

www.sintef.no



**SINTEF Helse**

Postadresse:

Pb 124, Blindern, 0314 Oslo/

7465 Trondheim

Telefon:

40 00 25 90 (Oslo og Trondheim)

Telefaks:

22 06 79 09 (Oslo)

73 59 63 61 (Trondheim)

Foretaksregisteret: NO 948 007 029 MVA

SINTEF RAPPORT

TITTEL

Rapportering av kvalitetsindikatorer for psykisk helsevern for barn og unge**Delrapport 2 - status per desember 2005**

FORFATTER(E)

Husum T. L, Christensen Ø, Nguyen D, Ruud T.

OPPDRAGSGIVER(E)

Helse Øst RHF

RAPPORTNR.	GRADERING	OPPDRAGSGIVERS REF.	
STF78 A054512	Åpen	Kostas Vilimas	
GRADER. DENNE SIDE	ISBN	PROSJEKTNR.	ANTALL SIDER OG BILAG
Åpen	82-14-03830-8	78i036.30	23 + vedlegg
ELEKTRONISK ARKIVKODE		PROSJEKTLEDER (NAVN, SIGN.)	VERIFISERT AV (NAVN, SIGN.)
IPH\prosjekt\78i036.30 Delrapport 2		Forskningssjef Torleif Ruud	
ARKIVKODE	DATO	GODKJENT AV (NAVN, STILLING, SIGN.)	
E	2005-12-22	Forskningssjef Arne Eide	

SAMMENDRAG

Helse Øst RHF er av Helsedepartementet gitt i oppdrag å lede et nasjonalt strategiarbeid innen psykisk helsearbeid. Det nasjonale strategiarbeidet innen psykisk helsearbeid er et ledd i Opptappingsplanen for psykisk helse (St. meld. 25). I juni 2004 ble det besluttet å følge opp tre satsningsområder innen psykisk helsevern på nasjonalt nivå med registrering over et halvt år ved alle de regionale helseforetakene på følgende områder: Etablere individuell plan (IP) for flere pasienter, redusere epikrisetid og redusere ventetid for barn og unge. I tillegg ønsker Helse Øst RHF måling i eget helseforetak av andelen pasienter med hoveddiagnose innen psykisk helsevern for voksne, og innen psykisk helsevern for barn og unge. SINTEF Helse har samlet inn og rapportert kvalitetsindikatorer til Helse Øst RHF. Første datainnsamling ble presentert i en rapport i desember 2004. Andre datainnsamling fra psykisk helsevern for barn og unge blir presentert her i desember 2005. Rapporteringen av kvalitetsindikatorer for psykisk helsevern for voksne var ikke god nok til å presenteres nå, men vil bli presentert i en egen rapport våren 2006.

Konklusjon denne rapporten – kvalitetsindikatorer i BUP:

Andel epikriser som er sent innen en uke etter utskrivning har økt fra 68 til 73 prosent.

Ventetiden til første konsultasjon har økt med tre dager i perioden.

Rapporteringen om individuelle planer er for mangelfull til at det kan beregnes kvalitetsindikator.

I Helse Øst BUP er det en tilbakegang på åtte prosent i andel pasienter som er tilfredsstillende diagnostisk vurdert i forhold til kriteriene.

STIKKORD	NORSK	ENGELSK
GRUPPE 1	Kvalitetsindikatorer i psykisk helsevern	Mediators in mental health services
GRUPPE 2	Psykisk helsevern	Mental Health Services



Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	1
Tabelloversikt.....	2
Figuroversikt.....	2
1 Innledning	3
2 Oppsummering	4
3 Datagrunnlag	6
3.1 Psykisk helsevern for barn og unge.....	6
3.1.1 Andel pasienter med individuelle planer	6
3.1.2 Epikrisetid	7
3.1.3 Ventetid til første konsultasjon.....	8
4 Psykisk helsevern for barn og unge.....	9
4.1 Andel barn og unge med individuell plan	9
4.1.1 Målsetting: Å etablere individuell plan for flere pasienter.....	9
4.1.2 Definisjon av indikatoren.....	9
4.1.3 Status til individuell plan som kvalitetsindikator i BUP.....	10
4.1.4 Tabell individuelle planer i BUP	12
4.2 Epikrisetid i psykisk helsevern for barn og unge.....	13
4.2.1 Definisjon av indikator	13
4.2.2 Status for epikrisetid som kvalitetsindikator	13
4.2.3 Figur andel epikriser sendt ut innen en uke i BUP	14
4.3 Ventetid til første konsultasjon i BUP.....	15
4.3.1 Målsetting og definisjon av indikator	15

4.3.2	Status for ventetid til første konsultasjon som kvalitetsindikator i BUP	15
4.3.3	Figur ventetid til første konsultasjon i BUP	16
5	Andel pasienter diagnostisk vurdert i BUP i Helse Øst RHF.....	17
5.1	Definisjon av indikator	17
5.2	Måisseting og begrunnelse for indikatoren.....	17
5.3	Datagrunnlag	17
5.4	Status for andel diagnostisk vurdert som kvalitetsindikator i BUP i Helse Øst RHF..	18
5.5	Figur diagnostisk vurdert i Helse Øst RHF (BUP)	19
6	Videre utfordringer	21
7	Referanser	22
8	Vedlegg	23
8.1	Definisjon av de nasjonale kvalitetsindikatorene	23

Tabelloversikt

Tabell 4.1	Oversikt over antall og andel rapporterte individuelle planer per HF og RHF, første halvår 2005 i BUP.	12
------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

Figuroversikt

Figur 4.1	Epikrisetid per HF og RHF og for landet i prosent. Andre halvår 2004 og første halvår 2005.....	14
Figur 4.2	Ventetid i antall dager i BUP (HF, RHF og landet), andre halvår 2004 og første halvår 2005.....	16
Figur 5.1	Andel pasienter diagnostisk vurdert i psykisk helsevern for barn og unge i Helse Øst i prosent – 2. halvår 2004 og første halvår 2005.	19

1 Innledning

Helse Øst RHF er av Helsedepartementet gitt i oppdrag å lede et nasjonalt strategiarbeid innen psykisk helsearbeid. Arbeidet startet opp 4. mars 2004 og skal være avsluttet innen 1. juli 2006. Det nasjonale strategiarbeidet innen psykisk helsearbeid er et ledd i Opptrappingsplanen for psykisk helse (St. meld. 25).

I juni 2004 ble det besluttet å følge opp tre satsningsområder innen psykisk helsevern på nasjonalt nivå med registrering over et halvt år ved alle de regionale helseforetakene på følgende områder:

1. Etablere individuell plan (IP) for flere pasienter
2. Redusere epikrisetid
3. Redusere ventetid for barn og unge
4. I tillegg ønsker Helse Øst RHF måling i eget helseforetak av andelen pasienter med hoveddiagnose innen psykisk helsevern for voksne, og innen psykisk helsevern for barn og unge.

SINTEF Helse er ved brev av 23.08.2004 fra Helse Øst RHF forespurt om å foreta innsamling, bearbeiding og statistisk fremstilling av data fra alle de regionale helseforetakene for de tre første satsningsområdene overfor. I tillegg ønsker Helse Øst RHF å registrere andel pasienter med hoveddiagnose som kvalitetsindikator i sin region. Etter forslag fra SINTEF Helse ble indikatorene knyttet til arbeidet med nasjonale kvalitetsindikatorer, både hva gjelder definisjoner og datainnsamling. Definisjonene på kvalitetsindikatorene er utarbeidet av en arbeidsgruppe i Sosial- og helsedirektoratet. Rapporteringsenhet vil være helseforetak (HF) og Regionalt Helseforetak (RHF).

Kvalitetsindikatorene for 2.halvår 2004 for psykisk helsevern for voksne og BUP ble presentert i en delrapport i juni 2005. I denne foreliggende delrapporten blir kvalitetsindikatorene for 1.halvår 2005 i BUP presentert og sammenlignet med tallene fra forrige innsamling. Kvalitetsindikatorene for psykisk helsevern for voksne fra 1.halvår i 2005 vil bli presentert i tredje og siste delrapport våren 2006. At presentasjon av indikatorene for psykisk helsevern for voksne må vente til våren 2006, skyldes mangelfull rapportering fra institusjonene. Årsaken er at datasystemene i institusjonene ikke er i stand til å levere data på gjeldende format (XML).



2 Oppsummering

Kvalitetsindikatorer i BUP

Epikrisetid

På landsbasis har andel epikriser som er sendt ut innen en uke økt fra 68 til 73 prosent i registreringsperioden i psykisk helsevern for barn og unge. Det vil si en forbedring på fem prosent. Variasjonen mellom RHF-ene er fra 65 prosent i Helse Vest RHF til 74 prosent i Helse Midt-Norge RHF.

Ventetid til første konsultasjon

Median ventetid til første konsultasjon i BUP har økt med tre dager fra siste halvår i 2004 til første halvår i 2005. Ved den første registreringen av ventetid som kvalitetsindikator var den på 23 dager. Ved neste registrering i første halvår i 2005 var den økt til 26 dager (median). Alle fem RHF-ene ligger relativt likt med en median ventetid på mellom 25 og 29 dager i første halvår i 2005.

Andel barn og unge med individuell plan

Målsettingen var å øke andel pasienter med individuell plan med ti prosent fra første til andre rapporteringstidspunkt. Foreløpig er det bare litt over halvparten av HF-ene som rapporterer antall pasienter med individuelle planer overhodet. Med data fra et så lite antall HF-er det ikke meningsfylt å si noe om hvor mange pasienter i BUP som i dag har en individuell plan. Det foreligger heller ikke noen norm for hvor mange man tenker seg av BUP-pasientene som har behov for en plan. I Helse Sør RHF som er det RHF som har rapportert om flest pasienter med individuell plan har seks prosent av pasientene en plan.

Det som er oppløftende i denne sammenheng er at antall HF som har rapportert data om antall pasienter med individuell plan har i denne registreringsperioden økt fra 12 til 17 stykker. Dette utgjør en økning på 42 prosent. Men tanke på at den nasjonale målsetningen var å øke antall individuelle planer med ti prosent i registreringsperioden, så har i det minste antall HF som rapporterer individuelle planer økt med 42 prosent.

Som konklusjon kan det sies at før man kan vurdere hvor stor andel av pasientene i BUP som har en individuell plan, må man ha fokus på og prioritere kvaliteten på rapportering av denne indikatoren.

Andel barn og unge i Helse Øst RHF som er tilfredsstillende diagnostisk vurdert

Resultatet for BUP i Helse Øst totalt sett er en tilbakegang på åtte prosent i andel pasienter som er tilfredsstillende diagnostisk vurdert i forhold til kriteriene. Ved rapporteringen andre halvår i 2004 var 30 prosent av pasientene tilfredsstillende diagnostisk vurdert. Det tilsvarende tallet første halvår 2005, er 22 prosent. Målet for diagnostisk vurdert som kvalitetsindikator er også her at 100 prosent av pasientene skal være diagnostisk vurdert og ha fått en hoveddiagnose i løpet av behandlingen. Forbedringspotensialet når det gjelder denne kvalitetsindikatoren må derfor kunne sies å være betydelig.

3 Datagrunnlag

3.1 Psykisk helsevern for barn og unge

For psykisk helsevern for barn og unge har vi beregnet de samme indikatorene som for psykisk helsevern for voksne. I tillegg har vi også beregnet ventetiden til første konsultasjon for pasientene. Nesten alle institusjoner i psykisk helsevern for barn og unge benytter samme pasientadministrative system. Dette betyr at dataformat og rapportering har vært mer helhetlig og komplettheten på rapportering har også vært god innenfor BUP. Leverandøren av dette systemet har i lang tid levert versjoner som kan rapportere aktivitetsdata på nytt format til NPR. Fordi feltet for registrering av individuell plan ikke var obligatorisk før i 2005 er den i 2004 beregnet ut fra manuelle rapporter. Alle de tre andre indikatorene er beregnet ut fra ordinære aktivitetsdata. Fra 2005 ble også individuell plan inkludert i den elektroniske rapporteringen, og individuell plan som kvalitetsindikator har for 1. halvdel av 2005 blitt rapportert elektronisk.

3.1.1 Andel pasienter med individuelle planer

Datagrunnlaget for denne indikatoren er manuelle innrapporteringer fra institusjonene til Norsk pasientregister. Institusjonene ble bedt om å telle opp hvor mange av pasientene som var til behandling i perioden 1. september til 31. desember som hadde en individuell plan.

Definisjonen av individuell plan ble hentet fra forskriften om individuelle planer, og det ble understreket at bare planer som tilfredsstilte de relativt detaljerte kravene i forskriften skulle regnes som en individuell plan. Dersom institusjonen selv hadde startet arbeidet med en individuell plan, men manglet innspill fra andre tjenesteytere, skulle planen ikke telles med. Denne måten å definere individuelle planer på har virket urimelig på mange aktører i spesialisthelsetjenesten, fordi andel pasienter med individuell plan i stor grad er avhengig av innsats fra aktørene utenfor spesialisthelsetjenesten. På den annen side er jo hensikten med individuell plan nettopp at det skal etableres gode samarbeidsforhold på tvers av sektorer og nivåer. Hele opptrappingsplanen for psykisk helsevern bygger i stor grad på at det etableres samarbeid mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten.

Vi har i samråd med oppdragsgiver besluttet å benytte det totale antallet pasienter som nevner for indikatoren. Alle pasienter med behov for langvarige og koordinerte helsetjenester har rett til å få utarbeidet en individuell plan. Pasientene må gi samtykke til at det utarbeides en plan og har rett til å reservere seg mot at det er. Et unntak er pasienter som er underlagt tvungent psykisk helsevern som institusjonen skal utarbeide plan for uansett.

Begrunnelsen for å velge alle pasienter er først og fremst at det ikke er enkelt å avgjøre om en pasient har behov for langvarige og sammensatte tjenester eller ikke. For unngå at ulike oppfatninger om hvilke pasienter som har rett til en individuell plan, valgte vi derfor å se på hvor stor andel av alle pasienter som hadde en slik plan. Det betyr at andelen ikke skal være på 100 prosent. Særlig når indikatoren skal presenteres på helseforetaksnivå mener vi at det er lite sannsynlig at det er store forskjeller mellom helseforetakene i hvor stor andel av pasientene som har rett til individuell plan.

Informasjon om innsamling av manuelle data om individuelle planer ble sendt til NPR sine kontaktpersoner for kvalitetsindikatorer i psykisk helsevern i oktober 2004, dvs. etter at lokal registrering skulle ha startet. Deretter ble data kalt inn i februar 2005 for perioden 1.9 til 31.12. i 2004. Det ble også gjennomført en purring i mai 2005.

NPR har ikke mottatt data fra alle helseforetak, og i mange helseforetak er det bare noen av institusjonene som har rapportert antall individuelle planer til NPR. Vi har valgt å vise andeler i forhold til det totale antallet pasienter ved hele foretaket. Det betyr at antall individuelle planer for et begrenset antall virksomheter i foretaket er delt på antall pasienter i hele foretaket. Det betyr at jo flere enheter som har rapportert antall pasienter med individuelle planer i helseforetaket, jo "bedre" resultat for helseforetaket på denne indikatoren.

Antall pasienter (nevner) er beregnet fra datafilen for 2004 for psykisk helsevern for voksne. Vi har inkludert alle pasienter som fikk avsluttet sin behandling i rapporteringsperioden (3. tertial 2004). Det vil si at vi har tatt bort pasienter som har avsluttet sin behandling før rapporteringstidspunkt. Videre har vi talt pasienter og ikke antall sykehusopphold. Det betyr at pasienter som er behandlet flere ganger ved samme institusjon telles bare en gang. Hver institusjon genererer til NPR en unik pasientID for hver pasient, så dersom samme pasient er behandlet ved flere institusjoner vil vedkommende bli risikert å bli talt to ganger. Dersom vedkommende pasient har en individuell plan vil vi imidlertid også tro det er en relativt stor sannsynlighet for at den individuelle planen også er rapportert to ganger. Det ligger likevel en viss usikkerhet her, siden NPR ikke er et personentydig register.

Fra og med 1.1.2005 skal institusjonene rapportere om individuell plan sammen med den ordinære rapporteringen av aktivitetsdata. Det vil si at manuell telling og rapportering av individuelle planer opphørte ved årsskiftet. For å få tilgang til data om individuelle planer må imidlertid institusjonene rapportere data på nytt NPR format. Formatet var obligatorisk fra 1.1.2004, men fortsatt er det usikkert om alle helseforetak vil være i stand til å rapportere aktivitetsdata til NPR på dette formatet i 2005.

3.1.2 Epikrisetid

Siden de fleste institusjoner i psykisk helsevern for barn og unge leverer på nytt dataformat har det som nevnt vært mulig å beregne andel epikriser direkte ut fra aktivitetsdata som finnes i NPR.

I utgangspunktet er det henvisningsperioden eller behandlingsforløpet som er enheten institusjonene rapporterer til NPR. Det vil si at all behandling knyttet til samme sykdomstilfelle skal rapporteres samlet til NPR, med opplysninger om hva slags type behandling som er gitt for sykdomstilfellet. Dersom sykdommen er ferdigbehandlet, vil ansvaret for pasienten føres tilbake til primærhelsetjenesten. Samtidig skal spesialisthelsetjenesten informere om hva slags behandling som er gitt og hva slags tilstand pasienten har ved behandlingsslutt. Denne informasjonen kalles epikrise.

Vi forventer dermed at dato for sendt epikrise registreres etter behandlingsslutt. I NPR data finner vi imidlertid mange epikriser som er sendt før behandlingen er avsluttet. Vi har to forklaringer på dette. Den ene er at avdelingene mottar henvendelser eller spørsmål fra pasienter som er skrevet ut og ferdigbehandlet etter at epikrisen er sendt. Dersom henvendelsene ikke fører til ny behandling, vil henvendelsene bli registrert som indirekte pasientarbeid og så blir behandlingsforløpet avsluttet etter at epikrisen er sendt. Den andre forklaringen er at institusjonene sender en epikrise når man i et behandlingsforløp finner det naturlig å informere primærhelsetjenesten om pasientens tilstand og behandling. Det virker logisk at man i psykisk helsevern med lange behandlingsforløp som ofte skjer i samarbeid med primærlege, informerer om status selv om ikke pasienten er ferdigbehandlet. Særlig i de sistnevnte tilfellene er det vanskelig å avgjøre hvordan epikrisetid skal beregnes.

I denne rapporten har vi valgt å ta utgangspunkt i alle datoer for sendt epikrise som er rapportert til NPR. Dersom det er registrert en periodeslutt (avslutning på behandlingsforløpet) etter dato for sendt epikrise, har vi beregnet epikrisetid (tid fra behandlingsslutt til

epikrise sendt) for perioden. Dersom epikrisen er sendt før behandlingsslutt, har vi inkludert epikrisen blant epikriser sendt innen 7 dager etter periodeslutt, dersom epikrisen ikke er sendt mer enn 14 dager før behandlingen er avsluttet.

Indikatoren er altså andel epikriser sendt innen syv dager etter behandlingsslutt. Vi har et problem med behandlinger (behandlingsforløp) hvor det mangler dato for sendt epikrise. I utgangspunktet kan dette tolkes som om institusjonen ikke har laget og sendt en epikrise for disse pasientene. Indikatormessig kunne de derfor tolkes inn i gruppen som har en epikrise som er over syv dager. NPR har derimot valgt å ikke inkludere disse oppholdene inn i andelsgrunnlaget fordi vi mener at manglende registrering av epikriser ikke nødvendigvis betyr at institusjonene ikke har skrevet epikriser. I stedet har NPR rapportert dette som en feil tilbake til institusjonene.

3.1.3 Ventetid til første konsultasjon

Ventetid til første konsultasjon er definert som ventetiden fra henvisning er registrert mottatt i spesialisthelsetjenesten (mottaksdato) til den første kontakten mellom pasient/pårørende og helsepersonell.

Mottaksdato for henvisningen registreres greit i de aller fleste tilfeller, og i psykisk helsevern for barn og unge er det klart skille mellom direkte og indirekte pasientarbeid. Ventetid til første konsultasjon er dermed ventetid fra henvisning til første direkte behandling eller utredning av pasienten.

Data om behandlingsaktivitet før det gjeldende kalenderår (2004) har ikke vært tilgjengelig for oss i dette arbeidet. Det betyr at vi har opplysninger om pasienter som er henvist før 2004, med registrert behandlingsaktivitet i 2004. Sannsynligvis har det også vært utført behandling på disse pasientene før 2004, selv om ikke denne aktiviteten er registrert i vårt datamateriale. Vi har derfor valgt å ikke beregne ventetid for pasienter som er henvist før 1.1.2004. Ettersom perioden for beregning av ventetid er 1.9.2004 til 31.12.2004, regner vi med at de aller fleste av pasientene som fikk sin første konsultasjon i rapporteringsperioden, ble henvist til behandling i 2004. Dersom det finnes pasienter som har ventet mer enn åtte måneder fra henvisning til første behandling, er de ikke med i vår beregning. Det betyr at pasienter med svært lange ventetider ikke er med i beregningen, og at vi dermed risikerer å undervurdere ventetidens lengde. Vi anser likevel de beregnede ventetidene som et godt mål på variasjon i tilgjengelighet mellom helseforetakene.



4 Psykisk helsevern for barn og unge

4.1 Andel barn og unge med individuell plan

Definisjon og målsetting for Individuell Plan, er den samme i psykisk helsevern for barn og unge, som for voksne. Det er en ekstra utfordring å sikre så høy brukemedvirkning fra barn og unge som mulig i forhold til voksne. Det bør imidlertid legges til rette slik at i det minste unge ned til 12 års alder får mulighet til å utale seg og ha innflytelse over sin egen plan. Barn også under denne alderen bør få mulighet til å ha innflytelse over planen i den grad de ønsker det. Når planarbeidet gjelder barn og unge, er det ellers naturlig at helsetjenesten samarbeider tett med barns og unges pårørende i planarbeidet. Målsettingen for indikatoren er å øke andelen pasienter med IP med ti prosent i perioden fra første til andre rapportering. For nærmere beskrivelse av metode for å innhente dataene, vises til kapittel tre om datagrunnlag.

4.1.1 Målsetting: Å etablere individuell plan for flere pasienter.

Retten til å få utarbeidet en individuell plan er forankret i lov om etablering av og gjennomføring av psykisk helsevern § 4-1 og i pasientrettighetsloven § 2-5. I pasientrettighetsloven § 2-5 står det at: "Pasient som har behov for langvarige og koordinerte helsetjenester, har rett til å få utarbeidet individuell plan i samsvar med bestemmelsene i kommunehelsetjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern.

Ved helsetilsynets landsomfattende tilsyn i 2002 (Psykisk helsevern for barn og unge), og i 2003 (Psykisk helsevern for voksne) ble det avdekket store mangler i bruk av individuelle planer. De regionale helseforetakene arbeider derfor målrettet for å implementere bruk av individuelle planer og gjennomføre registreringer for å følge utviklingen. Målsettingen er at antall påbegynte IP øker med ti prosent i løpet av 2005, det vil si fra første til andre registrering av antall IP. De måletidspunkter som opprinnelig var avtalt har blitt endret noe, fordi den manuelle innsamlingen av dataene har tatt lengre tid enn opprinnelig planlagt. Fra og med 2005 vil data om IP inkluderes i den elektroniske rapporteringen av virksomhetsdata fra institusjonene til NPR og det vil da bli enklere å både registrere og rapportere denne indikatoren. For nærmere beskrivelse av metode for å innhente dataene, vises til kapittel tre om datagrunnlag.

4.1.2 Definisjon av indikatoren

Andel pasienter som har fått utarbeidet individuell plan i henhold til pasientrettighetsloven og spesialistrettighetsloven.

§ 6 i forskriftene om individuell plan lyder som følger om innholdet i en individuell plan:

Den individuelle planens innhold og omfang skal tilpasses behovene til den enkelte pasient. Det skal under utarbeidelsen av planen tas hensyn til pasientens etniske, kulturelle og språklige forutsetninger. I psykisk helsevern har alle pasienter rett til individuell plan, men pasienter som behandles frivillig skal gi samtykke til at en individuell plan blir utarbeidet.

Planen skal inneholde følgende hovedpunkter:

- a) en oversikt over pasientens mål, ressurser og behov for tjenester,
- b) en oversikt over hvem som deltar i arbeidet med planen,
- c) en angivelse av hvem som gis et ansvar for å sikre samordningen av og fremdriften i arbeidet med planen,
- d) en oversikt over hva pasienten, tjeneste- og bidragsytere og eventuelt pårørende vil bidra med i planarbeidet,
- e) en oversikt over hvilke tiltak som er aktuelle og omfanget av dem, og hvem som skal har ansvaret for disse,
- f) en beskrivelse av hvordan tiltakene skal gjennomføres,
- g) en angivelse av planperioden og tidspunkt for eventuelle justeringer og revisjon av planen,
- h) pasientens samtykke til at planen utarbeides og eventuelt samtykke til at deltakere i planleggingen gis tilgang til taushetsbelagte opplysninger og
- i) en oversikt over nødvendig eller ønskelig samarbeid med andre tjenesteyter, institusjoner eller etater.

Det er bare planer som tilfredsstillende de ovennevnte kravene i forskriften som er etterspurt. En påbegynt plan, eller en plan som bare beskriver tiltak i egen virksomhet, tilfredsstillende ikke de ovennevnte krav. Individuelle planer bør også oppdateres jevnlig etter hvert som det skjer endringer i pasientens tilstand og behov, men vi har ikke tatt hensyn til dette i rapporteringen. Det vil si at også planer som burde ha vært revidert er rapportert på linje med andre individuelle planer.

4.1.3 Status til individuell plan som kvalitetsindikator i BUP

Ved den første rapporteringen som var siste tertial 2004 hadde bare 12 HF levert data om individuell plan i psykisk helsevern for barn og unge. Med så lav svarprosent er det ikke meningsfylt å regne ut gjennomsnitt for alle HF. Spredningen blant de HF som har levert data er imidlertid at mellom en til 22 prosent av pasientene i psykisk helsevern for barn og unge har individuell plan.

Ved det andre rapporteringstidspunktet hadde spørsmål om det foreligger en individuell plan blitt inkludert i den generelle virksomhetsrapporteringen (BUB data). Etter første halvår av 2005 hadde bare 17 av landets 28 HF rapportert om individuelle planer. Til sammen rapporterte disse at 282 av pasientene i BUP hadde individuell plan. Dette utgjør tre prosent av det totale antallet pasienter i BUP i denne perioden. Variasjonen mellom BUP-ene i andel pasienter med individuell plan er fra en til 13 prosent ved Sørlandet Sykehus HF. Det foreligger ikke noe mål for hva som er det ideelle tallet for hvor mange prosent av pasientene ved BUP som bør ha individuell plan. Variasjonen mellom RHF er fra at null prosent av pasientene har individuell plan til at fem og seks prosent har det ved henholdsvis Helse Øst og Helse Sør RHF.

Som konklusjon må det kunne sies at den foreløpige innsamlingen av individuell plan som kvalitetsindikator ikke har vært så oppløftende. Det er stor variasjon mellom HF- og mellom RHF-er. Foreløpig er det rapportert at bare tre prosent av alle pasientene i BUP har en individuell plan. Slik lovverket er formulert, har alle pasienter i psykisk helsevern med behov for langvarige og koordinerte helsetjenester rett til å få utarbeidet en individuell plan hvis de ønsker det. Det foreligger foreløpig ikke noe norm eller mål på hvor stor andel av pasientene man tenker seg at dette gjelder.

Individuell plan som kvalitetsindikator har nå vært samlet inn ved to tidspunkt; etter siste tertial 2004 og etter første halvår i 2005. Det som foreløpig er nedslående er hvor få HF som foreløpig rapporterer denne indikatoren. Med et så lite antall institusjoner som har levert data blir det ikke meningsfylt å sammenligne dem på nasjonalt nivå. Det som imidlertid er et positivt funn er at antall HF som rapporterte antall individuelle planer overhodet har økt i denne perioden fra 12 til 17 stykker. Det utgjør en økning på 42 prosent flere HF som har rapportert om individuell planer.

Som hovedkonklusjon kan det sies at før man kan vurdere hvor stor andel av pasientene i BUP som i dag har en individuell plan, så må man ha fokus på og prioritere kvaliteten på rapportering av denne indikatoren.

4.1.4 Tabell individuelle planer i BUP

Tabell 4.1 Oversikt over antall og andel rapporterte individuelle planer per HF og RHF, første halvår 2005 i BUP.

Individuell plan Helseforetak	Ja		Nei	
	Antall	Andel m/ IP	Antall	Andel
Helse Nord RHF	6	0	1375	100
Helse Finnmark HF	1	0	257	100
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	0	0	414	100
Hålogalandssykehuset HF	0	0	201	100
Nordlandssykehuset HF	4	1	285	99
Helgelandssykehuset HF	1	0	218	100
Helse Vest RHF	20	1	1704	99
Helse Stavanger HF	9	1	615	99
Helse Fonna HF	0	0	216	100
Helse Bergen HF	10	2	607	98
Helse Førde HF	1	0	210	100
Privat Vest HF			56	100
Helse Sør RHF	106	6	1788	94
Blefjell Sykehus HF	0	0	167	100
SH Buskerud HF	6	2	275	98
Sørlandet Sykehus HF	69	13	479	87
Sykehuset Telemark HF	24	10	207	90
Psyk i Vestfold HF	3	1	311	99
Ringerike sykehus HF	1	1	133	99
Rikshospitalet- Radiumhospitalet HF	3	1	216	99
Helse Midt-Norge RHF	4	0	1072	100
St. Olavs Hospital HF	4	1	392	99
Helse Sunnmøre HF	0	0	253	100
Helse Nordmøre og Romsdal HF	0	0	242	100
Helse Nord Trøndelag HF	0	0	185	100
Helse Øst RHF	146	5	2983	95
Akershus UnivSH HF	38	7	486	93
Aker UnivSH HF	4	1	275	99
Sykehuset Asker og Bærum HF	4	2	217	98
SH Innlandet HF	44	6	684	94
Sykehuset Østfold HF	0	0	588	100
Ullevål universitetssykehus HF	26	6	420	94
Privat Øst HF	30	9	313	91
Total landet	282	3	8922	97

4.2 Epikrisetid i psykisk helsevern for barn og unge

4.2.1 Definisjon av indikator

Andel epikriser som er skrevet og utsendt innen syv dager (etter avslutningsdato/ avslutningsdato) etter avsluttet behandling ved innleggelse, dagbehandling eller poliklinisk konsultasjonsserie (episode i NPR-record). For nærmere beskrivelse av metode for å innhente dataene, vises til kapittel tre om datagrunnlag.

Krav til innhold i epikrisen er beskrevet i Forskrift om pasientjournal § 9 og er en sammenfatning av journalopplysninger som sendes det helsepersonell som trenger opplysninger for å kunne gi pasienten nødvendig og forsvarlig oppfølging. Epikrisen er vanligvis knyttet til en innleggelse i en avdeling, men er også gjeldende for poliklinisk behandling og tjener som dokumentasjon på pasientbehandling.

Begrunnelsen for å ha epikrisetid som en kvalitetsindikator er at den er et uttrykk for samhandling/kommunikasjon mellom sykehus/poliklinikk og øvrig helsetjeneste. Lang epikrisetid svekker pasientenes mulighet til å få kontinuitet i behandlingen og sikker oppfølging etter utskrivning/avsluttet behandling. Gjennom måling av epikrisetid rettes oppmerksomheten mot å redusere uønsket lang epikrisetid, og vil på den måten bidra til helhet og kontinuitet i tjenestetilbudet.

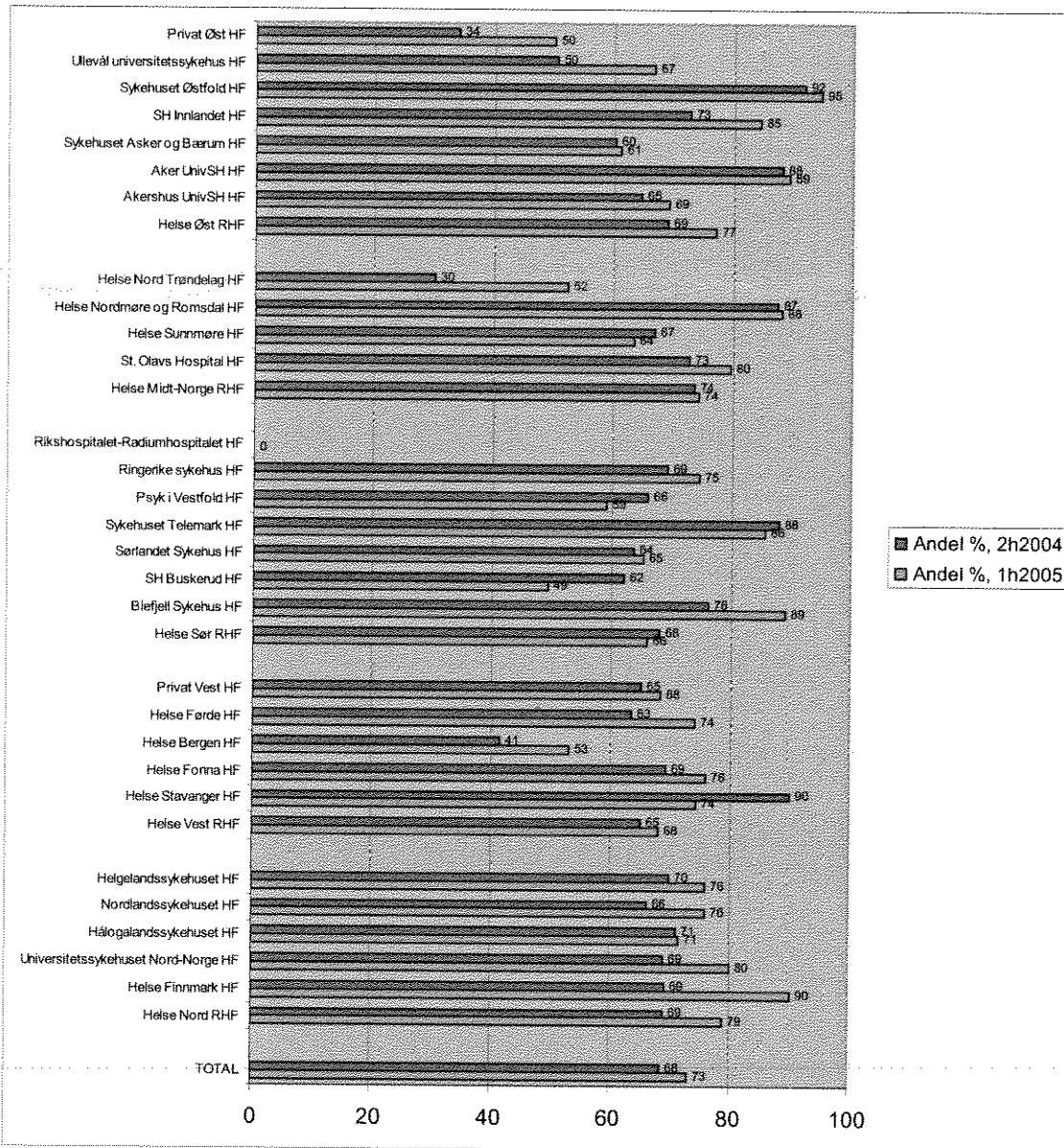
4.2.2 Status for epikrisetid som kvalitetsindikator

På landsbasis har gjennomsnittet for andel epikriser som er sendt ut innen en uke økt fra 68 til 73 prosent i registreringsperioden. Dette vil si en forbedring på fem prosent. Variasjonen mellom RHF-ene er fra 66 prosent i Helse Sør RHF til 79 prosent i Helse Nord RHF. Mellom HF-ene er variasjonen fra 49 prosent ved Sykehuset Buskerud HF til 95 prosent ved Sykehuset Østfold HF.

Venting på prøvesvar, undersøkelser, rapporter med videre som er av betydning for diagnose og behandling, kan være avgjørende for hvor lang epikrisetid som er nødvendig, og forklare noe av variasjonen i epikrisetiden. Det kan også forekomme utskrivninger hvor det er besluttet at epikrise ikke skal sendes ut. Blant annet kan pasienten selv eller foresatte motsette seg utsending av epikrise, jf. helsepersonelloven og forskrift om pasientjournal. Disse vil likevel inngå i nevneren og kan medføre lavere andel utsendte epikriser.

At en del av epikrisene ikke sendes ut innen fristen, kan også si noe om at behandlerne opplever at de ikke har tid til å prioritere dette i en hektisk klinisk hverdag. Det kan også være at det mangler gode internrutiner for epikriseskriving.

4.2.3 Figur andel epikriser sendt ut innen en uke i BUP



Figur 4.1 Epikrisetid per HF og RHF og for landet i prosent. Andre halvår 2004 og første halvår 2005

4.3 Ventetid til første konsultasjon i BUP

4.3.1 Målsetting og definisjon av indikator

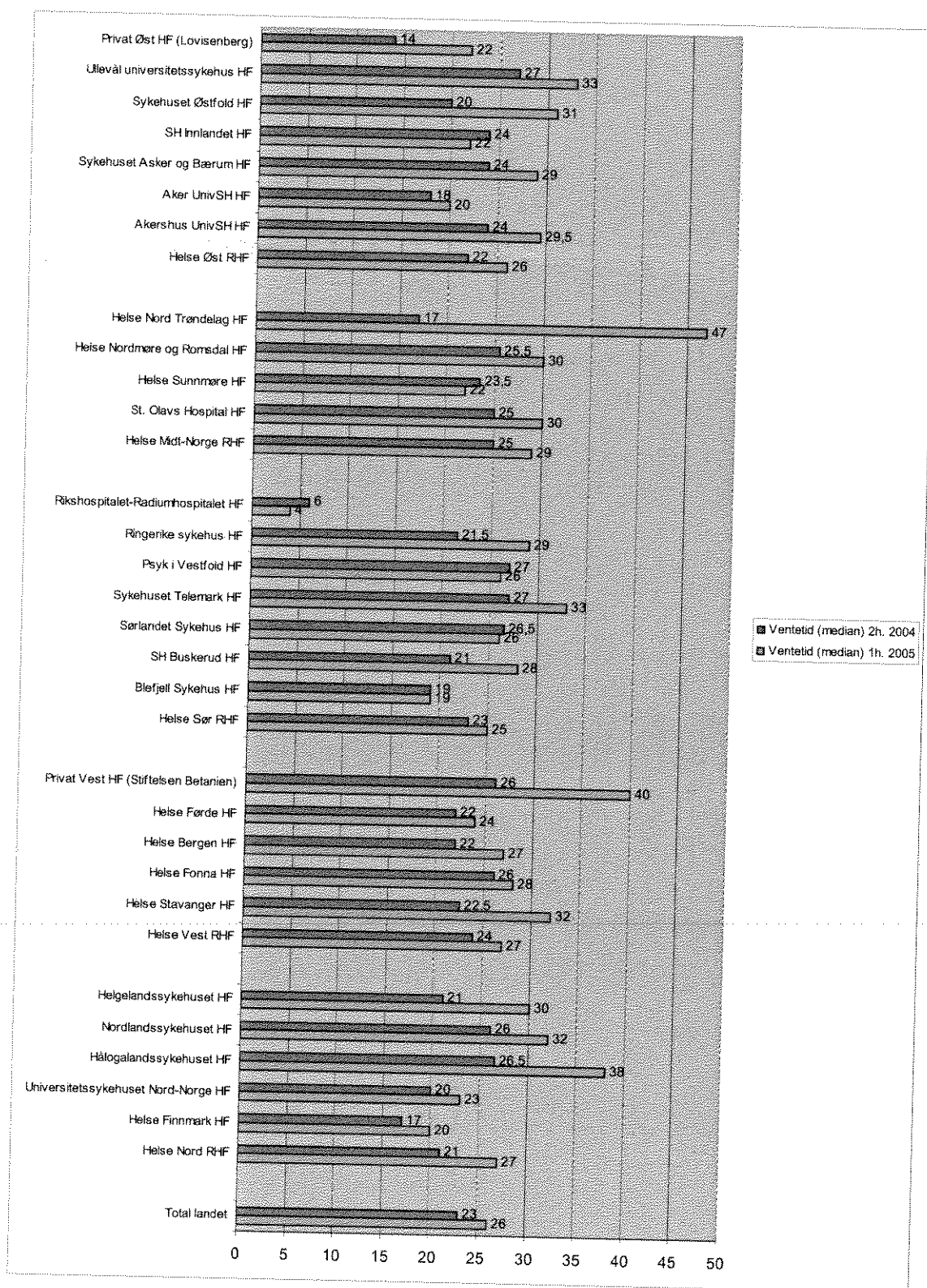
Det er også fattet vedtak om å følge utviklingen av ventetid for barn og unge på nasjonalt nivå. De registreringer som er gjort er å måle tiden det går fra henvisning er mottatt til første kliniske vurdering. Målsettingen er at denne ventetiden ikke skal overstige 20 dager. Med klinisk vurdering menes første kontakt mellom pasient eller foresatt, og aktuell institusjon i psykisk helsevern for barn og unge. For nærmere beskrivelse av metode for å innhente dataene, vises til kapittel 3 om datagrunnlag. Se også vedlegget for nærmere beskrivelse av indikatoren.

Begrunnelsen for denne indikatoren er at den angir tilgjengeligheten av den psykiske helsetjenesten for de pasientene som spesialisthelsetjenesten allerede har vurdert til å trenge en personlig vurdering og eventuelt oppstart av behandling. Om det går lang tid fra pasienten er henvist til institusjonen til klinisk vurdering finner sted, kan dette medføre at tilstanden og prognosen forverres.

4.3.2 Status for ventetid til første konsultasjon som kvalitetsindikator i BUP

Median ventetid til første konsultasjon har økt med tre dager fra siste halvår i 2004 til første halvår i 2005. Ved den første registreringen av ventetid som kvalitetsindikator var median på 23 dager. I første halvår i 2005 var den steget til 26 dager. Spredningen ved den siste rapporteringen var fra fire dager i Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF til 47 dager ved Helse Nord Trøndelag HF. RHF-ene som helhet har relativ lik median ventetid. Alle fem RHF-ene hadde median ventetid mellom 25 og 29 dager i første halvår 2005. Bare fire av HF-ene hadde en median ventetid på 20 dager eller mindre som er målsettingen for ventetiden.

4.3.3 Figur ventetid til første konsultasjon i BUP



Figur 4.2 Ventetid i antall dager i BUP (HF, RHF og landet), andre halvår 2004 og første halvår 2005

5 Andel pasienter diagnostisk vurdert i BUP i Helse Øst RHF

5.1 Definisjon av indikator

Helse Øst RHF har i tillegg til de andre indikatorene satt på dagsorden å følge opp at alle pasienter innen psykisk helsevern blir diagnostisk vurdert, og får satt en hoveddiagnose. I likhet med flere av indikatorene inngår også denne indikatoren som en nasjonal kvalitetsindikator i psykisk helsevern for barn og unge. I den nasjonale indikatoren har SHDir bestemt at hvis pasienten er registrert med kode "999" (ukjent/ikke undersøkt) eller missing, skal dette anses som ikke diagnostisert. Vi vil bruke samme kriterium for å beregne kvalitetsindikatoren til Helse Øst RHF. Vi har derfor ikke beregnet med de to prosentene av pasientene som har fått diagnosen IA (Ikke Aktuelt). Pasienten forutsettes å være diagnostisk vurdert når diagnoser er registrert i journalsystemet.

5.2 Målsetting og begrunnelse for indikatoren

Målsettingen er at 100 prosent av pasientene i Helse Øst RHF skal få en hoveddiagnose innen 1. tertial 2005. Innen psykisk helsevern for barn og unge skal pasienter være vurdert i forhold til Akse 1,2,5 og 6 i Multiaksial klassifikasjon av barne- og ungdomspsykiatriske forstyrrelser (World Health Organization, 1996; kodeboken til BUP).

Begrunnelsen til Sosial- og helsedirektoratet for å ha andel pasienter som er diagnostisk vurdert som kvalitetsindikator er at: "Utredning, diagnostisering og behandling er en kontinuerlig og sammensatt prosess, som ikke er avsluttet når pasienten får en tentativ diagnose. Likevel omfatter den diagnostiske tenkningen en målrettethet og struktur som kan komme pasientene til gode.

5.3 Datagrunnlag

I BUP-data registreres diagnoser i seks ulike dimensjoner. Diagnostiseringen skal omfatte gyldige diagnosekoder på akse 1 (klinisk psykiatrisk syndrom), akse 2 (spesifikke utviklingsforstyrrelser), akse 5 (aktuelle vanskelige psykososiale forhold) og akse 6 (global vurdering av psykososialt funksjonsnivå).

Sosial- og Helsedirektoratet har definert at man bare skal bruke 4 av de seks diagnose-aksene ved beregning av indikatoren. En pasient er diagnostisk vurdert dersom pasienten har gyldige diagnosekoder på akse 1,2,5 og 6. Det holder at man har gyldige koder på tre av de fire nevnte aksene.

NPR har i beregningene sett på andel diagnostisk vurdert kun for helseforetak som tilhører Helse Øst i henhold til prosjektplan. Videre er det kun pasienter som har avsluttet sin behandling i rapporteringsperioden eller de pasientene som er under behandling og som har seks eller flere direkte tiltak som er inkludert i utvalget. Dette betyr at pågående behandling,

men som har fem eller færre tiltak ikke er med. Årsaken er at det kan ta noe tid innen psykisk helsevern å sette en diagnose.

5.4 Status for andel diagnostisk vurdert som kvalitetsindikator i BUP i Helse Øst RHF

Datagrunnlaget for disse beregningene av andel diagnostisk vurdert er aktivitetsdatafiler fra NPR. Disse datafilene inneholder kun aktivitet for rapporteringsperioden (året eller halvåret). Da vi tidligere beregnet andel diagnostisk vurdert, var datagrunnlag datafilen for behandlingsaktivitet i hele 2004. Dessverre er diagnoser som er satt i forbindelse med behandlingsaktivitet før rapporteringsperioden, ikke med i dette datagrunnlaget. Det betyr at de beregnede andelen sannsynligvis er for lave i forhold til det som faktisk er situasjonen i helseforetakene.

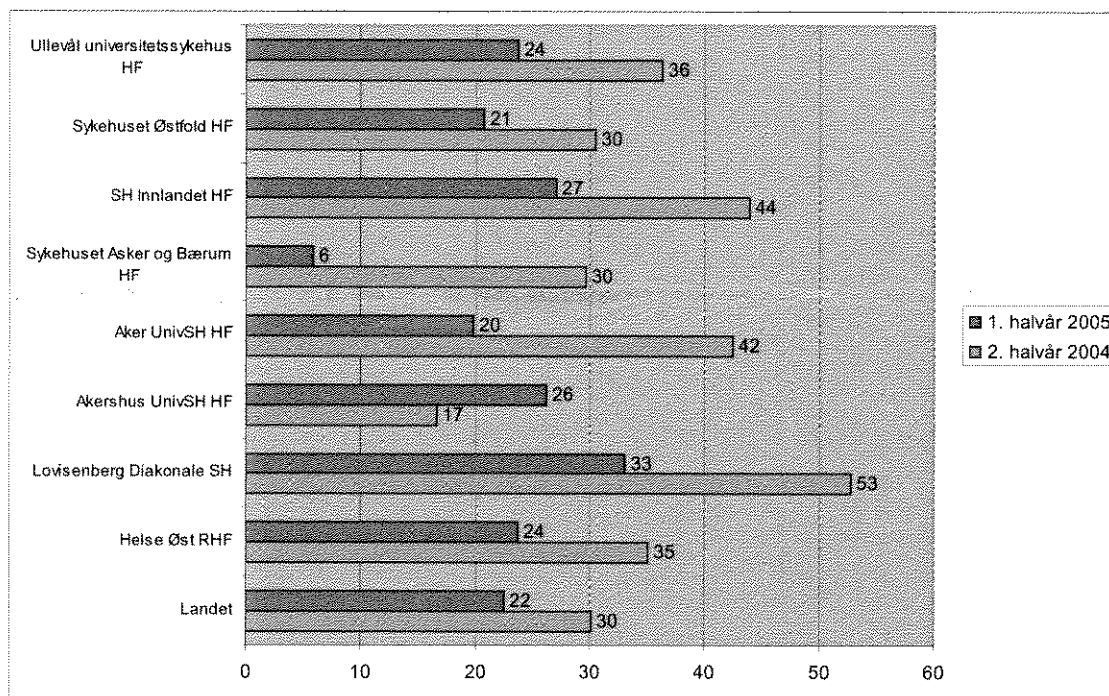
Da vi beregnet andel diagnostisk vurdert for 2. halvår 2004, fikk vi også med diagnoser som ble satt i løpet av første halvår. Det vil si at diagnoser som var satt fra 6 måneder eller mindre før rapporteringsperioden ble inkludert i beregningen. Dette fordi vi hadde tilgang til alle opplysninger om behandlingsaktivitet i 2004. Når vi nå har beregnet andel diagnostisk vurdert for 1. halvår 2005, har vi IKKE hatt tilgang til diagnoser satt 6 måneder eller mindre i forkant av rapporteringsperioden. Det skyldes at vi ikke har tilgang til data om behandlingsaktiviteten for disse pasientene, fordi den skjedde i et annet kalenderår (2004). Det betyr at vi i utgangspunktet vil ha færre diagnoser per pasient i de data vi har til rådighet for første halvår enn de data vi til rådighet for 2. halvår, fordi vi ved 2. halvår har tilgang til data for hele året.

For å få tall som viser forholdet mellom situasjonen ved 1. halvår 2005 og 2. halvår 2004, har vi derfor valgt å se bort fra aktivitet som ikke er registrert i selve rapporteringsperioden. Siden vi vet at mange diagnoser er satt utenom rapporteringsperioden, har vi bare sett på pasienter som er henvist og behandlet i rapporteringsperiodene (1. halvår 2005 og 2. halvår 2004). Det betyr at vi bare beregner andel diagnostisk vurdert for et begrenset antall pasienter. Siden dette er pasienter som har hatt korte behandlingsforløp, vil vi anta at andelen diagnostisk vurdert er lavere i denne gruppen, enn blant alle pasienter. Denne antagelsen bekreftes, ved at vi i en tidligere rapport har funnet en høyere andel diagnostisk vurdert i 2. halvår 2004, enn det vi finner når vi bare beregner andelen ut fra pasienter som er henvist og behandlet i 2. halvår 2004.

Denne begrensningen i utvalget pasienter vi beregner andelen diagnostisk vurdert for, kan imidlertid ikke forklare at det tilsynelatende er en lavere andel diagnostisk vurdert 1. halvår 2005 enn 2. halvår 2004. Resultatet for BUP i Helse Øst totalt sett er en tilbakegang på ni prosent i andel pasienter som er tilfredsstillende diagnostisk vurdert i forhold til kriteriene.

Pasienter som ble henvist og behandlet (enten ferdigbehandlet eller møtt til behandling minst 6 ganger) var 30 prosent tilfredsstillende diagnostisk vurdert andre halvår i 2004. Det tilsvarende tallet etter første halvår 2005, er 22 prosent (se figur 5.5 nedenfor).

5.5 Figur diagnostisk vurdert i Helse Øst RHF (BUP)



Figur 5.1 Andel pasienter diagnostisk vurdert i psykisk helsevern for barn og unge i Helse Øst i prosent – 2. halvår 2004 og første halvår 2005.

Nedgangen i andel diagnostisk vurdert skyldes ikke våre beregningsmåter eller de svakheter vi har i datamaterialet ved at diagnoser som er registrert utenfor rapporteringsperioden ikke er tilgjengelige. Vi har tre hypoteser som kan forklare reduksjonen i andel.

Den første hypotesen går ut på at andelen diagnostisk vurdert faktisk er lavere i første halvår 2005 enn i 2. halvår 2004. Vi observerer også en betydelig vekst i aktiviteten, slik at en lavere andel diagnostisk vurderte kan skyldes økt arbeidspress eller at flere pasienter tidligere har vært inne til en kort utredning eller behandling, hvor behandlingsansvarlige ikke mener det er grunnlag for å stille en diagnose. I så fall bør man vurdere diagnosepraksis, bl.a. om det ikke er korrekt å benytte diagnosekoden Z004 "Generell psykiatrisk undersøkelse, ikke klassifisert annet sted". En slik kode kan benyttes dersom etter en utredning konkluderer med at pasienten ikke har behov for psykisk helsevern.

Den andre hypotesen er at det har skjedd en endring i de data som er rapportert til NPR fra det pasientadministrative datasystemet (BUP-data). Rapportering til NPR skjer ved at BUP-data henter data som er lagret lokalt til en egen rapport som sendes til NPR. Vi kan ikke utelukke at det er skjedd endringer i selve BUP-datasystemet eller i rapportuttrekket, som har ført til at færre diagnoser rapporteres til NPR i 2005 enn i 2004. Det er etablert et samarbeid med leverandøren av BUP-data for å endre metoden for rapportering av diagnosedata, og denne endringen vil bli implementert i 2006. NPR vil følge opp rapportering av diagnoser fra systemet, slik at eventuelle feil blir funnet og rettet.

Den tredje hypotesen er at institusjonene har en praksis med å oppdatere pasientdata før rapportering av årsdata. Det vil si at datasystemet ikke er à jour i institusjonen til en hver tid, men at man etterregistrerer viktige opplysninger i datasystemet for at de data som

danner grunnlag for statistikk over årets aktivitet er mest mulig "korrekt". Hvis denne siste hypotesen er korrekt, kan man stille spørsmål ved verdien av å ha en diagnostisk vurdering av pasienten dersom dette skjer i ettertid for å tilfredsstille rapporteringskrav fra eiere og myndigheter.

Målet for diagnostisk vurdert som kvalitetsindikator er også her at 100 prosent av pasientene skal være diagnostisk vurdert og ha fått en hoveddiagnose i løpet av behandlingen. Forbedringspotensialet når det gjelder denne kvalitetsindikatoren må derfor kunne sies å være betydelig, selv om tallene altså kun måler situasjonen for en begrenset gruppe pasienter med relativt korte behandlingsforløp.

6 Videre utfordringer

En viktig målsetning er å fortsette å jobbe med å bedre komplettheten i dataleveransen. Spesielt for individuell plan som kvalitetsindikator er det et stort forbedringspotensial. Fra 2005 er individuell plan inkludert i den elektroniske rapporteringen av virksomhetsdata, og komplettheten på dataene bør bli bedre fremover. Det er sannsynligvis behov for oppfølging av individuell plan som kvalitetsindikator.

7 Referanser

ICD-10 manual

Kodebok for BUP – 1999

Stortingsmelding 25. Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene.



8 Vedlegg

8.1 Definisjon av de nasjonale kvalitetsindikatorene



Indikator nr: N-010	Indikator relatert til: Nasjonalt indikatorsett Psykisk helsevern (Voksne og BUP)	Indikator: Epikrisetid
Versjon nr: 1.1	Godkjent av: Bjørn Guldvog (sign)	Godkjent dato: 20.01.2005

1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN

Definisjon av indikatoren

Andel epikriser som er skrevet og utsendt innen 7 dager¹ (etter utskrivningsdato/avslutningsdato) etter avsluttet behandling ved innleggelse, dagbehandling eller poliklinisk konsultasjonsserie (episode i NPR-record).

Begrepsavklaringer

Epikrise: Er beskrevet i Forskrift om pasientjournal §9¹ og er en sammenfatning av journalopplysninger som sendes det helsepersonell som trenger opplysninger for å kunne gi pasienten nødvendig og forsvarlig oppfølging. Epikrisen er vanligvis knyttet til én innleggelse i en avdeling, men er også gjeldende for poliklinisk behandling og tjener som dokumentasjon på pasientbehandlingen.

Foreløpig epikrise, sykepleiedokumentasjon og fysioterapi- sammenfatninger etc. inngår *ikke* i definisjonen eller i omfanget av indikatoren.

Epikrisetid: Tid (i dager) som går med fra pasienten skrives ut fra institusjonen (utskrivningsdato), eller (avslutningsdato) etter poliklinisk behandling, til epikrisen er sendt ut elektronisk eller per post.

Dersom epikrisen sendes før avslutningsdato, vil epikrisetid bli beregnet fra epikrise sendt dato til nærmeste dato for en relevant kontakt (behandling).

Avslutningsdato:

Den dato hvor pasient eller pårørende har siste planlagte kontakt med poliklinikken i gjeldende polikliniske konsultasjonsserie (episode).

Hvis det utover denne dato er avtalt en definert periode hvor pasient eller familie skal kunne ta kontakt ved behov, skal avslutningsdato være siste dag i denne perioden hvis det ikke gjøres andre avtaler i mellomtiden.

For ikke-planlagte avslutninger (for eksempel pasienten eller behandler blir forhindret eller uteblir) defineres avslutningsdato som den dato poliklinikken bestemmer at den polikliniske konsultasjonsserien skal avsluttes.

Begrunnelse, referanse, evidens

Epikrisetid er et uttrykk for samhandling/kommunikasjon mellom sykehus/poliklinikk og øvrig helsetjeneste. Lang epikrisetid svekker pasientens mulighet til å få kontinuitet i behandlingen og sikker oppfølging etter utskrivelse/avsluttet behandling. Gjennom måling av epikrisetid rettes oppmerksomheten mot å redusere uønsket lang epikrisetid, og vil på den måten bidra til helhet og kontinuitet i tjenestetilbudet.

Type indikator

Indikatoren er en prosessindikator og betegner de aktiviteter og ressurser som vedrører

¹ FOR 2000-12-21 nr 1385: Forskrift om pasientjournal § 9 med kommentarer.

produksjonen av en epikrise fra pasienten er utskrevet/polikliniske konsultasjonsserie er avsluttet (episode) til epikrise er sendt.

Indikatoren uttrykker hvor stor andel av epikrisene som er sendt ut innen 7 dager.

2 METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

Indikatorpopulasjon		
Innlagte pasienter (døgnopphold), dagpasienter og polikliniske pasienter (avsluttet poliklinisk behandlingsserie BUP).		
	Inkludert populasjon	Ekskludert populasjon
Teller	Antall sendte epikriser innen 7 dager etter utskrivning, avsluttet dagbehandling/poliklinisk behandlingsserie (avsluttet henvisningsperiode, også kalt avsluttede episoder i ny NPR-record).	
Nevner	Sum utskrivninger, dagbehandlinger og avsluttede polikliniske behandlinger i rapportperioden.	
Datakilde		
Data hentes fra pasientadministrativt datasystem (NPR-2003/XML-format). Epikrisetid beregnes deretter som $\text{Dato Utskrivning} - \text{Dato Epikrise sendt}$		
Bearbeiding, aggregering og rapportering av data		
Registrerte data innhentes og bearbeides av Norsk pasientregister (NPR).		
Indikatoren uttrykkes i prosent: Andel = $(\text{Antall sendte epikriser innen 7dager} / \text{sum antall utskrivninger og polikliniske episoder}) \times 100$		
Nasjonal rapportering av indikatoren skal skje på sykehus-/institusjonsnivå.		
Data foreslås beregnet (avhengig av lokale behov) for: - hver institusjon/avdeling - hvert helseforetak		

3 TOLKNING, PRESENTASJON OG BRUK AV RESULTATER

Indikatoren brukes som

- Grunnlag for kvalitetsforbedring
- Informasjon til pasienter og henvisende leger
- Styringsinformasjon

Underliggende faktorer som kan forklare variasjoner

Venting på prøvesvar, undersøkelser, rapporter mv. som er av betydning for diagnose og behandling kan være avgjørende for hvor lang epikrisetid som er nødvendig. Det kan forekomme utskrivninger hvor det er besluttet at epikrise ikke skal sendes ut. Blant annet kan pasienten eller foresatte motsette seg utsending av epikrise, jf. helsepersonelloven og forskrift om pasientjournal. Disse utskrivningene vil likevel inngå i nevneren og kan medføre lavere andelen utsendte epikriser.

Analyse og presentasjon av data

Data aggregert på sykehus-/institusjonsnivå publiseres nasjonalt som andel epikriser som er skrevet og utsendt innen 7 dager etter avsluttet behandling v/innleggelse, dagbehandling og poliklinisk konsultasjonsserie (episoder).

Data på avdelingsnivå og postnivå foreslås brukt i lokalt styrings- og forbedringsarbeid.

Indikator nr: N-012	Indikator relatert til: Nasjonalt indikatorsett Psykisk helsevern (Vaksne og BUP)	Indikator: Ventetid til fyrste konsultasjon (Primærbehandling (klinisk vurdering))
Versjons nr: 1.1	Godkjent av: Bjørn Guldvog (sign)	Godkjent dato: 20.01.2005

1 BESKRIVING AV INDIKATOREN

Definisjon av indikatoren

Talet på dagar frå institusjonen mottok hengvisning i "postmottak" til primærbehandling/klinisk vurdering finn stad, eller skulle funnet stad om pasienten ikkje møter.

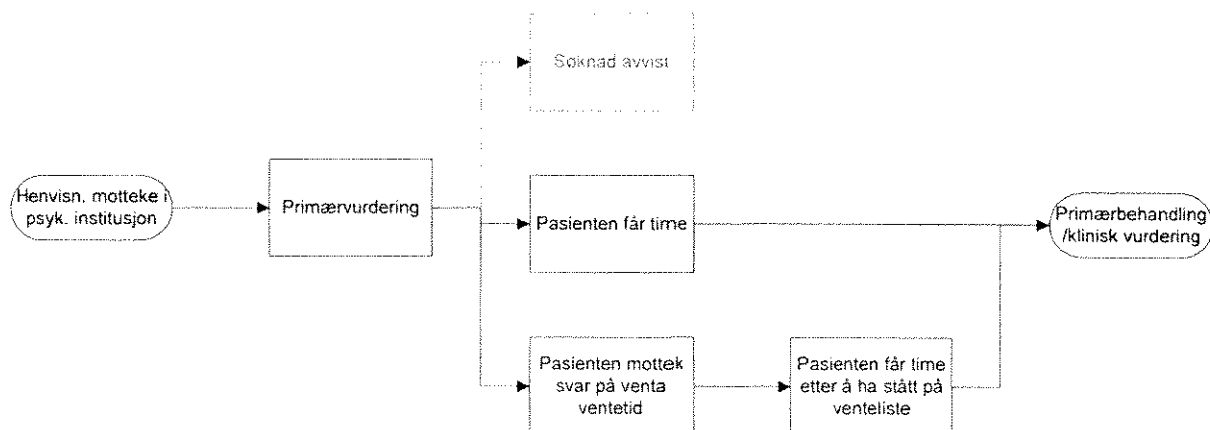
(Ein skiljar mellom dei som har rett til helsehjelp, jamfør forskrift, og dei som ikkje har denne retten. Dette gjeld for BUP, men inntil vidare ikkje for vaksenpsykiatri. Det er eitt mål også for vaksenpsykiatri, men fyrst må datakvaliteten bli betre og praksis med tildeling av rett til helsehjelp må bli meir einsarta praktisert og i samsvar med forskrifta på dette feltet).

Avklaringar

Primærbehandling (klinisk vurdering): Den fyrste personlege kontakt mellom pasient (i BUP pasient eller føresatt) og den aktuelle psykiatriske institusjonen. Kontakten skjer ved eit møte ansikt til ansikt, og utgjer vanlegvis starten på ein behandling. (Innlegging som Ø-hjelp vert ikkje rekna med som primærbehandling.)

Hengvisning til psykiatrisk behandling: Skriftleg søknad frå lege eller psykolog om at den aktuelle psykiatriske institusjon (sjukehus, DPS eller poliklinikk) vurderer og tar ein pasient inn for planlagt behandling.

Ventetid: Tida frå institusjonen mottok søknaden til primærbehandlinga finn stad, eller skulle funnet stad om pasienten ikkje møter.



Grunngjeving, referanse, evidens

Denne indikatoren angir tilgjengeligheta av den psykiatriske spesialisthelsetenesta for dei pasientane som spesialisthelsetenesta allereie har vurdert til å trenge ein personleg

vurdering og eventuelt oppstart av behandling. Gjeld både dei som har rett til helsehjelp, jf. forskrift, og dei som ikkje har det. Om det går lang tid frå pasienten er henvist til institusjonen, til primærvurdering/klinisk vurdering finn stad, kan det medføre at tilstanden og prognosen forverrar seg. Dette kan resultere i ein ikkje-planlagt innlegging, eventuelt med tvang. I fleire tilfeller vil altså ein høg ventetid for primærvurdering/klinisk vurdering kunne påverke indikatorane "Tvingen innskriving i psykiatrisk institusjon" og "Varighet av ubehandla psykose (VUP) ved første episode ikkje affektiv psykose" i negativ retning. Dette gjeld fyrst og fremst dei som har rett til helsehjelp.

Type indikator

Ventetid før primærbehandling (klinisk vurdering) er ein prosessindikator då primærbehandling/klinisk vurdering berre er byrjinga av ei behandling.

2 METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

Indikatorpopulasjon

	Inkludert populasjon	Ekskludert populasjon
	Ventetid (antall dagar) for alle henvisingar som vert følgt opp med primærbehandling/klinisk vurdering ved allmennpsykiatriske sengepostar og allmennpsykiatriske poliklinikkar skal teljast (gjeld både vaksne og BUP).	Innleggingar som Ø-hjelp skal ikkje teljast med.

Datakilde

Dato for når institusjonen mottok henvisninga vert registrert i pasientadministrativt datasystem som "henvisningsdato". Dato for primærbehandling/klinisk vurdering vert og registrert i same system.

Bearbeiding / aggregering av data

Registrerte data vert innhenta og bearbeidd av Norsk pasientregister (NPR).

For pasientar med behandlingsstart i perioden:

Dato for behandlingsstart minus dato for mottatt henvisning.

Median antall døgn:

Det "midterste" talet i ein sortert talmengde.

Maks antall døgn:

Det høgste talet i talmengden.

Ventetid for pasientar med behandlingsstart i perioden:

Innanfor vaksenpsykiatri registrerast:

Median ventetid antall døgn	Maks. ventetid antall døgn

Innanfor BUP registrerast:

Rett til helsehjelp	Median ventetid antall døgn	Maks. ventetid antall døgn
Ja	a	c
Nei	b	d

3 TOLKING, PRESENTASJON OG BRUK AV RESULTAT

Indikatoren brukast som

Styringsinformasjon, kvalitetsforbetring.

Underliggende faktorar som kan forklare variasjon

- Dei pasientane som vert tatt ut av ventelister og lagt inn som Ø-hjelp, vert ikkje rekna med. Om dette talet er stort, vil ventetida for dei som inngår i utvalet ofte vere høg. Institusjonar som har ein høg Ø-hjelpsandel kan difor komme dårleg ut på denne indikatoren.
- Institusjonar som først og fremst gir tilbod til pasientar med behov for lengre behandling, har ein seinare "turn-over", slik at ventetida kan bli forholdsmessig lengre, sjølv om det ikkje står så mange på venteliste.
- Då indikatoren ikkje skil mellom type problematikk pasienten er henvist for, vil konsekvensane for lang ventetid variere. Men konsekvensane vil stort sett bli størst for dei som har rett til helsehjelp.
- Fritt sjukehusval gjeld til ein viss grad for psykiatrisk helseteneste. Dei institusjonane som mange pasientar ynskjer seg til, kan få lange ventelister.

Analyse og presentasjon av data

Data aggregert på sjukehus-/institusjonsnivå vert presentert på nasjonalt nivå som ventetid før primærbehandling (klinisk vurdering) etter henvisning til psykiatrisk behandling.

Indikatoren er ikkje lik dei ventetidene som vert presentert frå dei nasjonale ventelistene, som viser ventetida til pasientar som er tatt av ventelista fordi behandlinga har starta.

Data på avdelingsnivå og lokalt nivå kan brukast i lokalt styrings- og forbetningsarbeid.

Indikator nr: N-013	Indikator relatert til: Nasjonalt indikatorsett Psykisk helsevern Barne- og ungdomspsykiatri (BUP)	Indikator: Andel pasienter som er diagnostisk vurdert i barne- og ungdomspsykiatrien (ICD-10 diagnose)
Versjon nr: 1.1	Godkjent av: Bjørn Guldvog (sign)	Godkjent dato: 20.01.2005

1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN

Definisjonen av indikatoren

Andel pasienter som er diagnostisk vurdert i forhold til henholdsvis Akse 1, 2, 5 og 6 i Multiaksial klassifikasjon av barne- og ungdomspsykiatriske forstyrrelser (World Health Organization, 1996)¹. Dette er et klassifikasjonssystem som dels er basert på ICD-10 og dels på etablert praksis i det pasientadministrative datasystemet som brukes av fagfeltet.

Begrepsavklaringer

Diagnostikk, eller klassifikasjon, er et hjelpemiddel for å ordne informasjon, gruppere fenomener og skape et språk for kommunikasjon med andre. Kategoriseringen danner grunnlag for vitenskapelig innhenting av informasjon som igjen kan appliseres i klinisk arbeid².

Multiaksial klassifikasjon og diagnostiske akser:

Akse 1	Klinisk psykiatrisk syndrom
Akse 2	Spesifikke utviklingsforstyrrelser
Akse 5	Aktuelle vanskelige psykososiale forhold
Akse 6	Global vurdering av psykososialt funksjonsnivå

Diagnostisk vurdert: Pasienten forutsettes å være diagnostisk vurdert når diagnoser er registrert i journalsystemet.

Begrunnelse, referanse, evidens

Behandlingsmulighetene for pasienter med psykiske lidelse er forbedret. For å velge en effektiv og god behandling er utredning og diagnostisering av pasientens problemer en av flere viktige forutsetninger.

De senere versjoner av psykiatriske klassifikasjonssystemer har gitt mer pålitelig (reliabel) diagnostisering enn tidligere. Dette betyr at klinikere er mer enige når de skal klassifisere hvilken diagnostisk gruppe den enkelte pasients problemer hører til. Behandlere i BUP har spesielle utfordringer ved at de møter barn og unge som både er i vekst og utvikling, kan ha mer uklare symptomer og er mer avhengige av omsorg.

Utredning, diagnostisering og behandling er en kontinuerlig og sammensatt prosess, som ikke er avsluttet når en pasient får en tentativ diagnose. Likevel omfatter den diagnostiske tenkningen en målrettethet og struktur som kan komme pasienten og familien til gode.

¹ Multiaxial classification of child and adolescent psychiatric disorders, WHO, 1996.

² Zeiner P., Stene Nøvik T., Diagnostikk i barne- og ungdomspsykiatri, Veileder i barne- og ungdomspsykiatri, Den norske lægeförening, Oslo 2000

Dagens systemer med mer eksplisitte kriterier gjør psykiatriske diagnoser tilgjengelig for andre enn fagpersoner og bidrar til avmystifisering av psykiatrien, hvor diagnoser tidligere i større grad var basert på behandlernes subjektive inntrykk. Bruk av et felles klassifikasjonssystem gjør det lettere å diskutere pasienter, diagnoser og behandling lokalt i et team eller også på tvers av institusjonene.

I tillegg er ICD-10 i BUP et multiaksialt system som bedre beskriver forskjellige sider ved en pasients tilstand og gir et mer dekkende bilde av hva lidelsen betyr for pasienten i hennes/hans liv.

I litteraturen er utredning og diagnostikk som regel en forutsetning for å bestemme en behandling, men det finnes få studier som har undersøkt nytten av å ha en diagnose.

Det forventes generelt at alle saker blir diagnostisk vurdert, og at denne diagnostiske vurderingen blir registrert så snart dette er forsvarlig i starten av kontakten. Grensen i beskrivelsen av indikatorpopulasjonen nedenfor på 6 direkte tiltak for ikke-avsluttede saker, betyr ikke at ikke diagnoser registreres tidligere når det er faglig mulig.

Type indikator

Prosessindikator.

Indikatoren uttrykker

Andel pasienter som har fått en ICD-10 diagnose på Akse 1,2,5 og 6.

Målsetting for indikatoren: 90% av pasientene skal være diagnostisk vurdert.

2 METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

Indikatorpopulasjonen:**Polikliniske pasienter:**

Pasienter som har vært i tiltaksfase i rapportperioden.

Det skal ha vært minst ett direkte tiltak (dvs med pasient eller foresatt) i saken, enten før eller i rapportperioden.

For ikke-avsluttede saker skal det imidlertid være registrert 6 eller flere direkte tiltak for at saken skal taes med.

Saker som er registrert med avslutningsgrunn som indikerer avslag eller at saken ikke kom i gang skal ekskluderes.

Innlagte pasienter (døgnopphold):

Gjelder for pasienter registrert i det pasientadministrative systemet med innleggelse basert på døgnopphold.

Alle pasienter som har vært innlagt i rapportperioden.

Det settes opp et tallmessig uttrykk for hver akse.

	Inkludert populasjon	Ekskludert populasjon
Teller	Pasienter med diagnose på henholdsvis akse 1,2,5 og 6. Hver av aksene regnes ut for seg. Akse 6 skal her bety "akse 6 inn", dvs ved start.	Hvis kodet "Ukjent" eller ikke kodet (missing) på den aktuelle aksene.
Nevner	Alle pasienter i indikatorpopulasjonen for den aktuelle aksene beskrevet over	
Datakilde BUP-data.		
<p>Bearbeiding, aggregering og rapportering av data Registrerte data innhentes via NPR-recorden og bearbeides av Norsk pasientregister (NPR). Data bearbeides mht. andel pasienter som har fått ICD-diagnose på akse 1,2,5 og 6. Alle <u>institusjonene vil få tilbakemelding</u> om resultater mht. score på de ulike aksene. På nettstedet, www.sykehusvalg.no, vil kun ett tall bli lagt ut og der pasienter med gyldig verdi på tre av de fire ovennevnte diagnostiske aksene skal telles med som diagnostisk vurdert. Dersom pasienten er registrert med kode "999" (ukjent/ikke undersøkt) eller har missing i verdi, blir dette ansett som om pasienten ikke er diagnostisk vurdert. Andelen beregnes som antall pasienter med gyldig kode på minst tre av de fire aksene, dividert på totalt antall pasienter som har fått aktive tiltak ved institusjonen i rapporteringsperioden. Andel bli dermed et gjennomsnitt av score på de aksene som inngår i bergningsgrunnlaget.</p> <p>Nasjonal rapportering av indikatoren skal skje på sykehus-/institusjonsnivå.</p> <p>Internt kan data brukes for å se om standarden er nådd.</p>		

3 TOLKNING, PRESENTASJON OG BRUK AV RESULTATER

Indikatoren brukes som

Data kan føre til en økt bevissthet om at en utredning også skal inneholde en diagnostisk vurdering. Indikatordata kan brukes intern til kvalitetsforbedringstiltak.

Underliggende faktorer som kan forklare variasjoner

Variasjonen i andel pasienter som er i behandling og har fått en diagnose kan forklares ut fra ulike faktorer, her er noen forslag, som er hypoteser og mangler vitenskapelig dokumentasjon:

1. Tilbakeholdenhet i barne- og ungdomspsykiatri, med å sette diagnoser, selv ikke en tentativ diagnose, da diagnoser i psykiatrien kan oppfattes som stigmatiserende.
2. Ikke godt nok kjennskap til diagnosesystem og trening i å sette diagnoser.
3. Mangler brukbare diagnostiske instrumenter, som f. eks. standardiserte intervjuer som kan gi bedre grunnlag for å sette ICD-10 diagnoser.

Analyse og presentasjon av data

Data aggregert på institusjonsnivå rapporteres og publiseres som andel pasienter som har fått en ICD-10 diagnose på Akse 1,2,5 og 6 etter avsluttet behandling.

Data på avdelingsnivå og postnivå foreslås brukt i lokalt styrings- og forbedringsarbeid.

Indikator nr: N-008	Indikator relatert til: Nasjonalt indikatorsett Somatikk	Indikator: Individuell plan (barnehabilitering)
Versjon nr: 1.1	Godkjent av: Bjørn Guldvog (sign)	Godkjent dato: 20.01.2005

1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN

Definisjon av indikatoren

Andel pasienter som har fått utarbeidet individuell plan i henhold til pasientrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven.

Begrepsavklaringer

Individuell plan: Plan som fyller kravene i forskrift¹ om individuell plan §6.

OBS! Det er bare ferdige planer som tilfredsstillende kravene i forskriften. En påbegynt plan tilfredsstillende ikke ovennevnte krav. (Se vedlegg siste side).

Hvem skal ha individuell plan:

Pasient med behov for langvarige og koordinerte helsetjenester som samtykker.

Hvem skal utforme plan (i spesialisthelsetjenesten):

Helseforetaket skal utarbeide en individuell plan for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tilbud. Kommunehelsetjenestens ansvar for utarbeiding av individuelle planer omtales ikke nærmere her.

Samtykke: Samtykkebestemmelsene i pasientrettighetslovens kapittel 4 om samtykke til helsehjelp gjelder individuell plan.

Begrunnelse, referanse, evidens

Formålet med utarbeidelse av individuell plan er sikre kvaliteten i tjenestetilbud ved å

- bidra til at pasienten får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud, herunder å sikre at det til enhver tid er en tjenesteyter som har ansvaret for oppfølgingen av pasienten.
- kartlegge pasientens mål, ressurser og behov for tjenester på ulike områder, samt å vurdere og koordinere tiltak som kan bidra til å dekke pasientens bistandsbehov.
- styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og pasient og eventuelt pårørende, og mellom tjenesteytere og etater innen et forvaltningsnivå eller på tvers av forvaltningsnivåene.

Indikatoren vil dessuten indikere om lovkrav er oppfylt.

Type indikator

Indikatoren er en prosessindikator

Indikatoren uttrykker

I hvilket omfang institusjonen/helseforetaket har utarbeidet individuelle planer for pasienter.

¹ Forskrift om individuelle planer etter helselovgivningen.

2 METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

Indikatorpopulasjon

Alle "aktive" pasienter i perioden. Det vil si alle pasienter som har vært til behandling i løpet av rapporteringsperioden, eller pasienter som fortsatt har en konkret avtale om oppfølging i habiliteringstjenesten på et senere tidspunkt.

Dersom individuell plan tidligere er utarbeidet av førstelinjetjenesten og planen innbefatter tiltak fra habiliteringstjenesten, og habiliteringstjenesten har deltatt i utarbeiding av planen eller godtatt sin del av planen, regnes også dette som individuell plan i registreringen.

Indikatoren skal vise situasjonen i rapporteringsperioden, og alle aktive pasienter skal telles en gang i løpet av hver rapporteringsperiode.

	Inkludert populasjon	Ekskludert populasjon
Teller	Antall pasienter med individuelle planer	
Nevner	Totalt antall pasienter behandlet (registrert i PAS) i perioden	

Datakilde

Data registreres i det pasientadministrative systemet, NPR-record 2003. Eget felt for individuelle planer forutsettes lagt inn i ny record fra 2004.

Bearbeiding, aggregering og rapportering av data

Registrerte data innhentes og bearbeides av Norsk pasientregister (NPR)
 Nasjonal rapportering av indikatoren skal skje på sykehus-/institusjonsnivå

Data foreslås beregnet (avhengig av lokale behov) for:

- hver institusjon/avdeling
- hvert helseforetak

3 TOLKNING, PRESENTASJON OG BRUK AV RESULTATER

Indikatoren brukes som

Styringsinformasjon og kvalitetsforbedring ved den enkelte avdeling/det enkelte helseforetak.

Underliggende faktorer som kan forklare variasjoner

I hvilken grad de enkelte avdelinger/helseforetak utarbeider individuelle planer. Pasientsammensetningen og dermed andel som har krav på/rett til individuell plan. Antall tilfelle der pasienter eller foresatte motsetter seg at det utarbeides individuell plan. (Dette antas i praksis å være et lite antall).

Analyse og presentasjon av data

Data presenteres på sykehusnivå og helseforetaksnivå som andel pasienter som har fått utarbeidet individuell plan. Data på avdelingsnivå foreslås brukt i lokalt styrings- og forbedringsarbeid i barnehabiliteringstjenesten.

Vedlegg

§ 6. *Innholdet i individuell plan (utdrag av forskriften)*

Den individuelle planens innhold skal tilpasses behovene til den enkelte pasient. Planen skal innholde følgende hovedpunkter:

- oversikt over pasientens mål, ressurser og behov for tjenester,
- oversikt over hvem som deltar i arbeidet med planen,
- angivelse av hvem som gis et ansvar for å sikre samordningen av og framdriften i arbeidet med planen,
- oversikt over hva pasienten, tjeneste- og bidragsyterne og ev. pårørende vil bidra med i planarbeidet,
- oversikt over hvilke tiltak som er aktuelle og omfanget av dem, og hvem som skal ha ansvaret for disse,
- beskrivelse av hvordan tiltakene skal gjennomføres,
- angivelse av planperioden og tidspunkt for eventuelle justeringer og revisjoner av planen,
- pasientens samtykke til at planen utarbeides og eventuelt samtykke til at deltakere i planleggingen gis tilgang til taushetsbelagte opplysninger
- oversikt over nødvendig eller ønskelig samarbeid med andre tjenesteytere, institusjoner eller etater.

