



[ID-nr]	Bistand til å delta i organisasjonsarbeid, kultur eller fritidsaktiviteter	
1. Definisjon	Andel søkere/tjenestemottakere med innfridde behov og ønsker om bistand til å delta i organisasjonsarbeid, kultur eller fritidsaktiviteter.	
2. Sektor	Primærhelsetjenesten	
3. Fagområde	Kommunale helse- og omsorgstjenester	
4. Type	Prosess	
5. Primær dimensjon av kvalitet (Velg en)	Samordnet og preget av kontinuitet	
6. Evt. sekundær dimensjon av kvalitet	Involvere bruker	
7. Fokusområde	Behovsplanlegging og kartlegging	
Godkjenning		
8. Godkjent dato først gang	Saksnr i 360-13/10391	
9. Godkjent av	HelseDirektoratet	
10. Revisjonshistorikk	1.0-juni 2016 etablert som ny nasjonal kvalitetsindikator	
Faglig begrunnelse/målsetning		
11. Begrunnelse for valg	<p>Personer med behov for omsorgstjenester har rett på sosiale tiltak som bidrar til en mest mulig aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre. I stortingsmelding nr. 25 "Mestring, muligheter og mening" (1), påpekes det at omsorgstjenesten bør få et sterkere fokus på aktivisering, trivsel og sosiale tiltak. Å få delta i organisasjonsarbeid, kultur eller fritidsaktiviteter oppleves som særdeles meningsfullt for de fleste.</p> <p>Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven)(2) skal sikre at den enkelte innebygger får leve og bo selvstendig og ha et aktivt og meningsfylt liv i fellesskap med andre» (§1-1 nr. 3). Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient og brukerrettighetsloven) (3) fastslår at pasient og bruker har rett på nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen (§2-1a). -For å oppfylle ansvaret skal kommunen tilby personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt (§3-2, nr 6b) (2).</p> <p>I tillegg beskrives det i Omsorgsplan 2020 (4) at myndighetene vektlegger "aktiv omsorg" som et viktig satsningsområde for å skape en mest mulig aktiv og meningsfull tilværelse for brukere i fellesskap med andre. Helse- og Omsorgsdepartementet ønsker at det utvikles kvalitetsindikatorer som måler brukeres mulighet til å ha en aktiv og meningsfull tilværelse sammen med andre.</p> <p>Denne indikatoren gir en indikasjon på hvor stor andel av brukere med behov for bistand til å delta i organisasjonsarbeid, kultur og fritidsaktiviteter som får dette og om tilbudet dekker deres behov og ønsker. I tillegg vil den gi en indikasjon på om det er forskjeller mellom aldersgrupper.</p>	
12. Målsetning	Alle som har behov for bistand for å delta i organisasjonsarbeid, kultur eller fritidsaktiviteter har rett til nødvendig bistand på et forsvarlig nivå.	
13. Målgruppe for denne indikatoren	8.1. Politiske aktører	Politiske aktører blir varslet hvis det er store variasjoner mellom fylker/kommuner.
	8.3. Ledelse i sektor	Ledelsen i sektor kan styre og evt omprioritere ressurser for å sikre gode og likeverdige tjenester til brukerne.
	8.4. Helsepersonell	Helsepersonell kan benytte resultatet for evt å forbedre behovsplanlegging og kartlegging til brukere
	8.2. Innbygger/ pasient/bruker/ pårørende/media	Innbyggere, pasienter, pårørende og media blir orientert om kommunes tilbud til personer som trenger bistand til å delta i organisasjonsarbeid, kulturtilbud eller fritidsaktiviteter.

14. Begrepsavklaringer	<p>Bistand:</p> <p>Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven (2): §3-2. Kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester For å oppfylle ansvaret etter § 3-1 skal kommunen blant annet tilby følgende:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Helsefremmende og forebyggende tjenester, herunder: <ol style="list-style-type: none"> a. helsetjeneste i skoler og b. helsestasjonstjeneste 2. Svangerskaps- og barselomsorgstjenester 3. Hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, herunder: <ol style="list-style-type: none"> a. legevakt, b. heldøgns medisinsk akuttberedskap og c. medisinsk nødmeldetjeneste 4. Utredning, diagnostisering og behandling, herunder fastlegeordning 5. Sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering 6. Andre helse- og omsorgstjenester, herunder: <ol style="list-style-type: none"> a. helsetjenester i hjemmet, b. personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt, c. plass i institusjon, herunder sykehjem og d. avlastningstiltak. <p>Denne indikatoren omfatter bare bokstav 6b (personlig assistanse, herunder praktisk bistand, opplæring og støttekontakt).</p>	
Beregning		
15. Utvalg i fokus (teller)	<p>Måltall 1-4: Antall søkere/tjenestemottakere (alle aldre, 0-17 år, 18-66 år eller 67 år og eldre) med innfridde behov og ønsker om bistand til å delta i organisasjonsarbeid, kultur eller fritidsaktiviteter. Registrert med følgende i IPLOS registeret: Klasse personopplysninger: kode nr 13 (behov for bistand til organisasjonsarbeid, kultur eller fritidsaktiviteter), verdi 1 (ja, behov for bistand). Klasse personopplysninger: kode 14 (mottar bistand organisasjonsarbeid, kultur eller fritidsaktiviteter), verdi 1.</p> <p>Måltall 5-8: Antall søkere/tjenestemottakere (alle aldre, 0-17 år, 18-66 år eller 67 år og eldre) med delvis innfridde behov og ønsker om bistand til å delta i organisasjonsarbeid, kultur eller fritidsaktiviteter. Registrert med følgende i IPLOS registeret: Klasse personopplysninger: kode nr 13 (behov for bistand til organisasjonsarbeid, kultur eller fritidsaktiviteter), verdi 1 (ja, behov for bistand). Klasse personopplysninger: kode 14 (mottar bistand organisasjonsarbeid, kulturtilbud eller fritidsaktiviteter), verdi 2 (udekket behov).</p> <p>Måltall 9-12: Antall søkere/tjenestemottakere (alle aldre, 0-17 år, 18-66 år eller 67 år og eldre) med behov og ønsker om bistand til å delta i organisasjonsarbeid, kulturtilbud eller fritidsaktiviteter som ikke er innfridd. Registrert med følgende i IPLOS registeret: Klasse personopplysninger: kode nr 13 (behov for bistand til organisasjonsarbeid, kultur eller fritidsaktiviteter), verdi 1 (ja, behov for bistand) Klasse personopplysninger: kode 14 (mottar bistand til organisasjonsarbeid, kultur eller fritidsaktiviteter), verdi 3 (mottar ikke bistand).</p> <p>Måltall 13-16: Antall søkere/tjenestemottakere (alle aldre, 0-17 år, 18-66 år eller 67 år og eldre) med behov og ønsker om bistand til å delta i organisasjonsarbeid, kultur eller fritidsaktiviteter uten rapportering på om tjeneste er mottatt. Registrert med følgende i IPLOS registeret: Klasse personopplysninger: kode nr 13 (behov for bistand til organisasjonsarbeid, kultur eller fritidsaktiviteter), verdi 1 (ja, behov for bistand). Klasse personopplysninger: ingen registrering på kode nr 14</p>	
16. Sammenligningsgrunnlag (nevner)	<p>Måltall 1a, 2a, 3a, 4a, 5a, 6a, 7a, 8a, 9a, 10a, 11a, 12a, 13a, 14a, 15a og 16a: Totalt antall søkere/tjenestemottakere (alle aldre, 0-17 år, 18-66 år eller 67 år og eldre) med behov og ønsker om bistand til å delta i organisasjonsarbeid, kultur og fritidsaktiviteter. Registrert med følgende i IPLOS registeret: Klasse personopplysninger: kode nr 13 (behov for bistand til organisasjonsarbeid, kultur og fritidsaktiviteter), verdi 1 (ja, behov for bistand).</p>	
17. Hovedmåltall	<p>Måltall 1a: Andel søkere/tjenestemottakere i alle aldre med innfridde behov og ønsker om bistand til</p>	

	<p>Måltall 15a: Andel søkere/tjenestemottakere i aldersgruppen 18-66 år med behov og ønsker om bistand til å delta i organisasjonarbeid, kultur og fritidsaktiviteter uten rapportering på om tjenesten er mottatt.</p> <p>Måltall 15a: Antall søkere/tjenestemottakere i aldersgruppen 18-66 år med behov og ønsker om bistand til å delta i organisasjonarbeid, kultur og fritidsaktiviteter uten rapportering på om tjenesten er mottatt.</p> <p>Måltall 16a: Andel søkere/tjenestemottakere i aldersgruppen 67 år og eldre med behov og ønsker om bistand til å delta i organisasjonarbeid, kultur og fritidsaktiviteter uten rapportering på om tjenesten er mottatt.</p> <p>Måltall 16b: Antall søkere/tjenestemottakere i aldersgruppen 67 år og eldre med behov og ønsker om bistand til å delta i organisasjonarbeid, kultur og fritidsaktiviteter uten rapportering på om tjenesten er mottatt.</p>
19. Presiseringer rundt utvalg	Søkere/tjenestemottakere uten behov eller ønsker om bistand til å delta i organisasjonsarbeid, kultur eller fritidsaktiviteter (klasse personopplysninger, kode nr 13, verdi 2) eller hvor det ikke er relevant (klasse personopplysninger, kode nr 13, verdi 9) ekskluderes i alle måltall.
20. Manglende rapportering	Andel søkere/tjenestemottakere med behov og ønsker om bistand til å delta i organisasjonsarbeid, kultur eller fritidsaktiviteter uten rapportering om mottatt tjeneste settes som eget måltall (måltall 13a, 14a, 15a og 16a).
21. Teknisk beregning av indikator	Ikke aktuelt.
22. Nivå for publisering eksternt	Land, fylker, kommuner og kostragupper
23. Standard klassifikasjoner	Klasse personopplysninger (IPLOS registeret) inneholder personinformasjon som kan endres over tid.
Datainnsamling/kilder	
24. Datakilder	SSB er databehandleransvarlig.
25. Bearbeiding/revisjon av data	Individbaserte pseudonymiserte data sendes årlig til SSB fra kommunene. Dataene publiseres på kommunenivå i statistikkbanken. Kommunen kan til enhver tid hente ut rapporter på enhetsnivå og kommunenivå ved hjelp av IPLOS-sumrapporter i den elektroniske pasientjournal/saksbehandlingssystem.
26. Type datakilde og lovhjemmel	[Rapportering til IPLOS-registeret er obligatorisk for kommunene og er regulert av Forskrift om pseudonymt register for individbasert helse- og omsorgsstatistikk (5).
27. Hyppighet for innsamling av data hos datakilde	Årlig
28. Aktualitet og hyppighet ved publisering som nasjonal kvalitetsindikator	Årlig
Tolkning av tallene	
29. Sammenlignbarhet over tid og sted	Resultater fra denne indikatoren egner seg for sammenlikning mellom kommuner og innad i egen kommune over tid.
30. Feilkilder og usikkerhet	Det er søkerens/tjenestemottakerens behov og ønsker som skal ligge til grunn for vurdering av behov for bistand til å delta i organisasjonsarbeid, kultur eller fritidsaktiviteter. Ulik tolking av behov eller ønsker kan bidra til ulik registreringspraksis i kommunene og dermed usikkerhet i hvorvidt man registrerer det samme i alle kommuner. Tallene må derfor tolkes med forsiktighet.
31. Særskilt informasjon for tolkning av denne indikatoren	Det er søkerens/tjenestemottakerens behov og ønsker som skal ligge til grunn for vurdering av behov for bistand til å delta i organisasjonsarbeid, kulturtilbud eller fritidsaktiviteter.
32. Relaterte indikatorer	<ul style="list-style-type: none"> - Hjelp til reise til og fra arbeid og utdanning - Hjelp til reise til og fra organisasjonsarbeid, kultur eller fritidsaktiviteter - Bistand til å delta i arbeid og utdanning
Videreutvikling	
33. Videre utvikling av datakilder/indikator	Ulik registreringspraksis i kommunene bidrar til at indikatoren må tolkes med forsiktighet. For å sikre lik registreringspraksis trengs god opplæring og veiledning av saksbehandlere og dokumentasjonspliktige i kommunene. Helsedirektoratet sørger for dette i et samarbeid med

	kommunene.
Publisering	
34. Publiseringsarena	www.helsenorge.no
35. Andre publiseringsarena	www.helsedirektoratet.no
Referanser	
36. Referanser	<p>1. St.meld. nr. 25 (2005-2006)) Mestring, muligheter og mening https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-25-2005-2006-/id200879/</p> <p>2. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester mm (helse- og omsorgstjenesteloven) https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30</p> <p>3. Lov og pasient og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_2</p> <p>4. Omsorgsplan 2020 https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse-og-omsorgstjenester-i-kommunene/innsikt/omsorgsplan-2015-og-2020/id737786/</p> <p>5. Forskrift om pseudonymt register for individbasert helse- og omsorgsstatistikk: https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2006-02-17-204</p>



[ID-nr]	Bistand til å delta i arbeid og utdanning	
1. Definisjon	Andel søkere/tjenestemottakere med innfridde behov og ønsker om bistand til å delta i arbeid og utdanning.	
2. Sektor	Primærhelsetjenesten	
3. Fagområde	Kommunale helse- og omsorgstjenester	
4. Type	Prosess	
5. Primær dimensjon av kvalitet (Velg en)	Samordnet og preget av kontinuitet	
6. Evt. sekundær dimensjon av kvalitet	Involvere bruker	
7. Fokuseringsområde	Behovsplanlegging og kartlegging	
Godkjenning		
8. Godkjent dato først gang	Saksnr i 360-13/10391	
9. Godkjent av	Helsedirektoratet	
10. Revisjonshistorikk	1.0-juni 2016 etablert som ny nasjonal kvalitetsindikator	
Faglig begrunnelse/målsetning		
11. Begrunnelse for valg	<p>Personer med behov for omsorgstjenester har rett på sosiale tiltak som bidrar til en mest mulig aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre. I stortingsmelding nr. 25 "Mestring, muligheter og mening" (1), påpekes det at omsorgstjenesten bør få et sterkere fokus på aktivisering, trivsel og sosiale tiltak. Arbeid og utdanning oppleves som særdeles meningsfullt for de fleste.</p> <p>Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven)(2) skal sikre at den enkelte innebygger får leve og bo selvstendig og ha et aktivt og meningsfylt liv i fellesskap med andre» (§1-1 nr. 3). Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient og brukerrettighetsloven) (3) fastslår at pasient og bruker har rett på nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen (§2-1a). For å oppfylle ansvaret skal kommunen tilby personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt (§3-2, nr 6b) (2).</p> <p>I tillegg beskrives det i Omsorgsplan 2020 (4) at myndighetene vektlegger "aktiv omsorg" som et viktig satsningsområde for å skape en mest mulig aktiv og meningsfull tilværelse for brukere i fellesskap med andre. Helse- og Omsorgsdepartementet ønsker at det utvikles kvalitetsindikatorer som måler brukeres mulighet til å ha en aktiv og meningsfull tilværelse sammen med andre.</p> <p>Denne indikatoren gir en indikasjon på hvor stor andel av brukere med behov for bistand til å delta i arbeid og utdanning som får dette og om tilbudet dekker deres behov og ønsker. I tillegg vil den gi en indikasjon på om det er forskjeller mellom aldersgrupper.</p>	
12. Målsetning	Alle med behov for bistand for å delta i arbeid og utdanning har rett til nødvendig bistand på et forsvarlig nivå.	
13. Målgruppe for denne indikatoren	8.1. Politiske aktører	Politiske aktører blir varslet hvis det er store variasjoner mellom fylker/kommuner.
	8.3. Ledelse i sektor	Ledelsen i sektor kan styre og evt omprioritere ressurser for å sikre gode og likeverdige tjenester til brukerne..
	8.4. Helsepersonell	Helsepersonell kan benytte resultatet for evt. å forbedre behovsplanlegging og kartlegging til brukerne.
	8.2. Innbygger/ pasient/bruker/ pårørende/media	Innbyggere, pasienter, pårørende og media blir orientert om kommunes tilbud til personer som trenger bistand til arbeid og utdanning.
14. Begrepsavklaringer	Bistand: Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven (2): §3-2. Kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester For å oppfylle ansvaret etter § 3-1 skal kommunen blant annet tilby følgende: 1. Helsefremmende og forebyggende tjenester, herunder: a. helsetjeneste i skoler og	

	<ul style="list-style-type: none"> b. helsestasjonstjeneste 2. Svangerskaps- og barselomsorgstjenester 3. Hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, herunder: <ul style="list-style-type: none"> a. legevakt, b. heldøgns medisinsk akuttberedskap og c. medisinsk nødmeldetjeneste 4. Utredning, diagnostisering og behandling, herunder fastlegeordning 5. Sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering 6. Andre helse- og omsorgstjenester, herunder: <ul style="list-style-type: none"> a. helsetjenester i hjemmet, b. personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt, c. plass i institusjon, herunder sykehjem og d. avlastningstiltak. <p>Denne indikatoren omfatter bare bokstav 6b (personlig assistanse, herunder praktisk bistand, opplæring og støttekontakt).</p> <p>Arbeid:</p> <p>Som ordinært arbeid regnes også, kvalifiseringsprogram, varlig tilrettelagt arbeid (VTA bedrifter), generell arbeidstrening og lignende. Arbeids- og aktivitetstilbud for trygdemottakere som kun mottar «oppmuntringspenger» er ikke ordinært arbeid (Hentet fra IPLOS-registeret, Veileder for personell i kommunale helse- og omsorgstjenester) (5).</p> <p>Utdanning:</p> <p>Med utdanning menes barnehage, grunnskole, videregående skole og høyskole/universitet (Hentet fra IPLOS-registeret, Veileder for personell i kommunale helse- og omsorgstjenester) (5).</p>
Beregning	
15. Utvalg i fokus (teller)	<p>Måltall 1-4: Antall søkere/tjenestemottakere (alle aldre, 0-17 år, 18-66 år eller 67 år og eldre) med innfridde behov og ønsker om bistand til å delta i arbeid og utdanning. Registrert med følgende i IPLOS registeret: Klasse personopplysninger: kode nr 9 (behov og ønsker om bistand arbeid og utdanning), verdi 1 (ja, behov for bistand). Klasse personopplysninger: kode 10 (mottar bistand arbeid og utdanning), verdi 1.</p> <p>Måltall 5-9: Antall søkere/tjenestemottakere(alle aldre, 0-17 år, 18-66 år eller 67 år og eldre) med delvis innfridde behov og ønsker om bistand til å delta i arbeid og utdanning. Registrert med følgende i IPLOS registeret: Klasse personopplysninger: kode nr 9 (behov for bistand arbeid og utdanning), verdi 1 (ja, behov for bistand). Klasse personopplysninger: kode 10 (mottar bistand arbeid og utdanning), verdi 2 (udekket behov).</p> <p>Måltall 9-12: Antall søkere/tjenestemottakere (alle aldre, 0-17 år, 18-66 år eller 67 år og eldre) med behov og ønsker om bistand til å delta i arbeid og utdanning som ikke er innfridd. Registrert med følgende i IPLOS registeret: Klasse personopplysninger: kode nr 9 (behov for bistand arbeid og utdanning), verdi 1 (ja, behov for bistand) Klasse personopplysninger: kode 10 (mottar bistand arbeid og utdanning), verdi 3 (mottar ikke bistand).</p> <p>Måltall 13-16: Antall søkere/tjenestemottakere (alle aldre, 0-17 år, 18-66 år eller 67 år og eldre) med behov og ønsker om bistand til å delta i arbeid og utdanning uten rapportering på om tjeneste er mottatt Registrert med følgende i IPLOS registeret: Klasse personopplysninger: kode nr 9 (behov for bistand arbeid og utdanning), verdi 1 (ja, behov for bistand). Klasse personopplysninger: ingen registrering på kode nr 10</p>
16. Sammenligningsgrunnlag (nevner)	<p>Måltall 1a, 2a, 3a, 4a, 5a, 6a, 7a, 8a, 9a, 10a, 11a, 12a, 13a, 14a, 15a og 16a: Totalt antall søkere/tjenestemottakere (alle aldre, 0-17 år, 18-66 år eller 67 år og eldre) med behov og ønsker om bistand til å delta i arbeid og utdanning. Registrert med følgende i IPLOS registeret: Klasse personopplysninger: kode nr 9 (behov for bistand arbeid og utdanning), verdi 1 (ja, behov for bistand).</p>
17. Hovedmåltall	<p>[Hovedmåltall: Hva forteller resultat av teller (rad 15) over nevner (rad 16) og hvilken målenhet benyttes]</p> <p>Måltall 1a: Andel søkere/tjenestemottakere i alle aldre med innfridde behov og ønsker om bistand til å delta i arbeid og utdanning.</p> <p>Måltall 1b: Antall søkere/tjenestemottakere i alle aldre med innfridde behov og ønsker om bistand til å delta i arbeid og utdanning.</p>

	<p>bistand til å delta i arbeid og utdanning uten rapportering på om tjeneste er mottatt.</p> <p>Måltall 16a: Andel søkere/tjenestemottakere i aldersgruppen 67 år og eldre år med behov og ønsker om bistand til å delta i arbeid og utdanning uten rapportering på om tjeneste er mottatt.</p> <p>Måltall 16b: Antall søkere/tjenestemottakere i aldersgruppen 67 år og eldre år med behov og ønsker om bistand til å delta i arbeid og utdanning uten rapportering på om tjeneste er mottatt.</p>
19. Presiseringer rundt utvalg	Søkere/tjenestemottakere uten behov eller ønsker om bistand til å delta i arbeid og utdanning (klasse personopplysninger, kode nr 9, verdi 2) eller hvor det ikke er relevant (klasse personopplysninger, kode nr 9, verdi 9) ekskluderes i alle måltall.
20. Manglende rapportering	Andel søkere/tjenestemottakere med behov og ønsker om bistand til å delta i arbeid og utdanning uten rapportering om mottatt tjeneste settes som eget måltall (måltall 13-16)
21. Teknisk beregning av indikator	Ikke aktuelt.
22. Nivå for publisering eksternt	Land, fylker, kommuner og kostragrupper.
23. Standard klassifikasjoner	Klasse personopplysninger (IPLOS registeret) inneholder personinformasjon som kan endres over tid.
Datainnsamling/kilder	
24. Datakilder	SSB er databehandleransvarlig.
25. Bearbeiding/revisjon av data	Individbaserte pseudonymiserte data sendes årlig til SSB fra kommunene. Dataene publiseres på kommunenivå i statistikkbanken. Kommunen kan til enhver tid hente ut rapporter på enhetsnivå og kommunenivå ved hjelp av IPLOS-sumrapporter i den elektroniske pasientjournal/saksbehandlingssystem.
26. Type datakilde og lov hjemmel	Rapportering til IPLOS-registeret er obligatorisk for kommunene og er regulert av Forskrift om pseudonymt register for individbasert helse- og omsorgsstatistikk (6).
27. Hyppighet for innsamling av data hos datakilde	Årlig
28. Aktualitet og hyppighet ved publisering som nasjonal kvalitetsindikator	Årlig
Tolkning av tallene	
29. Sammenlignbarhet over tid og sted	Resultater fra denne indikatoren egner seg for sammenlikning mellom kommuner og innad i egen kommune over tid.
30. Feilkilder og usikkerhet	Det er søkerens/tjenestemottakerens behov og ønsker som skal ligge til grunn for vurdering av behov for bistand til å stå i arbeid eller utdanning. Ulik tolking av behov eller ønsker kan bidra til ulik registreringspraksis i kommunene og dermed usikkerhet i hvorvidt man registrerer det samme i alle kommuner. Tallene må derfor tolkes med forsiktighet.
31. Særskilt informasjon for tolkning av denne indikatoren	Det er søkerens/tjenestemottakerens behov og ønsker som skal ligge til grunn for vurdering av behov for bistand til å delta å være i arbeid og utdanning.
32. Relaterte indikatorer	<ul style="list-style-type: none"> - Hjelp til reise til og fra arbeid og utdanning - Hjelp til reise til og fra organisasjonsarbeid, kultur eller fritidsaktiviteter - Bistand til å delta i organisasjonsarbeid, kultur eller fritidsaktiviteter
Videreutvikling	
33. Videre utvikling av datakilder/indikator	Ulik registreringspraksis i kommunene bidrar til at indikatoren må tolkes med forsiktighet. For å sikre lik registreringspraksis trengs god opplæring og veiledning av saksbehandlere og dokumentasjonspliktige i kommunene. Helsedirektoratet sørger for dette i et samarbeid med kommunene.
Publisering	
34. Publiseringsarena	www.helsenorge.no
35. Andre publiseringsarena	www.helsedirektoratet.no

Referanser	
36. Referanser	<p>1. St.meld. nr. 25 (2005-2006)) Mestring, muligheter og mening https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-25-2005-2006-/id200879/</p> <p>2. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester mm (helse- og omsorgstjenesteloven) https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30</p> <p>3. Lov og pasient og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_2</p> <p>4. Omsorgsplan 2020 https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/innsikt/omsorgsplan-2015-og-2020/id737786/</p> <p>5. IPLOS Veileder for personell i kommunale helse- og omsorgstjenester: https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/iplos-veileder-for-personell-i-kommunale-helse-og-omsorgstjenester</p> <p>6. Forskrift om pseudonymt register for individbasert helse- og omsorgsstatistikk: https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2006-02-17-204</p>



[ID-nr]	Hjerte-lunge-redning startet av tilstedeværende
1. Definisjon	Andel pasienter med plutselig, uventet hjertestans utenfor sykehus hvor tilstedeværende har startet hjerte-lunge-redning før ambulansen ankommer stedet.
2. Sektor	Spesialisthelsetjeneste
3. Fagområde	Akuttmedisin - Somatisk helse
4. Type	Prosess
5. Primær dimensjon av kvalitet	Trygge og sikre
6. Evt. sekundær dimensjon av kvalitet	
7. Fokusområde	Retningslinjer og behandlingsforløp
Godkjenning	
8. Godkjent dato først gang	Saksnr i 360 – 13/10392
9. Godkjent av	Helsedirektoratet
10. Revisjonshistorikk	1.0 – juni 2016 etablert som ny kvalitetsindikator
Faglig begrunnelse/målsetning	
11. Begrunnelse for valg	<p>Når hjertet stanser er minuttene avgjørende for pasientens sjanse for å overleve. Tidlig start av hjerte-lunge-redning er en faktor som signifikant forbedrer sjansene for at pasienten overlever (1).</p> <p>Geografiske variasjoner i denne indikatoren kan dels skyldes at kunnskapen om livreddende førstehjelp og hjerte-lunge-redning ikke er likt fordelt rundt om i landet, og dels skyldes ulike rutiner og opplæring i AMK-sentralene med fokus på å gjenkjenne hjertestans og veilede innringere i hjerte-lunge-redning mens de venter på profesjonell hjelp.</p> <p>Akuttmeldingen Først og fremst (NOU 2015:17) peker på befolkningen som en viktig aktør i akuttkjeden. Viljen og evnen til å sette i verk førstehjelpstiltak, samt kunnskap om hvordan hjelpeapparatet skal varsles er viktig i akuttsituasjoner, og for personer med hjertestans står det om minutter.</p> <p>Dette er valgt som en nasjonal kvalitetsindikator fordi rask start av hjerte-lunge-redning av tilstedeværende er anbefalt behandling i faglige retningslinjer (2). Politiske aktører og ledere i helse- og omsorgssektoren har et ansvar for å ta grep dersom det er tydelige forskjeller i befolkningens evne til å iverksette livreddende førstehjelp når situasjonen krever det.</p>
12. Målsetning	Det er ikke utformet myndighetskrav til resultater for denne indikatoren, men hjerte-lunge-redning bør starte så raskt som mulig

	<p>når en pasient er bevisstløs, ikke puster normalt og 113 er varslet om behov for hjelp. Andelen av personer med hjertestanser hvor HLR er startet før profesjonell hjelp ankommer, bør være så høy som mulig.</p> <p>Resultatene for denne indikatoren må følges over tid og brukes til kontinuerlig forbedringsarbeid for å få tilstedeværende til å starte hjerte-lunge-redning.</p>	
13. Målgruppe for denne indikatoren	13.1. Politiske aktører	Politisk ledelse skal varsles om urimelige forskjeller fordi det kan være behov for politiske og nasjonale strategiske tiltak for å sette befolkningen i stand til å hjelpe. Akuttmeldingen Først og fremst (NOU 2015:17) peker på befolkningen som en viktig aktør i akuttkjeden. Viljen og evnen til å sette i verk førstehjelpstiltak, samt kunnskap om hvordan hjelpeapparatet skal varsles, er viktig.
	13.2. Ledelse i sektor	Spesialisthelsetjenesten skal sørge for akuttmedisinsk beredskap til innbyggerne og skal bidra til å fremme folkehelsen og forebygge sykdom og skade. Store forskjeller i denne indikatoren kan bety at det må gjøres strategiske grep på ledernivå eller prioriteringer rettet både mot førstehjelpsopplæring av befolkningen samt rutiner for veiledning i HLR i AMK sentraler.
	13.3 Helsepersonell	Helsepersonell som jobber innen den akuttmedisinske kjeden vil ha interesse av å vite hvordan egen tjeneste utvikler seg over tid og sammenliknet med andre, for å drive lokalt forbedringsarbeid.
	13.4. Innbygger/ pasient/bruker/ pårørende/media	Befolkningen er en viktig aktør i akuttkjeden. Viljen og evnen til å sette i verk førstehjelpstiltak, samt kunnskap om hvordan hjelpeapparatet skal varsles, er viktig. Store forskjeller vil også være av almen interesse for offentligheten.
14. Begrepsavklaringer	<p>AMK-sentral: Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral tar blant annet i mot, registrerer og håndterer henvendelser om medisinsk nød, varsler og koordinerer ressurser og veileder og instruerer innringer. Ved hjertestans skal operatøren på AMK-sentralen tilby veiledning i hjerte-lunge-redning.</p> <p>HLR: Hjerte-lunge-redning bestående av brystkompresjoner og/eller innblåsinger/ventileringer.</p> <p>Hjertestans slik det er definert i Norsk hjertestansregister: Person som ikke reagerer på tilrop eller forsiktig risting og ikke puster normalt, der tilstedeværende eller helsepersonell vurderer at personen trenger hjerte- lunge-redning.</p>	
Beregning		
15. Utvalg i fokus (teller)	Antall pasienter med plutselig, uventet hjertestans utenfor sykehus hvor tilstedeværende har startet hjerte-lunge-redning før ambulansen ankommer stedet.	

16. Sammenligningsgrunnlag (nevner)	Antall pasienter med plutselig, uventet hjertestans utenfor sykehus, hvor hjertestansen skjedde før ambulansen var fremme hos pasienten.
17. Hovedmåltall	Måltall 1: Andel hjertestanser utenfor sykehus hvor tilstedeværende har startet hjerte-lunge-redning før ambulansen ankommer.
18. Andre måltall	<p>Måltall 2: Antall pasienter med plutselig, uventet hjertestans utenfor sykehus hvor tilstedeværende har startet hjerte-lunge-redning før ambulansen ankommer stedet.</p> <p>Måltall 3: Antall pasienter med plutselig, uventet hjertestans utenfor sykehus, hvor hjertestansen skjedde før ambulansen var fremme hos pasienten.</p>
19. Presiseringer rundt utvalg	<p>Inklusjonskriteriene i Norsk hjertestansregister er som følger: Alle pasienter som rammes av plutselig, uventet hjertestans utenfor sykehus i Norge, og der noen form for behandling startes av ambulanspersonell eller tilskuer. Dette innebærer at pasienter med hjertestans, der det ikke startes noen form for behandling, hverken av tilskuer eller ambulanspersonell, ikke skal inkluderes.</p> <p>Med behandling menes basal eller avansert hjerte-lunge-redning. Det er tilstrekkelig at noen har startet med brystkompresjoner for at pasienten skal inkluderes. Pasienter som har sirkulasjon når akuttmedisinsk personell ankommer, men som i følge tilskuer ikke hadde tegn på sirkulasjon på et tidligere tidspunkt, skal inkluderes.</p>
20. Manglende rapportering	Det er kun data fra helseforetak som rapporterer via den elektroniske løsningen til Norsk hjertestansregister som inkluderes i indikatoren.
21. Teknisk beregning av indikator	<p>Måltall 1: Antall pasienter der det er registrert «Ja» på spørsmål om «HLR utført av tilstedeværende».</p> <p>Måltall 2: Antall pasienter med plutselig, uventet hjertestans utenfor sykehus som er registrert i den tekniske løsningen til Norsk hjertestansregister. Data er sortert på hendelseskommune, og rapporteres på det helseforetaket som drifter ambulansetjenesten i denne spesifikke kommunen. Hjertestans observert av akuttmedisinsk personell er ekskludert.</p>
22. Nivå for publisering eksternt	<p>Landet, RHF, HF</p> <p>Av hensyn til omfang av hjertestans (2500-3000 per år) er det ikke hensiktsmessig å publisere denne indikatoren på kommunenivå. I mange kommuner er det svært få hjertestanser per kvartal, og der det er fem eller færre hjertestanser, vil tallene ikke kunne publiseres.</p>

23. Standard klassifikasjoner	Ikke aktuell.
Datainnsamling/kilder	
24. Datakilder	Norsk hjertestansregister i samarbeid med Nasjonalt register over hjerte- og karlidelser.
25. Bearbeiding/revisjon av data	Norsk hjertestansregister i samarbeid med Nasjonalt register over hjerte- og karlidelser.
26. Type datakilde og lovhjemmel	Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i Nasjonalt register over hjerte- og karlidelser (Hjerte- og karregisterforskriften). Helseforetak og annen virksomhet som yter spesialisthelsetjenester er pålagt å registrere sine pasienter i det nasjonale registeret (iht. forskriften)(3).
27. Hyppighet for innsamling av data hos datakilde	Løpende
28. Aktualitet og hyppighet ved publisering som nasjonal kvalitetsindikator	Hvert tertial fra og med 2016, med publisering av resultater fra 2015. Første publisering 30. juni 2016 er resultater for 1. tertial 2015.
Tolkning av tallene	
29. Sammenlignbarhet over tid og sted	Resultater for denne indikatoren egner seg for å følge utviklingen over tid, og for å studere variasjoner mellom helseforetak og helseregioner. Indikatoren kan ikke benyttes til valg av sykehus fordi dette dreier seg om øyeblikkelig hjelp.
30. Feilkilder og usikkerhet	<ul style="list-style-type: none"> • Mangel på elektronisk rapportering fra hele den akuttmedisinske kjeden. • Norsk pasientregister har ikke informasjon om hjertestans utenfor sykehus, derfor er det ikke mulig å kontrollere dekningsgrad på individnivå. • Befolkningens terskel for å ta kontakt med helsetjenesten varierer, og dette kan påvirke resultatene i denne indikatoren. • Det er ambulanspersonellet som vurderer og rapporterer om tilstedeværende har startet hjerte-lunge-redning.
31. Særskilt informasjon for tolkning av denne indikatoren	Ikke relevant.
32. Relaterte indikatorer	<ul style="list-style-type: none"> • Svartid på medisinsk nødnummer 113 • Tid fra 113-oppringning til ambulansen er på hendelsesstedet. • Vellykket gjenopplivning etter hjertestans
Videreutvikling	
33. Videre utvikling av datakilder/indikator	
Publisering	
34. Publiseringsarena	www.helsenorge.no
35. Andre publiseringsarena	www.helsedirektoratet.no

Referanser	
36. Referanser	<p>(1) Monsieus KG, Nolan JP, Bossaert LL, Greif R, Maconochie IK, Nikolaou NI, Perkins GD, Soar J, Truhlář A, Wyllie J, Zideman DA; ERC Guidelines 2015 Writing Group. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015: Section 1. Executive summary. Resuscitation. 2015 Oct; 95:1-80.</p> <p>(2) Norsk Resuscitasjonsråd. Retningslinjer 2015 http://nrr.org/images/pdf/HLR_med_hjertestarter_Norske_retningslinjer_2015.pdf: Norsk Resuscitasjonsråd; 2016</p> <p>(3) Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i Nasjonalt register over hjerte- og karlidelser (Hjerte- og karregisterforskriften) https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1250/KAPITTEL_1#KAPITTEL_1</p>



[ID-nr]	Vellykket gjenopplivning etter hjertestans
1. Definisjon	Andel pasienter med plutselig, uventet hjertestans utenfor sykehus, som fikk tilbake egen hjerterytme. (Måles i prosent).
2. Sektor	Spesialisthelsetjeneste
3. Fagområde	Akuttmedisin - Somatisk helse
4. Type	Resultat
5. Primær dimensjon av kvalitet	Virkningsfulle
6. Evt. sekundær dimensjon av kvalitet	Tilgjengelig og rettferdig fordelt
7. Fokusområde	Overlevelse
Godkjenning	
8. Godkjent dato først gang	Saksnr i 360 – 13/10392
9. Godkjent av	HelseDirektoratet
10. Revisjonshistorikk	1.1 – juni 2016 etablert som ny kvalitetsindikator
Faglig begrunnelse/målsetning	
11. Begrunnelse for valg	<p>Initielt vellykket gjenopplivning er en mye brukt kvalitetsindikator for prehospitale tjenester og måles her som egen pulsgivende hjerterytme i minst 20 minutter.</p> <p>Utfallet på denne indikatoren er avhengig av innsatsen og samspillet mellom publikum og alle aktørene i den akuttmedisinske kjeden:</p> <ul style="list-style-type: none">• Publikum og tilstedeværende har en avgjørende betydning for vellykket gjenopplivning gjennom tidlig erkjennelse, rask varsling og tidlig start av hjerte-lunge-redning.• AMK-sentralene tar i mot meldinger om medisinsk nød, varsler, sender ut og koordinerer ambulanser og andre ressurser og veileder innringer frem til ambulanse eller annen profesjonell hjelp ankommer. Ved hjertestans er det rutine at AMK-sentralen tilbyr veiledning i hjerte-lunge-redning.• Tidlig defibrillering ved bruk av hjertestarter, øker sjansen for overlevelse. <p>Overlevelse etter hjertestans utover initielt vellykket gjenopplivning, vil også være avhengig av kvaliteten på behandlingen etter innleggelse i sykehus (1)</p>
12. Målsetning	Det er ikke utformet myndighetskrav til resultater for denne indikatoren, men initiell vellykket gjenopplivning er en forutsetning for overlevelse etter hjertestans, og målet er at flest mulig pasienter skal få gjenvunnet pulsgivende hjerterytme. Resultatene for denne

	<p>indikatoren må følges over tid og brukes til kontinuerlig forbedringsarbeid.</p> <p>Rapportert forekomst og overlevelse av hjertestans varierer fra land til land og fra region til region (2,3), og mye av variasjonen vil avhenge av forhold rundt befolknings sammensetning og organisering av helsetjenestene generelt. Fra Sveriges nasjonale hjertestansregister rapporteres en bedring fra 15 % til 25 % i andelen hjertestanspasienter som gjenvinner pulsgivende rytme i perioden 1992-2014 (4). Tilsvarende register fra Danmark viser bedring fra 8 % til 22 % i perioden 2001-2013 (5).</p>	
13. Målgruppe for denne indikatoren	13.1. Politiske aktører	Politisk ledelse skal varsles ved uakseptabel variasjon på helsetjenestene i Norge.
	13.2. Ledelse i sektor	Ledere i helsesektoren har ansvar for at det ytes forsvarlig helsehjelp. Vellykket initiell gjenopplivning er et indirekte mål på effektivitet og kvaliteten på arbeidet som gjøres i de prehospitale tjenestene.
	13.3. Helsepersonell	Helsepersonell som jobber innen den akuttmedisinske kjeden vil ha interesse av å vite hvordan egen tjeneste utvikler seg over tid og sammenliknet med andre, for å drive lokalt forbedringsarbeid.
	13.4. Innbygger/ pasient/bruker/ pårørende/media	For offentligheten er det viktig å ha tilgang til informasjon om tjenestens resultater. I tillegg er det viktig at det ikke er urimelige forskjeller fra sted til sted.
14. Begrepsavklaringer	<p>AMK-sentral: Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral tar blant annet i mot, registrerer og håndterer henvendelser om medisinsk nød, varsler og koordinerer ressurser og veileder og instruerer innringer.</p> <p>HLR: Hjerne-lunge-redning bestående av brystkompresjoner og/eller innblåsing/ventileringer.</p> <p>Hjertestans slik det er definert i Norsk hjertestansregister: Person som ikke reagerer på tilrop eller forsiktig risting og ikke puster normalt, der tilstedeværende eller helsepersonell vurderer at personen trenger hjerte- lunge-redning.</p>	
Beregning		
15. Utvalg i fokus (teller)	Antall pasienter med plutselig, uventet hjertestans utenfor sykehus som fikk tilbake egen hjerterytme i minst 20 minutter.	
16. Sammenligningsgrunnlag (nevner)	Antall pasienter med plutselig, uventet hjertestans utenfor sykehus hvor det blir startet HLR	
17. Hovedmåltall	Måltall 1: Andel pasienter med plutselig, uventet hjertestans utenfor sykehus, som fikk tilbake egen hjerterytme i minst 20 minutter. (Måles i prosent).	
18. Andre måltall	Måltall 2: Antall pasienter med plutselig, uventet hjertestans utenfor sykehus som fikk tilbake egen hjerterytme i minst 20 minutter eller til pasienten ble overlevert til annen ambulanse,	

	<p>luftambulansse eller sykehus.</p> <p>Måltall 3: Antall pasienter med plutselig, uventet hjertestans utenfor sykehus hvor det blir startet hjerte-lunge-redning av tilstedeværende eller akuttmedisinsk personell</p> <p>Måltall 4: Forekomst av plutselig uventet hjertestans utenfor sykehus per 100 000 innbyggere.</p> <p>Måltall 5: Forekomst av personer med plutselig, uventet hjertestans utenfor sykehus som fikk tilbake egen hjerterytmme i minst 20 minutter eller til overlevering annen ambulansse, luftambulansse eller sykehus, per 100 000 innbyggere.</p>
19. Presiseringer rundt utvalg	<p>Inklusjonskriteriene i Norsk hjertestansregister er som følger:</p> <p>Alle pasienter som rammes av plutselig, uventet hjertestans utenfor sykehus i Norge, og der noen form for behandling startes av ambulanssepersonell eller tilskuer. Dette innebærer at pasienter med hjertestans, der det ikke startes noen form for behandling, hverken av tilskuer eller ambulanssepersonell, ikke skal inkluderes.</p> <p>Med behandling menes basal eller avansert hjerte-lunge-redning. Det er tilstrekkelig at noen har startet med brystkompresjoner for at pasienten skal inkluderes. Pasienter som har sirkulasjon når akuttmedisinsk personell ankommer, men som i følge tilskuer ikke hadde tegn på sirkulasjon på et tidligere tidspunkt, skal inkluderes.</p>
20. Manglende rapportering	<p>Det er kun data fra helseforetak som rapporterer via den elektroniske løsningen til Norsk hjertestansregister som inkluderes i indikatoren.</p>
21. Teknisk beregning av indikator	<p>Tall beregnes ut fra antall inkluderte pasienter som fyller inklusjonskriteriene i Norsk hjertestansregister.</p> <p>Måltall 2 og teller i måltall 1:</p> <p>Uttrekket fra registeret er antall pasienter der det er registrert «JA» på spørsmål om «Vedvarende ROSC».</p> <p>Det skal registreres «JA» dersom pasienten hadde vedvarende pulsgivende egenrytmme i mer enn 20 minutter eller til overlevering annen tjeneste.</p> <p>Måltall 3 og nevner i måltall 1:</p> <p>Alle pasienter som fyller inklusjonskriteriene i Norsk hjertestansregister. Se punkt 19. Presiseringer rundt utvalg.</p> <p>Måltall 4 og 5:</p> <p>For å beregne antall hjertestans per 100.000 innbyggere brukes SSB for å få nøyaktig antall innbyggere per kommune per 1. juli hvert år.</p>

	Kommunene legges så sammen ut fra hvilket helseforetak som drifter ambulansen i den aktuelle kommunen. Tallene oppdateres årlig.
22. Nivå for publisering eksternt	Landet, helseregion, helseforetak Av hensyn til omfang av hjertestans (2500-3000 per år) er det ikke hensiktsmessig å publisere denne indikatoren på kommunenivå. I mange kommuner er det svært få hjertestanser per kvartal, og der det er fem eller færre hjertestanser, vil tallene ikke kunne publiseres.
23. Standard klassifikasjoner	Ikke aktuell.
Datainnsamling/kilder	
24. Datakilder	Norsk hjertestansregister i samarbeid med Nasjonalt register over hjerte- og karlidelser.
25. Bearbeiding/revisjon av data	Norsk hjertestansregister i samarbeid med Nasjonalt register over hjerte- og karlidelser og Norsk pasientregister.
26. Type datakilde og lovhjemmel	Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i Nasjonalt register over hjerte- og karlidelser (Hjerte- og karregisterforskriften). Helseforetak og annen virksomhet som yter spesialisthelsetjenester er pålagt å registrere sine pasienter i dette nasjonale registeret (iht. forskriften)(6).
27. Hyppighet for innsamling av data hos datakilde	Løpende
28. Aktualitet og hyppighet ved publisering som nasjonal kvalitetsindikator	Hvert tertial fra og med 2016, med publisering av resultater fra 2015. Første publisering 30. juni 2016 er resultater for 1. tertial 2015.
Tolkning av tallene	
29. Sammenlignbarhet over tid og sted	Resultater for denne indikatoren egner seg for å følge utviklingen over tid, og for å studere variasjoner mellom helseforetak og helseregioner. Demografiske forskjeller og populasjonsendringer over tid vil påvirke denne indikatoren. Endringer i behandling av hjertesykdom kan påvirke forekomsten av plutselig uventet hjertestans. Indikatoren kan ikke benyttes til valg av sykehus fordi dette dreier seg om øyeblikkelig hjelp.
30. Feilkilder og usikkerhet	<ul style="list-style-type: none"> • Mangel på elektronisk rapportering fra hele den akuttmedisinske kjeden. • Norsk pasientregister har ikke informasjon om hjertestans utenfor sykehus. Derfor er det ikke mulig å kontrollere dekningsgrad på individnivå. • Befolkningens terskel for å ta kontakt med helsetjenesten varierer, og dette kan påvirke resultatene i denne indikatoren.

31. Særskilt informasjon for tolkning av denne indikatoren	Varierende rapportering fra ambulansetjenestene til det nasjonale hjertestansregisteret, gir usikkerhet i tolkning av andel Andel pasienter med plutselig, uventet hjertestans utenfor sykehus, som fikk tilbake egen hjerterytme i minst 20 minutter. På bakgrunn av dette publiseres måltallet «Forekomst av personer med plutselig uventet hjertestans utenfor sykehus per 100 000 innbyggere» og måltallet «Forekomst av personer med plutselig, uventet hjertestans utenfor sykehus som fikk tilbake egen hjerterytme i minst 20 minutter eller til overlevering annen ambulanse, luftambulanse eller sykehus, per 100 000 innbyggere».
32. Relaterte indikatorer	<ul style="list-style-type: none"> • Svartid på medisinsk nødnummer 113 • Hjerne-lunge-redning startet før ambulansen ankommer en hjertestans • Tid fra 113-oppringning til ambulansen er på hendelsesstedet.
Videreutvikling	
33. Videre utvikling av datakilder/indikator	Indikatoren må revideres når rapportering fra prehospital EPJ (P-EPJ) er tilgjengelig.
Publisering	
34. Publiseringsarena	www.helsenorge.no
35. Andre publiseringsarena	www.helsedirektoratet.no
Referanser	
36. Referanser	<p>(1) Monsieurs KG, Nolan JP, Bossaert LL, Greif R, Maconochie IK, Nikolaou NI, Perkins GD, Soar J, Truhlář A, Wyllie J, Zideman DA; ERC Guidelines 2015 Writing Group. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015: Section 1. Executive summary. Resuscitation. 2015 Oct; 95:1-80.</p> <p>(2) Atwood C, Eisenberg MS, Herlitz J, Rea TD. Incidence of EMS-treated out-of-hospital cardiac arrest in Europe. Resuscitation 2005; 67(1): 75-80.</p> <p>(3) Rea TD, Eisenberg MS, Sinibaldi G, White RD. Incidence of EMS-treated out-of-hospital cardiac arrest in the United States. Resuscitation 2004; 63(1): 17-24.</p> <p>(4) Svenska hjärt-lungräddningsregisteret, Årsrapport 2015. Lastet ned fra http://www.hlr.nu/</p> <p>(5) Dansk Hjertestopregister. Hjertestop uden for Hospital i Danmark. Sammenfatning af resultater fra Dansk Hjertestopregister 2001-2013. Lastet ned fra https://sundhedsstyrelsen.dk</p> <p>(6) Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i Nasjonalt register over hjerte- og karlidelser (Hjerte- og karregisterforskriften) https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1250/KAPITTEL_1#KAPITTEL_1</p>



Dødfødte barn		
1. Definisjon	Antall dødfødte barn per 1000 fødte barn	
2. Sektor	Spesialisthelsetjeneste	
3. Fagområde	Somatisk helse	
4. Type	Resultat	
5. Primær dimensjon av kvalitet (Velg en)	Virkningsfulle	
6. Evt. sekundær dimensjon av kvalitet		
7. Fokusområde	Overlevelse	
Godkjenning		
8. Godkjent dato først gang	Saksnr i 360 – 13/10392	
9. Godkjent av	HelseDirektoratet	
10. Revisjonshistorikk	1.0- juni 2016 etablert som ny nasjonal kvalitetsindikator	
Faglig begrunnelse/målsetning		
11. Begrunnelse for valg	<p>Dødfødte barn er barn som dør før fødselen kommer i gang, eller som dør under fødselen. Andelen dødfødte barn i Norge er lavt sammenliknet med mange andre land. I 2014 var det 263 dødfødte av 60026 fødte i følge Medisinsk fødselsregister (1). Norge regnes som et av de mest privilegerte landene i verden når det gjelder helse for gravide og fødende.</p> <p>Fortsatt er det mangelfull kunnskap om hvorfor et barn dør i svangerskapet. Vi vet imidlertid at ca halvparten av barna er veksthemmet ved fødsel (2). Morkakesvikt, morkakeløsning, infeksjoner, misdannelser, kromosomfeil, komplikasjoner med navlestreng og alvorlig sykdom hos mor utgjør de viktigste årsakene til dødfødsel (3). Flere gutter enn jenter fødes døde.</p> <p>Kvinner i alderen 35 år og eldre har økt risiko for dødfødsel, sammenliknet med yngre kvinner (4). I tillegg til alder er også røyking og fedme hos mor kjente risikofaktorer for dødfødsel. Overvåking og regelmessige svangerskapskontroller for tidlig deteksjon av avvik og kjente risikofaktorer kan bidra til å redusere risiko for dødfødsler.</p>	
12. Målsetning	Redusere forekomst av dødfødsler	
13. Målgruppe for denne indikatoren (Beskriv formål med denne indikatoren per aktuell målgruppe)	13.1. Politiske aktører	Politiske aktører blir varslet på et overordnet nivå om det er store variasjoner mellom helseregioner, helseforetak og sykehus.
	132. Ledelse i sektor	Ledelsen i helsesektoren har sørget for ansvaret innen fødselsomsorgen, og kan styre og evt omprioritere ressurser for å sikre at helsetjenesten innen fødselsomsorgen har god kvalitet og pasientsikkerhet.
	13.3. Helsepersonell	Helsepersonell kan benytte resultatet for å forbedre sin praksis innen fødselsomsorgen og gjennomføre lokalt forbedringsarbeid.
	13.4. Innbygger/pasient/bruker/pårørende/media	Brukere og pårørende får informasjon om hvorvidt helsetjenesten utøves med god kvalitet og pasientsikkerhet og kan benytte dette for å ta informerte og kvalifiserte valg på helsetjenester av god kvalitet. Offentligheten får innsikt i kvaliteten på helsetjenestene, og kan sikre at pasientsikkerheten i helsetjenestene ikke innehar uønsket variasjon.
14. Begrepsavklaringer	Dødfødsel defineres som fødsel av et barn som ikke viser livstegn (hjerteraktivitet, puste- eller muskelaktivitet) fra og med svangerskapsuke 22 eller over 500 gram (Verdens helseorganisasjon, WHO). Dersom barnet fødes dødt før dette, kalles det senabort.	
Beregning		
15. Utvalg i fokus (teller)	Alle dødfødte barn mer enn 22 +0 uker eller mer enn 500 gram	
16. Sammenligningsgrunnlag (nevner)	Alle fødte barn mer enn 22 +0 uker eller mer enn 500 gram	
17. Hovedmåltall	Antall dødfødte barn per 1000 fødte barn	
18. Andre måltall	Antall dødfødte barn	

19. Presiseringer rundt utvalg	Ekskluderer institusjoner med færre enn 20 fødsler det aktuelle året.
20. Manglende rapportering	Medisinsk fødselsregister er basert på meldeplikt og omfatter blant annet rapportering på dødfødsler.
21. Teknisk beregning av indikator	Se punkt 15-19.
22. Nivå for publisering eksternt	Landet, helseregion, helseforetak, institusjon
23. Standard klassifikasjoner	Bedrifts- og foretaksnummer: Bedrifts- og foretaksnummer er benyttet for identifisering av enheter
Datainnsamling/kilder	
24. Datakilder	Medisinsk fødselsregister (MFR), Folkehelseinstituttet
25. Bearbeiding/revisjon av data	Innrapportering direkte til MFR. Tallene kvalitetssikres fortløpende gjennom året, med publisering av foreløpige tall i juni påfølgende år. MFR tar kontakt med den enkelte rapporteringsenhet i kvalitetssikringsprosessen.
26. Type datakilde og lovhjemmel	Elektronisk melding til MFR. Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i Medisinsk fødselsregister, Medisinsk fødselsregisterforskriften (5)
27. Hyppighet for innsamling av data hos datakilde	Fortløpende innhenting gjennom året
28. Aktualitet og hyppighet ved publisering som nasjonal kvalitetsindikator	Årlig
Tolkning av tallene	
29. Sammenlignbarhet over tid og sted	Sammenlignbare mellom institusjoner med samme risikoprofil, mellom regioner, mellom land og over tid.
30. Feilkilder og usikkerhet	Forskjeller mellom fødeinstitusjoner kan generelt ha mange forklaringer; <ul style="list-style-type: none"> • Tilfeldigheter • Ulik bruk av diagnostiske kriterier • Risikosentralisering • Variasjoner i fødejournalssystemenes data • Variasjoner i meldepraksis og meldesvikt • Feil i MFR (Medisinsk fødselsregister)-rutiner • Reelle forskjeller i kvalitet <p>Det er ofte en kombinasjon av flere av disse</p>
31. Særskilt informasjon for tolkning av denne indikatoren	I Norge er fødeinstitusjonene inndelt i tre nivåer: fødestue, fødeavdeling og kvinneklinikk. Seleksjon av fødende til ulike typer fødeinstitusjoner er basert på en risikovurdering etter gitte kriterier (6). Fødselsantallet varierer ved de ulike fødeinstitusjonene og institusjoner med et lite antall fødsler kan få store utslag i statistikken.
32. Relaterte indikatorer	Dødelighet i nyfødtperiode
Videreutvikling	
33. Videre utvikling av datakilder/indikator	
Publisering	
34. Publiseringsarena	www.helsenorge.no
35. Andre publiseringsarena	http://statistikkbank.fhi.no/mfr/ , www.helsedirektoratet.no
Referanser	
36. Referanser	<ol style="list-style-type: none"> 1. Folkehelseinstituttet. Medisinsk fødselsregisters statistikkbank, http://statistikkbank.fhi.no/mfr/ 2. Frøen JF, Arnestad M, Frey K, Vege A, Saugstad OD, Stray-Pedersen B. Risk factors for sudden intrauterine unexplained death: epidemiologic characteristics of singleton cases in Oslo, Norway, 1986-1995. Am J Obstet Gynecol. 2001 Mar;184(4):694-702 3. Pettersson K., Bottinga R., Bremme K., Hofsjö A., Holm M., Holste C., Kublickas M., Norman M., Pilo C., Roos N., Sundberg A., Wolff K. & Papadogiannakis N. The Stockholm classification of stillbirth. Acta Obstet Gynecol Scand 2008; 87 (11):1202-12. doi 10.1080/00016340802460271. 4. Waldenström U., Aasheim V., et al. Adverse Pregnancy Outcomes Related to Advanced Maternal Age Compared With Smoking and Being Overweight. Obstetrics & gynecology VOL. 123, NO. 1, Jan 2014 5. Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i Medisinsk fødselsregister (Medisinsk fødselsregisterforskriften). https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2001-12-21-1483?q=medisinsk fødselsregistre. 6. Helsedirektoratet, Et trygt fødetilbud, forslag til kvalitetskrav for fødeinstitusjoner, IS-1803, Oslo 2010



Forekomst av fødselsrifter		
1. Definisjon	Andel store rifter blant alle vaginalt fødende	
2. Sektor	Spesialisthelsetjeneste	
3. Fagområde	Somatisk helse	
4. Type	Resultat	
5. Primær dimensjon av kvalitet (Velg en)	Virkningsfulle	
6. Evt. sekundær dimensjon av kvalitet		
7. Fokuserområde		
Godkjenning		
8. Godkjent dato først gang	Saksnr i 360 – 13/10392 /	
9. Godkjent av	Helsedirektoratet	
10. Revisjonshistorikk	1.0- juni 2016 etablert som ny nasjonal kvalitetsindikator	
Faglig begrunnelse/målsetning		
11. Begrunnelse for valg	<p>Fødselsrift er en skade av mellomkjøttet (perineum) i forbindelse med fødselen. Dette er vanligvis ukomplisert, men dersom lukkemuskelen omkring endetarmen (m. sphinkter ani) skades, kan det føre til plager hos kvinnen. Sfinkterskade (skade av endetarmens lukkemuskel) er en alvorlig komplikasjon knyttet til vaginale fødsler. Klinisk erkjente sfinkterskader repareres umiddelbart etter en fødsel. I Norge skjer dette i om lag 2 % av alle fødsler hvor anal inkontinens etter slike operasjoner kan forekomme hos mellom 25 og 60 % av pasientene (1). Symptomer i form av inkontinens for luft er det vanligste, men opptil 26 % rapporterer fekal urgency (plutselig sterk avføringstrang).</p> <p>I 2004 gjennomførte Helsetilsynet landsomfattende tilsyn med 26 fødeinstitusjoner i Norge (2). En hovedkonklusjon i rapporten var at det skjer for mange sfinkterskader i Norge, at registreringen av denne alvorlige fødselskomplikasjonen ikke var god nok, og at behandlingen ikke alltid var i samsvar med forsvarlig praksis. På bakgrunn av dette utarbeidet Helsedirektoratet i 2006 en nasjonal handlingsplan (3). Planen omfattet tiltak for å redusere antall skader, bedre primærbehandlingen og oppfølgingen av pasienter med sfinkterskader, samt å gi forslag til klare mål som skal nås. Som en del av handlingsplan ble det gjennomført en intervensjonsstudie. Studien viste at forekomsten av sfinkterskader ved fem norske fødeavdelinger ble redusert fra 4 % til 1,2 % i studieperioden.</p> <p>Indikatoren er delt i 3 kategorier: alle som føder vaginalt, alle førstegangsfødende og alle som blir forløst ved hjelp av sugekopp eller tang.</p>	
12. Målsetning	Redusere forekomst av sfinkterskade blant fødende	
13. Målgruppe for denne indikatoren (Beskriv formål med denne indikatoren per aktuell målgruppe)	13.1. Politiske aktører	Politiske aktører blir varslet på et overordnet nivå om det er store variasjoner mellom helseregioner, helseforetak og sykehus.
	13.2. Ledelse i sektor	Ledelsen i helsesektoren har sørget for ansvaret innen fødselsomsorgen, og kan styre og evt omprioritere ressurser for å sikre at helsetjenesten innen fødselsomsorgen har god kvalitet og pasientsikkerhet.
	13.3. Helsepersonell	Helsepersonell kan benytte resultatet for å forbedre sin praksis innen fødselsomsorgen og gjennomføre lokalt forbedringsarbeid.
	13.4. Innbygger/pasient/bruker/pårørende/media	Brukere og pårørende får informasjon om hvorvidt helsetjenesten utøves med god kvalitet og pasientsikkerhet og kan benytte dette for å ta informerte og kvalifiserte valg på helsetjenester av god kvalitet. Offentligheten får innsikt i kvaliteten på helsetjenestene, og se at pasientsikkerheten i helsetjenestene ikke har uønsket variasjon i landet.
14. Begrepsavklaringer	Sfinkterskade: perinealruptur grad 3-4: Grad 3: Skade av mellomkjøttet (perineum) som involverer lukkemuskelen omkring endetarmen (sphinkter ani). 3a: Ruptur av <50 % av [m. sphincter ani externus] EAS 3b: Ruptur av >50 % av EAS	

	3c: Ruptur av EAS og m. sphincter ani internus (IAS) Grad 4: Skade av perineum som involverer analsfinkter og anal/rektumslimhinne.
Beregning	
15. Utvalg i fokus (teller)	Måltall 1: Antall store rifter blant alle vaginalt fødende ekskluderer de som føder med keisersnitt). Måltall 2: Antall store rifter blant førstegangs fødende som føder vaginalt Måltall 3: Antall store rifter blant førstegangs fødende forløst instrumentelt.
16. Sammenligningsgrunnlag (nevner)	Måltall 1: alle vaginale fødsler Måltall 2: alle vaginale fødsler hos førstegangs fødende Måltall 3: alle instrumentelle vaginale fødsler hos førstegangs fødende
17. Hovedmåltall	Andel store rifter blant alle vaginalt fødende
18. Andre måltall	Andel store rifter blant førstegangs fødende som føder vaginalt Andel store rifter blant instrumentelt forløste førstegangs fødende
19. Presiseringer rundt utvalg	Ekskluderer institusjoner med færre enn 20 fødsler det aktuelle året.
20. Manglende rapportering	En studie der fødselsrifter rapportert til MFR ble validert mot pasientjournaler ved Haukeland universitetssykehus i perioden 2000-2002 viste svært god dekningsgrad: sensitivitet 91.8%, spesifisitet 99.7%, positiv prediktiv verdi 95.4% og negativ prediktiv verdi 99.4% (5)
21. Teknisk beregning av indikator	Se punkt 15-19.
22. Nivå for publisering eksternt	Landet, helseregion, helseforetak, sykehus
23. Standard klassifikasjoner	Bedrifts- og foretaksnummer: Bedrifts- og foretaksnummer er benyttet for identifisering av enheter
Datainnsamling/kilder	
24. Datakilder	Medisinsk fødselsregister (MFR), Folkehelseinstituttet
25. Bearbeiding/revisjon av data	Innrapportering direkte til MFR. Tallene kvalitetssikres fortløpende gjennom året, med publisering av foreløpige tall i juni påfølgende år. MFR tar kontakt med den enkelte rapporteringsenhet i kvalitetssikringsprosessen.
26. Type datakilde og lovhjemmel	Elektronisk melding til MFR. Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i Medisinsk fødselsregister, Medisinsk fødselsregisterforskriften (6)
27. Hyppighet for innsamling av data hos datakilde	Fortløpende innhenting gjennom året
28. Aktualitet og hyppighet ved publisering som nasjonal kvalitetsindikator	Årlig
Tolkning av tallene	
29. Sammenlignbarhet over tid og sted	Sammenlignbare mellom institusjoner med samme risikoprofil, mellom regioner, mellom land og over tid.
30. Feilkilder og usikkerhet	Forskjeller mellom fødeinstitusjoner kan generelt ha mange forklaringer; <ul style="list-style-type: none"> • Tilfeldigheter • Ulik bruk av diagnostiske kriterier • Risikosentralisering • Variasjoner i fødejournalssystemenes data • Variasjoner i meldepraksis og meldesvikt • Feil i MFR (Medisinsk fødselsregister)-rutiner • Reelle forskjeller i kvalitet Det er ofte en kombinasjon av flere av disse
31. Særskilt informasjon for tolkning av denne indikatoren	I Norge er fødeinstitusjonene inndelt i tre nivåer: fødestue, fødeavdeling og kvinneklinikk. Seleksjon av fødende til ulike typer fødeinstitusjoner er basert på en risikovurdering etter gitte kriterier (7). Fødselsantallet varierer ved de ulike fødeinstitusjonene og institusjoner med et lite antall fødsler kan få store utslag i statistikken.
32. Relaterte indikatorer	Fødsler uten komplikasjoner, Keisersnitt
Videreutvikling	
33. Videre utvikling av datakilder/indikator	
Publisering	
34. Publiseringsarena	www.helsenorge.no
35. Andre publiseringsarena	http://statistikkbank.fhi.no/mfr/ , www.helsedirektoratet.no

Referanser

36. Referanser

1. Roos AM, Thakar R, Sultan AH., Outcome of primary repair of obstetric anal sphincter injuries (OASIS): does the grade of tear matter? *Ultrasound Obstet Gynecol* 2010;36(3):368-374.
2. Helsetilsynet. Oppsummering av landsomfattende tilsyn med fødeinstitusjoner, Oslo 2004 <https://www.helsetilsynet.no/no/Publikasjoner/Rapport-fra-Helsetilsynet/Rapport-Helsetilsynet-2004/Oppsummering-landsomfattende-foedeinstitusjoner-2004/>
3. Sosial- og helsedirektoratet. Sfinkterskader ved fødsel bør reduseres i Norge, Nasjonal handlingsplan. Oslo 2006
4. Sintef Helse. Validering av diagnosen sfinkterruptur i Medisinsk fødselsregister og sykehusenes pasientadministrative system, sintef rapport, Oslo 2008
5. Baghestan E, Bør Dahl PE, Rasmussen SA, Sande AK, Lyslo I, Solvang I., *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2007;86(2):205-9. «A validation of the diagnosis of obstetric sphincter tears in two Norwegian databases, the Medical Birth Registry and the Patient Administration System”
6. Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i Medisinsk fødselsregister (Medisinsk fødselsregisterforskriften). [https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2001-12-21-1483?q=medisinsk fødselsregistre.](https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2001-12-21-1483?q=medisinsk%20fødselsregistre)
7. Helsedirektoratet, Et trygt fødetilbud, forslag til kvalitetskrav for fødeinstitusjoner, IS-1803, Oslo 2010



Fødsler uten større inngrep og komplikasjoner		
1. Definisjon	Andel fødsler uten større inngrep og komplikasjoner hos fødende	
2. Sektor	Spesialisthelsetjeneste	
3. Fagområde	Somatisk helse	
4. Type	Resultat	
5. Primær dimensjon av kvalitet (Velg en)	Trygge og sikre	
6. Evt. sekundær dimensjon av kvalitet		
7. Fokusområde	Pasientsikkerhet	
Godkjenning		
8. Godkjent dato først gang	Saksnr i 360 – 13/10392	
9. Godkjent av	HelseDirektoratet	
10. Revisjonshistorikk	1.0- juni 2016 etablert som ny nasjonal kvalitetsindikator	
Faglig begrunnelse/målsetning		
11. Begrunnelse for valg	<p>Å unngå unødvendig inngripen i det normale fødselsforløpet samtidig som barnet fødes uten sykdom og skade som kunne vært unngått, samt at mor har hatt en god fødselsopplevelse, er viktige prinsipper for moderne fødselsomsorg. WHO sitt Europakontor introduserte i 2001 prinsipper for perinatal omsorg nettopp for å demme opp for unødvendig inngripen og uhensiktsmessig bruk av teknologi i normale fødselsforløp og for å fremme kunnskapsbasert praksis (1). En studie fant at 72 prosent av de gravide som deltok i den norske mor og barn-undersøkelsen ønsket i utgangspunktet å føde naturlig (2).</p> <p>Mindre inngrep i fødselsforløpet som f. eks. epiduralbedøvelse (34%), medikamentell stimulering av fødselsrier (34%) og kunstig igangsettelse av fødselen (18%) (3) er blitt så utbredt at noen regner det som en del av den normale fødselen. Det er imidlertid ikke faglig enighet om dette. Noen mener at flere kvinner bør tilbys epiduralbedøvelse og at det burde være unødvendig å oppleve smerte under fødselen. Andre mener at fødselsmerten er en del av en fysiologisk prosess, og at fødselshjelperne ikke skal tilby epiduralbedøvelse uten god grunn (4). For å forstå at det finnes slike uenigheter blant fagpersoner og brukere, er det viktig å være klar over at det eksisterer ulike syn på hva en fødsel er, eller oppfattes som. Vanligvis beskrives to ytterpunkter, dette kalles «fødselsparadigmet». På den ene siden kan fødselen oppfattes som en naturlig, biologisk hendelse som enhver sunn og frisk kvinne kan beherske, og fødselshjelperne skal bare gripe inn dersom det er nødvendig. På den andre siden kan fødselen oppfattes som en medisinsk tilstand forbundet med risiko og unødvendig smerte, og at den beste hjelpen er at fødselen kontrolleres og overvåkes og at smerte lindres eller fjernes helt (5). I virkeligheten er det nok slik at fødselshjelpere, helsemyndigheter og brukere ikke har enten den ene eller den andre oppfatningen. De fleste mener nok litt av det ene og litt av det andre og er ikke bevisst disse forskjellene.</p> <p>Det er imidlertid enighet om at større inngrep som keisersnitt og operative vaginale forløsninger bare skal utføres når det er god grunn for det, og at komplikasjoner som store fødselsrifter, store blødninger og barn som fødes med surstoffmangel skal unngås så godt det lar seg gjøre. I Norge selekterer vi gravide under svangerskapet for å vurdere hvilken type fødeinstitusjon kvinnen bør føde ved (6). Ved innleggelse i fødeavdeling eller kvinneklinikk blir det også gjort en risikovurdering for å finne ut hvilken type overvåking og beredskap som er best for den enkelte kvinne (7). Både norske og internasjonale studier tyder på at seleksjon fører til mindre unødvendige inngrep og bedre ressursutnytting (8).</p> <p>Det vil være nyttig med en kvalitetsindikator som setter fokus på ønskete forløp (9). Både i Danmark og Storbritannia finnes kvalitetsindikatorer for ukompliserte fødselsforløp (10). Foruten å sette fokus på å fremme ukompliserte forløp, kan den – sett i sammenheng med de andre kvalitetsindikatorene – være et uttrykk for om svangerskapsomsorgen, fødselsovervåkning og den fødselshjelp som drives, er kvalitetsmessig god.</p>	
12. Målsetning	Redusere uønsket variasjon og øke andel av fødsler uten større inngrep og komplikasjoner	
13. Målgruppe for denne indikatoren (Beskriv formål med denne indikatoren per aktuell målgruppe)	13.1. Politiske aktører	Politiske aktører blir varslet på et overordnet nivå om det er store variasjoner mellom helseregioner, helseforetak og sykehus.
	132. Ledelse i sektor	Ledelsen i helsesektoren har sørget for ansvaret innen fødselsomsorgen, og kan styre og evt omprioritere ressurser for å sikre at helsetjenesten innen fødselsomsorgen har god kvalitet og pasientsikkerhet.

	13.3. Helsepersonell	Helsepersonell kan benytte resultatet for å forbedre sin praksis innen fødselsomsorgen og gjennomføre lokalt forbedringsarbeid.
	13.4. Innbygger/pasient/bruker/pårørende/media	Brukere og pårørende får informasjon om hvorvidt helsetjenesten utøves med god kvalitet og pasientsikkerhet og kan benytte dette for å ta informerte og kvalifiserte valg på helsetjenester av god kvalitet. Offentligheten får innsikt i kvaliteten på helsetjenestene, og se at pasientsikkerheten i helsetjenestene ikke har uønsket variasjon i landet.
14. Begrepsavklaringer	<p>Førstegangsfødende (Robson gruppe 1): Førstegangsfødende, ett foster i hodeleie, ≥ 37 uker, med spontan fødselsstart.</p> <p>Flergangsfødende (Robson gruppe 3): Flergangsfødende, ett foster i hodeleie, ≥ 37 uker, med spontan fødselsstart</p> <p>Større inngrep og komplikasjoner: defineres her som ikke tang, sugekopp eller keisersnitt, ikke blødning > 1500 ml eller transfusjon, ikke fødselsrift grad 3 eller 4, og ikke Apgar < 7 ved 5 min</p> <p>Robsons 10 grupper:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Førstegangsfødende, ett foster i hodeleie, ≥ 37 uker, med spontan fødselsstart 2. Førstegangsfødende, ett foster i hodeleie, ≥ 37 uker, med induisert fødsel eller keisersnitt før spontan fødselsstart 3. Flergangsfødende, ett foster i hodeleie, ≥ 37 uker, med spontan fødselsstart 4. Flergangsfødende, ett foster i hodeleie, ≥ 37 uker, med induisert fødsel eller keisersnitt før spontan fødselsstart 5. Alle med tidligere keisersnitt, ett foster i hodeleie, ≥ 37 uker 6. Alle førstegangsfødende med ett foster i seteleie 7. Alle flergangsfødende med ett foster i seteleie 8. Alle med flerlinger 9. Alle fosterleier som ikke er sete- eller hodeleie 10. Alle premature < 37 uker med ett foster i hodeleie <p>Klassifiseringen er utformet av den engelske gynekologen Michael Robson</p>	
Beregning		
15. Utvalg i fokus (teller)	Måltall 1: Alle fødende i Robson gruppe 1 med fødsel uten større inngrep og komplikasjoner Måltall 2: Alle fødende i Robson gruppe 3 med fødsel uten større inngrep og komplikasjoner	
16. Sammenligningsgrunnlag (nevner)	Måltall 1: Alle fødende i Robson gruppe 1 Måltall 2: Alle fødende i Robson gruppe 3	
17. Hovedmåltall	Andel fødsler uten større inngrep og komplikasjoner hos førstegangsfødende (ett foster i hodeleie, ≥ 37 uker, med spontan fødselsstart)	
18. Andre måltall	Andel fødsler uten større inngrep og komplikasjoner hos flergangsfødende (ett foster i hodeleie, ≥ 37 uker, med spontan fødselsstart) Antall fødsler uten større inngrep og komplikasjoner hos førstegangsfødende (ett foster i hodeleie, ≥ 37 uker, med spontan fødselsstart) Antall fødsler uten større inngrep og komplikasjoner hos flergangsfødende (ett foster i hodeleie, ≥ 37 uker, med spontan fødselsstart)	
19. Presiseringer rundt utvalg	Ekskluderer nemndbehandlete svangerskapsavbrudd. Ekskluderer institusjoner med færre enn 20 fødsler det aktuelle året.	
20. Manglende rapportering	Neglisjerbart for dette utvalget.	
21. Teknisk beregning av indikator	Se punkt 15-19.	
22. Nivå for publisering eksternt	Landet, helseregion, helseforetak, sykehus	
23. Standard klassifikasjoner	Bedrifts- og foretaksnummer: Bedrifts- og foretaksnummer er benyttet for identifisering av enheter	
Datainnsamling/kilder		
24. Datakilder	Medisinsk fødselsregister (MFR), Folkehelseinstituttet	
25. Bearbeiding/revisjon av data	Innrapportering direkte til MFR. Tallene kvalitetssikres fortløpende gjennom året, med publisering av foreløpige tall i juni påfølgende år. MFR tar kontakt med den enkelte rapporteringsenhet i kvalitetssikringsprosessen.	
26. Type datakilde og lov hjemmel	Elektronisk melding til MFR. Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i Medisinsk fødselsregister (Medisinsk fødselsregisterforskriften) (7)	
27. Hyppighet for innsamling av data hos datakilde	Fortløpende innhenting gjennom året	
28. Aktualitet og hyppighet ved publisering som nasjonal kvalitetsindikator	Årlig	

Tolkning av tallene	
29. Sammenlignbarhet over tid og sted	Sammenlignbare mellom institusjoner med samme risikoprofil, mellom regioner, mellom land og over tid.
30. Feilkilder og usikkerhet	Forskjeller mellom fødeinstitusjoner kan generelt ha mange forklaringer; <ul style="list-style-type: none"> • Tilfeldigheter • Ulik bruk av diagnostiske kriterier • Risikosentralisering • Variasjoner i fødejournalssystemenes data • Variasjoner i meldepraksis og meldesvikt • Feil i MFR (Medisinsk fødselsregister)-rutiner • Reelle forskjeller i kvalitet Det er ofte en kombinasjon av flere av disse
31. Særskilt informasjon for tolkning av denne indikatoren	I Norge er fødeinstitusjonene inndelt i tre nivåer: fødestue, fødeavdeling og kvinneklinikk. Seleksjon av fødende til ulike typer fødeinstitusjoner er basert på en risikovurdering etter gitte kriterier (12). Fødselsantallet varierer ved de ulike fødeinstitusjonene og institusjoner med et lite antall fødsler kan få store utslag i statistikken.
32. Relaterte indikatorer	Keisersnitt, Forekomst av fødselsrifter
Videreutvikling	
33. Videre utvikling av datakilder/indikator	
Publisering	
34. Publiseringsarena	www.helsenorge.no
35. Andre publiseringsarena	www.helsedirektoratet.no
Referanser	
36. Referanser	<ol style="list-style-type: none"> 1. Chalmers, B., et al. (2001). "WHO principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course." Birth 28(3): 202-207. 2. Kringeland, T., et al. (2010). "What characterizes women who want to give birth as naturally as possible without painkillers or intervention?" Sex Reprod Healthc 1(1): 21-26. 3. MFR årstabeller 2014 4. Innslag og debatt i NRK 2015, https://www.nrk.no/ostlandssendingen/_-unodvendig-a-fode-med-smerte-1.12196750; https://www.nrk.no/ytring/fodselsmerter-er-mestring-1.12228480 5. Blix E. Ulike syn på svangerskap og fødsel. Kap 5, s 53-55. I: Brunstad A, Tegnander E (redaktører.) Jordmorboka: Ansvar funksjon og arbeidsområde. Oslo: Akribe, 2010 6. St.meld. nr. 12 (2008-2009) (2009). En gledelig begivenhet. Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. D. k. h.-o. omsorgsdepartement. Oslo. 7. Helsedirektoratet (2010). Et trygt fødetilbud. Kvalitetskrav til fødselsomsorgen. Oslo, Helsedirektoratet. 12/2010; Andreassen G, Øian P, Blix E. Differensiert fødselsomsorg ved Kvinneklinikken, UNN. Sykepleien forskning 2014;9:142-50; Lippert, T., et al. (2013). "Change in risk status during labor in a large Norwegian obstetric department: a prospective study." Acta Obstet Gynecol Scand 92(6): 671-678. 8. Nesheim, B. I. (2012). "Low-risk labor - outcomes after introduction of special guidelines combined with increased awareness of risk category." Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica 91(4): 476-482; Bernitz, S., et al. (2011). "Is the operative delivery rate in low-risk women dependent on the level of birth care? A randomised controlled trial." BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology 118(11): 1357-1364; Birthplace in England Collaborative, G., et al. (2011). "Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study." BMJ 343: d7400. 9. Helsedirektoratet, Et trygt fødetilbud, forslag til kvalitetskrav til fødeinstitusjoner, Oslo 2010, IS-1803; Hals E. Hva er normal fødsel, og hvor ofte forekommer det. Masteravhandling. Gjøvik: Høgskolen i Gjøvik, 2015. 10. Dansk Kvalitetsdatabase for Fødsler (2011) Datadefinitioner [online]. URL: http://www.kcks-vest.dk/kliniske-kvalitetsdatabaser/foedsler/; Maternity Care Working Party (2007) Making Normal Birth a Reality. Consensus Statement from the Maternity Care Working Party: Our Shared Views About the Need to Recognize, Facilitate, and Audit Normal Birth. National Childbirth Trust, Royal College of Midwives, Royal College of Obstetricians Gynaecologists [online]. London. URL: http://www.appg-maternity.org.uk/11.html 11. Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i Medisinsk fødselsregister (Medisinsk fødselsregisterforskriften). https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2001-12-21-1483?q=medisinsk_fodselsregistre 12. Helsedirektoratet, Et trygt fødetilbud, forslag til kvalitetskrav for fødeinstitusjoner, IS-1803, Oslo 2010



[ID-nr]	Hjelp til reise til og fra arbeid og utdanning	
1. Definisjon	Andel søkere/tjenestemottakere med innfridde behov og ønsker om transporttjeneste i forbindelse med arbeid og utdanning.	
2. Sektor	Primærhelsetjenesten	
3. Fagområde	Kommunale helse- og omsorgstjenester	
4. Type	Prosess	
5. Primær dimensjon av kvalitet (Velg en)	Samordnet og preget av kontinuitet	
6. Evt. sekundær dimensjon av kvalitet	Involvere bruker	
7. Fokuseringsområde	Behovsplanlegging og kartlegging	
Godkjenning		
8. Godkjent dato først gang	Saksnr i 360-13/10391	
9. Godkjent av	Helsedirektoratet	
10. Revisjonshistorikk	1.0-juni 2016 etablert som ny nasjonal kvalitetsindikator	
Faglig begrunnelse/målsetning		
11. Begrunnelse for valg	<p>Personer med behov for omsorgstjenester har rett på sosiale tiltak som bidrar til en mest mulig aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre. I stortingsmelding nr. 25 "Mestring, muligheter og mening" (1), påpekes det at omsorgstjenesten bør få et sterkere fokus på aktivisering, trivsel og sosiale tiltak. Lov om sosiale tjenester (2) pålegger kommunene å yte sosiale tjenester som bidrar til dette. Deltagelse i arbeid og utdanning oppleves som særdeles meningsfullt for de fleste. Transporthjelp kan være helt nødvendig for å få til dette.</p> <p>I Omsorgsplan 2020 (3) beskriver myndighetene at de vektlegger "aktiv omsorg" som et viktig satsningsområde for å skape en mest mulig aktiv og meningsfull tilværelse for brukere i fellesskap med andre. Helse- og Omsorgsdepartementet ønsker at det utvikles kvalitetsindikatorer som måler brukeres mulighet til å ha en aktiv og meningsfull tilværelse sammen med andre.</p> <p>Indikatoren vil gi en indikasjon på hvor stor andel av tjenestemottakere/søkere med behov for transport til arbeid og utdanning som får dette og om tilbudet dekker deres behov. I tillegg vil den gi en indikasjon på om det er forskjeller mellom aldersgrupper.</p>	
12. Målsetning	Alle med behov for transporttjenester i forbindelse med arbeid og utdanning har rett til nødvendig transporthjelp på et forsvarlig nivå.	
13. Målgruppe for denne indikatoren	8.1. Politiske aktører	Politiske aktører blir varslet hvis det er store variasjoner mellom fylker/kommuner.
	8.3. Ledelse i sektor	Ledelsen i sektor kan styre og evt omprioritere ressurser for å sikre gode og likeverdige tjenester til brukerne..
	8.4. Helsepersonell	Helsepersonell kan benytte resultatet for evt å forbedre behovsplanlegging og kartlegging
	8.2. Innbygger/ pasient/bruker/ pårørende/media	Innbyggere, pasienter, pårørende og media blir orientert om kommunes tilbud til personer som trenger transporttjeneste i forbindelse med arbeid og utdanning.
14. Begrepsavklaringer	<p>Behov for transport: Personen trenger en transporttjeneste fordi vedkommende selv ikke klarer å komme seg til aktuelt sted ved hjelp av buss, trikk osv.</p> <p>Transporttjeneste som det offentlige formidler som servicetransport, taxi, spesielle busser og lignende (Fra IPLOS-registeret, Ofte stilte spørsmål og svar) (4).</p> <p>Arbeid: Som ordinært arbeid regnes også, kvalifiseringsprogram, varlig tilrettelagt arbeid (VTA bedrifter), generell arbeidstrening og lignende. Arbeids- og aktivitetstilbud for trygdemottakere som kun mottar «oppmuntringspenger» er ikke ordinært arbeid (Hentet fra IPLOS-registeret, Veileder for personell i kommunale helse- og omsorgstjenester) (5).</p> <p>Utdanning:</p>	

	Med utdanning menes barnehage, grunnskole, videregående skole og høyskole/universitet (Hentet fra IPLOS-registeret, Veileder for personell i kommunale helse- og omsorgstjenester) (5).
Beregning	
15. Utvalg i fokus (teller)	<p>Måltall 1-4: Antall søkere/tjenestemottakere (alle aldre, 0-17 år, 18-66 år eller 67 år og eldre) med innfridde behov og ønsker om transporttjeneste i forbindelse med arbeid og utdanning. Registrert med følgende i IPLOS registeret: Klasse personopplysninger: kode nr 11 (behov for transporttjeneste arbeid og utdanning), verdi 1 (ja, behov for transporttjeneste). Klasse personopplysninger: kode 12 (mottar transporttjeneste arbeid og utdanning), verdi 1.</p> <p>Måltall 5-8: Antall søkere/tjenestemottakere (alle aldre, 0-17 år, 18-66 år eller 67 år og eldre) med delvis innfridde behov og ønsker om transporttjeneste i forbindelse med arbeid og utdanning. Registrert med følgende i IPLOS registeret: Klasse personopplysninger: kode nr 11 (behov for transporttjeneste arbeid og utdanning), verdi 1 (ja, behov for transporttjeneste). Klasse personopplysninger: kode 12 (mottar transporttjeneste arbeid og utdanning), verdi 2 (udekket behov).</p> <p>Måltall 9-12: Antall søkere/tjenestemottakere (alle aldre, 0-17 år, 18-66 år eller 67 år og eldre) med behov og ønsker om transporttjeneste i forbindelse med arbeid og utdanning som ikke er innfridd. Registrert med følgende i IPLOS registeret: Klasse personopplysninger: kode nr 11 (behov for transporttjeneste arbeid og utdanning), verdi 1 (ja, behov for bistand) Klasse personopplysninger: kode 12 (mottar transporttjeneste arbeid og utdanning), verdi 3 (mottar ikke transporttjeneste).</p> <p>Måltall 13-16: Antall søkere/tjenestemottakere (alle aldre, 0-17 år, 18-66 år eller 67 år og eldre) med behov og ønsker om transporttjeneste i forbindelse med arbeid og utdanning uten rapportering på om tjeneste er mottatt Registrert med følgende i IPLOS registeret: Klasse personopplysninger: kode nr 11 (behov transporttjeneste arbeid og utdanning), verdi 1 (ja, behov for transporttjeneste). Klasse personopplysninger: ingen registrering på kode nr 12</p>
16. Sammenligningsgrunnlag (nevner)	<p>Måltall 1a, 2a, 3a, 4a, 5a, 6a, 7a, 8a, 9a, 10a, 11a, 12a, 13a, 14a, 15a og 16a: Totalt antall søkere/tjenestemottakere (alle aldre, 0-17 år, 18-66 år eller 67 år og eldre) med behov og ønsker om transporttjeneste i forbindelse med arbeid og utdanning. Registrert med følgende i IPLOS registeret: Klasse personopplysninger: kode nr 11 (behov for bistand arbeid og utdanning), verdi 1 (ja, behov for bistand).</p>
17. Hovedmåltall	<p>Måltall 1a: Andel søkere/tjenestemottakere i alle aldre med innfridde behov og ønsker om transporttjeneste i forbindelse med arbeid og utdanning. Måltall 1b: Antall søkere/tjenestemottakere i alle aldre med innfridde behov og ønsker om transporttjeneste i forbindelse med arbeid og utdanning.</p> <p>Måltall 2a: Andel søkere/tjenestemottakere i aldersgruppen 0-17 år med innfridde behov og ønsker om transporttjeneste i forbindelse med arbeid og utdanning. Måltall 2b: Antall søkere/tjenestemottakere i aldersgruppen 0-17 år med innfridde behov og ønsker om transporttjeneste i forbindelse med arbeid og utdanning.</p> <p>Måltall 3a: Andel søkere/tjenestemottakere i aldersgruppen 18-66 år med innfridde behov og ønsker om transporttjeneste i forbindelse med arbeid og utdanning. Måltall 3b: Antall søkere/tjenestemottakere i aldersgruppen 18-66 år med innfridde behov og ønsker om transporttjeneste i forbindelse med arbeid og utdanning.</p> <p>Måltall 4a: Andel søkere/tjenestemottakere i aldersgruppen 67 år og eldre med innfridde behov og ønsker om transporttjeneste i forbindelse med arbeid og utdanning. Måltall 4b: Antall søkere/tjenestemottakere i aldersgruppen 67 år og eldre med innfridde behov og ønsker om transporttjeneste i forbindelse med arbeid og utdanning.</p>
18. Andre måltall	<p>Måltall 5a: Andel søkere/tjenestemottakere i alle aldre med delvis innfridde behov og ønsker om transporttjeneste i forbindelse med arbeid og utdanning. Måltall 5b: Antall søkere/tjenestemottakere i alle aldre med delvis innfridde behov og ønsker om transporttjeneste i forbindelse med arbeid og utdanning.</p> <p>Måltall 6a: Andel søkere/tjenestemottakere i aldersgruppen 0-17 år med delvis innfridde behov og ønsker om transporttjeneste i forbindelse med arbeid og utdanning. Måltall 6b: Antall søkere/tjenestemottakere i aldersgruppen 0-17 år med delvis innfridde behov og</p>

	<p>ønsker om transporttjeneste i forbindelse med arbeid og utdanning.</p> <p>Måltall 7a: Andel søkere/tjenestemottakere i aldersgruppen 18-66 år med delvis innfridde behov og ønsker om transporttjeneste i forbindelse med arbeid og utdanning. Måltall 7b: Antall søkere/tjenestemottakere i aldersgruppen 18-66 år med delvis innfridde behov og ønsker om transporttjeneste i forbindelse med arbeid og utdanning.</p> <p>Måltall 8a: Andel søkere/tjenestemottakere i aldersgruppen 67 år og eldre med delvis innfridde behov og ønsker om transporttjeneste i forbindelse med arbeid og utdanning. Måltall 8b: Antall søkere/tjenestemottakere i aldersgruppen 67 år og eldre med delvis innfridde behov og ønsker om transporttjeneste i forbindelse med arbeid og utdanning.</p> <p>Måltall 9a: Andel søkere/tjenestemottakere i alle aldre med behov og ønsker om transporttjeneste i forbindelse med arbeid og utdanning som ikke er innfridd. Måltall 9a: Antall søkere/tjenestemottakere i alle aldre med behov og ønsker om transporttjeneste i forbindelse med arbeid og utdanning som ikke er innfridd.</p> <p>Måltall 10a: Andel søkere/tjenestemottakere i aldersgruppen 0-17 år med behov og ønsker om transporttjeneste i forbindelse med arbeid og utdanning som ikke er innfridd. Måltall 10a: Antall søkere/tjenestemottakere i aldersgruppen 0-17 år med behov og ønsker om transporttjeneste i forbindelse med arbeid og utdanning som ikke er innfridd.</p> <p>Måltall 11a: Andel søkere/tjenestemottakere i aldersgruppen 18-66 år med behov og ønsker om transporttjeneste i forbindelse med arbeid og utdanning som ikke er innfridd. Måltall 11b: Antall søkere/tjenestemottakere i aldersgruppen 18-66 år med behov og ønsker om transporttjeneste i forbindelse med arbeid og utdanning som ikke er innfridd.</p> <p>Måltall 12a: Andel søkere/tjenestemottakere i aldersgruppen 67 år og eldre år med behov og ønsker om transporttjeneste i forbindelse med arbeid og utdanning som ikke er innfridd. Måltall 12b: Antall søkere/tjenestemottakere i aldersgruppen 67 år og eldre år med behov og ønsker om transporttjeneste i forbindelse med arbeid og utdanning som ikke er innfridd.</p> <p>Måltall 13a: Andel søkere/tjenestemottakere i alle aldre med behov og ønsker om transporttjeneste i forbindelse med arbeid og utdanning uten rapportering på om tjenesten er mottatt. Måltall 13b: Antall søkere/tjenestemottakere i alle aldre med behov og ønsker om transporttjeneste i forbindelse med arbeid og utdanning uten rapportering på om tjenesten er mottatt.</p> <p>Måltall 14a: Andel søkere/tjenestemottakere i aldersgruppen 0-17 år med behov og ønsker om transporttjeneste i forbindelse med arbeid og utdanning uten rapportering på om tjenesten er mottatt. Måltall 14b: Antall søkere/tjenestemottakere i aldersgruppen 0-17 år med behov og ønsker om transporttjeneste i forbindelse med arbeid og utdanning uten rapportering på om tjenesten er mottatt.</p> <p>Måltall 15a: Andel søkere/tjenestemottakere i aldersgruppen 18-66 år med behov og ønsker om transporttjeneste i forbindelse med arbeid og utdanning uten rapportering på om tjenesten er mottatt. Måltall 15b: Antall søkere/tjenestemottakere i aldersgruppen 18-66 år med behov og ønsker om transporttjeneste i forbindelse med arbeid og utdanning uten rapportering på om tjenesten er mottatt.</p> <p>Måltall 16a: Andel søkere/tjenestemottakere i aldersgruppen 67 år og eldre år med behov og ønsker om transporttjeneste i forbindelse med arbeid og utdanning uten rapportering på om tjenesten er mottatt. Måltall 16b: Antall søkere/tjenestemottakere i aldersgruppen 67 år og eldre år med behov og ønsker om transporttjeneste i forbindelse med arbeid og utdanning uten rapportering på om tjenesten er mottatt.</p>
19. Presiseringer rundt utvalg	Søkere/tjenestemottakere uten behov/ønske om transporttjeneste i forbindelse med arbeid og utdanning (klasse personopplysninger, kode nr 11, verdi 2) eller hvor det ikke er relevant (klasse personopplysninger, kode nr 11, verdi 9) ekskluderes i alle måltall.
20. Manglende rapportering	Andel søkere/tjenestemottakere med behov og ønsker om transporttjeneste i forbindels med arbeid og utdanning uten rapportering om mottatt tjeneste settes som eget måltall (måltall 13-16).
21. Teknisk beregning av indikator	Ikke aktuelt.
22. Nivå for publisering eksternt	Land,fylker, kommuner og kostragrupeer.

23. Standard klassifikasjoner	Klasse personopplysninger (IPLOS registeret) inneholder personinformasjon som kan endres over tid.
Datainnsamling/kilder	
24. Datakilder	SSB er databehandleransvarlig.
25. Bearbeiding/revisjon av data	Individbaserte pseudonymiserte data sendes årlig til SSB fra kommunene. Dataene publiseres på kommunenivå i statistikkbanken. Kommunen kan til enhver tid hente ut rapporter på enhetsnivå og kommunenivå ved hjelp av IPLOS-sumrapporter i den elektroniske pasientjournal/saksbehandlingssystem.
26. Type datakilde og lovhjemmel	Rapportering til IPLOS-registeret er obligatorisk for kommunene og er regulert av Forskrift om pseudonymt register for individbasert helse- og omsorgsstatistikk (6).
27. Hyppighet for innsamling av data hos datakilde	Årlig
28. Aktualitet og hyppighet ved publisering som nasjonal kvalitetsindikator	Årlig
Tolkning av tallene	
29. Sammenlignbarhet over tid og sted	Resultater fra denne indikatoren egner seg for sammenlikning mellom kommuner og innad egen kommune over tid.
30. Feilkilder og usikkerhet	Det er søkerens/tjenestemottakerens behov og ønsker som skal ligge til grunn for vurdering av behov for transport til å stå i arbeid eller utdanning. Ulik tolking av behov eller ønsker kan bidra til ulik registreringspraksis i kommunene og dermed usikkerhet i hvorvidt man registrerer det samme i alle kommuner. Tallene må derfor tolkes med forsiktighet.
31. Særsilt informasjon for tolkning av denne indikatoren	Det er søkerens/tjenestemottakerens behov og ønsker som skal ligge til grunn for vurdering av behov for transport til å stå i arbeid og utdanning.
32. Relaterte indikatorer	<ul style="list-style-type: none"> - Hjelp til reise til og fra organisasjonsarbeid, kultur eller fritidsaktiviteter - Bistand til å delta i arbeid og utdanning - Bistand til å delta i i organisasjonsarbeid, kultur og fritidsaktiviteter
Videreutvikling	
33. Videre utvikling av datakilder/indikator	Ulik registreringspraksis i kommunene bidrar til at indikatoren må tolkes med forsiktighet. For å sikre lik registreringspraksis trengs god opplæring og veiledning av saksbehandlere og dokumentasjonspliktige i kommunene. Helsedirektoratet sørger for dette i et samarbeid med kommunene.
Publisering	
34. Publiseringsarena	www.helsenorge.no
35. Andre publiseringsarena	www.helsedirektoratet.no
Referanser	
36. Referanser	<ol style="list-style-type: none"> 1. St.meld. nr. 25 (2005-2006) Mestring, muligheter og mening https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-25-2005-2006-/id200879/ 2. Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen (sosialtjenesteloven) https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2009-12-18-131 3. Omsorgsplan 2020 https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/innsikt/omsorgsplan-2015-og-2020/id737786/ 4. IPLOS-registeret, Ofte stilte spørsmål og svar https://helsedirektoratet.no/iplos-registeret/iplos-sporsmal-og-svar/samfunnsdeltagelse 5. IPLOS Veileder for personell i kommunale helse- og omsorgstjenester https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/iplos-veileder-for-personell-i-kommunale-helse-og-omsorgstjenester 6. Forskrift om pseudonymt register for individbasert helse- og omsorgsstatistikk: https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2006-02-17-204



[ID-nr]	Hjelp til reise til og fra organisasjonsarbeid, kultur eller fritidsaktiviteter	
1. Definisjon	Andel søkere/tjenestemottakere med innfridde behov og ønsker om transporttjeneste i forbindelse med organisasjonsarbeid, kultur eller fritidsaktiviteter.	
2. Sektor	Primærhelsetjenesten	
3. Fagområde	Kommunale helse- og omsorgstjenester	
4. Type	Prosess	
5. Primær dimensjon av kvalitet	Samordnet og preget av kontinuitet	
6. Evt. sekundær dimensjon av kvalitet	Involvere bruker	
7. Fokusområde	Behovsplanlegging og kartlegging	
Godkjenning		
8. Godkjent dato først gang	Saksnr i 360-13/10391	
9. Godkjent av	Helsedirektoratet	
10. Revisjonshistorikk	1.0-juni 2016 etablert som ny nasjonal kvalitetsindikator	
Faglig begrunnelse/målsetning		
11. Begrunnelse for valg	<p>Personer med behov for omsorgstjenester har rett på sosiale tiltak som bidrar til en mest mulig aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre. I stortingsmelding nr. 25 "Mestring, muligheter og mening" (1), påpekes det at omsorgstjenesten bør få et sterkere fokus på aktivisering, trivsel og sosiale tiltak. Lov om sosiale tjenester (2) pålegger kommunene å yte sosiale tjenester som bidrar til dette. Deltagelse i organisasjonsarbeid, kultur og fritidsaktiviteter oppleves som særdeles meningsfullt for de fleste. Transporthjelp kan være helt nødvendig for å få til dette.</p> <p>I Omsorgsplan 2020 (3) beskriver myndighetene at de vektlegger "aktiv omsorg" som et viktig satsningsområde for å skape en mest mulig aktiv og meningsfull tilværelse for brukere i fellesskap med andre. Helse- og Omsorgsdepartementet ønsker at det utvikles kvalitetsindikatorer som måler brukeres mulighet til å ha en aktiv og meningsfull tilværelse sammen med andre.</p> <p>Indikatoren vil gi en indikasjon på hvor stor andel av tjenestemottakere/søkere med behov for transport til organisasjonsarbeid, kultur og fritidsaktiviteter som får dette og om tilbudet dekker deres behov. I tillegg vil den gi en indikasjon på om det er forskjeller mellom aldersgrupper.</p>	
12. Målsetning	Alle med behov for transporttjenester i forbindelse med deltagelse i organisasjonsarbeid, kultur eller fritidsaktiviteter har rett til nødvendig transporthjelp på et forsvarlig nivå.	
13. Målgruppe for denne indikatoren	8.1. Politiske aktører	Politiske aktører blir varslet hvis det er store variasjoner mellom fylker/kommuner.
	8.3. Ledelse i sektor	Ledelsen i sektor kan styre og evt. omprioritere ressurser for å sikre gode og likeverdige tjenester til brukerne.
	8.4. Helsepersonell	Helsepersonell kan benytte resultatet for evt. å forbedre behovsplanlegging og kartlegging til brukere
	8.2. Innbygger/ pasient/bruker/ pårørende/media	Innbyggere, pasienter, pårørende og media blir orientert om kommunes tilbud til personer som trenger bistand til å delta i organisasjonsarbeid, kulturtilbud eller fritidsaktiviteter.
14. Begrepsavklaringer	Behov for transport: Personen trenger en transporttjeneste fordi vedkommende selv ikke klarer å komme seg til aktuelt sted ved hjelp av buss, trikk osv. Transporttjeneste som det offentlige formidler er servicetransport, taxi, spesielle busser og lignende. (Fra IPLOS-registeret, Ofte stilte spørsmål og svar) (4).	
Beregning		
15. Utvalg i fokus (teller)	Måltall 1-4: Antall søkere/tjenestemottakere (alle aldre, 0-17 år, 18-66 år eller 67 år og eldre) med innfridde behov og ønsker om transporttjeneste til organisasjonsarbeid, kultur eller fritidsaktiviteter.	

	<p>Registrert med følgende i IPLOS registeret: Klasse personopplysninger: kode nr 15 (behov for transporttjeneste organisasjonsarbeid, kultur eller fritidsaktiviteter), verdi 1 (ja, behov for transporttjeneste). Klasse personopplysninger: kode 16 (mottar transporttjeneste organisasjonsarbeid, kultur eller fritidsaktiviteter), verdi 1.</p> <p>Måltall 5-8: Antall søkere/tjenestemottakere (alle aldre, 0-17 år, 18-66 år eller 67 år og eldre) med delvis innfridde behov og ønsker om transporttjeneste til organisasjonsarbeid, kultur eller fritidsaktiviteter.</p> <p>Registrert med følgende i IPLOS registeret: Klasse personopplysninger: kode nr 15 (behov for transporttjeneste organisasjonsarbeid, kultur eller fritidsaktiviteter), verdi 1 (ja, behov for transporttjeneste). Klasse personopplysninger: kode 16 (mottar transporttjeneste organisasjonsarbeid, kultur eller fritidsaktiviteter), verdi 2 (udekket behov).</p> <p>Måltall 9-12: Antall søkere/tjenestemottakere (alle aldre, 0-17 år, 18-66 år eller 67 år og eldre) med behov og ønsker om transporttjeneste til organisasjonsarbeid, kultur eller fritidsaktiviteter som ikke er innfridd.</p> <p>Registrert med følgende i IPLOS registeret: Klasse personopplysninger: kode nr 15 (behov for transporttjeneste til organisasjonsarbeid, kultur eller fritidsaktiviteter), verdi 1 (ja, behov for transporttjeneste) Klasse personopplysninger: kode 16 (mottar transporttjeneste til organisasjonsarbeid, kultur eller fritidsaktiviteter), verdi 3 (mottar ikke transporttjeneste).</p> <p>Måltall 13-16: Antall søkere/tjenestemottakere (alle aldre, 0-17 år, 18-66 år eller 67 år og eldre) med behov og ønsker om transporttjeneste til organisasjonsarbeid, kultur eller fritidsaktiviteter uten rapportering på om tjeneste er mottatt.</p> <p>Registrert med følgende i IPLOS registeret: Klasse personopplysninger: kode nr 15 (behov for transporttjeneste til organisasjonsarbeid, kultur eller fritidsaktiviteter), verdi 1 (ja, behov for transporttjeneste). Klasse personopplysninger: ingen registrering på kode nr 16.</p>
<p>16. Sammenligningsgrunnlag (nevner)</p>	<p>Måltall 1a, 2a, 3a, 4a, 5a, 6a, 7a, 8a, 9a, 10a, 11a, 12 a, 13a, 14a, 15a og 16a: Totalt antall søkere/tjenestemottakere (alle aldre, 0-17 år, 18-66 år eller 67 år og eldre) med behov og ønsker om transporttjeneste til organisasjonsarbeid, kultur og fritidsaktiviteter.</p> <p>Registrert med følgende i IPLOS registeret: Klasse personopplysninger: kode nr 15 (behov for bistand organisasjonsarbeid, kultur og fritidsaktiviteter), verdi 1 (ja, behov for bistand).</p>
<p>17. Hovedmåltall</p>	<p>Måltall 1a: Andel søkere/tjenestemottakere i alle aldre med innfridde behov og ønsker om transporttjeneste til organisasjonsarbeid, kultur og fritidsaktiviteter.</p> <p>Måltall 1b: Antall søkere/tjenestemottakere i alle aldre med innfridde behov og ønsker om transporttjeneste til organisasjonsarbeid, kultur og fritidsaktiviteter.</p> <p>Måltall 2a: Andel søkere/tjenestemottakere i aldersgruppen 0-17 år med innfridde behov og ønsker om transporttjeneste til organisasjonsarbeid, kultur og fritidsaktiviteter.</p> <p>Måltall 2b: Antall søkere/tjenestemottakere i aldersgruppen 0-17 år med innfridde behov og ønsker om transporttjeneste til organisasjonsarbeid, kultur og fritidsaktiviteter.</p> <p>Måltall 3a: Andel søkere/tjenestemottakere i aldersgruppen 18-66 år med innfridde behov og ønsker om transporttjeneste til organisasjonsarbeid, kultur og fritidsaktiviteter.</p> <p>Måltall 3b: Antall søkere/tjenestemottakere i aldersgruppen 18-66 år med innfridde behov og ønsker om transporttjeneste til organisasjonsarbeid, kultur og fritidsaktiviteter.</p> <p>Måltall 4a: Andel søkere/tjenestemottakere i aldersgruppen 67 år og eldre med innfridde behov og ønsker om transporttjeneste til organisasjonsarbeid, kultur og fritidsaktiviteter.</p> <p>Måltall 4b: Antall søkere/tjenestemottakere i aldersgruppen 67 år og eldre med innfridde behov og ønsker om transporttjeneste til organisasjonsarbeid, kultur og fritidsaktiviteter.</p>
<p>18. Andre måltall</p>	<p>Måltall 5a: Andel søkere/tjenestemottakere i alle aldre med delvis innfridde behov og ønsker om transporttjeneste til organisasjonsarbeid, kultur og fritidsaktiviteter.</p> <p>Måltall 5b: Antall søkere/tjenestemottakere i alle aldre med delvis innfridde behov og ønsker om transporttjeneste til organisasjonsarbeid, kultur og fritidsaktiviteter.</p> <p>Måltall 6a: Andel søkere/tjenestemottakere i aldersgruppen 0-17 år med delvis innfridde behov og ønsker om transporttjeneste til organisasjonsarbeid, kultur og fritidsaktiviteter.</p> <p>Måltall 6b: Antall søkere/tjenestemottakere i aldersgruppen 0-17 år med delvis innfridde behov og</p>

	<p>ønsker om transporttjeneste til organisasjonarbeid, kultur og fritidsaktiviteter.</p> <p>Måltall 7a: Andel søkere/tjenestemottakere i aldersgruppen 18-66 år med delvis innfridde behov og ønsker om transporttjeneste til organisasjonarbeid, kultur og fritidsaktiviteter. Måltall 7b: Antall søkere/tjenestemottakere i aldersgruppen 18-66 år med delvis innfridde behov og ønsker om transporttjeneste til organisasjonarbeid, kultur og fritidsaktiviteter.</p> <p>Måltall 8a: Andel søkere/tjenestemottakere i aldersgruppen 67 år og eldre med delvis innfridde behov og ønsker om transporttjeneste til organisasjonarbeid, kultur og fritidsaktiviteter. Måltall 8b: Antall søkere/tjenestemottakere i aldersgruppen 67 år og eldre med delvis innfridde behov og ønsker om transporttjeneste til organisasjonarbeid, kultur og fritidsaktiviteter.</p> <p>Måltall 9a: Andel søkere/tjenestemottakere i alle aldre med behov og ønsker om transporttjeneste til organisasjonarbeid, kultur og fritidsaktiviteter som ikke er innfridd. Måltall 9b: Antall søkere/tjenestemottakere i alle aldre med behov og ønsker om transporttjeneste til organisasjonarbeid, kultur og fritidsaktiviteter som ikke er innfridd.</p> <p>Måltall 10a: Andel søkere/tjenestemottakere i aldersgruppen 0-17 år med behov og ønsker om transporttjeneste til organisasjonarbeid, kultur og fritidsaktiviteter som ikke er innfridd. Måltall 10b: Antall søkere/tjenestemottakere i aldersgruppen 0-17 år med behov og ønsker om transporttjeneste til organisasjonarbeid, kultur og fritidsaktiviteter som ikke er innfridd.</p> <p>Måltall 11a: Andel søkere/tjenestemottakere i aldersgruppen 18-66 år med behov og ønsker om transporttjeneste til organisasjonarbeid, kultur og fritidsaktiviteter som ikke er innfridd. Måltall 11b: Antall søkere/tjenestemottakere i aldersgruppen 18-66 år med behov og ønsker om transporttjeneste til organisasjonarbeid, kultur og fritidsaktiviteter som ikke er innfridd.</p> <p>Måltall 12a: Andel søkere/tjenestemottakere i aldersgruppen 67 år og eldre med behov og ønsker om transporttjeneste til organisasjonarbeid, kultur og fritidsaktiviteter som ikke er innfridd. Måltall 12a: Antall søkere/tjenestemottakere i aldersgruppen 67 år og eldre med behov og ønsker om transporttjeneste til organisasjonarbeid, kultur og fritidsaktiviteter som ikke er innfridd.</p> <p>Måltall 13a: Andel søkere/tjenestemottakere i alle aldre med behov og ønsker om transporttjeneste til organisasjonarbeid, kultur og fritidsaktiviteter uten rapportering på om tjenesten er mottatt. Måltall 13b: Antall søkere/tjenestemottakere i alle aldre med behov og ønsker om transporttjeneste til organisasjonarbeid, kultur og fritidsaktiviteter uten rapportering på om tjenesten er mottatt.</p> <p>Måltall 14a: Andel søkere/tjenestemottakere i aldersgruppen 0-17 år med behov og ønsker om transporttjeneste til organisasjonarbeid, kultur og fritidsaktiviteter uten rapportering på om tjenesten er mottatt. Måltall 14b: Antall søkere/tjenestemottakere i aldersgruppen 0-17 år med behov og ønsker om transporttjeneste til organisasjonarbeid, kultur og fritidsaktiviteter uten rapportering på om tjenesten er mottatt.</p> <p>Måltall 15a: Andel søkere/tjenestemottakere i aldersgruppen 18-66 år med behov og ønsker om transporttjeneste til organisasjonarbeid, kultur og fritidsaktiviteter uten rapportering på om tjenesten er mottatt. Måltall 15b: Antall søkere/tjenestemottakere i aldersgruppen 18-66 år med behov og ønsker om transporttjeneste til organisasjonarbeid, kultur og fritidsaktiviteter uten rapportering på om tjenesten er mottatt.</p> <p>Måltall 16a: Andel søkere/tjenestemottakere i aldersgruppen 67 år og eldre med behov og ønsker om transporttjeneste til organisasjonarbeid, kultur og fritidsaktiviteter uten rapportering på om tjenesten er mottatt. Måltall 16a: Antall søkere/tjenestemottakere i aldersgruppen 67 år og eldre med behov og ønsker om transporttjeneste til organisasjonarbeid, kultur og fritidsaktiviteter uten rapportering på om tjenesten er mottatt.</p>
19. Presiseringer rundt utvalg	Søkere/tjenestemottakere uten behov og ønsker om transporttjeneste til organisasjonsarbeid, kultur eller fritidsaktiviteter (klasse personopplysninger, kode nr 15, verdi 2) eller hvor det ikke er relevant (klasse personopplysninger, kode nr 15, verdi 9) ekskluderes i all emåltall.
20. Manglende rapportering	Andel søkere/tjenestemottakere med behov og ønsker om transporttjeneste til organisasjonsarbeid, kultur eller fritidsaktiviteter uten rapportering om mottatt tjeneste settes som eget måltall (måltall 13-16)
21. Teknisk beregning av	Ikke aktuelt.

indikator	
22. Nivå for publisering eksternt	Land, fylker, kommuner, kostragrunder
23. Standard klassifikasjoner	Klasse personopplysninger (IPLOS registeret) inneholder personinformasjon som kan endres over tid.
Datainnsamling/kilder	
24. Datakilder	SSB er databehandleransvarlig.
25. Bearbeiding/revisjon av data	Individbaserte pseudonymiserte data sendes årlig til SSB fra kommunene. Dataene publiseres på kommunenivå i statistikkbanken. Kommunen kan til enhver tid hente ut rapporter på enhetsnivå og kommunenivå ved hjelp av IPLOS-sumrapporter i den elektroniske pasientjournal/saksbehandlingssystem.
26. Type datakilde og lovhjemmel	Rapportering til IPLOS-registeret er obligatorisk for kommunene og er regulert av Forskrift om pseudonymt register for individbasert helse- og omsorgsstatistikk (5).
27. Hyppighet for innsamling av data hos datakilde	Årlig
28. Aktualitet og hyppighet ved publisering som nasjonal kvalitetsindikator	Årlig
Tolkning av tallene	
29. Sammenlignbarhet over tid og sted	Resultater fra denne indikatoren egner seg for sammenlikning mellom kommuner og innad i egen kommune over tid.
30. Feilkilder og usikkerhet	Det er søkerens/tjenestemottakerens behov og ønsker som skal ligge til grunn for vurdering av behov for transport i forbindelse med organisasjonsarbeid, kulturtilbud eller fritidsaktiviteter. Ulik tolking av behov eller ønsker kan bidra til ulik registreringspraksis i kommunene og dermed usikkerhet i hvorvidt man registrerer det samme i alle kommuner. Tallene må derfor tolkes med forsiktighet.
31. Særskilt informasjon for tolkning av denne indikatoren	Det er søkerens/tjenestemottakerens behov og ønsker som skal ligge til grunn for vurdering av behov for transport i forbindelse med organisasjonsarbeid, kulturtilbud eller fritidsaktiviteter.
32. Relaterte indikatorer	<ul style="list-style-type: none"> - Hjelp til reise til og fra arbeid og utdanning. - Bistand til å delta i organisasjonsarbeid, kultur eller fritidsaktiviteter - Bistand til å delta i arbeid og utdanning
Videreutvikling	
33. Videre utvikling av datakilder/indikator	Ulik registreringspraksis i kommunene bidrar til at indikatoren må tolkes med forsiktighet. For å sikre lik registreringspraksis trengs god opplæring og veiledning av saksbehandlere og dokumentasjonspliktige i kommunene. Helsedirektoratet sørger for dette i et samarbeid med kommunene.
Publisering	
34. Publiseringsarena	www.helsenorge.no
35. Andre publiseringsarena	www.helsedirektoratet.no
Referanser	
36. Referanser	<ol style="list-style-type: none"> 1. St.meld. nr. 25 (2005-2006) Mestring, muligheter og mening https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-25-2005-2006-id200879/ 2. Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen (sosialtjenesteloven) https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2009-12-18-131 3. Omsorgsplan 2020 https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/innsikt/omsorgsplan-2015-og-2020/id737786/ 4. IPLOS-registeret, Ofte stilte spørsmål og svar https://helsedirektoratet.no/iplos-registeret/iplos-sporsmal-og-svar/samfunnsdeltagelse 5. Forskrift om pseudonymt register for individbasert helse- og omsorgsstatistikk https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2006-02-17-204



Keisersnitt	
1. Definisjon	Andel keisersnitt hos alle fødende
2. Sektor	Spesialisthelsetjeneste
3. Fagområde	Somatisk helse
4. Type	Resultatindikator
5. Primær dimensjon av kvalitet (Velg en)	Virkningsfull
6. Evt. sekundær dimensjon av kvalitet	
7. Fokuseringsområde	
Godkjenning	
8. Godkjent dato først gang	Saksnr i 360 – 13/10392 / 30. juni 2016
9. Godkjent av	Helsedirektoratet
10. Revisjonshistorikk	
Faglig begrunnelse/målsetning	
11. Begrunnelse for valg	<p>Keisersnitt, sectio cesarea, er en operasjon som gjøres for å få ut barn fra morens livmor. Keisersnitt kan være livreddende for både mor og barn, samtidig som det er en større operasjon som kan ha uheldige effekter. Det er ingen internasjonal enighet om hva som er den optimale frekvensen av keisersnitt. Det er imidlertid bred faglig enighet om at andelen keisersnitt uten god medisinsk indikasjon skal være så lav som mulig. Kvaliteten på helsetjenestene og helsetilstanden til de fødende påvirker e keisersnittfrekvensen, og i dag er både for hyppig og for sjelden bruk av keisersnitt et globalt helseproblem. Keisersnittfrekvensen er derfor ikke et direkte mål på kvaliteten på svangerskaps- og fødselsomsorgen, men må tolkes med forsiktighet i forhold til andre faktorer og kvalitetsindikatorer.</p> <p>De førstegangsfødende er den største risikogruppen når det gjelder bruken av keisersnitt av to grunner; som gruppe har de klart større risiko for keisersnitt enn de flergangsfødende og et keisersnitt ved første fødsel øker risikoen betydelig for keisersnitt ved senere fødsler. God og trygg fødselshjelp til de førstegangsfødende vil senke både den generelle risikoen ved svangerskap og fødsel og risikoen for nytt keisersnitt. En god praksis hos de førstegangsfødende vil senke den totale bruken av keisersnitt i fødepopulasjonen. På fødeinstitusjoner på samme nivå (med lignende fødepopulasjoner), bør det ikke være stor variasjon i keisersnittfrekvensen.</p> <p>Korttidskomplikasjoner</p> <p>Forekommer hos ca. 21 % av alle kvinner med keisersnitt (1). De vanligste er komplikasjoner under selve operasjonen, blodtap og infeksjoner. Sårinfeksjon innen 30 dager etter keisersnittet forekommer hos 8,3 % av keisersnittforløste i Norge(2).</p> <p>Risikoen for korttidskomplikasjoner er større ved akutte keisersnitt, narkose, for tidlig fødsel, stort barn og langt framskredet fødsel med stor mormunnsåpning. Alvorlige komplikasjoner som skade av blære eller tarm er sjeldne.</p> <p>Langtidskomplikasjoner</p> <p>Den viktigste følgen av keisersnitt er betydelig økt risiko for nytt keisersnitt i senere svangerskap, mens de som føder normalt i stor grad vil føde vaginalt også i senere svangerskap (ca. 95 % av flergangsfødende med tidligere normal fødsel føder normalt) (3). Tidligere keisersnitt er forbundet med hyppigere spontanabort, graviditet utenfor livmoren, blødning i svangerskap, veksthemmet foster, for tidlig fødsel, lav fødselsvekt og langvarig fødsel. Det er også økt risiko for alvorlige komplikasjoner som fastsittende eller foranliggende morkake som gir stor fare for alvorlig blødning, rift i livmoren og fosterdød (4,5,6)</p> <p>Mange av disse komplikasjonene kan også inntreffe av andre grunner, og en del kvinner har økt risiko for svangerskapskomplikasjoner og keisersnitt i et påfølgende svangerskap, uavhengig av forløsningsmetoden i et tidligere svangerskap.</p> <p>Komplikasjoner hos barnet</p> <p>Barn født ved planlagt keisersnitt får hyppigere akutte pusteproblemer etter fødselen sammenlignet</p>

	med barn som er født normalt eller ved akutt keisersnitt (7). Risikoen øker jo lenger før beregnet termin keisersnittet gjøres. Det er i studier funnet 50 prosent økt risiko for alvorlig astma hos barn født ved keisersnitt sammenlignet med barn født normalt, uten at man vet om dette er en direkte følge av keisersnittet eller har andre årsaker (8).	
12. Målsetning	Sikre medisinsk begrunnet bruk av keisersnitt og unngå keisersnitt uten god medisinsk indikasjon	
13. Målgruppe for denne indikatoren (Beskriv formål med denne indikatoren per aktuell målgruppe)	13.1. Politiske aktører	Politiske aktører blir varslet på et overordnet nivå dersom det er store variasjoner mellom helseregioner, helseforetak og sykehus.
	13.2. Ledelse i sektor	Ledelsen i helsesektoren har sørget for ansvaret innen fødselsomsorgen, og kan styre og evt. omprioritere ressurser for å sikre at helsetjenesten innen fødselsomsorgen har god kvalitet og pasientsikkerhet.
	13.3. Helsepersonell	Helsepersonell kan benytte resultatet for å forbedre sin praksis innen fødselsomsorgen og gjennomføre lokalt forbedringsarbeid.
	13.4. Innbygger/pasient/bruker/pårørende/media	Brukere og pårørende får informasjon om hvorvidt helsetjenesten utøves med god kvalitet og pasientsikkerhet og kan benytte dette for å ta informerte og kvalifiserte valg. Offentligheten får innsikt i kvaliteten på helsetjenestene, og kan sikre at pasientsikkerheten i helsetjenestene ikke har uønsket variasjon.
14. Begrepsavklaringer	<p>Keisersnitt er forløsning av et barn via et kirurgisk inngrep gjennom bukveggen og livmorveggen.</p> <p>Elektivt keisersnitt: Planlegges minst 8 timer før start av inngrepet og før kvinnen er i fødsel</p> <p>Akutt keisersnitt: Beslattes mindre enn 8 timer før start av inngrepet og mens kvinnen er i fødsel</p> <p>Robson-gruppene (The Ten Group Classification System of Robson; «Robson Ten»): Robson-gruppene er et internasjonalt system (WHO) som kategoriserer fødende i 10 ulike grupper basert på karakteristika som antall fødsler en kvinne har hatt, fødselsstart, svangerskapslengde, fosterleie og antall barn. Robson klassifiseringen kan brukes til å analysere variasjon i keisersnittbruken mellom populasjoner, institusjoner, foretak eller regioner, og til å intervensere og gi anbefalinger.</p> <p>Robsons 10 grupper:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Førstegangsfødende, ett foster i hodeleie, ≥ 37 uker, med spontan fødselsstart 2. Førstegangsfødende, ett foster i hodeleie, ≥ 37 uker, med indusert fødsel eller keisersnitt før spontan fødselsstart 3. Flergangsfødende, ett foster i hodeleie, ≥ 37 uker, med spontan fødselsstart 4. Flergangsfødende, ett foster i hodeleie, ≥ 37 uker, med indusert fødsel eller keisersnitt før spontan fødselsstart 5. Alle med tidligere keisersnitt, ett foster i hodeleie, ≥ 37 uker 6. Alle førstegangsfødende med ett foster i seteleie 7. Alle flergangsfødende med ett foster i seteleie 8. Alle med flerlinger 9. Alle fosterleier som ikke er sete- eller hodeleie 10. Alle premature < 37 uker med ett foster i hodeleie 	
Beregning		
15. Utvalg i fokus (teller)	Måltall 1: Antall keisersnitt hos alle fødende Måltall 2: Antall keisersnitt hos førstegangsfødende i Robson 1 og 2 Måltall 3: Antall keisersnitt hos førstegangsfødende i Robson 1	
16. Sammenligningsgrunnlag (nevner)	Måltall 1: Antall fødende kvinner i perioden Måltall 2: Totalt antall kvinner i Robson gruppe 1 og 2 Måltall 3: Totalt antall kvinner i Robson gruppe 1	
17. Hovedmåltall	Andel keisersnitt hos alle fødende	
18. Andre måltall	Andel keisersnitt hos førstegangsfødende (ett foster i hodeleie, ≥ 37 uker, med spontan fødselsstart) Andel akutt keisersnitt hos førstegangsfødende (ett foster i hodeleie, ≥ 37 uker, med spontan fødselsstart)	
19. Presiseringer rundt utvalg	Alle levendefødte, samt dødfødte større eller lik 500 gram eller mer eller lik 22 uker. Ved fødestuer utføres normalt sett ikke keisersnitt, og fødsler ved fødestuer er derfor ekskludert fra denne indikatoren	
20. Manglende rapportering	Neglisjerbart	
21. Teknisk beregning av indikator	Se 15-16	
22. Nivå for publisering eksternt	Landet, helseregion, helseforetak, sykehus	
23. Standard klassifikasjoner	Bedrifts- og foretaksnummer: Bedrifts- og foretaksnummer er benyttet for identifisering av enheter	
Datainnsamling/kilder		
24. Datakilder	Medisinsk fødselsregister (MFR), Folkehelseinstituttet	

25. Bearbeiding/revisjon av data	Innrapportering direkte til MFR. Tallene kvalitetssikres fortløpende gjennom året, med publisering av foreløpige tall i juni påfølgende år. MFR tar kontakt med den enkelte rapporteringsenhet i kvalitetssikringsprosessen.
26. Type datakilde og lovhjemmel	Elektronisk melding til MFR. Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i Medisinsk fødselsregister (Medisinsk fødselsregisterforskriften) (9)
27. Hyppighet for innsamling av data hos datakilde	Fortløpende innhenting gjennom året
28. Aktualitet og hyppighet ved publisering som nasjonal kvalitetsindikator	Årlig
Tolkning av tallene	
29. Sammenlignbarhet over tid og sted	Sammenlignbare mellom institusjoner med samme risikoprofil, mellom regioner, mellom land og over tid.
30. Feilkilder og usikkerhet	<p>Forskjeller mellom fødeinstitusjoner kan skyldes flere faktorer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tilfeldigheter • Ulik bruk av diagnostiske kriterier • Risikosentralisering • Variasjoner i fødejournalsystemenes data • Variasjoner i meldepraksis og meldesvikt • Feil i MFR (Medisinsk fødselsregister)-rutiner • Reelle forskjeller i kvalitet <p>Det er ofte en kombinasjon av flere av disse</p>
31. Særskilt informasjon for tolkning av denne indikatoren	<p>I Norge er fødeinstitusjonene inndelt i tre nivåer: fødestue, fødeavdeling og kvinneklinikk. Seleksjon av fødende til ulike typer fødeinstitusjoner er basert på en risikovurdering etter gitte kriterier (10). Fødselsantallet varierer ved de ulike fødeinstitusjonene og institusjoner med et lite antall fødsler kan få store utslag i statistikken.</p> <p>Ved fødestuer utføres normalt sett ikke keisersnitt, og fødsler ved fødestuer er derfor ekskludert fra denne indikatoren.</p>
32. Relaterte indikatorer	Postoperative infeksjoner etter utført keisersnitt; Dype infeksjoner og organ-/hulromsinfeksjoner etter utført keisersnitt; Pasienter med oppfølging av infeksjonsstatus 30 dager etter utført keisersnitt
Videreutvikling	
33. Videre utvikling av datakilder/indikator	Videreutvikle slik at risikoprofil på sykehus fremkommer i visningen (se punkt 29).
Publisering	
34. Publiseringsarena	www.helsenorge.no
35. Andre publiseringsarena	www.helsedirektoratet.no
Referanser	
36. Referanser	<ol style="list-style-type: none"> 1. Häger R, Daltveit AK, Hofoss D, Nilsen ST, Kolaas T, Øian P, Henriksen T. Complications of cesarean deliveries: Rates and risk factors. Am J Obstet Gynecol 2004; 190: 428-34. 2. Eriksen HM, Sæther AR, Løwer HL, Vangen S, Hjetland R, Lundmark H, Aavitsland P. Infeksjoner etter keisersnitt. Tidsskr Nor Lægeforen 2009; 129:618-22. 3. Hemminki E, Shelley J, Gissler M. Mode of delivery and problems in subsequent births: a register based study from Finland. Am J Obstet Gynecol 2005; 193:169-77. 4. Kennare R, Tucker G, Heard A et al. Risks of adverse outcomes in the next birth after a first cesarean delivery. Obstet Gynecol 2007; 109(5):270-6. 5. Al-Zirqi I, Stray-Pedersen B, Vangen S. Uterin rupture after previous caesarean section. BJOG 2010;117:809-820. 6. Ananth CV MPH, Smulian J, Vinzileos AM. The association of placenta previa with history of cesarean delivery and abortion: A metaanalysis. Am J Obstet Gynecol 1997; 177:1071-8. 7. Hansen AK, Wisborg K, Ulbjerg N, Henriksen TB. Risk of respiratory morbidity in term infants delivered by elective caesarean section: cohort study. BMJ 2008; 336(7635):85. 8. Tollånes MC, Moster D, Daltveit AK, Irgens LM. Cesarean section and risk of severe childhood asthma: a population-based cohort study. J Pediatr 2008 Jul; 153 (1):112 9. Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i Medisinsk fødselsregister (Medisinsk fødselsregisterforskriften). https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2001-12-21-1483?q=medisinsk_fodselsregistre. 10. Helsedirektoratet, Et trygt fødetilbud, forslag til kvalitetskrav for fødeinstitusjoner, IS-1803, Oslo 2010