

Revisjon av nasjonale kvalitetsindikatorer for epikrisetid i 2025

Først publisert: 28. januar 2026

Siste faglige endring: 30. januar 2026

Innhold

1. Sammendrag	3
2. Nasjonale kvalitetsindikatorer for epikrisetid	4
3. Revisjon av nasjonale kvalitetsindikatorer for epikrisetid i 2025 5	
4. Vurderte alternativer for ny beregning	13
5. Diskusjon	16
6. Valgt beregningsmetode	17

Sammendrag

Nasjonale kvalitetsindikatorer for epikrisetid i spesialisthelsetjeneste ble revidert i løpet av 2025, og dette notatet redegjør for revisjonsarbeidet.

Målet med revisjonen var å tilrettelegge for mer presist og nyttig bilde av samhandling og informasjonsflyt i helsetjenesten, basert på dagens datagrunnlag.

Behovet for revisjonen oppsto da Helsedirektoratet overtok ansvaret for beregning av indikatorene i 2025. Revisjonen forbedrer metode for beregning av indikatorene.

Notatet presenterer først bakgrunn for revisjonen og svakheter ved de gjeldende indikatorene, deretter redegjør for vurderte beregningsalternativer og til slutt presenterer den valgte beregningsmetoden.

Reviderte nasjonale kvalitetsindikatorer for epikrisetid ble publisert for første gang i desember 2025.

Nasjonale kvalitetsindikatorer for epikrisetid

Nasjonale kvalitetsindikatorer for epikrisetid ble utviklet tidlig på 2000-tallet og deres indikatordefinisjoner har siden kun gjennomgått små justeringer. Før 2024 ble indikatorene beregnet av Helsedirektoratet, avdeling helseregistre. Etter overføringen av avdelingen i 2024 har beregningene blitt utført av Folkehelseinstituttet. I 2025 ble ansvaret for beregning overtatt av avdeling for kvalitetsindikatorer og brukerundersøkelser ved Helsedirektoratet.

Tre nasjonale kvalitetsindikatorer har blitt revidert i 2025: [Sykehusopphold – epikrisetid](#), [Rusbehandling – epikrisetid](#) og [Psykisk helsevern for voksne – epikrisetid](#). Dette notatet beskriver endringer som er gjort og vurderingene som ligger til grunn for disse.

Epikrisetid defineres som tiden fra utskrivning av pasient fra sykehus til oversendelse av epikrisen til aktuelle mottakere (fastlege, kommunal helse- og omsorgstjeneste o.l.). Indikatorene faller inn under kategori for prosessindikatorer, og er viktige for kontinuitet og kvalitet i pasientbehandlingen.

Kvalitetsforbedring reflekteres ved en økning i andel avsluttede sykehusopphold med epikriser sendt senest 1 og 7 dager etter utskrivning. Målsettingen for epikrisetid ble tidligere omtalt i offentlige dokumenter. I [Prop. 1 S \(2022–2023\) \(regjeringen.no\)](#) står det: «Fra 2019 har det vært et mål om at minst 70 pst. av epikrisene skal være sendt innen en dag etter utskrivning fra [vår kommentar: «somatisk»] sykehus», og i [Prop. 1 S \(2020–2021\) \(regjeringen.no\)](#) står det: «For 2019 har det vært et mål om at minst 50 pst. av epikrisene skal være sendt innen en dag etter utskrivning fra psykisk helsevern og TSB.». Samtlige nasjonale kvalitetsindikatorer for epikrisetid er på listen over nøkkeltall i [tildelingsbrevet fra Helse- og omsorgsdepartement til Helsedirektoratet i 2025 \(regjeringen.no\)](#).

Revisjon av nasjonale kvalitetsindikatorer for epikrisetid i 2025

Forsøk på å reprodusere tidligere beregninger

Overtakelse av ansvaret for nasjonale kvalitetsindikatorer for epikrisetid har gitt oss anledning til en grundig gjennomgang av beregningene av indikatorene. Helsedirektoratets arbeid med dette startet med forsøk på å reprodusere tidligere beregninger. Indikatordefinisjonene sammen med beregningskoder lå til grunn for arbeidet.

Forsøk på reproduksjon av tidligere publiserte tall avdekket en rekke svakheter ved eksisterende metode og definisjon for beregning. Vi har, i tillegg, identifisert forskjeller mellom datagrunnlagene, der det er færre opplysninger på områdene tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og psykisk helsevern for voksne (PHV) sammenliknet med somatisk helsetjeneste.

Identifiserte svakheter

Gjennom forsøket på å reprodusere tidligere beregninger har vi identifisert følgende svakheter ved eksisterende indikatorberegninger:

- Eksklusjon og inklusjon av behandlingssteder var ikke fullstendig og entydig definert
- Usystematisk valg av utskrivningsdato og utskrivende behandlingssted
- Manglende beskrivelse av aggregeringer av pasientforløp
- Ingen forklaring av eksklusjon av opphold for fødsel/nyfødt
- Statistikkår/terial representerer perioden for rapportering til Norsk pasientregister (NPR) og ikke perioden for utskrivningen

Gjenskapte tall for somatisk helsetjeneste

For somatisk helsetjeneste var det eksakt samsvar mellom nye beregninger og tidligere publiserte resultater på behandlerstedsnivå. Tallene på aggregerte nivåer (helseforetak, helseregion og landet) var imidlertid mye høyere enn før (tabell 1).

Betydelig flere opphold tilfredsstilte inklusjonskriterier ved nye beregninger. Landstallene for antall sykehusopphold som oppfyller inklusjonskriteriene i 2024, for eksempel, var om lag 28 000 høyere enn det som ligger i tidligere publiserte beregninger.

Tabell 1. Nye beregninger av antall opphold (nevner) for 2024 på landsnivå per sektor og for ett utvalgt behandlingssted per sektor.

Nivå	Nevner for epikrisetid 2024, antall opphold	Reproduksjon, nevner for epikrisetid 2024, antall opphold
Landet – somatikk	769 018	796 992
Rikshospitalet – somatikk	29 539	29 539
Landet PHV	47 663	55 918

DPS Moss	400	458
Landet TSB	14 966	16 362
St. Olavs avd. rus	770	791

Flere behandlingssteder som tilfredsstiller inklusjonskriteriene enn før

Avvik mellom nye beregninger og tidligere publiserte resultater på aggregerte nivåer skyldes eksklusjon av behandlingssteder fra tidligere beregninger, i hovedsak private rehabiliteringsenheter. Tabell 2 gir oversikt over tidligere ekskluderte behandlingssteder. Vi har ikke i denne revisjonen funnet årsakene til eksklusjon av disse behandlingsstedene i tidligere beregninger.

En sannsynlig årsak til at disse behandlingsstedene ikke har vært inkludert tidligere, er at rapportering av rehabiliteringsopphold til NPR-somatikk startet først i 2023.

Tabell 2. Behandlingsstedene som oppfyller inklusjonskriteriene i 2024, men har ikke vært inkludert i tidligere beregninger (somatisk helsetjeneste).

Røde kors rehabilitering	Ringen rehabiliteringssenter AS
Ravneberghaugen senter for mestring og rehabilitering	Diakonstiftelsen Røysum
Åstveit helsesenteret	Godthaab
Rehabilitering Vest AS	Unicare Landaasen AS
Rehabiliteringsklinikkene AS avd Bergen	Vikersund bad rehabiliteringssenter AS
Kastvollen rehabiliteringssenter AS	Unicare Jeløy AS
Maritunet AS avd. Valldal	Evjeklinikken AS
Unicare Røros	Unicare Steffensrud rehabiliteringssenter AS
Meråker sanitetsfor.kurbad	Fram Rehabiliteringssenter
Selli rehabiliteringssenter AS	Skogli Helse og rehabiliteringssenter AS
Namdal rehabilitering AS	Stiftelsen Beitostølen helsesportssenter
Unicare helsefort	Sørlandets rehabiliteringssenter Eiken AS
Betania Malvik rehabilitering	Viker Helse AS
Valnesfjord helsesportssenter	Hakadal MS-senter
Vigør rehabiliteringssykehus	Catosenteret
Nordtun HelseRehab	Unicare Hokksund AS
Helsepartner Rehabilitering AS Alta	Unicare Bakke AS
Helsepartner Rehabilitering AS Skibotn	Stiftelsen Hernes institutt

Oppholdene ved private rehabiliteringssteder (f.eks. Stiftelsen Beitostølen helsesportssenter) burde ha blitt inkludert i beregningene på lik linje med oppholdene ved de offentlige rehabiliteringssteder (f.eks. Sunnaas sykehus). Viktighet av inklusjon av opphold ved private rehabiliteringssteder tydeliggjøres med statistikk som denne: [Før koronapandemien, i 2019, mottok om lag 23 000 pasienter rehabilitering i sykehus, og om lag 30 000 ved private institusjoner.](#)

Eksklusjon av enkelte behandlingssteder var i hovedsak kun identifisert for opphold i somatisk helsetjeneste. For tverrfaglig spesialisert rusbehandling, var det kun to behandlingssteder som ikke var med i tidligere beregninger (Mestringshusene Bolkesjø avdeling Notodden og Mestringshusene Tysnes, begge enhetene er markert med «hovedenheten er konkurs» på brreg.no per november 2025).

For psykisk helsevern for voksne ble ingen nye behandlingssteder funnet ved nye beregninger. Forskjellene i antall opphold for PHV/TSB skyldes i hovedsak manglende innsyn i metoden for aggregering av pasientforløp på disse områdene i tidligere beregninger.

Oppsummert: Behandlingsstedene som tilfredsstiller inklusjonskriteriene og er rapportert til NPR somatikk/PVH/TSB inkluderes i beregningene.

Private behandlingssteder

Private behandlingssteder (kommersielle og ideelle) kan gi helsetjenester i egen regi eller på oppdrag fra offentlige sykehus.

Enkelte private behandlingssteder har lokalsykehusfunksjon og blir tradisjonelt regnet som en del av det offentlige helsetilbudet (f.eks. Diakonhjemmet sykehus). Flere private behandlingssteder driver med kommersielle helsetjenester i tillegg til å levere helsetjenester etter avtale med en eller flere helseforetak (f.eks. MS-Senteret Hakadal AS).

Eksisterende indikatordefinisjon belyser ikke hvorvidt tallene om opphold ved private behandlingssteder som ikke kan knyttes til oppdrag fra helseregionene, skal inkluderes i indikatoren. Mulige alternativer for inklusjon av private behandlingssteder og eventuelle kriterier for eksklusjon, ble drøftet internt.

En ekstra utfordring ved inklusjon av opphold ved private behandlingssteder er å koble oppholdene til helseregionene som har gitt oppdragene. Avtaleoversikten mellom de offentlige og private behandlingssteder, brukes ofte til slike koblinger.

Avtaleoversikt er en årlig oppdatert oversikt over avtalene mellom private behandlingssteder og helseregionene. Avtaleoversiktene viser blant annet avtalens varighet. Avtaleoversiktene for 2024 viste, blant annet, at flere private behandlingssteder har avtale med flere helseregioner samtidig. Dette gjør koblingen mellom enkelte sykehusopphold og helseregion utfordrende.

Bruk av avtaleoversiktene mellom private behandlere og helseregionene, til å koble opphold ved private behandlingssteder til riktig helseregion, har vesentlige ulemper. For eksempel kan avtaleoversikten endres fra år til år, noen av avtalene avsluttes midt i året og noen av de private behandlingsstedene har avtaler med flere regioner samtidig.

Som en alternativ metode for mer presis kobling av sykehusoppholdene ved private behandlingssteder gjort på oppdrag fra helseregionene, har vi undersøkt om det var mulig å bruke avtaleoversikter sammen med såkalte debitor-koder. Debitor-koder angis ved rapportering av opphold i spesialisthelsetjeneste og spesifiserer klassifisering/identifikasjon av finansieringsordninger (se tabell 3 for oversikt over gjeldende i 2025 [debitor-koder](#)).

Bruk av debitor-kodene sammen med avtaleoversiktene kunne ikke presist fordele alle sykehusoppholdene ved private behandlingssteder etter helseregion. For eksempel var det mange sykehusopphold ved private behandlingssteder som ble rapportert med ikke-regionspesifikke debitor-koder (f.eks. *20 Helse og arbeid* eller *70 HELFO formidlet opphold ved fristbrudd*).

Tabell 3. Debitorkoder. Helsetjenester levert på oppdrag fra helseregionene er markert med stjerne: (*).

Verdi	Navn
1	Ordinær pasient. Opphold finansiert gjennom ISF, HELFO, og ordinær finansiering innen psykisk helse og TSB
11	Konvensjonspasient behandlet ved ø-hjelp
12	Pasient fra land uten konvensjonsavtale (selvbetalende)
13	Folketrygdfinansiert behandling via Helfo for pasienter bosatt i utlandet, men med medlemskap i folketrygden
20	Helse og arbeid
22	Forskningsprogram
24	Finansiert (betalt) av kommunen
30	Selvbetalende norsk pasient og selvbetalende konvensjonspasient
32	Selvbetalende pasient etter EUs pasientrettighetsdirektiv
33	Medevac
43	* Opphold på avtale med Helse Vest RHF
44	* Opphold på avtale med Helse Helse Midt-Norge RHF
45	* Opphold på avtale med Helse Nord RHF
47	* Opphold på avtale med Helse Sør-Øst RHF
50	Opphold hos avtalespesialist finansiert via ISF
60	Forsikringsfinansiert opphold
70	HELFO formidlet opphold ved fristbrudd
99	Annet

Diskusjonene internt og eksternt har forsterket usikkerheten om hvorvidt det i det hele tatt er mulig å fordele privat aktivitet på en presis måte basert på dagens datagrunnlag. Risikoen ved å knytte sykehusopphold ved private behandlingssteder til feil helseregion, er at dette vil påvirke måloppnåelsen i helseregionen.

Oppsummert: Vurdere et beregningsalternativ der privat aktivitet skilles helt ut fra den offentlige.

Eksklusjon av fødsels- og nyfødtoppholdene

Tidligere beregning av epikrisetid har ekskludert opphold for fødsel og nyfødte (oppholdene med ICD-10 koder Z37/Z38 eller DRG-kodene mellom 370-376). Det er ikke dokumentert begrunnelse på hvorfor fødsel og nyfødte er ekskludert fra denne indikatoren.

Interne eksperter fra juridisk avdeling skriver at helsepersonelloven § 45 a regulerer plikten til å sende epikrise. Det fremgår av bestemmelsens første ledd:

«Pasienten bør gis anledning til å opplyse hvem epikrise skal sendes til. Med mindre pasienten motsetter seg det, skal det ved utskrivning fra helseinstitusjon oversendes epikrise til innleggende eller henvisende helsepersonell, til det helsepersonellet som trenger opplysningene for å kunne gi pasienten forsvarlig oppfølging, og til pasientens faste lege. Det skal også sendes epikrise ved poliklinisk behandling eller behandling hos spesialist.»

Ut over den enkeltes rett til å motsette seg at epikrise sendes, finnes det ingen bestemmelse som gjør unntak fra kravet i helsepersonelloven § 45a om plikt til å sende epikrise. Plikten til å sende epikrise gjelder derfor også for fødende og nyfødte.

Helsepersonell plikter å sende melding om fødsler til Medisinsk fødselsregister (MFR). Registeret har et annet formål enn hva som er formålet med epikriser, og melding til MFR kan ikke erstatte utsending av epikrise. Formålet med MFR er overvåkning og kvalitetssikring av helsetjenesten, og forebygging og forskning. Helsepersonell har ikke tilgang til opplysninger fra MFR for å kunne yte helsehjelp til den enkelte.

Helsepersonelloven § 45 a andre ledd åpner for at det kan gjøres unntak fra hovedregelen om at epikrise skal sendes ved utskrivning. Det fremgår av bestemmelsen at dersom det ikke er mulig å sende epikrise samtidig med utskrivning, skal epikrise sendes innen forsvarlig tid etter at helsehjelpen er avsluttet. Hva som skal anses å være forsvarlig tid i de tilfellene der epikrisen ikke blir sendt samtidig med utskrivningen, må vurderes konkret.

I situasjoner der det ikke er mulig å ferdigstille epikrisen ved utskrivningen, vil krav om forsvarlig behandling ofte tilsi at en alt ved utskrivningen må gi nødvendig og tilstrekkelig informasjon til helsepersonell som skal stå for den videre helsehjelpen. I slike situasjoner kan helsepersonellet ikke vente med å gi informasjon til epikrisen er skrevet og sendt, jf. [helsepersonelloven med kommentarer – epikrise](#).

En [tilsynsrapport fra Helsetilsynet](#) omtaler plikten til å sende epikrise ved fødsler:

«Som hovedregel skal epikrisen sendes samtidig med utskrivning fra helseinstitusjon, ellers normalt innen en uke etter utskrivningen. Ved fødsler sendes epikrise for mor og barn til helsestasjon og fastlege.».

Flere interne fagmiljøer i Helsedirektoratet var involvert i vurdering av eksklusjon av fødselsopphold. I slutfasen av revisjonen ble det beregnet resultater for *epikrisetid-somatikk* både med og uten fødsel. Vi innhentet synspunkter fra helseregionene på revidert kvalitetsindikator, hvor blant annet fødsler skulle inkluderes i indikatoren for somatisk helsetjeneste. Det var bred støtte for inklusjon av fødsel, med unntak av Helse Vest som viste til ulik praksis for informasjonsdeling etter fødsel i noen av sine helseforetak sammenlignet med andre.

Hvilke utskrivninger og epikriser skal brukes ved beregning av epikrisetid

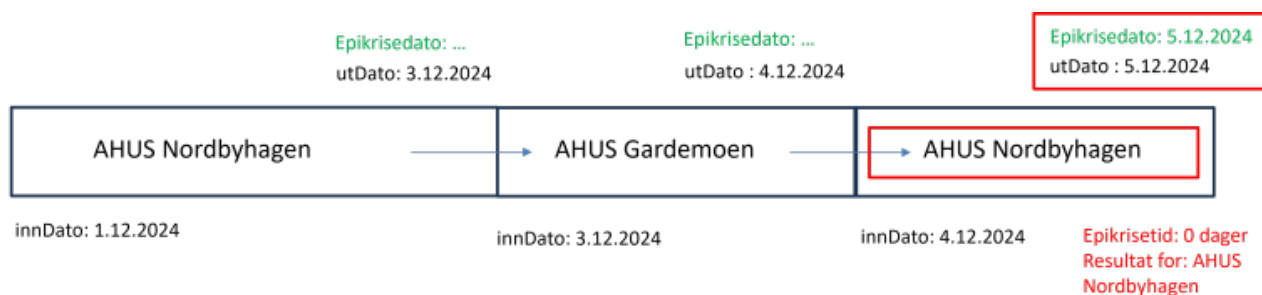
Det er vanlig at pasientens sykehusopphold består av flere innleggelser og utskrivninger. Disse inn- og utskrivningene markerer overganger mellom avdelinger på sykehuset, og iblant – også overflyttinger mellom sykehus. Fordi denne indikatoren primært ønsker å måle samhandling og informasjonsflyt mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale helse og omsorgstjenester er det viktig at epikrisetid beregnes ved det behandlingsstedet som foretar den endelige utskrivningen etter opphold i spesialisthelsetjeneste.

Tidligere beregninger brukte ferdiglagde sammenkoblingsmekanismer til å sette sammen oppholdsperiodene til et sammenhengende forløp, og på denne måten finne endelig utskrivningsdato. Konsekvensen av denne måten å definere sammenhengende opphold var at mange behandlingssteder ble målt på epikrisetid ved både overflytting *innad i* og utskrivning *fra* spesialisthelsetjeneste.

Interne fageksperter har foreslått at overgangen *fra* spesialisthelsetjeneste er den kritiske overgangen denne indikatoren burde måle. Epikrisen sendt fra det siste utskrivende behandlingssted bør derfor være behandlingsstedet som måles på epikrisetid.

For å ta hensyn til dette beregnes indikatoren basert på en metode for sammenkobling av opphold for samme pasienter og som er sammenhengende i tid, til pasientforløp. Et *pasientforløp* defineres som en sammenhengende kjede av døgnopphold i spesialisthelsetjeneste, hvor tid fra utskrivning til neste innleggelse ikke overstiger 8 timer.

Figur 1 illustrerer et fiktivt forløp med flere opphold ved ulike avdelinger og synliggjør hvilket behandlingssted som får resultat for epikrisetid med foreslått metode for å definere et pasientforløp.



Figur 1. Et fiktivt eksempel for pasientforløp i somatisk spesialisthelsetjeneste

Oppsummert: Sammenkoblingsmekanismene brukt tidligere videreføres ikke; pasientforløp i spesialisthelsetjeneste defineres som en sammenhengende kjede av døgnopphold, hvor tid fra utskrivning til neste innleggelse ikke overstiger åtte timer. Utskrivende behandlingssted måles på epikrisetid ved endelig utskrivning fra spesialisthelsetjenesten.

Pasientforløp i psykisk helsevern for voksne og i tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Fagekspertene med kjennskap til data om psykisk helsevern for voksne (PHV) og i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), formidler at behandling kan bestå av flere adskilte innleggelser, som bør sees på i sammenheng gjennom å følge opp sykehusoppholdene tilhørende samme henvisning.

Ved vurdering av metode for bygging av pasientforløp for PHV og TSB har vi vurdert ulike tilnærminger for forløp og sett på om pasientforløpene er forskjellige fra forløpene i somatisk helsetjeneste. Mange opphold på PHV og TSB besto, på lik linje som i somatisk helsetjeneste, av flere inn- og utskrivninger som henger sammen i tid. Det var like enkelt å finne overgangen *fra* spesialisthelsetjenesten som

Interne fagekspertene har tatt opp at pasientene kan få en permisjon fra sykehusoppholdet i PHV og TSB. Permisjonene rapporteres til NPR, men var ikke tilgjengelig i vårt datagrunnlag på områdene PHV og TSB. Det er derfor ikke tatt hensyn til permisjon ved beregning av epikrisetid for PHV og TSB.

I tillegg har vi fått ett innspill fra sektoren om at noen av innleggelsene er brukerstyrt. Det betyr at pasienten selv bestemmer at det er behov for en innleggelse. Skrivning av epikriser ved slike tilfeller skjer i noe forenklet format. Brukerstyrte innleggelser framkommer på tilsvarende måte som vanlige innleggelser i NPR-data, og det er derfor ikke mulig å identifisere brukerstyrte innleggelser eksplisitt i vårt datamateriale. Vi har derfor ikke vurdert videre oppfølging av dette, men noterer her at det er noe usikkerhet knyttet til epikriseskriving ved brukerstyrte innleggelser i somatisk helsetjeneste, og epikrisene ble skrevet både ved overflyttinger *innad* i og ved utskrivning *fra* spesialisthelsetjenesten.

Sammen med interne fagmiljøer har vi vurdert at metoden for bygging av pasientforløp for PHV og TSB kan gjøres på samme måte som for opphold ved somatisk helsetjeneste, der måling av epikrisetid skjer ved overgangen *fra* spesialisthelsetjeneste ved det siste utskrivende behandlingssted.

Oppsummert: pasientforløp for PHV og TSB bygges på samme måte som for somatiske opphold. Permisjoner og brukerstyrte innleggelser er noe vi ikke klarer å identifisere med dagens datagrunnlag og derfor beskriver dette under forbehold ved tolkning av indikatorene.

Epikriser sendt før utskrivning

Epikrisetid måler antall dager mellom endelig utskrivning fra spesialisthelsetjeneste og datoen for epikrise sendt fra utskrivende behandlingssted. Behandlingsstedet som skriver ut *fra* spesialisthelsetjeneste blir målt på epikrisetid.

Først har vi vurdert om vi kan være så nøye som å beregne epikrisetid i timer. Dette viste seg å ikke være mulig da epikrisedato rapporteres med kun dato og ikke klokkeslett.

I tillegg til de forventede resultater med null, en eller flere dager, var det mange sykehusopphold med epikrisetid med negativ epikrisetid (der epikrise sendes før utskrivning, f.eks. utskrivning 1. desember og epikrisedato 30. november, blir epikrisetid lik minus 1 dag).

Tidligere brukt beregningsmetode viste at telling av epikriser sendt senest dagen etter utskrivning (eller senest 7 dager etter utskrivning), inkluderer også epikriser sendt opptil 14 dager før utskrivning.

Av de med epikrisetid som overstiger -14 dager i somatisk helsetjeneste var det totalt 775 sykehusopphold i 2024 med epikrisetid som var mindre enn -14 dager, der tidligst skrevet epikrise var 582 dager før utskrivning. Blant de med mer enn -14 dager var gjennomsnittlig epikrisetid på 28 dager før utskrivning (median: -20 dager). Disse tilfellene telles ikke under *epikrise sendt senest 1 eller 7 dager*, men sykehusoppholdene er medregnet i nevneren.

Tabell 4. Opphold i somatisk spesialisthelsetjeneste med epikrisetid under -14 dager, status for 2024.

Minus epikrisetid, dager	Antall opphold i 2024	Prosentandel av oppholdene i 2024
[-600,-60]	43	5,6
[-59,-28]	162	20,9
[-27,-22]	128	16,5
[-21,-14]	442	57,0
Totalt	775	100

Av de med negativ epikrisetid (der epikrisen ble skrevet før utskrivning), men ikke tidligere enn 14 dager før utskrivning, var det totalt 25 088 sykehusopphold i 2024 og gjennomsnittlig minustid lå på -2 dager (median minustid: -1 dag) før utskrivning. Dette er opphold som *inngår* i beregning av *epikrise sendt senest 1 eller 7 dager*.

Tabell 5. Opphold i somatisk spesialisthelsetjeneste med epikrisetid mellom -14 og -1 dag. 2024.

Minus epikrisetid	Antall opphold i 2024	Prosentandel av oppholdene i 2024
[-14,-8]	993	3,96

[-7,-3]	4 162	16,6
-2	3 040	12,1
-1	16 893	67,3
Totalt	25 088	100

Inklusjon av opphold med epikrisetid mellom -14 og -1 dag i telling av opphold med epikrise sendt senest 1 og 7 dager videreføres, tatt i betraktning de tilfellene når det tidlig i forløpet er klart at pasienten trenger oppfølging etter utskrivning. Terskelen på 14 dager har ikke blitt videre diskutert, og bør vurderes nærmere i fremtidige revisjoner.

Anonymisering

Anonymiseringskriteriene som er brukt tidligere er videreført. Der indikatoren viser antall opphold, skjules tallene mellom 1 og 4 (erstattes med «.» eller «-1»). Dette gjelder imidlertid ikke antallet opphold med manglende epikrise, da informasjon som ikke finnes ble vurdert å ikke være sensitiv helseopplysning. Der andelsberegningene baseres på tallene som var skjult på grunn av lave tall, skjules også andelene (erstattes med «.» eller «-1»).

Vurderte alternativer for ny beregning

To sentrale områder for anvendelse av indikatorene

Ved valg av beregningsalternativer for epikrisetid var det nødvendig med en videre vurdering av betydningen av foreslåtte endringer, særlig med hensyn til to sentrale områder der indikatorene anvendes:

1. Indikatorene for epikrisetid er blant nøkkeltallene Helsedirektoratet skal ta hensyn til ved rapportering av status for sammenhengende helse- og omsorgstjenester på tvers av fagområder og forvaltningsnivå til Helse- og omsorgsdepartement.
2. Indikatorene for epikrisetid inngår i [resultatbasert finansiering](#) (RBF). Resultatbasert finansiering supplerer eksisterende finansieringsordninger og tar hensyn til måloppnåelse på sentrale mål knyttet til digitalisering og samhandling i tjenesten. Beløpet som tildeles med resultatbasert finansiering er om lag 646 mill. kroner, og utgjorde 0,3 prosent av det totale budsjettet til spesialisthelsetjenesten i 2024.

Nærmere beskrivelse av alternativene

Null-alternativet – beregningsmetoden brukt tidligere (v0)

Dette alternativet forutsetter at det er mulig å reprodusere alle beregninger eksakt som før. Dette vill kreve involvering av tidligere produsent av tallene for å nøste i begrunnelse for eksklusjon av behandlingssteder. En annen tydelig ulempe med tidligere brukt metode er inkonsekvent behandling av opphold, der noen pasientforløp blir kun delvis aggregert.

Videreføre tidligere beregningsmetode + inkludere alle behandlingssteder (v1)

Alternativet bygger på beregningsmetoden brukt tidligere, men inkluderer alle behandlingssteder som tilfredsstillr inklusjonskriteriene (rundt 28 000 opphold i 2024). Versjon 1 gir, på behandlingsstedsnivå, de samme resultatene som i tidligere beregninger, men inkluderer flere behandlingssteder, som er ekskludert tidligere.

Forbedret beregningsmetode med private behandlingssteder strukturert som før (v2)

Alternativet implementerer alle endringer foreslått under revisjonen, med unntak av ny håndtering av private institusjoner. Beregningene inkluderer alle behandlingssteder slik det var i versjon 1, og de inkluderer i tillegg oppholdene for fødsel/nyfødt (rundt 108 000 opphold i 2024). Datoen for endelig utskrivning fra spesialisthelsetjenesten i denne metoden velges med bedre presisjon gjennom bygging av pasientforløp.

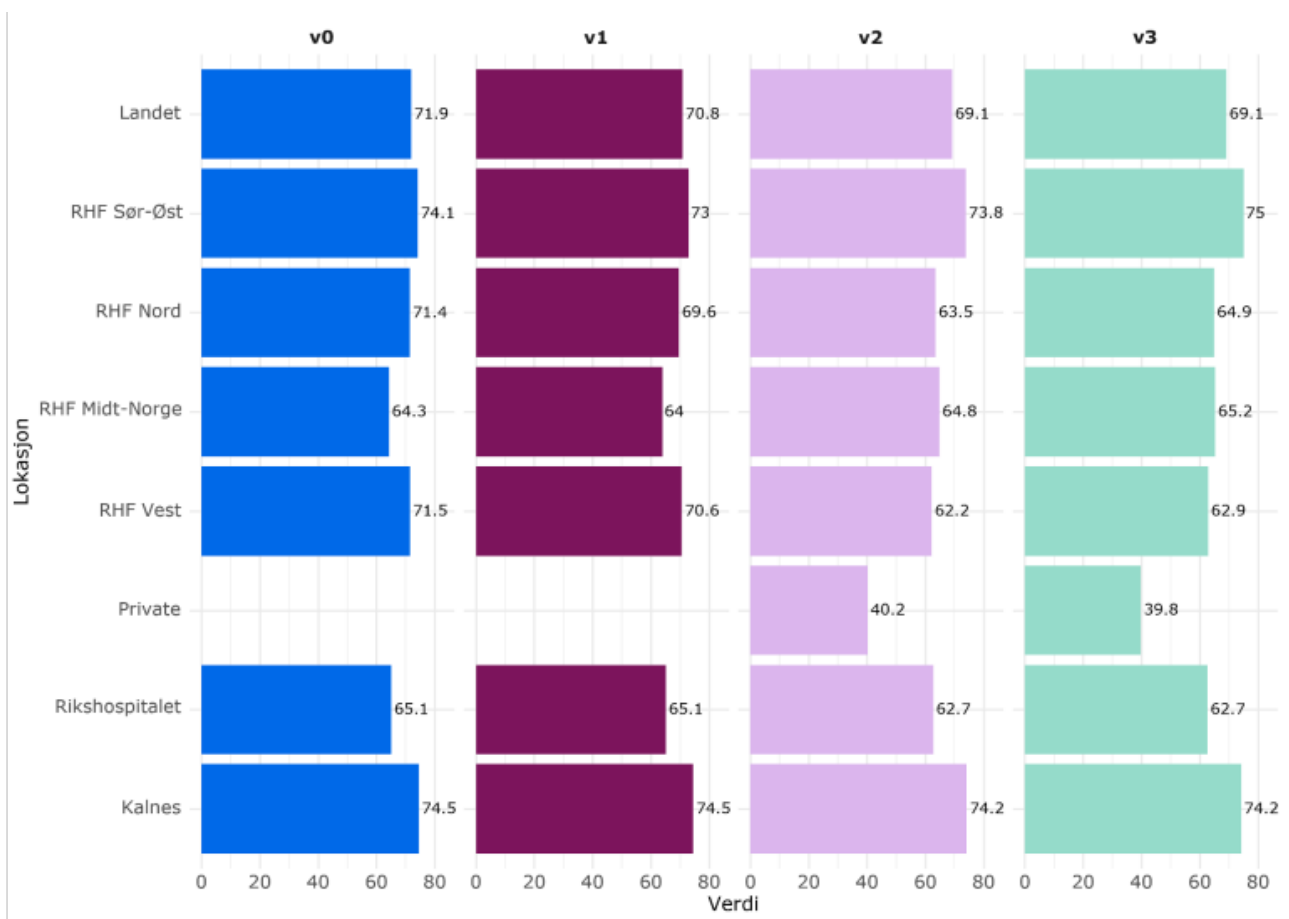
I de tilfellene der oppholdet avsluttes uten en ny innleggelse de neste åtte timene, vil det utskrivende behandlingssted måles for epikrisetid. Legges derimot pasienten inn igjen innen åtte timer etter forrige utskrivning, vil ny og forrige innleggelse regnes som en del av det samme sammenhengende forløp. Ved denne metode vil kun den endelige utskrivningsdatoen og det siste behandlingssted i pasientforløpet måles på epikrisetid.

Året og tertial for indikatoren representerer nå året/tertialet for utskrivning, og ikke det året/tertialet oppholdene ble rapportert til NPR. De private behandlingsstedene uten lokalsykehusfunksjon blir strukturert som før, i egne kategorier under hver helseregion (Private Nord, Private Midt-Norge, Private Vest og Private Sør-Øst).

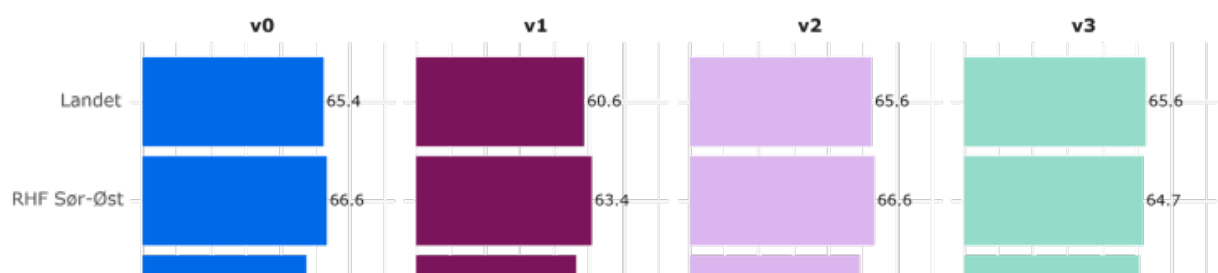
Forbedret beregningsmetode med private behandlingssteder skilt ut fra de offentlige (v3)

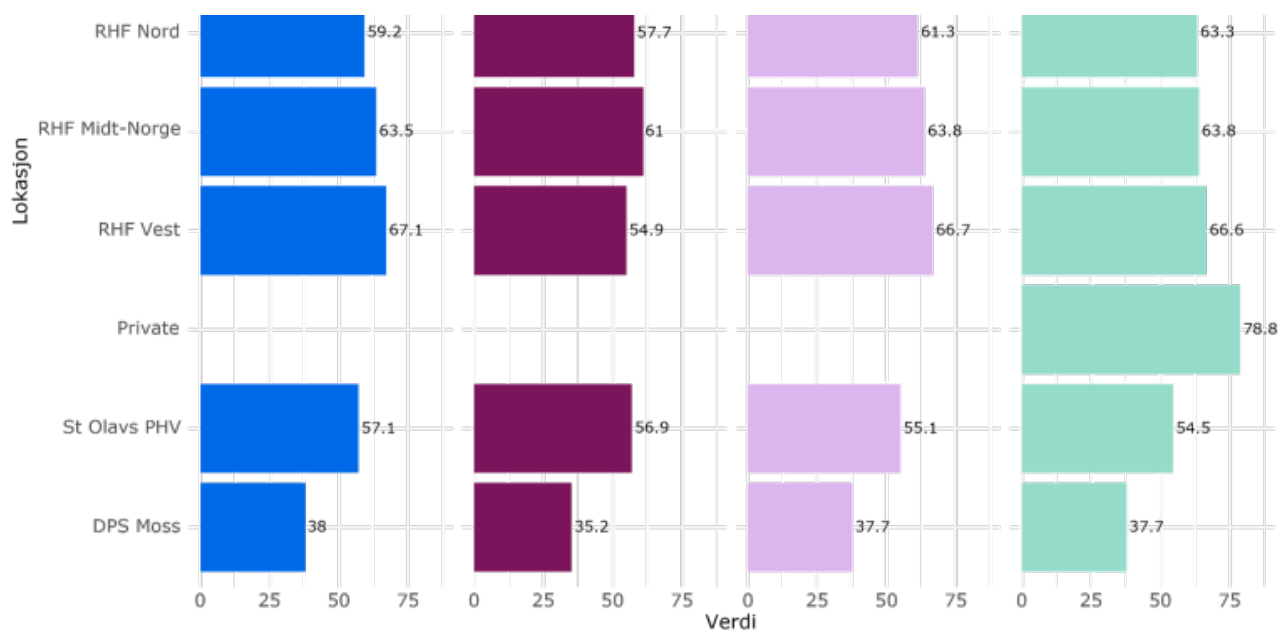
Dette alternativet avviker fra versjon 2 kun i strukturen for resultatene. Private behandlingssteder med lokalsykehusfunksjon fortsetter å knyttes til helseregionene, da de etter en etablert forståelse er å anse som en del av det offentlige tilbudet. Andre private behandlingssteder skilles helt ut fra helseregional aggregering, og får nå samlet måling for epikrisetid aggregert i nivå «Private».

Fordelen med strukturen er at hver helseregion kan følge opp egne resultater uten påvirkning av aktivitet utført av private behandlingssteder. Private behandlingsstedene får nå se resultatene både samlet for alle private behandlingssteder, og for hvert enkelt behandlingssted

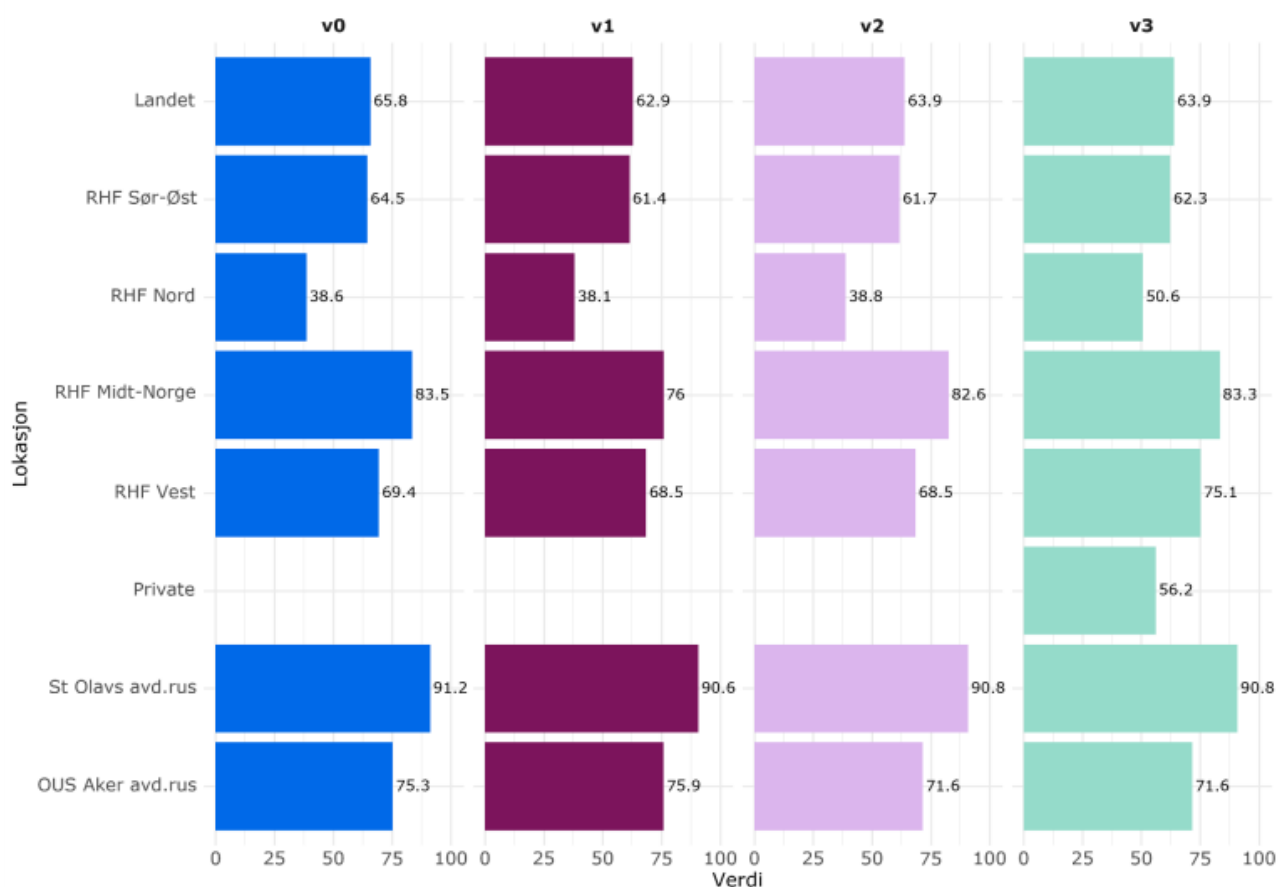


Figur 2. Sammenlikning av resultatene for epikrisetid i somatisk helsetjeneste innen 1 dag beregnet med de vurderte alternativene for årgang 2024. Resultater for landet, per RHF og for to eksempel behandlingsteder (her: Kalnes og Rikshospitalet).





Figur 3. Sammenlikning av resultatene for epikrisetid i psykisk helse for voksne innen 1 dag beregnet med de vurderte alternativene for årgang 2024. Resultater for landet, per RHF og for to eksempel behandlingsteder (her: St. Olavs PHV og Moss DPS).



Figur 4. Sammenlikning av resultatene for epikrisetid i tverrsektoriell rusbehandling innen 1 dag beregnet med de vurderte alternativene for årgang 2024. Resultater for landet, per RHF og for to eksempel behandlingsteder (her: St. Olav avd. rus og OUS Aker avd. rus).

Diskusjon

Alternativ 3 inneholder både forbedringene i tråd med aktuelle retningslinjer, krav og lovverk, samt metodiske forbedringer med tydeliggjøring av hvilket behandlingssted som blir målt på epikrisetid og hvordan det skal måles. Forslaget om å bruke dette alternativet til å beregne epikrisetidsindikatorne ble sendt til sektoren for innspill og tilbakemeldinger. Tabellen under gir oversikt over tilbakemeldingene.

Tabell 6. Innspill og tilbakemeldinger på forslag om revisjon av indikatorne for epikrisetid.

Helseregion	Epikrise i somatikk	Epikrise PHV/TSB
Helse Nord	Hadde ingen innspill	Positivt svar på forslag til indikatordefinisjoner
Helse Midt-Norge	Støtter ny metode	Støtter ny metode
Helse Sør-Øst		Støtter ny metode
Helse Vest	Støtter eksklusjon av fødsel/nyfødt	

På bakgrunn av at en helseregion har vært kritisk til inkludering av fødsler og nyfødte, har vi gjort en særskilt vurdering av epikriseskriving etter opphold for mor og barn.

Kontrollene for 2024 har vist at det var om lag 108 000 opphold for mor og barn i forbindelse med fødsel (mor og barn registrert med hvert sitt opphold). Dette stemmer godt med et årlig [antall fødsler på rundt 54 000 i 2024 \(fhi.no\)](#).

På landsbasis var det 62 prosent av fødsels-/nyfødttoppholdene hvor epikrisen ble sendt senest 1 dag etter utskrivning, og 69 prosent – senest 7 dager etter utskrivning i 2024.

Høyest andel utsendte epikriser for fødsel sendt innen 1 dag etter utskrivning i 2024 var på avrundet 97 prosent (Lærdal sykehus i Helse Vest, Sørlandet sykehuset i Arendal i Helse Sør-Øst). En rekke sykehus beregnes med 0 prosent utsendte epikriser etter fødsel i 2024 (Nordlandssykehuset – somatikk Gravdal, Finnmarkssykehuset – somatikk Alta, UNN Finnsnes – somatikk og UNN Storslett – somatikk).

Ved om lag 31 000 av 108 000 fødsels-/nyfødttopphold manglet det epikrise (29 prosent) i 2024. Om lag 20 000 av oppholdene med manglende epikrise var i Helse Vest, særlig ved Haukeland og Stavanger sykehus. Haukeland formidler at epikriser for fødsel ved Haukeland sendes gjennom en teknisk løsning som ikke fører til rapportering til Norsk pasientregister.

Valgt beregningsmetode

Beregningsmetode definert i versjon 3 (v3) ble presentert for sektoren, og basert på deres innspill besluttet brukt.

Revidert epikrisetidsindikator

Den reviderte indikatoren måler andel sammenhengende opphold i spesialisthelsetjenesten med epikrise sendt senest 1 og 7 dager etter utskrivning etter endt opphold i spesialisthelsetjenesten. Kun den endelige utskrivningen fra døgnopphold i spesialisthelsetjenesten tas hensyn til, ikke utskrivningene til et annet ledd i spesialisthelsetjenesten. Behandlingsstedet som skriver ut sist i forløpet blir målt på epikrisetid.

Norsk pasientregister (NPR) brukes som datakilde for indikatoren (datasettene for somatikk, PHV, TSB). Alle opphold av type «døgnopphold» med endelig utskrivningsdato i indikatorperioden tas med i beregningen (for eksempel alle oppholdene avsluttet i 2024 vil danne grunnlag for beregning av epikrisetid for 2024).

Oppholdene med manglende personidentifikator, samt oppholdene der personen ikke gir samtykke til utsending av epikrise, ekskluderes. Eksklusjon av fødsler og nyfødte (oppholdene med ICD-10 koder Z37/Z38 eller DRG-kodene 370-376) er ikke videreført i denne revisjonen, og vil inkluderes i videre beregning av indikatoren.

Resultater for behandlingssteder med mellom 1 og 4 opphold (av personvern hensyn) anonymiseres (vises ikke), unntatt måltallene for antall opphold med manglende epikrise.

Endringene innført i revisjonen i 2025

- alle behandlingssteder rapportert til henholdsvis NPR Somatikk/PHV/TSB inkludert
- fødselsopphold og opphold for nyfødt inkluderes
- private behandlingsteder uten lokalsykehusfunksjon er skilt ut fra aggregerte resultater på helseregion- og helseforetaksnivå til egen gruppe «Private»
- utskrivningsdatoen som markerer overgangen fra spesialisthelsetjenesten beregnes mer presist ved bygging av pasientforløp
- indikatorperioden viser året/tertiel for utskrivning
- opphold med manglende personidentifikator (løpenummer) ekskluderes

Endringene etter revisjonen er så store at det ikke er hensiktsmessig å kombinere tidligere resultater med nye. Det ble derfor opprettet egne nettsider for de reviderte indikatorene: [Sykehusopphold – epikrisetid](#), [Rusbehandling – epikrisetid](#) og [Psykisk helsevern for voksne – epikrisetid](#). Tallene for 1. og 2. tertial i 2025 samt års- og tertialtall for 2023-2024 er tilgjengelige på nettsidene.

Tidligere versjoner av de nasjonale kvalitetsindikatorene for epikrisetid er fortsatt tilgjengelige, med 2024 som siste oppdatert indikatorperiode: [Sykehusopphold – epikrisetid](#), [Rusbehandling – epikrisetid](#) og [Psykisk helsevern for voksne – epikrisetid](#). Disse vil ikke oppdateres videre.

