

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****Delrapport I - status per desember 2004**

FORFATTER(E)

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

OPPDRAGSGIVER(E)

Helse Øst RHF

RAPPORTNR. STF78 A054507	GRADERING Åpen	OPPDRAGSGIVERS REF. Kostas Vilimas	
GRADER. DENNE SIDE	ISBN 82-14-03799-9	PROSJEKTNR.	ANTALL SIDER OG BILAG 27 sider+vedlegg
ELEKTRONISK ARKIVKODE iph\prosjekt\78i02230	PROSJEKTLÉDER (NAVN, SIGN.) Forskningssjef Torleif Ruud	VERIFISERT AV (NAVN, SIGN.) <i>Torleif Ruud</i>	
ARKIVKODE E	DATO 28.06.05	GODKJENT AV (NAVN, STILLING, SIGN.) 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 Opptørningsplanen 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 kvalitetsindikatorene til Helse Øst RHF. Dette er en første delrapport. Hovedrapporten vil bli levert i desember i 2005.

Status for kvalitetsindikatorer samlet inn i siste del av 2004 er at:

- av pasienter i psykisk helsevern for voksne har 26 prosent en individuell plan.
- i psykisk helsevern for barn og unge får 66 prosent av pasientene skrevet en epikrise innen en uke etter avslutning av behandling.
- andel pasienter med hoveddiagnose i psykisk helsevern for henholdsvis voksne og barn og unge i Helse Øst RHF er 75 og 56 prosent.

STIKKORD	NORSK	ENGELSK
GRUPPE 1	Kvalitetsindikatorer i psykisk helsevern	Quality indicator in mental health services
GRUPPE 2	Psykisk helsevern	Mental health services

# Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse .....	1
Figuroversikt.....	3
1 Innledning .....	4
2 Oppsummering .....	5
3 Datagrunnlag .....	6
3.1 Datagrunnlaget for indikatorene for psykisk helsevern for voksne .....	6
3.1.1 Andel pasienter med individuelle planer .....	6
3.1.2 Epikrisetider .....	7
3.2 Psykisk helsevern for barn og unge.....	8
3.2.1 Andel pasienter med individuell plan.....	8
3.2.2 Epikrisetid.....	8
3.2.3 Ventetid til første konsultasjon.....	9
4 Psykisk Helsevern for voksne .....	10
4.1 Andel pasienter med individuell plan .....	10
4.1.1 Målsetting: Å etablere individuell plan for flere pasienter.....	10
4.1.2 Definisjon av indikatoren.....	10
4.1.3 Resultater fordelt på helseforetak.....	12
4.1.4 Diskusjon .....	13
4.2 Epikrisetid.....	13
5 Psykisk helsevern for barn og unge.....	14
5.1 Andel pasienter med individuelle plan .....	14
5.1.1 Målsetting og definisjon av indikator.....	14

5.1.2	Resultater fordelt på helseforetak.....	15
5.1.3	Diskusjon .....	16
5.2	Epikrisetid i psykisk helsevern for barn og unge.....	16
5.2.1	Definisjon av indikator .....	16
5.2.2	Resultater fordelt på helseforetak.....	17
5.2.3	Diskusjon .....	18
5.3	Ventetid .....	18
5.3.1	Målsetting og definisjon av indikator.....	18
5.3.2	Resultater fordelt på helseforetak.....	19
5.3.3	Diskusjon.....	20
6	Andel pasienter som er diagnostisk vurdert i Helse Øst RHF .....	21
6.1	Andel pasienter med hoveddiagnose i Helse Øst RHF, psykisk helsevern for voksne og barn/unge. ....	21
6.1.1	Definisjon av indikator .....	21
6.1.2	Målsetting og begrunnelse for indikatoren .....	21
6.1.3	Datagrunnlag.....	21
6.1.4	Resultater andel pasienter som er diagnostisk vurdert i psykisk helsevern for voksne i Helse Øst RHF – 3. tertial 2004.....	22
6.1.5	Analyse av diagnosegrupper .....	23
6.1.6	Diskusjon.....	23
6.2	Resultater andel pasienter som er diagnostisk vurdert i psykisk helsevern for barn og unge i Helse Øst RHF – 2. halvår 2004.....	24
6.2.1	Resultater fordelt på helseforetak.....	24
6.2.2	Diskusjon .....	24
7	Videre utfordringer .....	24
8	Referanser .....	26
9	Vedlegg .....	27
9.1	Definisjon av de nasjonale kvalitetsindikatorene .....	27

## Figuroversikt

Figur 4.1	Andel pasienter i psykisk helsevern for voksne med individuell plan fordelt pr HF i prosent. Tredje tertial 2004. Ni HF har ikke levert data.....	12
Figur 5.1	Andel pasienter i psykisk helsevern for barn og unge med individuell plan fra hvert HF. Siste tertial i 2004. Oppgitt i prosent. Det er viktig å merke seg at 14 HF ikke har levert data. ....	15
Figur 5.2	Epikrisetid per foretak i prosent. Andre halvår 2004. ....	17
Figur 5.3	Ventetid i antall dager i BUP, andre halvår 2004. ....	19
Figur 6.1	Andel pasienter diagnostisk vurdert i psykisk helsevern for voksne i Helse Øst RHF, i prosent – tredje tertial 2004. ....	22
Figur 6.2	Fordeling av diagnosegrupper i Helse Øst RHF, psykisk helsevern for voksne, i prosent. Tredje tertial i 2004. ....	23
Figur 6.3	Andel pasienter diagnostisk vurdert i psykiske helsevern for barn og unge i Helse Øst i prosent – 2. halvår 2004. ....	24

# 1 Innledning

Helse Øst RHF er av Sosial- og 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.

## 2 Oppsummering

### Psykisk helsevern for voksne:

I gjennomsnitt er det 26 prosent av pasientene i psykisk helsevern for voksne som har en individuell plan. Spredningen er fra en til 69 prosent. Målet for utviklingen av individuell plan som kvalitetsindikator er en økning på ti prosent i året.

På grunn av problemer med dataleveringen i forbindelse med overgang til nytt dataformat kan vi ikke rapportere epikrisetid for voksne før i slutten av 2005.

### Psykisk helsevern for barn og unge:

I gjennomsnitt er det sendt epikrise innen syv dager ved 66 prosent av utskrivningene i psykisk helsevern for barn og unge.

Gjennomsnittlig ventetid for barn og unge i denne registreringen er 36 dager fra henvisning er mottatt til første kliniske vurdering. Den nasjonale målsetningen her er 20 dager.

Bare tolv HF har levert data om individuell plan i psykisk helsevern for barn og unge. Med så lav svarprosent blir det ikke meningsfylt å beregne gjennomsnitt for alle HF. Spredningen blant de HF som har levert data er imidlertid at andelen pasienter med individuell plan er fra en til 22 prosent. Målet for individuell plan er også her en økning på ti prosent i året.

### Helse Øst RHF:

Andel pasienter med hoveddiagnose i Helse Øst RHF, psykisk helsevern for voksne, andre halvår i 2004 er 75 prosent. Målsetting er 100 prosent.

Andelen barn og unge som er diagnostisk vurdert i psykisk helsevern for barn og unge i Helse Øst RHF andre halvår 2004 er 56 prosent. Målsetningen her er også 100 prosent.

## 3 Datagrunnlag

Datagrunnlaget for denne rapporten baserer seg så langt som mulig på ordinære aktivitetsdata som rapporteres fra spesialisthelsetjenesten til Norsk pasientregister (NPR). Aktivitetsdata skulle fra 01.01.04 rapporteres på et nytt skjema (nytt format), og alle endringer i rapporteringen, blant for de nasjonale kvalitetsindikatorene, er knyttet til det nye rapporteringsformatet (NPR meldingen). Status per i dag er at nesten samtlige institusjoner i psykisk helsevern for barn- og unge rapporterer aktivitetsdata på dette formatet. I psykisk helsevern for voksne har man i svært liten grad klart overgangen til nytt rapporteringsformat. Det betyr at aktivitetsdata fortsatt rapporteres på det gamle formatet som mangler viktige data for enkelte kvalitetsindikatorer.

I tillegg har Helse Øst RHF ønsket opplysninger om individuelle planer for 2004. Fra og med 1.1.2005 inngår opplysning om pasienten har individuell plan eller ikke i NPR meldingen, men for 2004 har vi vært nødt til å hente inn opplysninger om dette direkte fra hver enkelt institusjon. Vi kaller dette for manuell innhenting av data. Dette gir en viss grad av usikkerhet, fordi det er vanskelig å sikre at alle de personer som har gjort den manuelle tellingen har oppfattet definisjoner og fremgangsmåte likt.

Dette betyr at datagrunnlaget for hver enkelt indikator vil være ulik, alt etter som om indikatoren kan beregnes ut fra det nye rapporteringsformatet (NPR melding), gammelt rapporteringsformat for psykisk helsevern for voksne (Minste basis datasett) eller på grunnlag av manuelle data. Nedenfor vil vi derfor gå igjennom datagrunnlaget for hver enkelt indikator, og beskrive hvordan disse er beregnet. Et viktig poeng med denne gjennomgangen er at hvert enkelt helseforetak skal ha en mulighet til å gjenskape indikatorene lokalt, slik at de har større kontroll over resultater ved senere rapportering.

Det er også naturlig å skille mellom psykisk helsevern for voksne på den ene siden, og psykisk helsevern for barn og unge på den andre. Både fordi de er delt organisatorisk, og fordi rapportering av aktivitetsdata fra disse to delene av psykisk helsevern til NPR som nevnt ovenfor er forskjellig.

### 3.1 Datagrunnlaget for indikatorene for psykisk helsevern for voksne

I utgangspunktet skal det rapporteres tre kvalitetsindikatorer fra psykisk helsevern for voksne: Andel pasienter med individuelle planer, andel med epikrise sendt innen syv dager og andel pasienter med vurdert diagnose (bare Helse Øst RHF).

#### 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 kan også reservere seg. 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 Epikrisetider

Dato for når epikrise ble sendt er en del av det nye dataformatet som ble obligatorisk fra 01.01.2004. NPR antok derfor at det skulle være mulig å beregne andel epikrise ut fra innrapporterte aktivitetsdata for 2. halvår 2004. Dette viste seg ikke å være mulig. For andre halvår 2004 var det bare noen få institusjoner som sendte inn aktivitetsdata på det gyldige formatet, og dermed har vi ikke opplysninger om andel epikriser tilgjengelig i NPR.

Det har derfor ikke vært mulig å beregne andel epikriser for siste tertial 2004. Helse- og Omsorgsdepartementet har bestemt at institusjoner i psykisk helsevern for voksne skal rapportere aktivitetsdata hvert tertial i 2005, og ikke hvert halvår som tidligere. Norsk Pasient Register og leverandørene av PAS systemer har og er i arbeidet for å sikre at aktivitetsdata i 2005 blir levert på nytt dataformat. Per i dag ser det ut til at vi vil få data fra et tilstrekkelig antall institusjoner til at det kan bli meningsfullt å beregne andel epikriser for 1. tertial i 2005. Vi antar dermed at det kan være mulig å beregne epikrisetid for to tertialer i 2005 (1. og 2. tertial), og presentere disse resultatene i den endelig rapporten til Helse Øst som vil bli levert i løpet av inneværende år.

## 3.2 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.

Rikshospitalet behandler noen pasienter i psykisk helsevern for barn- og unge, men dette er bare pasienter som også er lagt inn for ulike somatiske lidelser. De mener derfor at de verken skal levere data om ventelister eller individuelle planer for denne pasientgruppen.

### 3.2.1 Andel pasienter med individuell plan

Opplegget for manuell innhenting av data om antall individuelle planer var det samme for psykisk helsevern for barn- og unge som for voksne. Det vil si at den samme informasjonen om manuell registrering og den samme definisjonen ble sendt ut i oktober, samlet inn i februar og purret i mai.

Som for voksne er det også her et problem med ufullstendig rapportering, både på foretaks- og institusjonsnivå. Vi har gjort de samme valg, når det gjelder presentasjon av data. Det betyr at også her vil helseforetak som bare har levert opplysninger om individuelle planer fra et lite utvalg av de underliggende institusjonene komme dårligere ut enn helseforetak som har rapportert fra alle institusjoner.

Nevneren (det totale antallet pasienter) er beregnet ut fra aktivitetsdata for 2004. Det vil si at vi har telt pasienter som fikk avsluttet eller var under behandling i rapporteringsperioden i 2004. Siden tellingen av individuelle planer ble gjennomført i siste tertial 2004 (fra september til og med desember), ble alle pasienter som fikk sin behandling avsluttet før 1. september utelatt fra nevneren.

### 3.2.2 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 enhetene 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 godtatt dette dersom epikrisen ikke er sendt mer enn 14 dager før behandlingen er avsluttet.

Indikatoren er 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 at 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.

### 3.2.3 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.

## 4 Psykisk Helsevern for voksne

### 4.1 Andel pasienter med individuell plan

#### 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.

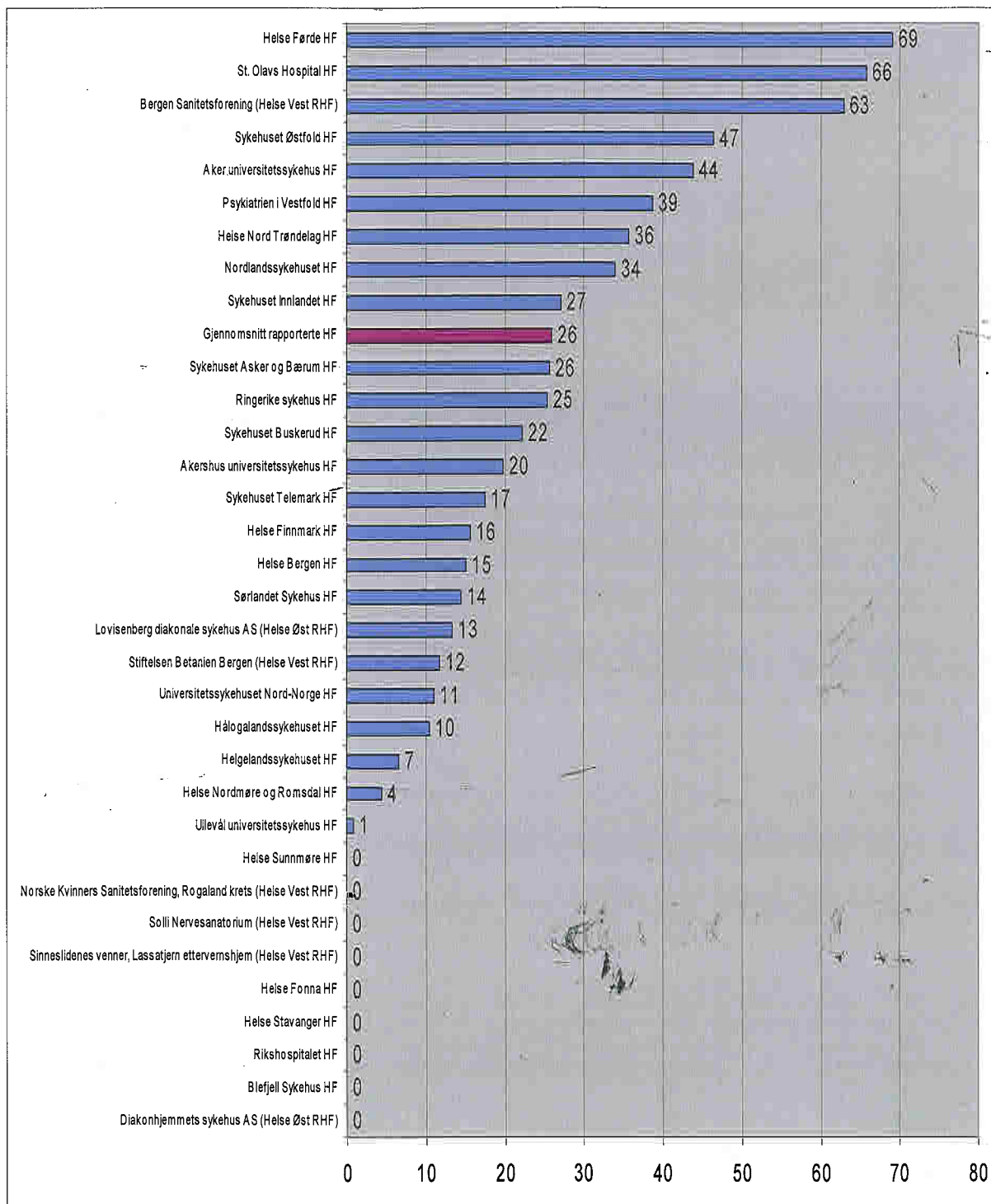
Planen skal inneholde følgende hovedpunkter:

- 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 tilfredsstill de ovennevnte kravene i forskriften som er etterspurt. En påbegynt plan, eller en plan som bare beskriver tiltak i egen virksomhet, tilfredsstill 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 Resultater fordelt på helseforetak.



Figur 4.1 Andel pasienter i psykisk helsevern for voksne med individuell plan fordelt pr HF i prosent. Tredje tertial 2004. Ni HF har ikke levert data.

Gjennomsnittet for alle HF i Helse Øst RHF er at 26 prosent av pasientene i psykisk helsevern for voksne har en individuell plan. Spredningen er fra en til 69 prosent. Samtlige HF har levert data med unntak av ni. Det foreligger foreløpig ikke noe mål for hvor stor andel av pasientene man tenker seg har behov for en individuell plan, men målet for IP som nasjonal indikator er at adelen pasienter med IP skal øke med 10 prosent i året.

#### 4.1.4 Diskusjon

Et problem er at hele spesialisthelsetjenesten rapporteres under ett. Det vil si at om en pasient har individuell plan eller ikke, kan rapporteres flere steder, og det kan forekomme dobbelrapportering. Det er ikke grunn til å tro at dette skulle gjelde så mange pasienter, at det skulle være noe stort problem.

Det er betenkelig at variasjonen fra HF til HF er så stor med hensyn til hvor stor andel av pasientene som har fått utarbeidet en individuell plan. At så mange som 69 prosent av pasientene har behov for en IP kan være mye, men at under ti prosent har det kan være for lite. Høyst sannsynlig så har alle HF relativt lik mengde med pasienter med behov for langvarige og koordinerte tilbud, så det er i utgangspunktet ulogisk at forskjellen skal være så stor. Sannsynligvis dreier det seg om lokal ulik praksis. Mange HF har sannsynligvis prioritert arbeid med å utarbeide individuelle planer, og har kommet langt, mens andre ikke fullt ut har grepet tak i det enda. Det kan også dreie seg i ulike prosedyrer for registrering av individuelle planer.

Vi har fått en del tilbakemeldinger fra personal fra institusjonene omkring innsamling av data om individuelle planer. Disse har blant annet handlet om at de opplever det som vanskelig å ta stilling til et enten/eller alternativ til om det foreligger en individuell plan eller ikke. Det har vært flere tilbakemeldinger fra personer som ønsker en mer nyansert måte å samle inn denne indikatoren på. Vanlige forslag er å lage et fire- eller femdelt avkrysningsalternativ som gir rom for å svare at en plan er under utarbeiding eller at pasienten ikke ønsker eller har behov for en plan.

Når det gjelder det å utarbeide individuelle planer så uttrykker mange klinikere bekymring for at dette er tidkrevende og tar mye ressurser. Et vanlig utsagn er at de ser at det er et viktig arbeid, men også at de er pålagt en ny oppgave uten å få tildelt flere ressurser. Mange uttrykker frustrasjon over at de er pålagt å utarbeide individuelle planer i en allerede fylt hverdag, og at de sliter med å finne tid. Spesielt det å ha møter med samarbeidspartnere på tvers av behandlingsnivåene oppleves som tidkrevende.

En tredje type tilbakemelding som har gått igjen er at klinikerne spør seg om det gir uttrykk for kvalitet å bare telle antall individuelle planer. En vanlig utsagn er at det hjelper ikke at behandlingsapparatet bare lager en mengde individuelle planer fordi de er pålagt det, hvis kvaliteten er dårlig. Mange har vært opptatt av at det er kvaliteten på planarbeidet som vil gi pasienten bedre og mer sammensatte tjenester. Flere har nevnt at de kunne ønske seg mer fokus på kvalitet i det individuelle planarbeidet i stedet for bare å telle antall ferdige planer.

## 4.2 Epikrisetid

Indikatoren kan ikke rapporteres ved første delrapportering 1. juli 2005 på grunn av for tynt datagrunnlag. Indikatoren vil bli rapportert ved neste rapportering, i desember 2005.

## 5 Psykisk helsevern for barn og unge

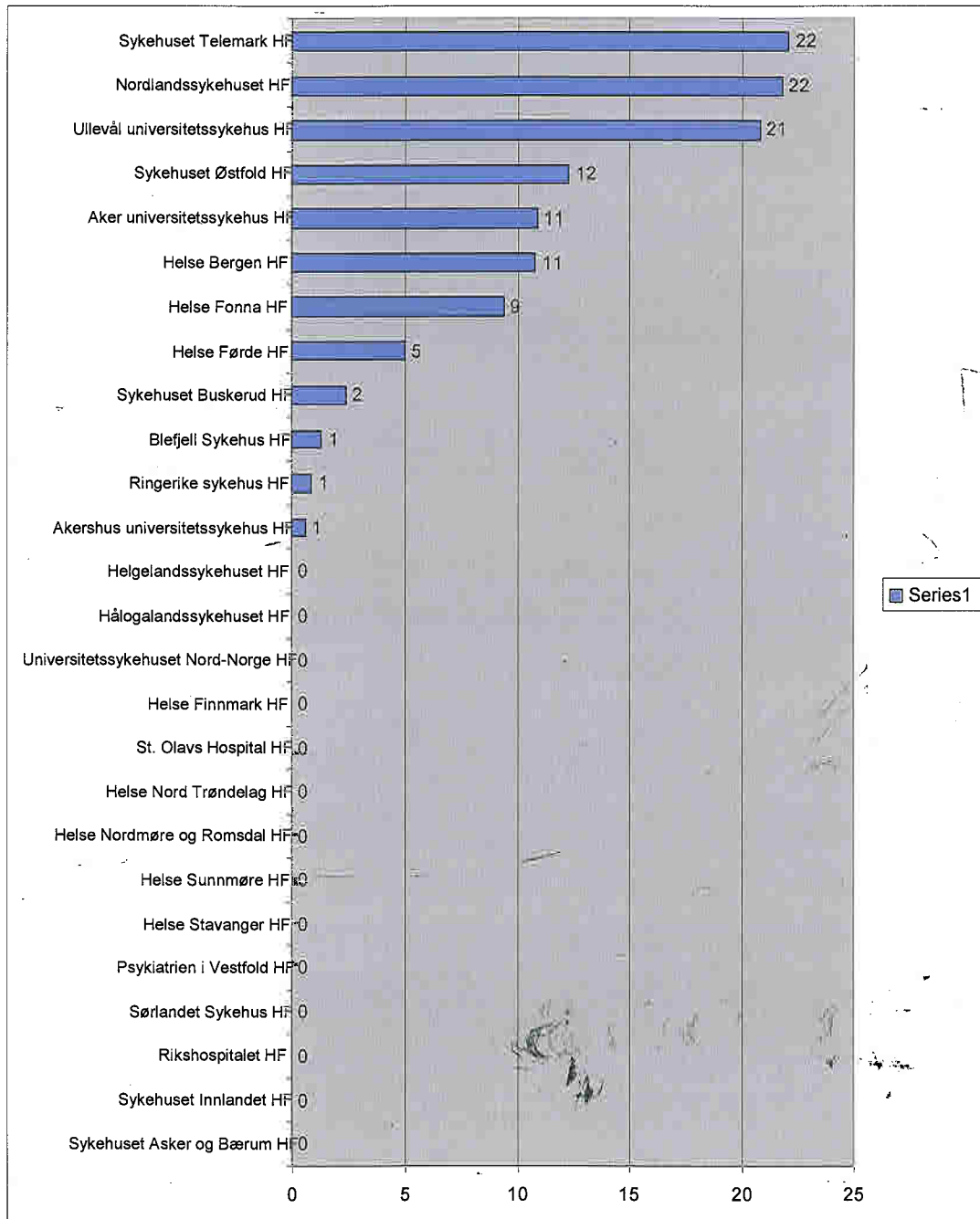
### 5.1 Andel pasienter med individuelle plan

#### 5.1.1 Målsetting og definisjon av indikator

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. Men 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.



### 5.1.2 Resultater fordelt på helseforetak



Figur 5.1 Andel pasienter i psykisk helsevern for barn og unge med individuell plan fra hvert HF. Siste tertial i 2004. Oppgitt i prosent. Det er viktig å merke seg at 14 HF ikke har levert data.

Bare 12 HF har levert data om individuell plan i psykisk helsevern for barn og unge. Med så lav svarprosent blir 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.

### 5.1.3 Diskusjon

Ettersom bare ca. halvparten av HF'ene har levert manuelle data om individuelle plan, er det vanskelig å gjøre seg opp et inntrykk. HF'ene som ikke har levert data har sannsynligvis også laget individuelle planer. Det ser imidlertid ikke ut som om det å kalle inn data manuelt i tillegg til den faste elektroniske rapporteringen har fungert særlig godt. Fra og med 2005 er også individuell plan lagt inn i den faste virksomhetsplanleggingen. Dette vil sikre en bedre rapportering.

Det som imidlertid kan sies om de dataene som er kommet inn, er at det er stor variasjon i hvor stor andel av pasientene som har fått utarbeidet en individuell plan. Spredningen er fra en til 22 prosent. De fleste ligger mellom ti og 20 prosent. Det er svært usikkert å si noe ut i fra et så lite datamateriale, og det er også vanskelig å si noe om hvor stor andel av pasientene med Individuell Plan som er optimalt. 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 tall eller mål på hvor stor andel av pasientene man tenker seg at dette gjelder.

Ved neste rapportering vil vi ha fått inn flere data, etter at individuell plan er inkludert i den faste elektroniske virksomhetsrapporteringen til Norsk pasientregister fra 2005.

## 5.2 Epikrisetid i psykisk helsevern for barn og unge

### 5.2.1 Definisjon av indikator

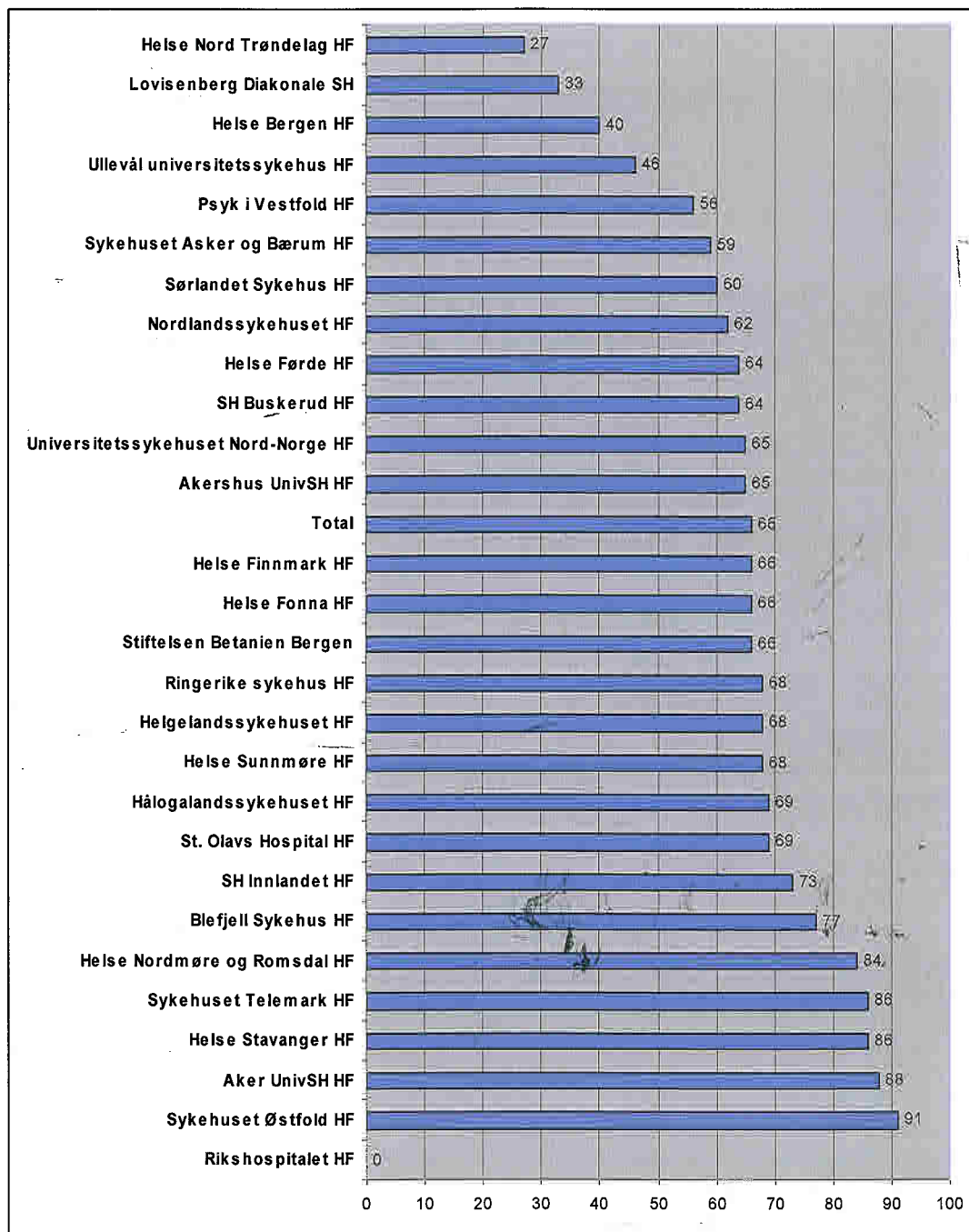
Andel epikriser som er skrevet og utsendt innen syv dager (etter avslutningsdato/ avslutningsdato) etter avsluttet behandling ved innleggelse, dagbehandling eller poliklinisk konsultasjonsserie (episode i NPR-record). For nærmere beskrivelse av metode for å innhente dataene, vises til kapittel tre om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

## 5.2.2 Resultater fordelt på helseforetak

### Epikrisetid – BUP – 2.halvår 2004



Figur 5.2 Epikrisetid per foretak i prosent. Andre halvår 2004.

Landsgjennomsnittet for epikrisetid som kvalitetsindikator er 66 prosent i psykisk helsevern for barn og unge. Det vil si at ved 66 prosent av utskrivningene i psykisk helsevern for barn og unge er epikrise sendt innen syv dager.

### 5.2.3 Diskusjon

Andelen epikriser som er sendt ut innen syv dager etter avsluttet behandling er 66 prosent. Dette er noe lavere enn i psykisk helsevern for voksne hvor andelen er 75 prosent. Spredningen er helt fra 27 til 91 prosent. 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.

Om et halvt år skal denne indikatoren rapporteres på nytt. Det vil da kunne sees om det er en økning av epikriser sendt innen en uke. 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.

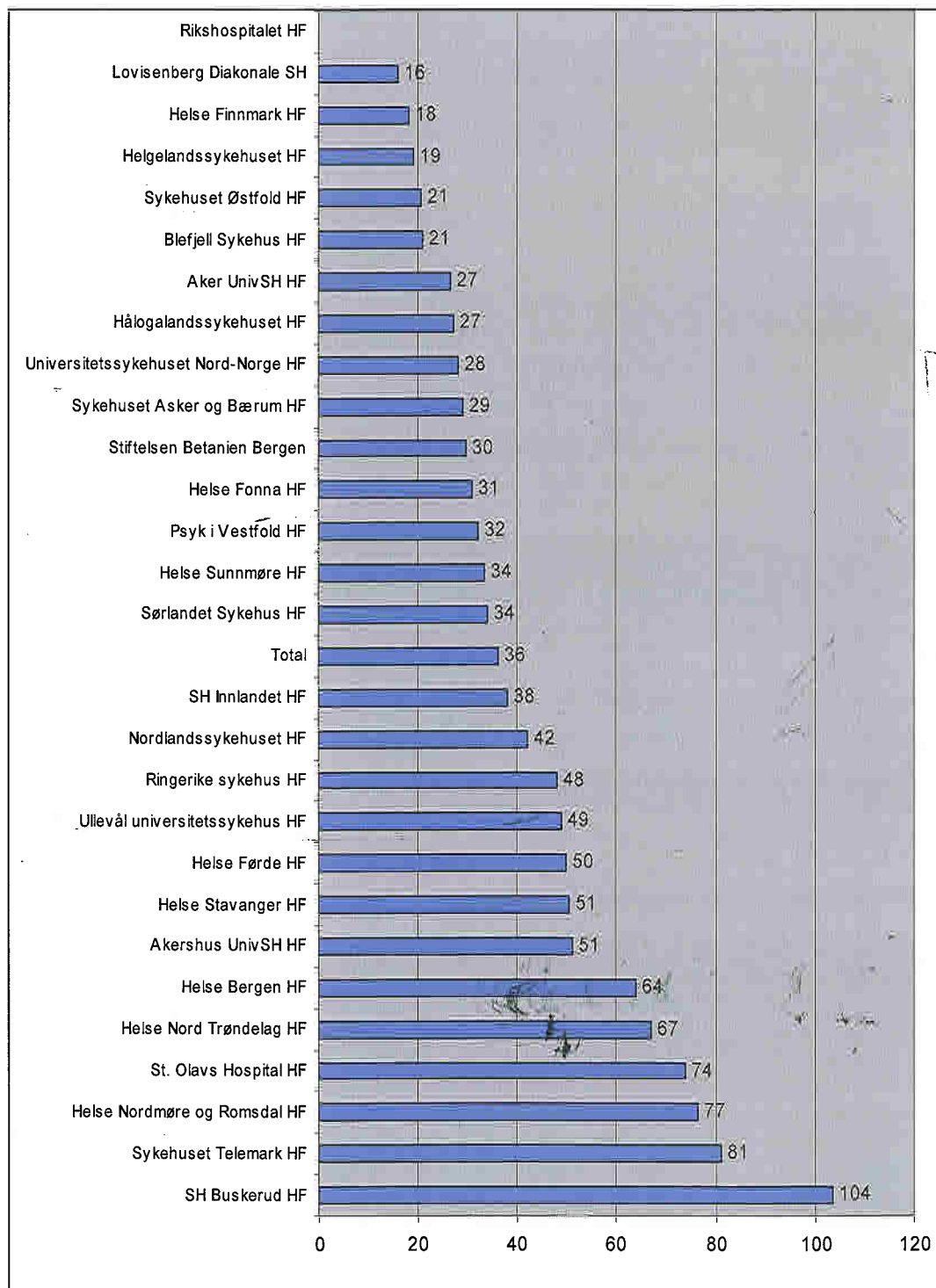
## 5.3 Ventetid

### 5.3.1 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.

### 5.3.2 Resultater fordelt på helseforetak



Figur 5.3 Ventetid i antall dager i BUP, andre halvår 2004.

Gjennomsnittlig ventetid for barn og unge i denne registreringen er 36 dager fra henvisning er mottatt til første kliniske vurdering. Spredningen er fra 16 dager til 104 dager.

### 5.3.3 Diskusjon

Det nasjonale målet for ventetid i psykisk helsevern for barn og unge er at ventetiden skal være på under 20 dager. Bare fem av HF'ene har ventetider som ligger under dette målet. Variasjonen mellom de ulike HF'ene er også forholdsvis stor.

## 6 Andel pasienter som er diagnostisk vurdert i Helse Øst RHF

### 6.1 Andel pasienter med hoveddiagnose i Helse Øst RHF, psykisk helsevern for voksne og barn/unge.

#### 6.1.1 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 at de 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.

#### 6.1.2 Målsetting og begrunnelse for indikatoren

Målsettingen er at 100 prosent av pasientene i Helse Øst RHF skal få en hoveddiagnose innen 1. tertial 2005. Alle pasienter innen psykisk helsevern for voksne skal ha en hoveddiagnose i henhold til ICD-10. 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 pasienten til gode."

#### 6.1.3 Datagrunnlag

I psykisk helsevern for voksne har ICD-10 hoveddiagnose, og bidiagnoser vært en del av rapporteringen siden NPR overtok ansvaret for innhenting av data siden 2001. Det har derfor vært mulig å hente ut antall og andel av pasienter som er registrert med hoveddiagnose i NPR sine data.

En utfordring er hvordan man skal håndtere noen av verdiene på hoveddiagnose i NPR. I motsetning til BUP som har et fleraksesystem for ulike dimensjoner av diagnostisering har voksenpsykiatrien bare et hoveddiagnosefelt. Dette feltet er i utgangspunktet reservert for psykiske diagnoser. NPR observerer imidlertid at en del institusjoner registrerer somatiske

diagnoser på dette feltet. Dette er imidlertid en problemstilling knyttet til hva data i NPR sier om diagnostisk praksis i psykisk helsevern, og drøftes nærmere i diskusjonen om resultatene som er funnet.

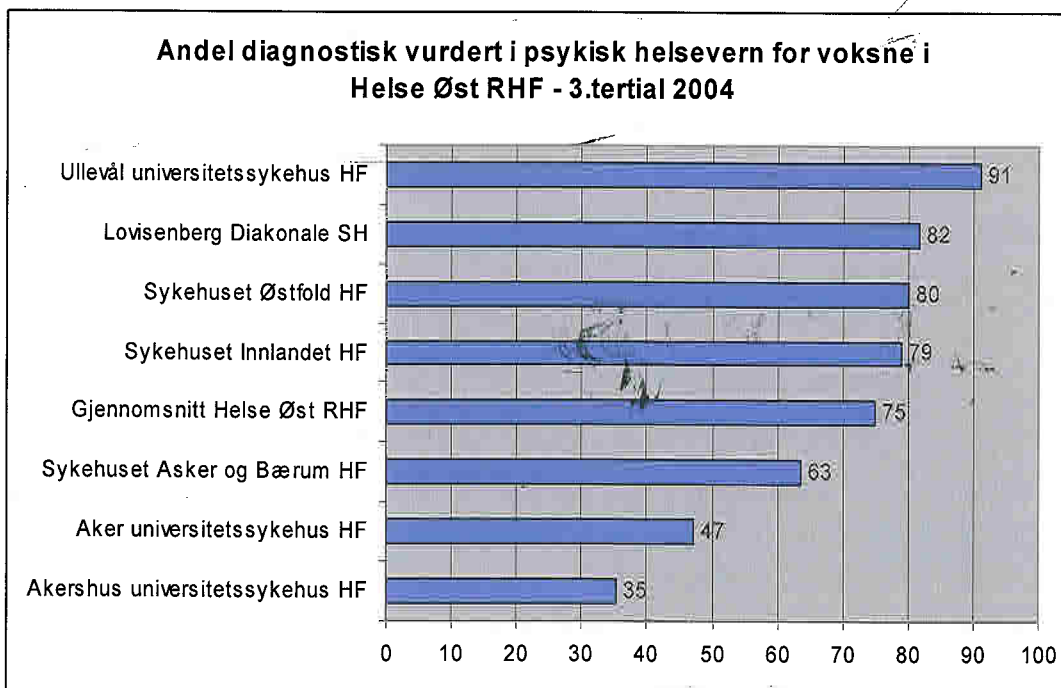
I BUP-data registreres diagnoser i seks ulike dimensjoner. Diagnostiseringen skal omfatte gyldige diagnosekoder på akse 1 (klinisk psykiatrisk syndrom), akse 2 (spesifikke utviklingsforstyrrelser), akse 5 (aktuelle vanskelige psykososiale forhold) og akse 6 (global vurdering av psykososialt funksjonsnivå).

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.

#### 6.1.4 Resultater andel pasienter som er diagnostisk vurdert i psykisk helsevern for voksne i Helse Øst RHF – 3. tertial 2004

Samtlige helseforetak i Helse Øst RHF har levert nok data til å beregne andelen pasienter med hoveddiagnose med unntak av Diakonhjemmet. Dette skyldes at de har byttet data-system i september 2004, og ikke har levert data siden.

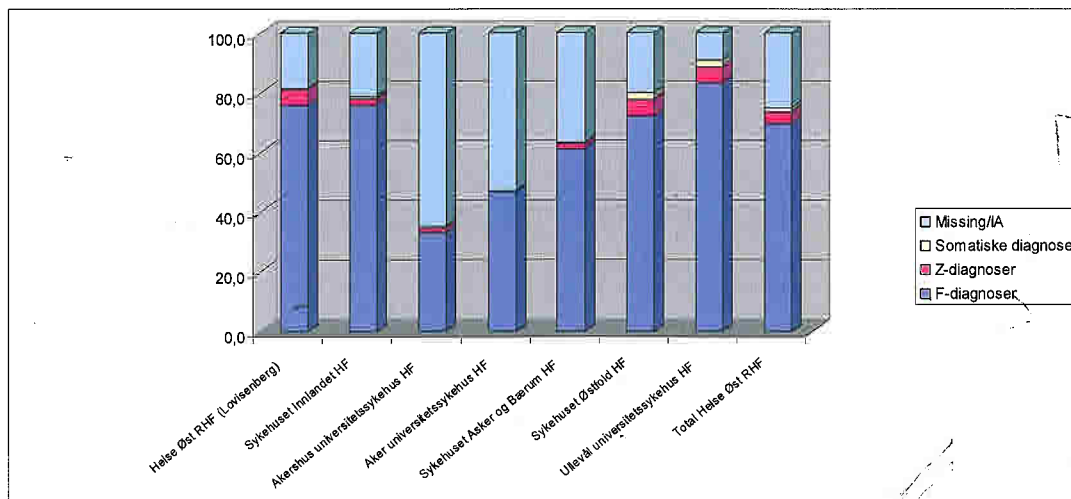


Figur 6.1 Andel pasienter diagnostisk vurdert i psykisk helsevern for voksne i Helse Øst RHF, i prosent – tredje tertial 2004.



Andelen pasienter med hoveddiagnose i Helse Øst RHF 3.tertial 2004 varierer fra 35 - 91 prosent. Akershus universitetssykehus har byttet IT system i perioden, og har slitt med å få til registrering og levering av data i denne perioden. Dette forklarer hvorfor de bare har rapportert hoveddiagnose hos 35 prosent av pasientene i denne perioden. Det reelle tallet er sannsynligvis høyere. Gjennomsnittet for hele regionen er at det er registrert hoveddiagnose for 75 prosent for pasientene i psykisk helsevern for voksne i Helse Øst RHF.

### 6.1.5 Analyse av diagnosegrupper



Figur 6.2 Fordeling av diagnosegrupper i Helse Øst RHF, psykisk helsevern for voksne, i prosent. Tredje tertial i 2004.

### 6.1.6 Diskusjon

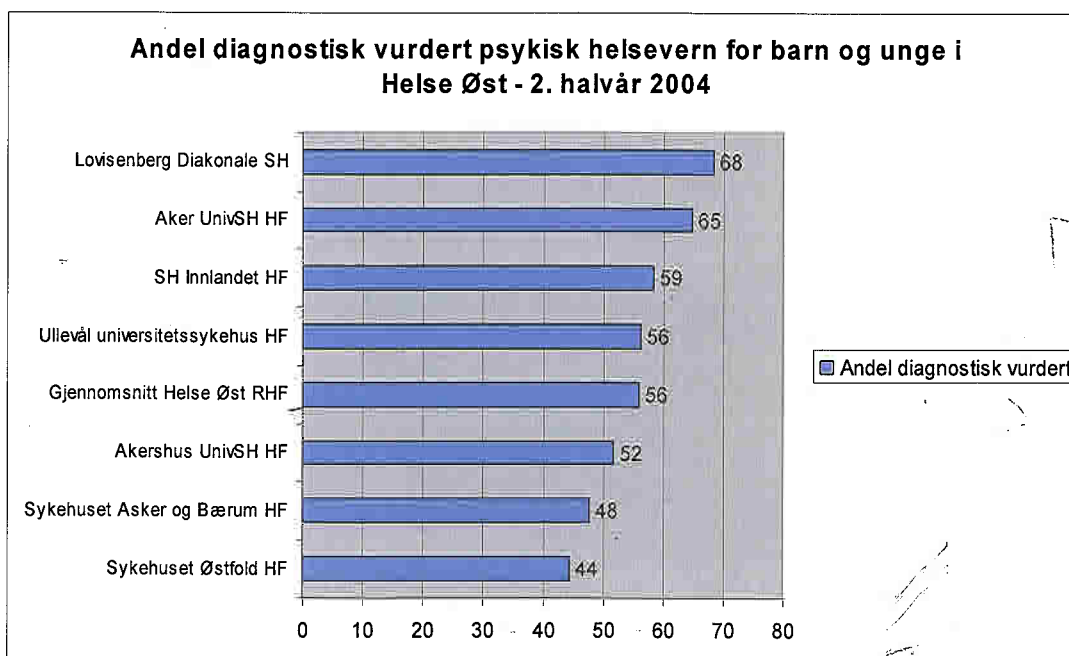
Totalt hadde 75 prosent av pasientene i Helse Øst RHF i andre halvår i 2004 fått en hoveddiagnose. Med andre ord så har en tredjedel av pasientene ikke blitt tilfredsstillende diagnostisk vurdert eller pasientenes hoveddiagnose er ikke blitt registrert. Ettersom målet er 100 prosent, er det er lite stykke igjen.

De såkalte Z-diagnosene er benyttet i fire prosent av tilfellene av diagnosesetting. Dette er ikke diagnoser som sier noe om hvilken tilstand pasienten lider av, men beskriver årsaken til at pasienten oppsøker helsetjenesten. Ofte dreier dette seg om situasjoner hvor klinikerer ikke har observert pasienten lenge nok til å sette en hoveddiagnose. En del psykiske vansker kan fluktuere over tid, og må ofte observeres over en viss tid før en sikker diagnose kan settes. Andre grunner til å kontakte helsetjenesten uten at det er rimelig å få en diagnose er på vegne av en annen, for å få rådgivning, for å få en resept/ vurdere medisinering eller ved ulike type livskriser med mer.

Somatiske diagnoser brukes i en prosent av tilfellene. Dette dreier seg ofte om organiske tilstander som gir psykiske symptomer slik som demens og tumorer i hjernen. I all hovedvekt brukes F diagnoser, som er diagnosene for de psykiske vanskene i ICD-10.

## 6.2. Resultater andel pasienter som er diagnostisk vurdert i psykisk helsevern for barn og unge i Helse Øst RHF – 2. halvår 2004.

### 6.2.1 Resultater fordelt på helseforetak



Figur 6.3 Andel pasienter diagnostisk vurdert i psykiske helsevern for barn og unge i Helse Øst i prosent – 2. halvår 2004.

Gjennomsnittet for psykisk helsevern for barn og unge i alle HF er at 56 prosent av pasientene er diagnostisk vurdert i andre halvår i 2004, og har fått satt en tilfredsstillende diagnose.

### 6.2.2 Diskusjon

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. Ettersom gjennomsnittet i psykisk helsevern for barn og unge i Helse Øst RHF er at 56 prosent av pasientene er tilfredsstillende diagnostisk vurdert, er det et stykke igjen til målet er oppfylt. Nesten halvparten av pasientene er med andre ord ikke tilfredsstillende diagnostisk vurdert, eller diagnosene deres er ikke blitt registrert. Det er verdt å merke seg at det også er forholdsvis stor variasjon mellom ulike HF i hvor stor andel av pasientene som er diagnostisk vurdert.

## 7 Videre utfordringer

En viktig målsetting frem til neste rapportering er å jobbe med å bedre komplettetheten i dataleveransene. Spesielt for Individuell Plan som indikator er det et stort forbedringspotensiale. Fra 2005 er individuell plan inkludert i den elektroniske rapporteringen av virksomhetsdata, og dataene vil med dette bli mer komplett ved neste registrering. Den registreringsmåten som er valgt fra 2005 er et avkrysningsfelt for om det forekommer en individuell plan eller ikke. Et forslag som har kommet fra flere av institusjonene er å gjøre om denne til en mer nyansert måte å registrere individuell planarbeid på, ved et fire- eller femdelt avkrysningsfelt. Det som blir etterspurt er særlig muligheten for å krysse av for om pasienten ikke ønsker en individuell plan og at planen er under utarbeidelse, men ikke ferdig.

## 8 Referanser

Kodebok for BUP – 1999

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

## 9 Vedlegg

### 9.1 Definisjon av de nasjonale kvalitetsindikatorene

Indikator nr: N-010	Indikator relatert til: Nasjonalt indikatorsett Psykisk helsevern (Voksne og BUP)	Indikator: <b>Epikrisetid</b>
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 dager<sup>1</sup> (etter utskrivningsdato/avslutningsdato) etter avsluttet behandling ved innleggelse, dagbehandling eller poliklinisk konsultasjonsserie (episode i NPR-record).

### Begrepsavklaringer

**Epikrise:** Er beskrevet i Forskrift om pasientjournal §9<sup>1</sup> 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

<sup>1</sup> 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	Ekkludert 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, dagbehandling 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:

$\text{Andel} = (\text{Antall sendte epikriser innen 7 dager} / \text{sum antall utskrivninger og polikliniske episoder}) \times 100$

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 Psyisk helsevern (Vaksne og BUP)	Indikator: <b>Ventetid til fyrste konsultasjon</b> (Primærbehandling (klinisk vurdering))
Versjons nr: 1.1	Godkjent av: Bjørn Guldvog (sign)	Godkjent dato: 20.01.2005

## 1 BESKRIVNING 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.

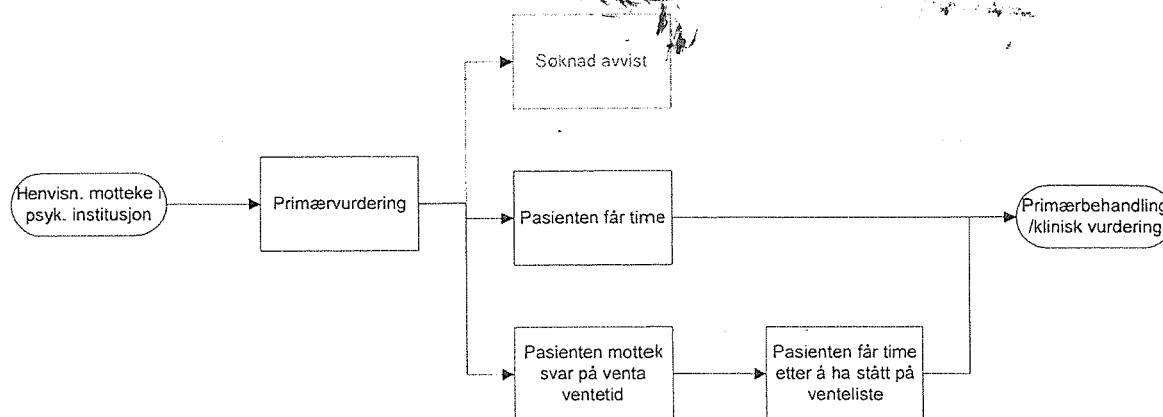
(Ein skiljar mellom dei som har rett til helsehjelp, jamfør forskrift, og dei som ikkje har denne retten. Dette gjeld for BUP, men inntil vidare ikkje for vaksenpsykiatri. Det er eitt mål også for vaksenpsykiatri, men fyrst må datakvaliteten bli betre og praksis med tildeling av rett til helsehjelp må 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 "Tvungen 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 henvisinga 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 henvising.

*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: <b>Andel pasienter som er diagnostisk vurdert i barne- og ungdomspsykiatrien (ICD-10 diagnose)</b>
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)<sup>1</sup>. 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 arbeid<sup>2</sup>.

#### 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 tenkingen en målrettethet og struktur som kan komme pasienten og familien til gode.

<sup>1</sup> Multiaxial classification of child and adolescent psychiatric disorders, WHO, 1996.

<sup>2</sup> Zeiner P., Stene Nøvik T., Diagnostikk i barne- og ungdomspsykiatri, Veileder i barne- og ungdomspsykiatri, Den norske lægeforening, 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
<b>Teller</b>	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.
<b>Nevner</b>	Alle pasienter i indikatorpopulasjonen for den aktuelle aksene beskrevet over	
<b>Datakilde</b> BUP-data.		
<p><b>Bearbeiding, aggregering og rapportering av data</b>            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, <a href="http://www.sykehusvalg.no">www.sykehusvalg.no</a>, 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.            Nasjonal rapportering av indikatoren skal skje på sykehus-/institusjonsnivå.            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:  <b>Individuell plan (barnehabilitering)</b>
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 forskrift<sup>1</sup> om individuell plan §6.

OBS! Det er bare ferdige planer som tilfredsstiller kravene i forskriften. En påbegynt plan tilfredsstiller 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.

<sup>1</sup> 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	Ekkludert populasjon
<b>Teller</b>	Antall pasienter med individuelle planer	
<b>Nevner</b>	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 inneholde 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.

