

## STYRESAK

**GÅR TIL:** Styremedlemmer  
**FØRETAK:** Helse Vest RHF

**DATO:** 29.05.2016  
**SAKSHANDSAMAR:** Erik Sverrbo  
**SAKA GJELD:** **Tertialrapport på nasjonale kvalitetsindikatorar per 3. tertial 2015**

**ARKIVSAK:** 2015/2228  
**STYRESAK:** **073/16**

**STYREMØTE:** **20.06. 2016**

---

### **FORSLAG TIL VEDTAK**

Styret tar tertialrapporteringa per 3. tertial 2015 til orientering.

## Oppsummering

Samanlikna med dei tre andre helseregionane skårar Helse Vest framleis svært godt på dei nasjonale kvalitetsindikatorane som er publisert for 3. tertial 2015. Helse Vest skårar berre «lågast» på 8 av dei totalt 69 tertialvise kvalitetsindikatorane som blir presentert i denne saka.

Av dei fire helseføretaka i regionen er det Helse Bergen og Helse Førde som jamt over skårar «høgast» på dei nasjonale kvalitetsindikatorane per 3. tertial 2015.

## Fakta

Denne tertialrapporteringa bygger på dei offisielle nasjonale kvalitetsindikatorane per 3. tertial 2015, som er publisert på nettstaden [helsenorge.no](http://helsenorge.no).

## Kommentarar

### *Samanstilling av tertialvise indikatorar*

I tabellen bakanfor er alle dei nasjonale tertialvise indikatorane samanstillt for dei fire helseføretaka i Helse Vest, og for dei fire helseregionane. Indikatorane er forsøkt sortert etter dei fire fagområda somatikk, psykisk helsevern for barn og unge (BUP), psykisk helsevern for vaksne (PHV) og tverrfagleg spesialisert rusbehandling (TSB). I samband med publiseringa av kvalitetsindikatorar blei det og presentert ein del nye kvalitetsindikatorar. Dei to største bolkanane er 15 infeksjonsindikatorar og 9 nye kvalitetsindikatorar innan pakkeforløp for kreft. Det vil og bli presentert seks årlege kvalitetsindikatorarar på regionalt nivå, som syner 5 års overleving etter ulike kreftbehandlingar.

Dei fire kvalitetsindikatorane som omhandla delen oppdaterte ventetider på nettstaden [fritt.sjukehusval.no](http://fritt.sjukehusval.no) blei utfasa frå og med publiseringa i mai 2016. Dette fordi fritt sjukehusval blei erstatta med fritt behandlingsval 1. november 2015. Nye kvalitetsindikatorar vil bli implementert frå august 2016.

På regionalt nivå er det overordna biletet at Helse Vest framleis kjem veldig godt ut på dei nasjonale kvalitetsindikatorane per 3. tertial 2015, samanlikna med dei tre andre regionale helseføretaka. Helse Vest skårar høgast av alle helseregionane på svært mange av indikatorane, markert med grøn farge, medan regionen samla berre skårar aller lågast på åtte av totalt 69 tertialvise indikatorar.

Dei indikatorane som Helse Vest skårar lågast av regionane på i 3. tertial 2015 er: to av dei nye kreftforløp indikatorane (testikkelkreft og hovud/hals), tre av infeksjonsindikatorane,

prosentdelen tvangsinnleggingar innan psykisk helsevern for vaksne, prosentdelen epikrisar utsend innan 7 dagar innan PHV og prosentdelen epikrisar utsend innan TSB.

Når det gjeld dei ni nye kvalitetsindikatorane som omhandlar pakkeforøp for kreft gjennomført innan maksimalt anbefalt forløpstid, så skriv Helsedirektoratet at desse blei innført som nytt rapporteringskrav frå 1. januar 2015. Sidan det tar tid å implementera rutinar for registrering, kvalitetssikring og rapportering av data, tar dei atterhold om datakvaliteten. I denne omgang blei indikatorane berre publisert på regionalt nivå. Ein veit difor ikkje kva måloppnåing helseføretaka har. Helse Vest ligg lågare enn dei andre helseregionene på pasientdelen innan anbefalt forløpstid for testikkelkreft og hovudhalskreft.

Dei 15 ny-publiserte kvalitetsindikatorane som omhandlar infeksjonar har Norsk overvakingssystem for antibiotikabruk og helsetenesteassosierte infeksjonar (NOIS) som datakjelde. Desse indikatorane kan igjen delast inn i tre grupper: Delen pasientar som er vurdert for infeksjon innan 30 dagar, delen postoperative infeksjonar innan 30 dagar og delen djupe og organ/holromsinfeksjonar. I den førstnemnte gruppa skårar Helse Vest lågt på to av totalt seks indikatorar. Helse Vest har ein noko lågare måloppnåing på indikatorane som målar vurdering av infeksjonsstatus 30 dagar etter fjerning av galleblære og vurdering av infeksjonsstatus 30 dagar etter utført keisarsnitt. For begge desse indikatorane er det Helse Stavanger som gjer at resultatet er lågare enn i resten av landet.

Når det gjeld prosentdelen tvangsinnleggingar så er dette ein indikator som berre har blitt publisert ein gong tidlegare, og ein veit at det er store regionale og nasjonale variasjonar i registreringspraksis. Helse Vest starta alt i 2015 eit eige prosjekt som mellom anna omhandlar bruk og registrering av tvang, både når det gjeld innleggingar og tvangsmidlar. Innan Helse Vest hadde Helse Stavanger høgast bruk av tvangsinnleggingar slik det er registrert, og deretter følgjer Helse Bergen. Det er ikkje unaturleg at dei to største helseføretaka har høgast del tvangsinnleggingar.

Ser ein på indikatoren for epikrisetid innan PHV og kva resultat helseføretaka i regionen har oppnådd, finn ein at det er Helse Fonna og Helse Stavanger som trekk ned det samla resultatet for regionene. Begge dei to føretaka låg rett rundt 60 % epikrisar utsendt innan 7 dagar, noko som er betring frå førre tertial, medan Helse Bergen og Helse Førde låg rundt 86-88 %.

På den siste kvalitetsindikatoren kor Helse Vest skårar lågt (epikrisetid innan TSB), er det Helse Fonna som trekk ned det samla resultatet. Helse Fonna hadde om lag 61 % epikrisar utsendt innan 7 dagar i 3. tertial 2015, medan dei tre andre helseføretaka alle låg frå 82 % til nær 96 %.

Ser ein på korleis variasjonen er mellom helseføretaka innan Helse Vest, så tilseier det grafiske biletet at Helse Bergen og Helse Førde er det helseføretaket som jamt over skårar høgast. Helse Fonna har få raude lys innan dei somatiske og BUP indikatorane, men skårar

«lågast» på mange av indikatorane innan PHV og TSB. For Helse Bergen er biletet det motsette av Helse Fonna, då dei ikkje har raude lys innan TSB, BUP og PHV, men har på si side dette innan somatikk. Helse Stavanger er det helseføretaket som skårar «lågast» på flest indikatorar, og dermed har størst forbedringspotensiale, og dette fordeler seg over alle dei fire fagområda.

### Nasjonale tertialvise kvalitetsindikatorar per 3. tertial 2015

Nasjonale kvalitetsindikatorer - 2015 - T3		Mål	Helse Stavanger HF	Helse Fonna HF	Helse Bergen HF	Helse Førde HF	Helse Vest RHF	Helse Midt-Norge RHF	Helse Nord RHF	Helse Sør-Øst RHF	
Somatikk	Ventetider og Fristbrudd	Andel brudd på vurderingsgarantien	0%	0,6%	1,1%	1,2%	0,6%	1,0%	1,5%	2,6%	1,7%
		Andel fristbrudd for pasienter som har begynt helsehjelp	0%	2,5%	3,4%	1,2%	0,5%	1,8%	1,9%	3,7%	2,7%
	Pakkeforløp Kreft	Andel nye kreftpasienter i Pakkeforløp for lunge-, bryst-, prostata- og tykktarmskreft	70%	91,0%	95,7%	67,4%	87,1%	82,9%	91,4%	77,5%	74,8%
		Andel Pakkeforløp for lungekreft gjennomført innenfor maksimal anbefalt forløpstid	70%	80,6%	89,9%	78,3%	89,3%	81,3%	72,1%	81,3%	80,7%
		Andel Pakkeforløp for brystkreft gjennomført innenfor maksimal anbefalt forløpstid	70%	82,0%	73,9%	73,8%	66,7%	75,5%	58,2%	67,0%	64,3%
		Andel Pakkeforløp for prostatakreft gjennomført innenfor maksimal anbefalt forløpstid	70%	73,7%	73,1%	81,5%	54,5%	75,7%	87,2%	85,4%	74,6%
		Andel Pakkeforløp for tykktarmskreft gjennomført innenfor maksimal anbefalt forløpstid	70%	42,0%	46,7%	53,8%	57,1%	49,4%	41,3%	45,0%	42,8%
		Andel pakkeforløp for lunge-, bryst-, prostata- og tykktarmskreft innen normert forløpstid	70%	73,7%	79,1%	70,3%	69,3%	73,0%	72,7%	73,0%	65,2%
		Andel Pakkeforløp for eggstokkreft innen maksimal anbefalt forløpstid	70%					93,3%	90,9%	81,5%	56,4%
		Andel Pakkeforløp for blårekekreft innen maksimal anbefalt forløpstid	70%					92,7%	88,9%	77,0%	62,7%
Andel Pakkeforløp for hode-halskreft gjennomført innenfor maksimal anbefalt forløpstid		70%					46,7%	100,0%	78,1%	77,2%	
Andel Pakkeforløp for testikkelkreft gjennomført innenfor maksimal anbefalt forløpstid		70%					47,1%	100,0%	57,1%	74,6%	
Kvalitet	Andel pasienter med hoftebrudd som er operert innen 24 timer	-	68,3%	73,2%	55,8%	82,4%	67,4%	66,2%	72,4%	62,8%	
	Andel pasienter med hoftebrudd som er operert innen 48 timer	100%	97,0%	90,7%	95,2%	97,1%	95,5%	97,0%	94,3%	92,3%	
	Andel akutte keisersnitt	-	8,3%	6,6%	8,2%	7,0%	7,9%	12,7%	13,0%	11,0%	
	Andel fødsler med keisersnitt	15%	12,6%	9,8%	12,1%	13,6%	12,1%	17,6%	16,8%	17,2%	
	Andel planlagte keisersnitt	-	4,4%	3,2%	3,9%	6,6%	4,1%	4,9%	3,9%	6,2%	
	Andel pasienter plassert på korridor	0%	2,2%	1,8%	1,3%	0,2%	1,4%	1,2%	1,5%	0,9%	
	Andel pasienter 18-80 år innlagt med blodpropp i hjernen som har fått behandling med trombolyse	20%	29,3%	15,1%	20,6%	13,3%	20,1%	11,6%	15,3%	12,7%	
	Andel epikriser sendt innen 1 dag etter utskriving fra somatisk helsestjeneste	-	31,0%	46,7%	55,5%	75,6%	50,2%	30,1%	41,3%	45,9%	
	Andel epikriser sendt innen 7 dager etter utskriving fra somatisk helsestjeneste	100%	75,5%	79,7%	87,9%	96,0%	83,9%	82,8%	76,0%	80,0%	
	Andel (%) utsettelse	5%	4,8%	5,8%	8,1%	4,2%	5,8%	6,4%	5,7%	5,0%	
Andel besvarte anrop til 113 som er besvart innen 10 sekunder	90%	95,4%	79,4%	84,2%	85,4%	90,2%	87,4%	68,3%	89,7%		
Infeksjoner	Andel pasienter som har fått sykehusinfeksjon	0%	5,5%	4,5%	5,4%	5,0%	5,3%	6,2%	6,3%	4,4%	
	30 dagers oppfølging av infeksjonsstatus etter aortakoronar bypass	-			95,0%		95,0%	96,0%	94,3%	91,2%	
	30 dagers oppfølging av infeksjonsstatus etter innsettning av hemiprotese (hofte)	-	100,0%	93,8%	91,8%	84,2%	93,3%	91,4%	94,0%	90,6%	
	30 dagers oppfølging av infeksjonsstatus etter utført keisersnitt	-	65,9%	91,4%	87,1%	83,7%	79,9%	88,5%	96,2%	89,5%	
	30 dagers oppfølging av infeksjonsstatus etter fjerning av galleblære	-	77,9%	97,8%	94,9%	82,3%	88,5%	94,2%	96,1%	91,5%	
	30 dagers oppfølging av infeksjonsstatus etter kolonringrep	-	100,0%	100,0%	97,1%	94,1%	97,9%	95,3%	90,5%	97,7%	
	30 dagers oppfølging av infeksjonsstatus etter innsettning av totalprotese (hofte)	-	90,4%	100,0%	100,0%	100,0%	97,7%	97,5%	98,9%	97,4%	
	Andel pasienter med dype og organhulromsinfeksjoner etter innsettning av hemiprotese (hofte)	-	2,6%	0,0%	4,1%	0,0%	2,5%	0,7%	3,0%	1,8%	
	Andel pasienter med postoperative infeksjoner etter gjennomført aortakoronar bypass kirurgi	-			5,0%		5,0%	2,0%	7,5%	4,4%	
	Andel pasienter med postoperative infeksjoner oppstått innen 30 dager etter kolecytektomi	-	2,9%	4,4%	0,0%	0,0%	1,9%	4,7%	3,3%	6,1%	
Andel pasienter med postoperative infeksjoner oppstått innen 30 dager etter utført keisersnitt	-	1,9%	7,4%	3,2%	0,0%	3,1%	3,6%	7,6%	3,4%		
Andel pasienter med postoperative infeksjoner oppstått innen 30 dager etter innsettning av totalprotese (hofte)	-	4,8%	2,2%	0,0%	2,5%	1,7%	1,8%	3,2%	2,7%		
Andel pasienter med dype og organhulromsinfeksjoner etter aortakoronar bypass kirurgi	-			3,0%		3,0%	0,0%	0,0%	0,0%		
Andel pasienter med dype og organhulromsinfeksjoner oppstått innen 30 dager etter kolecytektomi	-	1,9%	0,0%	0,0%	0,0%	0,8%	1,9%	1,3%	1,5%		
Andel pasienter med dype og organhulromsinfeksjoner etter innsettning av hemiprotese (hofte)	-	2,6%	0,0%	4,1%	0,0%	2,5%	0,7%	3,0%	1,8%		
Andel pasienter med dype og organhulromsinfeksjoner etter utført keisersnitt	-	0,5%	1,2%	0,8%	0,0%	0,7%	1,2%	1,4%	0,6%		
Andel pasienter med dype og organhulromsinfeksjoner etter innsettning av totalprotese (hofte)	-	2,4%	0,0%	0,0%	2,5%	0,9%	0,4%	1,1%	1,2%		
Psykisk helse for barn og unge	Barne- og ungdomsgarantien: Andel (%) til behandling innen 65 dager	100%	100,0%	99,5%	100,0%	100,0%	99,8%	98,8%	97,6%	98,6%	
	Barne- og ungdomsgarantien: Andel (%) til vurdering innen 10 dager	100%	99,2%	99,3%	99,5%	99,0%	99,3%	99,2%	96,2%	97,3%	
	Andel (%) fristbrudd for pasienter som har begynt helsehjelp innen PHBU	0%	0,2%	0,5%	0,3%	0,0%	0,3%	1,2%	6,3%	2,5%	
	Gjennomsnittlig ventetid innen psykisk helse barn og unge i antall dager	65 (40)	52,2	40,7	42,3	26,1	44,4	52,8	40,8	46,9	
	Andel (%) fristbrudd for pasienter som står på venteliste innen PHBU	0%	0%	0,0%	0,0%	0%	0,1%	1,4%	0,9%	0,5%	
Andel (%) pasienter med hoveddiagnose (akse 1)	100%	100%	56,2%	99,5%	98,3%	93,4%	79,2%	86,9%	96,7%		
Psykisk helse voksne	Andel tvangsinngjeldelser i psykisk helsevern for voksne	-	23,6%	13,3%	22,2%	9,5%	18,3%	14,3%	13,9%	19,7%	
	Andel (%) brudd på vurderingsgarantien for pasienter innen PHV	0%	4,1%	1,2%	1,3%	0,9%	2,0%	2,6%	4,2%	1,1%	
	Andel epikriser sendt innen 1 dag etter utskriving fra PHV	-	21,8%	17,8%	43,2%	33,5%	30,0%	20,0%	32,8%	27,8%	
	Andel epikriser sendt innen 7 dager etter utskriving fra PHV	100%	57,0%	61,5%	85,6%	87,7%	73,0%	89,6%	74,8%	73,1%	
	Andel nye henvisninger med registrert henvisningsformalitet	100%	88,9%	68,6%	87,3%	100,0%	87,5%	48,6%	78,7%	87,6%	
	Andel (%) pasienter med spesifisert hoveddiagnose	100%	98,4%	98,4%	99,4%	90,5%	98,2%	98,8%	92,7%	98,4%	
	Andel voksne med schizofreni som har fått individuell plan i PHV	100%	55,8%	20,8%	16,1%	33,3%	32,0%	18,1%	14,4%	35,8%	
	Andel (%) fristbrudd for pasienter som har begynt helsehjelp innen PHV	0%	2,7%	0,5%	0,4%	1,7%	1,0%	1,5%	5,8%	0,4%	
	Andel (%) fristbrudd for pasienter som står på venteliste innen PHV	0%	1,1%	0,0%	0,2%	0,0%	1,0%	0,2%	1,2%	0,1%	
	Gjennomsnittlig ventetid innen psykisk helse voksne i antall dager	64 (45)	58,3	36,2	36,8	29,4	42,5	52,3	51,5	47,0	
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	Andel (%) pasienter med spesifisert diagnose	100%	99,1%	95,7%	96,9%	80,6%	96,7%	85,1%	84,9%	94,7%	
	Andel (%) brudd på vurderingsgarantien for pasienter innen TSB	0%	3,2%	3,2%	1,1%	1,6%	1,5%	3,2%	1,8%	2,4%	
	Andel epikriser sendt innen 1 dag etter utskriving fra TSB	100%	8,0%	2,8%	38,0%	15,6%	13,4%	36,8%	29,1%	19,7%	
	Andel epikriser sendt innen 7 dager etter utskriving fra TSB	100%	88,0%	61,1%	82,0%	95,6%	63,8%	86,6%	69,7%	72,3%	
	Andel (%) fristbrudd for pasienter som har begynt helsehjelp innen TSB	0%	1,2%	0,0%	0,4%	0,0%	1,8%	2,8%	5,4%	1,2%	
Andel (%) fristbrudd for pasienter som står på venteliste innen TSB	0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	9,0%	1,9%	11,4%	0,9%		
Gjennomsnittlig ventetid innen TSB i antall dager	65 (40)	51,6	64,2	24,9	27,7	38,3	35,0	38,5	38,5		

Legg og merke til at det ikkje treng å skilja mykje i verdi mellom dei einssilde HF-a eller RHF-a, då logikken for fargebruk er så enkel at «lågaste» verdi får raud farge, medan «høgaste» verdi får grøn farge. Til dømes har både Helse Stavanger, Helse Fonna og Helse Førde ein

prosentdel på 100 % på indikatoren som målar delen pasientar behandla innan 65 dagar på BUP, noko som gir grønt «lys», medan Helse Bergen får raudt «lys» med ein prosentdel på 99,5 %. Generelt er det lite som skil dei fire helseføretaka på kvalitetsindikatorane innan BUP, med unntak av delen pasientar med hovuddiagnose (akse 1), der Helse Fonna framleis ligg markant lågare enn dei tre andre helseføretaka.

### Nasjonale årlege kvalitetsindikatorar per 2014

Nasjonale kvalitetsindikatorer - 2014		Helse Vest RHF	Helse Midt-Noreg RHF	Helse Nord RHF	Helse Sør-Aust RHF	Heile landet
Overlevnad etter kreft	5 års overlevelse etter behandling av endetarmskreft	68,8 %	66,7 %	73,3 %	66,5 %	67,6 %
	5 års overlevelse etter behandling av endetarmskreft (menn)	70,5 %	65,9 %	70,5 %	66,5 %	67,7 %
	5 års overlevelse etter behandling brystkreft	87,0 %	88,8 %	88,3 %	88,6 %	88,3 %
	5 års overlevelse etter tykktarmskreft	66,6 %	65,5 %	64,8 %	63,6 %	64,7 %
	5 års overlevelse etter tykktarmskreft (menn)	67,2 %	64,0 %	57,3 %	58,5 %	61,1 %
	5 års overlevelse etter behandling av prostatakreft	91,4 %	92,4 %	91,0 %	89,8 %	90,7 %

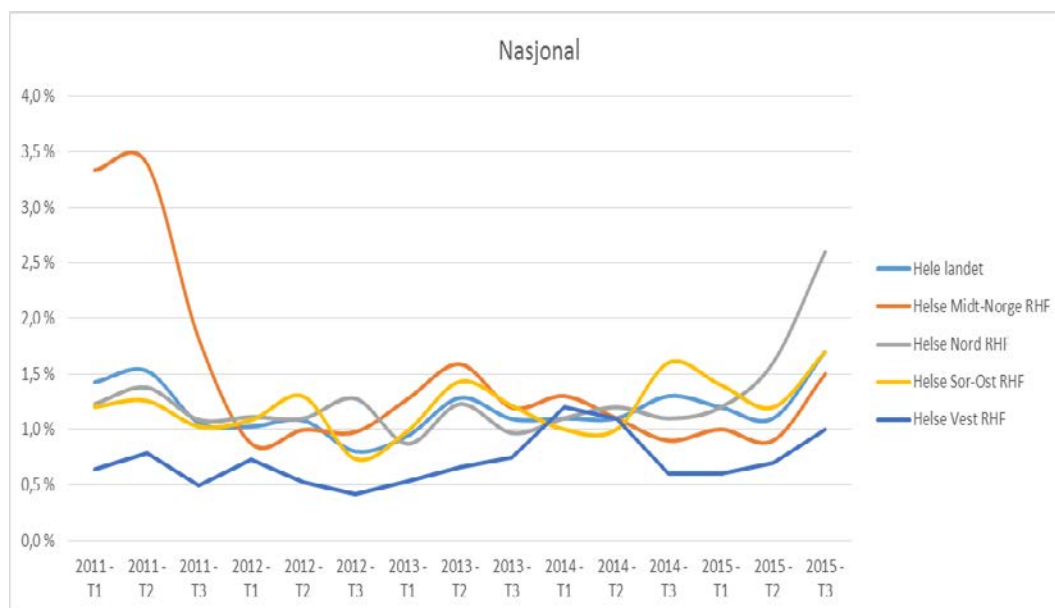
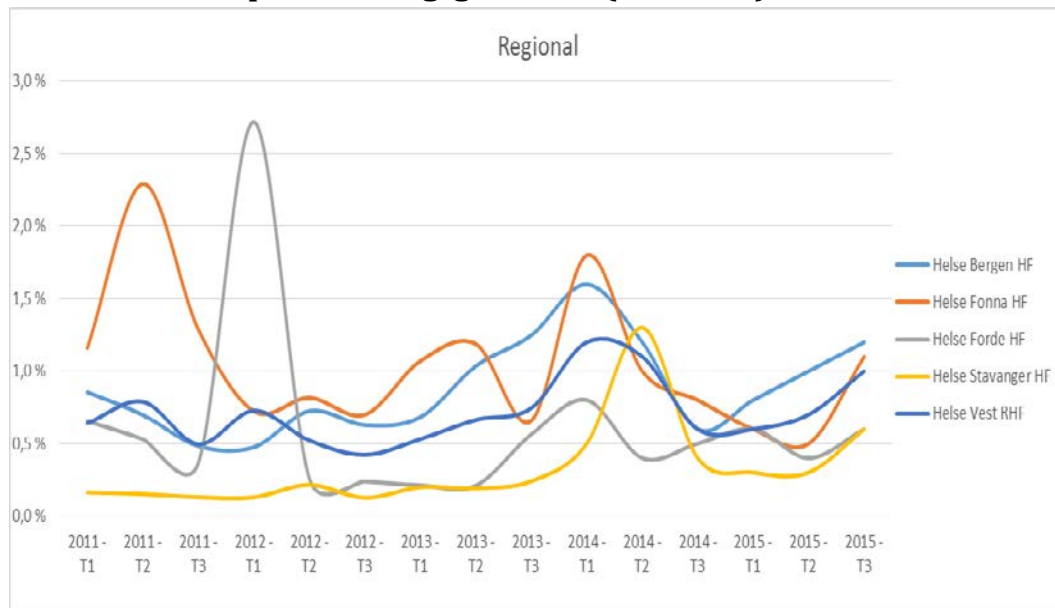
Tabellen over syner seks årlege kvalitetsindikatorar som blei publisert samstundes med tertialindikatorane, og som omhandlar 5 års overleving etter kreftbehandling, med resultat frå 2014. Desse kvalitetsindikatorane er basert på data frå Kreftregisteret, og blir berre publisert på regionalt nivå. Som region kjem Helse Vest godt ut på alle dei seks indikatorene, og regionen ligg berre så vidt lågare enn dei tre andre regionen når det gjeld 5 års overleving etter brystkreft.

I den resterande delen av denne rapporten blir utviklinga over tid for eit utval av indikatorene presentert, både på regionalt og nasjonalt nivå.

### Ventetider og fristbrot innan somatikk

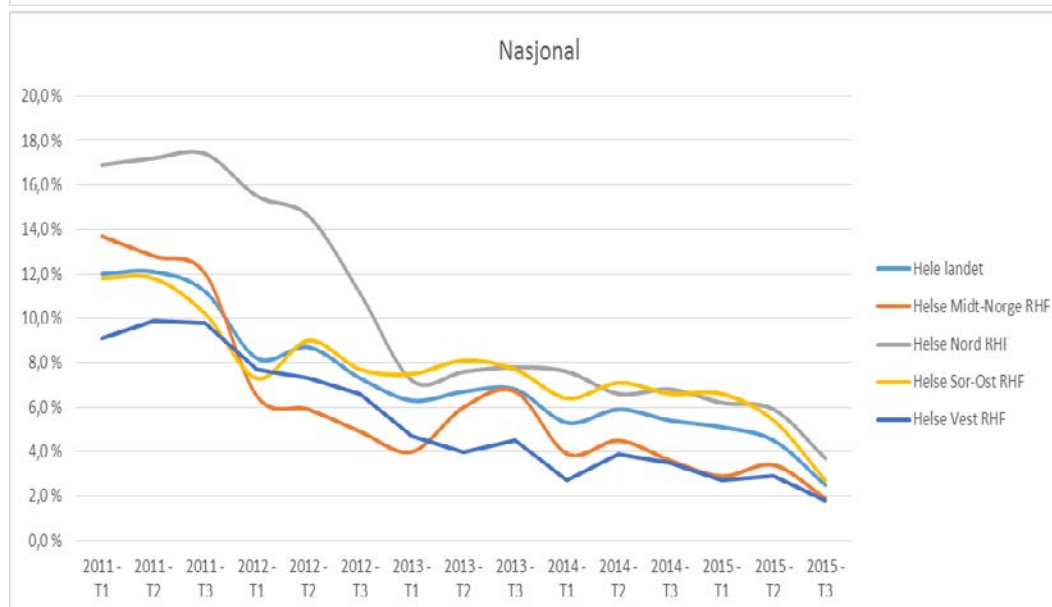
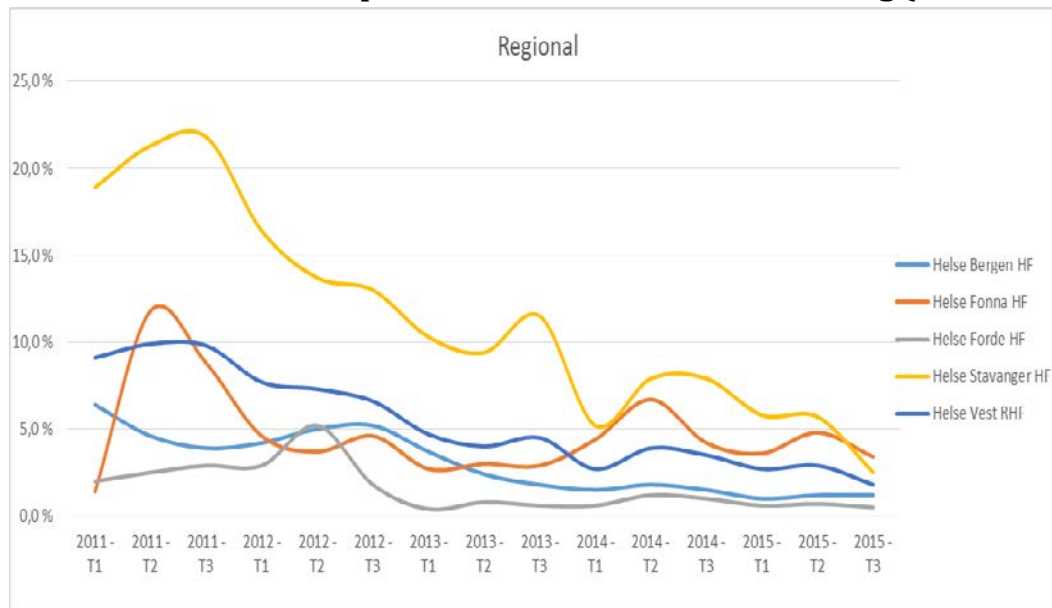
Vurderingsgarantien er ein pasientrettigheit, og skal sikre rask tilbakemelding både til pasient og tilvisande instans når helseproblemet til pasienten blir tatt hand om. Innan somatikken skal tilvisingane bli vurdert innan 30 virkedagar, for å unngå brot på vurderingsgarantien. Den nasjonale målsettinga er at prosentdelen skal være 0 %.

### Prosentdel brot på vurderingsgarantien (somatikk)



Som pasient (med rett til prioritert helsehjelp) skal du få ein frist for når behandlinga seinast skal starte. Behandlingsfristen er ein pasientrettigheit, og skal sikre god prioritering slik at pasientane med dei mest alvorlege sjukdommane blir behandla først. Fristbrot oppstår når helsehjelpa er starta etter den fastsette fristen. Den nasjonale målsettinga er at prosentdelen skal vere 0 %.

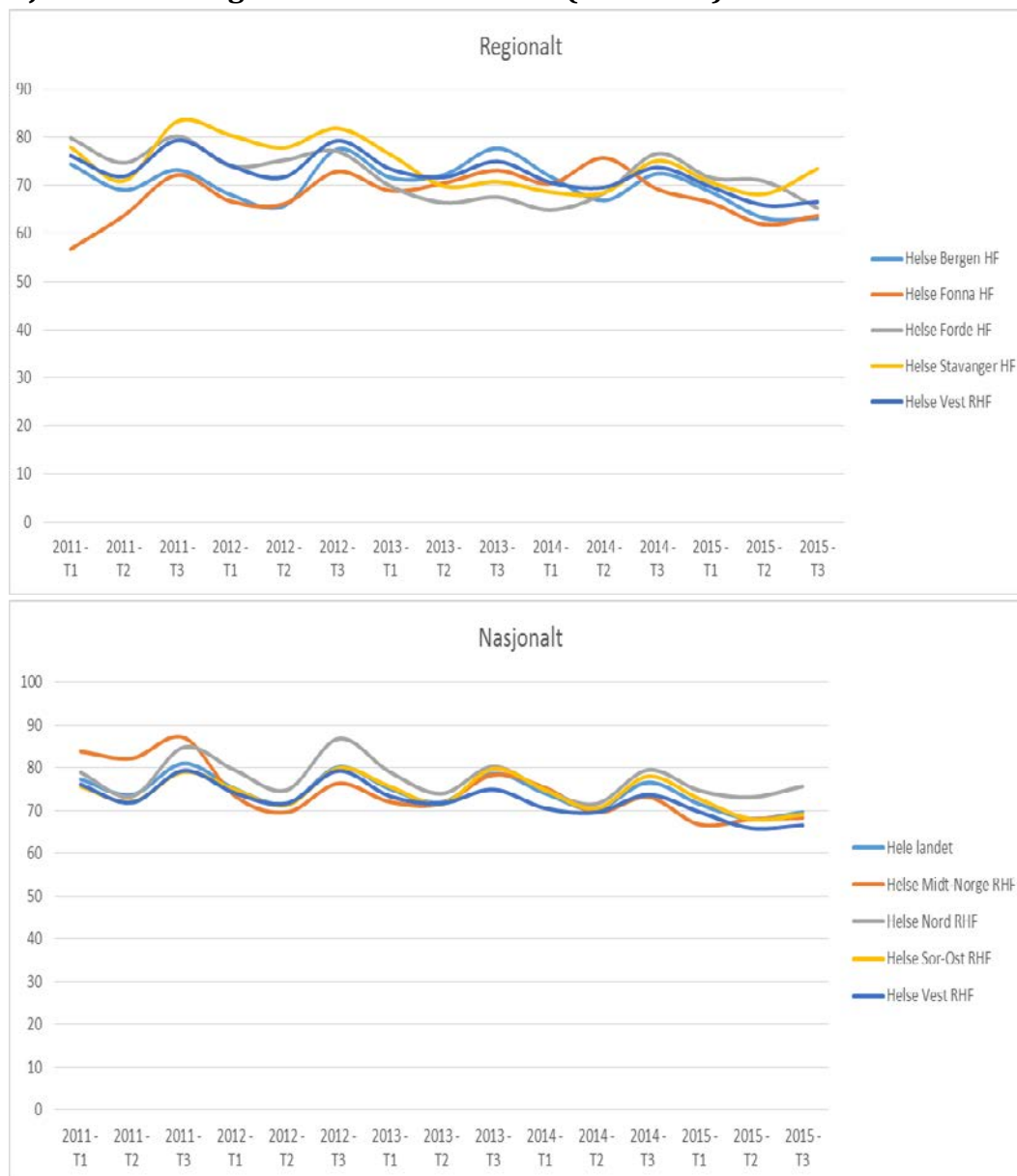
## Prosentdel fristbrot for pasientar som har starta behandling (somatikk)



Ventetida er den tida du står på venteliste frå tilvisinga er motteke i spesialisthelsetenesta til helsehjelpa har starta. Ventetida viser tilgjengelegheita til spesialisthelsetenesta for pasientar som har fått tilvisinga si vurdert.

Går det for lang tid frå man er tilvist til helsehjelpa startar, kan det føre til at helsetilstanden og prognosen forverrast. Difor er det eit mål å redusere ventetida og ha god oversikt over ventetidene. Den nasjonale målsettinga er at gjennomsnittleg ventetida skal være under 65 dagar.

## Gjennomsnittleg ventetid for behandla (somatikk)



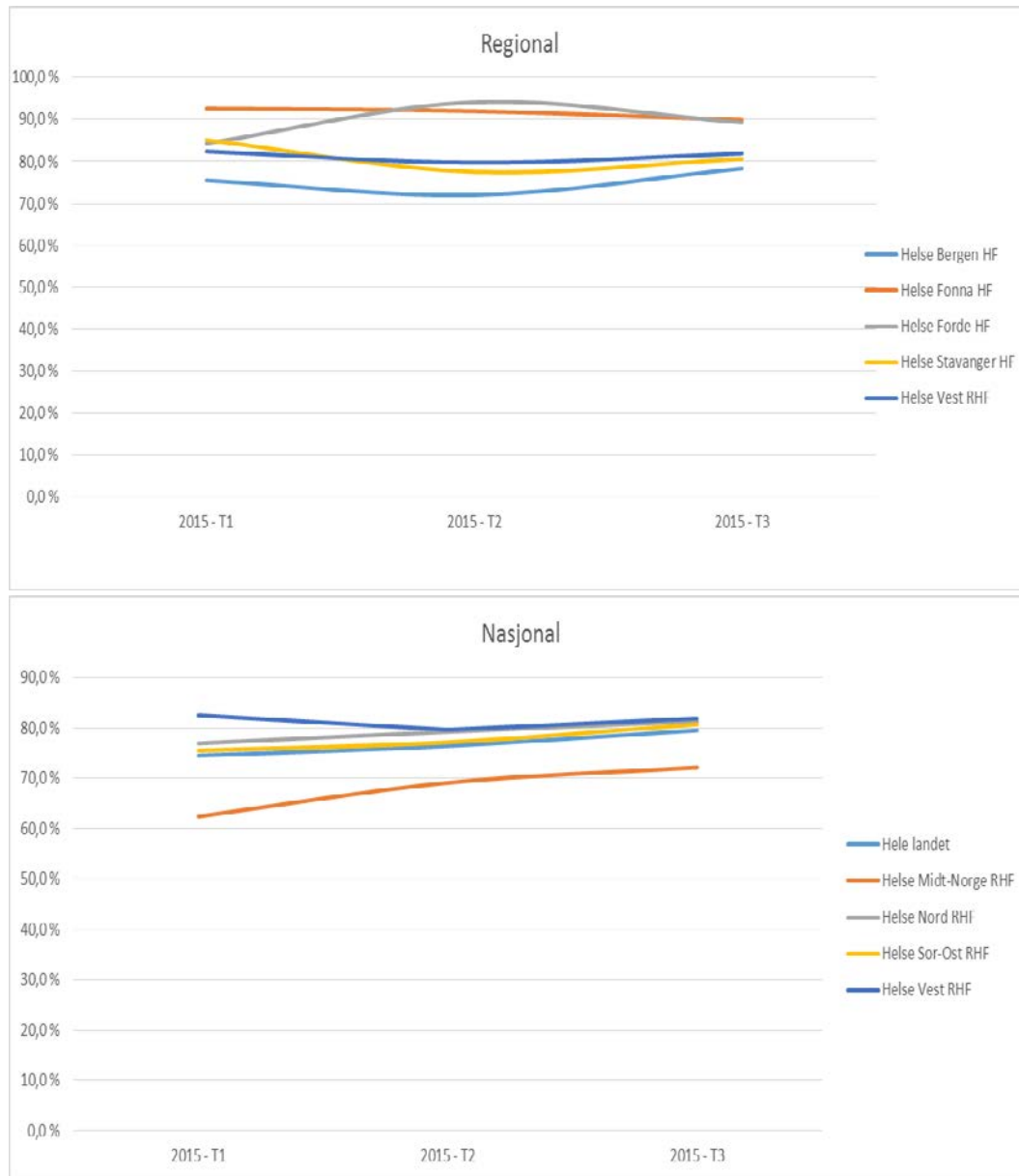
## Pakkeforløp kreft

Pakkeforløpa for lunge-, bryst-, prostata- og tjukk- og endetarmskreft blei innført 1. januar 2015 innført.

Formålet med pakkeforløpa er at pasientar skal oppleve eit godt organisert, heilskapleg og føreseieleg forløp utan unødvendig ikkje-medisinsk ugrunna forseinkingar i utgreiing, diagnostikk, behandling og rehabilitering. Pakkeforløpa skal gi framsyn og tryggleik for pasientar og pårørande ved å sikre informasjon og brukarmedverknad. Målet i 2015 var å få 70 prosent av pasientane inkludert i pakkeforløp for kreft.

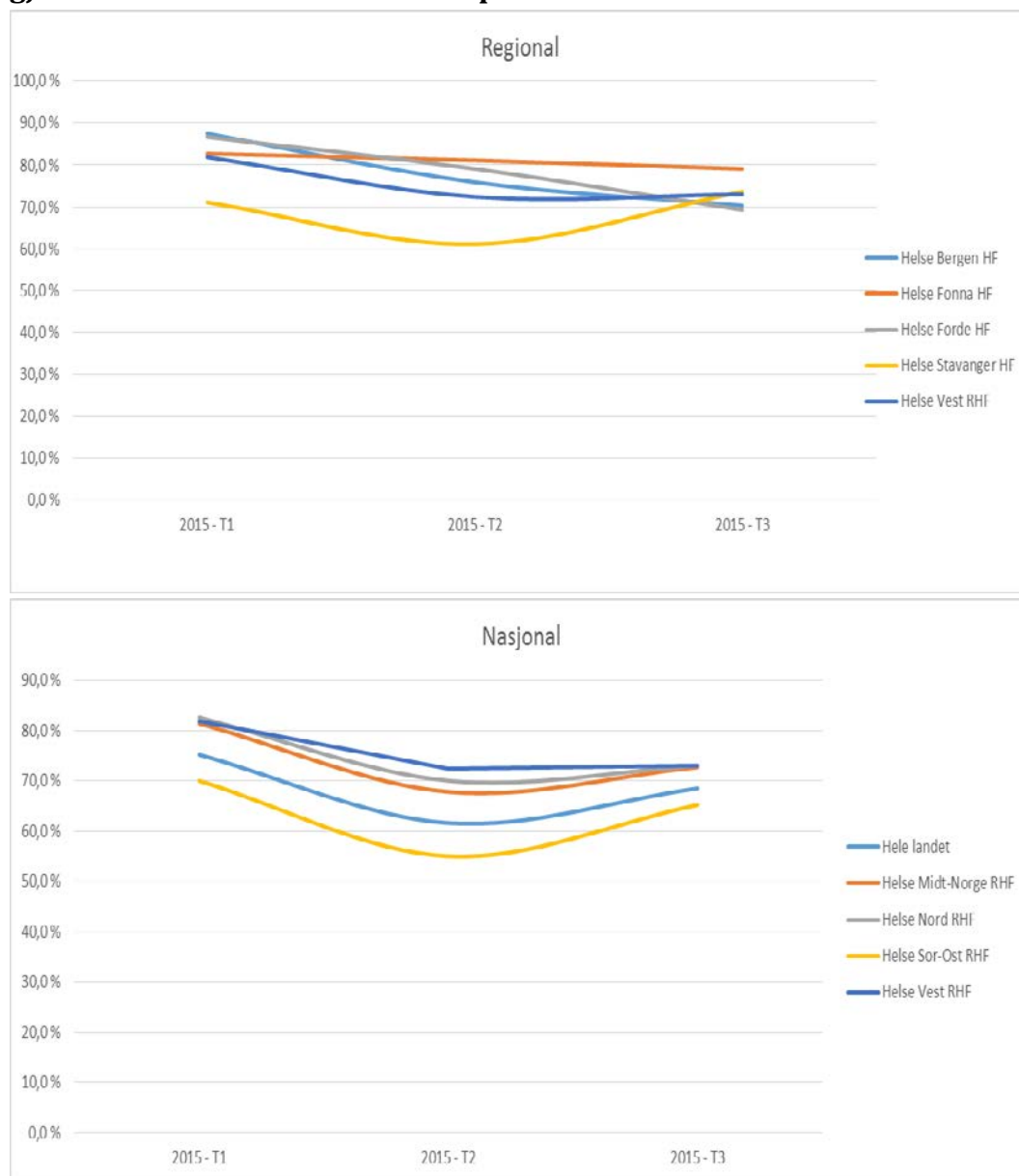


## Prosentdel nye kreftpasientar i pakkeforløp for lunge-, bryst-, prostata- og tykk- og endetarmskreft



Normert forløpstid beskriv den maksimale tida dei ulike fasane i eit pakkeforløp bør ta. Pakkeforløpa er angitt i kalenderdagar. Forløpstida i dei enkelte fasane blir til slutt lagt saman til ei samla forløpstid, frå tilvisinga er motteke, til behandlinga er starta. Målet i 2015 var å gjennomføra 70 prosent av pakkeforløpa innan normert forløpstid.

## Prosentdel pakkeforløp for lunge-, bryst-, prostata- og tykk- og endetarmskreft gjennomført innan normert forløpstid



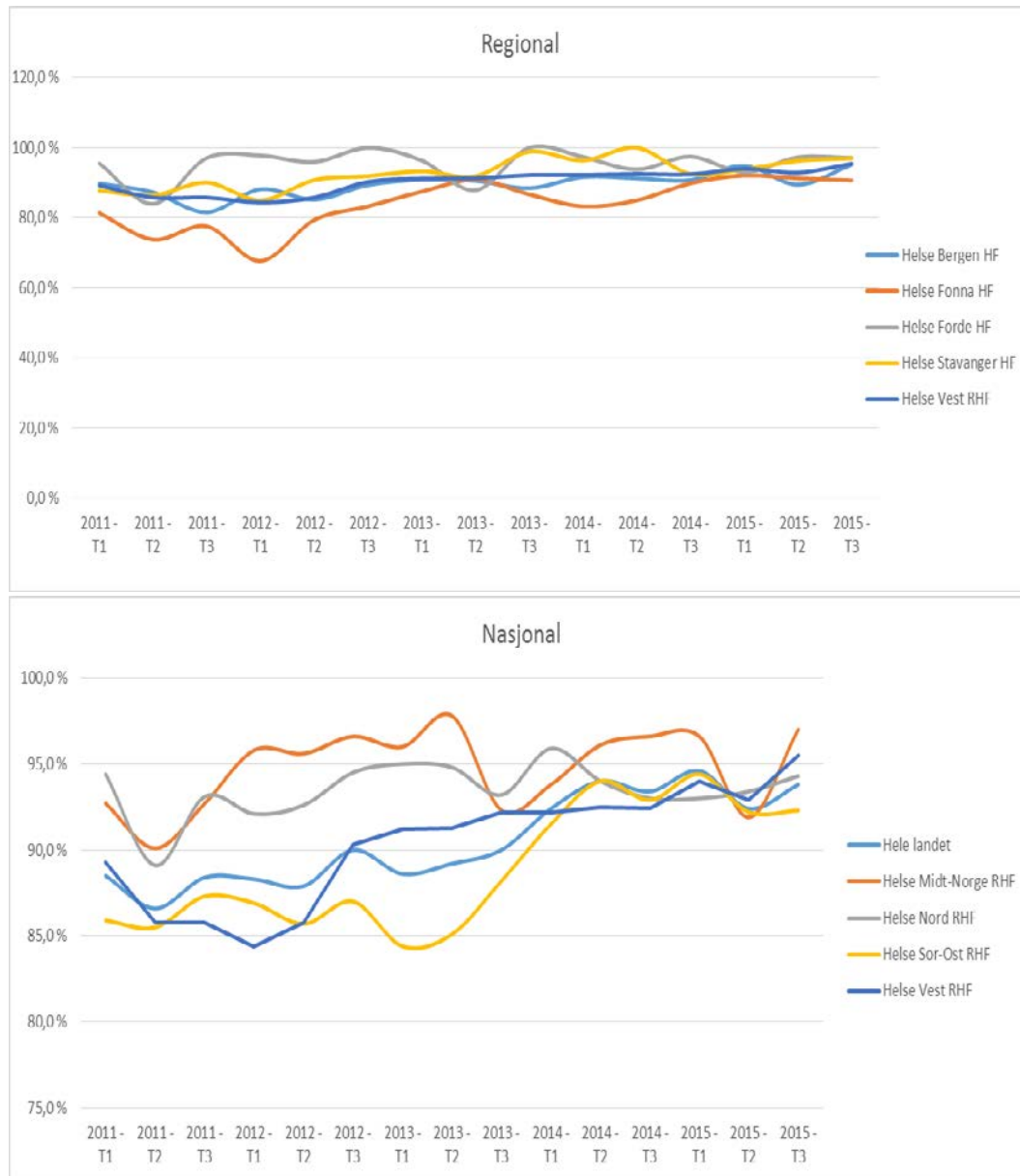
### Somatiske kvalitetsindikatorar

Hoftebrot førekjem hyppig, særlig hos eldre. Hoftebrot har alvorlige konsekvensar for pasienten med smerter og ubehag, men og i tapt evne til å bevege seg, redusert livslengd, auka behov for hjelp og institusjonsomsorg.

Forskinga gir ikkje eit eintydig svar på innan kva tidsramme ein pasient bør opererast. I den nasjonal faglege retningslinja heiter det at hofteleddsbrøt bør behandlast så snart som mogeleg og seinast innan eitt døgn etter brotet. Nokre studiar peikar derimot i retning av at det ikkje er nokon grunn til å forsere inngrepet innan dei første 24 timane, men argumenterer for å bruke tid til å utgreie og behandle pasienten. Den nasjonale kvalitetsindikatoren viser

difor prosentdelen pasientar som har blitt operert både innan 24 og 48 timer. Den nasjonale målsettinga er at prosentdelen skal være 100 % operert innan 48 timar.

### Prosentdel pasientar med hoftebrot som er operert innan 48 timer



Årlig blir det utført over 9000 keisarsnitt i Noreg. Nærmare eitt av seks barn kjem i dag til verda på denne måten. Delen har auka dei siste 20 åra, og Noreg er på om lag same nivå som nabolanda. Delen keisarsnitt kan vere uttrykk for pasientsamansettinga, som til dømes utval av fødande, del risikosvangerskap og kompliserande sjukdommar hos kvinna eller fosteret. Del keisarsnitt kan og uttrykke variasjonar i medisinsk praksis ved avdelingar og delen sjølvbestemte keisarsnitt.

Fleire undersøkingar har vist variasjonar i hyppighet av keisarsnitt ved samanliknbare fødeavdelingar i Norge. Variasjonane kan ikkje berre forklarast ut frå pasientsamansettinga

av fødande og delen kvinner som sjølv vel keisarsnitt. Optimalt nivå for delen keisarsnitt er ikkje kjend. Den nasjonale anbefalinga er at prosentdelen ikkje skal overstige 15 %.

### Prosentdel fødsjar med keisarsnitt



Ein korridorpatient er ein pasient som ligg i ei seng i ein korridorar på sjukehuset, på eit bad, eit vaskerom, ei dagligstove eller liknande. Pasientar blir og regna som korridorpatientar når dei blir lagt på gangen for at personalet skal kunne observere pasienten.

Det er ikkje ønskjeleg å ha pasientar liggande i korridorane på sjukehus. Det er vanskeleg å ivareta den lovpålagte teieplikta for pasientar som ligg i gangane eller i andre fellesrom. I tillegg opplever pasientane at det går ut over deira personlege integritet og verdighet. Den nasjonale målsettinga er at prosentdelen skal være 0 % på korridor.

## Prosentdel korridorpasientar

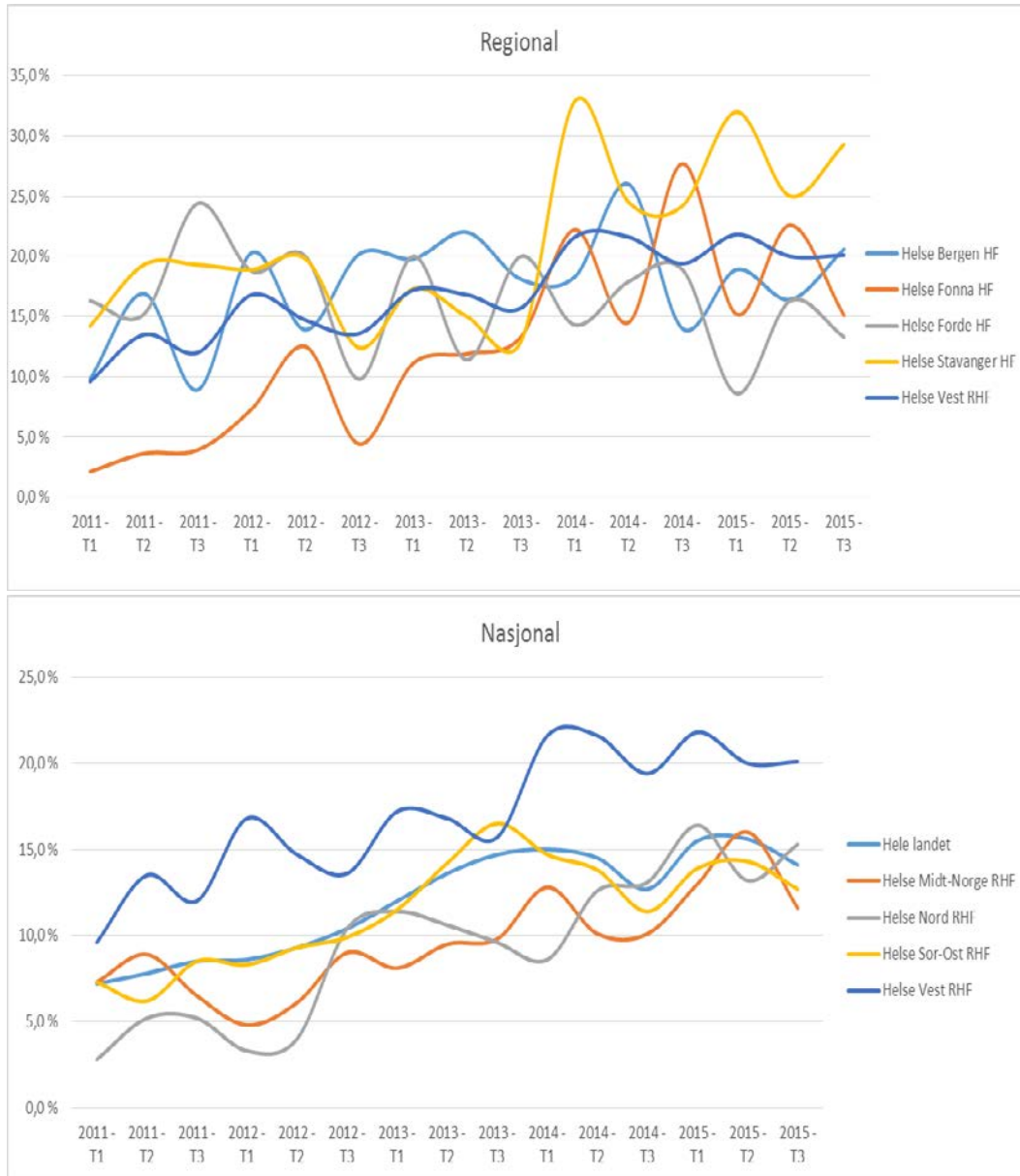


Symptoma på hjerneinfarkt oppstår vanlegvis akutt. Hjerneinfarkt kan føre til større eller mindre skader i hjernen. Rask og riktig behandling kan redusere nokre av dei alvorlegaste konsekvensane av eit hjerneinfarkt. Trombolyse er ein effektiv og trygg behandling for nokre av dei som får ein blodpropp i hjernen. For andre pasientar er risikoen for skade og død ved slik behandling større enn nytta.

Kven som bør få trombolyse må derfor vurderast i kvart einskild tilfelle på sjukehuset på bakgrunn av pasienten sin alder, sjukehistorie og andre høve. Mange pasientar som får hjerneinfarkt vil ikkje vere aktuelle for denne behandlinga. Dette gjelder til dømes eldre pasientar over 80 år. Pasientar med lette og forbigåande symptom, samt pasientar som går på blodfortynnande medikament bør heller ikkje behandlast med trombolyse, sjølv om dei kjem

raskt til sjukehuset. Dette fordi skaden sannsynligvis er større enn nytta, ut i frå dagens kunnskap. Den nasjonale målsettinga er at prosentdelen skal vere over 20 %.

**Prosentdel pasientar 18-80 år innlagt med blodpropp i hjernen som har fått behandling med trombolyse (akutt)**



Epikrisa er ein oppdatert informasjon om sjukehusopphaldet. Den skal bli sendt til fastlege eller anna helsepersonell som treng opplysningane for å kunne gi pasienten nødvendig og forsvarlig oppfølging. Epikrisetida beskriv tida frå pasienten blir skriven ut til epikrisa er sendt. Denne tida er eit uttrykk for samhandling og kommunikasjon mellom ulike behandlingsnivå.

Det er viktig at sjukehuset raskt sender relevant informasjon til andre deler av helse- og omsorgstenesta, slik at pasienten får best mogleg oppfølging. Dersom det går lang tid før epikrisa blir sendt frå sjukehuset, så blir muligheitene til kontinuitet i behandlinga svekka.

Det er eit mål at epikrisa skal følge pasienten. Det betyr at epikrisa skal vere klar ved utskriving. Dersom dette ikkje er mogeleg skal epikrisa bli sendt innan rimeleg tid, og seinast sju dagar etter utskriving. Den nasjonale målsettinga er at prosentdelen skal være 100 %.

### Prosentdel epikrisar sendt innan 7 dagar etter utskriving frå somatisk helseteneste



Utsettingar frå operasjonsprogrammet er at ein planlagd operasjon ikkje blir gjennomført den dagen pasienten er sett opp på programmet. Utsettingar frå planlagd operasjonsprogram er ein uønska praksis. For pasienten er det ein negativ oppleving å få utsett operasjonen.

Operasjonsverksemda legg i tillegg beslag på store ressursar i helseføretaka og det er viktig at aktiviteten blir planlagt og gjennomført slik at ressursane blir optimalt utnytta. For helseføretaka kan utsettinga føre med seg kostnadar i form av ekstra liggedøgn for pasienten før operasjonen. Den nasjonale målsettinga er at prosentdelen skal ikkje vere over 5 %.

### Prosentdel utsette planlagde operasjonar

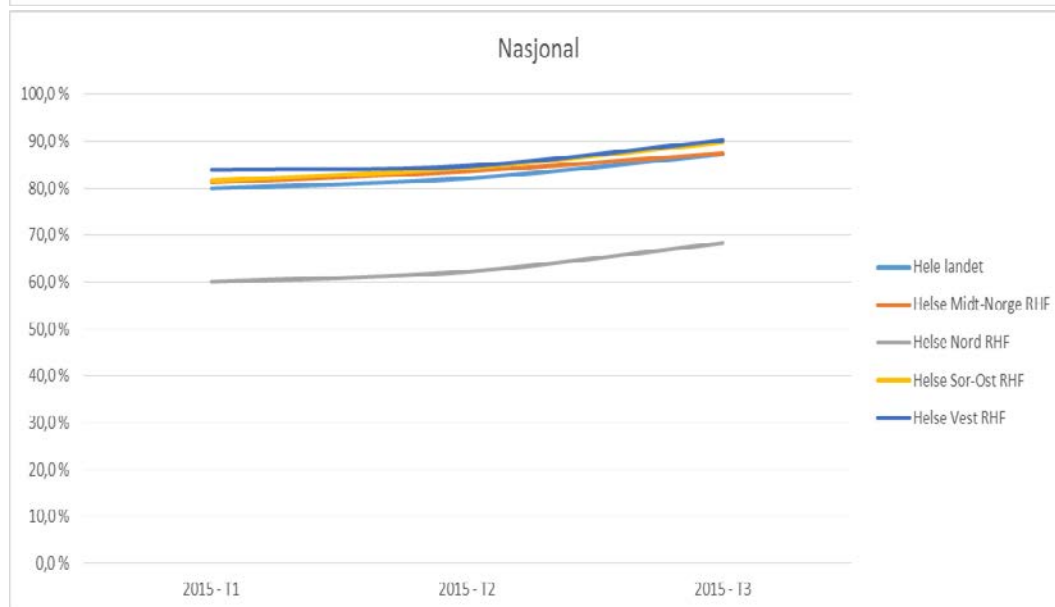
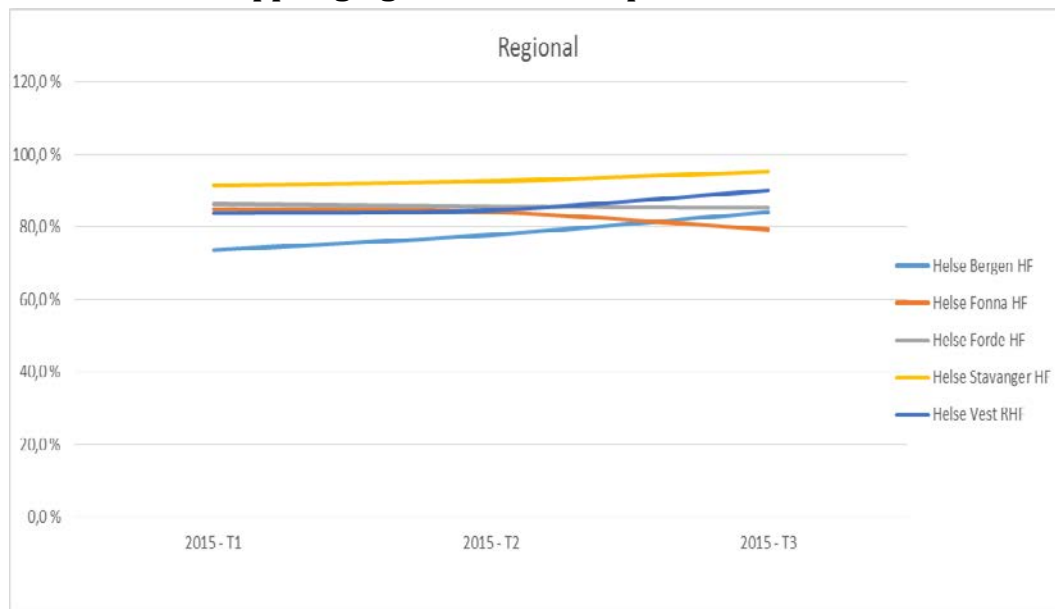


For at befolkninga skal føle seg trygge så er det viktig at telefonar til det medisinske naudnummeret 113 blir svara på raskt, slik at dei får tilgang på rask, fagkyndig og koordinert helsehjelp i akutt situasjonar. I mange høve er og tida det tar frå ei alvorlig hending inntreff til ein pasient har fått helsehjelp som er av avgjerande betydning for vidare overleving og det framtidige funksjonsnivå til pasienten.



Indikatoren måler kor stor del av telefonane til det medisinske naudnummeret som blei svara på innan 10 sekunder. Akuttmedisinforskrifta, som kom i mai 2015, stiller som krav at 90 prosent av telefonaneskal bli svara på innan 10 sekunder.

### Prosentdel nødoppringingar til 113 svara på innan 10 sekunder

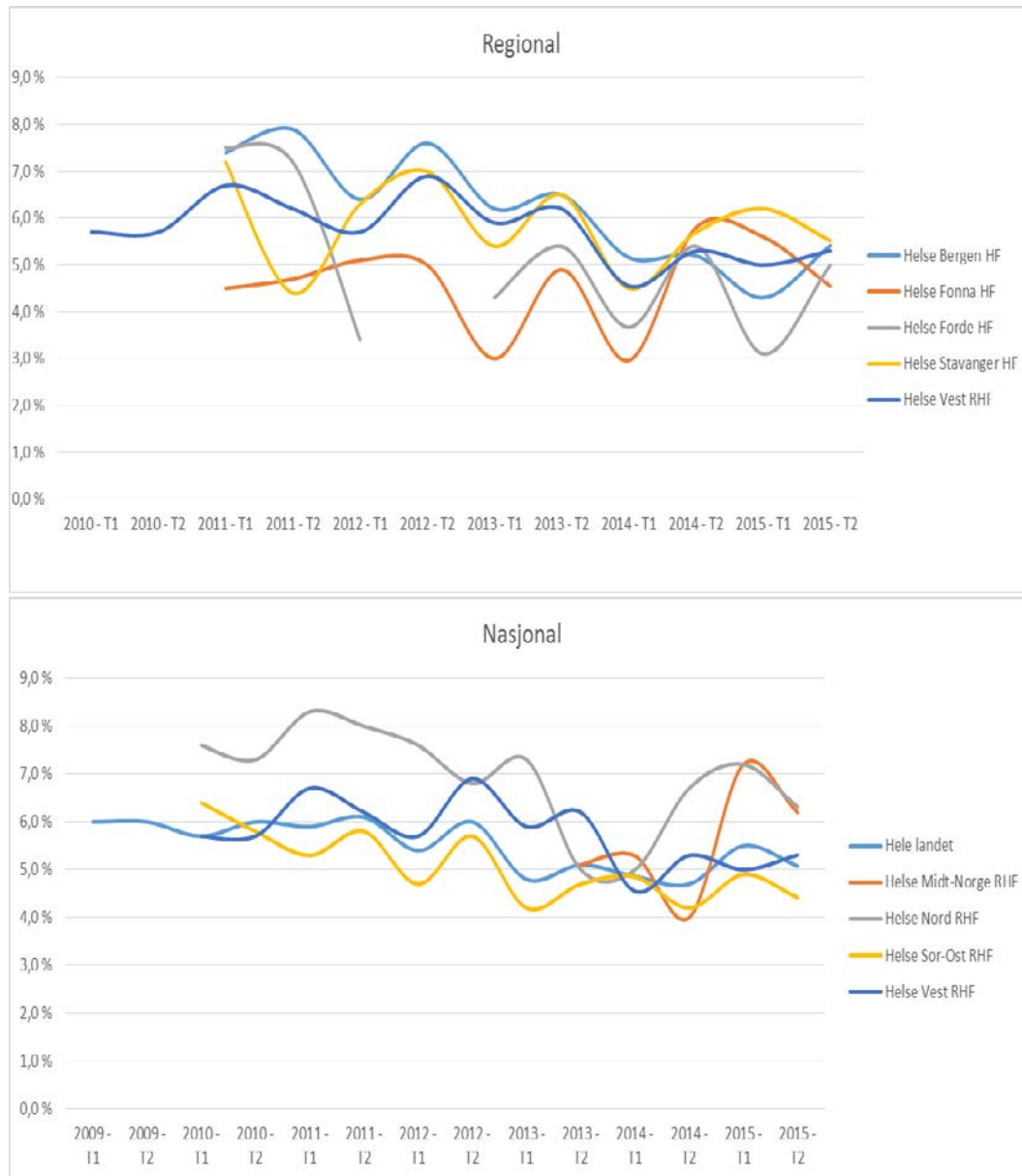


## Infeksjonar

### Sjukehusinfeksjonar

Denne kvalitetsindikatoren måler delen sjukehusinfeksjonar blant alle innlagte pasientar på eit gitt tidspunkt, og seier indirekte noko om kor sannsynleg det er at du som pasient skal få ein sjukehusinfeksjon dersom du blir innlagt på sjukehus. Folkehelseinstituttet måler førekomst av sjukehusinfeksjonar to gangar i året (mai og november).

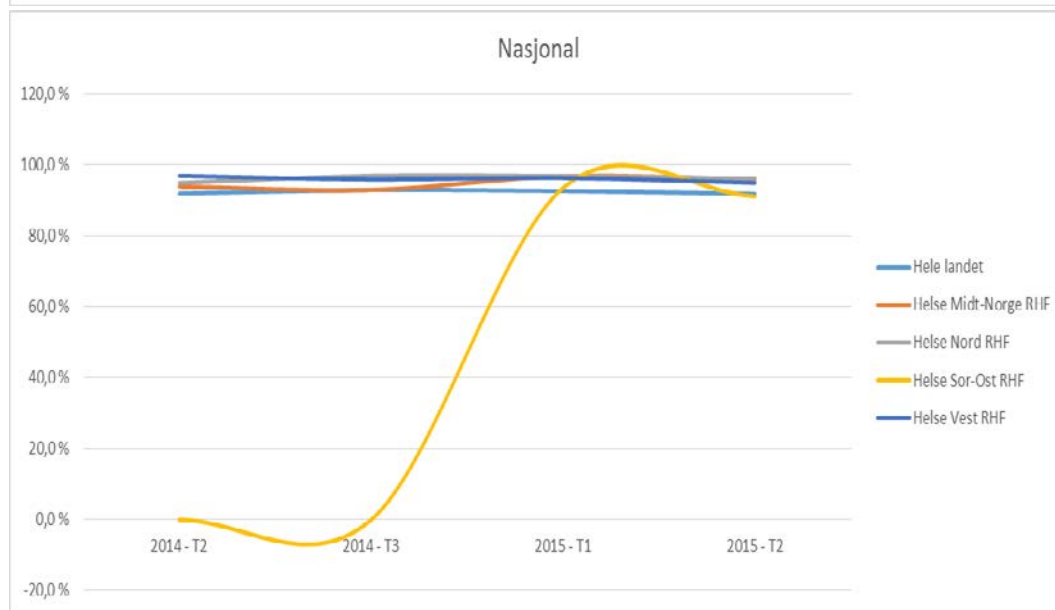
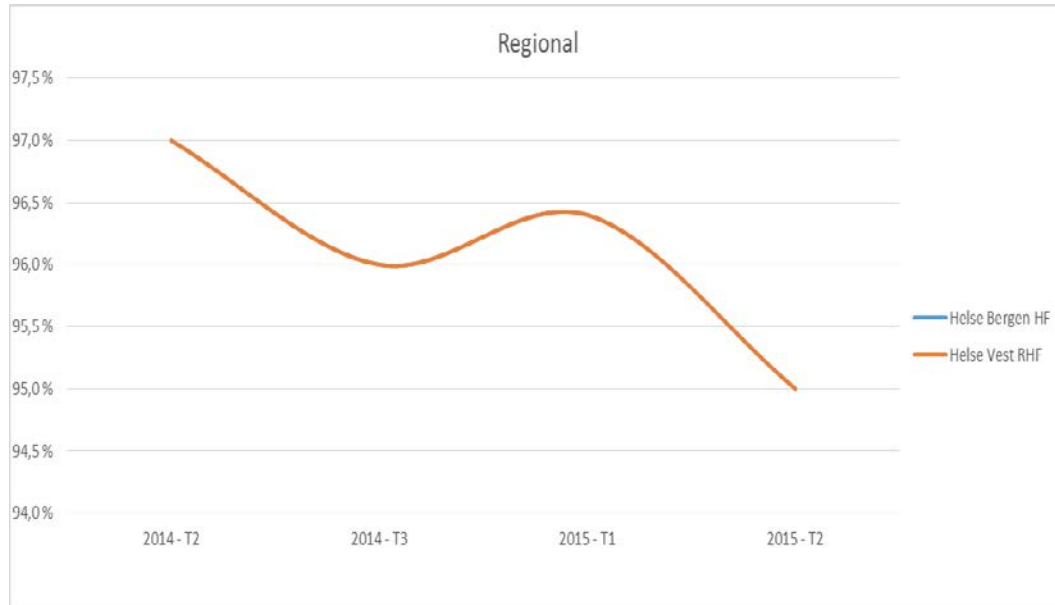
## Prevalens av sjukehusinfeksjonar



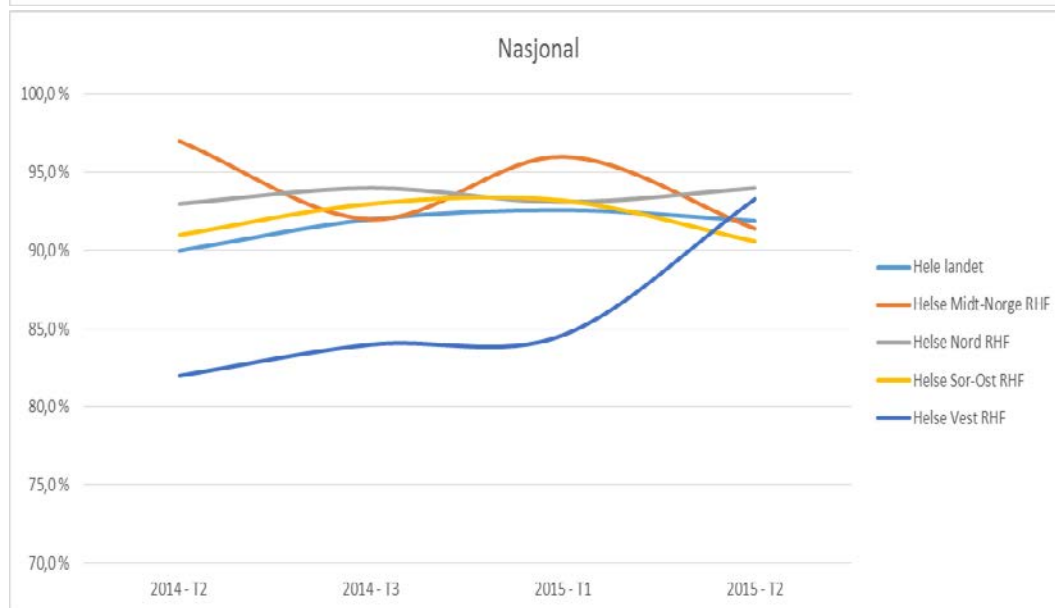
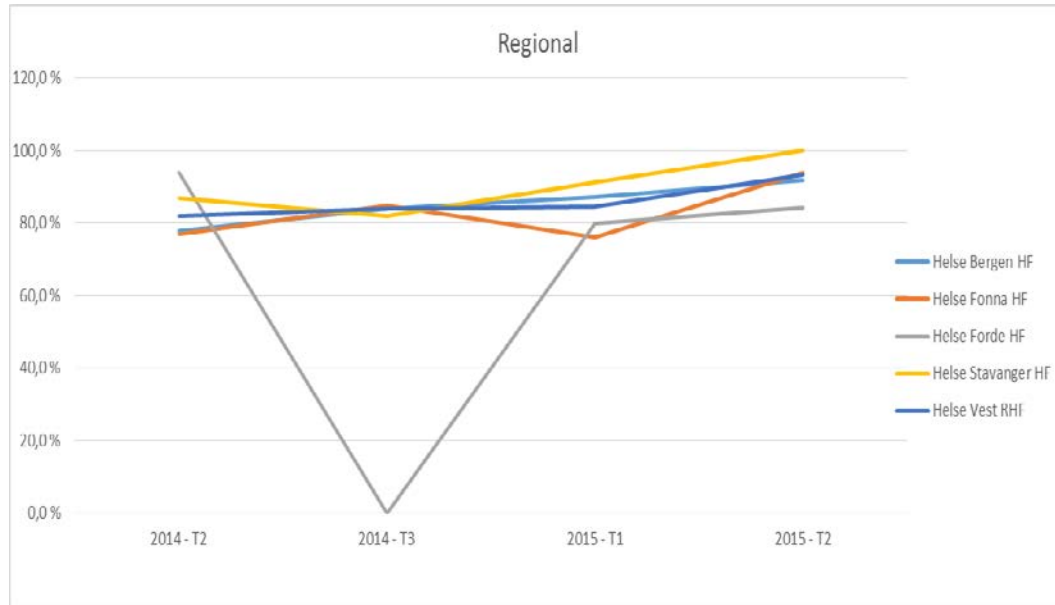
### Oppfølging av infeksjonsstatus etter 30 dagar

Infeksjonar i operasjonsområdet kan oppstå inntil 30 dagar etter ulike kirurgiske inngrep. I dag skriv sjukehusa ut pasientar relativt tidleg etter eit kirurgisk inngrep. Dette gjer at over 80 prosent av infeksjonar i operasjonsområdet oppstår først etter at pasienten er utskriven frå sjukehus. Det er derfor viktig å følge opp pasientar og etter at dei er utskrivne, for å få ein god oversikt over talet pasientar som utviklar ein infeksjon, noko som blir rekna som ei uønska hending. Overvaking er eit sentralt smitteverntiltak og lovpålagt. Sjukehuset kor pasienten er operert er ansvarlig for registrering av data og oppfølging etter utskriving. Formålet med infeksjonsovervaking er å førebygge infeksjonar i operasjonsområdet.

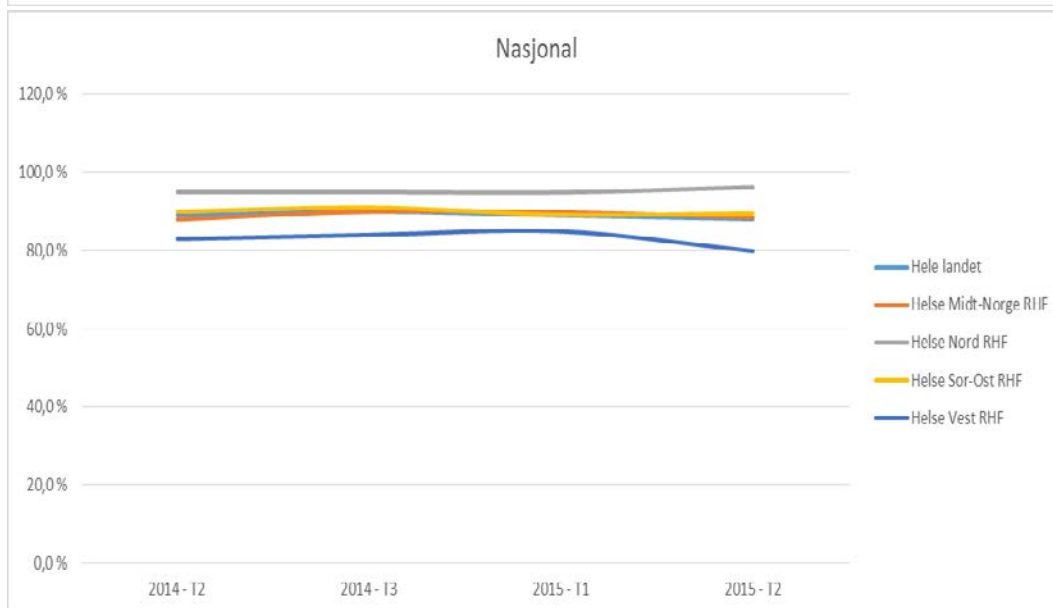
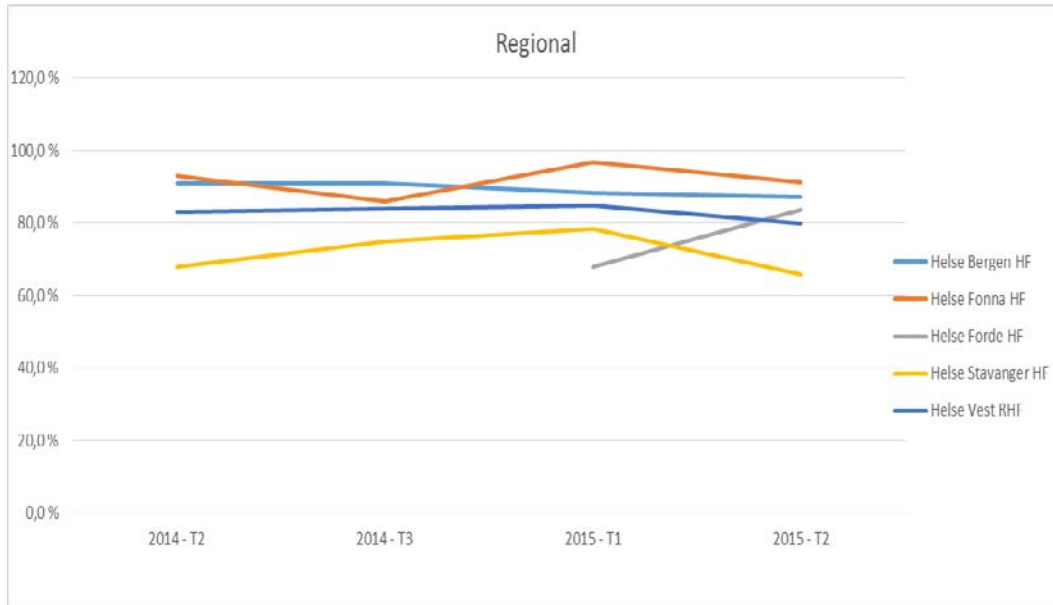
### 30 dagars oppfølging av infeksjonsstatus etter aortakoronar bypass



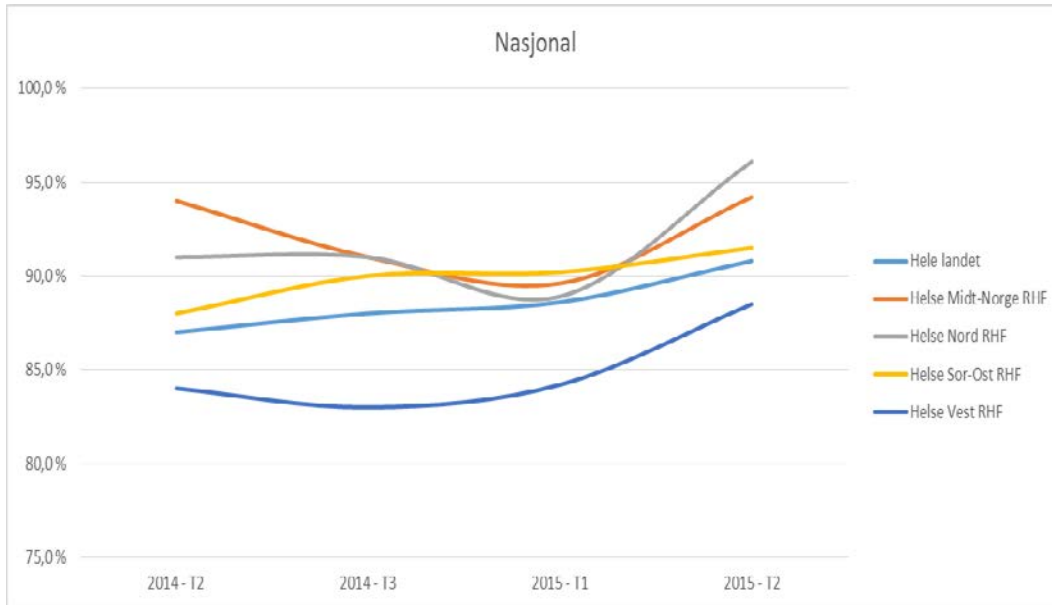
### 30 dagars oppfølging av infeksjonsstatus etter innsetting av hemiprotese (hofte)



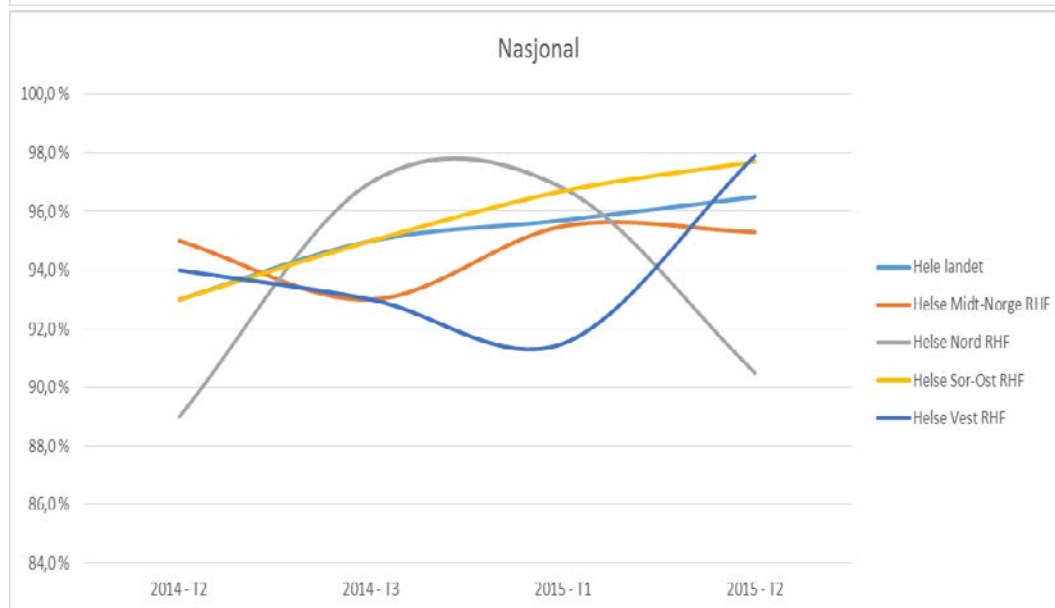
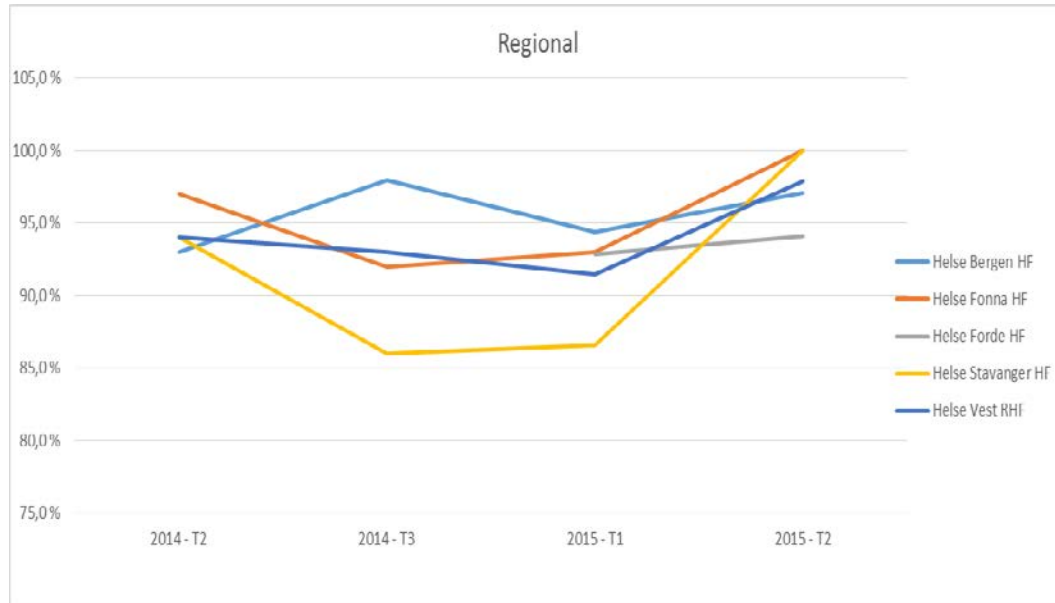
### 30 dagars oppfølging av infeksjonsstatus etter utført keisarsnitt



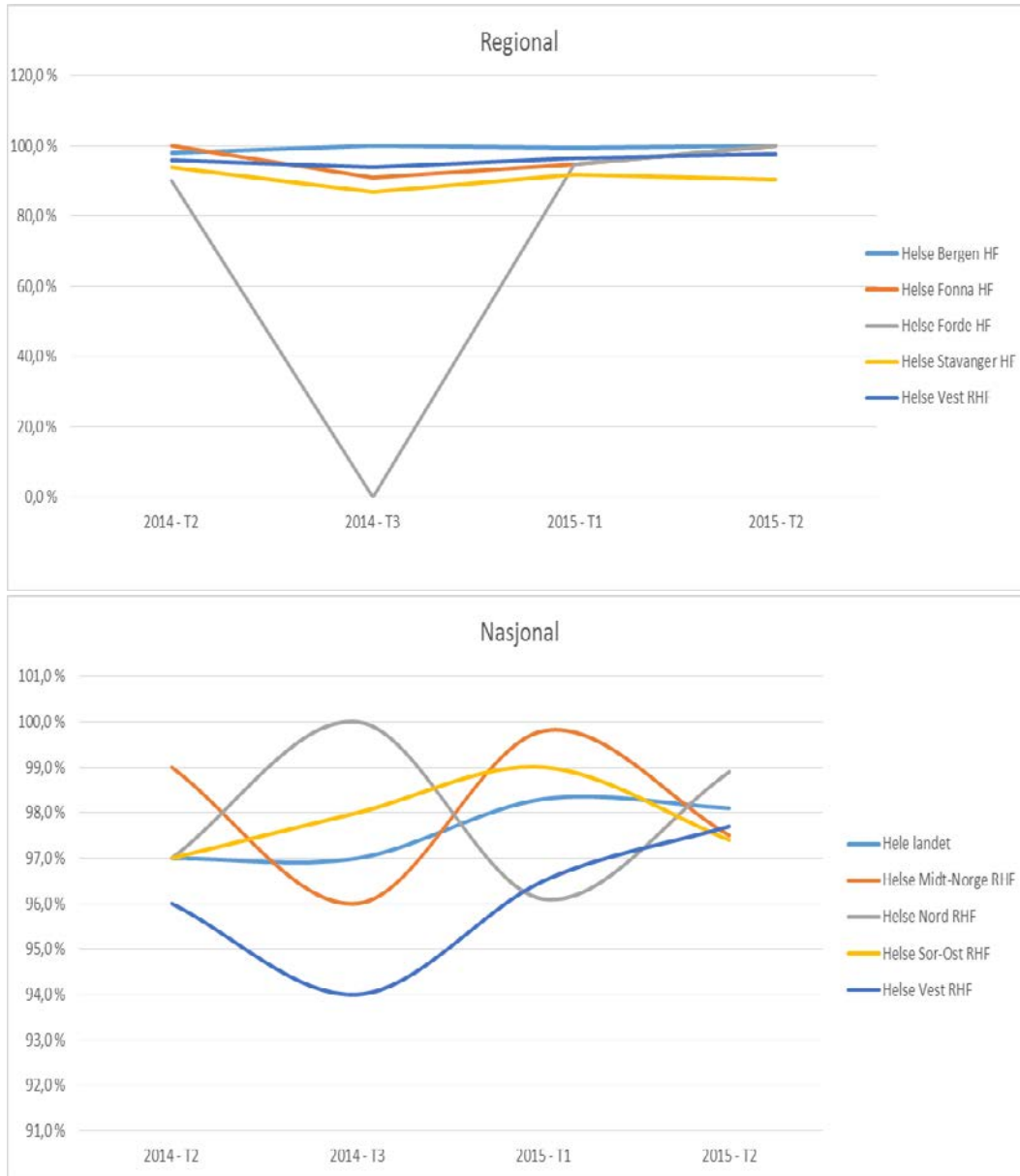
### 30 dagars oppfølging av infeksjonsstatus etter fjerning av galleblære



### 30 dagars oppfølging av infeksjonsstatus etter kolonisingrep



### 30 dagars oppfølging av infeksjonsstatus etter innsetting av totalprotese (hofte)

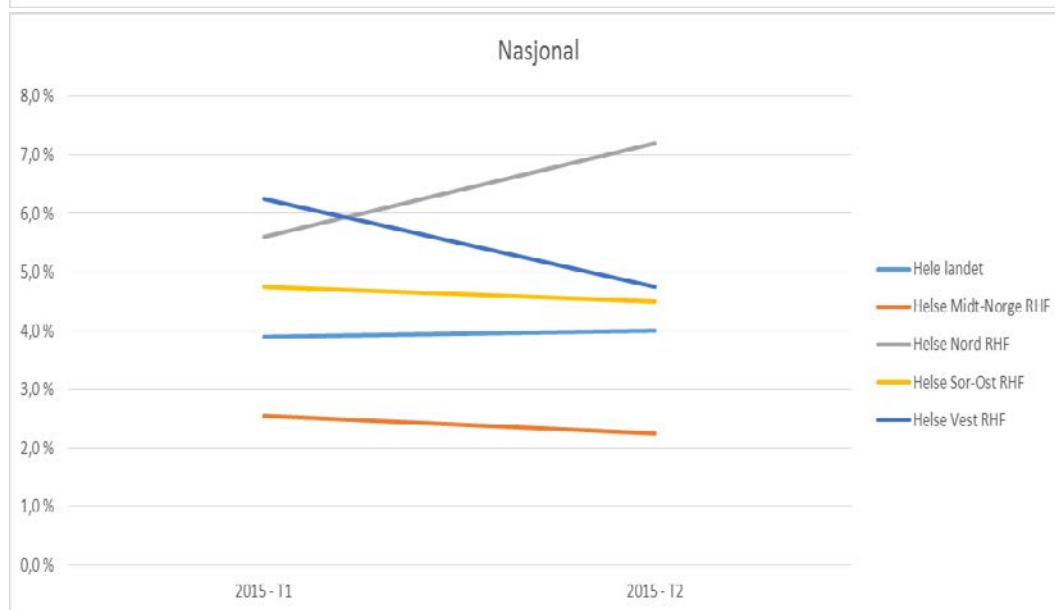
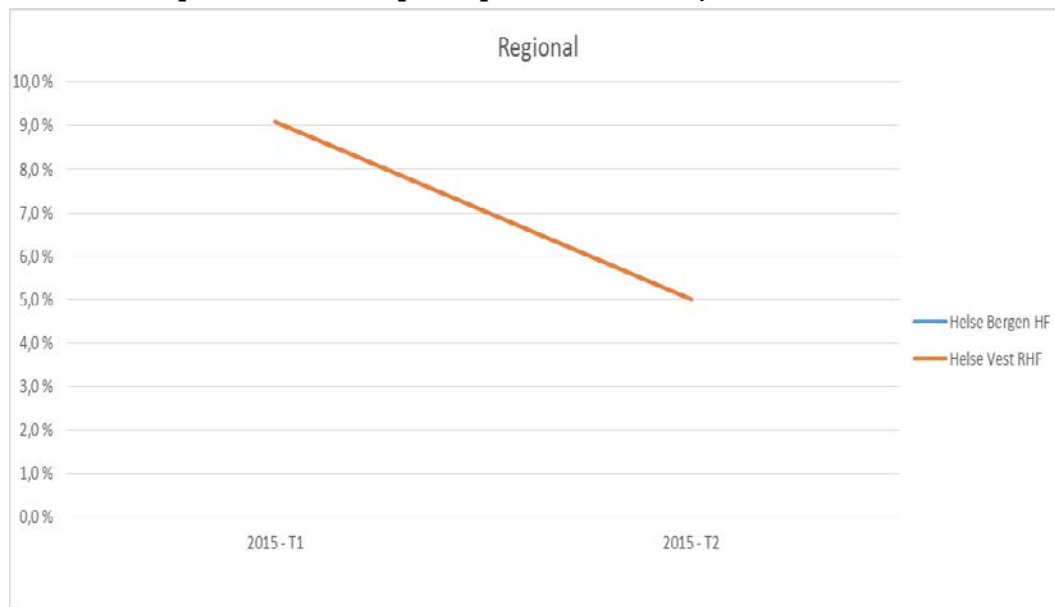


### Postoperative infeksjonar etter inngrep

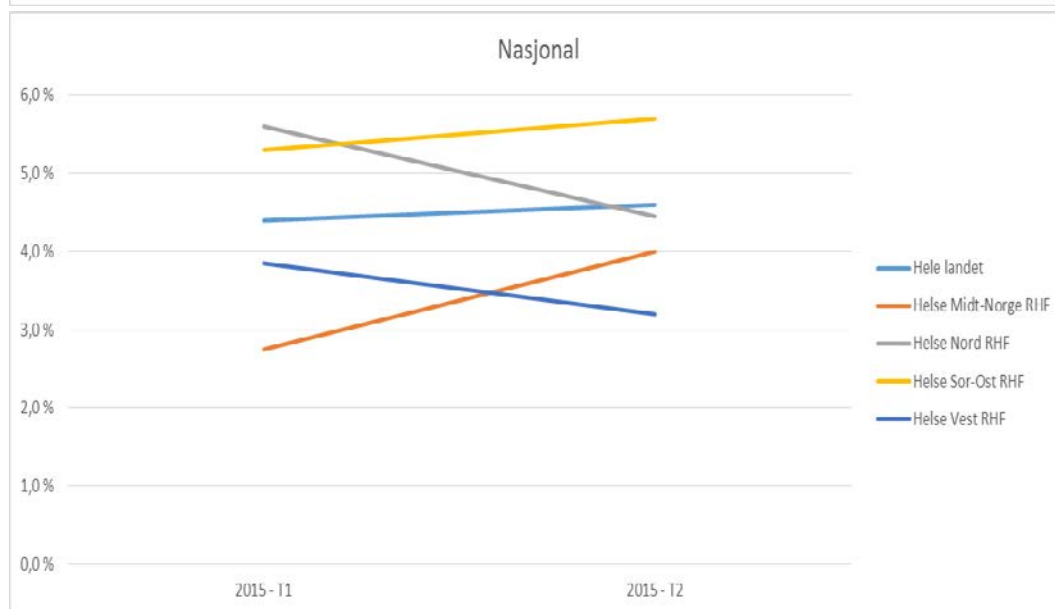
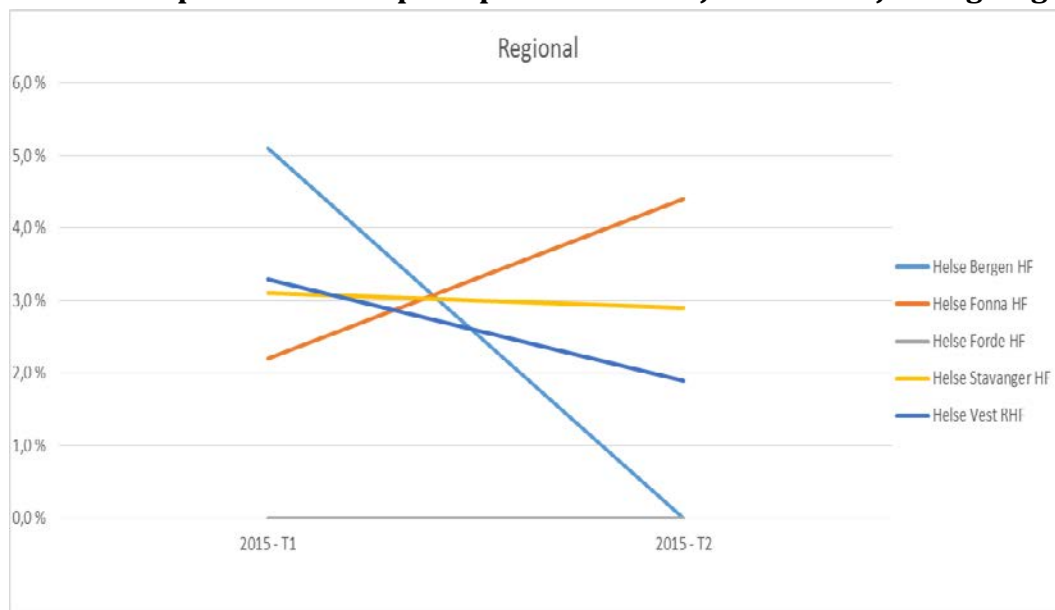
Helseinstitusjonar er pålagt å ha ein oversikt over helsetenesteassosierte infeksjonar, inkludert infeksjonar i operasjonsområdet. Infeksjonar i operasjonsområdet medfører betydelig sjuklegheit for pasientane og kan redusere helsegevinsten av inngrepet. Dei medfører og betydelige meirkostnader. Det er godt dokumentert at infeksjonar i operasjonsområdet kan førebyggast gjennom systematiske tiltak. Overvaking av infeksjonar i operasjonsområdet etter einskilde inngrep er obligatorisk gjennom NOIS-registerforskrifta. Helsemyndighetene har ikkje definert konkrete nasjonale mål for desse indikatorane.



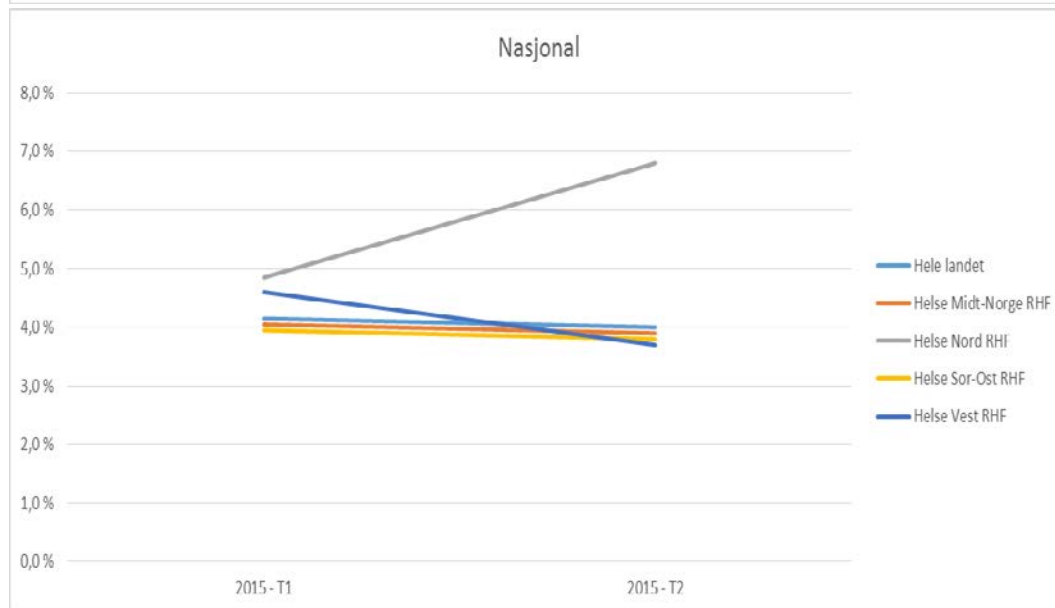
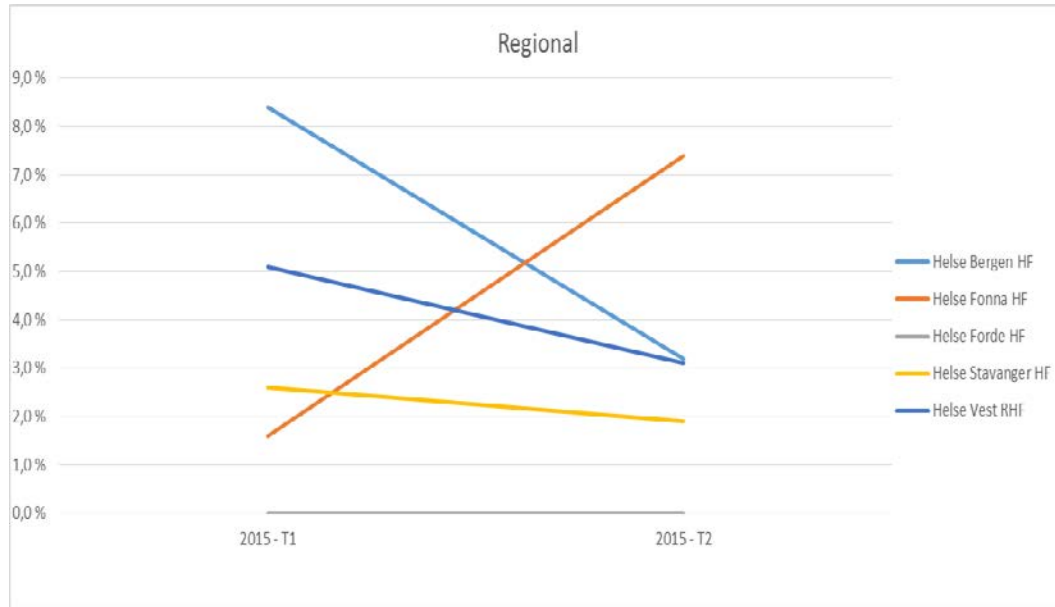
## Prosentdel pasientar med postoperative infeksjonar etter aortakoronar bypass



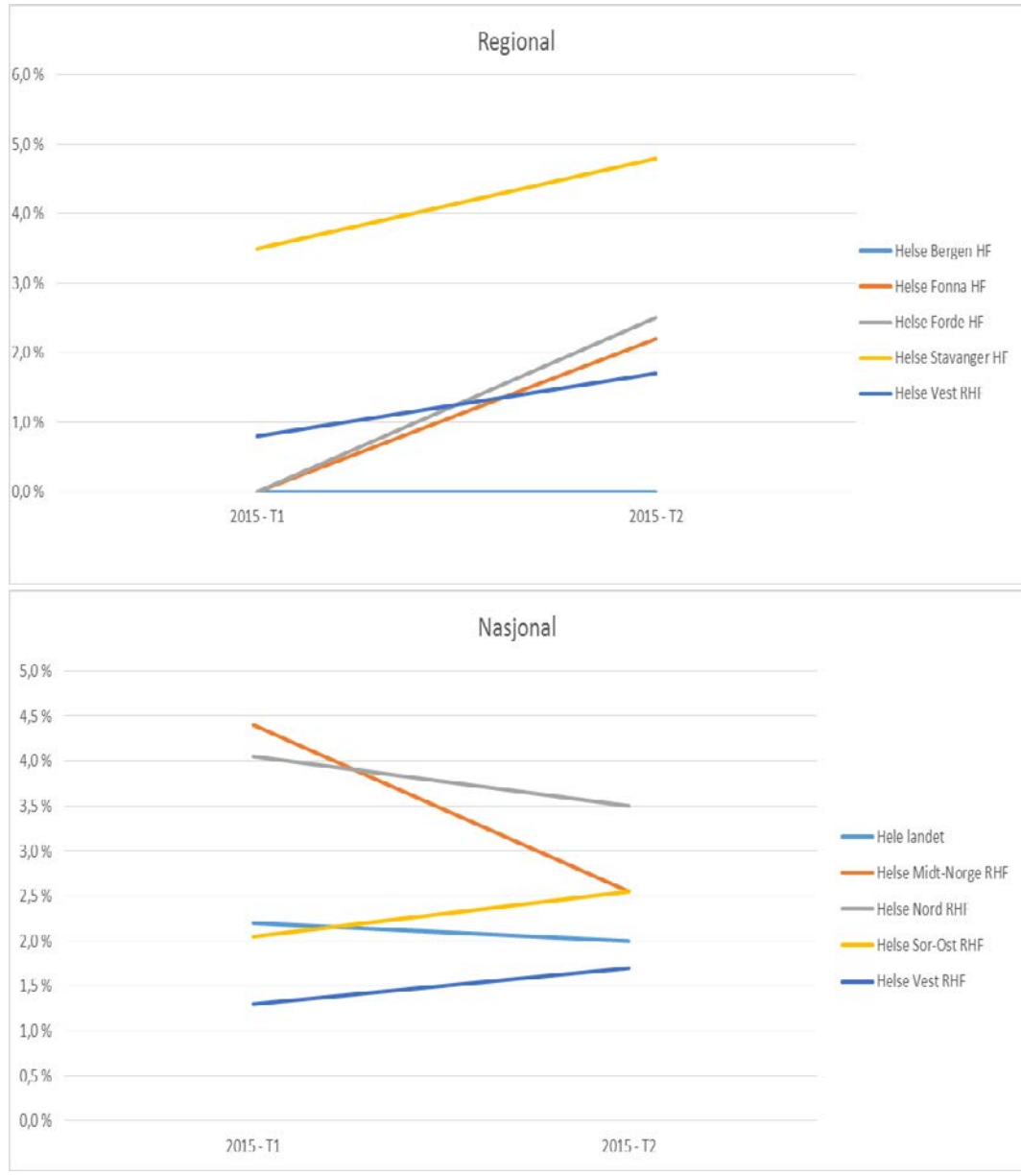
### Prosentdel pasientar med postoperative infeksjonar etter fjerning av galleblære



### Prosentdel pasientar med postoperative infeksjonar etter keisarsnitt



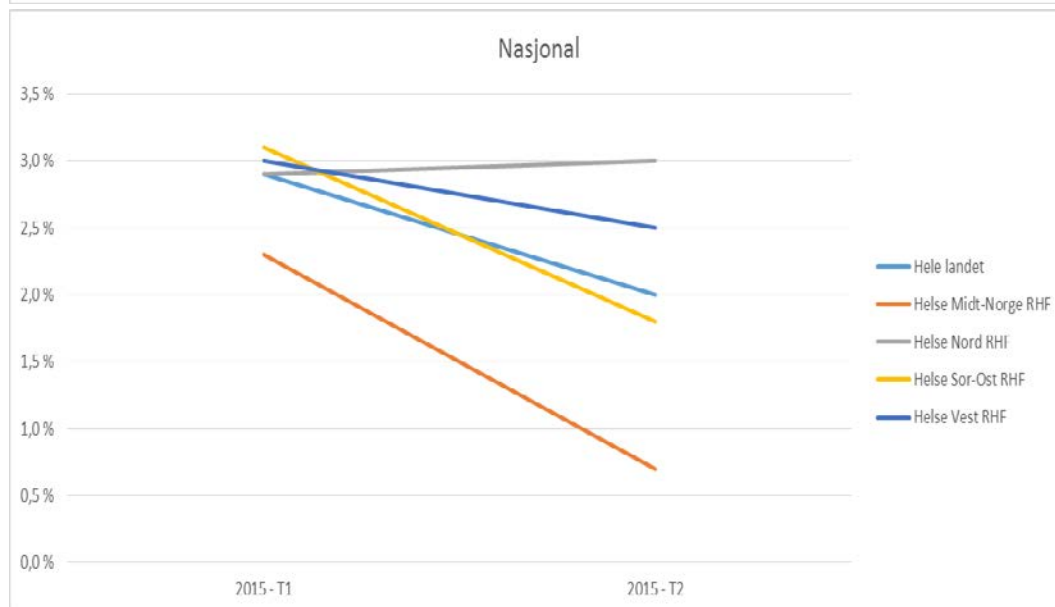
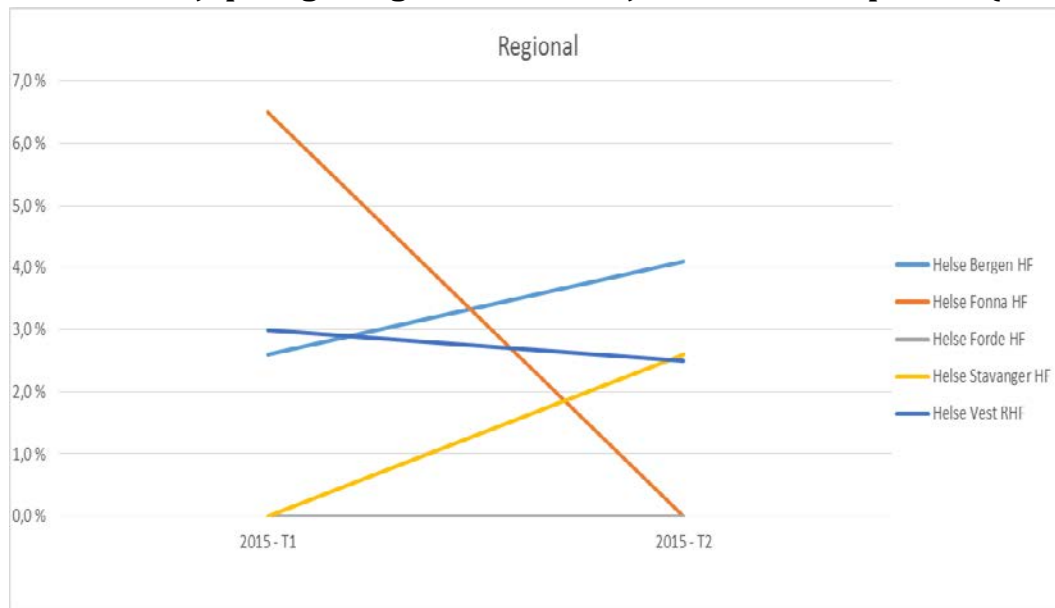
**Prosentdel pasientar med postoperative infeksjonar etter totalprotese (hofte)**



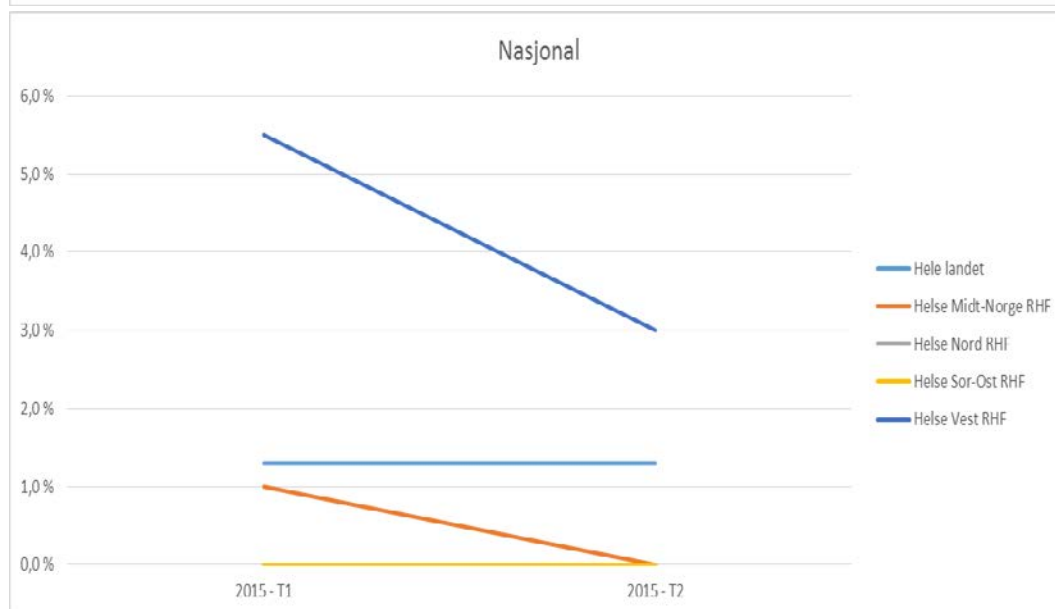
**Del pasientar med djupe og organ-/holromsinfeksjonar i operasjonsområdet oppstått innan 30 dagar etter inngrep**

Desse indikatorane inngår i berekningane av dei postoperative infeksjonane i førre avsnitt, men viser prosentdelen pasientar som har fått djupe og organ-/holromsinfeksjonar, medan dei førre indikatorane og inneheld overflateinfeksjonar.

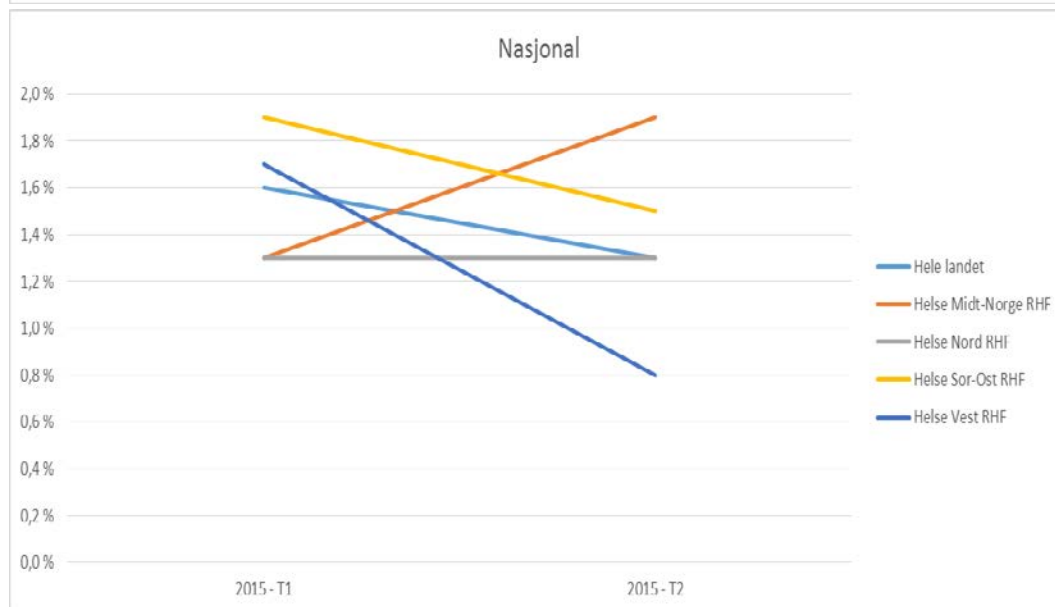
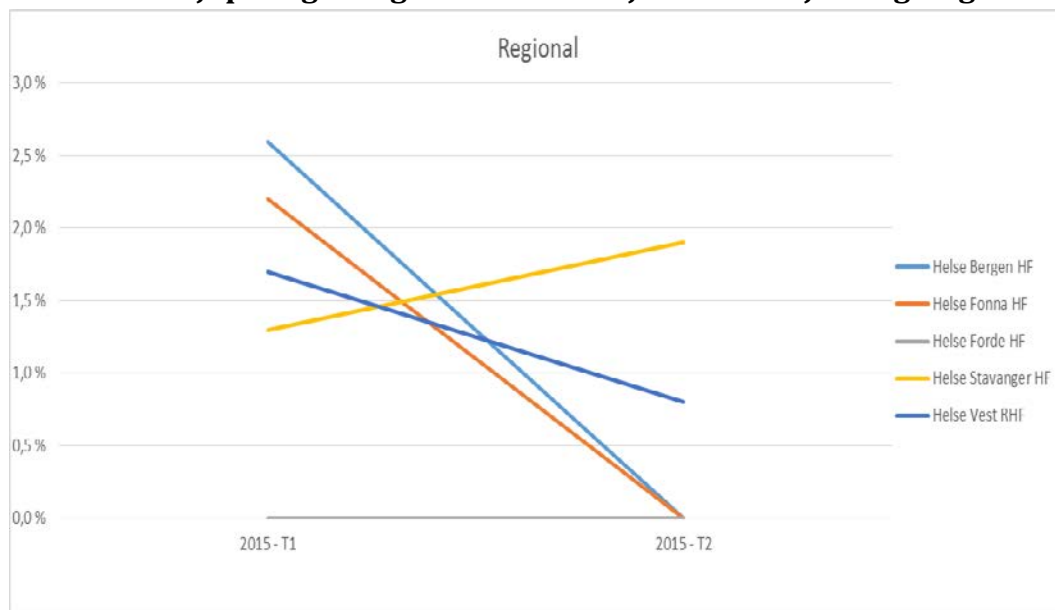
### Prosentdel djupe organ- og holromsinfeksjonar etter hemiprotese (hofte)



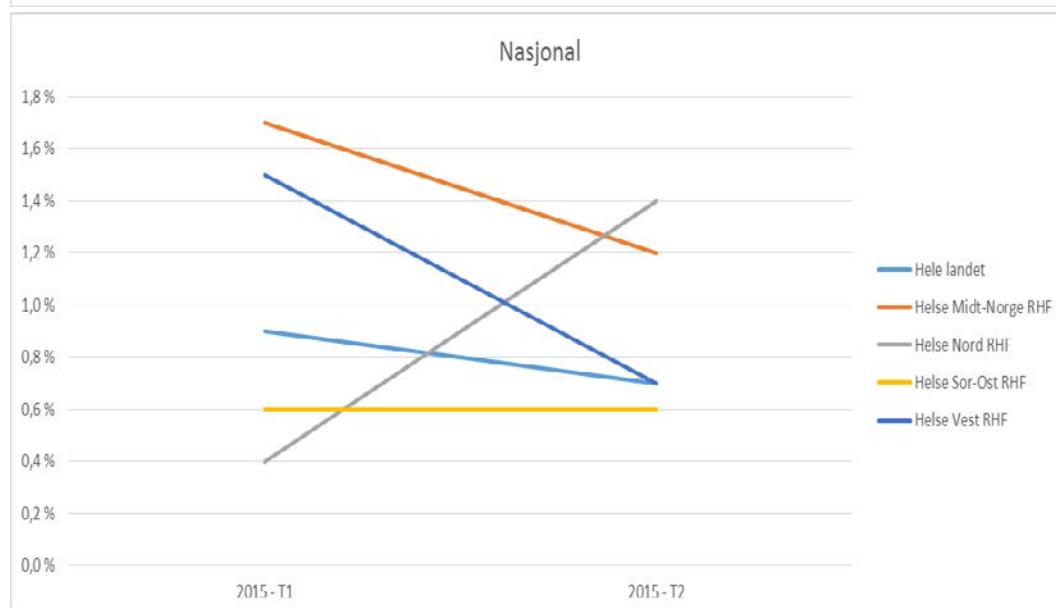
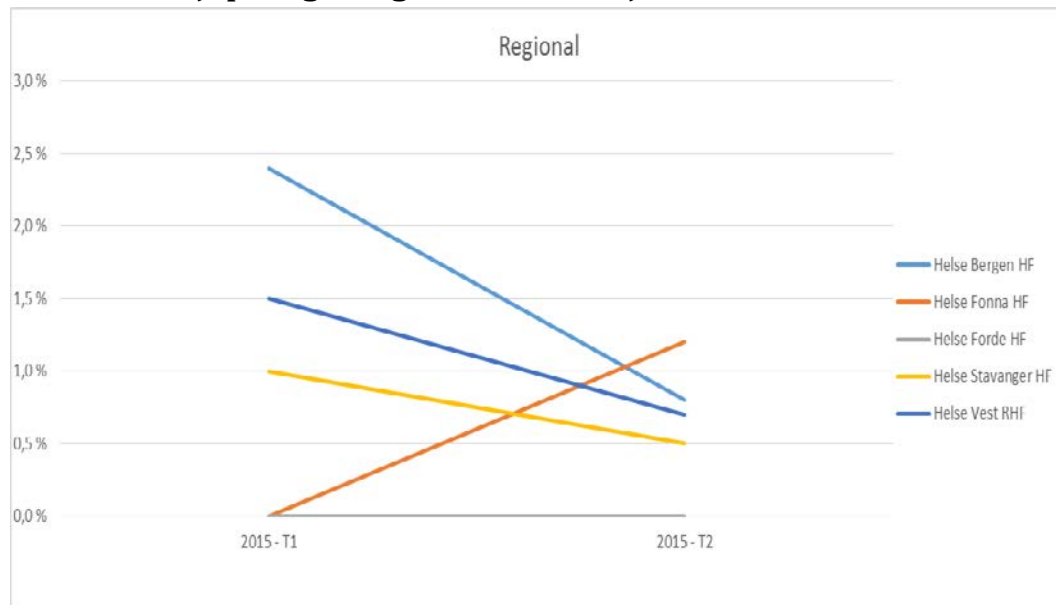
### Prosentdel djupe organ- og holromsinfeksjonar etter aortakoronar bypass



## Prosentdel djupe organ- og holromsinfeksjonar etter fjerning av galleblære

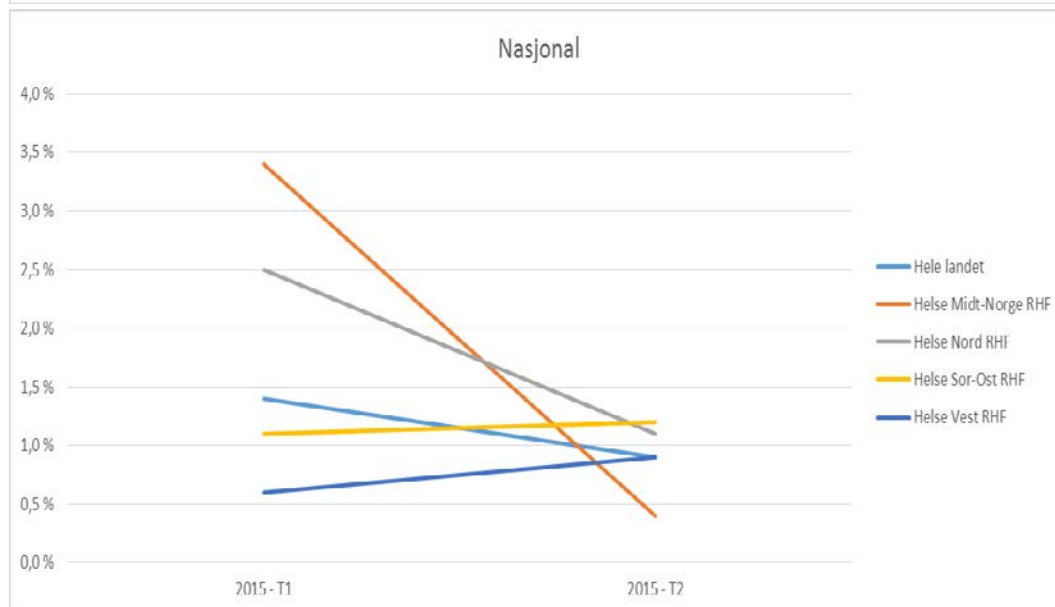
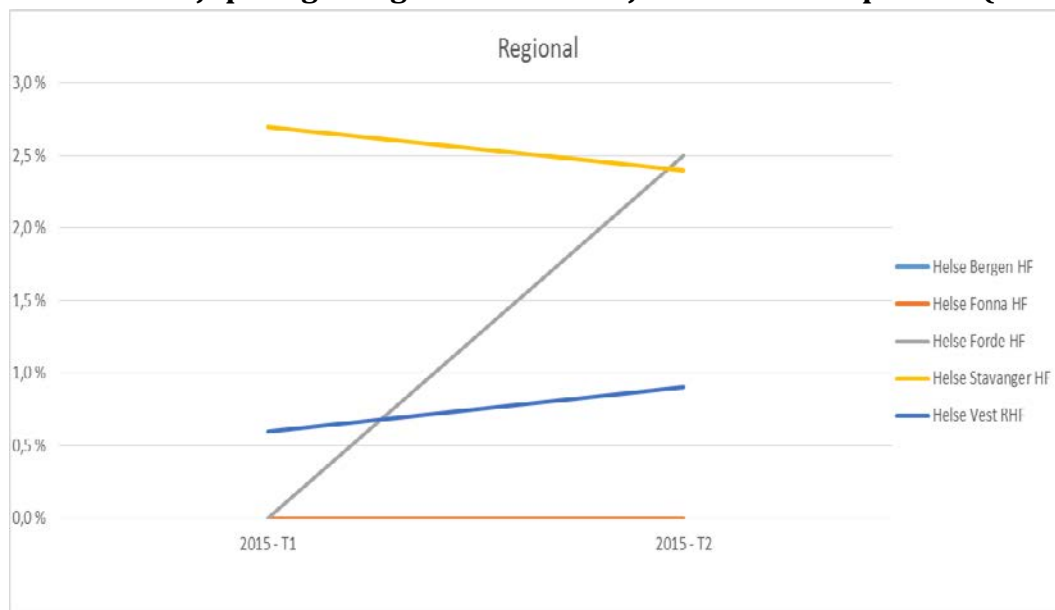


## Prosentdel djupe organ- og holromsinfeksjonar etter keisarsnitt





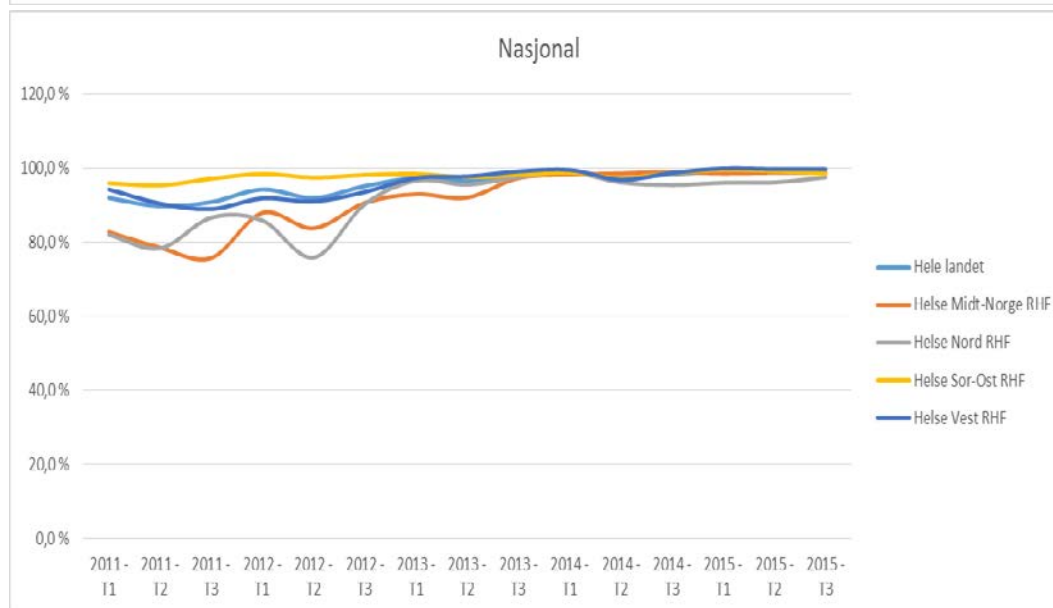
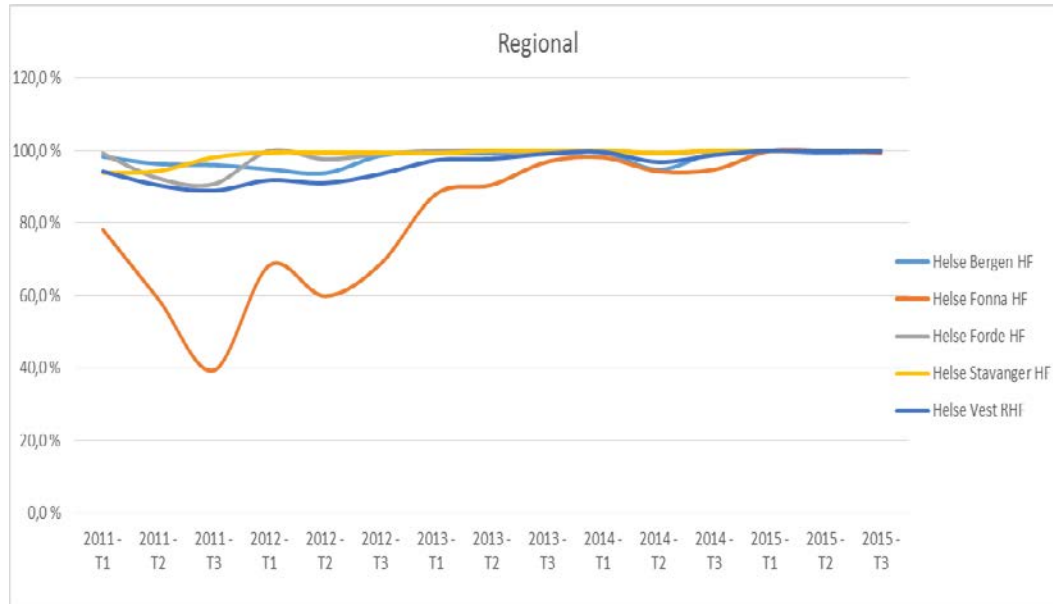
## Prosentdel djupe organ- og holromsinfeksjonar etter totalprotese (hofte)



### Kvalitetsindikatorar innan BUP

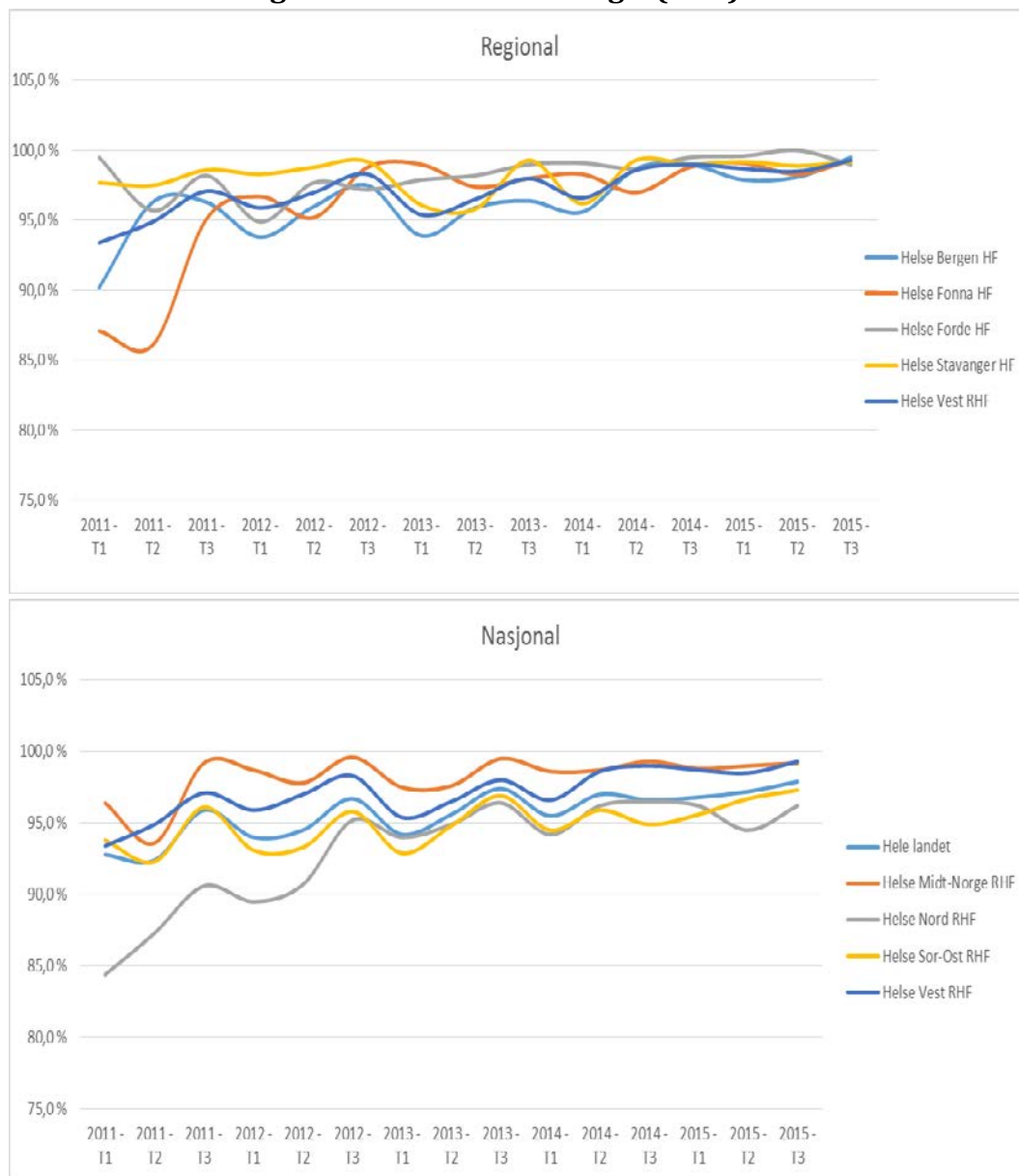
Barne- og ungdomsgarantien er ein pasientrettighet som seier at behandlinga seinast skal vere starta innan 65 virkedagar etter at tilvisinga er vurdert, for barn og unge under 23 år med psykisk og/eller rusrelatert lidingar. Den nasjonale målsettinga er at prosentdelen skal vere 100 %.

### Barne- og ungdomsgarantien: Prosentdel behandla innan 65 dagar



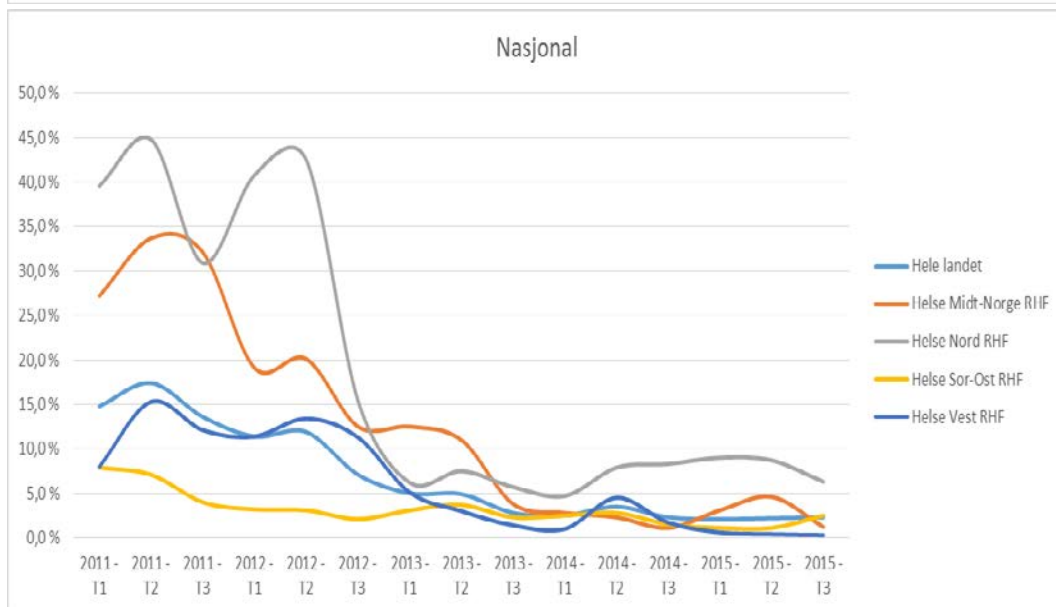
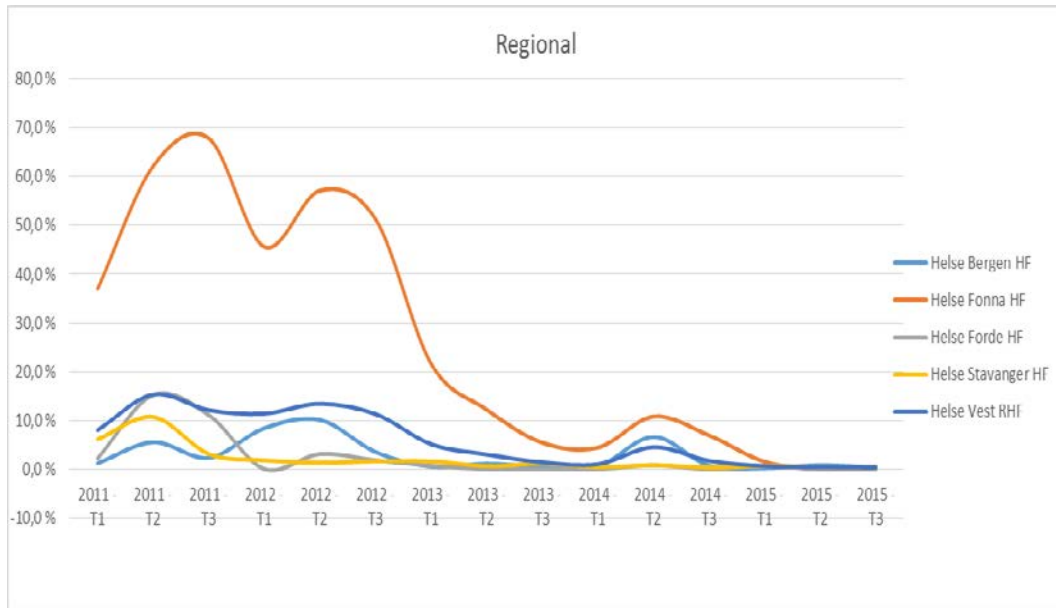
Barne- og ungdomsgarantien seier og at tilvisinga skal vere vurdert innan ti virkedagar for barn og unge under 23 år i psykisk helsevern med psykisk og/eller rusrelatert lidning, og skal sikre rask tilbakemelding både til pasient og tilvisande instans når pasienten sitt helseproblem blir tatt hand om. Den nasjonale målsettinga er at prosentdelen skal vere 100 %.

### Prosentdel tilvisingar vurdert innan 10 dagar(BUP)



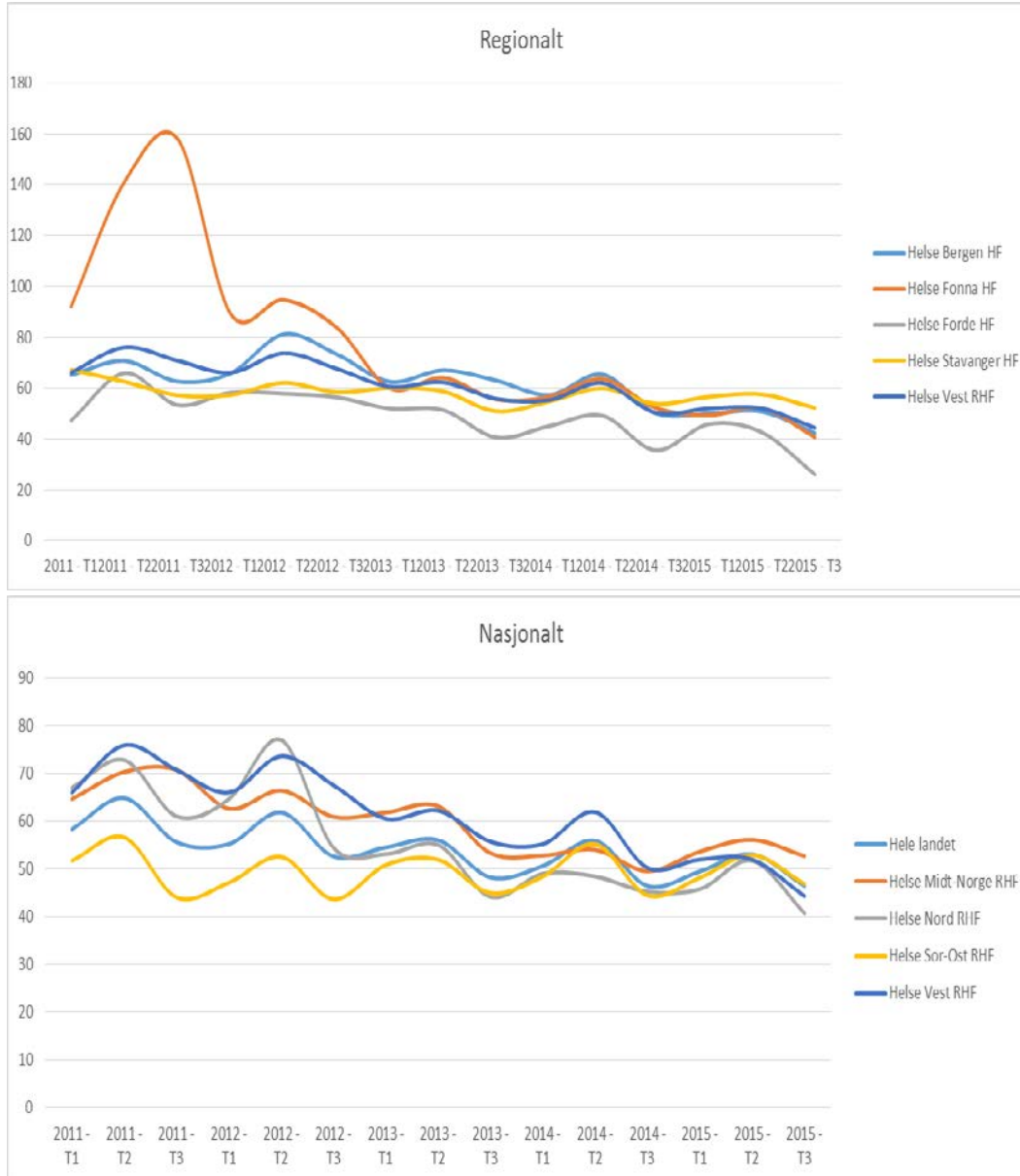
Som pasient (med rett til prioritert helsehjelp) skal du få ein frist for når behandlinga seinast skal starte. Behandlingsfristen er ein pasientrettigheit, og skal sikre god prioritering slik at pasientane med dei mest alvorlige sjukdommane blir behandla først. Fristbrot oppstår når helsehjelpa er starta etter den fastsette fristen. Den nasjonale målsettinga er at prosentdelen skal vere 0 %.

**Prosentdel fristbrot for pasientar som har begynt helsehjelp innan BUP**



Ventetida er den tida du står på venteliste frå tilvisinga er motteke i spesialisthelsetenesta til helsehjelpa har starta. Ventetida viser tilgjengelegheita til spesialisthelsetenesta for pasientar som har fått tilvisinga si vurdert. Det er eit mål å redusere ventetida og ha god oversikt over ventetidene. Den nasjonale målsettinga er at gjennomsnittleg ventetid for behandla skal vere under 65 dagar, medan det regionale målet i Helse Vest er 40 dagar innan BUP.

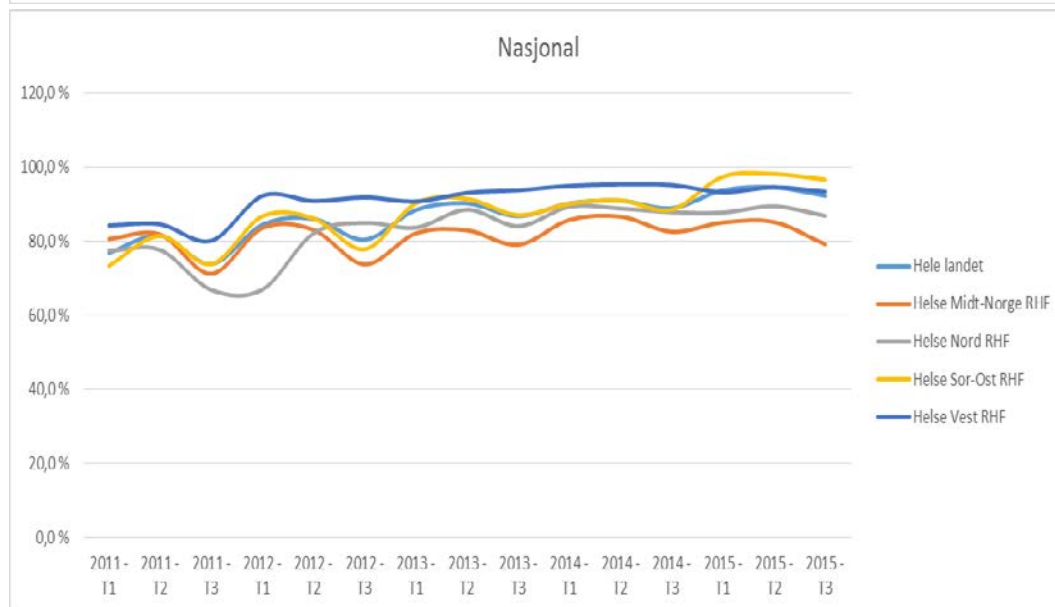
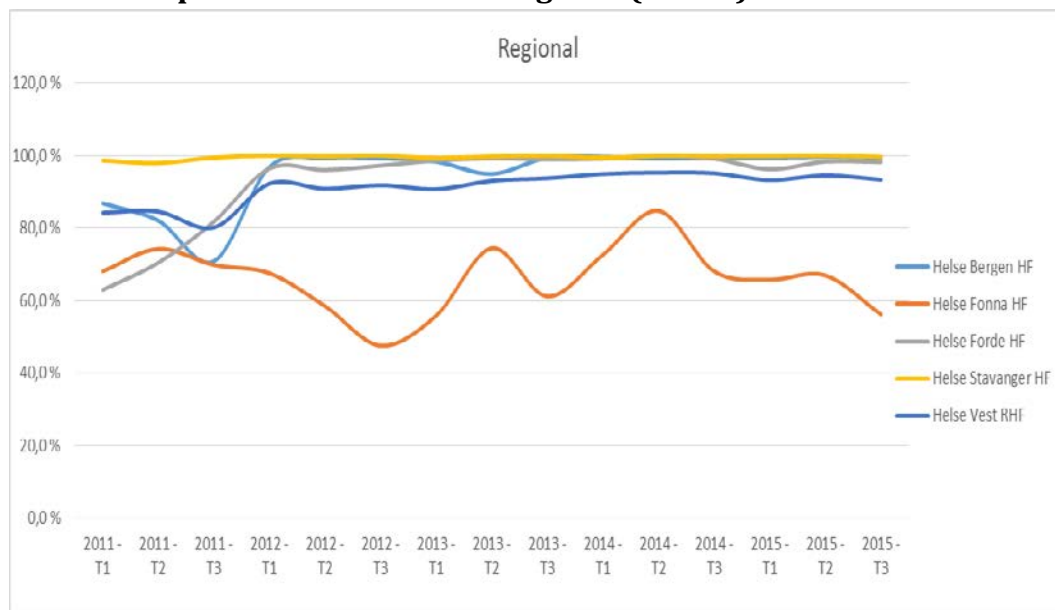
## Gjennomsnittlig ventetid for behandla innan psykisk helse barn og unge



Utgreining og diagnostisering av helseproblema til pasienten er eit av fleire viktige føresetnadar for å velje ein effektiv og god behandling. Difor er bruk av diagnosekoder eit viktig verktøy. Diagnosen er og viktig for kommunikasjonen mellom behandlarane.

Innan psykisk helsevern for barn og unge blir pasienten diagnostisert på seks aksar: Akse 1 beskriv hovuddiagnosen. Den nasjonale målsettinga er at prosentdelen skal vere 100 %.

### Prosentdel pasientar med hovuddiagnose (akse 1)



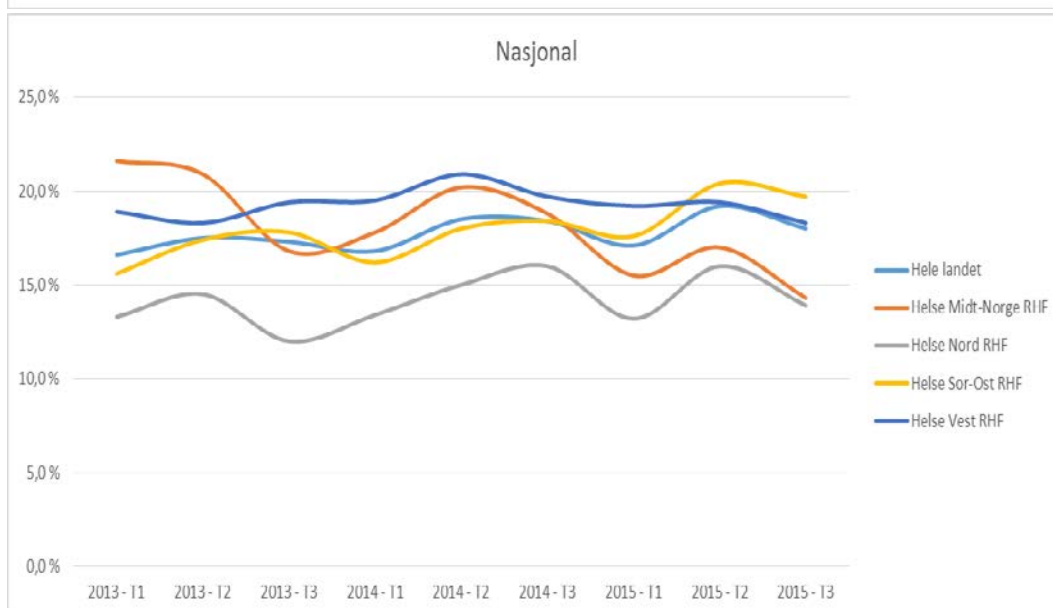
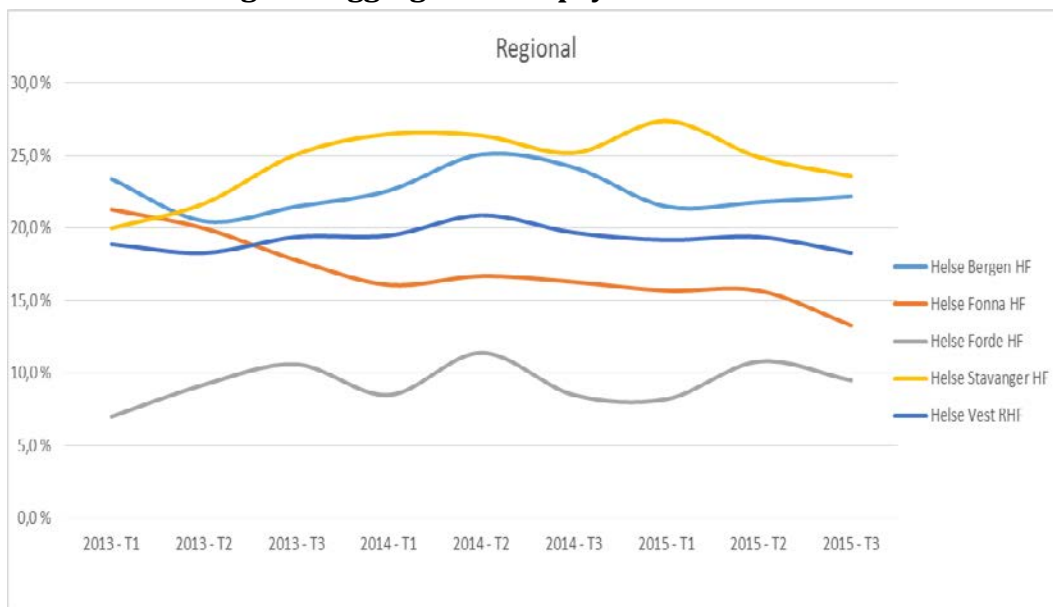
### Kvalitetsindikatorar innan psykisk helsevern for vaksne (PHV)

Tvangsinnleggingar skjer gjennom såkalla tvungen observasjon og tvunge psykisk helsevern. Ved tvungen observasjon blir pasienten lagt inn mot sin vilje i ein tidsavgrensa periode. På denne tida blir det undersøkt om vilkåra for tvungent psykisk helsevern er oppfylt. Tvungent psykisk helsevern krev mellom anna at pasienten har ein alvorlig sinnsliding og at tvungen

enten er nødvendig fordi vedkommende utgjør en fare for seg selv eller andre, eller av sterke behandlingsmessige årsaker.

Tvangsinnleggingar er eit alvorlig inngrep i personlig fridom. Det er difor etisk, fagleg og samfunnsmessig viktig å overvake bruk av tvang for å avgrensa dette til situasjonar der det er helt naudsynt, noko som og er viktig for pasienten sin rettstryggleik. Det er eit overordna helsepolitisk mål å redusere og kvalitetssikre bruken av tvangsinnleggingar i det psykiske helsevernet. Kvalitetsindikatoren er ikkje målsett.

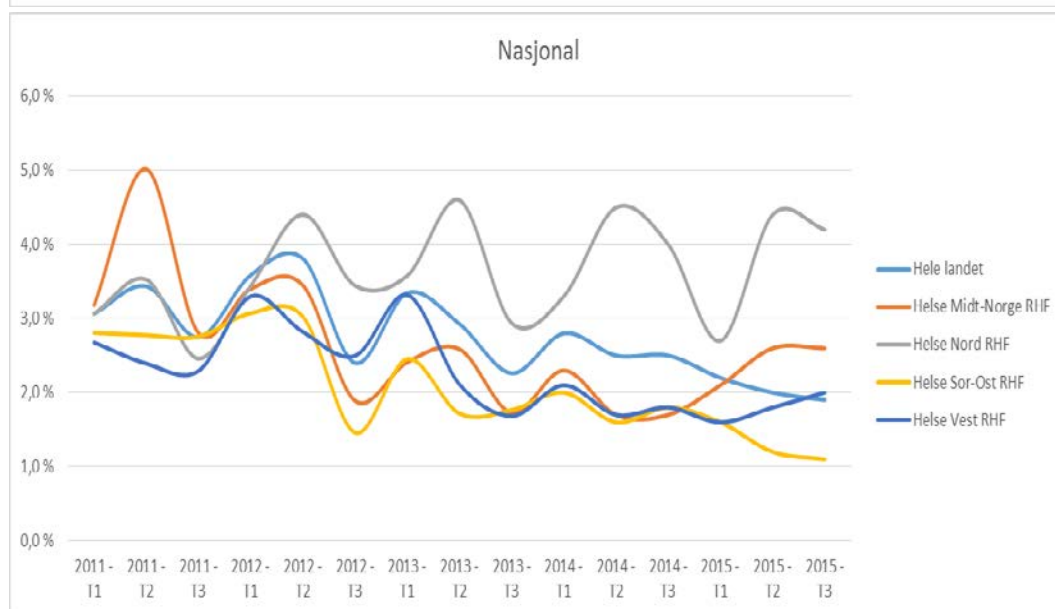
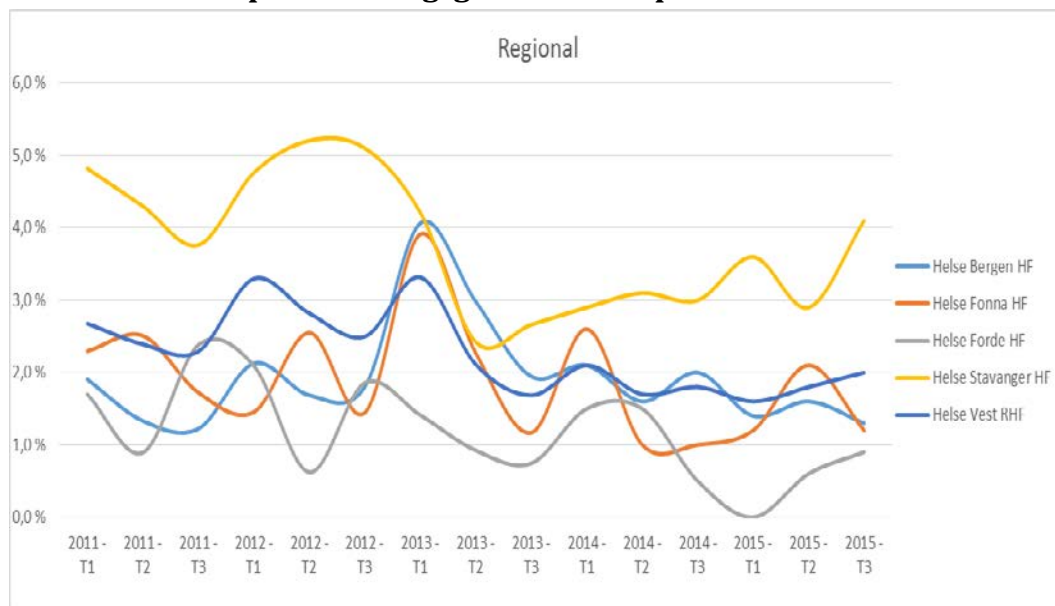
### Prosentdel tvangsinnleggingar innan psykisk helsevern for vaksne



Vurderingsgarantien er ein pasientrettighet, og skal sikre rask tilbakemelding både til pasient og tilvisande instans når pasienten sitt helseproblem blir tatt hand om. Innan PHV (>23 år)

skal tilvisingane bli vurdert innan 30 virkedagar, for å unngå brot på vurderingsgarantien. Den nasjonale målsettinga er at prosentdelen skal vere 0 %

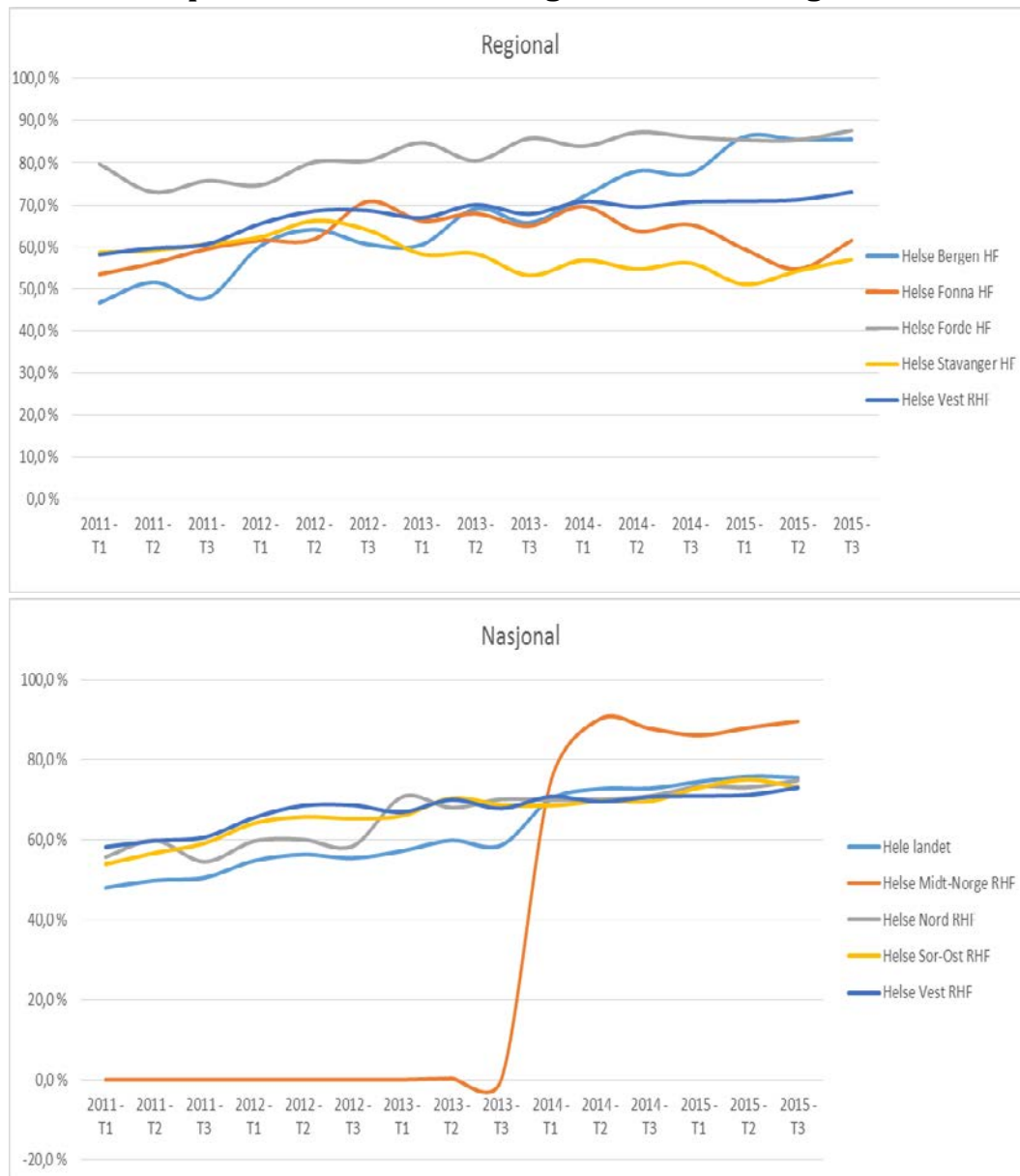
### Prosentdel brot på vurderingsgarantien for pasientar innan PHV



Epikrisa er ein oppdatert informasjon om sjukehusopphaldet. Den skal bli sendt til fastlege eller anna helsepersonell som treng opplysningane for å kunne gi pasienten nødvendig og forsvarlig oppfølging. Epikrisetida beskriv tida frå pasienten er utskriven ut til epikrisa er sendt. Denne tida er eit uttrykk for samhandling og kommunikasjon mellom ulike behandlingsnivå. Den nasjonale målsettinga er at prosentdelen skal vere 100 %.

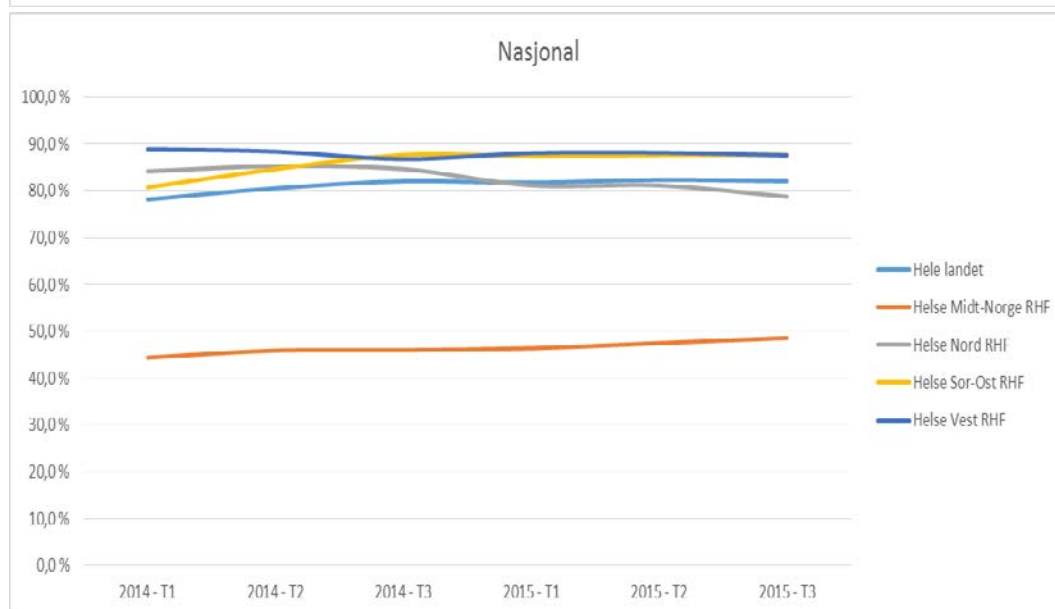
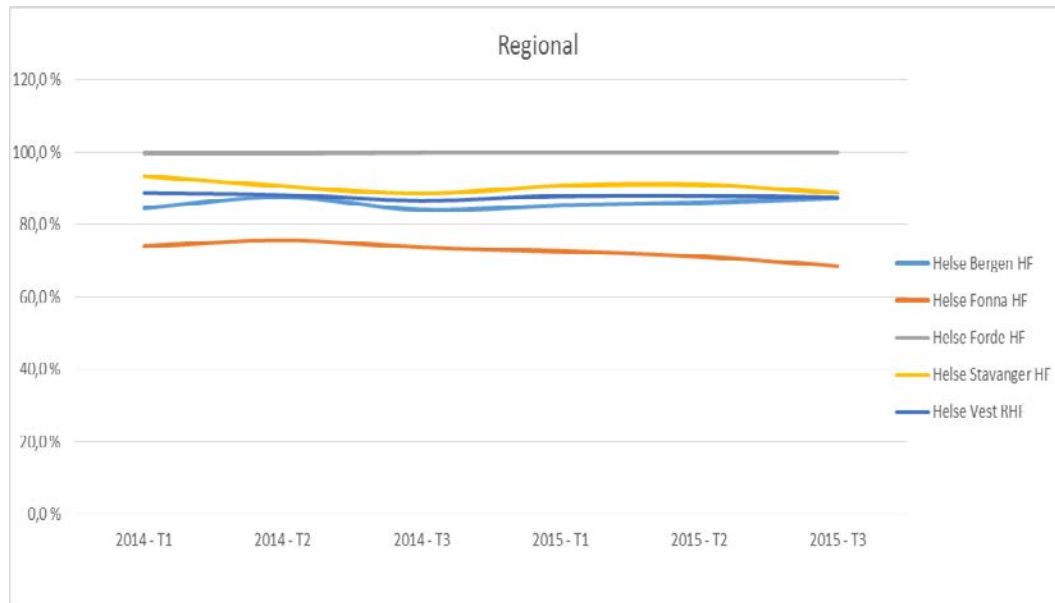


### Prosentdel epikrisar sendt innan 7 dagar etter utskriving frå PHV



Pasientar som blir tilvist til psykisk helsevern i spesialisthelsetenesta blir tilvist med grunnlag i ein tilvisingsformalitet. Dette formelle grunnlaget for tilvisinga kan vere; frivillig, tvang (etter fleire ulike lovheimlar), ved dom, eller gjennomføring av straff i institusjon eller sjukehus. Det fins 10 ulike tilvisingsformalitetar. Den nasjonale målsettinga er at prosentdelen skal vere 100 %.

### Prosentdel nye tilvisingar med registrert tilvisingsformalitet\*

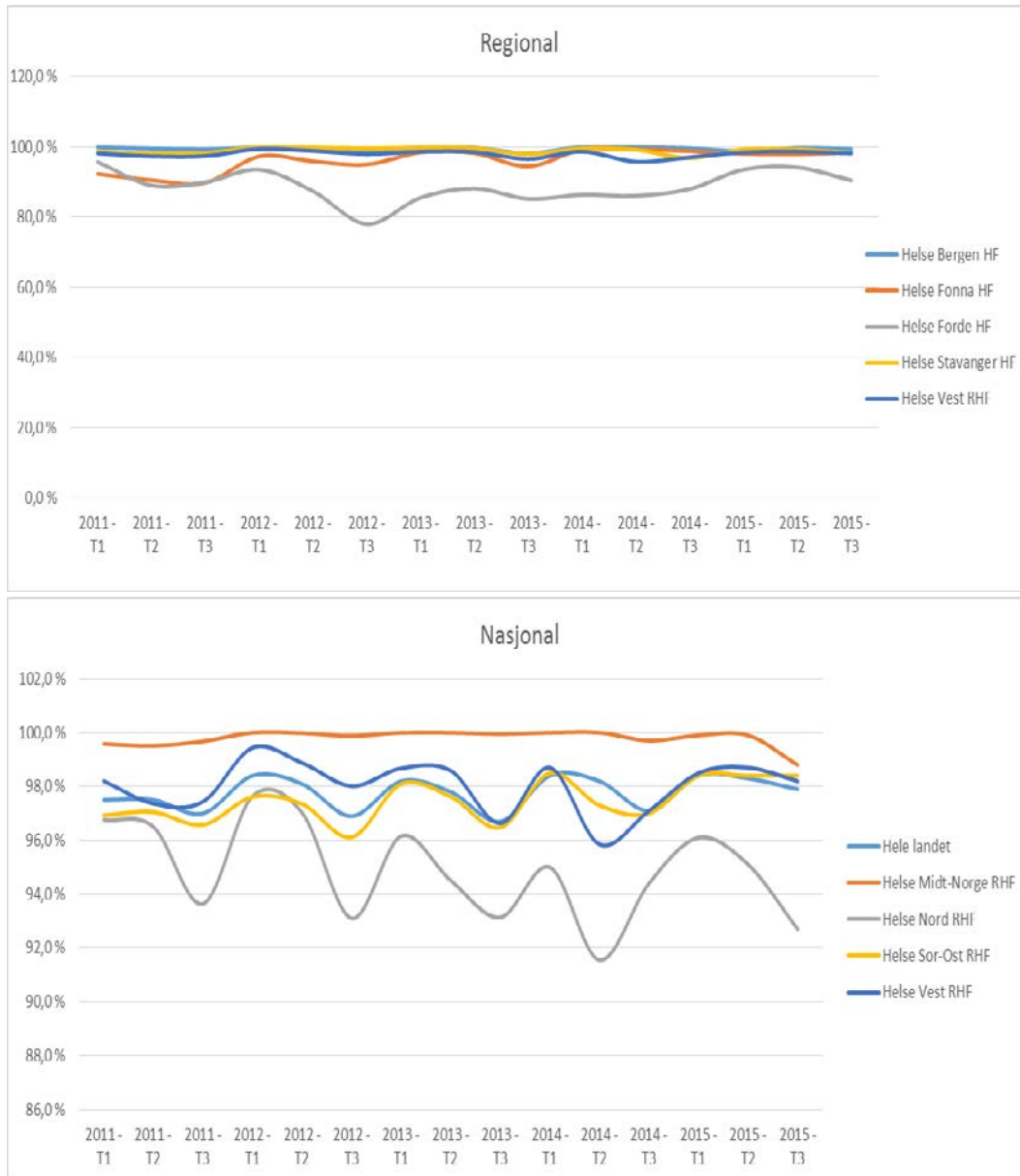


\*Midt-Norge RHF scorar lågt. Årsaka til dette kan vere den tekniske løysning for rapporteringa skriv Helsedirektoratet.

Diagnosar er eit viktig verktøy for å bidra til at pasientane får riktig behandling. Diagnosen er og viktig for kommunikasjonen mellom behandlarane. Det blir nytta ein del uspesifiserte diagnosar, såkalla Z-diagnosar, til dømes inntil pasienten er ferdig utreda eller der det ikkje

finns ein diagnose. Manglande koding av diagnosar eller bruk av uspesifiserte diagnosekodar kan føre til at pasientane får dårlegare kvalitet på behandlinga. Den nasjonale målsettinga er at prosentdelen med spesifisert hovuddiagnose skal vere 100 %.

### Prosentdel pasientar med spesifisert hovuddiagnose



Individuell plan skal vere utarbeidd for kvar pasient som har rett til og samtykker til at ein slik plan blir utarbeidd, i høve til pasient- og brukarrettighetslova. Planen skal utarbeidast etter samtykke med pasienten eller den som har samtykkekompetanse. Individuell plan er eit av dei viktigaste virkemidla for å sikre at pasientar som treng det, blir tilbydd koordinerte og føreseigelege tenester. Samhandling mellom spesialist og kommunehelsetenesta er viktig i

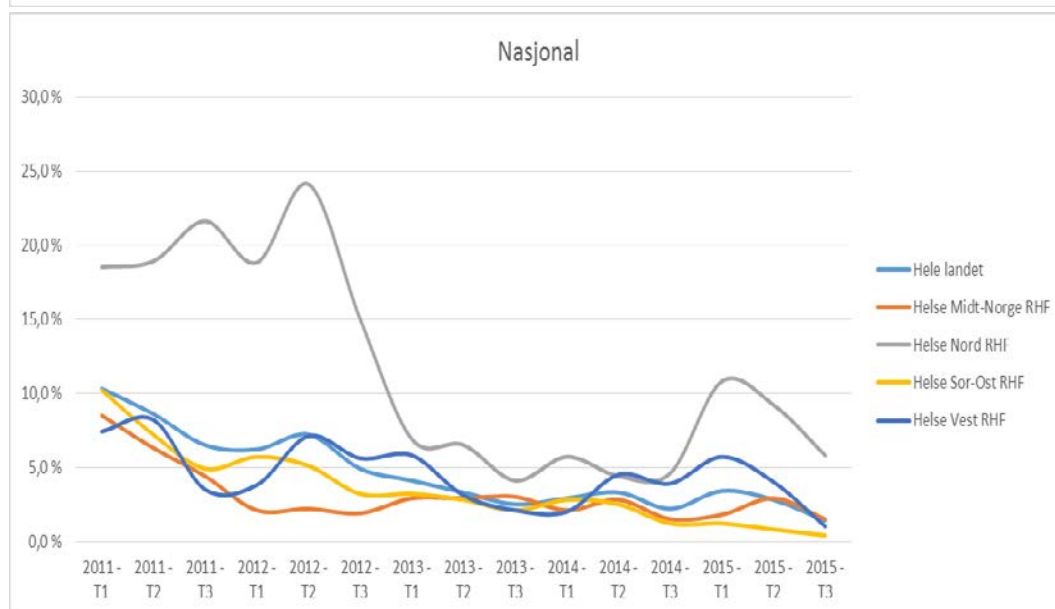
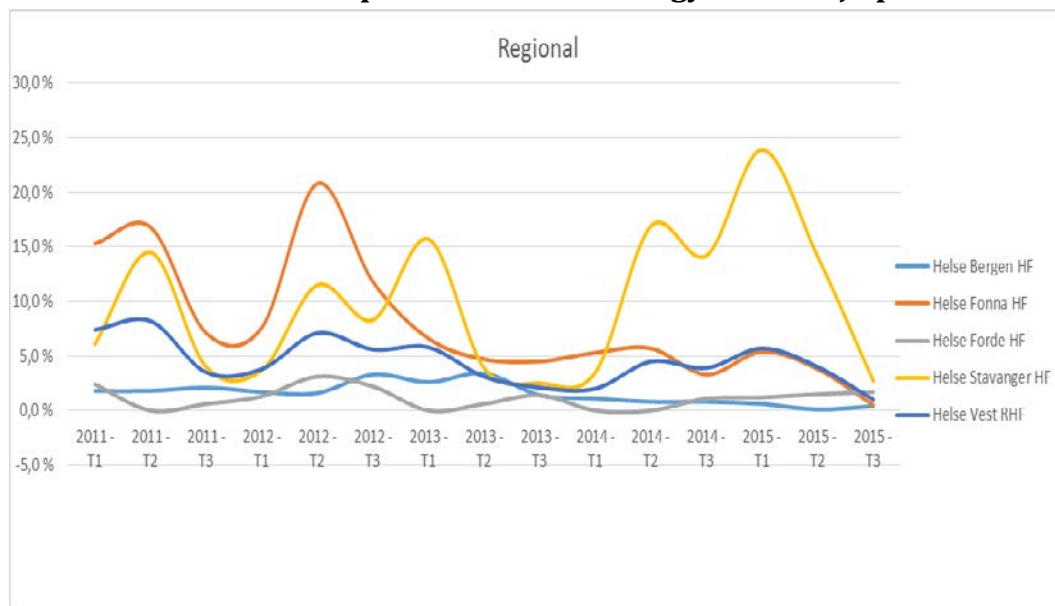
etablering av individuelle planar for desse pasientgruppene, som har behov for langvarige og samansette tenester. Det er ikkje sett ei nasjonal målsetting.

### Prosentdel pasientar med individuell plan ved diagnose schizofreni



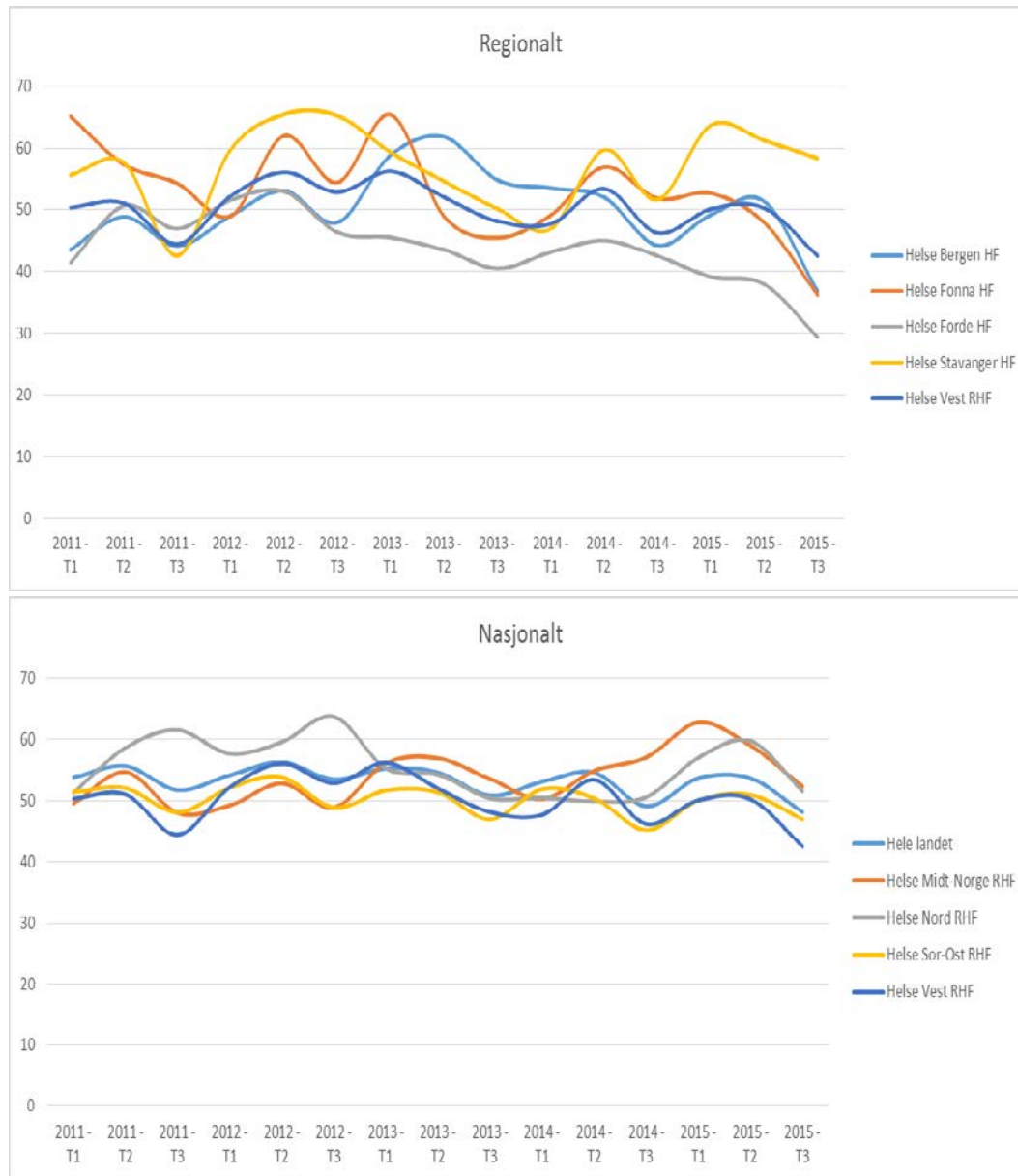
Som pasient (med rett til prioritert helsehjelp) skal du få ein frist for når behandlinga seinast skal starte. Behandlingsfristen er ein pasientrettigheit, og skal sikre god prioritering slik at pasientane med dei mest alvorlege sjukdommane skal behandlast først. Fristbrot oppstår når helsehjelpen er starta etter den fastsette fristen. Den nasjonale målsettinga er at prosentdelen skal vere 0 %.

## Prosentdel fristbrot for pasientar som har begynt helsehjelp innan PHV



Ventetida er den tida du står på venteliste frå tilvisinga er motteke i spesialisthelsetenesta til helsehjelpa har starta. Ventetida viser tilgjengelegheita til spesialisthelsetenesta for pasientar som har fått tilvisinga si vurdert. Det er eit mål å redusere ventetida og ha god oversikt over ventetidene. Den nasjonale målsettinga er at gjennomsnittleg ventetid skal vere under 65 dagar, medan det regionale målet i Helse Vest er 45 dagar innan PHV.

### Gjennomsnittlig ventetid for behandla innan psykisk helse vaksne

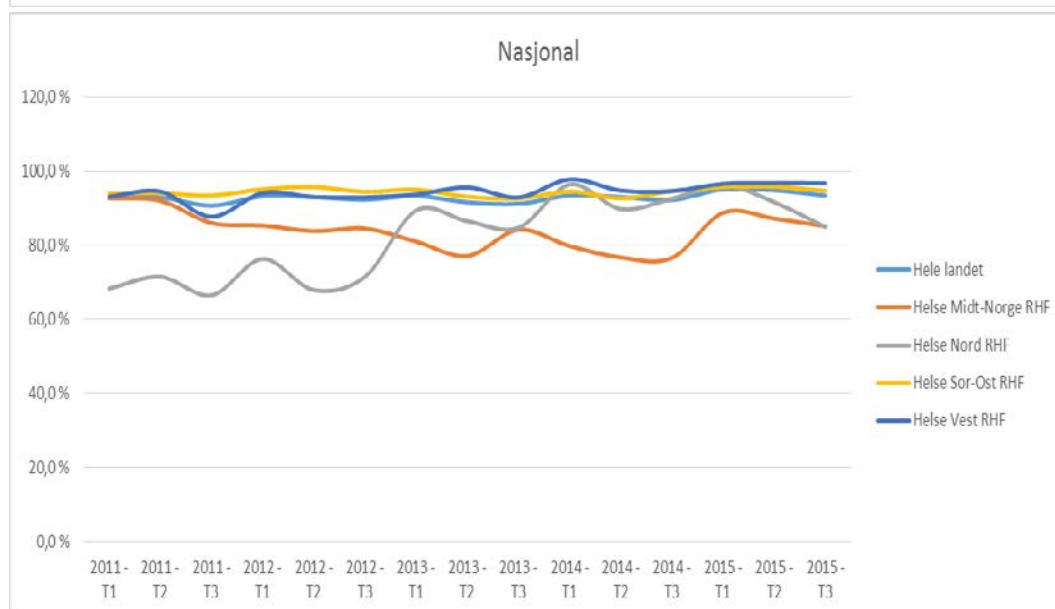
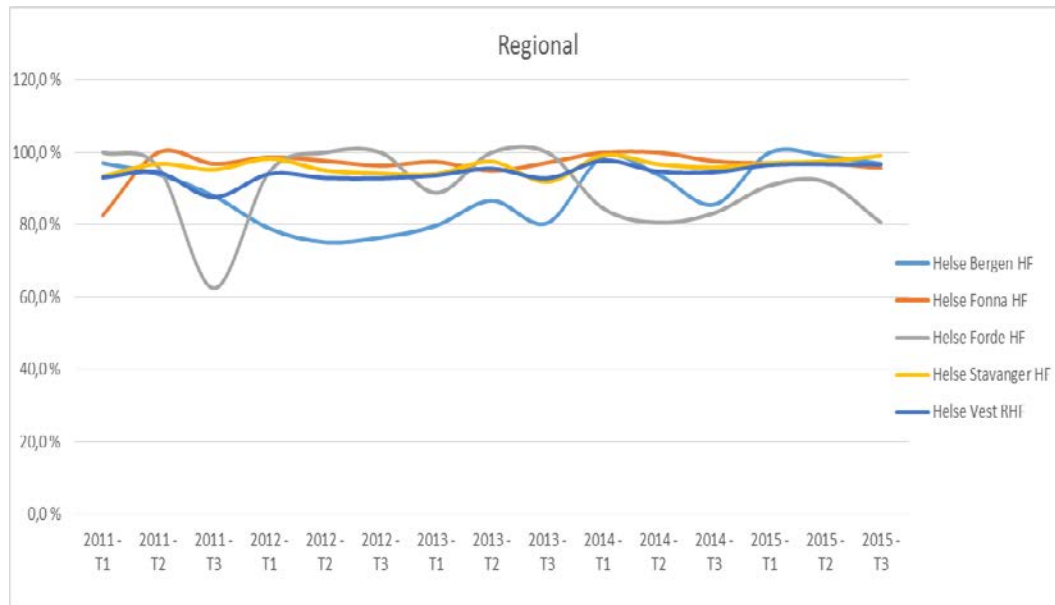


### Kvalitetsindikatorar innan TSB

Utgreiing og diagnostisering av pasienten sitt problem er ein av fleire viktige føresetnadar for å velje ein effektiv og god behandling. Difor er bruk av diagnosekoder eit viktig verktøy. Diagnosen er og viktig for kommunikasjonen mellom behandlarane. Det å ha ein

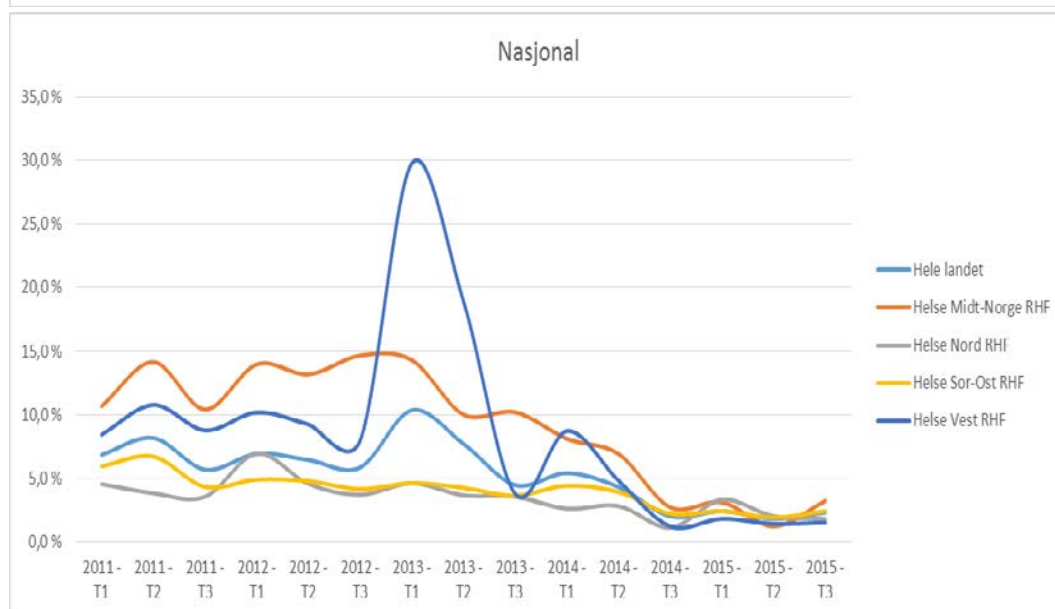
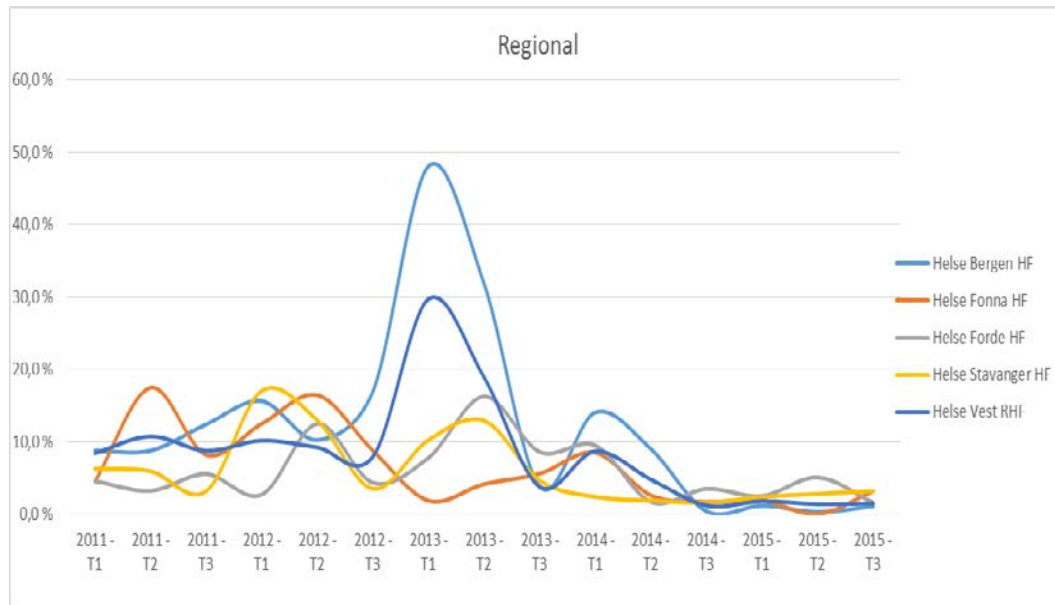
hovuddiagnose kan og bidra til positiv utvikling av behandlingstilbud. Den nasjonale målsettinga er at prosentdelen skal vere 100 %.

### Prosentdel pasientar med spesifisert diagnose



Vurderingsgarantien er ein pasientrettigheit, og skal sikre rask tilbakemelding både til pasient og tilvisande instans når pasienten sitt helseproblem blir tatt hand om. Innan TSB (>23 år) skal tilvisingane vurderast innan 30 virkedagar, for å unngå brot på vurderingsgarantien. Den nasjonale målsettinga er at prosentdelen skal vere 0 %

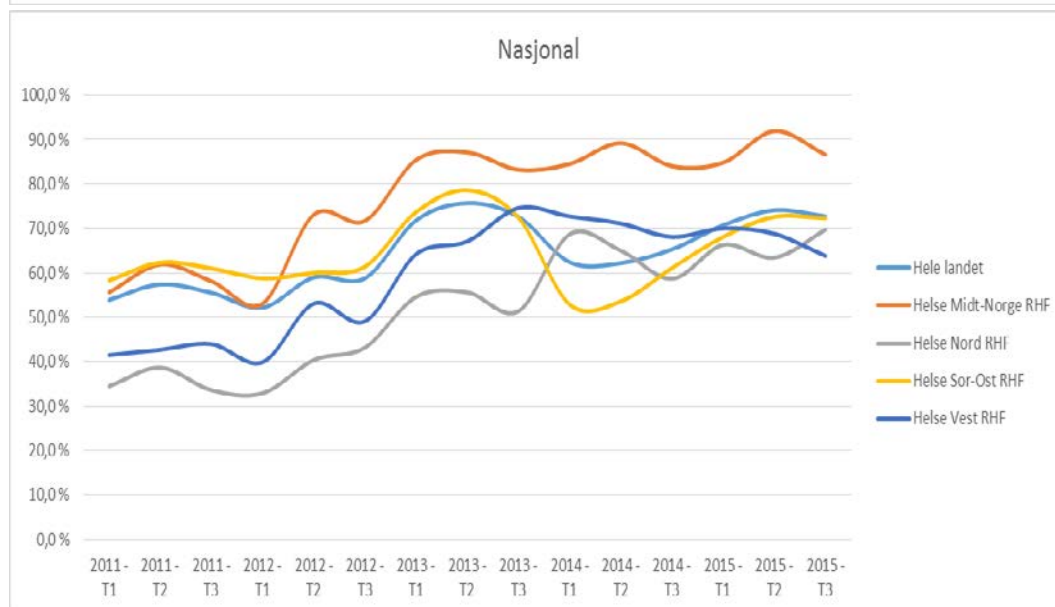
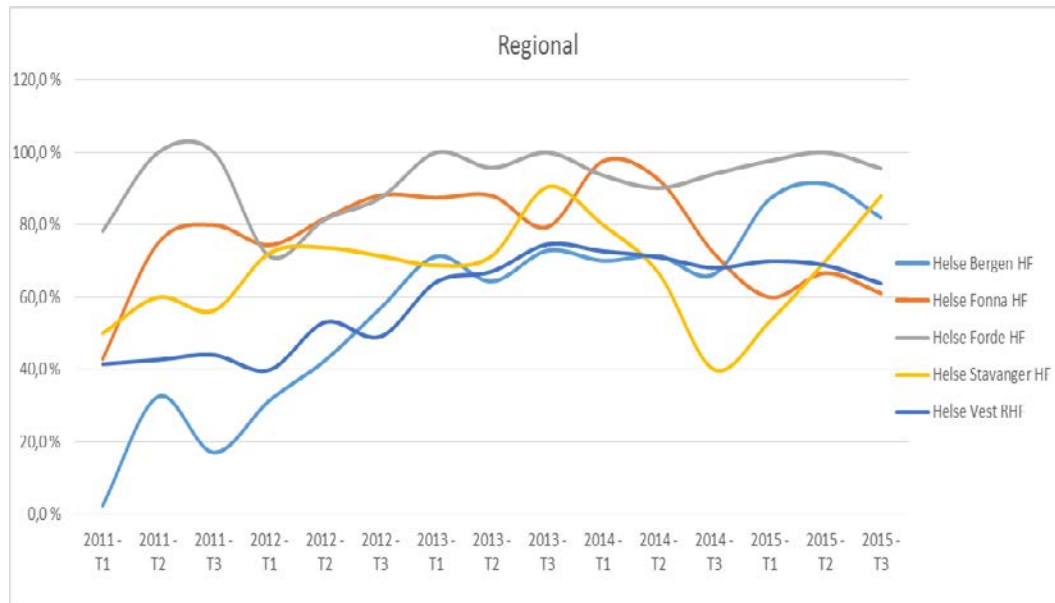
### Prosentdel brot på vurderingsgarantien for pasientar innan TSB



Epikrisa er ein oppdatert informasjon om sjukehusopphaldet. Den skal sendast til fastlege eller anna helsepersonell som treng opplysningane for å kunne gje pasienten nødvendig og forsvarlig oppfølging. Epikrisetida beskriver tida frå pasienten blir skriven ut til epikrisa er sendt. Denne tida er eit uttrykk for samhandling og kommunikasjon mellom ulike behandlingnivå. Den nasjonale målsettinga er at prosentdelen skal vere 100 %.

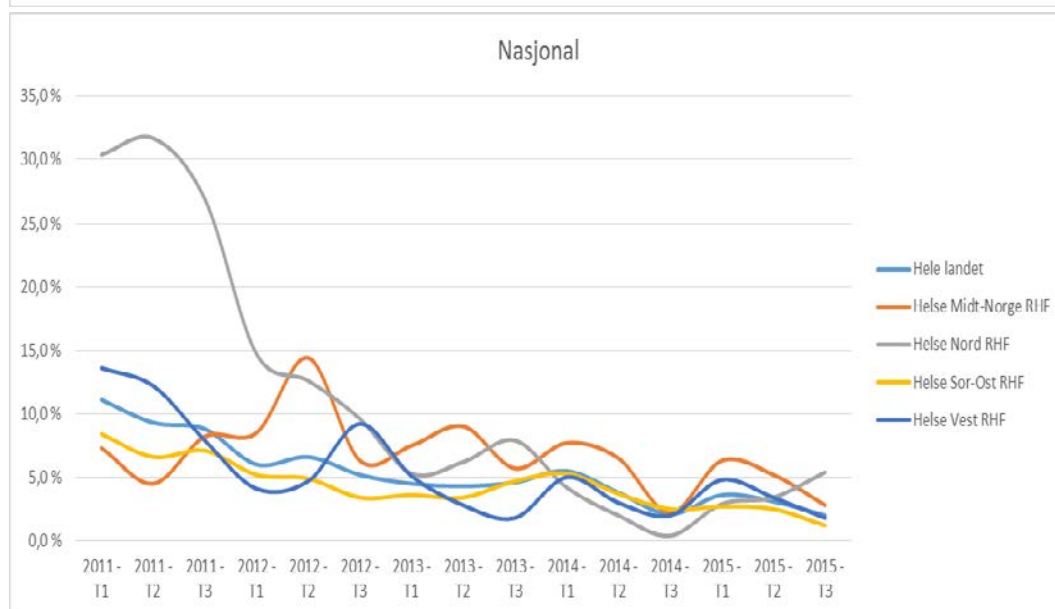
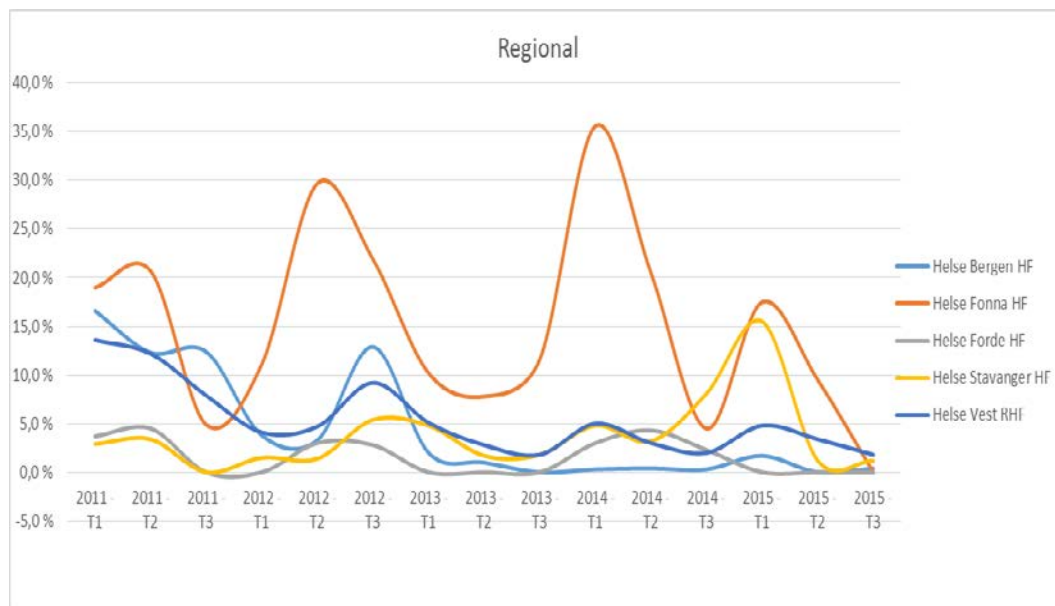


## Prosentdel epikrisar sendt innan 7 dagar



Som pasient (med rett til prioritert helsehjelp) skal du få ein frist for når behandlinga seinast skal starte. Behandlingsfristen er ein pasientrettigheit, og skal sikre god prioritering slik at pasientane med dei mest alvorlege sjukdommane blir behandla først. Fristbrot oppstår når helsehjelpa er starta etter den fastsette fristen. Den nasjonale målsettinga er at prosentdelen skal vere 0 %.

### Prosentdel fristbrot for behandla innan TSB



Ventetida er den tida du står på venteliste frå tilvisinga er motteke i spesialisthelsetenesta til helsehjelpa har starta. Ventetida viser tilgjengelegheita til spesialisthelsetenesta for pasientar som har fått tilvisinga si vurdert. Det er eit mål å redusere ventetida og ha god oversikt over ventetidene. Den nasjonale målsettinga er at gjennomsnittleg ventetida skal vere under 65 dagar, medan det regionale målet i Helse Vest er 40 dagar innan TSB.

### Gjennomsnittlig ventetid for behandla innan TSB

