



Styresak 092-2017

Kvalitet- og pasientsikkerhetsarbeidet ved Nordlandssykehuset HF 2-2017 Status per 31.august 2017

Saksbehandler: Benedikte D. Stoknes, Asbjørn Jørgensen m. fl.
Dato dok: 08.11.2017
Møtedato: 15.11.2017
Vår ref: 2010/1702

Vedlegg (trykt):

1. Rapport for kvalitet- og pasientsikkerhetsarbeidet i Nordlandssykehuset HF 2-2017
2. Nordlandssykehuset HF Dashbord for kvalitet og pasientsikkerhet 2-2017
3. NOIS-POSI rapporten for 1. tertial og NOIS-PIAH for 1. og 2. kvartal, NLSH HF
4. Utdrag - presentasjon av nasjonale kvalitetsindikatorer per 31.08.17
5. Institusjonsrapport for 30 dagers overlevelse, Nordlandssykehuset HF
6. Nordlandssykehuset HFs 4-års plan for internrevisjon

Vedlegg (ikke trykt):

1. [Pasientskader i Norge 2016 målt ved Global Trigger Tool](#)
2. [Brukerveiledning for klassifisering av uønskede hendelser og nesten uhell](#)

Innstilling til vedtak:

1. Styret viser til saksutredningen og ber om at kunnskapen fra ulike målinger og verktøy brukes som grunn for de tiltak som iverksettes innenfor arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet

Direktørens vurdering

Direktøren er svært tilfreds med organisasjonens tilnærming til og arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet, selv om han erkjenner at vi fortsatt har mye å lære. Rapporten «Kvalitet- og pasientsikkerhetsarbeidet i Nordlandssykehuset HF 2-2017» viser at dette arbeidet er omfattende med flere ulike nivåer og overlappende områder. Visjonen for Nordlandssykehuset gjennom strategisk utviklingsplan er å bli «ledende på kvalitet». For at vi skal kunne innta en slik posisjon til fordel for pasientene våre i framtiden, må alle deler av organisasjonen, også de uten direkte pasientkontakt, være preget av kvalitet og forbedringsarbeid. Direktøren mener at den viktigste forutsetningen for at vi skal lykkes, vil være å lage et helhetlig system for kvalitet, pasientsikkerhet og forbedringsarbeid hvor fokuset er på pasientene og brukerne. I et slikt system vil kompetanseheving og læring på tvers av klinikker, enheter, staber, fag og profesjoner være helt avgjørende for å nå våre mål.

Hovedtrekk fra rapporten

Styret får for andre gang presentert en mer samlet oversikt over statusen for arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet i Nordlandssykehuset. Nedenfor har vi belyst noen av hovedtrekkene i den vedlagte rapporten.

Pasienthendelser og tilsynssaker

I den aktuelle rapporten presenteres det nye nasjonale klassifiseringssystemet for første gang. Det gjør at vi ikke kan presentere data lengre tilbake i tid en første tertial 2016.

Det ble i perioden 1.5.17-31.8.17 meldt 254 pasienthendelser, hvorav 42 ble meldt til Helsedirektoratet (§3-3 meldinger) mot hhv. 281 og 63 for samme periode i 2016. For å konkludere om denne nedgangen er representativ eller skyldes normal variasjon trengs det flere målepunkter. Vi vil derfor vurdere dette i neste tertial. Per 23.10.17 er det sendt varsel om 13 §3-3-meldinger til Statens Helsetilsyn. Disse varslene redegjøres for muntlig i egen sak til styret.

Til nå i 2017 har Fylkesmannen i Nordland åpnet 37 tilsynssaker mot Nordlandssykehuset HF. Av disse er 18 fortsatt ikke avgjort. Av de øvrige 19 tilsynssakene er 14 avgjort med «intet pliktbrudd», mens i fem er det konkludert med «pliktbrudd». Pliktbruddene omhandler forsinket utredning/behandling, uforsvarlig oppfølging av innlagt pasient og utilstrekkelig informasjon til pasient.

Pasientskader kartlagt ved Global Trigger Tool (GTT) analyse

Data fra 2010-16 viser at Nordlandssykehuset har oppnådd målet om 25 % reduksjon i *andelen pasientopphold med minimum en pasientskade*, mens målet om 25 % reduksjon ikke er nådd for *antall pasientskader per 1000 liggedøgn*. Årsakene til dette kan blant annet være at pasienter som opplever pasientskader, opplever mer enn en skade i løpet av oppholdet og at vi har store kategorier av pasientskader (f. eks nedre luftveisinfeksjoner) som vi ikke har spesifikke foretaksovergrepene tiltak mot. Vi vurderer fortløpende hvilke nye foretaksovergrepene tiltak det kan være aktuelt å iverksette for å redusere antall pasientskader ytterligere. Aggregerte nasjonale data viser at det oppstår en pasientskade i 13.9 % av pasientoppholdene, og at det nasjonale målet med en 25 % reduksjon i pasientskadene fra 2012-18 vil være vanskelig å nå for de fleste helseforetakene. Ved Nordlandssykehuset har to av GTT-teamene oppnådd 25 % reduksjon; teamene for kirurgi og ortopedi. Ved en gjennomgang ser vi at det reduksjon i hhv. urinveis- og postoperative infeksjoner og antall fall og blødninger som er hovedårsaken til måloppnåelsen.

Pasientsikkerhet

Pasientsikkerhetsprogrammet fokuserer innsatsen på områder der risikoen for pasientskader er kjent og betydelig, forbedringspotensialet er stort, og man vet det eksisterer virksomme tiltak. I vedlagte rapport presenteres revidert spredningsplan for innsatsområdene i pasientsikkerhetsprogrammet for første gang. Denne oversikten skal gi foretaksledelsen oversikt og forenkle arbeidet med innsatsområdene i klinikkene. Selv om vi i Nordlandssykehuset ikke vil klare å vise til fullstendig spredning av alle innsatsområdene ved avslutningen av pasientsikkerhetsprogrammet i 2018, er vi sikre på at arbeidet med innsatsområdene har gitt organisasjonen et kompetanseløft og bedret pasientsikkerheten i betydelig grad. Erfaringene fra dette arbeidet vil videreføres i Nordlandssykehuset arbeid med å bli «ledende på kvalitet» gjennom strategisk utviklingsplan. Rapporten presenterer også to lokale forbedringsprosjekter: «Et vennligere sykehus» og «Trygge fødsler»

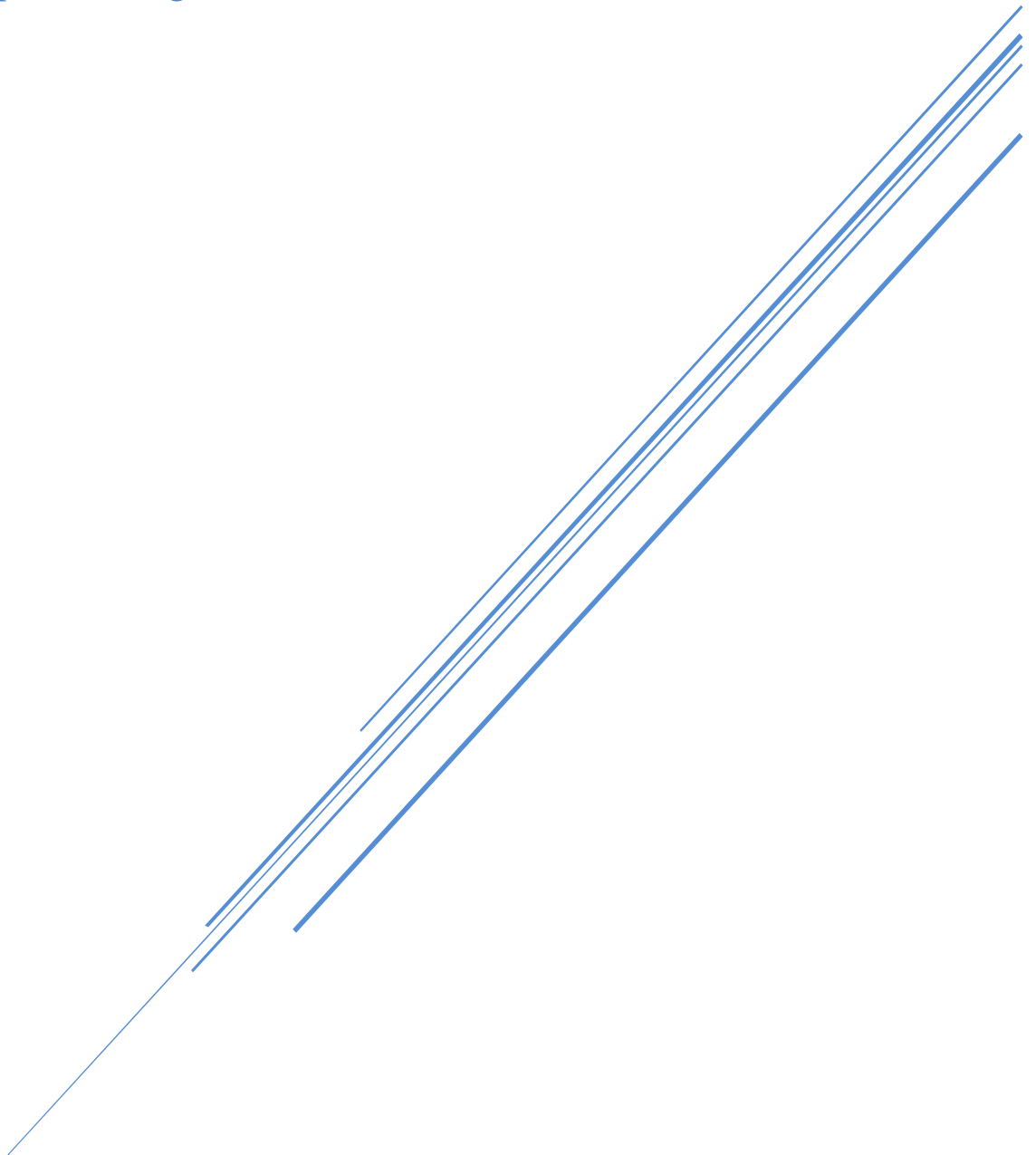
Helsetjenesteassosierte infeksjoner, HAI (NOIS data)

Kartleggingen av helsetjenesteassosierte infeksjoner (HAI) viser at Nordlandssykehuset for 2. tertial 2017 har en reduksjon i prevalens av andel infeksjoner til totalt 3.7 %, til sammen 10 pasienter. Den nasjonale prevalensen for andelen egne helsetjenesteassosierte infeksjoner var for samme periode 4.5%. 80% av infeksjonene utgjøres av infeksjoner i urinveiene og nedre luftveier. Andelen HAI

varierer en del fra måling til måling, og det er derfor for tidlig å si om nedgangen representerer en positiv trend over tid.

KVALITET- OG PASIENTSIKKERHETS- ARBEIDET VED NORDLANDSSYKEHUSET HF

Status per 31. august 2017



Nordlandssykehuset HF
2-2017

Innhold

Innledning	3
Status styrende dokumenter og hendelser	4
Det nasjonale klassifiseringssystemet	4
Styrende dokumenter	5
Antall meldte hendelser og meldere	5
Fordeling av ulike hendelser i Nordlandssykehuset og per klinikk	5
Saksbehandlingsflyt	6
Hendelsestyper etter nasjonal klassifisering for avvik og pasienthendelser i Nordlandssykehuset for 2. tertial 2017	7
Fordeling på årsakstype etter nasjonal klassifisering for avvik og pasienthendelser i Nordlandssykehuset for 2. tertial 2017	7
Pasienthendelser meldt i perioden 2016/-17 og andel som er sendt over til Helsedirektoratet i henhold til §3-3	7
Global Trigger Tool (GTT) analyse.....	7
Metodebeskrivelse og organisering	7
Nasjonale resultater 2016.....	8
Resultater Nordlandssykehuset HF t.o.m. 1. tertial 2017	8
Det videre arbeidet med GTT- verktøyet og resultatene fra GTT-analysen	9
Varslingssaker til Statens Helsetilsyn (§3-3a – meldinger)	10
Hendelsesanalyser	10
Status for tilsynssaker opprettet av Fylkesmannen	10
Status for pasientsikkerhetsarbeidet og utvalgte innsatsområder	11
Helsetjenesteassosierte infeksjoner.....	12
Prevalensundersøkelse av helsetjenesteassosierte infeksjoner og antibiotikabruk (NOIS-PIAH)	12
Overvåkning av infeksjoner i operasjonsområdet (NOIS-POSI)	13
Nasjonale kvalitetsindikatorer publisert 31.august 2017	13
30-dagers overlevelse	13
Eksterne tilsyn (systemtilsyn) og revisjoner for 2016/2017	14
Oversikt/status på eksterne tilsyn (systemtilsyn) og revisjoner for 2016/2017.	15
Et vennligere sykehus.....	18
Trygge fødsler	18
Vedlegg	19

Innledning

Rapporten over arbeidet med kvalitet- og pasientsikkerhet i Nordlandssykehuset med statusoppdatering per 31. august 2017 er utarbeidet etter diskusjoner i det overordnet kvalitet- og pasientsikkerhetsutvalget i Nordlandssykehuset. Rapporten er utformet med bakgrunn i utvalgets mandat om å ivareta oversikt over totaliteten og systematikken i foretakets samlede kvalitet- og pasientsikkerhetsarbeid. I tillegg har utvalget i sitt mandat at de skal drøfte initiativ og legge grunnlag for direktørens prioriteringer av tiltak innenfor området. Kvalitet- og pasientsikkerhetsutvalget gjennomgår tre ganger per år grunnlaget for den tertialvis rapporten til, og innholdet vil variere ut fra tilgjengelige data og hvilke områder utvalget ønsker å løfte fram. Data og resultater legges fram i et dashboard med beskrivelser og tolkning i rapportteksten.

Målet med å presentere Nordlandssykehuset kvalitet- og pasientsikkerhetsarbeid samlet i en rapport, er å gjøre det enklere for foretaksledelsen å prioritere satsningsområder og tiltak i tråd med behovet for kontinuerlig og målrettet forbedringsarbeid for læring og kvalitetsheving. Samlet rapportering av kvalitet- og pasientsikkerhetsarbeidet vil også kunne bidra til mer hensiktsmessige diskusjoner rundt organiseringen av dette arbeidet i foretaket.

Rapporten med statusoppdatering legges frem for styret tertialvis i februar, juni og november.

Status styrende dokumenter og hendelser

Presentasjonen av tall knyttet til styrende dokumenter og behandling av uønskede hendelser er en del av pågående arbeid med å definere et sett med mål knyttet til Nordlandssykehuset sitt kvalitetssystem og forbedringsarbeid. Etablering og fremskaffelse av nøkkeltall vil bidra til en bedre oversikt over styrings- og avvikssystemet, og hvilke effekt det har på foretaket sitt systematisk forbedringsarbeid.

Foretaket har gjennom mange år kun rapportert pasienthendelser med fokus på det som er meldepliktige i henhold til spesialisthelsetjenestelovens §3-3.

I oppdragsdokumentet fra Helse Nord RHF for 2017 er det en bestilling at foretaket i løpet av 2017 skal ta i bruk felles nasjonalt klassifiseringssystem for uønskede hendelser (pasienthendelser). Felles nasjonalt klassifiseringssystem ble implementert og tatt i bruk i Helse Nord den 10.1.2017. Det gjelder både på avvik og pasienthendelser. Siden avvik kan føre til pasienthendelser har en valgt å bruke den nasjonale klassifiseringen på avvik.

Det nasjonale klassifiseringssystemet

Et av hovedformålene med et klassifikasjonssystem er å gi muligheter til å identifisere alvorlig systemsvikt og å identifisere områder for læring og forbedring og å få oversikt over problem- og risikoområder der man ved å iverksette forbedring kan redusere risikoen for at tilsvarende hendelser skjer på nytt. Dette i henhold til RL5683 Brukerveiledning for klassifisering av uønskede hendelser og nesten-uhell (vedlegg 5)

- Det nasjonale klassifiseringssystemet er bygget opp etter prinsippene til World Health Organization (WHO) sitt klassifikasjonssystem. De fleste hovedgruppene i WHO-klassifikasjonen er beholdt. Kategorier som ikke har vist seg å ha verdi i lærings- og forbedringsarbeid verken lokalt, nasjonalt eller internasjonalt, er ikke beholdt.
- Ett- eller flervalgssystem: For medvirkende faktorer/årsaker er det mulig å velge flere kategorier, da det kan være flere medvirkende årsaker til én uønsket hendelse. I de øvrige kategoriene er det kun mulig å velge én kategori, og underkategoriene skal være gjensidig utelukkende.
- Brukergrensesnitt skal være enkelt, og kategoriene skal beskrives med enkle hjelpetekster og operasjonelle definisjoner.
- Klassifikasjonssystemet er anvendbart for alle typer uønskede pasienthendelser og nesten-uhell, også de hendelser som ikke er meldepliktige til Helsedirektoratet i henhold til spesialisthelsetjenesteloven §3-3.

Nordlandssykehuset har følgende hendelsestyper i avvikssystemet:

De nasjonale:

1. Pasientadministrasjon
2. Diagnostikk / utredning
3. Behandling og pleie
4. Fall og uhell
5. Dokumentasjon / informasjon
6. Infeksjon
7. Legemidler og blodprodukter
8. Medisinsk utstyr

9. Pasientadferd

Foretaket egne:

10. Administrative rutiner
11. Helse, -Miljø og sikkerhet (HMS)
12. Laboratorie
13. Matsikkerhet
14. Teknisk

Egne hendelsestyper brukes alternativt på avvik, der de nasjonale ikke er dekkende.

Innføringen av den nasjonale klassifiseringen har gitt endringer i navn på hendelse- og årsakstype knyttet til avvik og pasienthendelser. Det er også kommet til flere hendelse- og årsakstyper. I styresaken for juni 2017 var noen av de tidligere hendelse- og årsakstyper med i rapporten. Dette er i denne styresaken erstattet med de nye hendelse- og årsakstypene og er i tråd med det nasjonale klassifiseringssystemet. Ved endring av klassifiseringen er det vanskelig å sammenligne resultater basert på tidligere rapporter. Etter hvert vil det være mulig å sammenstille og se på utvikling på de ulike hendelse- og årsakstypene.

Styrende dokumenter

Nordlandssykehuset har 16252 styrende dokumenter i sitt kvalitetssystemet. Styrende dokumenter i kvalitetssystemet blir ved utgivelse gitt en revisjonsfristen på to år frem i tid. 7 % av styrende dokumenter har passert revisjonsdato. Disse dokumentene er fortsatt gyldige og i bruk. Selv om dokumentene er gyldig kan det være en risiko for at dokumentene på grunn av manglende revisjon ikke er oppdatert i henhold til gjeldende myndighetskrav, beslutninger, organisatoriske løsninger, rutiner og andre relevante styringsdokumenter. Foretaket tilstreber at dokumenter revideres innen revisjonsfristen. Dette gjøre i dag ved at dokumentansvarlig varsles innen revisjonsfristen utløper. I tillegg overvåker kvalitetssystemets systemadministrator antall dokumenter hvor revisjonsfristen ikke er overholdt.

Antall meldte hendelser og meldere

Antall meldte hendelser i Nordlandssykehuset har sesongvariasjoner, men holder seg stabilt sammenlignet med fjoråret. Det er 1791 unike meldere i perioden 1.1.2016-til 31.08.17. Dette utgjør ca. 40 % av ansatte. Foretaket tilstreber at ansatte skal ha lav terskel for å melde hendelser. Dermed vil en identifisere forbedringsområder, kunne iverksette tiltak og forhindre gjentakelse av uønskede hendelser. Dette for å bidra til at meldte hendelser skaper læring og forbedring.

Fordeling av ulike hendelser i Nordlandssykehuset og per klinikk

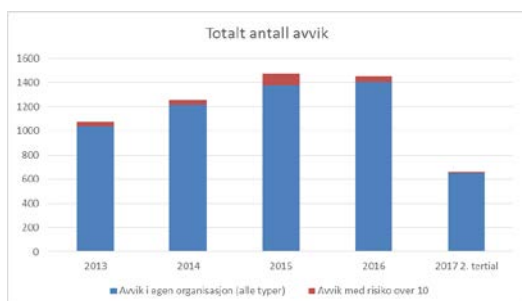
Ansatte kan velge mellom om 5 ulike hendelser når de melder: avvik (hendelser som ikke direkte involverer pasient), forbedringsforslag, pasienthendelser, samhandlingsavvik mellom kommuner og Nordlandssykehuset samt skademelding på personell.

Av alle registre hendelser i 2016 og 1.-2. tertial 2017 er 54 % avvik og 19 % pasienthendelser. Fordelingen av antall hendelser pr. klinikk kan blant annet forklares med den enkelte klinikk sin pasientgruppe, tjenestetilbud og arbeidsflyt. Tallene gir ikke noe grunnlag for å si om hendelser er under- eller overrapportert i klinikkene, men gir et bilde av hvilke type hendelser som de ulike klinikkene melder.

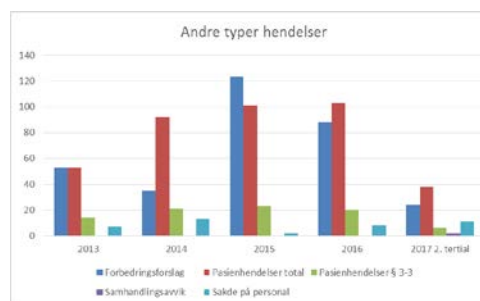
Diagnostisk klinikk som har den største andelen av avvik har utarbeidet en egen rapport hvor de har sett på utvikling og fordeling av hendelser fra 2013 med forslag til tiltak. Klinikken har hatt stort fokus på at registrering av uønskede hendelser er et viktig verktøy i forbedringsarbeidet. For klinikken viser trenden en gradvis økning i rapporterte hendelser siden 2013 (figur 1). Det stabile antallet hendelser og avvik over flere år tolker klinikken med at de er der de bør være med tanke på antall. Mengden analyser og røntgenundersøkelser i klinikken tilsier ifølge klinikken at antall meldte hendelser bør være høyere for klinikken enn for Nordlandssykehuset for øvrig.

I rapporten til klinikken viser fordelingen av øvrige hendelser (figur 2) at forbedringsforslag har økt med en topp i 2015. Dette er en trend som kan se ut til å være dalende. Klinikken fremhever at det er ønskelig å holde fokus på forbedringsmeldinger, da det er bedre å komme i forkant og skape forbedring før avvik oppstår.

For klinikken har antall alvorlige pasienthendelser meldt til Kunnskapssenteret/Helsetilsynet vært stabilt. Øvrige pasienthendelser har økt gradvis.



Figur 1 Diagnostisk klinikk - Totalt antall meldte hendelser og avvik med risiko over 10 (5x5 matrise)



Figur 2 Diagnostisk klinikk - Andre typer avvik

Psykisk helse og rus klinikken har i 2.tertial 2017 størst andel av hendelser med skademelding på personell. Dette er redegjort for i styresak 078 – 2017 Tertialrapport 2. 2017 under punkt 4.1 HMS.

Saksbehandlingsflyt

Saksbehandlingsflyten viser status for behandlingen av hendelsene.

Tallene er tatt ut en måned etter tertialslett, derfor vil en del av hendelsene ikke være ferdigbehandlet på grunn av antall involverte i saksbehandlingen.

- 56 % av hendelsene er lukket.
- 5 % av hendelsene ligger hos melder
- 27 % ligger hos nærmeste leder fordi hoveddelen av saksbehandlingen foregår her.
- 12 % ligger hos godkjenner og venter på tilbakemelding fra andre aktør (f.eks. kvalitetsutvalg og kommuner).

Det kan utgjøre en risiko dersom meldte hendelser ikke blir behandlet og lukket på en forsvarlig måte. Det er derfor viktig at foretaket overvåker flyten i saksbehandlingen av det som meldes. I noen tilfeller vil saksbehandlingstiden bli noe lengre fordi de skal behandles i foretakene Kvalitet- skadeutvalg før de kan lukkes. Foretakets systemadministrator overvåker dette fortløpende og følger dette opp mot klinikk og stabene i foretaket.

Hendelsestyper etter nasjonal klassifisering for avvik og pasienthendelser i Nordlandssykehuset for 2. tertial 2017

Hendelsestyper for avvik og pasienthendelser klassifiseres nå iht nasjonal klassifisering av uønskede hendelser og nesten-uhell. I tillegg til de 9 ulike hendelsestypene som ligger i det nasjonale klassifiseringssystemet har vi beholdt noen av våre interne som ikke dekkes av de nasjonale. Her er det viktig å bemerke at en kun kan velge en hendelsestype på hendelsen. Siden klassifiseringen relativt nylig er tatt i bruk er det for tidlig å se noe mønster i utvikling. Foretaket følger utviklingen og forventer å kunne se mønster i utviklingen når vi kan sammenligne 2017 og 2018.

Fordeling på årsakstype etter nasjonal klassifisering for avvik og pasienthendelser i Nordlandssykehuset for 2. tertial 2017

Prosedyrer ikke fulgt er den største årsaken for avvik og pasienthendelser i Nordlandssykehuset og 84 % av hendelsene har årsak prosedyre ikke fulgt.

Det er viktig at foretaket i sitt systematisk arbeid med uønskede hendelser retter enda større fokus på denne årsakstypen og ser på:

- Bakenforliggende årsaker til prosedyrer ikke følges.
- Hvordan dette er fordelt innad i foretaket.
- Hvilke tiltak som vil kunne føre til varig endringer og bidra til reduksjon av denne årsakstypen.

Pasienthendelser meldt i perioden 2016/-17 og andel som er sendt over til Helsedirektoratet i henhold til §3-3

For rapportperioden har det vært en nedgang i antall meldinger av pasienthendelser som er meldt til Helsedirektoratet (Spesialisthelsetjenesteloven § 3.3). På nåværende tidspunkt er det for tidlig å kunne konkludere på bakgrunnen for nedgangen. Vi følger utviklingen fremover og det blir viktig å se helheten for 2017 og hvordan dette utvikler seg i 2018. Alle pasienthendelser som ikke blir meldt til Helsedirektoratet blir gjennomgått med tanke på meldeplikt av sekretær i Kvalitets-/skadeutvalg.

Global Trigger Tool (GTT) analyse

Metodebeskrivelse og organisering

Global Trigger Tool (GTT) er en metode for å identifisere pasientskader retrospektivt i den elektroniske pasientjournalen. Nordlandssykehuset HF har brukt metoden siden 2010 og det er et nasjonalt krav om månedlige analyser med GTT. GTT granskning ved Nordlandssykehuset HF utføres av åtte team fra ulike klinikker, og hvert år analyseres totalt 1920 pasientopphold. Oppholdene fordeler seg med 240 opphold (20 per mnd.) hver for klinikkene HBEV og MED samt lokalisasjonene Lofoten og Vesterålen i tillegg til 480 opphold i KIRORT (240 kir +240 ort) og KBARN (240 kk + 240 barn). Data for pediatrik GTT-team er ikke med i nasjonal rapportering.

GTT-teamene ved Nordlandssykehuset HF har siden 2013 som eneste foretak i Norge gransket journalene ved hjelp av elektronisk portal (tidligere ASJ, nå NCAF). Nordlandssykehuset har vært aktivt deltakende og bidratt vesentlig til i den regionale utviklingen av den elektroniske løsningen for GTT-granskning, på oppdrag fra Helse Nord RHF. Ny versjon av portalen ble tatt i bruk 1.1.16. Helgelandssykehuset, UNN og

Finnmarkssykehuset har tatt bruk GTT-portalen fra og med 1.tertial 2017. GTT-teamene har med NCAF fått en bedre og teknisk mer stabil løsning, og tilbakemeldingen er at granskere er fornøyd med det nye verktøyet. Med ny elektronisk løsning skal det bli enklere for klinikkene å bruke resultatene i NCAF både til presentasjon for klinikkledelse, KVAM-møter og avdelingsmøter. Rapportfunksjonene for GTT i Visual Analytics (VA) er under utarbeiding i samarbeid med avdeling for e-helse. Det videre arbeidet har som mål å finne løsninger for automatisert uttak av data med gode fremstillinger, og systematisere oppfølging av pasienthendelser for alle klinikkene. Nedenfor er eksempel på skader med kommentar hentet fra NCAF:

Alvorlighetsgrad skade	Skadetype	Hvor oppstod skaden	Kommentar til skade
E	21 - Trykksår	Innenfor avdeling	Pas innlagt fra kir/ort med NSTEMI, mentalt uklart og forvirret, holder senga og utvikler et trykksår på ve hæl. Beh: avlastning og får anti-decubitusmadrass i senga
F	5 - UVI	Innenfor avdeling	Urosepsis som krevde AB-behandling. Pas hadde kateter.

Nasjonale resultater 2016

Nasjonal rapport fra Helsedirektoratet «Pasientskader i Norge 2016» ble utgitt 22.09.17 (Vedlegg 1). Denne viste at det i 2016 oppsto en pasientskade i 13,9 % av pasientoppholdene i Norge, mot 13,7 % året før. Helse- og omsorgsdepartementet har gitt helseforetakene i oppdrag å redusere andelen pasientskader med 25 % fra 2012 til utløpet av 2018, et mål tre av GTT-teamene nasjonalt har oppnådd hittil. Tallene viser at når man ikke tar hensyn til alvorlighetsgrad var skader av typene «*Legemiddelrelatert skade*» (2,2 %) og «*Annen kirurgisk komplikasjon*» (2,0 %) de hyppigst forekommende, mens prosentandel sykehusopphold med «*Urinveisinfeksjon*» og «*Postoperativ sårinfeksjon*» lå begge som tredje vanligste skade (1,8 %).

Resultater Nordlandssykehuset HF t.o.m. 1. tertial 2017

GTT resultatene for Nordlandssykehuset har tidligere vært fremstilt med halvårlige og årlige resultater. Endring i rapporteringsrutiner gjør data nå rapporteres hvert tertial og rapportens resultater inkluderer data t.o.m. 1. tertial 2017. Omleggingen av rapporteringsrutiner kan medføre en større variasjon i resultatene, da datamengden per rapporteringspunkt er mindre.

I figur 1-3 i dashbordet vises resultatene for Nordlandssykehuset HF samlet. Målene for reduksjon av pasientskader målt med GTT er:

1. Ikke mer enn 24 pasientskader per 1000 liggedøgn (figur 1)
2. Ikke mer enn 15 pasientskader per 100 opphold (figur 2)
3. Ikke mer enn 12 % av oppholdene har en eller flere pasientskader (figur 3)

For mål 1 viser resultatene at foretaket har hatt et stabilt nivå med antall pasientskader siden 2014. Det var en reduksjon av pasientskader med median på 35 i perioden fra 2010- 2013 til en median på 30 pasientskader fra 2014 frem til i dag. For mål 2 og 3 viser flere av målingene gjennom 2015 og 2016 at vi er på riktig vei og innenfor målet. For å etablere en ny median for pasientskadene som er innenfor målet må imidlertid resultatene for 2. tertial 2017 avventes, da

statistisk prosesskontroll krever seks påfølgende punkter nedenfor median som uttrykk for endring.

Årsakene til at vi ikke har fått måloppnåelse for antall pasientskader per 1000 liggedøgn kan være flere:

- Det er totalt færre pasienter som får en pasientskade, men de pasientene som opplever pasientskader, får gjerne mer enn en skade per opphold. Dette har sammenheng med liggetid, jo lengre innleggelse, desto større risiko for å oppleve en pasientskade.
- Det har vært en reduksjon i antall pasientskader per 1000 liggedøgn blant annet forårsaket av innføring av tiltak på kjente områder for pasientskader (trygg kirurgi sjekklisten, fall, urinveisinfeksjon, trykksår etc.). Likevel har vi ikke foretaksovergrepene tiltak for alle typer av pasientskader. F. eks. er kategorien «*nedre luftveisinfeksjon*» økende, og utgjorde totalt 13% av pasientskadene ved Nordlandssykehuset HF for 2016. For helsetjenesteassosierte nedre luftveisinfeksjoner fins det per i dag ingen spesifikke tiltak, men vi har planer om å fremskaffe et kunnskapsgrunnlag for å se hvilke tiltak som kan være forebyggende. Deretter vil vi vurdere om vi skal innføre foretaksovergrepene tiltak for denne typen infeksjoner.
- Arbeid med pasientsikkerhetstiltak er også et kulturarbeid som tar tid. Vi forventer at arbeidet med strategisk utviklingsplan og satsningsområdet kontinuerlig forbedring, vil kunne bidra til å redusere antallet pasientskader ytterligere.

Figur 4-10 i dashbordet viser resultater for antall pasientskader per 1000 liggedøgn for de ulike GTT teamene. Den nasjonale sammenstillingen av GTT-data (vedlegg 1) fremhever kirurgisk- og ortopedisk avdeling ved Nordlandssykehuset Bodø blant de få i landet som har oppnådd en reduksjon i pasientskader på 25 % i forhold til målinger fra 2012. Hvis en ser nærmere på skadetyperne for kirurgisk og ortopedisk avdeling fra 2014-2016 (figur 11 og 12 i dashbordet) ser en at det er vesentlig reduksjon i antall urinveisinfeksjoner og postoperative sårinfeksjoner for kirurgisk avdeling, og antall fall og blødning for ortopedisk avdeling som utgjør reduksjonen.

Ved klassifikasjon av pasientskadene for 2016 på foretaksnivå er 48.9% innenfor kategori E (forbigående pasientskader), 43.8% innenfor kategori F (forbigående pasientskader som krevde forlenget opphold), 2.7% innenfor kategori G (varige mèn), 1.9 % innenfor kategori H (livreddende behandling nødvendig) og 2.7% innenfor kategori I (død). Av de totalt 19 (7.4%) alvorlige pasientskadene registrert ved GTT-analysen i 2016, er ni meldt via ordinært avvikssystem i tillegg. De øvrige 10 hvor det ikke er skrevet avviksmelding omhandler komplikasjoner som kunne forventes ut fra pasientens grunnsykdom og hendelser som skjedde utenfor helseforetaket (eks. ved sykehjem).

Det videre arbeidet med GTT- verktøyet og resultatene fra GTT-analysen

Følgende videreutvikling er planlagt med GTT-verktøyet:

- Vurdere muligheten for å ta inn andre triggere i den elektroniske portalen for GTT (NCAF) som ikke i utgangspunktet blir omfattet av GTT metoden. F. eks høy NEWS score, samstemming av legemidler inn og ut, og «innlagt på feil avdeling».
- Få lagt over GTT-data før 2014 inn i den nye elektroniske løsningen, for å unngå manuell uthenting for tids-analyser.
- Se på enkelthendelser funnet ved GTT og i avviksmodule i Docmap for å aktivt kunne bruke hendelsene til læring og kvalitetsforbedring.

- Vurdere om alle dødsfall som skjer i Nordlandssykehuset skal analyseres med GTT for læring og forbedring
- I samråd med klinikkene se på andre muligheter for forbedring basert på GTT-resultatene.

Varslingsaker til Statens Helsetilsyn (§3-3a – meldinger)

	2014	2015	2016	2017 (pr 23.10)
Antall	13	15	12	13

Hendelsesanalyser

Helsedirektoratet (HDIR) har siden 2013 drevet opplæring i den svenske standarden for hendelsesanalyser. HDIR ønsker at samme metode skal brukes også i Norge. Nordlandssykehuset HF er for tiden i gang med sin fjerde analyse etter denne metoden. Erfaringene så langt er gode, og metoden er særlig egnet til å belyse sentrale spørsmålstillinger knyttet til pasientforløp, overganger, kommunikasjon og samhandling. Både tredje og fjerde analyse omhandler pasienter i skjæringspunktet mellom fagområdene psykiatri og somatikk.

En utfordring er hvordan denne metoden skal innpasses i det ordinære kvalitetssystemet. Parallelt jobbes det med rutiner som skal sørge for at arbeidsprosessene knyttet til hendelsesanalyser, og ikke minst hvordan rapportene behandles i etterkant, fyller myndighetenes krav og intensjon. Utfordringene er lokalt knyttet til saksgang, ressurser, eierskap og gode koblinger til faktisk kvalitetsarbeid. Det er også overordnede uløste problemstillinger i skjæringspunktet mellom taushetsplikt og opplysningsplikt og mellom åpenhetskultur og beskyttelse av enkeltansatte. Nordlandssykehuset har sammen med andre sykehus bedt HDIR om å vurdere disse spørsmålene og komme med overordnede retningslinjer.

Nordlandssykehuset bidrar fra høsten 2017 med en kursleder i den nasjonale opplæringen i Hendelsesanalyse. Nytt kurs er planlagt i november. I september ble den første av foreløpig to regionale nettverkssamlinger for hendelsesanalyser arrangert i Bodø. Formålet er å dele erfaringer fra implementering og gjennomføring slik at det blir enklere for det enkelte foretak, samt sørge for at prosessene i hvert foretak kan koordineres så langt det er naturlig.

Status for tilsynssaker opprettet av Fylkesmannen

Status for Fylkesmannens tilsynssaker opprettet mot Nordlandssykehuset i perioden 1/1 til 31/8-2017.

Fylkesmannen i Nordland har åpnet 37 tilsynssaker mot Nordlandssykehuset i 2017. 18 av disse er ikke avgjort. Av de øvrige 19 tilsynssakene er 14 avgjort med «intet pliktbrudd» og fem avgjort med «pliktbrudd». De fem sakene avgjort med pliktbrudd omhandler følgende:

- Tre av sakene med pliktbrudd omhandlet forsinket utredning og oppfølging, for to av disse er rutiner/organisering av tjenesten endret og for en har gjeldende rutiner blitt tatt opp og gjennomgått på ny.
- En sakene gjelder uforsvarlig oppfølging av innlagt pasient, denne er fortsatt til intern behandling i foretaket for hvordan vi skal følge den opp videre.
- En av sakene var pliktbrudd i forhold til informasjon til pasienten, men ikke vurdert at helsehjelpen har vært uforsvarlig.

Antall opprettede tilsynssaker for tilsvarende periode i 2016 var 31, 2015 var 27 og for 2014 var 27.

Status for pasientsikkerhetsarbeidet og utvalgte innsatsområder

Pasientsikkerhetsprogrammet fokuserer innsatsen på områder der **risikoen** for pasientskader er kjent og betydelig, **forbedringspotensialet** er stort, og man vet det eksisterer **virksomme tiltak**. Innsatsområdene er bygget opp som tiltakspakker, som er ment å kunne forebygge risiko og/eller sikre kvalitet i behandlingen. Nordlandssykehuset HF omfattes av 13 innsatsområder. Statusoversikten omfatter også framdriften for ProAct/PedSafe, som er NLSHs svar til kravene som stilles i innsatsområdet «Tidlig oppdagelse av forverret tilstand» og «Tidlig oppdagelse og behandling av sepsis».

Det rapporteres nå for første gang etter at revidert spredningsplanen for NLSH er vedtatt. Et hovedmål med revisjonen har vært å klargjøre både hvilke enheter som skal innføre hvilke innsatsområder, og å sette tydelige kriterier for hva en innføring krever. Revisjonen inngår også i arbeidet med å lukke avvik etter internrevisjonen i Helse Nord om samstemming av legemiddellister.

Statusoversikten er basert på enhetenes selvrappoterer. Det er en feilkilde at enhetene kan forstå spørsmålene i rapporteringsmalen ulikt. For å få mørk blå farge, må enheten rapportere at de gjør systematiske målinger. Seksjon for pasientsikkerhet har inntrykk av at mange enheter antar at man må registrere målinger i vårt måleverktøy «Extranet» for å rapportere at man gjør systematiske målinger, og glemmer kanskje oversikten man får gjennom systematisk bruk av for eksempel avvikssystemet eller smittvernvisittene. For pakkene der noen av tiltakene er rene legeoppgaver, f.eks. fall, samstemming og SVK ser vi gjentakende usikkerhet rundt hvem som egentlig har rapporteringsansvar. Begge disse forholdene fører til at enhetene systematisk underrapporterer sitt eget arbeid.

Statusrapporten viser at det jobbes med tiltakspakkene i foretaket. Flere enheter rapporterer imidlertid at fokus på hver enkelt tiltakspakke varierer med tid og opplevd behov. Slik prioritering er nødvendig, gitt at man har begrensede ressurser til å drive også forbedringsarbeid, og seksjon for pasientsikkerhet opplever ikke dette som problematisk. Mange enheter er i tillegg i gang med egne forbedringsprosjekter rettet mot lokale problemstillinger.

Pasientsikkerhetsprogrammet lanserte i 2017 den nye tiltakspakken «Tidlig oppdagelse av sepsis». Målet er at pasienter med mistenkt sepsis skal ha fått antibiotika innen en time etter ankomst akuttmottak, og er så godt som innført ved NLSH Bodø. Det er utarbeidet en ny klinikkovergripende prosedyre som er basert på den nasjonale tiltakspakken (på høring) som vil ligge til grunn for håndteringen. Ledergruppen har besluttet at tiltakspakken skal spres til

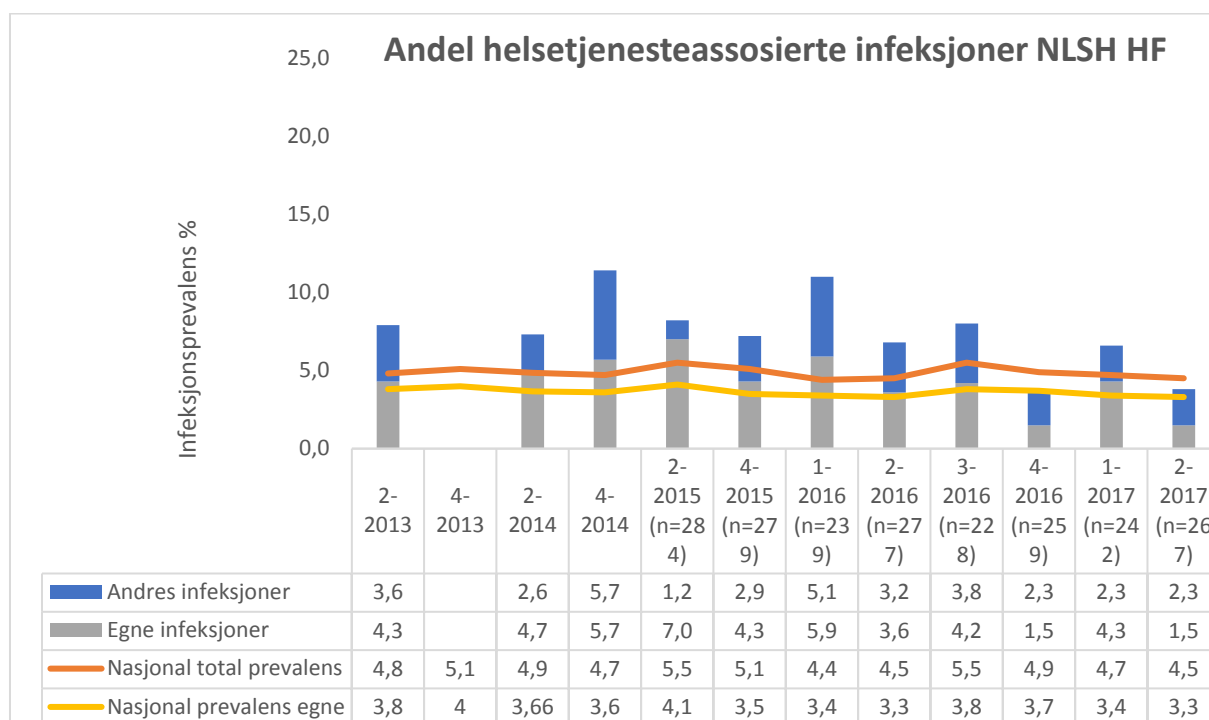
de øvrige somatiske akuttmottakene og inngå i foretakets spredningsplan og tilhørende rapportering i løpet av 2018. Deler av tiltakspakken er imidlertid tatt i bruk allerede ved akuttmottaket i Lofoten, noe som viser faglig engasjement og entusiasme.

Nordlandssykehuset kan antakelig ikke presentere et «mørkeblått» spredningskart i tiden fram til pasientsikkerhetsprogrammet blir avsluttet i 2018. Men vi føler oss sikre på at vesentlige elementer ved innsatsområdene er godt ivaretatt i NLSH, og at arbeidet med tiltakspakkene har gitt et kompetanseløft som har ført til at grunnlaget for videre forbedring er større enn ved programstart. Men riktig kompetanse på rett sted, også innen forbedring, er fremdeles avgjørende for at Nordlandssykehuset skal være et pasientsikkert foretak.

Helsetjenesteassosierte infeksjoner

Prevalensundersøkelse av helsetjenesteassosierte infeksjoner og antibiotikabruk (NOIS-PIAH)

For NOIS-PIAH presenteres tallene for 1. og 2. kvartal 2017. Undersøkelsene 2. og 4. kvartal er obligatorisk på nasjonalt nivå mens undersøkelsene 1. og 3. kvartal er frivillige for sykehusene. Nordlandssykehuset HF har gjennomført prevalensundersøkelse hvert kvartal siden slutten av 2015. Dette er en punktprevalensundersøkelse slik at det gjenspeiler antall pågående infeksjoner og antibiotikaforbruk den *aktuelle undersøkelsesdagen*. Som hovedregel oppfattes en infeksjon som en helsetjenesteassosiert når symptomene oppstår på dag 3 (etter 48 timer innleggelse eller senere) etter at pasienten ble innlagt. For reinnleggelser og opererte pasienter finnes egne definisjoner. For antibiotikaforbruk har vi en årlig forbruksrapport. Denne gir et mer korrekt bilde av antibiotikaforbruket men resultatene i NOIS-PIAH gir tilleggsmasjasje.



Figuren over fremstiller andelen helsetjenesteassosierte infeksjoner i Nordlandssykehuset HF. Resultatene viser en reduksjon i andel egne infeksjoner, som gjør at den totale andelen reduseres fra 6.6% 1. tertial 2017 til 3.8% 2. tertial. Total prevalens nasjonalt for 2. tertial 2017 var 4.5%. Av de helsetjenesteassosierte infeksjonene kartlagt i 2. tertial, utgjorde urinveisinfeksjoner og nedre luftveisinfeksjoner 80%.

Overvåkning av infeksjoner i operasjonsområdet (NOIS-POSI)

Oppfølgingen av infeksjonsstatus er for fire av fem inngrep 100% i første tertial i år mens det for keisersnitt er 91,9%. Det vil si at vi ikke har fått svar hos 6 pasienter som har fått utført keisersnitt. Vi har så langt identifisert språkproblemer som en utfordring og må jobbe sammen med KBARN klinikken for å bedre dette. For øvrig bemerkes det at nasjonal oppfølging i 2016 lå på 91,4% for dette inngrepet.

For Nordlandssykehuset HF samlet ligger den totale infeksjonsinsidensen ved keisersnitt på 4,1% i 1. tertial. Dette er en økning fra 2016 men relativt stabilt sammenlignet med de to foregående år. Ved innsetting av hemiprotese i hofte er den totale insidensen (andelen nye tilfeller) på 7,1%, dette er en økning fra 3,2% i 2016. For totalproteser er den totale insidensen 2,2%, relativt uendret. Det var ingen infeksjoner etter kolecystektomi i 1. kvartal. For koloninngrep var det samlede tallet 12,5%, som er en liten økning fra 2016, men andelen dype infeksjoner er blitt redusert.

Fire av infeksjonene var klassifisert som dype (dype + organ/hulrom), tre etter hoftekirurgi og en etter kolonkirurgi. For disse pasientene har infeksjonene medført forlenget sykehusopphold. To av pasientene anses som friske av infeksjonen per i dag. En hoftepasient er det planlagt reoperasjon for. Den siste pasienten som ble operert etter lårhalsbrudd døde etter utskrivelse, tre måneder etter operasjonen.

Nasjonale kvalitetsindikatorer publisert 31.august 2017

Helsedirektoratet publiserer flere ganger i året nasjonale kvalitetsindikatorer, da med en blanding mellom nye indikatorer, reviderte indikatorer og oppdaterte resultater på de eksisterende. Ved publisering er det varierende tidsperioder de ulike indikatorene rapporterer resultater fra. Flere av disse omtales også ved andre rapporteringer. Nordlandssykehuset HF oppfordrer både pasienter, ansatte og styret til å gjøre seg kjent med indikatorene og resultatene på www.helsenorge.no/kvalitetsindikatorer.

Presentasjon oversendt fra Helsedirektoratet i forbindelse med publisering 31.august 2017 er vedlagt rapporten (vedlegg 3).

For flere av indikatorene har vi i Nordlandssykehuset forbedret oss gjennom år, men vi har også områder med forbedringspotensial. Spesielt innenfor områdene andel hoftebruddsopererte innen 24/48 timer, brudd på vurderingsgaranti, utsettelse av planlagt operasjon og forbruk av bredspektret antibiotika vil vi følge utviklingen tett.

30-dagers overlevelse

I forhold til 30-dagers overlevelse har vi ikke kommet så langt som ønsket i arbeidet med en systematisk tilnærming til resultatene. Indikatoren angir 30-dagers overlevelse etter sykehusinnleggelse for siste år, og ser på overlevelse samlet siste tre år for hjerneslag, hoftebrudd og førstegangs hjerteinfarkt. Data fra 2015 viste en signifikant lavere 30-dagers overlevelse etter innleggelse i Vesterålen og signifikant høyere 30-dagers overlevelse etter

innleggelse i Bodø. Vi hadde 27.juli et møte på Nordlandssykehuset Vesterålen hvor vi hadde invitert sentrale nasjonale fagpersoner innenfor området for å utveksle erfaring.

Rapportene for 2016 data skiller ikke lengre på sykehus nivå, men presenterer overlevelse innen 30 dager på HF- og RHF-nivå. Rapporten viser ingen signifikante forskjeller i overlevelse mellom Nordlandssykehuset HF og resten av landet, unntatt for førstegangs hjerteinfarkt i tidsperioden 2014-2016 hvor overlevelsen for våre pasienter var signifikant lavere. Rapporten presenterer grafer som viser overlevelse i forhold til tidspunkt for dødsfall, og skiller mellom den eldste og den yngste del av pasientpopulasjonen. Disse kan antyde at det er hos de eldste at pasientene behandlingen hos oss skiller seg mest ut sammenlignet med øvrige helseforetak. For hjerneslag antyder fremstillingen en høyere overlevelse for de eldste i hele behandlingsforløpet, mens for hoftebrudd antyder kurven en lavere overlevelse hos de eldste etter utskrivning fra sykehuset.

Vi har etterspurt sykehus-spesifikke data, og ønsker avklare om vi kan få tilgang til disse før vi beslutter hvordan vi skal jobbe videre med dette.

Eksterne tilsyn (systemtilsyn) og revisjoner for 2016/2017

Styret gis en oversikt på eksterne tilsyn/revisjoner som skal eller er gjennomført. De tilsyn og revisjoner som er lukket og informert til styret fjernes fra oversikten, resterende blir stående inntil de nødvendige tiltak er gjennomført, tilsyn/revisjoner er lukket og behandlet i styret.

Det er varslet/gjennomført totalt 21 tilsyn og eksterne revisjoner hvorav 5 er lukket etter at foretaket har svart opp tilsynsmyndighetene. Resterende er i prosess i form av:

- Tilsyn/revisjon er gjennomført men foretaket ikke har fått rapport.
- Foretaket har fått rapport og utarbeider plan for lukke avvik.
- Tilsyn/revisjon er varslet men ikke gjennomført.

Nordlandssykehus HF er og skal være en lærende organisasjon, både eksterne tilsyn/revisjoner og interne revisjoner utført på en enhet skal også brukes til forbedring i andre enheter i foretaket der dette er relevant. Dette gjøres ved at rapportene fra eksterne tilsyn/revisjoner sendes ut til de klinikkene og avdelingene hvor innholdet i rapporten er relevant. Klinikkk/stabssjef og senterleder **har ansvar for** at resultat av gjennomførte revisjoner og tilsyn brukes til læring på i egen klinikk / stab eller senter.

Foretaket overvåker og følger opp at alle eksterne tilsyn og revisjoner blir lukket samt at styret blir informert og status for dette arbeidet.

Oversikt/status på eksterne tilsyn (systemtilsyn) og revisjoner for 2016/2017.

Saksnr. i ePhorte	Utført av og revisjonstema:	Tilsyn/ Revisjonsdato	Anbefalinger/ avvik/ Forbedringer	Status, er revisjon/tilsyn lukket.	Ansvar for oppfølging/ lukking:	Styrebehandlet i NLSH HF
2016/21	Melding om internrevisjon - Samstemming av legemiddellister	08.03.2016	Det ble gitt 3 anbefalinger	Anbefalingene er svart opp. (Revisjonen er lukket)	Seksjonsleder Benedikte Stoknes	Orienteringssak til styret November 2017
2013/131	Arbeidstilsynet skal kontrollere om virksomheten jobber systematisk og forebyggende med helse, miljø og sikkerhet (HMS). Ambulansestasjon Fauske/Saltdal	06.03.2013	Det ble i dette tilsynet gitt 2 pålegg	Begge påleggene er lukket (Tilsynet er lukket)	Pre-hospital Harald Stordahl med støtte fra HMS - seksjonen	Referatsak til styret den 31/8 - 2017
2016/3073	Datatilsynet, brevkontroll med helseforetakenes behandling av helseopplysninger til intern kvalitetssikring etter helsepersonloven §26	Svarfrist på spørsmål utsatt til 22.12.2016	I prosess, ikke mottatt rapport pr. 18/10 - 2017	Den 16/12 – 2016 ble svar fra Nordlandssykehuset sendt over til Datatilsynet.	Asbjørn Jørgensen, avdelingsleder for Kvalitet og e-helse	
2016/2632	Internrevisjonen i Helse Nord, Risikostyring i Nordlandssykehuset HF	05.12.2016	Foretaksspesifikk notat er mottatt. Observasjoner og vurderinger fra internrevisjonen vil bli fulgt opp	Foretaket satt i gang en prosess for å svare opp resultatene fra revisjonen.	Kvalitet og e – helse ved Sverre A Sittlinger	Orienteringssak til styret i desember 2017
2016/2560	Fylkesmannen i Nordland, tilsynet omfatter identifisering og behandling av pasienter med sepsis eller mistanke om sepsis i somatisk akuttmottak.	11 til 12/1 - 2017	Det ble i dette tilsynet gitt et avvik.	Oppdatering på status på planlagte og iverksatte tiltak ble sendt over til Fylkesmannen 28/9 – 2017.	Prehospital klinikk ved Harald Stordahl	Rapporten fra tilsynet ble lagt frem som referatsak i styret 28 – 29/3 - 2017
2016/3420	Statens Helsetilsyn, kartlegging innen fødselsomsorgen, anmodning om oversendelse av opplysninger	Frist for oversendelse av opplysninger settes til 6/1 - 2017	I prosess, foretaket har ikke mottatt tilsynsrapport.		Klinikkisjef Nina Jamissen	
2017/306	Internrevisjonen i Helse Nord, Henvisning og ventetid i Nordlandssykehuset HF	Revisjon ble gjennomført: 10/4, 19 og 20/4 - 2017	Det ble gitt 10 anbefalinger	NLSH arbeider videre med anbefalingene som ble gitt etter revisjonen ref. styresak 084-2017.	Det er laget en orienteringssak som fremlegges styret. Terje S, Lars Eirik H	Orienteringssak til styret 4/10 - 2017
2017/820	Internrevisjonen i Helse Nord RHF, klinisk fagrevisjon - NSTEMI	Revisjonen ble gjennomført 5 og 6 april 2017	Foretaket har mottatt rapport, 6 observasjoner/innspill ill til forbedringer	Ansvarlig for oppfølging av observasjoner/innspill etter revisjon er avdelingsleder Hallvard Cock.	Kontaktperson for denne revisjonen er Hallvard Cock.	

Saksnr. i ePhorte	Utført av og revisjonstema:	Tilsyn/ Revisjonsdato	Anbefalinger/ avvik/ Forbedringer	Status, er revisjon/tilsyn lukket.	Ansvar for oppfølging/ lukking:	Styrebehandlet i NLSH HF
2012/2529	Riksrevisjonen, intervju i forbindelse med oppfølging av Effektivitet i sykehus	April 2017	I prosess, ikke mottatt rapport.		Klinikkisjef Øystein Johansen	
20172966	Ytre miljø, ISO 14001:2015 Revisjon av DNV GL	24 til 27/4 - 2017	Det gitt 4 avvik, 15 observasjoner og 2 forbedringer.	Plan for lukking er akseptert og foretaket er sertifisert på ISO 14001:2015 Standarden. (Revisjonen er lukket)	Gunn Ringdal, Kvalitet og e-helse	Orienteringssak til styret 4/10 - 2017
2017/914	Hadsel kommune Varsel om ordinært tilsyn ved Nordlandssykehuset Stokmarknes	7/4 - 2017	Ikke mottatt formelt brev fra Hadsel kommune, men det vil bli utformet svar på funn.		D&E ved Bernt Toldnes	Styret vil bli informert når tilsynet er lukket
2017/2590	Nordlandsnett, tilsyn med elektriske anlegg og elektrisk utstyr	27/1 - 2017	Rapport 90529, Kløveråsveien 2. viste 4 avvik mens Rapport 90531, Thalleveien 37 viste 2 avvik.	Avvikene er svart opp avventer svar fra Nordlandsnett.	D&E ved Bernt Toldnes	Referatsak til styret når svar fra Nordlandsnett foreligger.
2015/745	Mattilsynet gjennomførte 03.04.2017 inspeksjon hos Nordlandssykehuset KANTINE 2	3/4 -2017	Det ble gitt pålegg	Pålegg er gjennomført, Mattilsynet svart opp. (Tilsynet lukket 19.5.17)	D&E ved Vibeke Mikalsen	Referatsak til styret November 2017
2016/2560	Oppfølgingstilsyn fra Fylkesmannen i Nordland, identifisering og behandling av pasienter med sepsis eller mistanke om sepsis i somatisk akuttmottak	18/10 – 2017 og sluttmøte den 7/11 - 2017	I prosess		Harald Stordahl og Hanne Marit Brenden, Prehospital klinikk.	
2017/2193	Internrevisjonen i Helse Nord - Antibiotikabruk i Nordlandssykehuset	27/11 - 2017	I prosess		Seksjonsleder for smittevern Bente Karin Jensen	
2017/2645	DIREKTORATET FOR SAMFUNNSSIKKERHET OG BEREDSKAP (DSB) Tilsynet utføres på elektriske anlegg og elektrisk utstyr	18 og 19/10 - 2017	Tilsynet er gjennomført, ikke mottatt rapport8kommer i uke 46). Det ble i oppsummeringsmøt	Prosessen med å lukke avvikene er igangsatt	Kontaktperson for tilsynet er Per-Ingve Norheim HR	Orienteringssak til styret desember 2017

Saksnr. i ePhorte	Utført av og revisjonstema:	Tilsyn/ Revisjonsdato	Anbefalinger/ avvik/ Forbedringer	Status, er revisjon/tilsyn lukket.	Ansvar for oppfølging/ lukking:	Styrebehandlet i NLSH HF
			et varslet om 3 avvik			
2017/1344	Helse Nord, klinisk fagrevisjon – adjuvant kjemoterapi etter tykktarmskreft	Gjennomføring 7 – 8 november 2017	I prosess		Kontaktperson, Enhetsleder Mona Stemland	
	Riksrevisjonen, Forvaltningsrevisjon om effektiv bruk av legeressurser	Første leveranse fra NLSH HF er satt til 29/9 - 2017	I prosess		Kontaktperson som koordinerer dette for foretaket er Eva Remnes	
2017/2505	Arbeidstilsynet, melding om tilsyn ved PHR – klinikken, Vesterålen DPS	19/9 – 2017 kl. 12 til 15:00.	I prosess		Ansvarlig: Trude Grønlund/ Desirée Iselin Høgmo	
2017/1576	Arbeidstilsynet, tilsyn vaskeriet og samdriftskjøkken i NLSH Vesterålen	13/6 - 2017	Det ble i disse tilsynene varlet om 6 pålegg, frist for lukke påleggene er satt til 30/9-2017	Tilsynene er svart opp, ikke mottatt tilbakemelding fra Arbeidstilsynet.	Drift og Eiendom ved Vibeke Mikalsen	
2015/745	Inspeksjon hos Nordlandssykehuset Lofoten Kantine/Kafeteria.	14/9 - 2017	Ingen påviste brudd på næringsmiddelregelverket	(Tilsynet er lukket)	Drift og Eiendom ved Vibeke Mikalsen	Referatsak november 2017
Saksnr. i ePhorte	Utført av og revisjonstema:	Tilsyn/ Revisjonsdato	Anbefalinger/avvik/ Forbedringer	Status, er revisjon/tilsyn lukket.	Ansvar for oppfølging/lukking:	Styrebehandlet i NLSH HF

Et vennligere sykehus

Forbedringsprosjektet «Et vennlig sykehus» følger opp resultater fra nasjonale brukererfaringsundersøkelser (PasOpp). Prosjektet ble pilotert i Kirurgisk- og ortopedisk klinikk. Basert på erfaringene fra piloten skal prosjektet implementeres i større deler av NLSH HF. I første omgang innenfor de somatiske sengeposter og akuttmottak. Prosjektperioden er satt til to år.

Prosjektet «Et vennlig sykehus» vil i tiden framover ha fokus på å bidra til at samstemming av legemiddellister og EVU (epikrise ved utskrivning) utføres etter gjeldende retningslinjer. Derfor vil innføringen av velkomst og utreisesamtalen nå prioriteres i prosjektet.

Trygge fødsler

Seleksjonskriteriene for gravide/fødende kvinner ble i 2012 endret slik at flere kvinner i Nordland i større grad ble selektert fra lokalsykehus til fødsel ved Kvinneklinikken i Bodø. Dette dreide seg i hovedsak om risikogravide/fødende.

Intern revisjon høsten -15 viste at man på fødeavdelingen i Bodø ikke hadde gode nok rutiner ved seleksjon av fødende slik at man i stor grad behandlet de fødende likt uavhengig av risiko. Seleksjonen internt var derfor vurdert til ikke å være tilfredsstillende. Med bakgrunn i dette ønsket man å sette i gang et forbedringsprosjekt hvor seleksjon var i fokus. I det man så vidt var i gang med å utarbeide et slikt prosjekt fikk KBARN klinikken, som også omfatter Lofoten og Vesterålen, tilbakemelding fra Helsetilsynet om forhold som angikk pasientbehandling og forsvarlighetskrav. Over en periode på syv år hadde man fått innmeldt seks saker fra KBARN klinikken hvor Helsetilsynet mente man hadde brutt forsvarlighetskravene. Helsetilsynet ba KBARN gjennomgå sakene og kom med konkrete forslag til forbedringsområder. To av områdene for forbedring var samhandling og kommunikasjon mellom leger og jordmødre, samt seleksjon og differensiering av lav- og høyrisikogravide/fødende.

I klinikken hadde man allerede startet på et forbedringsprosjekt for å bedre seleksjon, samhandling og samarbeid. Man ønsket å innføre sjekklister til bruk ved innkomst til fødeavdelingen og under fødselsforløpet etter modell fra Danmark hvor man har innført sjekklister ved fødeavdelingene som et nasjonalt forbedringsprosjekt. Samtidig ble avdelingsoverlegen rekruttert til en forbedringsagent -utdanning i Skottland; Scottish Quality and Safety Fellowship (SQSF). Formålet med utdanningen er å engasjere og utdanne klinikere og ledere til å initiere og lede forbedringsprosjekter. Fokuset bør være pasientnært og drevet av klinikere/helsepersonell for å bedre pasientsikkerhet og kvalitet på helsetjenestene. Norge har tre plasser i dette Skotske programmet i regi av NHS-National Health Service i England. Årets kull bestod av 32 helsearbeidere fra Skottland, Irland, Nord-Irland, Danmark og Norge.

Forbedringsprosjektet startet høsten-16 og ble en del av forbedringsutdanningen i SQSF. Det ble satt ned en prosjektgruppe, avholdt et seminar for alle ansatte, og en lokal sjekkliste ble utprøvd etter den Danske modellen. Etter en utprøvsperiode ble man enige om en lokal sjekkliste til bruk ved innkomst og under fødselsforløpet. Hovedfokus var på seleksjon/risiko ved innkomst, endring av risiko under fødsel, fosterovervåkning, framgang i fødsel og kommunikasjon mellom lege og jordmor. Sjekklisten skulle være et hjelpemiddel til å systematisere og følge opp det som mange ganger kan være lange og komplekse fødselsforløp, hvor det er mange involverte jordmødre og leger.

Målet med prosjektet var å innføre bruk av sjekklister på 100 % av de fødende. En stor innsats ble lagt ned av de ansatte som var entusiastiske og engasjerte. Det ble også innført tavler på fødestuene for å bedre kommunikasjonen mellom involvert helsepersonell, den gravide og hennes partner. Man ønsket å involvere pasienten og pårørende i større grad slik at alle har samme forståelse av risiko og hva denne ev er. Etter 20 uker klarte man å nå målet på 100 % bruk av sjekklister, med en median på 90% i perioden. Figur 13 i dashbordet viser utviklingen etter uke 20, der median på 90 % opprettholdes.

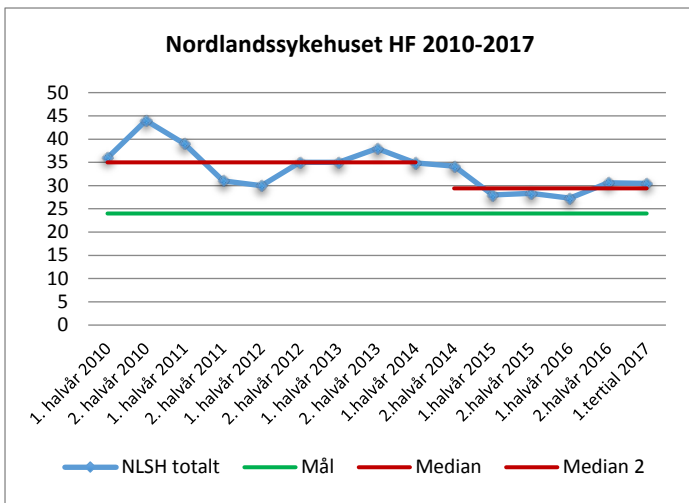
I prosjektperioden så man en forbedring med hensyn til seleksjon ved innkomst fra 30% til 70% (Figur 14 i dashbordet). I etterkant av prosjektperioden har man fått ytterligere forbedring av seleksjon med median på 90 %. Av figuren kan man se at seleksjonen de siste 8 ukene er på 100 %, med unntak av én uke som gjør at man ikke får et skifte til median på 100 %.

Det andre aspektet av forbedringsprosjektet var å bedre kommunikasjon og samhandling mellom leger og jordmødre. Dette er vanskelig å måle på så kort tid, men man utførte etter 16 uker en spørreundersøkelse blant involvert personell som viste at 90 % av de som svarte visste hvorfor prosjektet var satt i gang og hva målet var, og 50 % følte at kommunikasjonen var blitt bedre. Mange var svært positive til sjekklister som et hjelpemiddel til å ta «time-out» under fødselsforløpet.

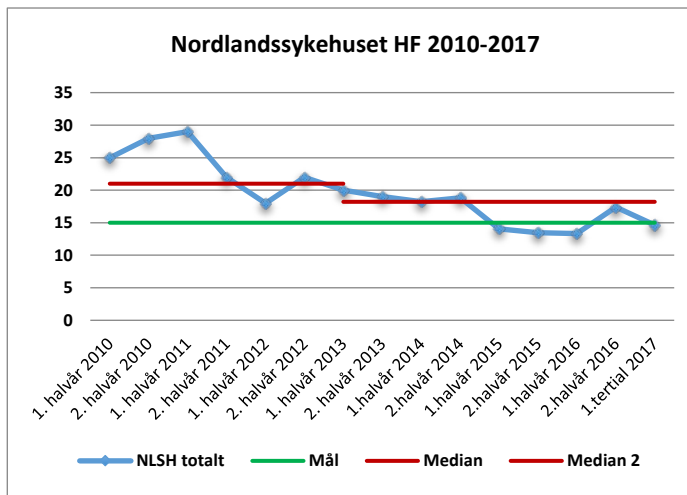
Prosjektperioden er over, men arbeidsgruppen jobber videre med å vedlikeholde de gode resultatene vi har oppnådd. Langtidsresultater hvor man evt. kan vise at det fødes færre barn med mistanke om oksygenmangel under fødsel pga. bedret kommunikasjon/samhandling vil ta lang tid å vise fordi dette gjelder svært få barn pr år. Klinikken ønsker etter hvert også å innføre sjekklister ved fødeavdelingen på Stokmarknes.

Vedlegg

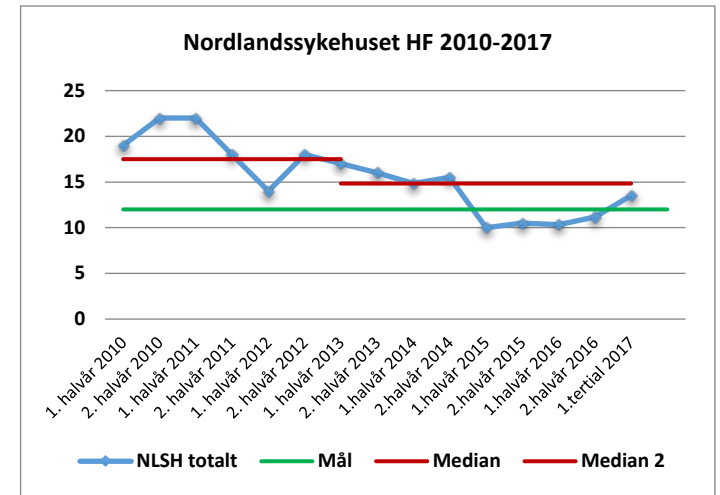
1. Nordlandssykehuset dashbord for kvalitet og pasientsikkerhet.
2. Pasientskader i Norge 2016 målt med Global Trigger Tool
3. NOIS-POSI rapporten for 1. tertial og NOIS-PIAH for 1. og 2. kvartal, Nordlandssykehuset HF
4. Presentasjon av nasjonale kvalitetsindikatorer per 31.08.17
5. Institusjonsrapport 30 dagers overlevelse, Nordlandssykehuset HF
6. Brukerveiledning for klassifisering av uønskede hendelser og nesten uhell
7. 4 årsplan for internrevisjon i foretaket



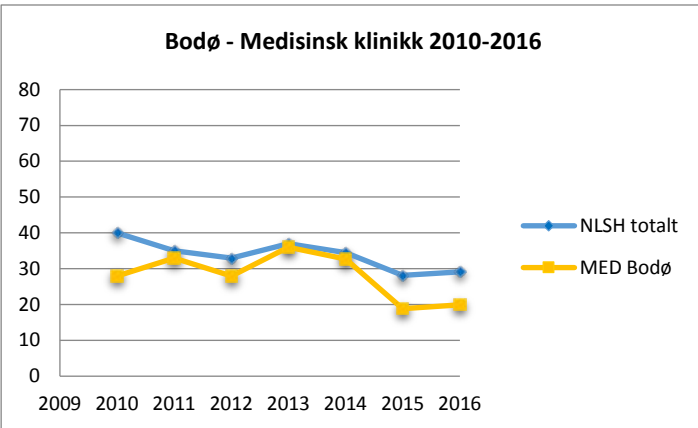
Figur 1: Antall pasientskader per 1000 liggedøgn NLSH HF



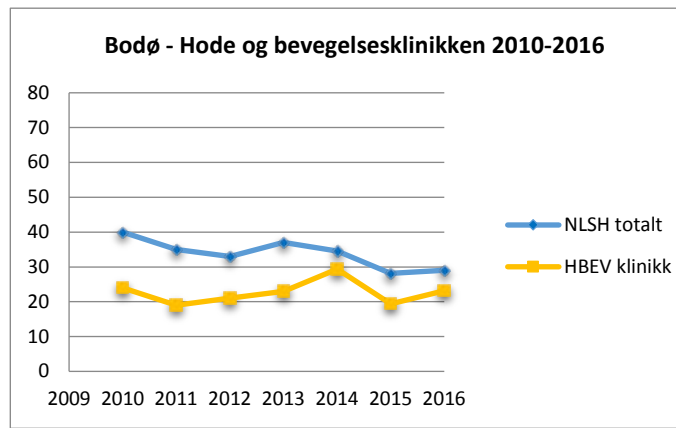
Figur 2: Antall pasientskader per 100 innleggelser NLSH HF



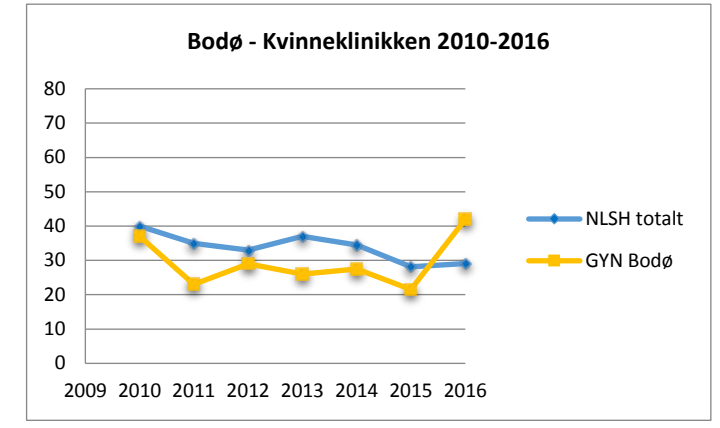
Figur 3: Andel innleggelser med minst en pasientskade



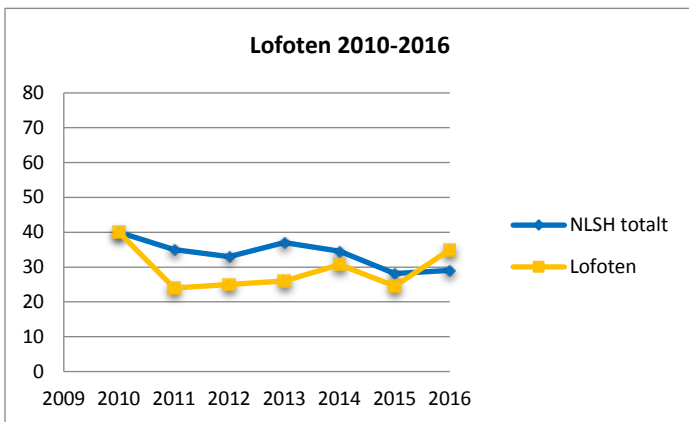
Figur 4: Antall pasientskader per 1000 liggedøgn MEDISINSK klinikk



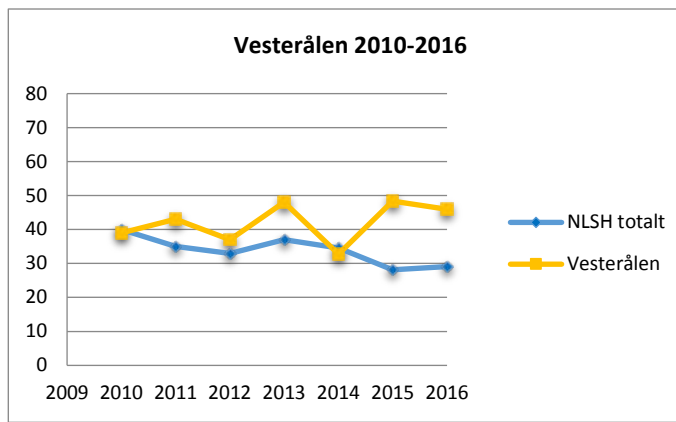
Figur 5: Antall pasientskader per 1000 liggedøgn HBEV klinikk



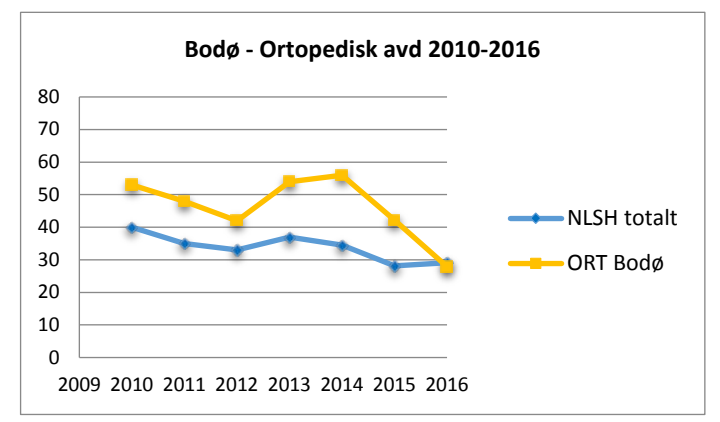
Figur 6: Antall pasientskader per 1000 liggedøgn KVINNEKLINIKKEN



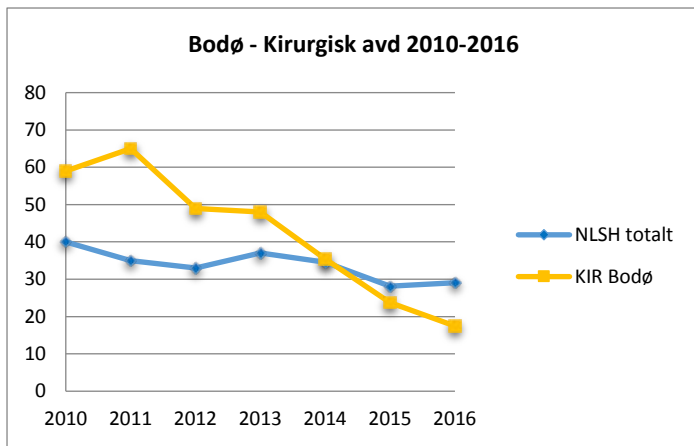
Figur 7: Antall pasientskader per 1000 liggedøgn LOFOTEN



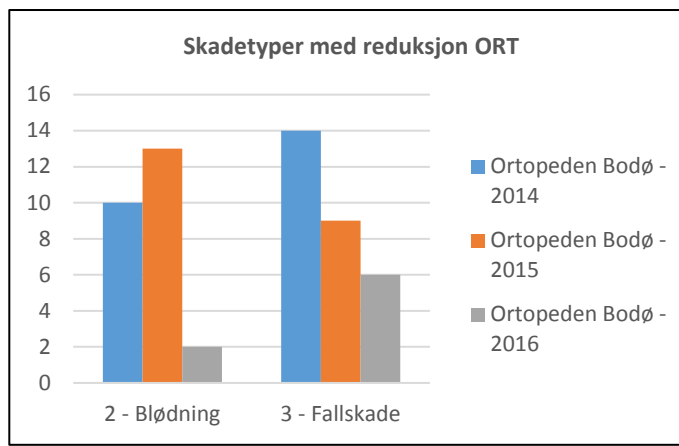
Figur 8: Antall pasientskader per 1000 liggedøgn VESTERÅLEN



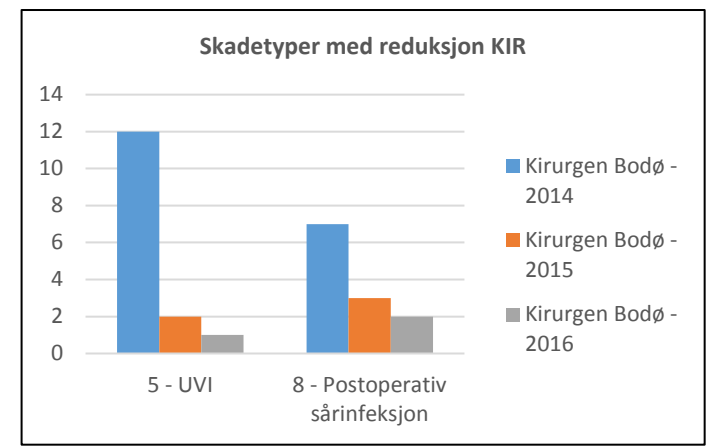
Figur 9: Antall pasientskader per 1000 liggedøgn ORTOPEDISK avdeling



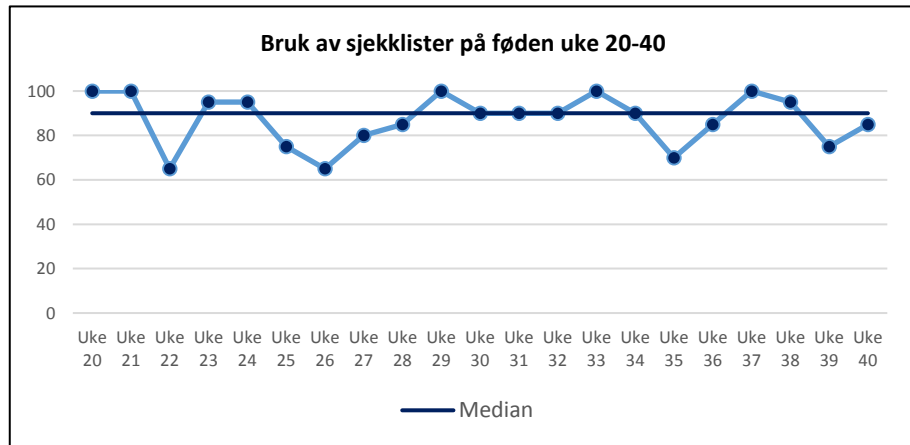
Figur 10: Antall pasientskader per 1000 liggedøgn KIRURGISK avdeling



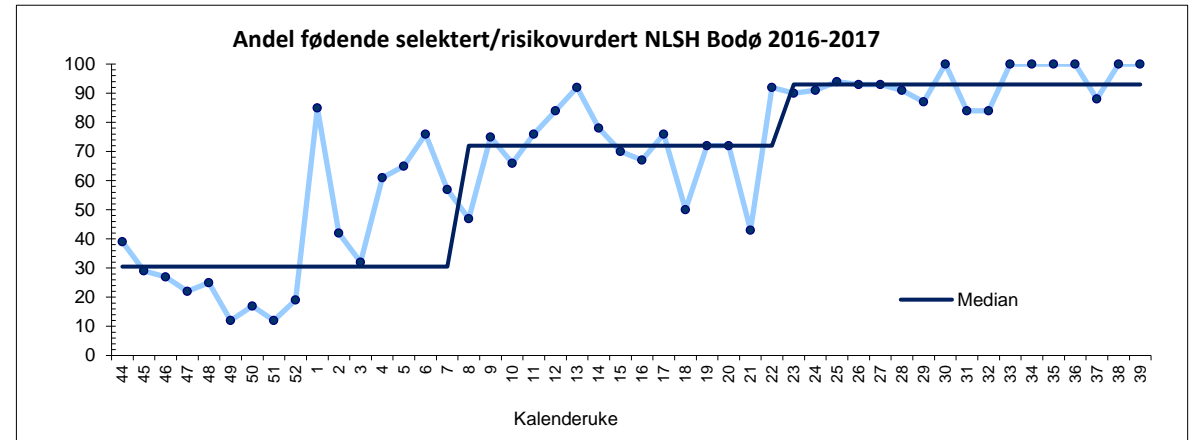
Figur 11: Skadetyper med mest reduksjon i Ortopedisk avdeling



Figur 12: Skadetyper med mest reduksjon i Kirurgisk avdeling



Figur 13: Andel bruk av sjekklister for bruk av sjekklister for «Trygge fødsler»

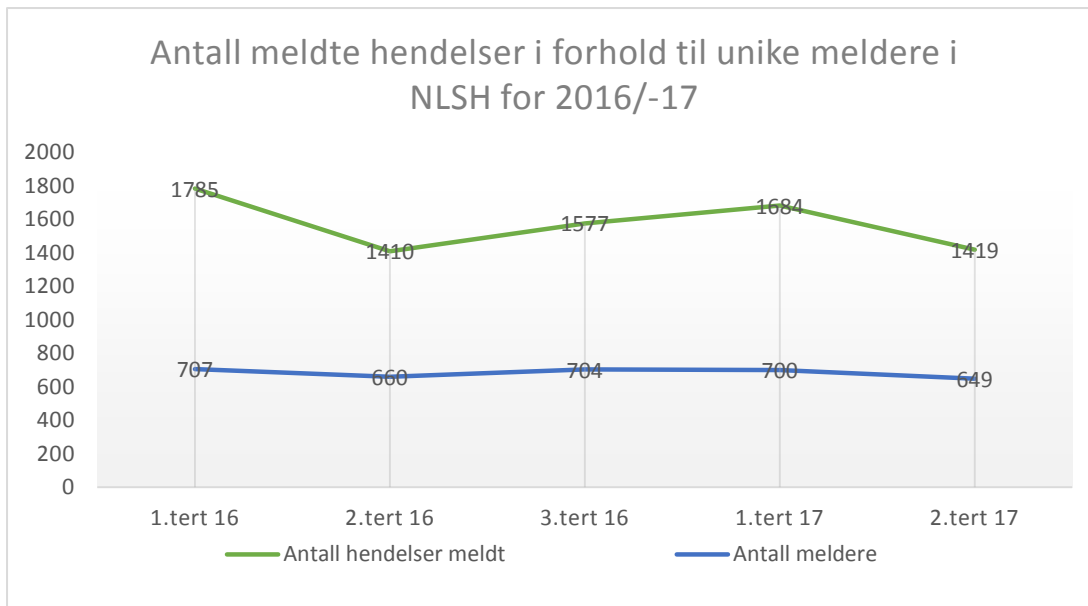


Figur 14: Andel fødende som er risikovurdert/selektert ved innkomst ved NLSH Bodø

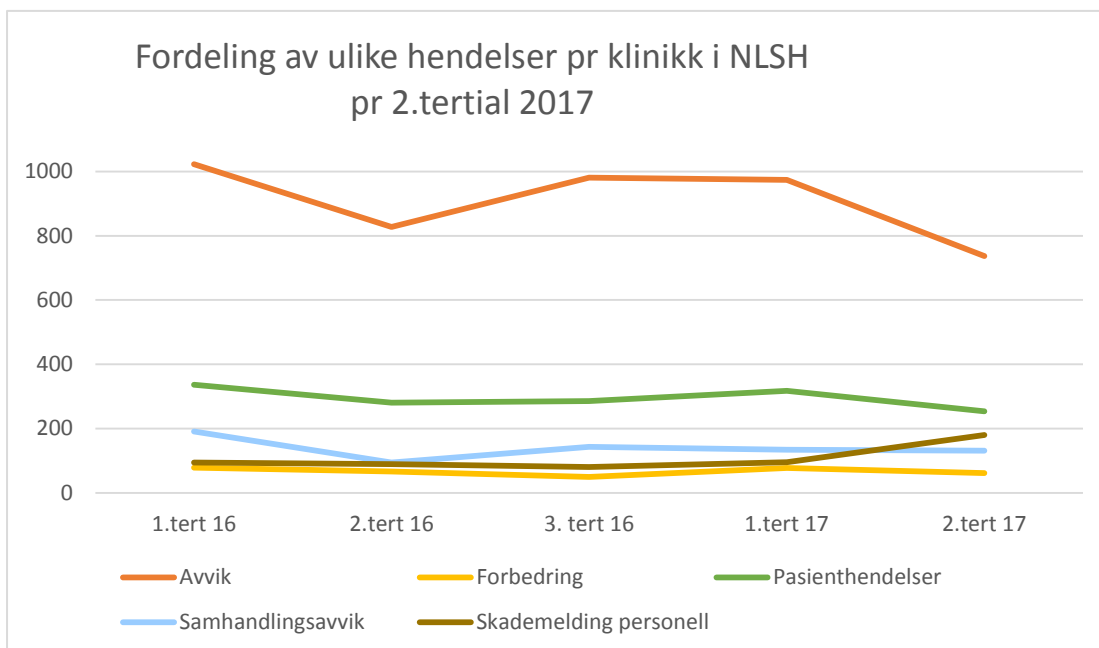
Spredningsoversikt pr oktober 2017

Grått betyr at innsatsområdet ikke skal innføres på enheten		AKUM		HBEV		KIRORT		KBARN		MEDISIN		PREH		PSYKISK HELSE OG RUS																									
Hvit farge - ingen rutinemessige tiltak	Lys blå - ett eller flere tiltak gjennomføres rutinemessig	Mørk blå - alle tiltak gjennomføres rutinemessig	Mørk gul - mangler data	Intensivheten Bodø	Operasjon-, anestesi-, dagkirurgi K8 og K2 Bodø	Overvåking, mottak og dagkirurgi Lofoten	Operasjon, anestesi, sterilisentral Lofoten	Operasjon, anestesi, sterilisentral Vesterålen	Overvåking og mottak Vesterålen	Sengeenhet HBEV Bodø	Kirurgisk enhet 1 gastro/bryst/endokri	Kirurgisk enhet 2 urologi/kar/thorax	Ortopedisk enhet	Kirurgisk enhet Lofoten	Kir. enh m/dagkir og kreftpoliklinikk Vesterålen	Barnemedisin Bodø	Nyfødt intensiv	Enhet B3	Enhet R3	Enhet R4	Enhet Lofoten	Medisinsk sengeenhet Vesterålen	Avdeling for akuttmottak, AMK og obs.enhet	Akutenhet Nord	Akutenhet Sør	Akutenhet Salten	Alderspsykiatrisk døgnenhet	Enhet for psykoser 1+2 (EFP)	Enhet for rus og psykiatri	Sikkerhetsenheten	Akutenhet for ungdom	Korttidsenhet for ungdom	REDE (reg enhet for spiseforstyrrelser)	Allmenpsykiatrisk enhet, Vesterålen DPS	Korttidsenhet rus (KER) SDPS	D-posten SDPS			
	Samstemming																																						
	UVI																																						
	Sentralt venekateter																																						
	Forebygging av fall																																						
	Trykksår																																						
	Behandling av hjerneslag																																						
	Trygg kirurgi																																						
	Forebygging av selvmord																																						
	Forebygging av overdose																																						
	ProAct/PedSAFE																																						
	Tidlig oppdagelse av sepsis																																						
	Et vennlig sykehus																																						
	Velkomstsamtale																																						
	Utreesamtale																																						
	Mat og estetikk																																						
	Brukerundersøkelser																																						
	Opplæringsplaner																																						

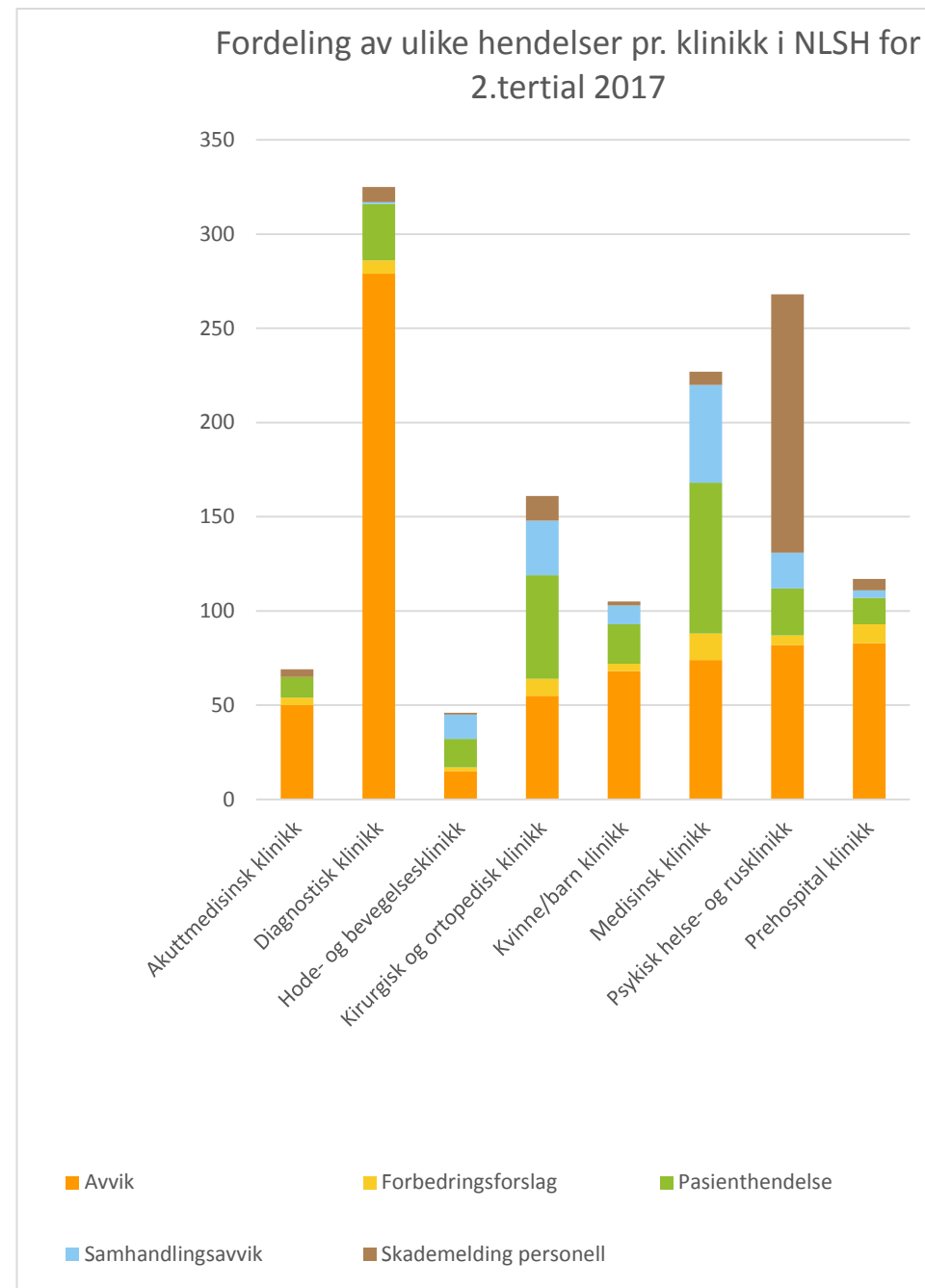
- Grått - Enheten skal ikke innføre innsatsområdet
- Hvitt - Ingen data/ Ingen rutinemessige tiltak
- Lys blå - ett eller flere tiltak gjennomføres rutinemessig
- Mørk blå - alle tiltak gjennomføres rutinemessig



Figur 16 Antall meldte hendelser i forhold til unike meldere i NLSH for 2016/-17

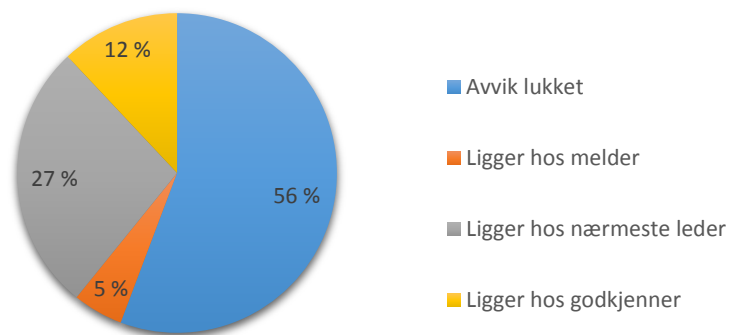


Figur 17 Fordeling av ulike hendelser pr klinikk i Nordlandssykehuset



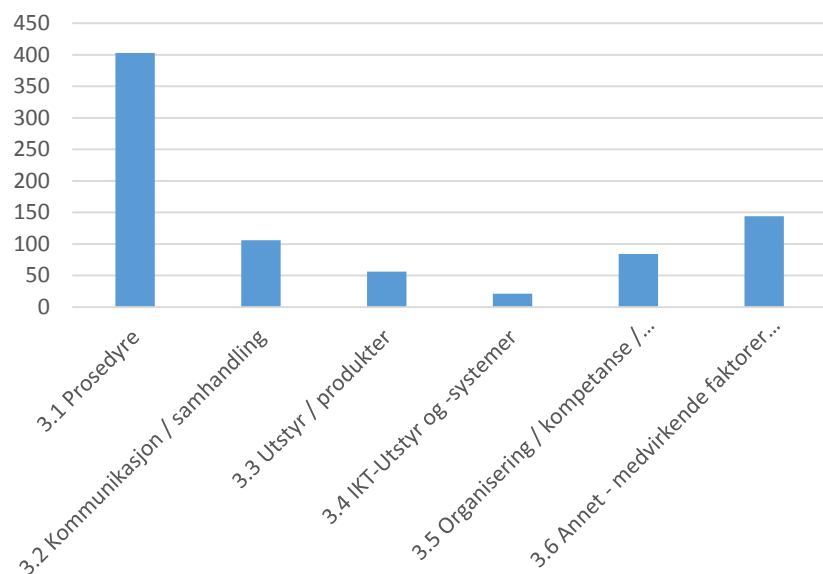
Figur 18 Fordeling av ulike hendelser pr. klinikk i Nordlandssykehuset for 2.tertial 2017

Saksbehandlingsflyten av alle hendelsene pr 2/10-2017 for 2.tertial 2017



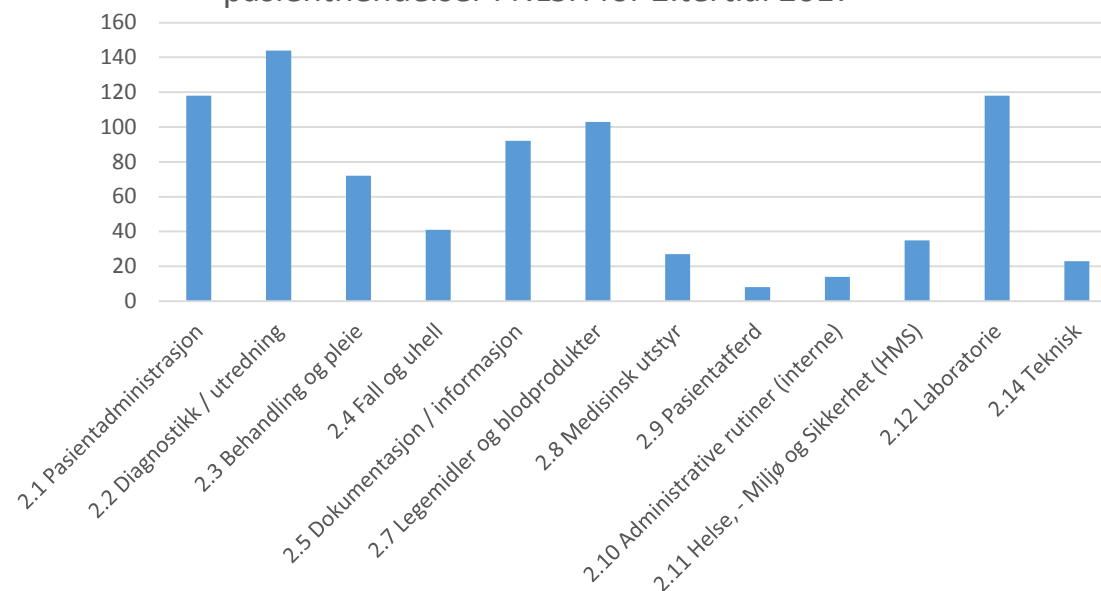
Figur 19 Saksbehandlingsflyten av alle hendelsene pr 2/10-2017 for 2.tertial 2017

Fordeling på årsakstype etter nasjonal klassifisering for avvik og pasienthendelser i NLSH for 2.tertial 2017



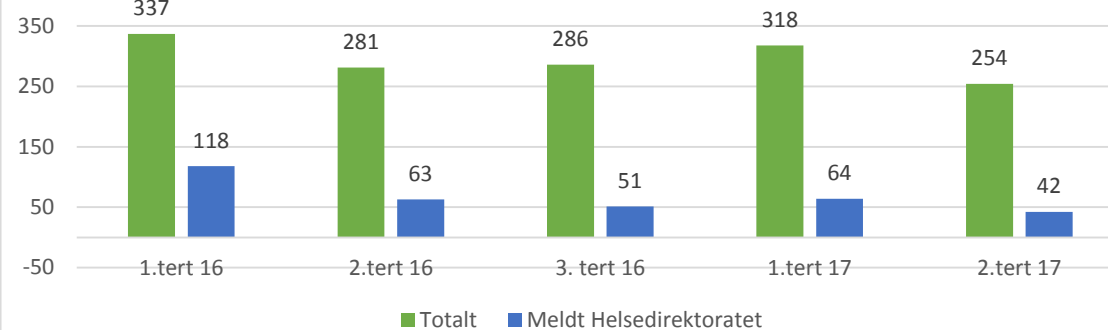
Figur 20 Fordeling på årsakstype etter nasjonal klassifisering for avvik og pasienthendelser

Hendelsestyper etter nasjonal klassifisering for avvik og pasienthendelser i NLSH for 2.tertial 2017

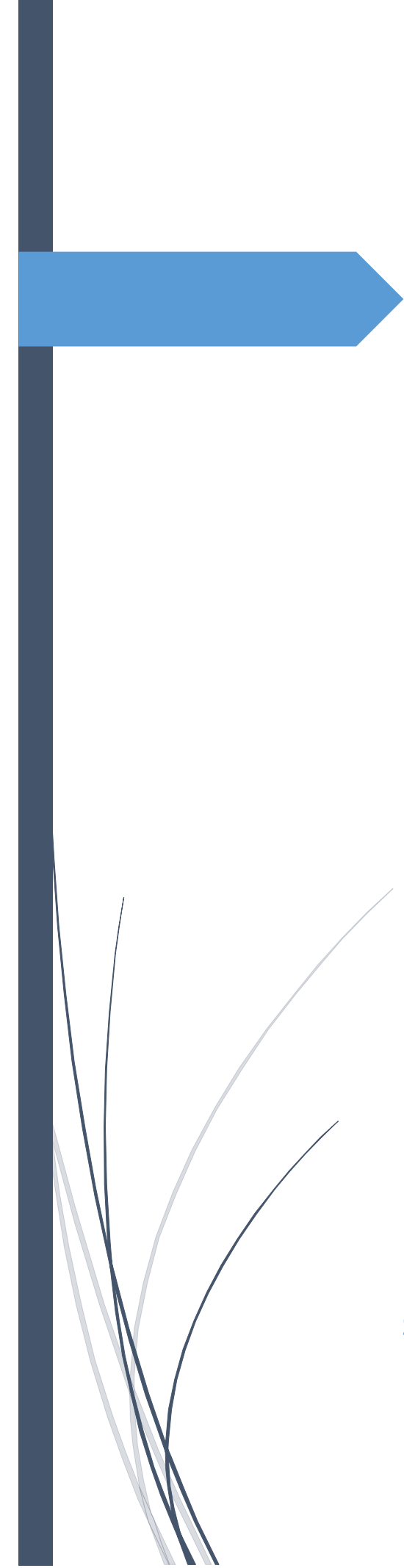


Figur 21 Hendelsestyper etter nasjonal klassifisering for avvik og pasienthendelser i NLSH

Pasienthendelser meldt i perioden 2016/-17 og andel som er sendt over til Helsedirektoratet i henhold til §3-3



Figur 22 Pasienthendelser meldt i perioden 2016/-17 og andel som er sendt over til Helsedirektoratet i henhold til §3-3



NOIS-POSI 1. tertial 2017
NOIS-PIAH 1. og 2. kvartal 2017
Nordlandssykehuset HF

Seksjon for smittevern



NORDLANDSSYKEHUSET
NORDLÁNDÁ SKIHPPÍJVIESSO

Innhold

INNLEDNING.....	2
NOIS-PIAH	4
ALLE HELSETJENESTEASSOSIERTE INFEKSJONER (HAI)	5
ANDEL AV PASIENTER SOM HAR FÅTT EN HELSETJENESTEASSOSIERT INFEKSJON	8
URINVEISINFEKSJONER	10
NEDRE LUFTVEISINFEKSJONER.....	12
POSTOPERATIVE SÅRINFEKSJONER.....	14
INFEKSJONER I OPERASJONSOMRÅDET I FHT. ANTALL OPERERTE.....	16
BLODBANEINFEKSJONER.....	18
NOIS-PIAH ANTIBIOTIKA	20
ANDEL AV PASIENTER SOM FÅR ANTIBIOTIKA.....	20
ANTIBIOTIKA GITT VED LUFTVEISINFEKSJONER.....	21
NOIS-POSI.....	23
KEISERSNITT	24
HEMIPROTESE HOFTE	28
TOTALPROTESE HOFTE.....	32
KOLECYSTEKTOMI	36
KOLONINNGREP	40

NOIS-PIAH

For NOIS-PIAH presenteres tallene for både 1. og 2. kvartal 2017. Undersøkelsene 2. og 4. kvartal er obligatorisk på nasjonalt nivå mens undersøkelsene 1. og 3. kvartal er frivillige for sykehusene. Nordlandssykehuset har gjennomført prevalensundersøkelse hvert kvartal siden slutten av 2015.

Dette er en punktprevalensundersøkelse slik at det gjenspeiler antall pågående infeksjoner og antibiotikaforbruk den aktuelle undersøkelsesdagen. Det er registrert antall helsetjenesteassosierte infeksjoner (HAI) innen de obligatoriske gruppene samt alt antibiotikaforbruk på sengepost på den aktuelle dagen. Som hovedregel oppfattes en infeksjon som en HAI når symptomene oppstår på dag 3 eller senere etter at pasienten ble innlagt. For reinnleggelser og opererte pasienter finnes egne definisjoner.

For antibiotikaforbruk har vi en årlig forbruksrapport. Denne gir et mer korrekt bilde av antibiotikaforbruket men resultatene i NOIS-PIAH gir tilleggsinformasjon. Her registreres det også hvilken indikasjon antibiotika er gitt på og hvor stor andel av inneliggende pasienter som får antibiotika. Å presentere alle tallene ut fra indikasjon er et omfattende arbeid og i denne rapporten har vi foreløpig valgt å presentere tallene for samfunnsservevet nedre luftveisinfeksjon.

Det bemerkes også at noen av tallene ikke er identiske med det som gjenfinnes i PIAH nett selv om tallene er regnet ut fra verdiene som er lagt inn der. Det er dog ikke store avvik. De kan for det meste forklares med avrundinger.

1-2014 og 4-2014 betyr hhv. 1. kvartal 2014 og 4.kvartal 2014.

NOIS-POSI

Rapport for NOIS-POSI fra Nordlandssykehuset HF med tall fra 2012 til og med 1. tertial 2017. For foretaket samlet fremstilles data fra 2014 da dette er første året at alle tre somatiske sykehus rapporterer data. For Bodø foreligger fullstendige data fra 2012 mens det fra Vesterålen foreligger delvis rapportering i den perioden.

Nasjonale tall for infeksjoner etter koloninngrep for 3. tertial 2016 (og dermed hele 2016) mangler pr. i dag.

Oppfølgingen av infeksjonsstatus er for fire av fem inngrep 100% i første tertial i år mens det for keisersnitt er 91,9%. Det vil si at vi ikke har fått svar hos 6 pasienter som har fått utført keisersnitt. Vi har så langt identifisert språkproblemer som en utfordring og må jobbe sammen med Kvinneklinikken for å bedre dette. For øvrig bemerkes det at nasjonal oppfølging i 2016 lå på 91,4% for dette inngrepet.

For Nordlandssykehuset samlet ligger den totale infeksjonsinsidensen ved keisersnitt på 4,1% i 1. tertial. Dette er en økning fra 2016 men relativt stabilt sammenlignet med de to foregående år. Ved innsetting av

hemiprotese i hofte er den totale insidensen på 7,1%, dette er en økning fra 2016 (3,2%). For totalproteser er den totale insidensen 2,2%, relativt uendret. Det var ingen infeksjoner etterolecystektomi i 1. kvartal. For koloninngrep var det samlede tallet 12,5%, det er en liten økning fra 2016 men andelen dype infeksjoner har falt.

Fire av infeksjonene var klassifisert som dype (dype + organ/hulrom), tre etter hoftekirurgi og en etter kolonkirurgi. For disse pasientene har infeksjonene medført forlenget sykehusopphold. To av pasientene anses som friske mtp. infeksjonen pr. i dag. En hoftepasient skal opereres på nytt. En pasient døde etter utskrivelse, tre måneder etter operasjonen. Denne pasienten ble operert etter lårhalsbrudd.

Det bemerkes at det i september ble ferdigstilt en «delrapport» på bare NOIS-POSI-tallene som ble distribuert til de kirurgiske klinikkene. I denne rapporten var ikke tallene for kolonkirurgi 1. tertial 2017 korrekte, disse er nå korrigert.

Leseren gjøres for øvrig oppmerksom på at verdiene på Y-aksen varierer fra graf til graf.

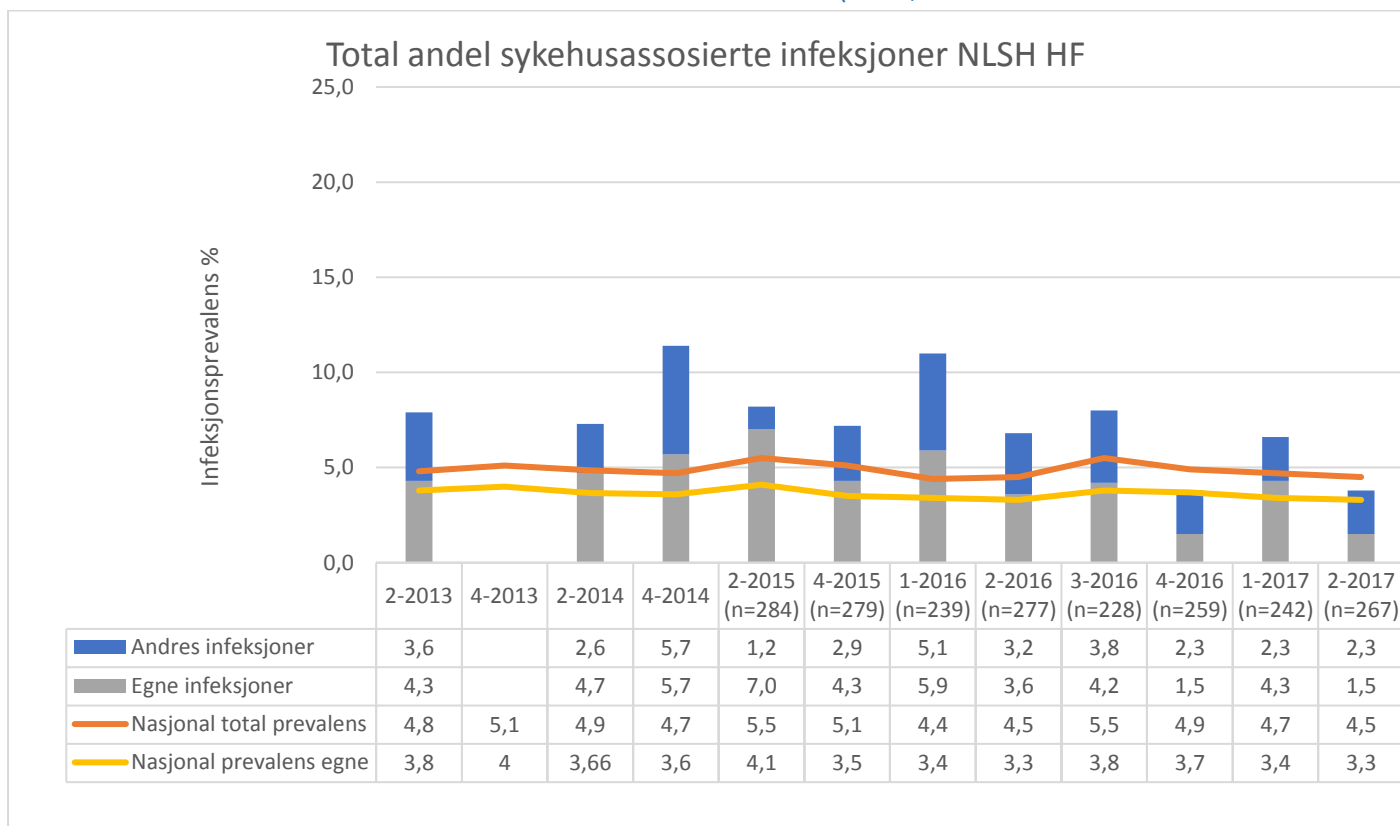
Ved spørsmål om innhold i rapporten eller øvrige innspill kan seksjon for smittevern kontaktes.

På vegne av Seksjon for smittevern, 1. november 2017

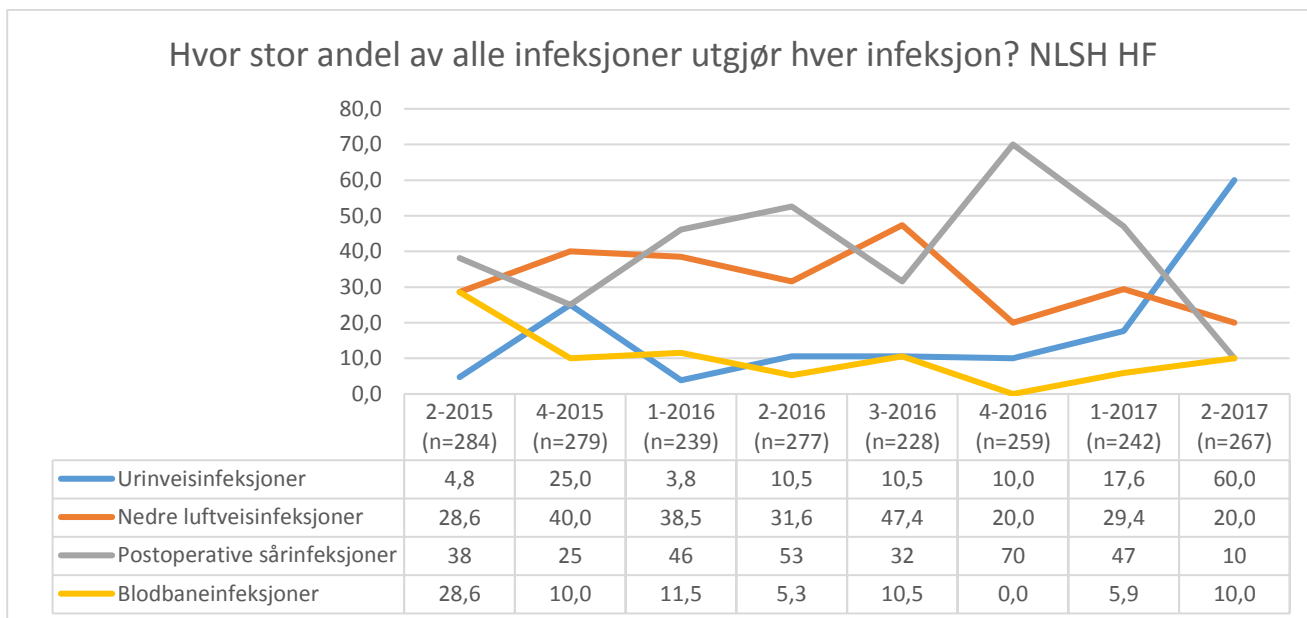
Gunille Justad Sundnes, smittevernoverlege

NOIS-PIAH

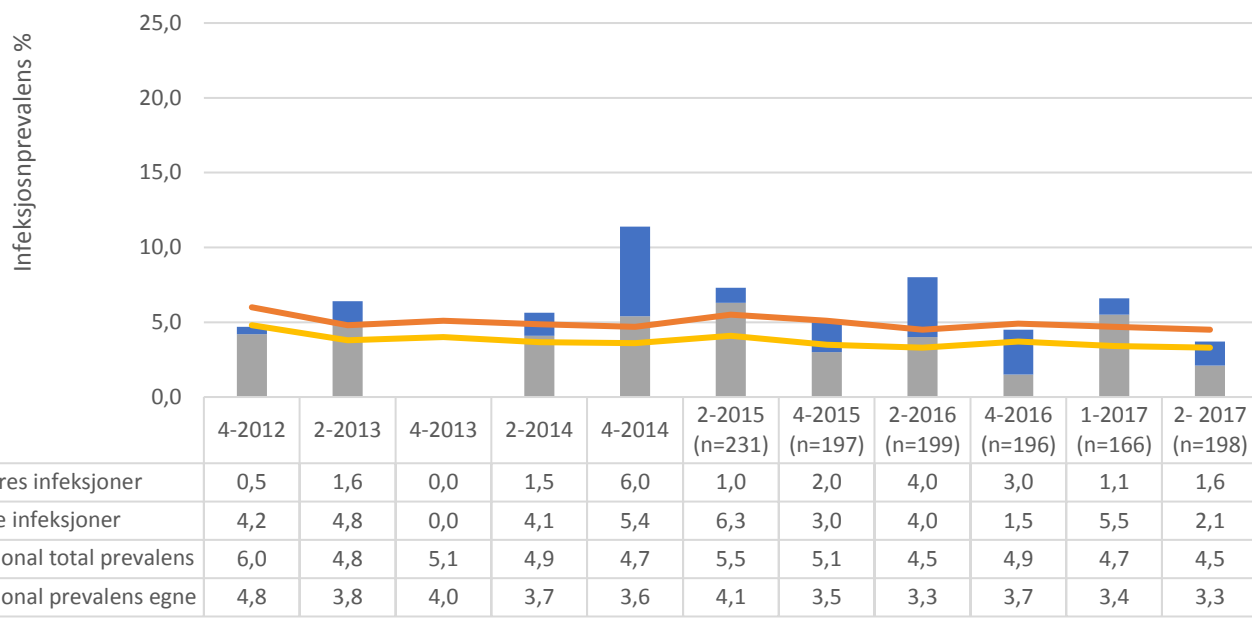
ALLE HELSETJENESTEASSOSIERTE INFEKSJONER (HAI)



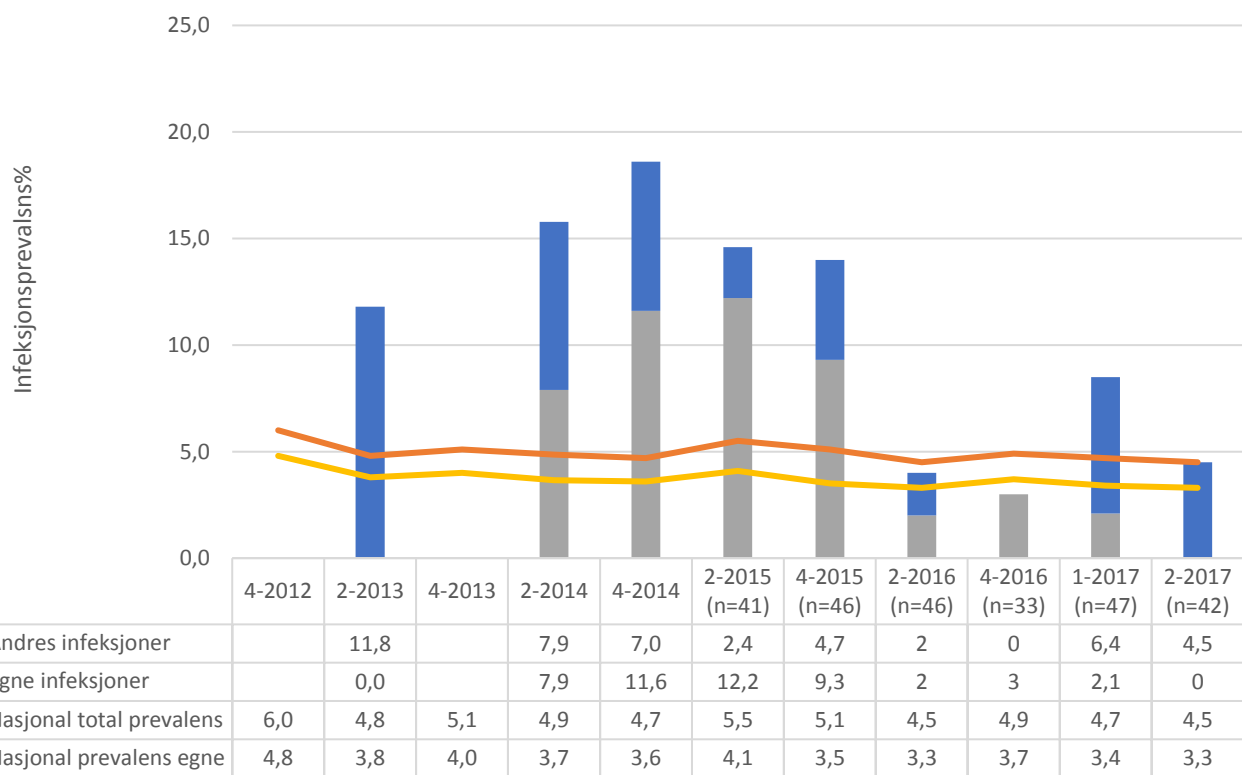
Her registreres antall infeksjoner, dvs. at hvis en pasient f.eks. har to infeksjoner registreres dette som to forskjellige infeksjoner. «Egne infeksjoner» er infeksjoner som har oppstått på eget sykehus mens «andres infeksjoner» er infeksjoner som har oppstått på annet sykehus eller på sykehjem.



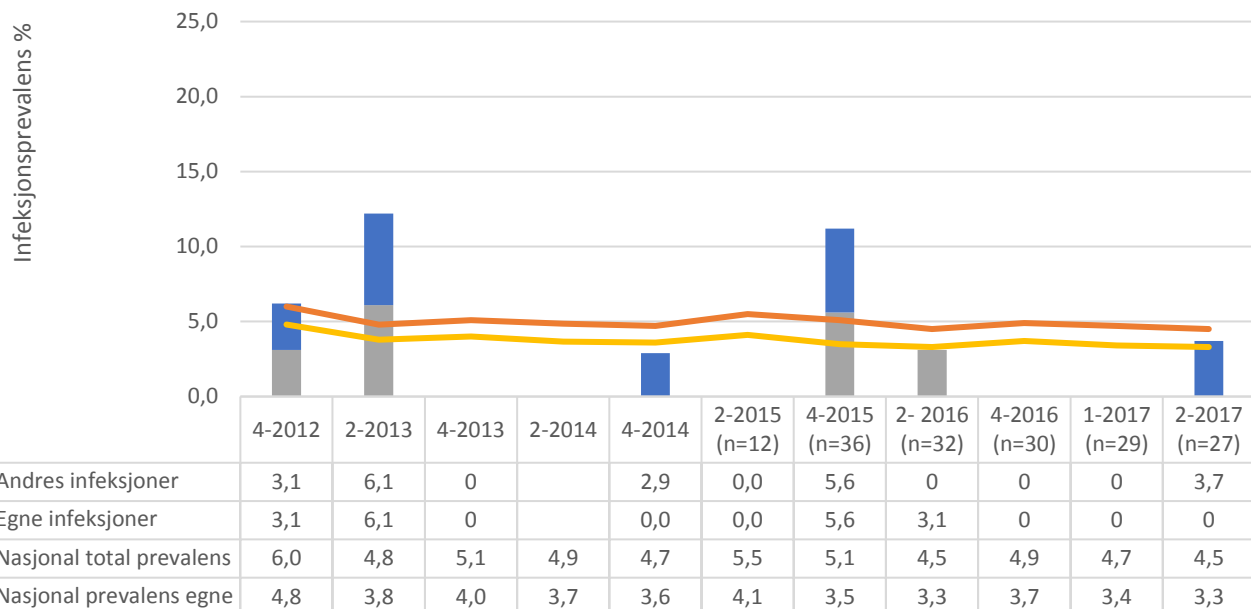
Total andel sykehusassosierte infeksjoner NLSH Bodø



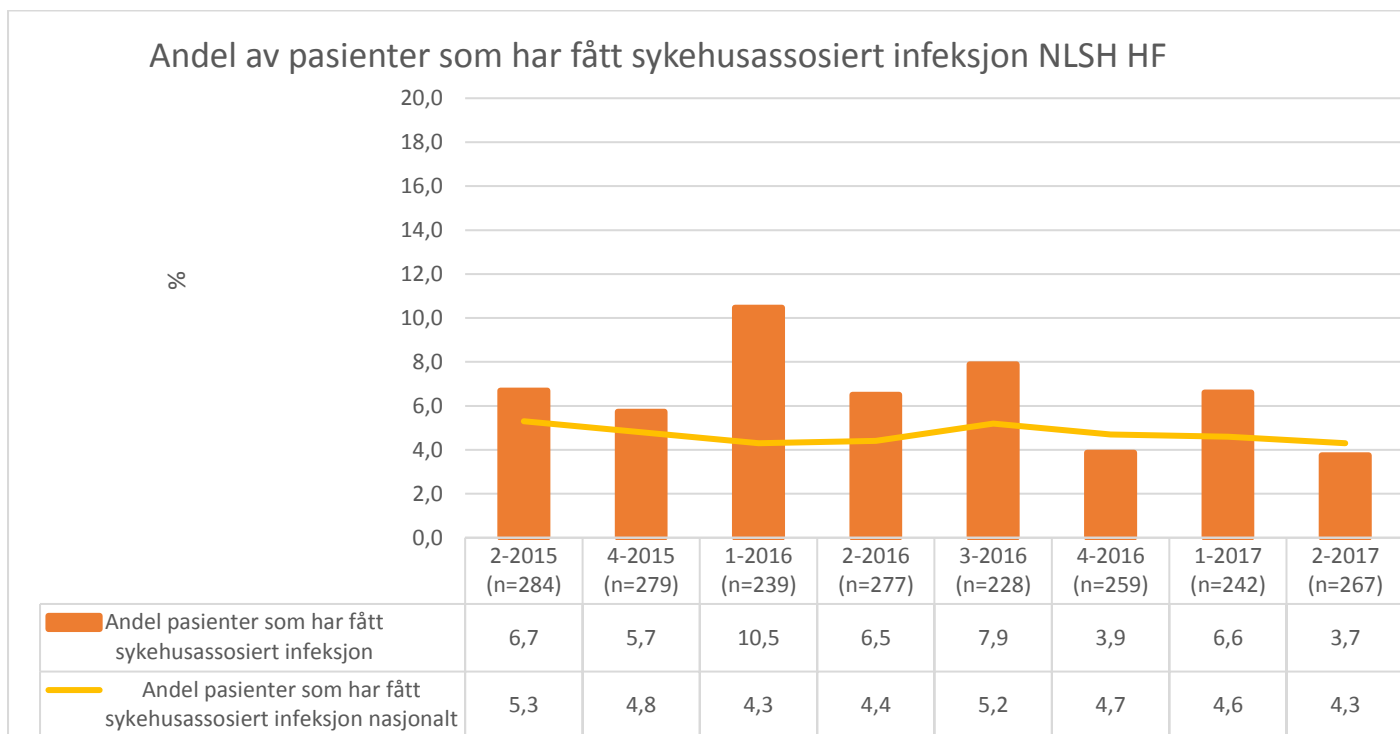
Total andel sykehusassosierte infeksjoner NLSH Vesterålen



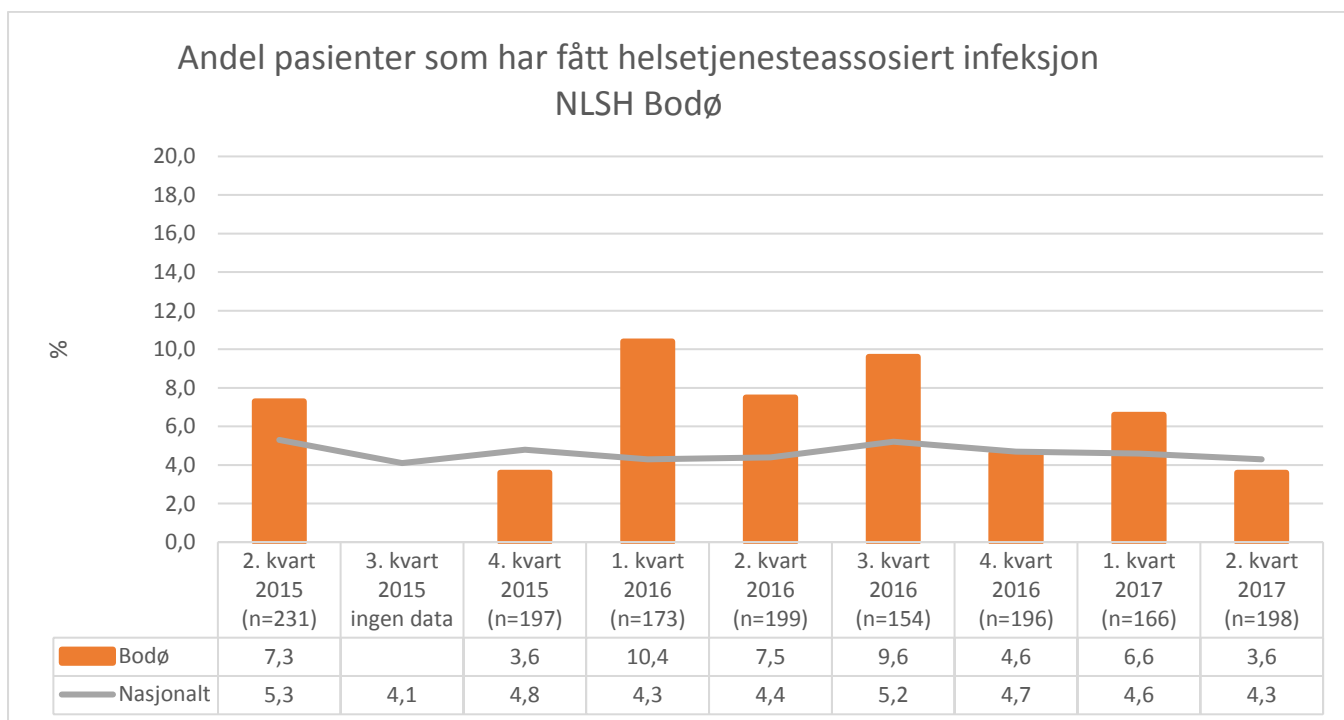
Total andel sykehusassosierte infeksjoner NLSH Lofoten



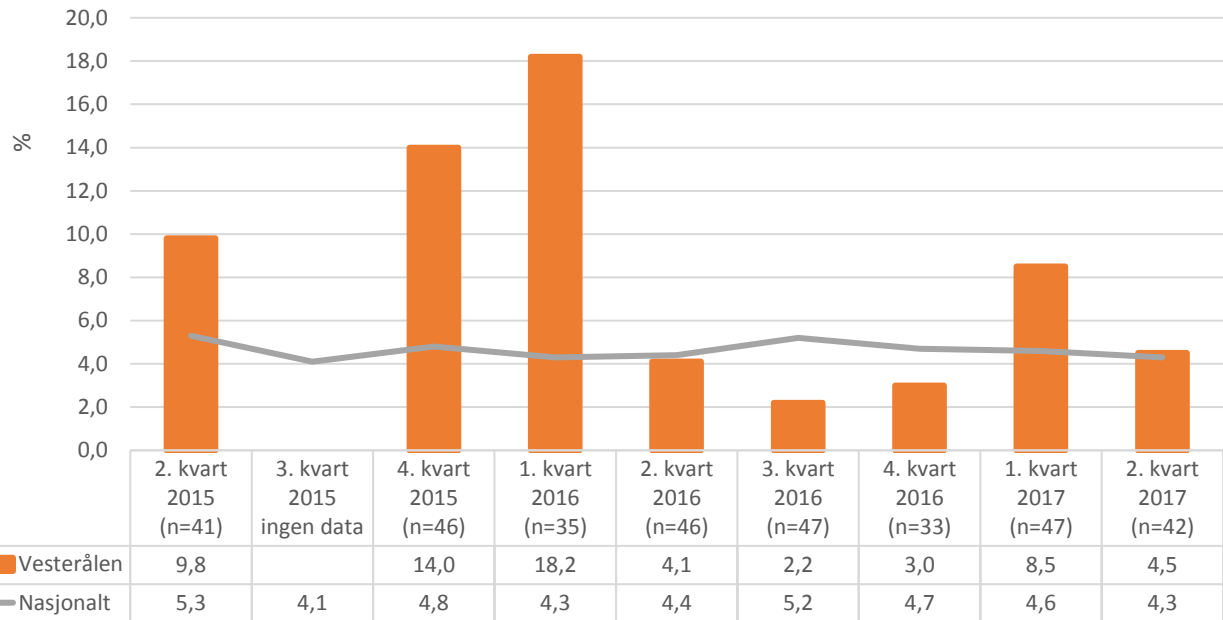
ANDEL AV PASIENTER SOM HAR FÅTT EN HELSETJENESTEASSOSIERT INFEKSJON



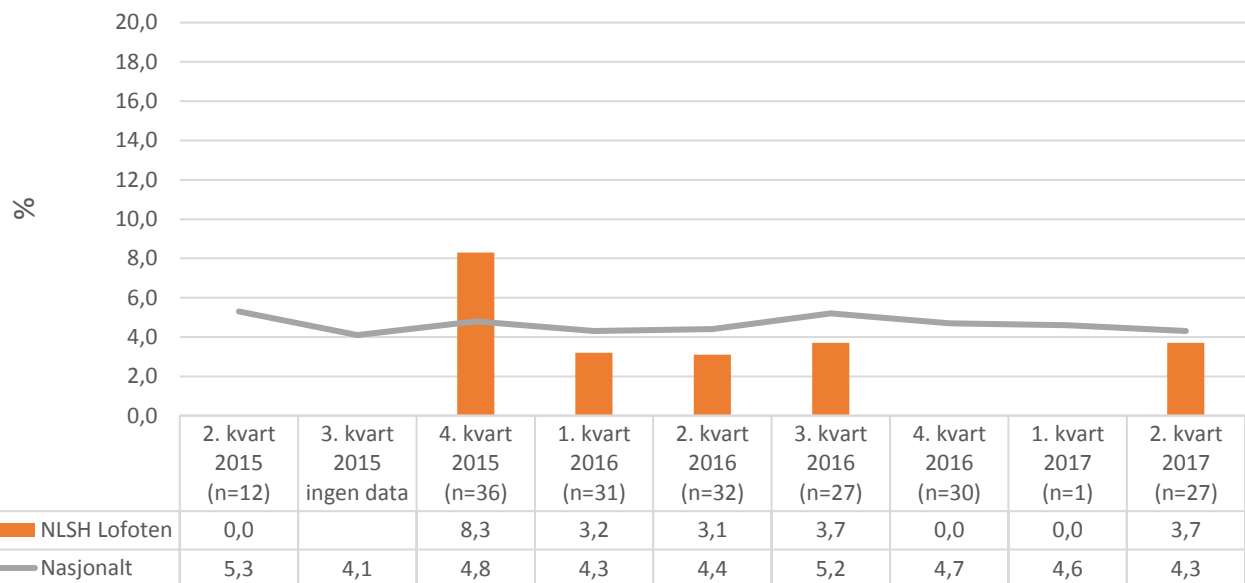
*Hver pasient er bare talt en gang, uavhengig av om de har fått flere infeksjoner. Disse grafene skiller ikke hva som er infeksjoner oppstått på eget sykehus vs. de som har oppstått i annen helseinstitusjon. For informasjon vedr. dette vises det til grafene «Total andel sykehusinfeksjoner...»



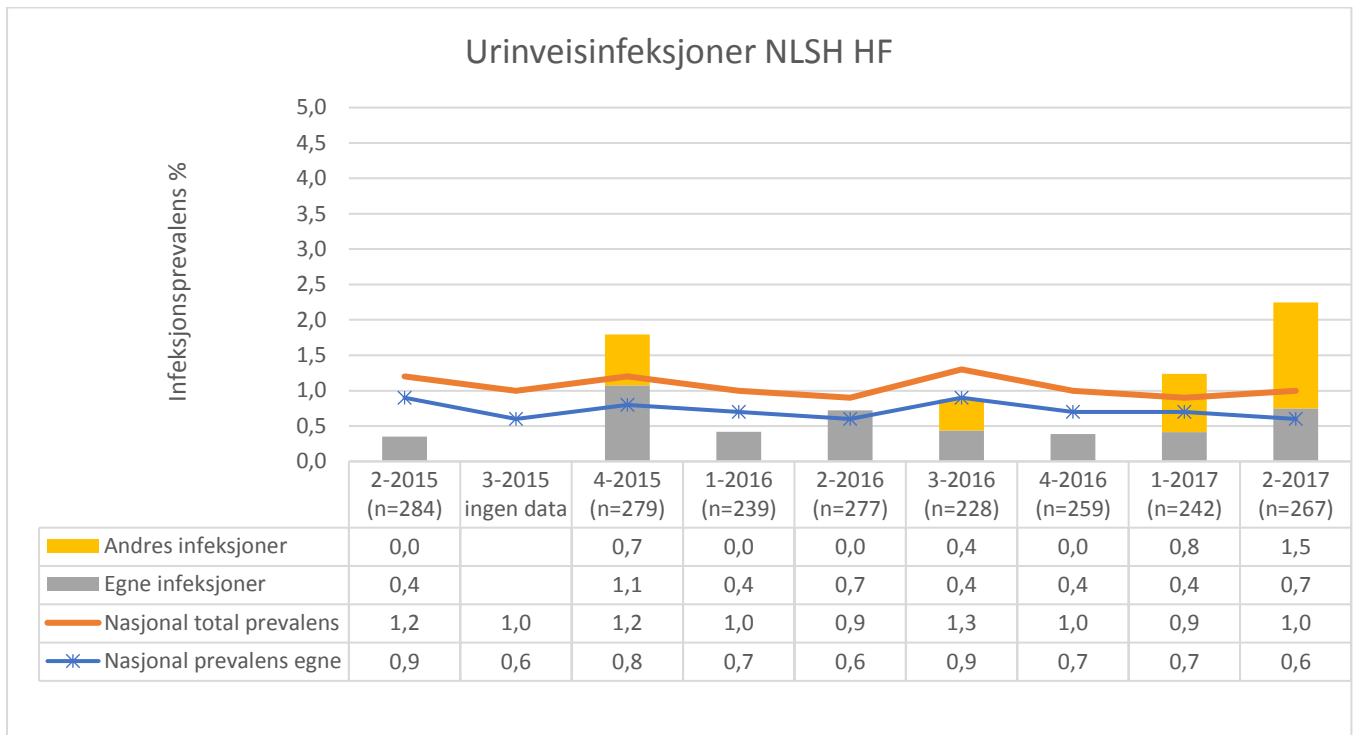
Andel pasienter som har fått helsetjenesteassosiert infeksjon NLSH Vesterålen



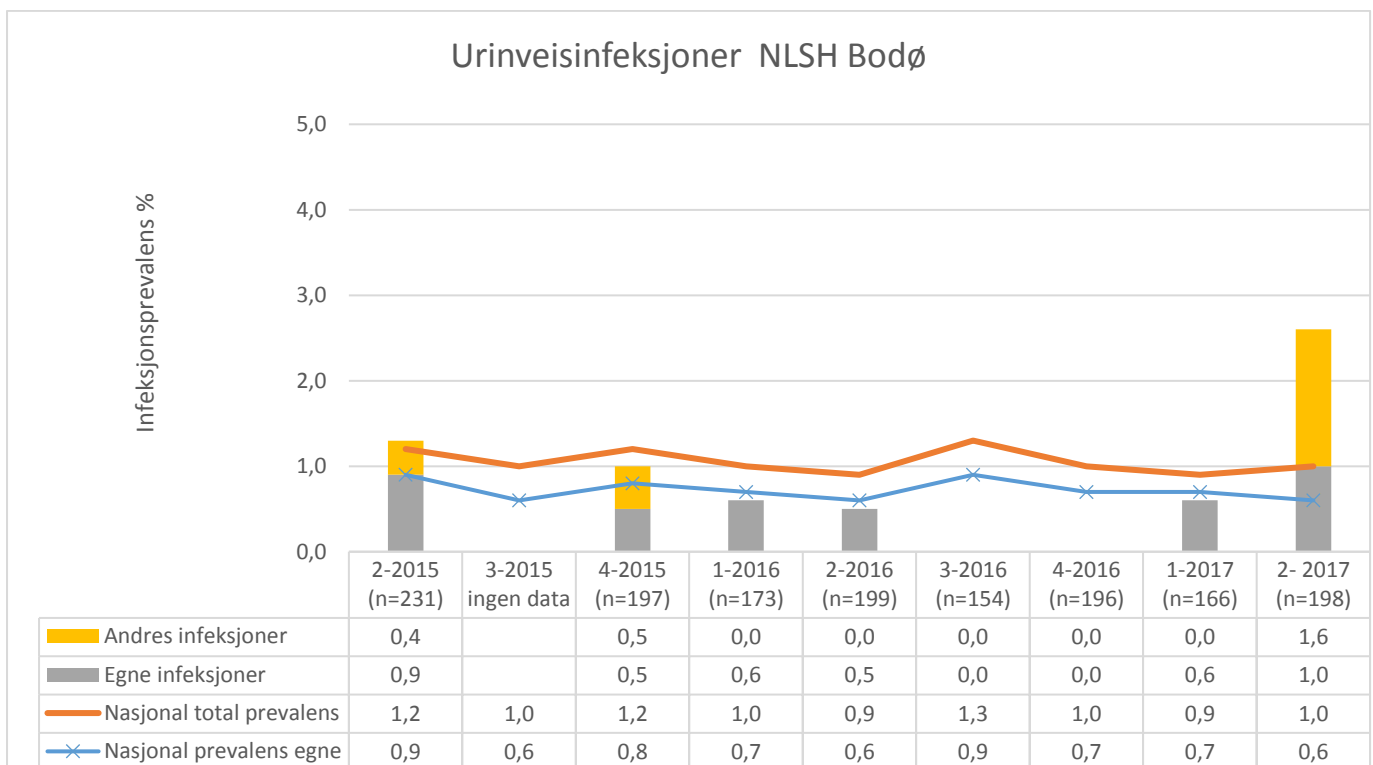
Andel pasienter som har fått en helsetjenesteassosiert infeksjon NLSH Lofoten



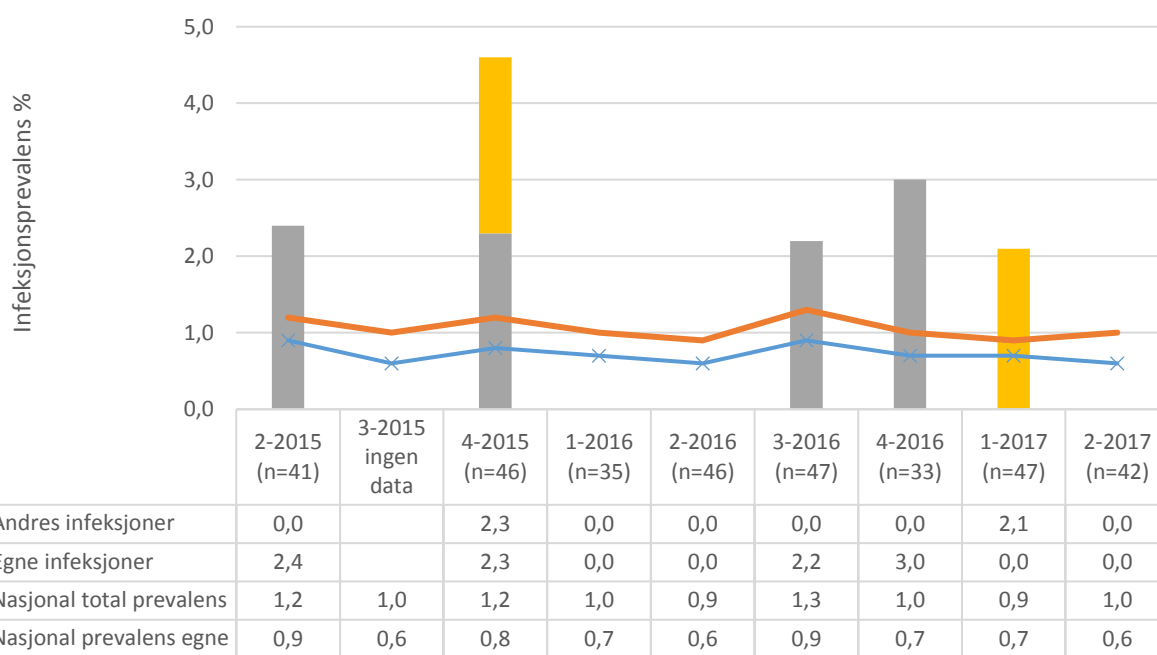
URINVEISINFEKSJONER



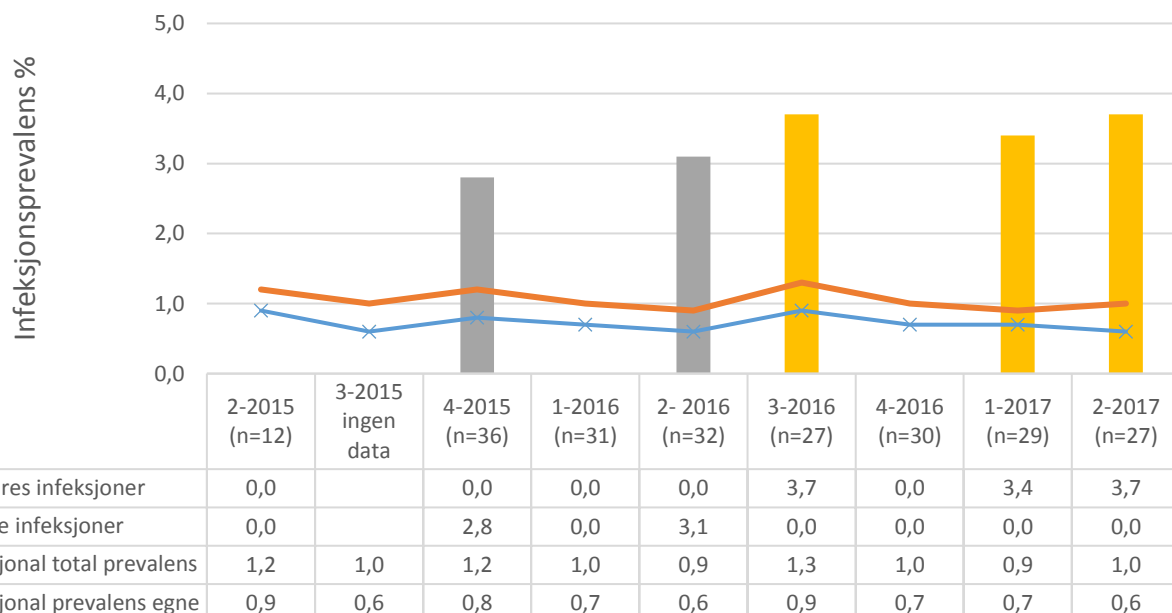
I 1. og 2. kvartal 2017 oppsto det til sammen tre urinveisinfeksjoner på eget sykehus på prevalensdagene. To av disse hadde fått innlagt blærekateter under oppholdet.



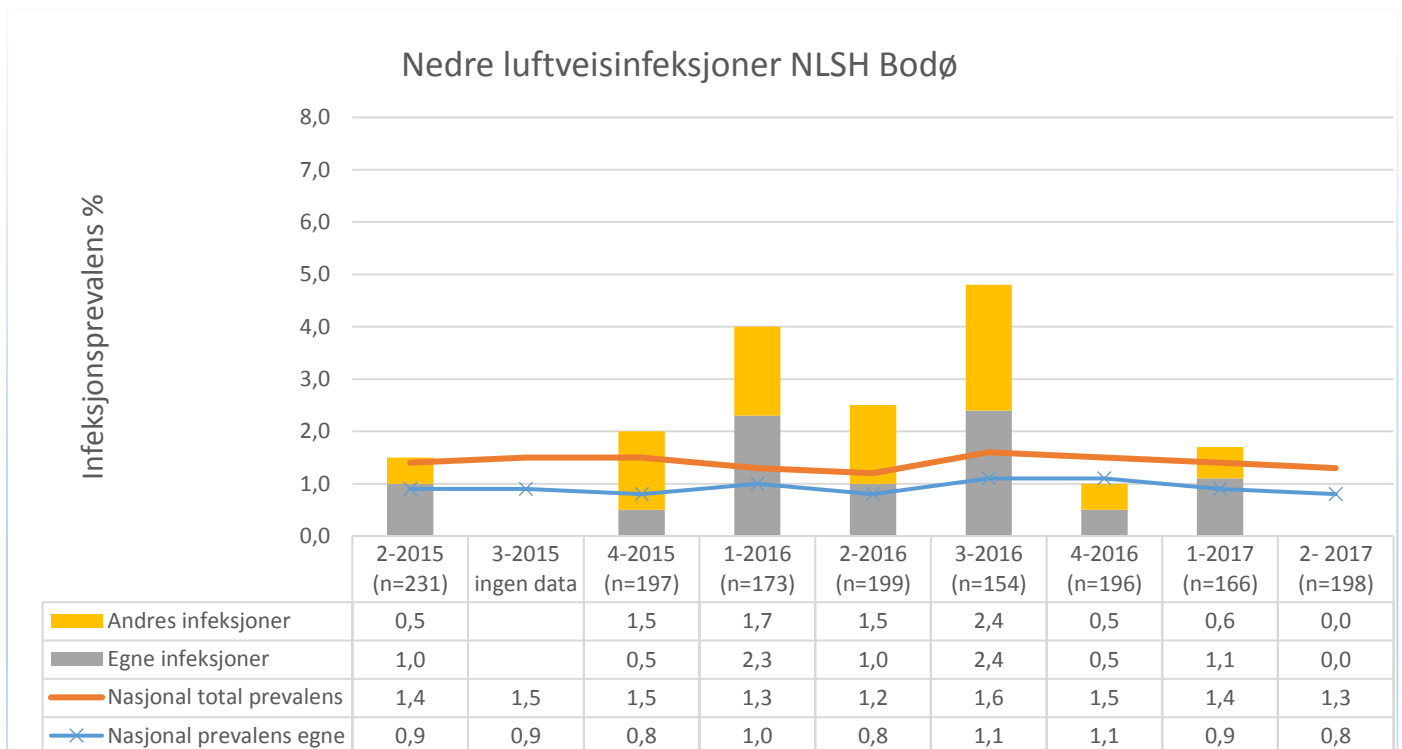
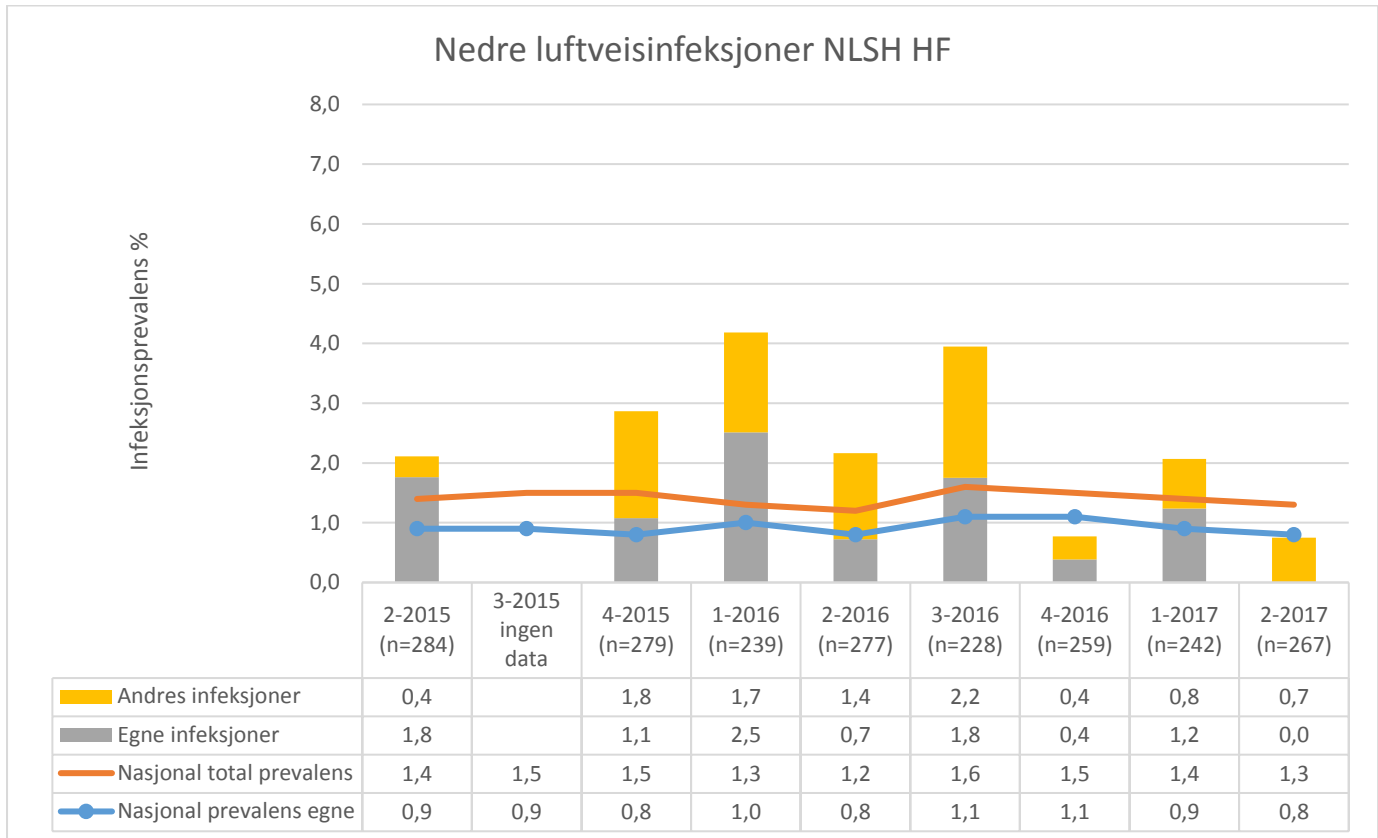
Urinveisinfeksjoner NLSH Vesterålen



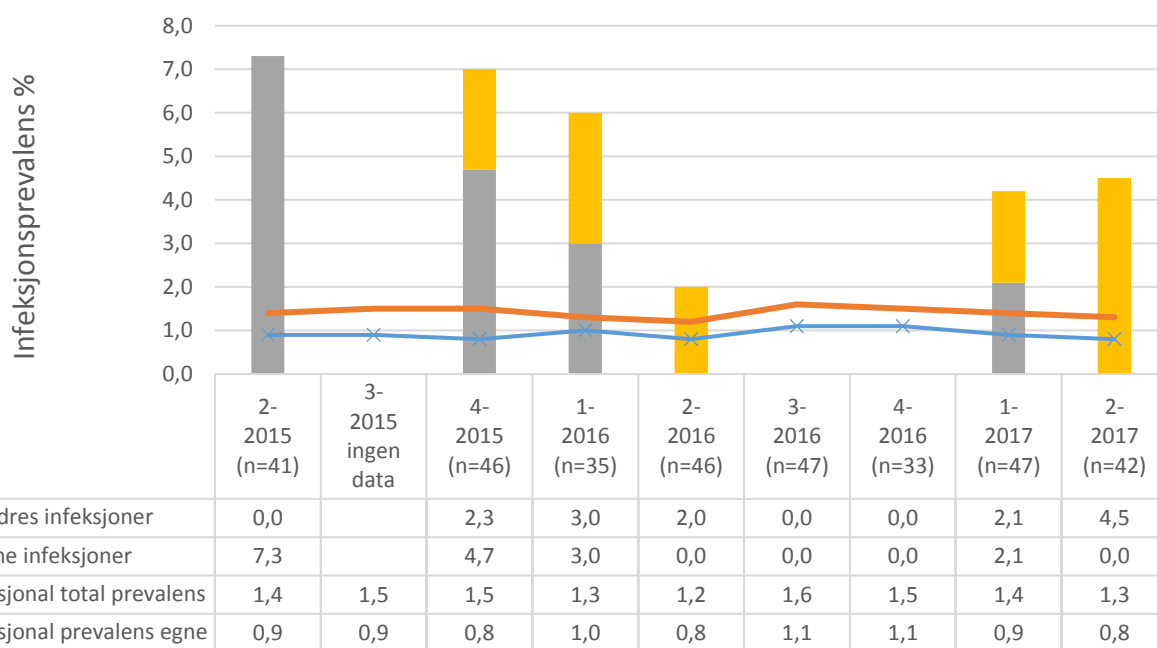
Urinveisinfeksjoner NLSH Lofoten



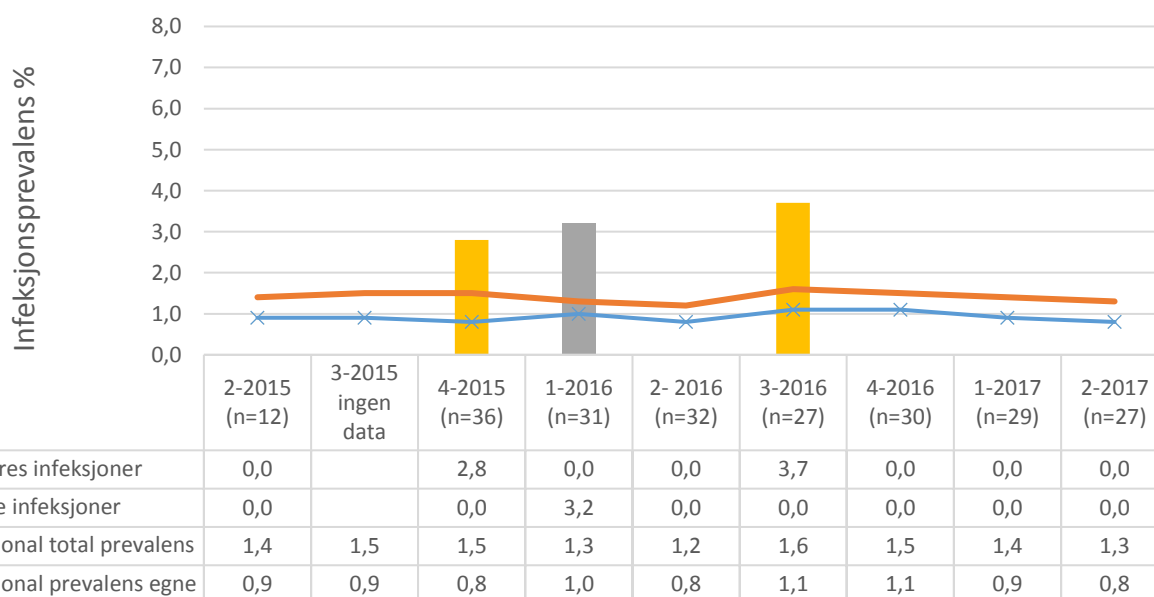
NEDRE LUFTVEISINFEKSJONER



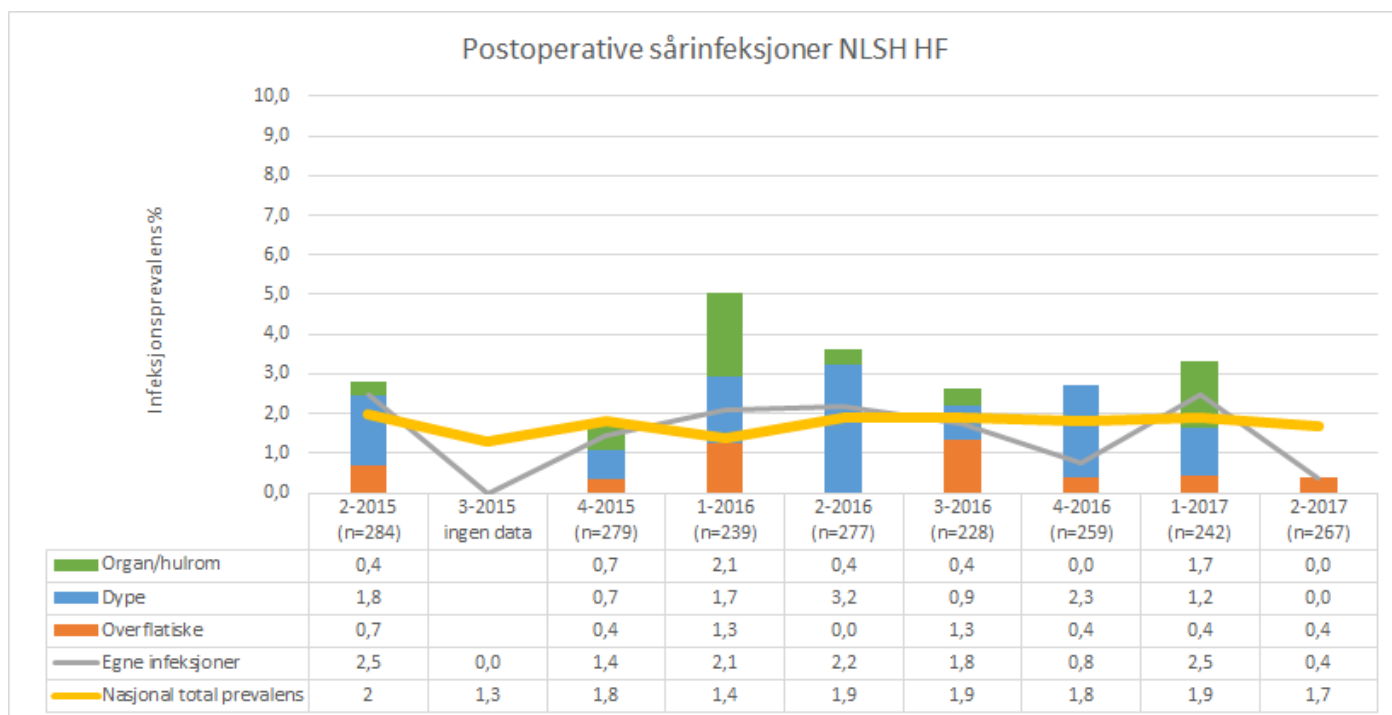
Nedre luftveisinfeksjoner NLSH Vesterålen



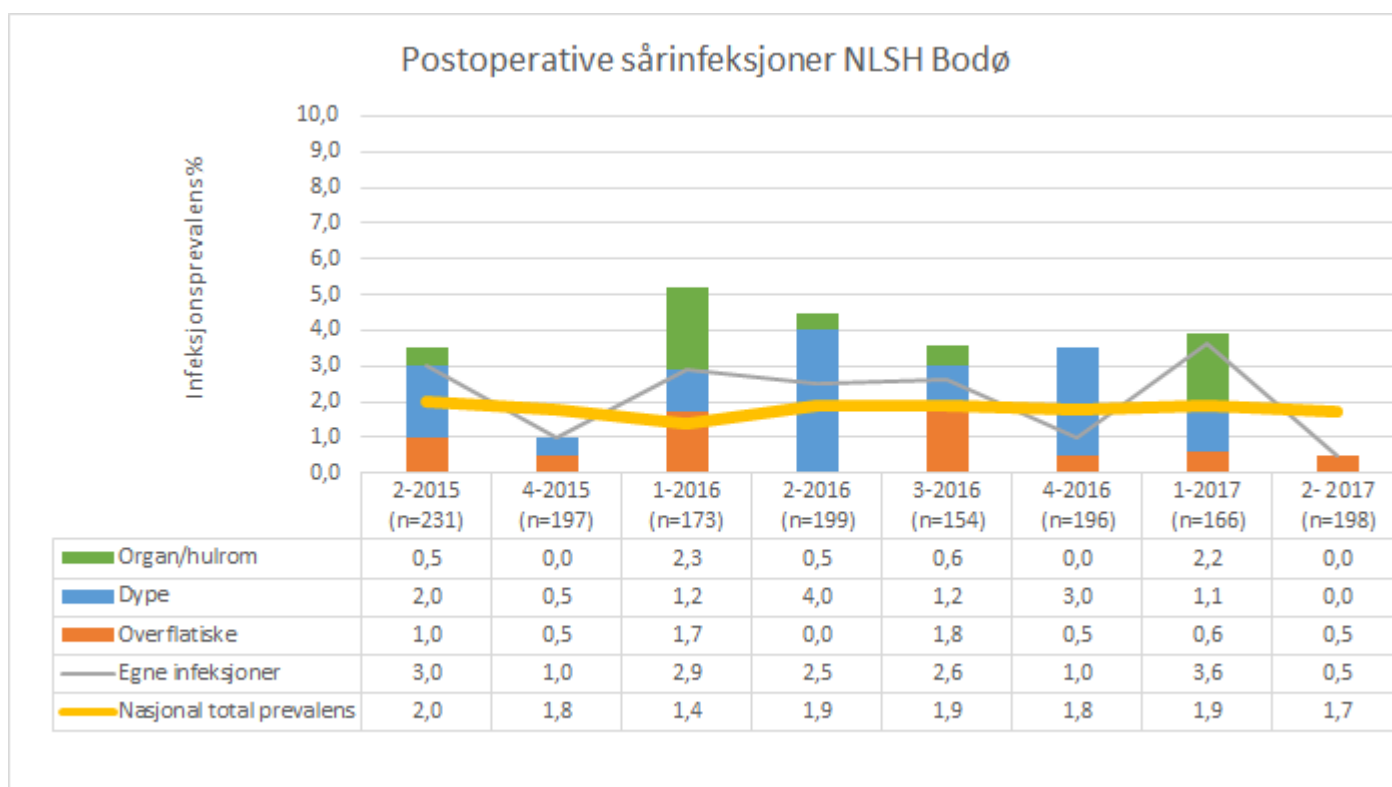
Nedre luftveisinfeksjoner NLSH Lofoten



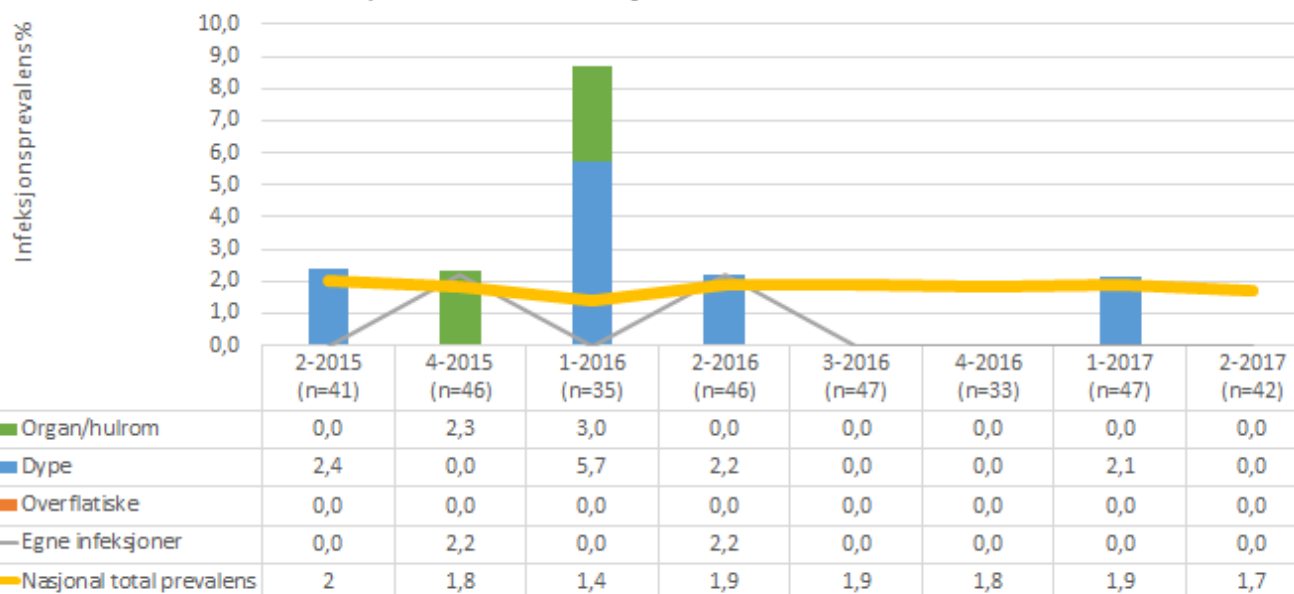
POSTOPERATIVE SÅRINFEKSJONER



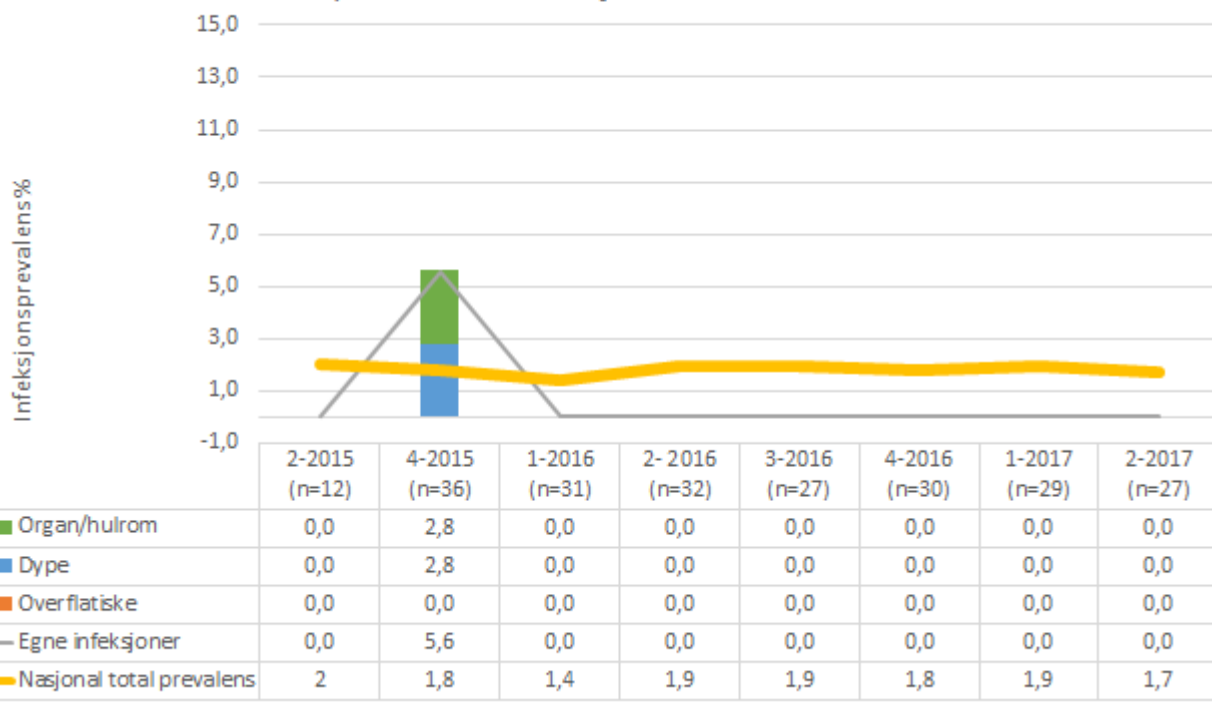
For de postoperative sårinfeksjonene presenteres tallene samlet. Ved behov for ytterligere fremstilling av de forskjellige infeksjonstypene for seg kan forfatteren kontaktes. Her presenteres også bare nasjonal total prevalens og ikke nasjonal prevalens for egne infeksjoner, disse kan presenteres for de enkelte infeksjonstypene ved behov.



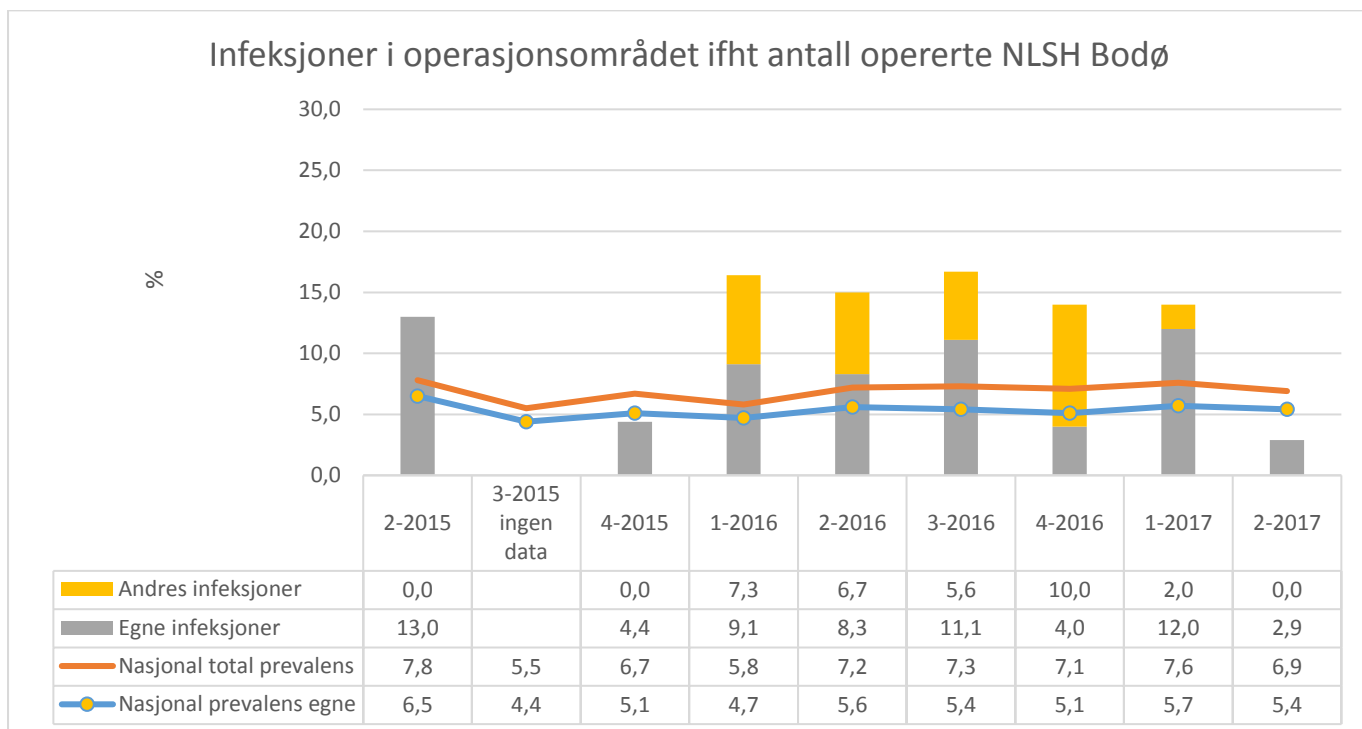
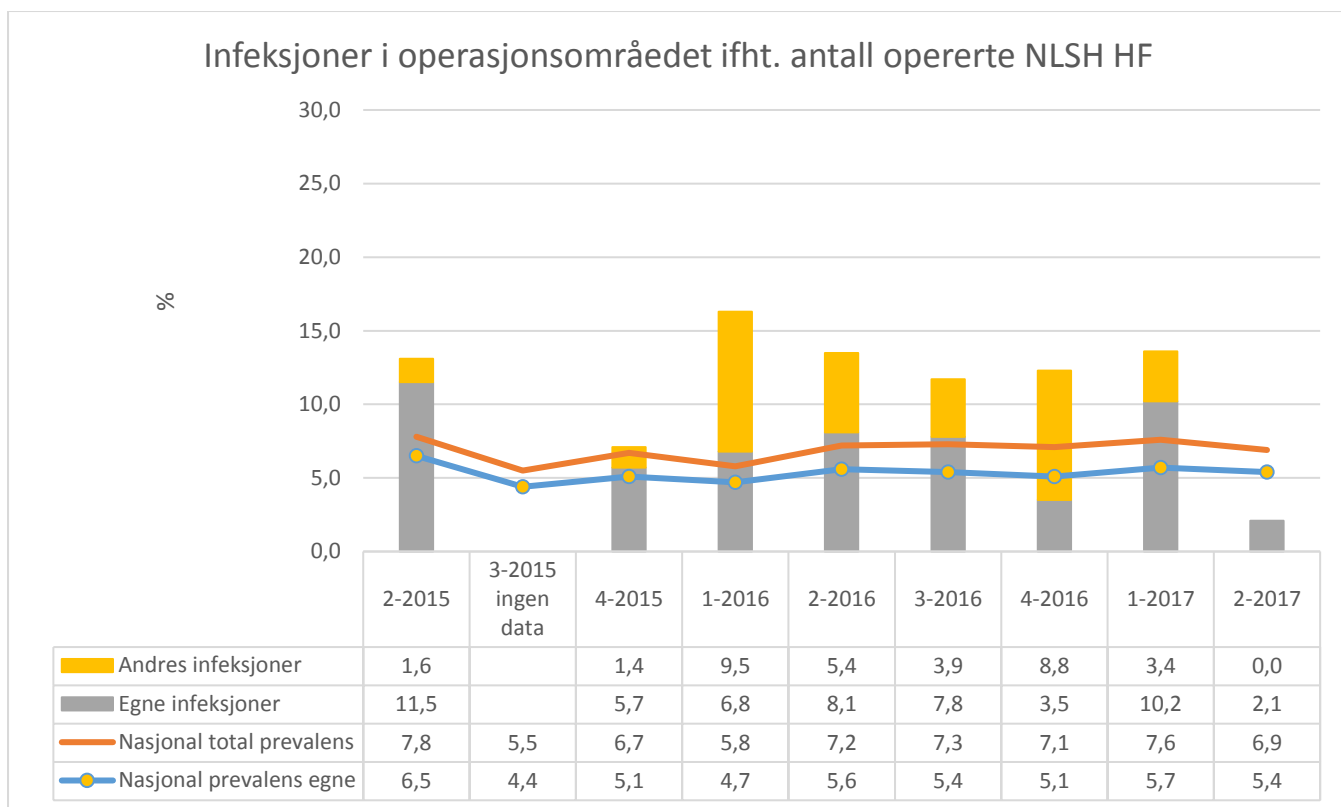
Postoperative sårinfeksjoner NLSH Vesterålen



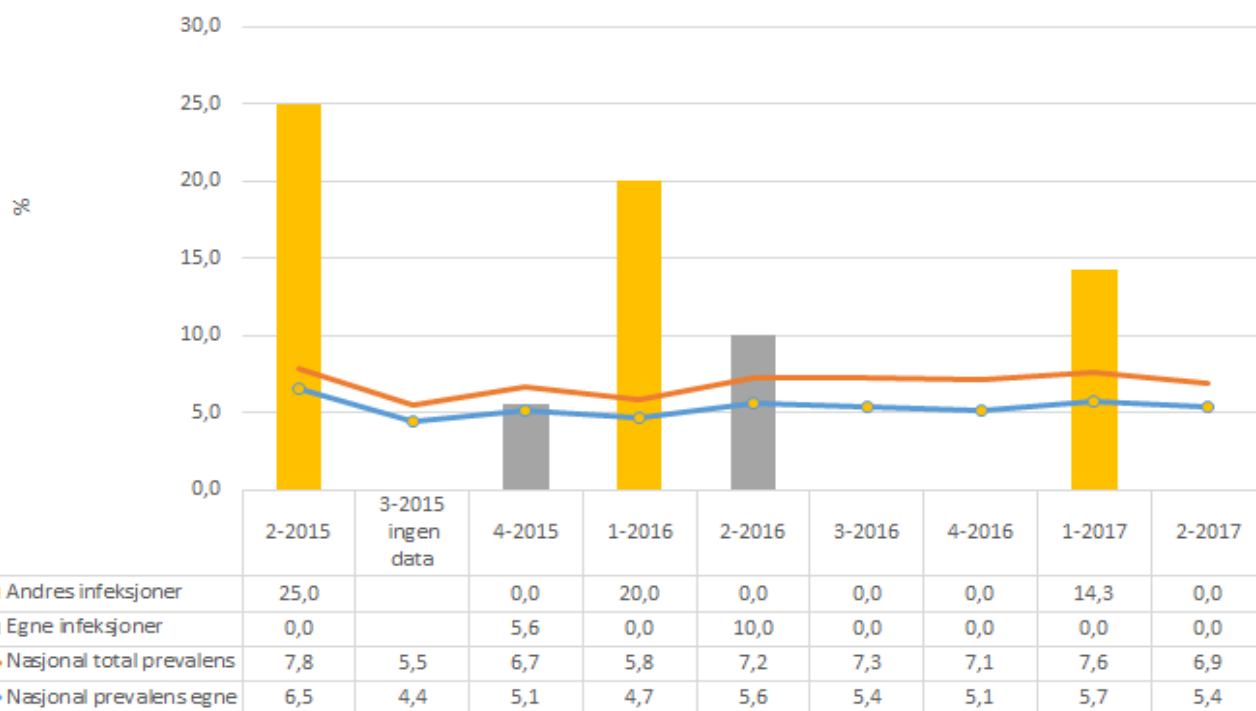
Postoperative sårinfeksjoner NLSH Lofoten



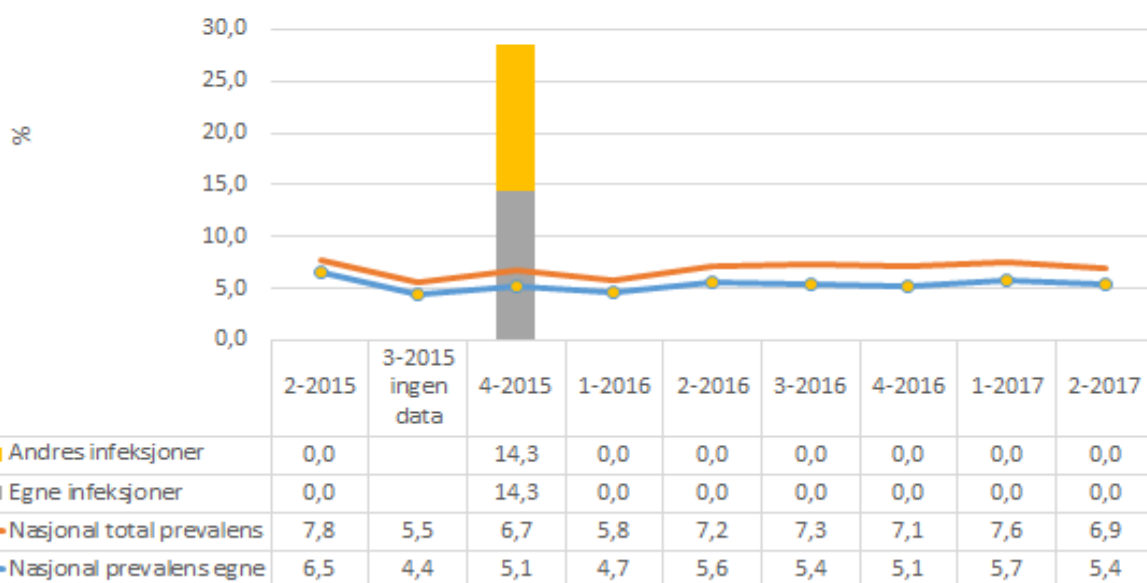
INFEKSJONER I OPERASJONSOMRÅDET I FHT. ANTALL OPERERTE



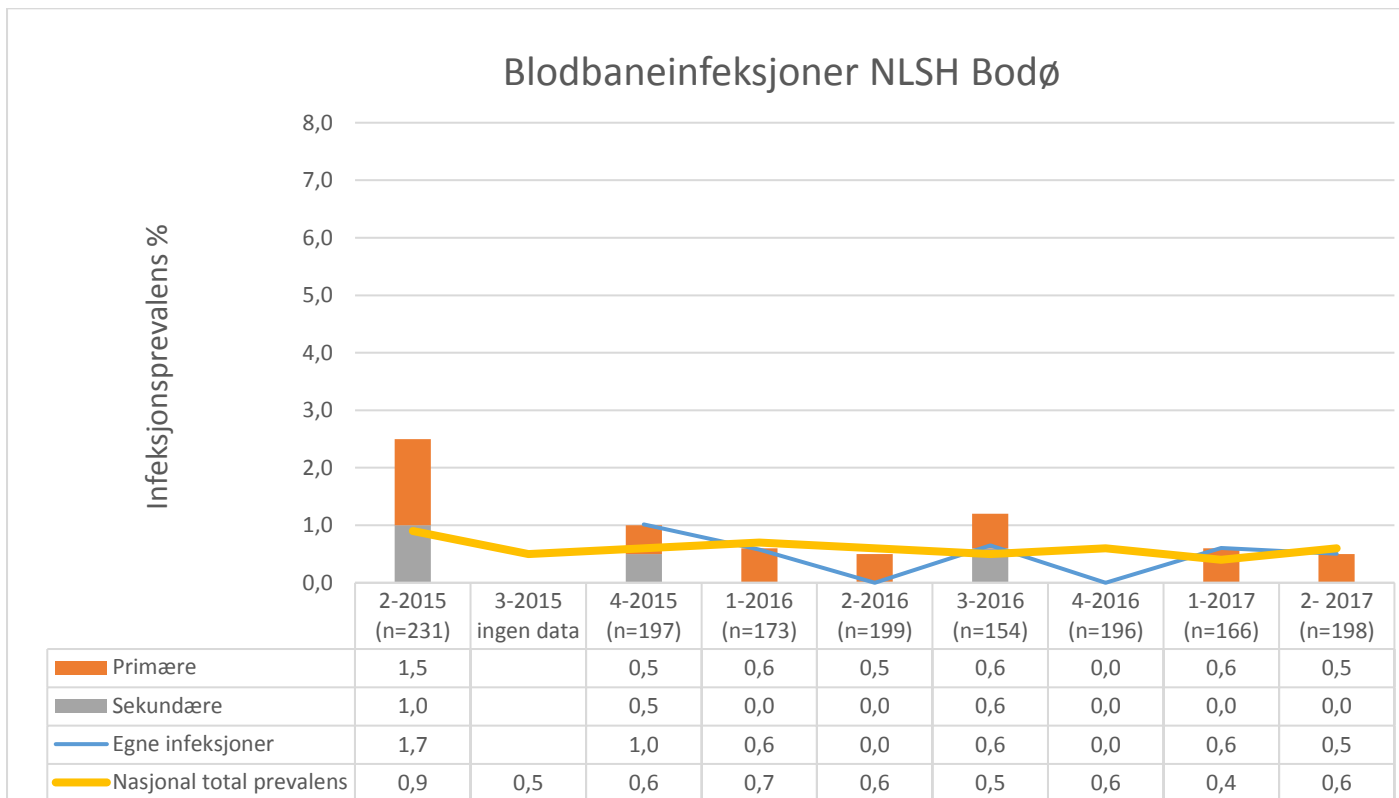
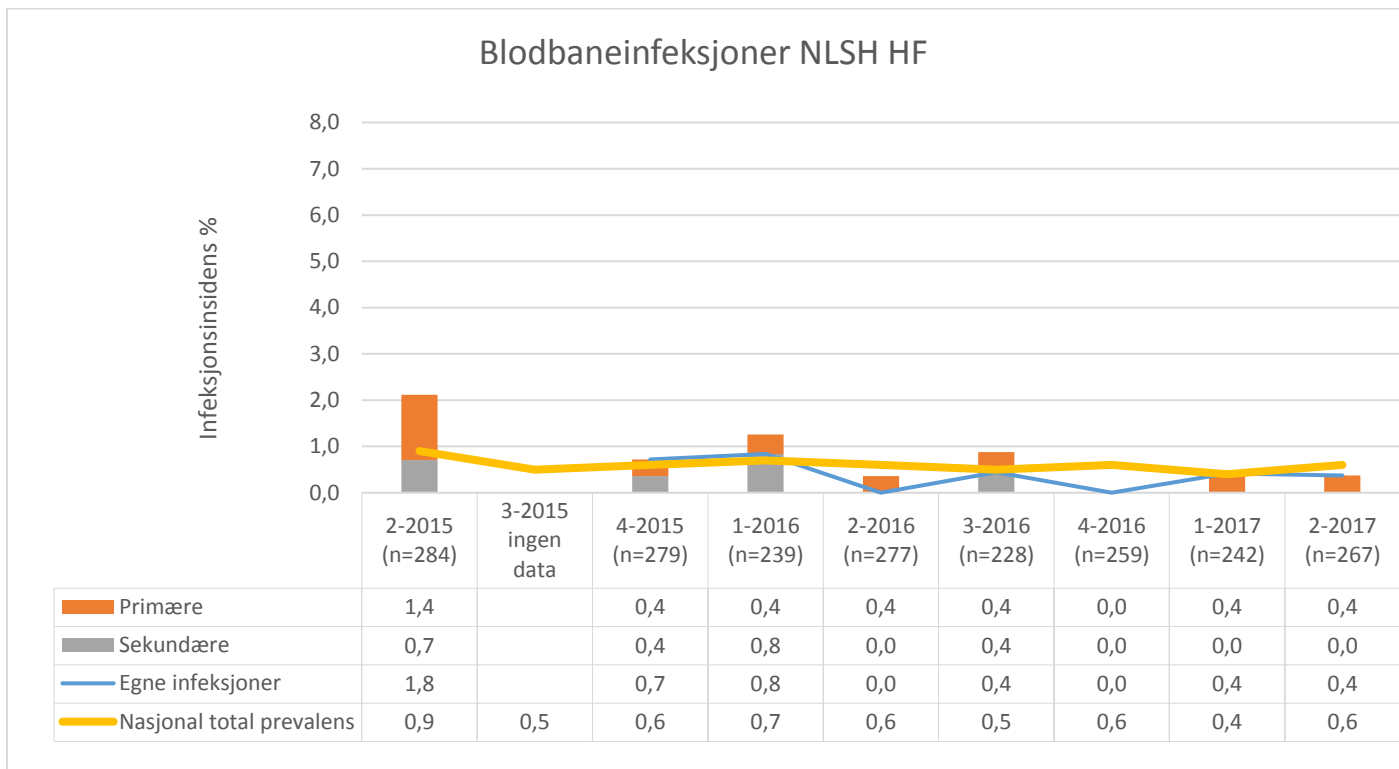
Infeksjoner i operasjonsområdet ifht antall opererte NLSH Vesterålen



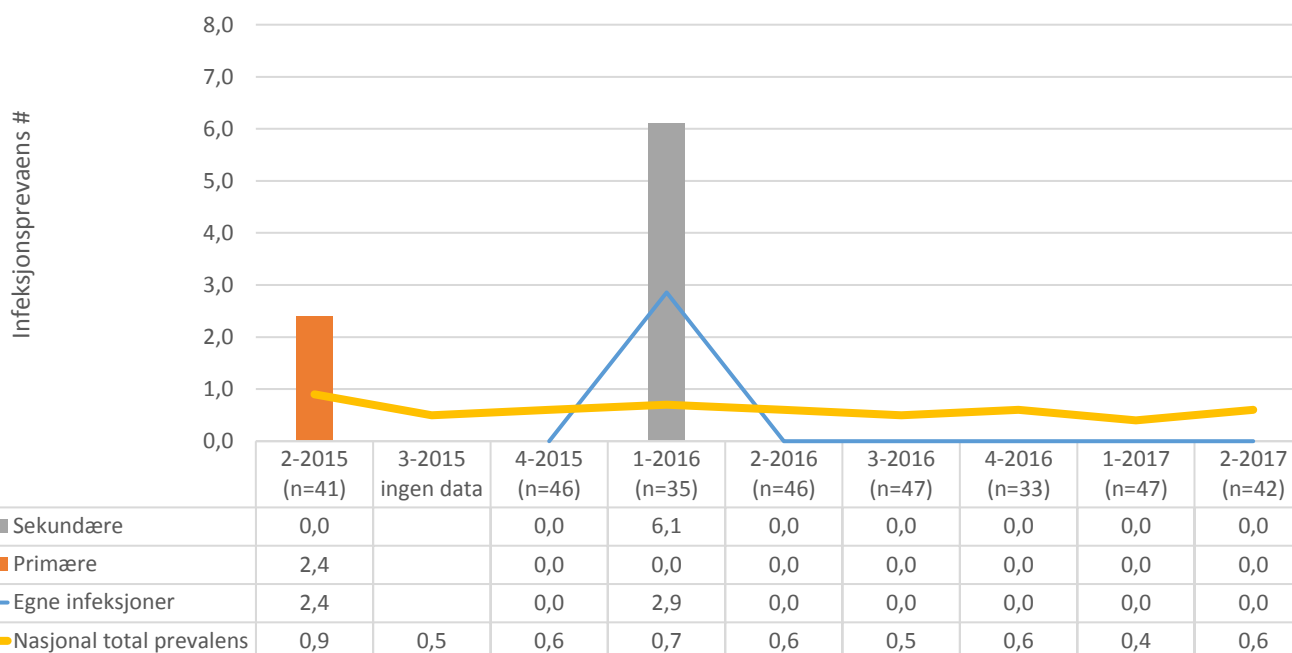
Infeksjoner i operasjonsområdet ifht antall opererte NLSH Lofoten



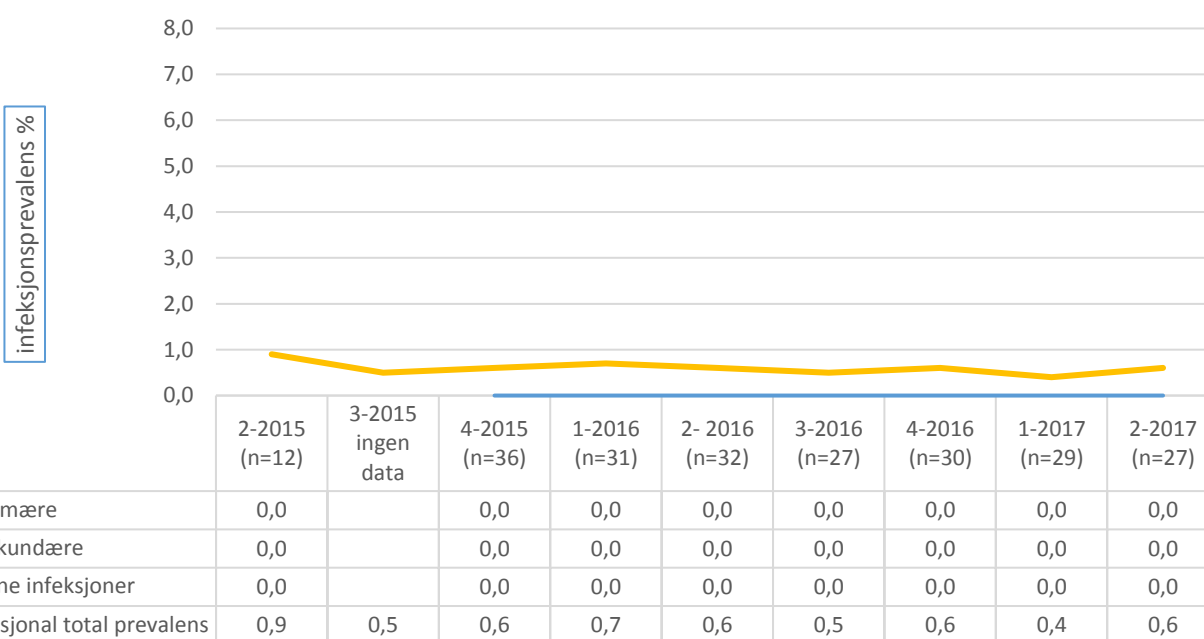
BLODBANEINFEKSJONER



Blodbaneinfeksjoner NLSH Vesterålen

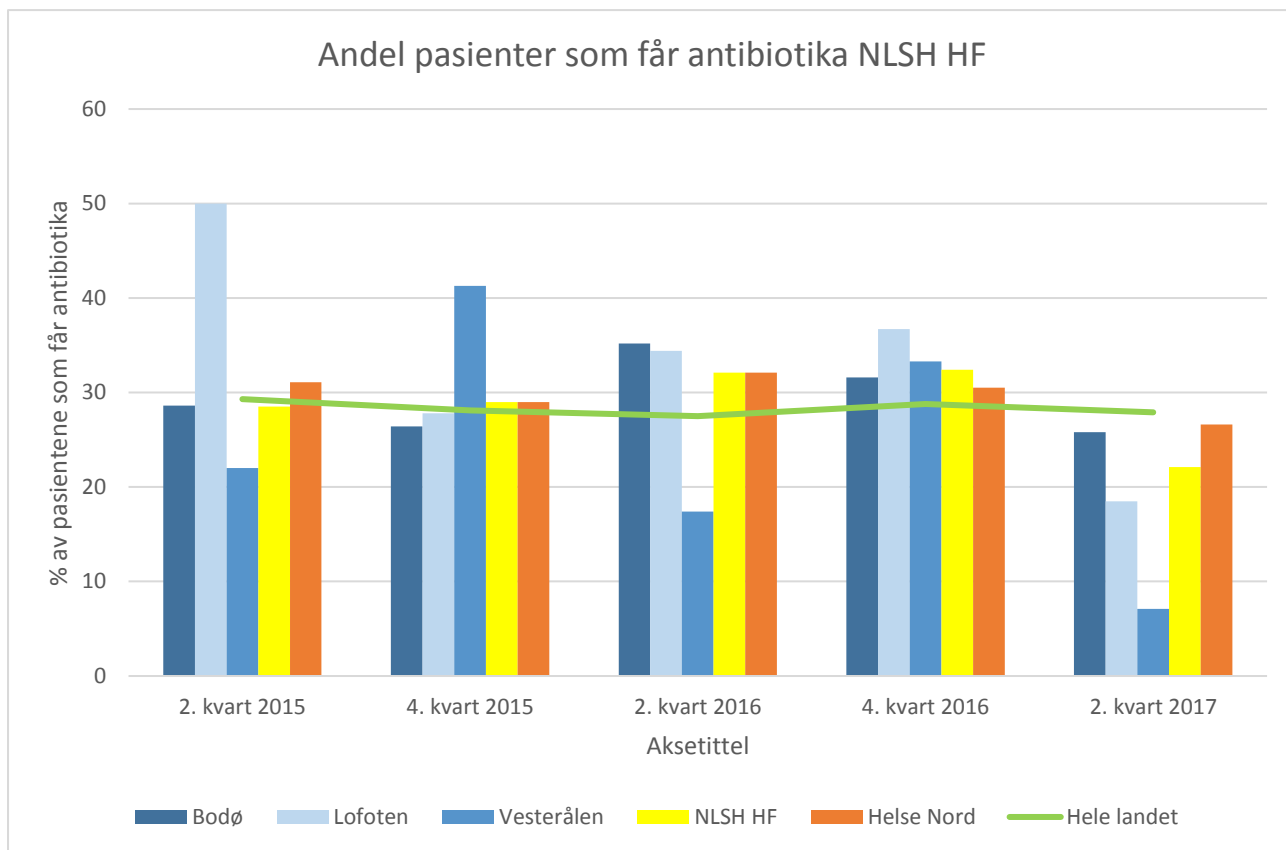


Blodbaneinfeksjoner NLSH Lofoten



NOIS-PIAH ANTIBIOTIKA

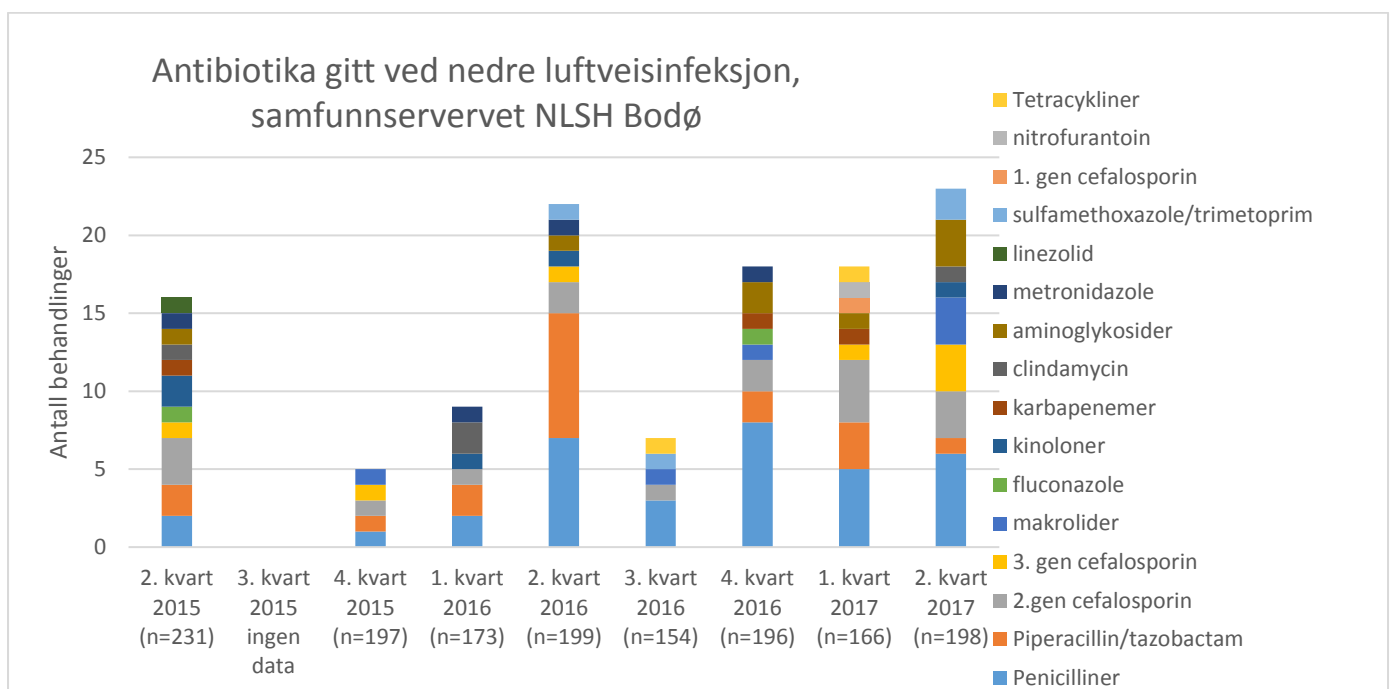
ANDEL AV PASIENTER SOM FÅR ANTIBIOTIKA



Andelen av pasienter som får antibiotika har falt markant i 2. kvartal i 2017 sammenlignet med 2016. Dette fallet gjelder for alle de tre somatiske sykehusene i foretaket.

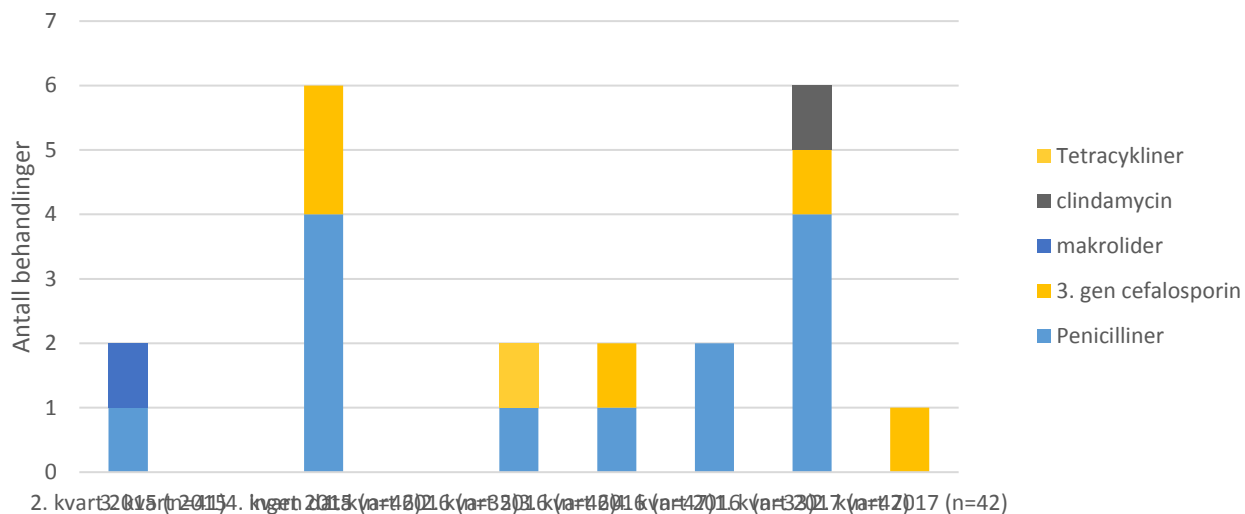
ANTIBIOTIKA GITT VED LUFTVEISINFEKSJONER

Som nevnt i innledningen blir alle pasienter som får antibiotika på registreringsdagen tatt med. Her registreres også hvilken indikasjon den visittgående legen mener antibiotika gis for. Her er det mange kategorier og heterogene pasientpopulasjoner. Det er derfor komplisert å tolke antibiotikavalgene. Vi har derfor valgt å bare ta med tallene for samfunnservvede nedre luftveisinfeksjon i denne rapporten. I utgangspunktet burde dette være en relativt homogen gruppe men som tallene viser får disse pasientene mange ulike medikamenter. Vi er ikke kjent med vurderingene rundt hvert behandlingsvalg. Men sett fra et perspektiv hvor vi ønsker mer smalspektret behandling er det ønskelig med en høyere andel av penicilliner.

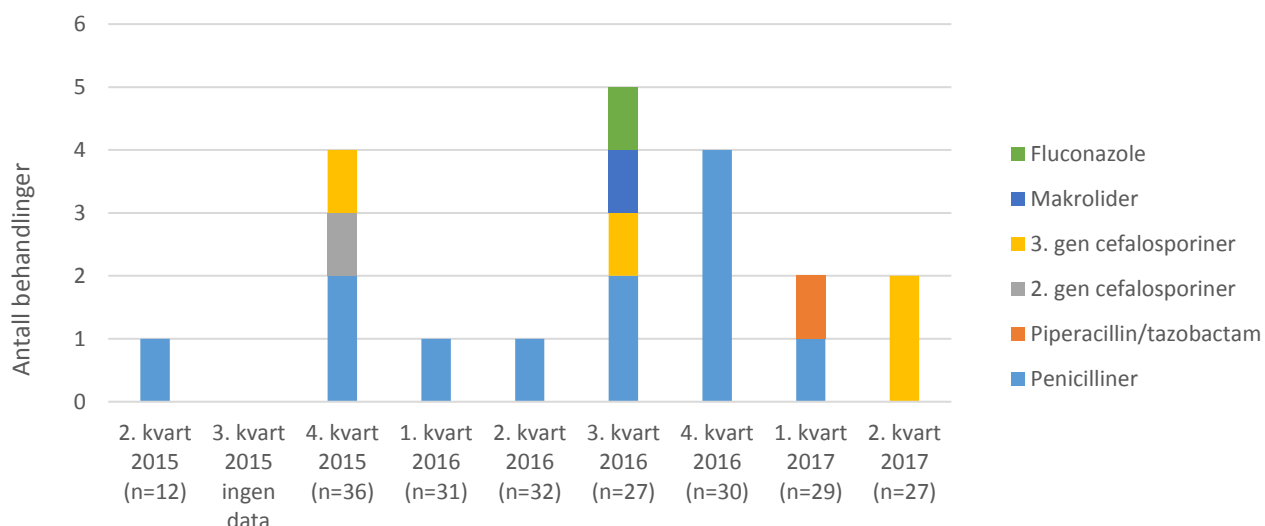


Her beskrives antall behandlinger. En pasient kan få mer enn ett antibiotikum. For 1. og 2. kvartal 2017 var 3-4 av behandlingene gitt på overvåkning/intensiv, de øvrige på ordinær sengepost.

Antibiotika gitt ved nedre luftveisinfeksjoner, samfunnservivet NLSH Vesterålen



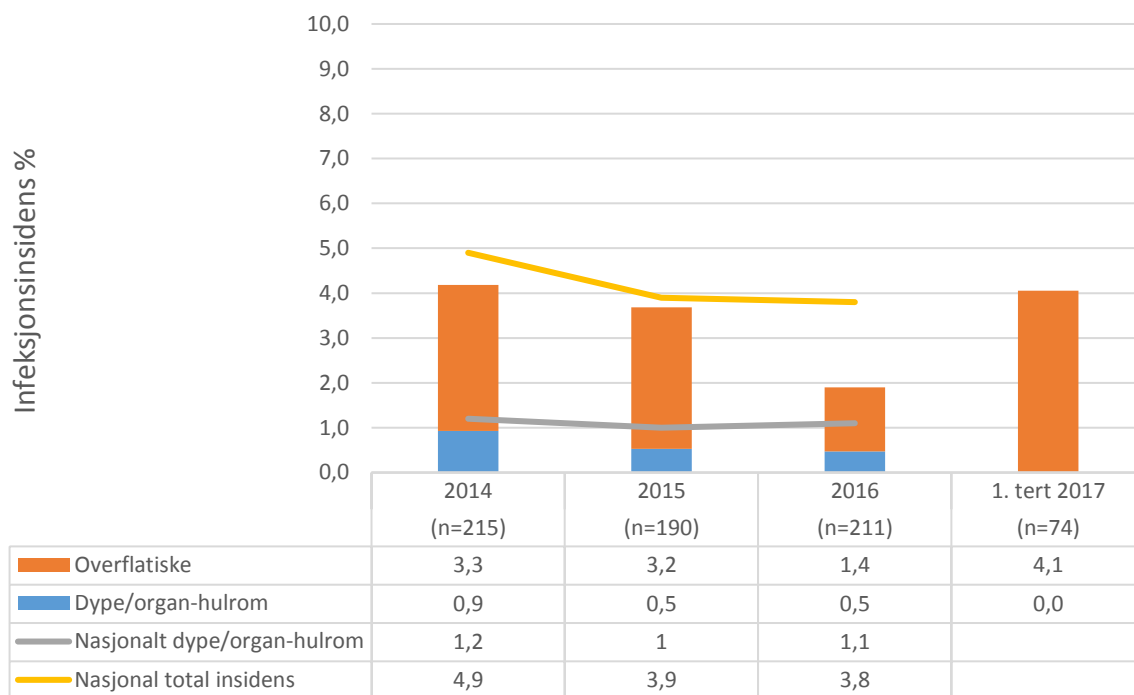
Antibiotika gitt ved nedre luftveisinfeksjon, samfunnservivet NLSH Lofoten



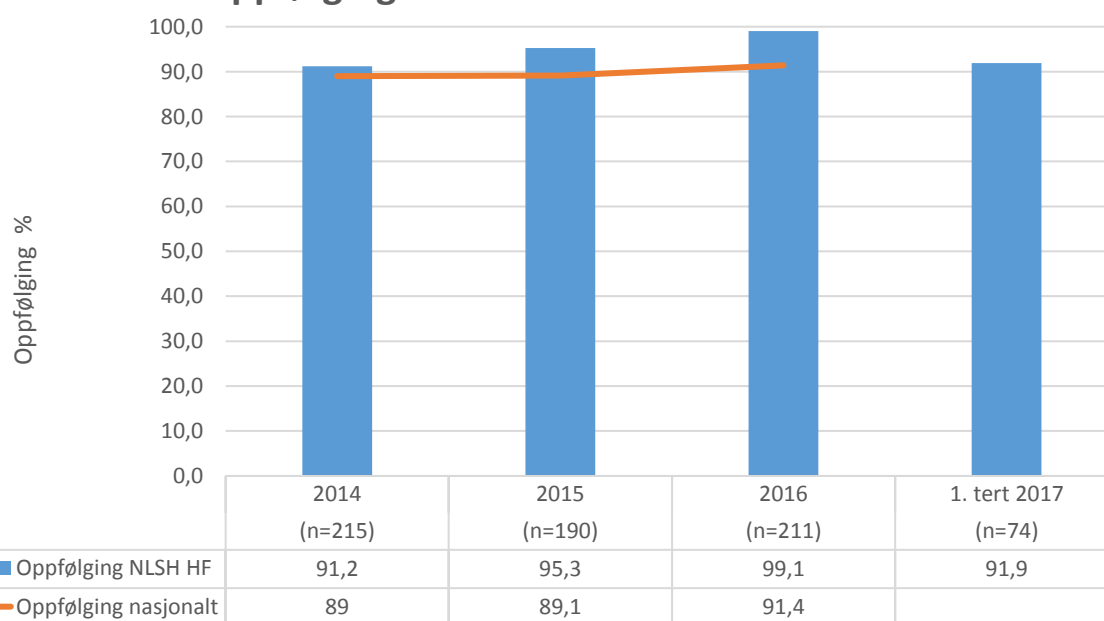
NOIS-POSI

KEISERSNITT

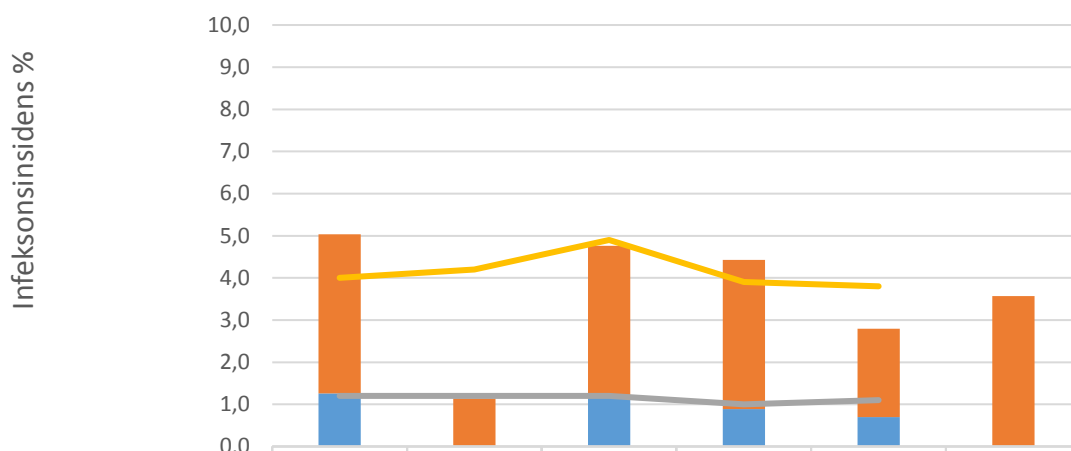
Infeksjoner etter keisersnitt NLSH HF



Oppfølging etter keisersnitt NLSH HF

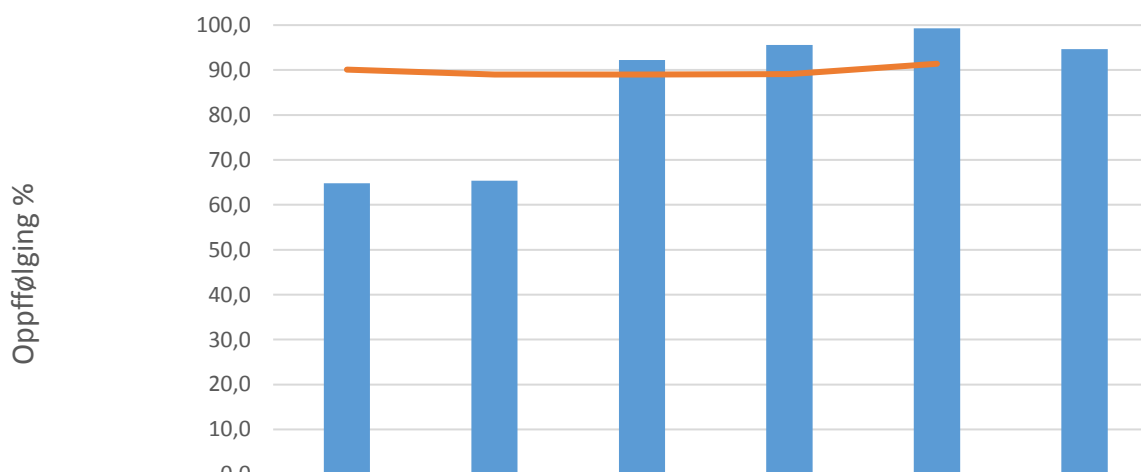


Infeksjoner etter keisersnitt NLSH Bodø



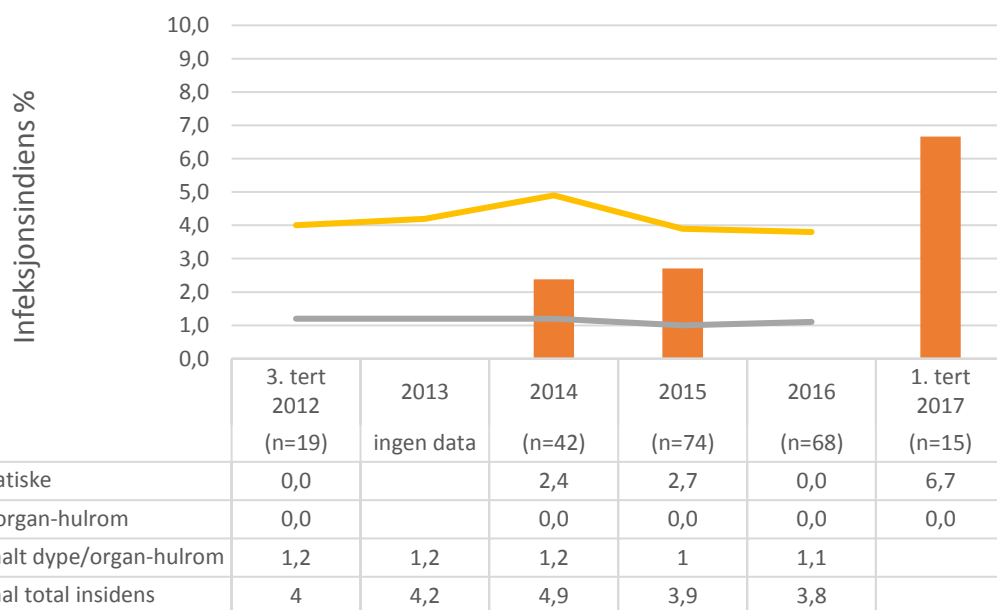
	2012 (n=159)	2013 (n=176)	2014 (n=168)	2015 (n=113)	2016 (n=143)	1. tert 2017 (n=56)
Overflatiske	3,8	1,1	3,6	3,5	2,1	3,6
Dype/organ-hulrom	1,3	0,0	1,2	0,9	0,7	0,0
Nasjonalt dype/organ-hulrom	1,2	1,2	1,2	1	1,1	
Nasjonal total insidens	4	4,2	4,9	3,9	3,8	

Oppfølging etter keisersnitt NLSH Bodø

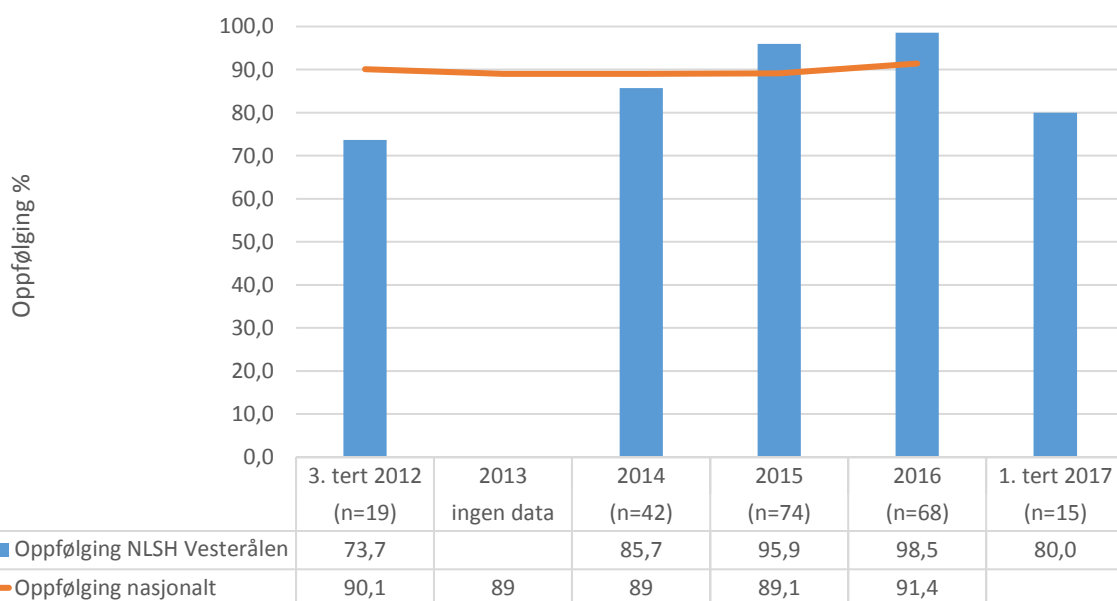


	2012 (n=159)	2013 (n=176)	2014 (n=168)	2015 (n=113)	2016 (n=143)	1. tert 2017 (n=56)
Oppfølging NLSH Bodø	64,8	65,3	92,3	95,6	99,3	94,6
Oppfølging nasjonalt	90,1	89	89	89,1	91,4	

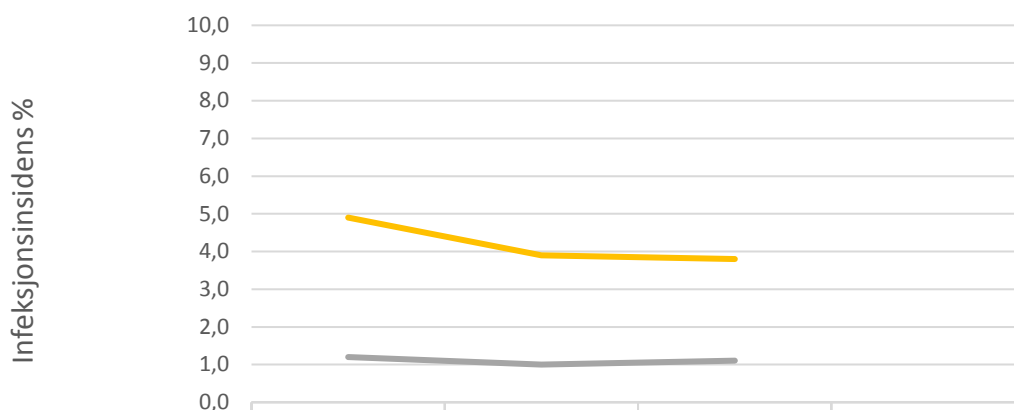
Infeksjoner etter keisersnitt NLSH Vesterålen



Oppfølging etter keisersnitt NLSH Vesterålen

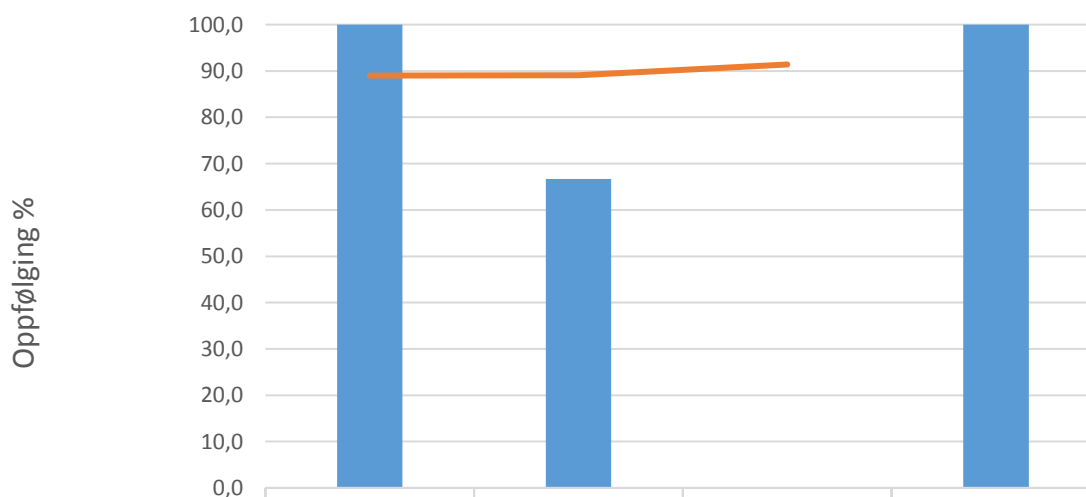


Infeksjoner etter keisersnitt NLSH Lofoten



	2014 (n=5)	2015 (n=3)	2016 (n=0)	1. tert 2017 (n=3)
Overflatiske	0,0	0,0		0,0
Dype/organ-hulrom antall	0,0	0,0		0,0
Nasjonalt dype/organ-hulrom	1,2	1	1,1	
Nasjonal total insidens	4,9	3,9	3,8	

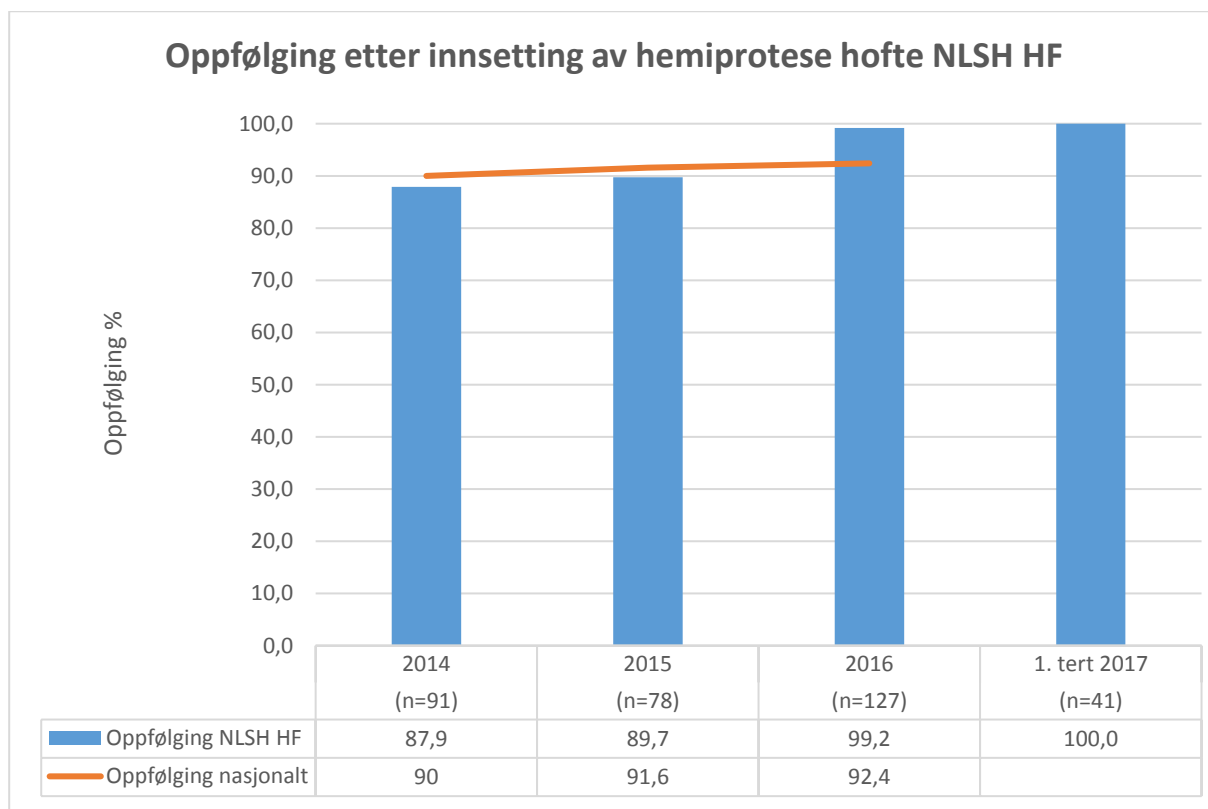
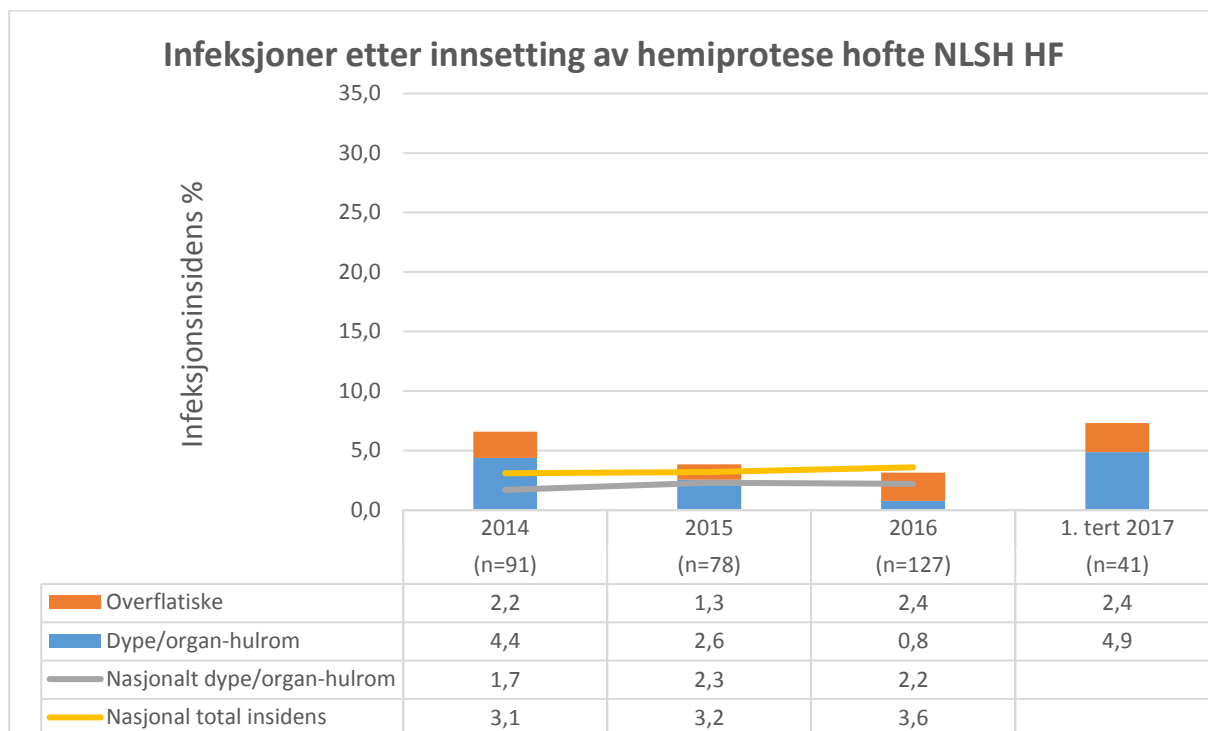
Oppfølging etter keisersnitt NLSH Lofoten



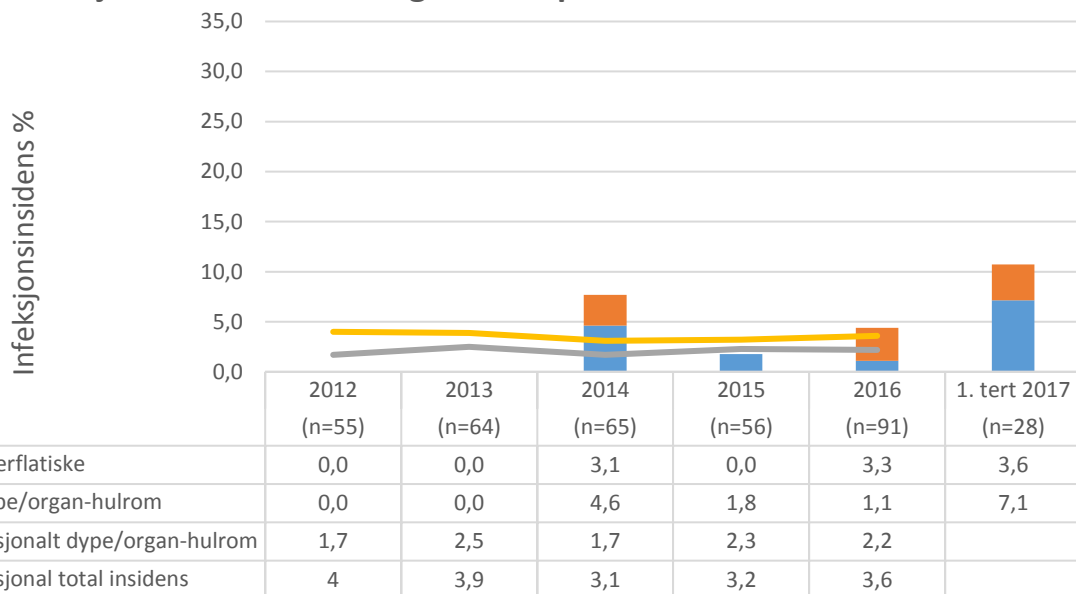
	2014 (n=5)	2015 (n=3)	2016 (n=0)	1. tert 2017 (n=3)
Oppfølging NLSH Lofoten	100,0	66,7		100,0
Oppfølging nasjonalt	89	89,1	91,4	



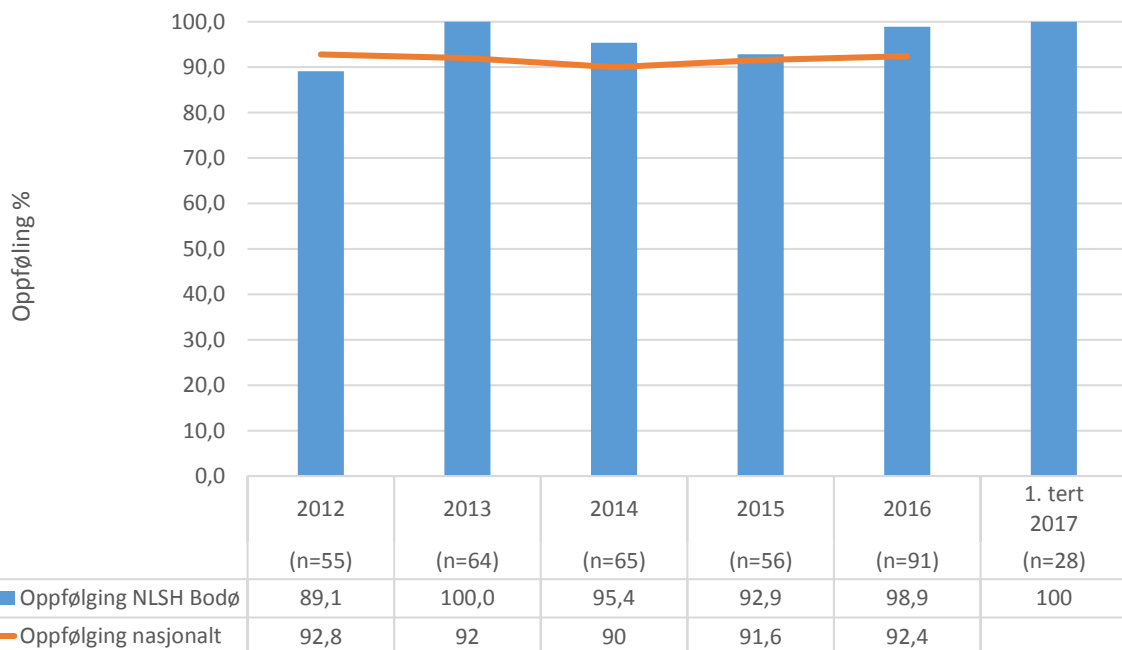
HEMIPROTESE HOFTE



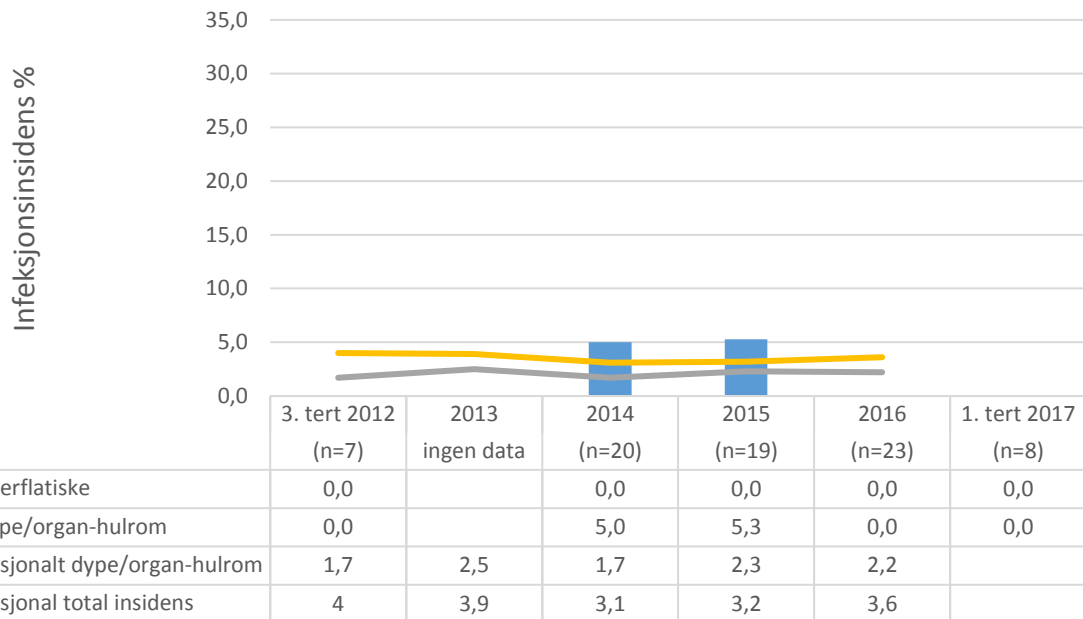
Infeksjoner etter innsetting av hemiprotese hofte NLSH Bodø



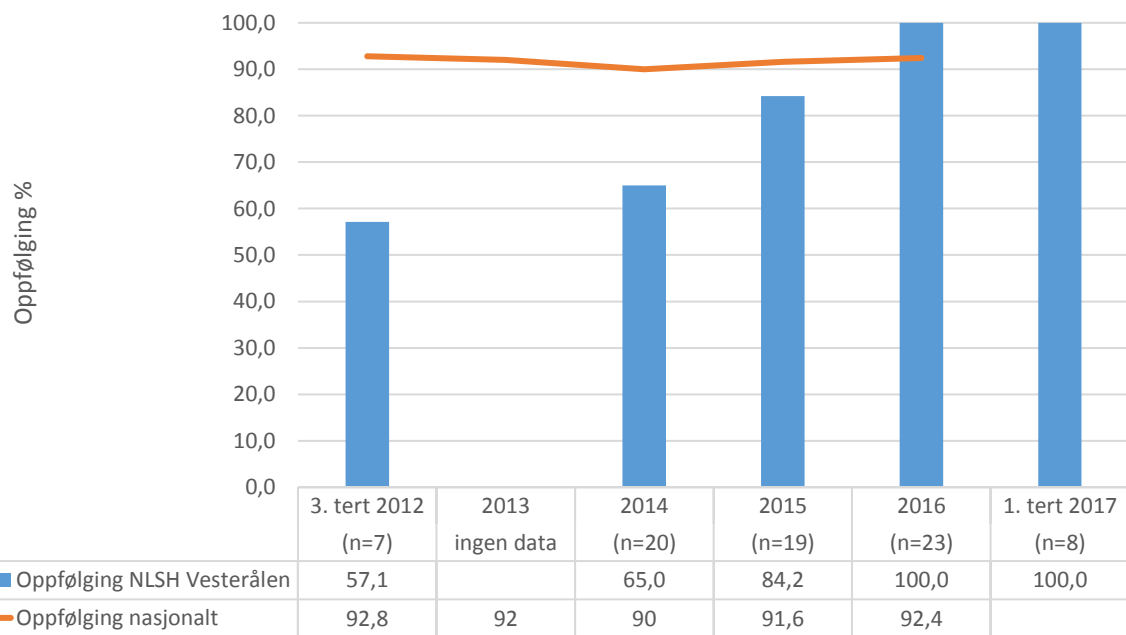
Oppfølging etter innsetting av hemiprotese hofte NLSH Bodø



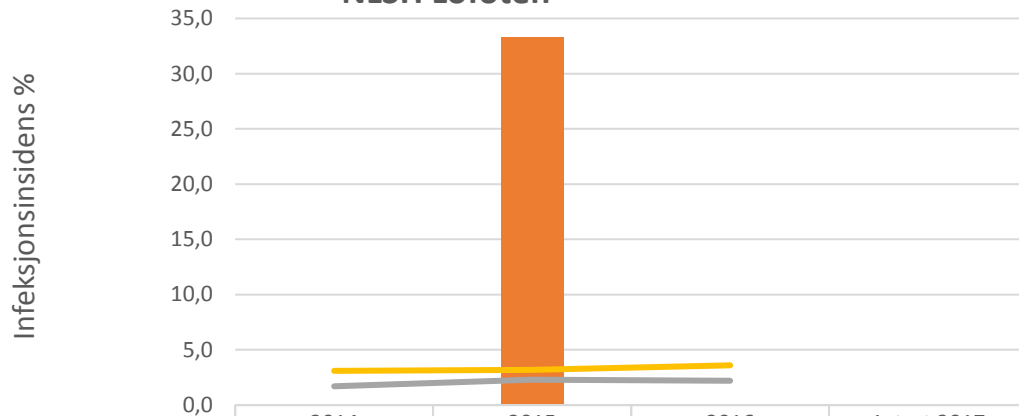
Infeksjoner etter innsetting av hemiprotese hofte NLSH Vesterålen



Oppfølging etter innsetting av hemiprotese hofte NLSH Vesterålen

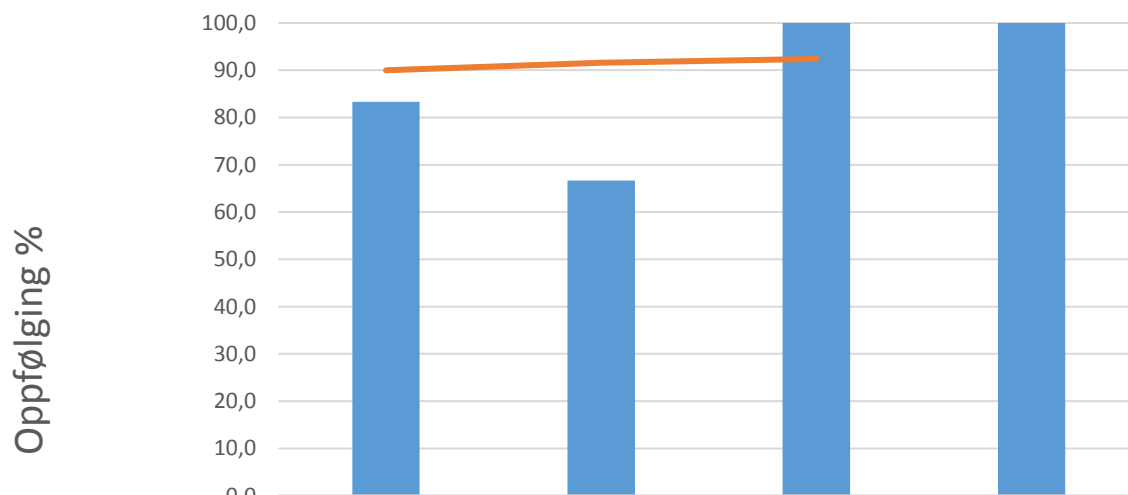


Infeksjoner etter innsetting av hemiprotese hofte NLSH Lofoten



	2014 (n=6)	2015 (n=3)	2016 (n=13)	1. tert 2017 (n=5)
Overflatiske	0,0	33,3	0,0	0,0
Dype/organ-hulrom	0,0	0,0	0,0	0,0
Nasjonalt dype/organ-hulrom	1,7	2,3	2,2	
Nasjonal total insidens	3,1	3,2	3,6	

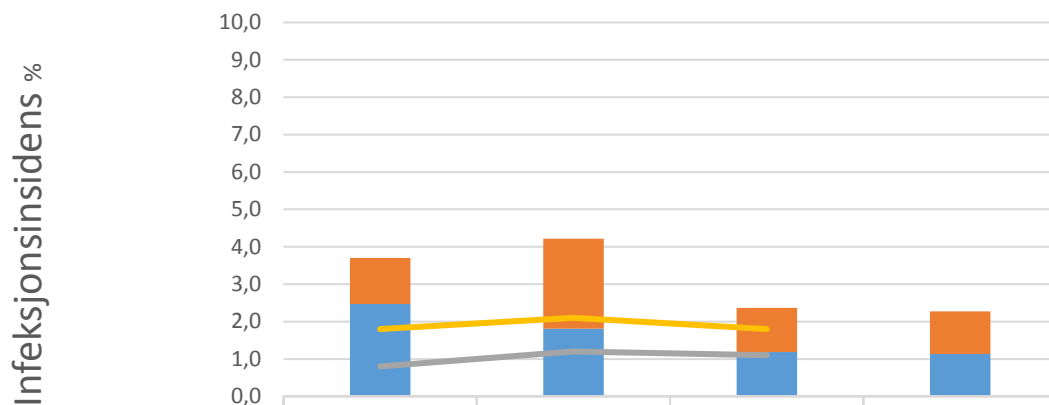
Oppfølging etter innsetting av hemiprotese hofte NLSH Lofoten



	2014 (n=6)	2015 (n=3)	2016 (n=13)	1. tert 2017 (n=5)
Oppfølging NLSH Lofoten	83,3	66,7	100,0	100,0
Oppfølging nasjonalt	90	91,6	92,4	

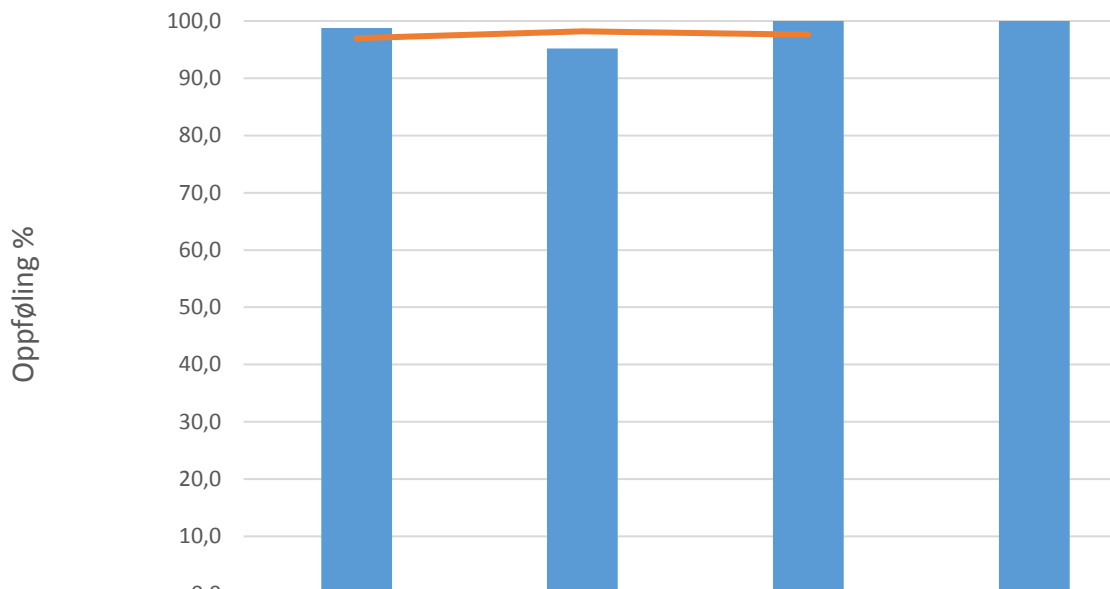
TOTALPROTESE HOFTE

Infeksjoner etter innsetning av totalprotese hofte NLSH HF



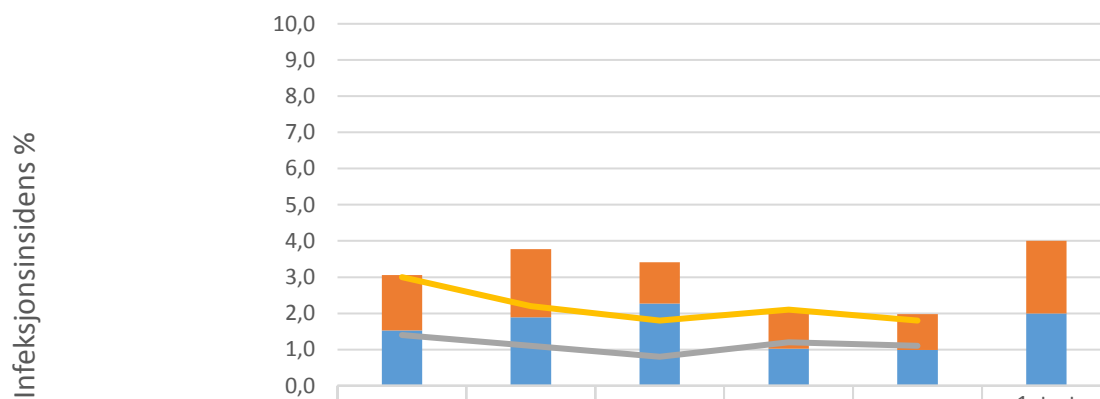
	2014 (n=162)	2015 (n=166)	2016 (n=169)	1. tert 2017 (n=88)
Overflatiske	1,2	2,4	1,2	1,1
Dype/organ-hulrom	2,5	1,8	1,2	1,1
Nasjonalt dype/organ-hulrom	0,8	1,2	1,1	
Nasjonal total insidens	1,8	2,1	1,8	

Oppfølging etter innsetning av totalprotese hofte NLSH HF



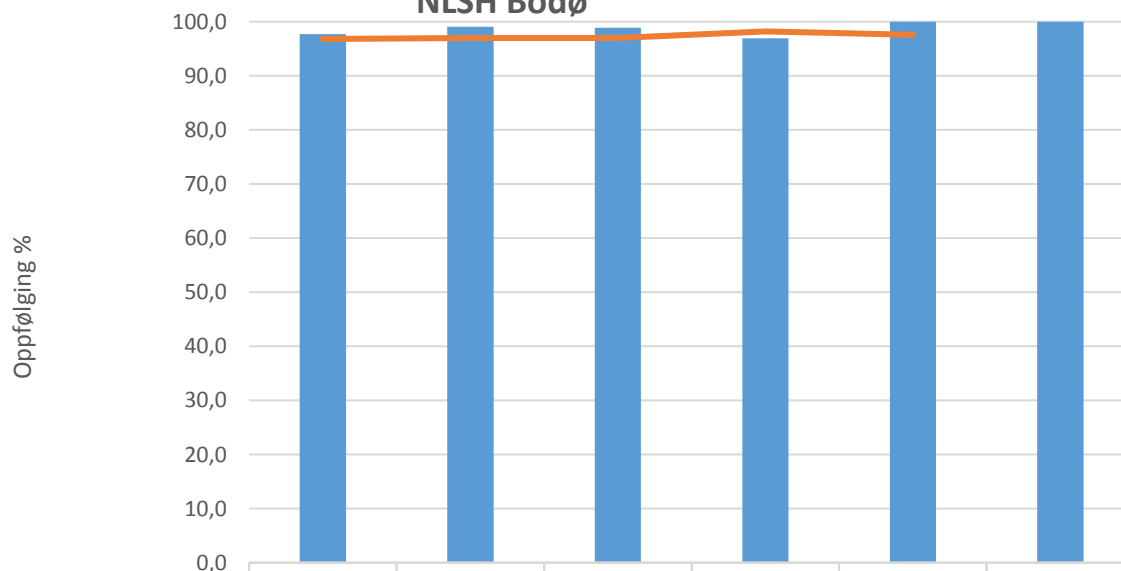
	2014 (n=162)	2015 (n=166)	2016 (n=169)	1. tert 2017 (n=88)
Oppfølging NLSH HF	98,8	95,2	100,0	100,0
Oppfølging nasjonalt	97	98,2	97,6	

Infeksjoner etter innsetting av totalprotese hofte NLSH Bodø



	2012 (n=131)	2013 (n=106)	2014 (n=88)	2015 (n=98)	2016 (n=101)	1. tert 2017 (n=50)
Overflatiske	1,5	1,9	1,1	1,0	1,0	2,0
Dype/organ-hulrom	1,5	1,9	2,3	1,0	1,0	2,0
Nasjonalt dype/organ-hulrom	1,4	1,1	0,8	1,2	1,1	
Nasjonal total insidens	3	2,2	1,8	2,1	1,8	

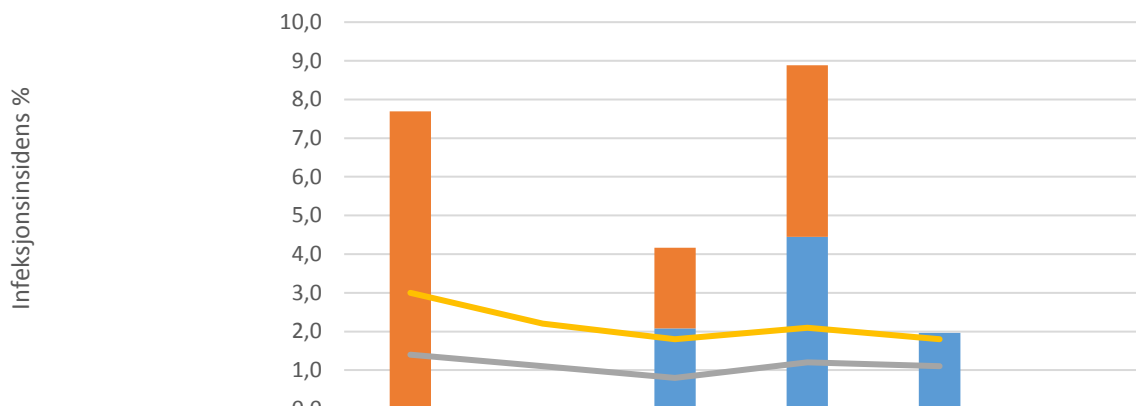
Oppfølging etter innsetting av totalprotese hofte NLSH Bodø



	2012 (n=131)	2013 (n=106)	2014 (n=88)	2015 (n=98)	2016 (n=101)	1. tert 2017 (n=50)
Oppfølging NLSH Bodø	97,7	99,1	98,9	96,9	100,0	100,0
Oppfølging nasjonalt	96,8	97	97	98,2	97,6	

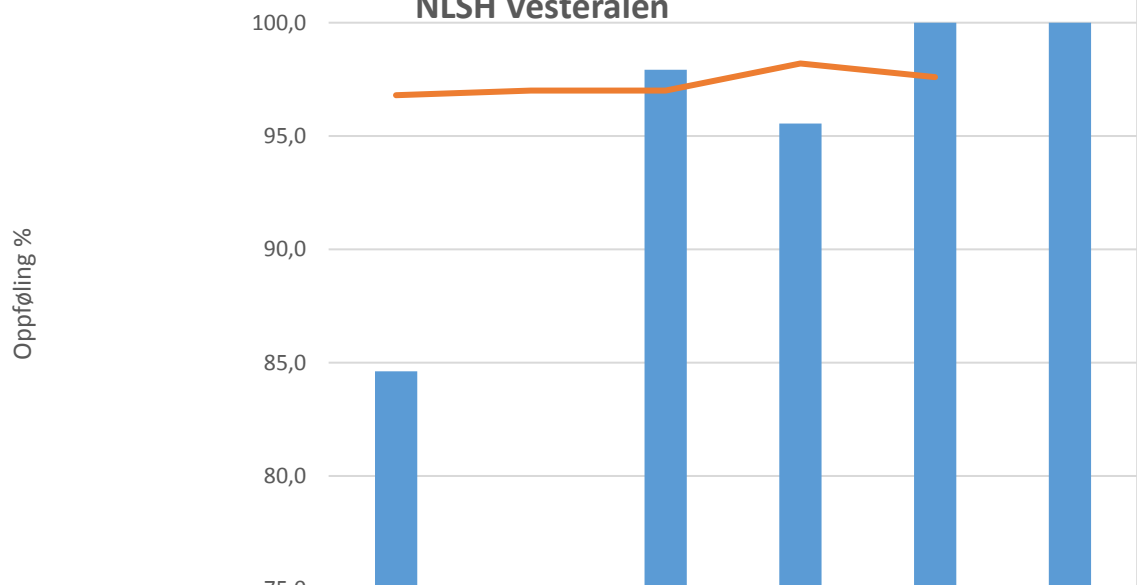


Infeksjoner etter innsetting av totalprotese hofte NLSH Vesterålen



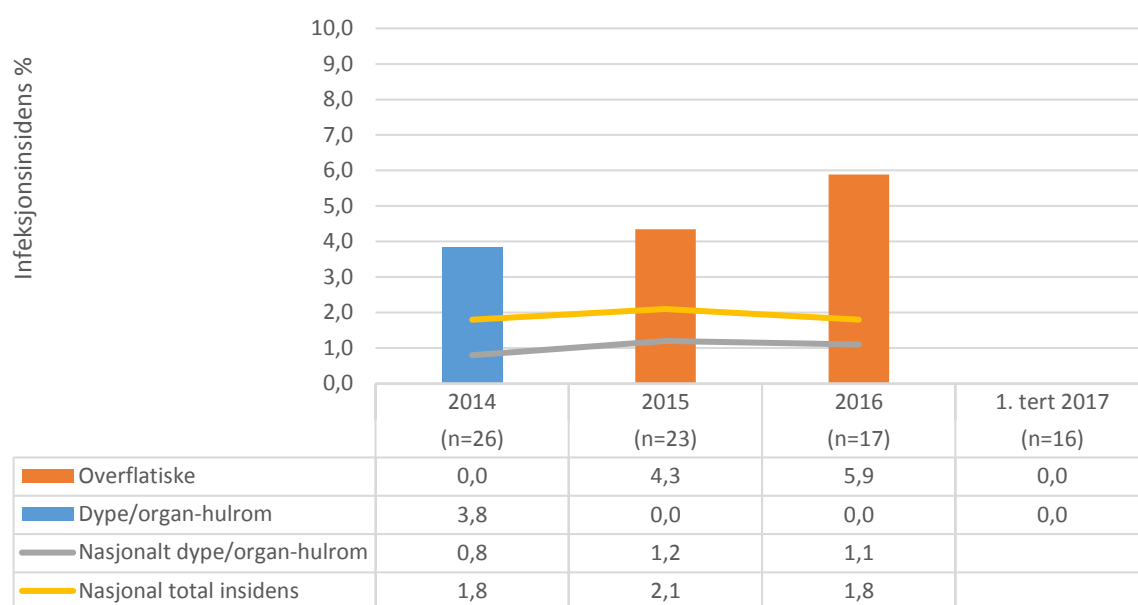
	3. tert 2012 (n=13)	2013 ingen data	2014 (n=48)	2015 (n=45)	2016 (n=51)	1. tert 2017 (n=22)
Overflatiske	7,7		2,1	4,4	0,0	0,0
Dype/organ-hulrom	0,0		2,1	4,4	2,0	0,0
Nasjonalt dype/organ-hulrom	1,4	1,1	0,8	1,2	1,1	
Nasjonal total insidens	3	2,2	1,8	2,1	1,8	

Oppfølging etter innsetting av totalprotese hofte NLSH Vesterålen

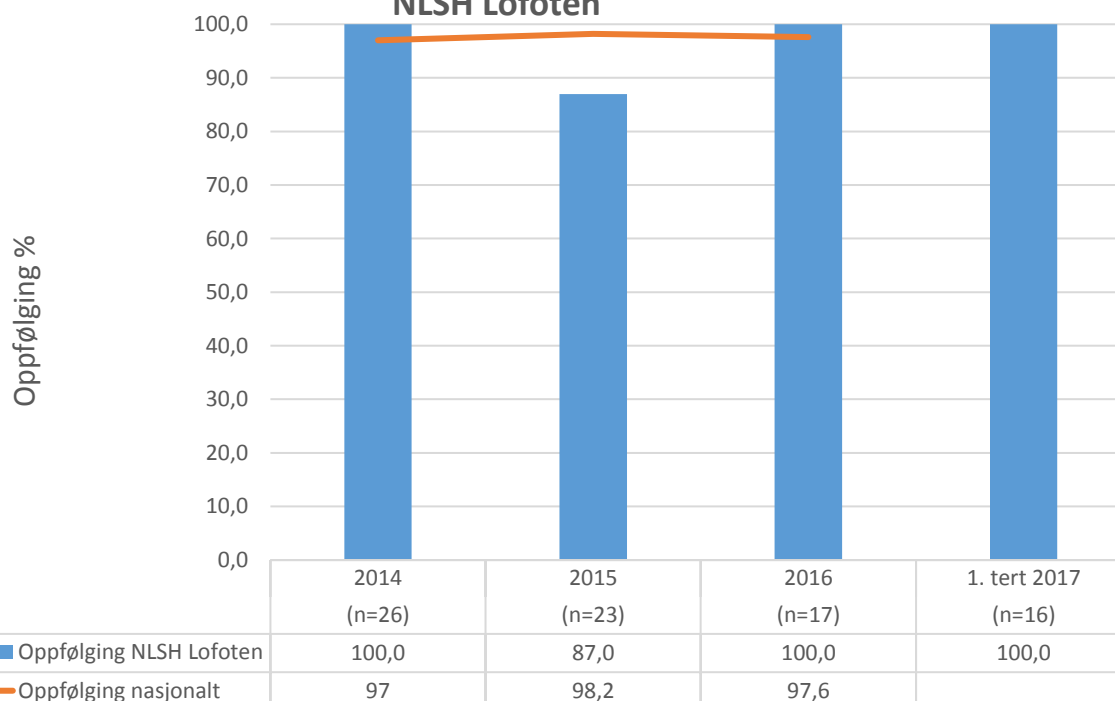


	3. tert 2012 (n=13)	2013 ingen data	2014 (n=48)	2015 (n=45)	2016 (n=51)	1. tert 2017 (n=22)
Oppfølging NLSH Vesterålen	84,6		97,9	95,6	100,0	100,0
Oppfølging nasjonalt	96,8	97	97	98,2	97,6	

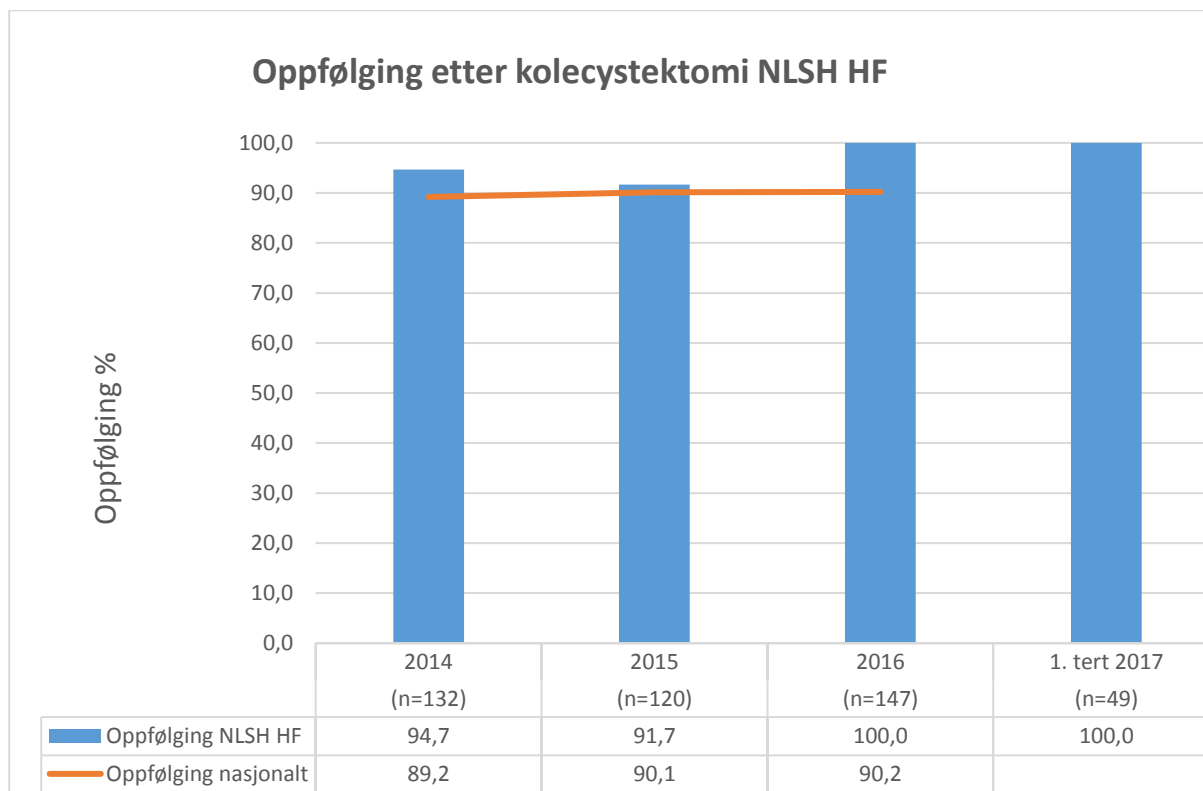
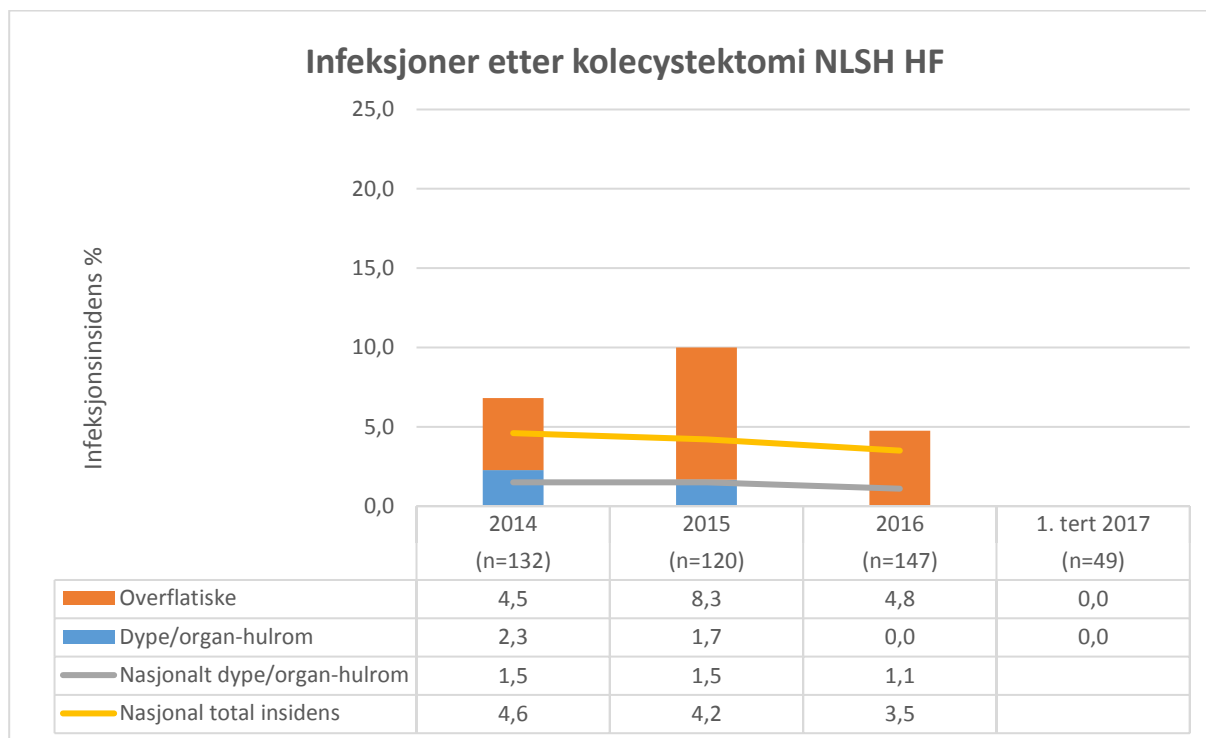
Infeksjoner etter innsetting av totalprotese hofte NLSH Lofoten



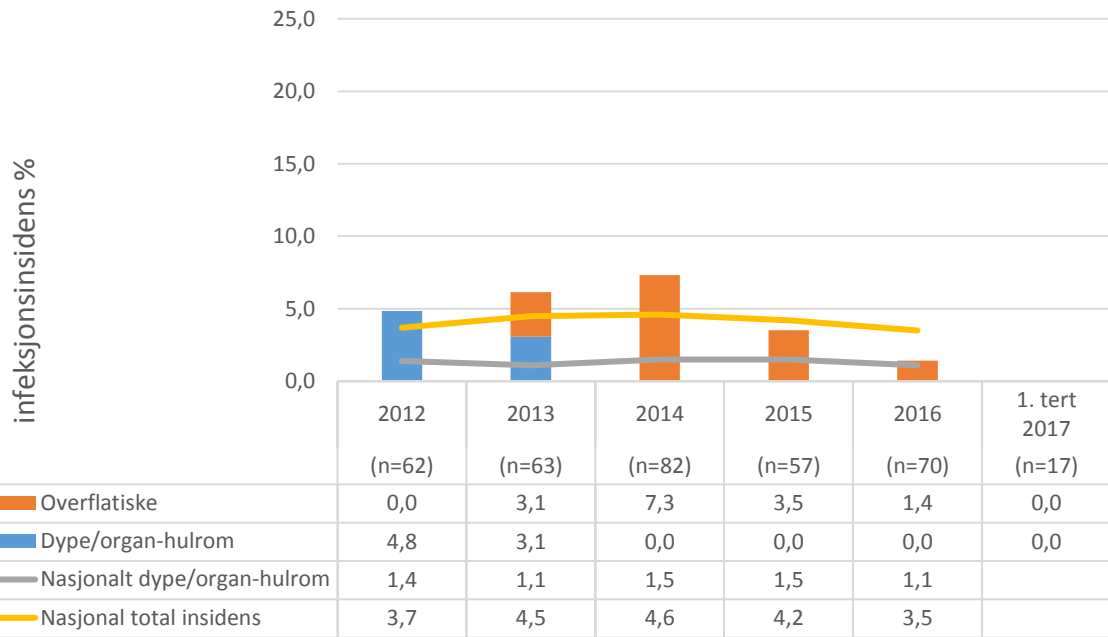
Oppfølging etter innsetting av totalprotese hofte NLSH Lofoten



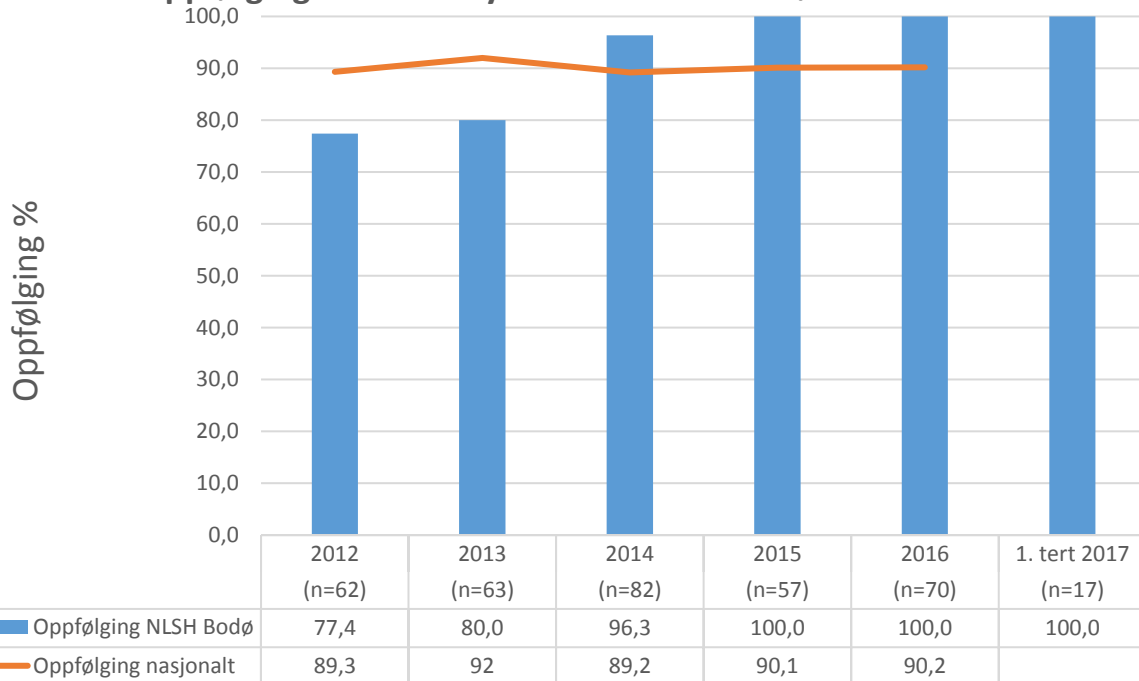
KOLECYSTEKTOMI



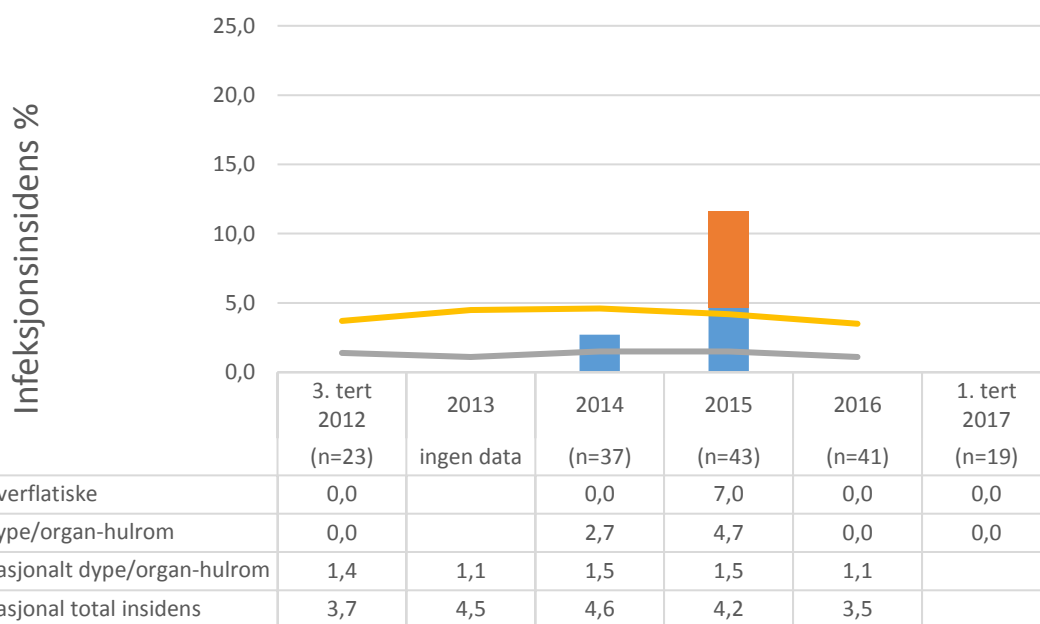
Infeksjoner etterolecystektomi NLSH Bodø



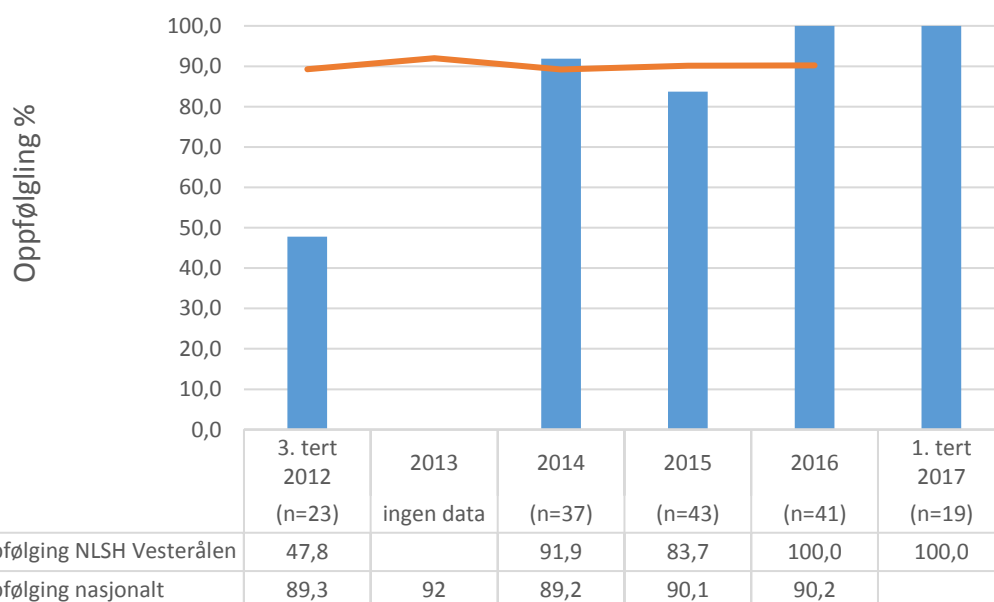
Oppfølging etterolecystektomi NLSH Bodø



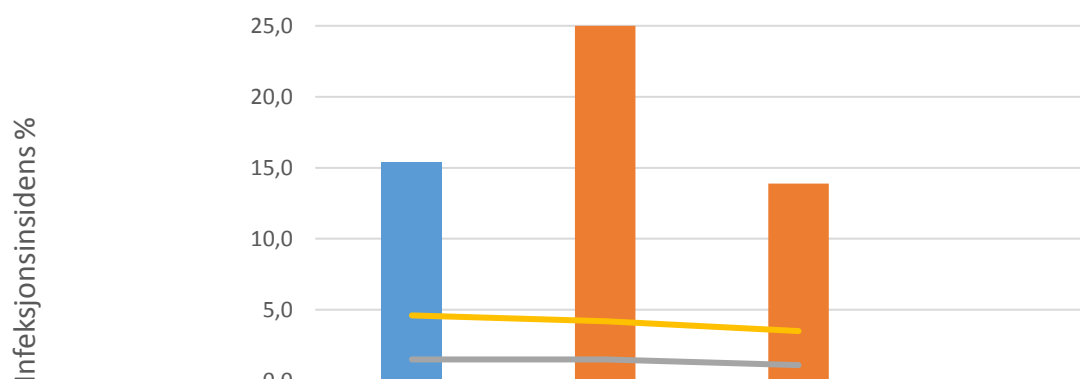
Infeksjoner etter kolecystektomi NLSH Vesterålen



Oppfølging etter kolecystektomi NLSH Vesterålen

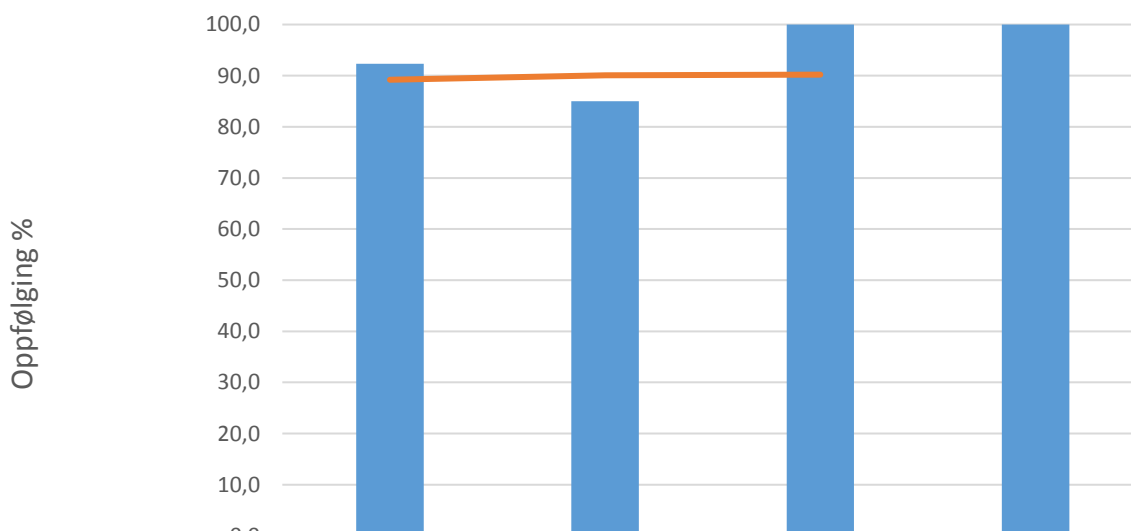


Infeksjoner etterolecystektomi NLSH Lofoten



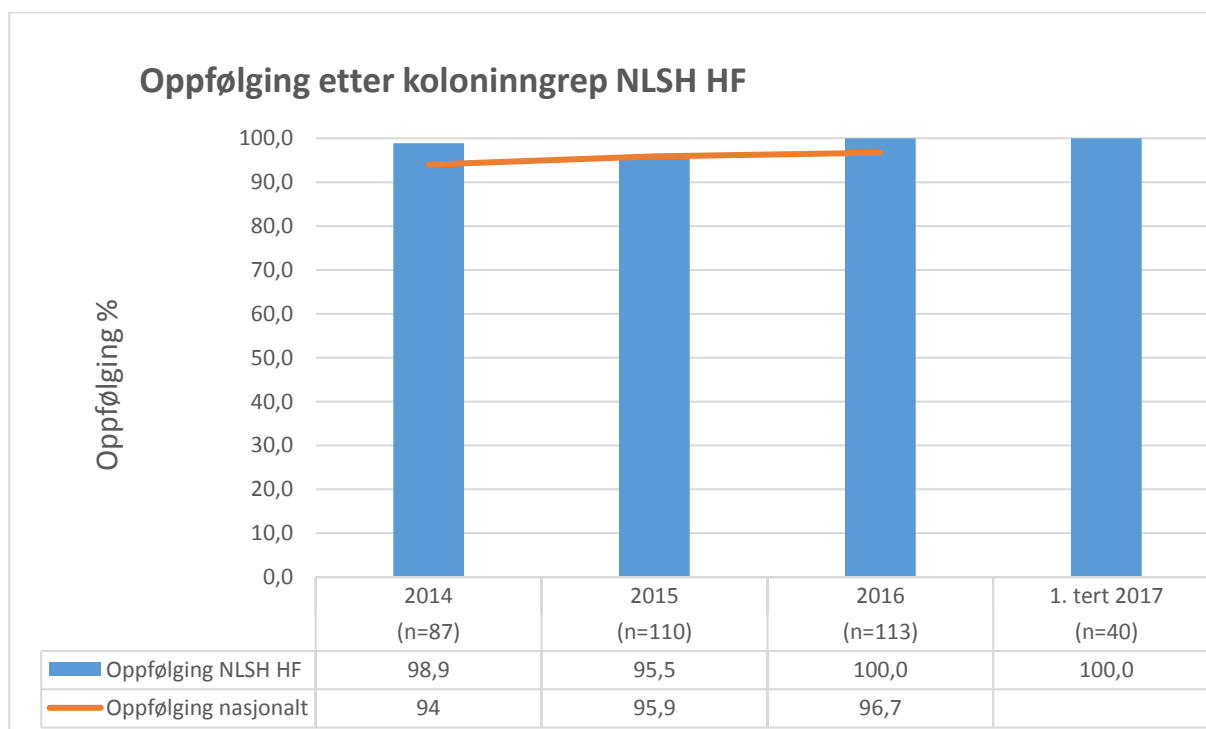
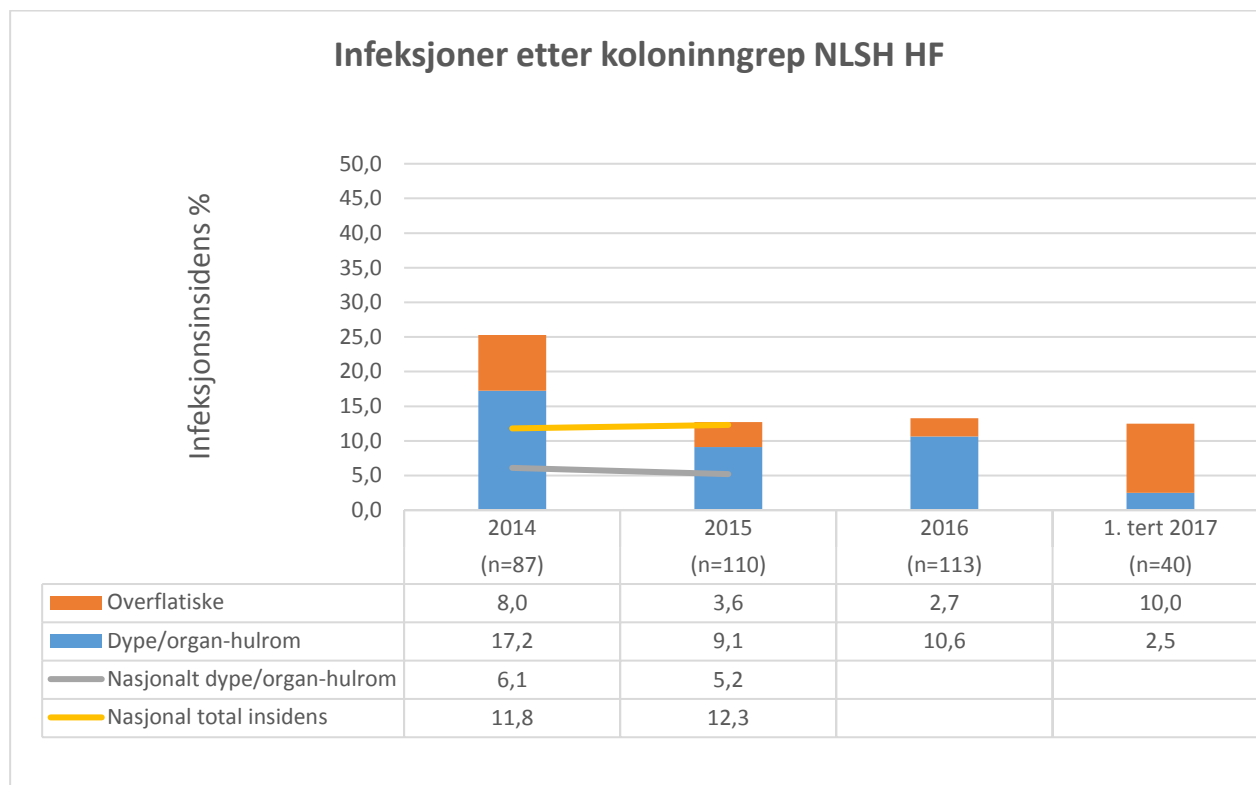
	2014 (n=13)	2015 (n=20)	2016 (n=36)	1. tert 2017 (n=13)
Overflatiske	0,0	25,0	13,9	0,0
Dype/organ-hulrom	15,4	0,0	0,0	0,0
Nasjonalt dype/organ-hulrom	1,5	1,5	1,1	
Nasjonal total insidens	4,6	4,2	3,5	

Oppfølging etterolecystektomi NLSH Lofoten

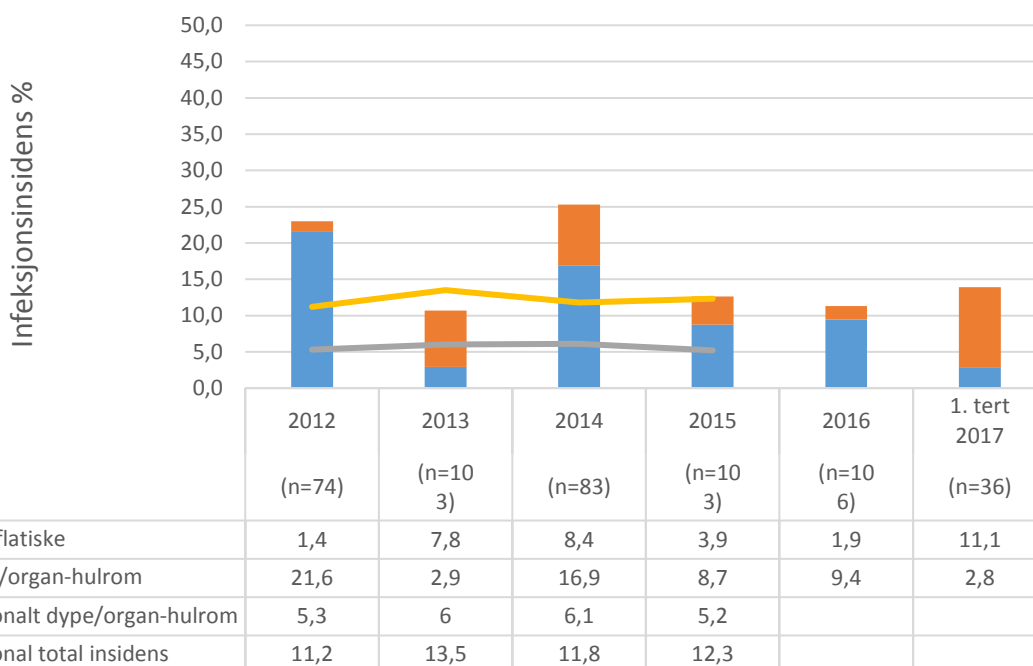


	2014 (n=13)	2015 (n=20)	2016 (n=36)	1. tert 2017 (n=13)
Oppfølging NLSH Lofoten	92,3	85,0	100,0	100,0
Oppfølging nasjonalt	89,2	90,1	90,2	

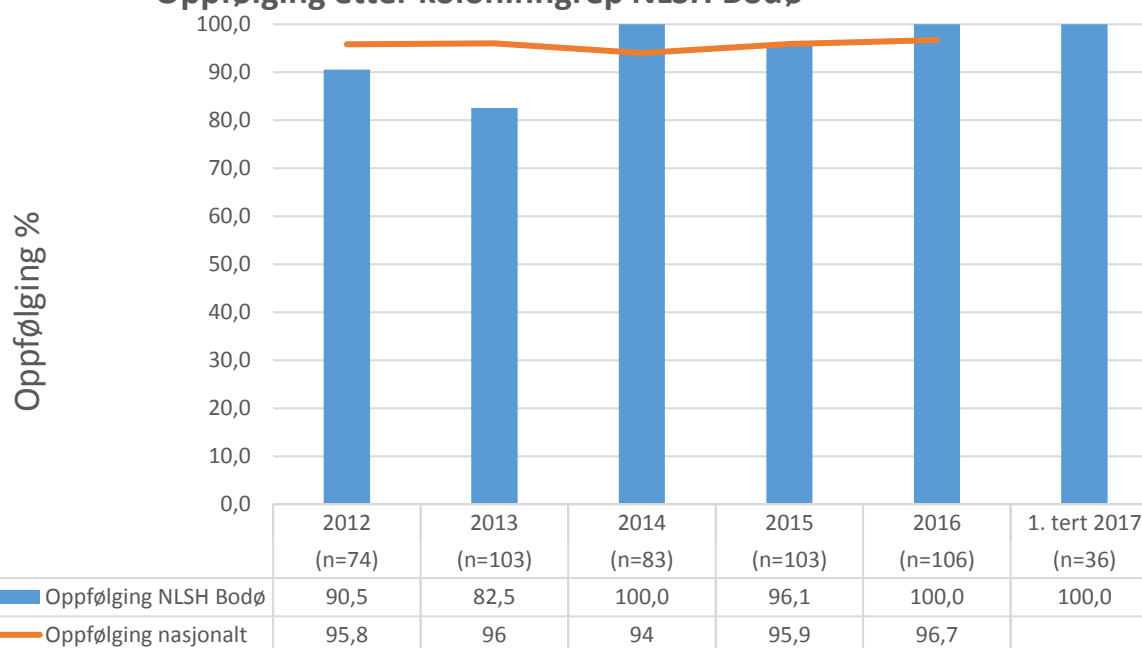
KOLONINGREP



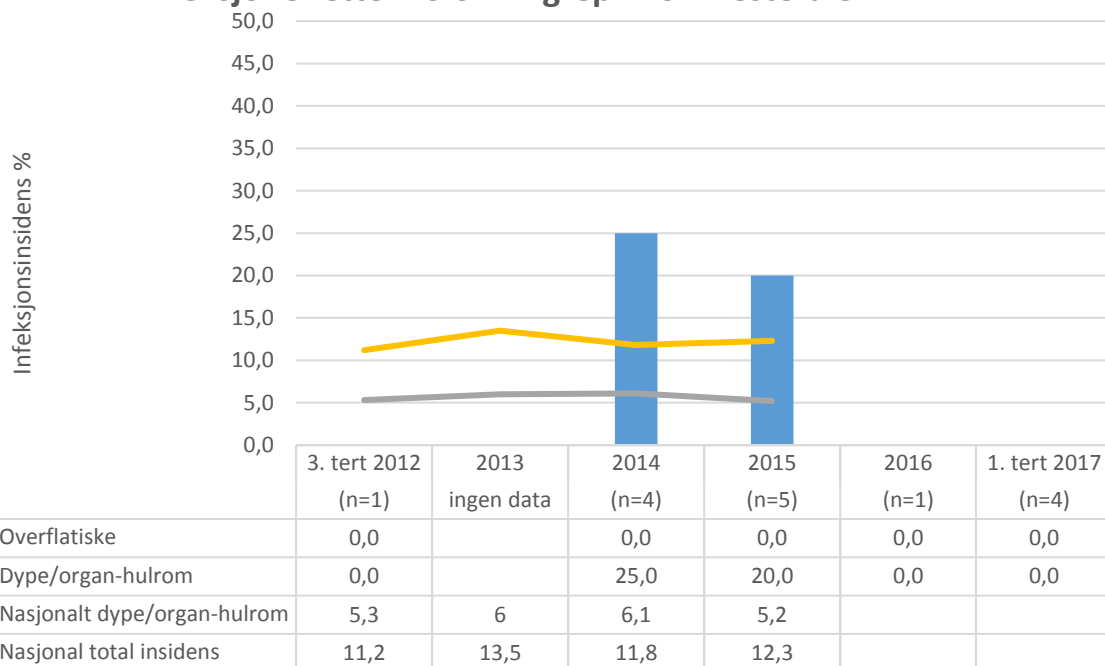
Infeksjoner etter koloninngrep NLSH Bodø



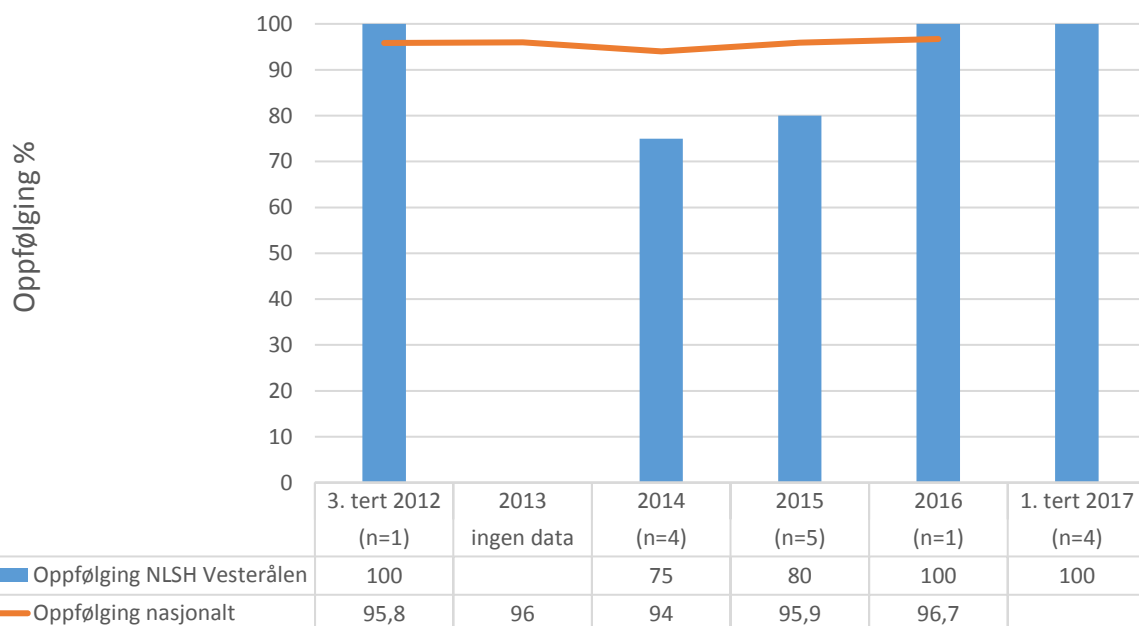
Oppfølging etter koloninngrep NLSH Bodø



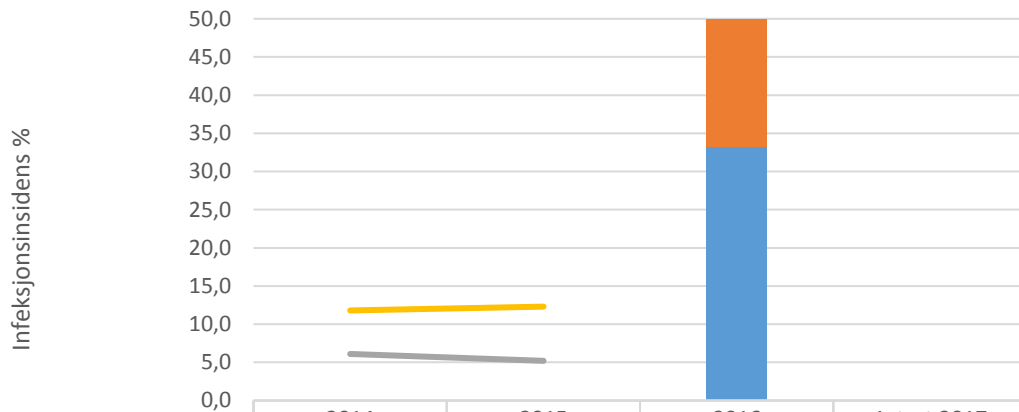
Infeksjoner etter koloninngrep NLSH Vesterålen



Oppfølging etter koloninngrep NLSH Vesterålen

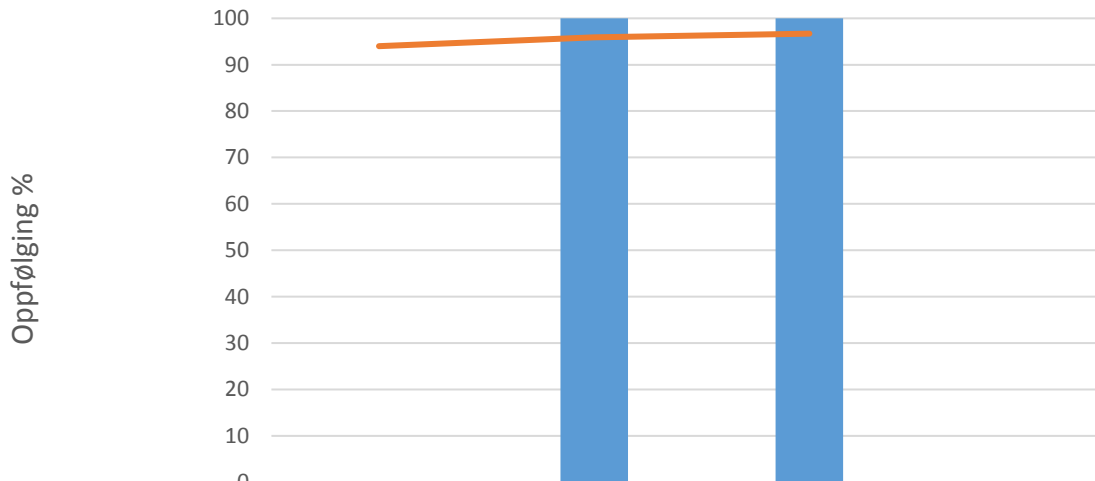


Infeksjoner etter kolonningrep NLSH Lofoten



	2014 (n=0)	2015 (n=2)	2016 (n=6)	1. tert 2017 (n=0)
Overflatiske		0,0	16,7	
Dype/organ-hulrom		0,0	33,3	
Nasjonalt dype/organ-hulrom	6,1	5,2		
Nasjonal total insidens	11,8	12,3		

Oppfølging etter kolonningrep NLSH Lofoten



	2014 (n=0)	2015 (n=2)	2016 (n=6)	1. tert 2017 (n=0)
Oppfølging NLSH Lofoten	0	100	100	
Oppfølging nasjonalt	94	95,9	96,7	

UTDRAG FRA PRESENTASJON FRA HELSEDIREKTORATET

Publisering av nasjonale kvalitetsindikatorer 31.08.2017

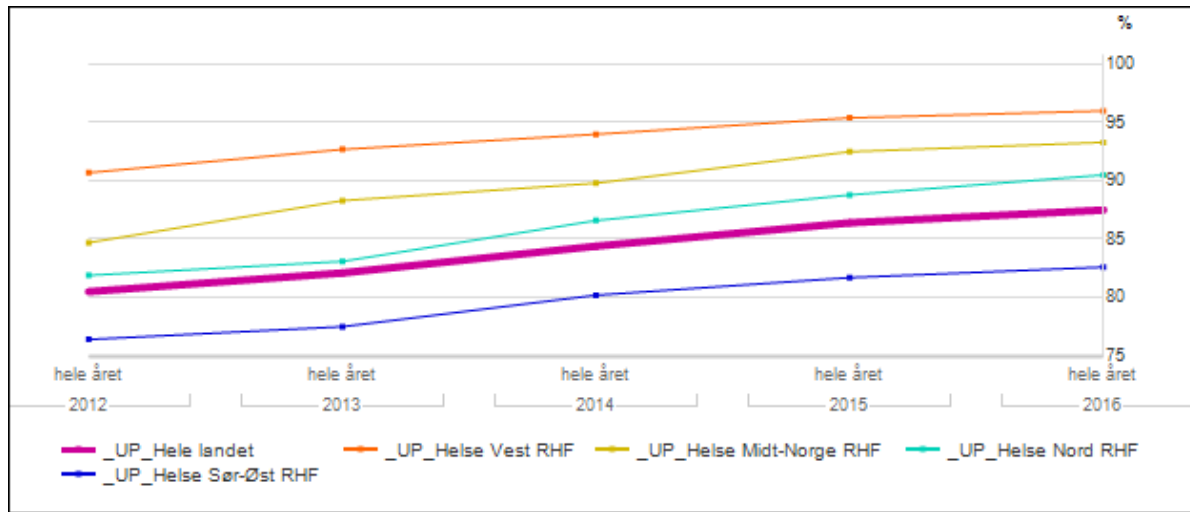
Oppdaterte resultater

Avdeling statistikk, Sekretariat for Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem

helse
Versjon 0.8

Selvbestemt abort gjennomført medikamentelt eller kirurgisk

Definisjon: Andelen selvbestemte aborter gjennomført medikamentelt eller kirurgisk inntil utgangen av 9. (8 uker + 6 dager) og 12. (11 uker + 6 dager) svangerskapsuke.



Resultater og kommentarer

- På landsbasis i 2016 ble 87,5 prosent av aborter inntil utgangen av 12. svangerskapsuke utført medikamentelt, mens 12,5 prosent ble utført kirurgisk. I 2015 var andelen aborter utført medikamentelt inntil utgangen av 12. svangerskapsuke på 86,4 prosent, mens andelen utført kirurgisk var på 13,6 prosent.
- Helse Vest RHF hadde høyest andel aborter utført medikamentelt innen utgangen av 12. svangerskapsuke på 96,0 prosent.
- Helse Sør-Øst RHF hadde lavest andel aborter utført medikamentelt innen utgangen av 12. svangerskapsuke på 82,6 prosent.
- Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF hadde en andel på henholdsvis 93,3 og 90,5 prosent.
- På landsbasis i 2016 ble 7,8 prosent av aborter utført innen utgangen av 9. svangerskapsuke, og av disse ble 92,2 prosent utført medikamentelt.

Behandlingssted	Andel selvbestemte aborter gjennomført medikamentelt inntil utgangen av 12. uke (11 + 6 dager)	Andel
_UP_Helse Stavanger HF	96,0	97,6
_UP_Helse Bergen HF	96,0	96,9
_UP_St. Olavs Hospital HF	95,8	95,8
_UP_Universitetssykehuset Nord-Norge HF	95,1	95,1
_UP_Vestre Viken HF	95,1	95,1
_UP_Helse Fonna HF	94,8	94,8
_UP_Helse Møre og Romsdal HF	92,5	92,5
_UP_Sykehuset Innlandet HF	92,5	92,5
_UP_Sørlandet sykehus HF	91,8	91,8
_UP_Nordlandssykehuset HF	88,3	88,3
_UP_Finnmarkssykehuset HF	87,9	87,9
_UP_Hele landet	87,5	87,5
_UP_Helse Nord-Trøndelag HF	87,4	87,4
_UP_Sykehuset i Telemark HF	87,1	87,1
_UP_Helse Førde HF	86,5	86,5
_UP_Helgelandsykehuset HF	85,2	85,2
_UP_Sykehuset i Vestfold HF	82,6	82,6
_UP_Akershus universitetssykehus HF	79,8	79,8
_UP_Oslo universitetssykehus HF	76,2	76,2
_UP_Sykehuset i Østfold HF	67,8	67,8

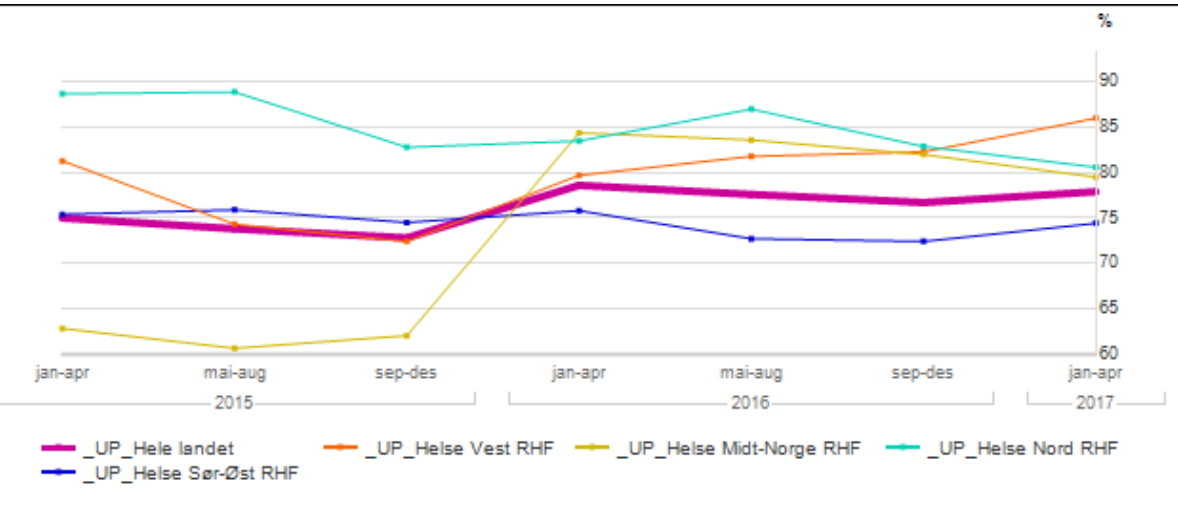
0 20 40 60 80 % Data gjelder for perioden 2016

Generell oppsummering: Kreft

- Det er positiv utvikling for de fleste pakkeforløpene for kreft
- Målet med at over 70 % av nye kreftpasienter skal bli inkludert i et pakkeforløp og at 70 % av pasientene som er i pakkeforløp skal gjennomføres innen anbefalt forløpstid oppnås på de store kreftformene; lunge-, bryst-, prostata- og tykk- og endetarmskreft.
- Det er variasjon både når det gjelder andel pasienter inn i pakkeforløp og andel gjennomført på anbefalt tid både for de ulike krefttypene og for behandlingssteder.

Nye kreftpasienter i Pakkeforløp for alle 24 kreftformer

Definisjon: Andel nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp for lunge-, bryst-, prostata- og tykk- og endetarmskreft, kreft i spiserør og magesekk, blærekreft, testikkelkreft, nyrekreft, livmorhalskreft, livmorkreft, eggstokkreft, hode-halskreft, lymfom, primær leverkreft, galleveiskreft, skjoldbruskkjertelkreft, kreft hos barn, hjernekreft, føflekkreft, peniskreft, bukspyttkjertelkreft, myelomatose, akutt leukemi og kronisk lymfatisk leukemi.



Resultater og kommentarer

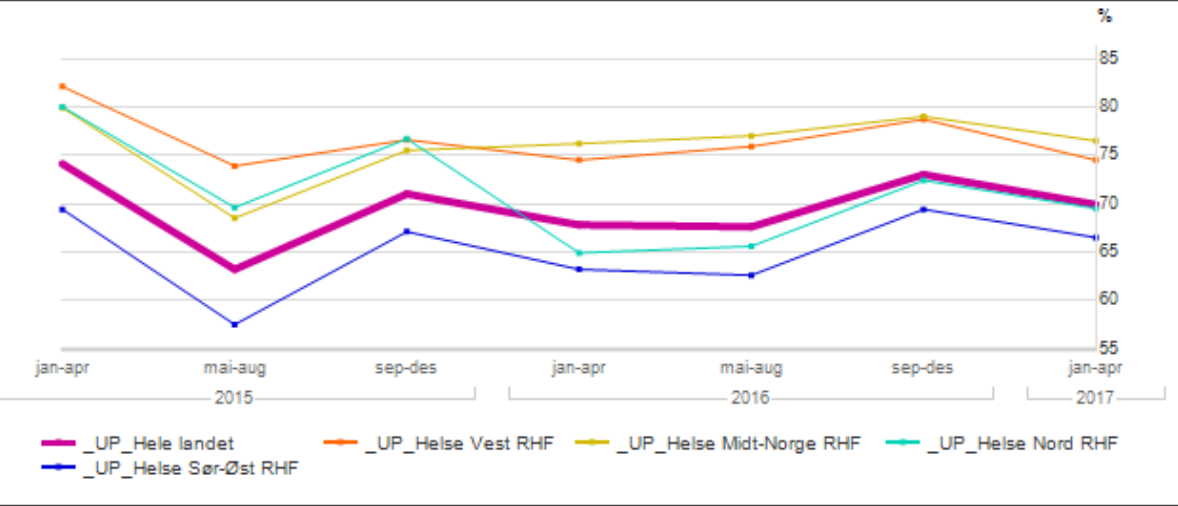
- På landsbasis i 1. tertial 2017 ble 77,9 prosent av nye kreftpasienter for 24 spesifikke kreftformer inkludert i et Pakkeforløp. I 1. tertial 2016 var andelen på 78,4 prosent.
- Helse Vest RHF hadde høyest andel av nye kreftpasienter for 24 spesifikke kreftformer inkludert i et Pakkeforløp med 86,0 prosent.
- Helse Sør-Øst RHF hadde lavest andel nye kreftpasienter for 24 spesifikke kreftformer inkludert i et Pakkeforløp med 74,4 prosent.
- Helse Nord RHF og Helse Midt-Norge RHF hadde en andel på henholdsvis 80,6 og 79,5 prosent.
- Ekskluderte pakkeforløp er metastaser med ukjent utgangspunkt, neuroendokrine svulster, sarkom og Diagnostisk Pakkeforløp.

Behandlingssted	Andel nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp for for lunge-, bryst-, prostata- og tykk- og endetarmskreft, kreft i spiserør og magesekk, blærekreft, testikkelkreft, nyrekreft, livmorhalskreft, livmorkreft, eggstokkreft, hode-halskreft, lymfom, primær leverkreft, galleveiskreft, skjoldbruskkjertelkreft, kreft hos barn, hjernekreft, føflekkreft, peniskreft, bukspyttkjertelkreft, myelomatose, akutt leukemi og kronisk lymfatisk leukemi.	Andel	Antall
_UP_Helse Nord-Trøndelag HF	<div style="width: 97.2%;"></div>	97,2	216
_UP_Helse Bergen HF	<div style="width: 94.3%;"></div>	94,3	854
_UP_Helse Førde HF	<div style="width: 89.0%;"></div>	89,0	146
_UP_Haraldsplass Diakonale Sykehus AS	<div style="width: 87.7%;"></div>	87,7	65
_UP_Helse Fonna HF	<div style="width: 85.3%;"></div>	85,3	232
_UP_Finnmarks sykehus HF	<div style="width: 84.6%;"></div>	84,6	52
_UP_Universitetssykehuset Nord-Norge HF	<div style="width: 83.9%;"></div>	83,9	473
_UP_Helgelandsykehuset HF	<div style="width: 80.4%;"></div>	80,4	92
_UP_St. Olavs Hospital HF	<div style="width: 80.0%;"></div>	80,0	909
_UP_Sykehuset i Vestfold HF	<div style="width: 79.2%;"></div>	79,2	399
_UP_Hele landet	<div style="width: 77.9%;"></div>	77,9	10 147
_UP_Diakonhjemmet sykehus AS	<div style="width: 77.8%;"></div>	77,8	81
_UP_Akershus universitetssykehus HF	<div style="width: 76.4%;"></div>	76,4	763
_UP_Sykehuset Innlandet HF	<div style="width: 76.2%;"></div>	76,2	697
_UP_Sykehuset i Telemark HF	<div style="width: 74.5%;"></div>	74,5	333
_UP_Sykehuset i Østfold HF	<div style="width: 74.3%;"></div>	74,3	599
_UP_Nordlandsykehuset HF	<div style="width: 74.1%;"></div>	74,1	274
_UP_Sørlandet sykehus HF	<div style="width: 74.0%;"></div>	74,0	546
_UP_Vestre Viken HF	<div style="width: 72.9%;"></div>	72,9	748
_UP_Helse Stavanger HF	<div style="width: 72.8%;"></div>	72,8	558
_UP_Oslo universitetssykehus HF	<div style="width: 72.3%;"></div>	72,3	1 532
_UP_Helse Møre og Romsdal HF	<div style="width: 71.2%;"></div>	71,2	525
_UP_Lovisenberg Diakonale	<div style="width: 67.4%;"></div>	67,4	43

0 20 40 60 80 % Data gjelder for perioden januar - april 2017

Pakkeforløp for 26 organspesifikke kreftformer

Definisjon: Andel pakkeforløp som har en forløpstid fra start av forløpet til start av kirurgisk, medikamentell – eller strålebehandling, som er innenfor standard forløpstid, for lunge-, bryst-, prostata- og tykk- og endetarmskreft, kreft i spiserør og magesekk, blærekreft, testikkelkreft, nyrekreft, livmorhalskreft, livmorkreft, eggstokkreft, hode-halskreft, lymfom, primær leverkreft, galleveiskreft, skjoldbruskkjertelkreft, kreft hos barn, hjernekreft, , neuroendokrine svulster, føflekkreft, peniskreft, bukspyttkjertelkreft, myelomatose, akutt leukemi, kronisk lymfatisk leukemi og sarkom.



Resultater og kommentarer

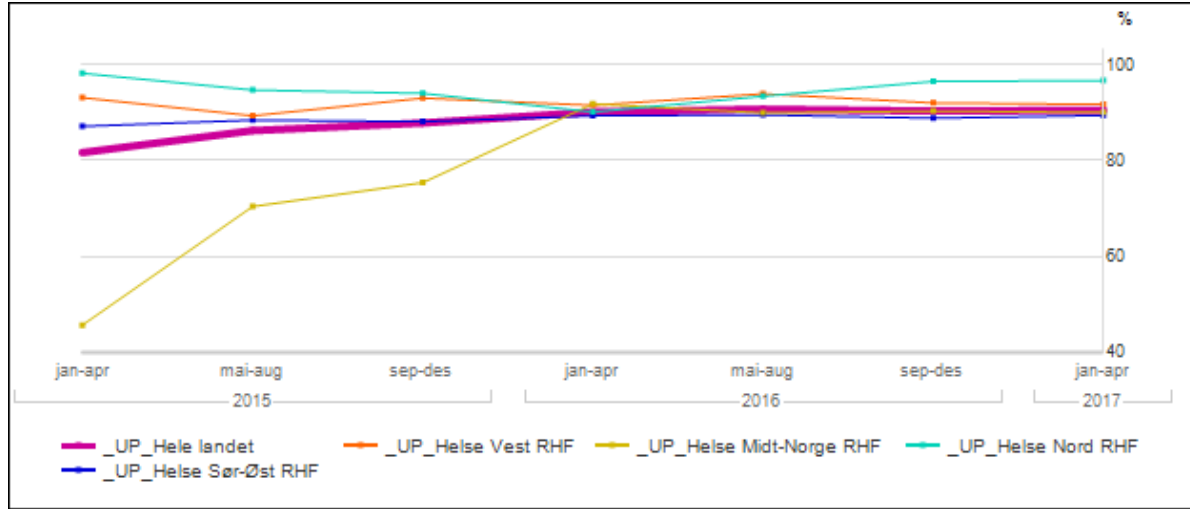
- På landsbasis i 1. tertial 2017 ble 69,9 prosent av Pakkeforløp for 26 organspesifikke kreftformer gjennomført innen maksimal anbefalt forløpstid. I 1. tertial 2016 var andelen på 67,8 prosent.
- Helse Midt-Norge RHF hadde høyest andel Pakkeforløp for 26 organspesifikke kreftformer gjennomført innen maksimal anbefalt forløpstid med 76,5 prosent.
- Helse Sør-Øst RHF hadde lavest andel Pakkeforløp for 26 organspesifikke kreftformer gjennomført innen maksimal anbefalt forløpstid med 66,5 prosent.
- Helse Vest RHF og Helse Nord RHF hadde en andel på henholdsvis 74,5 og 69,5 prosent.
- Ekskludert Pakkeforløp for kreft: Metastaser med ukjent utgangspunkt og diagnostisk pakkeforløp.

Behandlingssted	Andel pakkeforløp for lunge-, bryst-, prostata- og tykk- og endetarmskreft, kreft i spiserør og magesekk, blærekreft, testikkelkreft, nyrekreft, livmorhalskreft, livmorkreft, eggstokkreft, hode-halskreft, lymfom, primær leverkreft, galleveiskreft, skjoldbruskkjertelkreft, kreft hos barn, hjernekreft, neuroendokrine svulster, føflekkreft, peniskreft, bukspyttkjertelkreft, myelomatose, akutt leukemi, kronisk lymfatisk leukemi og sarkom gjennomført innen standardforløpstid	Andel	Antall
_UP_Haraldsplass Diakonale Sykehus AS	<div style="width: 82.5%;"></div>	82,5	57
_UP_Helse Stavanger HF	<div style="width: 80.1%;"></div>	80,1	453
_UP_Helse Møre og Romsdal HF	<div style="width: 79.0%;"></div>	79,0	309
_UP_Diakonhjemmet sykehus AS	<div style="width: 78.3%;"></div>	78,3	46
_UP_St. Olavs Hospital HF	<div style="width: 75.8%;"></div>	75,8	620
_UP_Helse Nord-Trøndelag HF	<div style="width: 74.6%;"></div>	74,6	189
_UP_Universitetssykehuset Nord-Norge HF	<div style="width: 73.7%;"></div>	73,7	411
_UP_Helse Bergen HF	<div style="width: 73.3%;"></div>	73,3	896
_UP_Sykehuset i Vestfold HF	<div style="width: 70.9%;"></div>	70,9	289
_UP_Helse Fonna HF	<div style="width: 70.4%;"></div>	70,4	196
_UP_Sykehuset Innlandet HF	<div style="width: 70.2%;"></div>	70,2	544
_UP_Hele landet	<div style="width: 69.9%;"></div>	69,9	7 839
_UP_Akershus universitetssykehus HF	<div style="width: 69.4%;"></div>	69,4	592
_UP_Nordlandssykehuset HF	<div style="width: 69.0%;"></div>	69,0	174
_UP_Helse Førde HF	<div style="width: 68.2%;"></div>	68,2	132
_UP_Lovisenberg Diakonale	<div style="width: 68.2%;"></div>	68,2	22
_UP_Sørlandet sykehus HF	<div style="width: 68.1%;"></div>	68,1	373
_UP_Oslo universitetssykehus HF	<div style="width: 66.4%;"></div>	66,4	1 216
_UP_Sykehuset i Telemark HF	<div style="width: 65.6%;"></div>	65,6	224
_UP_Vestre Viken HF	<div style="width: 63.8%;"></div>	63,8	577
_UP_Helgelandsykehuset HF	<div style="width: 59.5%;"></div>	59,5	84
_UP_Finnmarkssykehuset HF	<div style="width: 54.5%;"></div>	54,5	55
_UP_Sykehuset i Østfold HF	<div style="width: 54.3%;"></div>	54,3	374

0 20 40 60 80 % Data gjelder for perioden januar - april 2017

Pakkeforløp for brystkreft

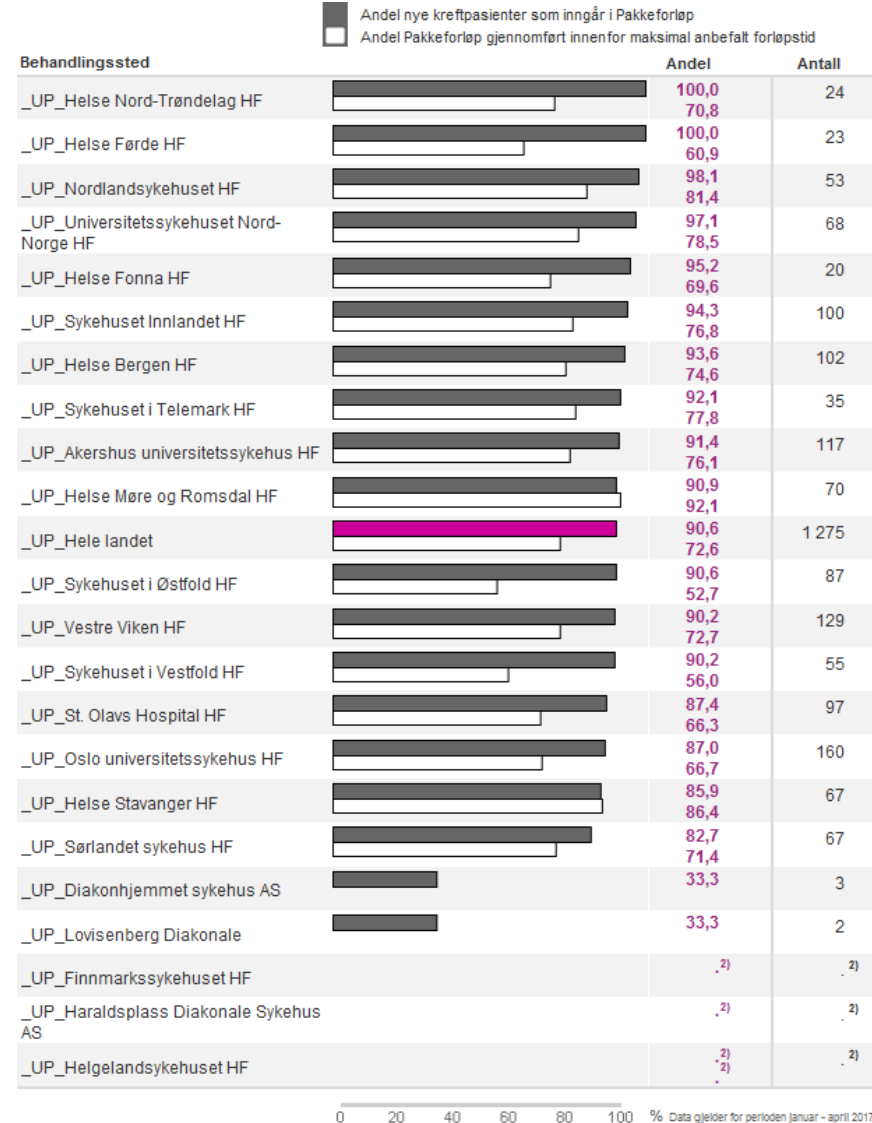
Definisjon: Andel nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp for brystkreft og andel som har en forløpstid fra start av forløpet til start av kirurgisk behandling eller medikamentell behandling, som er innenfor maksimal anbefalt forløpstid.



Figuren viser andelen nye kreftpasienter med brystkreft inkludert i et Pakkeforløp.

Resultater og kommentarer

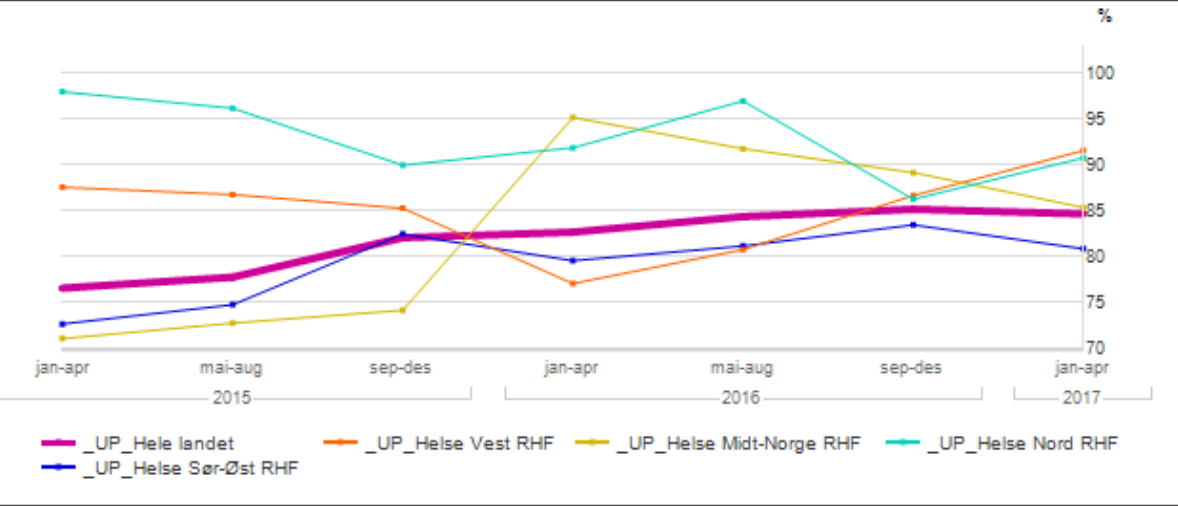
- På landsbasis i 1. tertial 2017 ble 90,6 prosent av nye kreftpasienter med brystkreft inkludert i et Pakkeforløp. I 1. tertial 2016 var andelen på 90,2 prosent.
- Helse Nord RHF hadde høyest andel av nye kreftpasienter med brystkreft inkludert i et Pakkeforløp med 96,8 prosent, mens Helse Sør-Øst RHF hadde lavest andel med 89,5 prosent.
- På landsbasis i 1. tertial 2017 ble 72,6 prosent av Pakkeforløp for brystkreft gjennomført innen maksimal anbefalt forløpstid. I 1. tertial 2016 var andelen på 70,3 prosent.
- Helse Nord RHF hadde høyest andel Pakkeforløp for brystkreft gjennomført innen maksimal anbefalt forløpstid med 80,0 prosent, mens Helse Sør-Øst RHF hadde lavest andel med 69,1 prosent.



2) Tall for behandlingsstedet er fjernet for å øke anonymisering av dataene. Antall pasienter for en eller flere variabler er mindre enn eller lik 5.

Pakkeforløp for tykk- og endetarmskreft

Definisjon: Andel nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp for tykk- og endetarmskreft og andel som har en forløpstid fra start av forløpet til start av kirurgisk behandling, medikamentell behandling eller strålebehandling, som er innenfor maksimal anbefalt forløpstid.



Figuren viser andelen nye kreftpasienter med tykk- og endetarmskreft inkludert i et Pakkeforløp.

Resultater og kommentarer

- På landsbasis i 1. tertial 2017 ble 84,7 prosent av nye kreftpasienter med tykk- og endetarmskreft inkludert i et Pakkeforløp. I 1. tertial 2016 var andelen på 82,7 prosent.
- Helse Vest RHF hadde høyest andel av nye kreftpasienter med tykk- og endetarmskreft inkludert i et Pakkeforløp med 91,6 prosent, mens Helse Sør-Øst RHF hadde lavest andel med 80,9 prosent.
- På landsbasis i 1. tertial 2017 ble 77,2 prosent av Pakkeforløp for tykk- og endetarmskreft gjennomført innen maksimal anbefalt forløpstid. I 1. tertial 2016 var andelen på 76,7 prosent.
- Helse Midt-Norge RHF hadde høyest andel Pakkeforløp for tykk- og endetarmskreft gjennomført innen maksimal anbefalt forløpstid med 86,7 prosent, mens Helse Nord RHF hadde lavest andel med 74,0 prosent.

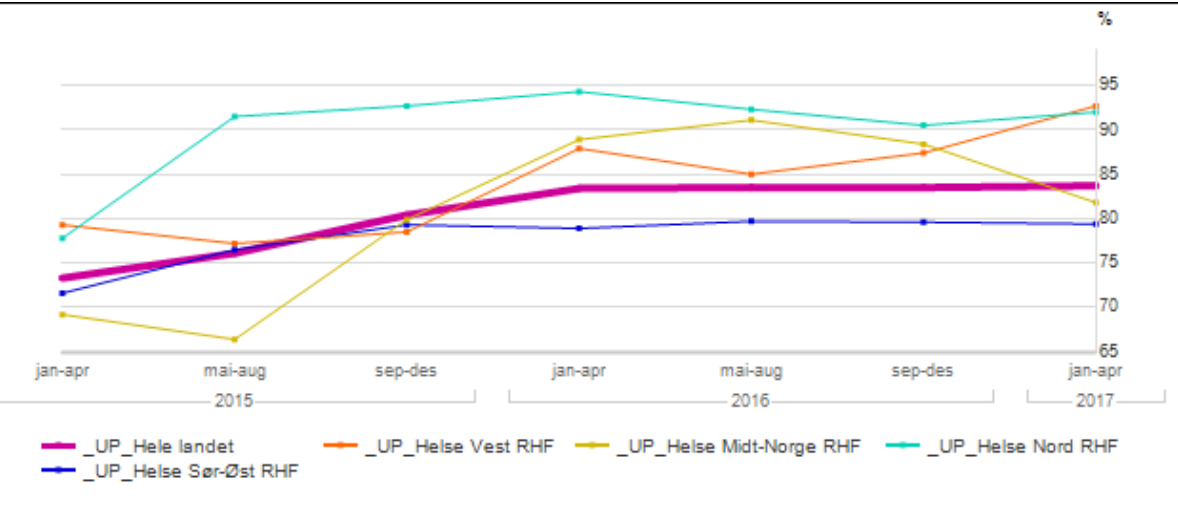
Behandlingssted	Andel nye kreftpasienter som inngår i Pakkeforløp	Andel Pakkeforløp gjennomført innenfor maksimal anbefalt forløpstid	Andel	Antall
_UP_Helse Nord-Trøndelag HF	97,9	88,4	97,9	46
_UP_Sykehuset i Telemark HF	97,9	78,4	97,9	47
_UP_Nordlandsykehuset HF	96,9	83,3	96,9	31
_UP_Helgelandsykehuset HF	94,1	82,4	94,1	16
_UP_Helse Bergen HF	93,5	65,3	93,5	101
_UP_Sørlandet sykehus HF	92,5	88,2	92,5	62
_UP_Diakonhjemmet sykehus AS	92,3	84,2	92,3	24
_UP_Haraldsplass Diakonale Sykehus AS	92,0	81,0	92,0	23
_UP_Helse Fonna HF	91,7	84,9	91,7	44
_UP_Akershus universitetssykehus HF	91,6	76,9	91,6	98
_UP_Helse Førde HF	91,2	82,8	91,2	31
_UP_Helse Stavanger HF	88,9	90,2	88,9	64
_UP_Universitetssykehuset Nord-Norge HF	87,7	65,2	87,7	50
_UP_Finnmarkssykehuset HF	85,7	76,9	85,7	12
_UP_Helse Møre og Romsdal HF	85,4	92,3	85,4	88
_UP_Hele landet	84,7	77,2	84,7	1 225
_UP_Sykehuset Innlandet HF	83,5	78,8	83,5	111
_UP_Sykehuset i Vestfold HF	80,0	74,1	80,0	48
_UP_St. Olavs Hospital HF	79,8	79,1	79,8	83
_UP_Sykehuset i Østfold HF	79,4	71,3	79,4	77
_UP_Lovisenberg Diakonale	75,0 ²⁾	-	75,0	6
_UP_Vestre Viken HF	72,7	63,5	72,7	96
_UP_Oslo universitetssykehus HF	62,0	63,2	62,0	67

0 20 40 60 80 % Data gjelder for perioden januar - april 2017

2) Tall for behandlingsstedet er fjernet for å øke anonymisering av dataene. Antall pasienter for en eller flere variabler er mindre enn eller lik 5.

Pakkeforløp for lungekreft

Definisjon: Andel nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp for lungekreft og andel som har en forløpstid fra start av forløpet til start av kirurgisk behandling, medikamentell behandling eller strålebehandling, som er innenfor maksimal anbefalt forløpstid.



Figuren viser andelen nye kreftpasienter med lungekreft inkludert i et Pakkeforløp.

Resultater og kommentarer

- På landsbasis i 1. tertial 2017 ble 83,7 prosent av nye kreftpasienter med lungekreft inkludert i et Pakkeforløp. I 1. tertial 2016 var andelen på 83,4 prosent.
- Helse Vest RHF hadde høyest andel av nye kreftpasienter med lungekreft inkludert i et Pakkeforløp med 92,7 prosent, mens Helse Sør-Øst RHF hadde lavest andel med 79,4 prosent.
- På landsbasis i 1. tertial 2017 ble 59,9 prosent av Pakkeforløp for lungekreft gjennomført innen maksimal anbefalt forløpstid. I 1. tertial 2016 var andelen på 58,1 prosent.
- Helse Vest RHF hadde høyest andel Pakkeforløp for lungekreft gjennomført innen maksimal anbefalt forløpstid med 65,6 prosent, mens Helse Sør-Øst RHF hadde lavest andel med 56,3 prosent.

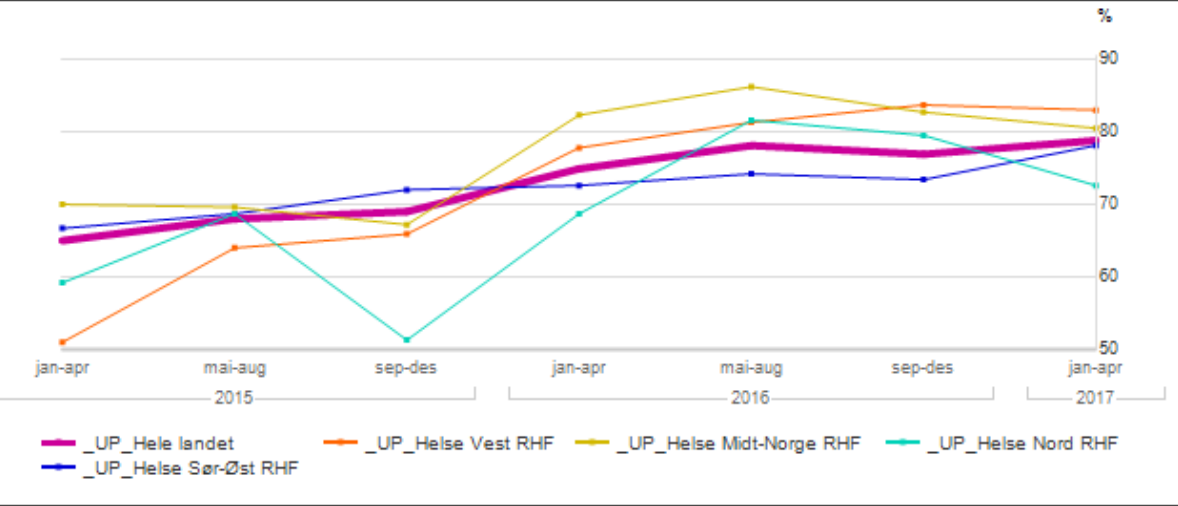
Behandlingssted	Andel nye kreftpasienter som inngår i Pakkeforløp	Andel Pakkeforløp gjennomført innenfor maksimal anbefalt forløpstid	Andel	Antall
_UP_Finmarksykehuset HF	100,0	80,0	100,0	5
_UP_Haraldsplass Diakonale Sykehus AS	100,0	60,0	60,0	5
_UP_Helse Nord-Trøndelag HF	100,0	50,0	50,0	26
_UP_Helse Bergen HF	98,1	63,3	63,3	105
_UP_Universitetssykehuset Nord-Norge HF	95,5	73,7	73,7	42
_UP_Helse Førde HF	95,2	71,4	71,4	20
_UP_Sykehuset i Vestfold HF	93,1	69,6	69,6	27
_UP_Lovisenberg Diakonale	87,5	72,7	72,7	14
_UP_Nordlandssykehuset HF	87,5	51,7	51,7	28
_UP_Helse Stavanger HF	87,3	74,5	74,5	55
_UP_Akershus universitetssykehus HF	86,9	75,0	75,0	73
_UP_St. Olavs Hospital HF	86,4	65,5	65,5	70
_UP_Helse Fonna HF	86,1	54,2	54,2	31
_UP_Sykehuset Innlandet HF	84,5	51,0	51,0	60
_UP_Hele landet	83,7	59,9	59,9	893
_UP_Helgelandsykehuset HF	83,3 ₂₎	.	83,3 ₂₎	5
_UP_Sørlandet sykehus HF	82,6	58,3	58,3	57
_UP_Diakonhjemmet sykehus AS	82,4	60,0	60,0	14
_UP_Sykehuset i Østfold HF	80,8	47,2	47,2	59
_UP_Sykehuset i Telemark HF	77,8	55,6	55,6	21
_UP_Oslo universitetssykehus HF	75,2	52,5	52,5	91
_UP_Helse Møre og Romsdal HF	67,2	54,5	54,5	39
_UP_Vestre Viken HF	61,3	32,4	32,4	46

0 20 40 60 80 100 % Data gjelder for perioden januar - april 2017

2) Tall for behandlingsstedet er fjernet for å øke anonymisering av dataene. Antall pasienter for en eller flere variabler er mindre enn eller lik 5.

Pakkeforløp for prostatakreft

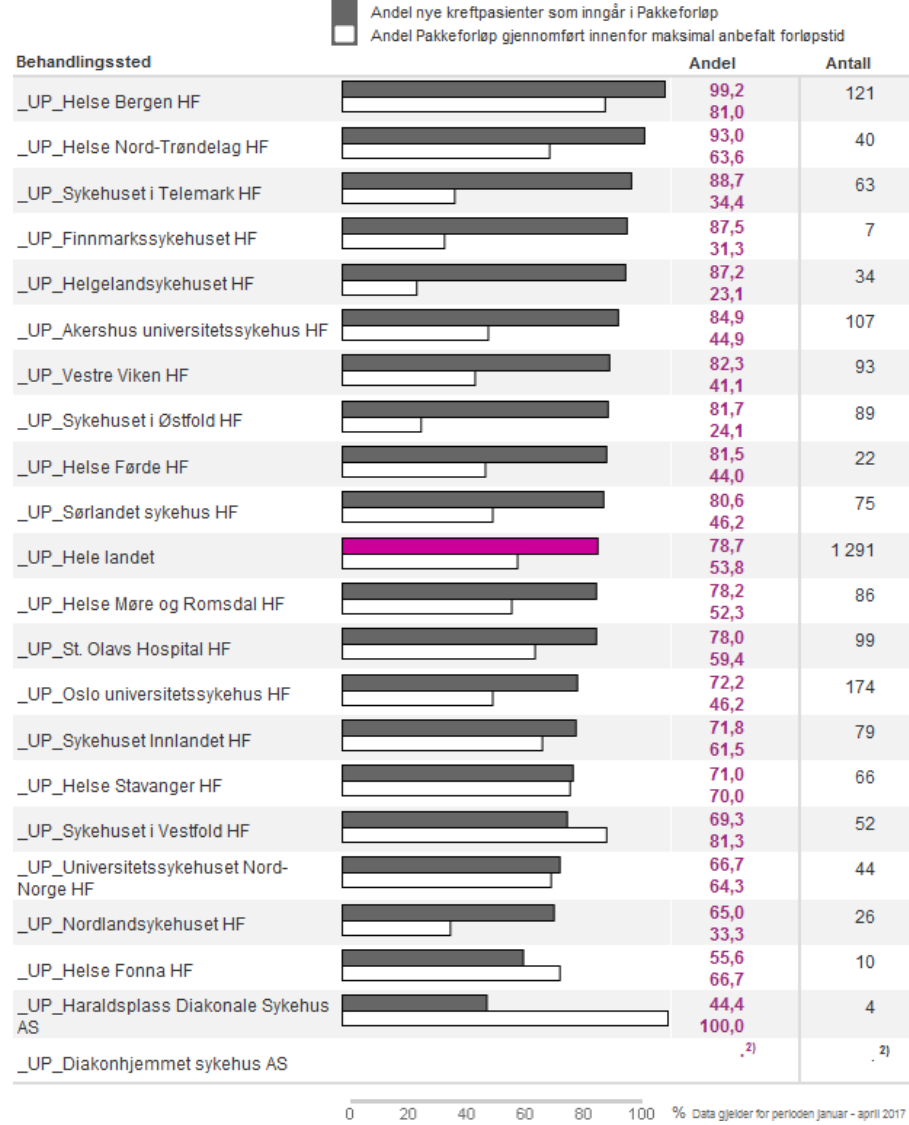
Definisjon: Andel nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp for prostatakreft og andel som har en forløpstid fra start av forløpet til start av kirurgisk behandling, medikamentell behandling, strålebehandling eller overvåking uten behandling, som er innenfor maksimal anbefalt forløpstid.



Figuren viser andelen nye kreftpasienter med prostatakreft inkludert i et Pakkeforløp.

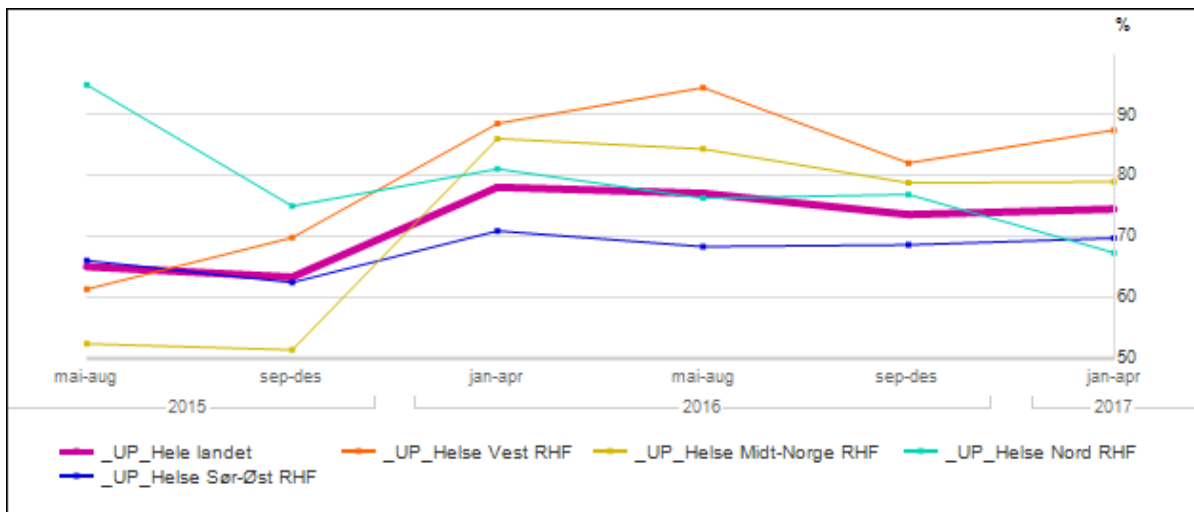
Resultater og kommentarer

- På landsbasis i 1. tertial 2017 ble 78,7 prosent av nye kreftpasienter med prostatakreft inkludert i et Pakkeforløp. I 1. tertial 2016 var andelen på 74,8 prosent.
- Helse Vest RHF hadde høyest andel av nye kreftpasienter med prostatakreft inkludert i et Pakkeforløp med 82,9 prosent, mens Helse Nord RHF hadde lavest andel med 72,5 prosent.
- På landsbasis i 1. tertial 2017 ble 53,8 prosent av Pakkeforløp for prostatakreft gjennomført innen maksimal anbefalt forløpstid. I 1. tertial 2016 var andelen på 53,7 prosent.
- Helse Vest RHF hadde høyest andel Pakkeforløp for prostatakreft gjennomført innen maksimal anbefalt forløpstid med 74,2 prosent, mens Helse Nord RHF hadde lavest andel med 45,7 prosent.



Pakkeforløp for blærekreft

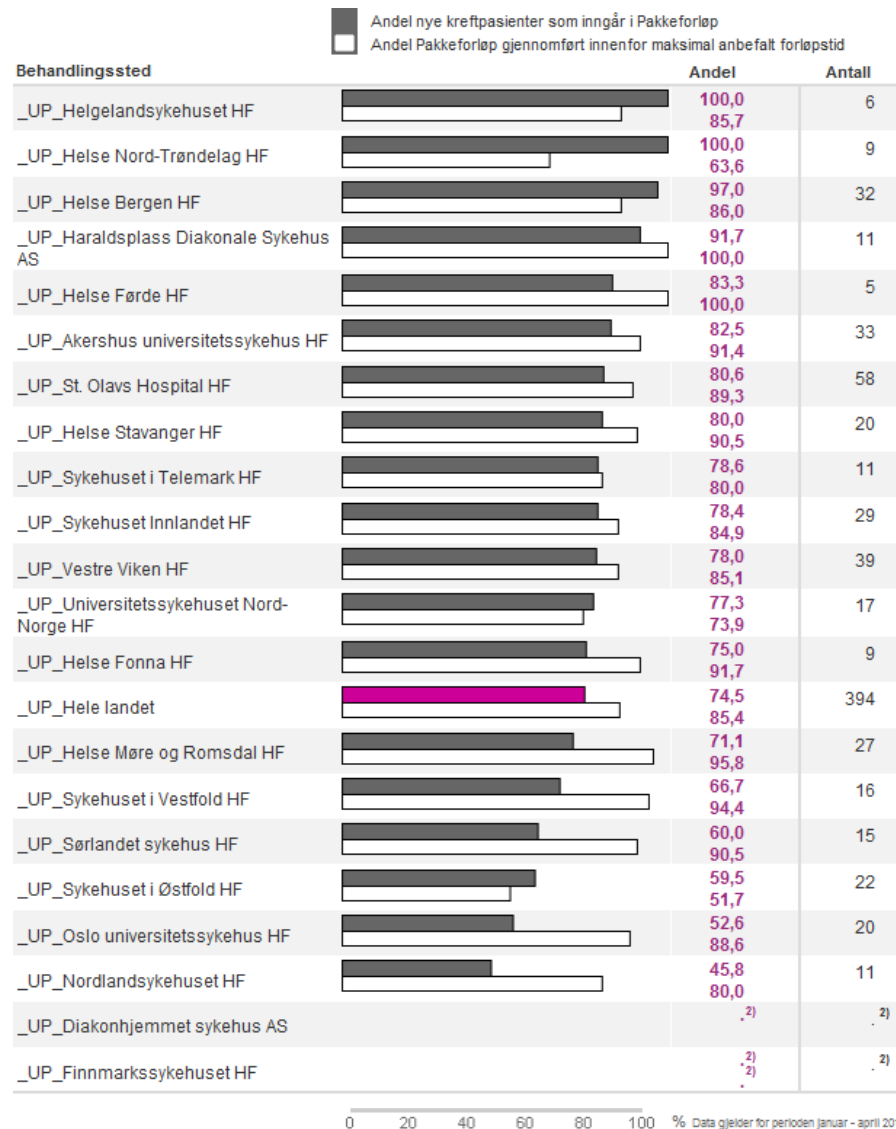
Definisjon: Andel nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp for blærekreft og andel som har en forløpstid fra start av forløpet til start av kirurgisk behandling, medikamentell behandling eller strålebehandling, som er innenfor maksimal anbefalt forløpstid.



Figuren viser andelen nye kreftpasienter med blærekreft inkludert i et Pakkeforløp.

Resultater og kommentarer

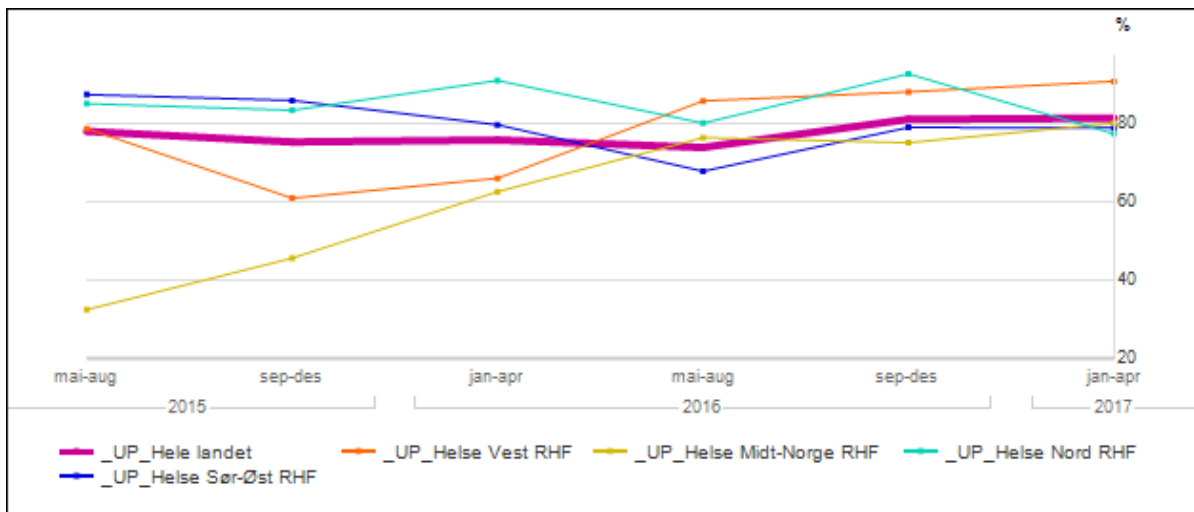
- På landsbasis i 1. tertial 2017 ble 74,5 prosent av nye kreftpasienter med blærekreft inkludert i et Pakkeforløp. I 1. tertial 2016 var andelen på 78,1 prosent.
- Helse Vest RHF hadde høyest andel av nye kreftpasienter med blærekreft inkludert i et Pakkeforløp med 87,5 prosent, mens Helse Nord RHF hadde lavest andel med 67,3 prosent.
- På landsbasis i 1. tertial 2017 ble 85,4 prosent av Pakkeforløp for blærekreft gjennomført innen maksimal anbefalt forløpstid. I 1. tertial 2016 var andelen på 75,8 prosent.
- Helse Vest RHF hadde høyest andel Pakkeforløp for blærekreft gjennomført innen maksimal anbefalt forløpstid med 90,4 prosent, mens Helse Nord RHF hadde lavest andel med 75,5 prosent.



2) Tall for behandlingsstedet er fjernet for å øke anonymisering av dataene. Antall pasienter for en eller flere variabler er mindre enn eller lik 5.

Pakkeforløp for hode-halskreft

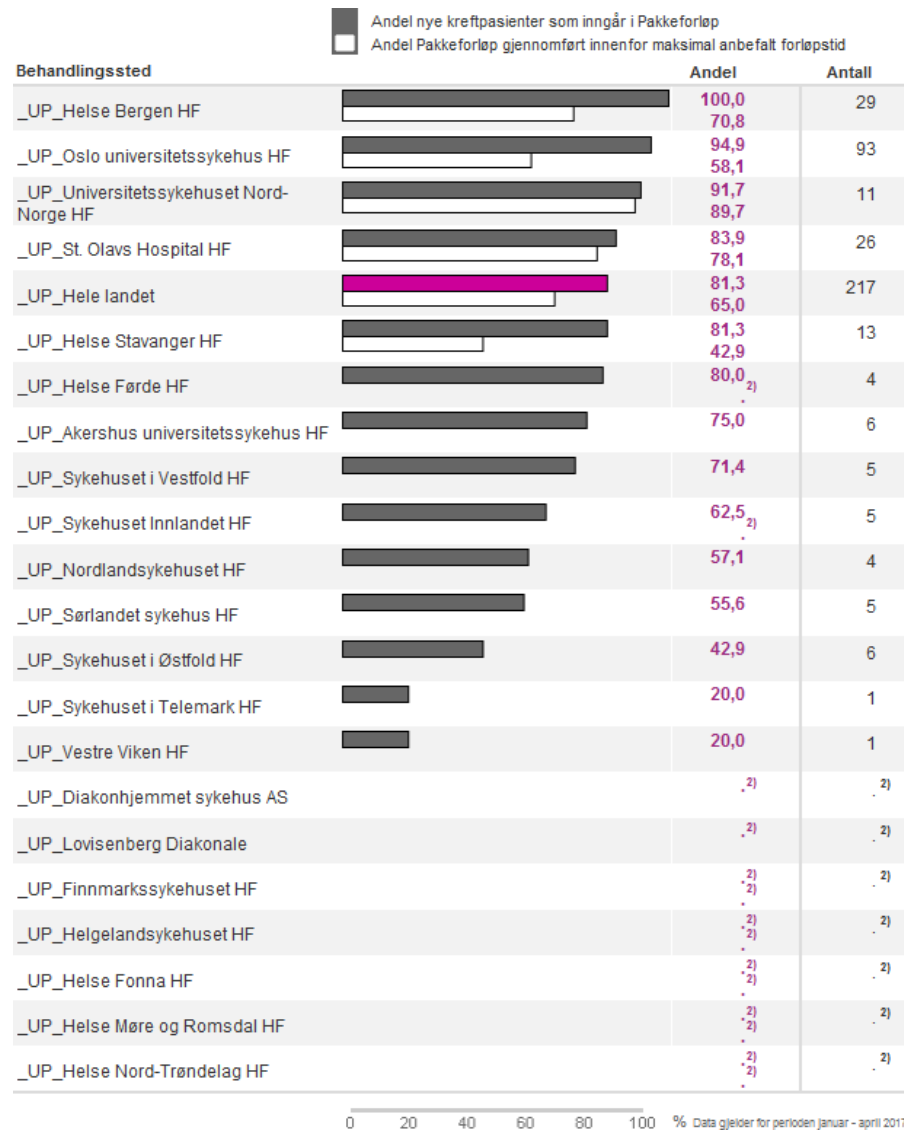
Definisjon: Andel nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp for hode-halskreft og andel som har en forløpstid fra start av forløpet til start av kirurgisk behandling, medikamentell behandling eller strålebehandling, som er innenfor maksimal anbefalt forløpstid.



Figuren viser andelen nye kreftpasienter med hode-halskreft inkludert i et Pakkeforløp.

Resultater og kommentarer

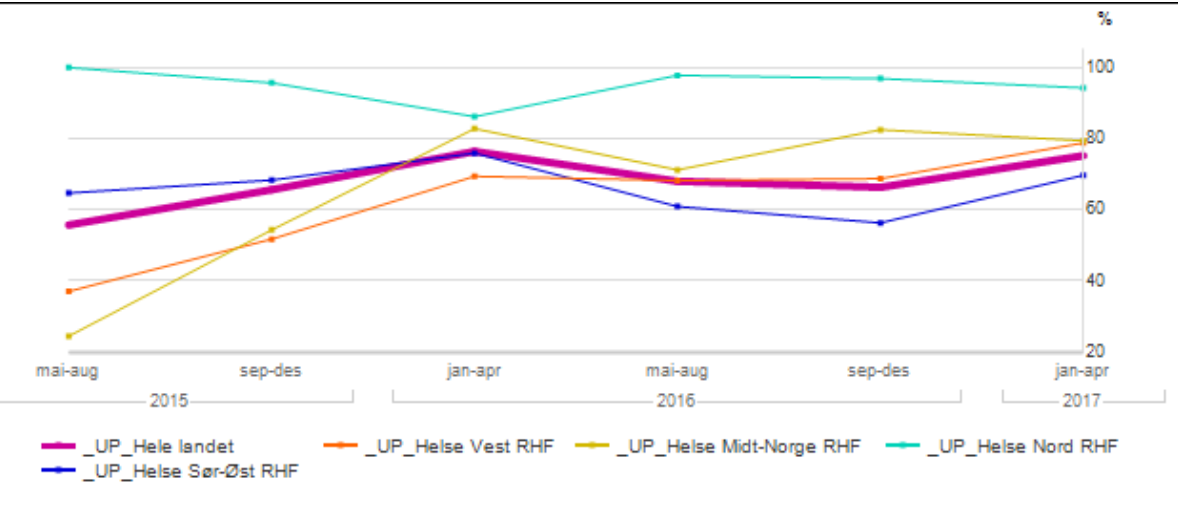
- På landsbasis i 1. tertial 2017 ble 81,3 prosent av nye kreftpasienter med hode-halskreft inkludert i et Pakkeforløp. I 1. tertial 2016 var andelen på 75,7 prosent.
- Helse Vest RHF hadde høyest andel av nye kreftpasienter med hode-halskreft inkludert i et Pakkeforløp med 90,7 prosent, mens Helse Nord RHF hadde lavest andel med 77,3 prosent.
- På landsbasis i 1. tertial 2017 ble 65,0 prosent av Pakkeforløp for hode-halskreft gjennomført innen maksimal anbefalt forløpstid. I 1. tertial 2016 var andelen på 60,9 prosent.
- Helse Nord RHF hadde høyest andel Pakkeforløp for hode-halskreft gjennomført innen maksimal anbefalt forløpstid med 84,4 prosent, mens Helse Sør-Øst RHF hadde lavest andel med 58,4 prosent.



0 20 40 60 80 100 % Data gjelder for perioden januar - april 2017

Pakkeforløp for lymfom

Definisjon: Andel nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp for lymfom og andel som har en forløpstid fra start av forløpet til start av kirurgisk behandling, medikamentell behandling eller strålebehandling, som er innenfor maksimal anbefalt forløpstid.



Figuren viser andelen nye kreftpasienter med lymfom inkludert i et Pakkeforløp.

Resultater og kommentarer

- På landsbasis i 1. tertial 2017 ble 75,2 prosent av nye kreftpasienter med lymfom inkludert i et Pakkeforløp. I 1. tertial 2016 var andelen på 76,4 prosent.
- Helse Nord RHF hadde høyest andel av nye kreftpasienter med lymfom inkludert i et Pakkeforløp med 94,3 prosent, mens Helse Sør-Øst RHF hadde lavest andel med 69,7 prosent.
- På landsbasis i 1. tertial 2017 ble 65,6 prosent av Pakkeforløp for lymfom gjennomført innen maksimal anbefalt forløpstid. I 1. tertial 2016 var andelen på 66,6 prosent.
- Helse Midt-Norge RHF hadde høyest andel Pakkeforløp for lymfom gjennomført innen maksimal anbefalt forløpstid med 77,4 prosent, mens Helse Sør-Øst RHF hadde lavest andel med 58,3 prosent.

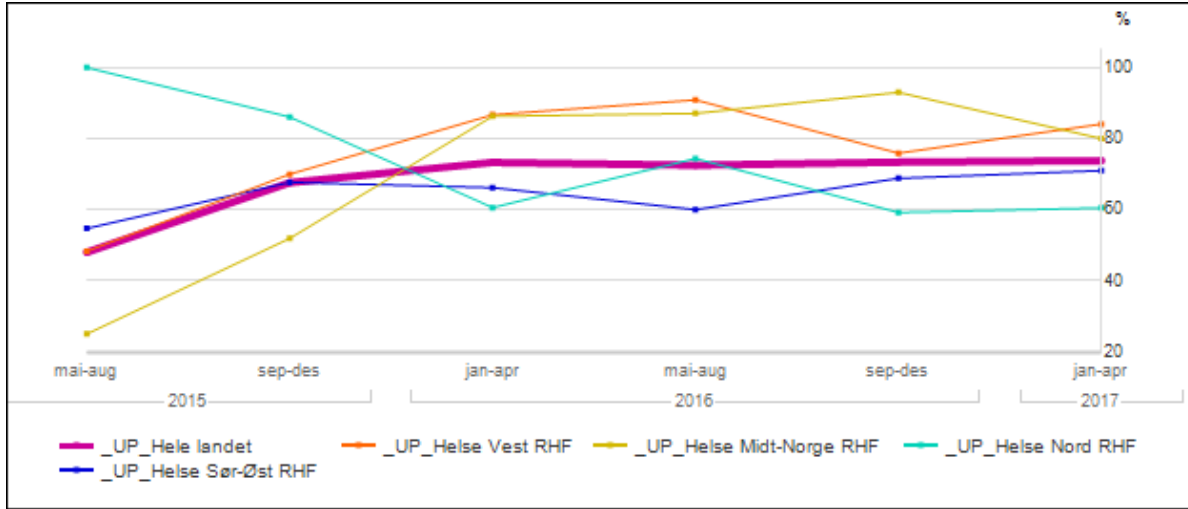
Behandlingssted	Andel nye kreftpasienter som inngår i Pakkeforløp	Andel Pakkeforløp gjennomført innenfor maksimal anbefalt forløpstid	Andel	Antall
_UP_Helse Nord-Trøndelag HF	100,0	80,0	100,0	14
_UP_Universitetssykehuset Nord-Norge HF	100,0	76,2	100,0	22
_UP_Helse Fonna HF	100,0	55,6	100,0	8
_UP_Nordlandsykehuset HF	100,0	33,3	100,0	9
_UP_Sykehuset i Østfold HF	94,7	36,4	94,7	18
_UP_St. Olavs Hospital HF	89,3	77,5	89,3	25
_UP_Helse Bergen HF	89,3	76,2	89,3	25
_UP_Sykehuset i Telemark HF	87,5	77,8	87,5	14
_UP_Diakonhjemmet sykehus AS	83,3 ²⁾	.	83,3 ²⁾	5
_UP_Hele landet	75,2	65,6	75,2	282
_UP_Sykehuset i Vestfold HF	71,4	62,5	71,4	5
_UP_Sykehuset Innlandet HF	69,2	16,7	69,2	18
_UP_Oslo universitetssykehus HF	67,8	67,3	67,8	40
_UP_Akershus universitetssykehus HF	65,6	45,0	65,6	21
_UP_Helse Stavanger HF	60,7	77,8	60,7	17
_UP_Sørlandet sykehus HF	57,1 ²⁾	.	57,1 ²⁾	12
_UP_Vestre Viken HF	54,5	71,4	54,5	12
_UP_Helse Møre og Romsdal HF	52,4 ²⁾	.	52,4 ²⁾	11
_UP_Haraldsplass Diakonale Sykehus AS	33,3	.	33,3	2
_UP_Finnmarksykehuset HF	²⁾	.	²⁾	²⁾
_UP_Helgelandsykehuset HF	²⁾	.	²⁾	²⁾
_UP_Helse Førde HF	²⁾	.	²⁾	²⁾
_UP_Lovisenberg Diakonale	²⁾	.	²⁾	²⁾

0 20 40 60 80 100 % Data gjelder for perioden januar - april 2017

2) Tall for behandlingsstedet er fjernet for å øke anonymisering av dataene. Antall pasienter for en eller flere variabler er mindre enn eller lik 5.

Pakkeforløp for nyrekreft

Definisjon: Andel nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp for nyrekreft og andel som har en forløpstid fra start av forløpet til start av kirurgisk behandling, medikamentell behandling eller strålebehandling, som er innenfor maksimal anbefalt forløpstid.



Figuren viser andelen nye kreftpasienter med nyrekreft inkludert i et Pakkeforløp.

Resultater og kommentarer

- På landsbasis i 1. tertial 2017 ble 73,8 prosent av nye kreftpasienter med nyrekreft inkludert i et Pakkeforløp. I 1. tertial 2016 var andelen på 73,3 prosent.
- Helse Vest RHF hadde høyest andel av nye kreftpasienter med nyrekreft inkludert i et Pakkeforløp med 84,1 prosent, mens Helse Nord RHF hadde lavest andel med 60,5 prosent.
- På landsbasis i 1. tertial 2017 ble 58,6 prosent av Pakkeforløp for nyrekreft gjennomført innen maksimal anbefalt forløpstid. I 1. tertial 2016 var andelen på 58,7 prosent.
- Helse Midt-Norge RHF hadde høyest andel Pakkeforløp for nyrekreft gjennomført innen maksimal anbefalt forløpstid med 84,8 prosent, mens Helse Nord RHF hadde lavest andel med 42,1 prosent.

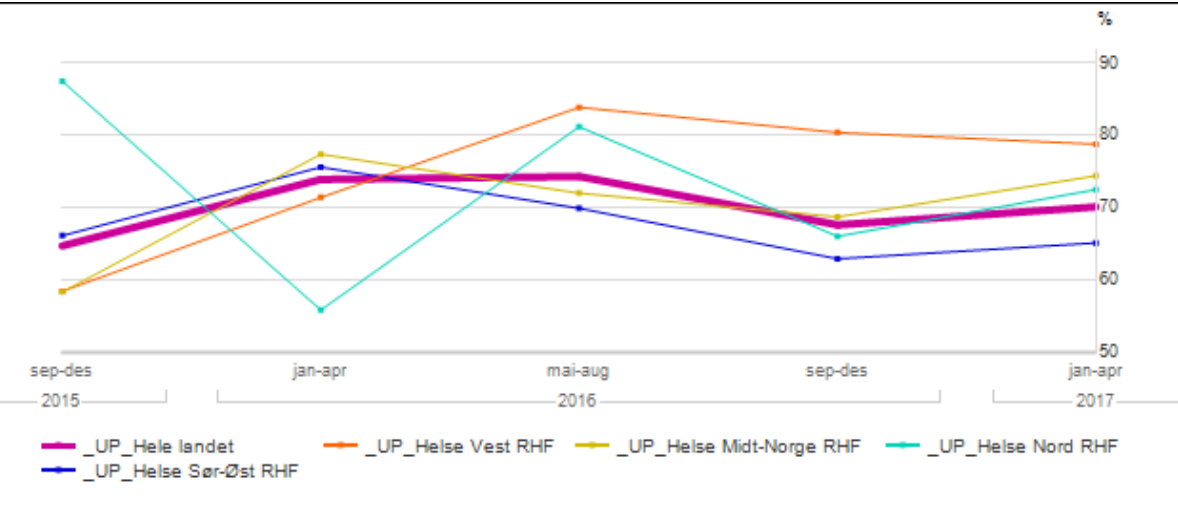
Behandlingssted	Andel nye kreftpasienter som inngår i Pakkeforløp		Antall
	Andel nye kreftpasienter som inngår i Pakkeforløp	Andel Pakkeforløp gjennomført innenfor maksimal anbefalt forløpstid	
_UP_Helse Fonna HF	100,0	27,3	12
_UP_Helse Bergen HF	94,6	72,4	35
_UP_Sørlandet sykehus HF	92,0	60,0	23
_UP_Sykehuset i Telemark HF	85,7	66,7	6
_UP_Sykehuset Innlandet HF	84,2	38,1	16
_UP_St. Olavs Hospital HF	80,0	87,0	40
_UP_Universitetssykehuset Nord-Norge HF	80,0	40,0	20
_UP_Helse Møre og Romsdal HF	76,9	87,5	10
_UP_Vestre Viken HF	75,0	21,1	18
_UP_Akershus universitetssykehus HF	74,1	87,5	20
_UP_Hele landet	73,8	58,6	268
_UP_Sykehuset i Vestfold HF	64,7	80,0	11
_UP_Oslo universitetssykehus HF	61,2	64,0	30
_UP_Helse Stavanger HF	50,0	40,0	8
_UP_Sykehuset i Østfold HF	43,8	16,7	7
_UP_Haraldsplass Diakonale Sykehus AS	33,3 ²⁾	.	7
_UP_Nordlandssykehuset HF	14,3 ²⁾	.	2
_UP_Lovisenberg Diakonale	.	.	2)
_UP_Diakonhjemmet sykehus AS	.	.	2)
_UP_Finnmarksykehuset HF	.	.	2)
_UP_Helgelandsykehuset HF	.	.	2)
_UP_Helse Førde HF	.	.	2)
_UP_Helse Nord-Trøndelag HF	.	.	2)

0 20 40 60 80 100 % Data gjelder for perioden januar - april 2017

2) Tall for behandlingsstedet er fjernet for å øke anonymisering av dataene. Antall pasienter for en eller flere variabler er mindre enn eller lik 5.

Pakkeforløp for føflekkreft

Definisjon: Andel nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp for føflekkreft og andel som har en forløpstid fra start av forløpet til start av kirurgisk behandling, medikamentell behandling eller strålebehandling, som er innenfor maksimal anbefalt forløpstid.



Figuren viser andelen nye kreftpasienter med føflekkreft inkludert i et Pakkeforløp.

Resultater og kommentarer

- På landsbasis i 1. tertial 2017 ble 70,1 prosent av nye kreftpasienter med føflekkreft inkludert i et Pakkeforløp. I 1. tertial 2016 var andelen på 73,9 prosent.
- Helse Vest RHF hadde høyest andel av nye kreftpasienter med føflekkreft inkludert i et Pakkeforløp med 78,8 prosent, mens Helse Sør-Øst RHF hadde lavest andel med 65,1 prosent.
- På landsbasis i 1. tertial 2017 ble 90,0 prosent av Pakkeforløp for føflekkreft gjennomført innen maksimal anbefalt forløpstid. I 1. tertial 2016 var andelen på 93,1 prosent.
- Helse Midt-Norge RHF hadde høyest andel Pakkeforløp for føflekkreft innen maksimal anbefalt forløpstid med 95,7 prosent, mens Helse Vest RHF hadde lavest andel med 87,5 prosent.

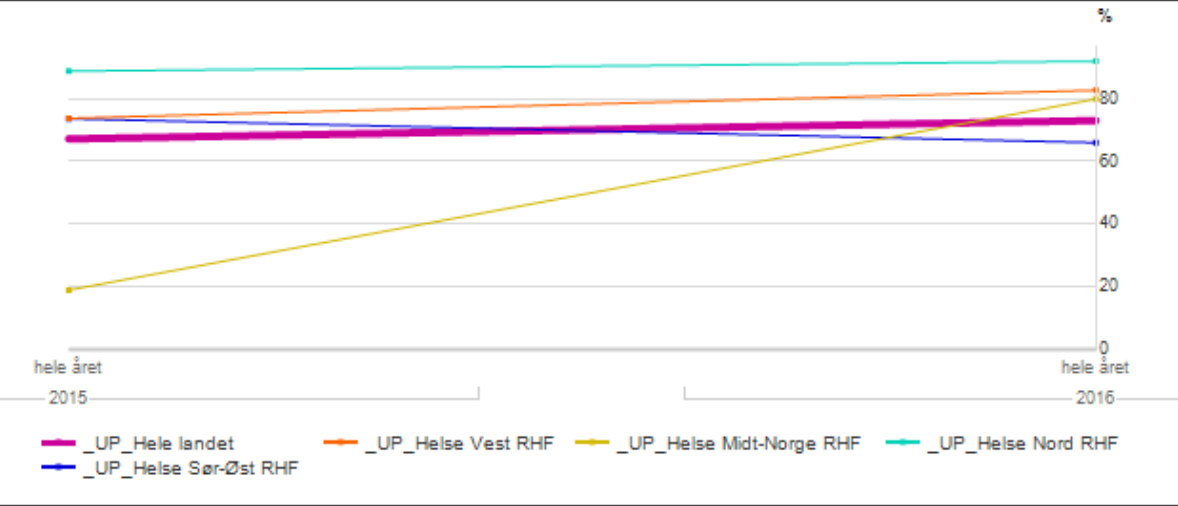
Behandlingssted	Andel nye kreftpasienter som inngår i Pakkeforløp	Andel Pakkeforløp gjennomført innenfor maksimal anbefalt forløpstid	Andel	Antall
_UP_Helse Nord-Trøndelag HF	100,0	94,7	100,0	14
_UP_Finnmarkssykehuset HF	100,0 ²⁾	.	100,0 ²⁾	5
_UP_Helse Fonna HF	93,8	44,4	93,8	15
_UP_Helse Bergen HF	91,9	94,0	91,9	68
_UP_Sykehuset i Vestfold HF	88,9	92,3	88,9	32
_UP_Helse Førde HF	88,9	87,5	88,9	8
_UP_Universitetssykehuset Nord-Norge HF	80,0	91,3	80,0	16
_UP_St. Olavs Hospital HF	76,7	100,0	76,7	69
_UP_Sykehuset Innlandet HF	76,7	90,9	76,7	33
_UP_Vestre Viken HF	76,3	96,8	76,3	45
_UP_Oslo universitetssykehus HF	71,9	89,3	71,9	82
_UP_Hele landet	70,1	90,0	70,1	513
_UP_Sykehuset i Østfold HF	65,0	96,4	65,0	26
_UP_Nordlandssykehuset HF	58,3	85,7	58,3	7
_UP_Helse Stavanger HF	55,7	90,2	55,7	34
_UP_Sørlandet sykehus HF	47,5	76,9	47,5	19
_UP_Sykehuset i Telemark HF	44,4	100,0	44,4	20
_UP_Helse Møre og Romsdal HF	30,8	83,3	30,8	4
_UP_Akershus universitetssykehus HF	20,7	71,4	20,7	6
_UP_Diakonhjemmet sykehus AS	.	85,7	.	²⁾
_UP_Helgelandsykehuset HF	.	.	.	²⁾

0 20 40 60 80 100 % Data gjelder for perioden januar - april 2017

2) Tall for behandlingsstedet er fjernet for å øke anonymisering av dataene. Antall pasienter for en eller flere variabler er mindre enn eller lik 5.

Pakkeforløp for livmorhalskreft

Definisjon: Andel nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp for livmorhalskreft og andel som har en forløpstid fra start av forløpet til start av kirurgisk behandling, medikamentell behandling eller strålebehandling, som er innenfor maksimal anbefalt forløpstid.



Figuren viser andelen nye kreftpasienter med livmorhalskreft inkludert i et Pakkeforløp.

Resultater og kommentarer

- På landsbasis i 2016 ble 73,1 prosent av nye kreftpasienter med livmorhalskreft inkludert i et Pakkeforløp. I 2015 var andelen på 67,2 prosent.
- Helse Nord RHF hadde høyest andel av nye kreftpasienter med livmorhalskreft inkludert i et Pakkeforløp med 92,1 prosent, mens Helse Sør-Øst RHF hadde lavest andel med 66,0 prosent.
- På landsbasis i 2016 ble 51,0 prosent Pakkeforløp for livmorhalskreft gjennomført innen maksimal anbefalt forløpstid. I 2015 var andelen på 45,8 prosent.
- Helse Nord RHF hadde høyest andel Pakkeforløp for livmorhalskreft gjennomført innen maksimal anbefalt forløpstid med 73,5 prosent, mens Helse Sør-Øst RHF hadde lavest andel med 35,6 prosent.

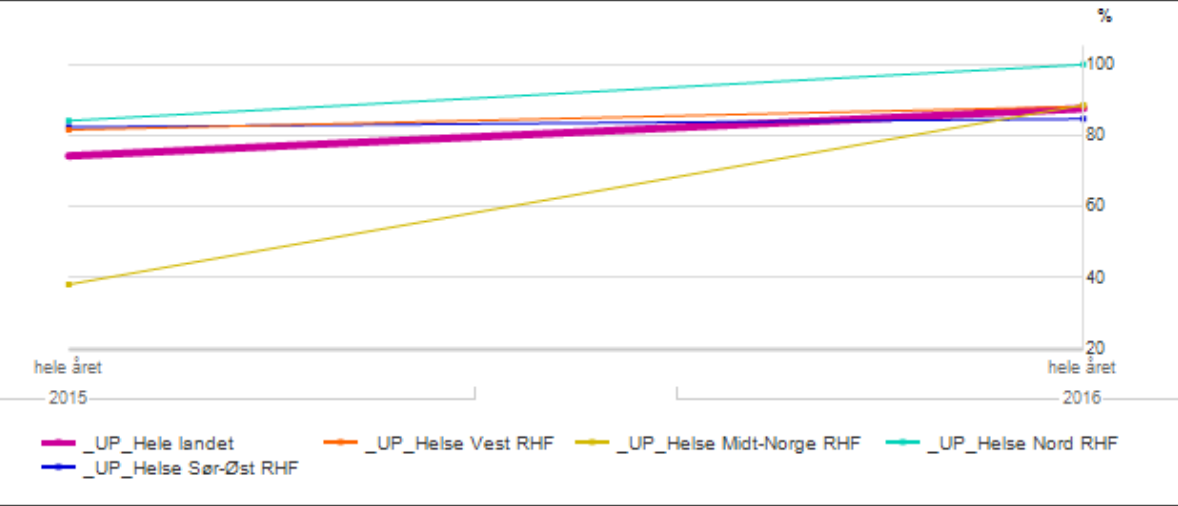
Behandlingssted	Andel nye kreftpasienter som inngår i Pakkeforløp	Andel Pakkeforløp gjennomført innenfor maksimal anbefalt forløpstid	Andel	Antall
_UP_Nordlandssykehuset HF	100,0 ²⁾	.		5
_UP_Universitetssykehuset Nord-Norge HF	90,3	73,3		28
_UP_Sykehuset i Vestfold HF	85,7	20,0		6
_UP_Helse Stavanger HF	84,6	66,7		11
_UP_Helse Bergen HF	82,9	72,4		34
_UP_Akershus universitetssykehus HF	82,6	17,6		19
_UP_Sykehuset Innlandet HF	80,0	37,5		8
_UP_Helse Møre og Romsdal HF	80,0 ²⁾	.		8
_UP_St. Olavs Hospital HF	78,7	72,4		37
_UP_Hele landet	73,1	51,0		288
_UP_Oslo universitetssykehus HF	68,0	44,0		100
_UP_Sørlandet sykehus HF	46,7 ²⁾	.		7
_UP_Vestre Viken HF	45,8	16,7		11
_UP_Sykehuset i Østfold HF	37,5 ²⁾	.		3
_UP_Finnmarkssykehuset HF	²⁾	²⁾		²⁾
_UP_Helgelandsykehuset HF	²⁾	²⁾		²⁾
_UP_Helse Fonna HF	²⁾	²⁾		²⁾
_UP_Helse Førde HF	²⁾	²⁾		²⁾
_UP_Helse Nord-Trøndelag HF	²⁾	²⁾		²⁾
_UP_Sykehuset i Telemark HF	²⁾	²⁾		²⁾

0 20 40 60 80 100 % Data gjelder for perioden 2016

2) Tall for behandlingsstedet er fjernet for å øke anonymisering av dataene. Antall pasienter for en eller flere variabler er mindre enn eller lik 5.

Pakkeforløp for testikkelkreft

Definisjon: Andel nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp for testikkelkreft og andel som har en forløpstid fra start av forløpet til start av kirurgisk behandling, medikamentell behandling, strålebehandling eller til overvåking uten behandling, som er innenfor maksimal anbefalt forløpstid.



Figuren viser andelen nye kreftpasienter med testikkelkreft inkludert i et Pakkeforløp.

Resultater og kommentarer

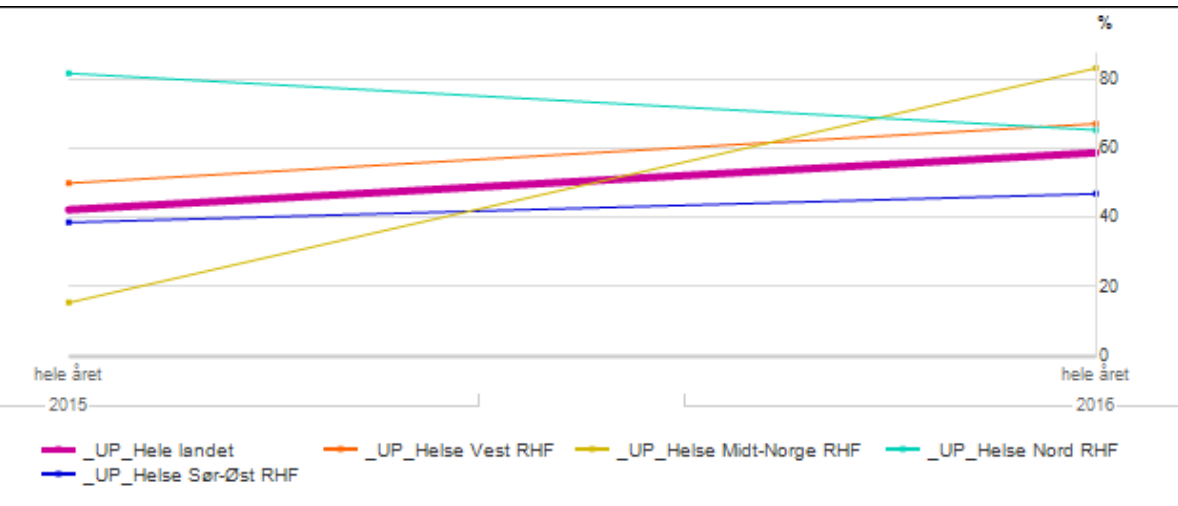
- På landsbasis i 2016 ble 87,6 prosent av nye kreftpasienter med testikkelkreft inkludert i et Pakkeforløp. I 2015 var andelen på 74,3 prosent.
- Helse Nord RHF hadde høyest andel av nye kreftpasienter med testikkelkreft inkludert i et Pakkeforløp med 100,0 prosent, mens Helse Sør-Øst RHF hadde lavest andel med 84,7 prosent.
- På landsbasis i 2016 ble 69,6 prosent av Pakkeforløp for testikkelkreft gjennomført innen maksimal anbefalt forløpstid. I 2015 var andelen på 75,2 prosent.
- Helse Midt-Norge RHF hadde høyest andel Pakkeforløp for testikkelkreft innen maksimal anbefalt forløpstid med 87,5 prosent, mens Helse Nord RHF hadde lavest andel med 61,0 prosent.

Behandlingssted	Andel nye kreftpasienter som inngår i Pakkeforløp	Andel Pakkeforløp gjennomført innenfor maksimal anbefalt forløpstid	Andel	Antall
_UP_Haraldsplass Diakonale Sykehus AS	100,0	100,0	100,0	5
_UP_Helse Fonna HF	100,0	100,0	100,0	14
_UP_Universitetssykehuset Nord-Norge HF	100,0	60,9	60,9	21
_UP_Helse Førde HF	100,0	60,0	60,0	6
_UP_Nordlandssykehuset HF	100,0	54,5	54,5	11
_UP_Sykehuset i Vestfold HF	100,0	41,7	41,7	10
_UP_Helse Nord-Trøndelag HF	100,0	28,6	28,6	10
_UP_Sykehuset i Telemark HF	100,0 ²⁾	.	100,0 ²⁾	5
_UP_Sørlandet sykehus HF	96,3	77,3	77,3	26
_UP_Akerhus universitetssykehus HF	92,9	80,0	80,0	13
_UP_Helse Møre og Romsdal HF	92,3	100,0	100,0	12
_UP_Sykehuset Innlandet HF	90,5	55,6	55,6	19
_UP_Hele landet	87,6	69,6	69,6	318
_UP_St. Olavs Hospital HF	85,1	100,0	100,0	40
_UP_Sykehuset i Østfold HF	84,6	68,8	68,8	11
_UP_Helse Bergen HF	84,6	57,7	57,7	22
_UP_Vestre Viken HF	80,0	61,5	61,5	16
_UP_Helse Stavanger HF	76,5	36,4	36,4	13
_UP_Oslo universitetssykehus HF	75,9	72,6	72,6	60
_UP_Finnmarkssykehuset HF	60,0	.	60,0	²⁾
_UP_Helgelandsykehuset HF	²⁾	²⁾	²⁾	²⁾
_UP_Lovisenberg Diakonale	²⁾	²⁾	²⁾	²⁾

2) Tall for behandlingsstedet er fjernet for å øke anonymisering av dataene. Antall pasienter for en eller flere variabler er mindre enn eller lik 5.

Pakkeforløp for galleveiskreft

Definisjon: Andel Pakkeforløp for galleveiskreft som har en forløpstid fra start av forløpet til start av kirurgisk behandling, medikamentell behandling eller strålebehandling, som er innenfor maksimal anbefalt forløpstid



Figuren viser andelen nye kreftpasienter med galleveiskreft inkludert i et Pakkeforløp.

Resultater og kommentarer

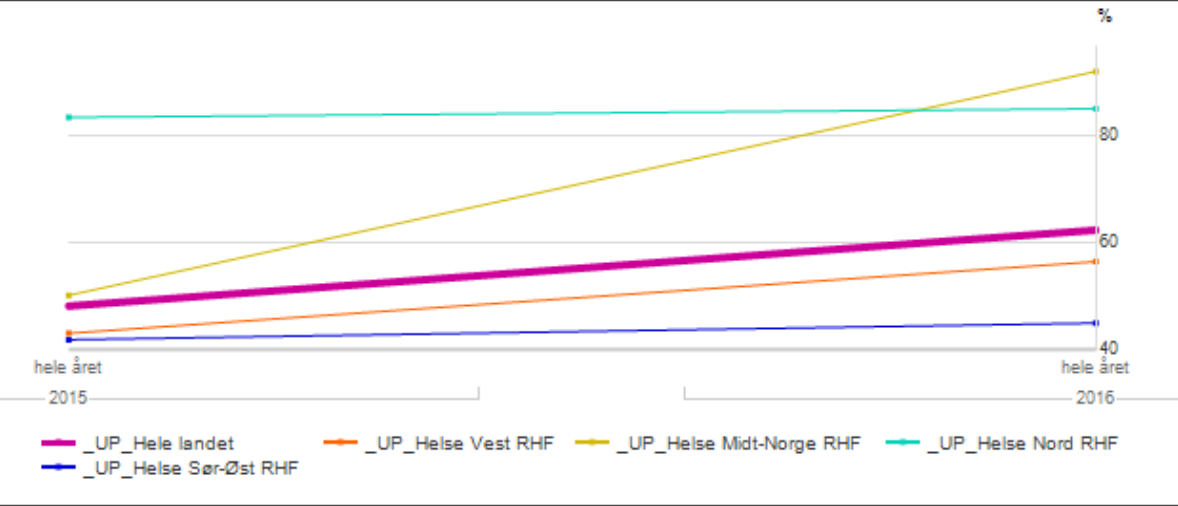
- På landsbasis i 2016 ble 58,8 prosent av nye kreftpasienter med galleveiskreft inkludert i et Pakkeforløp. I 2015 var andelen på 42,3 prosent.
- Helse Midt-Norge RHF hadde høyest andel av nye kreftpasienter med galleveiskreft inkludert i et Pakkeforløp med 83,3 prosent, mens Helse Sør-Øst RHF hadde lavest andel med 46,9 prosent.
- På landsbasis i 2016 ble 81,9 prosent Pakkeforløp for galleveiskreft gjennomført innen maksimal anbefalt forløpstid. I 2015 var andelen på 94,4 prosent.
- Helse Midt-Norge RHF hadde høyest andel Pakkeforløp for galleveiskreft gjennomført innen maksimal anbefalt forløpstid med 94,1 prosent, mens Helse Vest RHF hadde lavest andel med 72,7 prosent.

Behandlingssted	Andel nye kreftpasienter som inngår i Pakkeforløp	Andel Pakkeforløp gjennomført innenfor maksimal anbefalt forløpstid	Andel	Antall
_UP_Helse Nord-Trøndelag HF	100,0 ²⁾			11
_UP_Sykehuset i Vestfold HF	83,3 ²⁾			5
_UP_St. Olavs Hospital HF	81,8	91,7		18
_UP_Universitetssykehuset Nord-Norge HF	77,8	91,7		14
_UP_Helse Fonna HF	70,0			7
_UP_Oslo universitetssykehus HF	67,3	79,3		37
_UP_Helse Bergen HF	66,7	73,7		24
_UP_Helse Møre og Romsdal HF	66,7 ²⁾			6
_UP_Akershus universitetssykehus HF	62,5 ²⁾			5
_UP_Helse Stavanger HF	61,5 ²⁾			8
_UP_Hele landet	58,8	81,9		161
_UP_Vestre Viken HF	43,8 ²⁾			7
_UP_Nordlandssykehuset HF	42,9			3
_UP_Lovisenberg Diakonale	33,3 ²⁾			2
_UP_Sykehuset Innlandet HF	30,4			7
_UP_Sykehuset i Telemark HF	28,6 ²⁾			2
_UP_Sørlandet sykehus HF	18,2 ²⁾			2
_UP_Sykehuset i Østfold HF	11,8 ²⁾			2
_UP_Diakonhjemmet sykehus AS	, ²⁾			²⁾
_UP_Finnmarkssykehuset HF	, ²⁾			²⁾
_UP_Helgelandsykehuset HF	, ²⁾			²⁾
_UP_Helse Førde HF	, ²⁾			²⁾

2) Tall for behandlingsstedet er fjernet for å øke anonymisering av dataene. Antall pasienter for en eller flere variabler er mindre enn eller lik 5.

Pakkeforløp for kreft i skjoldbruskkjertelen

Definisjon: Andel nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp for kreft i skjoldbruskkjertelen og andel som har en forløpstid fra start av forløpet til start av kirurgisk behandling, medikamentell behandling eller strålebehandling, som er innenfor maksimal anbefalt forløpstid.



Figuren viser andelen nye kreftpasienter med skjoldbruskkjertelen inkludert i et Pakkeforløp.

Resultater og kommentarer

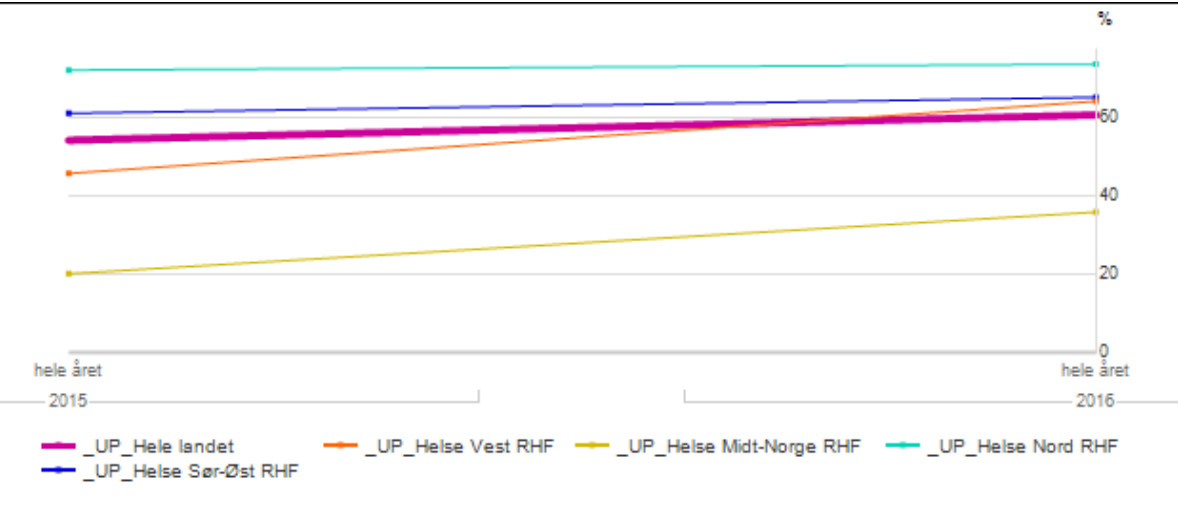
- På landsbasis i 2016 ble 62,2 prosent av nye kreftpasienter med skjoldbruskkjertelkreft inkludert i et Pakkeforløp. I 2015 var andelen på 48,0 prosent.
- Helse Midt-Norge RHF hadde høyest andel av nye kreftpasienter med skjoldbruskkjertelkreft inkludert i et Pakkeforløp med 91,9 prosent, mens Helse Sør-Øst RHF hadde lavest andel med 44,8 prosent.
- På landsbasis i 2016 ble 69,0 prosent Pakkeforløp for skjoldbruskkjertelkreft gjennomført innen maksimal anbefalt forløpstid. I 2015 var andelen på 76 prosent.
- Helse Midt-Norge RHF hadde høyest andel Pakkeforløp for skjoldbruskkjertelkreft gjennomført innen maksimal anbefalt forløpstid med 88,0 prosent, mens Helse Nord RHF hadde lavest andel med 57,1 prosent.

Behandlingssted	Andel nye kreftpasienter som inngår i Pakkeforløp	Andel Pakkeforløp gjennomført innenfor maksimal anbefalt forløpstid	Andel	Antall
_UP_Helse Møre og Romsdal HF	100,0	100,0	100,0	11
_UP_Universitetssykehuset Nord-Norge HF	97,4	56,4	97,4	38
_UP_St. Olavs Hospital HF	90,5	85,0	90,5	57
_UP_Vestre Viken HF	80,0		80,0	8
_UP_Sykehuset i Telemark HF	70,6	33,3	70,6	12
_UP_Helse Bergen HF	63,6	70,6	63,6	28
_UP_Hele landet	62,2	69,0	62,2	227
_UP_Sørlandet sykehus HF	53,3		53,3	8
_UP_Nordlandssykehuset HF	50,0		50,0	7
_UP_Sykehuset i Østfold HF	50,0 ²⁾		50,0 ²⁾	4
_UP_Sykehuset Innlandet HF	44,4 ²⁾		44,4 ²⁾	4
_UP_Helse Stavanger HF	42,1 ²⁾		42,1 ²⁾	8
_UP_Akershus universitetssykehus HF	37,5	37,5	37,5	9
_UP_Helgelandsykehuset HF	37,5 ²⁾		37,5 ²⁾	3
_UP_Oslo universitetssykehus HF	34,9	77,3	34,9	30
_UP_Helse Nord-Trøndelag HF	30,0		30,0	3
_UP_Helse Førde HF	10,0 ²⁾		10,0 ²⁾	1
_UP_Diakonhjemmet sykehus AS	. ²⁾		. ²⁾	. ²⁾
_UP_Sykehuset i Vestfold HF	. ²⁾		. ²⁾	. ²⁾
_UP_Finnmarkssykehuset HF	. ²⁾		. ²⁾	. ²⁾
_UP_Helse Fonna HF	. ²⁾		. ²⁾	. ²⁾

0 20 40 60 80 100 % Data gjelder for perioden 2016

Pakkeforløp for hjernekreft

Definisjon: Andel nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp for hjernekreft og andel som har en forløpstid fra start av forløpet til start av kirurgisk behandling, medikamentell behandling eller strålebehandling, som er innenfor maksimal anbefalt forløpstid.



Figuren viser andelen nye kreftpasienter med hjernekreft inkludert i et Pakkeforløp.

Resultater og kommentarer

- På landsbasis i 2016 ble 60,7 prosent av nye kreftpasienter med hjernekreft inkludert i et Pakkeforløp. I 2015 var andelen på 54,2 prosent.
- Helse Nord RHF hadde høyest andel av nye kreftpasienter med hjernekreft inkludert i et Pakkeforløp med 73,7 prosent, mens Helse Midt-Norge RHF hadde lavest andel med 35,8 prosent.
- På landsbasis i 2016 ble 78,7 prosent Pakkeforløp for hjernekreft gjennomført innen maksimal anbefalt forløpstid. I 2015 var andelen på 56,9 prosent.
- Helse Vest RHF hadde høyest andel Pakkeforløp for hjernekreft gjennomført innen maksimal anbefalt forløpstid med 87,8 prosent, mens Helse Midt-Norge RHF hadde lavest andel med 67,6 prosent.

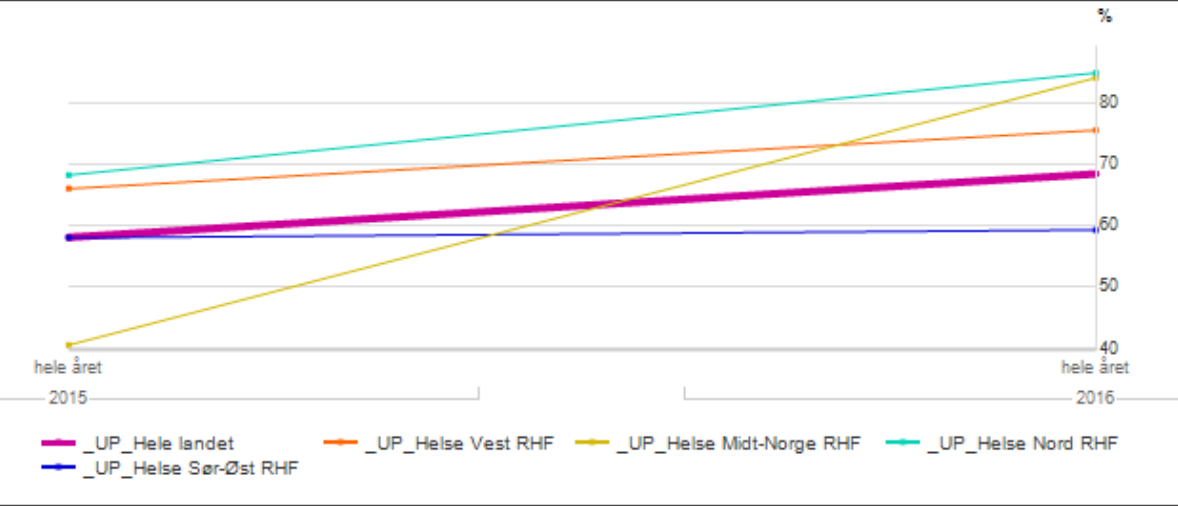
Behandlingssted	Andel nye kreftpasienter som inngår i Pakkeforløp	Andel Pakkeforløp gjennomført innenfor maksimal anbefalt forløpstid	Andel	Antall
_UP_Helse Nord-Trøndelag HF	100,0 ²⁾			7
_UP_Sørlandet sykehus HF	93,8	83,3		15
_UP_Helse Førde HF	91,7	80,0		11
_UP_Helse Bergen HF	88,2	89,7		45
_UP_Vestre Viken HF	81,3	68,2		13
_UP_Akershus universitetssykehus HF	80,6	83,3		25
_UP_Universitetssykehuset Nord-Norge HF	75,7	81,8		28
_UP_Nordlandssykehuset HF	73,3	100,0		11
_UP_Sykehuset Innlandet HF	63,4 ²⁾			26
_UP_Oslo universitetssykehus HF	61,5	78,6		91
_UP_Hele landet	60,7	78,7		328
_UP_Helgelandsykehuset HF	60,0 ²⁾			3
_UP_Helse Fonna HF	52,9 ²⁾			9
_UP_Sykehuset i Telemark HF	50,0 ²⁾			7
_UP_St. Olavs Hospital HF	34,7	68,6		25
_UP_Sykehuset i Østfold HF	14,3 ²⁾			1
_UP_Helse Møre og Romsdal HF	12,5			2
_UP_Helse Stavanger HF	12,0			3
_UP_Sykehuset i Vestfold HF		83,3 ²⁾		²⁾
_UP_Diakonhjemmet sykehus AS			²⁾ ²⁾	²⁾
_UP_Haraldsplass Diakonale Sykehus AS			²⁾ ²⁾	²⁾

0 20 40 60 80 100 % Data gjelder for perioden 2016

2) Tall for behandlingsstedet er fjernet for å øke anonymisering av dataene. Antall pasienter for en eller flere variabler er mindre enn eller lik 5.

Pakkeforløp for bukspyttkjertelkreft

Definisjon: Andel nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp for bukspyttkjertelkreft og andel som har en forløpstid fra start av forløpet til start av kirurgisk behandling, medikamentell behandling eller strålebehandling, som er innenfor maksimal anbefalt forløpstid.



Figuren viser andelen nye kreftpasienter med bukspyttkjertelkreft inkludert i et Pakkeforløp.

Resultater og kommentarer

- På landsbasis i 2016 ble 68,4 prosent av nye kreftpasienter med bukspyttkjertelkreft inkludert i et Pakkeforløp. I 2015 var andelen på 58,1 prosent.
- Helse Nord RHF hadde høyest andel av nye kreftpasienter med bukspyttkjertelkreft inkludert i et Pakkeforløp med 84,8 prosent, mens Helse Sør-Øst RHF hadde lavest andel med 59,3 prosent.
- På landsbasis i 2016 ble 60,4 prosent Pakkeforløp for bukspyttkjertelkreft gjennomført innen maksimal anbefalt forløpstid. I 2015 var andelen på 81,3 prosent.
- Helse Midt-Norge RHF hadde høyest andel Pakkeforløp for bukspyttkjertelkreft gjennomført innen maksimal anbefalt forløpstid med 80,8 prosent, mens Helse Vest RHF hadde lavest andel med 51,2 prosent.

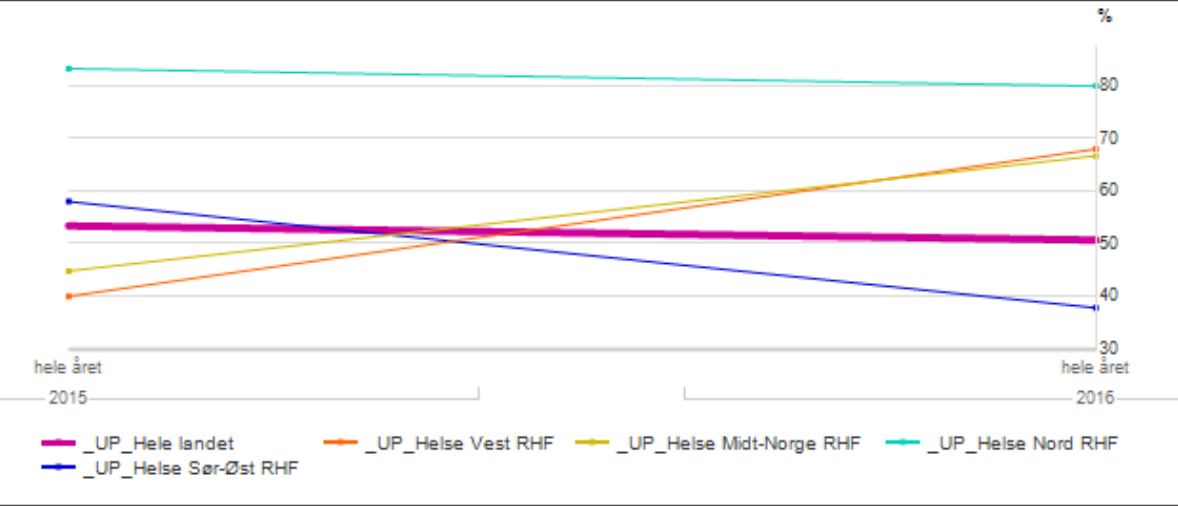
Behandlingssted	Andel nye kreftpasienter som inngår i Pakkeforløp	Andel Pakkeforløp gjennomført innenfor maksimal anbefalt forløpstid	Andel	Antall
_UP_Helse Nord-Trøndelag HF	100,0	87,5		16
_UP_Helse Bergen HF	92,1	48,1		58
_UP_St. Olavs Hospital HF	91,4	79,5		53
_UP_Finnmarkssykehuset HF	90,0 ²⁾			9
_UP_Universitetssykehuset Nord-Norge HF	89,8	60,7		53
_UP_Akershus universitetssykehus HF	79,6	65,0		43
_UP_Nordlandsykehuset HF	78,3	77,8		18
_UP_Haraldsplass Diakonale Sykehus AS	77,8	80,0		7
_UP_Helse Førde HF	75,0	50,0		12
_UP_Sykehuset i Vestfold HF	73,3	53,8		22
_UP_Diakonhjemmet sykehus AS	69,2 ²⁾			9
_UP_Hele landet	68,4	60,4		562
_UP_Helse Fonna HF	68,2	40,0		15
_UP_Oslo universitetssykehus HF	66,2	60,9		98
_UP_Sørlandet sykehus HF	58,0	72,2		29
_UP_Helse Møre og Romsdal HF	57,7	80,0		15
_UP_Helgelandsykehuset HF	57,1	33,3		4
_UP_Helse Stavanger HF	53,7	63,6		22
_UP_Vestre Viken HF	50,9	28,6		28
_UP_Sykehuset i Østfold HF	45,8	46,2		22
_UP_Sykehuset Innlandet HF	36,7	44,4		18
_UP_Sykehuset i Telemark HF	36,4 ²⁾			8
_UP_Lovisenberg Diakonale	²⁾	²⁾		²⁾

0 20 40 60 80 100 % Data gjelder for perioden 2016

2) Tall for behandlingsstedet er fjernet for å øke anonymisering av dataene. Antall pasienter for en eller flere variabler er mindre enn eller lik 5.

Pakkeforløp for myelomatose

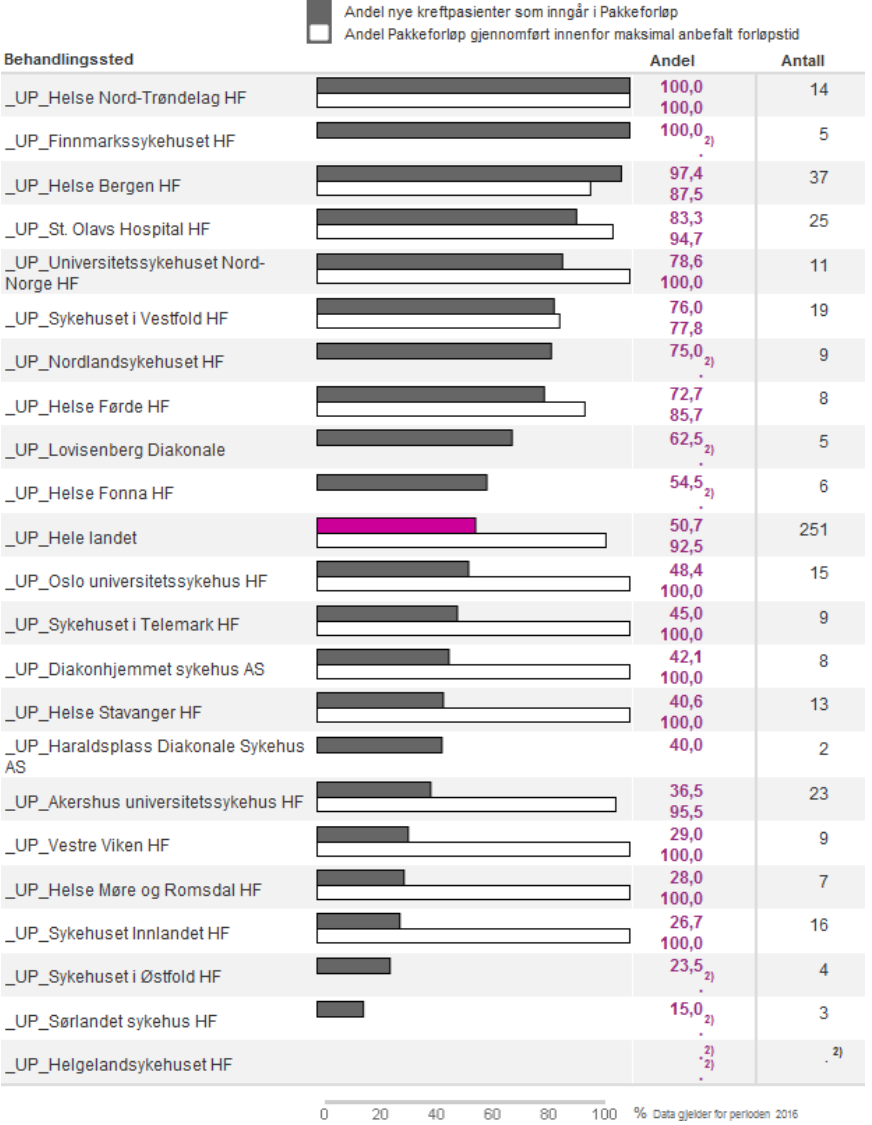
Definisjon: Andel nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp for myelomatose og andel som har en forløpstid fra start av forløpet til start av kirurgisk behandling, medikamentell behandling eller strålebehandling, som er innenfor maksimal anbefalt forløpstid.



Figuren viser andelen nye kreftpasienter med myelomatose inkludert i et Pakkeforløp.

Resultater og kommentarer

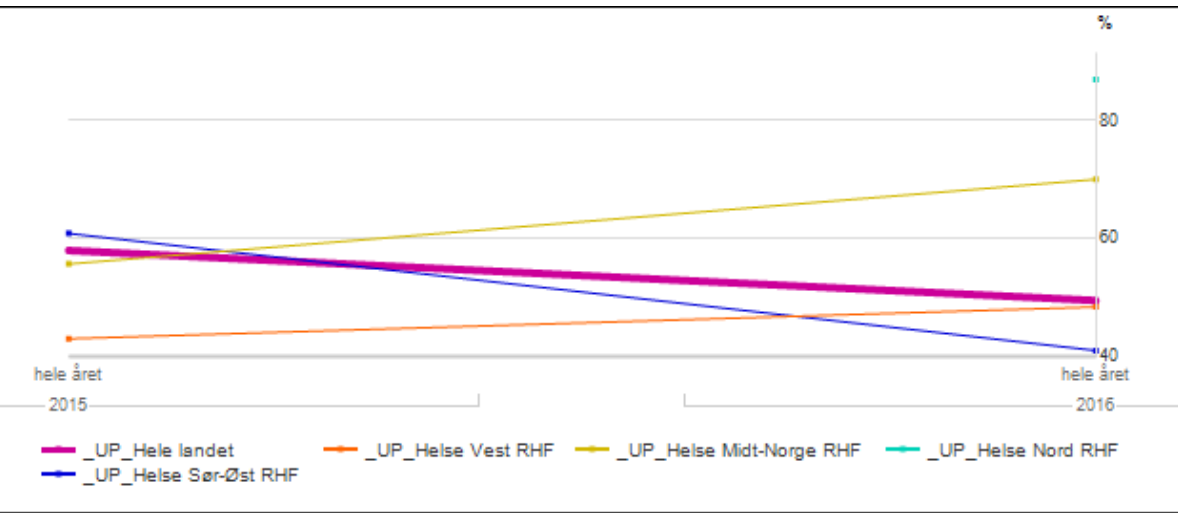
- På landsbasis i 2016 ble 50,7 prosent av nye kreftpasienter med myelomatose inkludert i et Pakkeforløp. I 2015 var andelen på 53,4 prosent.
- Helse Nord RHF hadde høyest andel av nye kreftpasienter med myelomatose inkludert i et Pakkeforløp med 80,0 prosent, mens Helse Sør-Øst RHF hadde lavest andel med 37,8 prosent.
- På landsbasis i 2016 ble 92,5 prosent Pakkeforløp for myelomatose gjennomført innen maksimal anbefalt forløpstid. I 2015 var andelen på 93,2 prosent.
- Helse Midt-Norge RHF hadde høyest andel Pakkeforløp for myelomatose gjennomført innen maksimal anbefalt forløpstid med 96,8 prosent, mens Helse Vest RHF hadde lavest andel med 90,6 prosent.



2) Tall for behandlingsstedet er fjernet for å øke anonymisering av dataene. Antall pasienter for en eller flere variabler er mindre enn eller lik 5.

Pakkeforløp for akutt leukemi

Definisjon: Andel nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp for akutt leukemi og andel som har en forløpstid fra start av forløpet til start av kirurgisk behandling, medikamentell behandling eller strålebehandling, som er innenfor maksimal anbefalt forløpstid.



Figuren viser andelen nye kreftpasienter med akutt leukemi inkludert i et Pakkeforløp.

Resultater og kommentarer

- På landsbasis i 2016 ble 49,4 prosent av nye kreftpasienter med akutt leukemi inkludert i et Pakkeforløp. I 2015 var andelen på 57,9 prosent.
- Helse Nord RHF hadde høyest andel av nye kreftpasienter med akutt leukemi inkludert i et Pakkeforløp med 87,0 prosent, mens Helse Sør-Øst RHF hadde lavest andel med 40,9 prosent.
- På landsbasis i 2016 ble 82,7 prosent Pakkeforløp for akutt leukemi gjennomført innen maksimal anbefalt forløpstid. I 2015 var andelen på 86,4 prosent.
- Helse Nord RHF hadde høyest andel Pakkeforløp for akutt leukemi gjennomført innen maksimal anbefalt forløpstid med 90,5 prosent, mens Helse Vest RHF hadde lavest andel med 50,0 prosent.

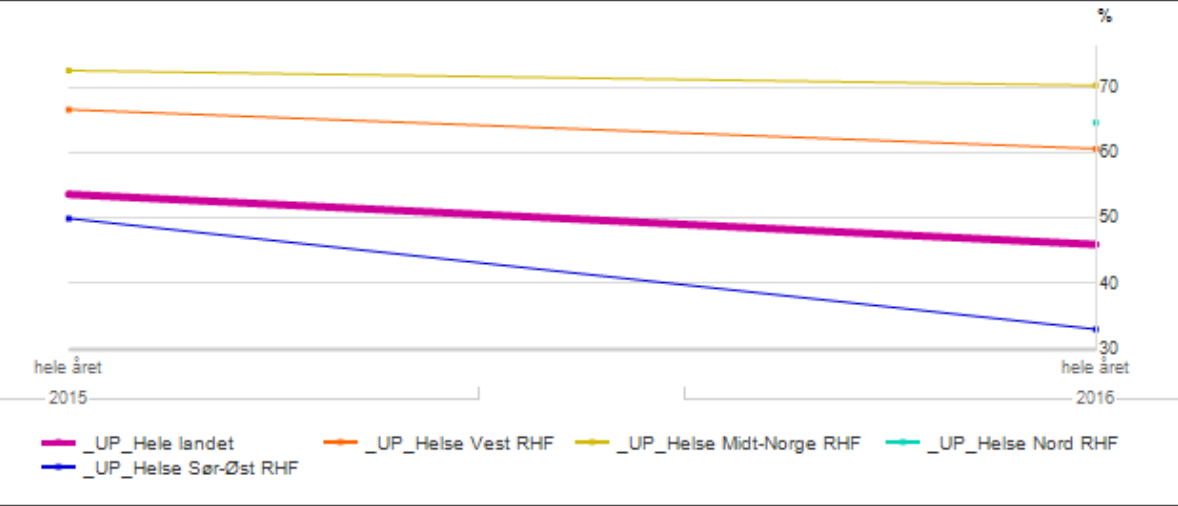
Behandlingssted	Andel nye kreftpasienter som inngår i Pakkeforløp	Andel Pakkeforløp gjennomført innenfor maksimal anbefalt forløpstid	Andel	Antall
_UP_Universitetssykehuset Nord-Norge HF	100,0	89,5		15
_UP_Helse Nord-Trøndelag HF	100,0 ²⁾	.		6
_UP_Oslo universitetssykehus HF	88,9	90,2		32
_UP_St. Olavs Hospital HF	88,9	83,3		16
_UP_Helse Bergen HF	87,0	53,8		20
_UP_Lovisenberg Diakonale	83,3	80,0		5
_UP_Helse Fonna HF	80,0 ²⁾	.		4
_UP_Helse Førde HF	60,0 ²⁾	.		3
_UP_Hele landet	49,4	82,7		156
_UP_Sykehuset i Østfold HF	45,5	.		5
_UP_Helse Møre og Romsdal HF	37,5 ²⁾	.		6
_UP_Akershus universitetssykehus HF	34,3 ²⁾	.		12
_UP_Vestre Viken HF	32,0 ²⁾	.		8
_UP_Diakonhjemmet sykehus AS	28,6	.		2
_UP_Sørlandet sykehus HF	26,7	.		4
_UP_Sykehuset i Vestfold HF	22,2 ²⁾	.		2
_UP_Sykehuset Innlandet HF	20,0 ²⁾	.		8
_UP_Sykehuset i Telemark HF	11,1	.		1
_UP_Helse Stavanger HF	4,0 ²⁾	.		1
_UP_Haraldsplass Diakonale Sykehus AS	.2)	.2)		
_UP_Helgelandsykehuset HF	.2)	.2)		
_UP_Finnmarkssykehuset HF	.2)	.2)		
_UP_Nordlandsykehuset HF	.2)	.2)		

0 20 40 60 80 100 % Data gjelder for perioden 2016

2) Tall for behandlingsstedet er fjernet for å øke anonymisering av dataene. Antall pasienter for en eller flere variabler er mindre enn eller lik 5.

Pakkeforløp for kronisk lymfatisk leukemi

Definisjon: Andel nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp for Kronisk lymfatisk leukemi og andel som har en forløpstid fra start av forløpet til start av kirurgisk behandling, medikamentell behandling eller strålebehandling, som er innenfor maksimal anbefalt forløpstid.



Figuren viser andelen nye kreftpasienter med kronisk lymfatisk leukemi inkludert i et Pakkeforløp.

Behandlingssted	Andel nye kreftpasienter som inngår i Pakkeforløp	Andel Pakkeforløp gjennomført innenfor maksimal anbefalt forløpstid	Andel	Antall
_UP_Helse Fonna HF	100,0 ²⁾			5
_UP_Helse Bergen HF	95,8 ²⁾			23
_UP_Helse Nord-Trøndelag HF	85,7 ²⁾			24
_UP_Sykehuset i Vestfold HF	85,0			17
_UP_St. Olavs Hospital HF	84,0 ²⁾			21
_UP_Universitetssykehuset Nord-Norge HF	77,8			7
_UP_Oslo universitetssykehus HF	68,0 ²⁾			17
_UP_Sykehuset i Telemark HF	53,8			7
_UP_Hele landet	46,0	76,9		173
_UP_Nordlandssykehuset HF	42,9 ²⁾			3
_UP_Diakonhjemmet sykehus AS	37,5			3
_UP_Sykehuset i Østfold HF	34,5			10
_UP_Helse Førde HF	28,6 ²⁾			2
_UP_Helse Møre og Romsdal HF	27,8			5
_UP_Sørlandet sykehus HF	26,1			6
_UP_Helse Stavanger HF	25,0			6
_UP_Akershus universitetssykehus HF	15,6 ²⁾			7
_UP_Sykehuset Innlandet HF	13,5			5
_UP_Vestre Viken HF	7,7			2
_UP_Finnmarkssykehuset HF	, ²⁾			²⁾
_UP_Haraldsplass Diagonale Sykehus AS	, ²⁾			²⁾
_UP_Lovisenberg Diagonale	, ²⁾			²⁾

Resultater og kommentarer

- På landsbasis i 2016 ble 46,0 prosent av nye kreftpasienter med kronisk lymfatisk leukemi inkludert i et Pakkeforløp. I 2015 var andelen på 53,7 prosent.
- Helse Midt-Norge RHF hadde høyest andel av nye kreftpasienter med kronisk lymfatisk leukemi inkludert i et Pakkeforløp med 70,4 prosent, mens Helse Sør-Øst RHF hadde lavest andel med 33,0 prosent.
- På landsbasis i 2016 ble 76,9 prosent Pakkeforløp for kronisk lymfatisk leukemi gjennomført innen maksimal anbefalt forløpstid.
- Helse Vest RHF hadde høyest andel Pakkeforløp for kronisk lymfatisk leukemi gjennomført innen maksimal anbefalt forløpstid med 80,0 prosent.

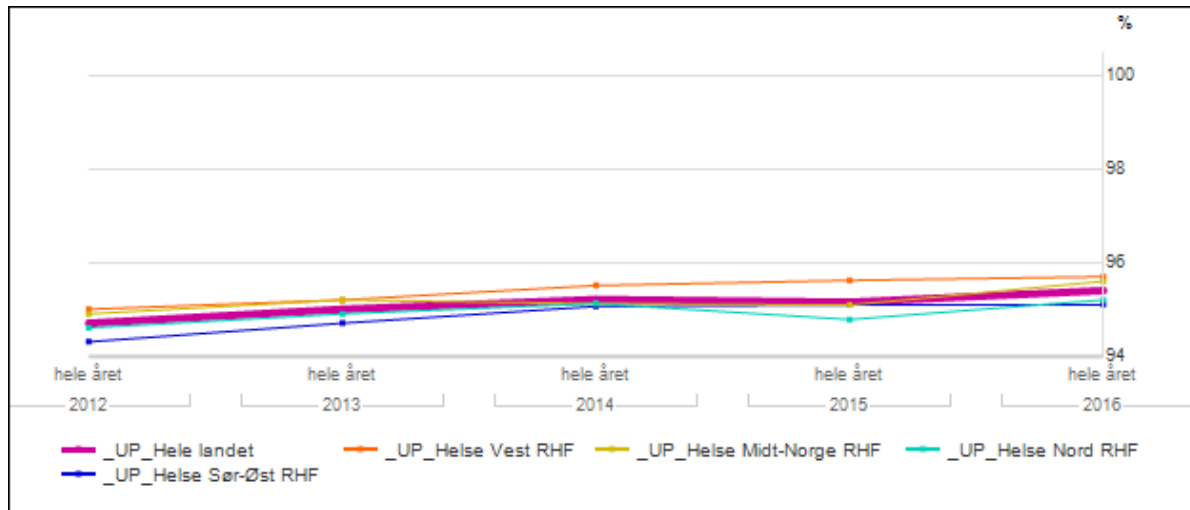
2) Tall for behandlingsstedet er fjernet for å øke anonymisering av dataene. Antall pasienter for en eller flere variabler er mindre enn eller lik 5.

Oppsummering – 30-dagers overlevelse

	Overlevelse	30 dagers overlevelse etter hjerteinfarkt	30 dagers overlevelse etter hjerneslag	30 dagers overlevelse etter hoftebrudd	Total overlevelse
RHF	Signifikant høyere	Helse Sør-Øst	Helse Sør-Øst	Helse Midt-Norge	Helse Vest
	Signifikant lavere	-	Helse Vest	Helse Nord	Helse Sør-Øst
HF	Signifikant høyere	Haraldsplass Diakonale Sykehus AS Sykehuset i Vestfold HF Universitetssykehuset Nord-Norge HF Vestre Viken HF	Diakonhjemmet sykehus AS	St. Olavs Hospital HF Diakonhjemmet sykehus AS	Haraldsplass Diakonale sykehus AS
	Signifikant lavere	Helse Førde HF Helgelandssykehuset HF Nordlandssykehuset HF Oslo Universitetssykehus HF	Sykehuset Innlandet HF	Sykehuset i Østfold HF	Sykehuset i Østfold HF Sørlandet sykehus HF

30 dagers overlevelse etter sykehusinnleggelse uansett årsak

Definisjon: Sannsynligheten for overlevelse innen 30 dager etter innleggelse ved en av de tilstandene som står for 80 prosent av dødeligheten.



Resultater og kommentarer

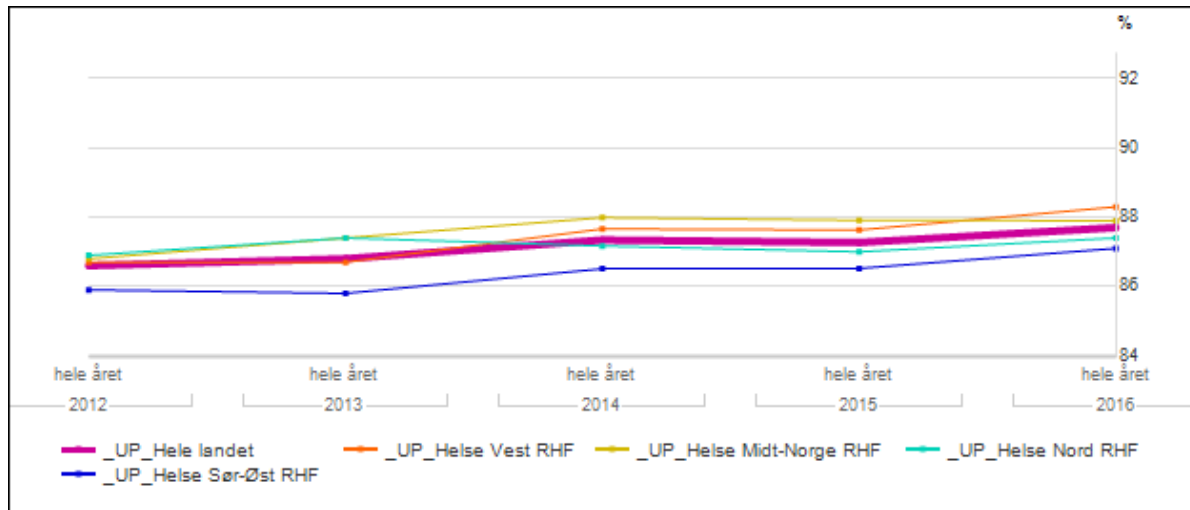
- På landsbasis i 2016 var sannsynligheten for overlevelse etter sykehusinnleggelse på 95,4 prosent. I 2015 var sannsynligheten på 95,2 prosent.
- Helse Vest RHF hadde signifikant høyere overlevelse i 2016.
- Helse Sør-Øst RHF hadde signifikant lavere overlevelse i 2016.

Behandlingssted	30-dagers overlevelse etter innleggelse på sykehus	Andel
_UP_Haraldsplass Diakonale Sykehus AS	<div style="width: 96.2%;"></div>	96,2
_UP_Helse Fonna HF	<div style="width: 95.7%;"></div>	95,7
_UP_Diakonhjemmet sykehus AS	<div style="width: 95.6%;"></div>	95,6
_UP_Helse Møre og Romsdal HF	<div style="width: 95.6%;"></div>	95,6
_UP_Helse Stavanger HF	<div style="width: 95.6%;"></div>	95,6
_UP_Vestre Viken HF	<div style="width: 95.6%;"></div>	95,6
_UP_Helse Bergen HF	<div style="width: 95.5%;"></div>	95,5
_UP_Helse Nord-Trøndelag HF	<div style="width: 95.5%;"></div>	95,5
_UP_Helse Sør-Øst, private	<div style="width: 95.5%;"></div>	95,5
_UP_Hele landet	<div style="width: 95.4%;"></div>	95,4
_UP_Nordlandssykehuset HF	<div style="width: 95.4%;"></div>	95,4
_UP_St. Olavs Hospital HF	<div style="width: 95.4%;"></div>	95,4
_UP_Lovisenberg Diakonale	<div style="width: 95.3%;"></div>	95,3
_UP_Oslo universitetssykehus HF	<div style="width: 95.2%;"></div>	95,2
_UP_Sykehuset i Vestfold HF	<div style="width: 95.2%;"></div>	95,2
_UP_Universitetssykehuset Nord-Norge HF	<div style="width: 95.2%;"></div>	95,2
_UP_Finnmarkssykehuset HF	<div style="width: 95.1%;"></div>	95,1
_UP_Helgelandsykehuset HF	<div style="width: 95.1%;"></div>	95,1
_UP_Helse Førde HF	<div style="width: 95.1%;"></div>	95,1
_UP_Sykehuset Innlandet HF	<div style="width: 95.0%;"></div>	95,0
_UP_Akershus universitetssykehus HF	<div style="width: 94.9%;"></div>	94,9
_UP_Sykehuset i Telemark HF	<div style="width: 94.9%;"></div>	94,9
_UP_Sykehuset i Østfold HF	<div style="width: 94.9%;"></div>	94,9
_UP_Sørlandet sykehus HF	<div style="width: 94.7%;"></div>	94,7

0 20 40 60 80 % Data gjelder for perioden 2016

30 dagers overlevelse etter sykehusinnleggelse ved hjerneslag

Definisjon: Sannsynligheten for overlevelse innen 30 dager etter innleggelse ved hjerneslag, justert for pasientsammensetning og korrigeret for overflyttinger mellom sykehus.



Resultater og kommentarer

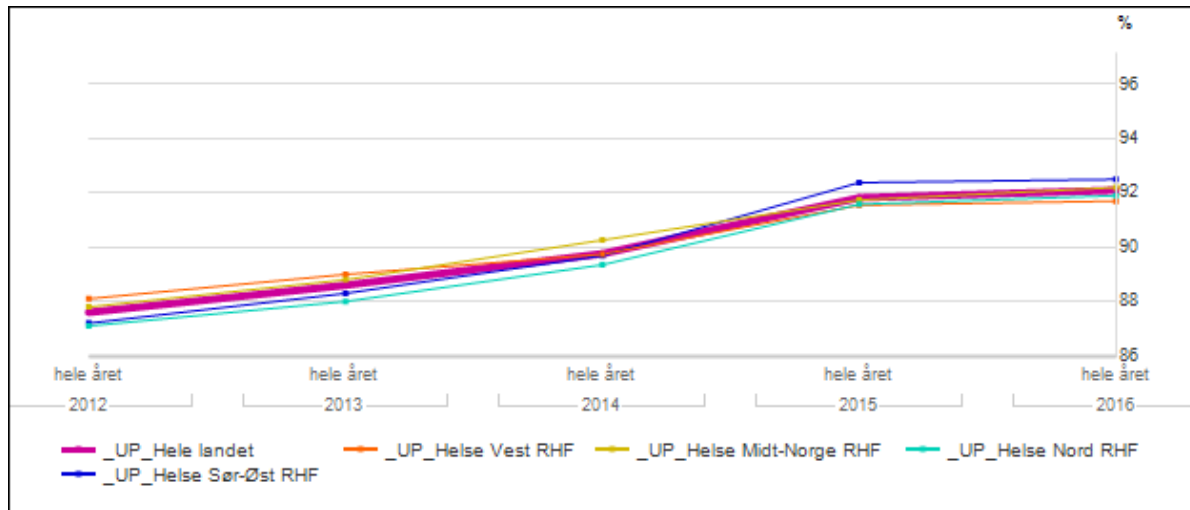
- På landsbasis i 2016 var sannsynligheten for overlevelse etter sykehusinnleggelse for hjerneslag på 87,7 prosent. I 2015 var sannsynligheten på 87,3 prosent.
- Helse Sør-Øst RHF hadde signifikant høyere overlevelse i 2016.
- Helse Vest RHF hadde signifikant lavere overlevelse i 2016.

Behandlingssted	30-dagers overlevelse etter hjerneslag	Andel
_UP_Diakonhjemmet sykehus AS		89,6
_UP_Lovisenberg Diakonale		88,5
_UP_Helse Førde HF		88,4
_UP_Haraldsplass Diakonale Sykehus AS		88,3
_UP_Helse Stavanger HF		88,3
_UP_Helse Nord-Trøndelag HF		88,2
_UP_St. Olavs Hospital HF		88,2
_UP_Nordlandssykehuset HF		88,1
_UP_Helse Bergen HF		87,9
_UP_Helse Fonna HF		87,9
_UP_Finnmarkssykehuset HF		87,7
_UP_Hele landet		87,7
_UP_Sykehuset i Telemark HF		87,7
_UP_Vestre Viken HF		87,7
_UP_Helgelandsykehuset HF		87,4
_UP_Sørlandet sykehus HF		87,4
_UP_Akershus universitetssykehus HF		87,3
_UP_Universitetssykehuset Nord-Norge HF		87,3
_UP_Helse Møre og Romsdal HF		87,2
_UP_Oslo universitetssykehus HF		87,1
_UP_Sykehuset i Vestfold HF		87,1
_UP_Sykehuset i Østfold HF		86,4
_UP_Sykehuset Innlandet HF		86,1

0 20 40 60 80 % Data gjelder for perioden 2016

30 dagers overlevelse etter sykehusinnleggelse ved hjerteinfarkt

Definisjon: Sannsynligheten for overlevelse innen 30 dager etter innleggelse ved første gangs akutt hjerteinfarkt, justert for pasientsammensetning og korrigeret for overflyttinger mellom sykehus.



Resultater og kommentarer

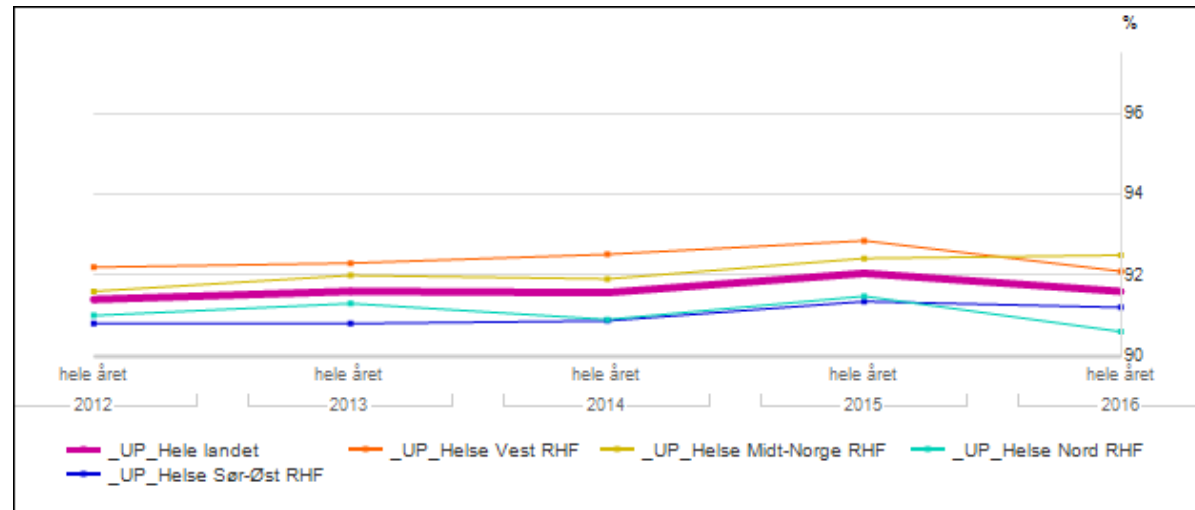
- På landsbasis i 2016 var sannsynligheten for overlevelse etter sykehusinnleggelse for hjerteinfarkt på 92,1 prosent. I 2015 var sannsynligheten på 91,8 prosent.
- Helse Sør-Øst RHF hadde signifikant høyere overlevelse i 2016.
- Ingen av regionene hadde signifikant lavere overlevelse i 2016.

Behandlingssted	30-dagers overlevelse etter hjerteinfarkt	Andel
_UP_Haraldsplass Diakonale Sykehus AS		94,7
_UP_Sykehuset i Vestfold HF		93,6
_UP_Universitetssykehuset Nord-Norge HF		93,5
_UP_Vestre Viken HF		93,4
_UP_Akershus universitetssykehus HF		93,3
_UP_Sykehuset i Østfold HF		92,9
_UP_Helse Nord-Trøndelag HF		92,7
_UP_St. Olavs Hospital HF		92,7
_UP_Diakonhjemmet sykehus AS		92,6
_UP_Lovisenberg Diakonale		92,5
_UP_Sykehuset i Telemark HF		92,2
_UP_Sørlandet sykehus HF		92,2
_UP_Hele landet		92,1
_UP_Helse Fonna HF		91,9
_UP_Sykehuset Innlandet HF		91,9
_UP_Finnmarkssykehuset HF		91,7
_UP_Helse Bergen HF		91,6
_UP_Helse Stavanger HF		91,4
_UP_Helse Møre og Romsdal HF		91,3
_UP_Oslo universitetssykehus HF		90,6
_UP_Nordlandssykehuset HF		90,3
_UP_Helgelandsykehuset HF		90,2
_UP_Helse Førde HF		89,3

0 20 40 60 80 % Data gjelder for perioden 2016

30 dagers overlevelse etter sykehusinnleggelse ved hoftebrudd

Definisjon: Sannsynligheten for overlevelse innen 30 dager etter innleggelse ved hoftebrudd, justert for pasientsammensetning og korrigert for overflyttinger mellom sykehus.



Resultater og kommentarer

- På landsbasis i 2016 var sannsynligheten for overlevelse etter sykehusinnleggelse for hoftebrudd på 91,6 prosent. I 2015 var sannsynligheten på 92,1 prosent.
- Helse Midt-Norge RHF hadde signifikant høyere overlevelse i 2016.
- Helse Nord RHF hadde signifikant lavere overlevelse i 2016.

Behandlingssted	30-dagers overlevelse etter hoftebrudd	Andel
_UP_St. Olavs Hospital HF	93,5	93,5
_UP_Diakonhjemmet sykehus AS	93,3	93,3
_UP_Helse Førde HF	92,6	92,6
_UP_Akershus universitetssykehus HF	92,3	92,3
_UP_Haraldsplass Diakonale Sykehus AS	92,2	92,2
_UP_Helse Bergen HF	92,1	92,1
_UP_Helse Nord-Trøndelag HF	91,9	91,9
_UP_Helse Fonna HF	91,8	91,8
_UP_Oslo universitetssykehus HF	91,7	91,7
_UP_Sykehuset i Vestfold HF	91,7	91,7
_UP_Hele landet	91,6	91,6
_UP_Helse Møre og Romsdal HF	91,5	91,5
_UP_Sykehuset i Telemark HF	91,5	91,5
_UP_Universitetssykehuset Nord-Norge HF	91,3	91,3
_UP_Vestre Viken HF	91,3	91,3
_UP_Helgelandsykehuset HF	91,1	91,1
_UP_Helse Stavanger HF	91,1	91,1
_UP_Finnmarkssykehuset HF	90,7	90,7
_UP_Nordlandssykehuset HF	90,5	90,5
_UP_Sykehuset Innlandet HF	90,5	90,5
_UP_Sørlandet sykehus HF	90,3	90,3
_UP_Sykehuset i Østfold HF	90,2	90,2

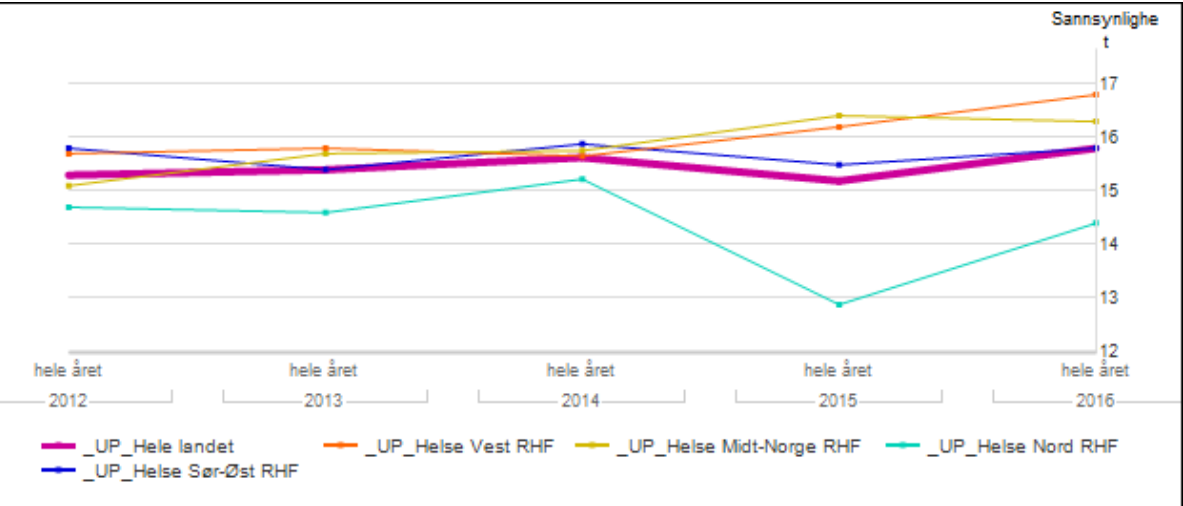
0 20 40 60 80 % Data gjelder for perioden 2016

Oppsummering – reinnleggelse

	Beregnet signifikante avvik fra gjennomsnittet	30 dagers reinnleggelse etter Astma/KOLS	30 dagers reinnleggelse etter hjertesvikt	30 dagers reinnleggelse etter lungebetennelse	30 dagers reinnleggelse etter hjerneslag	30 dagers reinnleggelse etter brudd	Total reinnleggelse
RHF	Signifikant høyere	Helse Midt-Norge	Helse Vest	-	-	-	Helse Vest
	Signifikant lavere	Helse Nord	Helse Nord	-	-	-	Helse Nord
HF	Signifikant høyere	Helse Bergen HF Akershus universitetssykehus HF St. Olavs hospital HF Lovisenberg diakonale sykehus Diakonhjemmet sykehus AS Oslo universitetssykehus HF	Diakonhjemmet sykehus AS Sykehuset i Østfold HF Helse Nord-Trøndelag HF Akershus univseristetssykehus HF	Diakonhjemmet sykehus AS Lovisenberg diakonale sykehus	Sykehuset i Østfold HF Lovisenberg diakonale sykehus	Nord-Trøndelag HF Helse Stavanger HF	Diakonhjemmet sykehus AS Helse Nord-Trøndelag HF Sykehuset i Østfold HF Helse Bergen HF Akershus Universitetssykehus
	Signifikant lavere	Helse Sør-Øst private Finnmarksykehuset HF Helse Førde HF Nordlandssykehuset HF Sykehuset Innlandet HF	Helse Sør-Øst private Sørlandet sykehus HF Universitetssykehuset Nord-Norge HF Sykehuset i Telemark HF Oslo universitetssykehus HF	St. Olav hospital HF	Oslo universitetssykehus HF	Universitetssykehuset Nord-Norge HF	Finnmarksykehuset HF Universitetssykehuset Nord-Norge HF Helse Sør-Øst private

Reinnleggelse blant eldre pasienter 30 dager etter utskrivning fra sykehus

Definisjon: Sannsynligheten for at eldre pasienter blir akutt reinnlagt innen 30 dager etter en tidligere utskrivning fra sykehus.



Resultater og kommentarer

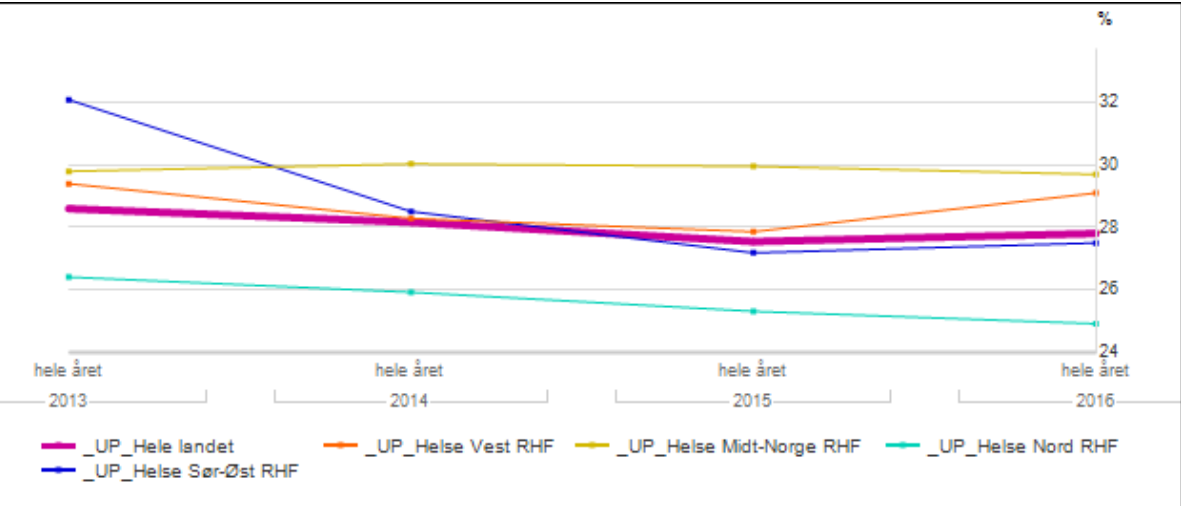
- På landsbasis i 2016 var sannsynligheten for reinnleggelse av eldre uansett årsak innen 30 dager etter utskrivning på 15,8 prosent. I 2015 var sannsynligheten på 15,2 prosent.
- Helse Nord hadde signifikant lavere sannsynlighet for reinnleggelse og Helse Vest hadde signifikant høyere sannsynlighet for reinnleggelse.
- Det er **signifikant lavere** sannsynlighet for reinnleggelse ved følgende helseforetak:
 - Finnmarkssykehuset HF, Universitetssykehuset Nord-Norge, Helse Sør-Øst private.
- Det er **signifikante høyere** sannsynlighet for reinnleggelse ved følgende helseforetak:
 - Diakonhjemmet, Nord-Trøndelag HF, Sykehuset i Østfold HF, Helse Bergen HF, Akershus universitetssykehus HF.

Behandlingssted	Sannsynlighet for reinnleggelse av eldre pasienter ved somatiske sykehus	%
_UP_Diakonhjemmet sykehus AS	19,3	19,3
_UP_Helse Nord-Trøndelag HF	18,6	18,6
_UP_Sykehuset i Østfold HF	17,5	17,5
_UP_Helse Bergen HF	17,3	17,3
_UP_Lovisenberg Diakonale	17,2	17,2
_UP_Akershus universitetssykehus HF	17,1	17,1
_UP_Helse Stavanger HF	17,1	17,1
_UP_Sykehuset i Vestfold HF	17,0	17,0
_UP_Helse Fonna HF	16,8	16,8
_UP_Nordlandssykehuset HF	15,9	15,9
_UP_Haraldsplass Diakonale Sykehus AS	15,8	15,8
_UP_Hele landet	15,8	15,8
_UP_St. Olavs Hospital HF	15,7	15,7
_UP_Vestre Viken HF	15,6	15,6
_UP_Helse Møre og Romsdal HF	15,4	15,4
_UP_Helse Førde HF	15,1	15,1
_UP_Sørlandet sykehus HF	15,0	15,0
_UP_Helgelandsykehuset HF	14,8	14,8
_UP_Sykehuset Innlandet HF	14,8	14,8
_UP_Oslo universitetssykehus HF	14,6	14,6
_UP_Sykehuset i Telemark HF	14,5	14,5
_UP_Universitetssykehuset Nord-Norge HF	13,9	13,9
_UP_Finnmarkssykehuset HF	13,4	13,4
_UP_Helse Sør-Øst, private	7,0	7,0

Sannsynlighet Data gjelder for perioden 2016

Reinnleggelse innen 30 dager for eldre pasienter etter sykehusinnleggelse for astma/kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS)

Definisjon: Sannsynlighet for akutt re-innleggelse innen 30 dager etter utskrivning av eldre pasienter (>= 67 år) med primær sykehusinnleggelse for astma/kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS).



Resultater og kommentarer

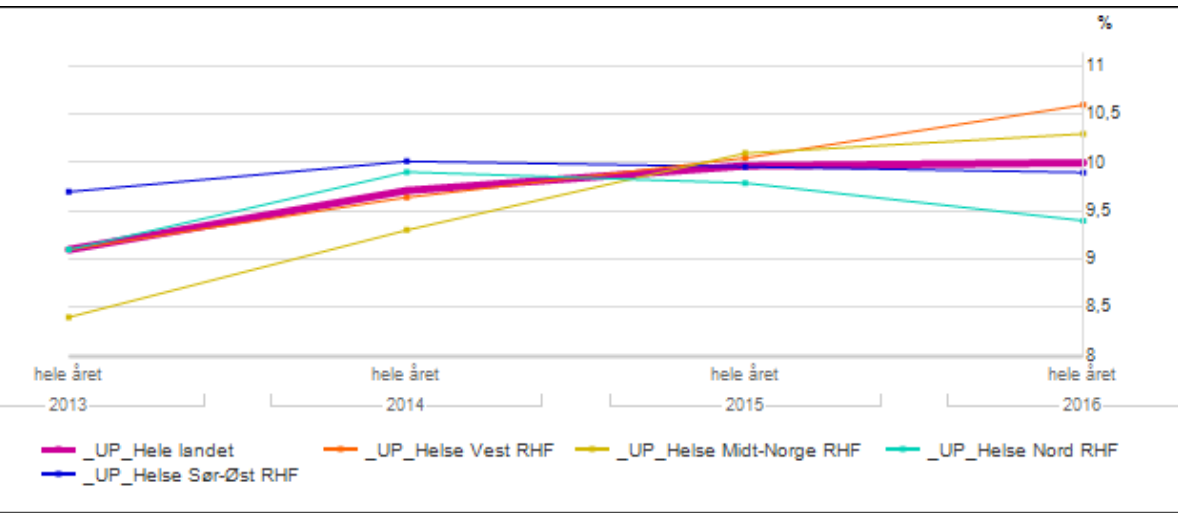
- På landsbasis i 2016 var sannsynligheten for reinnleggelse av eldre pasienter med astma/KOLS innen 30 dager etter utskrivning på 27,8 prosent. I 2015 var sannsynligheten på 27,5 prosent.
- Helse Nord hadde signifikant lavere sannsynlighet for reinnleggelse og Helse Midt-Norge hadde signifikant høyere sannsynlighet for reinnleggelse.
- Det er **signifikant lavere** sannsynlighet for reinnleggelse ved følgende helseforetak:
 - Helse Sør-Øst private, Finnmarksykehuset HF, Helse Førde HF, Sykehuset Innlandet HF, Nordlandsykehuset HF.
- Det er **signifikante høyere** sannsynlighet for reinnleggelse ved følgende helseforetak:
 - Diakonhjemmet, Lovisenberg, Akershus universitetssykehus HF, St. Olavs hospital HF, Oslo universitetssykehus HF.

Behandlingssted	Sannsynlighet for reinnleggelse av eldre med astma/kols innen 30 dager	Andel
_UP_Diakonhjemmet sykehus AS	39,6	39,6
_UP_Lovisenberg Diakonale	32,9	32,9
_UP_Akershus universitetssykehus HF	31,7	31,7
_UP_St. Olavs Hospital HF	31,2	31,2
_UP_Oslo universitetssykehus HF	31,1	31,1
_UP_Helse Bergen HF	31,0	31,0
_UP_Helse Fonna HF	30,0	30,0
_UP_Vestre Viken HF	29,9	29,9
_UP_Sykehuset i Østfold HF	29,7	29,7
_UP_Haraldsplass Diakonale Sykehus AS	29,5	29,5
_UP_Helse Nord-Trøndelag HF	28,8	28,8
_UP_Sykehuset i Telemark HF	28,7	28,7
_UP_Sykehuset i Vestfold HF	28,6	28,6
_UP_Helse Møre og Romsdal HF	28,3	28,3
_UP_Hele landet	27,8	27,8
_UP_Helse Stavanger HF	27,4	27,4
_UP_Universitetssykehuset Nord-Norge HF	27,0	27,0
_UP_Helgelandsykehuset HF	26,9	26,9
_UP_Sørlandet sykehus HF	26,9	26,9
_UP_Nordlandsykehuset HF	24,6	24,6
_UP_Sykehuset Innlandet HF	24,3	24,3
_UP_Helse Førde HF	23,7	23,7
_UP_Finnmarksykehuset HF	21,9	21,9
_UP_Helse Sør-Øst, private	7,5	7,5

0 5 10 15 20 25 30 35 % Data gjelder for perioden 2016

Reinnleggelse innen 30 dager for eldre pasienter etter sykehusinnleggelse for brudd

Definisjon: Sannsynlighet for akutt re-innleggelse innen 30 dager etter utskrivning av eldre pasienter (>= 67 år) med primær sykehusinnleggelse for brudd.



Behandlingssted	Sannsynlighet for reinnleggelse av eldre innlagt med brudd på sykehus innen 30 dager etter utskrivning	Andel
_UP_Helse Stavanger HF	10,7	12,7
_UP_Helse Nord-Trøndelag HF	10,0	12,0
_UP_Diakonhjemmet sykehus AS	10,0	11,5
_UP_Akershus universitetssykehus HF	10,0	10,5
_UP_Helgelandsykehuset HF	10,0	10,5
_UP_Helse Fonna HF	10,0	10,5
_UP_St. Olavs Hospital HF	10,0	10,5
_UP_Nordlandsykehuset HF	10,0	10,3
_UP_Oslo universitetssykehus HF	10,0	10,3
_UP_Helse Bergen HF	10,0	10,2
_UP_Sykehuset i Østfold HF	10,0	10,1
_UP_Hele landet	10,0	10,0
_UP_Vestre Viken HF	10,0	10,0
_UP_Finnmarkssykehuset HF	9,7	9,7
_UP_Haraldsplass Diagonale Sykehus AS	9,7	9,7
_UP_Sykehuset Innlandet HF	9,6	9,6
_UP_Sørlandet sykehus HF	9,5	9,5
_UP_Sykehuset i Telemark HF	9,1	9,1
_UP_Helse Møre og Romsdal HF	9,0	9,0
_UP_Sykehuset i Vestfold HF	9,0	9,0
_UP_Helse Førde HF	8,9	8,9
_UP_Universitetssykehuset Nord-Norge HF	8,1	8,1

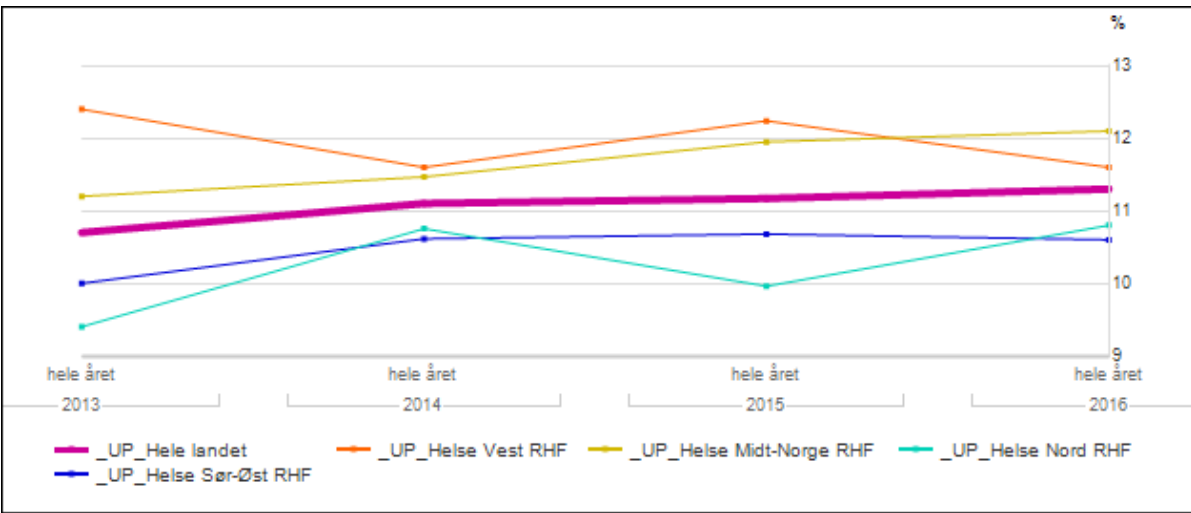
Resultater og kommentarer

- På landsbasis i 2016 var sannsynligheten for reinnleggelse av eldre med brudd innen 30 dager etter utskrivning på 10,0 prosent. I 2015 var sannsynligheten på 10,0 prosent.
- Ingen signifikante forskjeller mellom de regionale helseforetakene.
- Det er **signifikant lavere** sannsynlighet for reinnleggelse ved følgende helseforetak:
 - Universitetssykehuset Nord-Norge HF.
- Det er **signifikante høyere** sannsynlighet for reinnleggelse ved følgende helseforetak:
 - Helse Nord-Trøndelag HF, Helse Stavanger HF.

0 2 4 6 8 10 12 % Data gjelder for perioden 2016

Reinnleggelse innen 30 dager for eldre pasienter etter sykehusinnleggelse for hjerneslag

Definisjon: Sannsynlighet for akutt re-innleggelse innen 30 dager etter utskrivning av eldre pasienter (>= 67 år) med primær sykehusinnleggelse for hjerneslag.



Behandlingssted	Sannsynlighet for reinnleggelse av eldre innlagt med hjerneslag på sykehus innen 30 dager etter utskrivning	Andel
_UP_Lovisenberg Diagonale	12,5	15,7
_UP_Sykehuset i Østfold HF	11,5	13,4
_UP_Helse Fonna HF	11,5	12,6
_UP_Helse Møre og Romsdal HF	11,5	12,5
_UP_Helse Bergen HF	11,5	12,2
_UP_St. Olavs Hospital HF	11,5	11,9
_UP_Helse Førde HF	11,5	11,8
_UP_Sørlandet sykehus HF	11,5	11,7
_UP_Diakonhjemmet sykehus AS	11,5	11,6
_UP_Helse Nord-Trøndelag HF	11,5	11,5
_UP_Nordlandssykehuset HF	11,5	11,5
_UP_Sykehuset i Telemark HF	11,5	11,5
_UP_Akershus universitetssykehus HF	11,5	11,4
_UP_Hele landet	11,3	11,3
_UP_Helgelandsykehuset HF	11,3	11,3
_UP_Sykehuset Innlandet HF	11,3	11,3
_UP_Finnmarkssykehuset HF	11,1	11,1
_UP_Helse Stavanger HF	10,7	10,7
_UP_Sykehuset i Vestfold HF	10,6	10,6
_UP_Universitetssykehuset Nord-Norge HF	10,6	10,6
_UP_Vestre Viken HF	10,5	10,5
_UP_Haraldsplass Diagonale Sykehus AS	10,2	10,2
_UP_Oslo universitetssykehus HF	8,0	7,2

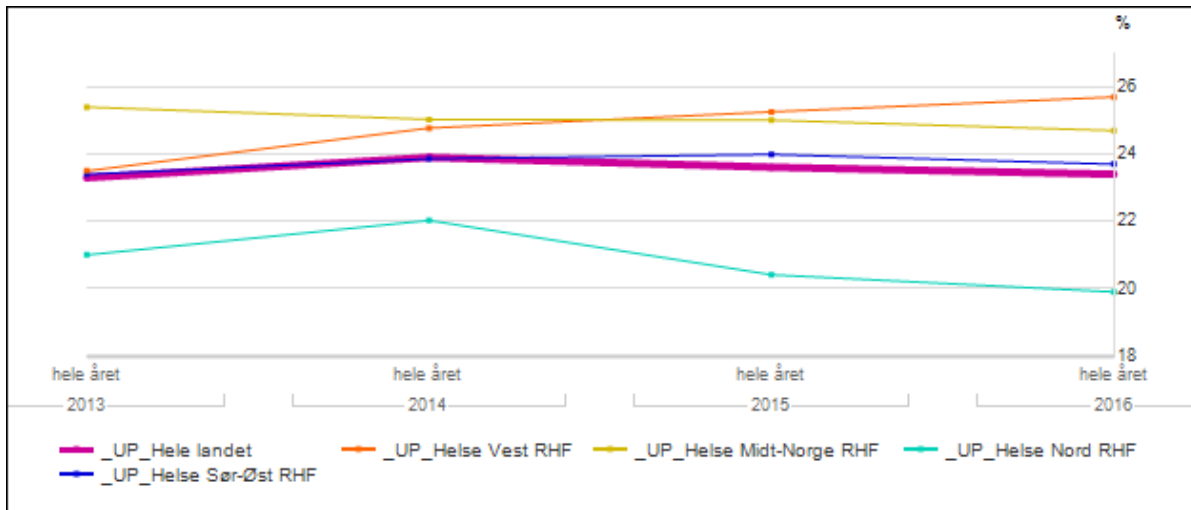
0 2 4 6 8 10 12 14 % Data gjelder for perioden 2016

Resultater og kommentarer

- På landsbasis i 2016 var sannsynligheten for reinnleggelse av eldre pasienter med hjerneslag innen 30 dager etter utskrivning på 11,3 prosent. I 2015 var sannsynligheten på 11,2 prosent.
- Ingen signifikante forskjeller mellom de regionale helseforetakene.
- Det er **signifikant lavere** sannsynlighet for reinnleggelse ved følgende helseforetak:
 - Oslo universitetssykehus HF.
- Det er **signifikante høyere** sannsynlighet for reinnleggelse ved følgende helseforetak:
 - Sykehuset i Østfold HF, Lovisenberg.

Reinnleggelse innen 30 dager for eldre pasienter etter sykehusinnleggelse for hjertesvikt

Definisjon: Sannsynlighet for akutt re-innleggelse innen 30 dager etter utskrivning av eldre pasienter (≥ 67 år) med primær sykehusinnleggelse for hjertesvikt.



Resultater og kommentarer

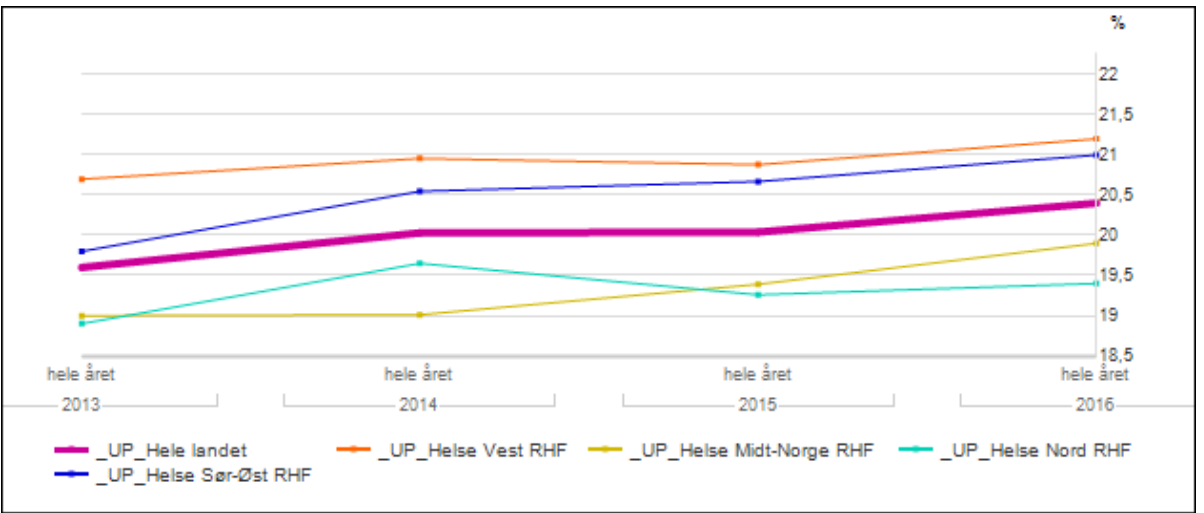
- På landsbasis i 2016 var sannsynligheten for reinnleggelse av eldre pasienter med hjertesvikt innen 30 dager etter utskrivning på 23,4 prosent. I 2015 var sannsynligheten på 23,6 prosent.
- Helse Nord hadde signifikant lavere sannsynlighet for reinnleggelse og Helse Vest hadde signifikant høyere sannsynlighet for reinnleggelse.
- Det er **signifikant lavere** sannsynlighet for reinnleggelse ved følgende helseforetak:
 - Helse Sør-Øst private, Sørlandet sykehus HF, Universitetssykehuset Nord-Norge HF, Sykehuset i Telemark HF, Oslo universitetssykehus HF.
- Det er **signifikante høyere** sannsynlighet for reinnleggelse ved følgende helseforetak:
 - Diakonhjemmet, Sykehuset i Østfold HF, Helse Nord-Trøndelag HF, Akershus universitetssykehus HF.

Behandlingssted	Sannsynlighet for reinnleggelse av eldre innlagt med hjertesvikt på sykehus innen 30 dager etter utskrivning	Andel
_UP_Diakonhjemmet sykehus AS	30,8	30,8
_UP_Sykehuset i Østfold HF	30,6	30,6
_UP_Helse Nord-Trøndelag HF	29,7	29,7
_UP_Lovisenberg Diakonale	26,6	26,6
_UP_Akershus universitetssykehus HF	26,4	26,4
_UP_Helse Stavanger HF	26,1	26,1
_UP_Helse Fonna HF	25,7	25,7
_UP_Helse Bergen HF	25,4	25,4
_UP_Helse Førde HF	25,3	25,3
_UP_Sykehuset i Vestfold HF	25,3	25,3
_UP_Haraldsplass Diakonale Sykehus AS	25,1	25,1
_UP_Sykehuset Innlandet HF	24,5	24,5
_UP_Helse Møre og Romsdal HF	23,6	23,6
_UP_Nordlandssykehuset HF	23,5	23,5
_UP_Hele landet	23,4	23,4
_UP_Vestre Viken HF	23,2	23,2
_UP_St. Olavs Hospital HF	23,0	23,0
_UP_Finnmarkssykehuset HF	22,5	22,5
_UP_Helgelandsykehuset HF	20,9	20,9
_UP_Oslo universitetssykehus HF	20,9	20,9
_UP_Sykehuset i Telemark HF	19,9	19,9
_UP_Universitetssykehuset Nord-Norge HF	17,5	17,5
_UP_Sørlandet sykehus HF	16,8	16,8
_UP_Helse Sør-Øst, private	13,2	13,2

0 5 10 15 20 25 30 % Data gjelder for perioden 2016

Reinnleggelse innen 30 dager for eldre pasienter etter sykehusinnleggelse for lungebetennelse

Definisjon: Sannsynlighet for akutt re-innleggelse innen 30 dager etter utskrivning av eldre pasienter (>= 67 år) med primær sykehusinnleggelse for lungebetennelse.



Behandlingssted	Sannsynlighet for reinnleggelse av eldre innlagt med lungebetennelse på sykehus innen 30 dager etter utskrivning	Andel
_UP_Lovisenberg Diakonale	26,6	26,6
_UP_Diakonhjemmet sykehus AS	23,5	23,5
_UP_Sykehuset i Vestfold HF	22,4	22,4
_UP_Helse Stavanger HF	22,1	22,1
_UP_Helse Nord-Trøndelag HF	21,7	21,7
_UP_Haraldsplass Diakonale Sykehus AS	21,5	21,5
_UP_Sykehuset i Østfold HF	21,4	21,4
_UP_Helse Bergen HF	21,3	21,3
_UP_Akershus universitetssykehus HF	21,0	21,0
_UP_Oslo universitetssykehus HF	20,7	20,7
_UP_Sørlandet sykehus HF	20,6	20,6
_UP_Finnmarksykehuset HF	20,4	20,4
_UP_Hele landet	20,4	20,4
_UP_Helse Fonna HF	20,4	20,4
_UP_Helse Møre og Romsdal HF	20,3	20,3
_UP_Helgelandsykehuset HF	20,1	20,1
_UP_Sykehuset Innlandet HF	20,1	20,1
_UP_Nordlandsykehuset HF	20,0	20,0
_UP_Helse Førde HF	19,5	19,5
_UP_Sykehuset i Telemark HF	19,4	19,4
_UP_Vestre Viken HF	19,2	19,2
_UP_Universitetssykehuset Nord-Norge HF	18,8	18,8
_UP_St. Olavs Hospital HF	18,6	18,6

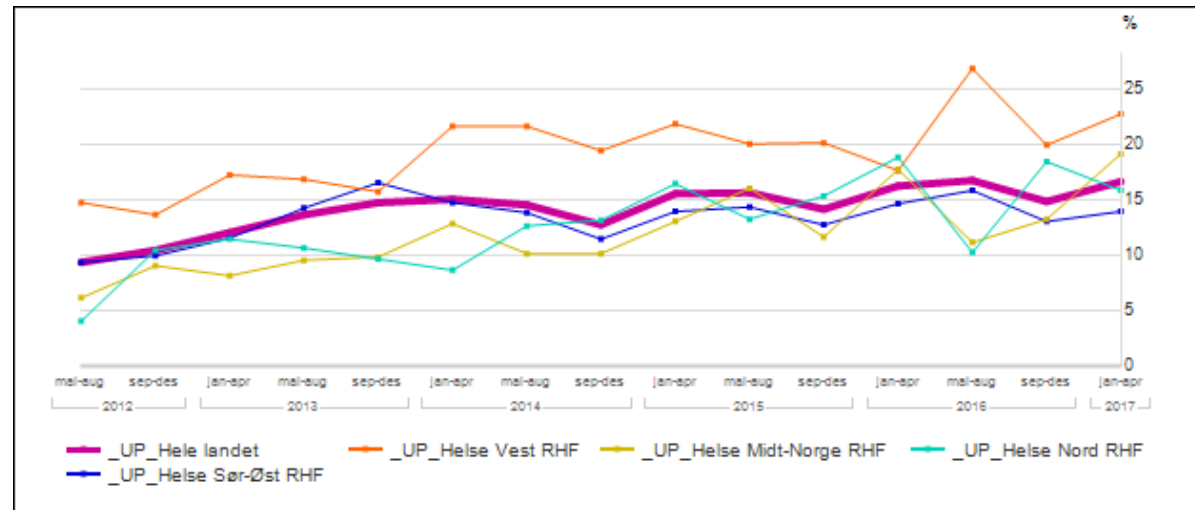
0 5 10 15 20 25 % Data gjelder for perioden 2016

Resultater og kommentarer

- På landsbasis i 2016 var sannsynligheten for reinnleggelse av eldre pasienter med lungebetennelse innen 30 dager etter utskrivning på 20,4 prosent. I 2015 var sannsynligheten på 20,0 prosent.
- Ingen signifikante forskjeller mellom de regionale helseforetakene.
- Det er **signifikant lavere** sannsynlighet for reinnleggelse ved følgende helseforetak:
 - St. Olavs hospital HF.
- Det er **signifikante høyere** sannsynlighet for reinnleggelse ved følgende helseforetak:
 - Diakonhjemmet, Lovisenberg.

Trombolysbehandling ved blodpropp i hjernen

Definisjon: Andel pasienter med akutt hjerneinfarkt som får intravenøs trombolysbehandling.



Resultater og kommentarer

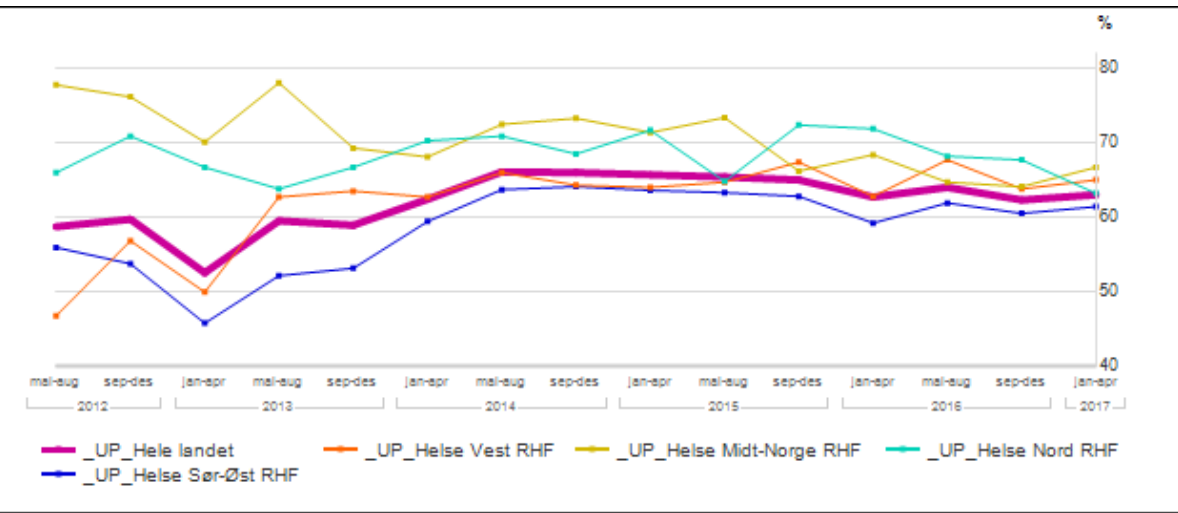
- På landsbasis i 1. tertial 2017 fikk 16,6 prosent av pasienter med blodpropp i hjernen behandling med trombolysbehandling. I 1. tertial 2016 var andelen på 16,2 prosent.
- Helse Vest RHF hadde høyest andel pasienter som fikk trombolysbehandling med 22,7 prosent.
- Helse Sør-Øst RHF hadde lavest andel pasienter som fikk trombolysbehandling med 13,9 prosent.
- Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF hadde en andel på henholdsvis 19,1 og 15,8 prosent.

Behandlingssted	Andel pasienter 18-80 år innlagt med blodpropp i hjernen som har fått behandling med trombolysbehandling (akutt)	Andel	Antall
_UP_Helse Stavanger HF		30,5	36
_UP_Helse Bergen HF		21,3	26
_UP_Helse Nord-Trøndelag HF		21,2	11
_UP_Helse Møre og Romsdal HF		21,0	22
_UP_Vestre Viken HF		19,0	29
_UP_Nordlandssykehuset HF		18,8	13
_UP_Helse Førde HF		17,6	6
_UP_Universitetssykehuset Nord-Norge HF		17,1	19
_UP_St. Olavs Hospital HF		16,8	22
_UP_Hele landet		16,6	309
_UP_Oslo universitetssykehus HF		16,5	19
_UP_Sykehuset i Vestfold HF		16,4	11
_UP_Haraldsplass Diakonale Sykehus AS		15,4	4
_UP_Sørlandet sykehus HF		15,3	15
_UP_Helse Fonna HF		14,6	7
_UP_Sykehuset Innlandet HF		14,1	23
_UP_Helgelandsykehuset HF		13,8	4
_UP_Akershus universitetssykehus HF		13,0	19
_UP_Sykehuset i Østfold HF		12,5	15
_UP_Sykehuset i Telemark HF		9,0	6
_UP_Finnmarkssykehuset HF		6,5	2
Diakonhjemmet sykehus AS		0,0	0
Lovisenberg Diakonale		0,0	0

0 5 10 15 20 25 30 % Data gjelder for perioden januar - april 2017

Hoftebrudd operert innen henholdsvis 24 timer og 48 timer

Definisjon: Andel pasienter over 65 år med hoftebrudd som blir operert innen 24 timer og innen 48 timer etter innleggelse ved behov for øyeblikkelig hjelp.



Figuren viser andelen hoftebrudd operert innen 24 timer.

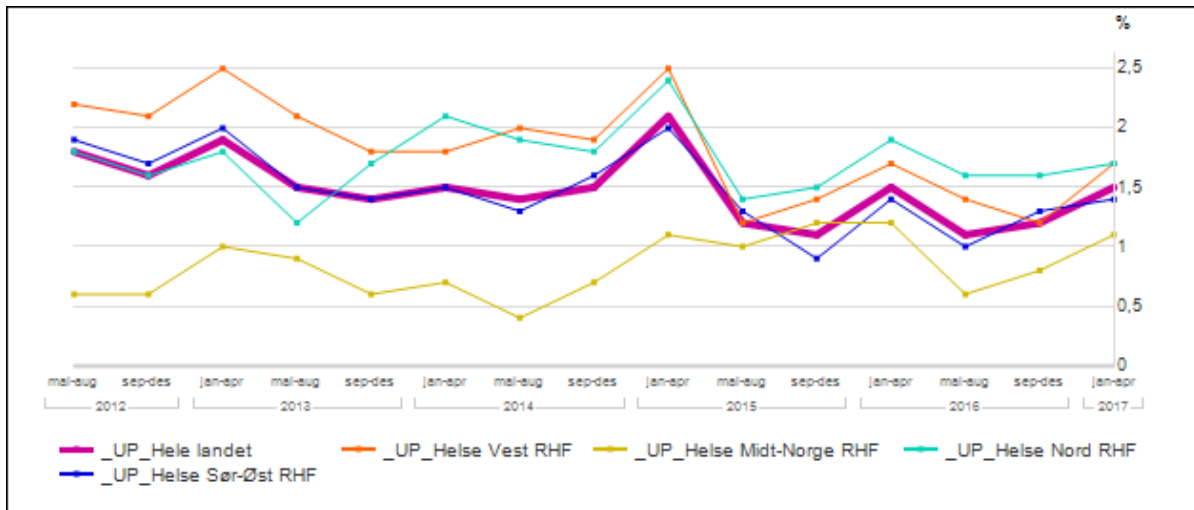
Behandlingssted	Andel pasienter med hoftebrudd som er operert innen 24 timer	Andel pasienter med hoftebrudd som er operert innen 48 timer	Andel	Antall
_UP_Sykehuset Innlandet HF	79,0	95,6		252
_UP_Sørlandet sykehus HF	75,6	91,9		86
_UP_Helse Stavanger HF	75,5	98,0		102
_UP_Finnmarkssykehuset HF	75,0	100,0		28
_UP_Helse Fonna HF	74,4	93,6		78
_UP_Helgelandsykehuset HF	73,1	92,3		26
_UP_Helse Møre og Romsdal HF	71,7	94,7		152
_UP_Vestre Viken HF	69,2	96,9		260
_UP_Sykehuset i Telemark HF	69,2	94,0		117
_UP_Diakonhjemmet sykehus AS	67,0	95,3		106
_UP_Helse Førde HF	66,7	90,0		30
_UP_Helse Nord-Trøndelag HF	64,5	92,1		76
_UP_Haraldsplass Diakonale Sykehus AS	63,3	90,0		60
_UP_Hele landet	63,0	91,0		2 315
_UP_St. Olavs Hospital HF	61,9	92,9		126
_UP_Universitetssykehuset Nord-Norge HF	60,0	86,3		80
_UP_Nordlandssykehuset HF	58,2	89,6		67
_UP_Sykehuset i Vestfold HF	53,2	78,6		126
_UP_Helse Bergen HF	51,5	86,2		130
_UP_Oslo universitetssykehus HF	49,2	87,3		63
_UP_Sykehuset i Østfold HF	41,8	84,8		158
_UP_Akershus universitetssykehus HF	39,1	81,8		192

Resultater og kommentarer

- På landsbasis i 1. tertial 2017 ble 63,0 prosent av hoftebrudd operert innen 24 timer og 91,0 prosent innen 48 timer.
- Helse Midt-Norge RHF hadde høyest andel hoftebrudd operert innen 24 timer med 66,7 prosent.
- Helse Sør-Øst RHF hadde lavest andel hoftebrudd operert innen 24 timer med 61,4 prosent.
- Helse Midt-Norge RHF hadde høyest andel hoftebrudd operert innen 48 timer med 93,5 prosent.
- Helse Nord RHF hadde lavest andel hoftebrudd operert innen 48 timer med 90,0 prosent.

Korridorpatienter

Definisjon: Antall og andel pasienter som kl. 07.00 er plassert i seng på korridor, bad, skyllerom, dagligstue m.m.



Resultater og kommentarer

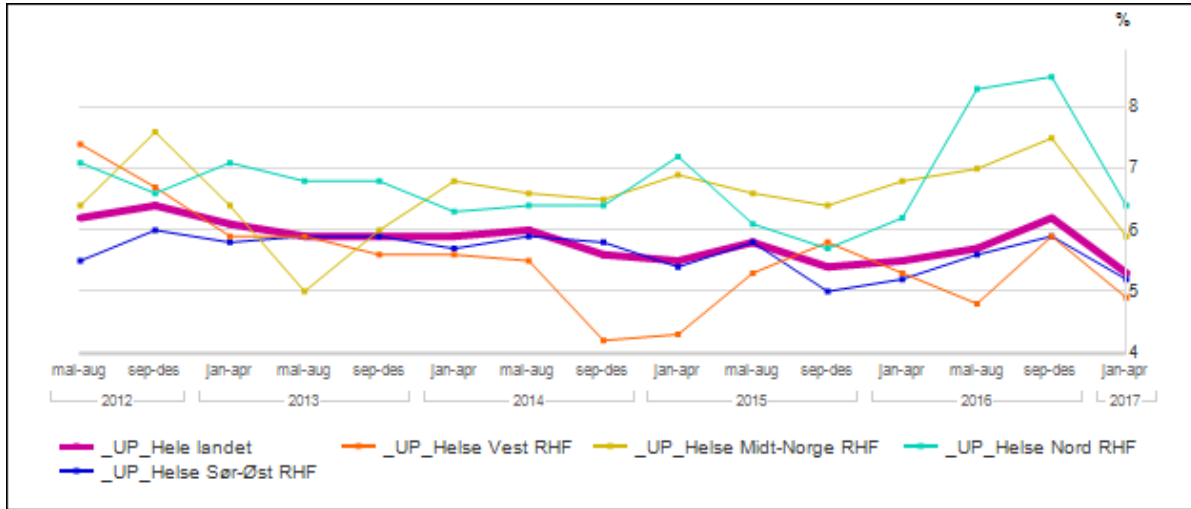
- På landsbasis i 1. tertial 2017 ble det rapportert 1,5 prosent korridorpatienter. Andelen var uendret fra samme tertial året før.
- Helse Midt-Norge RHF hadde lavest andel med 1,1 prosent.
- Helse Vest RHF og Helse Nord RHF hadde høyest andel med 1,7 prosent.
- Helse Sør-Øst RHF hadde en andel på 1,4 prosent.

Behandlingssted	Andel pasienter plassert på korridor	Andel	Antall
_UP_Sunnaas sykehus HF		.1)	.1)
Helse Midt-Norge, Private		0,0	0
Helse Sør-Øst, private		0,0	0
Helse Vest RHF, Privat		0,0	0
_UP_Diakonhjemmet sykehus AS	█	0,2	34
_UP_Finnmarkssykehuset HF	█	0,2	27
_UP_Helse Førde HF	█	0,3	61
_UP_St. Olavs Hospital HF	█	0,4	311
_UP_Oslo universitetssykehus HF	█	0,9	1 284
_UP_Haraldsplass Diakonale Sykehus AS	█	1,1	164
_UP_Helse Bergen HF	█	1,1	1 060
_UP_Sørlandet sykehus HF	█	1,2	573
_UP_Nordlandssykehuset HF	█	1,3	375
_UP_Sykehuset Innlandet HF	█	1,3	1 037
_UP_Helgelandsykehuset HF	█	1,4	188
_UP_Hele landet	█	1,5	16 267
_UP_Akershus universitetssykehus HF	█	1,7	1 178
_UP_Helse Møre og Romsdal HF	█	1,7	867
_UP_Lovisenberg Diakonale	█	1,7	240
_UP_Sykehuset i Vestfold HF	█	1,8	699
_UP_Vestre Viken HF	█	2,2	1 754
_UP_Helse Nord-Trøndelag HF	█	2,3	604
_UP_Sykehuset i Telemark HF	█	2,4	752
_UP_Sykehuset i Østfold HF	█	2,4	1 092
_UP_Universitetssykehuset Nord-Norge HF	█	2,4	1 297
_UP_Helse Fonna HF	█	2,7	890
_UP_Helse Stavanger HF	█	2,7	1 780

0 0,5 1 1,5 2 2,5 % Data gjelder for perioden januar - april 2017

Utsettelse av planlagte operasjoner

Definisjon: Andel pasienter (innlagte og dagkirurgi) som blir strøket fra det planlagte operasjonsprogrammet.



Resultater og kommentarer

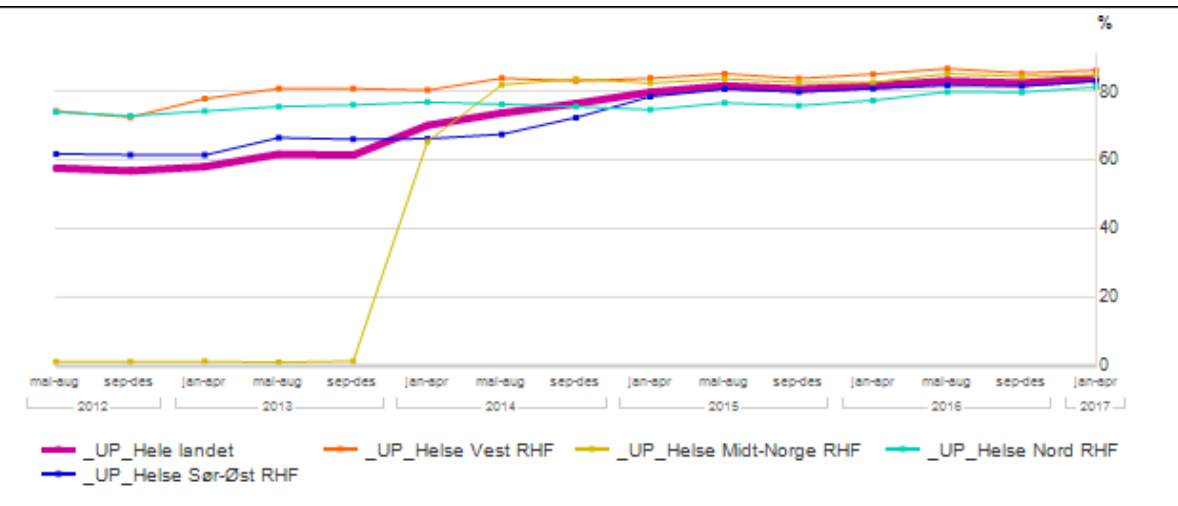
- På landsbasis i 1. tertial 2017 ble 5,3 prosent av planlagte operasjoner utsatt. I 1. tertial 2016 var andelen på 5,5 prosent.
- Helse Vest RHF hadde lavest andel med 4,9 prosent.
- Helse Nord RHF hadde høyest andel med 6,4 prosent.
- Helse Midt-Norge RHF og Helse Sør-Øst RHF hadde en andel på henholdsvis 5,9 og 5,2 prosent.

Behandlingssted	Andel (%) utsettelse	Andel	Antall
_UP_Helse Midt-Norge, Private	0,3	0,3	15
_UP_Helse Vest RHF, Privat	0,4	0,4	19
_UP_Helse Sør-Øst, private	0,8	0,8	80
_UP_Helse Nord RHF, Privat	1,4	1,4	25
_UP_Sykehuset Innlandet HF	3,7	3,7	394
_UP_Helse Førde HF	4,2	4,2	89
_UP_Sykehuset i Vestfold HF	4,3	4,3	207
_UP_Universitetssykehuset Nord-Norge HF	4,3	4,3	208
_UP_Helse Stavanger HF	4,5	4,5	517
_UP_Vestre Viken HF	4,5	4,5	567
_UP_Sørlandet sykehus HF	5,0	5,0	279
_UP_Hele landet	5,3	5,3	7 593
_UP_Diakonhjemmet sykehus AS	5,6	5,6	68
_UP_Sykehuset i Telemark HF	5,7	5,7	181
_UP_Oslo universitetssykehus HF	6,6	6,6	1 027
_UP_Haraldsplass Diakonale Sykehus AS	6,8	6,8	115
_UP_Helse Bergen HF	6,9	6,9	602
_UP_St. Olavs Hospital HF	6,9	6,9	599
_UP_Helgelandsykehuset HF	7,4	7,4	172
_UP_Helse Fonna HF	7,5	7,5	247
_UP_Lovisenberg Diakonale	7,6	7,6	239
_UP_Helse Nord-Trøndelag HF	7,7	7,7	235
_UP_Helse Møre og Romsdal HF	8,1	8,1	419
_UP_Akershus universitetssykehus HF	9,0	9,0	407
_UP_Nordlandssykehuset HF	9,7	9,7	253
_UP_Sykehuset i Østfold HF	10,0	10,0	486
_UP_Finnmarkssykehuset HF	12,5	12,5	143

0 2 4 6 8 10 12 % Data gjelder for perioden januar - april 2017

Epikrisetid ved utskriving fra somatisk helsetjeneste

Definisjon: Andel epikriser som er skrevet og utsendt innen 1 og 7 dager etter utskrivningsdato fra somatisk helsetjeneste



Figuren viser andel epikriser sendt innen 7 dager.

Resultater og kommentarer

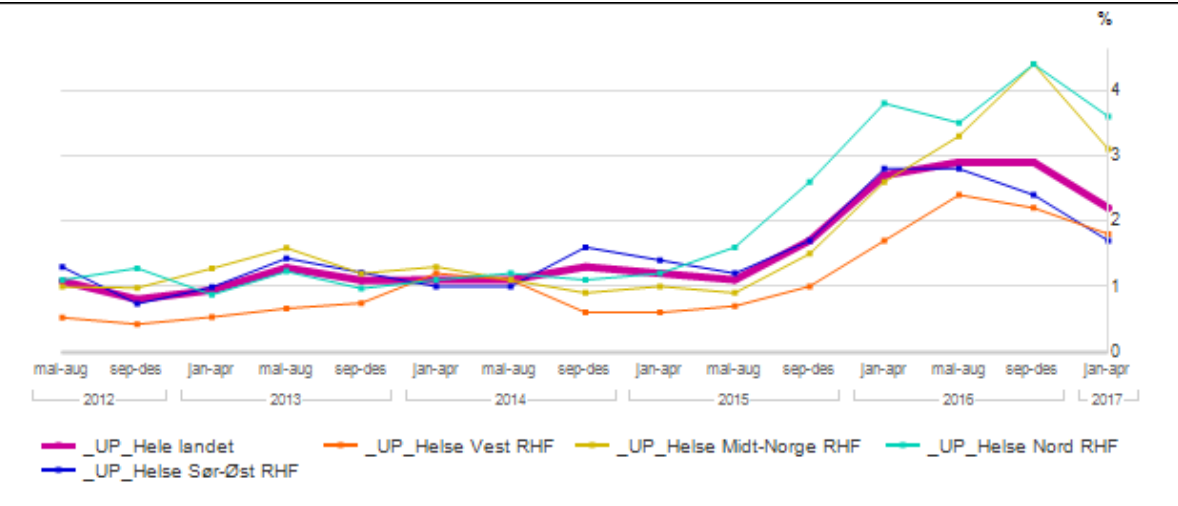
- På landsbasis i 1. tertial 2017 ble 50,2 prosent av epikrisene sendt innen 1 dag etter utskrivningsdato fra sykehuset og 83,9 prosent av alle epikriser var sendt innen 7 dager.
- Helse Vest RHF hadde høyest andel epikriser sendt innen 1 dag med 56,7 prosent.
- Helse Midt-Norge RHF hadde lavest andel epikriser sendt innen 1 dag med 38,6 prosent.
- Helse Vest RHF hadde høyest andel epikriser sendt innen 7 dager med 86,3 prosent.
- Helse Nord RHF hadde lavest andel epikriser sendt innen 7 dager med 81,4 prosent.

Behandlingssted	Andel epikriser sendt innen 7 dager etter utskrivning fra somatisk helsetjeneste	Andel	Antall
_UP_Helse Førde HF	<div style="width: 96.7%;"></div>	96,7	4 943
_UP_Lovisenberg Diakonale	<div style="width: 93.1%;"></div>	93,1	3 509
_UP_Diakonhjemmet sykehus AS	<div style="width: 92.2%;"></div>	92,2	4 516
_UP_Sykehuset i Vestfold HF	<div style="width: 90.9%;"></div>	90,9	9 625
_UP_Helse Nord-Trøndelag HF	<div style="width: 90.8%;"></div>	90,8	6 082
_UP_Vestre Viken HF	<div style="width: 89.4%;"></div>	89,4	18 443
_UP_Helse Bergen HF	<div style="width: 89.2%;"></div>	89,2	20 215
_UP_Haraldsplass Diakonale Sykehus AS	<div style="width: 87.9%;"></div>	87,9	4 074
_UP_Finnmarkssykehuset HF	<div style="width: 87.6%;"></div>	87,6	2 847
_UP_Sykehuset Innlandet HF	<div style="width: 87.0%;"></div>	87,0	17 862
_UP_Sørlandet sykehus HF	<div style="width: 86.3%;"></div>	86,3	11 458
_UP_Helse Sør-Øst, private	<div style="width: 86.2%;"></div>	86,2	3 781
_UP_Sykehuset i Telemark HF	<div style="width: 85.9%;"></div>	85,9	7 171
_UP_Akershus universitetssykehus HF	<div style="width: 84.8%;"></div>	84,8	14 684
_UP_Helgelandsykehuset HF	<div style="width: 84.7%;"></div>	84,7	2 725
_UP_Helse Møre og Romsdal HF	<div style="width: 84.4%;"></div>	84,4	10 087
_UP_Helse Stavanger HF	<div style="width: 84.0%;"></div>	84,0	12 326
_UP_Hele landet	<div style="width: 83.9%;"></div>	83,9	226 105
_UP_St. Olavs Hospital HF	<div style="width: 83.2%;"></div>	83,2	14 477
_UP_Nordlandssykehuset HF	<div style="width: 82.4%;"></div>	82,4	5 715
_UP_Helse Fonna HF	<div style="width: 80.0%;"></div>	80,0	7 001
_UP_Sykehuset i Østfold HF	<div style="width: 79.6%;"></div>	79,6	10 679
_UP_Universitetssykehuset Nord-Norge HF	<div style="width: 78.1%;"></div>	78,1	8 964
_UP_Oslo universitetssykehus HF	<div style="width: 74.8%;"></div>	74,8	23 918
_UP_Sunnaas sykehus HF	<div style="width: 72.9%;"></div>	72,9	795
_UP_Helse Vest RHF, Privat	<div style="width: 29.2%;"></div>	29,2	208
Helse Midt-Norge, Private	<div style="width: 0.0%;"></div>	0,0	0

0 20 40 60 80 % Data gjelder for perioden januar - april 2017

Brudd på vurderingsgarantien for pasienter i somatisk helse

Definisjon: Andel henvisninger i somatisk helsetjeneste der det er blitt brudd på vurderingsgarantien, av alle henvisninger som er mottatt og vurdert i samme rapporteringsperiode.



Resultater og kommentarer

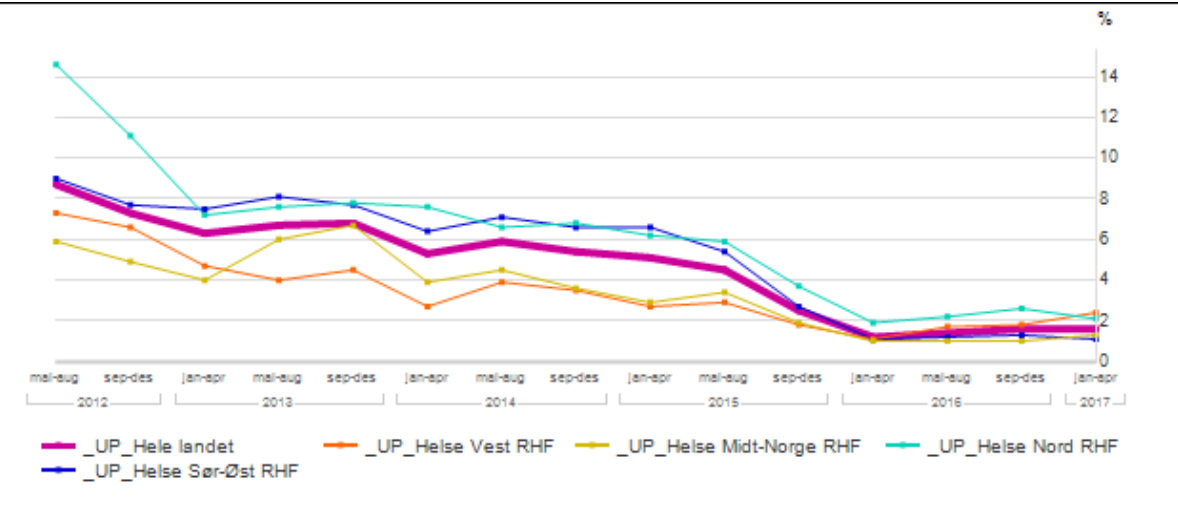
- På landsbasis i 1. tertial 2017 var andelen brudd på vurderingsgarantien i somatisk spesialisthelsetjeneste på 2,2 prosent. I 1. tertial 2016 var andelen på 2,7 prosent.
- Helse Nord RHF hadde høyest andel brudd på vurderingsgarantien på 3,6 prosent.
- Helse Sør-Øst RHF hadde lavest andel brudd på vurderingsgarantien på 1,7 prosent.
- Helse Midt-Norge RHF og Helse Vest RHF hadde en andel på henholdsvis 3,1 og 1,8 prosent.

Behandlingssted	Andel brudd på vurderingsgarantien	Andel	Antall
Helse Nord RHF, Privat		0,0	0
_UP_Sykehuset i Telemark HF		0,5	76
_UP_Helse Førde HF		0,6	65
_UP_Helse Sør-Øst, private		0,6	49
_UP_Lovisenberg Diakonale		0,6	46
_UP_Helgelandsykehuset HF		0,9	76
_UP_Vestre Viken HF		0,9	293
_UP_Helse Nord-Trøndelag HF		1,1	114
_UP_Diakonhjemmet sykehus AS		1,2	62
_UP_Akershus universitetssykehus HF		1,6	376
_UP_Sykehuset Innlandet HF		1,8	612
_UP_Sørlandet sykehus HF		1,8	470
_UP_Helse Fonna HF		1,9	263
_UP_Helse Stavanger HF		1,9	431
_UP_Helse Bergen HF		2,1	733
_UP_Sunnaas sykehus HF		2,1	17
_UP_Hele landet		2,2	9 459
_UP_Helse Vest RHF, Privat		2,2	161
_UP_Oslo universitetssykehus HF		2,5	821
_UP_Sykehuset i Vestfold HF		2,8	516
_UP_Sykehuset i Østfold HF		2,8	601
_UP_St. Olavs Hospital HF		3,1	787
_UP_Finnmarkssykehuset HF		3,4	255
_UP_Helse Møre og Romsdal HF		4,0	868
_UP_Universitetssykehuset Nord-Norge HF		4,1	789
_UP_Nordlandsykehuset HF		4,5	607

0 1 2 3 4 % Data gjelder for perioden januar - april 2017

Fristbrudd for pasienter som har påbegynt helsehjelp i somatisk helse

Definisjon: Andel pasienter med rett til prioritert helsehjelp, som har påbegynt behandling i somatisk helsetjeneste etter frist for oppstart av helsehjelp, av alle pasienter med rett til prioritert helsehjelp som har påbegynt behandling i rapporteringsperioden.



Resultater og kommentarer

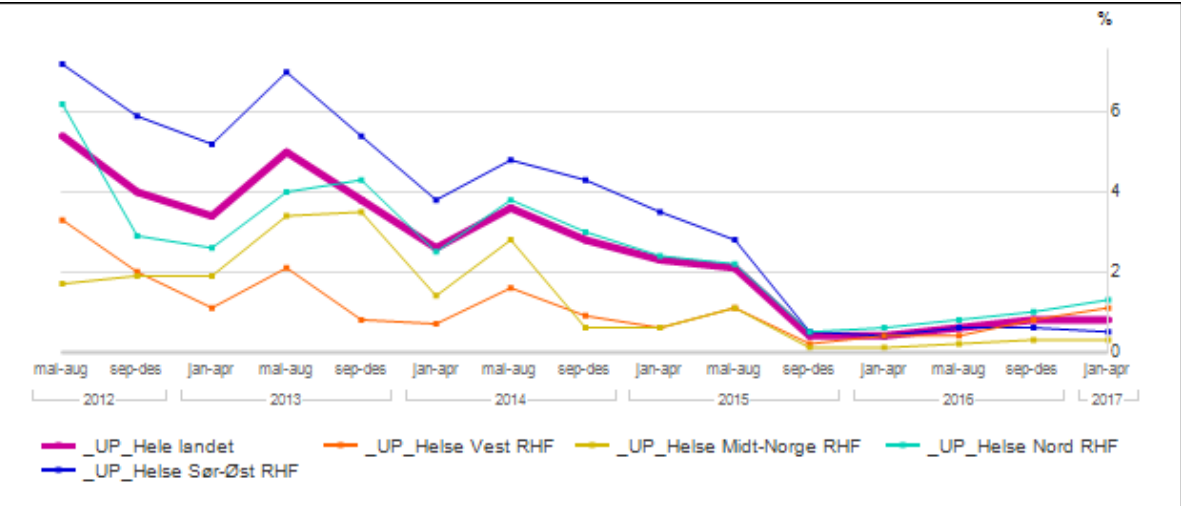
- På landsbasis i 1. tertial 2017 var andelen fristbrudd for pasienter som har påbegynt helsehjelp i somatisk spesialisthelsetjeneste på 1,6 prosent. I 1. tertial 2016 var andelen på 1,2 prosent.
- Helse Vest RHF hadde høyest andel fristbrudd på 2,4 prosent.
- Helse Sør-Øst RHF hadde lavest andel fristbrudd på 1,1 prosent.
- Helse Nord RHF og Helse Midt-Norge RHF hadde en andel på henholdsvis 2,1 og 1,3 prosent.

Behandlingssted	Andel fristbrudd for pasienter som har begynt helsehjelp	Andel	Antall
Helse Nord RHF, Privat		0,0	0
Lovisenberg Diakonale		0,0	1
Sunnaas sykehus HF		0,0	0
_UP_Diakonhjemmet sykehus AS	█	0,1	5
_UP_Helse Førde HF	█	0,3	27
_UP_Helse Sør-Øst, private	█	0,3	20
_UP_Helse Nord-Trøndelag HF	█	0,4	27
_UP_Finnmarkssykehuset HF	█	0,7	37
_UP_St. Olavs Hospital HF	█	0,7	131
_UP_Vestre Viken HF	█	0,8	215
_UP_Oslo universitetssykehus HF	█	0,9	223
_UP_Sykehuset Innlandet HF	█	1,1	284
_UP_Universitetssykehuset Nord-Norge HF	█	1,1	165
_UP_Helse Vest RHF, Privat	█	1,2	67
_UP_Sykehuset i Vestfold HF	█	1,2	180
_UP_Sykehuset i Telemark HF	█	1,3	167
_UP_Akershus universitetssykehus HF	█	1,5	252
_UP_Hele landet	█	1,6	5 386
_UP_Sykehuset i Østfold HF	█	1,7	287
_UP_Sørlandet sykehus HF	█	1,8	364
_UP_Helse Bergen HF	█	2,3	643
_UP_Helse Møre og Romsdal HF	█	2,4	406
_UP_Nordlandssykehuset HF	█	2,5	258
_UP_Helse Stavanger HF	█	2,9	545
_UP_Helse Fonna HF	█	4,2	420
_UP_Helgelandsykehuset HF	█	4,9	307

0 1 2 3 4 % Data gjelder for perioden januar - april 2017

Fristbrudd for pasienter som står på venteliste i somatisk helse

Definisjon: Andel pasienter i somatikk med rett til prioritert helsehjelp og som har fristbrudd, av alle pasienter med rett til prioritert helsehjelp i somatisk helsetjeneste som står på venteliste på et gitt tidspunkt.



Behandlingssted	Andel fristbrudd for pasienter som står på venteliste	Andel	Antall
Diakonhjemmet sykehus AS		0,0	0
Helse Nord RHF, Privat		0,0	0
_UP_Helse Førde HF	█	0,2	8
_UP_Helse Nord-Trøndelag HF	█	0,2	8
_UP_Lovisenberg Diakonale	█	0,2	7
_UP_St. Olavs Hospital HF	█	0,2	25
_UP_Sykehuset i Vestfold HF	█	0,3	23
_UP_Vestre Viken HF	█	0,3	45
_UP_Helse Møre og Romsdal HF	█	0,4	34
_UP_Helse Sør-Øst, private	█	0,4	14
_UP_Sunnaas sykehus HF	█	0,4	1
_UP_Sykehuset i Telemark HF	█	0,4	25
_UP_Oslo universitetssykehus HF	█	0,5	73
_UP_Universitetssykehuset Nord-Norge HF	█	0,5	38
_UP_Akershus universitetssykehus HF	█	0,6	59
_UP_Helse Vest RHF, Privat	█	0,6	20
_UP_Nordlandssykehuset HF	█	0,6	39
_UP_Sykehuset Innlandet HF	█	0,6	68
_UP_Sørlandet sykehus HF	█	0,7	78
_UP_Hele landet	█	0,8	1 467
_UP_Finnmarkssykehuset HF	█	1,1	32
_UP_Sykehuset i Østfold HF	█	1,1	100
_UP_Helse Fonna HF	█	1,2	68
_UP_Helse Stavanger HF	█	1,2	127
_UP_Helse Bergen HF	█	1,4	206
_UP_Helgelandsykehuset HF	█	4,4	151

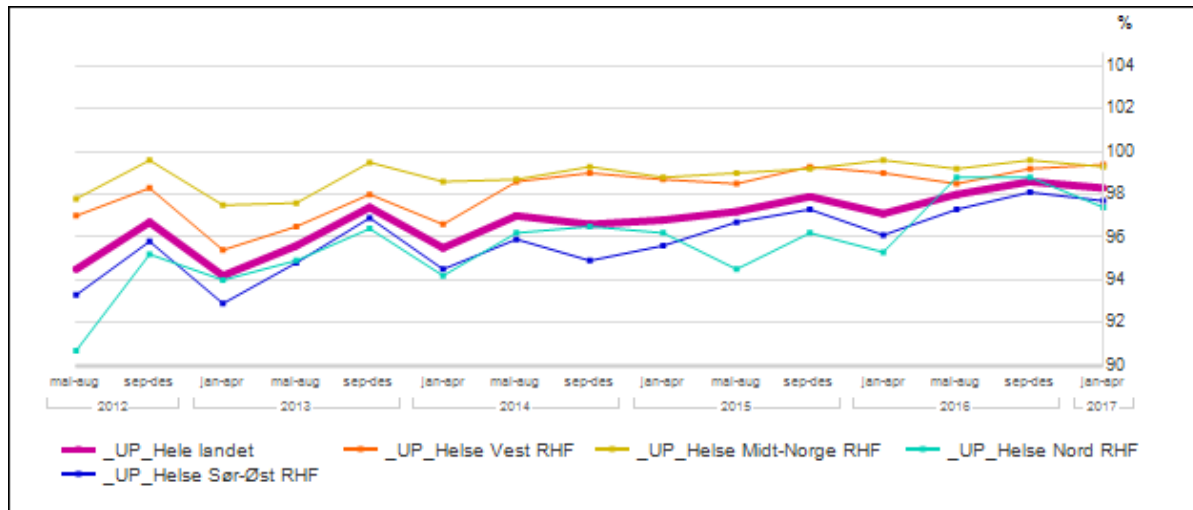
0 1 2 3 4 % Data gjelder for perioden januar - april 2017

Resultater og kommentarer

- På landsbasis i 1. tertial 2017 var andelen fristbrudd for pasienter på venteliste i somatisk spesialisthelsetjeneste på 0,8 prosent. I 1. tertial 2016 var andelen på 0,4 prosent.
- Helse Nord RHF hadde høyest andel fristbrudd på 1,3 prosent.
- Helse Midt-Norge RHF hadde lavest andel fristbrudd på 0,3 prosent.
- Helse Vest RHF og Helse Sør-Øst RHF hadde en andel på henholdsvis 1,1 og 0,5 prosent.

Barne- og ungdomsgarantien, andel vurdert innen 10 dager

Definisjon: Andel henvisninger som er vurdert innen ti arbeidsdager etter at sykehuset har mottatt henvisning for pasienter i psykisk helsevern for barn og unge.



Resultater og kommentarer

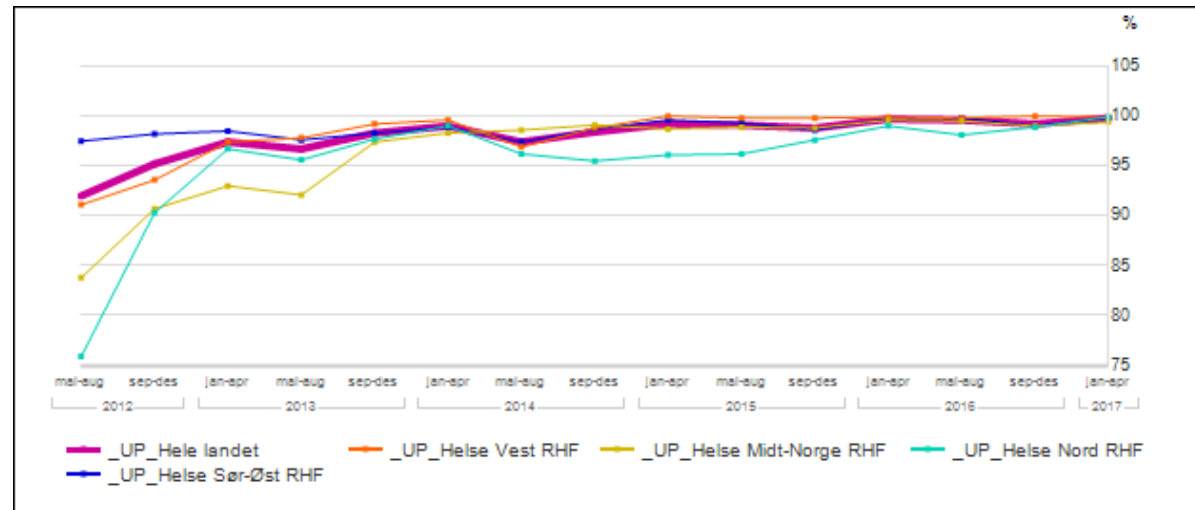
- På landsbasis i 1. tertial 2017 ble 98,3 prosent av alle henvisninger til psykisk helsevern for barn og unge vurdert innen garantitiden på 10 dager. I 1. tertial 2016 var andelen på 97,1 prosent.
- Helse Vest RHF hadde høyest andel henvisninger vurdert innen garantitiden på 10 dager på 99,4 prosent.
- Helse Nord RHF hadde lavest andel henvisninger vurdert innen garantitiden på 10 dager på 97,4 prosent.
- Helse Vest RHF og Helse Nord RHF hadde en andel på henholdsvis 99,4 og 97,4 prosent.

Behandlingssted	Barne- og ungdomsgarantien: Andel (%) til vurdering innen 10 dager	Andel	Antall
_UP_Diakonhjemmet sykehus AS	100,0	100,0	111
_UP_Helse Vest RHF, Privat	100,0	100,0	90
_UP_Helse Fonna HF	99,7	99,7	333
_UP_Sørlandet sykehus HF	99,7	99,7	619
_UP_Helse Førde HF	99,6	99,6	260
_UP_Helse Møre og Romsdal HF	99,6	99,6	503
_UP_Sykehuset i Telemark HF	99,6	99,6	253
_UP_Helse Stavanger HF	99,5	99,5	790
_UP_Sykehuset i Østfold HF	99,4	99,4	529
_UP_St. Olavs Hospital HF	99,2	99,2	531
_UP_Helse Bergen HF	99,1	99,1	697
_UP_Lovisenberg Diakonale	99,0	99,0	295
_UP_Nordlandssykehuset HF	98,9	98,9	275
_UP_Helse Nord-Trøndelag HF	98,8	98,8	246
_UP_Hele landet	98,3	98,3	9 328
_UP_Sykehuset i Vestfold HF	98,3	98,3	469
_UP_Helgelandsykehuset HF	97,8	97,8	182
_UP_Finnmarkssykehuset HF	97,7	97,7	177
_UP_Sykehuset Innlandet HF	97,7	97,7	649
_UP_Akershus universitetssykehus HF	96,5	96,5	835
_UP_Universitetssykehuset Nord-Norge HF	96,0	96,0	378
_UP_Oslo universitetssykehus HF	95,6	95,6	363
_UP_Vestre Viken HF	95,6	95,6	742
Helse Sør-Øst, private	0,0	0,0	1

0 20 40 60 80 100 % Data gjelder for perioden januar - april 2017

Barne- og ungdomsgarantien, andel startet helsehjelp innen 65 dager

Definisjon: Andel barn og unge med rett til prioritert helsehjelp i psykisk helsevern, som har startet helsehjelpen innen 65 arbeidsdager.



Resultater og kommentarer

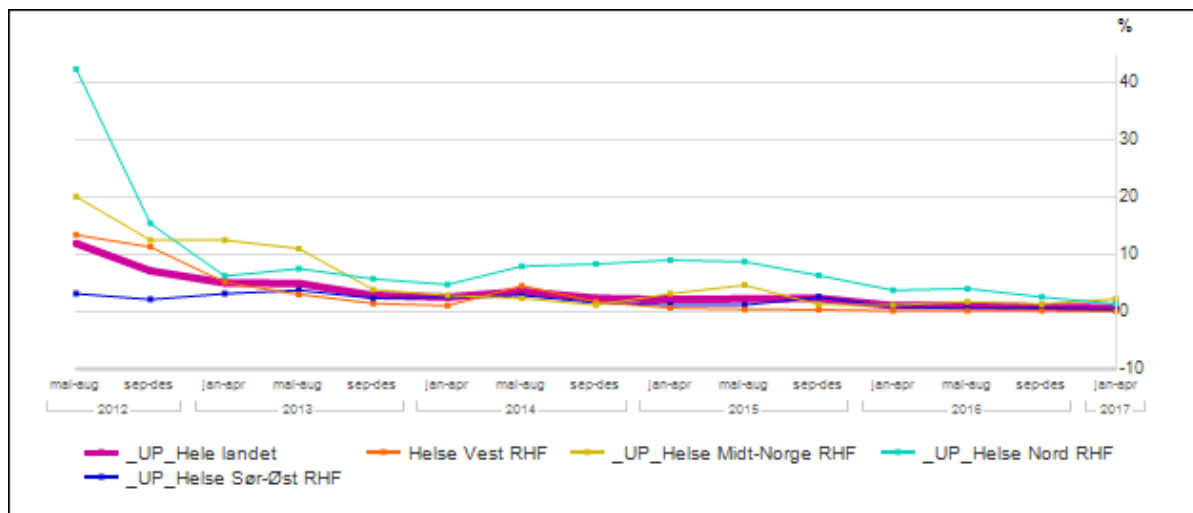
- På landsbasis i 1. tertial 2017 startet 99,8 prosent av barn og unge henvist til psykisk helsevern behandling innen garantitiden på 65 dager. I 1. tertial 2016 var andelen på 99,7 prosent.
- Alle regionene og helseforetakene rapporterte meget høye andeler.
- Helse Vest RHF og Helse Nord RHF hadde høyest andel som hadde startet behandling innen garantitiden på 65 dager på 99,9 prosent.
- Helse Midt-Norge RHF hadde lavest andel som hadde startet behandling innen garantitiden på 65 dager på 99,4 prosent.
- Helse Sør-Øst RHF hadde en andel på 99,8 prosent.

Behandlingssted	Barne- og ungdomsgarantien: Andel (%) til behandling innen 65 dager	Andel	Antall
_UP_Diakonhjemmet sykehus AS	100,0	100,0	89
_UP_Finnmarkssykehuset HF	100,0	100,0	112
_UP_Helgelandsykehuset HF	100,0	100,0	165
_UP_Helse Bergen HF	100,0	100,0	586
_UP_Helse Førde HF	100,0	100,0	202
_UP_Helse Stavanger HF	100,0	100,0	645
_UP_Helse Sør-Øst, private	100,0	100,0	1
_UP_Helse Vest RHF, Privat	100,0	100,0	79
_UP_Sykehuset i Telemark HF	100,0	100,0	242
_UP_Sykehuset i Vestfold HF	100,0	100,0	402
_UP_Sørlandet sykehus HF	100,0	100,0	565
_UP_Universitetssykehuset Nord-Norge HF	100,0	100,0	292
_UP_Vestre Viken HF	100,0	100,0	642
_UP_Hele landet	99,8	99,8	7 776
_UP_Sykehuset i Østfold HF	99,8	99,8	472
_UP_Akershus universitetssykehus HF	99,7	99,7	694
_UP_Oslo universitetssykehus HF	99,7	99,7	319
_UP_St. Olavs Hospital HF	99,7	99,7	359
_UP_Helse Fonna HF	99,6	99,6	269
_UP_Lovisenberg Diakonale	99,6	99,6	235
_UP_Nordlandssykehuset HF	99,6	99,6	237
_UP_Sykehuset Innlandet HF	99,6	99,6	531
_UP_Helse Nord-Trøndelag HF	99,5	99,5	209
_UP_Helse Møre og Romsdal HF	99,1	99,1	429

0 20 40 60 80 100 % Data gjelder for perioden januar - april 2017

Fristbrudd for pasienter som har påbegynt helsehjelp i PHBU

Definisjon: Andel pasienter med rett til prioritert helsehjelp, som har påbegynt helsehjelp i PHBU etter frist for oppstart av helsehjelp, av alle pasienter med rett til prioritert helsehjelp som har påbegynt behandling i PHBU i rapporteringsperioden.



Resultater og kommentarer

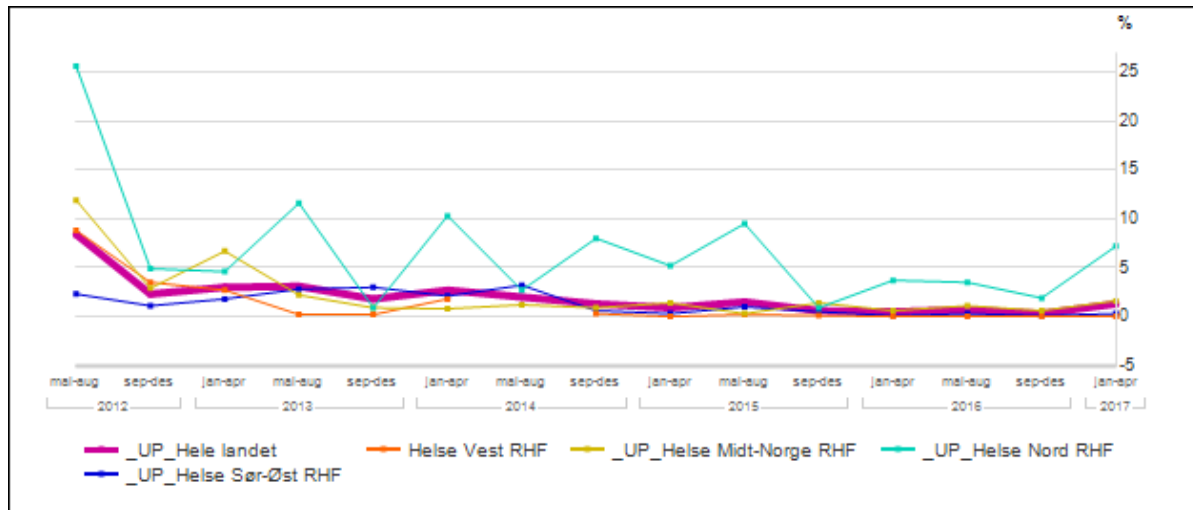
- På landsbasis i 1. tertial 2017 var andelen fristbrudd for pasienter som har påbegynt helsehjelp i psykisk helsevern for barn og unge på 0,6 prosent. I 1. tertial 2016 var andelen på 1,0 prosent.
- Helse Midt-Norge RHF hadde høyest andel fristbrudd på 2,2 prosent.
- Helse Vest RHF hadde lavest andel fristbrudd på 0 prosent.
- Helse Nord RHF og Helse Sør-Øst RHF hadde en andel på henholdsvis 1,3 og 0,3 prosent.

Behandlingssted	Andel (%) fristbrudd for pasienter som har begynt helsehjelp innen PHBU	Andel	Antall
_UP_Helse Stavanger HF		.2)	.2)
_UP_Helse Sør-Øst, private		.2)	.2)
Diakonhjemmet sykehus AS		0,0	0
Helse Bergen HF		0,0	0
Helse Fonna HF		0,0	0
Helse Førde HF		0,0	0
Helse Vest RHF, Privat		0,0	0
Lovisenberg Diakonale		0,0	0
St. Olavs Hospital HF		0,0	0
Universitetssykehuset Nord-Norge HF		0,0	0
_UP_Sykehuset i Vestfold HF	█	0,2	1
_UP_Sykehuset i Østfold HF	█	0,2	1
_UP_Sørlandet sykehus HF	█	0,2	1
_UP_Vestre Viken HF	█	0,2	1
_UP_Akershus universitetssykehus HF	█	0,3	2
_UP_Oslo universitetssykehus HF	█	0,3	1
_UP_Sykehuset i Telemark HF	█	0,4	1
_UP_Hele landet	█	0,6	44
_UP_Helgelandsykehuset HF	█	0,6	1
_UP_Sykehuset Innlandet HF	█	0,6	3
_UP_Nordlandsykehuset HF	█	0,8	2
_UP_Helse Møre og Romsdal HF	█	2,6	11
_UP_Helse Nord-Trøndelag HF	█	5,3	11
_UP_Finnmarkssykehuset HF	█	7,0	8

0 1 2 3 4 5 6 7 % Data gjelder for perioden januar - april 2017

Fristbrudd for pasienter som står på venteliste i PHBU

Definisjon: Andel pasienter med rett til prioritert helsehjelp i PHBU og som har fristbrudd, av alle pasienter med rett til prioritert helsehjelp i PHBU som står på venteliste på et gitt tidspunkt.



Resultater og kommentarer

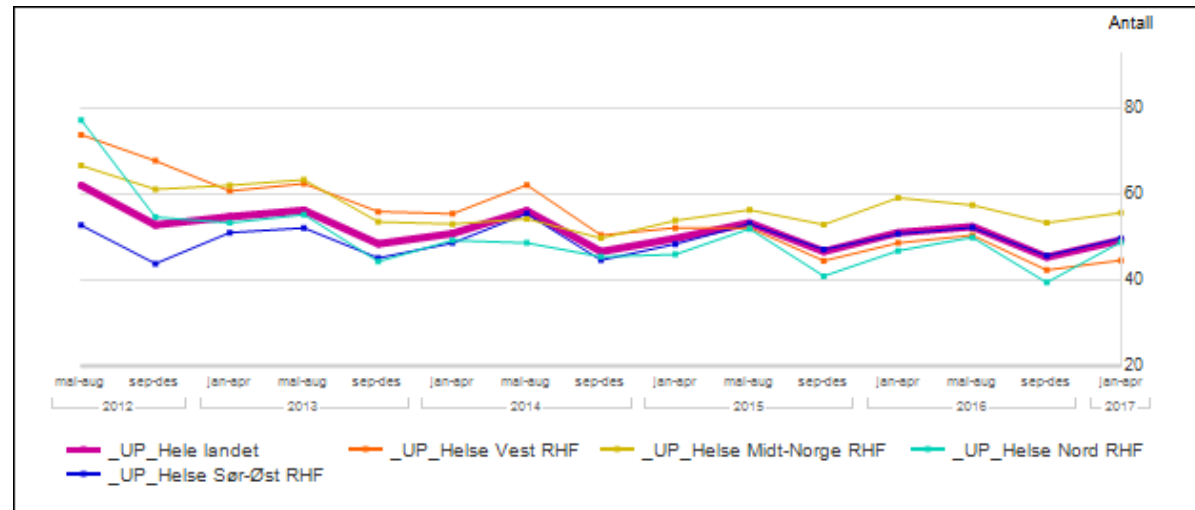
- På landsbasis i 1. tertial 2017 var andelen fristbrudd for pasienter på venteliste i psykisk helsevern for barn og unge på 1,3 prosent. I 1. tertial 2016 var andelen på 0,5 prosent.
- Helse Nord RHF hadde høyest andel fristbrudd på 7,2 prosent.
- Helse Vest RHF hadde lavest andel fristbrudd på 0,0 prosent.
- Helse Midt-Norge RHF og Helse Sør-Øst RHF hadde en andel på henholdsvis 1,6 og 0,3 prosent.

Behandlingssted	Andel (%) fristbrudd for pasienter som står på venteliste innen PHBU	Andel	Antall
_UP_Helse Stavanger HF		.2)	.2)
_UP_Helse Sør-Øst, private		.2)	.2)
Diakonhjemmet sykehus AS		0,0	0
Helse Bergen HF		0,0	0
Helse Fonna HF		0,0	0
Helse Førde HF		0,0	0
Helse Vest RHF, Privat		0,0	0
Lovisenberg Diakonale		0,0	0
Nordlandssykehuset HF		0,0	0
Oslo universitetssykehus HF		0,0	0
St. Olavs Hospital HF		0,0	0
Sykehuset i Vestfold HF		0,0	0
Sykehuset i Østfold HF		0,0	0
Sørlandet sykehus HF		0,0	0
Universitetssykehuset Nord-Norge HF		0,0	0
_UP_Vestre Viken HF	█	0,4	1
_UP_Sykehuset Innlandet HF	█	0,5	1
_UP_Akershus universitetssykehus HF	█	0,7	2
_UP_Hele landet	█	1,3	42
_UP_Sykehuset i Telemark HF	█	1,4	1
_UP_Helse Møre og Romsdal HF	█	1,7	4
_UP_Helse Nord-Trøndelag HF	█	3,8	4
_UP_Helgelandsykehuset HF	█	5,9	3
_UP_Finnmarkssykehuset HF	█	24,8	26

0 5 10 15 20 % Data gjelder for perioden januar - april 2017

Gjennomsnittlig ventetid fra mottatt henvisning til helsehjelp påbegynnes i PHBU

Definisjon: Gjennomsnittlig ventetid fra første mottak av henvisning i spesialisthelsetjenesten i PHBU til påbegynt helsehjelp.



Resultater og kommentarer

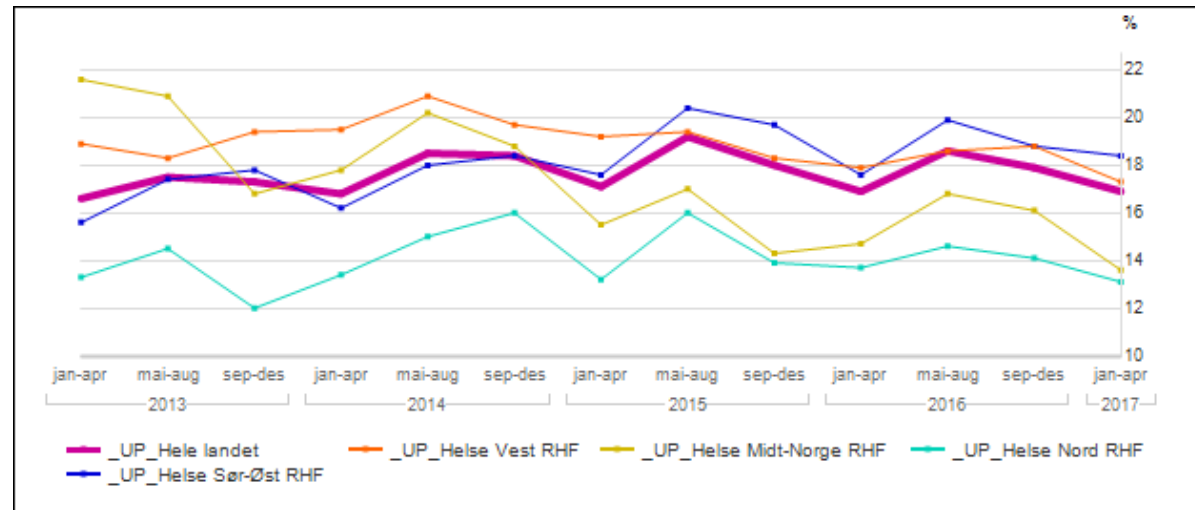
- På landsbasis i 1. tertial 2017 var gjennomsnittlig ventetid i psykisk helsevern for barn og unge på 49 dager. I 1. tertial 2016 var gjennomsnittlig ventetid på 51 dager.
- Helse Midt-Norge RHF hadde lengst gjennomsnittlig ventetid på 56 dager.
- Helse Vest RHF hadde kortest gjennomsnittlig ventetid på 44 dager.
- Helse Sør-Øst RHF og Helse Nord RHF hadde en gjennomsnittlig ventetid på henholdsvis 50 og 49 dager.

Behandlingssted	Gjennomsnittlig ventetid innen psykisk helse barn og unge i antall dager	Antall	Antall
_UP_Helse Sør-Øst, private		2)	2)
_UP_Helse Vest RHF, Privat		24	
_UP_Helse Førde HF		33	
_UP_Helgelandsykehuset HF		39	
_UP_Sørlandet sykehus HF		39	
_UP_Sykehuset i Vestfold HF		42	
_UP_Helse Bergen HF		43	
_UP_Sykehuset i Telemark HF		44	
_UP_Sykehuset Innlandet HF		47	
_UP_Akershus universitetssykehus HF		48	
_UP_Helse Fonna HF		48	
_UP_Lovisenberg Diakonale		49	
_UP_Hele landet		49	
_UP_Helse Stavanger HF		50	
_UP_Universitetssykehuset Nord-Norge HF		50	
_UP_Finnmarkssykehuset HF		51	
_UP_St. Olavs Hospital HF		52	
_UP_Nordlandssykehuset HF		52	
_UP_Helse Nord-Trøndelag HF		53	
_UP_Vestre Viken HF		56	
_UP_Sykehuset i Østfold HF		56	
_UP_Diakonhjemmet sykehus AS		60	
_UP_Helse Møre og Romsdal HF		61	
_UP_Oslo universitetssykehus HF		65	

0 10 20 30 40 50 60 Antall Data gjelder for perioden januar - april 2017

Tvangsinnleggelser i psykisk helsevern for voksne

Definisjon: Andel tvangsinnleggelser i det psykiske helsevernet for voksne.



Resultater og kommentarer

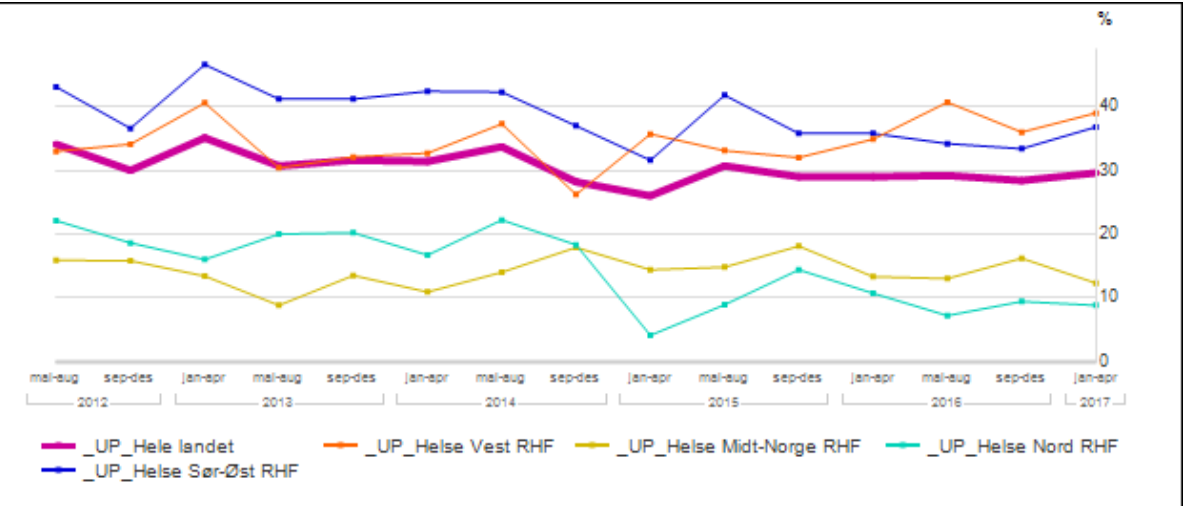
- På landsbasis i 1. tertial 2017 var 16,9 prosent av alle døgnopphold i psykisk helsevern for voksne tvangsinnleggelser. I 1. tertial 2016 var andelen på 16,9 prosent.
- Helse Sør-Øst RHF hadde høyest andel tvangsinnleggelser med 18,4 prosent.
- Helse Nord RHF hadde lavest andel tvangsinnleggelser med 13,1 prosent.
- Helse Vest RHF og Helse Midt-Norge RHF hadde en andel på henholdsvis 17,3 og 13,6 prosent.

Behandlingssted	Andel tvangsinnleggelser i psykisk helsevern for voksne	Andel	Antall
Helse Nord RHF, Privat		0,0 ⁶⁾	0 ⁶⁾
_UP_Helgelandsykehuset HF		0,9	1
_UP_Finnmarkssykehuset HF		3,4	6
_UP_Helse Førde HF		7,7	25
_UP_Helse Vest RHF, Privat		10,5	46
_UP_Sykehuset Innlandet HF		11,3	124
_UP_St. Olavs Hospital HF		12,5	129
_UP_Helse Sør-Øst, private		13,7	154
_UP_Helse Møre og Romsdal HF		14,4 ⁶⁾	82 ⁶⁾
_UP_Helse Fonna HF		14,6	100
_UP_Nordlandssykehuset HF		14,6	72
_UP_Helse Nord-Trøndelag HF		15,3	59
_UP_Sørlandet sykehus HF		16,3	163
_UP_Universitetssykehuset Nord-Norge HF		16,5	171
_UP_Sykehuset i Vestfold HF, psykiatrisk fylkesavdeling		16,6	81
_UP_Hele landet		16,9	2 590
_UP_Sykehuset i Telemark HF		17,1	99
_UP_Sykehuset i Østfold HF		18,9	174
_UP_Helse Bergen HF		20,2	213
_UP_Vestre Viken HF		20,9	238
_UP_Helse Stavanger HF		22,7	213
_UP_Oslo universitetssykehus HF		25,1	130
_UP_Akershus universitetssykehus HF		27,4	310

0 5 10 15 20 25 % Data gjelder for perioden januar - april 2017

Individuell plan med diagnose schizofreni i psykisk helsevern for voksne

Definisjon: Andel voksne med diagnosen schizofreni som har fått individuell plan (F20x i ICD10) i psykisk helse og voksne, døgntilrettelagt behandling.



Resultater og kommentarer

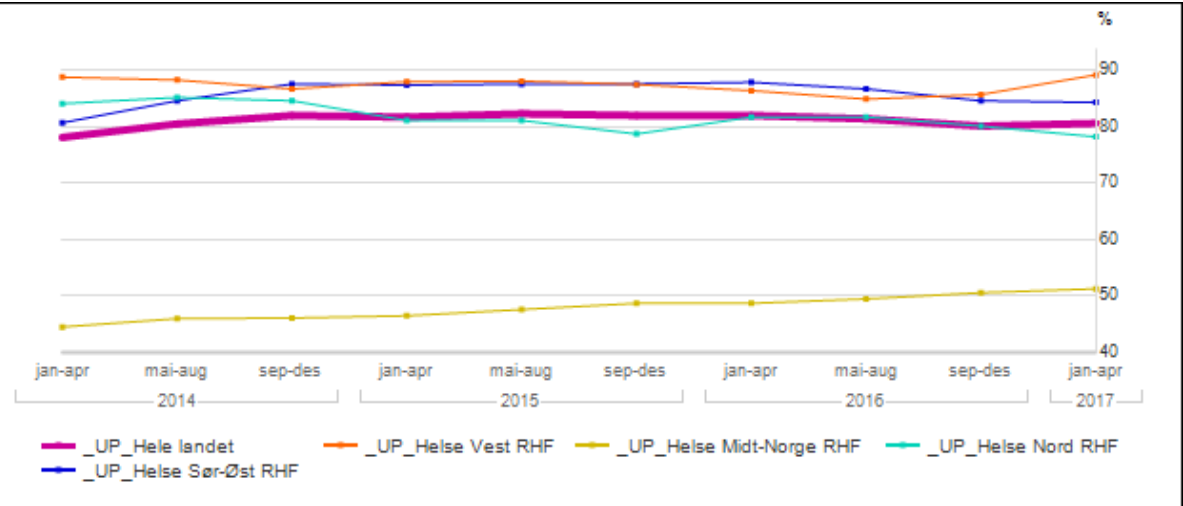
- På landsbasis i 1. tertial 2017 var det rapportert individuell plan for 29,6 prosent av pasientene med diagnosen schizofreni i psykisk helsevern for voksne. I 1. tertial 2016 var andelen på 29,0 prosent.
- Helse Vest RHF hadde høyest andel rapportert med individuell plan med 39,0 prosent.
- Helse Nord RHF hadde lavest andel rapportert med individuell plan med 8,8 prosent.
- Helse Sør-Øst RHF og Helse Midt-Norge RHF hadde en andel på henholdsvis 36,8 og 12,3 prosent.

Behandlingssted	Andel voksne med schizofreni som har fått individuell plan i PHV	Andel	Antall
_UP_Helse Stavanger HF		60,6	43
_UP_Helse Sør-Øst, private		54,2	32
_UP_Sykehuset Innlandet HF		47,7	21
_UP_Vestre Viken HF		47,7	21
_UP_Akershus universitetssykehus HF		45,3	34
_UP_Finnmarkssykehuset HF		42,9	6
_UP_Helse Førde HF		38,5	5
_UP_Sykehuset i Østfold HF		36,4	20
_UP_Helse Bergen HF		31,5	23
_UP_Helse Vest RHF, Privat		29,8	14
_UP_Hele landet		29,6	298
_UP_Sørlandet sykehus HF		28,2	20
_UP_Helse Fonna HF		26,7	12
_UP_Helse Nord-Trøndelag HF		22,6	7
_UP_Sykehuset i Telemark HF		22,0	13
_UP_Oslo universitetssykehus HF		20,0	5
_UP_St. Olavs Hospital HF		12,0	12
_UP_Sykehuset i Vestfold HF, psykiatrisk fylkesavdeling		11,1	3
_UP_Universitetssykehuset Nord-Norge HF		5,7	5
_UP_Helse Møre og Romsdal HF		3,1	1
_UP_Nordlandssykehuset HF		3,1	1
Helgelandsykehuset HF		0,0	0

0 10 20 30 40 50 60 % Data gjelder for perioden januar - april 2017

Kompletthet i dokumentasjon og rapportering av henvisningsformalitet i psykisk helsevern for voksne

Definisjon: Andel henvisninger til psykisk helsevern for voksne, hvor rettslig grunnlag er oppgitt i henvisning og dokumentert av henvisningsmottaker. Gjelder alle mottatte henvisninger.



Resultater og kommentarer

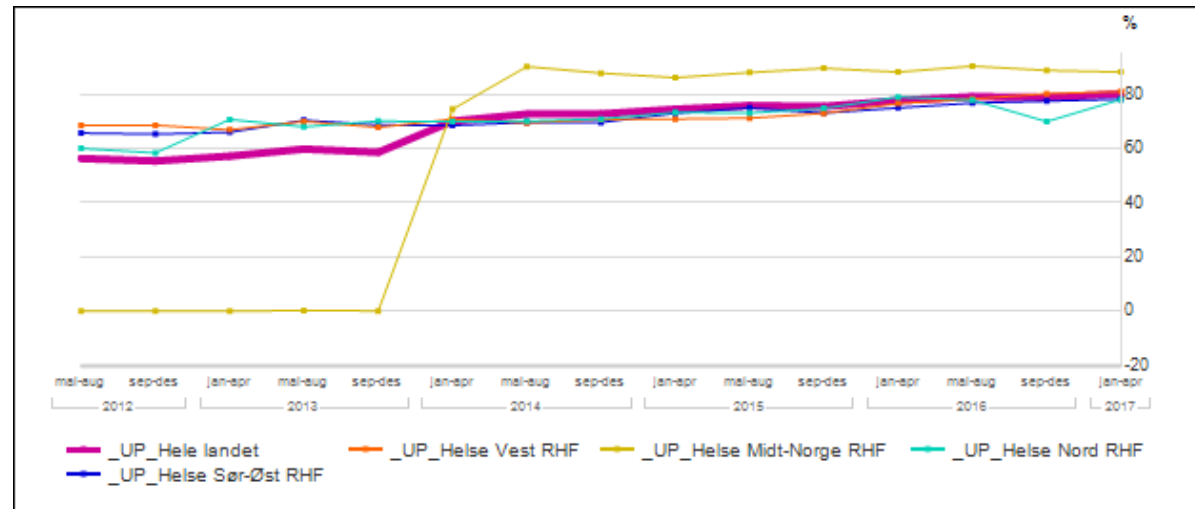
- På landsbasis i 1. tertial 2017 var andelen henvisninger med registrert henvisningsformalitet på 80,6 prosent. I 1. tertial 2016 var andelen på 82,0 prosent.
- Helse Vest RHF hadde høyest andel henvisninger med registrert henvisningsformalitet med 89,2 prosent.
- Helse Midt-Norge RHF hadde lavest andel henvisninger med registrert henvisningsformalitet med 51,2 prosent.
- Helse Sør-Øst RHF og Helse Nord RHF hadde en andel på henholdsvis 84,3 og 78,2 prosent.

Behandlingssted	Andel nye henvisninger med registrert henvisningsformalitet	Andel	Antall
_UP_Helse Midt-Norge, Private	100,0	100,0	1
_UP_Lovisenberg Diakonale	100,0	100,0	2 471
_UP_Helse Førde HF	99,9	99,9	727
_UP_Vestre Viken HF	98,9	98,9	3 666
_UP_Diakonhjemmet sykehus AS	98,5	98,5	3 814
_UP_Helse Vest RHF, Privat	96,5	96,5	1 627
_UP_Akershus universitetssykehus HF	96,2	96,2	4 169
_UP_Helse Sør-Øst, private	95,2	95,2	100
_UP_Helse Fonna HF	93,7	93,7	1 598
_UP_Sykehuset i Østfold HF	92,2	92,2	2 538
_UP_Sykehuset i Telemark HF	90,9	90,9	1 632
_UP_Finnmarkssykehuset HF	89,0	89,0	508
_UP_Helse Bergen HF	85,8	85,8	2 452
_UP_Sykehuset Innlandet HF	85,8	85,8	2 942
_UP_Universitetssykehuset Nord-Norge HF	85,5	85,5	1 739
_UP_Helse Stavanger HF	83,4	83,4	2 665
_UP_Helgelandsykehuset HF	81,1	81,1	587
_UP_Hele landet	80,6	80,6	42 226
_UP_Oslo universitetssykehus HF	66,5	66,5	1 429
_UP_Nordlandssykehuset HF	64,4	64,4	737
_UP_Sørlandet sykehus HF	54,0	54,0	2 136
_UP_Helse Nord-Trøndelag HF	52,6	52,6	661
_UP_St. Olavs Hospital HF	52,1	52,1	1 613
_UP_Helse Møre og Romsdal HF	49,3	49,3	1 173
_UP_Sykehuset i Vestfold HF	42,1	42,1	816
_UP_Helse Nord RHF, Privat	.	.	.

0 20 40 60 80 100 % Data gjelder for perioden januar - april 2017

Epikrisetid ved utskrivning fra døgntil behandling i PHV

Definisjon: Andel epikriser som er skrevet og utsendt innen 1 og 7 dager etter utskrivningsdato fra døgntil behandling i PHV i rapporteringsperioden



Figuren viser andel epikriser sendt innen 7 dager.

Resultater og kommentarer

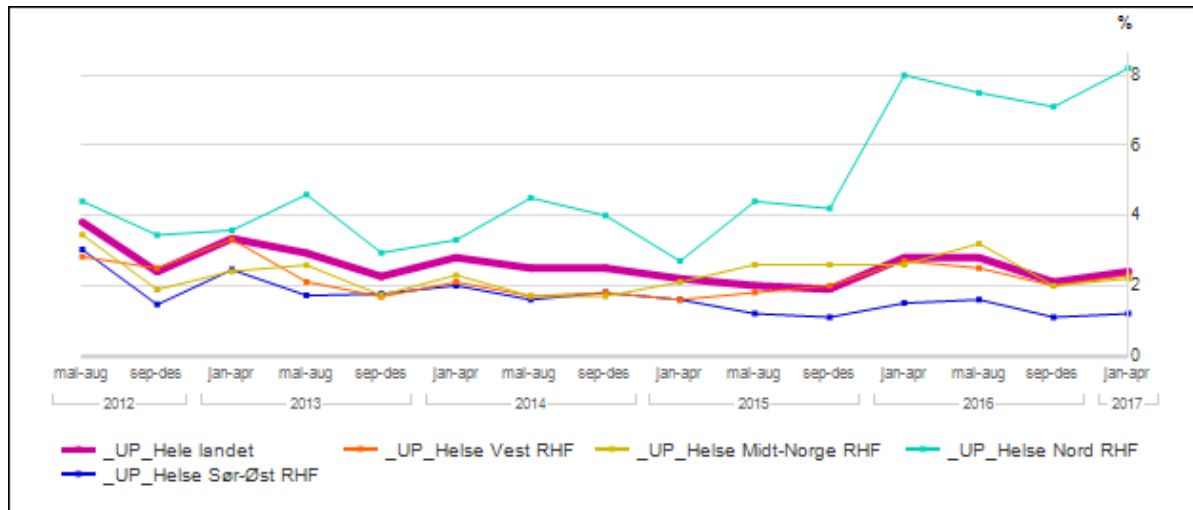
- På landsbasis i 1. tertial 2017 ble 31,8 prosent av epikrisene sendt innen 1 dag etter utskrivningsdato for pasienter i psykisk helsevern for voksne og 80,2 prosent av alle epikriser var sendt innen 7 dager.
- Helse Sør-Øst RHF hadde høyest andel epikriser sendt innen 1 dag med 33,7 prosent.
- Helse Midt-Norge RHF hadde lavest andel epikriser sendt innen 1 dag med 24,2 prosent.
- Helse Midt-Norge RHF hadde høyest andel epikriser sendt innen 7 dager med 88,2 prosent.
- Helse Nord RHF hadde lavest andel epikriser sendt innen 7 dager med 78,1 prosent.

Behandlingssted	Andel epikriser sendt innen 7 dager etter utskrivning fra PHV	Andel	Antall
_UP_St. Olavs Hospital HF		95,3	1 157
_UP_Helse Bergen HF		92,1	1 112
_UP_Sørlandet sykehus HF		91,9	1 061
_UP_Helse Førde HF		90,8	327
_UP_Helse Vest RHF, Privat		90,7	505
_UP_Helgelandsykehuset HF		89,6	103
_UP_Helse Nord-Trøndelag HF		86,4	401
_UP_Helse Fonna HF		84,5	700
_UP_Nordlandssykehuset HF		83,9	401
_UP_Helse Sør-Øst, private		83,1	1 039
_UP_Sykehuset i Vestfold HF, psykiatrisk fylkesavdeling		81,4	390
_UP_Universitetssykehuset Nord-Norge HF		81,1	830
_UP_Hele landet		80,2	14 249
_UP_Finnmarkssykehuset HF		79,8	150
_UP_Sykehuset Innlandet HF		79,6	1 024
_UP_Akershus universitetssykehus HF		78,3	997
_UP_Helse Møre og Romsdal HF		78,3	625
_UP_Vestre Viken HF		77,3	950
_UP_Oslo universitetssykehus HF		77,0	476
_UP_Sykehuset i Østfold HF		66,0	803
_UP_Sykehuset i Telemark HF		65,2	432
_UP_Helse Stavanger HF		59,9	720
_UP_Helse Nord RHF, Privat		29,7	46

0 20 40 60 80 % Data gjelder for perioden januar - april 2017

Brudd på vurderingsgarantien for pasienter i PHV

Definisjon: Andel henvisninger i psykisk helsevern for voksne (PHV) der det er blitt brudd på vurderingsgarantien, av alle henvisninger som er mottatt og vurdert i samme rapporteringsperiode.



Resultater og kommentarer

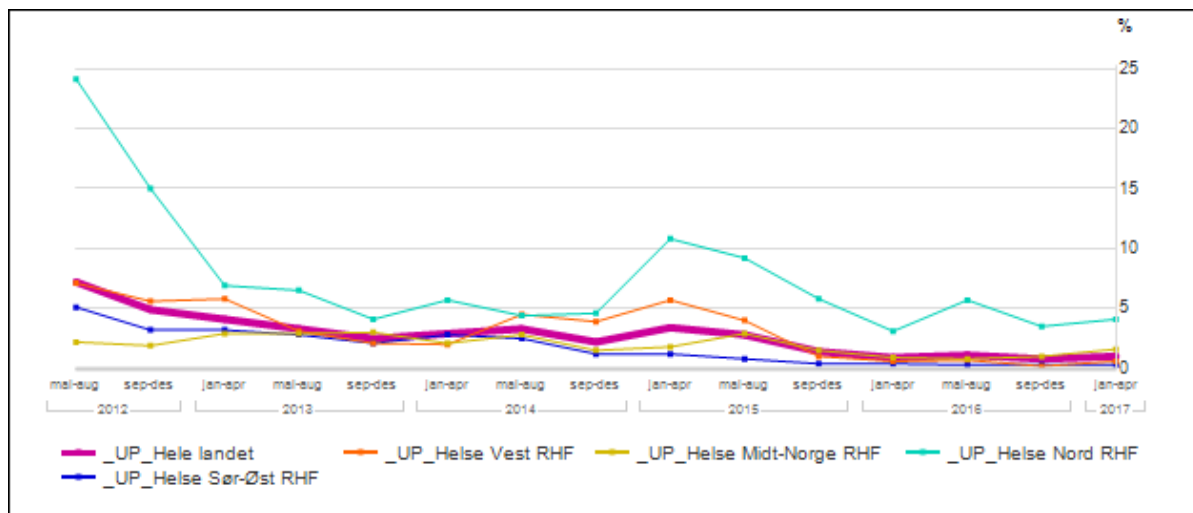
- På landsbasis i 1. tertial 2017 var andelen brudd på vurderingsgarantien i psykisk helsevern for voksne på 2,4 prosent. I 1. tertial 2016 var andelen på 2,8 prosent.
- Helse Nord RHF hadde høyest andel brudd på vurderingsgarantien på 8,2 prosent.
- Helse Sør-Øst RHF hadde lavest andel brudd på vurderingsgarantien på 1,2 prosent.
- Helse Vest RHF og Helse Midt-Norge RHF hadde en andel på henholdsvis 2,3 og 2,2 prosent.

Behandlingssted	Andel (%) brudd på vurderingsgarantien for pasienter innen PHV	Andel	Antall
Helse Sør-Øst, private		0,0	0
_UP_Helse Førde HF	█	0,4	2
_UP_Lovisenberg Diakonale	█	0,4	5
_UP_Diakonhjemmet sykehus AS	█	0,5	5
_UP_Sykehuset i Telemark HF	█	0,5	4
_UP_Finnmarkssykehuset HF	█	0,7	3
_UP_Sykehuset i Vestfold HF	█	0,8	7
_UP_Vestre Viken HF	█	0,9	14
_UP_Helse Vest RHF, Privat	█	1,0	10
_UP_Helgelandsykehuset HF	█	1,2	5
_UP_Sykehuset i Østfold HF	█	1,3	14
_UP_Sørlandet sykehus HF	█	1,3	16
_UP_St. Olavs Hospital HF	█	1,4	24
_UP_Oslo universitetssykehus HF	█	1,6	20
_UP_Helse Fonna HF	█	1,7	13
_UP_Sykehuset Innlandet HF	█	1,7	27
_UP_Akershus universitetssykehus HF	█	1,8	31
_UP_Helse Nord-Trøndelag HF	█	1,9	14
_UP_Helse Nord RHF, Privat	█	2,0	2
_UP_Helse Bergen HF	█	2,1	28
_UP_Hele landet	█	2,4	563
_UP_Helse Møre og Romsdal HF	█	3,7	39
_UP_Nordlandssykehuset HF	█	4,2	25
_UP_Helse Stavanger HF	█	5,0	57
_UP_Universitetssykehuset Nord-Norge HF	█	17,9	174

0 2 4 6 8 10 12 14 16 % Data gjelder for perioden januar - april 2017

Fristbrudd for pasienter som har påbegynt behandling i PHV

Definisjon: Andel pasienter med rett til prioritert helsehjelp, som har påbegynt behandling i PHV etter frist for oppstart av helsehjelp, av alle pasienter med rett til prioritert helsehjelp som har påbegynt behandling i PHV i rapporteringsperioden.



Resultater og kommentarer

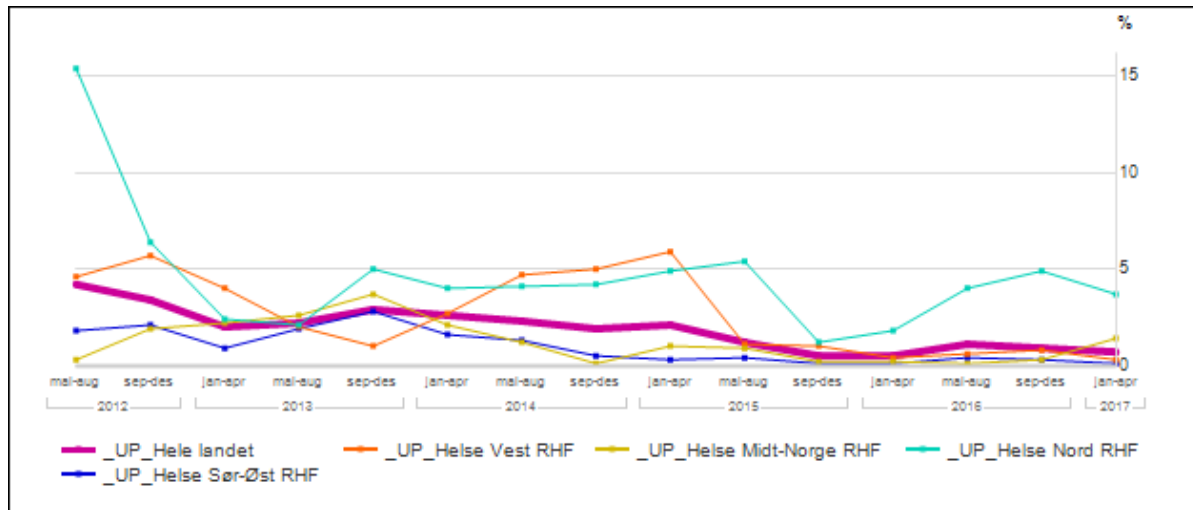
- På landsbasis i 1. tertial 2017 var andelen fristbrudd for pasienter som har påbegynt helsehjelp i psykisk helsevern for voksne på 1,0 prosent. I 1. tertial 2016 var andelen på 0,9 prosent.
- Helse Nord RHF hadde høyest andel fristbrudd på 4,1 prosent.
- Helse Sør-Øst RHF hadde lavest andel fristbrudd på 0,3 prosent.
- Helse Midt-Norge RHF og Helse Vest RHF hadde en andel på henholdsvis 1,6 og 0,6 prosent.

Behandlingssted	Andel (%) fristbrudd for pasienter som har begynt helsehjelp innen PHV	Andel	Antall
Helse Sør-Øst, private		0,0	0
Helse Vest RHF, Privat		0,0	0
Lovisenberg Diakonale		0,0	0
Sykehuset i Vestfold HF		0,0	0
_UP_Diakonhjemmet sykehus AS	█	0,1	1
_UP_Vestre Viken HF	█	0,1	1
_UP_Helse Bergen HF	█	0,2	2
_UP_Sykehuset i Telemark HF	█	0,2	1
_UP_Sørlandet sykehus HF	█	0,2	2
_UP_Helse Førde HF	█	0,3	1
_UP_Helse Nord-Trøndelag HF	█	0,3	2
_UP_Sykehuset i Østfold HF	█	0,4	3
_UP_Sykehuset Innlandet HF	█	0,4	5
_UP_Universitetssykehuset Nord-Norge HF	█	0,4	3
_UP_Akershus universitetssykehus HF	█	0,5	6
_UP_Oslo universitetssykehus HF	█	0,6	6
_UP_Helse Fonna HF	█	0,8	5
_UP_St. Olavs Hospital HF	█	0,8	11
_UP_Hele landet	█	1,0	174
_UP_Helgelandsykehuset HF	█	1,3	4
_UP_Helse Stavanger HF	█	1,6	14
_UP_Helse Nord RHF, Privat	█	2,9	3
_UP_Helse Møre og Romsdal HF	█	4,4	31
_UP_Nordlandsykehuset HF	█	4,5	20
_UP_Finnmarksykehuset HF	█	14,3	47

0 2 4 6 8 10 12 14 % Data gjelder for perioden januar - april 2017

Fristbrudd for pasienter som står på venteliste i PHV

Definisjon: Andel pasienter i PHV med rett til prioritert helsehjelp og som har fristbrudd, av alle pasienter med rett til prioritert helsehjelp i PHV som står på venteliste på et gitt tidspunkt.



Resultater og kommentarer

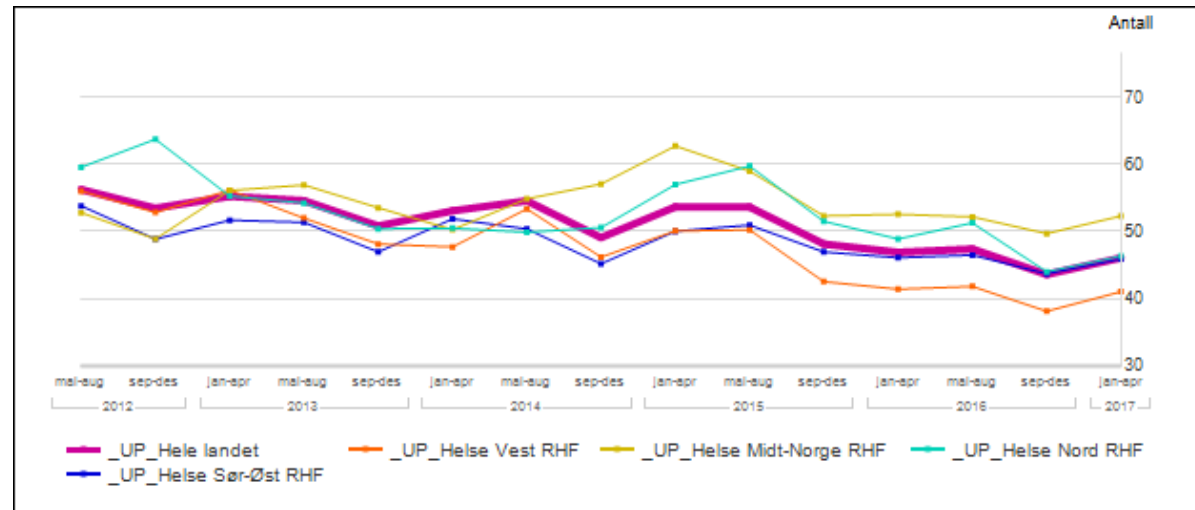
- På landsbasis i 1. tertial 2017 var andelen fristbrudd for pasienter på venteliste i psykisk helsevern for voksne på 0,7 prosent. I 1. tertial 2016 var andelen på 0,5 prosent.
- Helse Nord RHF hadde høyest andel fristbrudd på 3,7 prosent.
- Helse Sør-Øst RHF hadde lavest andel fristbrudd på 0,1 prosent.
- Helse Midt-Norge RHF og Helse Vest RHF hadde en andel på henholdsvis 1,4 og 0,3 prosent.

Behandlingssted	Andel (%) fristbrudd for pasienter som står på venteliste innen PHV	Andel	Antall
Akershus universitetssykehus HF		0,0	0
Diakonhjemmet sykehus AS		0,0	0
Helse Bergen HF		0,0	0
Helse Fonna HF		0,0	0
Helse Førde HF		0,0	0
Helse Sør-Øst, private		0,0	0
Helse Vest RHF, Privat		0,0	0
Sykehuset i Telemark HF		0,0	0
Sykehuset i Vestfold HF		0,0	0
Sykehuset i Østfold HF		0,0	0
Universitetssykehuset Nord-Norge HF		0,0	0
Vestre Viken HF		0,0	0
_UP_Lovisenberg Diakonale	█	0,2	1
_UP_Oslo universitetssykehus HF	█	0,2	1
_UP_St. Olavs Hospital HF	█	0,2	1
_UP_Sykehuset Innlandet HF	█	0,2	1
_UP_Sørlandet sykehus HF	█	0,3	1
_UP_Helse Nord-Trøndelag HF	█	0,4	1
_UP_Hele landet	█	0,7	56
_UP_Helse Stavanger HF	█	1,0	4
_UP_Nordlandssykehuset HF	█	1,0	2
_UP_Helgelandsykehuset HF	█	1,9	2
_UP_Helse Møre og Romsdal HF	█	4,0	15
_UP_Helse Nord RHF, Privat	█	5,8	3
_UP_Finnmarkssykehuset HF	█	14,7	21

0 2 4 6 8 10 12 14 % Data gjelder for perioden januar - april 2017

Gjennomsnittlig ventetid fra mottatt henvisning til helsehjelp påbegynnes i PHV

Definisjon: Gjennomsnittlig ventetid fra første mottak av henvisning i PHV i spesialisthelsetjenesten til påbegynt helsehjelp.



Resultater og kommentarer

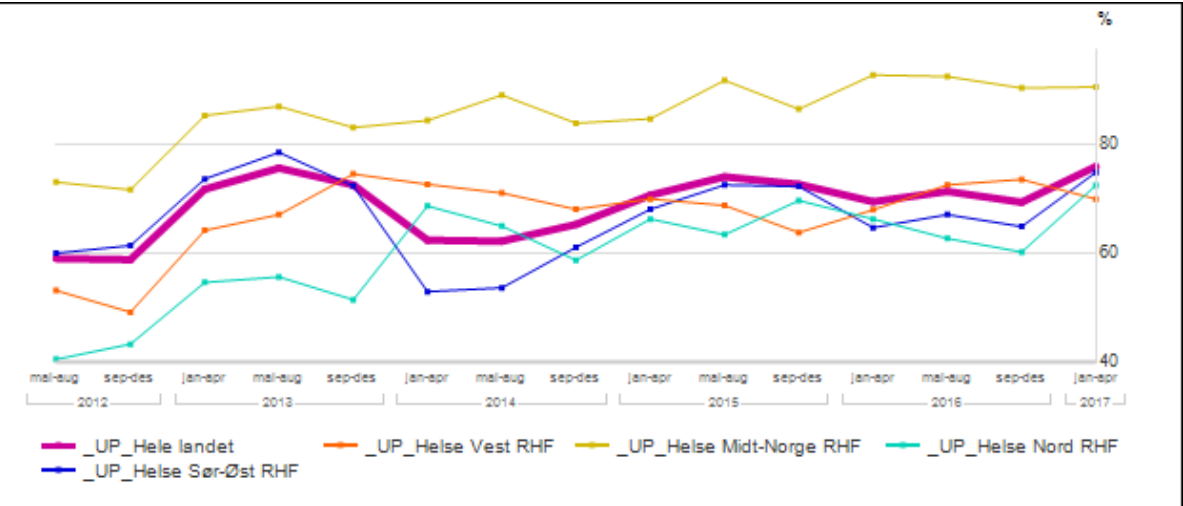
- På landsbasis i 1. tertial 2017 var gjennomsnittlig ventetid i psykisk helsevern for voksne på 46 dager. I 1. tertial 2016 var gjennomsnittlig ventetid på 47 dager.
- Helse Midt-Norge RHF hadde lengst gjennomsnittlig ventetid på 52 dager.
- Helse Vest RHF hadde kortest gjennomsnittlig ventetid på 41 dager.
- Helse Nord RHF og Helse Sør-Øst RHF hadde begge en gjennomsnittlig ventetid på 46 dager.

Behandlingssted	Gjennomsnittlig ventetid innen psykisk helse voksne i antall dager	Antall
_UP_Helse Førde HF	28	28
_UP_Helse Fonna HF	36	36
_UP_Sykehuset i Vestfold HF	38	38
_UP_Diakonhjemmet sykehus AS	39	39
_UP_Helgelandsykehuset HF	40	40
_UP_Helse Vest RHF, Privat	41	41
_UP_Sykehuset Innlandet HF	41	41
_UP_Finnmarksykehuset HF	42	42
_UP_Vestre Viken HF	43	43
_UP_Sørlandet sykehus HF	44	44
_UP_Helse Stavanger HF	45	45
_UP_Helse Bergen HF	45	45
_UP_Universitetssykehuset Nord-Norge HF	46	46
_UP_Hele landet	46	46
_UP_Sykehuset i Østfold HF	46	46
_UP_Oslo universitetssykehus HF	47	47
_UP_Helse Nord-Trøndelag HF	47	47
_UP_Nordlandsykehuset HF	47	47
_UP_Sykehuset i Telemark HF	47	47
_UP_Helse Møre og Romsdal HF	52	52
_UP_Akershus universitetssykehus HF	52	52
_UP_Lovisenberg Diakonale	55	55
_UP_St. Olavs Hospital HF	55	55
_UP_Helse Nord RHF, Privat	78	78
_UP_Helse Sør-Øst, private	79	79

0 10 20 30 40 50 60 70 Antall Data gjelder for perioden januar - april 2017

Epikrisetid ved utskrivning fra døgntilrettelagt behandling i TSB

Definisjon: Andel epikriser som er skrevet og utsendt innen 1 og 7 dager etter utskrivningsdato fra døgntilrettelagt behandling i TSB i rapporteringsperioden



Figuren viser andel epikriser sendt innen 7 dager.

Resultater og kommentarer

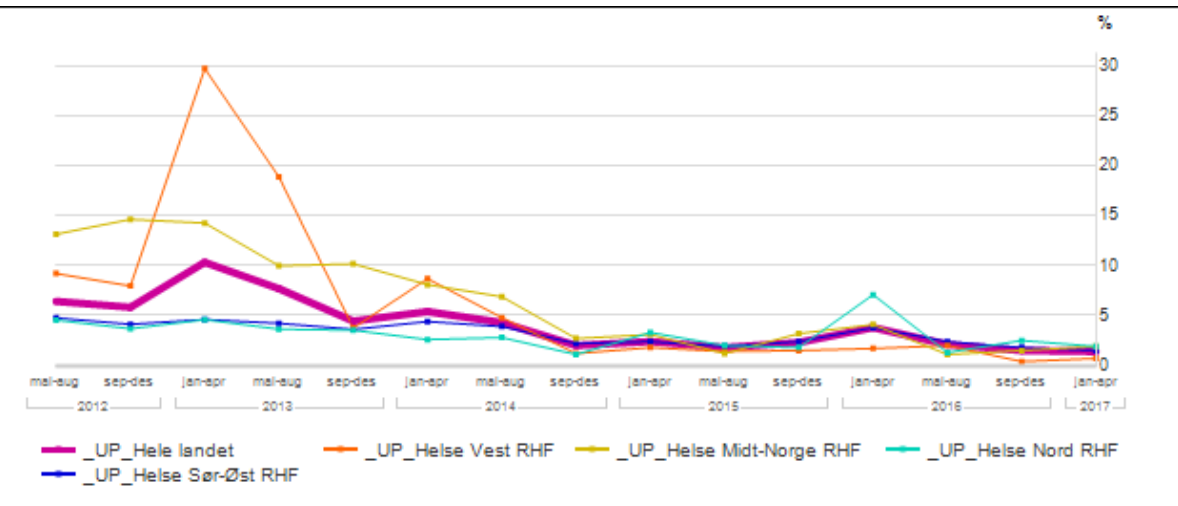
- På landsbasis i 1. tertial 2017 ble 27,1 prosent av epikrisene sendt innen 1 dag etter utskrivningsdato for pasienter i tverrfaglig spesialisert rusbehandling og 76,0 prosent av alle epikriser var sendt innen 7 dager.
- Helse Midt-Norge RHF hadde høyest andel epikriser sendt innen 1 dag med 47,6 prosent.
- Helse Vest RHF hadde lavest andel epikriser sendt innen 1 dag med 21,5 prosent.
- Helse Midt-Norge RHF hadde høyest andel epikriser sendt innen 7 dager med 90,7 prosent.
- Helse Vest RHF hadde lavest andel epikriser sendt innen 7 dager med 70,0 prosent.

Behandlingssted	Andel epikriser sendt innen 7 dager etter utskrivning fra TSB	Andel	Antall
_UP_Helse Nord-Trøndelag HF	100,0	100,0	14
_UP_St. Olavs Hospital HF	97,4	97,4	147
_UP_Sykehuset i Østfold HF	94,8	94,8	127
_UP_Sykehuset Innlandet HF	94,7	94,7	108
_UP_Helse Førde HF	93,9	93,9	31
_UP_Universitetssykehuset Nord-Norge HF	92,2	92,2	213
_UP_Helse Stavanger HF	90,9	90,9	20
_UP_Helse Møre og Romsdal HF	90,7	90,7	185
_UP_Akershus universitetssykehus HF	87,0	87,0	260
_UP_Helse Midt-Norge, Private	86,9	86,9	258
_UP_Sørlandet sykehus HF	85,5	85,5	236
_UP_Helse Bergen HF	85,3	85,3	81
_UP_Helgelandsykehuset HF	84,0	84,0	21
_UP_Nordlandssykehuset HF	82,9	82,9	29
_UP_Helse Fonna HF	76,9	76,9	30
_UP_Hele landet	76,0	76,0	3 569
_UP_Sykehuset i Vestfold HF, psykiatrisk fylkesavdeling	72,6	72,6	119
_UP_Oslo universitetssykehus HF	72,3	72,3	490
_UP_Finnmarkssykehuset HF	71,4	71,4	20
_UP_Vestre Viken HF	70,2	70,2	127
_UP_Helse Vest RHF, Privat	65,9	65,9	474
_UP_Helse Sør-Øst, private	65,4	65,4	572
_UP_Helse Nord RHF, Privat	8,6	8,6	7

0 20 40 60 80 100 % Data gjelder for perioden januar - april 2017

Brudd på vurderingsgarantien for pasienter i TSB

Definisjon: Andel henvisninger i TSB der det er blitt brudd på vurderingsgarantien, av alle henvisninger som er mottatt og vurdert i samme rapporteringsperiode.



Behandlingssted	Andel (%) brudd på vurderingsgarantien for pasienter innen TSB	Andel	Antall
_UP_Helse Midt-Norge, Private		.2)	.2)
_UP_Helse Nord RHF, Privat		.2)	.2)
Helse Bergen HF		0,0	0
Lovisenberg Diakonale		0,0	0
St. Olavs Hospital HF		0,0	0
Sykehuset i Østfold HF		0,0	0
_UP_Oslo universitetssykehus HF	█	0,4	1
_UP_Sykehuset i Vestfold HF	█	0,4	1
_UP_Universitetssykehuset Nord-Norge HF	█	0,4	1
_UP_Helse Vest RHF, Privat	█	0,5	2
_UP_Helse Sør-Øst, private	█	0,7	3
_UP_Sykehuset Innlandet HF	█	0,8	2
_UP_Nordlandssykehuset HF	█	0,9	1
_UP_Diakonhjemmet sykehus AS	█	1,2	1
_UP_Sørlandet sykehus HF	█	1,3	6
_UP_Hele landet	█	1,4	70
_UP_Sykehuset i Telemark HF	█	1,4	1
_UP_Helse Stavanger HF	█	1,9	2
_UP_Helse Fonna HF	█	2,2	2
_UP_Helse Møre og Romsdal HF	█	2,4	6
_UP_Helse Førde HF	█	2,8	1
_UP_Akershus universitetssykehus HF	█	3,4	11
_UP_Helse Nord-Trøndelag HF	█	4,1	3
_UP_Vestre Viken HF	█	5,3	19
_UP_Finnmarkssykehuset HF	█	5,9	2
_UP_Helgelandsykehuset HF	█	6,3	3

0 1 2 3 4 5 6 % Data gjelder for perioden januar - april 2017

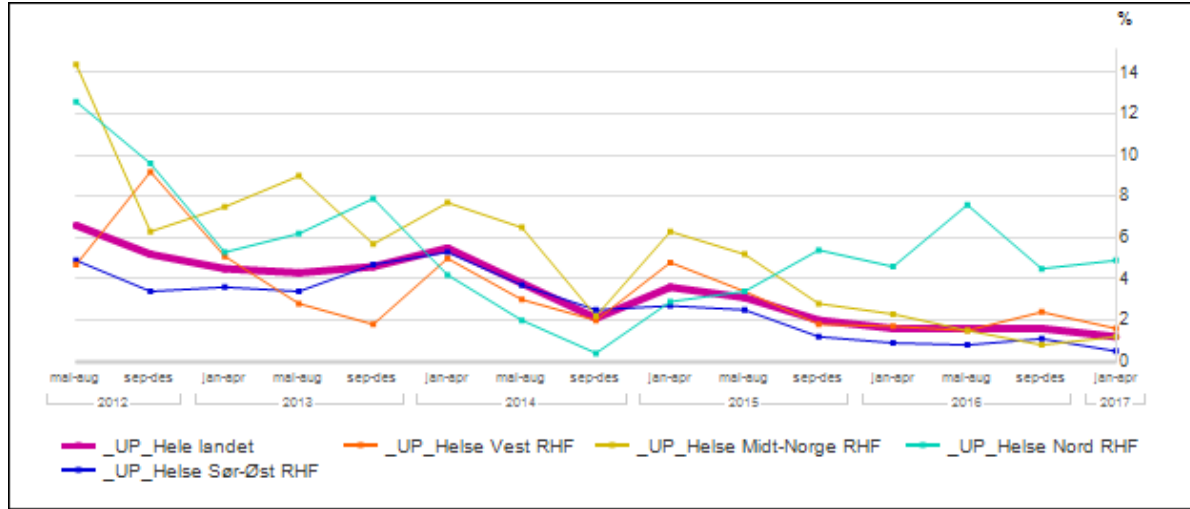
Resultater og kommentarer

- På landsbasis i 1. tertial 2017 var andelen brudd på vurderingsgarantien i tverrfaglig spesialisert rusbehandling på 1,4 prosent. I 1. tertial 2016 var andelen på 3,8 prosent.
- Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF hadde høyest andel brudd på vurderingsgarantien på 1,9 prosent.
- Helse Vest RHF hadde lavest andel brudd på vurderingsgarantien på 0,7 prosent.
- Helse Sør-Øst RHF hadde en andel på 1,5 prosent.

2) Tall for behandlingsstedet er fjernet for å øke anonymisering av dataene. Antall pasienter for en eller flere variabler er mindre enn eller lik 5.

Fristbrudd for pasienter som har påbegynt helsehjelp i TSB

Definisjon: Andel pasienter med rett til prioritert helsehjelp, som har påbegynt helsehjelp i TSB etter frist for oppstart av helsehjelp, av alle pasienter med rett til prioritert helsehjelp som har påbegynt behandling i TSB i rapporteringsperioden.



Resultater og kommentarer

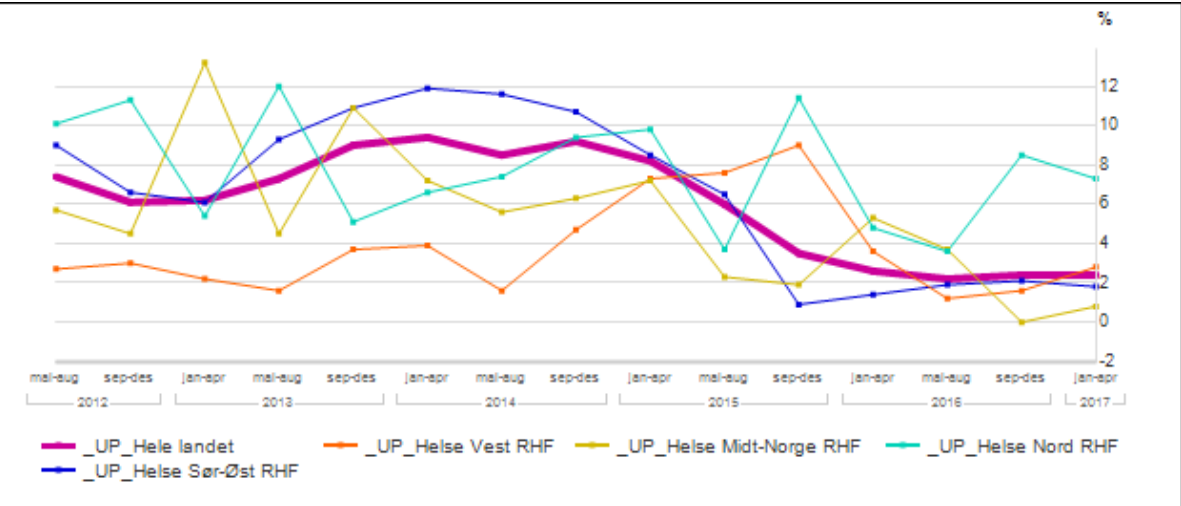
- På landsbasis i 1. tertial 2017 var andelen fristbrudd for pasienter som har påbegynt helsehjelp i tverrfaglig spesialisert rusbehandling på 1,2 prosent. I 1. tertial 2016 var andelen på 1,6 prosent.
- Helse Nord RHF hadde høyest andel fristbrudd på 4,9 prosent.
- Helse Sør-Øst RHF hadde lavest andel fristbrudd på 0,5 prosent.
- Helse Vest RHF og Helse Midt-Norge RHF hadde en andel på henholdsvis 1,6 og 1,2 prosent.

Behandlingssted	Andel (%) fristbrudd for pasienter som har begynt helsehjelp innen TSB	Andel	Antall
Diakonhjemmet sykehus AS		0,0	0
Helse Bergen HF		0,0	0
Helse Førde HF		0,0	0
Helse Nord-Trøndelag HF		0,0	0
Oslo universitetssykehus HF		0,0	0
Sykehuset i Telemark HF		0,0	0
Sykehuset i Vestfold HF		0,0	0
Sykehuset i Østfold HF		0,0	0
Universitetssykehuset Nord-Norge HF		0,0	0
Vestre Viken HF		0,0	0
_UP_Sykehuset Innlandet HF	█	0,6	1
_UP_Sørlandet sykehus HF	█	0,7	2
_UP_St. Olavs Hospital HF	█	0,8	1
_UP_Akershus universitetssykehus HF	█	0,9	2
_UP_Hele landet	█	1,2	40
_UP_Helse Stavanger HF	█	1,2	1
_UP_Helse Midt-Norge, Private	█	1,4	1
_UP_Helse Fonna HF	█	1,5	1
_UP_Helse Sør-Øst, private	█	1,5	5
_UP_Lovisenberg Diakonale	█	1,5	1
_UP_Helse Møre og Romsdal HF	█	2,1	3
_UP_Helse Vest RHF, Privat	█	2,5	8
_UP_Helgelandsykehuset HF	█	2,9	1
_UP_Nordlandsykehuset HF	█	3,2	2
_UP_Helse Nord RHF, Privat	█	20,0	6
_UP_Finnmarkssykehuset HF	█	26,3	5

0 5 10 15 20 25 % Data gjelder for perioden januar - april 2017

Fristbrudd for pasienter som står på venteliste i TSB

Definisjon: Andel pasienter i TSB med rett til prioritert helsehjelp og som har fristbrudd, av alle pasienter med rett til prioritert helsehjelp i TSB som står på venteliste på et gitt tidspunkt.



Resultater og kommentarer

- På landsbasis i 1. tertial 2017 var andelen fristbrudd for pasienter på venteliste i tverrfaglig spesialisert rusbehandling på 2,4 prosent. I 1. tertial 2016 var andelen på 2,6 prosent.
- Helse Nord RHF hadde høyest andel fristbrudd på 7,3 prosent.
- Helse Midt-Norge RHF hadde lavest andel fristbrudd på 0,8 prosent.
- Helse Vest RHF og Helse Sør-Øst RHF hadde en andel på henholdsvis 2,8 og 1,8 prosent.

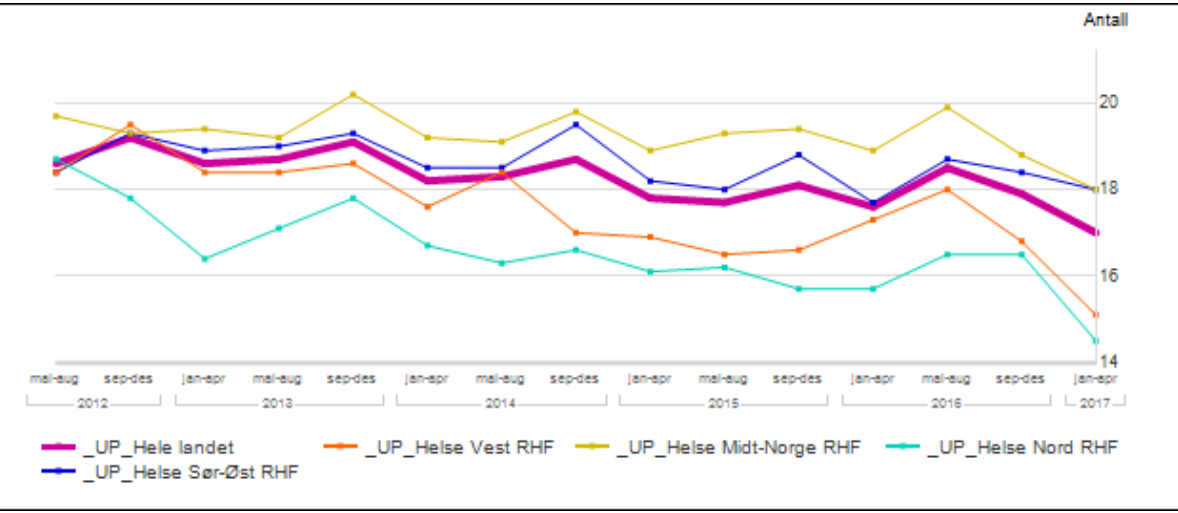
Behandlingssted	Andel (%) fristbrudd for pasienter som står på venteliste innen TSB	Andel	Antall
_UP_Helse Nord-Trøndelag HF		.2)	.2)
Diakonhjemmet sykehus AS		0,0	0
Helgelandsykehuset HF		0,0	0
Helse Fonna HF		0,0	0
Helse Førde HF		0,0	0
Helse Midt-Norge, Private		0,0	0
Helse Stavanger HF		0,0	0
Lovisenberg Diakonale		0,0	0
Nordlandssykehuset HF		0,0	0
St. Olavs Hospital HF		0,0	0
Sykehuset i Telemark HF		0,0	0
Sykehuset i Vestfold HF		0,0	0
Sykehuset i Østfold HF		0,0	0
Sykehuset Innlandet HF		0,0	0
Sørlandet sykehus HF		0,0	0
Vestre Viken HF		0,0	0
_UP_Helse Møre og Romsdal HF	█	1,7	1
_UP_Universitetssykehuset Nord-Norge HF	█	2,0	1
_UP_Hele landet	█	2,4	28
_UP_Helse Vest RHF, Privat	█	3,4	4
_UP_Helse Sør-Øst, private	█	3,6	7
_UP_Akershus universitetssykehus HF	█	4,2	4
_UP_Helse Bergen HF	█	4,3	1
_UP_Oslo universitetssykehus HF	█	4,3	2
_UP_Helse Nord RHF, Privat	█	23,8	5
_UP_Finnmarkssykehuset HF	█	27,3	3

0 5 10 15 20 25 % Data gjelder for perioden januar - april 2017

2) Tall for behandlingsstedet er fjernet for å øke anonymisering av dataene. Antall pasienter for en eller flere variabler er mindre enn eller lik 5.

Forbruk av et utvalg bredspektrede antibiotika i norske sykehus

Definisjon: Antall definerte døgndoser (DDD) av utvalgte bredspektrede antibiotika per 100 liggedøgn i norske sykehus i en periode, basert på innkjøp. Dette omfatter kinoloner, karbapenemer, andregenerasjons cefalosporiner, tredjegerasjons cefalosporiner og «piperacillin og enzymhemmer».



Resultater og kommentarer

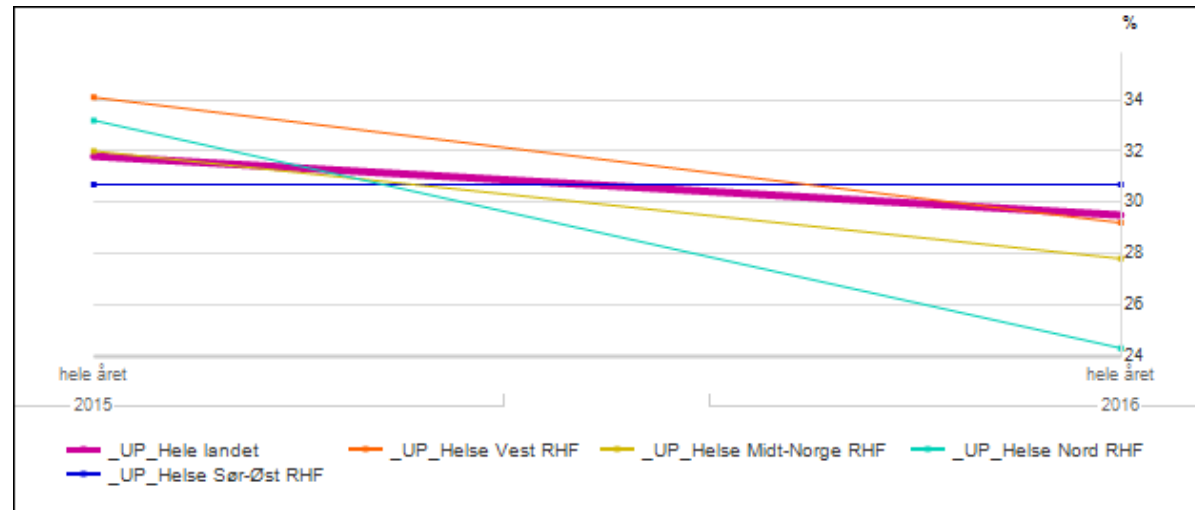
- På landsbasis i 1. tertial 2017 var det 17 definerte døgndoser (DDD) av et utvalg bredspektrede antibiotika per 100 liggedøgn i norske sykehus i perioden. I 1. tertial 2016 var antallet på 17,6.
- Helse Nord RHF hadde lavest antall definerte døgndoser (DDD) på 14,5.
- Helse Sør-Øst RHF og Helse Midt-Norge RHF hadde høyest antall definerte døgndoser (DDD) på 18,0.
- I Helse Vest RHF var antall definerte døgndoser (DDD) på 15,1 .

Behandlingssted	Antall definerte døgndoser (DDD) av utvalgte bredspektrede antibiotika per 100 liggedøgn/periode	Antall
_UP_Sunnaas sykehus HF	█	1,1
_UP_Universitetssykehuset Nord-Norge HF	█	10,8
_UP_Haraldsplass Diakonale Sykehus AS	█	11,2
_UP_Helse Fonna HF	█	14,1
_UP_Lovisenberg Diakonale	█	14,1
_UP_Helgelandsykehuset HF	█	14,9
_UP_Helse Stavanger HF	█	15,0
_UP_Sykehuset i Telemark HF	█	15,2
_UP_Finnmarkssykehuset HF	█	15,3
_UP_Helse Møre og Romsdal HF	█	15,5
_UP_Helse Bergen HF	█	16,0
_UP_Helse Førde HF	█	16,5
_UP_Sykehuset Innlandet HF	█	16,7
_UP_Hele landet	█	17,0
_UP_Oslo universitetssykehus HF	█	17,4
_UP_Sykehuset i Vestfold HF	█	18,4
_UP_Sørlandet sykehus HF	█	18,4
_UP_Helse Nord-Trøndelag HF	█	19,0
_UP_St. Olavs Hospital HF	█	19,2
_UP_Diakonhjemmet sykehus AS	█	19,3
_UP_Akershus universitetssykehus HF	█	20,1
_UP_Vestre Viken HF	█	20,1
_UP_Nordlandsykehuset HF	█	20,9
_UP_Sykehuset i Østfold HF	█	24,6

0 5 10 15 20 Antall Data gjelder for perioden januar - april 2017

Vellykket gjenopplivning etter hjertestans

Definisjon: Andel pasienter med plutselig, uventet hjertestans utenfor sykehus, som fikk tilbake egen hjerterytme i ambulansen.



Resultater og kommentarer

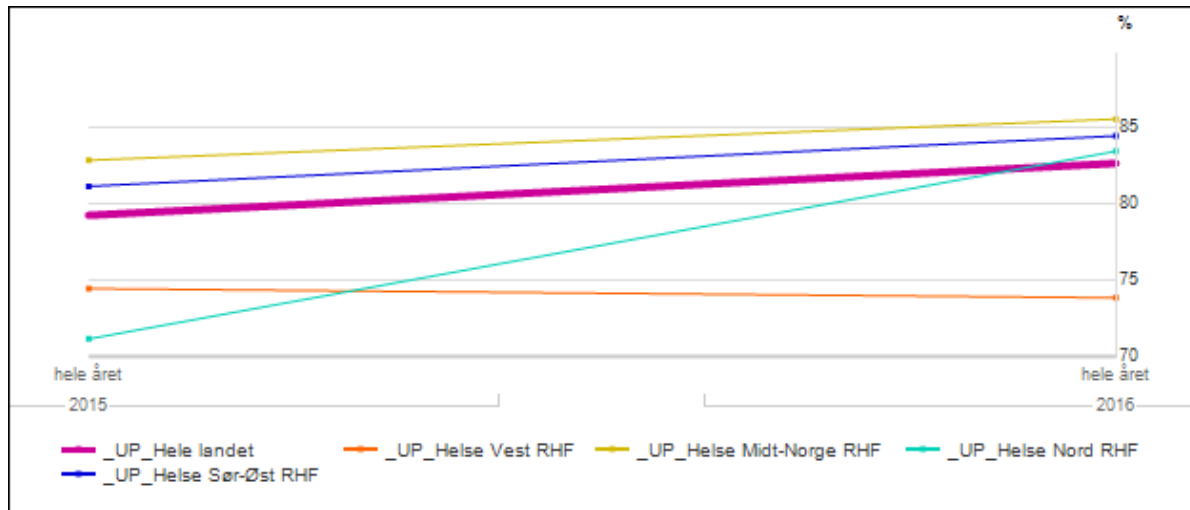
- På landsbasis i 2016 viser indikatoren at 29,5 prosent av pasientene med plutselig uventet hjertestans utenfor sykehus, ble vellykket gjenopplivet etter hjertestansen. I 2015 var andelen vellykket gjenopplivninger på 31,8 prosent.
- Helse Sør-Øst RHF hadde høyest andel vellykket gjenopplivninger med 30,7 prosent.
- Helse Nord RHF hadde lavest andel vellykket gjenopplivninger med 24,3 prosent.
- Helse Vest RHF og Helse Midt-Norge RHF hadde en andel på henholdsvis 29,2 og 27,8 prosent.

Behandlingssted	Andel pasienter med plutselig, uventet hjertestans utenfor sykehus, som fikk tilbake egen hjerterytme	Andel	Antall
_UP_Helse Førde HF		50,0	14
_UP_Oslo universitetssykehus HF		38,2	228
_UP_Sykehuset i Telemark HF		35,1	37
_UP_St. Olavs Hospital HF		32,8	58
_UP_Helse Stavanger HF		32,7	55
_UP_Helse Bergen HF		31,9	72
_UP_Hele landet		30,7	939
_UP_Sykehuset Innlandet HF		30,5	82
_UP_Vestre Viken HF		29,7	64
_UP_Sykehuset i Østfold HF		29,4	51
_UP_Helse Møre og Romsdal HF		28,9	45
_UP_Sykehuset i Vestfold HF		28,8	59
_UP_Sørlandet sykehus HF		26,0	50
_UP_Helgelandsykehuset HF		23,1	13
_UP_Universitetssykehuset Nord-Norge HF		22,9	35
_UP_Nordlandssykehuset HF		20,0	15
_UP_Helse Nord-Trøndelag HF		12,5	24
_UP_Helse Fonna HF		8,7	23
Finnmarkssykehuset HF		0,0	14

0 10 20 30 40 50 % Data gjelder for perioden september - desember 2016

Hjerte-lunge-redning før ambulansen kommer frem til en hjertestans

Definisjon: Andel pasienter med plutselig, uventet hjertestans utenfor sykehus hvor tilstedeværende har startet hjerte-lunge-redning før ambulansen ankommer stedet.



Resultater og kommentarer

- På landsbasis i 2016 hadde tilstedeværende startet hjerte-lunge-redning før ambulansen ankom i 82,6 prosent av tilfellene. I 2015 var andelen på 79,2 prosent.
- Helse Midt-Norge RHF hadde høyest andel tilstedeværende som hadde startet hjerte-lunge-redning før ambulansen ankom med 85,5 prosent.
- Helse Vest RHF hadde lavest andel tilstedeværende som hadde startet hjerte-lunge-redning før ambulansen ankom med 73,8 prosent.
- Helse Sør-Øst RHF og Helse Nord RHF hadde en andel på henholdsvis 84,4 og 83,4 prosent.

Behandlingssted	Andel hjertestanser utenfor sykehus hvor tilstedeværende har startet hjerte-lunge-redning før ambulansen ankommer	Andel	Antall
_UP_Sykehuset i Telemark HF		91,4	35
_UP_Vestre Viken HF		90,1	81
_UP_Nordlandsykehuset HF		89,5	19
_UP_Helse Møre og Romsdal HF		87,8	49
_UP_Helse Nord-Trøndelag HF		87,0	23
_UP_Oslo universitetssykehus HF		84,0	225
_UP_Hele landet		82,6	939
_UP_Sørlandet sykehus HF		82,6	46
_UP_Sykehuset i Vestfold HF		82,4	51
_UP_St. Olavs Hospital HF		82,1	67
_UP_Sykehuset Innlandet HF		81,9	72
_UP_Helse Bergen HF		79,2	72
_UP_Universitetssykehuset Nord-Norge HF		78,8	33
_UP_Helse Førde HF		78,6	14
_UP_Helse Stavanger HF		77,4	53
_UP_Sykehuset i Østfold HF		76,5	51
_UP_Finnmarkssykehuset HF		75,0	12
_UP_Helse Fonna HF		72,0	25
_UP_Helgelandsykehuset HF		63,6	11

0 20 40 60 80 % Data gjelder for perioden september - desember 2016

2017

RAPPORT

KVALITETSMÅLING

**30-dagers overlevelse. Institusjonsrapport for
Nordlandssykehuset HF, Helse Nord RHF.
Resultater for 2016**

- Utgitt av** Folkehelseinstituttet,
Avdeling for kvalitetsmåling og pasientsikkerhet
- Tittel** Kvalitetsindikatoren 30-dagers overlevelse. Institusjonsrapport for
Nordlandssykehuset HF, Helse Nord RHF.
Resultater for 2016
- English title** The quality indicator 30-day survival. Report for
Nordlandssykehuset HF, Helse Nord RHF.
Results for 2016
- Ansvarlig** Camilla Stoltenberg, direktør
- Forfattere** Tomic, Oliver, *seniorforsker, Folkehelseinstituttet*
Kristoffersen, Doris Tove, *statistiker, Folkehelseinstituttet*
Tonya Moen Hansen, *seniorrådgiver, Folkehelseinstituttet*
Helgeland, Jon, *seksjonsleder, Folkehelseinstituttet*
- ISBN** 978-82-8082-872-9
- Prosjektnummer** 9954
- Publikasjonstype** Notat
- Emneord(MESH)** Hospital mortality; Survival; Stroke/mortality; Hip fracture/mortality;
myocardial infarction/mortality; Quality indicators; Health care; Hospitals;
Norway
- Oppdragsgiver** Intern bestilling
- Sitering** Tomic O, Kristoffersen DT, Moen-Hansen T, Helgeland J. 30-dagers
overlevelse. Institusjonsrapport for
Nordlandssykehuset HF, Helse Nord RHF. Resultater for 2016. 2016. Oslo:
Folkehelseinstituttet, 2017.

Forord

Folkehelseinstituttet leverer årlig resultater for kvalitetsindikatorer til det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet som forvaltes av Helsedirektoratet. Resultatene presenteres i år på helseforetak- og regionalt helseforetaksnivå, og publiseres på *helsenorge.no*. I dette notatet presenteres noen utvalgte tilleggsanalyser for fire av disse indikatorene:

- 30-dagers overlevelse etter sykehusinnleggelse (totaloverlevelse)
- 30-dagers overlevelse etter innleggelse for hjerneslag
- 30-dagers overlevelse etter innleggelse for hoftebrudd
- 30-dagers overlevelse etter innleggelse for førstegangs hjerteinfarkt

Bakgrunnen for notatet er at Folkehelseinstituttet jevnlig mottar henvendelser om å presentere mer utfyllende informasjon om datamaterialet som inngår i beregningene for 30-dagers overlevelse og mer detaljerte resultater for hvert enkelt helseforetak. Informasjonen som presenteres i dette notatet har tidligere vist seg nyttig i helseforetakenes arbeid med kvalitetsforbedring og virksomhetsstyring.

Anne Karin Lindahl
Avdelingsdirektør

Tonya Moen Hansen
Prosjektleder

Jon Helgeland
Seksjonsleder

Innhold

FORORD

INNHold

OM RAPPORTEN

Tolkning av 30-dagers overlevelse som kvalitetsindikator
Analyser og resultater for Nordlandssykehuset HF, Helse Nord RHF

RESULTATER OG BRUK AV TALLENE

Deskriptiv statistikk av pasientmaterialet
Kaplan-Meierkurver (overlevelseskurver)
Totaloverlevelse og diagnosekategorier med høy dødelighet
Tidsutvikling
Referanser

VEDLEGG 1 – OPPSUMMERING AV METODEN

Forkortelser
Datakilder og -bearbeiding
Utvalgsår
Analyseenhet – etablering av pasientforløp
Diagnose- og pasientutvalg
CCS-kategorier for totalindikatoren
Behandlingssted og tilordning av resultater
Beregning av 30-dagers risikjustert sannsynlighet for overlevelse
Tidsutvikling
Feilkilder

Fordi rapportene er automatisk generert og antall sider i rapportene vil variere mellom helseforetakene, er det ikke inkludert sidetall i innholdfortegnelsen.

Om rapporten

Folkehelseinstituttet beregner 30-dagers *risikojustert sannsynlighet* for overlevelse som kvalitetsindikator for helseforetak og regionale helseforetak, og resultatene publiseres blant annet på helsenorge.no. For en mer fullstendig metodebeskrivelse henvises til våre vitenskapelige artikler [1-3] og til hovedrapportene som årlig publiseres på våre nettsider [4]. I Vedlegg 1 gis en kort redegjørelse for metodene for beregning av 30-dagers overlevelse, samt beskrivelse av tidsutviklingsanalyser presentert i dette notatet.

Tolkning av 30-dagers overlevelse som kvalitetsindikator

En kvalitetsindikator gir kun en *indikasjon* på kvalitet, det er ikke et *direkte* mål på kvalitet. Å identifisere enkelte helseforetak med statistisk signifikant høyere eller lavere overlevelse er derfor ikke ensbetydende med at de leverer henholdsvis bedre eller dårligere kvalitet av tjenesten. Resultatene for overlevelse etter sykehusinnleggelse i Norge er samlet sett gode ved sammenligning med andre land.

Helseforetak med få innleggelser kan ha stor variasjon fra år til år. Selv om de ikke avviker signifikant, kan de ha for få pasienter til å identifiseres med signifikant høyere eller lavere overlevelse i den statistiske testingen. Eventuelle slutninger om kvalitetsforskjeller bør derfor ikke bare baseres utelukkende på resultater for overlevelse, men suppleres og bekreftes gjennom andre typer utredninger eller undersøkelser.

Indikatorresultatene kan brukes til gjennomgang av helseforetakets behandling og rutiner, med spesiell vekt på etterlevelse av retningslinjer. Folkehelseinstituttet har erfaring med at mer inngående analyser av indikatorene kan gi en indikasjon på hvilke områder som bør vurderes for målrettet lokalt forbedringsarbeid. For å lette

tolkningen av indikatorresultatene og øke relevans av resultatene i lokalt forbedringsarbeid, presenteres resultater for hvert enkelt helseforetak i dette notatet.

Analyser og resultater for Nordlandssykehuset HF, Helse Nord RHF

1. Deskriptiv statistikk av pasientmaterialet

Deskriptiv statistikk beregnes for pasientmaterialet for hhv totaloverlevelse (2016 data), hjerneslag, hoftebrudd og hjerteinfarkt (2014-2016).

2. Kaplan-Meierkurver (overlevelseskurver)

Kaplan-Meier er en vanlig måte å visualisere overlevelsedata på, og viser *ujustert* overlevelse de første 30 dagene etter innleggelse. Kurver presenteres for totaloverlevelse (2016 data), hjerneslag, hoftebrudd og hjerteinfarkt (2014-2016).

3. Totaloverlevelse og diagnosekategorier med høy dødelighet

For totaloverlevelse inkluderes 42 diagnosegrupper som står for 80% av dødsfallene innen 30 dager etter innleggelse ved norske helseforetak. Det er ulik dødelighet i diagnosekategoriene og dette varierer mellom helseforetak. Det er derfor angitt hvilke diagnosekategorier for det aktuelle helseforetaket som har høyere dødelighet enn forventet sammenlignet med resultater for landet totalt (se avsnitt om diagnosekategorier i vedlegg 1). Data for 2016 er benyttet.

4. Tidsutvikling

Tidsutviklingen for totaloverlevelse, hjerneslag, hoftebrudd, hjerteinfarkt er beregnet for femårsperioden 2012-2016 for totaloverlevelse, hjerneslag, hoftebrudd og hjerteinfarkt. Både resultater for hver ettårsperiode og glattede resultater er vist. For å kunne studere utviklingen i overlevelse ved det aktuelle helseforetak over tid er det tatt metodiske valg som er brukt i beregningene for de publiserte indikatorene. Dette betyr at det vil være noen avvik i overlevelsessannsynlighetene (se vedlegg 1).

Resultater og bruk av tallene

Figurer og tabeller vises uavhengig av antall pasienter ved det enkelte helseforetak. Hvis antallet er svært lite, kan det ikke trekkes sikre konklusjoner fra resultatene.

Deskriptiv statistikk av pasientmaterialet

30-dagers risikjustert relativ dødelighet

I tabellene er det også presentert 30-dagers *risikjustert relativ dødelighet*, og tallet er justert for de samme justeringsfaktorer som de risikjusterte overlevelsessannsynlighetene presentert på *helsenorge.no* (se Vedlegg 1). 30-dagers *risikjustert relativ dødelighet* er forholdet mellom risikjustert sannsynlighet for død og estimert referanseverdi, multiplisert med 100. 30-dagers risikjustert relativ dødelighet på over 100 betyr høyere dødelighet enn det som er forventet for resten av populasjonen, mens en risikjustert relativ dødelighet under 100 betyr lavere dødelighet enn det som er forventet for resten av populasjonen.

Signifikanstesting

I denne institusjonsrapporten er det vist resultater fra den statistiske testingen der hvert enkelt helseforetak sammenliknes med referanseverdien for helseforetakene, uten å korrigere for multippel sammenlikning. Dette i motsetningen til vårt hovednotat og på *helsenorge.no*, der det gjøres mange sammenlikninger på en gang (multippel testing), og vi korrigerer for dette. p-verdien som er oppgitt i tabellen, viser om helseforetakets beregnede relative 30-dagers dødelighet er signifikant forskjellig fra referanseverdien. En p-verdi ≤ 0.05 betyr at helseforetaket avviker signifikant. Det vil være en god del flere

helseforetak som avviker signifikant med denne p-verdien, sammenliknet med testen som korrigerer for multippel sammenlikning.

Hva kan resultatene brukes til

Resultatene kan først og fremst benyttes *internt* i helseforetaket, som støtte i lokalt kvalitetsforbedringsarbeid.

Hva kan resultatene ikke brukes til

Den deskriptive statistikken som presenteres i denne rapporten er ikke justert for forskjeller i pasientsammensetning. Analysen påvirkes av justering for forskjeller, slik at ujusterte resultater vil avvike fra justerte. Antall pasienter og antall døde er i tillegg lavt ved enkelte behandlingssteder, noe som øker den statistiske usikkerheten. Folkehelseinstituttet har ikke vurdert om alle observerte forskjeller som fremgår i de institusjonsvise rapportene er statistisk signifikante, og man må følgelig være varsom i tolkningen. Resultatene representerer dødeligheten for alvorlige tilstander, og man kan ikke ekstrapolere resultatene til å representere antall pasienter «spart» på helseforetak med høy overlevelse og tilsvarende antall «unødvendig døde» på helseforetak med lav overlevelse.

Tabell 1: Datagrunnlag for overlevelsesindikatoren for totaloverlevelse. Deskriptiv statistikk, ettårs data (2016).

	Nordlandssykehuset HF	Alle HF (unntatt Nordlandssykehuset HF)
Antall pasienter	5164	182323
Antall pasientforløp	6185	225055
Antall pasientforløp som foregår på to eller flere sykehus	655 (10,6%)	16495 (7,3%)
Kjønn: antall kvinner	3002 (48,5%)	107140 (47,6%)
Alder: < 50 år	632 (10,7%)	28670 (13,4%)
Alder: 50-75 år	2660 (45,2%)	102415 (47,9%)
Alder: > 75 år	2599 (44,1%)	82918 (38,7%)
Medianalder år	72	70
Antall liggedøgn (gj.snitt)	5,2	4,7
Charlson indeks (gj.snitt)	1	1
Charlson indeks (0)	4061 (65,7%)	148072 (65,8%)
Charlson indeks (1)	596 (9,6%)	21682 (9,6%)
Charlson indeks (2+)	1528 (24,7%)	55301 (24,6%)
Antall tidl. innleggelser (gj.snitt)	2	2,2
Antall tidl. innleggelser (0)	2504 (40,5%)	90786 (40,3%)
Antall tidl. innleggelser (1)	1311 (21,2%)	48961 (21,8%)
Antall tidl. innleggelser (2)	739 (11,9%)	28183 (12,5%)
Antall tidl. innleggelser (3-5)	1058 (17,1%)	36031 (16,0%)
Antall tidl. innleggelser (6+)	573 (9,3%)	21094 (9,4%)
Antall døde innen 30 dager	281 (4,5%)	10626 (4,7%)
30-dagers risikojustert relativ dødelighet	97,6	100
p-verdi for dette HF sammenlignet med referansevedien	0,530	NA

Tabell 2: Datagrunnlag for overlevelsesindikatoren for hjerneslag. Deskriptiv statistikk, treårs data (2014-2016).

	Nordlandssykehuset HF	Alle HF (unntatt Nordlandssykehuset HF)
Antall pasienter	805	25393
Antall pasientforløp	834	26694
Antall pasientforløp som foregår på to eller flere sykehus	113 (13,5%)	3058 (11,5%)
Kjønn: antall kvinner	341 (40,9%)	12496 (46,8%)
Alder: < 50 år	42 (5,0%)	1439 (5,4%)
Alder: 50-75 år	359 (43,0%)	11221 (42,0%)
Alder: > 75 år	433 (51,9%)	14034 (52,6%)
Medianalder år	76	76
Antall liggedøgn (gj.snitt)	11	10,1
Charlson indeks (gj.snitt)	0,5	0,6
Charlson indeks (0)	651 (78,1%)	20397 (76,4%)
Charlson indeks (1)	62 (7,4%)	1827 (6,8%)
Charlson indeks (2+)	121 (14,5%)	4470 (16,7%)
Antall tidl. innleggelser (gj.snitt)	1,4	1,5
Antall tidl. innleggelser (0)	429 (51,4%)	13902 (52,1%)
Antall tidl. innleggelser (1)	186 (22,3%)	5711 (21,4%)
Antall tidl. innleggelser (2)	92 (11,0%)	2907 (10,9%)
Antall tidl. innleggelser (3-5)	96 (11,5%)	3107 (11,6%)
Antall tidl. innleggelser (6+)	31 (3,7%)	1067 (4,0%)
Antall døde innen 30 dager	88 (10,6%)	3370 (12,6%)
30-dagers risikojustert relativ dødelighet	97,4	100
p-verdi for dette HF sammenlignet med referansevedien	0,549	NA

Tabell 3: Datagrunnlag for overlevelsesindikatoren for hoftebrudd. Deskriptiv statistikk, treårs data (2014-2016).

	Nordlandssykehuset HF	Alle HF (unntatt Nordlandssykehuset HF)
Antall pasienter	643	22916
Antall pasientforløp	662	23695
Antall pasientforløp som foregår på to eller flere sykehus	62 (9,4%)	1204 (5,1%)
Kjønn: antall kvinner	466 (70,4%)	16644 (70,2%)
Alder: < 50 år	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Alder: 50-75 år	132 (19,9%)	4466 (18,8%)
Alder: > 75 år	530 (80,1%)	19229 (81,2%)
Medianalder år	84	85
Antall liggedøgn (gj.snitt)	7,1	6,5
Charlson indeks (gj.snitt)	0,8	0,8
Charlson indeks (0)	465 (70,2%)	16116 (68,0%)
Charlson indeks (1)	53 (8,0%)	1877 (7,9%)
Charlson indeks (2+)	144 (21,8%)	5702 (24,1%)
Antall tidl. innleggelser (gj.snitt)	1,4	1,8
Antall tidl. innleggelser (0)	306 (46,2%)	11224 (47,4%)
Antall tidl. innleggelser (1)	149 (22,5%)	5522 (23,3%)
Antall tidl. innleggelser (2)	75 (11,3%)	3004 (12,7%)
Antall tidl. innleggelser (3-5)	101 (15,3%)	2918 (12,3%)
Antall tidl. innleggelser (6+)	31 (4,7%)	1027 (4,3%)
Antall døde innen 30 dager	65 (9,8%)	1991 (8,4%)
30-dagers risikojustert relativ dødelighet	112,0	100
p-verdi for dette HF sammenlignet med referansevedien	0,068	NA

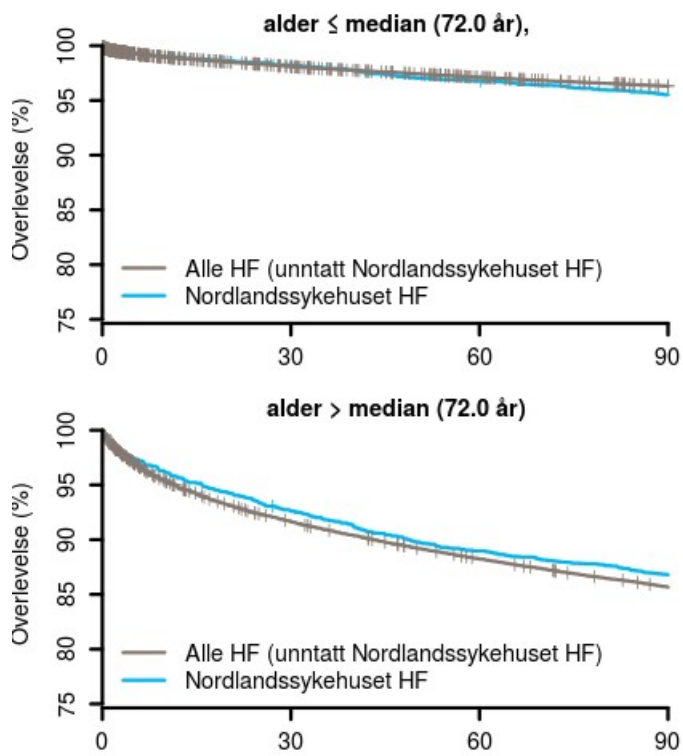
Tabell 4: Datagrunnlag for overlevelsesindikatoren for førstegangs hjerteinfarkt. Deskriptiv statistikk, treårs data (2014-2016).

	Nordlandssykehuset HF	Alle HF (unntatt Nordlandssykehuset HF)
Antall pasienter	900	26400
Antall pasientforløp	900	26400
Antall pasientforløp som foregår på to eller flere sykehus	670 (74,4%)	14800 (56,1%)
Kjønn: antall kvinner	338 (37,6%)	9104 (34,5%)
Alder: < 50 år	56 (6,2%)	2144 (8,1%)
Alder: 50-75 år	499 (55,6%)	14688 (55,6%)
Alder: > 75 år	342 (38,1%)	9565 (36,2%)
Medianalder år	71	70
Antall liggedøgn (gj.snitt)	7,1	6,3
Charlson indeks (gj.snitt)	0,4	0,4
Charlson indeks (0)	742 (82,4%)	21520 (81,5%)
Charlson indeks (1)	51 (5,7%)	1713 (6,5%)
Charlson indeks (2+)	107 (11,9%)	3167 (12,0%)
Antall tidl. innleggelser (gj.snitt)	1,4	1,3
Antall tidl. innleggelser (0)	559 (62,1%)	16445 (62,3%)
Antall tidl. innleggelser (1)	159 (17,7%)	4837 (18,3%)
Antall tidl. innleggelser (2)	77 (8,6%)	2181 (8,3%)
Antall tidl. innleggelser (3-5)	70 (7,8%)	2105 (8,0%)
Antall tidl. innleggelser (6+)	35 (3,9%)	832 (3,2%)
Antall døde innen 30 dager	76 (8,4%)	2046 (7,8%)
30-dagers risikostert relativ dødelighet	124.2 *	100
p-verdi for dette HF sammenlignet med referansevedien	0,007	NA

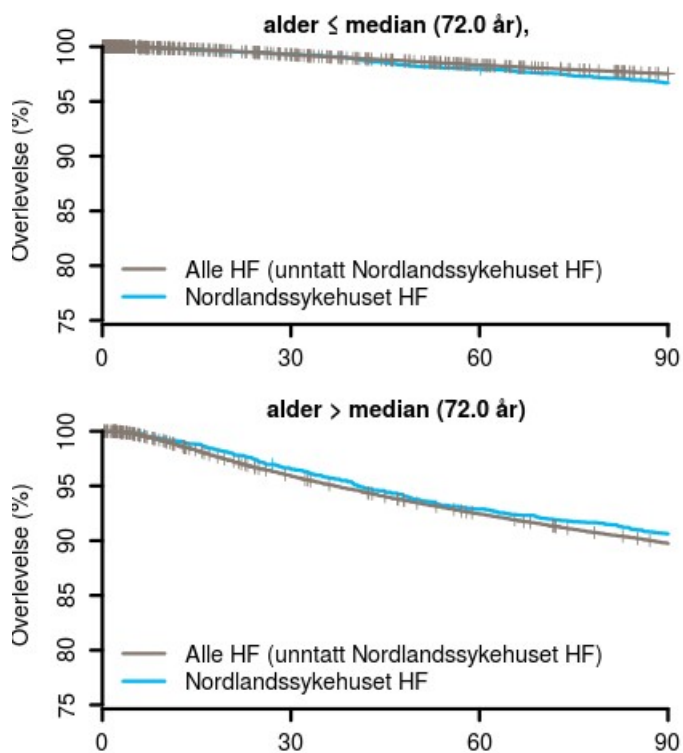
Kaplan-Meierkurver (overlevelseskurver)

Med Kaplan-Meierkurver kan man studere overlevelse i 30-dagers perioden for hvert enkelt helseforetak (blå linje) og for hver enkelt indikator, og identifisere hvor i forløpet det er avvik i overlevelse i forhold til referansekurven (grå linje). Formålet med figuren er muligheten for å vurdere hvor i behandlingsforløpet kvalitetsforbedringstiltak eventuelt bør iverksettes.

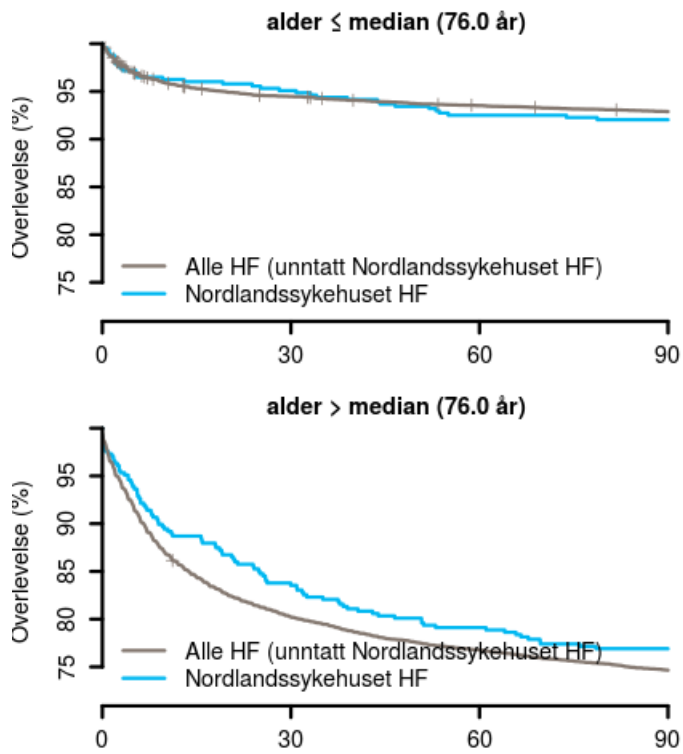
Hver figur viser forløpet tilordnet helseforetaket der pasienten først ble innlagt. På x-aksen vises tiden i dager, der tid 0 er tid for innleggelse. På y-aksen vises overlevelse i prosent (%). I notatet er det to figurer per indikator, én for pasienter over median alder og én for pasienter under eller lik median alder. Figurer stratifisert etter alder er mindre følsomme for usikkerheter i pasientsammensetning mellom helseforetak og kan derfor være lettere å tolke. Den statistiske usikkerheten i kurvene kan være stor, og de må derfor tolkes med forsiktighet. Kurvene er ikke risikjustert og dermed ikke sammenliknbare med tall på *helsenorge.no*.



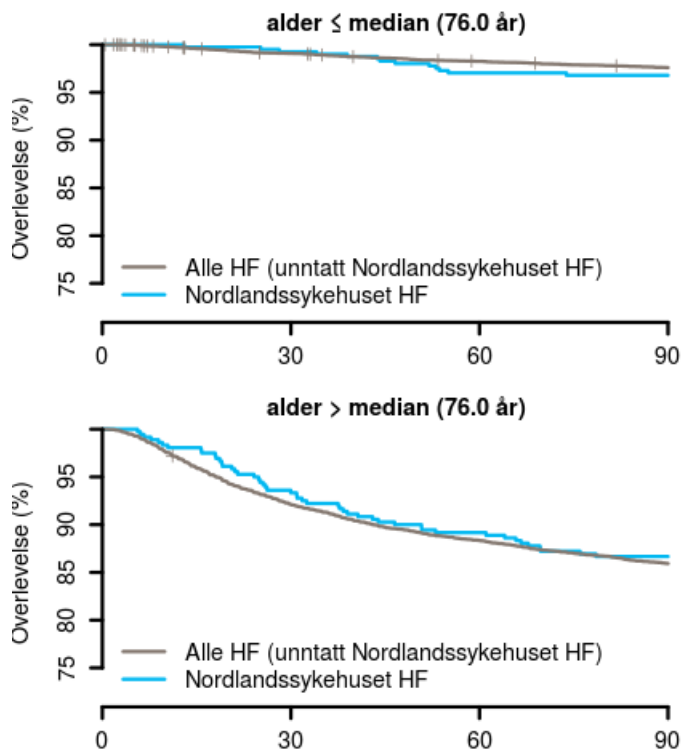
Figur 1 : Kaplan-Meierkurver for totaloverlevelse for Nordlandssykehuset HF (2016). Tallene er ikke risikojustert.



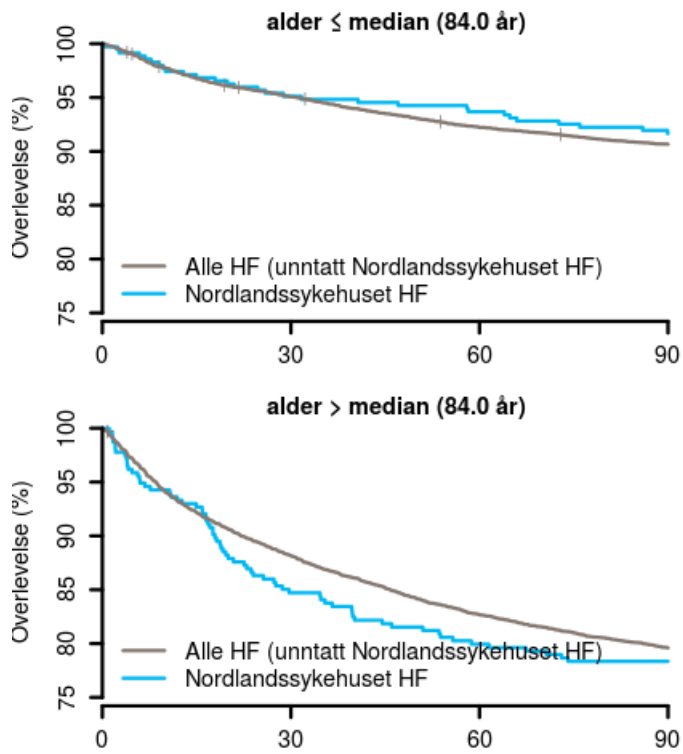
Figur 2 : Kaplan-Meierkurver for totaloverlevelse for pasienter utskrevet som levende for Nordlandssykehuset HF (2016). Tallene er ikke risikojustert.



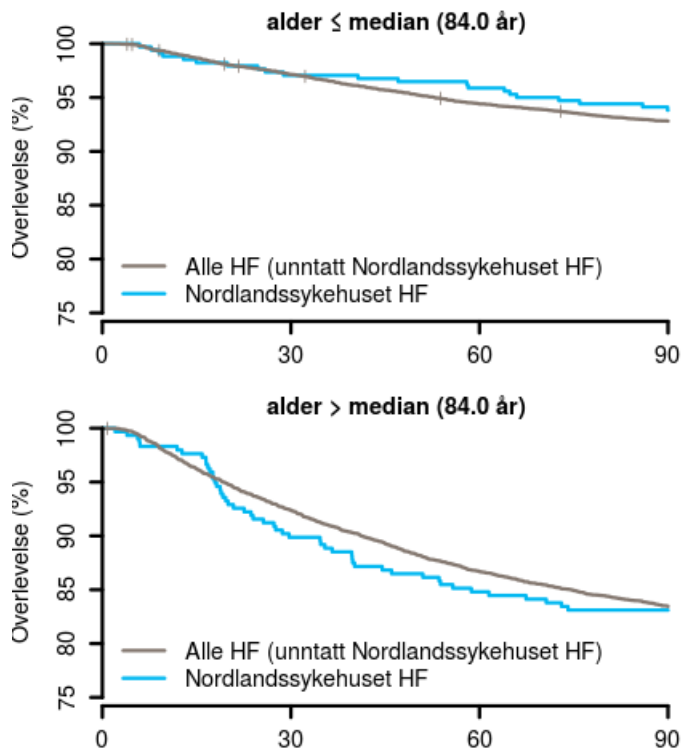
Figur 3 : Kaplan-Meierkurver for hjerneslag for Nordlandssykehuset HF (2014-2016). Tallene er ikke risikojustert.



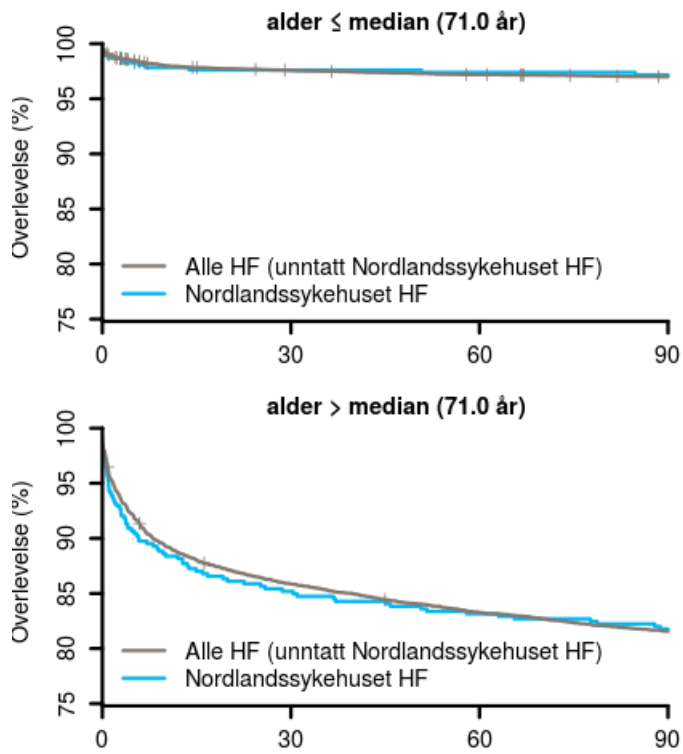
Figur 4 : Kaplan-Meierkurver for hjerneslag for pasienter utskrevet som levende for Nordlandssykehuset HF (2014-2016). Tallene er ikke risikjustert.



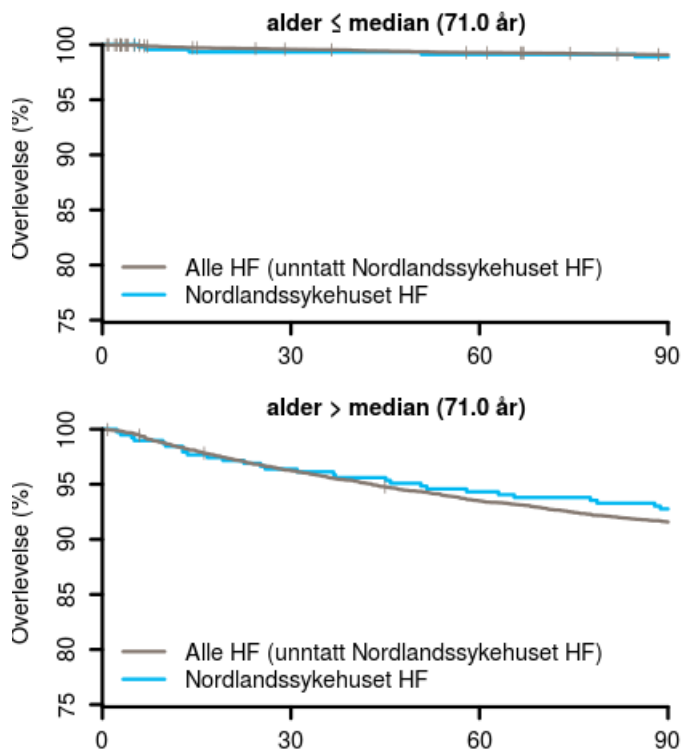
Figur 5 : Kaplan-Meierkurver for hoftebrudd for Nordlandssykehuset HF (2014-2016). Tallene er ikke risikojustert.



Figur 6 : Kaplan-Meierkurver for hoftebrudd for pasienter utskrevet som levende for Nordlandssykehuset HF (2014-2016). Tallene er ikke risikjustert.



Figur 7 : Kaplan-Meierkurver for førstegangs hjerteinfarkt for Nordlandssykehuset HF (2014-2016). Tallene er ikke risikjustert.



Figur 8 : Kaplan-Meierkurver for førstegangs hjerteinfarkt for pasienter utskrevet som levende for Nordlandssykehuset HF (2014-2016). Tallene er ikke risikojustert.

Totaloverlevelse og diagnosekategorier med høy dødelighet

I forbedringsarbeid lokalt kan det være utfordrende å iverksette tiltak basert på resultater fra kun totaloverlevelse, fordi en ikke vet hvilke pasientgrupper som bidrar til den eventuelle lave overlevelsen/høye dødeligheten. For at hvert enkelt helseforetak skal kunne se hvilke pasientgrupper som har høyere dødelighet enn forventet sammenlignet med resten av landet, hos dem, er tabeller over diagnosekategorier med høy dødelighet inkludert i denne rapporten.

Diagnosekategorier med observert over forventet dødelighet på mer enn 1,1 og minst fem døde for *Nordlandssykehuset HF, Helse Nord RHF* er angitt i tabellene. Også her er kun pasienter talt opp som har *Nordlandssykehuset HF, Helse Nord RHF* som første helseforetak i pasientforløpet. Det er angitt tre tabeller, én for hver av de tre hierarkiske diagnosenivåene. Diagnosekategoriene på nivå 3 (mest detaljert) er aggregert til større diagnosekategorier enn på nivå 2 og 1 (minst detaljert). Diagnosegrupper med færre enn 5 døde inkluderes ikke i tabellen. Dette betyr at antall diagnosegrupper i tabellene ofte varierer mellom helseforetak. Fordi antallet i hver kategori er lavt må tallene brukes med forsiktighet.

Tabell 5: CCS-kategorier med høy dødelighet (nivå 3).

	Observert antall døde	Forventet antall døde	Observert / forventet
Secondary malignancies	27	23,5	1,15
Fracture of neck of femur (hip)	26	19,5	1,33
Congestive heart failure; nonhypertensive	17	14,7	1,16
Peripheral and visceral atherosclerosis	6	4,0	1,52
Biliary tract disease	6	2,8	2,14
Gastrointestinal hemorrhage	6	4,4	1,37
Intestinal obstruction without hernia	5	3,8	1,33

Tabell 6: CCS-kategorier med høy dødelighet (nivå 2).

	Observert antall døde	Forventet antall døde	Observert / forventet
Injury and poisoning. Fractures	29	23,5	1,23
Neoplasms. Secondary malignancies	27	23,5	1,15
Diseases of the circulatory system. Diseases of arteries; arterioles; and capillaries	13	10,6	1,23
Diseases of the digestive system. Gastrointestinal hemorrhage	6	4,4	1,37
Diseases of the digestive system. Biliary tract disease	6	2,8	2,14
Diseases of the digestive system. Lower gastrointestinal disorders	5	3,8	1,33

Tabell 7: CCS-kategorier med høy dødelighet (nivå 1)

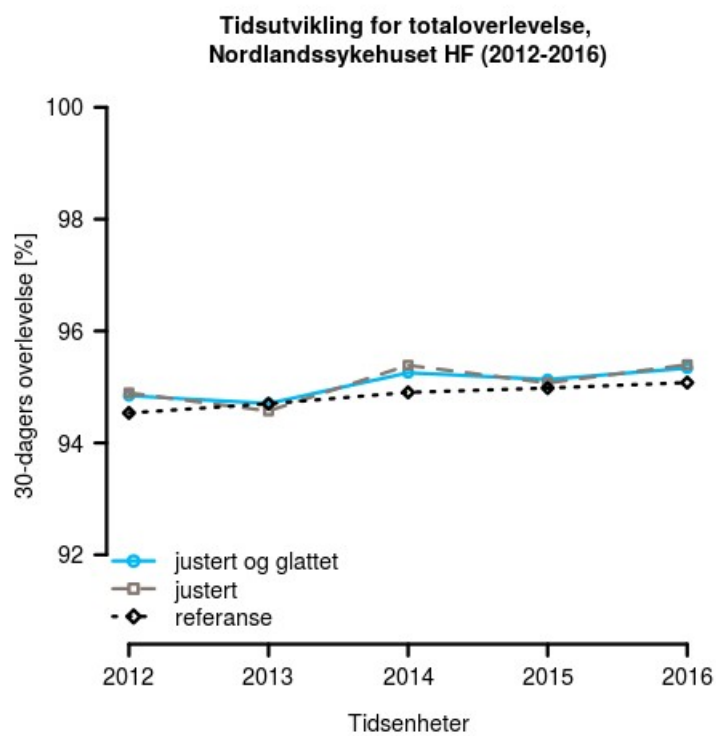
	Observert antall døde	Forventet antall døde	Observert / forventet
Injury and poisoning	33	28,8	1,15
Diseases of the digestive system	21	14,6	1,44

Tidsutvikling

For å følge utvikling over tid, er det presentert *30-dagers risikjustert sannsynlighet* for overlevelse for indikatorene totaloverlevelse, hjerneslag, hoftebrudd og hjerteinfarkt de siste fem år. Hver kurve viser forløpet tilordnet helseforetaket der pasienten først ble innlagt.

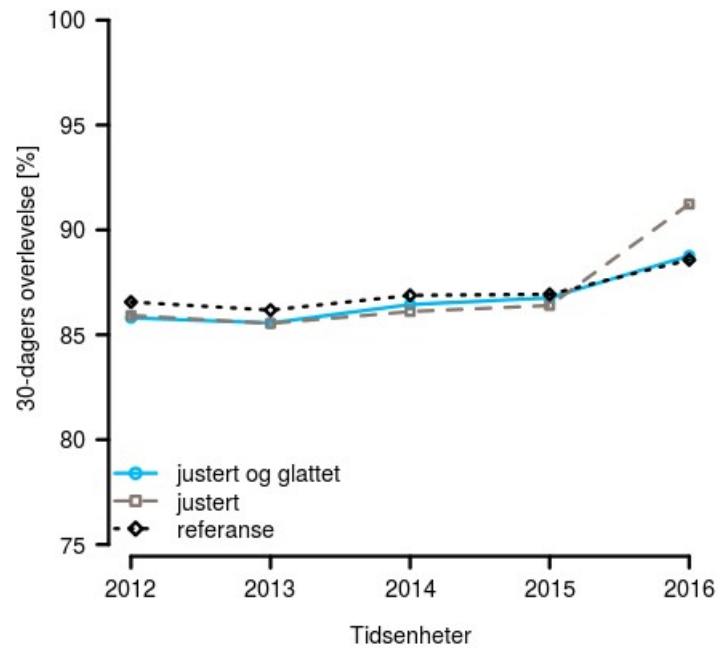
Sannsynligheten er beregnet for hvert år for seg, og metoden benyttet i tidsrekkeanalysene avviker noe fra beregningene for de publiserte indikatorene (se Vedlegg 1). Estimatenes per år har typisk stor statistisk usikkerhet, spesielt for små helseforetak hvor resultatene varierer mye fra år til år (store tilfeldige variasjoner). For å gi et mer korrekt bilde av tidsutviklingen, er det også foretatt glatting av kurvene.

Den grå kurven viser 30-dagers risikjustert overlevelse justert for variablene angitt for hver indikator i Vedlegg 1 (alder, kjønn med mer). Den blå kurven er både justert mot en plausibel og sannsynlig reell tidsutvikling, og justert mot middelverdien for å redusere effekten av tilfeldige utslag per år. Dette er spesielt viktig for små helseforetak.

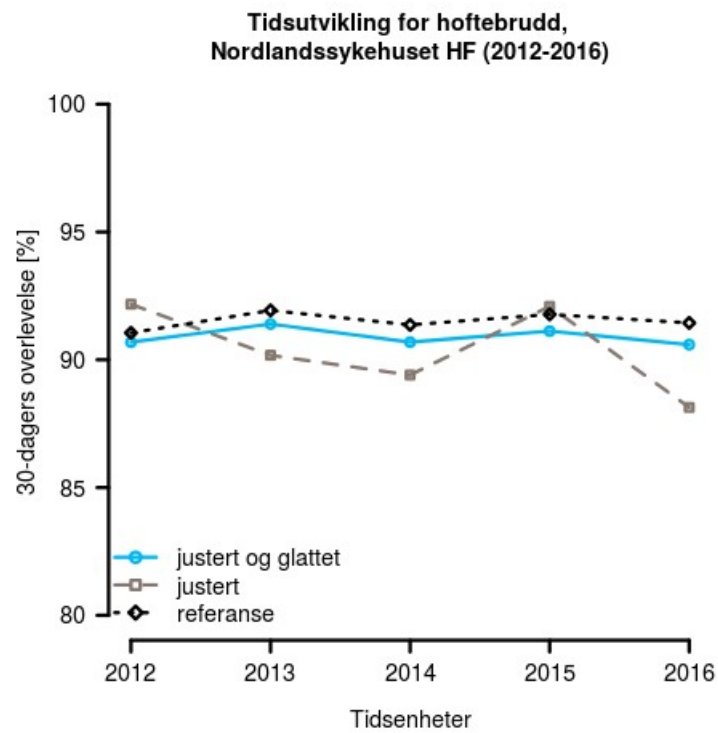


Figur 9 : Tidsutvikling for totaloverlevelse,
Nordlandssykehuset HF (2012-2016)

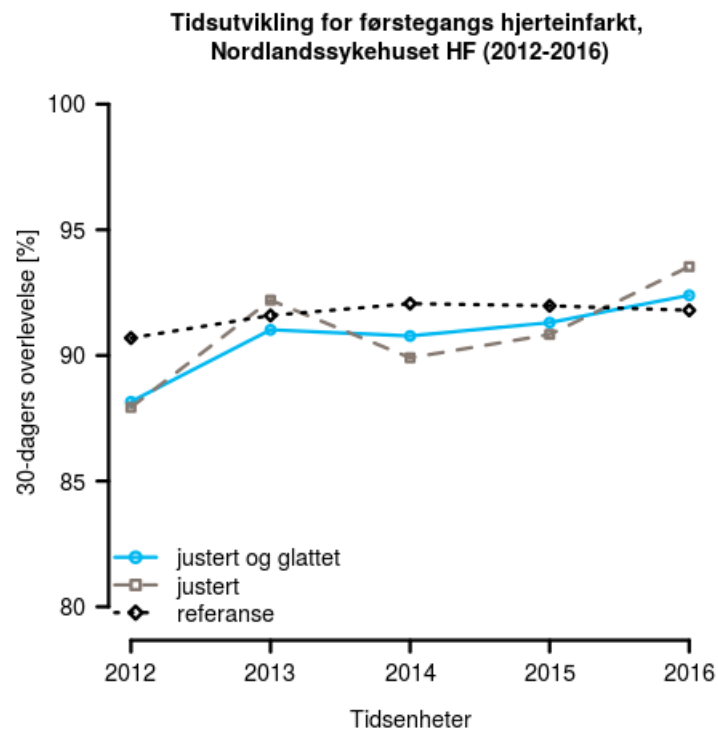
Tidsutvikling for hjerneslag,
Nordlandssykehuset HF (2012-2016)



Figur 10 : Tidsutvikling for hjerneslag, Nordlandssykehuset HF (2012-2016)



Figur 11 : Tidsutvikling for hoftebrudd, Nordlandssykehuset HF (2012-2016)



Figur 12 : Tidsutvikling for førstegangs hjerteinfarkt, Nordlandssykehuset HF (2012-2016)

Referanser

1. Hassani, S., Lindman, A.S., Kristoffersen, D.T., Tomic, O., Helgeland, J. *30-Day Survival Probabilities as a Quality Indicator for Norwegian Hospitals: Data Mangement and Analysis*. PLoS ONE 10 (9): e0136547. Doi:10.1371/journal.Pone.0136547.
2. Kristoffersen, D.T., Helgeland, J., Clench-Aas, J., Laake, P., Veierød, M.B. *Comparing hospital mortality – how to count does matter for patients hospitalized for acute myocardial infarction (AMI), stroke and hip fracture*. BMC Health Services Research (2012) 12:364
3. Kristoffersen, D.T., Helgeland, J., Waage, H., Thalamus, J., Clemens, D., Lindman, A.S., Rygh, L.H., Tjomsland, O. *Survival curves to support quality improvement in hospitals with excess 30-day mortality after acute myocardial infarction, cerebral stroke and hip fracture: A before-after study*. BMJ Open (2015) 5:e006741. Doi:10.1136/bmjopen-2014-006741.
4. Hansen, T.M., Kristoffersen, D.T., Tomic, O., Helgeland, J. *Kvalitetsindikatoren 30-dagers overlevelse etter sykehusinnleggelse. Resultater for 2015. The quality indicator 30-day survival after hospital admission. Results for 2015*. Oslo: Folkehelseinstituttet 2016. Notat fra Folkehelseinstituttet ISBN 978-82-8082-757-9.

Vedlegg 1 – oppsummering av metoden

For en mer detaljert beskrivelse av metoden vises til [1] & [2].

Forkortelser

CCS – clinical conditions software

NPR – Norsk pasientregister

PAS – pasient administrativt system

Datakilder og -bearbeiding

Materialet inkluderer alle somatiske sykehus med akutfunksjon eller som inngår i behandlingsskjeden for akuttpasienter. Data for tidsperioden 2012-2016 er hentet fra Norsk pasientregister (NPR).

Datasettene kobles sammen slik at en får fullstendige pasienthistorier over flere år. I tillegg er det hentet opplysninger fra Folkeregisteret via NPR. Dataene inkluderer innskrivningsdato, utskrivningsdato, informasjon om innleggelsen er øyeblikkelig/elektiv, hoveddiagnose, bidiagnoser, prosedyrekoder, avdelings- og postkoder, samt opplysninger dato for død, folkeregisterstatus mm.

Utvalgsår

For å beregne 30-dagers risikjustert overlevelse/sannsynlighet, som presenteres på *helsenorge.no*, benyttes noe ulike årsdatasett per indikator for å få tilstrekkelig antall tilfeller i utvalget, for å redusere muligheten for tilfeldige feil. For

rapporteringsåret 2016 benyttes følgende datasett:

- For 30-dagers totaloverlevelse benyttes ett-års datasett (2016)
- For 30-dagers diagnosespesifikk overlevelse benyttes tre-års datasett (2014-2016)

For alle fire indikatorer benyttes i tillegg historiske data for å fremskaffe informasjon om komorbiditet og tidligere innleggelser.

De ovenstående datasettene er benyttet i den deskriptive statistikken i dette notatet, samt i Kaplan-Meierkurvene og diagnosekategorier-tabellene (se beskrivelse under). Videre presenteres tidsutvikling for 30-dagers overlevelse for de siste fem år for totaloverlevelse, hjerneslag, hoftebrudd og hjerteinfarkt. Innleggelser i perioden 2012-2016 benyttes da som datagrunnlag.

Analyseenhet – etablering av pasientforløp

Oppholdene for NPR-data aggregeres opp til pasientforløp som kan foregå på flere poster, avdelinger og sykehus, altså kjeder av sammenhengende opphold for en pasient. Et nytt pasientforløp vil oppstå dersom tidsforskjellen mellom utskrivingsdatoen og neste innskrivingsdato for pasienten overskrider åtte timer. Pasientforløp benyttes som analyseenhet. For overlevelsesindikatorene telles de 30 dagene fra innleggelsestidspunkt.

Diagnose- og pasientutvalg

For totaloverlevelse inkluderes 42 diagnosegrupper (CCS) som står for 80% av dødsfallene innen 30 dager etter innleggelse ved norske sykehus (se beskrivelse av CCS diagnosekategorier lenger ned). Både akutte og elektive innleggelser inngår i totaloverlevelse, og alle aldersgrupper er inkludert. Hoved- og bidiagnoser benyttes for å definere tilhørende CCS-kategori.

For slag, hoftebrudd og førstegangs hjerteinfarkt inkluderes kun akutte innleggelser der disse diagnosetilstandene var registrert på første institusjon i pasientforløpet. Pasienter 18 år og eldre er inkludert for hjerteinfarkt og slag,

mens pasienter med hoftebrudd er inkludert hvis de er 65 år og eldre.

- o Hjerterinfarkt: I21.x, I22.x som hoveddiagnose eller bidiagnose
- o Hjerneslag: I61, I63 eller I64 som hoveddiagnose
- o Hoftebrudd: S72.0-2 som hoveddiagnose eller bidiagnose

Pasientforløp som anses som reinnleggelser er ekskludert fra analysene av overlevelse. Dette er forløp som følger etter opphold for samme diagnosekategori innen et fast tidsintervall: 28 dager for hjerneslag, 60 dager for hoftebrudd og 30 dager for totaloverlevelse. Bare førstegangs hjerterinfarkt er inkludert; vi har ekskludert alle pasienter med innleggelse for hjerterinfarkt i løpet av de foregående sju år. Dette er en epidemiologisk konvensjon som brukes for å definere førstegangsinfarkter.

CCS-kategorier for totalindikatoren

For totalindikatorer benyttes såkalte Clinical Classification Software (CCS)-kategorier for å definere diagnoseutvalget:

<http://www.ahrq.gov/research/data/hcup/icd10usrgd.html>).

Dette er et system som er utviklet for å kategorisere ICD koder i klinisk meningsfulle diagnosegrupper, for deretter å benytte dem i statistiske analyser av sykdom og død. CCS-gruppene finnes i en hierarkisk versjon som har tre nivåer (nivå 1-3), hvor nivå 3 er det laveste og mest detaljerte med 259 kategorier. Vi benytter det laveste nivået for å identifisere pasientgrunnlaget for totaloverlevelse, men kan gruppere dem i de to høyere nivåene ved behov. Indikatoren for totaloverlevelse inkluderer pasientene fra CCS-kategoriene med høyest dødelighet, og som tilsammen står for 80% av 30-dagers dødelighet etter sykehusinnleggelser i Norge, tilsammen 42 kategorier (av totalt 259). Noen endringer har forekommet i kodeverket de siste årene, der de mest betydningsfulle endringene er knyttet til koding av sepsis, metastatisk kreft og hoftebrudd. I tabellene er de originale, engelske betegnelsene brukt.

Beregning av 30-dagers risikojustert sannsynlighet for overlevelse

Folkehelseinstituttet beregner 30-dagers *risikojustert sannsynlighet* for overlevelse som kvalitetsindikator for norske helseforetak (totaloverlevelse, hjerneslag, hoftebrudd, hjerteinfarkt). Beregningene gjøres i fire trinn, som er detaljert beskrevet i hovedrapportene som årlig publiseres på Folkehelseinstituttets nettside. Kortfattet, for hver indikator, på enten helseforetak eller RHF nivå, gjøres en logistisk regresjon hvor det justeres for

- *Indikator for totaloverlevelse*: alder, kjønn, tidligere innleggelser, komorbiditet (Charlson komorbiditetsindeks), innmåte (elektiv/øyeblikkelig hjelp) og CCS kategori
- *Indikator for diagnosespesifikk overlevelse*: alder, kjønn, tidligere innleggelser og komorbiditet (Charlson komorbiditetsindeks). For hjerneslag inkluderes også type slag; intracerebral blødning, cerebralt infarkt og uspesifisert slag (ICD-10; I61, I63 og I64)

Regresjonskoeffisientene fra den logistiske modellen for hvert helseforetak sammenliknes med en referanseverdi. Referanseverdien, beregnet på logistisk skala, beregnes som en 10% trimmet middelværdi av regresjonskoeffisientene (dvs middelværdien beregnes etter at helseforetakene med de 10 % høyeste og 10 % laveste regresjonskoeffisientene er ekskludert). Helseforetak med signifikante avvik fra referanseverdien identifiseres ved hjelp av en statistisk test som tar hensyn til at det gjøres mange sammenlikninger. I årets beregninger er det benyttet Guo-Romanos metode for statistisk testing.

Deretter benyttes en Baysiansk hierarkisk modell for å redusere muligheten for tilfeldige ekstreme regresjonskoeffisienter (for helseforetakene). Det gjøres ved å «krympe» regresjonskoeffisientene for alle helseforetakene mot referanseverdien. Disse «krympede» regresjonskoeffisientene benyttes deretter i den logistiske regresjonsmodellen for å estimere 30-dagers *risikojustert sannsynlighet* for overlevelse.

Tidsutvikling

I dette notatet er den statistiske modellen utvidet til å inkludere årlige estimater

for en femårsperiode. Det antas at underliggende verdi kan beskrives av en statistisk tidsrekkemodell. Denne modellen kan brukes til å glatte estimatene for å få et mer pålitelig bilde av tidsutviklingen. Glattingen har to komponenter: justering inn mot plausibel middelvei og mot en plausibel tidsutvikling. De publiserte diagnosespesifikke indikatorene (hjerneslag, hoftebrudd og hjerteinfarkt) er basert på treårige gjennomsnitt, i motsetning til ett-årige data for punkttestimatene i figuren som viser tidsutvikling. Sammen med en noe forskjellig Bayesiansk modell gjør dette at de glattede tidsutviklingskurvene kan gi noe forskjellige resultater i forhold til de publiserte.

Feilkilder

Foruten den rent statistiske usikkerheten, er de største usikkerhetsmomentene knyttet til

- manglende validering av diagnose- og kodepraksis
 - forskjeller i pasientsammensetning som ikke kan leses ut av datamaterialet
- Helseforetakene er pålagt å dokumentere i detalj den behandlingen de gir pasientene ifølge definerte systemer for koding. I det store og hele er denne kodingen robust, men det kan likevel være noe variasjon mellom helseforetakene når det gjelder kodepraksis. Ett usikkerhetsmoment er at i henhold til den norske implementeringen av diagnosekodeverket skal man ikke nødvendigvis velge årsaken til innleggelse som hoveddiagnose. Målingene er bare så gode som de dataene de er basert på.

Folkehelseinstituttet har få muligheter til å kontrollere inngående data, og tar forbehold om korrekte og kvalitetssikrede data fra NPR samt at behandlingssteder er korrekt identifisert.

Utgitt av Folkehelseinstituttet
August 2017
Postboks 4404 Nydalen
NO-0403 Oslo
Telefon: 21 07 70 00
Rapporten kan lastes ned gratis fra
Folkehelseinstituttets nettsider www.fhi.no

1. Hensikt

Overordnet plan for internrevisjoner som skal utføres i Nordlandssykehuset HF for perioden 2016 til og med 2019.

2. Grunnlagsinformasjon

Den overordnede revisjonsplanen viser hovedområdene som skal revideres, basert på denne planen skal det ved årsskifte utarbeides en konkrete 1. årsplaner. Den konkrete 1 årsplanen skal inneholde hensikt og omfang, tidspunkter for gjennomføring og hvem som skal gjennomføre revisjonene.

3. Plan for internrevisjoner i perioden 2016 til og med 2019

Klinikk-stab / Revisjonsområde	NS-EN ISO 14001 - DS10455	Ledelsens gjennomgang RL2339 -KVAM - grupper PR6021	RL1660 - PR007 - PR28794	Informasjonsikkerhet DS0017	Brann og sikkerhet	Legemiddel håndtering				Smittevern			
						2016	2017	2018	2019	2016	2017	2018	2019
Akuttmedisinsk klinikk	2016	2019	2018	2017		2016	2017		2019		2017	2018	2019
Hode og bevegelseklinikken	2016	2019	2018	2017	2018	2016	2017	2018			2017		
Kvinne/Barn klinikken	2016	2019	2018	2017	2019	2016	2017	2018	2019	2016	2017	2018	2019
Økonomiavdelingen	2017	2016	2019	2018									
HR - avdelingen	2017	2016	2019	2018									
Psykisk helse og Rusklinikken	2017	2016	2019	2018		2016	2017	2018	2019	2016	2017	2018	2019
Medisinsk klinikk	2018	2017	2019	2016	2016	2016	2017	2018	2019	2016	2017	2018	2019
KIR/ORT - klinikk	2018	2017	2017	2019	2017			2018	2019	2016		2018	2019
Avdeling for forskning og pasientsikkerhet	2018	2017	2016	2019									
Diagnostisk klinikk	2019	2018	2017	2016		2016				2016			
Prehospital klinikk	2019	2018	2017	2016					2019		2017		
Senter for Drift&Eiendom	2019	2016	2017	2018									
Senter for utbygging	2017	2018	2016	2019									

4. Lenker

[PR19397 Internrevisjon](#)

[OL0231 1. årsplan for internrevisjon, utføres på foretaksnivå i 2016](#)

[OL0230 Internrevisjonsplaner for hele Nordlandssykehuset HF, 2016 - 2019](#)