilsendt spørjeskjema med spørsmål om eiga helse (EQ5D).
- Resultata frå pasientanes vurdering av eiga helse frå 0-100 (EQ5D-VAS skår), visar at aldersgruppa 50-59 år oppgir lågast skår, etterfølgd av gruppa 80+ og 40-49 år.



NORSK INTENSIVREGISTER

Norwegian intensive care register (NIR) was established in 1998 and is based on information about patients treated in Norwegian intensive care units (ICU).

All patients admitted to an intensive care unit who fulfil the inclusion criteria are registered.

57 of 67 (85,1 %) member units reported data to NIR in 2025.

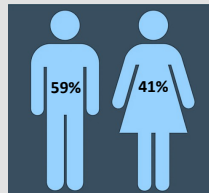
In 2025, 19250 intensive care admissions were registered for 15185 patients, a 4,5 % decrease from 2024.

The results are presented in different units categories to make it easier to compare with similar units.

KEY NUMBERS:

<p style="text-align: center;"><u>MEDIAN AGE:</u></p> <table border="1"> <tbody> <tr><td>High Dependency units:</td><td>71,5 years</td></tr> <tr><td>Postoperative units:</td><td>65,6 years</td></tr> <tr><td>General ICU ≤50% cat.3 beds:</td><td>70,4 years</td></tr> <tr><td>General ICU >50% cat.3 beds:</td><td>62,7 years</td></tr> <tr><td>Pediatric ICU:</td><td>1,7 years</td></tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;">NATIONAL: 68,2 years</p>	High Dependency units:	71,5 years	Postoperative units:	65,6 years	General ICU ≤50% cat.3 beds:	70,4 years	General ICU >50% cat.3 beds:	62,7 years	Pediatric ICU:	1,7 years	<p style="text-align: center;"><u>MEDIAN LENGTH OF STAY:</u></p> <table border="1"> <tbody> <tr><td>High Dependency units:</td><td>1,97 days</td></tr> <tr><td>Postoperative units:</td><td>1,85 days</td></tr> <tr><td>General ICU ≤50% cat.3 beds:</td><td>1,96 days</td></tr> <tr><td>General ICU >50% cat.3 beds:</td><td>2,85 days</td></tr> <tr><td>Pediatric ICU:</td><td>2,94 days</td></tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;">NATIONAL: 2,04 days</p>	High Dependency units:	1,97 days	Postoperative units:	1,85 days	General ICU ≤50% cat.3 beds:	1,96 days	General ICU >50% cat.3 beds:	2,85 days	Pediatric ICU:	2,94 days
High Dependency units:	71,5 years																				
Postoperative units:	65,6 years																				
General ICU ≤50% cat.3 beds:	70,4 years																				
General ICU >50% cat.3 beds:	62,7 years																				
Pediatric ICU:	1,7 years																				
High Dependency units:	1,97 days																				
Postoperative units:	1,85 days																				
General ICU ≤50% cat.3 beds:	1,96 days																				
General ICU >50% cat.3 beds:	2,85 days																				
Pediatric ICU:	2,94 days																				
<p style="text-align: center;"><u>MEDIAN TIME INVASIVE VENTILATION:</u></p> <table border="1"> <tbody> <tr><td>High Dependency units:</td><td>1,96 days</td></tr> <tr><td>Postoperative units:</td><td>0,70 days</td></tr> <tr><td>General ICU ≤50% cat.3 beds:</td><td>1,51 days</td></tr> <tr><td>General ICU >50% cat.3 beds:</td><td>2,00 days</td></tr> <tr><td>Pediatric ICU:</td><td>1,98 days</td></tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;">NATIONAL: 1,54 days</p>	High Dependency units:	1,96 days	Postoperative units:	0,70 days	General ICU ≤50% cat.3 beds:	1,51 days	General ICU >50% cat.3 beds:	2,00 days	Pediatric ICU:	1,98 days	<p style="text-align: center;"><u>ICU DISCHARGE SURVIVAL</u></p> <table border="1"> <tbody> <tr><td>High Dependency units:</td><td>90,3 %</td></tr> <tr><td>Postoperative units:</td><td>97,3 %</td></tr> <tr><td>General ICU ≤50% cat.3 beds:</td><td>90,4 %</td></tr> <tr><td>General ICU >50% cat.3 beds:</td><td>86,7 %</td></tr> <tr><td>Pediatric ICU:</td><td>95,1 %</td></tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;">NATIONAL: 90,34 %</p>	High Dependency units:	90,3 %	Postoperative units:	97,3 %	General ICU ≤50% cat.3 beds:	90,4 %	General ICU >50% cat.3 beds:	86,7 %	Pediatric ICU:	95,1 %
High Dependency units:	1,96 days																				
Postoperative units:	0,70 days																				
General ICU ≤50% cat.3 beds:	1,51 days																				
General ICU >50% cat.3 beds:	2,00 days																				
Pediatric ICU:	1,98 days																				
High Dependency units:	90,3 %																				
Postoperative units:	97,3 %																				
General ICU ≤50% cat.3 beds:	90,4 %																				
General ICU >50% cat.3 beds:	86,7 %																				
Pediatric ICU:	95,1 %																				

Distribution of ICU admitted patients by gender:



Quality indicators:

- Reporting data to NIR: 85,1 % of the member units
- Intensive care physician expertise 24/7: 92,5 % of the member units
- Readmission within 72 hours: 1,6 %
- Time on ventilator under 2,5 days: 94,7 %

Patient Reported Outcome Measures (PROM):

- 6 months after ICU admission, patients are sent a questionnaire with questions about their own health status (EQ5D).
- Results from patients assessment of own health from 0-100 (EQ5D-VAS score), show that the 50-59 age group reports the lowest score, followed by the age groups 80+ and 40-49 years.

Del 1
Resultat frå registeret

1 Samandrag

Om Norsk intensiv- og kriseregister (NIKreg)

Registeret blei oppretta i 1998 under namnet Norsk intensivregister, og er seinare utvida i fleire rundar. Norsk intensiv- og kriseregister består no av tre delar: eit intensivregister med namnet Norsk intensivregister (NIR), ein krisemodul som samlar data om pasientar innlagt som følge av av krisehendingar, og ei oversikt over spesialisthelsetenesta sine ressursar. Denne årsrapporten omhandlar berre Norsk intensivregister (NIR) og inneheld analyser av intensivopphald i Noreg. NIR er basert på reservasjonsrett og har nasjonal status som medisinsk kvalitetsregister frå Helsedirektoratet.

Datakvalitet

Norsk intensiv- og kriseregister har tilslutning på 85% og dekningsgrad på 93%. Datasettet er i stor grad komplett for kjernevariablar. Korrektheit er målt til 86% og reliabilitet er målt til 91%. Knapt 18% av registreringar er ferdigstilte innan ei veke frå utskriving frå intensiv og nær 80% er ferdigstilte innan tre månader. Meir utfyllande om datakvalitet finst i kapittel 4. Registeret arbeidar kontinuerleg for å kartlegge både reliabilitet og korrektheit. Kartlegginga baserer seg på fysiske avdelingsbesøk med manuelle oppslag i lokal dokumentasjon og er svært ressurskrevjande. Samla sett er datakvaliteten i Norsk intensiv- og kriseregister vurdert som god.

Kvalitetsindikatorar

Det er høy måloppnåing for reinnlegging innan 72 timar (1,6 %), respiratortid under 2,5 døger (94,7 %), primærvakt 24/7 (92,7 %) og levert data til NIR (92,5 %). For tverrfalleg gjennomgang er det middels måloppnåing (86,5 %) og for rutinenotat ved utskriving er det låg måloppnåing (80,6 %). Dette heng nok saman med at fleire postoperative pasientar er inkludert i registeret, og i postoperative einingar er det ikkje vanleg med utskrivingsnotat ved overflytting til annan post. Pasientar som kvalifiserer for registrering i NIR er alvorleg sjuke, og vi oppmodar einingane til at utskrivingsnotat blir laga for desse pasientane.

Pasientrapporterte utfall

Aldersgruppa 50-59 år og dei over 80 år rapporterer lågast eiga helse. Fysiske begrensningar som gange, evne til personleg stell og evne til å utføre daglegdagse gjeremål aukar med alderen, medan angst og depresjon er meir hyppig i yngre aldersgrupper. Kvinner har noko lågare eigenrapportert helse og noko meir plager i form av angst og depresjon enn menn. Blant pårørande rapporterer 41 % ein samla tilfredsheit på 80 eller meir av 100 moglege poeng, lågaste skåre er 50 av 100 poeng. Pårørande er tilfredse med å få open og ærlig informasjon om tilstanden til den som er innlagt, og informasjonen er stort sett forståeleg.

Analyser av intensivopphald

Det er registrert 19250 intensivopphald og 70236 intensivdøger i 2025. Samanlikna med 2024 er det noko færre intensivopphald, men fleire liggedøger. Liggetida har gått litt opp til ein median på 2,0 døger, medan færre intensivdøger kan hende skuldast strengare praktisering av inklusjonskriteria enn tidlegare. Median alder ved innlegging var 68 år, pasientar over 80 år utgjorde 17 % av oppholda medan born under 18 år stod for 5 % av oppholda. Det var 59 % menn og 41 % kvinner innlagt. Det vart gitt mekanisk ventilasjon i 50 % av intensivopphald og vasoaktiv medikasjon vart nytta i

64 % av intensivopphald. Det er flest intensivopphald i intensiveiningar med låg del intensivsenger. Overvåkingseiningar og einingar med låg del intensivsenger har dei eldste pasientane (median alder 71 og 70 år), medan postoperative einingar og einingar med høg del intensivsenger har flest mannlege pasientar (61 %). Delen mekanisk ventilasjonsstøtte er lågast i overvåkingseiningar (37 %) og høgast for born (81 %). Mortaliteten er høgast i einingar med høg del intensivsenger (13 %) og lågast i postoperative einingar (2 %).

Kvalitetsforbetring

Data og analyser frå registeret bidreg til fleire kvalitetsforbettringsprosjekt. Basert på kvalitetsindikatorane i NIR er det gjennomført eit forbedringsarbeid ved Haraldsplass Diakonale Sjukehus (HDS) for å redusere reinnlegging på intensiv. Prosjektet gjorde endringar i bruken av Medisinsk intensivteam (MIT) og dokumenterer ein reduksjon i reinnleggingar frå 8,9 % til 2,5 %. Samla sett klarer ein no å identifisere klinisk forverring tidlegare, det er meir systematisk respons ved slike hendingar og redusert behov for intensivbehandling. På landsbasis er tilgjengeleg intensivmedisinsk legekompentanse i jamn betring, noko NIR har rapportert og vore pådrivar for over fleire år. No rapporterer vi at utskrivingsnotat ved utskriving frå intensiv har låg måloppnåing, og vi oppmodar einingane om å lage kvalitetsforbettringsprosjekt som kan betre bruken av utskrivingsnotat frå intensiv.

Bruk av data

I 2025 avla Kristina Struksnes Fjone doktorgrad med bruk av data frå NIR. Det er for tida fem pågåande PhD-prosjekt som nyttar data frå NIR. Det var totalt 10 utleveringar av data i 2025, der fire var til forskning.

1.1 Summary in English

Translation of the Norwegian summary generated by Copilot.

About the Norwegian Intensive Care and Crisis Registry (NIKreg)

The registry was established in 1998 under the name Norwegian Intensive Care Registry and has since been expanded in several stages. The Norwegian Intensive Care and Crisis Registry now consists of three components: an intensive care registry called the Norwegian Intensive Care Registry (NIR), a crisis module that collects data on patients admitted as a result of crisis events, and an overview of the specialist health service's resources. This annual report only covers the Norwegian Intensive Care Registry (NIR) and includes analyses of intensive care stays in Norway. NIR is based on the right to opt out and has national status as a medical quality registry from the Norwegian Directorate of Health.

Data Quality

The Norwegian Intensive Care and Crisis Registry has a participation rate of 85 % and a coverage rate of 93 %. The dataset is largely complete for core variables. Accuracy is measured at 86 % and reliability at 91 %. Just under 18 % of registrations are completed within one week after discharge from the ICU, and nearly 80 % are completed within three months. More detailed information on data quality can be found in Chapter 4. The registry continuously works to assess both reliability and accuracy. These assessments are based on on-site departmental visits with manual review of local documentation and are highly resource-intensive. Overall, the data quality in the Norwegian Intensive Care and Crisis Registry is considered good.

Quality Indicators

There is high target achievement for readmission within 72 hours (1.6 %), ventilator time under 2.5 days (94.7 %), primary on-call coverage 24/7 (92.7 %), and data delivery to NIR (92.5 %). There is moderate target achievement for interdisciplinary review (86.5 %) and low target achievement for discharge notes at discharge from ICU (80.6 %). This is likely related to the inclusion of more postoperative patients in the registry, as discharge notes are not commonly used when transferring patients from postoperative units to other wards. Patients who qualify for registration in NIR are seriously ill, and units are encouraged to prepare discharge notes for these patients.

Patient-Reported Outcomes

The age group 50–59 years and those over 80 report the lowest self-perceived health. Physical limitations such as mobility, ability to perform personal care, and ability to carry out daily activities increase with age, whereas anxiety and depression are more common in younger age groups. Women report somewhat lower self-perceived health and somewhat more symptoms of anxiety and depression than men. Among relatives, 41 % report an overall satisfaction score of 80 or more out of a possible 100, with the lowest score being 50 out of 100. Relatives are satisfied with receiving open and honest information about the condition of the hospitalized patient, and the information is generally understandable.

Analyses of Intensive Care Stays

A total of 19,250 ICU stays and 70,236 ICU bed-days were recorded in 2025. Compared with 2024, there were slightly fewer ICU stays but more bed-days. Length of stay has increased slightly to a median of 2.0 days, while fewer ICU stays may be due to stricter application of inclusion criteria than previously. The median age at admission was 68 years; patients over 80 accounted for 17 % of stays, while children under 18 accounted for 5 %. There were 59 % men and 41 % women admitted. Mechanical ventilation was provided in 50 % of ICU stays, and vasoactive medication was used in 64 %. The highest number of ICU stays occurred in units with a low proportion of ICU beds. Monitoring units and units with a low proportion of ICU beds had the oldest patients (median ages 71 and 70 years), while postoperative units and units with a high proportion of ICU beds had the highest proportion of male patients (61 %). The proportion receiving mechanical ventilation was lowest in high dependency units (37 %) and highest among children (81 %). Mortality was highest in units with a high proportion of ICU beds (13 %) and lowest in postoperative units (2 %).

Quality Improvement

Data and analyses from the registry contribute to several quality improvement projects. Based on quality indicators in NIR, an improvement initiative was carried out at Haralds plass Deaconess Hospital (HDS) to reduce ICU readmissions. The project introduced changes in the use of the Medical Emergency Team (MET) and documented a reduction in readmissions from 8.9 % to 2.5 %. Clinical deterioration is now identified earlier, responses are more systematic, and the need for intensive care treatment has been reduced. On a national level, the availability of intensive care physician expertise has steadily improved, which NIR has reported on and advocated for over several years. We now report that discharge notes from ICU have low target achievement, and we encourage units to initiate quality improvement projects to enhance the use of discharge notes.

Use of Data

In 2025, Kristina Struksnes Fjone completed her PhD using data from NIR. There are currently five ongoing PhD projects using data from NIR. A total of 10 data releases were made in 2025, four of which were for research purposes.

2 Resultat

2.1 Kvalitetsindikatorar

I denne rapporten blir måloppnåing på kvalitetsindikatorane for intensivregisteret presentert. Kvalitetsindikatorane er også offentleg tilgjengeleg på sjukehusnivå i SKDE sitt oversiktspanel Behandlingskvalitet ¹.

Då NIR starta med elektronisk registrering av persondata i 2011 fanst det ikkje noko standardisert og felles sett av internasjonalt brukte kvalitetsindikatorar i intensivmedisinen. Kunnskapsgrunnlaget for utforming av dei nasjonale kvalitetsindikatorane i NIR, blei utført med ein grundig litteraturgjennomgang, for deretter å velje eigna variablar til å beskrive kvaliteten i norsk intensivmedisin. Ein oversiktsartikkel frå leiaren av Styringsgruppa i NIR vart publisert i 2012 basert på dette arbeidet ². Ein fann at åtte land brukte kvalitetsindikatorar nasjonalt (Storbritannia, Nederland, Spania, Sverige, Tyskland, Skottland, Østerrike og India). Ingen enkeltindikator var sams for alle åtte landa. Dei vanlegaste kvalitetsindikatorane i bruk var:

- Standardisert mortalitetsratio (SMR) (Seks av åtte land)
- Tilfredshet med intensivopphaldet (pasient eller familie) (Fem av åtte land)
- Korvidt spesialist i intensivmedisin er til stades på sjukehuset 24/7 (Fem av åtte land)
- Førekost av lungebetennelse hos respiratorbehandla pasientar (Fem av åtte land)

Av desse såg ein at førekost av respiratorpneumoni var vanskeleg å definere eintydig. Basert på gjennomgangen beslutta styringsgruppa i NIR kvalitetsindikatorar for intensivmedisinen i Noreg, gjeldane frå 2014. Kvalitetsindikatorane representerer dermed det som var vurdert som dei viktigaste faglege retningslinjene for intensivmedisinen generelt. Dei siste åra har registeret funne teikn til låg validitet for SMR, og denne indikatoren er difor tatt ut av bruk inntil ein har meir kunnskap om korleis indikatoren fungerer. Strukturindikatoren *Primærvakt 24/7*, er i samsvar med nasjonale og internasjonale retningslinjer for struktur og organisering av intensivverksemd ^{3 4}. Registeret starta arbeid med revisjon av kvalitetsindikatorane våren 2025.

Norsk intensivregister har til saman seks kvalitetsindikatorar. To av dei er strukturindikatorar, to prosessindikatorar, og to er resultatindikatorar. Under fylgjer beskriving og resultat av dei ulike kvalitetsindikatorane på nasjonalt nivå i figur 1, regionalt nivå i figur 2 og på einingsnivå i tabell 2.

¹<https://apps.skde.no/behandlingskvalitet/>

²Flaatten H. The present use of quality indicators in the intensive care unit. *Acta Anaesthesiol Scand* 2012;56:1078-1083

³Retningslinjer for intensivvirksomhet i Norge. (2014). Norsk anestesilogisk forening og Norsk sykepleierforbunds landsgruppe av intensivsykepleiere

⁴Valentin, A., Ferdinande, P. & ESICM Working Group on Quality Improvement. Recommendations on basic requirements for intensive care units: structural and organizational aspects. *Intensive Care Med* 37, 1575–1587 (2011). <https://doi.org/10.1007/s00134-011-2300-7>

Kvalitetsindikatorar i Norsk intensivregister

Kvalitetsindikator	Målnivå
Ny innlegging innan 72 timar	$\leq 4,0$ %
Invasiv respiratortid under 2,5 døger	≥ 51 %
Leverer data til NIR	≥ 81 %
Primærvakt 24/7	≥ 90 %
Rutinenotat ved utskriving	≥ 90 %
Tverrfagleg gjennomgang	≥ 90 %

Oppsummering måloppnåing kvalitetsindikatorar 2025

Samla nasjonalt har fire av dei seks kvalitetsindikatorane oppnådd målnivå. Av desse er det *struktur- og resultatindikatorane* som oppnår måloppnåing, medan *prosessindikatorane* har låg eller middels måloppnåing. Dette syner at intensivregisteret ikkje identifiserer uønskt variasjon i intensivbehandlinga, samla nasjonalt, men det framleis forbettringsområde knytt til rutinar og arbeidsflyt blant medlemseiningane. Meir om måloppnåing av kvalitetsindikatorar her: 2.1.

Måloppnåing kvalitetsindikatorar (2025)

Definisjon/beskrivelse	Reinnlegging er definert som nytt opphald på same intensiveining der innleggingstidspunktet er mindre enn 72 timar etter siste utskrivning. Det er ønskeleg med mindre enn 4 % reinnleggingar i rapporteringsåret.
Type indikator	Resultatindikator
Måloppnåing, nasjonalt	Høy: 1,6 % (n=308)
Beregning	Teljar: Opphald der innlegging er mindre enn 72 timar etter utskrivning i frå same eining. Nemnar: Alle opphald.

Definisjon/beskrivelse	Invasiv respirortid er den tida pasienten får pustehjelp frå ein respirator via eit pusterør i eit lukka system med overtrykk. Målet er median respirortid under 2,5 døger, som betyr at minst halvdelen av slike opphald skal ha respirortid under 2,5 døger.
Type indikator	Resultatindikator
Måloppnåing, nasjonalt	Høy: 94,7 % (n=3649)
Beregning	Teljar: Tal opphald med invasiv respiratorstøtte meir enn 2,5 døger. Nemnar: Alle opphald med invasiv respiratorstøtte. Ein tel ein ikkje med overførte pasientar, altså om eit intensivforløp er starta ved ei anna avdeling.

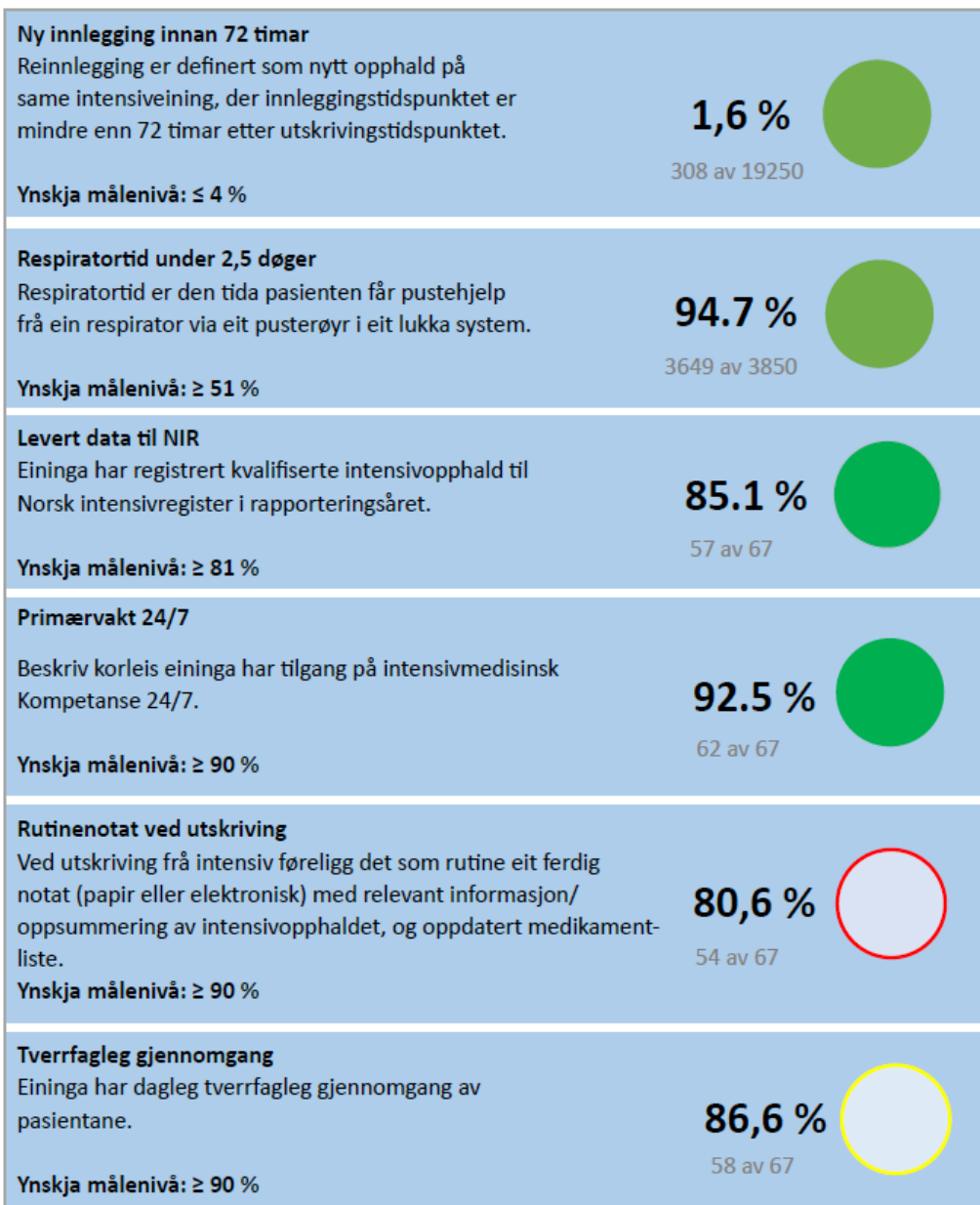
Definisjon/beskrivelse	Leverer data til NIR Eininga har registrert kvalifiserte intensivopphald til Norsk intensivregister i rapporteringsåret.
Type indikator	Strukturindikator
Måloppnåing, nasjonalt	Høy: 85,1 %, (n=57).
Beregning	Teljar: Tal medlemseiningar som har registrert sine intensivopphald i NIR i rapporteringsåret. Nemnar: Tal medlemseiningar i rapporteringsåret.

Definisjon/beskrivelse	Primærvakt 24/7 skildrar tilgang på intensivmedisinsk legekompentanse gjennom heile døgeret, kvar dag, året rundt. Slik ein til no har målt intensivmedisinsk kompetanse, meiner registeret nærvær av anestesilog. Denne kvalitetsindikatoren har tre nivå, der nivå 1 og nivå 2 oppfyller kvalitetsmålet, medan nivå 3 ikkje gjer det. Nivå 1: Lege med spesialistkompetanse i primærvakt. Nivå 2: Lege utan spesialistkompetanse i primærvakt på sjukehuset, lege med spesialistkompetanse i bakvakt som kan tilkallast. Nivå 3: Lege ikkje kontinuerlig til stade på sjukehuset, anestesilege i bakvakt som kan tilkallast deler av døgeret (kveld/natt).
Type indikator	Strukturindikator
Måloppnåing, nasjonalt	Høy: 92,5 % (n=62).
Beregning	Teljar: Tal medlemseiningar med legekompentanse på nivå 1 eller nivå 2 i rapporteringsåret. Nemnar: Tal medlemseiningar i rapporteringsåret.

Definisjon/beskrivelse	Rutinenotat ved utskriving indikerer i kva grad medlemseiningane har som rutine at eit ferdig notat med relevant informasjon og oppsummering av intensivopphaldet skal ligge føre ved utskriving. Kravet inkluderer oppdatert medikamentliste som skal vere enkelt tilgjengeleg for mottakande eining.
Type indikator	Prosessindikator
Måloppnåing, nasjonalt	Lav: 80,6 % (n=54).
Beregning	Teljar: Tal medlemseiningar som har utskrivingsnotat som rutine i rapporteringsåret. Nemnar: Tal medlemseiningar i rapporteringsåret.

Definisjon/beskrivelse	Tverrfagleg gjennomgang indikerer i kva grad medlemseiningane har dagleg tverrfagleg gjennomgang av pasientane som rutine.
Type indikator	Prosessindikator
Måloppnåing, nasjonalt	Middels: 86,6 % (n=58).
Beregning	Teljar: Tal medlemseiningar som har rutinemessig dagleg tverrfagleg pasientgjennomgang i rapporteringsåret. Nemnar: Tal medlemseiningar i rapporteringsåret.

Norsk intensivregister



Figur 1: Del måloppnåing kvalitetsindikatorar, nasjonalt nivå

Kvalitetsindikatorar 2025	Helse Nord RHF	Helse Midt RHF	Helse Vest RHF	Helse Sør-Øst RHF
Norsk intensivregister				
Ny innlegging innan 72 timar Reinnlegging er definert som nytt opphald på same intensiveining, der innleggingstidspunktet er mindre enn 72 timar etter utskrivingstidspunktet. Ynskja målenivå: ≤ 4 %	 1,2 % 18 av 1550	 1,8 % 49 av 2748	 2,0 % 66 av 3368	 2,2 % 17 av 1109
Respiratortid under 2,5 døger Respiratortid er den tida pasienten får pustehjelp frå ein respirator via eit pusterør i eit lukka system. Ynskja målenivå: ≥ 51 %	 68 % 225 av 332	 59 % 288 av 485	 64 % 445 av 698	 67 % 1563 av 2334
Lever data til NIR Eininga har registrert kvalifiserte intensivopphald til Norsk intensivregister i rapporteringsåret. Ynskja målenivå: ≥ 81 %	 73 % 8 av 11	 80 % 8 av 10	 85 % 11 av 13	 91 % 30 av 33
Primærvakt 24/7 Beskriv korleis eininga har tilgang på intensivmedisinsk kompetanse 24/7. Ynskja målenivå: ≥ 90 %	 64 % 7 av 11	 90 % 9 av 10	 100 % 13 av 13	 100 % 33 av 33
Rutinenotat ved utskriving Ved utskriving frå intensiv føreligg det som rutine eit ferdig notat (papir eller elektronisk) med relevant informasjon/ oppsummering av intensivopphaldet, og oppdatert medikamentliste. Ynskja målenivå: ≥ 90 %	 64 % 7 av 11	 80 % 8 av 10	 69 % 9 av 13	 91 % 30 av 33
Tverrfagleg gjennomgang Eininga har dagleg tverrfagleg gjennomgang av pasientane. Ynskja målenivå: ≥ 90 %	 82 % 9 av 11	 80 % 8 av 10	 85 % 11 av 13	 97 % 32 av 33

Figur 2: Del måloppnåing kvalitetsindikatorar, fordelt på regionnivå

RHF	HF	Sykehus	Einingsnamn	Levert data til NIR	Tverrfagleg gjennomgang	Rutinenotat ved utskriving	Primærvakt 24/7
Helse Nord	Finnmarks-sykehuset	Kirkenes	Intensiv med akuttmottak	Ja	Ja	Nei	3
Helse Nord	Finnmarks-sykehuset	Hammerfest	Intensiv og anestesileger	Nei	Ja	Ja	3
Helse Nord	Helgelands-sykehuset	Mo i Rana	Intensiv- og dagkirurgi	Ja	Ja	Ja	2
Helse Nord	Helgelands-sykehuset	Sandnessjøen	Intensiv	Ja	Ja	Ja	3
Helse Nord	Helgelands-sykehuset	Mosjøen	Intensiv	Nei	Nei	Nei	3
Helse Nord	Nordlands-sykehuset	Bodø	Intensivenheten	Ja	Ja	Ja	2
Helse Nord	UNN	Harstad	Intensiv- og overvåkingsenhet	Ja	Ja	Ja	1
Helse Nord	UNN	Narvik	Intensiv- og dagkirurgi	Ja	Ja	Nei	1
Helse Nord	UNN	Tromsø	Intensivavdelingen	Ja	Ja	Ja	1
Helse Nord	UNN	Tromsø	Medisinsk intensiv og hjerteoppvåkning	Ja	Ja	Ja	1
Helse Nord	UNN	Tromsø	Oppvåkingsseksjonen	Nei	Nei	Nei	1
Helse Midt	Helse Møre og Romsdal	SNR Hjelset	Intensiv- og overvåkingsenhet	Ja	Ja	Ja	2
Helse Midt	Helse Møre og Romsdal	Volda	Intensiv	Ja	Nei	Nei	3
Helse Midt	Helse Møre og Romsdal	Ålesund	Intensivavdelinga	Ja	Ja	Ja	2
Helse Midt	Helse Nord-Trøndelag	Levanger	Intensiv	Ja	Ja	Nei	2
Helse Midt	Helse Nord-Trøndelag	Namsos	Intensiv- og oppvåkingsavdeling og dagkirurgisk enhet	Ja	Ja	Ja	2
Helse Midt	St. Olavs hospital	St. Olavs	Hjertemedisinsk intensiv og overvåking (HMI)	Ja	Ja	Ja	1
Helse Midt	St. Olavs hospital	St. Olavs	Medisin- og lungeovervåking (MLO)	Ja	Ja	Ja	1
Helse Midt	St. Olavs hospital	St. Olavs	Nevrointensiv	Nei	Nei	Ja	2
Helse Midt	St. Olavs hospital	St. Olavs	Barn intensiv	Nei	Ja	Ja	1
Helse Midt	St. Olavs hospital	St. Olavs	Hovedintensiv/Thoraxintensiv	Ja	Ja	Ja	1

RHF	HF	Sykehus	Einingsnamn	Levert data	Tverrfagleg gjennomgang	Rutinenotat ved utskriving	Primærvakt 24/7
Helse Vest	Helse Bergen	Haukeland	Postoperativ seksjon	Ja	Nei	Nei	1
Helse Vest	Helse Bergen	Haukeland	Medisinsk intensiv og overvåking (MIO)	Ja	Ja	Ja	1
Helse Vest	Helse Bergen	Haukeland	Thoraxkirurgisk intensiv og postoperativ seksjon (TIO)	Nei	Ja	Ja	1
Helse Vest	Helse Bergen	Haukeland	Medisinsk overvåkingseining (MOE)	Ja	Ja	Nei	1
Helse Vest	Helse Bergen	Haukeland	Respiratorisk overvåkingseining (ROE)	Ja	Nei	Nei	1
Helse Vest	Helse Bergen	Haukeland	Brannskadeavdelinga	Nei	Ja	Ja	1
Helse Vest	Helse Bergen	Haukeland	Intensivmedisinsk seksjon	Ja	Ja	Ja	1
Helse Vest	Helse Fonna	Haugesund	Intensiv	Ja	Ja	Ja	2
Helse Vest	Helse Fonna	Stord	Felles intensiv	Ja	Ja	Nei	1
Helse Vest	Helse Førde	Førde	Generell intensiv	Ja	Ja	Ja	1
Helse Vest	Helse Stavanger	Stavanger	Intensiv	Ja	Ja	Ja	1
Helse Vest	Helse Stavanger	Stavanger	Postoperativ	Ja	Ja	Ja	1
Helse Vest	Privat ideell	Haraldsplass	Medisinsk intensiv og overvåking (MIPO)	Ja	Ja	Ja	1
Sør-Øst	Akershus Universitetssykehus	Kongsvinger	Intensiv	Ja	Ja	Ja	1
Sør-Øst	Akershus Universitetssykehus	Nordbyhagen	Postoperativ seksjon	Ja	Ja	Nei	1
Sør-Øst	Akershus Universitetssykehus	Nordbyhagen	Medisinsk intensiv og overvåking	Ja	Ja	Ja	1
Sør-Øst	Akershus Universitetssykehus	Nordbyhagen	Intensiv	Ja	Ja	Ja	1
Sør-Øst	Oslo universitetssykehus	Aker	Postoperativ	Ja	Nei	Nei	1
Sør-Øst	Oslo universitetssykehus	Radiumhospitalet	Postoperativ/intensiv	Nei	Ja	Ja	2
Sør-Øst	Oslo universitetssykehus	Rikshospitalet	Generell 1	Ja	Ja	Ja	1
Sør-Øst	Oslo universitetssykehus	Rikshospitalet	Generell 2	Ja	Ja	Ja	1
Sør-Øst	Oslo universitetssykehus	Rikshospitalet	Barneintensiv	Ja	Ja	Ja	1

RHF	HF	Sykehus	Einingsnamn	Levert data	Tverrfagleg gjennomgang	Rutinenotat ved utskriving	Primærvakt 24/7
Sør-Øst	Oslo universitets-sykehus	Rikshospitalet	Thoraxintensiv	Ja	Ja	Ja	1
Sør-Øst	Oslo universitets-sykehus	Rikshospitalet	Hjertemedisinsk intensiv og overvåkning	Ja	Ja	Ja	1
Sør-Øst	Oslo universitets-sykehus	Ullevål	Kirurgisk og medisinsk barneovervåkning (KOMBO)	Nei	Ja	Ja	1
Sør-Øst	Oslo universitets-sykehus	Ullevål	Akuttmedisinsk intensiv	Ja	Ja	Ja	1
Sør-Øst	Oslo universitets-sykehus	Ullevål	Generell intensiv	Ja	Ja	Ja	1
Sør-Øst	Oslo universitets-sykehus	Ullevål	Postoperativ	Ja	Ja	Ja	1
Sør-Øst	Oslo universitets-sykehus	Ullevål	Hjertemedisinsk intensiv og overvåkning	Ja	Ja	Ja	1
Sør-Øst	Oslo universitets-sykehus	Ullevål	Nevrointensiv	Ja	Ja	Ja	1
Sør-Øst	Privat ideell	Diakonhjemmet	Postoperativ/intensiv	Ja	Ja	Ja	1
Sør-Øst	Privat ideell	Lovisenberg	Medisinsk intensiv og overvåking	Ja	Ja	Ja	1
Sør-Øst	Sykehuset i Vestfold	Tønsberg	Medisinsk overvåkning 5C	Ja	Ja	Ja	1
Sør-Øst	Sykehuset i Vestfold	Tønsberg	Intensiv	Ja	Ja	Ja	2
Sør-Øst	Sykehuset Innlandet	Elverum	Intensiv	Ja	Ja	Nei	1
Sør-Øst	Sykehuset Innlandet	Gjøvik	Intensivavdelingen	Ja	Ja	Ja	1
Sør-Øst	Sykehuset Innlandet	Hamar	Intensiv	Ja	Ja	Ja	1
Sør-Øst	Sykehuset Innlandet	Lillehammer	Intensiv- og overvåkingsenhet	Nei	Ja	Ja	1
Sør-Øst	Sykehuset Telemark	Telemark	Felles intensiv	Ja	Ja	Ja	1
Sør-Øst	Sykehuset Østfold	Kalnes	Intensivavdelingen	Ja	Ja	Ja	1

RHF	HF	Sykehus	Einingsnamn	Levert data	Tverrfagleg gjennomgang	Rutinenotat ved utskriving	Primærvakt 24/7
Sør-Øst	Sørlandet sykehus	Arendal	Intensiv- og overvåkingsenhet	Ja	Ja	Ja	2
Sør-Øst	Sørlandet sykehus	Kristiansand	Intensiv	Ja	Ja	Ja	1
Sør-Øst	Vestre Viken	Bærum	Intensiv	Ja	Ja	Ja	1
Sør-Øst	Vestre Viken	Drammen	Intensiv	Ja	Ja	Ja	1
Sør-Øst	Vestre Viken	Kongsberg	Intensiv	Ja	Ja	Ja	1
Sør-Øst	Vestre Viken	Ringerike	Intensiv	Ja	Ja	Ja	1

Forkortingar: RHF = Regionalt helseføretak; HF = Helseføretak; UNN = Universitetssykehuset Nord-Norge; SNR = Sykehuset Nordmøre og Romsdal. Primærvakt: Nivå 1 = lege med spesialistkompetanse i primærvakt. Nivå 2 = lege utan spesialistkompetanse i primærvakt på sjukehuset, med lege med spesialistkompetanse i bakvakt som kan tilkallast. Nivå 3 = lege ikkje kontinuerleg til stades på sjukehuset, med anestesilege i bakvakt som kan tilkallast delar av døgnet (kveld/natt).

Tabell 2: Måloppnåing struktur- og prosessindikatorar på einingsnivå 2025

Ny innlegging innan 72 timar. Dersom ein pasient vert innlagt på nytt i ei intensiveining kort tid etter den vart skriven ut kan det indikere for tidleg utskrivning frå intensiv. I nokre tilfelle er dette uproblematisk, pasienten kan ha fått ein ny komplikasjon eller ein ny sjukdom som det ikkje var råd å sjå på førehand. Difor er det naturleg at enkelte pasientar kjem tilbake til intensiv kort tid etter utskrivning. Denne kvalitetsindikatoren har til hensikt å monitorere og kartlegge at utskrivne pasientar ikkje vert re-innlagde på intensiv. Dersom ei eining har høg andel av slike opphald, kan det tyde at eininga skriv ut pasientar før dei er klare, eller at intensivavdelinga har høgt press med ny-innlagde og må skrive ut paseintane sine for tidleg. Difor er kvalitetsmålet i NIR at den delen av pasientar som vert lagde inn igjen på intensiv i løpet av 72 timar etter utskrivning bør vere under 4 % av alle opphald. Presisering: Nokre gonger blir ein pasient definert som ein «NIR-pasient» allereie i ei postoperativ eining. Det vil seie at pasienten i det postoperative forløpet har oppfylt eitt eller fleire kriterium for registrering i NIR. Dersom ein slik postoperativ «NIR-pasient» blir stabilisert og overført til sengepost, men seinare får behov for auka overvaking eller intensivbehandling og derfor blir innlagd i intensivavdeling, skal dette ikkje reknast som ei reinnlegging. Dette gjeld sjølv om pasienten fekk intensivbehandling i den postoperative eininga der vedkomande først oppheldt seg.

Samla nasjonalt har kvalitetsindikatoren lege godt under målnivået på 4 % også i 2025, i tråd med ein stabil nedgåande trend gjennom meir enn fem år. I 2025 er delen reinnleggingar den lågaste sidan indikatoren vart innført, ei utvikling som òg vart observert i 2024 og no held fram. Høgaste nasjonale nivå vart målt i 2018 (3,0 %).

På einingsnivå i 2025 ligg berre éi eining over målnivået, med 2,2 prosentpoeng over grensa. Dette er fem færre einingar enn i 2024 (Figurer 3) og i tråd med utviklinga dei siste fem åra. Talet på einingar med meir enn 4 % reinnleggingar er redusert. Eininga som no ligg over målnivået er ei postoperativ eining. Registeret oppmodar einingar over målnivået om å gjennomføre forbetningsarbeid for å kartlegge årsaker og vurdere tiltak som kan redusere reinnleggingane.

Respiratortid under 2,5 døgn. Sjølv om respirator (pustemaskin) er eit viktig hjelpemiddel, er det eit kvalitetsmål at invasiv ventilasjonsstøtte skal vere kortvarig. Dette har fleire grunnar: respiratorbehandling via pusterøyr aukar mellom anna risikoen for lungebetennelse, og pustemuskulaturen kan svekkjast dersom respiratoren overtek pustearbeidet over lengre tid.

Kvalitetsmålet er nådd nasjonalt med god margin også i 2025 for intensivopphald utan overføring (pasienten har hatt heile intensivforløpet i same eining). I 2025 ligg fire einingar på eller over målnivået, éi færre enn i 2024, noko som indikerer ein svak nedgang. Som i fjor er det særleg einingar med < 50 % kategori 3-senger som ligg over målnivået. Registeret har ikkje undersøkt nærare kva som kjenneteiknar desse opphalda.

Som i tidlegare år viser resultatata at respiratortida er noko lengre for overførte pasientar. Her ligg ni einingar på eller over målnivået, sjå figurane 4 og 5. Dette er fem fleire einingar enn i 2024. Av desse har sju einingar < 50 % kategori 3-senger, medan to har > 50 %. Eininga som gjennomgåande ligg høgast over målnivået er ROE (Respiratorisk overvakingseining, Haukeland), som i stor grad driv avvenning frå respirator for pasientar overførte frå kirurgisk intensiv.

Nasjonalt har måloppnåinga for denne indikatoren vore god i meir enn fem år. Hovudanalysen er basert på intensivopphald der heile forløpet er gjennomført ved éi eining (utan overføring), noko som sikrar presis attribusjon og betre samanliknbarheit mellom einingar. Overførte pasientar er analyserte separat, då manglande aggregering av respiratortid på tvers av opphald kan påverke resultatata.

Det er noko variasjon i respiratortid både nasjonalt og mellom einingar, som forventa. Når ein analyserer etter einingskategori, er variasjonen mindre innan kategoriane. Det er difor ikkje funne teikn til uønskt variasjon i respiratorbehandlinga i norsk intensivmedisin.

Levert data til NIR. Målet for rapporteringsåret 2025 er også i år oppnådd, med 85,1 % samla nasjonalt. Samstundes ligg resultatet omlag 4 % frå terskelverdien, og representerer dermed ein reduksjon samanlikna med tidlegare år, der måloppnåinga har vore stabilt høg over ein lengre periode. I 2025 leverte 57 av 67 einingar data til registeret. Måloppnåinga var 100 % i pandemiåra 2020 og 2021, noko som kan tyde på at rapportering vart særleg prioritert i ein periode med auka merksemd på intensivkapasitet og -aktivitet. Dette var òg før innføringa av Helseplattformen, i Helse Midt RHF.

Einingar som ikkje rapporterer til NIR i to år på rad, blir kontakta, og det er få einingar som fell varig ut av rapporteringa. I Helse Midt har fleire einingar hatt utfordringar i samband med overgangen til Helseplattformen, noko som framstår som ein sentral forklaringsfaktor for nedgangen i måloppnåing. Det er likevel utvikla løysingar som allereie er tekne i bruk ved fleire einingar, og som no er under vidare innføring. Dette talar for at rapporteringsgraden kan betre seg på kort sikt. For einingar som ikkje rapporterer, er det særleg to forhold som går att: oppstartsvanskar ved nye medlemseiningar, der rutinar for registrering enno ikkje er godt etablerte, og bortfall av dedikert personell med ansvar for registerarbeid. Felles for desse einingane er avgrensa ressursar, særleg knytt til tilgang på personell og tid, noko som framstår som ein sentral forklaringsfaktor for manglande rapportering.

Primærvakt 24/7. Moderne intensivmedisin er fagleg kompleks og stiller høge krav til erfaring og kompetanse hos behandlande personell. Ved dei fleste einingane er slik kompetanse godt ivareteken i dagtid, medan i mindre grad kontinuerleg tilgjengeleg i vakttid. Dette peikar på ein potensiell sårbarheit i behandlingstilbodet. Av den grunn har NIR definert kontinuerleg tilgang på intensivmedisinsk legekompertanse (24/7/365) som ein sentral kvalitetsindikator. Registeret er kjend med at NIR-data i fleire tilfelle har vorte nytta aktivt i ressurs- og kompetanseplanlegging, noko som har bidrege til styrking av intensivmedisinsk legekompertanse ved fleire einingar. Dette indikerer at kvalitetsindikatoren ikkje berre måler eksisterande praksis, men òg kan fungere som eit verkemiddel for målretta kvalitetsforbetring.

For rapporteringsåret 2025 er målnivået oppnådd nasjonalt, med 92,5 %. Dette er ein reduksjon på 1,5 prosentpoeng frå 2024. Årsaka til dette er nye medlemseinigar i NIR, som primært er overvaking og postoperative einingar, som ikkje har same intensivmedisinske kompetanse tilgjengeleg. Soleis kan registeret ikkje sjå anna enn at einingar som primært har kategori-3 pasientar, også har tilsvarende legekompertanse tilgjengeleg på aktuelle sjukehus. Indikatoren har hatt god måloppnåing over fleire år, med ein svak, men jamn auke dei siste fire åra. Auken kan mellom anna sjåast i samband med strukturelle endringar som samanslåing av sjukehus. Eit døme er Helse Møre og Romsdal HF, der etableringa av Sjukehuset Nordmøre og Romsdal har lagt til rette for primærvakt med intensivmedisinsk kompetanse heile døgnet. Dette representerer ei styrking samanlikna med situasjonen før samanslåinga. Som tidlegare er det i hovudsak dei minste sjukehusa som ikkje har kontinuerleg tilgang på intensivmedisinsk kompetanse (24/7/365). Dette framstår som eit forventa funn, då desse einingane behandlar eit mindre komplekst pasientgrunnlag, og ofte har pasientar som av medisinske årsaker ikkje skal overførast til høgare omsorgsnivå. Samstundes oppgir einingane at det i enkelttilfelle vert etablert beredskap med tilstadesverande lege ved behov, til dømes når vêttilhøve hindrar overføring. Slike løysingar er likevel ikkje permanente og inngår difor ikkje i oppfyllinga av

kvalitetsindikatoren.

Rutinenotat ved utskriving. Kvalitetsindikatoren oppnår ikkje målnivået i 2025. Nasjonalt er resultatet 80,6 %, mot eit krav på ≥ 90 %. Det har ikkje vore nasjonal måloppnåing sidan 2022. Ein viktig forklaringsfaktor er utviding av registeret med nye medlemseiningar, særleg overvakingseiningar og postoperative einingar, der det i mindre grad er etablert rutine for oppsummerande notat ved overføring til sengepost. Som i tidlegare år er det intensiveiningane, både ved små og store sjukehus, som i hovudsak oppfyller indikatoren (tabell 2). Dette peikar på systematiske skilnader i praksis knytte til einingstype.

Registeret har hatt vedvarande merksemd på indikatoren dei siste åra, og enkelte einingar har etablert rutinar for utskrivingsnotat etter oppmoding. Dette kan ha bidrege til at måloppnåinga ikkje har falle ytterlegare, trass i endringar i einingssamansetjinga. Ved større sjukehus med fleire medlemseiningar i ulike kategoriar kjem variasjonen i praksis tydeleg fram, noko som understrekar at indikatorar som denne i mindre grad eignar seg for tolking på sjukehusnivå.

Registeret oppmodar medlemseiningane til å etablere rutine for utskrivingsnotat for pasientar som oppfyller rapporteringskriteria i NIR, også ved korte intensivopphald. Desse pasientane er ofte komplekse, og tilgang til eit oppdatert, samanfattande notat er viktig for å sikre god kontinuitet og kvalitet i den vidare behandlinga. Samt eit nyttig verktøy for mottakande avdeling, og dersom det vert naudsynt med nytt opphald på intensiv/overvaking under same sjukdomsforløp.

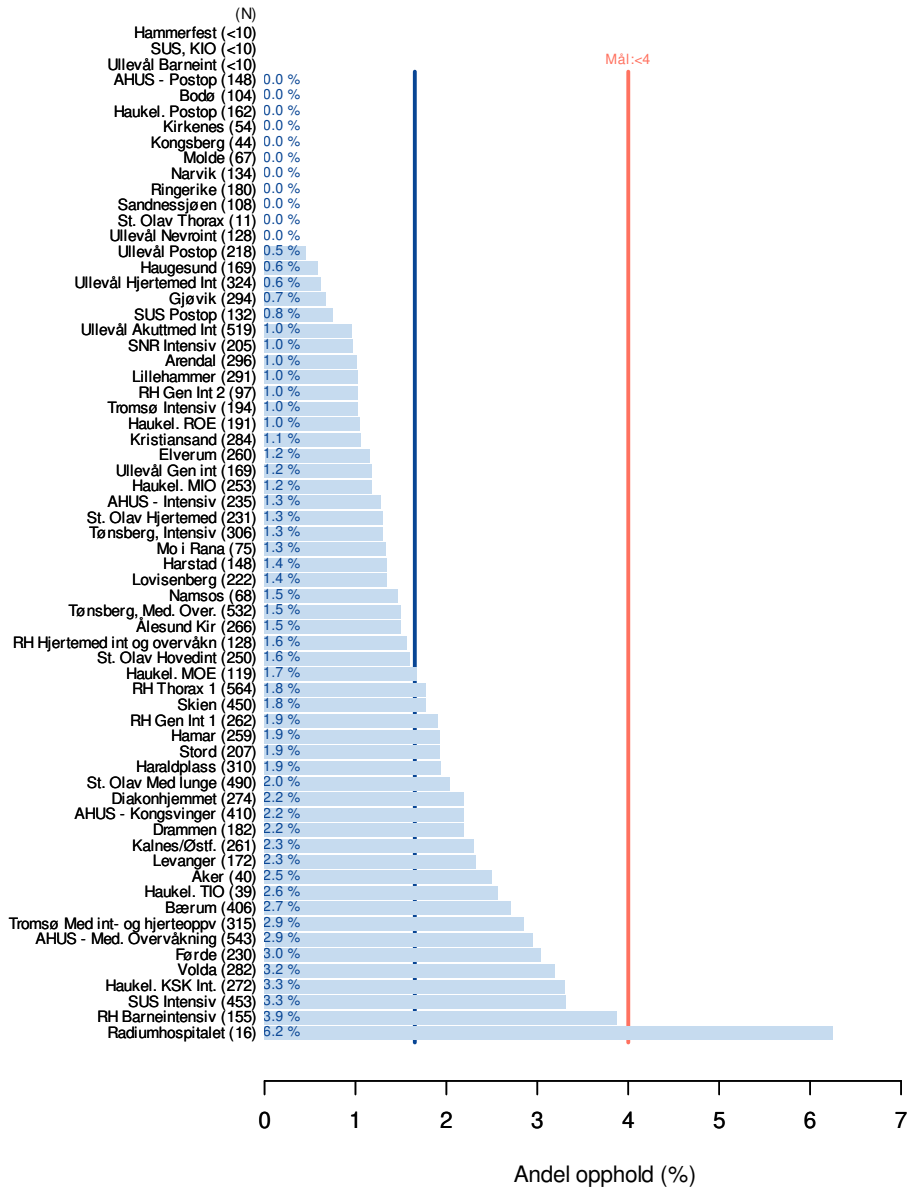
Tverrfagleg gjennomgang. Denne kvalitetsindikatoren ligg framleis under målnivået, med 86,6 % i 2025, der måloppnåing er ≥ 90 %. Dette er ein mindre auke frå 85 % i 2024, men måloppnåing er enno ikkje nådd. Indikatoren har tidlegare hatt stabil måloppnåing over fleire år, og den observerte nedgangen dei siste åra må sjåast i samanheng med auka tilslutning til registeret. Nye medlemseiningar er i stor grad overvakingseiningar og postoperative einingar, noko som påverkar det samla nasjonale resultatet.

Einingar som ikkje oppfyller kvalitetsmålet for tverrfagleg gjennomgang er i hovudsak overvaking- og postoperative eingingar, som forventa. Dei behandlar primært pasientar med avgrensa organsvikt og ein meir spesialisert pasientpopulasjon, der behovet for dagleg tverrfagleg gjennomgang ofte er mindre enn ved intensiveiningar som behandlar pasientar med alvorleg multiorgansvikt. Dette bidreg til å forklare lågare måloppnåing i desse gruppene. Det er også tydeleg variasjon innanfor same sjukehus, særleg ved regionsjukehus med fleire einingar i ulike kategoriar (intensiv-, overvaking- og postoperative einingar). Samla sett peikar dette på at variasjonen i stor grad er strukturelt betinga og reflekterer forskjellar i funksjon, organisering og pasientsamansetjing mellom einingane.

Innleggsdatoer: 2025-01-01 til 2025-12-31

Reinnleggelser på intensivavd. (innen 72t) uten overflyttede pasienter

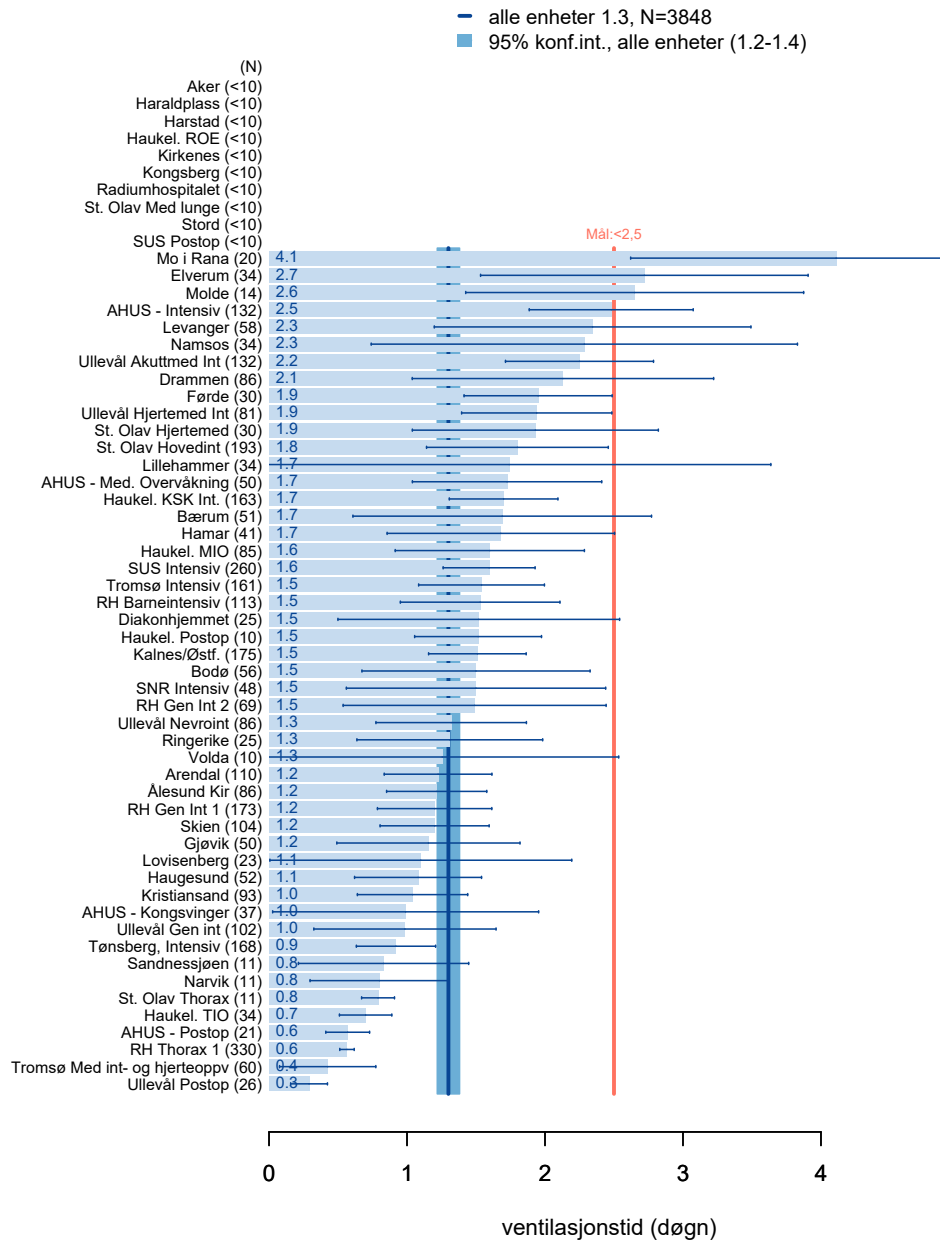
— alle enheter: 1.7%, N=14221



Figur 3: Del reinnlegging per eining

Innleggelsesdatoer: 2025-01-01 til 2025-12-31

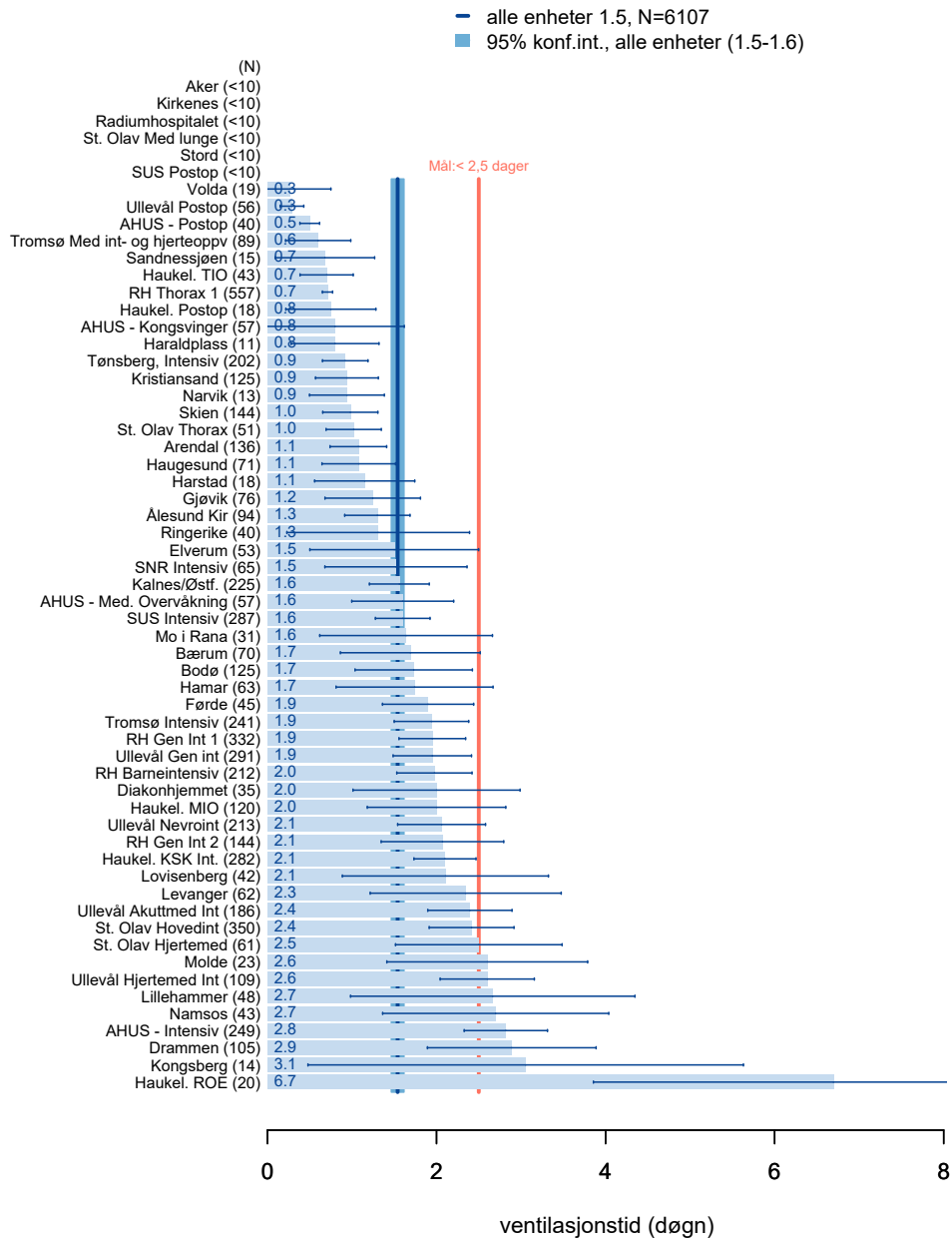
Median invasiv ventilasjon (uten overførte pasienter)



Figur 4: Andel opphald med respiratortid < 2,5 per eining, utan overførte pasientar

Innleggsdatoer: 2025-01-01 til 2025-12-31

Median invasiv ventilasjon (inkl. overførte pasienter)



Figur 5: Andel opphald med respiratortid < 2,5 døgn, per eining, inkludert overførte pasientar

2.2 Pasientrapporterte data (PROM/PREM)

Intensivmedisin er generisk, den tek hand om eit vidt spekter av sjukdommar og tilstandar hjå mange ulike pasientgrupper, med akutt svikt i vitale organfunksjonar som fellesnemnar. Ein har difor basert seg på generiske instrument for pasientrapporterte resultatmål i intensivregisteret. 6 månader etter innlegging på intensiv blir det sendt ut eit generisk skjema for pasientrapporterte utfallsmål (PROM), EQ-5D-5L. Skjema vert kun distribuert elektronisk, til brukarar av digipost eller Helsenorge.

EQ-5D-5L er eit eigenrapportert, internasjonalt, validert skjema som omfattar fem sentrale helsedimensjonar: gange (mobilitet), personleg stell, vanlege gjeremål, smerter/ubehag og angst/depresjon⁵. I tillegg har skjemaet ein visuell analog skala (VAS) frå 0 til 100 der ein kan markere korleis ein oppfattar eiga helse på tidspunkt for svar, 100 er best mogleg helse.

EQ-5D-5L er i utbreidd bruk, også i intensivsamanheng – både i studiar og oppfølging. Det er totalt sendt ut 41 152 skjema dei siste 5 år. Svarprosenten har lege omlag mellom 45-50 % denne perioden. Den store majoriteten av besvarelsane kjem frå brukarar av Helsenorge, og ein svært liten del svarer ved bruk av Digipost (Figur 54). NIR starta innsamling av ePROM i 2020.

Kjønnsfordelinga blant respondentane gjenspeiler intensivpopulasjonen elles, med ein høgare andel menn. Dette samsvarer med at menn også utgjer ein større del av intensivpasientane og har flest besvarelsar, sjå figur 6. Samla median alder blant respondentane er 64 år for perioden 2021–2025. Dette er nokre få år lågare enn median alder ved innlegging intensiv, som har lege på om lag 67 år i same periode.

Årstall	Andel kvinner	Andel menn	Andel ukjent
2021	39,5 %	60,5 %	0,0 %
2022	40,0 %	60,0 %	0,0 %
2023	37,3 %	62,7 %	0,0 %
2024	37,9 %	61,9 %	0,2 %
2025	40,2 %	59,8 %	0,0 %

Figur 6: Årleg kjønnsfordeling (andel) blant pasientar som har besvart PROM-skjema i perioden 2021–2025.

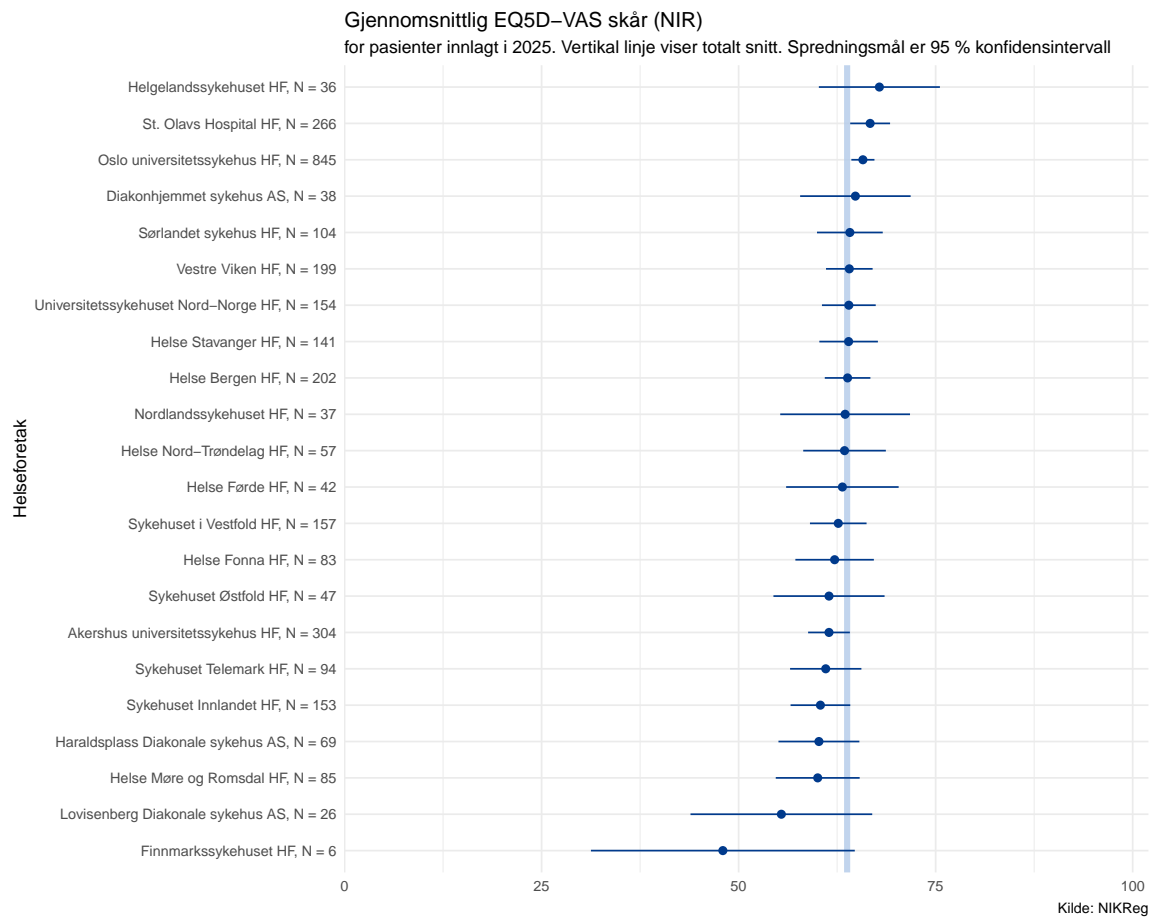
Figur 7 og 8 viser resultat for EQ-5D VAS-skår fordelt på helseføretak og aldersgrupper. I figuren som presenterar fordeling etter alder, kjem det fram at aldersgruppa 50–59 år rapporterer den lågaste skåren for opplevd eigen helse, etterfølgt av gruppa 80+ og 40–49 år. Dei yngste pasientane rapporterer best total helse.

⁵<https://euroqol.org/>

I figur 9 og 10 blir dei sjølvrapporterte helsedimensjonane i EQ-5D-5L presentert, fordelt etter alder og kjønn. Resultata viser eit tydeleg aldersrelatert mønster som varierer mellom dei ulike dimensjonane. Dei eldste pasientane, over 80 år, rapporterer meir funksjonstap knytt til gåing, personleg stell og vanlege gjeremål, samanlikna med yngre aldersgrupper. Når ein ser bort frå dei aller eldste, er det aldersgruppa 50-59 år som skil seg mest ut, og er den gruppa som rapporterer mest funksjonstap knytt til personleg gjeremål og personleg stell. I tillegg rapporterer dei mest smerte og ubehag, saman med aldersgruppa 40-49 år. Angst og depresjon er derimot mest utbreidd blant dei yngste pasientane, medan førekomsten gradvis blir lågare frå og med aldersgruppa 60-69 år og oppover. Det er gjennomgåande moderate forskjellar mellom kvinner og menn. Kvinner rapporterer meir vanskar enn menn innan tre av dei fem EQ-5D dimensjonane. I dei funksjonsrelaterte område som gåing, personleg stell og vanlege gjeremål, oppgir kvinner berre lågare funksjonsevne enn menn under dimensjonen vanlege gjeremål. Vidare rapporterer kvinner meir smerte og ubehag, samt høgare nivå av angst og depresjon. Samla kjem dette til uttrykk i ein noko lågare VAS skår for kvinner, som indikerer lågare opplevd generell helse samanlikna med menn.

Sidan mange av intensivpasientane i ettertid hugsar lite eller ingenting frå intensivopphaldet, har NIR teke i bruk eit internasjonalt, validert spørjeskjema for pårørande, FS-ICU 24, som eit PREM. Dette instrumentet målar pårørandetilfredsheit. Studiar har vist at det er godt samsvar mellom det nære pårørande opplever og pasienten sine oppfatningar. Å måle nærstående si oppleving av kvalitet, kommunikasjon, involvering og ivaretaking i helsetenesta, er difor sett på som eit godt surrogat for pasientrøynsle i slike tilfelle. Pårørandetilfredsheit er ein av dei internasjonalt tilrådde kvalitetsindikatorane for intensivavdelingar (Rhodes A et al. *Int Care Med.* 2012;38(4):598-605) og vart vedteke implementert i NIR i 2015. FS-ICU er tilgjengelig for registrering for alle medlemseingar via innregistreringsløysinga MRS, og det er einingane sjølve som må sende ut skjema og registrere returnerte svar. Det er utvikla brukarretteleing som ligg tilgjengeleg for alle på NIR sine nettsider, og ein har gjennomført digitale møter for å gi opplæring til einingane om innsamling av PREM.

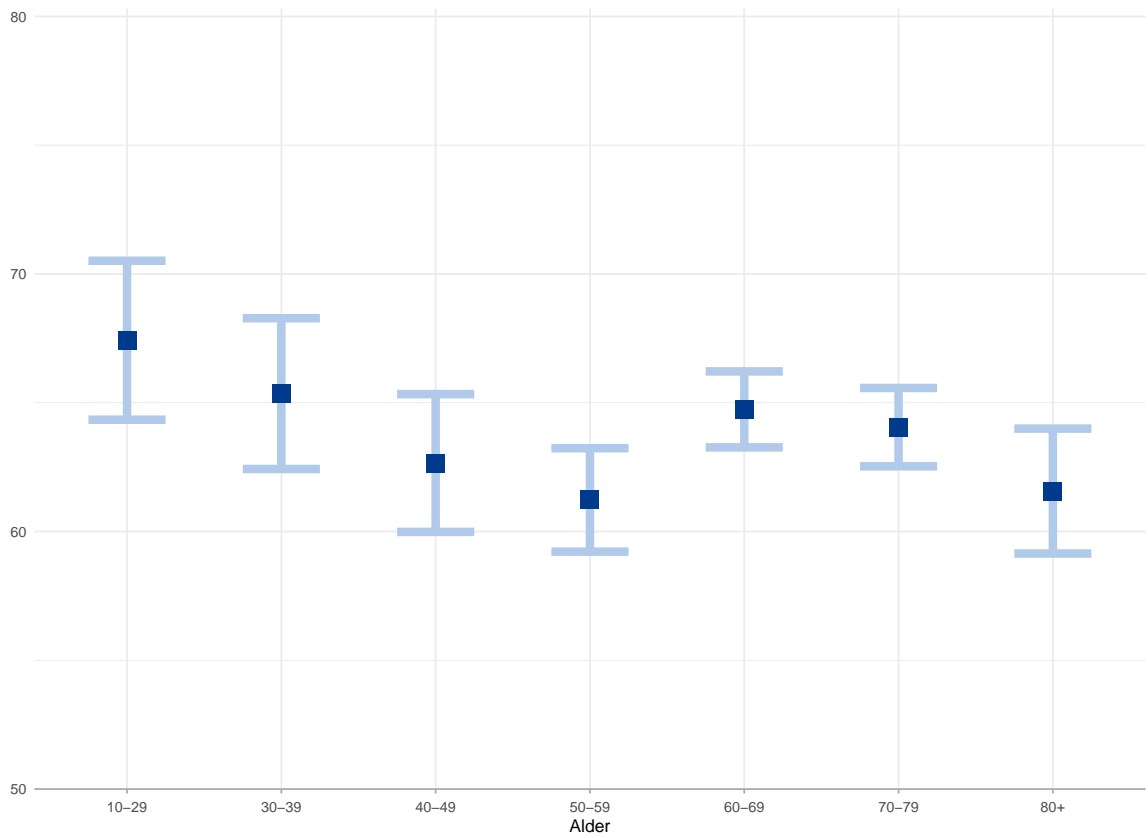
Frå 2024 er siste oppdatert versjon av pårørandetilfredsheitsskjema, FS-ICU-24R, teke i bruk. Etter at oppdatert versjon vart teken i bruk har ni medlemseingar gjennomført undersøkinga. I 2024 var det til saman samla inn 131 svar frå pårørande, og i 2025 er det totalt 33 svar frå pårørande samla inn av tre medlemseingar. Det er ikkje gjort nokon intervensjon før pårørande-tilfredsheitsundersøkinga av dei avdelingane som samla inn svar i 2025. I figur 11 og 12 ser me at pårørande for det meste er tilfredse med å få ærleg informasjon om pasienten og at dei stort sett er fornøgd med kor forståeleg informasjon intensivpersonalet gav dei. Samla vurdering av pårørande si tilfredsheit som nærstående til ein intensivpasient viser at dei fleste pårørande er tilfredse med behandlinga gitt til pasienten, sjå figur 13.



Figur 7: Vurdering av eiga helse på visuell analog skala per HF. Høg poengsum tyder god helse. Vertikal feit linje markerer gjennomsnitt for alle skjema

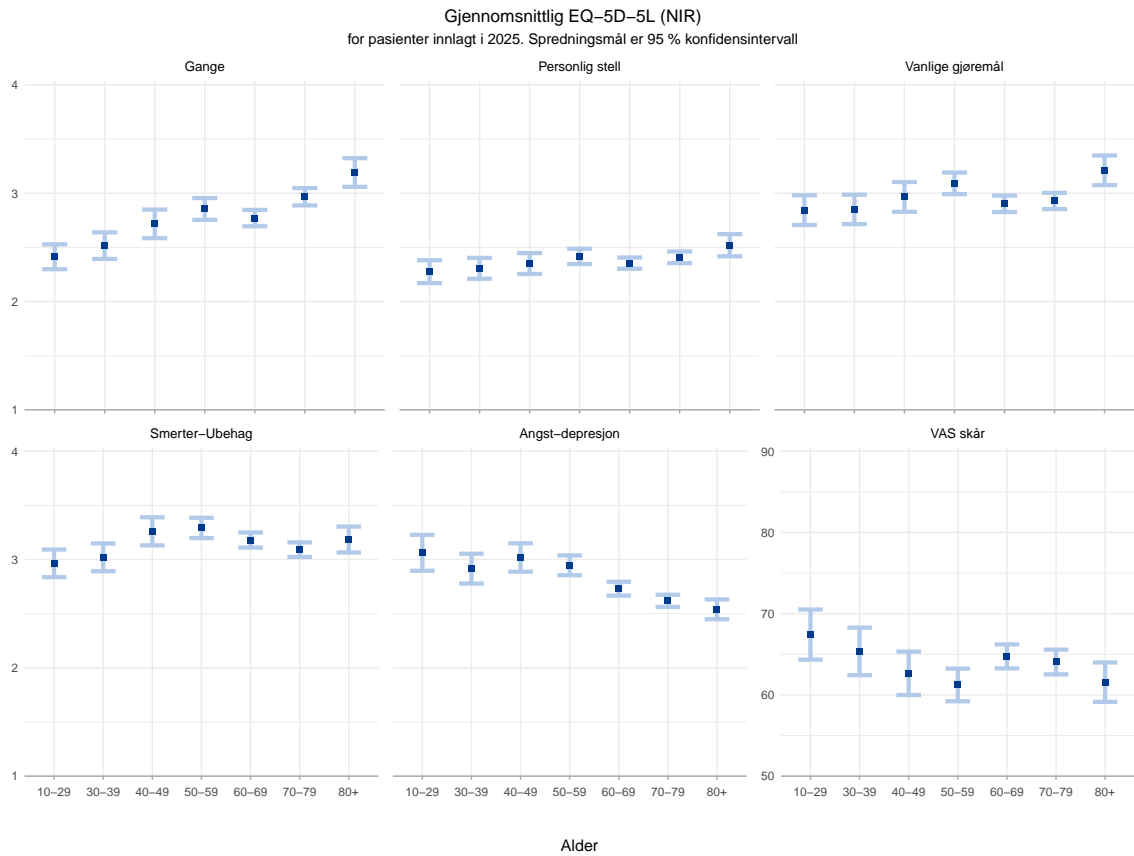
Gjennomsnittlig EQ5D-VAS skår (NIR)

for Pasienter lagt inn i 2025. Spredningsmål er 95 % konfidensintervall

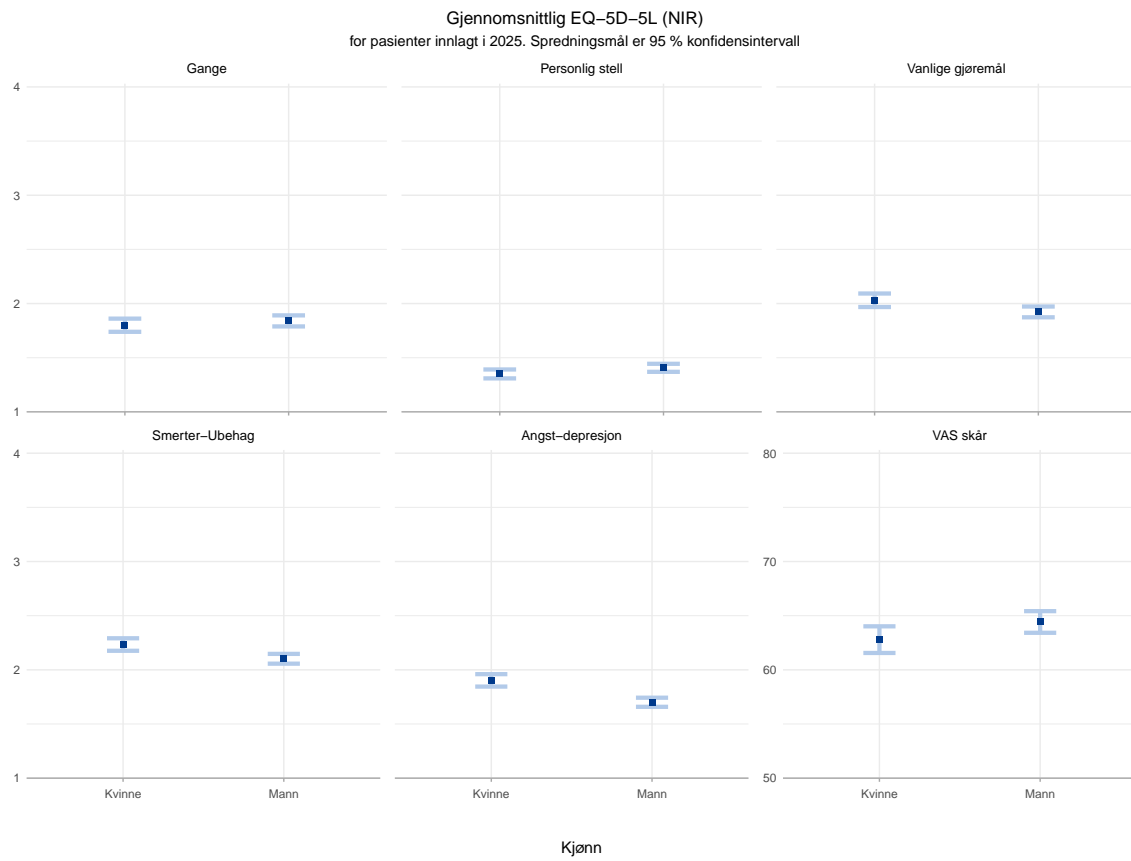


Kilde: NIKReg

Figur 8: Vurdering av eiga helse på visuell analog skala etter alder



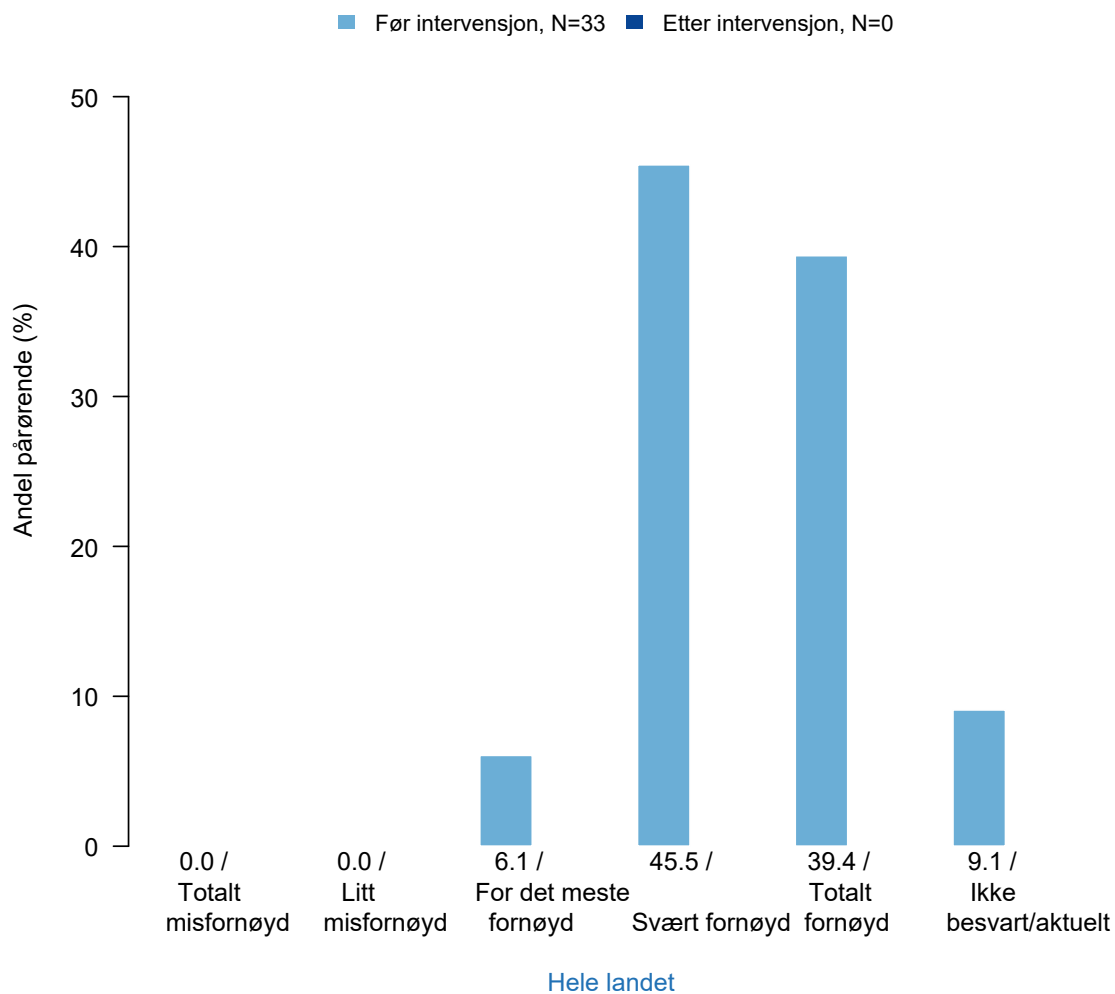
Figur 9: Dimensjonar av eiga helse, etter alder



Figur 10: Dimensjonar av eiga helse, etter kjønn

Innleggesdatoer: 2025-01-08 til 2025-08-29
Startdato, intervensjon:

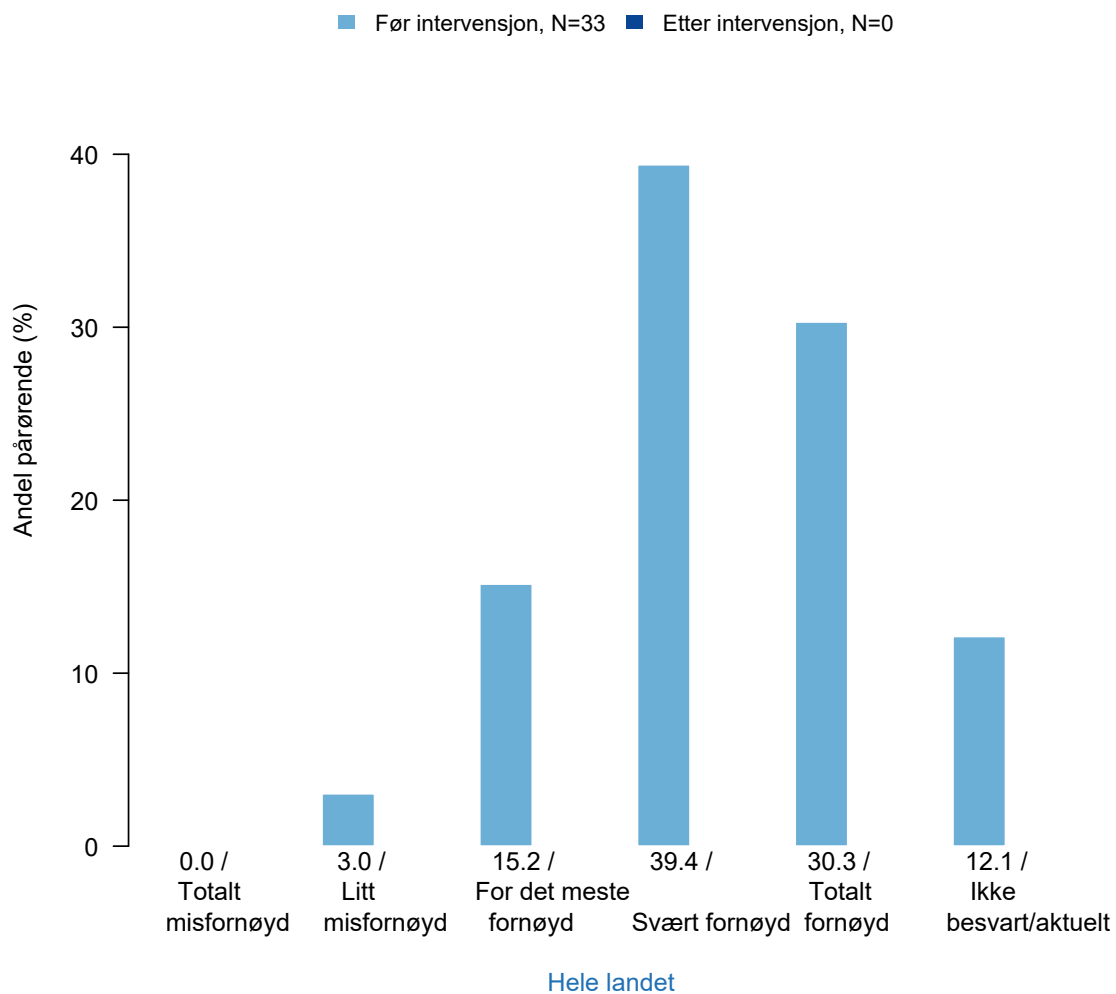
Ærligheten i informasjon som ble gitt pårørende om tilstanden til pasienten



Figur 11: Samla vurdering av pårørende si tilfredsheit med ærlegdom i informasjonen gitt av intensivpersonalet

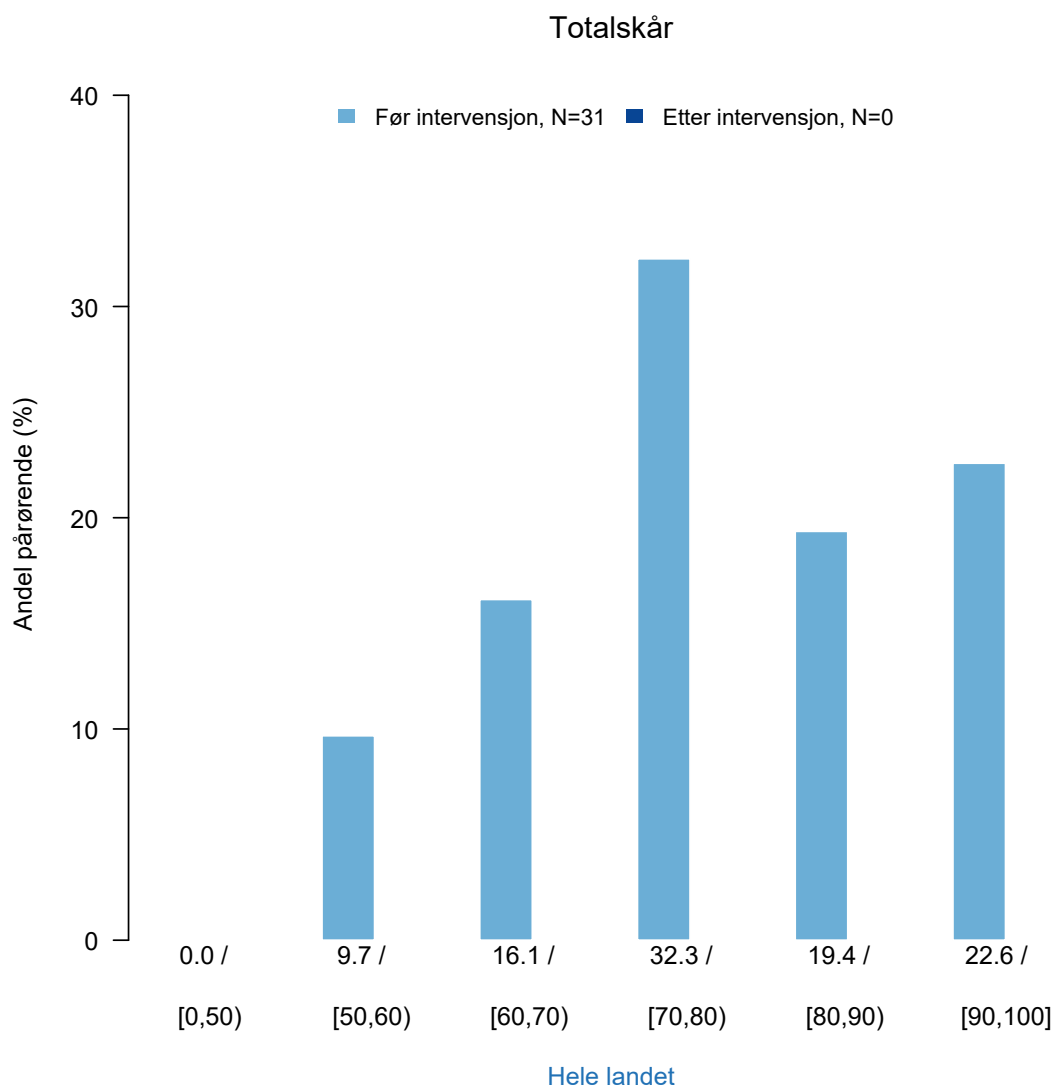
Innleggesdatoer: 2025-01-08 til 2025-08-29
Startdato, intervensjon:

Hvor godt intensivpersonalet ga pårørende forklaringer de forsto



Figur 12: Samla vurdering av pårørende si tilfredsheit med forklaringar gitt av intensivpersonalet

Innleggesdatoer: 2025-01-08 til 2025-08-29
Startdato, intervensjon:



Figur 13: Samla vurdering av pårørende si tilfredsheit som nærstående til ein intensivpatient. Høg skår tyder på at pårørende er tilfreds

2.3 Resultat - datagrunnlag og kategorisering av einingar 2025

Datagrunnlaget gjeld alle intensivopphald i tidsrommet 01.01.25 - 31.12.25, der opphalda er ferdigstilte i databasen MRS per mars 2026. Intensivmedisinen er heterogen, med ulik organisering og fordeling av intensivpasientar i norske sjukehus. Dei største sjukehusa har gjerne ei hovudintensivavdeling, i tillegg til andre intensiv- og overvakingseinigar, samt spesialiserte intensiveiningar. Dei mindre sjukehusa har oftast ei felles intensiv- og overvaking-/postoperativ eining. Det er difor stor variasjon mellom ulike einingar når det gjeld kor stor andel pasientar som oppfyller inklusjonskriteria i NIR, og kva type intensivpasientar som dominerer.

Sidan 2023 har regsiteret kategorisert medlemseiningane for å betre oversikta og gjere det lettare for einingane og andre å samanlikne mellom liknande einingar. Registeret har, etter innspel frå Fagrådet, kategoriserer medlemseiningane i NIR til fem justerte hovudkategoriar. Kategoriseringa er basert på *Retningslinjer for intensivvirksomhet i Norge (2014)*⁶ og *Interregional intensivrapport (2022)*⁷.

Resultatdelen er forkorta og blir her presentert for kvar av dei fem kategoriane for seg. Mykje av figurar/tabellar er flytta til vedlegg til sist i rapporten for at ikkje framstillinga skal bli for omfattande.

Kategoriane av intensiveiningar i rapporten er:

- 1. Overvakingseinigar**
- 2. Postoperative einingar – inkludert toraksintensiv**
- 3. Intensiveiningar med $\leq 50\%$ kategori 3-senger**
- 4. Intensiveiningar med $> 50\%$ kategori 3-senger**
- 5. Barneintensiv**

Merknader:

Merknader: Sidan 2024-rapporten er det gjort ei endring i inndeling og kategorisering av einingar med kategori 3-senger. I dei føregåande åra har registeret nytta inndelinga intensiviningar med $<50\%$ kategori 3-senger og intensiviningar med $\geq 50\%$ kategori 3-senger. Ved ny gjennomgang av einingane i 2026, vart somme einingar ved mindre sjukehus grupperte saman med Haukeland universitetssjukehus og Rikshospitalet. Denne justeringa er gjort for å betre samanliknbarheita mellom einingane. Oppdatert liste over einingane for 2025 er vist i figur 14 15.

Tal på sengekategoriar er rapportert til NIKreg Ressursmodul, frå einingane sjølv, primo 2026. Kategoriseringa Torakskirurgiske intensivpasientar på St. Olavs er rapporterte saman med hovudintensiv. Toraks intensiv på UNN og Haukeland rapporterer ikkje ordinære, postoperative forløp, slik ein gjer på Rikshospitalet, der hovudmengda rapporterte opphald er ordinære, ukompliserte postoperative forløp. Toraks intensiv på Rikshospitalet har difor liggjetider, respiratortider og overleving som samsvarer meir med vanlege postoperative einingar enn med tala frå toraksintensiv på Haukeland og ved UNN. Toraksavdelingane er førebels rapporterte samla, saman med postoperative einingar.

⁶Retningslinjer for intensivvirksomhet i Norge (2014)

⁷Rapport fra interregional arbeidsgruppe for intensivkapasitet (2022)

Kategorien barneintensiv inneheld berre data frå Barneintensiv Rikshospitalet. Intensiv Barn, ved St. Olavs er også NIR-medlem, men startar NIR-rapporteringa frå og med 01.01.2026. Det finst ikkje fleire eigne barneintensiveiningar i Norge, forutan desse to. NIR er kjend med at ved både Haukeland og Ahus er det eigne barneovervakingar. Desse rappoterer ikkje til NIR. Data for barn på intensiv ved Haukeland, UNN, SUS og andre sjukehus inngår i det ordinære datasettet frå desse sjukehusa (kategori 3 og 4). Det kan vere ein viss diskrepans mellom rapporten og nyare datauttrekk frå Rapporteket (bl. a. grunna etter-registrering).

Hovudformålet er altså å rapportere same type einingar saman, uavhengig av sjukehusnivå. I figur 14 og 15 er det lista opp kva kategori kvar eining er registrert i.

Kategorisering av medlemseiningar NIR 2025

Nasjonalt (n=67)				
Overvåkning	Postoperativ	Barn	Intensivavd. med ≤ 50 % kategori 3 senger	Intensivavd. med >50 % kategori 3 senger
6	9	2	40	10

Helse Nord RHF (n=11)				
Overvåkning (n=0)	Postoperativ (n=1)	Barn (n=0)	Intensivavd. med ≤ 50 % kategori 3 senger (n=9)	Intensivavd. med >50 % kategori 3 senger (n=1)
	Tromsø, Postop		Hammerfest	Tromsø Intensiv
			Kirkenes	
			Mo i Rana	
			Mosjøen	
			Sandnessjøen	
			Bodø	
			Harstad	
			Narvik	
			Tromsø Med. Int.- og hjerteoppvåk.	

Helse Midt RHF (n=10)				
Overvåkning (n=1)	Postoperativ (n=0)	Barn (n=1)	Intensivavd. med ≤ 50 % kategori 3 senger (n=7)	Intensivavd. med >50 % kategori 3 senger (n=1)
St. Olav. Med. lunge		St. Olavs Int. Barn	Hjelset, Intensiv SNR	St. Olavs Hovedintensiv/thorax
			Volda	
			Ålesund Intensiv	
			Levanger	
			Namsos	
			St. Olavs Hjerte-medisinsk intensiv	
			St. Olavs Nevrointensiv	

Figur 14: Kategorisering medlemseiningar i Norsk intensivregister 2025

Helse Vest RHF (n=13)				
Overvåkning (n=2)	Postoperativ (n=3)	Barn (n=0)	Intensivavd. med ≤ 50 % kategori 3 senger (n=5)	Intensivavd. med >50 % kategori 3 senger (n=3)
Haukeland, ROE	Haukeland, KSK Postop.		Haukeland, Brannskadeavd	Haukeland, KSK Intensiv
Haukeland, MOE	Haukeland, KSK, Thorax		Haraldsplass, MIPO	Haukeland, MIO
	Stavanger, Postoperativ		Førde	Stavanger, Intensiv
			Stord	
			Haugesund	

Helse Sør-Øst RHF (n=33)				
Overvåkning (n=3)	Postoperativ (n=5)	Barn (n=1)	Intensivavd. med ≤ 50 % kategori 3 senger (n=19)	Intensivavd. med >50 % kategori 3 senger (n=5)
AHUS, Nordbyhagen, Med. overvåk. Ullevål, KOMBO	AHUS, Nordbyhagen, Postoperativ Aker	Rikshosp. Barneint.	AHUS, Kongsvinger, Intensiv/PO	AHUS, Nordbyhagen, Intensiv
Tønsberg, Med. overvåk.	Radium- hospitalet		Rikshospitalet, Hjertemedisinsk int. og overvåkning	Rikshospitalet, Generell intensiv 1
	Rikshospitalet, Thoraxintensiv		Ullevål, Akuttmed. intensiv	Rikshospitalet, Generell intensiv 2
	Ullevål ,Postop		Ullevål, Hjertemed. intensiv	Ullevål, Generell intensiv
			Tønsberg, Intensiv	Ullevål, Nevrointensiv
			Elverum	
			Gjøvik	
			Hamar	
			Lillehammer	
			Skien	
			Sykehuset Østfold, Intensiv	
			Arendal	
			Kristiansand	
			Bærum,	
			Drammen	
			Kongsberg	
			Ringerike	
			Diakonhjemmet	
			Lovisenberg	

Figur 15: Kategorisering medlemseiningar i Norsk intensivregister 2025

2.4 Resultat - nasjonal oversikt

I 2025 er det registrert 19260 intensivopphald i NIR, ein reduksjon på 4,5% frå 2024. Nedgangen skuldast truleg presisering av inklusjonskriteria for mekanisk respirasjonsstøtte og infusjon for påverknad av hemodynamikk/sirkulasjon, der det frå 01.01.2025 vart krav om varigheit over 6 timar for opphaldet, for begge desse kriteria. Tal opphald per eining er lista i tabellen. Til saman er det likevel registrert 70236 intensivdøger nasjonalt, noko som er ein auke på 1,0% frå året før. Dette kjem av at gjennomsnittleg liggjetid har gått opp (sjå nedanfor). Median alder ved innlegging var 68,2 år (95% KI 67,9-68,5 år). Pasientar over 80 år utgjorde 17,4% av opphalda i 2025 og pasientar under 18 år utgjorde 5,1%. I 2025 var det totalt 58,8% menn og 41,2% kvinner. Denne fordelinga kring 60/40 har vore stabil gjennom mange år. Gjennomsnittleg liggjetid var 3,6 døger og median liggjetid var 2,0 døger (nokså likt dei siste tre åra). Median NEMS per døger var 31,5 (95% KI 31,3-31,6).

Totalt fekk pasientane mekanisk respirasjonsstøtte ved 50,7% av opphalda. Av dei som fekk mekanisk respirasjonsstøtte, fekk 46,3% kun invasiv støtte, 37,5% kun non-invasiv støtte og 16,2% fekk både invasiv og non-invasiv støtte. Median invasiv respiratortid (inkludert overførte pasientar) var 1,5 døger (95% KI 1,5-1,6), og median non-invasiv støtte var 0,5 døger.

Median SAPS II-skår var 37 (likt som dei tre føregåande åra) (range 1 - 128 og IQR 26 - 47). Mortalitet totalt på intensiv var 9,7%, ved 30 døger 19,4% og ved 360 døger var 29,7% døde. Standardisert mortalitetsratio i heile populasjonen var 0,7.

Clinical Frailty Scale (CFS) er ikkje obligatorisk å skåre, men er likevel skåra ved i alt 13395 opphald. Det er ikkje skåra for opphald der pasienten er under 16 år. For dei som er 65 år og eldre, som CFS opphaveleg er validert for, er det skåra i 77% av opphalda (73,9% i 2024). Figuren viser fordelinga av skåren i dei ni kategoriane. Vi ser at vel halvparten er i kategori 4-9, der 1-3 er non-frail, 4 er «prefrail» og 5 -9 er frail. Tabell 5 viser CFS og overleving.

Totalt skjedde 52,9 % av innleggingane på intensiv i 2025 på «vakttid», det vil seie mellom klokka 17 og klokka 08 på kvardagar, samt helg og raude dagar. For utskrivingar var tilsvarande andel 30,7 %, noko som viser at utskriving oftare skjer i ordinær dagtid. Andelen reinnleggingar i løpet av 72 timar er i gjennomsnitt 1,7 %, og godt innanfor kvalitetsmålet på under 4 % i så å seie alle medlemseiningar.

Tabell 3: Intensivopphald per eining.

Eining	Opphald
AHUS - Intensiv	432
AHUS - Kongsvinger	534
AHUS - Postop	324
Aker	35
Arendal	274
Bodø	228
Brannskadeavd, HUS	3
Bærum	424
Diakonhjemmet	348
Drammen	174
Elverum	329
Førde	310
Gjøvik	329
Hamar	402
Hammerfest	87
Haraldplass	385
Harstad	232
Haugesund	214
Haukel. KSK Int.	490
Haukel. MIO	409
Haukel. MOE	113
Haukel. Postop	405
Haukel. ROE	250
Haukel. TIO	128
Kalnes/Østf.	318
Kirkenes	75
Kongsberg	68
Kristiansand	355
Kristiansund	238
Levanger	171
Lillehammer	447
Lovisenberg	307
Mo i Rana	130
Molde	275
Mosjøen	52
Namsos	68
Narvik	198
Radiumhospitalet	5
RH Barneintensiv	332
RH Gen Int 1	448
RH Gen Int 2	208
RH Hjertemed int og overvåkn	341
RH Thorax 1	1362
Ringerike	242
Fortsettjing på neste side	

Tabell 3 – fortsetjing frå førre side

Eining	Opphald
Sandnessjøen	124
Skien	578
St. Olav Hovedintensiv	584
St. Olav Med lunge	536
St. Olav Thorax	60
Stord	298
SUS Intensiv	445
SUS Postop 1G	184
Tromsø Intensiv	400
Tromsø Med int- og hjerteoppv	478
Tønsberg, Intensiv	408
Tønsberg, Med. Over.	713
Ullevål Akuttmed Int	577
Ullevål Barneint	65
Ullevål Gen int	439
Ullevål Hjertemed Int	372
Ullevål Nevroint	337
Ullevål Postop	404
Volda	270
Ålesund	446

Tabell 3: Intensivopphald per eining i 2024.

	Overvåk	Postop	≤ 50% kat3	>50% kat3	Barn	Hele landet
Antal opphald	2277.00	2023.00	10324.00	4343.00	283.00	19250.00
Antal pasientar	1940.00	1916.00	8961.00	3818.00	229.00	15185.00
Alder (median)	71.50	65.60	70.40	62.70	1.70	68.20
Menn (%)	53.80	61.60	58.30	61.80	50.50	58.81
Pasientar >80 år	21.10	13.30	20.40	9.60	0.40	17.03
Liggedøger (median)	1.97	1.85	1.96	2.85	2.94	2.04
Mekanisk ventilasjonsstøtte (%)	37.50	47.60	44.40	72.30	81.60	50.74
Respiratordøger, samla (median)	0.77	0.73	0.83	1.75	2.31	0.98
Respiratordøger, invasiv (median)	1.96	0.70	1.51	2.00	1.98	1.54
Respiratordøger, non-inv. (median)	0.74	0.40	0.50	0.43	1.11	0.50
SAPSII (median)	35.00	31.00	37.00	41.00	25.00	37.00
SAPSII u/alder (median)	21.00	18.00	23.00	30.00	19.00	24.00
NEMS/opp. (median)	60.00	78.00	75.00	123.00	93.00	80.00
Reinnleggingar, <72t (%)	1.90	1.50	3.80	2.00	1.10	1.64
Utskrivne kl 17-08 (%)	41.20	22.70	32.10	27.00	11.70	30.71
Skrøpelighet (median)	4.00	3.00	4.00	3.00	4.50	4.00
Perkutan trakeostomi (%)	0.00	0.40	1.20	4.60	0.40	1.74
Kont. hemofiltr. (%)	0.22	2.62	5.10	6.82	1.41	2.74
Kont. hemofiltr. beh.tid (median)	4.00	3.00	3.00	4.00	4.50	3.00
Intermitt. hemodialyse	2.55	0.54	2.60	6.17	0.71	2.60
Intermitt. hemodia. beh.tid (median)	1.00	1.00	1.00	1.00	3.50	1.00
Fått vasoaktiv med.	34.80	85.60	60.80	81.50	38.90	64.68
Døde (%)	9.70	2.70	9.60	13.30	4.90	9.66

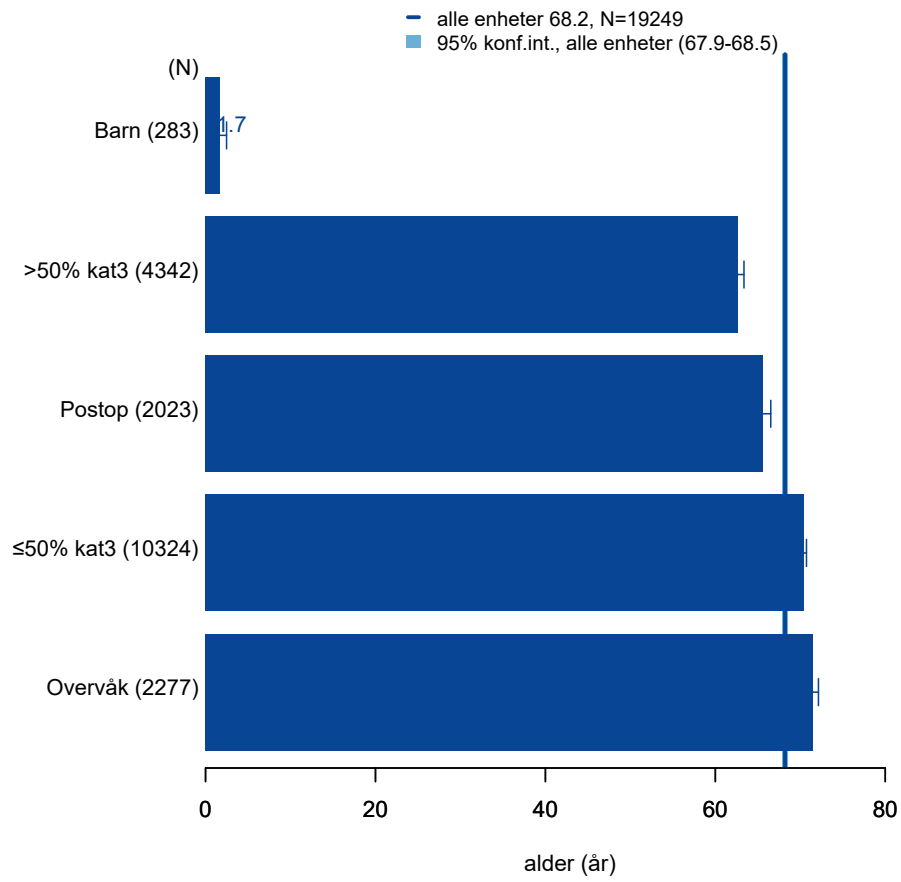
Tabell 4: Nøkkeltal og aktivitet i norsk intensivmedisin, 2025

	Antall	Død på intensiv	Død <30d	Død <90d	Død <1 år
Ikke skåret	5849	8.0%	15.3%	18.6%	23.1%
Veldig sprek	496	5.0%	7.7%	8.3%	9.9%
Sprek	2241	6.2%	9.6%	11.0%	13.0%
Klarer seg bra	3843	7.7%	14.2%	18.1%	22.2%
Svært mildt skrøpelig	2397	11.1%	20.8%	26.2%	33.0%
Mildt skrøpelig	1701	12.4%	28.1%	35.7%	45.0%
Moderat skrøpelig	1453	14.8%	34.8%	42.3%	52.0%
Alvorlig skrøpelig	954	17.0%	39.2%	48.4%	60.9%
Svært alvorlig skrøpelig	248	21.4%	55.6%	66.5%	73.0%
Terminal	68	35.3%	70.6%	89.7%	95.6%

Tabell 5: Clinical Frailty Scale og overleving intensiv: 30 dagar, 90 dagar og eitt år etter innlegging

Innleggesdatoer: 2025-01-01 til 2025-12-31

Median alder ved innleggelse

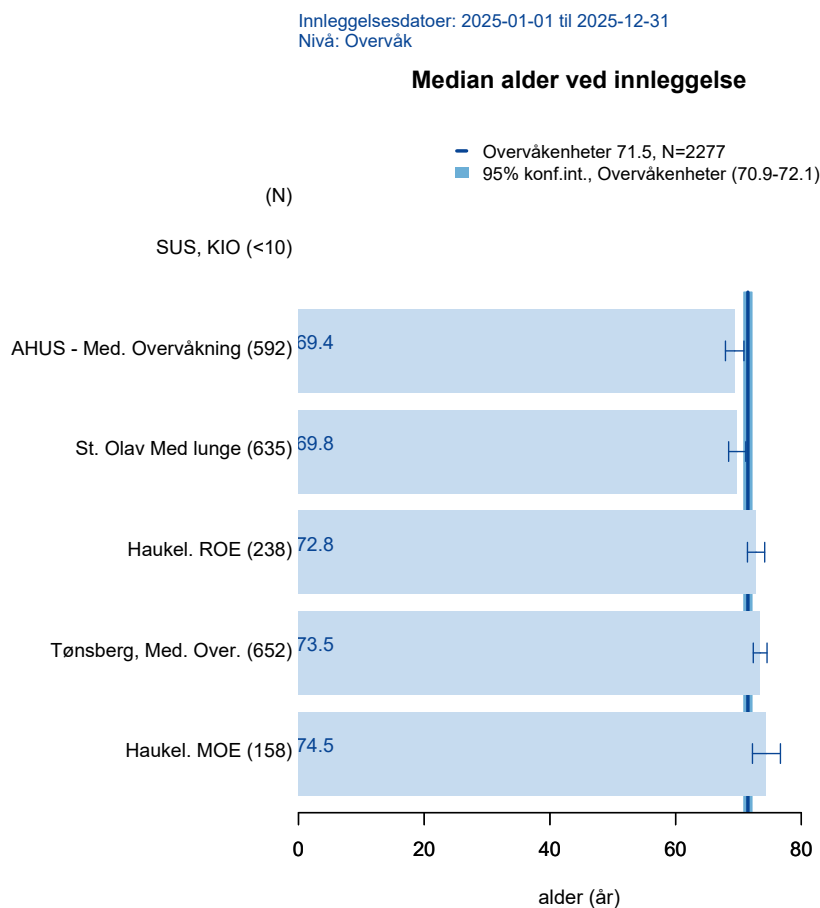


Figur 16: Median alder ved innlegging per kategori

2.5 Resultat - kvar hovudkategori presentert for seg

2.5.1 Overvakingseinigar

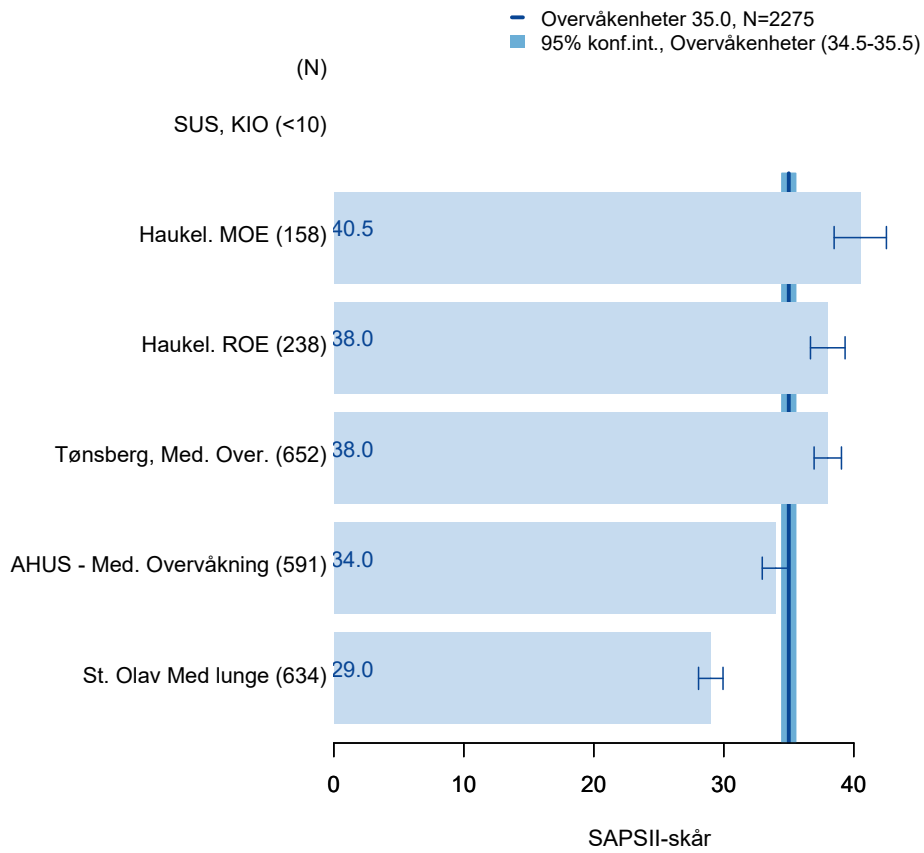
Median alder ved innlegging var 71,5 år, basert på totalt 2277 opphald og 1940 pasientar. Liggjedøgn (median) var 1,97. Median SAPS II skår var 35,0, og median skrøpelegheitsskår var 4,0. NEMS per opphald (median) var 60 for pasientane innlagt i desse einigane. 37,5% av pasientane fekk mekanisk ventilasjonsstøtte med respiratortid (median) for invasiv ventilasjonsstøtte på 1,96 døger basert på 81 opphald, mens tilsvarende for non-invasiv ventilasjonsstøtte var 0,74 døgn basert på 794 opphald. 34,8% av pasientane fekk vasopressor. Det er registrert at 3,7% av pasientane hadde mist ein komplikasjon under intensivopphaldet. 9,7% av pasientane døydde under intensivopphaldet, mens 23,1% var døde 30 dagar etter innlegging.



Figur 17: Median alder ved innlegging i overvakingseinigar

Innleggelsesdatoer: 2025-01-01 til 2025-12-31
Pasienter fra 17 til 99 år
Nivå: Overvåk

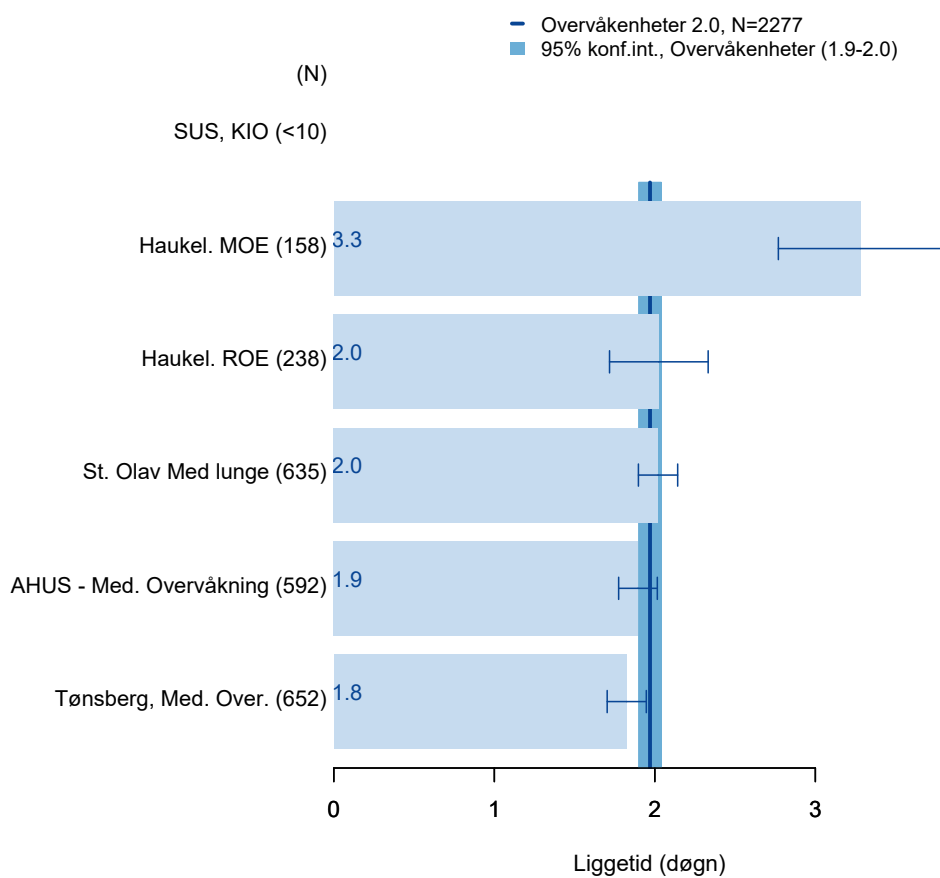
Median SAPSII



Figur 18: SAPS II skår hos pasienter innlagt i overvåkingseinigar

Innleggelsesdatoer: 2025-01-01 til 2025-12-31
Nivå: Overvåk

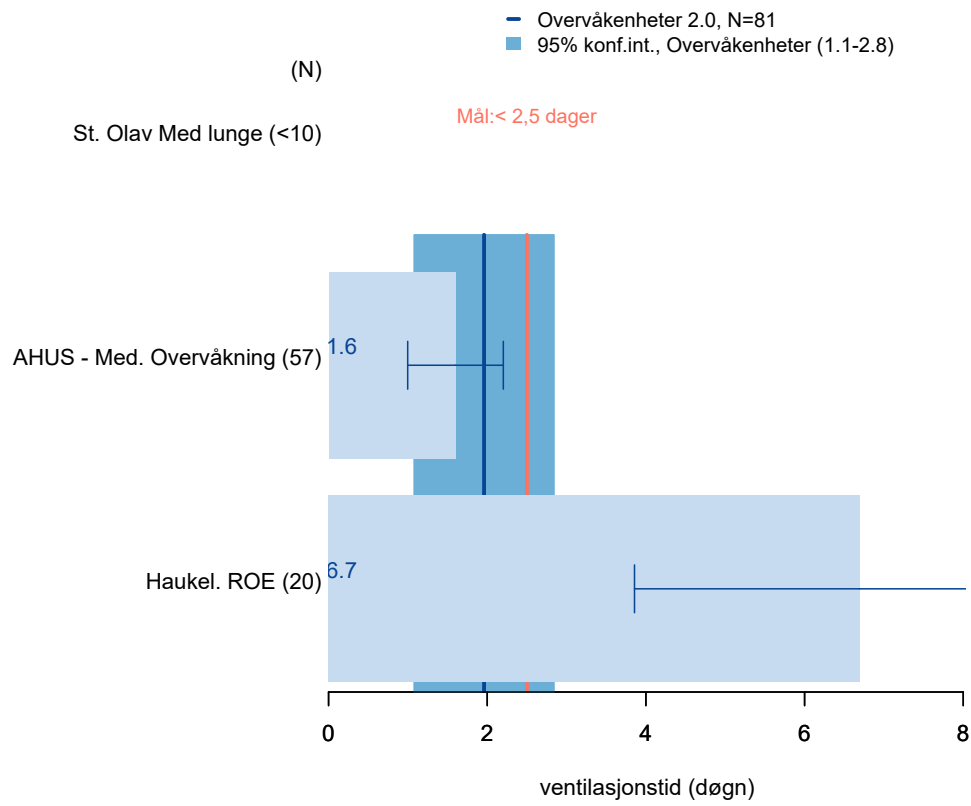
Median liggetid



Figur 19: Liggetid hos pasienter innlagt i overvåkingseinigar

Innleggelsesdatoer: 2025-01-05 til 2025-12-27
Nivå: Overvåk

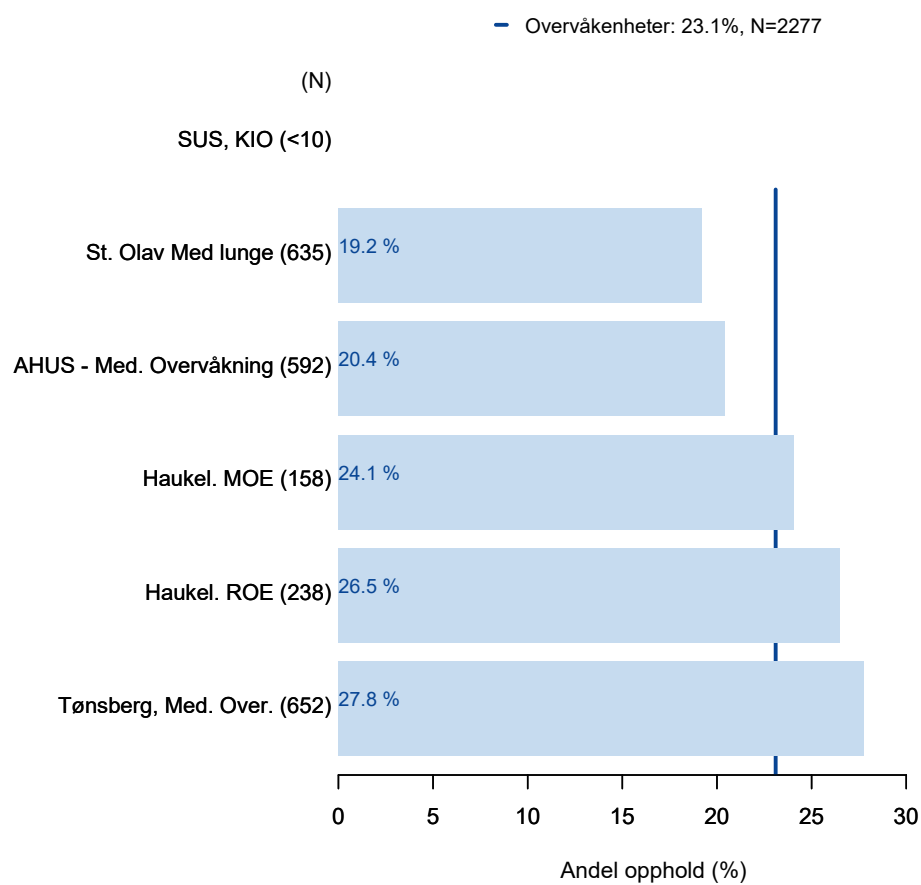
Median invasiv ventilasjon (inkl. overførte pasienter)



Figur 20: Invasiv respiratorstøtte i overvåkingseinigar

Innleggesdatoer: 2025-01-01 til 2025-12-31
Nivå: Overvåk

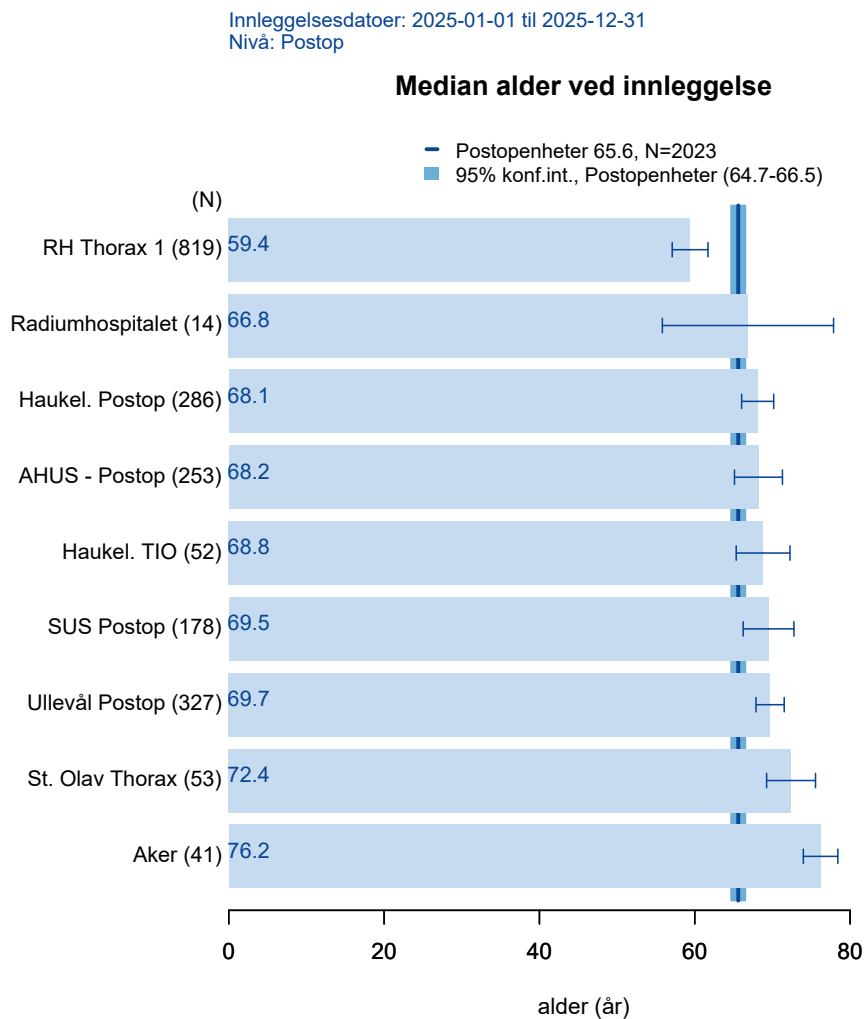
Andel døde 30 dager etter innleggelse



Figur 21: 30 dagars mortalitet blant pasientar innlagt i overvåkingseinigar

2.5.2 Postoperative einigar - inkludert toraksintensiv

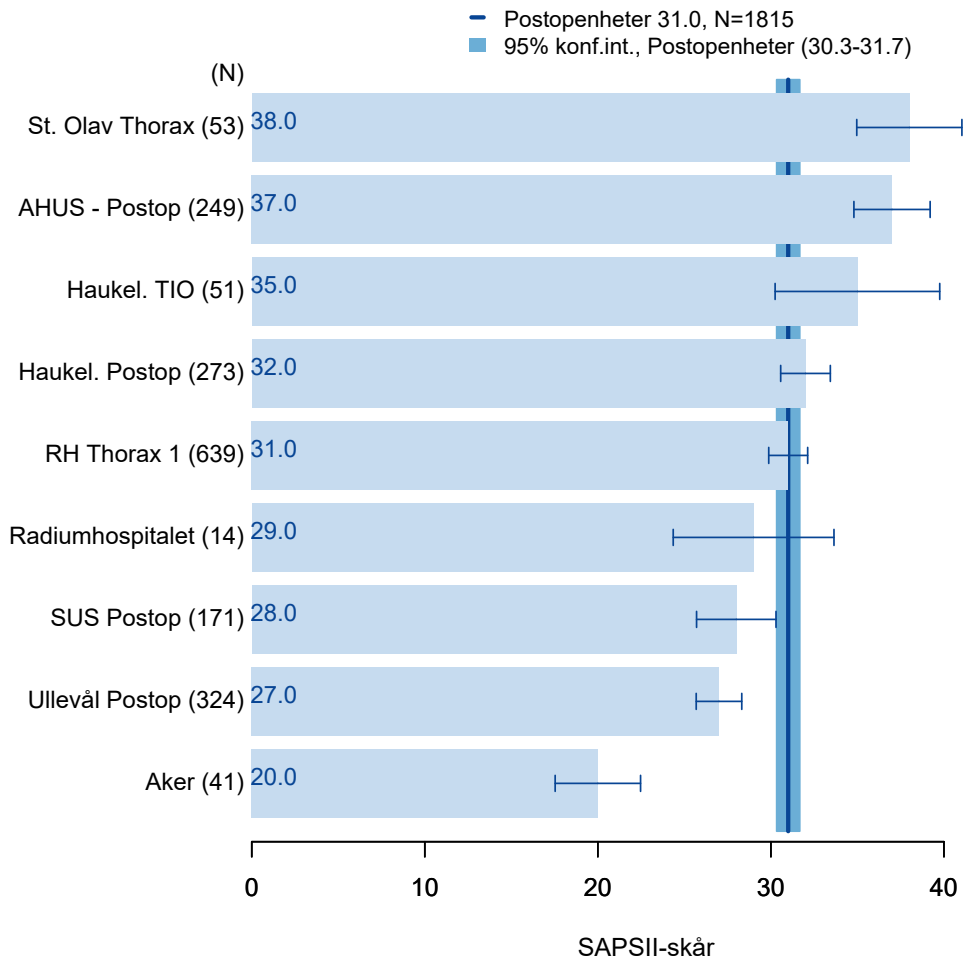
Median alder ved innlegging var 65,6 år, basert på totalt 2023 opphald og 1916 pasientar. Liggedøgn (median) var 1,85. Median SAPS II skår var 31,0, og median skrøpelegheitsskår var 3,0. NEMS per opphald (median) var 78 for pasientane innlagde i desse einigane. 47,60% av pasientane fekk mekanisk ventilasjonsstøtte med respiratortid (median) for invasiv ventilasjonsstøtte på 0,7 døger basert på 774 opphald, medan tilsvarande for non-invasiv ventilasjonsstøtte var 0,40 døger basert på 512 opphald. Eit fåtal av pasientane i denne gruppa fekk utført trakeostomi (0,40%). 85,60% av pasientane fekk vasopressor. Det er registrert at 6,6% av pasientane hadde minst ein komplikasjon under intensivopphaldet. 2,7% av pasientane døydde under intensivopphaldet, medan 8,7% var døde 30 dagar etter innlegging.



Figur 22: Median alder ved innlegging i postoperative einigar

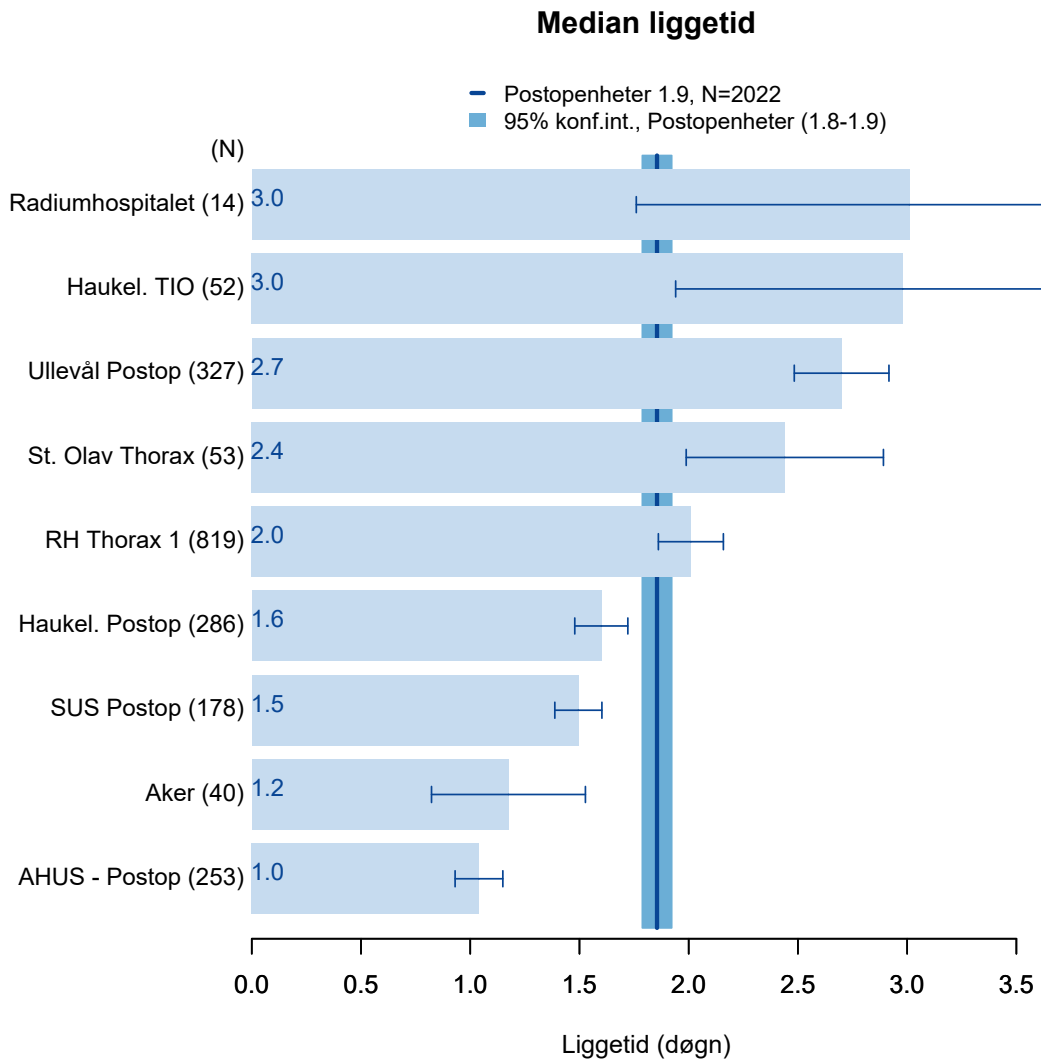
Innleggesdatoer: 2025-01-01 til 2025-12-31
Pasienter fra 16 til 99 år
Nivå: Postop

Median SAPSII



Figur 23: SAPS II skår hos pasientar innlagt i postoperative einigar

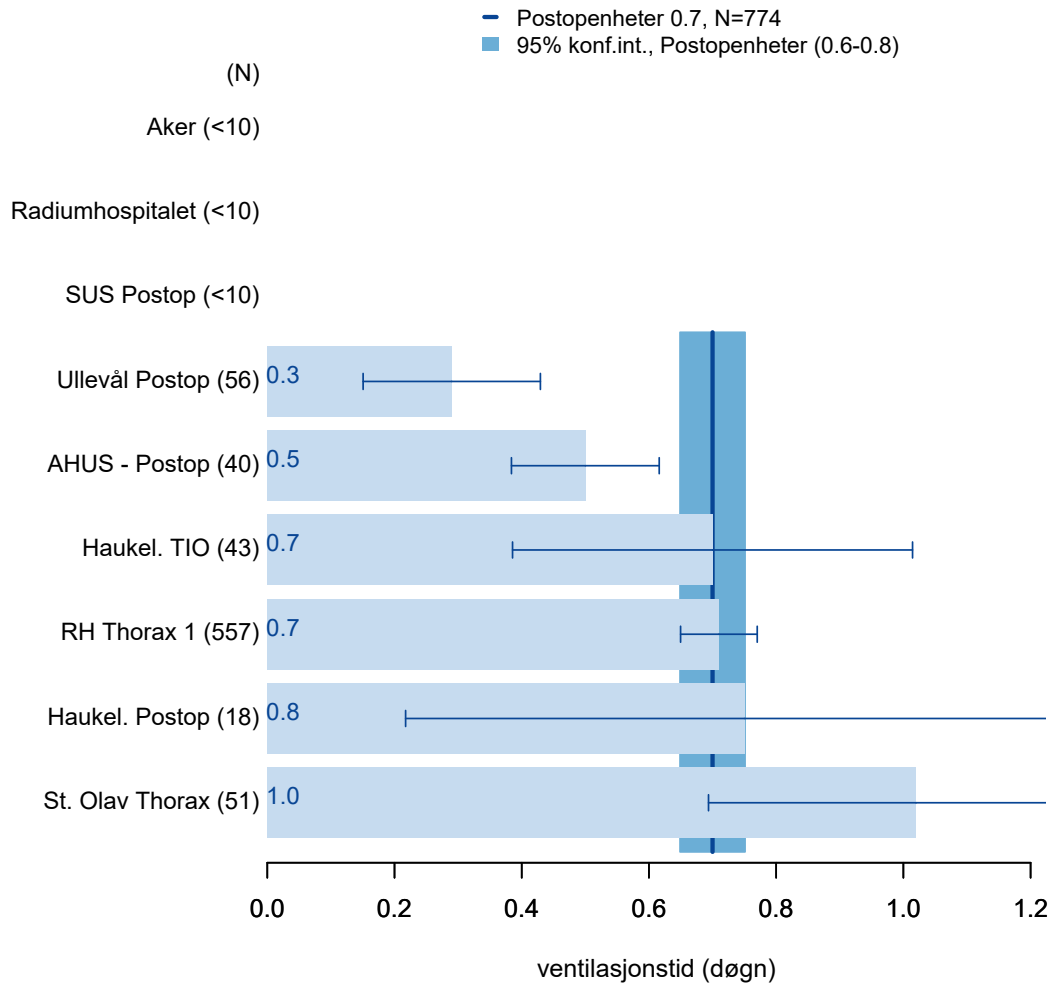
Innleggesdatoer: 2025-01-01 til 2025-12-31
Nivå: Postop



Figur 24: Liggetid hos pasientar innlagt i postoperative einingar

Innleggesdatoer: 2025-01-02 til 2025-12-30
Nivå: Postop

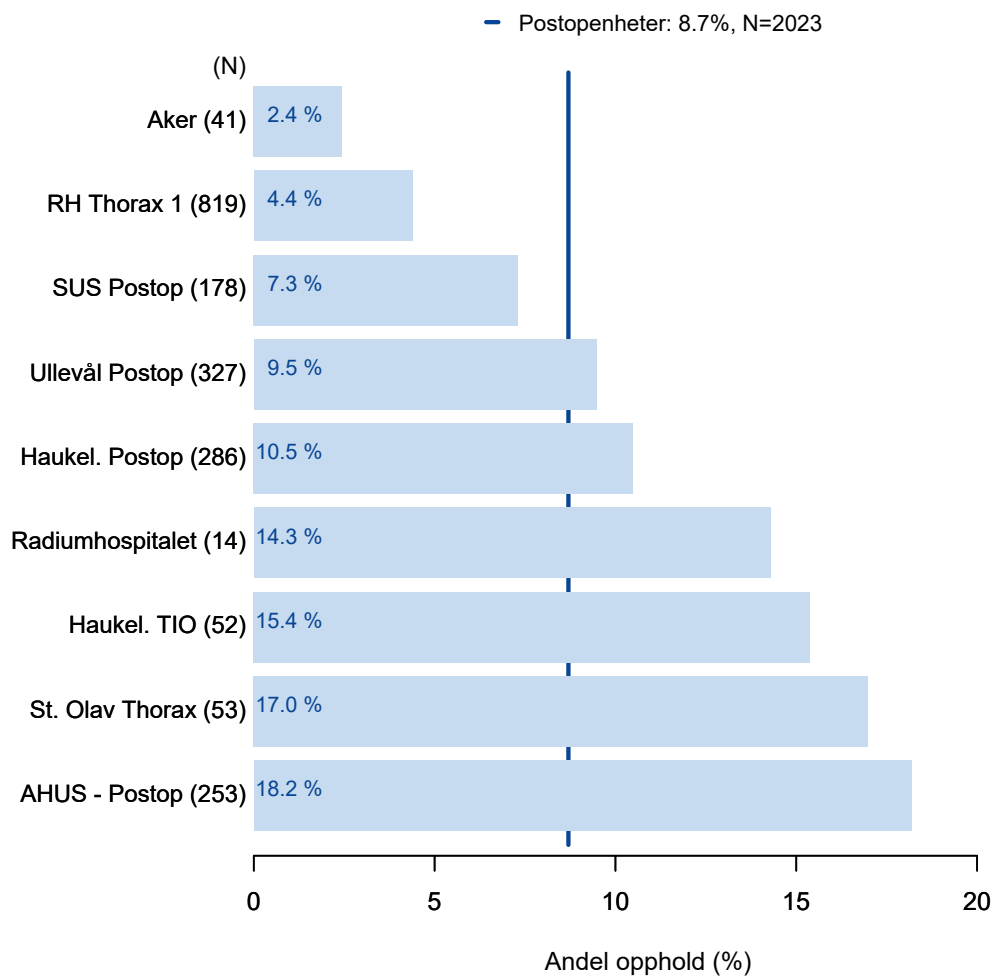
Median invasiv ventilasjon (inkl. overførte pasienter)



Figur 25: Respiratorstøtte blant pasientar innlagt på postoperative einigar

Innleggesdatoer: 2025-01-01 til 2025-12-31
Nivå: Postop

Andel døde 30 dager etter innleggelse



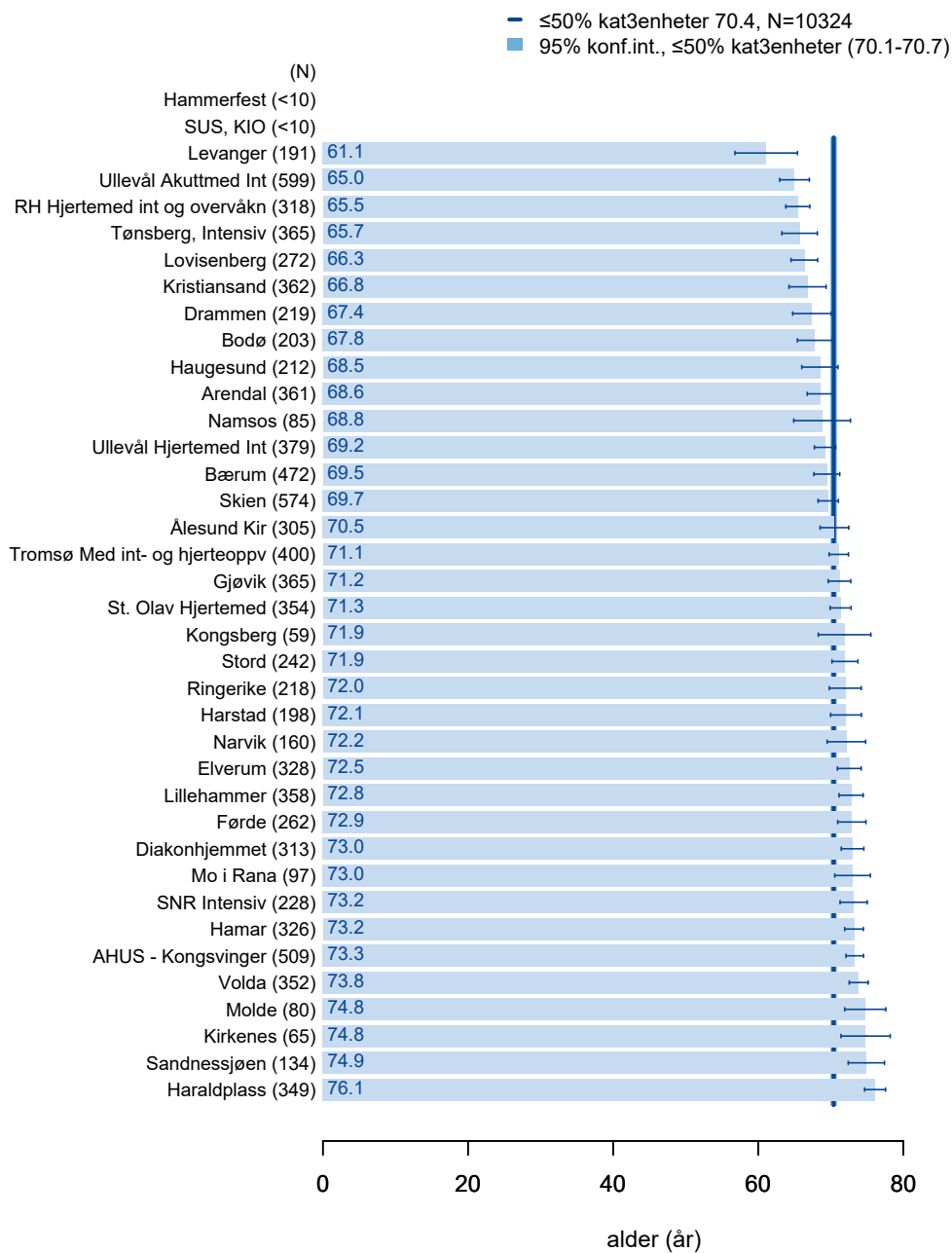
Figur 26: 30 dagers mortalitet blant pasientar innlagt i postoperative einigar

2.5.3 Generelle intensiveiningar med 50 % eller mindre kategori 3 senger

Median alder ved innlegging var 70,4 år, basert på totalt 10324 opphald og 8961 pasientar. Liggjedøgn (median) var 1,96. Median SAPS II skår var 37,0, og median skrøpelegheitsskår var 4,0. NEMS per opphald (median) var 75 for pasientane innlagt i desse einigane. 44,4% av pasientane fekk mekanisk ventilasjonsstøtte med respiratortid (median) for invasiv ventilasjonsstøtte på 1,51 døger basert på 2306 opphald, medan tilsvarende for non-invasiv ventilasjonsstøtte var 0,50 døger basert på 2868 opphald. Svært få pasientar i denne gruppa fekk utført trakeostomi (1,2%). 60,8% av pasientane fekk vasopressor. Det er registrert at 6,5% av pasientane hadde minst ein komplikasjon under intensivopphaldet. 9,6% av pasientane døydde under intensivopphaldet, medan 20,0% var døde 30 dagar etter innlegging.

Innleggelsesdatoer: 2025-01-01 til 2025-12-31
Nivå: ≤50% kat3

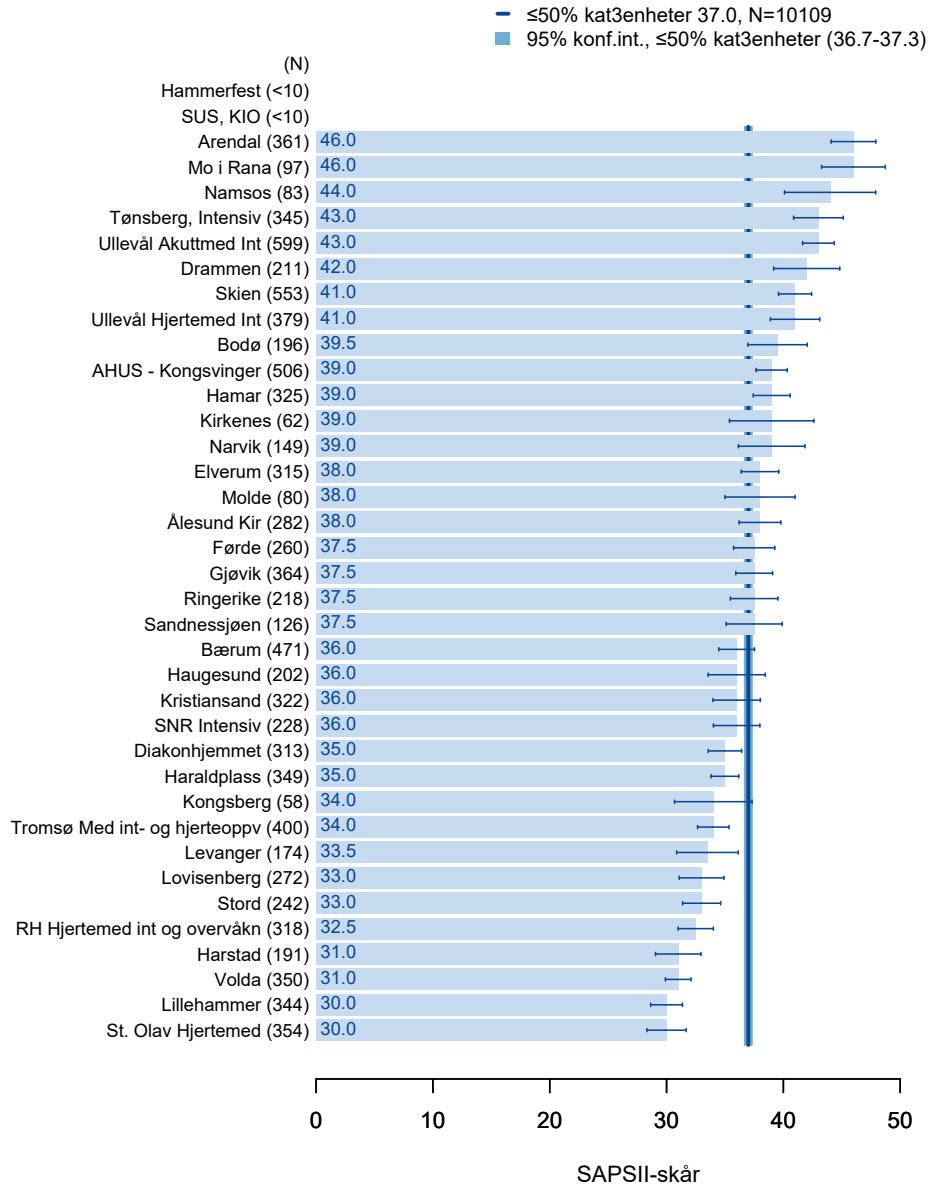
Median alder ved innleggelse



Figur 27: Median alder ved innlegging i intensivevingar med ≤ 50% kategori 3 senger

Innleggesdatoer: 2025-01-01 til 2025-12-31
 Pasienter fra 16 til 100 år
 Nivå: ≤50% kat3

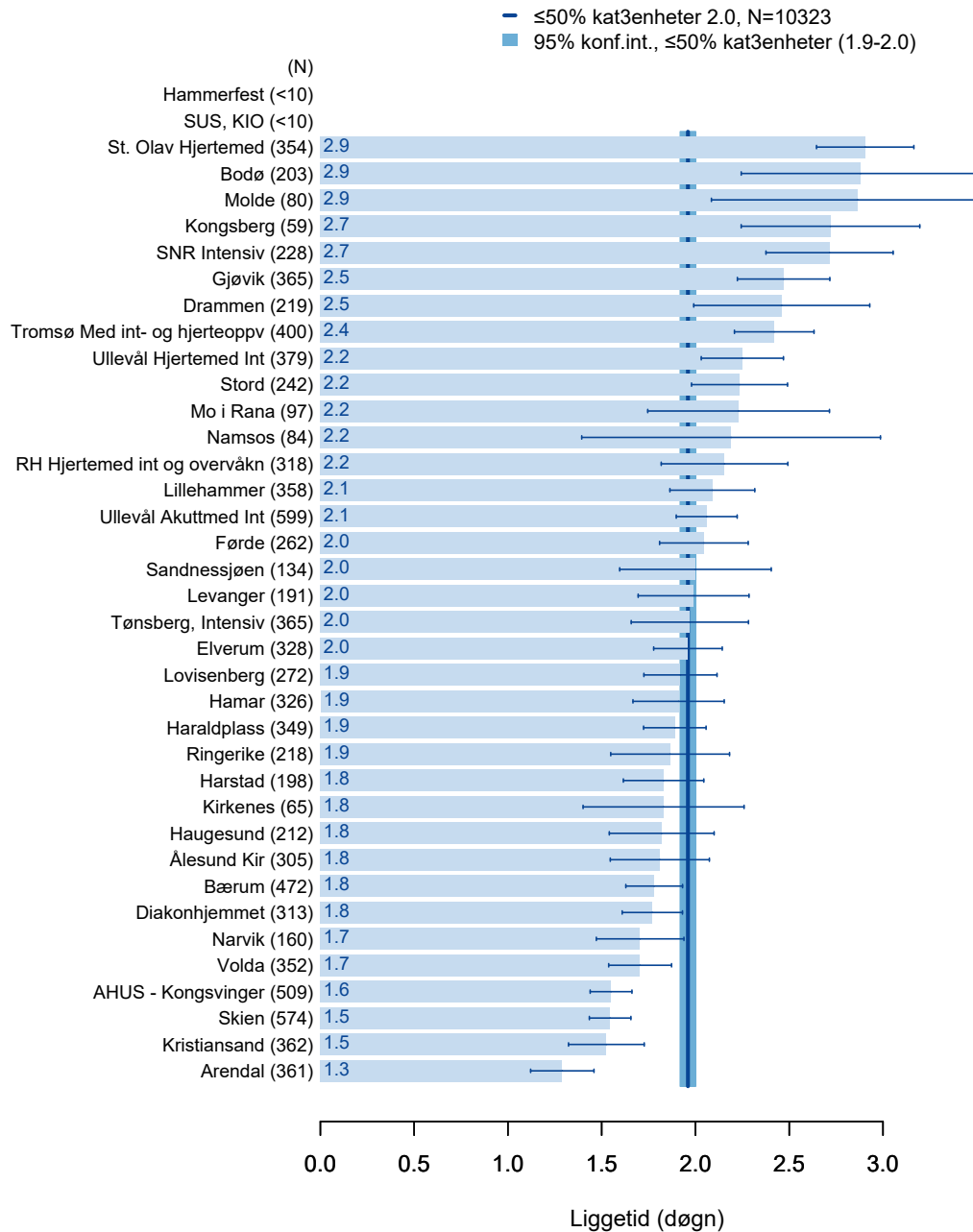
Median SAPSII



Figur 28: SAPS II skår hos pasientar innlagt i intensiveiningar med ≤ 50% kategori 3 senger

Innleggesdatoer: 2025-01-01 til 2025-12-31
 Nivå: ≤50% kat3

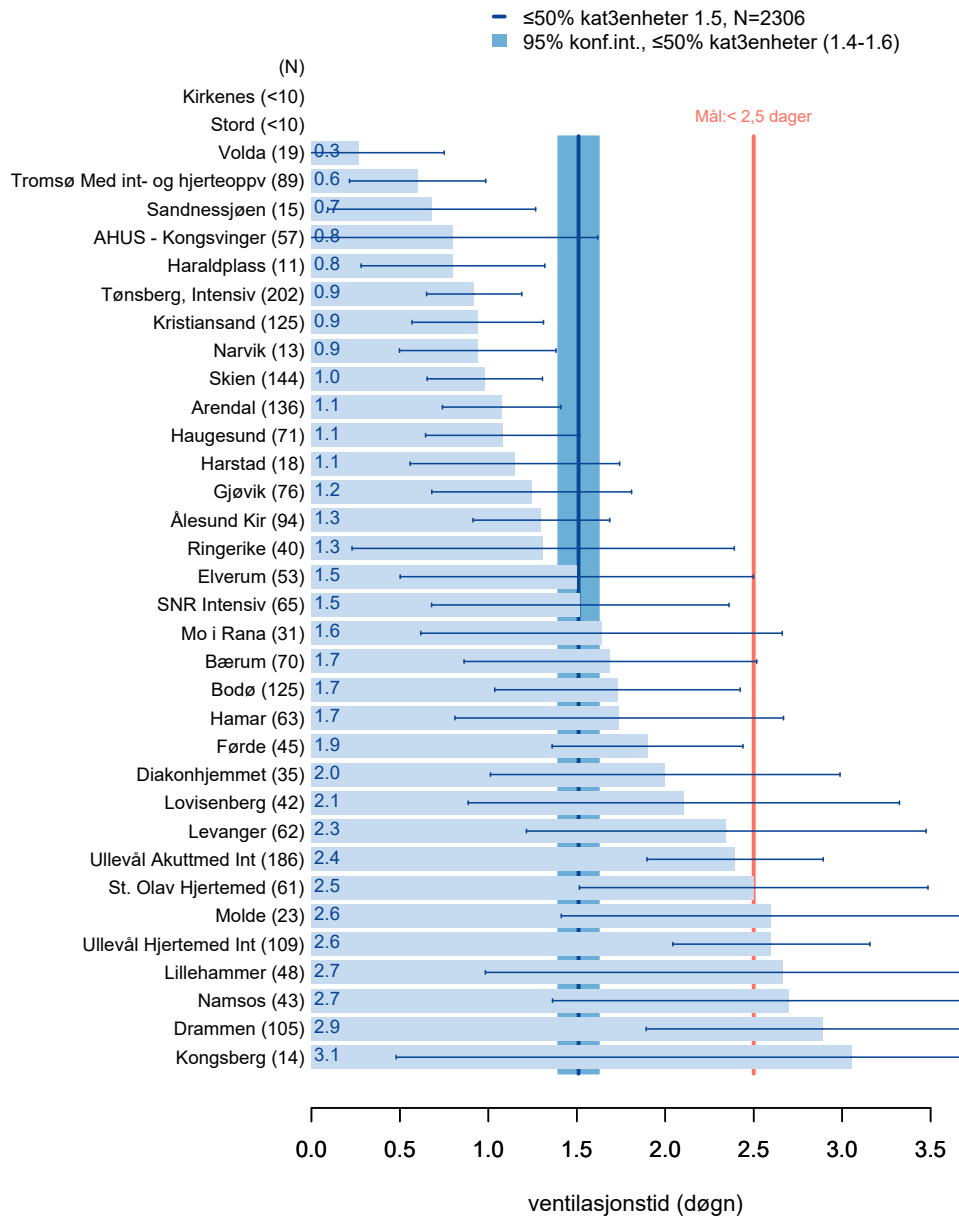
Median liggetid



Figur 29: Liggetid hos pasientar innlagt i intensiveveiningar med ≤ 50% kategori 3 senger

Innleggesdatoer: 2025-01-01 til 2025-12-31
 Nivå: ≤50% kat3

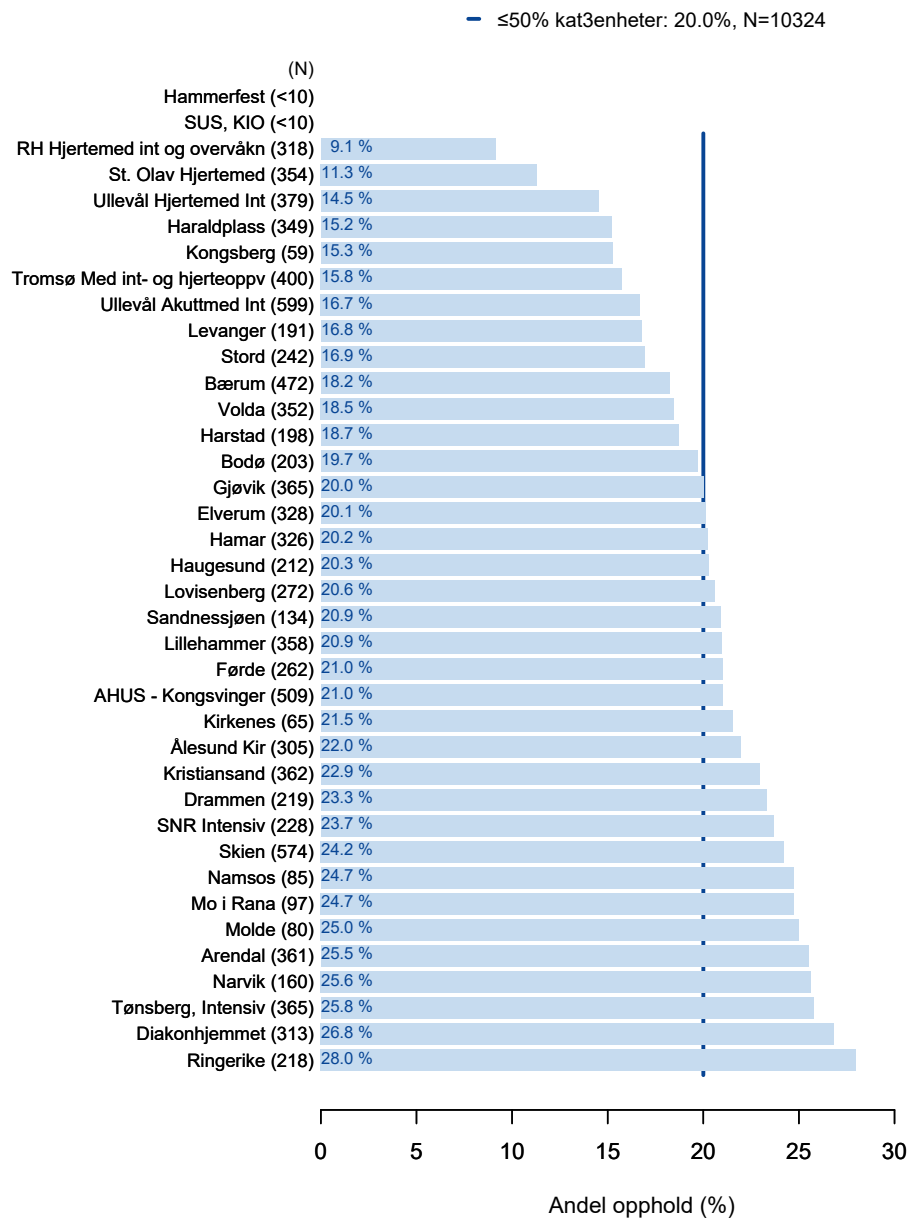
Median invasiv ventilasjon (inkl. overførte pasienter)



Figur 30: Invasiv respiratorstøtte i intensivevingar med $\leq 50\%$ kategori 3 senger

Innleggesdatoer: 2025-01-01 til 2025-12-31
Nivå: ≤50% kat3

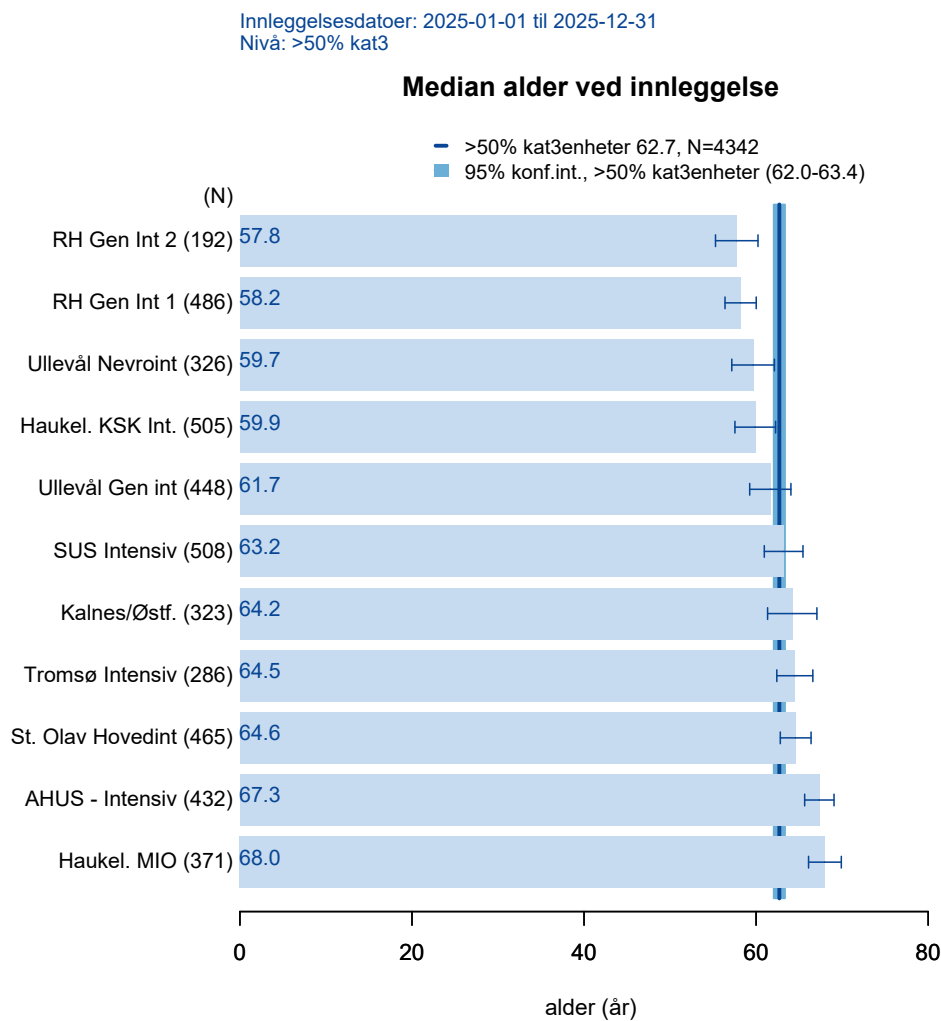
Andel døde 30 dager etter innleggelse



Figur 31: 30 dagers mortalitet blant pasientar innlagt i intensiveinigar med ≤ 50% kategori 3 senger

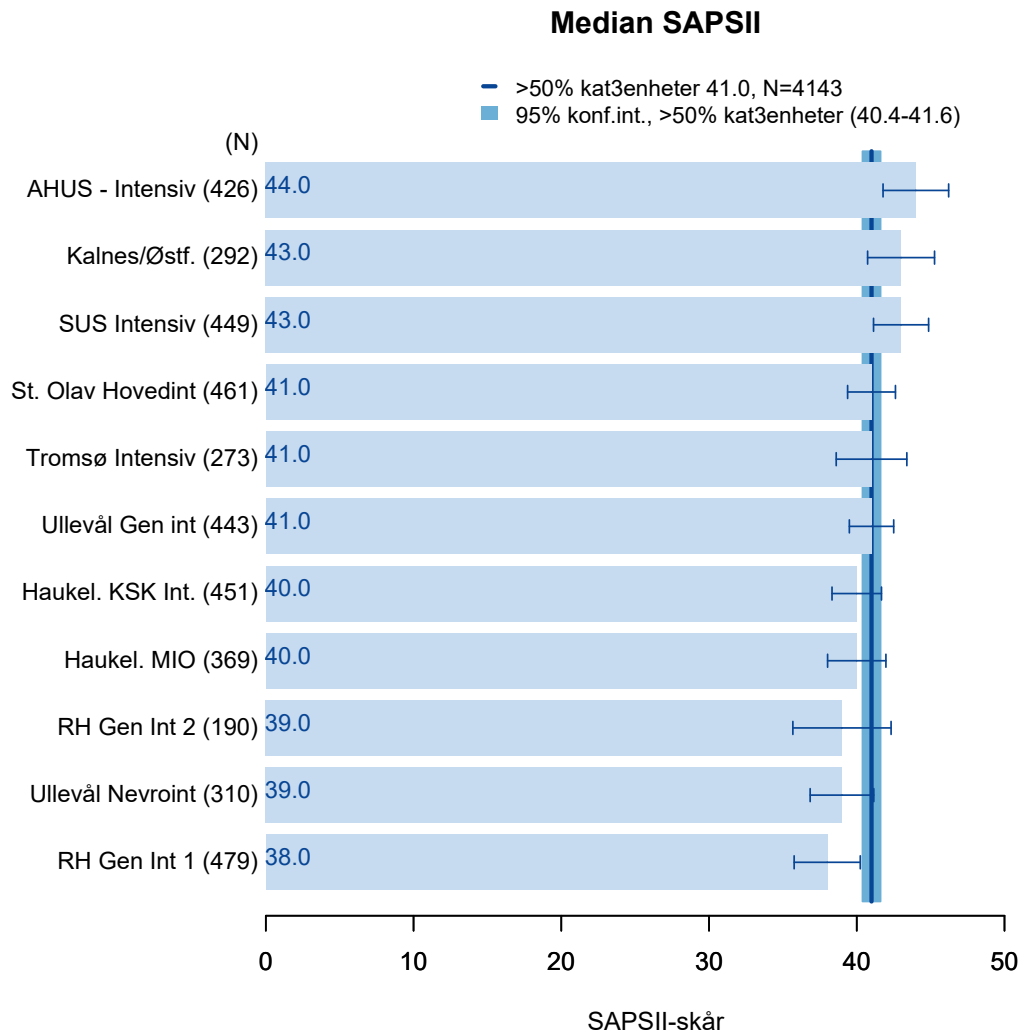
2.5.4 Generelle intensiveiningar med over 50 % kategori 3 senger

Samla i denne gruppa var median alder ved innlegging 62,7 år, basert på totalt 4343 opphald og 3818 pasientar (figur 32). Median liggjetid var 2,85 døger. SAPS II skår (median) var 41,0, og median skrøpelegheitsskår var 3,0. NEMS per opphald (median) var 123. 72% av pasientane fekk mekanisk ventilasjonsstøtte med median respiratortid for invasiv ventilasjonsstøtte på 2,0 døger basert på 2734 opphald, og 0,43 døger basert på 991 opphald for non-invasiv ventilasjonsstøtte. Omkring 5% av pasientane fekk utført trakeostomi. 81,5% av pasientane fekk vasopressor. Minst ein komplikasjon vart registrert hos 17,7% av pasientane. 13,3% av pasientane døydde under intensivopphaldet, mens 21,8% var døde 30 dagar etter innlegging.



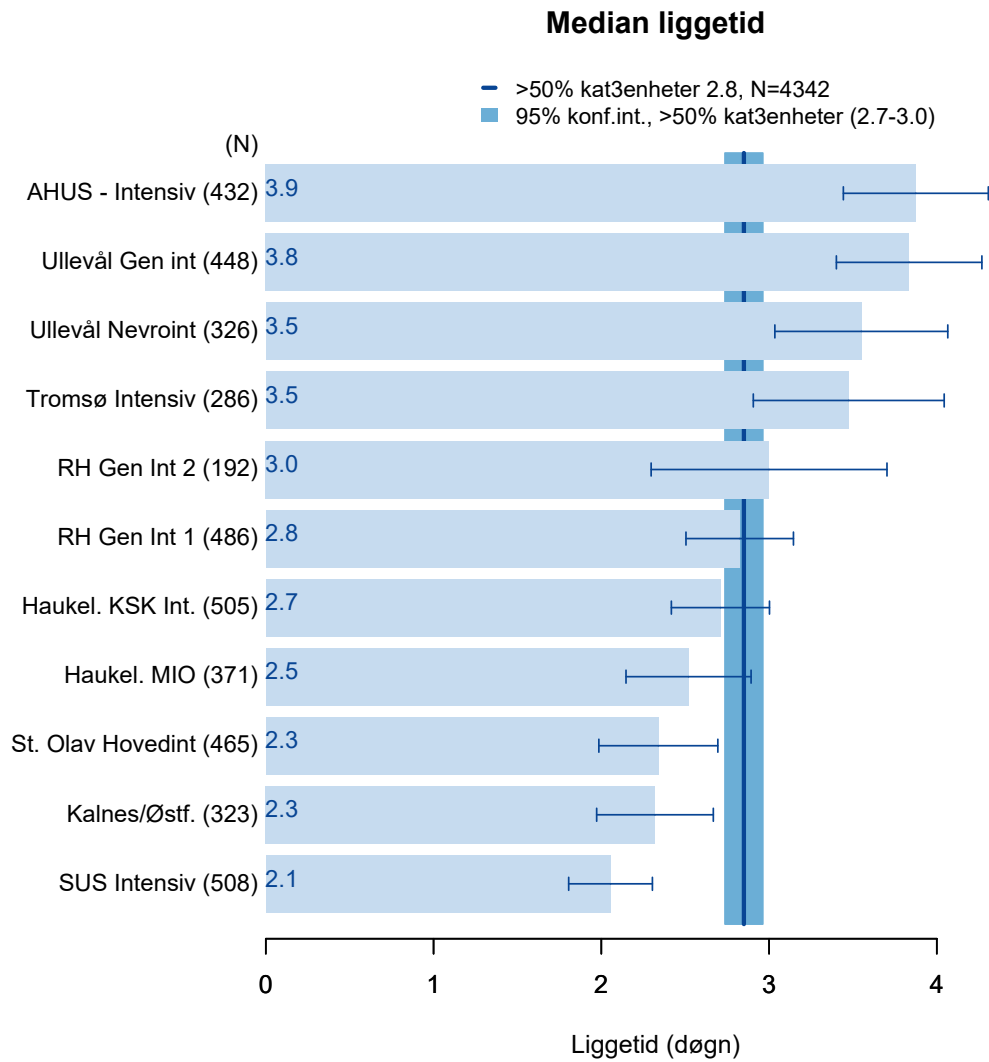
Figur 32: Median alder ved innlegging i intensiveveiningar med over 50% kategori 3 senger

Innleggesdatoer: 2025-01-01 til 2025-12-31
Pasienter fra 16 til 95 år
Nivå: >50% kat3



Figur 33: SAPS II skår hos pasientar innlagt i intensiveiningar med over 50% kategori 3 senger

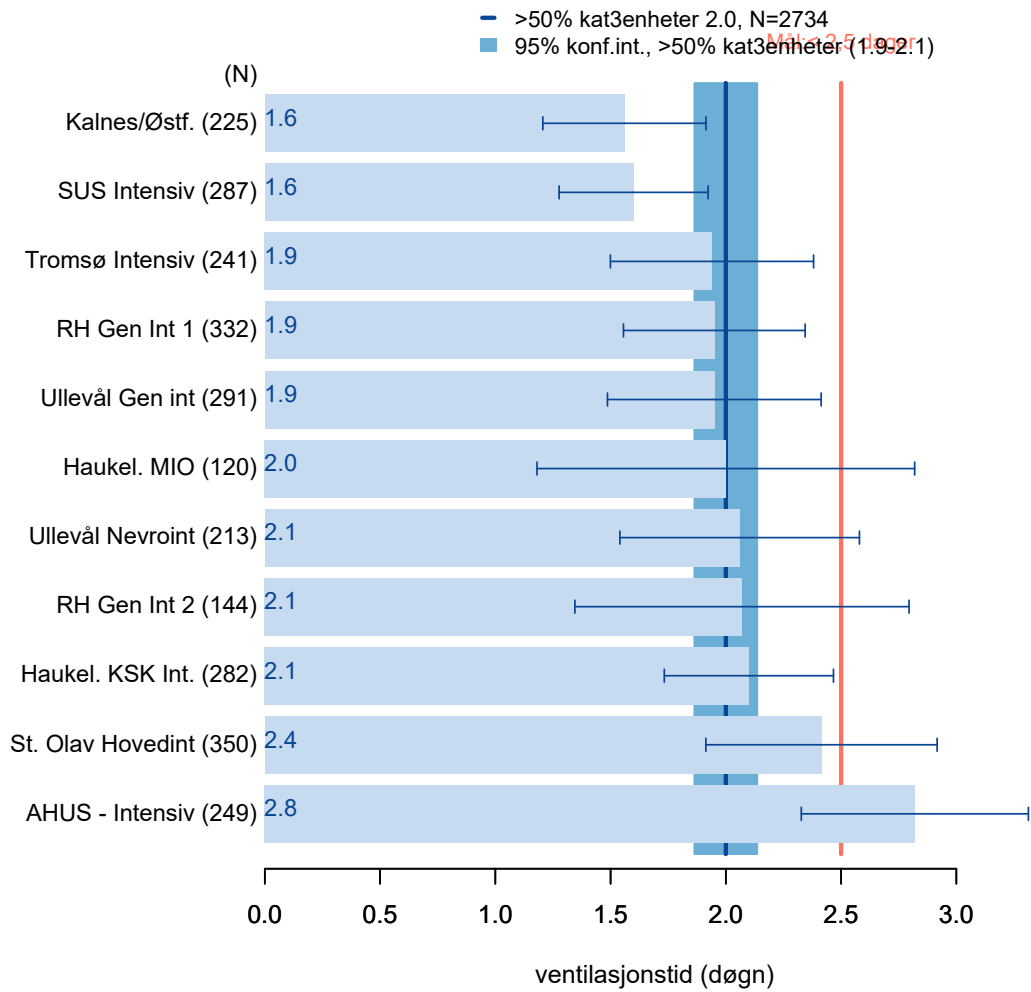
Innleggelsesdatoer: 2025-01-01 til 2025-12-31
Nivå: >50% kat3



Figur 34: Liggetid hos pasientar innlagt i intensiveiningar med over 50% kategori 3 senger

Innleggesdatoer: 2025-01-01 til 2025-12-31
Nivå: >50% kat3

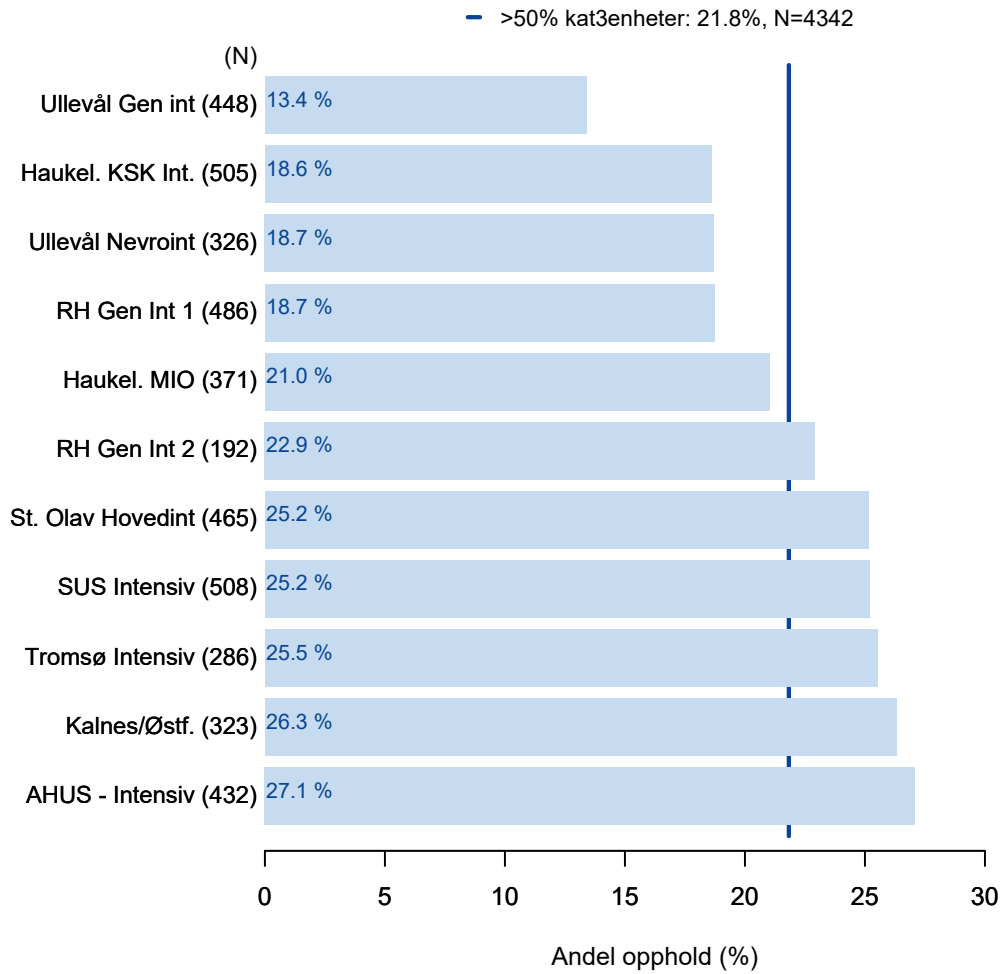
Median invasiv ventilasjon (inkl. overførte pasienter)



Figur 35: Invasiv respiratorstøtte i intensiveveiningar med over 50% kategori 3 senger

Innleggesdatoer: 2025-01-01 til 2025-12-31
Nivå: >50% kat3

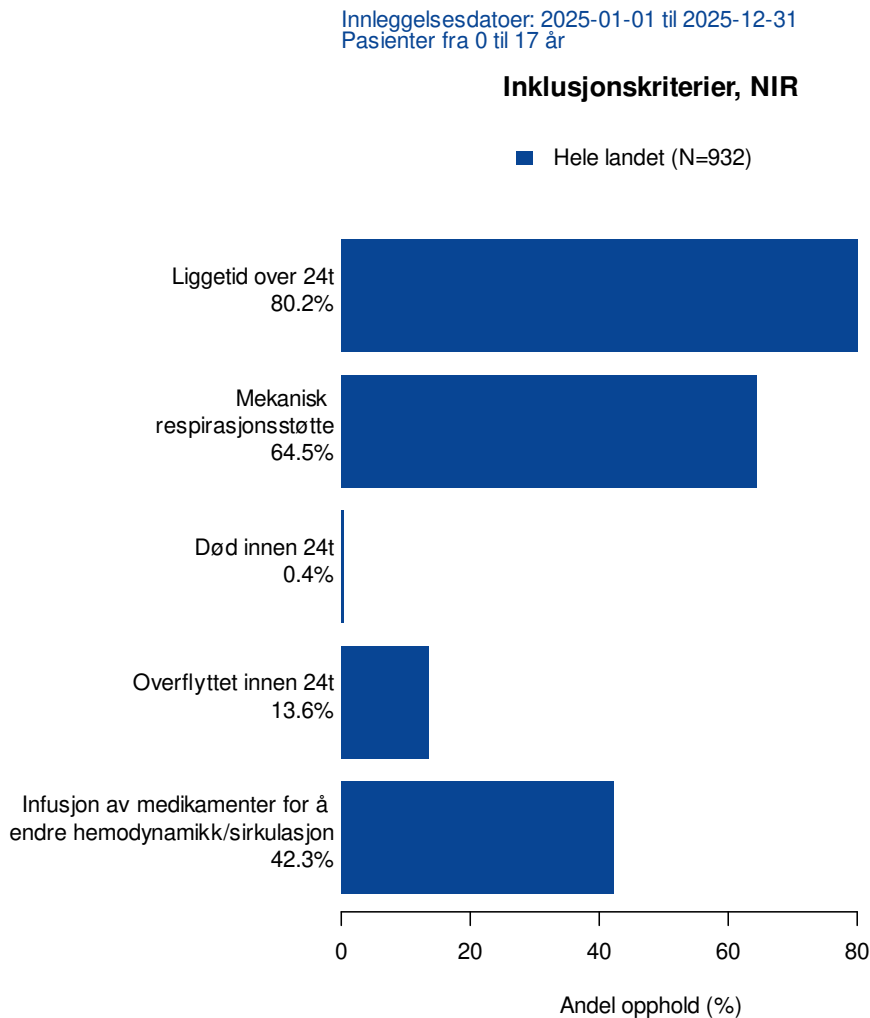
Andel døde 30 dager etter innleggelse



Figur 36: 30 dagers mortalitet blant pasientar innlagt i intensiveveiningar med over 50% kategori 3 senger

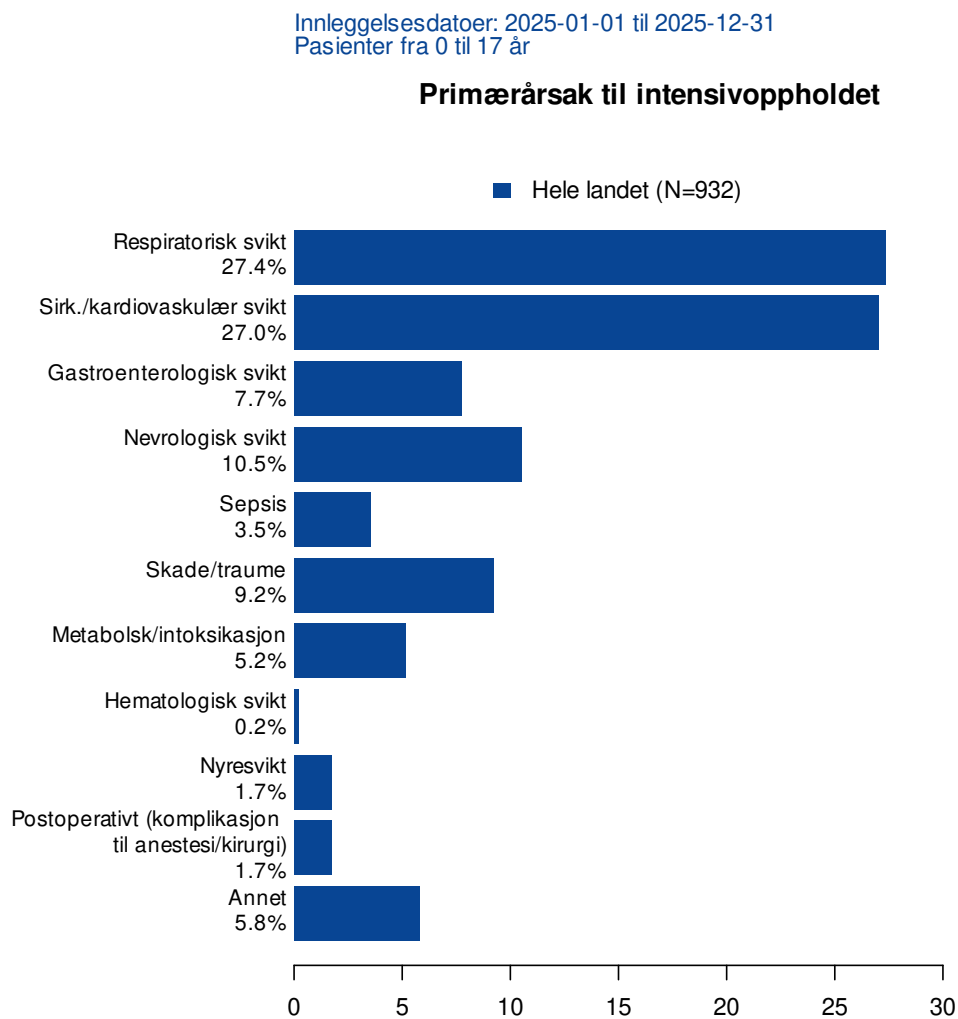
2.5.5 Barn på intensiv

Barn er her definert som alder < 18 år ved innlegging på intensiv. Barneintensiv på Rikshospitalet er einaste eining i NIR som har rapportert eit eige datasett for barn på intensiv. For alle andre einingar er opphalda for barn ein del av det totale datasettet. Data i alle figurar og tabellar her er det totale som er rapportert inn i løpet av 2025, og som er å finne i Rapporteket når vi sorterer på alder < 18 år. Vi ser av figur 37 at det totalt er registrert 932 opphald i 2025, der liggjetid over 24 timar er eit inklusjonskriterium i 80% av opphalda, og at det er gjeve mekanisk respirasjonsstøtte i nær 2/3 av opphalda (mot 50 % hos dei over 18 år) og vasoaktiv infusjon i 40%, mot 66% hos dei over 18 år.



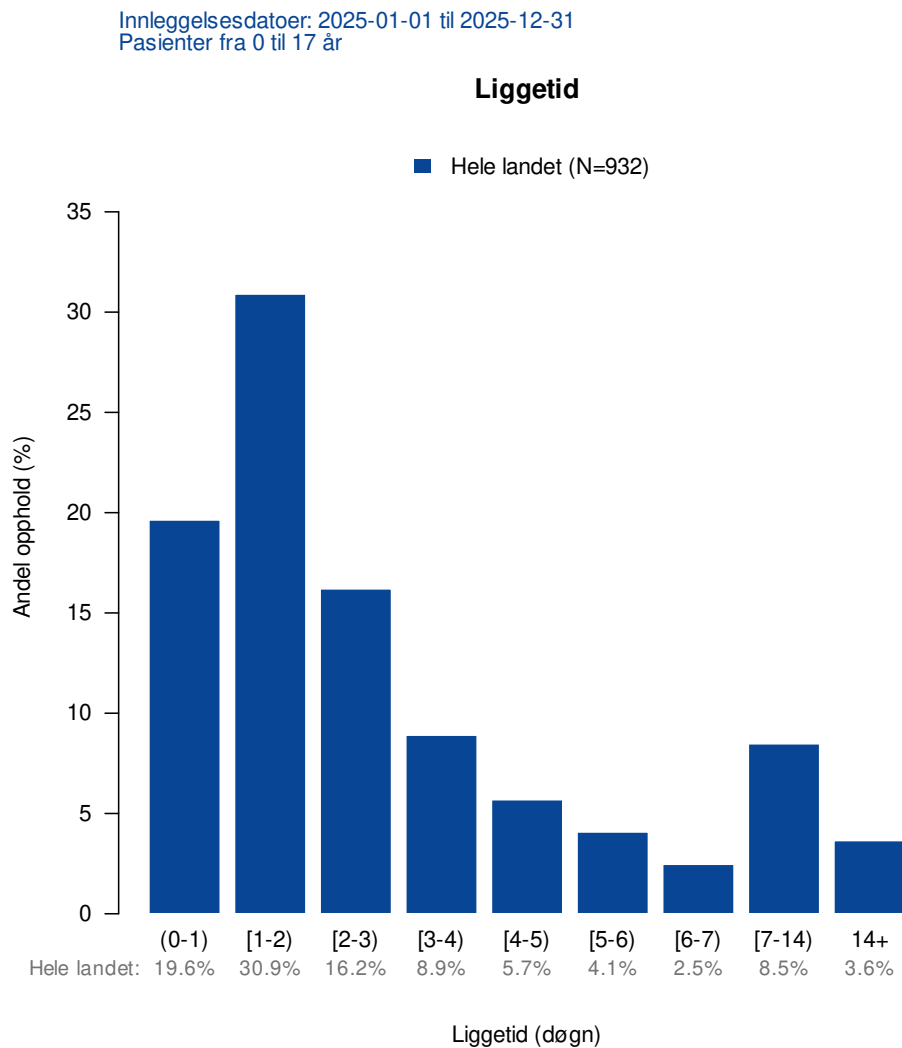
Figur 37: Inklusjonskriterium for barn på intensiv

I figur 38 ser vi at respiratorisk og sirkulatorisk svikt er begge hovudårsak i 27% av tilfella, og representerer såleis til saman 54%. Deretter fylgjer nevrologisk svikt, traume og GI-svikt. Dette er ei fordeling nokså lik den for pasientar over 18 år.



Figur 38: Primærårsak til intensivopphaldet for barn

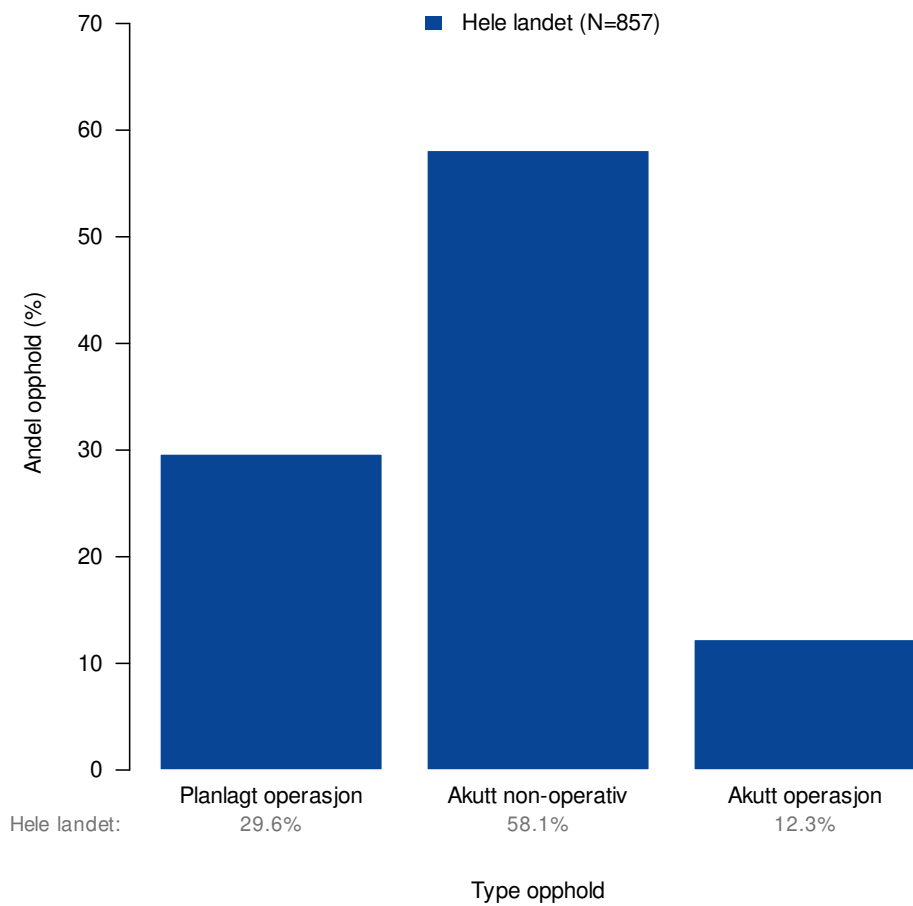
Kring halvparten av opphalda er to døger eller kortare, median liggjetid for barn er altså 2 døger. Fordelinga av liggjetid i figur 39 er påfallande lik fordelinga hos pasientar > 18 år. Når det gjeld fordeling av opphald etter SAPS-kategoriar, figur 40, er det derimot stor skilnad mellom barn og vaksne. Nær 30% av barn kjem til intensiv etter elektiv kirurgi, medan tilsvarande tal for vaksne er 8,8%. Non-operative opphald utgjer 58% for barn og heile 75% for vaksne.



Figur 39: Fordeling av liggjetid på intensiv for barn

Innleggelsesdatoer: 2025-01-01 til 2025-12-31
Pasienter fra 0 til 17 år

Fordeling av type opphold

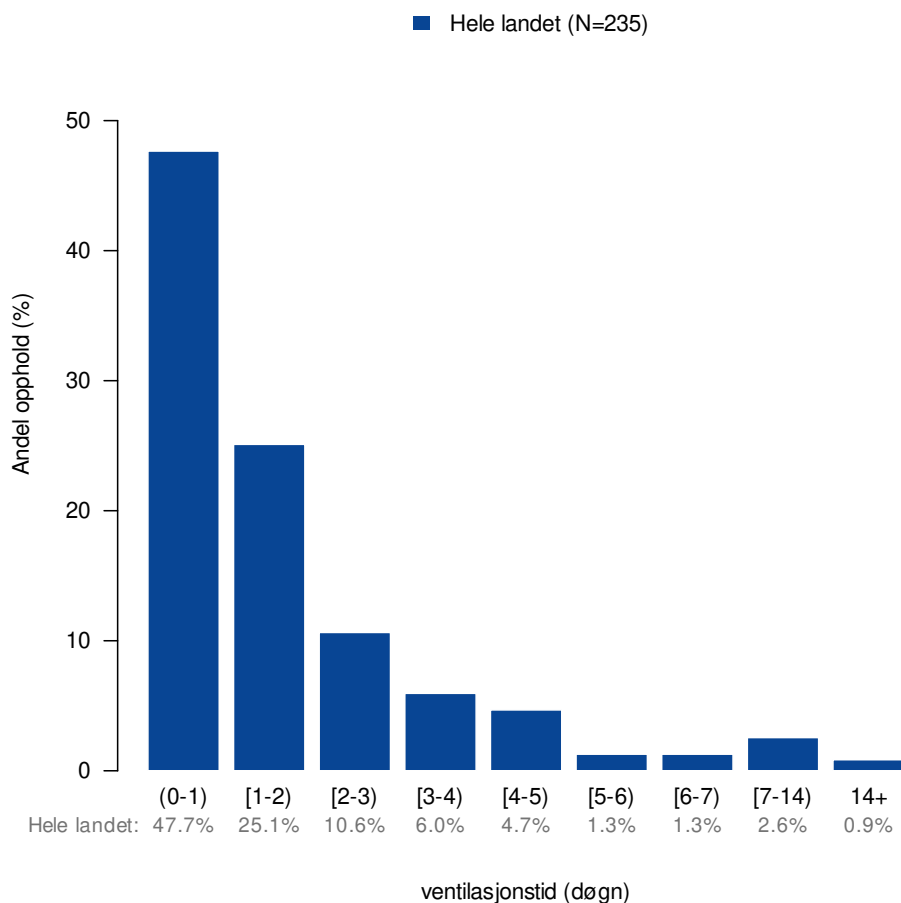


Figur 40: Fordeling av opphold etter type for barn på intensiv

Barn fekk i større grad enn vaksne respiratorstøtte under intensivopphaldet, 64,5% mot 50,0%. Og av dei som fekk respiratorstøtte, var det ein klårt høgare andel som fekk invasiv støtte hos barn (83,5%) enn hos vaksne (61,1%). Figur 41 og 42 viser fordeling av lengda på non-invasiv og invasiv støtte. Hos vaksne fekk heile 90% av dei med maskeventilasjon dette i to døger eller mindre, medan mange barn får maskeventilasjon lenger, som figur 41 viser. Fordeling av invasiv støtte er derimot ganske lik for barn og vaksne. Det er stor variasjon mellom avdelingane, og her er avdelingsprofil/case-mix sannsynlegvis ei viktig forklaring, sjå figur 43.

Innleggesdatoer: 2025-01-01 til 2025-12-31
 Pasienter fra 0 til 17 år

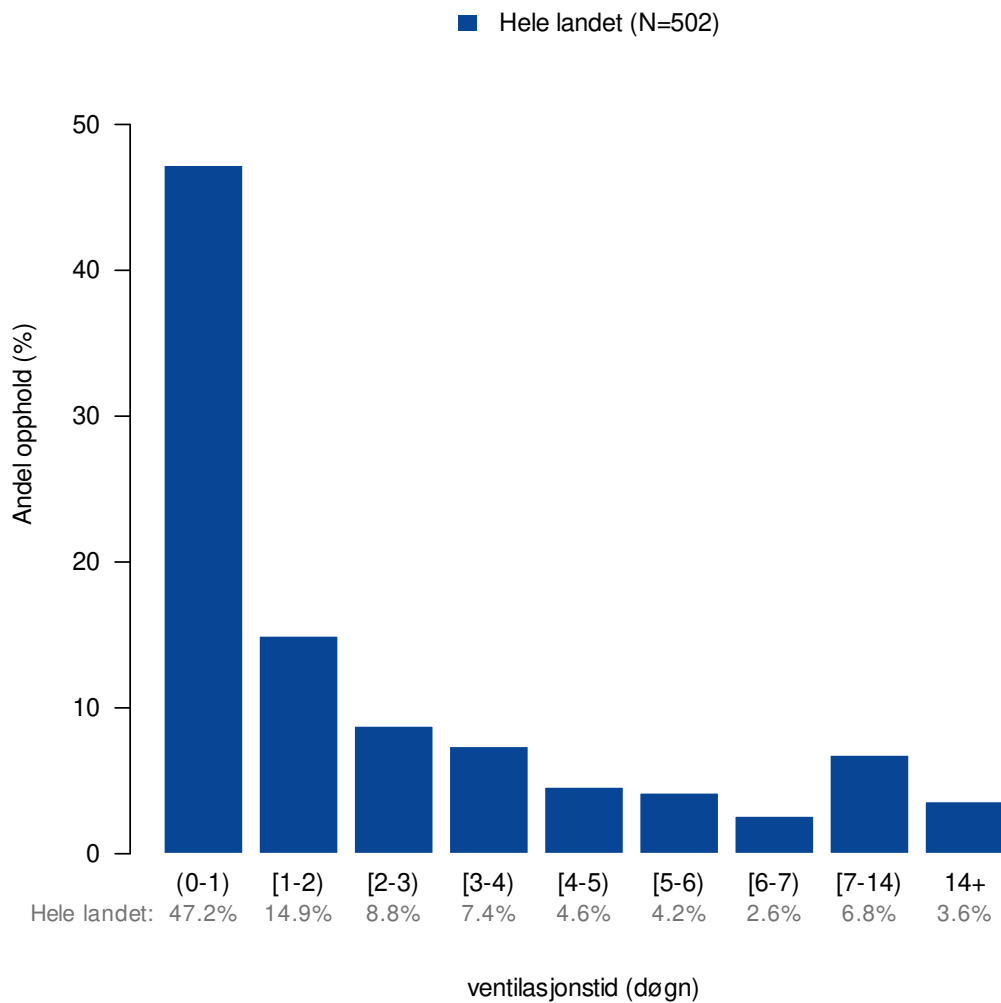
Non-invasiv ventilasjon/maskeventilasjon



Figur 41: Fordeling av lengde på non-invasiv ventilasjonsstøtte for barn på intensiv

Innleggesdatoer: 2025-01-01 til 2025-12-31
Pasienter fra 0 til 17 år

Invasiv ventilasjon (inkl. overførte pasienter)

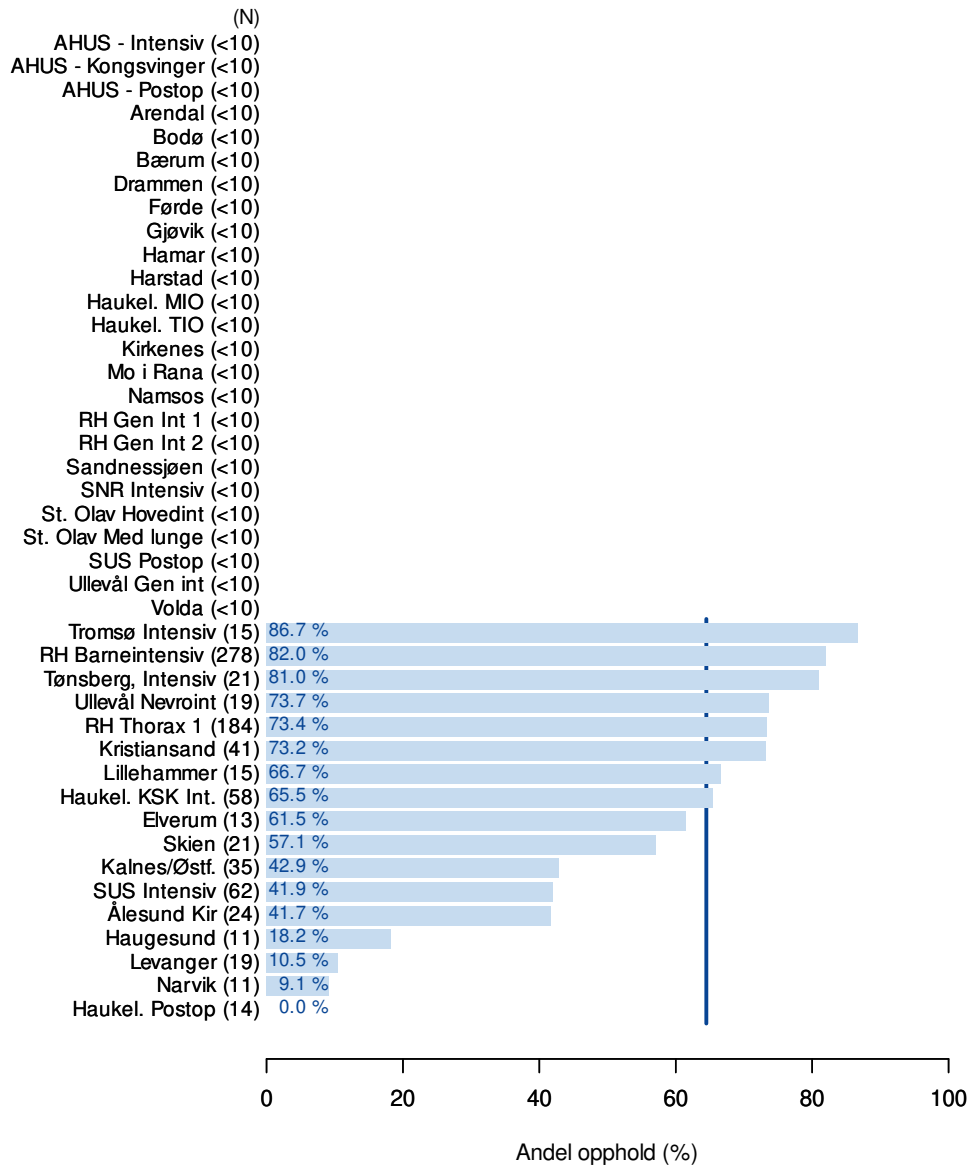


Figur 42: Fordeling av lengde på invasiv ventilasjonsstøtte for barn på intensiv

Innleggesdatoer: 2025-01-01 til 2025-12-31
Pasienter fra 0 til 17 år

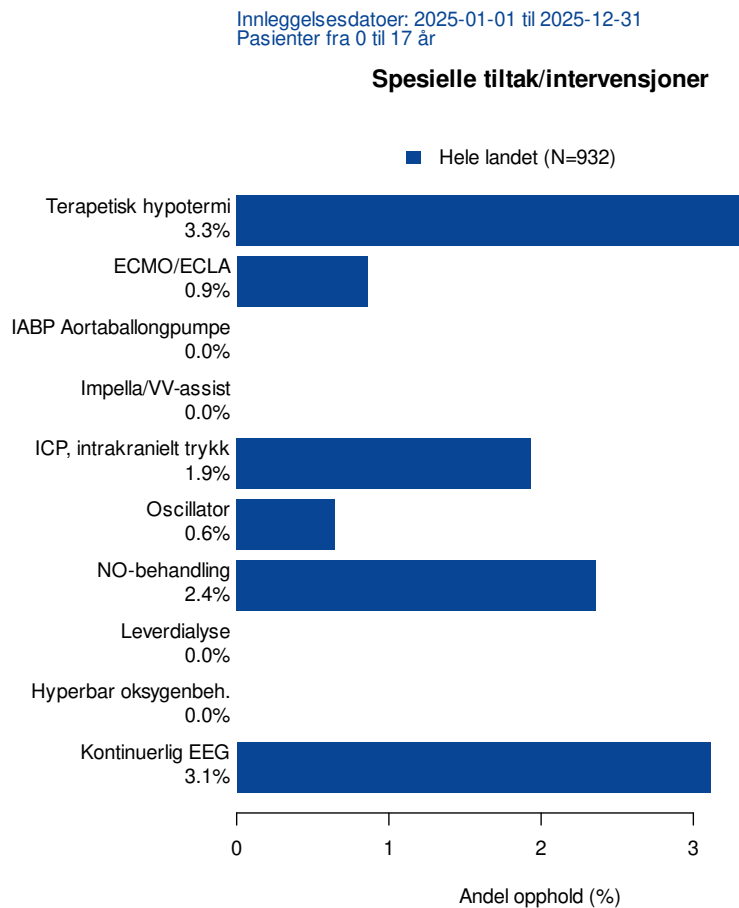
Andel med respiratorstøtte

— alle enheter: 64.5%, N=932



Figur 43: Andel med respiratorstøtte hos barn, per eining

Bruk av spesielle tiltak/intervensjonar syner som venta til dels markert skilnad mellom barnepopulasjonen og vaksne intensivpasientar, figur 44. Hos vaksne fekk 0,8% terapeutisk hypotermi, 0,4% ECMO, berre 0,4% kontinuerleg EEG og 0,2% fekk NO.



Figur 44: Andel med spesielle tiltak/intervensjonar hos barn på intensiv

Det er generelt mykje lågare mortalitet blant barn enn vaksne i NIR-data. I 2025 døydde 3,2% av barna i løpet av 30 dagar (mot 20,2% av vaksne) og 90-dagars mortalitet var 4,0% hos barn og 25% hos vaksne.

2.5.6 Organdonasjon

Intensiveiningar ved alle norske sjukehus der organdonasjon blir utført (såkalla ”Donorsjukehus”) er NIR-medlemmer. I NIR registreres opphald der pasienten døyr på intensiv. I intensivskjema må ein svare for om det var påvist eller mistenkt potensielt dødeleg hjerneskade hjå pasienten. Dersom «ja», reknar ein pasienten som potensiell organdonor. Deretter blir det registrert om det vart påvist oppheva intrakraniell sirkulasjon eller ikkje. Dersom ja, blir ein bedt om å svare på om det faktisk vart utført donasjon. I begge dei to siste kategoriane må ein, dersom ein svarer «Nei», velje årsak til «Nei» frå ei definert liste. Spørsmåla som skal svarast på er:

1. Hadde pasienten påvist eller mistenkt potensielt dødelig hjerneskade?
2. Ble det påvist opphevet intrakraniell sirkulasjon?
3. Ble organdonasjon gjennomført?

NIR gjev oversikt over potensielle organdonorar som er intensivbehandla. Potensielle organdonorar som NIR ikkje har data om, er:

- Potensielle donorar på sjukehus utan NIR-einingar og som ikkje blir overført til sjukehus med NIR-eining (truleg svært få).
- Pasientar som ikkje har lagt på intensiv, der behandlinga vert avslutta utanfor intensiv, til dømes i akuttmottak, eller nevrologisk sengepost (truleg svært få). Intensivbehandlinga vart avslutta utan at pasienten oppfylde krava til donasjon ⁸.

I 2025 blei det registrert 397 potensielle organdonorar, altså pasientar med påvist eller mistenkt potensielt dødelig hjerneskade (”ja” i spørsmål 1 over). Dette syner ein vedvarande aukande trend, med 27,2 % (n=85) fleire tilfeller samanlikna med fjoråret, og høgaste målt siste 5 år. Dette til tross for varierende antall registrerte intensivopphald i same periode. I 234 av desse tilfella vart det ikkje utført angiografi, årsak til nei” i figur under 46. Tal tilfeller der det ikkje blei gjort angiografi er høgare enn i 2024, dette samavarer godt med antal potensielle organdonorar.

Av døde pasientar på intensiv er det registrert 161 pasientar med påvist oppheva intrakraniell sirkulasjon. Figur 45 og tabell 6, syner kvar desse pasientane var innlagd, og del av døde som fekk påvist oppheva intrakraniell sirkulasjon.

Del pasienter som ikkje vert godkjent donor har ei aukande trend sidan 2023. NIR-data syner at 34,2% av tilfella ikkje blei godkjent som organdonor ved Rikshospitalet, mot 28,5% i 2024. Årsak til nei” vert ikkje kartlagd av NIR. Det er òg ein vedvarande auke i andelen tilfelle der pårørande er negative til donasjon, som i 2025 var 12 %, mot 11,6 % i 2024. Dette er høgaste del målt siste 5 år. Også del for ”ikkje tenkt på donasjon” har økt med omlag 1 prosent sidan fjoråret, for 2025 i 8,1 % av tilfella, dette syner same trend som blei rapportert i 2024. ”Kapasitet på intensiv”, er oppgitt i ett tilfelle som årsak til ikkje gjennomført organdonasjon dette året. I fjor var dette oppgitt til å vere i ingen tilfeller. Det er fortsatt bekymringsfullt at organdonasjon ikkje vart tenkt på i meir enn 8% av tilfella, også denne trenden er aukande. Ein ber om at einingane følgjer opp slik at alle potensielle organdonorar blir registrert. Dette betyr i praksis liv eller død for mottakarane, og

⁸Holmaas, G., Hilton, E., Foss, S., Wathle, G. K., & Kvåle, R. (2024). *Potential organ donors during two years at the second largest hospital in Norway*. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 68(8), 1041–1049. <https://doi.org/10.1111/aas.14455>

viktigheiten av dette kan ikkje overdrivast.

Det er registrert 112 gjennomførte organdonasjonar i NIR, rapporteringsåret 2025. Av desse var 94 DBD (Donation by Brain Death), og 18 var cDCD (Controlled Donation after Circulatory Death). Avdeling for transplantasjonsmedisin, OUS, rapporterer 119 gjennomførte organuttak i 2025, der 110 er oppgitt som DBD-uttak og 9 var cDCD-uttak⁹. Det er ein mindre diskrepans i talet på gjennomførte donasjonar mellom NIR og OUS-data på om lag 6 % (n = 7) for rapporteringsåret. For metode for donasjon er diskrepansen større. Dette tyder på moglege registrerings- eller føringsfeil i NIR-materialet. Nye variablar knytt til cDCD, som vart innført frå 2024, kan ha påverka datakvaliteten. NIR vil arbeide vidare med å kartleggje og redusere desse avvika.

NIR rapporterer 50 pasientar med påvist oppheva intrakraniell sirkulasjon der organdonasjon ikkje blei gjennomført. Årsaker til manglande gjennomføring er vist i figur 47. I 2025 var pasienten sitt eige ynskje oppgitt som årsak i 20 tilfelle. Dette samsvarar også med trenden for pårørande sine ynskjer. Det er ikkje undersøkt nærare korleis pasienten sitt ynskje er dokumentert, til dømes gjennom opplysningar frå pårørande eller registreringar i Helsenorge. NIR har heller ikkje kartlagt kor mange brukarar som aktivt har registrert donasjonsynskje digitalt via Helsenorge, men auka bruk av digitale løysingar for registrering av donasjonsynskje vert vurdert som ein mogleg forklaringsfaktor

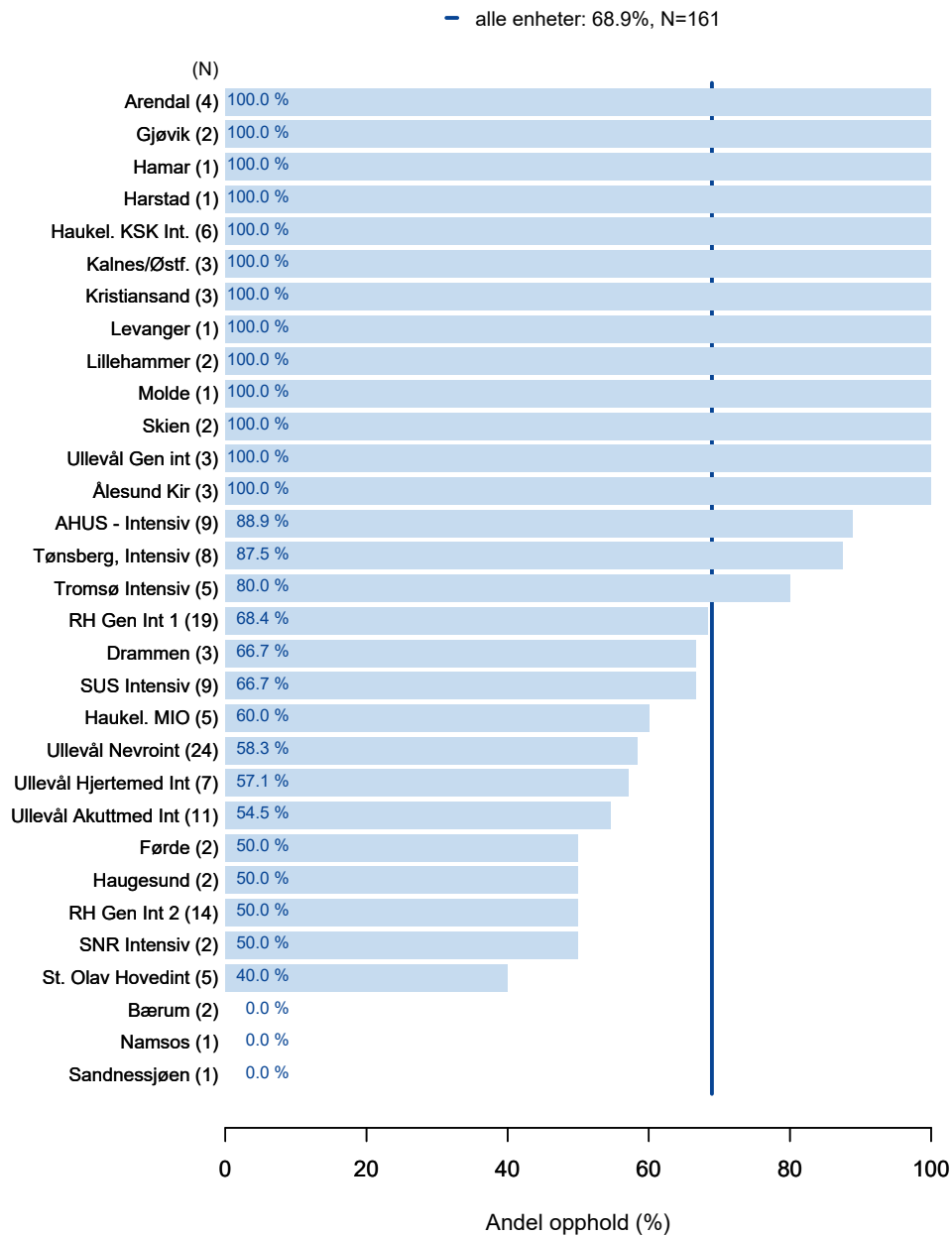
Tidlegare rapporteringar frå registeret har vist at avslag frå Rikshospitalet var den vanlegaste årsaka til at donasjon ikkje blei gjennomført. Dette var ikkje tilfelle i inneverande rapporteringsår. Andelen avslag frå Rikshospitalet held seg relativt stabil på om lag 30 % (figur 47). NIR rapporterer framleis ein høgare del avslag enn OUS har gjort i sine eigne rapporteringar dei siste åra. Årsaka til denne skilnaden er ikkje kartlagd.

Samarbeidet mellom intensivregisteret og Avdeling for organdonasjon, OUS er forsterka. Rapportering av organdonorar og potensielle organdonar vil få ei forbetring i nær framtid.

⁹Årsrapport 2025 - Organdonasjon og transplantasjon, Oslo universitetssykehus

Innleggesdatoer: 2025-01-02 til 2025-12-31

Realiserte donorer blant de som oppfyller kriteriet for donasjon

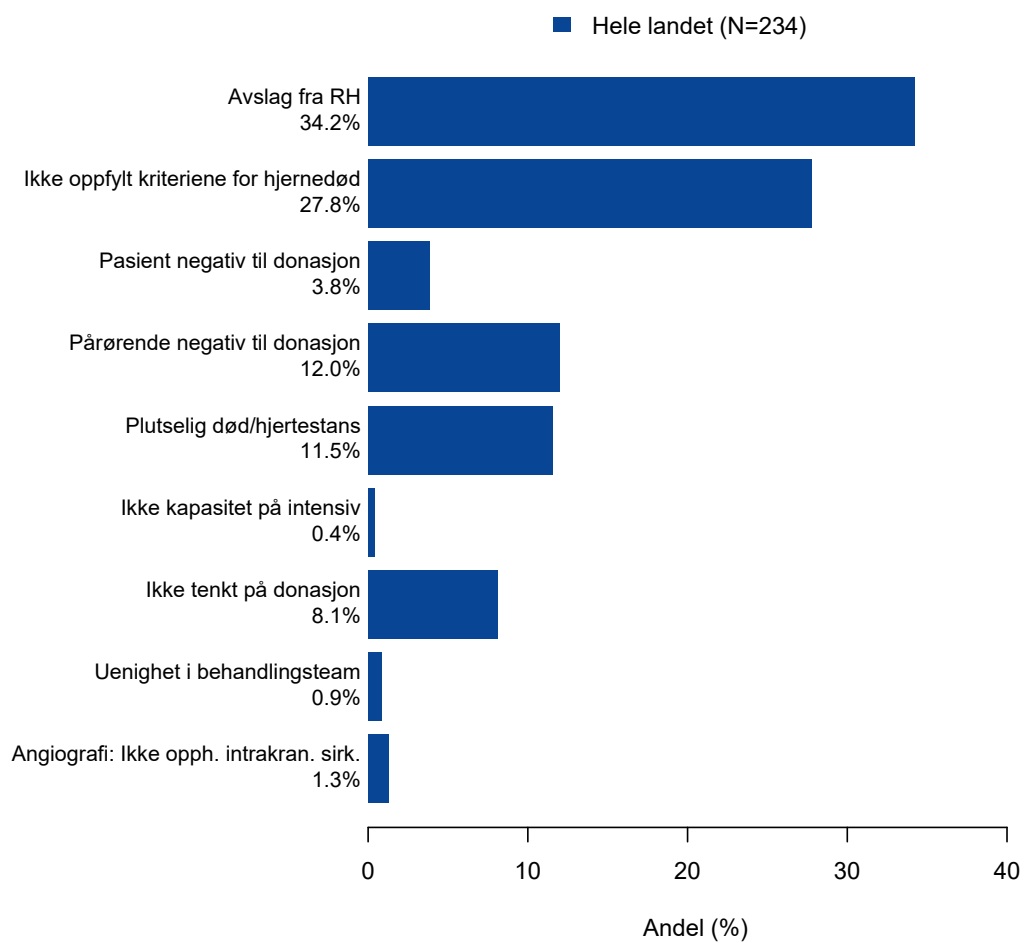


Figur 45: Del av døde pasientar med oppheva intrakraniell sirukulasjon, per eining.

Namn eining	Antal gjennomførte donasjonar
AHUS - Intensiv, Nordbyhagen	8
Arendal	4
Drammen	2
Førde	1
Gjøvik	2
Harstad	1
Haugesund	1
Haukel. KSK Intensiv	6
Haukel. MIO	3
Intensiv Tromsø	2
Kalnes/Østf. Intensiv	3
Kristiansand	3
Levanger	1
Lillehammer	2
Molde	1
RH Gen Intensiv 1	13
RH Gen Intensiv 2	7
SNR Intensiv Hjelset	1
SUS Intensiv	6
Skien	2
St. Olavs Hovedintensiv	2
Tromsø Intensiv	2
Tønsberg, Intensiv	7
Ullevål Akuttmedisinsk intensiv	6
Ullevål Generell intensiv	3
Ullevål Hjertemedisinsk intensiv	4
Ullevål Nevrointensiv	14
Ålesund Intensivavdelinga	5
Sum	112

Tabell 6: Antal gjennomførte donasjonar per eining

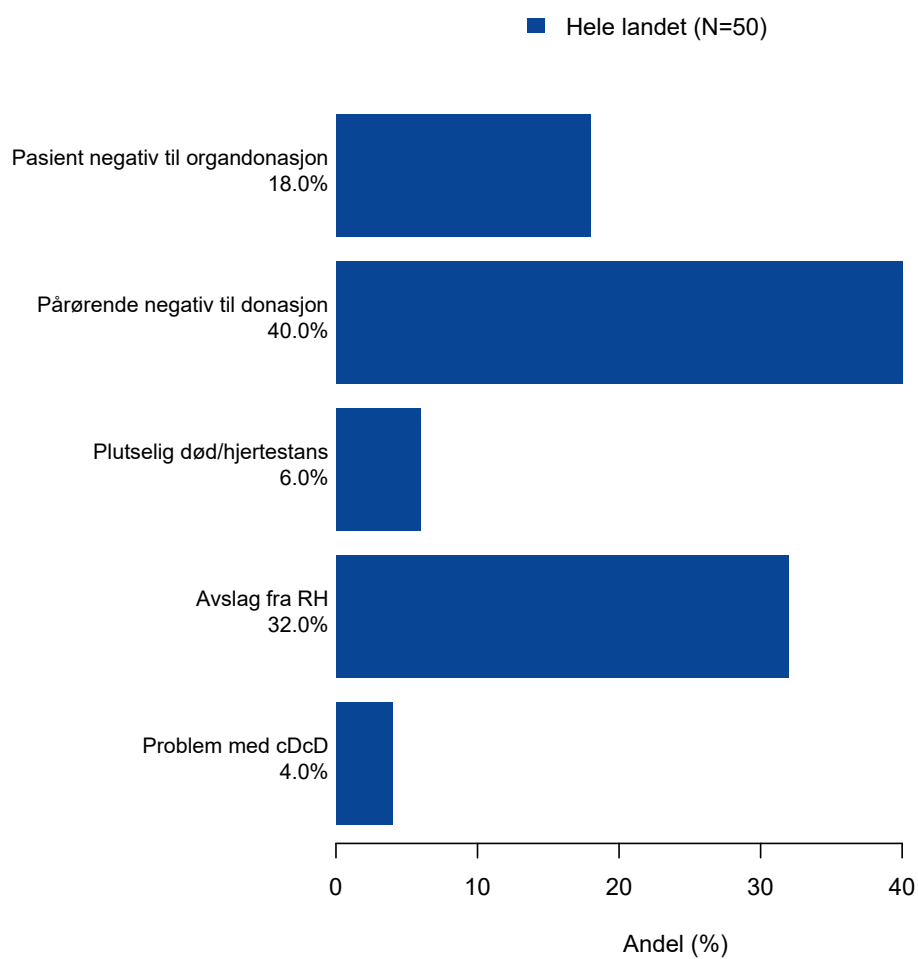
Innleggesdatoer: 2025-01-01 til 2025-12-31
**Årsak, ikke påvist opphevet intrakraniell sirkulasjon
hos pasienter med potensielt dødelig hjerneskade**



Figur 46: Grunnar til at angiografi ikkje blei gjennomført hjå pasientar med mogleg oppheva intrakraniell sirkulasjon.

Innleggesdatoer: 2025-02-14 til 2025-12-31

Årsak ikke donasjon, pasienter med opph. intrakran. sirk.



Figur 47: Grunnar til at organdonasjon ikkje blei gjennomført hjå pasientar med påvist oppheva intrakraniell sirkulasjon.

Del 2
Administrative opplysningar

3 Registerbeskriving

Beskriv kort bakgrunnen for registeret	Norsk intensivregister (NIR) vart stifta i 1998 av Norsk anesthesiologisk forening (NAF). Utgangspunktet var ein førespurnad frå helsestyresmaktene om kapasiteten i norsk intensivmedisin. Ein søkte då å kartlegge kapasiteten med tanke på tal på intensivsenger, respiratorar og personale. I tillegg blei det levert overordna anonym statistikk som tal intensivpasientar og tal respiratorpasientar. NIR blei etter kvart del av kvalitetsregistersatsinga. I samband med pandemien covid-19 i 2020 blei registeret utvida til å også omfatte pasientar innlagt i spesialisthelsetjenesta med smittsom sjukdom under epidemier eller pandemier under namnet Norsk intensiv- og pandemiregister. Evalueringar etter covid-19 pandemien viste viktigheita med å ha klart ei registerløysing til neste hending og registerstrukturen i Norsk intensiv- og pandemiregister er no utvida til å innehalda modular til framtidige pandemi- og krisehendingar og ein ressursmodul, under namnet Norsk intensiv- og kriseregister (NIKreg). NIR er vidareført som eit kvalitetsregister under NIKreg sin paraply, og denne årsrapporten omhandlar kun NIR.
Type register	Norsk intensivregister er eit tenestebasert register
Årstall etablert	Norsk intensivregister blei etablert i 1998, og vart utvida til Norsk intensiv- og pandemiregister mars 2020 og Norsk intensiv- og kriseregister i 2024
Årstall nasjonal godkjenning	Norsk intensivregister fekk status som nasjonalt kvalitetsregister i 2004
Årstall for start av datainnsamling	Intensivregisteret starta datainnsamling i 1998.
Føremålet til registeret	Registeret skal gjennom statistikk, analyser og forskning bidra til ny kunnskap, kvalitetsforbedring, planlegging, overvåking, styring og beredskap ved sjukehus i daglig drift og ved krisehendelser. Som ledd i dette skal registeret blant anna: <ul style="list-style-type: none"> • Utarbeide rapportar til deltagende sjukehus og til sentrale myndigheter • Utarbeide faglige kvalitetsindikatorar • Legge til rette for og stimulere til forskning
Analyser som belyser registerets formål	Resultat og analyser blir presenterte i kapittel 2.5, i tillegg til PROM og PREM-resultat i kapittel 2.2. Kapittel 2.1 inneheld resultat for registeret sine kvalitetsindikatorar på nasjonalt, RHF, sykehus og einingsnivå.

Juridisk heimel	<ul style="list-style-type: none"> • Lov om helseregistre og behandling av helseopplysninger (helseregisterloven) • Forskrift om medisinske kvalitetsregistre § 1-4 • Personvernforordningen artikkel 6 nr. 1 bokstav e og artikkel 9 nr. 2 bokstav g, h, i og j. <p>Registeret er basert på reservasjonsrett, jf. helseregisterloven § 10 og forskrift om medisinske kvalitetsregistre § 3-2.</p> <p>NIKreg har nasjonal status, og i henhold til forskrift om medisinske kvalitetsregistre § 2-3 er det en lovpålagt oppgave og plikt for virksomheter og helsepersonell å melde inn relevante og nødvendige opplysninger.</p>
Databehandler	Norsk Helsenett
Databehandlingsansvarlig	Helse Bergen HF
Faglig leder/registersekretariat med kontaktinformasjon	Eirik Alnes Buanes E-post: Norskintensivregister@helse-bergen.no
Fagrådets medlemmer i 2025	
Helse Nord RHF	<p>Rønnaug Hammervold - Overlege, anestesilog, PhD stipendiat - Nordlandssykehuset Bodø. ronnaug.hammervold@nordlandssykehuset.no</p> <p>Shirin Kordasti Frisvold - Overlege, anestesilog, PhD - UNN, Tromsø. shirin.kordasti@unn.no</p>
Helse Midt RHF:	<p>Leder Fagråd: Skule Mo - Overlege, anestesilog - St. Olavs hospital. skule.mo@stolav.no</p> <p>Line Emilie Kleppe - Intensivsykepleier, mastergradstudent - Ålesund sjukehus line.emilie.kleppe@helse-mr.no</p>
Helse Vest RHF:	<p>Jannicke Horjen Møller - Overlege, anestesilog, PhD stipendiat - Stavanger universitetssjukehus. jannicke.horjen.moller@sus.no</p> <p>Gard Svingen - Seksjonsoverlege, kardiolog og indremedisiner, PhD - Haukeland universitetssjukehus gard.frodahl.tveitevag.svingen@helse-bergen.no</p>
Helse Sør-Øst RHF:	<p>Theresa Olasveengen - Overlege, anestesilog, professor - OUS Ullevål. uxothe@ouf-hf.no</p> <p>Ole Kristian Fossum - Overlege, anestesilog - Ahus. ole.kristian.fossum@ahus.no</p> <p>Brita Fosser Olsen - Intensivspl, PhD, førsteamanuensis - Sykehuset Østfold Kalnes. brita.fosser.olsen@so-hf.no</p>

Brukerrepresentant:	Marthe Gundersen Helsefaglig rådgiver, lunge - Landsforeningen for hjerte- og lungesyke (LHL)
Aktivitet i fagrådet	To fysiske møter og eit digitalt.
Inklusjonskriterier	NIR har fem inklusjonskriterier der minst eit av desse fem må vera oppfylte: 1. Liggetid over 24 timar i intensivevinga, 2. Mekanisk respiratorstøtte >6 timar, 3. Infusjon av medikament for å endre hemodynamikk/sirkulasjon >6 timar, 4. Overflytting til annan intensiveving, og 5. Dødsfall under aktiv intensivbehandling.
Metode for datafangst	Norsk intensivregister: - Hovudskjema, Intensivopphold (frå 2014) blir registrert inn av alle intensivevingar som rapporterar til NIR, eit hovudskjema per intensivopphold. - Influensaskjema (frå 2016) blir registrert inn av alle intensivevingar som rapporterar til NIR, blir oppretta på intensivopphold der influensa er påvist eller sannsynlig. - Beredskapsskjema (frå 2020) Blir registrert inn av alle intensivevingar som rapporterar til NIR, blir oppretta på intensivopphold der covid-19 er påvist eller sannsynlig. - PROM-skjema (EQ5D) (frå 2020) blir sendt til pasienten 6 månader etter innlegging. - PREM-skjema (FS-ICU) (frå 2017) blir sendt til pårørande på initiativ frå intensivevingane.
Teknisk løysing for datafangst, og årstall for start	Medisinsk registreringssystem (MRS) blir nytta som teknisk løysing for datafangst, med start i 2014.
Metadata	Metadata ble i 2024 publisert på helsedata.no.
Innsynsløysing	Innsynsløsning via Helsenorger fra starten av 2022.
Antall pasientar/skjema/hendingar i rapporteringsåret	- 19251 Hovudskjema - 248 Influensaskjema - 30 Beredskapsskjema - 4870 PROM-skjema - 33 PREM-skjema
Totalt antall pasientar/skjema/hendingar	- Frå 2015 t.o.m 2025: 198889 Hovudskjema - Frå 2016 t.o.m 2025: 1149 Influensaskjema - Frå 2020 t.o.m 2025: 3843 Beredskapsskjema - Frå 2021 t.o.m 2025 : 19685 PROM-skjema - Frå 2015 t.o.m 2025: 1065 PREM-skjema
Stadium og nivå	4A

4 Datakvalitet

Registeret legg vekt på eit nøkternt datasett med god kvalitet framfor mange parameter med vekslende kvalitet. For intensivpasientar er alle kjernevariablar obligatoriske og dermed komplette 10.1. Registeret tilbyr i tillegg 19 valfrie variablar som vert nytta i nokre einingar. Bruk og analyse av desse er opp til kvar einskild eining. Datasettet er basert på publiserte anbefalingar frå breitt samansette internasjonale arbeidsgrupper.

4.1 Tilslutning og antall registreringar

Det var 67 medlemseiningar i NIR i 2025, fordelt på alle dei fire helseregionane og representerte i alle helseføretak. Av desse leverte 57 einingar data for rapporteringsåret, noko som gir ei tilslutning til registeret på 85 %. Dette representerer ein mindre nedgåande trend samanlikna med tidlegare år, der fleire einingar ikkje har fått levert data til registeret. Årsakene til dette er samansette. Somme avdelingar har levert data for fleire opphald, men ikkje ein komplett årskohort. Opphald frå desse einingane inngår i analysane, men tel ikkje som "Levert data" i kvalitetsindikatorane. Fullstendig liste over einingar som har levert data, sjå tabell 3.

Ved OUS pågår det fleire strukturelle endringar i Akuttklinikken, som har ansvar for dei fleste intensiveiningane i helseføretaket. Dette har ført til at Kirurgisk og medisinsk barneovervaking (KOMBO) ikkje rapporterte data for 2025. Ei kartlegging ved eininga viser samstundes at det ikkje lenger er grunnlag for rapportering til NIR, og frå 2026 vil eininga ikkje lenger vere rapporterende NIR-eining.

I Helse Møre og Romsdal er sjukehusa i Kristiansund og Molde slått saman, og rapporterer no samla under "Intensiv SNR" (Intensiv sjukehuset Nordmøre og Romsdal). Ved Helgelandssjukehuset vart akuttfunksjonen i Mosjøen lagt ned i oktober 2025, og eininga har frå dette tidspunktet ikkje lenger intensivverksemd. Ved Finnmarkssjukehuset Hammerfest har det òg vore utfordringar knytt til sjukehuset og intensivavdelinga, noko som har medført at eininga ikkje har kunna rapportere intensivopphald til registeret. I tillegg har fleire intensiveiningar ved St. Olavs som nyttar Helseplattformen, ikkje fått levert nødvendige datauttrekk, for andre året på rad.

Det har òg vore meir vanlege organisatoriske endringar ved enkelte einingar, til dømes utskifting av registrerar, som har ført til at etablerte rapporteringsrutinar mellomens har falle bort.

Samla inneber dette at rapporteringsåret 2025 for Norsk intensivregister er mindre komplett enn tidlegare år, sjølv om registeret samla sett oppnår målkrava for tilslutning.

Dersom ein legg til grunn at Norsk intensiv- og kriseregister har oversikt over alle potensielle intensiv- og overvakingseiningar i Noreg, utgjer dette totalt 69 einingar. Av desse er 67 medlemmar i registeret, noko som gir ein samla nasjonal tilslutningsgrad på 97,10 %. Ressursmodulen i NIKreg kartla ved starten av 2026 om det finst einingar som kan vere potensielle medlemseiningar i NIR. Kartlegginga viser at einingar som behandlar pasientar i kategori 2- og kategori 3-senger, er rapporterende einingar til Norsk intensivregister. Det finst einingar som består av kategori 1 senger, og desse oppfyller ikkje krav om NIR-registrering. Sjå også kapittel om registerbeskriving 3.

Einingar som ikkje har levert data (n=10) i 2025:

Namn på eining
Finnmarskssykehuset, Hammerfest - Intensiv
Helgelandssykehuset, Mosjøen - Intensiv
UNN Tromsø, - Oppvåkingsseksjonen
St. Olavs Hospital - Nevrointensiv
St. Olavs Hospital - Barn intensiv
Haukeland universitetssjukehus - Thoraxkir. intensiv og postoperativ
Haukeland universitetssjukehus - Brannskadeavdelinga
OUS, Radiumhospitalet - Postoperativ
OUS, Ullevål - Kirurgisk og medisinsk barneovervåking
Sykehuset Innlandet, Lillehammer - Intensiv

Tabell 8: Medlemseiningar som ikkje har levert data for rapporteringsåret

I 2025 er desse einingane tatt opp i NIR, og rapporterer frå og med 01.01.2026.

- Overvåkningen, Sykehuset Østfold HF, Kalnes
- Kardiologisk og intermediær overvåking, Stavanger universitetssjukehus HF

Registeret har identifisert desse einingane som potensielle medlemseiningar:

- Medisinsk intensiv, Veste Viken HF, Drammen sykehus
- Tung overvåking, Sjukehuset Nordmøre Hjelset

4.2 Dekningsgrad og responsrate

4.2.1 Metode for beregning av dekningsgrad

Innhaldet i NIR er opplysningar om intensivopphald ved norske intensiveiningar. Det er tre krav som må fyllast for at eit pasientopphald skal kvalifisere for inklusjon i NIR. For det første må det vere eit pasientopphald i ei intensiveining, det andre er at eininga er medlem i NIR, til slutt, opphaldet må oppfylle kriteria NIR har sett til eit intensivopphald.

For at ei eining skal kunne bli medlem i NIR gjeld følgjande krav:

1. Eininga skal ha eige definert areal for overvaking og behandling av pasientar med trugande eller manifest akutt svikt i ein eller fleire vitale organfunksjonar.
2. Eininga skal ha utstyr og monitorering for behandling av slike pasientar (mellom anna non-invasiv og/eller invasiv ventilasjonsstøtte).
3. Eininga skal ha tilsett sjukepleiarar med spesialutdanning (intensiv-, anestesi- eller barnesjukepleiarar).
4. Eininga skal dekkast medisinsk-faglig av legar med røynsle/kompetanse i intensivmedisin.
5. Eininga skal regelmessig (dagleg) behandle pasientar som fell inn under NIR sine definisjonar av kva pasientar som skal registrerast.

For at eit opphald i eininga skal vere eit intensivopphald må minst eitt av følgjande vere oppfylt:

1. Liggjetid lengre enn 24 timar av medisinsk grunn i intensiv-/overvakingsarealet
2. Pasienten har fått mekanisk respirasjonsstøtte over 6 timar
3. Pasienten døydde i løpet av dei første 24 timane i intensiv-/overvakingsarealet
4. Pasienten blei overflytta til anna intensivavdeling (på eige / anna sjukehus) i løpet av dei 24 første timane
5. Pasienten fekk vedvarande (minst 6 timar) infusjon av blodtrykksregulerande medikament på grunn av sirkulasjonssvikt

I praksis tyder ein analyse av dekningsgrad at ein ønskjer å finne svar på to spørsmål:

- I kva grad er intensivopphald som fyller kriteri i NIR, registrerte i NIR?
- I kva grad er intensivopphald som ikkje fyller kriteri, heller ikkje registrerte i NIR?

Problemstillinga er vist i Figur 48, der målet er at flest mogleg intensivopphald finst i dei grøne felta, og færrest mogleg i dei raude felta. Gullstandard er opplysningane om intensivopphaldet i pasientdokumentasjonen – det vil seie “rådata” i kurve/journal.

		Opphald som finst i NIR	
		NEI	JA
Opphald som fyller kriteri til NIR (Gullstandard)	JA	+ / -	+ / +
	NEI	- / -	- / +

Figur 48: Samanlikning av intensivopphald mellom NIR og Gullstandard

Med støtte frå Senter for Klinisk Dokumentasjon og Evaluering (SKDE) og Regionalt servicemiljø, Helse Vest, fagsenter medisinske kvalitetsregistre, har intensivdelen i NIKreg utvikla ein metode for å estimere dekningsgrad for intensivpasientar som varetek personvernet til pasientar som har vore innlagde i medlemseiningane. Mange medlemseiningar er kombinerte einingar, der nokre av pasientane fyller inklusjonskriteria til NIR, andre ikkje. For å gjere dekningsgradsanalyse må ein difor ha gjennomgang av alle opphald ved eininga, uavhengig av inklusjonskriteria, for å finne ut om dei riktige opphalda er registrerte i NIR. Av den grunn baserer metoden seg på at einingane sjølv gjennomfører dekningsgradsanalysen, med NIR til stade som ressurs, støtte og «revisor». Undersøkinga gjerast i samarbeid med lokalt helseføretak.

Til hjelp for einingane er det utvikla eit lokalt hjelpekjema for dei fem inklusjonskriteria i NIR som kan fyllast ut for alle pasientar som er innom eininga (Figur 49). Fleire av einingane har allereie eit tilsvarande skjema dei brukar i sin daglege registreringspraksis. Ved gjennomføring av dekningsgradsanalyse kjem representant frå NIR på besøk i eininga for å kontrollere pasientoppchalda mot kjelddata og etablere gullstandard. Gullstandard er opplysningane om intensivopphaldet i pasientdokumentasjonen – det vil seie «rådata» i elektronisk kurve og pasientjournal (EPJ). For å etablere gullstandard gjer lokal medarbeidar oppslag ut frå pasientloggen i avdelinga. Saman med «revisor» frå NIR vart kjelddata i kurve/journal vurdert mot inklusjonskriteria i NIR og «gullstandard» etablert. Dette blir registrert på eit eige skjema for dekningsgradsanalysen (Figur 50). Kontrollen blir utført slik at ein tar omsyn til personvernet (Figur 51). Deretter blir det på same skjema notert kva vurdering eininga sjølv har gjort. Pasientoppchalda frå undersøkningsperioden blir dermed sjekka av to uavhengige registratorar for dei same variablane (kriteria for registrering i NIR). Til slutt gjer ein oppslag i NIR, og fører på kontrollskjemaet om opphalda var registrerte i NIR. Alle opplysningane blir til slutt plotta i ei fil, som dannar grunnlaget for analyse av dekningsgrad.

For intensivdelen av registeret er det utført dekningsgradsanalyse på to måtar:

1. Dekningsgradsprosjekt med støtte frå SKDE i 17 medlemseiningar med studieperiode 4. til 18. februar 2019
2. Løpande dekningsgradsanalyse basert på tilfeldige opphald i pasientloggen utført ved besøk i einingane. NIKreg gjennomfører som regel fire sjukehusbesøk kvart år. Slik blir den løpande dekningsgradsanalysen heile tida utvida med nye data frå fleire einingar.

Ev Pasient-ID (NIR skal ikke ha tilgang til denne)		INKLUSJONSKRITERIUM FOR REGISTRERING I NORSK INTENSIVREGISTER		Registrerende intensivavdeling:
Løppnr. (kronologisk):				Kryss av denne kolonna på intensiv- /overvåkingsavdelinga <small>(svær på alle fem spørsmåla)</small>
Innløst på intensiv	Utskreven frå intensiv			
Dato ____ / ____ - ____ Kl: ____: ____	Dato ____ / ____ - ____ Kl: ____: ____			Alle innlagde pasientar skal registrerast.
1 Har pasienten lege lenger enn 24 timar i intensiv-/overvåkingsarealet?*		Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>		
2 Har pasienten fått mekanisk respirasjonsstøtte?**) (tett system, overtrykk)		Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>		
3 Døydde pasienten i løpet av dei første 24 timane av intensivopphaldet?		Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>		
4 Blei pasienten overflytta til anna intensivavdeling (på eige/anna sjukehus)?		Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>		
5 Fekk pasienten vedvarande (≥ 6 timar) infusjon av blodtrykkregulerande medikament pga sirkulasjonssvikt****		Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>		
<small>*) Observasjonspasientar som ligg over 24 timar, og som ikke mottar intensivbehandling eller treng intensivovervaking, skal ikke registrerast i NIR. (Hos desse er svaret sløvsagt «nei» på punkt 2-5.) Dette vil typisk gjelde medisinske observasjonspasientar som på kort varsel kan overflytast vanleg sengepost, eller stabile og ukompliserte postoperative pasientar som blir liggjande > 24 t utan at det er medisinsk grunn til det. **) Inkluderer maskewentilasjon, overtrykkventilasjon, CPAP, ikke CPflow. ***) Vasomotorisk medikasjon som ledd i forevnta postopr. forlop, skal ikke registrerast. Aktuelle medikament kan vere Noradrenalin, Adrenalin, Dobutamin, Dopamin, Nimotop, Glyserinfiltrat, Nitroglyserid... ****) Vasomotorisk medikasjon som ledd i forevnta postopr. forlop, skal ikke registrerast. Aktuelle medikament kan vere Noradrenalin, Adrenalin, Dobutamin, Dopamin, Nimotop, Glyserinfiltrat, Nitroglyserid...</small>				
For lokal NIR-medarbeidar:				
Pasientinnlegging sjekka mot avdelinga sin pasient-logg		Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>		
Oppretta kladd i MRS		Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>		



Figur 49: Lokalt registreringskjema

Registrerende intensivavdeling:				
Løpenr. (Kronologisk):				
1	Har pasienten lege lenger enn 24 timer i intensiv- /overvåkingsarealet?*	Kontroll mot kurve/journal kontrolldato: (__ / __ - ____)	Fyll ut lokalt skjema?	Registrert i NIR?
			Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/> Kladd <input type="checkbox"/> Ferdigstilt <input type="checkbox"/>
2	Har pasienten fått mekanisk respirasjonstøtte? ** (tett system, overtrykk)	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Opplysninger fra lokalt skjema for dette opphaldet	Opplysninger i NIR for dette opphaldet
3	Døydde pasienten i løpet av dei første 24 timane av int. opphaldet?	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
4	Blei pasienten overflytta til anna intensivavdeling (på eige/anna sjukehus)?	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
5	Fekk pasienten vedvarande (≥ 6 timar) infusjon av blodtrykksregulerande medikament pga sirkulasjonssvikt ***	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>



Figur 50: Registreringsskjema ved kontroll

Norsk intensivregister – Dekningsgradprosjekt
Prosedyre for kontroll av inklusjon

1. Lokal eining har oversikt over pasientar som har reservert seg. Desse vert tatt ut av prosjektet av lokal eining, og vil ikkje bli kontrollerte.
2. Representant for NIR opptrer som ekstern fagrevisor, og skal ikkje ha tilgang til journalopplysningar. Det er berre lokalt tilsette som skal ha tilgang til journal.
3. Lokale tilsette slår opp kvar pasient og sjekkar inklusjonskriteria. Rekkefølga gjer at talet på oppslag reduserast. Om noko er uklart, vert ekstern revisor spurt til råds. Lokalt tilsette kan då vise anonymisert utsnitt frå kurve/journal til revisor slik at revisor kan avgjere om kriteria er fylde eller ikkje. Inklusjonskriteria er:
 - a. Har pasienten lege lenger enn 24 timar i intensiv-/overvakingsarealet?*
 - b. Har pasienten fått mekanisk respirasjonsstøtte?*** (tett system, overtrykk)
 - c. Døydde pasienten i løpet av dei første 24 timane av intensivopphaldet?
 - d. Blei pasienten overflytta til anna intensivavdeling (på eige/anna sjukehus)?
 - e. Fekk pasienten vedvarande (≥ 6 timar) infusjon av blodtrykksregulerande medikament pga. sirkulasjonssvikt***
4. Dersom ein finn at ein pasient fyller eitt kriterium, går ein vidare til neste pasient utan å leite opp svar på kvart einskild kriterium fordi ein då har fått tilstrekkeleg avklaring.
5. Etter å ha funne svar på om pasienten fyller kriteria ut frå journal, sjekkar lokalt tilsett om ein lokalt har vurdert at pasienten fyller kriteria eller ikkje.
6. Etter å ha sjekka lokal vurdering, sjekkar lokalt tilsett om opphaldet er registrert i NIR eller ikkje ved bruk av eigen NIR-tilgang.

Figur 51: Prosedyre for kontroll av inklusjon

4.2.2 Siste beregnede dekningsgrad

NIKreg jobbar kontinuerlig med dokumentasjon av dekningsgrad på avdelingsbesøk fleire gongar i året. Kva intensiveiningar som skal besøkast er stratifisert etter helseregion og tid sidan førre besøk. I perioden 2021-2025 er det gjennomført 13 avdelingsbesøk, og det er gjort dekningsgradsanalyse på intensiv ved alle besøka. Dette manuelle arbeidet er tidkrevjande, og talgrunnlaget frå ulike einingar blir lagt til databasen for dekningsgradsanalyse etter kvart. I snitt vert det undersøkt 21 intensivopphald ved kvart avdelingsbesøk. Totalt er det undersøkt 311 intensivopphald sidan september 2021. Dekningsgraden på einingsnivå ved besøka varierte frå 85,7 % til 100%. Samla dekningsgrad er på 91,64 %, sjå figur (52).

I dekningsgradsanalysene på intensiv ser vi at det i hovudsak er underrapportering som er utfordringa (pasientar som fyller inklusjonskriteria vert ikkje rapportert), medan feilrapportering (pasient som ikkje fyller kriteria er likevel rapportert) er sjeldan.

I figur 53 finst ei oversikt over dekningsgrad per eining, utført ved sjukehusbesøk i 2025.

Alle sykehus		
Kriterium for registrering fylt	Registrert i NIR	
	Ja	Nei
Ja	104 (33,44 %)	13 (4,18 %)
Nei	13 (4,18 %)	181 (58,20%)

Figur 52: Samla dekningsgrad ved avdelingsbesøk, 2021–2025.

Nam på eining	Antal opphald kontrollert	Korrekt inkludert	Korrekt ekskludert	Feilaktig inkludert	Feilaktig ekskludert	Dekningsgrad
Intensiv 2M, Stavanger universitetssjukehus	25	17	5	0	3	88 %
Postoperativ 1G, Stavanger universitetssjukehus	23	5	18	0	0	100 %
Intensiv Skien, Sykehuset Telemark	25	9	15	0	1	96 %
Intensiv Drammen, Drammen sykehus	25	3	20	0	2	92 %

Figur 53: Dekningsgrad ved sjukehusbesøk i 2025, per eining

4.2.3 Responsrate for pasientrapporterte data

Svarprosent for PROM-utsendingar frå intensivregisteret sidan oppstart med utsendingar i 2021 har lege mellom 45 og 51 %, oversikt vist i figur 54.

Årstal	Helsenorge.no		Digital postboks		Totalt		Svarprosent
	Skjema sendt	Svar	Skjema sendt	Svar	Skjema sendt	Svar	
2021	5837	3063	236	69	6074	3132	51 %
2022	6976	3217	134	31	7110	3248	45 %
2023	8480	3845	133	34	8613	3879	45 %
2024	9483	4545	72	11	9555	4556	48 %
2025	9722	4867	78	3	9800	4870	50 %

Figur 54: PROM svarprosent for innlagde på intensiv

4.3 Vurdering av datakvalitet

Registeret validerer datasettet fortløpande i samarbeid med sjukehusa. Registeret har som mål å gjennomføre fire sjukehusbesøk kvart år, i utgangspunktet eitt besøk i kvar helseregion. Sjukehus som ikkje er besøkt tidlegare, eller der det er lenge sidan førre besøk vert prioriterte.

Tilslutninga til NIR var 85 % i rapporteringsåret og dekningsgraden 93 %. Tilslutning har variert mellom 83 % og 91 % dei siste fem åra medan dekningsgraden har vore mellom 88 % og 93 % (Tabell 9).

Samla sett er NIR målt til 86 % korrektheit og ein reliabilitet på 91%. Det er variasjon mellom ulike variablar i registeret. Det er avdekt lågare korrektheit og reliabilitet for skåringsystem som er avhengige av fleire underlagsvariablar. Knappt 20% av intensivopphalda er ferdig registrert éi veke etter utskrivning, medan nær 80% er ferdig registrert innan tre månader (Figur 58). Nesten alle kjernevariablar i NIR er komplette.

Samla sett tyder dette på at NIR er representativt for norsk intensivmedisin, men at ein bør vere varsam ved bruk av samleskårar. Aktualiteten i registeret kan fortsatt bli betre.

Komplettheit

Alle kvalitetsindikatorane i NIR er komplette. Dette vert sikra ved at kvar eining årleg svarer på eit obligatorisk digitalt skjema ved årsskiftet, der struktur- og prosessindikatorane er eit eige punkt. Desse indikatorane vert rapporterte på einingsnivå. Kvalitetsindikatorane og måloppnåing er beskreve i 2.1.

For resultatindikatorane *reinnlegging* og *invasiv respirortid under 2,5 døger*, vert reinnlegging automatisk generert når eit nytt opphald vert oppretta i MRS (Medisinsk rapporteringssystem). Registrering av respirortid er obligatorisk for pasientar som oppfyller inklusjonskriteriet for mekanisk ventilasjonsstøtte. Begge resultatindikatorane vert rapporterte på individnivå.

Registeret inneheld 32 kjernevariablar i hovudskjemaet (intensivopphald), der 91 % (n=30) er obligatoriske variablar (Kapittel 10.1). Ferdigstilling av intensivopphald i MRS er ikkje mogleg utan at godkjende verdiar for obligatoriske variablar er registrerte. Dette bidreg til at registerdelen er tilnærma komplett. Dei to variablane som er frivillige kjernevariablar er: *utvida hemodynamisk monitorering* og *operert pasient*. Desse vert rapporterte i stor grad.

SAPS II - skår (Simplified Acute Physiology Score), er ein obligatorisk variabel, som består av 17 input-variablar, der tre er frivillige, medan dei resterande 14 er obligatoriske. Dei tre frivillige variablane er blodprøvesvar som ikkje er obligatoriske i skåren, og som ikkje alle einingar har rutine for å analysere. Skåren kan likevel bereknast basert på tilgjengelege data, og vert dermed rekna ut for alle opphald.

Dersom pasienten døyr under intensivopphaldet, vert det generert inntil sju nye variablar, som alle er obligatoriske.

År	Tilslutning	Dekningsgrad
2021	83,3 %	88,9 %
2022	87,5 %	92 %
2023	91 %	93,8 %
2024	89 %	-
2025	85,0 %	93,8 %

Tabell 9: Tilslutning og dekningsgrad i NIR siste fem år

Korrektheit

Dei siste fem åra er følgjande sjukehus besøkte: 2021: Hammerfest og Ringerike. 2022: Levanger, Kalnes og Oslo universitetssjukehus. 2023: Kristiansand, Harstad, Volda og Haraldsplass. I 2024 vart det ikkje gjennomført besøk grunna etableringa av NIKreg. I 2025 vart Stavanger, Drammen og Skien besøkte.

Ved kvar eining blir mellom 10 og 30 opphald undersøkt, avhengig av tal variablar og kor tidkrevjande det er å finne opplysningar i lokal dokumentasjon, som EPJ og elektronisk kurve som er nytta ved eininga. Validering skjer ved at sjukehusstilsette registrer utvalde variablar for tidlegare registrerte tilfeldige opphald på nytt i ein valideringsmodul medan registertilsette er tilgjengelege for å sørge for korrekt registrering. Valideringsmodulen vert så samanlikna med registeret, for dei same variablane og det same opphaldet. På førehand blir det definert kva variablar som skal undersøkast. Variablar som er sentrale i registeret og variablar der vi har grunn til å tru det kan være variasjon blir prioriterte. Etter kvart som datasettet byggjer på seg og ein får kunnskap om datakvaliteten for ulike variablar vil nye variablar bli undersøkt.

Det er hovudsakleg validert variablar frå hovudskjemaet «Intensivopphald» i NIR. Samla resultat er vist i ei todelt figur 55 56. Framstillinga er omfattande, og det vert difor lagt vekt på variablar som skil seg særleg ut. Samla sett syner valideringanalysen korrektheit på 86 %.

Som tidlegare rapportert er der ein diskrepans mellom valideringa og dei originale opphalda som er plotta i MRS for ICD10-kodar. Korrektheten her er på rett over 40 % somme stader. Som registeret har skildra før er det ulik praksis i einingane kvar registrarane finn dokumentasjon, anten det er i epikrise frå hovudbehandlar under sjukehusopphaldet, som til dømes ein kirurg, eller det er intensivlegen sitt ut-notat. I tillegg er det varierende kven av dei fem ICD-kodane som vert rekna som nummer ein, og vidare frå to til fem. Registeret oppfordrar til at einingar som ikkje har ein tydeleg plass der ICD10-kodane vert dokumentert, samlar desse i rutinenotat ved utskriving, som også er ein del av kvalitetsindikatorane.

Variabelen ”hovvårsak til intensivopphaldet” (PrimaryReasonAdmitted) har ein korrektheit på 77 %. Dette kan skuldast at registrarar sit på nye opplysningar under valideringa, og dermed vert tryggare i utfylling av denne variabelen. I andre tilfelle er variabelen ikkje fylt ut opphavleg, og blir dermed ikkje rekna som korrekt når den blir fylt ut under valideringa. NIR oppmodar einingane til òg å registrere variabelen nærare beskriving av årsaka til intensivopphaldet”. Dette vil gi eit betre grunnlag for å beskrive intensivpasientane.

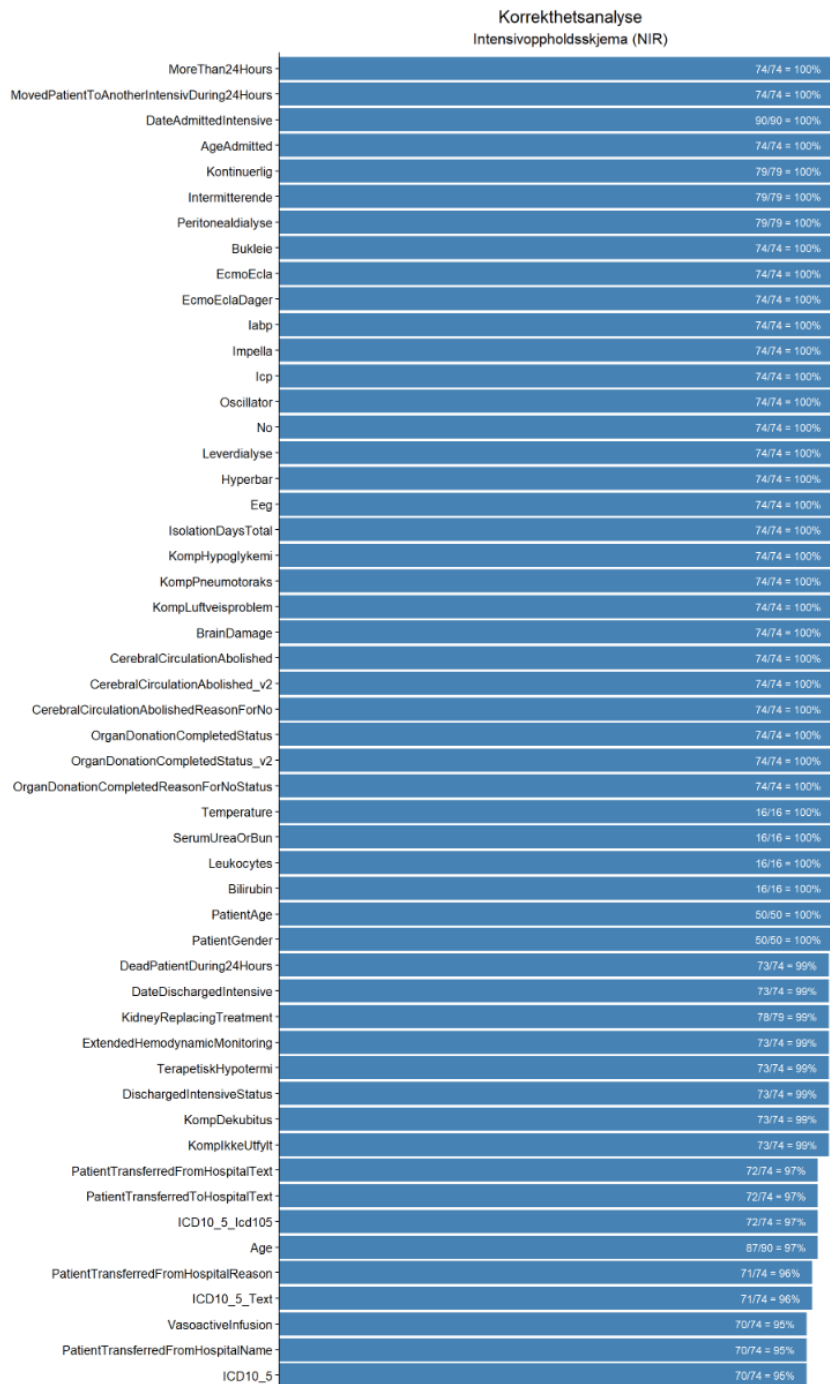
Skåringsverktøyet SAPS II er basert på fleire underlagsvariablar som krev omfattande registrering og klinisk tolking, og er difor særleg utsett for feilregistrering. Dette bidreg til lågare korrektheit. NIR har over fleire år retta særleg merksemd mot desse variablane. Valideringsanalysen stadfestar tidlegare funn: kliniske variablar som blodtrykk og puls vert framleis registrerte med låg korrektheit, medan laboratoriebaserte underlagsvariablar i større grad vert korrekt førte. Dei kategoriske kliniske variablane for pasientkategori (elektiv kirurgi, akutt kirurgi og medisinsk) har framleis eit forbettringspotensial, med om lag 60 % korrekt registrering. For å styrkje datakvaliteten vart det i 2022 innført ein ny kategorisk variabel (ja/nei), «Operert pasient», som tydeleg identifiserer om pasienten har gjennomgått kirurgi under intensivopphaldet.

Samla sett viser valideringsanalysen at korrektheita varierer betydeleg mellom variabeltypene. Enkle, strukturerte variablar har gjennomgåande høg korrektheit, medan variablar som krev klinisk tolking, koding eller bruk av samansette skåringsverktøy har lågare korrektheit. Særleg skåringsverktøy som SAPS II, som er baserte på fleire underlagsvariablar, har låg korrektheit og representerer ei viktig kjelde til målefeil i datasettet.

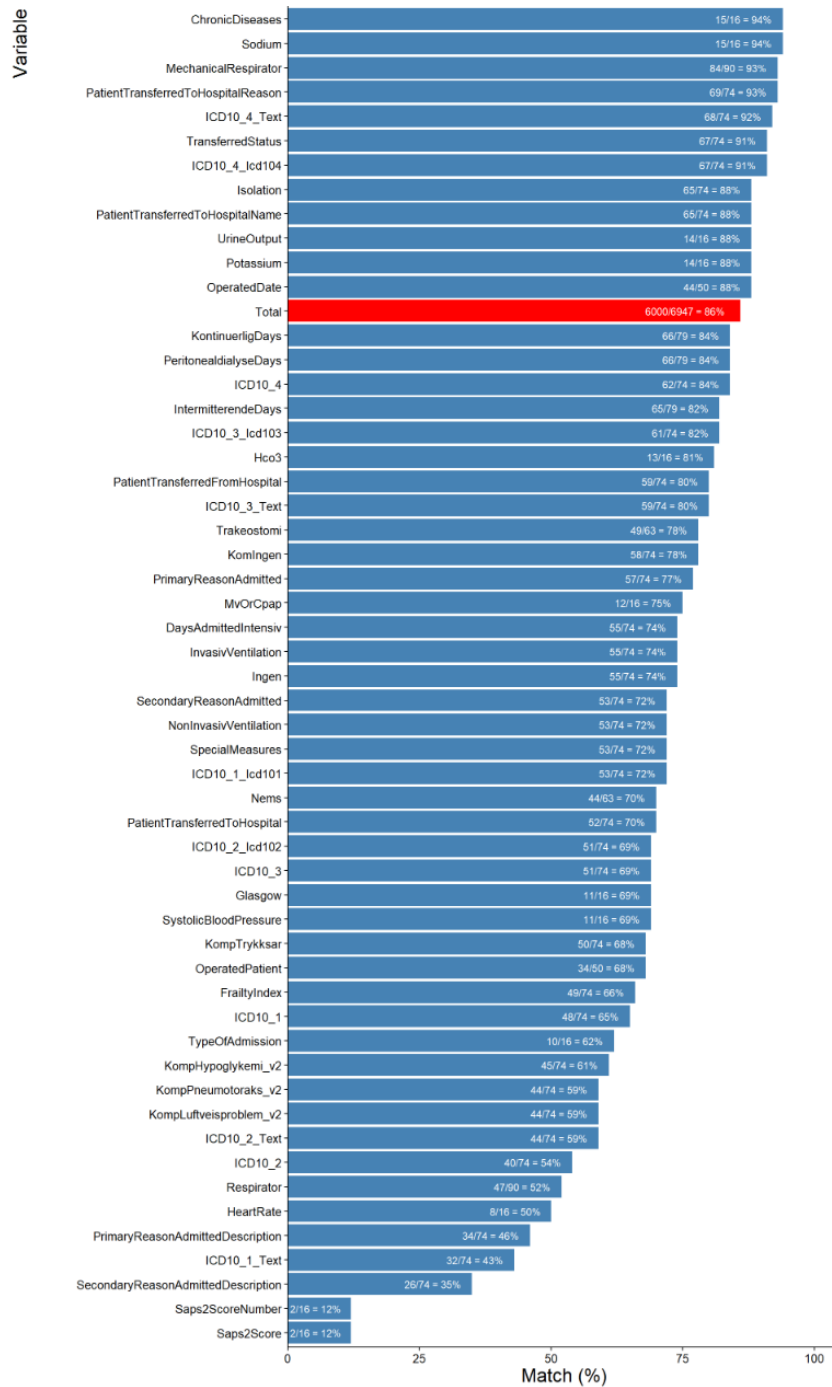
Det er i 2023 gjort ei analyse av SAPS II score i NIR. Resultatet er skrive saman som artikkel i Norsk Epidemiologi ¹⁰. Ein fann at SAPS II skåre hadde medianverdi 5,2 poeng høgare i registeret enn det ein fann ved å skåre SAPS II på nytt frå pasientjournal. Avviket var signifikant avhengig av intensiveining. SAPS II skår dannar grunnlag for kvalitetsindikatoren SMR. Sidan korrektheiten av SAPS II skår varierer mellom intensiveiningar vurderer NIR at ein ikkje kan leggje vekt på kvalitetsindikatoren SMR før SAPS II er betre validert. Samtidig er det lite dokumentasjon på korrektheiten av andre skåringssystem til registerbruk. Fagrådet vel difor å halde på SAPS II inntil meir kunnskap om alternativ ligg føre.

For nyreerstattande behandling gir Wilcox signed-rank test P-verdi over 0,5 basert på 59 tilfeldige intensivopphald frå 9 ulike einingar i 2018. For trakeostomi gir Wilcox signed-rank test P-verdi over 1,0 basert på 48 tilfeldige intensivopphald frå 9 ulike einingar i 2018. Resultata indikerar at det er godt samsvar mellom NIR og journalopplysningar for desse variablane.

¹⁰Buanes, E. A. ., Bruserud, Øyvind ., Huroz, S. C. ., Barratt-Due, A. ., Flaatten, H., & Kvåle, R. . (2023). External validation of SAPS II score reported to the Norwegian Intensive Care and Pandemic Registry (NIPaR). Norsk Epidemiologi, 31(1-2). <https://doi.org/10.5324/nje.v31i1-2.5618>



Figur 55: Samla valideringsanalyse for hovudskjema NIR, del 1 (2021–2025)



Figur 56: Samla valideringsanalyse for hovudskjema NIR, del 2 (2021-2025)

Reliabilitet

Ved undersøking av reliabilitet samlar registeret fleire registrarar og får dei til å registrere variablar uavhengig av kvarandre basert på ulike kasuistikkar. Tal deltakarar kjem an på kor mange som er til stades ved registerbesøk eller på registreringsseminar. Registeret undersøkte i 2018 og 2019 reliabilitet for ei gruppe variablar. Undersøkinga var gjennomført ved at to ulike kasuistikkar blei plukka ut og anonymisert. Basert på kasuistikkane blei registrarar bedt om å registrere 19 variablar uavhengig av kvarandre. Undersøkinga blei utført i samband med besøk ved ulike sjukehus, der personell frå intensiveiningar i området blei samla. Blant 38 registreringar av dei 19 ulike variablane frå to kasuistikkar var mellom 71% og 100% av registreringane korrekte (Figur). For samlevariabelen NEMS-skår, som blir rekna ut på bakgrunn av fleire andre enkeltvariablar, er reliabiliteten lågare. Dei variablane med høgast del korrekte registreringar var basert på blodprøvesvar, medan dei variablane med lågast del korrekte registreringar var basert på monitoreringsverdiar i pasientkurva (temperatur, hjartefrekvens, blodtrykk etc). Basert på gjennomgang av kasuistikkane i lag med registrarane verka det som om feil i registreringa kunne kome av at registrarane ikkje var fullt klar over kva kurveverdiar som representerte kva poengkategoriar i variablane. Det er gitt informasjon og opplæring for å betre dette. Ei ny vurdering av reliabilitet med nye kasuistikkar blei gjennomført på registerseminaret våren 2022. Igjen var reliabiliteten høg for enkeltvariablar, men ser vi på samlevariabelen SAPS II skår er reliabiliteten låg (figur 57). SAPS II skår blir rekna ut på bakgrunn av 15 enkeltvariablar, og det er difor ikkje overraskande at høg reliabilitet er krevjande.

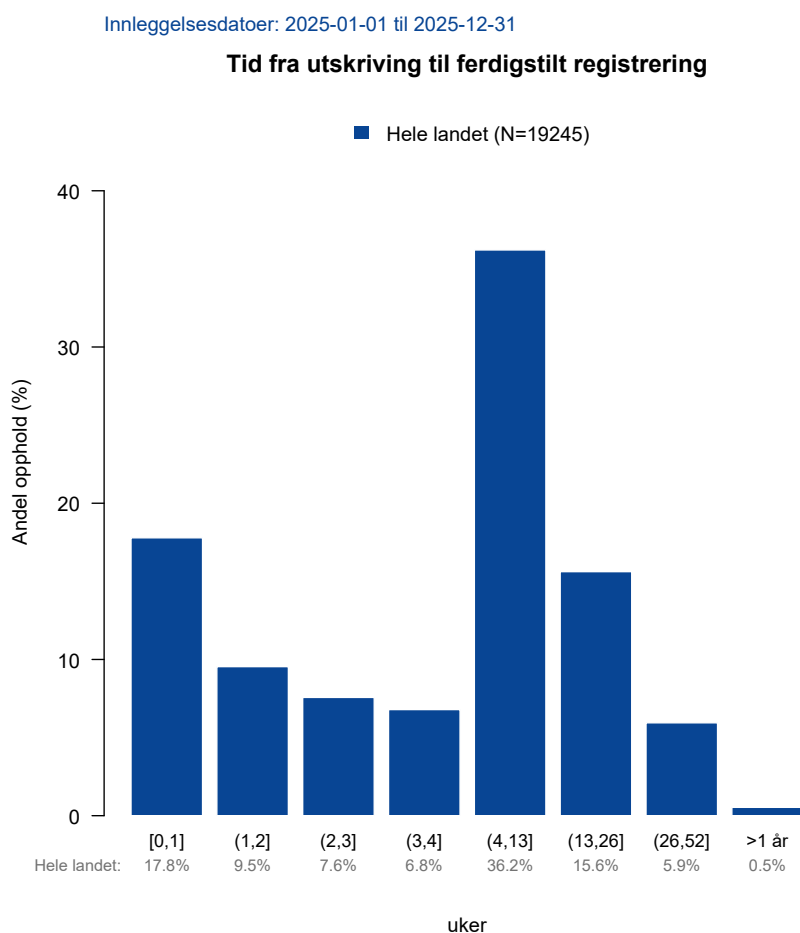
Variabel	Tal korrekt	Del korrekt
Kroniske sykdommer	11/12	92 %
GCS	12/13	92 %
Alder	13/13	100 %
Systolisk blodtrykk	11/13	85 %
Pulsfrekvens	11/13	85 %
Temperatur	13/13	100 %
PaO2/FiO2- ratio	7/8	88 %
Urinproduksjon	12/12	100 %
Karbamid	13/13	100 %
Leukocytter	13/13	100 %
Kalium	10/12	83 %
Natrium	12/13	92 %
Bikarbonat	12/12	100 %
Bilirubin	13/13	100 %
Type opphald	8/8	100 %
SAPS2-skår	7/13	54 %

Figur 57: Reliabilitet SAPS II ved undersøking i 2022

Aktualitet

Datasettet i NIR er slik at ein kan starte registrering når pasienten blir innlagt på intensiv og ferdigstille opphald i registreringsløysinga idet ein pasient vert utskreven frå intensiv. Dette, saman med tilgang på oppdaterte rapportfunksjonar, gjer at NIR-medlemmene no har større interesse av at data er à jour. Det opnar for at NIR på ein heilt annan måte kan bli eit dynamisk verktøy for medlemmene. I 2020 fekk registeret tilgang på metadata slik at ein kan måle aktualitet.

Under pandemien covid-19 såg ein at det lot seg gjere med svært rask og nærast døgnkontinuerleg oppdatert registrering over ein kortare periode. For ordinær registrering på intensiv ser ein at aktualiteten er langt lågare (figur 58 og 59). Dette heng saman med at registeret frå gamalt av leverte samledata på årsbasis, og registreringspraksis er fortsatt prega av dette.

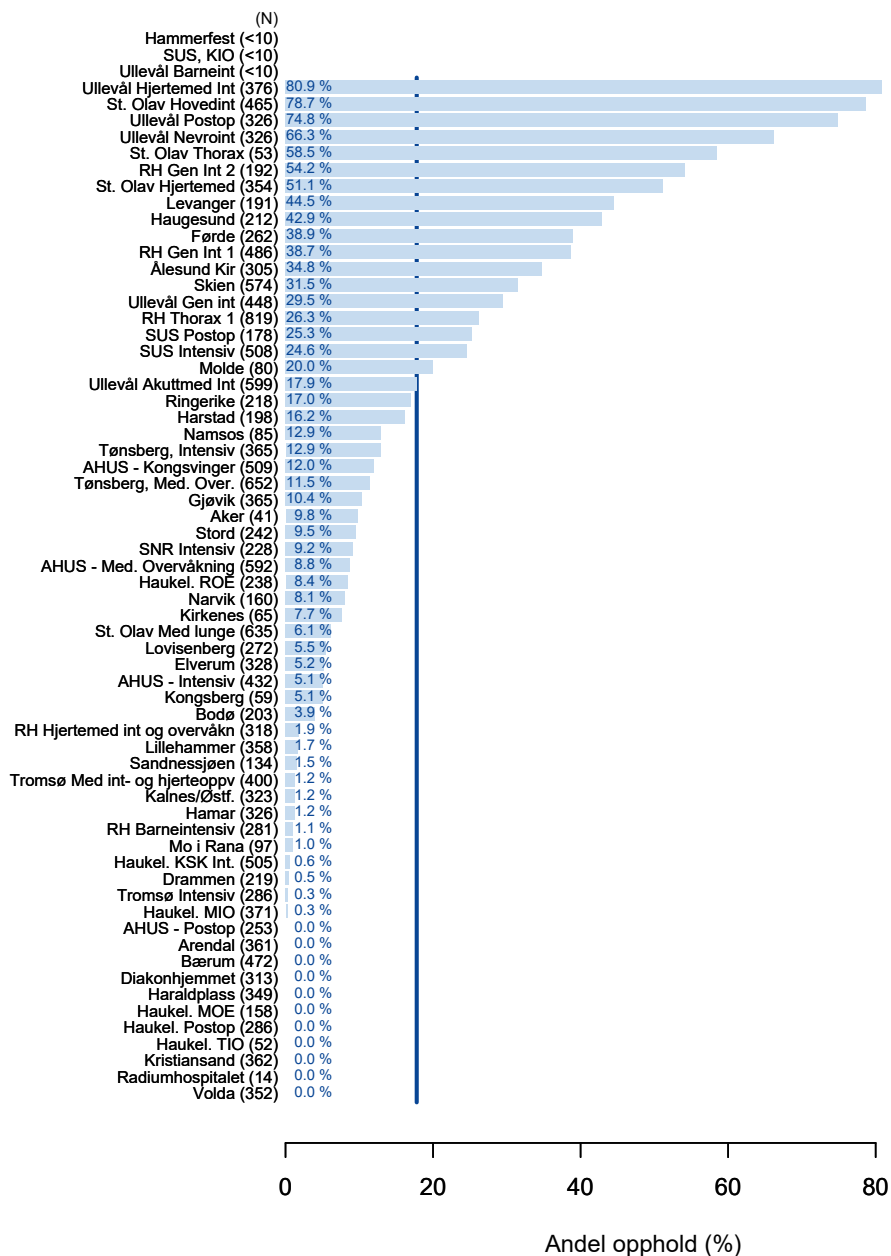


Figur 58: Fordeling av registreringsforseinking hjå alle intensivpasientar

Innleggelsesdatoer: 2025-01-01 til 2025-12-31

Ferdigstilt registrering innen 1 uke etter utskriving

— alle enheter: 17.8%, N=19245



Figur 59: Registreringsforseinking fordelt på eining

5 Pasientretta kvalitetsforbetring

5.1 Identifiserte forbetningsområder - Norsk intensivregister

Under er det lista opp forbetningsområde registeret har identifisert for vidare kvalitetsforbetring, med utgangspunkt i kvalitetsindikatorane, PREM-skjema og variablar i intensivregisteret. Ikkje alle forbetningsområda er direkte pasientretta, men registeret vurderer dei som viktige bidrag til pasientretta kvalitetsarbeid.

Indikatorane primærvakt, tverrfagleg gjennomgang og rutinenotat er inkluderte i tabellen sjølv om fleire einingar har høg måloppnåing. Grunnen er at indikatorane er grunnleggjande viktige for pasientbehandlninga, og dermed pasientretta, sjølv om dei ikkje måler forhold hjå den enkelte pasient. Fagrådet meiner at desse indikatorane bør vere obligatoriske for alle intensiveiningar – ein slags «nullvisjon» – og dei er difor tekne med i oversikta.

For meir utfyllande informasjon om indikatorane, sjå kapittel 2 2.1.

- **Ny innlegging innan 72 timar, <4%:**

Indikator med forventna variasjon. I 2025 syner nasjonalt resultat at 1 av 67 intensiveiningar har høgare del, eller er på målenivået for reinnleggingar. Dette er ein mindre nedgang frå førre år, men også basert på litt færre registrerte opphald.

- **Intensivmedisinsk legekompentanse 24/7/365:**

Indikator med naturleg variasjon ut frå kategori intensiveinging. 5 av 67 medlemseiningar fyller ikkje kvalitetsmålet. Dette er ei færre eining enn i 2024, men strukturen på einingane er endra, sjå 4.1.

- **Dagleg, tverrfagleg gjennomgang:**

Indikator med naturleg variasjon, utfrå kategori intensiveining. 8 av 67 medlemseiningar fyller ikkje kvalitetsmålet. Dette er ein liten nedgang, og registeret vil følgje med vidare.

- **Utskrivingsnotat som fast rutine:**

Indikator med naturleg variasjon, ut frå kategori medlemseining. 56 av 67 medlemseiningar fyller ikkje kvalitetsmålet. Dette er ein tydeleg nedgang som heng saman med fleire postoperative medlemseiningar. Pasientar som kvalifiserer til registrering i NIR er likevel alvorleg sjuke, og vi ser det som viktig at også postoperative pasientar registrert i NIR rutinemessig bør ha utskrivingsnotat for å sikre at viktig informasjon om pasienten blir formidla til dei ansvarlege på sengepost.

- **PREM: Pårørandetilfredsheitsundersøking – FS-ICU 24R:**

I årsrapport for 2023 fann ein forbetringspotensial når det gjeld kommunikasjon. Herunder gje forståelige forklaringar til pårørande. I 2023 og 2024 hadde registeret eit økt fokus på gjennomføring av PREM-undersøking, herunder bruk av FS-ICU instrumentet. Dette instrumentet er internasjonalt validert og sjukdomsspesifikt for intensivpasientar sine nærstående. Registeret har gjennomført nettundervisning og på Nasjonalt registerseminar, med PREM-undersøking som tema.

Registeret har også oppdatert siste versjon av instrumentet (FS-ICU 24R) i rapporteringsløysinga MRS (førre versjon har vore i registeret sidan 2015). Etter forespørsel frå medlemseiningane og forskingsmiljø i Norge. I 2024 har 7 einingar gjennomført pårørandetilfredsheitsundersøking. Dette tykkjer registeret er flott, og syner at undervisning og oppfordingar vert teke imot. Førre årsrapport blei det rapportet om tekniske utfordringar i som fylgje av at Rapporteket vart flytta frå Helse Nord til Norsk helsenett. No er dette retta opp i, og einingane kan no sjølve få resultatane sine presentert i Rapporteket 5.2.

● **Komplikasjonar - trykksår:**

Trykksår er den dominerande komplikasjonen, og viser høg førekomst ved fleire einingar. Dette er forventa for denne pasientpopulasjonen, men likvel viktig å halde fokus på å redusere. Det har ikkje vore tradisjon for å registrere dette systematisk tidlegare, men NIR meiner at registrering bidrar til auka fokus. Vi oppmoder difor einingane til eit auka fokus på registrering av trykksår. Då kan vi etter kvart få gode nok data til å kunne følgje utviklinga over tid.

Registeret arbeidar kontinuerleg for å betre måloppnåinga for både kvalitetsindikatorar og andre forbetningsområde gjennom kontakt med einingane både i grupper og individuelt. I tillegg arbeider vi målretta for å stimulere til lokale kvalitetsforbetningsprosjekt. Forbetringstiltak seinare år er referert i tabellane under. Nokre tiltak tilbake i tid er aidentifiserte, sidan sjukehusa den gong ikkje var klar over at dette kunne bli referert offentleg.

5.2 Igangsatte/utførte forbetringstiltak

Her presenterast pasientretta forbetningsprosjekt, basert på kvalitetsindikatorar, og data registrert i NIKreg, for perioden 2023–2025.

Forbetningsområde	Periode	Kva blei gjort av kven?	Resultat oppnådd?
<p>PREM-undersøking: Pårørandetilfredsheit ved bruk av FS-ICU 24R-instrumentet</p>	<p>2024- 2025</p>	<p>Intensivavdelinga, Nordbyhagen, Akershus universitetssjukehus HF: gjennomførte ei PREM-undersøking som årets prosjekt i Læringsnettverket ved Ahus.</p> <p>Føremålet var å identifisere forbetningsområde i helsetenesta som blir tilbydd ved intensivavdelinga. Datainnsamlinga vart gjennomført ved bruk av FS-ICU 24R. Det vart først gjennomført ei nullpunktsundersøking blant hovudpårørande etter fastsette kriterium. I tillegg vart det gjennomført ei kartlegging blant tilsette ved intensivavdelinga for å identifisere moglege forbetningsområde. Deltakinga i kartlegginga blant tilsette var 74 % (n = 120).</p> <p>FS-ICU-24R instrumentet er eit frivillig skjema, men også ein del av datasettet i NIR.</p>	<p>Deltaking blant pårørande var 52 % (n = 87). Innkomne svar låg til grunn for følgjande forbetringstiltak:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oppussing av pårøranderom og innkjøp av nye møblar - Revisjon av pårørandebrosjyre - Plassering av digital informasjonsskjerm i pårøranderommet - Etablering av eigen pårørandeansvarleg på alle vakter (24/7) med ansvar for mottak av pårørande, utdeling av informasjonsbrosjyre ved første besøk og formidling av nødvendig informasjon <p>Etter tiltaka vart det gjennomført to nye runder med same spørjeskjema for å sikre tilstrekkeleg svarprosent og representativ deltaking. Resultata viser ingen signifikante skilnader mellom 0-punktsmålinga og oppfølginga, men ein tendens mot betre kommunikasjon, informasjon og ivaretaking av pårørande. Dette kan sjåast i samanheng med auka merksemd på pårørande og etablering av pårørandeansvarleg 24/7. Skåren for pårøranderommet var uendra.</p>

Forbetringsområde	Periode	Kva blei gjort av kven?	Resultat oppnådd?
<p>Kvalitetsindikator, reinnlegging < 72 timar etter overføring frå intensiv</p> <p>Kvalitetsindikator for reinnlegging ved intensivavdelinga var i 2020 på 8,9 % og 4,5 % i 2021. Forbetringsarbeidet hadde mål om å redusere reinnleggingar ved intensivavdelinga, ved auka bruk av Mobilt intensiv team (MIT) ved forverring av pasienttilstanden. Ein skulle samstundes auke teamet sin kompetanse på bruk av NEWS: National Early Warning Score, samt korrekt og tidsriktig NEWS-respons, med MIT som etablert responsteam ved akutt klinisk forverring.</p>	2020-2025	<p>Medisinsk intensiv postoperativ (MIPO), Haraldsplass diakonale sjukehus. For å redusere reinnleggingar til intensiv , iverksette ein desse tiltaka:</p> <ul style="list-style-type: none"> - revisjon og oppdatering av gjeldande MIT-prosedyre - målretta undervisning til relevante faggrupper i sjukehuset - utvikling av informasjons- og profileringsmateriell om MIT - gjennomføring av kick-off-dag med stands, quiz og open intensivavdeling, digitale oppslag, konkurransar og premiering knytt til MIT-quiz - produksjon og intern lansering av informasjons- og casebaserte filmar om MIT <p>Tiltaka hadde som føremål å auke merksemda rundt MIT, styrkje klinisk kompetanse og senke terskelen for å ta teamet i bruk.</p>	<p>Data frå NIKreg syner ein tydeleg og vedvarande reduksjon i reinnleggingar ved intensivavdelinga, frå 8,9% i 2020 til 4,5% i 2021, vidare til 2,7% i 2023 og 2,5% i 2024. MIT-statistikk syner samstundes ein auke i tal på uttrykkingar, frå 137 i 2023 til 176 i 2024 og vidare til 183 i 2025. Parallelt har andel pasientar som vart overførte til intensivavdeling etter MIT-uttrykking gått ned, frå 44% i 2023 til 38% i både 2024 og 2025. NEWS-rapportering indikerer auka etterleving av strukturerte responsrutinar. Registrerte NEWS-responsar auka frå 11,3% i januar 2023 til 23,5% i januar 2024. I desember 2025 var nivået 19,8%.</p> <p>Samla peikar resultata i retning av betre tidleg identifisering av klinisk forverring, meir systematisk respons og redusert behov for intensivbehandling.</p>

Forbetringsområde	Periode	Kva blei gjort av kven?	Resultat oppnådd?
PREM-undersøking, pårørandetilfredsheit ved bruk av FS-ICU 24R-instrumentet.	2024-2025	Akuttklinikken, Oslo universitetssykehus HF: Generell Intensiv Ullevål, Postoperativ Ullevål, Nevrointensiv Ullevål, Generell Intensiv 1 og 2 RH, og Barneintensiv RH. Disse einingane gjennomførte ei PREM-undersøking ved bruk av FS-ICU-24R instrumentet. Føremålet med prosjektet var med anna å avdekkje om pårørande var tilfreds med behandlinga i intensiveininga.	Dei seks einingane sendte ut til saman 380 skjema, av desse vart 26,8 % besvart (n=102). Samla skår for Total tilfredsheit blant dei seks einingane, var 83 (0-100), noko som tilsvare Totalt fornøgd”, dette er høgste skår som er mogleg å oppnå. Prosjektgruppa fann ikkje eit openbart fokusområde for forbetring, og avslutta prosjektet.

Forbetringsområde	Periode	Kva blei gjort av kven?	Resultat oppnådd?
Intensivoverflytting, Organdonasjon, rehabilitering etter hovud- og ryggmargskade og antibiotika audit	2024 - pågåande	<p>Nevrointensiv, Ullevål, Oslo universitetssykehus HF:</p> <p>Eininga nyttar NIR-data aktivt til kvalitetsarbeid, prosjekter lista her:</p>	<p>1) Intensivoverflytting: Rutinemessig gjennomgang av intensivoverflyttingane ut av avdelinga der intensivlegane har diskutert indikasjon, timing og risiko i fellesskap for å auke medvitnet rundt overflyttingsavgjerderne. Overflytting på grunn av kapasitet vert overvaka nøye. NIR har i tillegg levert data frå andre intensivavdelingar i same sjukehus til hjelp i benchmarking.</p> <p>2) Organdonasjon: Gjennomgang av alle dødsfall på intensiv for kvalitetssikring av realiseringa av alle mulige organdonorar. Avdelinga sine interne NIR-data er samanlikna og diskutert med Donasjonsavdelinga ved OUS.</p> <p>3) Rehabilitering etter hovud- og ryggmargsskade: Det lokale rehabiliteringstilbodet dekkjer berre ein liten del av behovet. Prioritering av rehabilitering ved OUS vert gjennomgått rutinemessig, og det pågår kontinuerleg arbeid med å laga gode planar for lokal rehabilitering for pasientane som ikkje vert prioriterte for behandling ved OUS.</p> <p>4) Antibiotika-audit: Alle pasientar med hovudskade som har vore innlagde meir enn 72 timar er gjennomgått med tanke på bruk av antibiotika, det vil seia indikasjon, val av antibiotika, funn av mikrobar og lengd på behandlinga. Organdonasjon: Ingen potensielle donorar gjekk tapt i 2024, men dette vert overvaka fortløpande og vil verta teke opp i nyoppretta «Mortality/Morbidity»-møte dersom aktuelt.</p> <p>Antibiotika: Forbetringspunkt er diskuterte med infeksjonsmedisin, og behandlinglengd er identifisert som eit fokusområde.</p>

Forbetringsområde	Periode	Kva blei gjort av kven?	Resultat oppnådd?
Nasjonalt: Respiratortid >2,5 døger (utan overførte pasienter)	2022-2024	Registeret oppretta dialog med medlemseiningar som to år på rad har hatt høgare median respiratortid for invasiv ventilasjon enn kvalitetsmålet på >2,5 døger.	<p>Sjukehus med median dager over 2,5 som fekk brev i 2023:</p> <p>Ahus -Intensiv: 2022: 5,2, 2023: 2,5, 2024: 2,1</p> <p>Haukeland - MIO: 2022: 2,8, 2023: 2,5, 2024: 1,9</p> <p>St. Olavs - Hjertemed: 2022: 3,0, 2023: 3,2, 2024: ikkje levert data</p> <p>To av dei tre intensiveiningane som fekk mail om median respiratortid nådde målet på 2,5 døger i allereie i 2023. For 2024 er einingane også godt under kvalitetsmålet. Det er ingen nye einingar som er over kvalitetsmålet i 2024. For ordens skuld minnar vi også her om at kan være fleire naturlege årsaker til lang respiratortid, til dømes pandemipasientar og pasientgruppa elles i eininga.</p>
Kvalitetsforbedring ved bruk av sosiale medium – eit doktorgradsprosjekt	2017-2024	Akuttlinikken, Oslo universitetssykehus HF: Fleire intensivavdelingar deltok. NIR-data blei brukt i doktorgradsprosjekt om etterleving av retningslinja: Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU.	Totalt omlag 30 % fleire sjukepleievakter med dokumentasjon av smerte, agitasjon, sedasjon og delirium etter intervensjon. Fleire pasientar blei mobilisert i intervensjonsperioden, men justert for kliniske variablar var det ikkje statistisk signifikant skilnad. Intensivleger og sjukepleiarar blei motivert av audit og kvalitetsindikatorar, men bruk av Facebook blei opplevd som upassande.

Forbetringsområde	Periode	Kva blei gjort av kven?	Resultat oppnådd?
<p>PREM-undersøking, pårørandetilfredshet, ved bruk av instrumentet FS-ICU 24: Forbetringsområde: kommunikasjon.</p>	2023	<p>Nasjonalt 2023: NIR har venta i lengre tid på utviklingstid i MRS, herunder oppdatering til nyaste versjon av FS-ICU instrumentet til nyaste versjon, FS-ICU 24R. Av den grunn valde fleire einingar å utsetje oppstart med datainnsamling til ny versjon blei tilgjengeleg. Ny versjon blei sett i produksjon våren 2024.</p> <p>To einingar gjennomførte PREM-undersøking: Intensiv Kristiansund Intensiv Skien</p>	<p>Kristiansund: Resultata viser ein kan bli betre til å gi forståelige forklaringer i kommunikasjonen til pårørande. Atmosfæren på pårøranderom oppnår ein lavare skår. Ein mindre andel ynskte meir tid til å uttrykke bekymring og få svar på spørsmål ved beslutningsprosessar. Frå tidlegare PREM-undersøking har eininga funne at LIS-legar har nytte av strukturert opplæring av pårørandesamtalar.</p> <p>Skien: Resultata viser ein kan bli betre til å gi forståelige forklaringer i kommunikasjonen til pårørande. Atmosfæren på pårøranderom oppnår ein lågare skår. Frå tidlegare PREM-undersøking har eininga utarbeidd guide for pårørendesamtaler i Elektronisk kvalitetshåndbok.</p> <p>Nasjonalt: NIR har gjennomført nettmøte med undervisning om utføring av PREM-undersøking ved bruk av FS-ICU 24.</p>

Tabell 10: Pasientretta kvalitetsforbetring 2023-2025

6 Formidling av resultat

	Form	Frekvens	Målgruppe/mottakere
1.	<p>Årsrapport - resultatdel:</p> <p>Årsrapporten blir sendt ut til alle HF og RHF, samt leiinga ved alle deltakende intensiveiningar, til SKDE, Regionalt servicemiljø, Medisinske kvalitetsregistre i Helse Vest, Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet. Rapporten vert og sendt ut til fleire utdanningsinstitusjonar som utdannar intensivsjukepleiarar, då NIKreg har kontakt med fleire av desse. Poster med oppsummering av resultatata frå årsrapporten blir sendt ut til alle intensiveiningane. For å nå ut til pasientar og pårørande, og andre interesserte, med resultat fra årsrapporten er det laga ein kortversjon av årsrapport som ligg offentleg tilgjengeleg på nettsida ¹¹.</p>	Årleg	<ul style="list-style-type: none"> • Fagleg og administrativ leing ved sjukehus og medlemseiningar • Helsepersonell • SKDE • Folkehelseinstituttet • Helsedirektoratet • Utdanningsinstitusjonar • Forskarar • Pasientar og pårørande
2.	<p>Kvalitetsregistre.no:</p> <p>Alle kvalitetsindikatorar blir publisert på sykehus nivå, sjå kapittel 2.1 for ei fullstendig oversikt. Kvalitetsindikator for NIR publiseres to ganger per år.</p>	x2/år	<ul style="list-style-type: none"> • Fagleg og administrativ leing ved sjukehus og medlemseiningar • Helsepersonell • Pasientar og pårørande
3.	<p>Resultater til registrerende enheter:</p> <p>a) I samarbeid med SKDE har registeret gjennom åra laga og utvikla vidare eit dashboard ved bruk av tenesten Rapporteket. Dashboardet blir oppdatert kvar dag med data som er registrert i registreringsløsninga MRS og inneheld detaljert statistikk og analyser av dei fleste variablane i registeret. Einingane har gjennom Rapporteket sjølv tilgang til egne oppdaterte data samt nasjonale aggregerte data. Einingane kan i tillegg lasta ned rådata direkte frå MRS. Kvar brukar kan abonnere på automatisk genererte rapportar med sentrale oversikter og analyser som sendast automatisk på e-post i ønska hyppighet, her finst oversikt over eininga sin aktivitet. Nytt frå hausten 2025 er ein eigen “Luftvegsinfeksjonsrapport” som samanfattar pasientar innlagd på intensiveiningar med luftvegsinfeksjon. Registeret sender regelmessig ut slike rapportar tilpassa HF, RHF, nasjonalt eller eining til mottakarar som ønskjer dette.</p> <p>b) Ein gong per år arrangerer NIKreg årsmøte som er ein viktig arena der resultat og analyser kvart år blir gjennomgått og diskutert blant representantar frå intensiveiningane og helseføretaka. I tillegg blir resultat presentert til sjukehusa under dei årlege sjukehusbesøka.</p>	Dagleg (årleg)	<ul style="list-style-type: none"> • Fagleg og administrativ leing ved sjukehuset • Helsepersonell
4.	<p>Presentasjon på konferansar:</p> <p>a) NIKreg har vore bevisste på deltaking på ulike kurs og konferansar, nasjonalt og internasjonalt. Dette for å gjera merksam på at registeret finst og synleggjere nytta av det i ulike miljø.</p> <p>b) NIKreg har frå starten av vore opptatt av formidling av resultat og informasjon om registeret. Difor er nettsidene våre fyldige, og utforma slik at ulike brukar grupper skal kunne finne tilpassa informasjon.</p>	xflere/år	<ul style="list-style-type: none"> • Fagleg og administrativ leing ved sjukehuset • Helsepersonell • Forskarar • Pasientar og pårørande

¹¹Norsk intensiv- og kriseregister.no

7 Samarbeid og forskning

7.1 Forskningsprosjekt og samarbeid med andre institusjonar

NIKreg bidreg til forskning gjennom utlevering av data til enkeltprosjekt, mastergradsprosjekt og doktorgradsarbeid. Dei siste åra har talet på datautleveringar til forskning auka. Fleire av prosjekta er nasjonale registerstudiar med samarbeid mellom universitet, høgskular, helseføretak og andre nasjonale helseregister.

Registeret gir òg jamleg råd til forskarar og tilsette ved universitet og høgskular om bruk av NIR-data og datatilgang i student- og forskningsprosjekt.

Under følgjer ei oversikt over *pågåande* doktorgradsprosjekt der NIKreg bidreg med data, prosjektmedarbeidarar, rettleiing og/eller prosjektleiing. Oversikta omfattar ikkje alle forskningsprosjekt og datautleveringar registeret medverkar i, men prosjekt der NIKreg har ei sentral rolle i gjennomføringa eller det faglege samarbeidet. Fleire av prosjekta er distribuerte koblingsstudiar der data frå fleire kjelder vert nytta.

NIR har eit samarbeid over fleire år med Kristin Hofsø, si forskingsgruppe ved Oslo universitetssykehus og Lovisenberg diakonale høgskole, om forskning på intensivpatientar med covid-19. Dette samarbeidet har resultert i fleire publikasjonar, samt ei doktorgrad (14).

I 2024 lyste Høgskulen på Vestlandet (HVL) ut seks phd-stipendiatstillingar. NIKreg utforma fleire doktorgradsprosjekt med utgangspunkt i registerdata. Fire av prosjekta fekk tildelt prosjektmidlar, og det vart deretter lyst ut stipendiatstillingar knytte til prosjekta. Våren 2024 innleidde NIKreg eit nærare samarbeid med HVL knytt til tre av desse prosjekta. Prosjektperioden varer frå 2024 til 2029.

Kort skildring av prosjekta:

PhD-kandidat	Prosjekttittel	Hovudrettleiar	Birettleiarar
Kristin Iglund Naustdal	Cancer patients in Norwegian Intensive Care Units – a registry study.	Øyvind Bruserud (HUS/NIKreg)	Elisabet Grov Beisland (HVL); Reidar Kvåle (HUS/UiB/NIKreg); Yngvar Nilssen (KR)
Ann-Cathrin Melby	Prediction models in Intensive Care. Survival and quality of life - a registry study.	Eirik Alnes Buanes (HUS/HVL/NIKreg)	Heidi Øksnes Markussen (HVL); Reidar Kvåle (HUS/UiB/NIKreg)
Elsa Irgens	Patients with COVID-19 in intensive care units — a nationwide follow-up study of health-related quality of life and long-term experiences.	Hilde Kristin Refvik Riise (HVL)	Eirik Alnes Buanes (HUS/HVL/NIKreg); Ragnhild Bjarkøy Strandberg (HVL); Marjolen Iversen (HVL)

PhD-kandidat	Prosjekttittel	Hovudrettleiar	Birettleiarar
Dina Renathe Løland	Patients with COVID-19 in intensive care units - a follow-up study of mental and cognitive health.	Hilde Kristin Refvik Riise (HVL)	Eirik Alnes Buanes (HUS/HVL/NIKreg); Anne Haugstvedt (HVL); Marjolen Iversen (HVL)
Jannicke Horjen Møller	Epidemiologi, behandling, mortalitet og livskvalitet ved akutt pankreatitt i norske intensivavdelinger 2016–2021.	Kristian Strand (SUS)	Kjetil Søreide (SUS/Sahlgrenska/UiB); Eirik Alnes Buanes (HUS/HVL/NIKreg)

HUS = Haukeland universitetssjukehus; HVL = Høgskulen på Vestlandet; UiB = Universitetet i Bergen; KR = Kreftregisteret; SUS = Stavanger universitetssjukehus; NIKreg = Norsk intensiv- og kriseregister.

Tabell 12: PhD-prosjekt med tilknytning til NIKreg

7.2 Samarbeid med andre fagmiljø og helsesregistre

NIR tok initiativ til eit fyrste fellesnordisk intensivregistermøte i København desember 2014. Representantar for intensivregistra i Sverige, Finland, Danmark og Norge deltok, i tillegg til ein representant frå Island. Målet med møtet var gjensidig presentasjon av registra. Potensielle felles forskingsprosjekt vart diskuterte, i tillegg til at ein kartla korvidt harmonisering av datasetta kan vere eit mål på lengre sikt. I samband med pandemien covid-19 blei dette samarbeidet revitalisert. Midlar frå Nordforsk etter søknad frå Noreg blei tildelt for å fremje nordisk registersamarbeid om covid-19.

Samarbeidet har så langt resultert i to fellesnordiske publikasjonar og eit fellesnordisk registermøte i Reykjavik hausten 2021¹² ¹³. Ein ny fellesnordisk publikasjon er planlagt.

NIR har og kontakt med intensivregister i Europa, Sør-Amerika, Asia og Oseania via registergruppa Linking of Global Intensive Care Registries (LOGIC) som til no har resultert i ein publikasjon¹⁴. Ein jobbar for tida også her med å kartlegge variablar i ulike register, dele aggregerte data og standardiserte datasett.

Pandemien har også ført til samarbeid med andre nasjonale registre. NIKreg leverte dagleg data om pandemipasientar på sjukehus og pandemipasientar på intensiv til Folkehelseinstituttet sitt register “Beredt C19”. Det er også innleida eit samarbeid med Norsk pasientregister (NPR) om utlevering av data frå NPR til NIKreg for dekningsgradsanalyse og beriking av registeret som ledd i å redusere rapporteringsbyrden i spesialisthelsetenesta.

¹²Chew MS, Kattainen S, Haase N, Buanes EA, Kristinsdottir LB, Hofsø K, et al. A descriptive study of the surge response and outcomes of ICU patients with COVID-19 during first wave in Nordic countries doi: 10.1111/aas.13983

¹³Kvale R, Moller MH, Porkkala T, Varpula T, Enlund G, Engerstrom L, et al. The Nordic perioperative and intensive care registries-Collaboration and research possibilities. *Acta Anaesthesiol Scand.* 2023.

¹⁴1. Dongelmans DA, Quintairos A, Buanes EA, Aryal D, Bagshaw S, Bendel S, et al. Worldwide clinical intensive care registries response to the pandemic: An international survey. *J Crit Care.* 2022;71:154111

I tillegg har NIKreg hatt samarbeid med Medisinsk Fødselsregister (MFR) om gravide med covid-19. Både dekningsgradanalyse og forskning inngår i samarbeidet med MFR.

Til sist har NIR eit veletablert samarbeid med Folkehelseinstituttet (FHI), der NIR leverer data om influensapasientar innlagde på intensiv i influensasesonen. Desse tala vert publiserte jamleg gjennom sesongen og årleg av Folkehelseinstituttet ¹⁵. Denne informasjonen vert og rapportert til WHO. FHI publiserte i 2025 erfaringar og funn om pasientar med alvorlig luftvegsinfeksjon, med anna data frå Beredt C19 og om alvorleg influensasjuka ¹⁶.

Samarbeidet med FHI er no vidareutvikla gjennom etableringa av ei nasjonal overvaking av intensivbehandla pasientar med utvalde luftvegsinfeksjonar som del av SARI-overvakinga (Severe Acute Respiratory Infections). FHI er Noregs WHO-senter for influensa og representerer landet i European Influenza Surveillance Network (EISN), koordinert av European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Gjennom dette arbeidet bidreg FHI til global overvaking av influensavirus, som dannar grunnlag for tilrådingar om virusvariantar til komande influensaseson. Data frå NIR inngår i dette kunnskapsgrunnlaget ¹⁷.

Sjukdommane som vert overvaka via NIR er SARS-CoV-2 (covid-19), influensa A og B, respiratorisk syncytialvirus (RS-virus), Bordetella pertussis (kikhoste), samt andre luftvegsvirus og luftvegsbakteriar. Rapporteringa blei etablert i oktober 2025. Systemet er framleis under utvikling, og overvakinga av luftvegsinfeksjonar i sesongen 2025/2026 har derfor ikkje vore komplett. Av den grunn er desse intensivopphalda ikkje omtala vidare i denne årsrapporten. Overvakinga skal vere heilårig ¹⁸.

NIKreg takkar samarbeidspartnarane ved FHI for det gode samarbeidet.

¹⁵NORWAY: Interim Influenza Virological and Epidemiological season report prepared for the WHO Consultation on the Composition of Influenza Virus Vaccines for the Northern Hemisphere 2025/2026

¹⁶Seppälä, E. (2025). Registry-Based Surveillance of Severe Acute Respiratory Infections in Norway During 2021–2024.

¹⁷Folkehelseinstituttet: Internasjonal overvaking og rapportering til WHO

¹⁸Folkehelseinstituttet: Statusrapporter om covi-19, influensa og andre luftveisinfectionsjoner

7.3 Datautlevering

Data frå NIKreg har vore mykje brukt under koroanapandemien, registeret opplever fortsatt større pågang av datautleveringar enn før pandemien. Fleire av datasetta som blir leverte ut krev mykje arbeid for å tilpassast problemstillinga i forskingsprosjektet, ein god del er også kopling mellom datasett frå andre registre. Dette er ressurskrevjande, og registeret har eit tett samarbeid med statistikarar frå Fagsenter for medisinske register i Helse Vest om dette. Tal utleveringar siste tre år er oppsummerte i tabell 13. Liste over utleverte data med prosjektnavn dei tre siste åra finst i figur 60, 61 og 62.

Utlevering av data til følgjande føremål:	2025	2024	2023
Forskning	4	5	5
Kvalitetsbetring og styring	2	6	6
Andre føremål (f.eks. til media)	4	0	0
Totalt	10	11	11

Tabell 13: Datautlevering siste tre år.

Datautleveringar 2025	
Prosjektnamn	Formål med søknad
Oppdatering: Troponin I og covid-19 i den generelle befolkningen	Forskning
Holdninger til forskning blant intensivoverlevare	Forskning
Sosiodemografiske forskjeller i norsk kreftomsorg	Forskning
Outcome of patients with acute ischemic stroke admitted to the Intensive care- a retrospective cohort study	Forskning
Intensivaktivitet i Norge 2021-2024 - Helsedirektoratet	Rapport
Ressursmodul Krisereg: sengekategorier (2,3) og luftsmitteisolat høst-25	Rapport
Organdonasjon i Norge - anoksisk hodeskade	Søknad
Intensivbelegg Helse Bergen HF- fremskriving	Styring
Prosesskontroll NIR: Organdonasjon	Intern analyse
Prosedyre - kvalitetsforbedring, Lungeavdelingen/ROE	Kvalitetsforbedring

Figur 60: Liste over utleverte data frå NIKreg i 2025

Datautleveringar 2024	
Prosjektnamn	Formål med søknad
Overleving etter invasiv ventilasjonsstøtte i Noreg – ein retrospektiv studie med data frå Norsk intensiv- og pandemiregister (NIPaR)	Forsking
Power analysis – PhD-prosjekt skåringer NIR	Forsking
Patients with COVID-19 in intensive care units - a follow-up study of mental and physical health (oppdatering av datasett)	Forsking
Barn på intensiv i 2023	Forsking
NORDICS (oppdatering av datasett)	Forsking
Belegg ved barneintensiv, OUS	Opplysning
Donor-pasienter i Norge	Opplysning
Gravide pasienter med influensa på intensiv, FHI	Opplysning
CRRT ved akuttklinikken, OUS	Rapport
Intensivkapasitet Helse Nord RHF	Rapport
Intensivoverflytting til lokalsykehus	Kvalitetsforbetring

Figur 61: Liste over utleverte data frå NIKreg i 2024

Datautleveringar 2023	
Prosjektnamn	Formål med søknad
Endringer i langtidsoverlevelse hos eldre intensivpasienter	Forsking
Pancreatittpasienter på intensiv	Forsking
Komplikasjoner og senvirkning etter Covid-19	Forsking
Patients with COVID-19 in intensive care units - a follow-up study of mental and physical health	Forsking
Survival rates and longterm outcomes for patients with COVID-19 admitted to Norwegians ICUs	Forsking
Gravide med respirasjonssvikt	Opplysning
Barn med mekanisk ventilasjon hele landet	Rapport
Helsepersonell undersøkelsen -statistikk	Rapport
Dekningsgrad NIR 2021-2023 - Årsrapport	Rapport
Årsrapport analyser. Standard tabeller + PROM	Rapport
Eitri - Datathon	Kvalitetsforbetring

Figur 62: Liste over utleverte data frå NIKreg i 2023

7.4 Vitenskapelege artiklar

Siste tre år har registeret levert ut 26 datasett til forskning. Publiserte artiklar som har gjort bruk av data frå registeret siste tre år er lista opp i tabell 16. Registerdata frå NIKreg er til no brukt i elleve doktorgrader (tabell 14), og blir i tillegg brukt i fleire pågåande doktorgradsprosjekt 12 .

År	Tittel på avhandling	Kandidat
2025	Long-term outcomes in COVID-19 patients admitted to intensive care unit in Norway – An observational cohort study	Kristina S. Fjone
2024	Improving the quality of intensive care with social media	Antonija Petosic
	The surveillance of patients hospitalised with COVID-19 in Norway, February 2020–May 2022	Robert N. Whittaker
	Interhospital transport of critically ill patients in Norway	Helge Eiding
	Incidence, case fatality and long-term outcomes in patients with sepsis – Nationwide registry studies	Nina Vibeche Skei
2017	Intensive care for the very old. ICU admission triage and outcomes	Finn H. Andersen
	Severity of disease and concern for the distribution of lifetime health. Distribution-weighted cost-effectiveness analysis	Frode Lindemark
2011	Cognitive impairments after critical illness. Methodology, incidences and consequences	Johan Torgersen
	Severity of illness and short-term outcomes in Scandinavian intensive care medicine	Kristian Strand
2008	Long-term outcomes after major trauma. Survival, functional status, and quality of life	Atle Ulvik
2004	Long-term outcomes after intensive care	Reidar Kvåle

Tabell 14: Doktorgrader med bruk av registerdata frå NIKreg

Publikasjonar med bruk av data frå NIKreg 2023-2026

Nr.	Publikasjon	Tidsskrift
1	Moller JH, Soreide K, Buanes EA, Kvaloy JT, Strand K. Incidence, Mortality, and Long-Term Survival in Patients With Acute Pancreatitis Admitted to Intensive Care: A Nationwide Cohort Study.	Acta Anaesthesiol Scand (2026)
2	Hogvall LM, Herling SF, Egerod I, Petosic A, Danielsen MER, Rudiger U, et al. The patient experience of a nurse-written ICU-diary intervention: A cross sectional survey.	Intensive Crit Care Nurs (2025)
3	Holmaas G, Hilton E, Foss S, Wathle GK, Kvale R. Potential organ donors during two years at the second largest hospital in Norway.	Acta Anaesthesiol Scand (2024)
4	Flæten ØØ, Stafseth SK, Vinje H, Johansen E, Sunde K, Wøien H, et al. Incidence, characteristics, and associated factors of pressure injuries acquired in intensive care units over a 12-month period: A secondary analysis of a quality improvement project.	Intensive and Critical Care Nursing (2024)
5	Fjone KS, Stubberud J, Buanes EA, Hagen M, Laake JH, Hofso K. Objective and subjective cognitive status after intensive care unit treatment for COVID-19.	Brain Behav Immun Health (2024)
6	Örtqvist AK, Magnus MC, Aabakke AJM, Urhoj SK, Vinkel Hansen A, Nybo Andersen A-M, et al. Severe COVID-19 during pregnancy in Sweden, Norway, and Denmark.	Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica (2023)
7	Whittaker R, Toikkanen S, Dean K, Lyngstad TM, Buanes EA, Kløvstad H, et al. A comparison of two registry-based systems for the surveillance of persons hospitalised with COVID-19 in Norway, February 2020 to May 2022.	Eurosurveillance (2023)
8	Kvale R, Moller MH, Porkkala T, Varpula T, Enlund G, Engerstrom L, et al. The Nordic perioperative and intensive care registries-Collaboration and research possibilities.	Acta Anaesthesiol Scand (2023)
9	Fjone KS, Buanes EA, Smastuen MC, Laake JH, Stubberud J, Hofso K. Post-traumatic stress symptoms six months after ICU admission with COVID-19: Prospective observational study.	J Clin Nurs (2023)
10	Buanes EA, Bruserud Ø, Huroz SC, Barratt-Due A, Flaatten H, Kvåle R. External validation of SAPS II score reported to the Norwegian Intensive Care and Pandemic Registry (NIPaR).	Norsk Epidemiologi (2023)
11	Bruserud O, Haaland OA, Kvale R, Buanes EA. A first-level customization study of SAPS II with Norwegian Intensive Care and Pandemic Registry (NIPaR) data.	Acta Anaesthesiol Scand (2023)
12	Amdal CD, Falk RS, Singer S, Pe M, Piccinin C, Bottomley A, et al. A multicenter international prospective study of the validity and reliability of a COVID-19-specific health-related quality of life questionnaire.	Qual Life Res (2023)

Tabell 16: Vitenskapelege publikasjonar med data frå NIKreg 2023–2026

Fullstendig publisasjonsliste frå 2011-2026 er tilgjengeleg i vedlegg 20.

Del 3

Stadievurdering og plan for videre utvikling av registeret

8 Referansar til vurdering av stadium

8.1 Vurderingspunkt

Tabell: Vurderingspunkter for Norsk intensiv- og kriseregister, og registeret si eiga evaluering.

Nr	Beskrivelse	Kapittel	Egen vurdering 2024	
			Ja	Nei
Stadium 2				
1	Samler data fra alle aktuelle helseregioner	4.1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Presenterer kvalitetsindikatorene på nasjonalt nivå	2.1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Har en konkret plan for gjennomføring av dekningsgrads-analyser	4.2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Har en konkret plan for gjennomføring av analyser og jevnlig rapportering av resultater på enhetsnivå tilbake til deltakende enheter	6	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Har en oppdatert plan for videre utvikling	9	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stadium 3				
6	Kan dokumentere kompletthet av kvalitetsindikatorer	4.3	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Kan dokumentere dekningsgrad på minst 60 % i løpet av siste to år	4.2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Registeret skal minimum årlig presentere kvalitetsindikatorresultater interaktivt på nettsiden kvalitetsregistre.no	6	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Registrerende enheter kan få utlevert eller tilgjengeliggjort egne aggregerte og nasjonale resultater	6	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Presenterer deltakende enheters etterlevelse av de viktigste faglige retningslinjer	2.1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Har en oppdatert plan for videre utvikling av registeret	9	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stadium 4				
12	Har i løpet av de siste 5 år dokumentert om innsamlede data er korrekte og reliable	4.3	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Kan dokumentere dekningsgrad på minst 80 % i løpet av siste to år	4.2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Presenterer minst to ganger årlig kvalitetsindikatorresultater interaktivt på nettsiden kvalitetsregistre.no	6	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Registeret skal dokumentere at data anvendes vitenskapelig	7.3	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Presenterer resultater på enhetsnivå for PROM/PREM (der dette er mulig)	2.2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nivå A, B eller C

Sett ett kryss for aktuelt nivå registeret oppfyller

Ja

- 17 Registeret kan dokumentere resultater fra kvalitetsforbedrende tiltak som har vært igangsatt i løpet av de siste tre år. Tiltakene skal være basert på kunnskap fra registeret 5.2

Nivå B

- 18 Registeret kan dokumentere at det i rapporteringsåret har identifisert forbedringsområder, og at det er igangsatt eller kontinuert/videreført pasientrettet kvalitetsforbedringsarbeid 5.1, 5.2

Nivå C

- 19 Oppfyller ikke krav til nivå B
-

9 Utvikling av registeret

9.1 Registeret si oppfølging av fjorårets vurdering frå Ekspertgruppen

Ekspertgruppa si vurdering av årsrapporten for 2024 var:

Overordnet vurdering av registeret

Norsk intensiv- og pandemiregister er et velutviklet register, som i 2024 ble vurdert å være i høyeste stadium, 4A. Årsrapporten er grundig og inneholder gode figurer. Registeret oppgir at alle variabler er komplette eller nær komplette, men viser ingen tall for dette. Det er ikke mulig å ferdigstille skjema i MRS for intensivopphold uten at godkjente verdier for obligatoriske variabler er fylt ut. Det har vært noen mulige smutthull” i den tekniske løsningen, men disse er nå identifisert og skal utbedres.

Kommentarer til stadium

Dekningsgraden er rapportert til 94 %. Korrekthets- og reliabilitetsundersøkelser er beskrevet, og resultater fra undersøkelsene er presentert. Intensivregisteret har samlet inn PROM/PREM-data, og resultater er presentert i årsrapporten. Pandemiregisteret har i løpet av 2024 sendt ut PROM-undersøkelse til tidligere innlagte pasienter med COVID-19, og resultatene vises i årsrapporten. Data fra registeret brukes i vitenskapelige publikasjoner. Resultater på kvalitetsindikatorer publiseres på siden kvalitetsregistre.no minst to ganger årlig. Registeret oppfyller også i år kriteriene for stadium 4.

Kommentarer til nivå

Registeret har identifisert forbedringsområder og presenterer resultater fra gjennomførte kvalitetsforbedrende tiltak de siste tre årene. Det vises også til pågående kvalitetsforbedringstiltak der resultater ennå ikke foreligger. Informasjonen om hvilke tiltak som er iverksatt i klinisk praksis for å oppnå resultater er imidlertid ikke grundig beskrevet.

Tilbakemeldinger om forbedringsområder

Registeret bes gi en bedre beskrivelse av kvalitetsforbedrende tiltak som er pasientrettede. Flere av de rapporterte tiltakene omhandler forbedret datakvalitet. Til neste årsrapport ønskes en tydeligere redegjørelse for hvilke tiltak som ble gjort i klinisk praksis for å oppnå resultater.

Planer for kommende år

Planene for registeret det kommende året inkluderer å videreføre arbeidet med kvalitetsforbedringsprosjekter, utvikle et mer detaljert datasett for intensivdelen og styrke kontrollen av automatisk datafangst gjennom statistisk prosesskontroll. I tillegg vil det være økt fokus på oppstart av registrering i nye enheter, flere besøk til sykehus for å forbedre datakvalitet og kontakt med fagmiljøet, samt videre forskningssamarbeid med flere doktorgradsstipendiater som bruker registerdata.

Ekspertgruppen vurderer at registeret er i stadium 4A

Ekspertgruppa saknar dokumentasjon på komplettheit, dette er tatt inn att i år og dei tidlegare omtale smutthola”i den tekniske løsinga er tetta. Utover dette etterlyser ekspertgruppa resultat frå kvalitetsforbetrande tiltak som er pasientretta. NIKreg har over fleire år arbeidd målretta for å stimulere til slike prosjekt, og er glade for å kunne presentere resultat av dette arbeidet i årets rapport. NIKreg vurderer det som viktig å halde fram med eit sterkt fokus på kvalitetsforbetring for å sikre at innsamla data blir brukt etter formålet. Mellom anna inviterer vi dei som har prosjekt til å fortelje om dei, både undervegs og når resultat er klare. Dette skjer både på regelmessige teams-samlingar, i nyheitsbrev på e-post og på årlege registersamlingar.

Vi opplever gledelig tilstrømming av einingar som vil registrere intensivopphald hjå oss, og det er nye medlemseiningar også dette året. Registeret har etter kvart eit stort datasett av PROM og PREM. Vi har velt å i første hand nytte data i forskning for å få meir kunnskap om feltet. Det er publisert fleire artiklar om dette, og nye er planlagde ¹⁹. Etter kvart som vi får meir kunnskap vil vi produsere figurar som kan være til nytte for både einingar og dei registrerte.

NIR arbeider målretta for å halde registeret i stadium 4A og sørgje for god bruk av datasettet til beste for kvaliteten i spesialisthelsetenesta.

¹⁹1. Fjone KS, Stubberud J, Buanes EA, Hagen M, Laake JH, Hofso K. Objective and subjective cognitive status after intensive care unit treatment for COVID-19. *Brain Behav Immun Health*. 2024;38:100786 2. Fjone KS, Buanes EA, Smastuen MC, Laake JH, Stubberud J, Hofso K. Post-traumatic stress symptoms six months after ICU admission with COVID-19: Prospective observational study. *J Clin Nurs*. 2023.

9.2 Planar og behov

For å halde NIR i kategori A er det naudsynt at det heile tida pågår kvalitetsforbetningsprosjekt i einingane. Registeret ser at einingane lokalt i liten grad går i gang med kvalitetsforbetningsprosjekt på eiga hand. Vi har difor over tid hatt fokus på kvalitetsforbetningsprosjekt i felles nyheitsbrev, på årsmøte/fagdagar/registeringsamlingar og ved besøk i einingane. Eit tiltak det siste året har vore at vi spør einingar om å presentere kvalitetsprosjekt som dei har gjennomført på desse fellessamlingane eller i nyheitsbrev. Intensivregisteret har også oppretta ei ressurside der alle kvalitetsforbetningsprosjekt er presenterte, og hjelpemidlar for gjennomføring er tilgjengleg. Nytt i 2025 er at NIR med bistand frå Helse Vest har arbeidd ut såkalte forbetningsskisser. Dette er er verktøy som skal gi konkrete tips til forbetningsarbeid knytta til kvalitetsindikatorane i registeret. Slik ønskjer ein å gje konkret hjelp til å drive kvalitetsforbetring i avdelinga. Vi vonar at eit breitt fokus på kvalitetsforbetring kan stimulere fleire einingar til å gå i gang med egne prosjekt. Gjennom dialog med og bistand til einingane får NIR betre oversikt over pågåande prosjekt slik at vi kan følge opp både gjennomføring og resultat. Dette vil vi fortsetje med.

Datasettet i NIR er ikkje endra vesentleg sidan 2017. Det nye fagrådet for intensivdelen av registeret har starta ein gjennomgang med mål om å skape eit datasett som er noko meir granulært. Dette må til for å i større grad kunne sjå om retningslinjer blir etterlevd. Behovet for meir detaljar må likevel ikkje gjere datasettet for omfattande, og det må være egna for automatisk datafangst. NIR er også i kontakt med dei nordiske registera for å sjå om ein kan få til eit felles nordisk datasett, med tilpasningar for kvart land på toppen av ein felles basis. Fagrådet er snart klar med forslag til revidert datasett som skal ut på høyring.

Datafangsten til registeret skjer både manuelt via plotting i web-grensesnitt og meir automatisert via opplasting av ferdige datafiler. Registeret har i liten grad påverknad på kva løysingar ein veljer for både datafangst og registrering lokalt, men bistår ved å gjere skript for opplasting av filer tilgjenge. Fangsten av data lokalt før registrering i NIR skjer no fleire stader delvis automatisert. Det vil seie at ein benyttar automatisert fangst av data til einiskilde variablar kombinert med opplasting av filer til registeret i staden for manuell plotting. Registeret ser at det er behov for kontroll av automatisk datafangst, som trass gode algoritmer regelmessig fangar data som er feil. Sidan manuell kontroll av data er ressurskrevjande, ønskjer registeret å utvikle rutinar for statistisk prosesskontroll som kan avdekke uventa variasjon i variablar. I første omgang blir det arbeid med validering av opplasta filer slik at inkonsistens og motstridande felt blir markerte og må rettast før intensivopphaldet det gjeld kan ferdigstillast.

I løpet av 2025 har NIR innleia samarbeid med Nasjonal kompetansetjeneste for organdonasjon. Saman har vi intensjon om å opprette eit nasjonalt donorregister under NIKreg-paraplyen som skal være eit godt verktøy for registrering av realiserte og potensielle organdonorar i Noreg. Dette samarbeidet er strategisk godt fordi organdonasjon er ein naturleg del av intensivmedisinen. Gjennom registersamarbeidet binder ein intensivmiljøet og donormiljøet tettare saman - til beste for begge partar. NIKreg håper at samarbeidet kan bidra til å auke donorratene i Noreg.

NIR opplever ein gledeleg pågang av einingar som ønskjer å starte registrering. Også i 2026 vil vi prioritere bistand og oppstart av registrering i nye einingar slik at tilslutninga blir endå høgare. Besøk hjå einingane er ein viktig aktivitet som gjer registeret i stand til å halde kontakt med fagmiljøet slik at ein kan drøfte og formidle resultat og diskutere kvalitetsindikatorar. Besøka er også viktig for å dokumentere og forbetre datakvaliteteten. Ved besøk på sjukehusa får vi møte dei ansvarlege for registrering av både pandemipasientar og intensivpasientar i helseføretaket. Vi

informerer om registeret, dokumenterer rutinar for registrering, gjer analyser av dekningsgrad og validerer variablar frå registeret. Etter slike besøk får sjukehuset ein rapport som inkluderer forslag til forbetring. Besøka gir også høve til å diskutere kva som fungerer og kva som kan betrast ved registreringa. Ikkje minst får vi formidla og diskutert resultat med fagmiljøet, og kan diskutere kvalitetsindikatorar. Denne gode kontakten med fagmiljøa er avgjerande for å skape eit godt register der det som blir registrert gir svar på det ein har behov for kunnskap om. På denne måten kan registeret formidle resultat det er behov for og som er nyttige for helsetenesta. Dette vil vi fortsetje å ha fokus på framover, og det er i 2025 er det gjennomført fleire besøk.

NIKreg er no etablert som eit generisk register for pandemi og krisehendingar med ressursoversikt for spesialisthelsetenesta. Dette er ein stor del av NIKreg sin aktivitet, men er ikkje skildra i denne rapporten. Intensivdelen av registeret held fram som tidlegare.

Til sist er det gledelig at til saman fem doktorgradsstipendiatar gjer bruk av data frå NIKreg for tida. I tillegg fekk Kristina Fjone tildelt PhD-graden i 2025 med utstrakt bruk av data frå NIR. Vi ser fram til det vidare forskningssamarbeidet rundt datasettet vårt både for PhD-kandidatane, eksisterande prosjekt og nye prosjekt som er i støypeskeia.

10 Vedlegg

Du vil her finne tabell over kjernevariablar i Norsk intensivregister, og vi har samla fleire figurar og resultat i vedlegget, som tidlegare blei presentert i resultatdelen av rapporten. Hensikten er å redusere antal figurar i ein elles omfattande rapport.

Registeret har tidlegare publisert nøkkeldata på pandemipasienter i dette kapitlet, sidan det ikkje er nye data her, viser ein til tidlegare årsrapportar.

10.1 Kjernevariablar i Norsk intensivregister

For fullstendig oversikt med beskriving av datasettet i NIR viser ein til våre nettsider ²⁰.

Variabelnamn
DateAdmittedIntensive
DateDischargedIntensive
MoreThan24Hours
MechanicalRespirator (CPAP/maskeventilasjon/overtrykksventilasjon)
DeadPatientDuring24Hours
MovedPatientToAnotherIntensivDuring24Hours
VasoactiveInfusion
DateAdmittedIntensive
PrimaryReasonAdmitted
Respirator
NonInvasivVentilation
InvasivVentilation
KidneyReplacingTreatment
ExtendedHemodynamicMonitoring
Nems (totalt antall NEMS-poeng under oppholdet)
TypeOfAdmission
ChronicDiseases
TransferredStatus
DischargedIntensiveStatus
OperatedPatient
Komplikasjon under intensivoppholdet (Trykksår, iatrogen pneumothorax, luftvegskomplikasjon hypoglykemi)
Glasgow Coma Scale (GCS)
SystolicBloodPressure
HeartRate
Temperature
MvOrCpap (dersom respirasjonsstøtte/CPAP/PaO2/FiO2-ratio (kPa) de 24 første timene)
UrineOutput (Urinproduksjon/24 timer)
Leukocytes
Potassium
Sodium
Saps2ScoreNumber
Saps2Score
Icd10 (inntil 5 diagnosekoder relevant for intensivoppholdet)
<i>Dersom pasienten dør under intensivoppholdet:</i>
BrainDamage (var det mistenkt/påvist en potensielt dødelig hjerneskade hos pasienten)
CerebralCirculationAbolished (ble det påvist opphevet intrakraniell sirkulasjon)
CerebralCirculationAbolishedReasonForNo (årsak til nei)
OrganDonationCompletedStatus (ble organdonasjon gjennomført?)
OrganDonationCompletedReasonForNoStatus (årsak til nei)
CerebralCirculationAbolishedv2 (ble det utført dødsdiagnostikk for cDCD)
OrganDonationCompletedStatusv2 (ble organdonasjon gjennomført)

Tabell 18: Kjernevariablar i Norsk intensivregister

²⁰Norsk intensivregister - Søke tilgang til data

10.1.1 Type opphald og årsak til innlegging

Som tidlegare år er det akutte non-operative opphald som dominerer (Figur 63). Dette baserer seg på SAPS-kategoriane, som er:

- **Etter planlagt operasjon:** Til intensiv etter elektiv operasjon i løpet av siste 7 døger.
- **Akutt non-operativ:** Til intensiv utan føregåande operasjon siste 7 døger.
- **Etter akutt operasjon:** Til intensiv etter akutt operasjon i løpet av siste 7 døger.

Kategoriseringa tyder altså ikkje at alle opphald i kategorien ”akutt non-operativ” har medisinske hovudproblemstillingar. Ein kirurgisk pasient som kjem til intensiv for stabilisering *før* kirurgi, vert klassifisert som akutt non-operativ i tydinga at kirurgi ikkje er utført før innlegging på intensiv. På same vis blir ein ikkje-operert pasient med kirurgisk sjukdom (til dømes traume eller pankreatitt) kategorisert som akutt non-operativ. Ein pasient som derimot gjekk rett på operasjonsstova og kom til intensiv *etter* kirurgi, er akutt kirurgisk. Registeret har i 2024 ein komplett årskohort med ny variabel, som heiter operert. Hensikten med dette datapunktet er å dokumentere at andel og antal pasientar som tilsynelatande er medisinske pasientar på kirurgisk eining, vert opererte. Analysane her vert publisert i neste årsrapport.

Om ein ser på kva inklusjonskriterium som gjer at opphald vert registrerte i NIR, er det liggjetid, mekanisk respirasjonsstøtte og vasoaktiv infusjon som er hovudårsakene. Desse kategoriane er ikkje gjensidig utelukkande, same pasient kan altså gå igjen i fleire kategoriar (Figur 65).

NEMS (Nine Equivalents of Nursing Manpower Use Score), som indikerer pleietyngd, ser ein framleis at NEMS er noko høgare i einingar med meir enn 50 % kategor 3 senger, enn i einingane med mindre enn 50 % kategori 3 eingingar (Figur 67). Fortsatt er det gjeldane at hovudtyngda av pasientmassen ligg i området rundt medianverdien av NEMS.

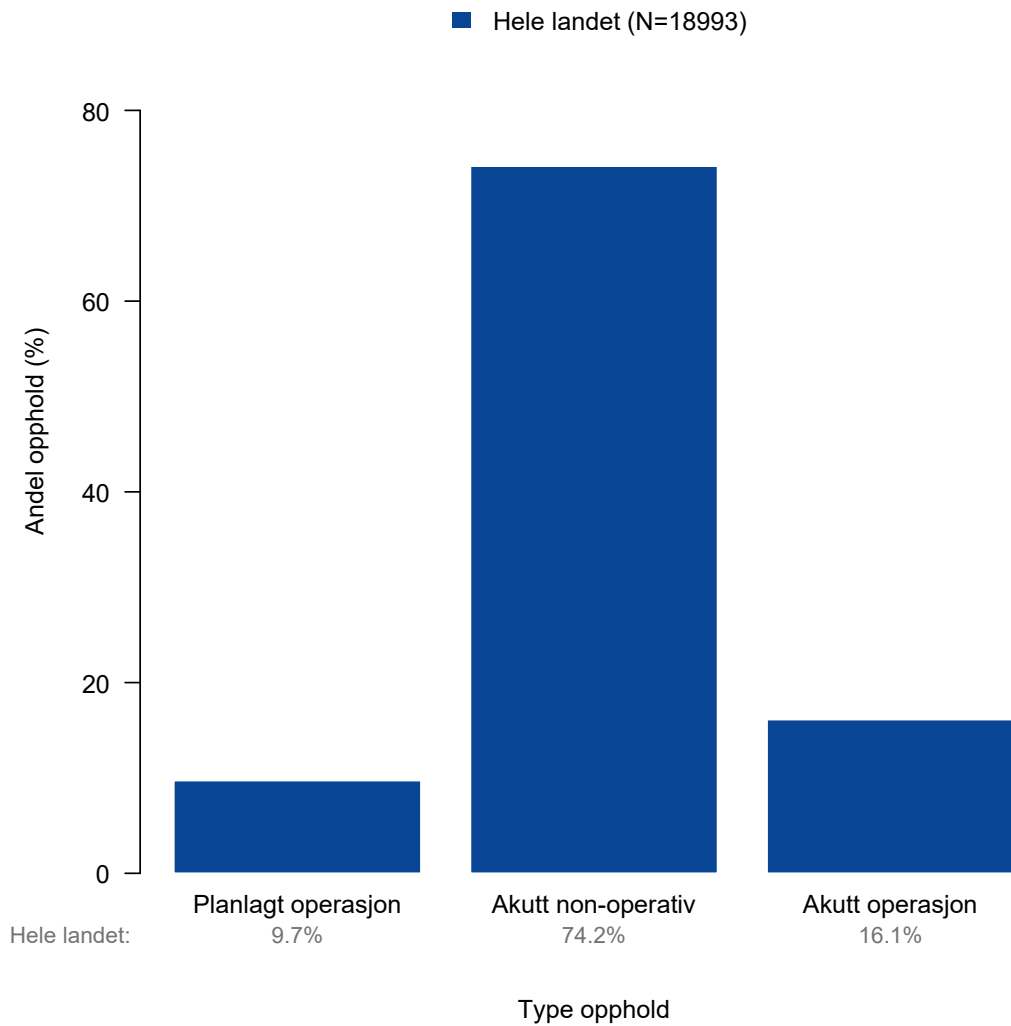
NAS, Nursing Activities Score, som også beskriv pleietyngde, vert nytta i tillegg til NEMS på ein del einingar. NAS-skåring var registrert for 4377 opphald i 2025, mot 4754 opphald i 2024. Fordelinga av NAS-skår per døgn var relativt stabil mellom åra, men med ei svak forskyving mot høgare skårar i 2025. Andelen opphald med $NAS \geq 120$ auka frå 63,9 % i 2024 til 68,2 % i 2025. Dette indikerer at dei rapporterte opphalda i 2025 gjennomgåande hadde noko høgare pleietyngde enn i 2024 68.

Eit større nasjonalt prosjekt som omhandlar NAS, utgår frå Intensivsykepleierne NSF (INSF), med Lovisenberg diakonale høyskole som ansvarleg institusjon, ved prosjektleiar Siv Karlsson Stafseth. Prosjektgruppa har nyleg publisert ein studie som fann at høgare NAS-skår var assosiert med høgare opplevd arbeidsbelastning målt med NASA Task Load Index (NASA-TLX). Høgare NAS-skår var særleg knytt til auka mental og fysisk belastning, tidspress, innsats og frustrasjon hos intensivsykepleiarar ²¹. Registeret tykkjer prosjektet er interessant, og fylgjer arbeidet vidare.

²¹Hasselgård.(2026). Nurses’ subjective workload assessed with the NASA-TLX and its relationship with the nursing activities score (NAS) and nurses’ demographic factors: a prospective cross-sectional study

Innleggesdatoer: 2025-01-01 til 2025-12-31

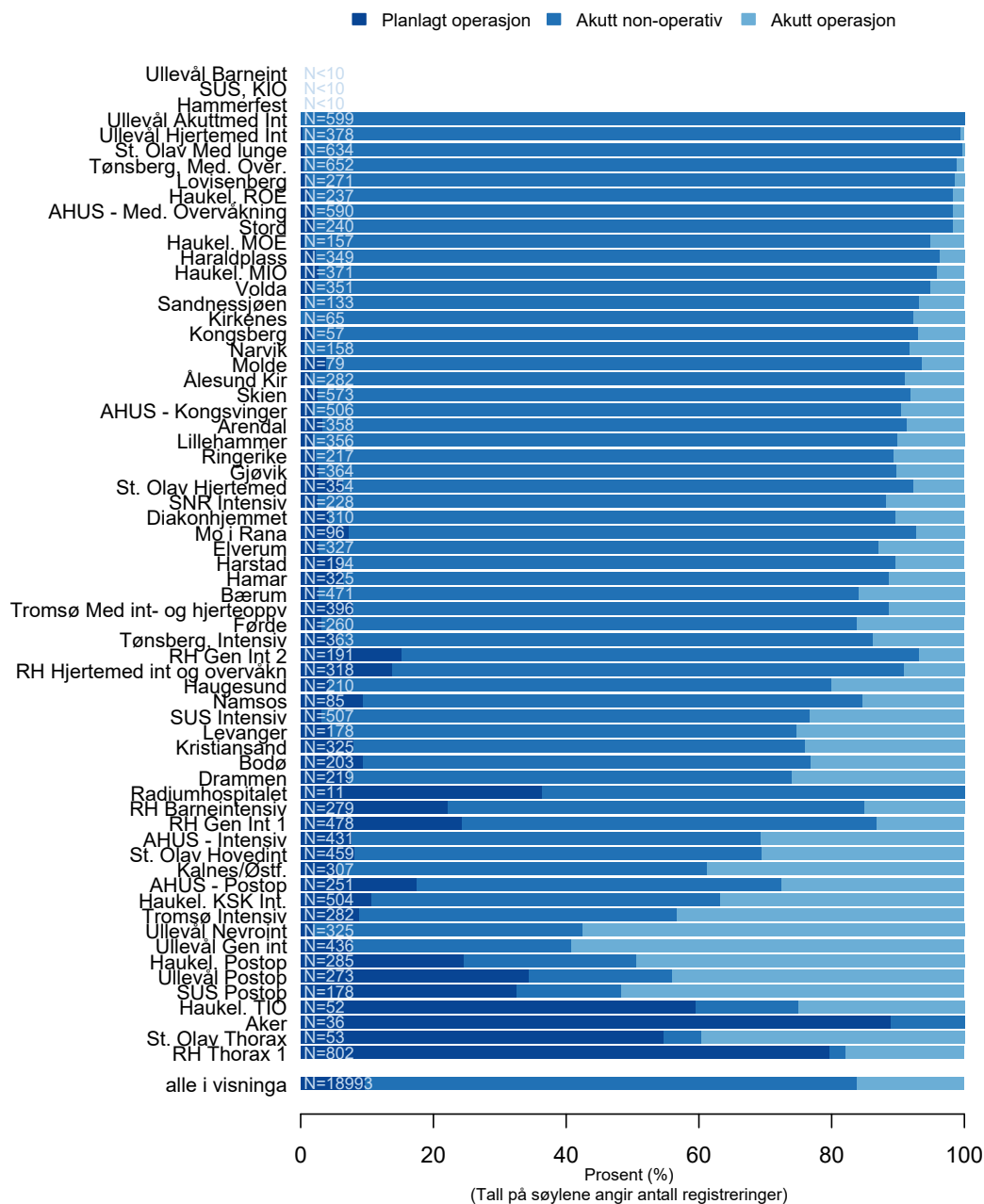
Fordeling av type opphold



Figur 63: Fordeling av type opphold i 2025 - nasjonalt

Innleggsdatoer: 2025-01-01 til 2025-12-31

Type opphold (sortert på andel "Akutt non-op.")

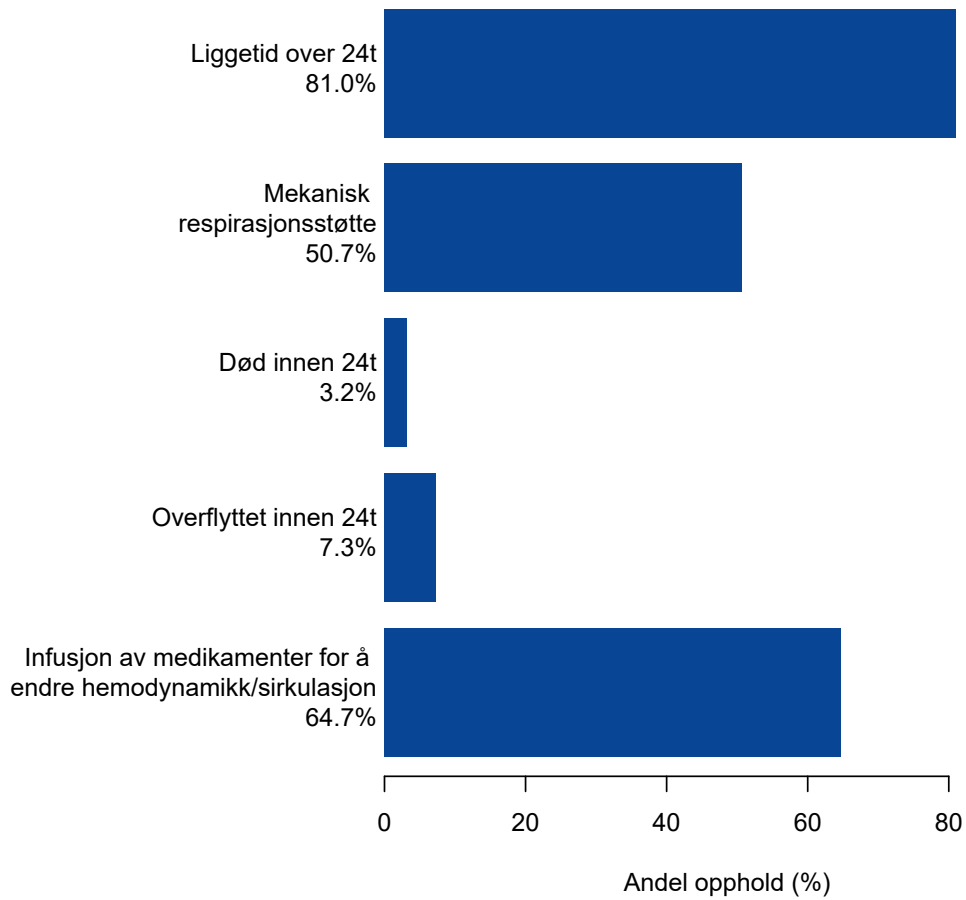


Figur 64: Fordeling av type opphold 2025 - alle einingar

Innleggesdatoer: 2025-01-01 til 2025-12-31

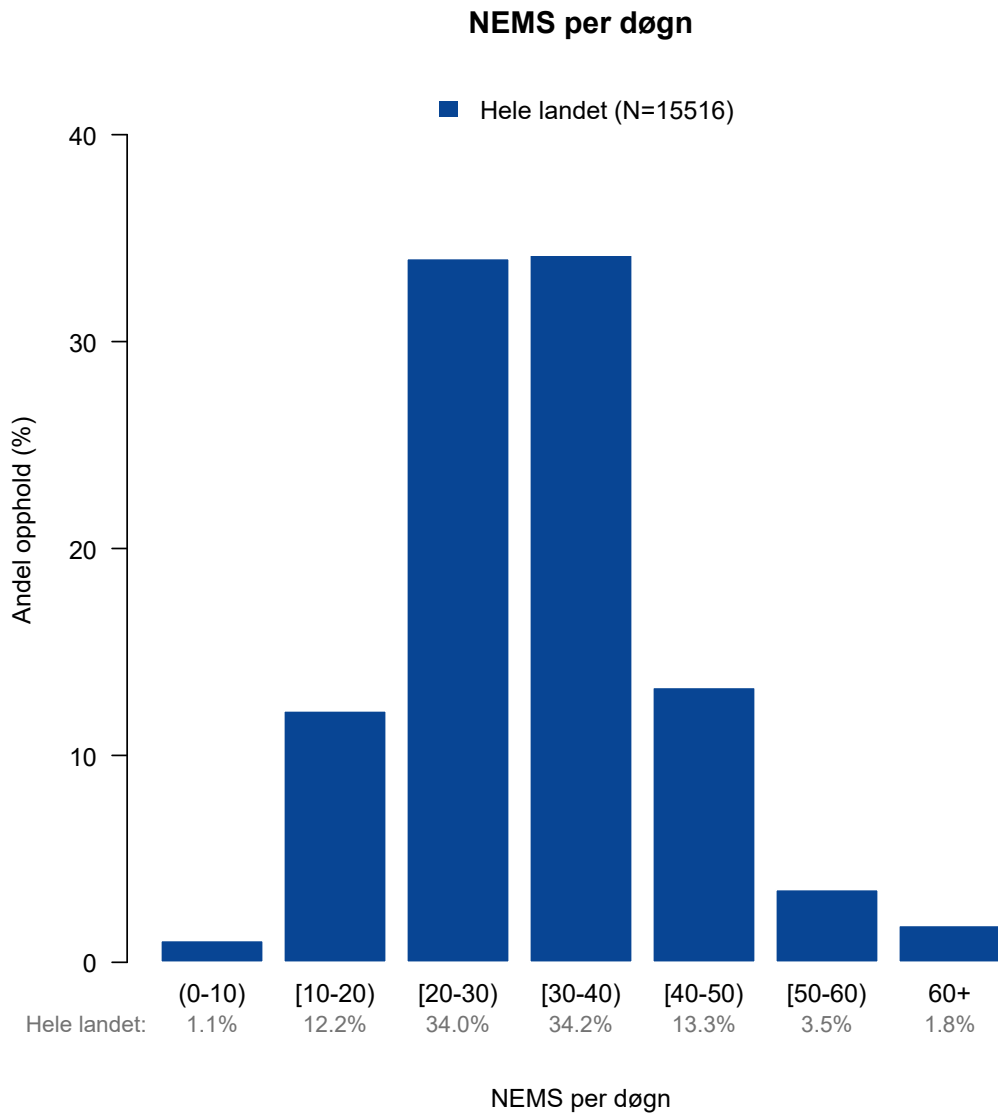
Inklusjonskriterier, NIR

■ Hele landet (N=19249)



Figur 65: Fordeling av inklusjonskriteriar

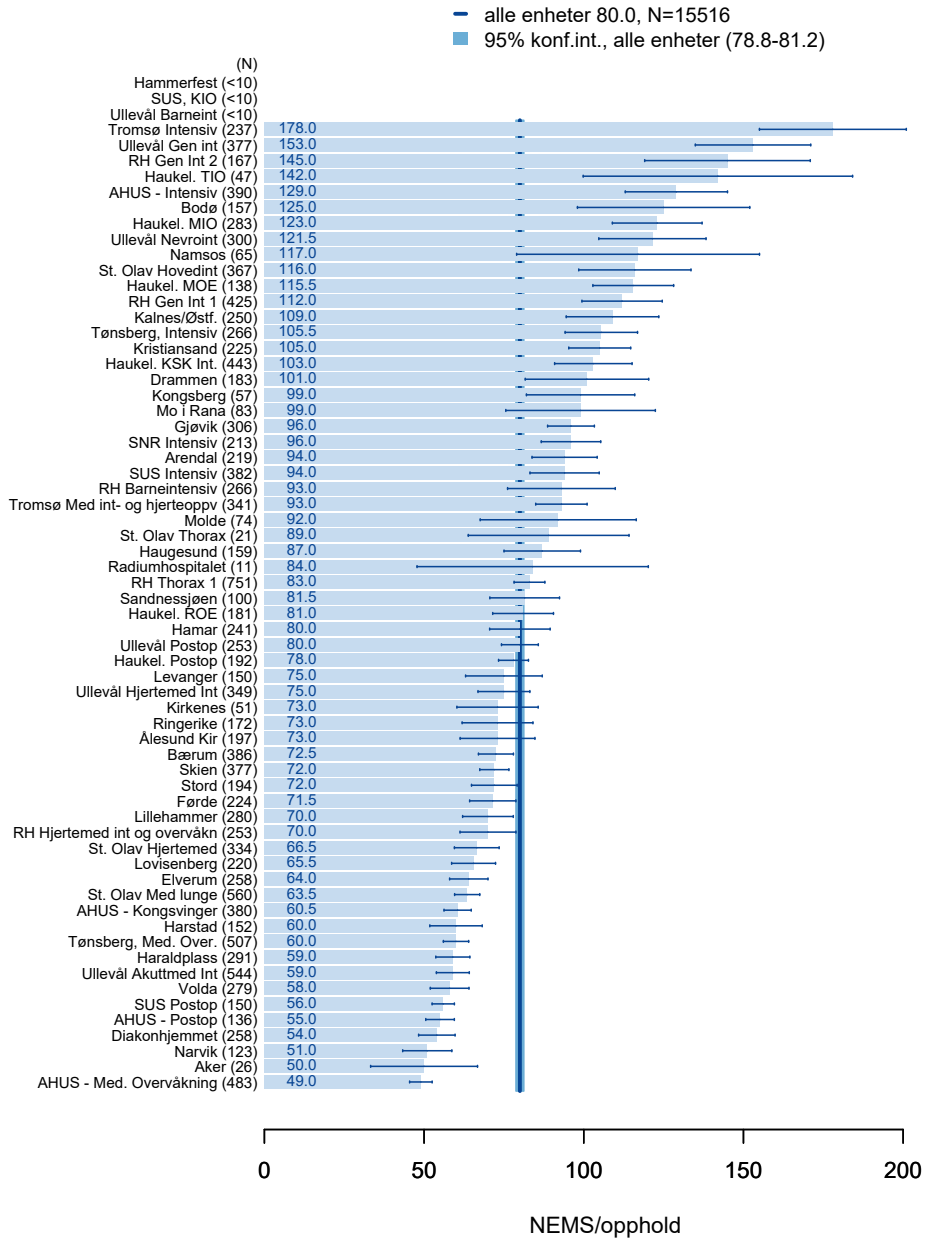
Innleggesdatoer: 2025-01-01 til 2025-12-31



Figur 66: Fordeling av NEMS per døger

Innleggsdatoer: 2025-01-01 til 2025-12-31

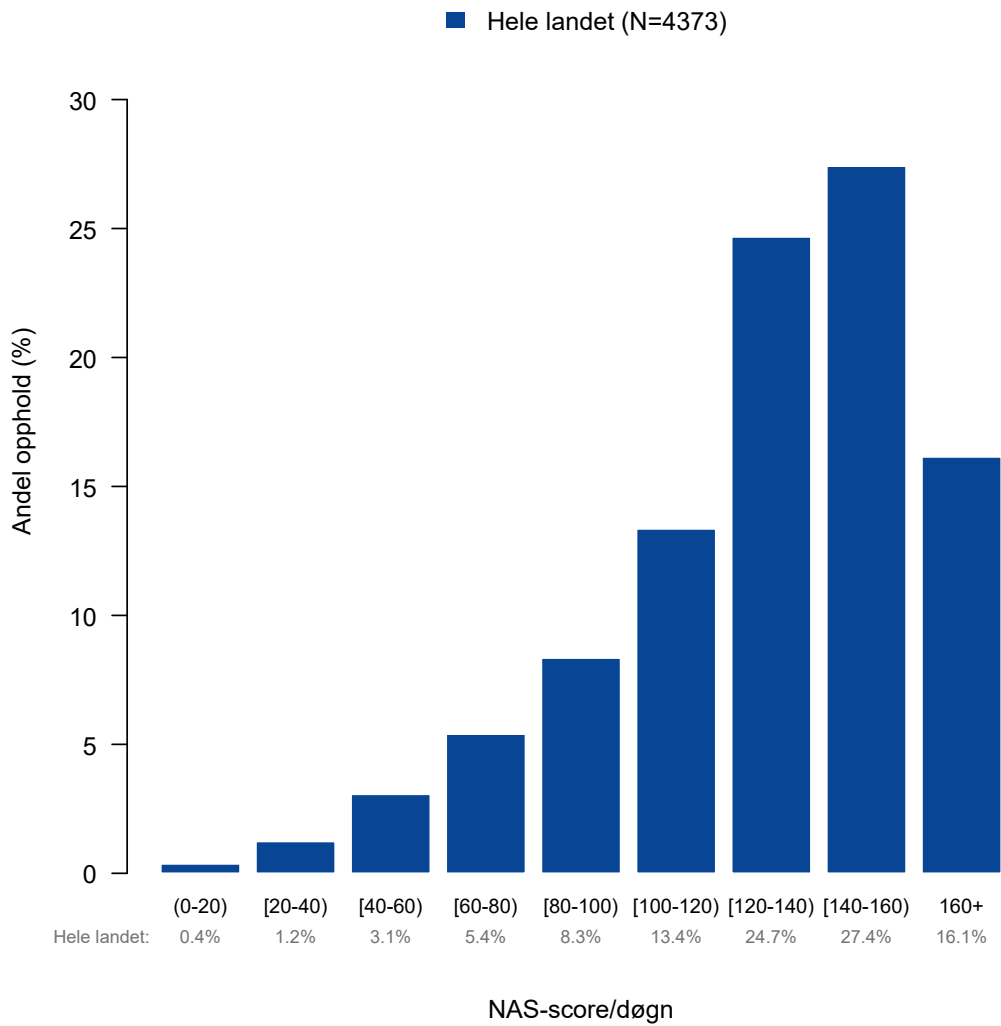
Median NEMS per opphold



Figur 67: Median NEMS per opphold

Innleggesdatoer: 2025-01-01 til 2025-12-31

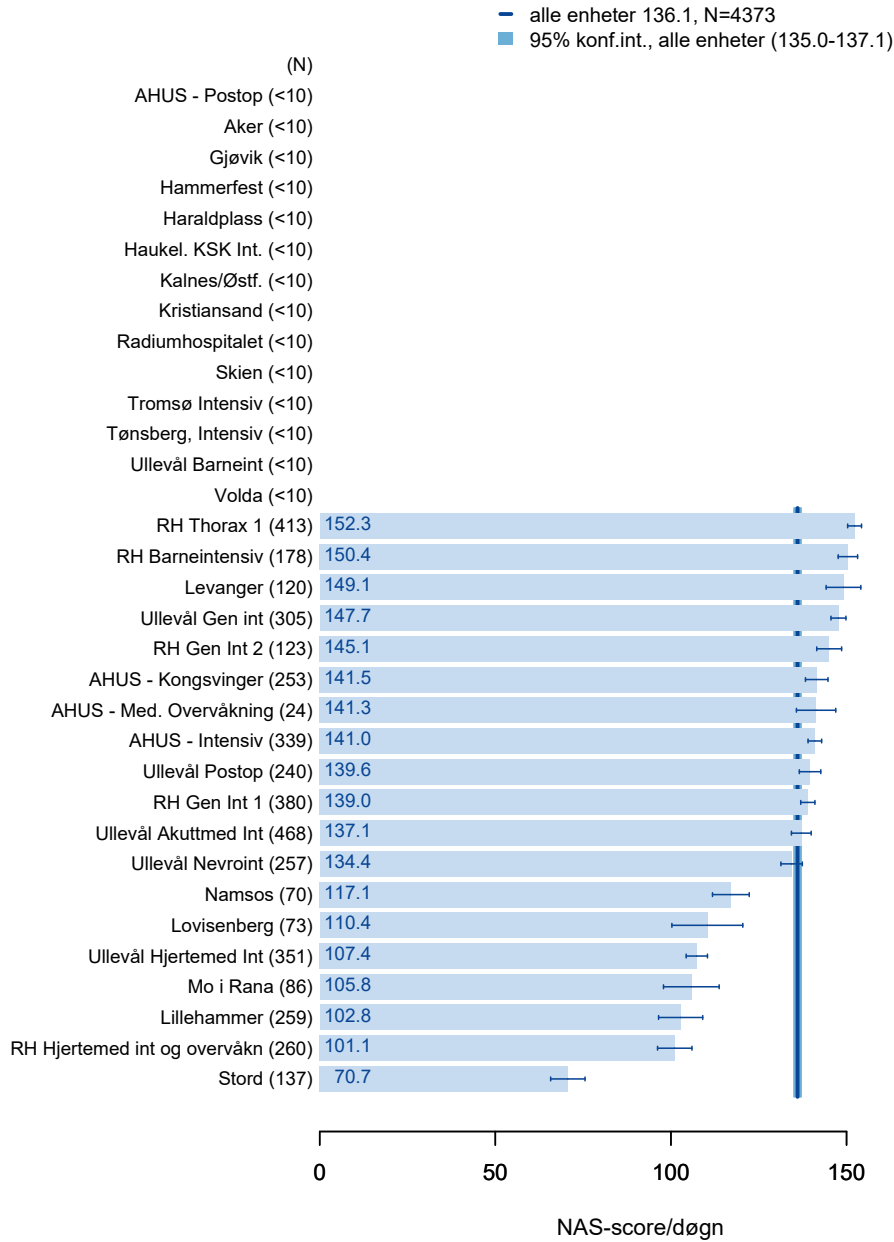
NAS per døgn



Figur 68: Fordeling av NAS per døger

Innleggesdatoer: 2025-01-01 til 2025-12-31

Median NAS per døgn

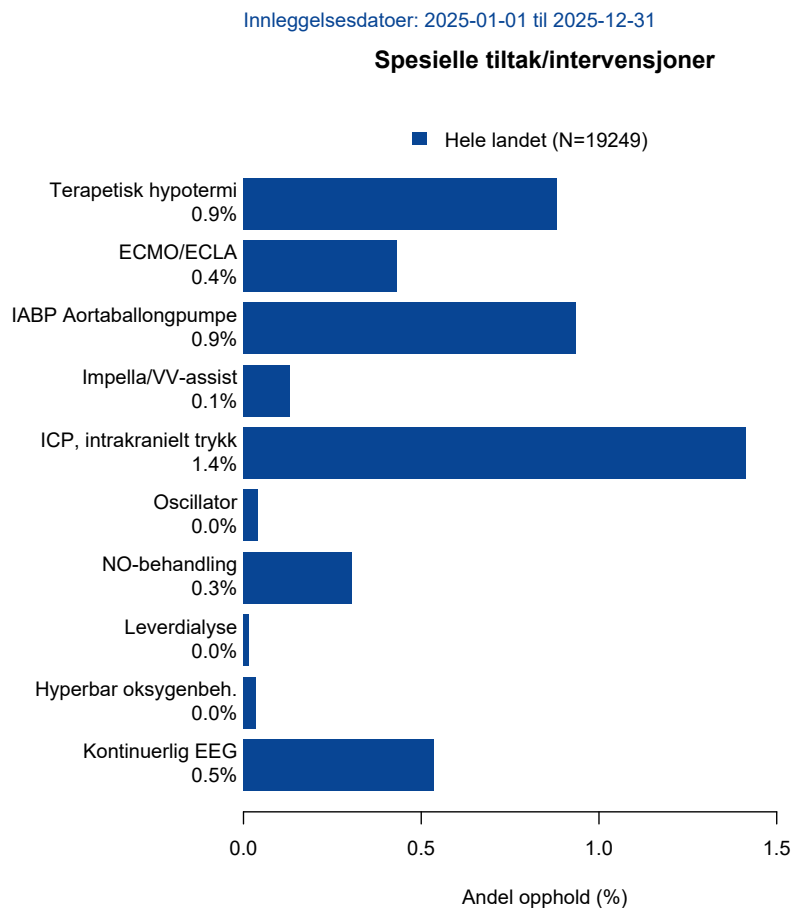


Figur 69: Median NAS per døger, per eining

10.1.2 Spesialisert monitorering og behandling

NIR har frå 2016 ført oversikt over bruken av eit utval spesialiserte behandlingar. Desse vert i all hovudsak utførte på regioneiningane. Registreringa av desse tiltaka er ikkje obligatorisk, men verkar likevel å gje ein god peikepinn på bruken av slik spesialisert behandling. Samstundes er det mogleg å sei noko om ressursbruk i dei ulike einingane. Tiltak som ECMO, behandling og IABP/Impella er døme på dette. Det pågår revisjon av NIR-datasettet, slik at ein på sikt kan fremstille betre resultat av desse organstøttande behandlingmetodane på ein betre måte for framtida.

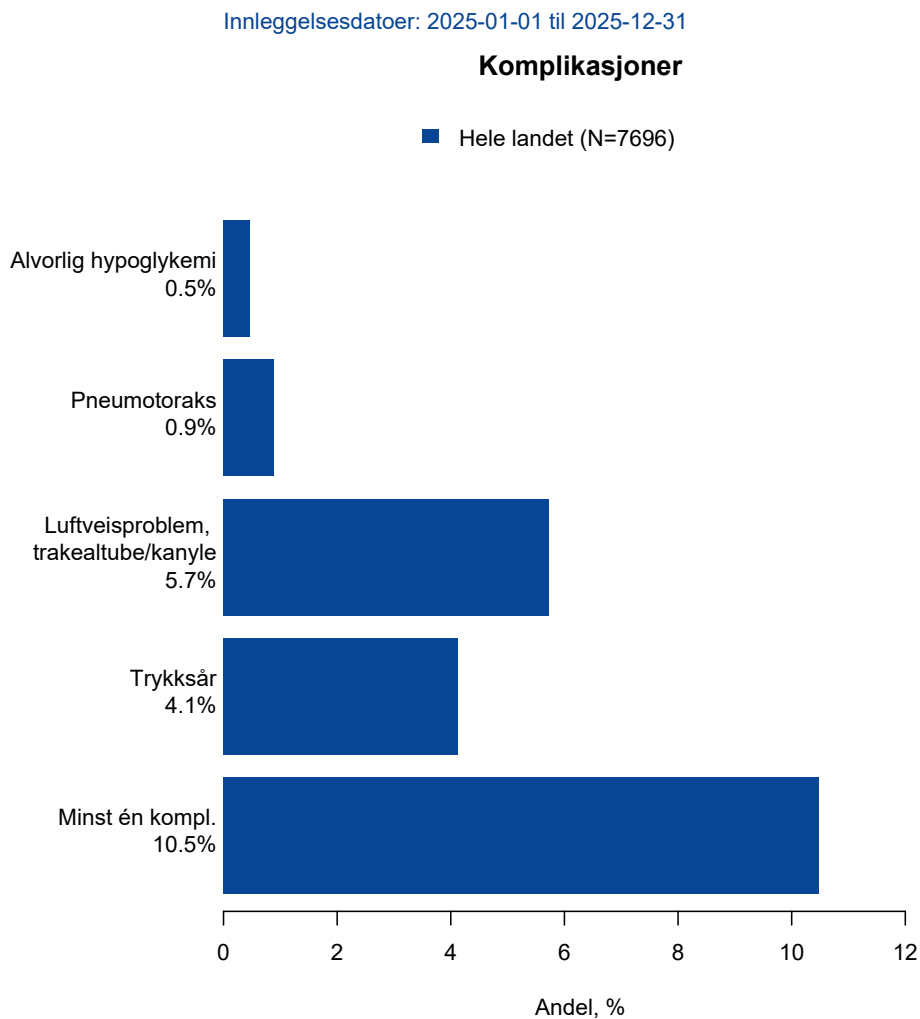
Sidan 2023 er der mindre nyansar i behandlinga, nasjonalt sett. Der er ei mindre auking fra i bruk av IABP, fra 0.3 % i 2023, til 1.0 % i 2024. Motsatt er det for bruk av ICP, som er redusert med 0.4 %. For ECMO var det 0.6 % i 2023 og 0.5 % for dette rapporteringsåret. I neste årsrapport planlegg ein for betre framstilling av somme av desse tiltaka, då det no er ei betre registreringsløyising for rapportering av dette i registgerløyisinga, MRS.



Figur 70: Fordeling av særskilte behandlingstiltak

10.1.3 Komplikasjonar

Komplikasjonar i form av alvorlig hypoglykemi, iatrogen pneumothorax, luftvegsproblem og trykksår blir registrert i registeret. Trykksår omfattar alt frå raud hud til død hud (kategori 1-4) , og inkluderer hudforandringar som følgje av til dømes støttestrømper, slangar eller bandasjar. Trykksår har høgast forekomst, medan dei tre andre komplikasjonane er færre 71. Registeret vil oppmode til kvalitetsforbetringsprosjekt med kartlegging og reduksjon av komplikasjonar i einingane. Det er færre som registrerer komplikasjonar enn tidlegare år. Kven som aktivt registrerer komplikasjonar vises i figur 72.

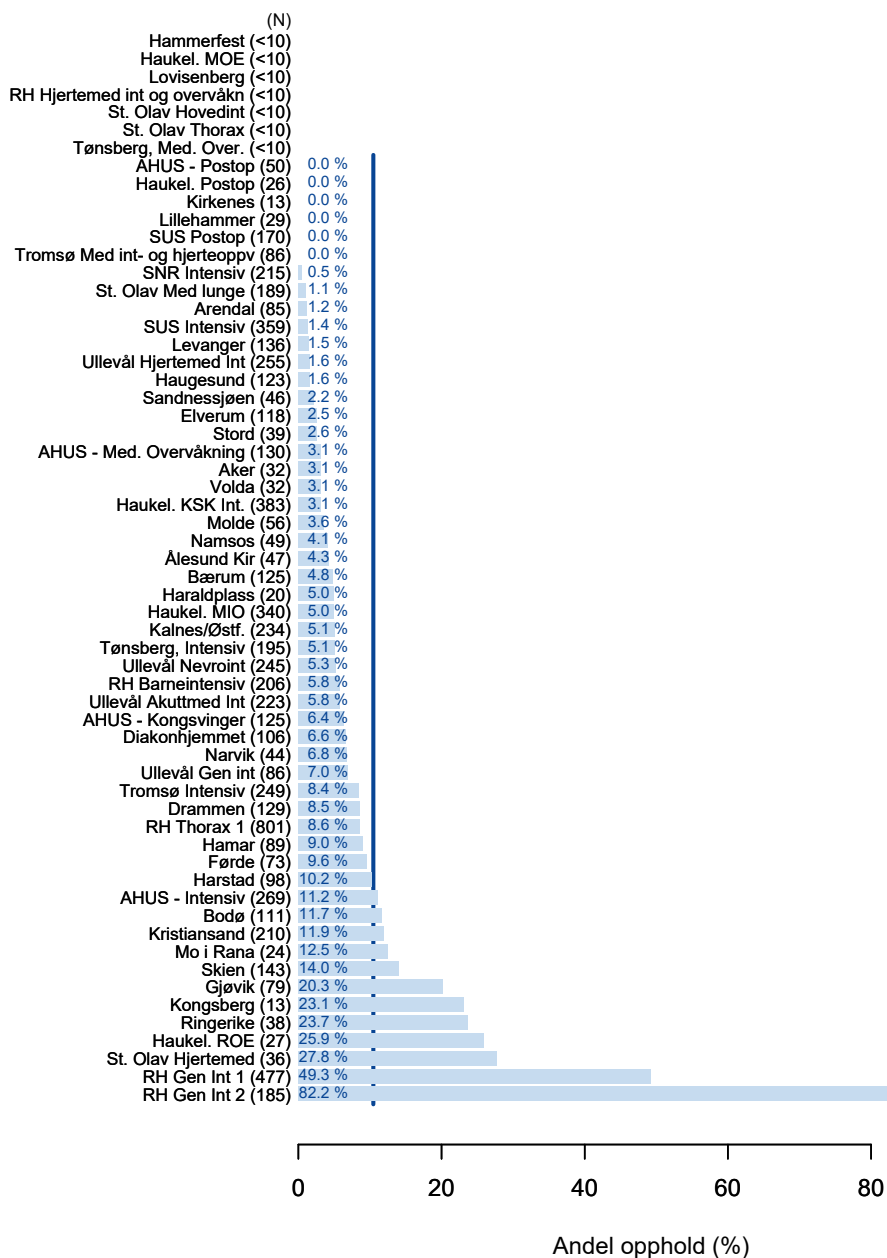


Figur 71: Fordeling av komplikasjonar nasjonalt

Innleggelsesdatoer: 2025-01-01 til 2025-12-31

Opphold med minst en komplikasjon registrert

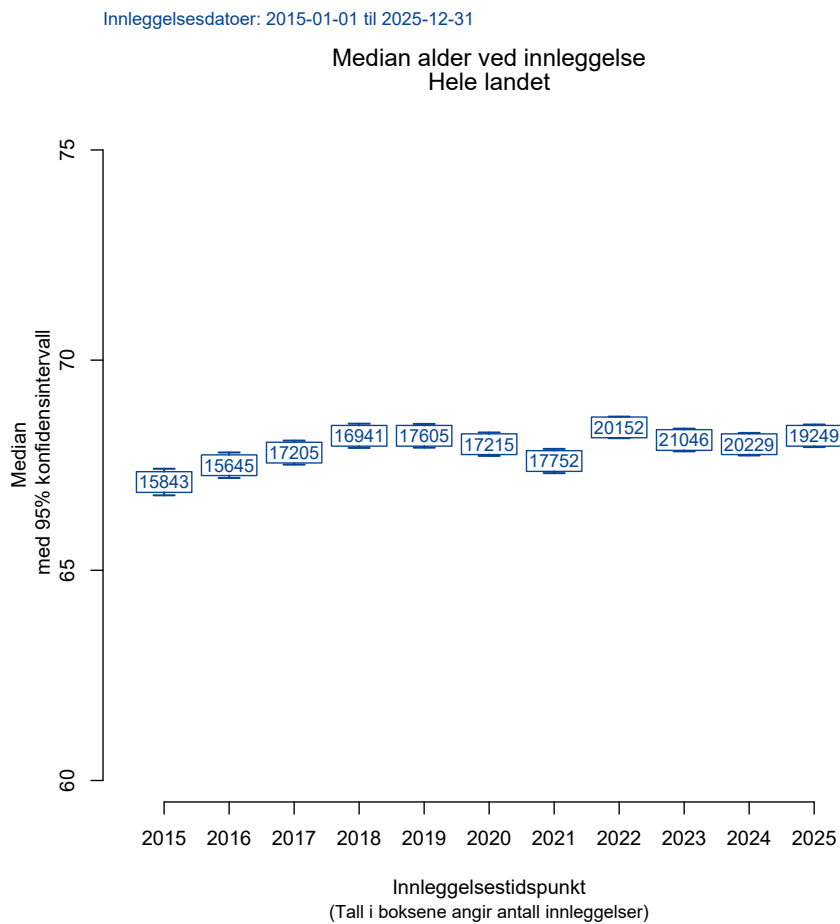
— alle enheter: 10.5%, N=7696



Figur 72: Del opphold med registrerte komplikasjoner

10.1.4 Tidstrender alder, SAPS2, NEMS, liggjetid, respiratortid

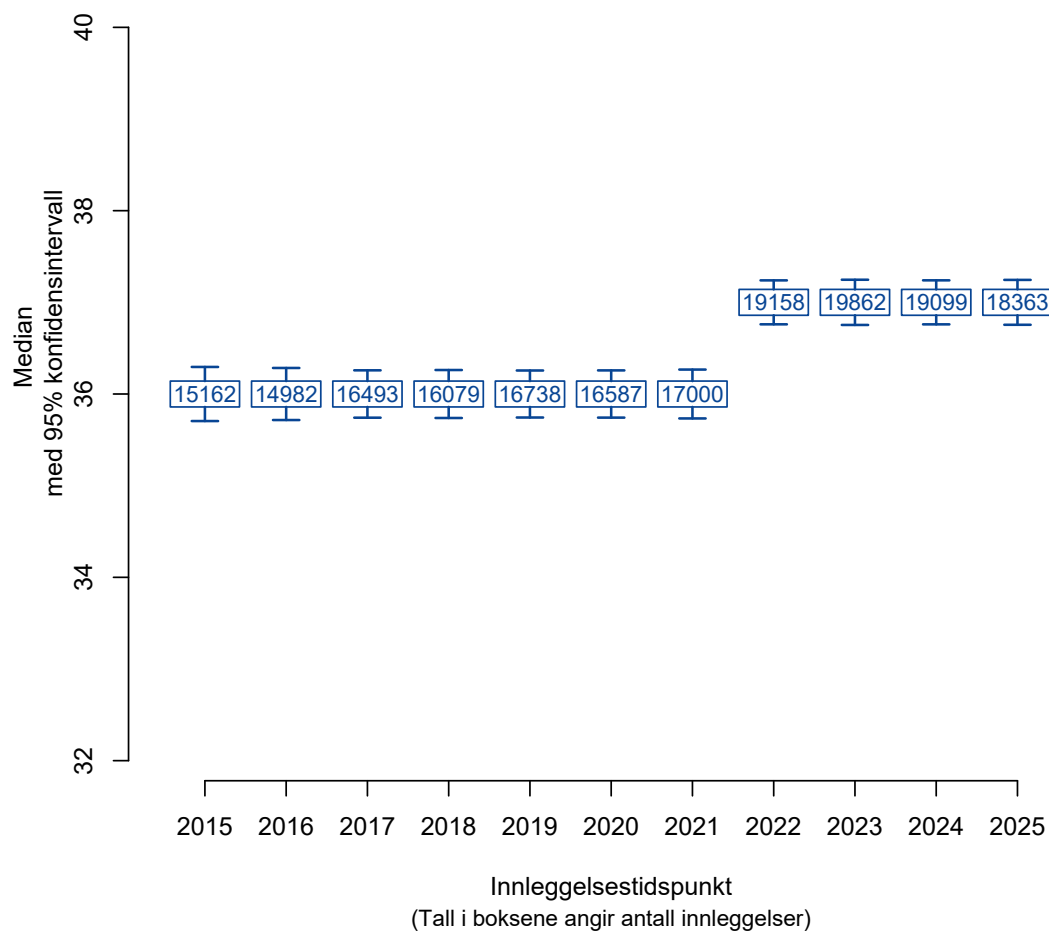
Frå 2011 har NIR hatt data på elektronisk plattform. Dette gjer at vi etterkvart kan sjå tidstrender i materialet vårt. Median alder ved innlegging held seg nokolunde stabilt i underkant av 70 år (Figur 73). SAPS II er sakte fallande, men ein skal vere merksam på at dette kan skuldast feil i datagrunnlaget sidan SAPS II er vanskeleg å skåre korrekt (Figur 74). Registeret er i gang med å undersøke validiteten til SAPS II. Median NEMS per opphald har hatt ein stigande tendens fram til 2018, men har gått ned att seinare år (Figur 75). Også dette kan ha med skåringspraksis å gjere, men er ikkje undersøkt nærare. Median liggjetid auka til 2,1 døger under pandemien, men er no felle ned att til normalt nivå på 1,9 døger (Figur 77). Median invasiv respiratortid (summen av både non-invasiv og invasiv) er tydeleg fallande (Figur 78, 79). Dette skuldast mest sannsynleg ein større del opphald med kortvarig behov for respiratorstøtte.



Figur 73: Utvikling i alder ved innlegging

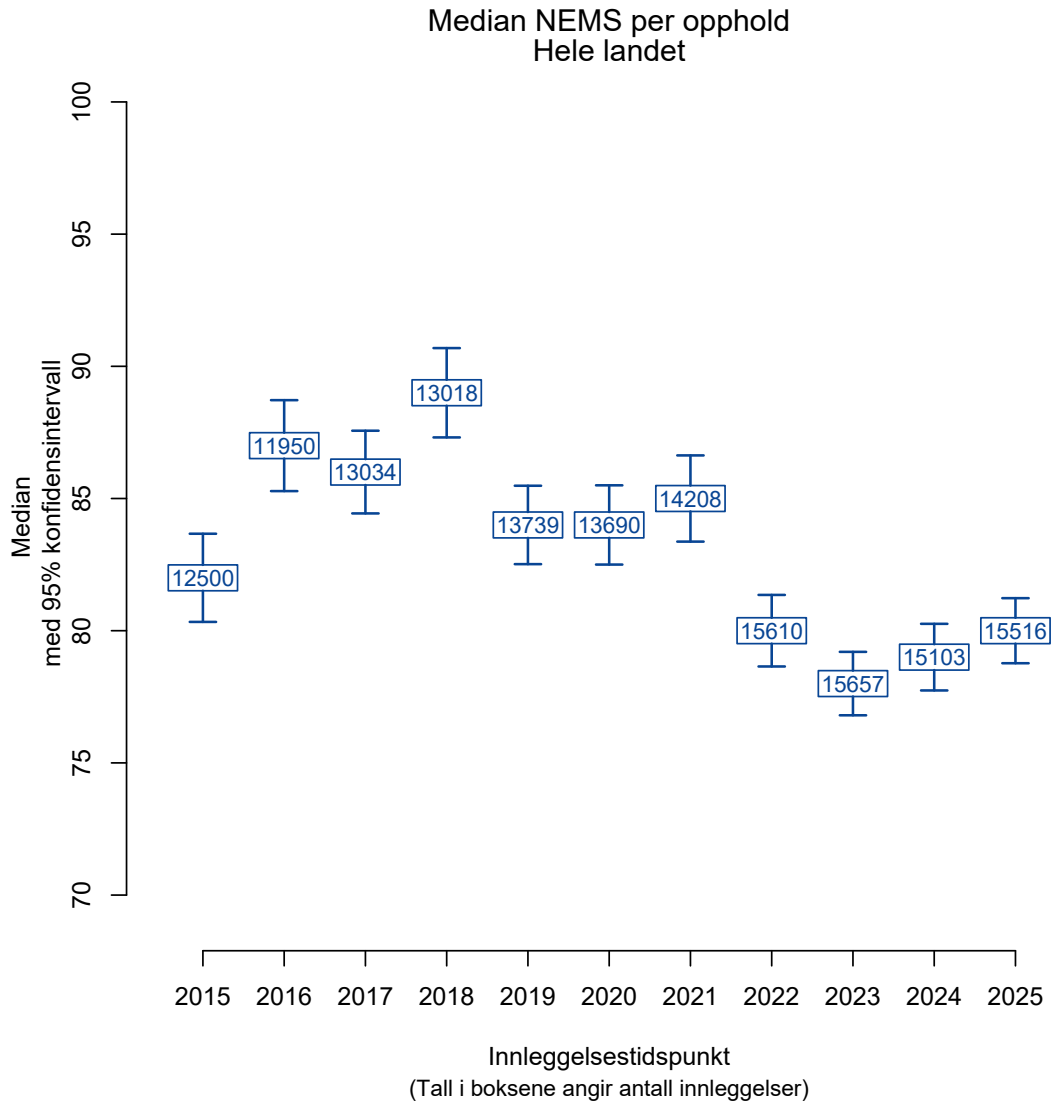
Innleggesdatoer: 2015-01-01 til 2025-12-31

Median SAPSII Hele landet



Figur 74: Utvikling av SAPS II

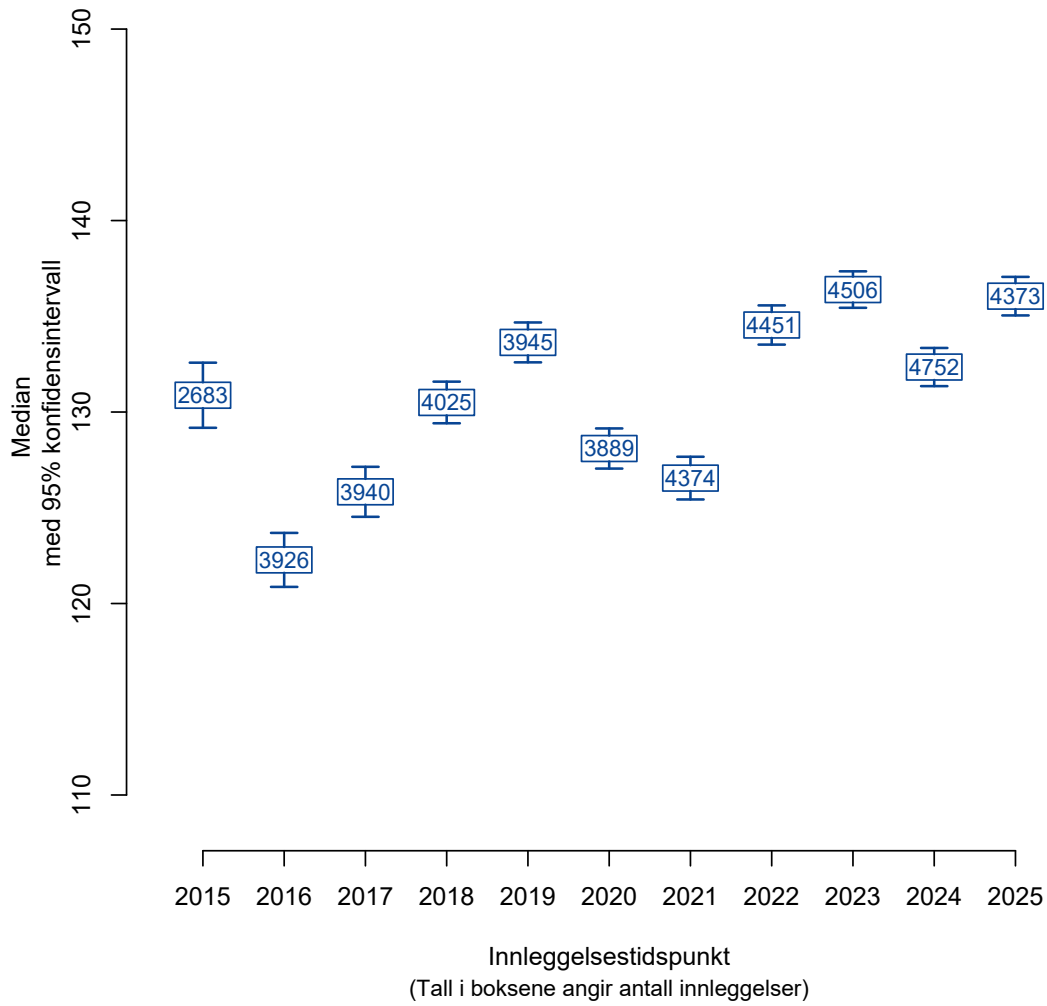
Innleggesdatoer: 2015-01-01 til 2025-12-31



Figur 75: Utvikling av NEMS

Innleggesdatoer: 2015-01-01 til 2025-12-31

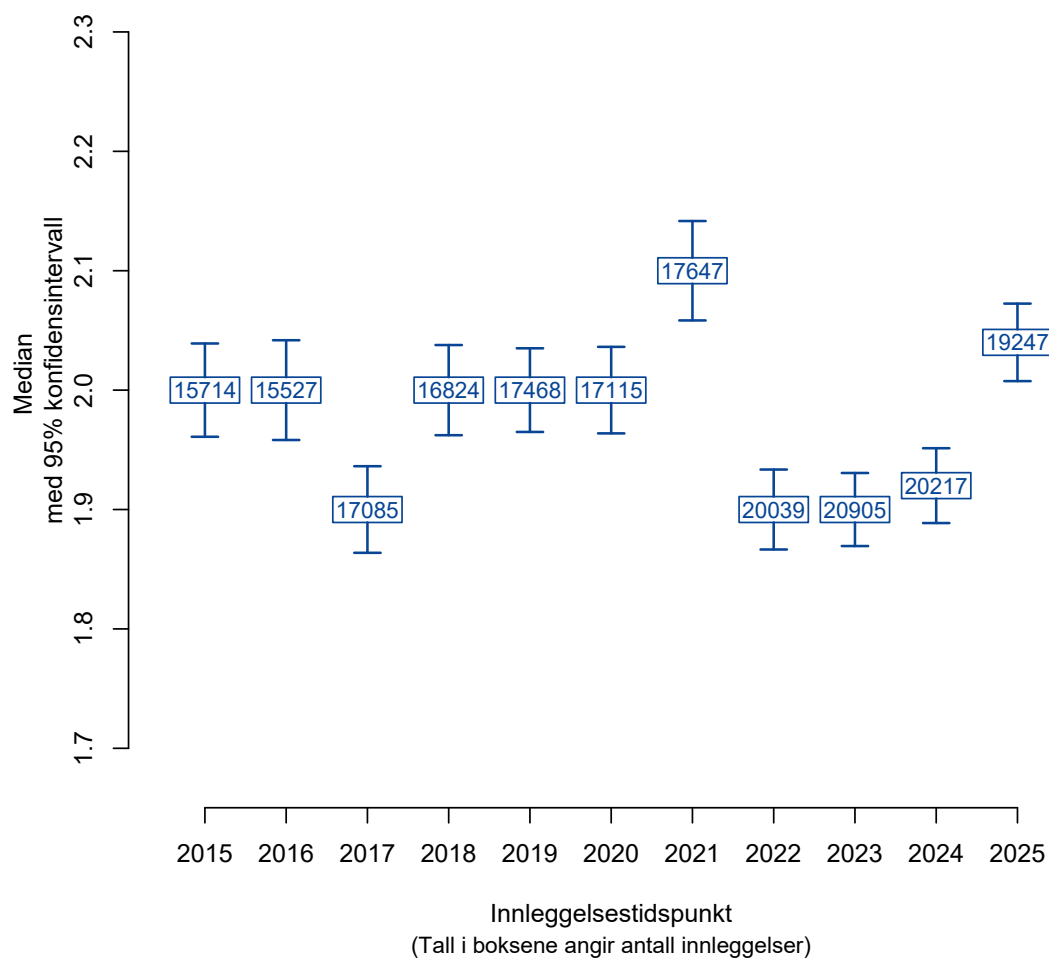
Median NAS per døgn Hele landet



Figur 76: Utvikling av NAS

Innleggesdatoer: 2015-01-01 til 2025-12-31

Median liggetid Hele landet

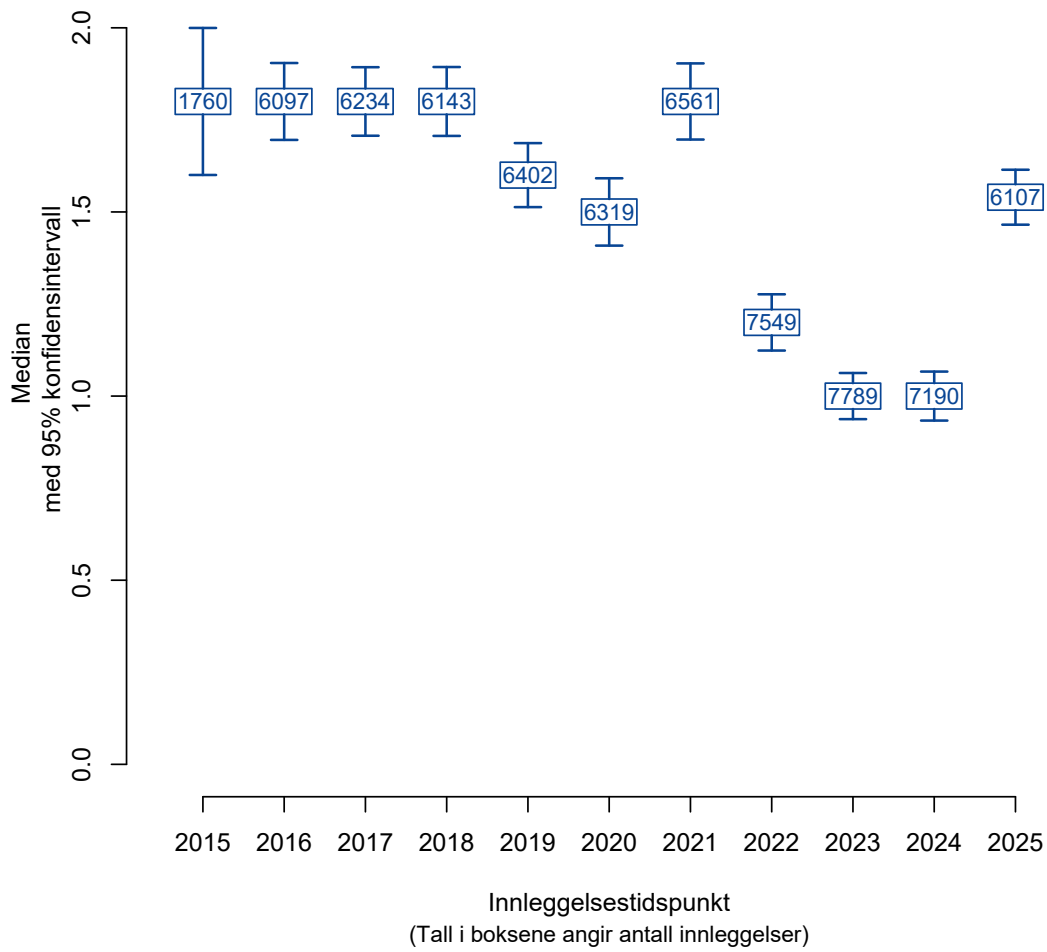


Figur 77: Utvikling i liggjetid

Innleggesdatoer: 2015-01-01 til 2025-12-31

Median invasiv ventilasjon (inkl. overførte pasienter) Hele landet

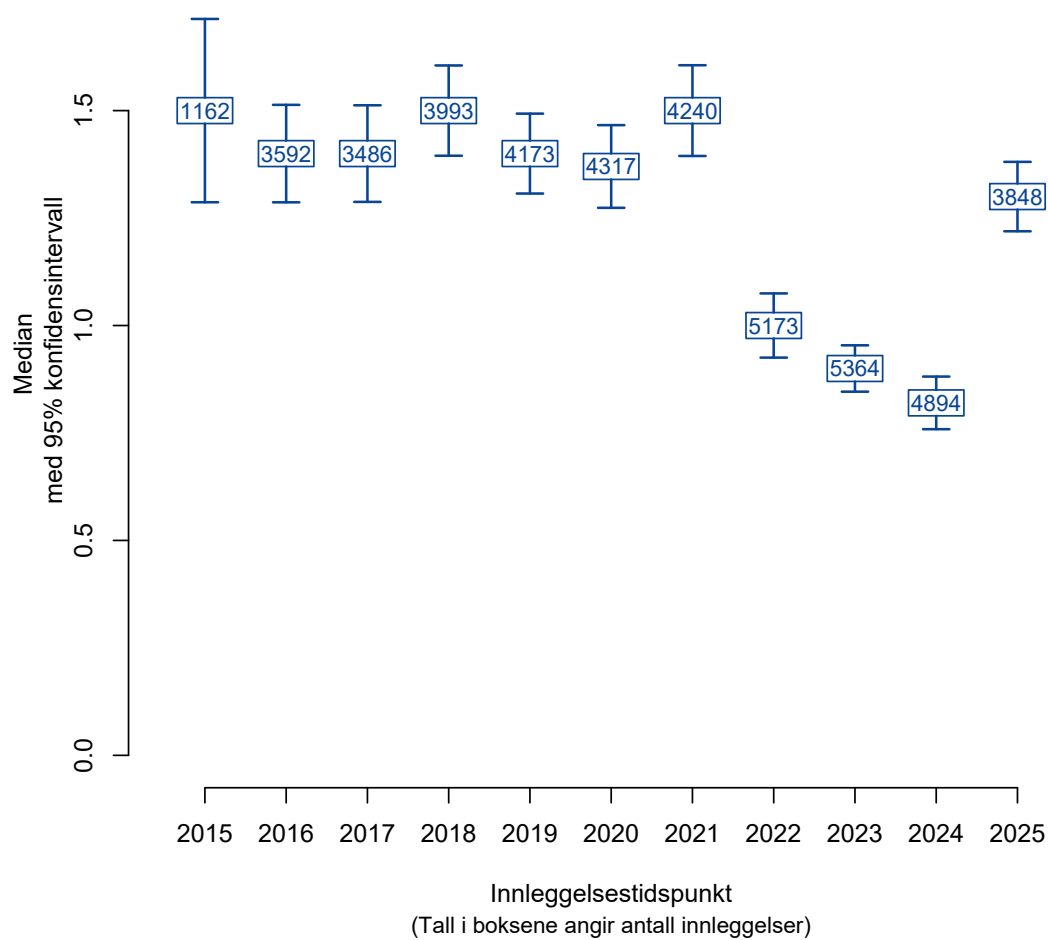
Mål: < 2,5 da



Figur 78: Utvikling i invasiv respiratortid, inkludert overførte pasienter

Innleggesdatoer: 2015-01-01 til 2025-12-31

Median invasiv ventilasjon (uten overførte pasienter) Hele landet



Figur 79: Utvikling i invasiv respiratortid, utan overførte pasientar

Publikasjoner med bruk av data frå NIKreg 2011–2026

Nr.	Publikasjon	Tidsskrift
1	Moller JH, Soreide K, Buanes EA, Kvaloy JT, Strand K. Incidence, Mortality, and Long-Term Survival in Patients With Acute Pancreatitis Admitted to Intensive Care: A Nationwide Cohort Study.	Acta Anaesthesiol Scand. 2026;70(1):e70164.
2	Hogvall LM, Herling SF, Egerod I, Petosic A, Danielsen MER, Rudiger U, et al. The patient experience of a nurse-written ICU-diary intervention: A cross sectional survey.	Intensive Crit Care Nurs. 2025;86:103846.
3	Holmaas G, Hilton E, Foss S, Wathle GK, Kvale R. Potential organ donors during two years at the second largest hospital in Norway.	Acta Anaesthesiol Scand. 2024.
4	Flæten ØØ, Stafseth SK, Vinje H, Johansen E, Sunde K, Wøien H, et al. Incidence, characteristics, and associated factors of pressure injuries acquired in intensive care units over a 12-month period: A secondary analysis of a quality improvement project.	Intensive and Critical Care Nursing. 2024;81:103587.
5	Fjone KS, Stubberud J, Buanes EA, Hagen M, Laake JH, Hofso K. Objective and subjective cognitive status after intensive care unit treatment for COVID-19.	Brain Behav Immun Health. 2024;38:100786.
6	Örtqvist AK, Magnus MC, Aabakke AJM, Urhoj SK, Vinkel Hansen A, Nybo Andersen A-M, et al. Severe COVID-19 during pregnancy in Sweden, Norway, and Denmark.	Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica. 2023;n/a(n/a):681–9.
7	Whittaker R, Toikkanen S, Dean K, Lyngstad TM, Buanes EA, Kløvstad H, et al. A comparison of two registry-based systems for the surveillance of persons hospitalised with COVID-19 in Norway, February 2020 to May 2022.	Eurosurveillance. 2023;28(33):2200888.
8	Kvale R, Moller MH, Porkkala T, Varpula T, Enlund G, Engerstrom L, et al. The Nordic perioperative and intensive care registries-Collaboration and research possibilities.	Acta Anaesthesiol Scand. 2023.
9	Fjone KS, Buanes EA, Smastuen MC, Laake JH, Stubberud J, Hofso K. Post-traumatic stress symptoms six months after ICU admission with COVID-19: Prospective observational study.	J Clin Nurs. 2023.
10	Buanes EA, Bruserud Ø, Huroz SC, Barratt-Due A, Flaatten H, Kvåle R. External validation of SAPS II score reported to the Norwegian Intensive Care and Pandemic Registry (NIPaR).	Norsk Epidemiologi. 2023;31(1-2).
11	Bruserud O, Haaland OA, Kvale R, Buanes EA. A first-level customization study of SAPS II with Norwegian Intensive Care and Pandemic Registry (NIPaR) data.	Acta Anaesthesiol Scand. 2023.
12	Amdal CD, Falk RS, Singer S, Pe M, Piccinin C, Bottomley A, et al. A multicenter international prospective study of the validity and reliability of a COVID-19-specific health-related quality of life questionnaire.	Qual Life Res. 2023;32(2):447–59.
13	Whittaker R, Greve-Isdahl M, Bøås H, Suren P, Buanes EA, Veneti L. COVID-19 Hospitalization Among Children <18 Years by Variant Wave in Norway.	Pediatrics. 2022.

Nr.	Publikasjon	Tidsskrift
14	Whittaker R, Bråthen Kristofferson A, Valcarcel Salamanca B, Seppälä E, Golestani K, Kvåle R, et al. Length of hospital stay and risk of intensive care admission and in-hospital death among COVID-19 patients in Norway: a register-based cohort study comparing patients fully vaccinated with an mRNA vaccine to unvaccinated patients.	Clin Microbiol Infect. 2022;28(6):871–8.
15	Veneti L, Valcarcel Salamanca B, Seppala E, Starrfelt J, Storm ML, Bragstad K, et al. No difference in risk of hospitalization between reported cases of the SARS-CoV-2 Delta variant and Alpha variant in Norway.	Int J Infect Dis. 2022;115:178–84.
16	Veneti L, Bøås H, Bråthen Kristoffersen A, Stålcrantz J, Bragstad K, Hungnes O, et al. Reduced risk of hospitalisation among reported COVID-19 cases infected with the SARS-CoV-2 Omicron BA.1 variant compared with the Delta variant, Norway, December 2021 to January 2022.	Euro Surveill. 2022;27(4).
17	Starrfelt J, Danielsen AS, Buanes EA, Juvet LK, Lyngstad TM, Ro GOI, et al. Age and product dependent vaccine effectiveness against SARS-CoV-2 infection and hospitalisation among adults in Norway: a national cohort study, July–November 2021.	BMC Med. 2022;20(1):278.
18	Stalcrantz J, Kristoffersen AB, Boas H, Veneti L, Seppala E, Aasand N, et al. Milder disease trajectory among COVID-19 patients hospitalised with the SARS-CoV-2 Omicron variant compared with the Delta variant in Norway.	Scand J Public Health. 2022;50(6):676–82.
19	Fjelltveit EB, Cox RJ, Kittang BR, Blomberg B, Buanes EA, Langeland N, et al. Lower antibiotic prescription rates in hospitalized COVID-19 patients than influenza patients, a prospective study.	Infect Dis (Lond). 2022;54(2):79–89.
20	Eiding H, Kongsgaard UE, Olasveengen TM, Heyerdahl F. Interhospital transport of critically ill patients: A prospective observational study of patient and transport characteristics.	Acta Anaesthesiol Scand. 2022;66(2):248–55.
21	Dongelmans DA, Quintairos A, Buanes EA, Aryal D, Bagshaw S, Bendel S, et al. Worldwide clinical intensive care registries response to the pandemic: An international survey.	J Crit Care. 2022;71:154111.
22	Chew MS, Kattainen S, Haase N, Buanes EA, Kristinsdottir LB, Hofso K, et al. A descriptive study of the surge response and outcomes of ICU patients with COVID-19 during first wave in Nordic countries.	Acta Anaesthesiol Scand. 2022;66(1):56–64.
23	Aukland EA, Klepstad P, Aukland SM, Ghavidel FZ, Buanes EA. Acute kidney injury in patients with COVID-19 in the intensive care unit: evaluation of risk factors and mortality in a national cohort.	BMJ Open. 2022;12(6):e059046.
24	Whittaker R, Kristofferson AB, Seppälä E, Valcarcel Salamanca B, Veneti L, Storm ML, et al. Trajectories of hospitalisation for patients infected with SARS-CoV-2 variant B.1.1.7 in Norway, December 2020 - April 2021.	J Infect. 2021;83(4):e14–e7.

Nr.	Publikasjon	Tidsskrift
25	Vesterlund GK, Ostermann M, Myatra SN, Arabi YM, Sadat M, Zampieri FG, et al. Preferences for the measurement and supplementation of magnesium, phosphate and zinc in ICUs: The international WhyTrace survey.	Acta Anaesthesiol Scand. 2021;65(3):390–6.
26	Veneti L, Seppala E, Larsdatter Storm M, Valcarcel Salamanca B, Alnes Buanes E, Aasand N, et al. Increased risk of hospitalisation and intensive care admission associated with reported cases of SARS-CoV-2 variants B.1.1.7 and B.1.351 in Norway, December 2020 -May 2021.	PLoS One. 2021;16(10):e0258513.
27	Petosic A, Småstuen MC, Beeckman D, Flaatten H, Sunde K, Wøien H. Multifaceted intervention including Facebook-groups to improve guideline-adherence in ICU: A quasi-experimental interrupted time series study.	Acta Anaesthesiol Scand. 2021;65(10):1466–74.
28	Nystad TW, Hufthammer KO, Buanes EA, Bryne K, Fevang BS. COVID-19 in patients with chronic inflammatory rheumatic joint disease.	Tidsskr Nor Laegeforen. 2021;141(2021-14).
29	Laake JH, Buanes EA, Smastuen MC, Kvale R, Olsen BF, Rustoen T, et al. Characteristics, management and survival of ICU patients with coronavirus disease-19 in Norway, March-June 2020. A prospective observational study.	Acta Anaesthesiol Scand. 2021.
30	Johannesen TB, Smeland S, Aaserud S, Buanes EA, Skog A, Ursin G, et al. COVID-19 in Cancer Patients, Risk Factors for Disease and Adverse Outcome, a Population-Based Study From Norway.	Front Oncol. 2021;11:652535.
31	Aamodt AH, Bjørk MH, Tronvik EA, Buanes EA, Stovner LJ, Atar D. Do ACE inhibitors and angiotensin receptor antagonists increase the risk of severe COVID-19?	Tidsskr Nor Laegeforen. 2020;140(9).
32	Whittaker R, Grøslund M, Buanes EA, Beitland S, Bryhn B, Helgeland J, et al. Hospitalisations for COVID-19 - a comparison of different data sources.	Tidsskr Nor Laegeforen. 2020;140(18).
33	Buanes EA, Barratt-Due A, Kvåle R, Leistad L, Konstante R. Viktig å skilje intermediærpasientar frå intensivpasientar.	Tidsskr Nor Laegeforen. 2018;138(11).
34	Lindemark F, Universitetet i Bergen Institutt for global helse og s, Universitetet i B. Severity of disease and concern for the distribution of lifetime health : distribution-weighted cost-effectiveness analysis of admission to intensive care units.	Bergen: University of Bergen; 2017.
35	Andersen F. Intensive care for the very old.	2017.
36	Haaland OA, Lindemark F, Flaatten H, Kvale R, Johansson KA. A calibration study of SAPS II with Norwegian intensive care registry data.	Acta Anaesthesiol Scand. 2014;58(6):701–8.
37	Torgersen J, Hole J, Kvåle R, Wentzel-Larsen T, Flaatten H. Cognitive impairments after critical illness.	Acta anaesthesiologica Scandinavica. 2011;55:1044–51.

Tabell 20: Publikasjonar med bruk av data frå NIKreg 2011–2026

Norsk intensiv- og kriseregister
Årsrapport for 2025

Med plan for forbedringstiltak
Versjon 1.0

www.NorskIntensiv-ogKriseregister.no