

Rapport måloppnåelse Pakkeforløp hjerneslag

Først publisert: 22. april 2025

Siste faglige endring: 22. april 2025

Innhold

1. Sammendrag	3
2. Bakgrunn	5
3. Metoder	7
4. Resultater fase 1 fra Norsk hjerneslagsregister	9
5. Resultater fase 2 fra Helsedirektoratet	14
6. Oppsummering	18

Sammendrag

Bakgrunn

Pakkeforløp hjerneslag [1] er et standardisert pasientforløp med mål om å gi pasienter i hele Norge et godt organisert helhetlig medisinsk behandlingstilbud, unngå ventetider som ikke er medisinsk begrunnet og motta riktig behandling til riktig tid i alle deler av pasientforløpet fra debut av hjerneslaget og til 3 måneder etter debut. Pakkeforløpet bygger på oppdatert kunnskapsgrunnlag i [Helsedirektoratets nasjonale retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag](#). [2].

Målet med denne rapporten er å kunne frembringe ny kunnskap om innholdet i helsetjenester som gis til slagpasienter i Norge. Pakkeforløpet dekker hele forløpet fra symptomdebut via prehospitale tjenester til akutt innleggelse, utredning og akuttbehandling i slagenhet og videre oppfølging og eventuell rehabilitering i spesialisthelsetjenesten eller i kommunal regi fram til 3 måneder. Rapporten sammenstiller data fra flere registre for å presentere måloppnåelse på definerte målepunkter og forløpstider i pakkeforløp hjerneslag for årene 2022 og 2023.

Metode

Aktivitetene som inngår i rapporten, dekker perioden fra og med 1. januar 2022 til og med 31. desember 2023. Resultater fra første fase i pakkeforløpet (måloppnåelse på 8 forløpstider) er hentet fra Norsk hjerneslagregister (NHR). Data fra det videre forløp etter utreise fra slagenhet (måloppnåelse på 5 forløpstider for spesialisthelsetjenesten og 2 forløpstider for den kommunale helse og omsorgstjeneste inkludert fastlege) er hentet fra Norsk pasientregister (NPR) og Kommunalt bruker og pasientregister (KPR) og er bearbeidet av Helsedirektoratet. Antall pasienter med hjerneslag avviker noe mellom registrene og inkluderer i denne rapporten 18008 pasienter fra NHR og 16080 fra NPR. Det er noen metodiske svakheter fordi vi for denne tidsperioden ikke har hatt mulighet til kobling på individnivå mellom de aktuelle registrene. I tillegg har en del koding av prosedyrer har vært mangelfull. Dette medfører noe usikkerhet i en del av resultatene særlig i fase 2.

Hovedresultater

For fase 1 viste resultatene fra NHR at det var betydelige variasjoner mellom sykehusene når det gjaldt måloppnåelse på de 8 ulike forløpstider som inngår i akuttfasen. Ingen sykehus nådde målet på alle forløpstider, men 23 sykehus nådde anbefalt forløpstid på minst halvparten av de 8 forløpstider.

For fase 2 fra utskrivning og til 3 måneder etter hjerneslaget der måloppnåelse på 5 forløpstider i spesialisthelsetjenesten ble vurdert, var det også betydelige variasjoner mellom de ulike sykehus og deres samarbeidende rehabiliteringsaktører i helseforetakene. Ingen nådde målet på alle forløpstider, men 9 nådde målet på minst 2 av de 5 forløpstider.

Når det gjaldt den kommunale helse og omsorgstjeneste inkludert kontroll hos fastlege, var det ingen som nådde målsettingene på de 2 forløpstider som ble evaluert.

Detaljerte resultater presenteres i [kapittel 3](#) og [4](#).

Konklusjon

Resultatene i denne rapporten viser at det er store variasjoner i måloppnåelse både mellom sykehus og rehabiliteringsaktører. Det er få sykehus og rehabiliteringsaktører i spesialisthelsetjenesten som når målsettingene i pakkeforløpet og avvikene er enda større i kommunal sektor. Det er bedre måloppnåelse i fase 1 (akuttfasen) enn i fase 2 (oppfølging og rehabiliteringsfasen). Likevel er det mange sykehus som ikke når det fastsatt kravet i fase 1. Det kan skyldes at kravet til forløpstid er for strengt, og at det kan være hensiktsmessig å gjennomgå disse på nytt. Likevel kan manglende måloppnåelse være et uttrykk for redusert kvalitet i tjenesten.

Manglende måloppnåelse i fase 2, kan skyldes varierende kodepraksis og mangelfull kodebruk i registrering til NPR og KPR hos aktuelle aktører. Resultatene må derfor tolkes med forsiktighet og det gjør sammenligninger på tvers av sykehus og rehabiliteringsaktører noe vanskelig.

På tross av noe usikkerhet i resultatene i denne rapporten, kan man likevel anta at det er behov for større oppmerksomhet på et sammenhengende pasientforløp uten ventetider som ikke er medisinsk begrunnet. For at slagrammede skal oppnå et best mulig funksjonsnivå og et aktivt liv med god livskvalitet, blir det en viktig oppgave framover å forbedre måloppnåelse i alle ledd, og særlig på oppfølging og rehabilitering.

[1] <https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/hjerneslag>

[2] <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/hjerneslag>

Bakgrunn

Omtrent 10 000 personer innlegges årlig i sykehus i Norge grunnet akutt hjerneslag.

Sykdommen er en av de hyppigste dødsårsakene i landet, og også en av de vanligste årsakene til alvorlig funksjonshemming og langvarig institusjonsomsorg.

Pakkeforløp hjerneslag er et oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet fra 2016, i forbindelse med revisjon av retningslinjen for behandling og rehabilitering ved hjerneslag. Bakgrunnen for etablering av pakkeforløp hjerneslag var for stor variasjon i behandlingstilbudet til de slagrammede.

Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av hjerneslag, utgitt av Helsedirektoratet danner kunnskapsgrunnlaget for pakkeforløpet. Denne ble utgitt første gang i 2010, revidert i 2017 og med noen oppdateringer senere.

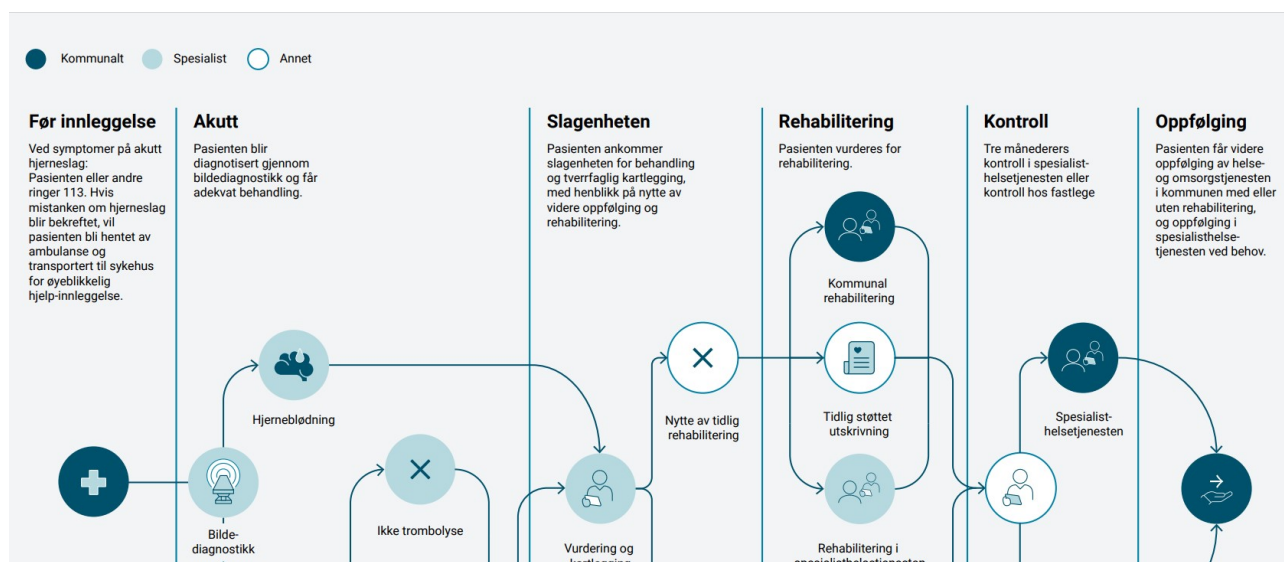
Målsetningene med pakkeforløp hjerneslag er:

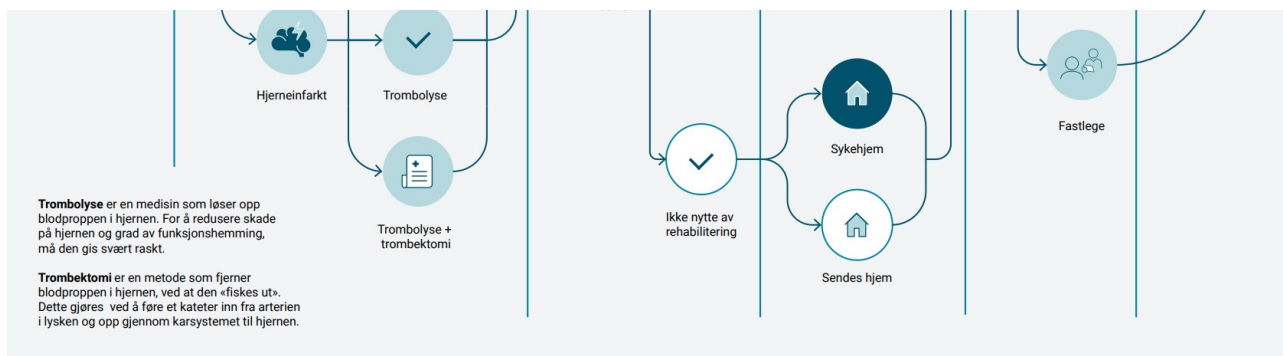
- Godt organiserte, helhetlige og forutsigbare pasientforløp
- Unngå unødige ikke-medisinske forsinkelser i utredning, diagnostikk, behandling og rehabilitering
- Likeverdig tilbud til pasienter og pårørende uavhengig av hvor i landet de bor
- God informasjon, økt brukermedvirkning og brukertilfredshet

Pakkeforløpet dekker hele pasientforløpet fra symptomdebut via prehospitaltjenester til akutt innleggelse, utredning og akuttbehandling i slagenheten og videre oppfølging og eventuell rehabilitering i spesialisthelsetjenesten eller i kommunal regi fram til 3 måneder.

Pakkeforløpet er delt i to faser. Fase 1 ble etablert i 2018 og monitoreres på oppdrag fra Helsedirektoratet av Norsk hjerneslagregister. Fase 1 inkluderer prehospitaltjenester fram til ankomst slagenheten, og diagnostikk og akuttbehandling i slagenheten. I tillegg ble det etablert en tverrfaglig vurdering for å bestemme det beste tilbudet etter utskrivning, inkludert eventuell henvisning til spesialisert rehabilitering. Fase 1 med data fra Norsk hjerneslagregister danner grunnlaget for resultatene som presenteres i [kapittel 3](#).

Fase 2 følger pasientforløpet etter utskrivning fra slagenheten både i spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten med registrering av sentrale målepunkter/forløp fram til 3 måneder etter hjerneslaget. Denne del av pakkeforløpet ble publisert i november 2019 (se figur 1).





Figur 1: Pasientforløpet i Pakkeforløp hjerneslag

I fase 2 er det mange aktører involvert, både i spesialisthelsetjenesten og i den kommunale helse og omsorgstjenesten. For å kunne monitorere denne fasen på en adekvat måte er det behov for data fra Norsk pasientregister (NPR) og Kommunalt bruker og pasientregister (KPR). Dette danner grunnlag for resultatene for fase 2 i pakkeforløpet som presenteres i [kapittel 4](#).

Hensikten med denne rapporten er å presentere måloppnåelse på definerte målepunkter og forløpstider i pakkeforløp hjerneslag for årene 2022 og 2023. Rapporten sammenstiller data fra NHR, NPR og KPR for å kunne frambringe ny kunnskap om innholdet i helsetjenester som gis til slagpasienter i Norge.

Metoder

Norsk hjerneslagregister (NHR)

Data fra Norsk hjerneslagregister benyttes i denne rapporten for å presentere måloppnåelse på forløpstider knyttet til fase 1 i pakkeforløp hjerneslag. Resultatene (figurene) presenteres samlet for 2022 og 2023 og innbefatter følgende 8 målepunkter/ forløpstider.

- AMK varslet innen 15 minutter fra symptomdebut
- Ambulanse fremme hos pasient innen 25 minutter fra varsling AMK
- Ambulanse reist fra hentested innen 25 minutter etter ankomst
- Pasienter ankommet sykehus innen 4 timer fra symptomdebut
- Bildediagnostikk innen 15 minutter etter ankomst sykehus
- Trombolyse innen 30 minutter etter ankomst sykehus
- Pasienter innlagt slagenhet innen 3 timer etter ankomst sykehus
- Tverrfaglig funksjonsvurdering

Resultater for Diakonhjemmet, Lovisenberg, Rikshospitalet og Ullevål presenteres samlet under Osloområdet.

Alle sykehus som behandler pasienter med akutt hjerneslag skal innregistrere alle pasienter med diagnosen akutt hjerneslag (diagnose kodene I 61, I63, I64) til Norsk hjerneslagregister (meldepliktig), inkludert de forløpstider som inngår i pakkeforløp hjerneslag fase 1 og som er anført ovenfor.

Helsedirektoratet

Helsedirektorater presenterer resultater for aktiviteter i fase 2 av pakkeforløpet og har benyttet følgende datakilder:

- Norsk pasientregister (NPR)
 - Somatiske helsetjenester
- Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR)
 - Helse og omsorg (HOM)
 - Kontroll og utbetaling av helserefusjoner (KUHR)

Ved hjelp av en koblingsnøkkel og et anonymt pasientnummer har data mellom NPR og KPR blitt koblet slik at man kan følge pasientene på tvers av tjenestenivå.

Alle kontakter i spesialisthelsetjenesten registreres i NPR. Det registreres blant annet type kontakt (poliklinisk, dagopphold, døgnopphold), hvor aktiviteten finner sted (behandlingslokalitet, fagområde), tilstandskoder i henhold til ICD-10 og prosedyrekoder (for eksempel NCPM). Mange av målepunktene i fase 2 baserer seg på utskrivningsdato fra akuttoppholdet på sykehuset. For å identifisere så korrekt ut-dato som mulig, ble opphold slått sammen dersom det var mindre enn 8 timer fra ut-dato til ny inn-dato og hvor de ellers tilfredsstilte kriteriene.

I KPR HOM registreres alle vedtak om helse- og omsorgstjenester i kommunene. Rehabilitering utenfor institusjon registreres i avsnittet om personopplysning med dato for oppstart av rehabilitering mens rehabilitering i institusjon registreres som en tjeneste med dato for oppstart og slutt.

Alle kontakter mellom pasient og fastlege som utløser refusjonskrav rapporteres til KPR KUHR. Kontaktene skal inneholde minst en takstkode som definerer type kontakt, for eksempel om det har vært en fysisk konsultasjon.

Alle resultatene rapporteres på sykehuset man ble akutt innlagt for hjerneslag. For spesialisert rehabilitering vil det ofte ikke være dette sykehuset pasienten mottar rehabilitering på. For rehabilitering i kommunen og kontroll hos fastlege vil også resultatene vises på sykehusnivå selv om aktiviteten skjer i kommunen

Personer som var registrert med diagnosekode for hjerneslag (ICD-10: I61, I63, I64), med døgnopphold på en av følgende avdelinger: nevrokirurgi (100), generell medisin (110), hjertesykdommer (150), nevrologi (250) og geriatri (350) i 2022 og 2023 ble inkludert.

De forløpstider for fase 2 som inngår i denne rapporten når det gjelder spesialisthelsetjenesten er:

- Utskrivning fra sykehus (slagenhet) til mottak i rehabilitering i spesialisthelsetjenesten innen 7 dager
- Etablering av rehabiliteringsplan i spesialisthelsetjenesten innen 5 dager fra mottak i rehabiliteringsenhet
- Evaluering av rehabiliteringsplan i spesialisthelsetjenesten innen 4 uker fra innleggelse i rehabiliteringsenhet
- Opphold i spesialisert døgner rehabilitering kortere enn 4 uker
- Poliklinisk kontroll i spesialisthelsetjenesten etter 3 måneder

De forløpstider for fase 2 som inngår i denne rapporten når det gjelder kommunehelsetjenesten er:

- Utskrivning fra sykehus (slagenhet) til mottak i rehabilitering i kommunehelsetjenesten innen 7 dager
- Kontroll etter hjerneslaget hos fastlegen 2-8 uker etter utskrivning fra sykehus/slagenhet

Resultatene i fase 1 har som anført brukt data fra NHR mens fase 2 har brukt data fra NPR og KPR.

Det har ved utarbeidelse av denne rapporten ikke vært mulig å få koblet data fra NHR og NPR/KPR på individnivå og dette har blant annet ført til det er et noe ulikt antall pasienter som inngår i fase 1 og fase 2. Data fra NPR og KPR bygger i tillegg på prosedyrekoder og mangelfull bruk av en god del av de koder som er nødvendig for å få en god oversikt over forløpet i fase 2, gjør at en del av resultatene i fase 2 nok ligger under det som er den reelle situasjon. Vi håper bedre kodebruk sammen med muligheter for å koble data mellom registrene på individnivå vil føre til at framtidige årsrapporter i større grad vil kunne gi mer korrekt og reell informasjon om status når det gjelder de ulike målepunkter/forløpstider i pakkeforløp hjerneslag.

Ved sykehus som har registrert < 5 pasienter på et målepunkt presenteres ikke resultater

Resultater fase 1 fra Norsk hjerneslagsregister

Målepunkt 2A. Tidspunkt for varsling til AMK

Kommentar: I anbefaling i Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag anføres at henvendelser/varsling om pasient med mistenkt hjerneslag skal gå direkte til AMK. Målet i Pakkeforløp hjerneslag er at 50 prosent av pasienter med symptomer på akutt hjerneslag bør ha varslet 113 AMK) innen 15 minutter fra symptomdebut (som oftest skjer varslingen via personer som er nær pasienten som har fått symptomer).

Resultater: Nasjonalt ble AMK varslet innen 15 minutter etter symptomdebut for 29 prosent av pasientene, men på sykehusnivå var det variasjon fra 8-52 prosent. Kun 2 sykehus av totalt 45 oppnådde anbefalt forløpstid. Måloppnåelse på 50 prosent bør vurderes endret når så få sykehus oppnår anbefalt forløpstid.

Målepunkt 2B. Tidspunkt ambulanse – framme hos pasient

Kommentar: I Nasjonal retningslinje er anført at det øyeblikkelig skal iverksettes tiltak for rask transport til sykehus. I pakkeforløpet er målet at ambulanse skal være framme hos pasient innen 25 minutter fra varsling. Måltallet gjelder for pasienter som kan nå sykehus innen 4 timer etter symptomdebut.

Resultater: Nasjonalt var ambulanse framme hos pasient innen 25 minutter i 80 prosent av tilfellene, noe som er identisk med måltallet for indikatoren. Variasjonen mellom sykehusene var fra 18 til 100 prosent. 25 sykehus av totalt 45 oppnådde anbefalt forløpstid på over 80 prosent.

Målepunkt 2C. Tidspunkt ambulanse – avreise med pasient til sykehus

Kommentar: For å sikre rask innleggelse i sykehus har pakkeforløpet et mål om at tid fra ambulansen er framme hos pasient til avreise med pasient i 80 prosent av tilfellene bør starte innen 25 minutter fra ambulansen har ankommet pasienten. Måltallet beregnes ut fra pasienter som kan nå sykehuset innen 4 timer etter symptomdebut.

Resultater: På nasjonalt nivå var det i 68 prosent av tilfellene avreise innen 25 minutter, med variasjon fra 6 til 87 prosent. 11 sykehus av totalt 45 sykehus oppnådde anbefalt forløpstid. Måloppnåelse på 80 prosent bør vurderes endret når så få sykehus oppnår anbefalt forløpstid.

Målepunkt 3. Tidspunkt for innleggelse sykehus

Kommentar: I nasjonal retningslinje er det anført at pasienter med symptomer på akutt hjerneslag bør innlegges raskt i sykehus. I pakkeforløpet er målet at 60 prosent av pasientene bør være innlagt innen 4 timer fra kjent tidspunkt for symptomdebut. Måltallet 4 timer er valgt for at pasienten skal kunne være aktuell for trombolytisk behandling innenfor det ordinære tidsvinduet for trombolyse på 4,5 timer. Prosentandelen regnes ut fra alle pasienter som er innlagt innen 24 timer etter symptomdebut. Pasienter som våkner med hjerneslag (oppvåkningsslag) er ekskludert.

Resultater: Nasjonalt var 71 prosent av pasientene innlagt innen 4 timer, med variasjon fra 39 til 92 prosent. 43 sykehus av totalt 45 sykehus oppnådde anbefalt forløpstid.

Målepunkt 4: Tidspunkt for bildediagnostikk

Kommentar: I nasjonal retningslinje er det anført at pasienter med symptomer på akutt hjerneslag bør raskt undersøkes med CT eller MR. I pakkeforløpet er målet at 60 prosent av pasientene som ankommer sykehuset innen 4 timer etter symptomdebut bør ha startet bildeundersøkelsen innen 15 minutter. For pasienter som ankommer senere enn 4 timer etter symptomdebut, er rask bildeundersøkelse også ønskelig. Men kravet om innen 15 minutter er ikke av så stor betydning at det kan forsvares på bekostning av andre pasientgrupper som også trenger rask bildeundersøkelse.

Resultater: Nasjonalt fikk 50 prosent av pasientene bildediagnostikk innen 15 minutter med variasjon fra 9 til 86 prosent. 18 sykehus av totalt 45 sykehus oppnådde anbefalt forløpstid. Måloppnåelse på 60 % bør vurderes endret når så få sykehus oppnår anbefalt forløpstid.

Målepunkt 5: Tidspunkt for trombolytisk behandling

Kommentar: I nasjonal retningslinje er det anbefalt at trombolyse bør gis så tidlig som mulig etter symptomdebut, og det anbefales rask utredning etter innleggelse. Det er godt dokumentert at intravenøs trombolyse har størst effekt hvis det gis tidlig etter symptomdebut. I pakkeforløpet er målet at minst 60 prosent av pasientene skal få trombolyse innen 40 minutter etter innleggelse. Dette er også en nasjonal kvalitetsindikator for helsetjenesten. Denne indikatoren er derfor valgt for å måle den akutte logistikken i sykehuset ved trombolyse.

Resultater: Nasjonalt fikk 72 prosent av pasientene trombolyse innen 40 minutter, med variasjon fra 38 til 92 prosent. 38 sykehus av totalt 45 sykehus oppnår anbefalt forløpstid.

Målepunkt 7: Tidspunkt for innlagt slagenhet

Kommentar: I nasjonal retningslinje anbefales at pasienter med akutt hjerneslag innlegges direkte i slagenhet (eventuelt intensivavdeling/overvåkingsavdeling dersom den medisinske tilstanden tilsier det). I pakkeforløpet er målet at 80 prosent av pasienter med hjerneslag bør være lagt inn på slagenhet innen 3 timer fra innleggelsen.

Resultater: Nasjonalt var 66 prosent innlagt slagenhet innen 3 timer. Med variasjon fra 22 til 91 prosent. 8 sykehus av totalt 45 sykehus oppnådde anbefalt forløpstid. Odda og Tynset har ikke slagenhet og er derfor tatt ut av figuren. Måloppnåelse på 80 prosent, eller tidskravet på 3 timer bør vurderes endret når så få sykehus oppnår anbefalt forløpstid.

Målepunkt 9: Tverrfaglig funksjonsvurdering i slagenhet

Kommentar: I nasjonal retningslinje er det anført at tverrfaglig vurdering i slagenheten før utskriving er et viktig tiltak i god slagbehandling for å avklare hvilket videre forløp som er det beste for den enkelte pasient. Tverrfaglig vurdering er også et sentralt målepunkt i Pakkeforløp hjerneslag, og oppgradert til en nasjonal kvalitetsindikator for helsetjenesten i Norge.

Målet i pakkeforløpet er at 80 prosent av pasientene bør få en slik standardisert tverrfaglig vurdering innen anbefalt tid, og alltid før utskriving for å ha et godt grunnlag for å avgjøre hvordan det videre pasientforløpet bør være. Det er i tilknytning til pakkeforløpet utarbeidet et eget tverrfaglig vurderingsskjema med informasjon om hva som bør inngå i en slik tverrfaglig vurdering.

Resultater: Nasjonalt var det 74 prosent av pasientene som fikk en slik tverrfaglig vurdering i henhold til kriteriene i pakkeforløpet, med variasjon fra 38 til 94 prosent. 16 av totalt 45 sykehus oppnådde anbefalt forløpstid.

Kravene til en god tverrfaglig vurdering ble strengere i 2023 enn i 2022, men resultatene her presenteres som de krav som var til tverrfaglig vurdering i 2022, for hele datagrunnlaget.

Oversikt over målepunkter oppnådd- fase 1

Tabell 1: Antall målepunkter (forløpstider) oppnådd på 8 forløp fordelt per sykehus 2022-2023.

Haugesund	6
Haukeland	6
Namsos	6
Haraldsplass	6
Mosjøen	6
Tromsø	5
Stavanger	5
Lillehammer	5
Skien	5
Bodø	5

Lofoten	4
St. Olav	4
Volda	4
Kongsvinger	4
Tønsberg	4
Kristiansand	4
Osloområdet	4
Tynset	4
Odda	4
Førde	4
Ålesund	4
Kristiansund	4
Narvik	4
Molde	3
Bærum	3
Kalnes	3
Stord	3
Kirkenes	3
Notodden	3
Flekkefjord	3
Ringerike	3
Mo i Rana	3
Vesterålen	3
Levanger	3
Ahus	2
Hamar	2
Drammen	2
Gjøvik	2
Elverum	2
Harstad	2
Sandnessjøen	2
Arendal	2
Kongsberg	2
Voss	1
Hammerfest	1

Oversikt over antall sykehus som når målet på de 8 forløp som er presentert

Forløp	Antall sykehus som når målet

Ambulanse varslet innen 15 minutter fra symptomdebut	2
Ambulanse fremme hos pasient innen 25 minutter	25
Ambulanse reist fra hentested innen 25 minutter etter ankomst	11
Pasienter ankommet sykehus innen 4 timer fra symptomdebut	43
Bilddiagnostikk innen 15 minutter etter ankomst sykehus	17
Trombolyse innen 30 minutter etter ankomst sykehus	38
Pasienter innlagt slagenhet innen 3 timer etter ankomst sykehus	8
Tverrfaglig vurdering i slagenhet	16

Resultater fase 2 fra Helsedirektoratet

Målepunkt 11 A: Mottak rehabilitering i spesialisthelsetjenesten

Kommentar: I pakkeforløpet er det en målsetning at de som får anbefalt rehabilitering basert på den tverrfaglige funksjonsvurderingen skal komme raskt i gang etter utskriving fra sykehus. Målet i pakkeforløpet er at 80 % skal være i gang med spesialisert rehabilitering innen 7 kalenderdager etter at pasienten er utskrivningsklar. Men registrering av utskrivningsklar har vist seg å være noe mangelfull i NPR, så for denne forløpstiden har vi her måttet benytte utskrivningsdato. Teller viser til alle pasienter som var registrert med Z50 som hovedtilstand og hjerneslag og følgetilstand etter hjerneslag som tilleggstilstand hvor dato for oppstart var innen en uke fra utskrivelse. Nevner viser til alle pasienter som var registrert med Z50 som hovedtilstand og hjerneslag og følgetilstand etter hjerneslag som tilleggstilstand fra og med samme dag som de ble skrevet ut fra døgnopphold til og med 4 måneder (120 dager) etter utskrivelsen. Pasienter som var registrert med dato for død før de ble skrevet ut fra sykehuset, er ekskludert. Spesialisert rehabilitering innebærer både døgn- og dagopphold og polikliniske kontakter.

Hvor pasientene mottok rehabilitering vil kunne avvike fra det sykehuset de var innlagt på. For eksempel inngår også private rehabiliteringsinstitusjoner.

Resultat: Nasjonalt var det 39 % av de som mottok rehabilitering i spesialisthelsetjenesten som fikk det innen 7 dager, med variasjon fra 0 til 91 %. Tre sykehus nådde målet om tid til oppstart av rehabilitering. Tre sykehus hadde <5 pasienter, tall vises derfor ikke for disse.

Se oversikt over rehabiliteringsinstitusjoner som er inkludert, nederst i dokumentet.

Målepunkt 11B1: Etablering av rehabiliteringsplan i spesialisthelsetjenesten

Kommentar: I henhold til sjekkliste i pakkeforløpet skal det etableres en rehabiliteringsplan for alle pasienter som mottar rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Målet i pakkeforløpet er at 80 % av pasientene skal ha fått etablert rehabiliteringsplan innen 5 dager fra de ble mottatt til spesialisert rehabilitering. Teller viser alle pasienter som var registrert med prosedyrekode OAEA00 (Revidering av (re)habiliteringsplan) og hvor dato for registrering var innen 5 dager fra mottak til spesialisert rehabilitering. Nevner viser til alle pasienter som mottok rehabilitering i spesialisthelsetjenesten.

Hvor pasientene mottok rehabilitering vil kunne avvike fra det sykehuset de var innlagt på. For eksempel inngår også private rehabiliteringsinstitusjoner.

Resultat: Nasjonalt var det 30 % av de som mottok rehabilitering i spesialisthelsetjenesten som fikk rehabiliteringsplan innen 5 dager, med variasjon fra 0 til 86 %. Tre sykehus nådde målet om tid til etablering av rehabiliteringsplan. Tre sykehus hadde <5 pasienter, tall vises derfor ikke for disse.

Målepunkt 11B2: Evaluering av rehabiliteringsplan i spesialisthelsetjenesten

Kommentar: Målsetningen i pakkeforløpet er at 80% av de som mottok rehabilitering i spesialisthelsetjenesten og fikk utarbeidet en rehabiliteringsplan, skal ha evaluering av denne planen innen fire uker fra oppstart av rehabilitering. Teller viser til alle pasienter som hadde rehabiliteringsplan og fikk den evaluert innen 4 uker. Det forutsettes at man har benyttet seg av sjekkliste for evaluering av rehabiliteringsplan og registrert koden OCAA00 (Revidering av (re)habiliteringsplan). Nevner viser til alle pasienter som mottok rehabiliteringsplan.

Hvor pasientene mottok rehabilitering vil kunne avvike fra det sykehuset de var innlagt på. For eksempel inngår også private rehabiliteringsinstitusjoner.

Resultat: Nasjonalt var det 44 % av de som mottok rehabiliteringsplan som hadde evaluering av rehabiliteringsplanen innen 4 uker, med variasjon fra 4 til 91 %. Fem sykehus nådde målet om tid til evaluering av rehabiliteringsplan. 17 sykehus hadde <5 pasienter, tall vises derfor ikke for disse.

Målepunkt 11c: Tidspunkt for utskrevet fra spesialisert døgnrehabilitering

Kommentar: Det er en målsetning at minst 50 % av pasientene er skrevet ut fra spesialisert rehabilitering innen 4 uker fra oppstart. Nevner viser alle som ble skrevet ut innen 4 uker og teller viser alle som var mottok spesialisert rehabilitering og var innlagt.

Hvor pasientene mottok rehabilitering vil kunne avvike fra det sykehuset de var innlagt på. For eksempel inngår også private rehabiliteringsinstitusjoner.

Resultater: Nasjonalt var 81 % av pasientene som var innlagt med spesialisert rehabilitering skrevet ut innen 4 uker, med variasjon fra 33 til 100 %. Alle sykehus bortsett fra et sykehus nådde målet om tid for utskrivelse. 5 sykehus hadde <5 pasienter, tall vises derfor ikke for disse.

Kommentar: Hvor mange dager man er innlagt på spesialisert rehabilitering er ikke et måltall i pakkeforløpet, men likevel viktig informasjon for å se på utvikling over tid samt med tanke på planlegging.

Resultat: Nasjonalt var gjennomsnittlig antall døgn ved innleggelse på spesialisert rehabilitering 21 dager, med variasjon fra 13 til 33 dager. 5 sykehus hadde <5 pasienter, tall vises derfor ikke for disse.

Målepunkt 13A: Mottak rehabilitering i kommune innen 7 kalenderdager fra utskrivelse

Kommentar: På bakgrunn av den tverrfaglige funksjonsvurderingen henvises noen pasienter til kommunal rehabilitering. Målsetningen i pakkeforløpet er at rehabilitering i kommune skal starte opp så fort som mulig etter man blir skrevet ut fra sykehuset, med mål om minst 80 % innen 7 kalenderdager. Teller viser alle pasienter som mottok kommunal rehabilitering enten i eller utenfor institusjon registrert i KPR HOM innen 7 kalenderdager fra utskrivelse fra sykehus. Nevner viser alle pasienter som har mottatt kommunal rehabilitering enten i eller utenfor institusjon registrert i KPR HOM fra og med samme dag som de ble skrevet ut fra døgnopphold på sykehus til og med 4 måneder (120 dager) etter utskrivelse.

Selv om rehabiliteringen skjer i kommunen, er resultatene rapportert på det sykehuset man ble innlagt med akutt hjerneslag.

Resultater: Nasjonalt var det 9 % av de som fikk kommunal rehabilitering som hadde oppstart innen 7 dager, med variasjon fra 0 til 46 %. 26 sykehus nådde målet om tid for utskrivelse. 9 sykehus hadde <5 pasienter, tall vises derfor ikke for disse.

Målepunkt 11D, 12D og 13D: Tidspunkt for oppfølging hos fastlege innen 2 – 8 uker

Kommentar: Måltallet i pakkeforløpet er at 80 % av pasienter med akutt hjerneslag skal ha vært på kontroll hos fastlegen i tråd med sjekklisten, og at denne kontrollen er utført innen 2- 8 uker fra pasienten er innlagt i sykehuset. Teller viser antall pasienter som hadde konsultasjon hos fastlegen 2-8 uker etter at de ble skrevet inn på sykehuset og nevner viser alle pasienter som ble skrevet ut fra døgnopphold og som lever 4 måneder etter at de ble skrevet ut.

Grunnet manglende kode hos fastlegen for kontroll etter hjerneslaget, er det en usikkerhet for om kontrollen er knyttet til hjerneslaget eller andre årsaker.

Resultatene presenteres basert på hvor pasienten var innlagt selv om aktiviteten skjer i kommunen.

Resultater: Nasjonalt var det 40 % som hadde kontroll hos fastlegen 2-8 uker etter de ble innlagt for akutt hjerneslag, med variasjon fra 30 til 56 %. Ingen nådde målet i pakkeforløpet.

Målepunkt 16: Tidspunkt for poliklinisk kontroll i spesialisthelsetjenesten

Kommentar: Målsetningen i pakkeforløpet er at pasienter skal ha en poliklinisk kontroll i spesialisthelsetjenesten innen 4 måneder etter utskrivning fra sykehus. For de fleste bør denne kontakten innebære en tverrfaglig vurdering. 3 måneders-kontrollen representerer avslutningen av pakkeforløpet og den anses som viktig for å kunne fange opp problemstillinger som ikke ble avdekket i forbindelse med akuttinnleggelsen.

I 2021 ble finansiering i ISF for etterkontrollen i spesialisthelsetjenesten etter et akutt hjerneslag, utvidet hvis denne var tverrfaglig

Teller viser pasienter som ble registrert med en av følgende kontakter på sykehuset: 1) Z089 som hovedtilstand og hjerneslag/følgetilstand hjerneslag som tilleggstilstand, 2) prosedyrekode WMAA11 og hjerneslag/følgetilstand som hoved- eller tilleggstilstand og 3) Følgetilstand hjerneslag som hovedtilstand og Z098 som tilleggstilstand, 2 til 4 måneder etter utskrivelse fra sykehus. Nevner viser alle pasienter som ble skrevet ut fra døgnopphold og som lever 4 måneder etter at de ble skrevet ut.

Norsk hjerneslagregister oppgir noe høyere andel som mottar 3 måneders kontroll i spesialisthelsetjenesten, basert på selvrapporing. Variasjoner i kodepraksis og krav til koding av tilstand og prosedyrekode som foreløpig ikke er godt implementert kan være en av årsakene til at andelen er ulik mellom NHR NPR.

Resultater: Nasjonalt var det 21 % som mottok 3 måneders poliklinisk kontroll i spesialisthelsetjenesten 2-4 måneder etter de ble skrevet ut fra døgnopphold på sykehuset, med variasjon fra 0,3 % til 66 %. Ingen nådde målet i pakkeforløpet.

Oppsummering

Pakkeforløp hjerneslag representerer en stor satsning for å skape gode og helhetlige pasientforløp for slagrammede og er en operasjonalisering av viktige anbefalinger i Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag. Det er behov for evaluering av denne satsningen, og denne rapporten om måloppnåelse i forhold til de anbefalte forløpstider er det første forsøk på en slik evaluering med utgangspunkt i data fra 2022 og 2023. I rapporten presenteres data både fra akuttfasen - fase 1 som monitoreres av NHR, og oppfølgingsfasen etter utskrivning fra slagenheten - fase 2 der data er hentet fra NPR og KPR.

Resultatene for fase 1 med vurdering av måloppnåelsen på 8 forløp kan oppsummeres på følgende måte:

De fleste sykehus oppfyller de anbefalte forløpstidene på en del av de 8 forløpene som er vurdert, men det er store variasjoner mellom sykehusene. 25 av 45 sykehus oppfyller anbefalt forløpstid på halvparten eller flere av forløpene (oppfyller kravene til 4 eller flere forløp). Dette indikerer at mange sykehus er på god veg mot kvalitetshevning, men at det er behov for forbedringer når det gjelder logistikk i pasientforløpet for slagrammede også i akuttfasen. Det er positivt at den akutte logistikken i sykehusene ved trombolyse synes å være godt etablert med måloppnåelse på landsnivå godt over kravet. Et annet positivt funn er at den tverrfaglige vurderingen i slagenhet som ligger til grunn for valg av videre forløp etter akuttbehandling på landsnivå ligger nær opp til målnivået på 80 %. Måloppnåelsen på noen av de andre forløpstidene ligger imidlertid for mange sykehus langt under det fastsatte kravet. Dette kan for enkelte forløp være betinget i at kravet til forløpstid er for strengt, og at god kvalitet i pasientforløpet også kan være til stede uten at målet nås. Grensen for god måloppnåelse var før pakkeforløpet ble etablert, fastsatt av en ekspert-arbeidsgruppe med deltagelse fra alle RHF. Det var på det tidspunktet lite kunnskap om de ulike forløpstider og hvor nivået burde settes for å sikre god kvalitet. Det kan derfor være hensiktsmessig å gå gjennom kravene til forløpstider på nytt og eventuelt justere kravene noe. I andre tilfeller kan manglende måloppnåelse være et uttrykk for redusert kvalitet og uønsket ventetid på behandling. Dette gir et godt grunnlag for at de aktuelle sykehusene gjennomgår sine rutiner og identifiserer hva som kan endres/forbedres.

Resultatene for fase 2 med vurdering av måloppnåelse på 5 forløp i spesialisthelsetjenesten og 2 forløp i den kommunale helse og omsorgstjenesten, kan oppsummeres på følgende måte:

Det er betydelige variasjoner mellom de ulike sykehus og deres samarbeidende spesialistrehabiliteringsaktører i helseforetakene. Ingen nådde målet på alle forløpstider, og bare 9 av de 44 sykehusene nådde målet på minst 2 av 5 forløpstider. Spesielt er det grunn til å merke seg at det bare er 39 % av de som mottok spesialisert rehabilitering som fikk et tilbud innen 7 dager. Det tyder på at rehabiliteringsforløpet i spesialisthelsetjenesten bør bedres slik at det unngås ventetider og pauser i rehabiliteringsprosessen.

Når det gjelder måloppnåelsen i kommunal sektor så oppnådde ingen de anbefalte målsettinger på de 2 forløp som ble vurdert (ventetid på kommunal rehabilitering og kontroll hos fastlege). Når det gjelder ventetid på kommunal rehabilitering er registreringene mangelfulle og kvaliteten derfor vanskelig å vurdere, men de data som finnes tyder på at nesten alle pasienter vil oppleve betydelig ventetid før de får kommunal rehabilitering.

Den manglende måloppnåelse i pakkeforløpet i fase 2 og de store forskjellene som er påvist, kan skyldes varierende kvalitet og utilfredsstillende logistikk hos aktuelle aktører. Ut fra en del forskjeller som vi har oppdaget mellom pasientrapporterte data i NHR og innrapporterte data til NPR og KPR, synes imidlertid feil eller mangelfull bruk av aktuelle koder ved innrapportering til NPR og KPR også å være en viktig årsak til mangelfull måloppnåelse. Dette gjelder i særlig grad kommunal rehabilitering. Resultatene for fase 2 er derfor sannsynligvis på et lavere nivå enn det som er den reelle situasjonen. Dette gjelder særlig forløpstider som er knyttet til rehabilitering i kommunal sektor (ventetid på kommunal rehabilitering).

Resultatene for fase 2 må derfor tolkes med stor forsiktighet.

Riksrevisjonens rapport om rehabilitering, angir at det på rehabiliteringsområdet er lite data og at det dermed mangler informasjon om omfang, innhold og kvalitet i de tjenester som gis. Pakkeforløp hjerneslag er et steg i riktig retning og representerer et verktøy for å følge med på å identifisere uønsket variasjon og eventuelle forbedringsområder innen slagrehabilitering. Dette forutsetter imidlertid at alle aktører bedrer sine rapporteringsrutiner til NPR og KPR. Vi antar at dette ikke representerer noen stor registreringsbyrde og vi håper det vil skje en bedring i koding og kodepraksis før utarbeidelse av framtidige årsrapporter.

I tillegg kan det på samme måte som anført for fase 1 være relevant å gjennomgå kravene til forløpstider i samarbeid med tjenesten, for å vurdere om de kravene som per i dag er fastsatt som nivå for god kvalitet er adekvate.

Konklusjon: Resultatene fra denne sammenstillingen viser at det i begge faser i pasientforløpet er store variasjoner i måloppnåelser både mellom sykehus og mellom rehabiliteringsaktører.

Det er bedre måloppnåelse i fase 1 (akuttfasen) enn i fase 2 (oppfølging og rehabiliteringsfasen).

I fase 1 oppfyller 25 av 45 sykehus minst halvparten av forløpskravene og dette indikerer en rimelig god kvalitet for disse sykehusene, men alle sykehus involvert i akuttbehandling har fått identifisert områder med behov for forbedringer.

I fase 2, oppfølging og rehabilitering, er måloppnåelsen betydelig lavere, men kvaliteten på tjenestene i denne fasen er vanskeligere å vurdere grunnet mangelfull innrapportering. Hvis det blir muligheter for å koble data mellom registrene (NHR, NPR og KPR) på individnivå og kodepraksis bedres, vil pakkeforløp hjerneslag bli et godt verktøy for å framskaffe valide data om rehabilitering av slagrammede og dermed oppfylle noen av de krav som Riksrevisjonen har fremmet i sin rapport om rehabilitering.

Selv om det er svakheter og noe usikkerhet i en del av resultatene i denne rapporten så inneholder den også mye viktig og riktig informasjon, som vi håper de ulike aktører i pakkeforløpet vil benytte i sitt forbedringsarbeid. For at slagrammede skal oppnå et best mulig funksjonsnivå og et aktivt liv med god livskvalitet, blir det en viktig oppgave framover å forbedre måloppnåelse i alle ledd, og særlig på oppfølging og rehabilitering.

«Rapportering på rehab institusjon eller kommune vil i framtida være ønskelig hvis det kan gjøres med ivaretagelse av personvern. I denne rapporten publiseres ikke lavere antall pasienter enn 5».

Oversikt over rehabiliteringsinstitusjoner inkludert i pakkeforløp hjerneslag

Sykehus	Antall
Akerhus Universitetssykehus HF	86
Finnmarkssykehuset HF	39
Fram Helse rehab	5
Fram Rehabiliteringssenter	46
Godthaab	
Helgeland Rehabiliteringssykehus	16
Helgelandssykehuset HF	20
Helse Bergen HF	54
Helse Fonna HF	35
Helse Førde HF	8

Helse Møre og Romsdal HF	152
Helse Nord-Trøndelag HF	81
Helse Stavanger HF	64
Helsepartner Rehabilitering AS	
LHL-klinikkene Bergen	
LHL-sykehuset Gardermoen	
Lovisenberg rehabilitering AS	
Nordlandssykehuset HF	20
Nordtun HelseRehab	9
Oslo Universitetssykehus HF	185
Skogli Helse og rehabiliteringssenter AS	48
St. Olavs Hospital HF	14
Sunnaas Sykehus HF	175
Sykehuset Innlandet HF	284
Sykehuset i Telemark HF	8
Sykehuset i Vestfold HF	149
Sørlandet sykehus HF	59
Unicare Bakke AS	29
Unicare Helsefort	34
Unicare Jeløy AS	39
Unicare Steffensrud rehabiliteringssenter as	26
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	86
Vestre Viken HF	
Vigør Rehabiliteringssykehus	
Åstveit helsesenteret	39
Alle	1821

