

DEFINISJONSKATALOG

**Styringsparametre og nasjonale
kvalitetsindikatorer medisin og helsefag**

**HELSE SØR-ØST RHF
2012**

Versjon 09.02.2012

Revidert februar.2012
Helse Sør-Øst RHF, Avdeling for Medisin og helsefag

INNHALDSFORTEGNELSE

Styringsparametre/indikatorer som skal rapporteres til Helse Sør-Øst RHF og/eller Helse- og omsorgsdepartementet

	Side
Ventetider – ventelister	3
Timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning ("direkte time")	4
Andel oppdaterte ventetider på nettstedet, www.frittsykehusvalg.no	6
Epikrisetid - Somatikk.....	7
Epikrisetid - Psykisk helsevern	9
Epikrisetid – Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	11
Korridorpasienter - Somatikk.....	13
Antall og andel liggedøgn utskrivningsklare pasienter somatikk	15
Antall og andel liggedøgn utskrivningsklare pasienter psykisk helsevern.....	17
Gjennomsnittstid fra mottak av henvisning (ansiennitetsdato) til vurdering av henvisningen er fullført	19
Antall åpne dokumenter i EPJ som er mer enn 14 dager gamle	20
Antall pasienter med åpen henvisningsperiode, uten ny kontakt	21
Andel fristbrudd – somatikk, psykisk helsevern (VOP og BUP) og TSB	22
Prevalens av sykehusinfeksjoner.....	23
Andel ambulante konsultasjoner psykisk helsevern VOP og BUP	25
Tvungen innskrivning i psykiatrisk institusjon.....	27
Andel og ratejustert antall reinnleggelser innen 30 dager i akuttavdelinger, psykisk helsevern voksne	30
Tid fra henvisning til første behandling tykktarmskreft.....	32
Tid fra henvisning til første behandling brystkreft	34
Tid fra henvisning til første behandling lungekreft	36
Registrering av hovedtilstand psykisk helsevern voksne.....	39
Registrering av lovgrunnlag psykisk helsevern voksne.....	41
Registrering av hovedtilstand psykisk helsevern barn og unge	43
Fødselsrifter grad 3 og 4	45
Trombolysebehandling ved hjerneinfarkt	48
Nye indikatorer 2012 (foreløpig uten beskrivelse og definisjon av indikatoren)	50
Nasjonale kvalitetsindikatorer som skal rapporteres til Helsedirektoratet ved NPR.....	51
Preoperativ liggetid ved lårhalsbrudd	52
Hyppighet av keisersnitt.....	55
Ventetid operasjon for tykktarms-/endetarmskreft (colorectal cancer)	57
Andel pasienter som er diagnostisk vurdert i barne- og ungdomspsykiatrien (ICD-10 diagnose)	60
Ventetid til første konsultasjon (Primærbehandling - klinisk vurdering)).....	63
Varighet av ubehandlet psykose (VUP) - ved første episode ikke-affektiv psykose	66
Strykninger av planlagte operasjoner.....	71
Individuell plan (barnehabilitering)	73
Individuell plan ADHD (BUP) og Schizofreni (VOP)	76

Indikator Nr 1, 2 a-d, 8, 10	Indikator relatert til: Helse Sør-Øst indikatorsett	Ventetider – ventelister
Versjon nr: 2.1	Godkjent av: Folke Sundelin	Godkjent: Desember 2011

1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN

Definisjon av indikatoren og rapportering

Ventetider skal være basert på NPR-data og NPR-definisjoner og gitte krav om rapportering fra HOD og omfatter bl.a.:

- Gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter i spesialisthelsetjenesten
- Gjennomsnittlig og median ventetid avviklede pasienter alle (med og uten rett) det enkelte tjenesteområde
- Ventetid og fagområde somatikk
- Nyhenviste, avviklede og ventende
- Langtidsventende (ventet over ett år)
- Andel gitt rett til nødvendig helsehjelp
- Andel innen spesialisthelsetjenesten som er vurdert innen 30 dager
- Andel barn og unge under 23 år med psykiske- og/eller rusproblemer vurdert innen 10 dager og gitt tilbud om behandling innen 65 virkedager. (Vurderings- og behandlingsgarantien)

Definisjoner skal være basert på definisjoner og kriterier benyttet av NPR og omfatter alle omsorgsnivåer (innleggelse, dagbehandling og poliklinikk).

Begrepsavklaring

Rapportering foregår til NPR etter fastsatt prosedyre.

Begrunnelse, referanse, evidens

Rapportering av ventetider er obligatorisk i hht. nasjonale krav.

2 METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

Datakilde

NPR utarbeider månedlige rapporter på oppdrag fra Helse Sør-Øst RHF, (NPR cuben). [Se her.](#) Helseforetakene skal sørge for at rapporterte data er kvalitetssikret før rapportering til NPR.

Bearbeiding, aggregering og rapportering av data

Helse Sør-Øst RHF sammenstiller og berbeider data fra NPR. Data presenteres på helseforetaksnivå.

3 TOLKNING OG PRESENTASJON AV RESULTATER

Indikatoren brukes som

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

Analyse og presentasjon av data

Data aggregert på helseforetaksnivå brukes til å følge opp ventelistesituasjonen i RHF-et. Data på institusjons- og avdelingsnivå forslås brukt i lokalt styrings- og forbedringsarbeid.

Indikator nr: 2 H	Indikator relatert til: Helse Sør-Øst indikatorsett	Timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning ("direkte time")
Versjon nr: 1,1	Godkjent av: Folke Sundelin	Godkjent: November 2011

1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN

Definisjon av indikatoren

Andel pasienter som får timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning (direkte time).

Begrepsavklaringer

Hvilke mottatte henvisninger omfattes? Indikatoren omfatter mottatte henvisninger som er vurdert, og hvor det er besluttet at pasienten skal tilbys undersøkelse/behandling ved sykehuset. Indikatoren gjelder alle pasienter, både de med rett og de uten rett til nødvendig helsehjelp.

Bekreftelse på mottatt henvisning:

Med bekreftelse menes tilbakemelding (skriftlig) til pasienten om at søknaden er mottatt, vurdert og at pasienten tilbys undersøkelse/behandling ved sykehuset, herunder opplysning om rettighetsstatus (rett til nødvendig helsehjelp eller ikke).

Timeavtale: Med timeavtale menes tidspunkt, dato evt. med klokkeslett, for undersøkelse/behandling.

Begrunnelse, referanse, evidens

Det er et betydelig fokus på tilgjengelig og ventetid for undersøkelse/behandling ved sykehus. Det er helt sentral for pasienter/pårørende at det gis opplysning om tidspunkt for undersøkelse/behandling, både for å vite hva man må forholde seg, vurdering av alternativ behandlingssted (Fritt sykehusvalg) samt egen planlegging mht. private forhold, jobb mv. i forbindelse med sykehusoppholdet.

Det forventes at sykehusene har god planlegging av egen virksomhet og drift, samt god utnyttelse av tilgjengelige ressurser til enhver tid.

Type indikator

Indikatoren er en prosessindikator.

Indikatoren uttrykker

Sykehuset evne til god pasientinformasjon og god planlegging av drift.

2 METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

Indikatorpopulasjon		
	Inkludert populasjon Elektive pasienter. Alle mottatte henvisninger som er vurdert og hvor pasienten tilbys undersøkelse/behandling ved sykehuset og hvor pasienten settes på venteliste.	Ekskludert populasjon. Øyeblikkelig hjelp henvisning. Mottatte henvisninger som er avvist, evt. videresendt til annen institusjon, av ulike grunner og hvor det ikke tilbys undersøkelse/behandling ved sykehuset og pasienten ikke er satt på venteliste.
Teller	Antall mottatte og vurderte henvisninger hvor det er gitt tilbakemeling om tidspunkt (dato og klokkeslett), for undersøkelse/behandling.	
Nevner	Alle mottatte og vurderte henvisninger hvor det er gitt tilbud om undersøkelse/behandling ved sykehuset.	
Datakilde: De pasientadministrative systemene (PAS).		
Bearbeiding, aggregering og rapportering av data		

Data presenteres på HF-nivå.

3 TOLKNING OG PRESENTASJON AV RESULTATER

Indikatoren brukes som

- Styringsinformasjon
- Kvalitetsforbedring
- Informasjon til pasienter og henvisende instanser
-

Analyse og presentasjon av data

Data aggregert på helseforetaksnivå brukes til å følge opp indikatoren fra RHF-et. Data på institusjons- og avdelingsnivå forslås brukt i lokalt styrings- og forbedringsarbeid.

Indikator Nr 3	Indikator relatert til: Helsedirektoratet og Helse Sør-Øst indikatorsett	Andel oppdaterte ventetider på nettstedet, www.frittsykehusvalg.no
Versjon nr 1.2	Godkjent av: Bård Lilleeng	Godkjent dato: Desember 2009

1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN

Definisjon av indikatoren Andel oppdaterte forventede ventetider på nettstedet, www.frittsykehusvalg.no siste 4 uker.
Begrepsavklaringer Forventet ventetid Maksimal ventetid for de lavest prioriterte rettighetspasientene, eller ikke rettighetspasienter, som skal ha et tilbud. Dersom pasientene i aktuell kategori omfattes både av pasienter med og uten rett til nødvendig helsehjelp, er det forventet ventetid for de som må vente lengst som skal rapporteres. Ventetiden skal fastsettes til et bestemt antall uker. Tidsangivelsen må være realistisk. At enkeltpasienter unntaksvis venter lenger regnes det ikke som nødvendig å ta høyde for. Tjenester Med tjenester forstås de sykdommer/tilstander hvor det gis tilbud om utredning/behandling ved den enkelte institusjon og der det er aktuelt å oppgi ventetider.
Begrunnelse, referanse, evidens Helseinstitusjoner har etter spesialisthelsetjenesteloven § 3 -11 plikt til å gi slik informasjon som er nødvendig for at allmennheten skal kunne ivareta sine rettigheter, jf. Pasientrettighetsloven §§ 2 -1 til 2 -5. En vesentlig forutsetning for reell valgmulighet er at pasienten har tilgang på nødvendig informasjon. Informasjonen må være oppdatert, lett tilgjengelig og ha en slik form at det ikke kreves spesielle forutsetninger for å kunne nyttiggjøre seg den.
Type indikator Resultatindikator
Målsetting for indikatoren At forventede ventetider holdes 100 prosent oppdatert på www.frittsykehusvalg.no .

2 METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

Indikatorpopulasjon		
	Inkludert populasjon	Ekskludert populasjon
Teller	Antall tjenester som har oppdatert ventetider på www.frittsykehusvalg.no siste 4 uker	
Nevner	Totalt antall tjenester på www.frittsykehusvalg.no som skal rapporteres/oppdateres med ventetid	
Datakilde: Kontoret for fritt sykehusvalg rapporterer til Helse Sør-Øst RHF på det enkelte helseforetak.		

3 TOLKNING, PRESENTASJON OG BRUK AV RESULTATER

Indikatoren brukes for å følge opp rapportering av forventet ventetid til Fritt sykehusvalg.

Indikator nr: N-002 Nr 4a Helse Sør-Øst	Indikator relatert til: Nasjonalt indikatorsett + Helse Sør-Øst indikatorsett Somatikk	Epikrisetid - Somatikk
Versjon nr: 1.4	Godkjent av: Helsedirektoratet	Godkjent dato: 18.12.2008

1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN

Definisjon av indikatoren

Indikatoren uttrykkes som:

- Andel epikriser som er skrevet og utsendt innen 7 dager¹ etter utskrivningsdato (døgnopphold).

Begrepsavklaringer

Epikrise

En sammenfatning av journalopplysninger som sendes det helsepersonell som trenger opplysninger for å kunne gi pasienten nødvendig og forsvarlig oppfølging¹. Epikrisen er knyttet til én innleggelse ved et behandlingssted 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 behandlingsstedet (utskrivningsdato) til epikrisen er sendt ut elektronisk eller pr post.

Begrunnelse, referanse, evidens

Epikrisetid er et uttrykk for samhandling/kommunikasjon mellom behandlingssted og øvrig helsetjeneste. Lang epikrisetid svekker pasientens mulighet til å få kontinuitet i behandlingen og sikker oppfølging etter utskrivelse. 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

Denne indikatoren er en prosessindikator og betegner de aktiviteter og ressurser som vedrører produksjonen av en epikrise fra pasienten er utskrevet til epikrise er sendt.

Indikatoren uttrykker

Hvor stor andel av epikrisene som er sendt ut innen 7 dager.

Mål fra 2011 (HOD): 100 % av epikrisene skal være utsendt innen 7 dager.

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

2 METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

Indikatorpopulasjon		
Indikatoren gjelder innlagte pasienter (døgnopphold)		
	Inkludert populasjon	Ekskludert populasjon
Teller	Antall sendte epikriser innen 7 dager etter utskrivning	Dagopphold Poliklinikk Fødsler
Nevner	Antall utskrivninger fra behandlingsstedet i samme periode	
Datakilde Data hentes fra pasientadministrativt datasystem og rapporteres manuelt til Norsk pasientregister og Helse Sør-Øst RHF i hht. interne retningslinjer (Rapportpakken).		
Epikrisetid beregnes som Dato Utskrivning – Dato Epikrise sendt		
Bearbeiding, aggregering og rapportering av data Registrerte data innhentes og bearbeides av Norsk pasientregister ved hvert tertial. Innkalling sendes i forkant av rapportering. Behandlingsstedene får tilbakemeldt resultatene for korreksjoner/kommentarer før publisering av resultatene.		
Indikatoren uttrykkes i prosent: Andel = (Antall sendte epikriser innen 7 dager / antall utskrivninger) x 100.		
Rapportering til Helse Sør-Øst RHF skjer på HF-nivå. Nasjonal rapportering av indikatoren skal skje på sykehus-/institusjonsnivå.		

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 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. Disse utskrivningene vil likevel inngå i nevneren, og medfører lavere andelen epikriser for enheter som har mange utskrivninger hvor det er besluttet å ikke sende epikrise.
Analyse og presentasjon av data Data aggregert på behandlingsstedet publiseres nasjonalt som andel epikriser som er skrevet og utsendt innen 7 dager etter utskrivningsdato. Data på avdelingsnivå og lavere nivåer foreslås brukt i lokalt styrings- og forbedringsarbeid. Tall for behandlingsstedet presenteres på nettsiden for Fritt Sykehusvalg som grunnlag for pasientens valg av behandlingssted samt på Helsedirektorates nettsider: Klikk her

Indikator nr: N-010	Indikator relatert til: Nasjonalt indikatorsett + Helse Sør-Øst indikatorsett	Epikrisetid - Psykisk helsevern
Nr 4b Helse Sør-Øst	Psykisk helsevern (Voksne og barn/unge)	
Versjon nr: 1.3	Godkjent av: Helsedirektoratet	Godkjent dato: 18.12.2008

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 sengeavdeling, 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 behandlingsstedet (utskrivningsdato), eller (avslutningsdato) etter poliklinisk behandling, til epikrisen er sendt ut elektronisk eller pr 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 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.

Mål fra 2011 (HOD): 100 % av epikrisene skal være utsendt innen 7 dager.

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

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 eller avsluttet dagbehandling/ poliklinisk behandlingsserie (avsluttet henvisningsperiode).	Avsluttede henvisninger med manglende epikrise eller direkte tiltak registrert
Nevner	Sum utskrivninger, dagbehandlinger og avsluttede polikliniske behandlinger i samme periode.	
Indikatoren uttrykkes i prosent: $\text{Andel} = (\text{Antall sendte epikriser innen 7 dager} / \text{sum antall utskrivninger og polikliniske episoder}) \times 100$		
Datakilde Data hentes fra pasientadministrativt datasystem (NPR-meldingen) . 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) ved hvert tertial og til Helse Sør-Øst RHF i hht. interne retningslinjer (Rapportpakken). Innkallingsbrev fra NPR sendes i forkant av rapportering. Institusjonene får tilbakemeldt resultatene for korreksjoner/kommentarer før publisering av resultatene. Epikriser som sendes inntil 14 dager før utskrivning telles også med. Begrunnelsen er at det er i blant behov for en institusjon å sende journal og dokumentasjon i forkant til mottakende instans for å forberede videre behandling av pasienten. Rapportering til Helse Sør-Øst RHF skjer på HF-nivå. Nasjonal rapportering av indikatoren skal skje på sykehus-/institusjonsnivå.		

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 behandlingsstedet publiseres nasjonalt som andel epikriser som er skrevet og utsendt innen 7 dager etter avsluttet behandling v/innleggelse, dagbehandling eller poliklinisk konsultasjonsserie. Data på avdelingsnivå og lavere nivåer foreslås brukt i lokalt styrings- og forbedringsarbeid. Tall for behandlingsstedet presenteres på nettsiden for Fritt Sykehusvalg som grunnlag for pasientens valg av behandlingssted samt på Helsedirektorates nettsider: Klikk her

Indikator nr: 4c	Indikator relatert til: Helse Sør-Øst	Epikrisetid – Tverrfaglig spesialisert rusbehandling
Versjon nr 1.2	Godkjent av: Mari Trommald	Godkjent dato: Desember 2008

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

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 sengeavdeling, 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 behandlingsstedet (utskrivningsdato), eller (avslutningsdato) etter poliklinisk behandling, til epikrisen er sendt ut elektronisk eller pr 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 institusjon og øvrig sosial- og helsetjeneste. Lang epikrisetid svekker muligheten til kontinuitet i behandlingen og sikker oppfølging etter utskrivelse. Gjennom måling av epikrisetid rettes oppmerksomhet mot 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 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.

Mål fra 2011 (HOD): 100 % av epikrisene skal være utsendt innen 7 dager.

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

2 METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

Indikatorpopulasjon Innlagte pasienter (døgnoophold), dagpasienter og polikliniske pasienter (avsluttet poliklinisk behandlingsserie)		
	Inkludert populasjon	Ekskludert populasjon
Teller	Antall sendte epikriser innen 7 dager etter utskrivning (døgntbehandling), avsluttet dagbehandling/poliklinisk behandlingsserie (avsluttet henvisningsperiode, også kalt avsluttede episoder i ny NPR-record).	
Nevner	Sum utskrivninger, døgn, dagbehandlinger og avsluttede polikliniske behandlinger i rapportperioden.	
Datakilde Data hentes fra pasientadministrativt datasystem og rapporteres til Helse Sør-Øst RHF i hht. interne retningslinjer (Rapportpakken). Epikrisetid beregnes deretter som $\text{Dato Utskrivning} - \text{Dato Epikrise sendt}$		
Bearbeiding / aggregering av data Indikator uttrykkes i prosent: $\text{Andel} = (\text{Antall sendte epikriser innen 7 dager} / \text{antall utskrivninger}) \times 100$ Data foreslås beregnet (avhengig av lokale behov) for: - hver institusjon/avdeling - hvert helseforetak Rapportering til Helse Sør-Øst RHF skjer på HF-nivå.		

3 TOLKNING, PRESENTASJON OG BRUK AV RESULTATER

Indikatoren brukes som - Grunnlag for kvalitetsforbedring - Styringsinformasjon
Underliggende faktorer som kan forklare variasjon 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 institusjons- og foretaksnivå brukes som styringsdata. Data på avdelingsnivå og postnivå foreslås brukt i lokalt styrings- og forbedringsarbeid.

Indikator nr: N-001	Indikator relatert til: Nasjonalt indikatorsett + Hele Sør-Øst indikatorsett Somatikk	Korridorpasienter - Somatikk
Nr 5a Helse Sør-Øst		
Versjon nr: 1.2	Godkjent av: Helsedirektoratet	Godkjent dato: 18.12.2008

1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN

Definisjon av indikatoren

Antall og andel pasienter som kl. 07.00 er plassert i seng på korridor, bad, skyllerom, dagligstue m.m.¹

Begrepsavklaring

Korridorpasient

Pasient som er plassert i seng på korridor, bad, skyllerom, dagligstue m.m.

Det regnes også som korridorpasienter når plassering på korridor velges som løsning på observasjons- eller kontaktbehov.

Dersom mor og barn etter fødsel plasseres på korridor eller lignende, skal de regnes som 2 korridorpasienter.

Gjelder ikke "ekstra" pasienter på ordinære sengeplasser eller sengeplasser som er tatt ut av drift. Det betyr at antall korridorpasienter ikke beregnes ut fra totalt overbelegg, eller som antall flere pasienter enn antall ordinære sengeplasser.

Antall liggedøgn

Med antall sengedøgn forstås antall registrerte liggedøgn (for døgnpasienter) ved aktuelle poster/avdelinger i perioden. Antall liggedøgn beregnes på grunnlag av ordinært rapporterte aktivitetsdata for hver enkelt registrerings-/rapporteringsperiode.

Begrunnelse

Dette er en relevant kvalitetsindikator fordi

- behandlingsplass i korridor er et hinder for ivaretagelse av pasientenes integritet og alminnelig verdighet.
- behandlingsplass i korridor er til hinder for ivaretagelse av lovpålagt taushetsplikt, jf. Lov om helsepersonell²
- behandlingsplass i korridor er til hinder for god behandling og pleie
- pasientseng i evakueringsområde er et alvorlig sikkerhetsmessig avvik, jf. brannforskriften³ og internkontrollforskriften⁴

Indikatoren er en videreføring av Statens Helsetilsyns punkttellinger av antall korridorpasienter i sykehusene med endring av tidspunktet for telling fra kl. 08 til kl. 07. Tidspunkt for telling er satt til kl. 07 for å få med de pasienter som faktisk har ligget på korridor plass om natten, og før flytting av sengen skjer som følge av undersøkelser med mer.

Type indikator

Indikatoren er en prosessindikator (styring av pasientstrøm)..

¹ Jf. Helsetilsynets rapport i forbindelse med kartlegging av korridorpasienter i 1998 og 2000.

² Lov om helsepersonell m. v

³ Forskrift om brannforebyggende tiltak og tilsyn § 2-1 og 2-3 iht. Lov om vern mot brann, eksplosjon og ulykker med farlig stoff og om brannvesenets redningsoppgaver

⁴Jf Internkontrollforskriften § 5.6.

Indikatoren uttrykker

Antall og omfang av uønskede hendelser.

2 METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

Indikatorpopulasjon		
	Inkludert populasjon	Ekskludert populasjon
Teller	Antall korridorpasienter kl. 07.00 hver dag for alle sengeposter	Barselavdelinger Observasjonsposter knyttet til akuttmottak
Nevner	Totalt antall liggedøgn ved de samme sengepostene i perioden	
Tidligere ble det benyttet antall effektive senger (basert på definisjoner benyttet i SAMDATA-rapporter) i nevneren. I praksis viser det seg vanskelig å fremskaffe sikre data for antall effektive senger. Det er derfor valgt å relatere antall korridorpasienter til totalt antall sengerdøgn i perioden. Datakilde Sykehusenes manuelle registrering av korridorpasienter (korridorpasienter) og virksomhetsdata (liggedøgn).		
Rapportering, bearbeiding og aggregering og av data Indikatoren antall korridorpasienter <u>rapporteres</u> til avtalt datamottak i institusjonen uten pasientnavn eller begrunnelse for hendelsen. Datamottak i institusjonen rapporterer videre til Norsk pasientregister (NPR) på oppgitt rapporteringstidspunkt mht. antall korridorpasienter. Rapportering til Helse Sør-Øst RHF skjer i hht. interne retningslinjer (Rapportpakken). NPR bearbeider og aggregerer datamaterialet etter gitte retningslinjer. Bearbeiding av data ved NPR Antall og andel korridorpasienter (senger) oppgis i prosent. <u>Gjennomsnittlig antall korridorpasienter per dag i perioden</u> = totalt antall korridorpasienter i perioden / antall dager i perioden <u>Gjennomsnittlig andel korridorpasienter i perioden</u> = (gjennomsnittlig antall korridorpasienter i perioden / gjennomsnittlig antall sengerdøgn) x 100 Rapportering til Helse Sør-Øst RHF skjer på HF-nivå. Nasjonal rapportering av indikatoren skal skje på sykehus-/institusjonsnivå.		

3 TOLKNING OG PRESENTASJON AV RESULTATER

Indikatoren brukes som ▪ Grunnlag for kvalitetsforbedring ▪ Informasjon til pasienter og henvisende leger ▪ Styringsinformasjon
Analyse og presentasjon av data Data aggregert på behandlingsstedet rapporteres og publiseres nasjonalt som gjennomsnittlig antall korridorpasienter pr. dag og som gjennomsnittlig andel korridorpasienter i perioden. Data på avdelingsnivå og lavere nivåer foreslås brukt i lokalt styrings- og forbedringsarbeid. Tall for behandlingsstedet presenteres på nettsiden for Fritt Sykehusvalg som grunnlag for pasientens valg av behandlingssted samt på Helsedirektorates nettsider: Klikk her

Indikator nr: 7 a , b og c	Indikator relatert til: Helse Sør-Øst indikatorsett Somatikk	Antall og andel liggedøgn utskrivningsklare pasienter somatikk
Versjon nr 3.0	Godkjent av: Alice Beathe Andersgaard	Godkjent dato: Januar 2011

1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN

Definisjon av indikatoren:

Indikator 1: Antall registrerte liggedøgn for utskrivningsklare pasienter somatikk i perioden (aktuell måned).

Indikator 2: Andel liggedøgn for utskrivningsklare pasienter somatikk i perioden (aktuell måned).

Begrepsavklaringer:

Hva er utskrivningsklare pasienter, jfr. "Forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter":

§ 9. Vilkår for at en pasient er utskrivningsklar

En pasient er utskrivningsklar når lege på sykehus vurderer at det ikke er behov for ytterligere behandling i spesialisthelsetjenesten. Vurderingen skal være basert på en individuell helsefaglig vurdering, og følgende punkter skal være vurdert og dokumentert i pasientjournalen

- problemstillingen(e) ved innleggelse, slik disse var formulert av innleggende lege, skal være avklart
- øvrige problemstillinger som har fremkommet skal være avklart
- dersom enkelte spørsmål ikke avklares skal dette redegjøres for
- det skal foreligge et klart standpunkt til diagnose(r), og videre plan for oppfølging av pasienten
- pasientens samlede funksjonsnivå, endring fra forut for innleggelsen, og forventet framtidig utvikling skal være vurdert.

§ 10. Varsel til kommunen om utskrivningsklar pasient

Når en pasient er definert som utskrivningsklar, jf. § 9, skal sykehuset straks varsle kommunen. Dette gjelder ikke utskrivningsklare pasienter som ikke har behov for et kommunalt helse- og omsorgstjenestetilbud.

Mottakende instans er som oftest pasientens hjemkommune, og der sykehusene har etablert rutiner for samarbeid om utskrivning av pasienter.

Betaling for utskrivningsklar pasient utløses når pasienten er meldt (den dagen telles med) og opphører når kommunen kan ta i mot pasienten (dvs. utreisedagen regnes ikke inn i fakturert beløp), jfr. ellers § 13. *Betaling for utskrivningsklare pasienter på sykehus i påvente av et kommunalt tilbud.*

I følge § 14 kan kommunen "kreve å få en redegjørelse for de vurderinger sykehuset har foretatt etter § 9. Redegjørelsen skal inneholde tilstrekkelig og nødvendig informasjon slik at kommunen kan etterprøve vurderingene foretatt av sykehuset."

Begrunnelse, referanse, evidens

Å få god oversikt og dokumentasjon på omfang av ferdigbehandlende pasienter ved sykehusene, og for å stimulere helseforetakene til god planlegging og godt samarbeid med kommunene ved utskrivelser.

Type indikator

Prosess og resultatindikator

2 METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

Indikatorpopulasjon		
	Inkludert populasjon: <u>Somatikk:</u> (alle sengeposter for innlagte pasienter)	Ekskludert populasjon Dagpasienter og sengeposter brukt til dagpasienter, Nyfødt- og føde/barsel avd., postoperativ- og intensivavdelinger.
Indikator 1	Sum antall liggedøgn for utskrivningsklare i perioden (aktuell måned)	
Indikator 2		
Teller	Sum antall liggedøgn for utskrivningsklare i perioden (aktuell måned)	
Nevner	Totalt antall liggedøgn i den samme perioden	
Datakilde Det pasientadministrative system (PAS).		
Bearbeiding/aggregering av data Data oppgis som antall liggedøgn og andel (prosent) liggedøgn for utskrivningsklare i perioden Gj.snitt andel utskrivningsklare = (Sum antall liggedøgn for utskrivningsklare i perioden / totalt antall liggedøgn i perioden) x 100 Data rapporteres på HF-nivå.		

3 TOLKNING, PRESENTASJON OG BRUK AV RESULTATER

Indikatoren brukes som ▪ Grunnlag for kvalitetsforbedring ▪ Styringsinformasjon ▪ Dokumentasjon i samhandling med kommunene
Analyse og presentasjon av data Data aggregert på helseforetaksnivå rapporteres og brukes til å følge opp indikatoren fra RHF-et. Data på institusjons- og avdelingsnivå foreslås brukt i lokalt styrings- og forbedringsarbeid.

Indikator nr: 7 d, e og f	Indikator relatert til: Helse Sør-Øst indikatorsett Psykisk helsevern voksne	Antall og andel liggedøgn utskrivningsklare pasienter psykisk helsevern
Versjon nr 3.0	Godkjent av: Alice Beathe Andersgaard	Godkjent dato: Desember 2011

1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN

Definisjon av indikatoren:

Indikator 1: Antall registrerte liggedøgn for utskrivningsklare pasienter i psykisk helsevern for voksne i perioden (aktuell måned).

Indikator 2: Andel liggedøgn for utskrivningsklare pasienter i psykisk helsevern for voksne i perioden (aktuell måned).

Begrepsavklaringer:

Vi bruker samme definisjon av en utskrivningsklar pasient, som i tilsvarende indikator for somatikk (jfr. indikator 7 a, b og c), selv om den nye forskriften om *kommunal betaling* for utskrivningsklare pasienter foreløpig kun gjelder innen somatikk:

"En pasient er utskrivningsklar når lege på sykehus vurderer at det ikke er behov for ytterligere behandling i spesialisthelsetjenesten. Vurderingen skal være basert på en individuell helsefaglig vurdering, og følgende punkter skal være vurdert og dokumentert i pasientjournalen

- problemstillingen(e) ved innleggelse, slik disse var formulert av innleggende lege, skal være avklart
- øvrige problemstillinger som har fremkommet skal være avklart
- dersom enkelte spørsmål ikke avklares skal dette redegjøres for
- det skal foreligge et klart standpunkt til diagnose(r), og videre plan for oppfølging av pasienten
- pasientens samlede funksjonsnivå, endring fra forut for innleggelsen, og forventet framtidig utvikling skal være vurdert.

Vi forutsetter også at sykehuset har varslet kommunen, når en pasient er definert som utskrivningsklar.

Begrunnelse, referanse, evidens

Å få god oversikt og dokumentasjon på omfang av ferdigbehandlende pasienter ved sykehusene, og for å stimulere helseforetakene til god planlegging og godt samarbeid med kommunene ved utskrivelser.

Type indikator

Prosess og resultatindikator

2 METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

Indikatorpopulasjon		
	Inkludert populasjon: Psykisk helsevern voksne (alle sengeposter for innlagte pasienter)	Ekskludert populasjon
Indikator 1	Sum antall liggedøgn for utskrivningsklare i perioden (aktuell måned)	
Indikator 2		
Teller	Sum antall liggedøgn for utskrivningsklare i perioden (aktuell måned)	
Nevner	Totalt antall liggedøgn i den samme perioden	
Datakilde Det pasientadministrative system (PAS).		
Bearbeiding/aggregering av data Data oppgis som antall registrerte liggedøgn i perioden og gj. snitt andel (prosent) liggedøgn for utskrivningsklare i perioden, Gj.snitt andel utskrivningsklare = (Sum antall liggedøgn for utskrivningsklare i perioden / totalt antall liggedøgn i perioden) x 100 Data rapporteres på HF-nivå.		

3 TOLKNING, PRESENTASJON OG BRUK AV RESULTATER

Indikatoren brukes som ▪ Grunnlag for kvalitetsforbedring ▪ Styringsinformasjon ▪ Dokumentasjon i samhandling med kommunene
Analyse og presentasjon av data Data aggregert på helseforetaksnivå rapporteres og brukes til å følge opp indikatoren fra RHF-et. Data på institusjons- og avdelingsnivå foreslås brukt i lokalt styrings- og forbedringsarbeid.

Indikator nr: 8 a	Indikator relatert til: Helse Sør-Øst indikatorsett	Gjennomsnittstid fra mottak av henvisning (ansiennitetsdato) til vurdering av henvisningen er fullført
Versjon nr 1.0	Godkjent av: Folke Sundelin	Godkjent dato: Februar 2012

1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN

Definisjon av indikatoren: For DIPS-sykehus er den aktuelle rapporten D - 6813
Begrepsavklaringer: Helse Sør-Øst RHF vil komme tilbake med en nærmere definisjon av indikatoren. Helse Sør-Øst RHF vil ha en dialog med de HF/private sykehus som ikke har DIPS, vil for å kunne finne en riktig rapportering
Begrunnelse, referanse, evidens
Type indikator Prosess og resultatindikator

2 METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

Indikatorpopulasjon	Inkludert populasjon:	Ekskludert populasjon
Indikator		
Datakilde Det pasientadministrative system (PAS).		
Bearbeiding/aggregering av data Data rapporteres på HF-nivå.		

3 TOLKNING, PRESENTASJON OG BRUK AV RESULTATER

Indikatoren brukes som ▪ Grunnlag for kvalitetsforbedring ▪ Styringsinformasjon ▪ Dokumentasjon i samhandling med kommunene
Analyse og presentasjon av data Data aggregert på helseforetaksnivå rapporteres og brukes til å følge opp indikatoren fra RHF-et. Data på institusjons- og avdelingsnivå foreslås brukt i lokalt styrings- og forbedringsarbeid.

Indikator nr: 8 b	Indikator relatert til: Helse Sør-Øst indikatorsett	Antall åpne dokumenter i EPJ som er mer enn 14 dager gamle
Versjon nr 1.0	Godkjent av: Folke Sundelin	Godkjent dato: Februar 2012

1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN

Definisjon av indikatoren: For DIPS-sykehus er den aktuelle rapporten D – 9582
Begrepsavklaringer: Skal omfatte alle dokumenter som er mer enn 14 dager gamle – uavhengig av når de er opprettet. Differensieres på dokumenter generert av henholdsvis leger, sykepleiere, og andre. Sykehus som benytter autogodkjenning av sykehus må oppgi antall autogodkjente dokumenter siste måned, med samme differensiering. Helse Sør-Øst RHF vil ha en dialog med de HF/private sykehus som ikke har DIPS, vil for å kunne finne en riktig rapportering Helse Sør-Øst RHF vil komme tilbake med en nærmere definisjon av indikatoren.
Begrunnelse, referanse, evidens
Type indikator Prosess og resultatindikator

2 METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

Indikatorpopulasjon	Inkludert populasjon:	Ekskludert populasjon
Indikator		
Datakilde Det pasientadministrative system (PAS).		
Bearbeiding/aggregering av data Data rapporteres på HF-nivå.		

3 TOLKNING, PRESENTASJON OG BRUK AV RESULTATER

Indikatoren brukes som ▪ Grunnlag for kvalitetsforbedring ▪ Styringsinformasjon ▪ Dokumentasjon i samhandling med kommunene
Analyse og presentasjon av data Data aggregert på helseforetaksnivå rapporteres og brukes til å følge opp indikatoren fra RHF-et. Data på institusjons- og avdelingsnivå foreslås brukt i lokalt styrings- og forbedringsarbeid.

Indikator nr: 8 c	Indikator relatert til: Helse Sør-Øst indikatorsett	Antall pasienter med åpen henvisningsperiode, uten ny kontakt
Versjon nr 1.0	Godkjent av: Folke Sundelin	Godkjent dato: Februar 2012

1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN

Definisjon av indikatorens: For DIPS-sykehus er den aktuelle rapporten D - 7221
Begrepsavklaringer: Helse Sør-Øst RHF vil komme tilbake med en nærmere definisjon av indikatorens. Helse Sør-Øst RHF vil ha en dialog med de HF/private sykehus som ikke har DIPS, vil for å kunne finne en riktig rapportering
Begrunnelse, referanse, evidens
Type indikator Prosess og resultatindikator

2 METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

Indikatorpopulasjon		
	Inkludert populasjon:	Ekskludert populasjon
Indikator		
Datakilde Det pasientadministrative system (PAS).		
Bearbeiding/aggregering av data Data rapporteres på HF-nivå.		

3 TOLKNING, PRESENTASJON OG BRUK AV RESULTATER

Indikatorens brukes som - Grunnlag for kvalitetsforbedring - Styringsinformasjon - Dokumentasjon i samhandling med kommunene
Analyse og presentasjon av data Data aggregert på helseforetaksnivå rapporteres og brukes til å følge opp indikatorens fra RHF-et. Data på institusjons- og avdelingsnivå foreslås brukt i lokalt styrings- og forbedringsarbeid.

Indikator nr: 9a, b, c	Indikator relatert til: Nasjonalt indikatorsett + Helse Sør-Øst indikatorsett; Somatikk, VOP og TSB.	Andel fristbrudd – somatikk, psykisk helsevern (VOP og BUP) og TSB
Versjons nr 3,0	Godkjent av:	Godkjent dato:

1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN

Definisjon av indikatoren Avventer nærmere definisjon fra NPR. Inntil videre vil vi benytte data i hht. NPRs kriterier/definisjoner. Disse er under vurdering og evt. revisjon. Omfatter områdene: Somatikk, psykisk helsevern voksne, psykisk helsevern barn og unge og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.
Begrepsavklaringer Pasienter med rett til nødvendig helsehjelp – jf. Prioriteringsforskriften § 4.
Begrunnelse, referanse, evidens RHF-et og HF-ene skal følge opp at pasientrettighetsloven og prioriteringsforskriften etterleves. Målet er null fristbrudd.
Type indikator: Prosessindikator

2 METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

Indikatorpopulasjon		
	Alle pasienter som er tildelt rett til nødvendig helsehjelp, jf. prioriteringsforskriften.	Ekskludert populasjon
Teller	Avventer nærmere spesifisering fra NPR	
Nevner	Avventer nærmere spesifisering fra NPR	
Datakilde Det pasientadministrative systemet. Helse Sør-Øst vil fra 2012 benytte fristbrudd-data som er sammenstilt av NPR og som oppdateres månedlig i eget excel-ark på NPRs nettsted for ventelistedata (Cognoskuben). Se her.		
Bearbeiding/aggregering av data Data sammenstilles på HF-nivå og tjenesteområde.		

3 TOLKNING, PRESENTASJON OG BRUK AV RESULTATER

Indikatoren brukes som - Grunnlag for kvalitetsforbedring - Styringsinformasjon
Analyse og presentasjon av data Data aggregert på helseforetaksnivå brukes til å følge opp indikatoren fra RHF-et. Data på institusjons- og avdelingsnivå foreslås brukt i lokalt styrings- og forbedringsarbeid.

Indikator nr: N-003	Indikator relatert til: Nasjonalt indikatorsett + Helse Sør-Øst indikatorsett Somatikk	Prevalens av sykehusinfeksjoner
Nr 16 Helse Sør-Øst		
Versjon nr 1.2	Godkjent av: Helsedirektoratet	Godkjent dato: 18.12.2008

1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN

Definisjon av indikatoren

Antall påviste sykehusinfeksjoner – av de fire vanligste sykehusinfeksjonene; urinveisinfeksjon, nedre luftveisinfeksjon, postoperative sårinfeksjoner og sepsis – på et gitt tidspunkt i forhold til totalt antall innlagte pasienter på samme tidspunkt.

Jf. mal for måling av punktprevalens av sykehusinfeksjoner fra Nasjonalt institutt for Folkehelse¹. Se også <http://www.folkehelse.no/tema/prevalens/sykehus.pdf>.

Obligatoriske nasjonale prevalensundersøkelser gjennomføres 2 ganger årlig i hht. retningslinjer fra Folkehelseinstituttet. To tilleggundersøkelser årlig er frivillig. **Helse Sør-Øst har vedtatt at foretakene/sykehusene skal delta i alle de 4 årlige undersøkelsen i hht. opplegg fra Folkehelseinstituttet.**

OBS! Helse Sør-Øst RHF legger til grunn data som er rapportert til Folkehelseinstituttet som ledd i de nasjonale prevalensmålingene, og innhenter data fra Folkehelseinstituttet.(nettstedet for prevalensmålinger)

Begrepsavklaringer

Sykehusinfeksjon: Infeksjon som oppstår under institusjonsoppholdet hvor infeksjonen ikke var tilstede eller var i inkubasjonstiden da pasienten ble innlagt sykehuset.

Merk at alle sykehusinfeksjoner som oppstår etter en innleggelse ved en annen post eller ved et annet sykehus skal telles med. Dersom pasienten er reinnlagt på grunn av en infeksjon som oppsto under forrige opphold, skal også denne infeksjonen telles med.

Infeksjon hos nyfødte som oppstår som følge av passasje gjennom fødselskanalen regnes også som sykehusinfeksjon.

Følgende infeksjoner regnes **ikke** som sykehusinfeksjoner:

- Komplikasjoner eller spredning av infeksjoner som allerede var til stede ved innleggelsen, så sant det ikke er klare holdepunkter for at pasienten har fått ny infeksjon.
- Infeksjoner som har smittet over placenta og som manifesterer seg innen 48 timer etter fødselen.

Følgende tilstander regnes **ikke** som infeksjon:

- Kolonisering av mikroorganismer på hud, slimhinner, i åpne sår, i ekskretter eller sekreter, men uten at dette gir kliniske symptomer eller funn.
- Betennelse som skyldes vevsreaksjoner på skader eller ikke-infektiose agens f.eks. kjemikalier.

Punktprevalens: Måling/registrering foretatt på et gitt tidspunkt.

Begrunnelse, referanse, evidens

Sykehusinfeksjoner er fryktede komplikasjoner for alle typer sykehusinnleggelser. Slike infeksjoner påfører pasienter lidelser og har stor økonomisk og ressursmessig betydning for sykehusdrift. Ved hjelp av indikatoren vil en overvåke den generelle utviklingen av sykehusinfeksjoner, og dermed sette

¹ Prevalens- registreringsmal for sykehus, Folkehelseinstituttet 2002

fokus på forebygging.

Tilsvarende målinger av punktprevalens av sykehusinfeksjoner er gjort av Folkehelseinstituttet første gang i 1979. Fra 2002 er denne målingen gjort 2 ganger årlig.¹ Punktprevalens vil bli vurdert koblet sammen med eller erstattet av insidens av sykehusinfeksjoner når metode og maler for dette er utviklet og evaluert av Folkehelseinstituttet.

Type indikator

Dette er i hovedsak en resultatindikator.

Målsetting for indikatoren

Følge trender og rette fokus mot forebygging av sykehusinfeksjoner.

Mål Helse Sør-Øst fra 2011 og fremover: < 3 %.

2 METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

Indikatorpopulasjon		
	Inkludert populasjon Somatiske avdelinger	Ekskludert populasjon
Teller	Antall påvist sykehusinfeksjoner på målingstidspunktet, jf. definisjon	Jf. definisjonen
Nevner	Totalt antall pasienter innlagt på målingstidspunkt	Ingen
Datakilde På gitt tidspunkt, bestemt av Folkehelseinstituttet, gjøres manuell eller elektronisk registrering av pasienter med sykehusinfeksjoner. Totalt antall inneliggende pasienter hentes fra PAS.		
Bearbeiding, aggregering og rapportering av data Data meldes inn og bearbeides av Folkehelseinstituttet. Folkehelseinstituttet gir tilbakemelding på institusjonsnivå for kvalitethevede tiltak. Nasjonal sammenligning skal skje på sykehus-/institusjonsnivå. Det registreres og rapporteres i henhold til Folkehelseinstituttets gjennomføringer, pt. 2 ganger årlig. En 3. årlig undersøkelse gjennomføres for de sykehusene som ønsker det (pt. frivillig deltagelse). En 3. årlig undersøkelse gjennomføres for de sykehusene som ønsker det (pt. frivillig deltagelse).		

3 TOLKNING, PRESENTASJON OG BRUK AV RESULTATER

Indikatoren brukes som Styringsinformasjon, til kvalitetsforbedring, til brukerinformasjon (pasient/primærlege).
Underliggende faktorer som kan forklare variasjon Punktprevalens er en relativt upresis registreringsmåte, og gir kun et "øyeblikksbilde" av situasjonen. Tallene er små, og resultatene blir sårbare for variasjon i registreringsmåte. For sammenlikning mellom institusjoner/helseforetak må det foretas justeringer for ulikheter i virksomhet og pasientrisikofaktorer. Uten slike justeringer gir indikatoren likevel et overordnet bilde av infeksjonsraten på hver enkelt institusjon/helseforetak og kan brukes til å følge infeksjonsraten over tid for hver institusjon.
Analyse og presentasjon av data Som nasjonal kvalitetsindikator: Publisering av data på sykehus-/institusjonsnivå med påpekning av behov for justeringer for ulikheter i pasientrisikofaktorer m.m. for reell sammenlikning mellom sykehus/institusjoner. Presentasjon i Helse Sør-Øst på RHF- og HF-nivå. Til lokalt forbedringsarbeid: Folkehelseinstituttet presenterer data på institusjonsnivå, men kan få sammenlikninger på avdelingstype ut fra koder på registreringsskjema.

¹ Tidsskrift for Norsk Lægeforening 2002; 122:2440 –3 Eriksen, Iversen og Aavitsland

Indikator nr: 11 c og d	Indikator relatert til: Helse Sør-Øst indikatorsett	Andel ambulante konsultasjoner psykisk helsevern VOP og BUP
Helse Sør-Øst		
Versjon nr: 2.0	Godkjent av: Folke Sundelin	Godkjent dato: Desember 2010

1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN

Definisjon av indikatoren

- 1) Andel polikliniske konsultasjoner utført ambulant i forhold til totalt antall polikliniske konsultasjoner psykisk helsevern for voksne.
- 2) Andel polikliniske konsultasjoner utført ambulant i forhold til totalt antall polikliniske konsultasjoner psykisk helsevern for barn og unge.

Begrepsavklaring

Ambulant behandling er når behandler oppsøker pasienten utenfor behandlingsstedet. Behandling kan skje hjemme hos pasienten eller annet sted. Ambulant behandling er poliklinisk behandling og følger reglene i takstforskriften.¹

Begrunnelse

Det skjer nå en helsepolitisk satsning på ambulant behandling i psykisk helsevern. Det er et mål at alle DPS skal ha tilbud om ambulant behandling i 2008.² (St. prp. nr. 1 (2005-2006)). Det er nå videre også et krav fra HOD om rapportering av ambulante konsultasjoner for psykisk helsevern for barn og unge.

Ambulant behandling er tid- og resursskrevende sett i forhold til poliklinisk virksomhet foretatt i egne lokaler og har dermed betydning for totalt antall konsultasjoner som HF-et kan yte med gitte ressurser. Omfang av ambulant virksomhet i forhold til øvrig poliklinisk virksomhet er derfor av interesse å kartlegge.

Type indikator

Indikatoren er prosess og resultatindikator.

Indikatoren uttrykker

Omfang av ambulant virksomhet ved helseforetaket.

2 METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

Indikatorpopulasjon		
	Inkludert populasjon	Ekskludert populasjon
	Psykisk helsevern voksne	
Teller	Totalt ant. ambulante konsultasjoner (VOP) som gir NAV-refusjon	
Nevner	Totalt antall polikliniske konsultasjoner (VOP) som gir NAV-refusjon	
	Psykisk helsevern barn og unge	
Teller	Totalt ant. ambulante konsultasjoner (BUP) som gir NAV-refusjon	
Nevner	Totalt antall polikliniske konsultasjoner (BUP) som gir NAV-refusjon	

¹ Veileder for registrering av aktivitetsdata i psykisk helsevern. Innrapportering til NPR. IS-1541, Shdir, 2008.

² St. prp. nr. 1 (2005-2006).

Datakilder

Pasientadministrative system (PAS).

Data er i dag tilgjengelige i PAS-systemet kodet som behandlingssted. Det er derfor viktig at behandlingssted kodes komplett og riktig ved alle polikliniske konsultasjoner

Rapportering, bearbeiding og aggregering og av data

Data (teller og nevner) rapporteres på vanlig måte i rapporteringsmal (Rapportpakken)

Resultatet oppgis som andel i prosent.

Rapportering av indikatoren skal skje på HF-nivå.

3 TOLKNING OG PRESENTASJON AV RESULTATER

Indikatoren brukes som

- Grunnlag for kvalitetsforbedring
- Informasjon til sykehusledelsen
- Styringsinformasjon

Analyse og presentasjon av data

Data aggregert på helseforetaksnivå brukes til å følge opp indikatoren fra RHF. Data på institusjons- og avdelingsnivå forslås brukt i lokalt styrings- og forbedringsarbeid.

Indikator nr: N-005 Nr 18 Helse Sør-Øst	Indikator relatert til: Nasjonalt indikatorsett + Helse Sør-Øst indikatorsett Psykisk helsevern voksne	Tvungen innskrivning i psykiatrisk institusjon
Versjon nr: 1.5	Godkjent av: Helsedirektoratet	Godkjent dato: 3.03.2009

1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN

Definisjon av indikatoren

Indikator 1: Andel tvangsinnleggelser ved psykiatrisk institusjon

Andel tvangsinnleggelser til psykiatrisk institusjon i forhold til det samlede antall innleggelser for institusjoner innen psykisk helsevern som er godkjent for tvang.

Indikator 2: Antall tvangsinnleggelser, ratejustert for befolkning i opptaksområde

Andel i rate (pr.1000 innbyggere > 18 år) tvangsinnleggelser fra eget bosted. Ratetallet er justert i forhold til befolkningsstørrelse og kjønn/alder i opptaksområdet. Indikatoren beregnes på helseforetaksnivå.

Begrepsavklaringer

Inntaksparagraf

Den paragraf i psykisk helsevernloven som pasienten tas imot i institusjonen etter, basert på den faglige ansvarliges vedtak (§§ 3-2 eller 3-3). Også omtalt som spesialistvedtaket.

Vedtak om tvangsinnleggelse i døgninstitusjon

Innleggelse av pasient fra eget bosted til døgninstitusjon som er godkjent for bruk av tvungent psykisk helsevern. Vedtak om tvangsinnleggelse har to hovedformer: tvungent psykisk helsevern og tvungen observasjon inntil ti dager (fristen kan forlenges i ytterligere 10 dager etter samtykke fra kontrollkommisjonens leder),

Tvungen observasjon med døgnopphold (TO)

Innskrivning i inntil 10 (pluss 10) dager, hjemlet i psykisk helsevernlovens § 3-2. Forutsetning er at det er tvil om vilkårene for tvungent psykisk helsevern er til stede, og undersøkelse i institusjon vurderes nødvendig for å avklare dette.

Tvungent psykisk helsevern med døgnopphold (TPH)

Innskrivning hjemlet i psykisk helsevernlovens § 3-3. Forutsetning er at pasienten vurderes å ha en alvorlig sinnslidelse, og minst ett av to tilleggskriterier anses oppfylt:

- TPH er nødvendig for å hindre at utsikt til helbredelse/vesentlig bedring reduseres, eller for å forhindre rask og vesentlig forverring
- Det foreligger nærliggende og alvorlig fare for pasientens eller andres liv/helse uten TPH.

Døgninstitusjon

Forstås her som alle behandlingssteder i det psykiske helsevernet som er godkjent for tvungent psykisk helsevern med døgnopphold, jf. Forskrift om godkjenning av institusjoner som skal ha ansvar for tvungen psykisk helsevern.

Innleggelse fra eget bosted

Med dette menes pasienter som legges inn til behandling i spesialisttjenesten. Overføringer mellom avdelinger og institusjoner holdes utenfor i denne sammenhengen.

Opptaksområde

Definert geografisk område der et helseforetak har ansvar for å yte spesialisthelsetjenester til befolkningen.

Begrunnelse, referanse, evidens

Indikatoren er begrunnet ut fra at tvangsinnleggelser er et alvorlig inngrep i personlig frihet. Det er derfor etisk, faglig og samfunnsmessig viktig å overvåke bruk av tvang for å begrense dette til situasjoner der det er helt nødvendig. En uforholdsmessig høy andel av tvangsinnleggelser kan indikere at pasientenes rettsikkerhet ikke blir tilstrekkelig ivaretatt. Det er et overordnet helsepolitisk mål å redusere og kvalitetssikre bruken av tvang.

Undersøkelser har vist at Norge har en relativt høy andel av tvangsinnleggelser i psykisk helsevern, (omlag 34 % av sykehusinnleggelsene i 2002), sammenlignet med andre land. Det har vist seg at det er store geografiske forskjeller i bruk av tvangsparagrafer mellom fylker og mellom sykehus¹.

Type indikator

Inntak til TO og TPH vurderes både som en strukturindikator og en prosessindikator.

Målet med indikatoren

Hovedmålet er å få dokumentert omfanget av tvangsinnleggelser, både i forhold til innleggelser totalt og i forhold til befolkningsstørrelsen i helseforetakets opptaksområde, samt å vise utviklingen av tvangsbruk, og å gi et utgangspunkt for å drøfte årsaker til ulikheter i tvangsbruk.

Indikatoren brukes som

Styringsinformasjon

2 METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

Indikatorpopulasjon (gjelder indikator 1 og 2)

Alle innleggelser (voksne) ved institusjoner som er godkjent for tvang

Indikator 1:

Andel tvangsinnleggelser fra eget bosted i forhold til det samlede antall innleggelser

	Inkludert populasjon	Ekskludert populasjon
Teller	Antall inntak til TO og TPH med døgnopphold. Separat registrering av innleggelser etter § 3-2 (TO-døgn), § 3-3 (TPH – døgn)	- Pas. som innlegges med hjemmel i dom, jf. straffeloven - Avdelings-/institusjonsoverføringer - Pasienter hvor det ikke er registrert vedtak - Pasienter hvor det etableres tvungen observasjon/ tvungent
Nevner	Totalt antall inntak til døgnopphold uavhengig av paragraf	

Indikator 2:

Andel i rate (pr. 1000 innbyggere) tvangsinnleggelser fra eget bosted. Ratetallet er justert i forhold til befolkningsstørrelse i opptaksområdet. Indikatoren beregnes på helseforetaksnivå.

Teller 2	Antall inntak til TO og TPH med døgnopphold fra voksenpsykiatriske institusjoner	- Pas. som innlegges med hjemmel i dom, jf. straffeloven - Avdelings-/institusjonsoverføringer - Pasienter hvor det ikke er registrert vedtak - Pasienter hvor det etableres tvungen observasjon/ tvungent
Nevner 2	Antall personer over 18 år i helseforetakets opptaksområde. Justeres for kjønn og alder og oppgis som rate pr.1000 innbyggere.	

¹ SAMDATA psykisk helsevern 3/03 og rapporten: *Tvangsinnleggelser i psykisk helsevern 2001 - 2002, SINTEF Unimed 2003 og Gjennombruddsprosjekt Psykiatri. Bruk av tvang* (Den norske lægeforening 2002). Prosjektet viste at økt fokus på tvang medførte reduksjon av tvangsbruken og større grad av kvalitetsikring rundt bruk av tvang.

Datakilde

Data fra pasientadministrativt system.

Bearbeiding, aggregering og rapportering av data

Registrerte data innhentes og bearbeides av Norsk pasientregister ved hvert tertial. Innkalling sendes i forkant av rapportering. Behandlingsstedene får tilbakemeldt resultatene for korreksjoner/kommentarer før publisering av resultatene.

Rapportering til Helse Sør-Øst RHF skjer i hht. til interne retningslinjer.

Helse Sør-Øst RHF foretar sammenstilling av data for antall tvangsinnleggelser per 10 000 innbyggere i opptaksområdene. Disse tallene er ikke justert for pasientsammensetningen (kjønn og alder).

Andel tvangsinnleggelser fra eget bosted i forhold til det samlede antall innleggelser

TPH beregnes som verdi 5 og 6 (tvungent psykisk helsevern med/uten døgnopphold) i feltet spesialistvedtak.

TO beregnes som verdi 3 og 4 (tvungen observasjon med/uten døgnopphold) i feltet spesialistvedtak

Andel (rate) tvangsinnleggelser fra eget bosted i forhold til befolkningsstørrelsen i opptaksområdet, justert for kjønn og alder.

Datagrunnlaget er samletallet for de tre siste tertialene (eks. tall for 1. tertial 2008 inneholder også datagrunnlaget for 2. og 3. tertial 2007). Befolkningstall pr. kommune fra SSB fordelt til enkeltforetak. Helseforetak i Osloregionen blir inndelt etter befolkningstall på bydelsnivå.

Rapportering til Helse Sør-Øst RHF skjer på HF-nivå.

Nasjonal rapportering av indikatoren skal skje på sykehus-/institusjonsnivå.

3. TOLKNING, PRESENTASJON OG BRUK AV RESULTATER

Underliggende faktorer som kan forklare variasjoner

Forskjeller i andel tvangsinnleggelser mellom avdelinger, foretak og regioner, og endringer i tallene ved samme avdeling over tid kan avspeile ulikheter i, og endringer av flere faktorer – bl.a. følgende:

- Behandlingskultur og holdninger til bruk av tvang hos henvisende leger og i den enkelte institusjon.
- Organisatoriske forhold, kompetanse, samarbeidsrutiner, personalressurser m.m. Knappe ressurser kan føre til økt behov for kontroll og tvang både hos henvisende leger og ved den enkelte institusjon.
- Variasjon i spesialisttilbudet totalt i det geografiske området. For eksempel vil liten tilgjengelighet til spesialisthelsetjenester med øket press på akuttavdelinger kunne medføre at tvangsinnleggelse lettere sikrer plass. Områder med regionale sikkerhetsavdelinger vil ofte ha relativt høyere forekomst av tvang enn andre.
- Geografiske forskjeller basert på ulik sykkelighet i befolkningen for eksempel forskjellen mellom storby og distrikt

Analyse og presentasjon av data

Data på avdelingsnivå og lavere nivåer foreslås brukt i lokalt styrings- og forbedringsarbeid. Tall for behandlingsstedet presenteres på nettsiden for Fritt Sykehusvalg som grunnlag for pasientens valg av behandlingssted.

Indikator nr. 19 Helse Sør-Øst	Helse Sør-Øst indikatorsett	Andel og ratejustert antall reinnleggelser innen 30 dager i akuttavdelinger, psykisk helsevern voksne
Versjon nr: 3,0	Godkjent av: Alice Beathe Andersgaard	Godkjent dato: Desember 2011

1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN

Definisjon av indikatoren

Indikator 1: Andel ikke planlagte reinnleggelser (som øyeblikkelig hjelp) i akutt avdelinger som skjer innen 30 dager etter tidligere utskrivning.

Indikator 2: Antall ikke-planlagte reinnleggelser (som øyeblikkelig hjelp) i akutt avdelinger som skjer innen 30 dager etter tidligere utskrivning, *ratejustert for befolkning i opptaksområde*. Rate pr. 1000 innbyggere > 18 år.

Begrepsavklaringer

En **reinnleggelse** defineres som en ny innleggelse for øyeblikkelig hjelp innen 30 dager etter tidligere utskrivning ved samme sykehus. Beregnes bare for døgnopphold.

NB! Omfatter kun ikke-planlagt (ikke beregnet) reinnleggelse.

Reinnleggelse som er følge av avtale med pasienten, for eksempel "åpen" retur, regnes ikke med.

Akuttavdeling: Med akuttavdeling menes avdeling/enhet innen psykisk helsevern som tar i mot pasienter til øyeblikkelig hjelp innleggelse og som helseforetaket har utpekt til å ivareta denne funksjonen i sitt opptaksområde. Omfatter også "subakuttavdelinger".

Pasientkategorier: Pasienter med hoveddiagnose i Kapittel 5 i ICD-10, kategoriblokkene F00-F99.

Begrunnelse, referanse, evidens

Tidlige og hyppige reinnleggelser kan være uttrykk for at pasienten ikke er ferdigbehandlet ved utskrivelse, eller på grunn av utilstrekkelig oppfølging etter utskrivelse.

Type indikator

Prosessindikator

Målet med indikatoren

Få en oversikt over omfanget av ikke planlagte innleggelser og holde antallet på et lavt nivå.

Indikatoren brukes som

Styringsinformasjon

2 METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

Indikatorpopulasjon

Indikator 1:

Pasienter over 18 år med hoveddiagnose i Kapittel 5 i ICD-10, kategoriblokkene F00-F99.

Innleggelser på døgnopphold.

Kun avdeling som mottar pasienter for øyeblikkelig hjelp skal inkluderes (akutt/subakutt avdelinger).

Pasientene må være utskrevet fra samme sykehuset akuttavdelingen tilhører.

	Inkludert populasjon	Ekskludert populasjon
Teller	Antall ø-hjelp reinnleggelser innen 30 dager i perioden	Poliklinikk, Dagbehandling Elektive pasienter
Nevner	Totalt antall utskrivninger i den forrige (forutgående) 30 dagers perioden	Pasienter ved avdeling som ikke er akuttavdelinger Pasienter med avtale om "åpen retur"

Tallgrunnlag for nevner og teller for den enkelte periode (tertiar) fremgår av oversikten nedenfor.

	1. tertial	2. tertial	3. tertial
Teller	Januar-april	Mai-august	September-desember
Nevner	Desember-mars	April-juli	August-november

Indikator 2:

Antall i rate (pr.1000 innbyggere i opptaksområdet).

Teller 2	Antall ø-hjelp reinnleggelser innen 30 dager i perioden	Poliklinikk, Dagbehandling
Nevner 2	Antall personer over 18 år i helseforetakets opptaksområde.	Elektive pasienter Pasienter ved avdeling som ikke er akuttavdelinger Pasienter med avtale om "åpen retur"

Befolkningsgrunnlag:

Befolkningstall pr. kommune fra SSB fordelt etter helseforetakets opptaksområde. Helseforetak i Osloregionen blir inndelt etter befolkningstall på bydelsnivå, pr. 01.01 i angjeldende år.

Datakilde

Det pasientadministrative systemet (PAS) og SSB..

Rapportering, bearbeiding og aggregering og av data

Data (teller og nevner) rapporteres på vanlig måte i rapporteringsmal (Rapportpakke).

Andel reinnleggelser oppgis som andel i prosent.

Utrekning av rate per 10 000 innbyggere skjer i regi av Helse Sør-Øst RHF.

Rate per 1000 innbyggere = Antall ø-hjelp reinnleggelser innen 30 dager i perioden / Antall personer over 18 år i helseforetakets opptaksområde x 1000.

Rapportering av indikatoren skal skje på HF-nivå.

3 TOLKNING, PRESENTASJON OG BRUK AV RESULTATER

Underliggende faktorer som kan forklare variasjoner

Analyse og presentasjon av data

Data aggregert på helseforetaksnivå rapporteres og brukes til å følge opp indikatoren fra RHF.

Data på institusjons- og avdelingsnivå foreslås brukt i lokalt styrings- og forbedringsarbeid

Endret til andel gitt beh. innen 20 dager i 2012 (ikke oppdatert av Helsedirektoratet enda)

Indikator nr. 19 (Hdir) og nr. 20 Helse Sør-Øst	Indikator relatert til nasjonal indikatorsett og Helse Sør-Øst indikatorsett	Tid fra henvisning til første behandling tykktarmskreft
Versjon nr: 1.0	Godkjent av: Helsedirektoratet	Godkjent dato: Mars 2011

1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN

Definisjon av indikatoren: Tid fra henvisning til behandling for tykktarmskreft.

Begrepsavklaringer

Tid: Antall dager fra mottaksdato for henvisning med tykktarmskreft eller mistanke om tykktarmskreft til dato for første behandlingsmodalitet. Behandlingsmodalitet kan være kirurgi, stråleterapi eller cytostatika.

Tiden måles som median, dvs. den midterste verdien i en tallrekke.

Begrunnelse, referanse, evidens

Forekomsten av tykktarmskreft har økt gradvis fra 1984 til 2008. Hvert år blir om lag 2 300 pasienter diagnostisert med tykktarmskreft i Norge. I tillegg er det ca. 1 200 pasienter som får diagnosen endetarmskreft. Fra 1984 og fram til 2008 har andelen som fortsatt lever 5 år etter stilt tykktarmsdiagnose, økt fra ca. 47 prosent til ca. 59 prosent.

Overlevelsen er sterkt avhengig av utbredelse på diagnosetidspunkt. Ved lokalisert tumor er 5 års relativ overlevelse rundt 90%, 70% ved lokalavansert sykdom og 10% ved fjernspredning.¹

Type indikator

Prosessindikator

Indikatoren uttrykker

Indikatoren viser tilgjengelighet til diagnostikk og behandling ved alvorlig kreftsykdom.

¹ Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av kreft i tykktarm og endetarm 04/2010 IS-1792

2 METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

Indikatorpopulasjon Kirurgiske prosedyrekoder: JFB30, JFB31, JFB46, JFB43, JGB00, JFB47, JAH00, JAH01, JFB00, JFB33, JFB50, JFB60, JFB40, JFB44, JGB10, JGB01, JFB20, JFH10, JJB00, JFB96, JFB41, JFB34, JFH01, JFB63, JFH96, JGB30, JAH20, JFA83, JFB51, JFB61, JFB01, JFL10, JGB96, JJA40, JAL01, JFB21, JJB50, JJB71, JAH21, JAL31, JFB64, JFL96, JFW96, JGB60. Medisinske prosedyrekoder: WBOC39, WEOA00, WBOC08, WBOC20, WBOC05, WBGM00. Cytostatica: Z51.11, Z51.12, Z51.13. Stråleterapi: Z51.0
Datakilde Norsk pasientregister (NPR).
Bearbeiding, aggregering og rapportering av data Indikatoren utarbeides på grunnlag av aktivitetsdata fra behandlingsstedene som innrapporteres til Norsk pasientregister. Indikatoren skal rapporteres på behandlingsstedsnivå.

3 TOLKNING, PRESENTASJON OG BRUK AV RESULTATER

Indikatoren brukes som Styringsinformasjon for å bidra til at det organiseres effektive behandlingsskjede for personer som får tykktarmskreft.
Underliggende faktorer som kan forklare variasjoner
Analyse og presentasjon av data Data publiseres på behandlingsstedsnivå hvert tertial. Pasientens ventetid mellom diagnose og behandlingsstart skal ikke overstige 3 uker for denne pasientgruppen.² Data publiseres på behandlingsstedsnivå hvert tertial.

² Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av tykk og endetarm, IS-1792
Oslo: Helsedirektoratet; 2010.

Endret til andel gitt beh. innen 20 dager i 2012 (ikke oppdatert av Helsedirektoratet enda)

Indikator nr. 21 (Hdir) og nr. 21 Helse Sør-Øst	Indikator relatert til nasjonal indikatorsett og Helse Sør-Øst indikatorsett	Tid fra henvisning til første behandling brystkreft
Versjon nr: 1.0	Godkjent av: Helsedirektoratet	Godkjent dato: Mars 2011

1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN

Definisjon av indikatorene: Tid fra henvisning til første behandling for brystkreft.

Begrepsavklaringer

Tid: Antall dager fra mottaksdato for henvisning med brystkreft eller mistanke om brystkreft til dato for første behandlingsmodalitet. Behandlingsmodalitet kan være kirurgi, stråleterapi eller cytostatika.

Tiden måles som median, dvs. den midterste verdien i en tallrekke.

Begrunnelse, referanse, evidens

Brystkreft er den hyppigste kreftformen blant kvinner i Norge og den vestlige verden. Hvert år er det om lag 2 700 nye tilfeller av brystkreft blant kvinner i Norge. I 2008 er 5-års overlevelse etter brystkreft nær 90 prosent. Denne forbedringen kan skyldes nye behandlingsmetoder og tidlig diagnostisering. Prognosen ved brystkreft er sterkt avhengig av stadium.

I Norge er det innført mammografiscreening for kvinner mellom 50 og 69 år. Effekten av screeningen er omdiskutert. Derfor ble det i 2007 startet en evaluering av programmet for å se på hvilke effekter programmet har hatt for bl.a. dødelighet, overdiagnostikk, og andre helseperspektiver.

Type indikator

Prosessindikator

Indikatoren uttrykker

Indikatoren viser tilgjengelighet til diagnostikk og behandling ved alvorlig kreftsykdom.

2 METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

Indikatorpopulasjon Kirurgiske prosedyrekoder: GAE16, HAB00, HAB30, HAB40, HAB99, HAC20, HAC25, PJD42, PJD52, THW99. Medisinske prosedyrekoder: WBGC10, WBGM00, WBGM15, WBGM60, WBOC05, WBOC08, WBOC10, WBOC20, WBOC39, WEOA00, WBGM05, WBGM10. Cytostatica: Z51.11, Z51.12, Z51.13. Stråleterapi: Z51.0
Datakilde Norsk pasientregister (NPR).
Bearbeiding, aggregering og rapportering av data Indikatoren utarbeides på grunnlag av aktivitetsdata fra behandlingsstedene som innrapporteres til Norsk pasientregister. Indikatoren skal rapporteres på behandlingsstedsnivå.

3 TOLKNING, PRESENTASJON OG BRUK AV RESULTATER

Indikatoren brukes som Styringsinformasjon for å bidra til at det organiseres effektive behandlingskjede for personer som får brystkreft.
Underliggende faktorer som kan forklare variasjoner
Analyse og presentasjon av data Data publiseres på behandlingsstedsnivå hvert tertial.

Endret til andel gitt beh. innen 20 dager i 2012 (ikke oppdatert av Helsedirektoratet enda)

Indikator nr. 20 (Hdir) og nr. 22 Helse Sør-Øst	Indikator relatert til nasjonal indikatorsett og Helse Sør-Øst indikatorsett	Tid fra henvisning til første behandling lungekreft
Versjon nr: 1.0	Godkjent av: Helsedirektoratet	Godkjent dato: Mars 2011

2 METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

Indikatorpopulasjon

Kirurgiske prosedyrekoder:

GAC20, GAC36, GBC00, GCA05, GCA50, GDD00, GDD20, GDD26, GDA20, GDB10, GDB11, GDB20, GDC01, GDC00, GDC10, GDC13, GDC20, GDC26

Cytostatika:

WBOC05 Intravenøs injeksjon/infusjon av cytostatika, WBOC20 Peroral cytostatikabehandling, WBOC39 Cytostatikabehandling INA

Stråleterapi:

WEOA00 Ekstern stråleterapi, høyenergetisk (MV)

Datakilde

Norsk Pasientregister (NPR)

Bearbeiding, aggregering og rapportering av data

Indikatoren utarbeides på grunnlag av aktivitetsdata fra behandlingsstedene som innrapporteres til Norsk pasientregister. Indikatoren skal rapporteres på behandlingsstedsnivå.

3 TOLKNING, PRESENTASJON OG BRUK AV RESULTATER

Indikatoren brukes som

Styringsinformasjon for å bidra til at det organiseres effektive behandlingsskjede for personer som får lungekreft.

Underliggende faktorer som kan forklare variasjoner

Analyse og presentasjon av data

Pasientens ventetid mellom diagnose og behandlingsstart skal ikke overstige 4 uker for denne pasientgruppen.¹

Data publiseres på behandlingsstedsnivå hvert tertial.

¹ Prioriteringsveileder. Lungesykdommer. Oslo: Helsedirektoratet; 2008.

http://www.helsedirektoratet.no/prioriteringer_helsetjenesten/riktigere_prioritering/publikasjoner/prioriteringsveileder___lungesykdommer_318704

Indikatoren beskriver

Andelen av underekstremitetsamputasjoner (henholdsvis over- og under ankelleddet) hos pasienter 15 år eller eldre med diabetes som hoved- eller bidiagnose.

2 METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

Indikatorpopulasjon	
Inkludert populasjon	Ekskludert populasjon
Teller: Pasienter som har fått utført underekstremitetsamputasjoner med diagnosekode for diabetes som hoved- eller bi-diagnose.	Diagnosekode for trauma og kreft som hoved- eller bi-diagnose fra ICD-10: Z91.6, T14.7, T24, T25.0, T30, T93, T94, T95.3,8,9, S70-S79, S80-S99, C40.2,3,4,9.
Nevner: Alle diabetespasienter pr. 100 000 innbygger	
Teller: NCMP-NCSP: NFQxx (09,19,29,99), NGQxx (09,19,29,99), NHQ1y (1,2,4,7) + NHQ99. + ICD-10: E10-E14.	
Nevner: Antall innbyggere.	
Datakilde NPR, Reseptregisteret.	
Bearbeiding, aggregering og rapportering av data Indikatoren beregnes årlig. ² Indikatoren publiseres på regionsnivå. Pasienter som foretar amputasjon i en annen region, registreres i sin hjemmeregion.	
Antall diabetespasienter i regionen beregnes på bakgrunn av data over antall pasienter som tar ut blodsukkersende medisin. (Reseptregisteret ATC kode A10A og A10B).	

²DIABNOR – Diabetes i Norge 2004-2009 . Et forskningsprosjekt i samarbeid mellom Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, Universitetet i Oslo og Oslo universitetssykehus, Ullevål.

3 TOLKNING, PRESENTASJON OG BRUK AV RESULTATER

Indikatoren brukes som

Kvalitetsindikator som skal bidra til å bedre behandlingstilbudet for personer med diabetes.

Underliggende faktorer som kan forklare variasjoner

- Varierende grad av årlig fotundersøkelse og screening for nevropati i primærhelsetjenesten.
- Kvalitet på og tilgang til diabetesfotsårteam i helseforetakene.
- Regional tilgang på intervensjonsradiologi og karkirurgi.

Graden av alvorlige diabeteskomplikasjoner avhenger av mange faktorer utenfor helsevesenets direkte kontroll, herunder individuell oppfølging av egen sykdom, opplæring og livsstil. Komplikasjonene er også et resultat av individuelle faktorer og behandlingskvalitet over et langt tidsrom. Pasientens alder, kjønn, diabetesvarighet og røyking er viktig.

Analyse og presentasjon av data

Indikatoren presenteres årlig på regionsnivå.

I tolkning av resultatene må det tas hensyn til variasjon i alders- og kjønnssammensetning. Amputasjoner hos diabetikere er hyppigst hos eldre menn. Antall personer med diabetes i en region måles via Reseptregisteret ved å telle bruk av blodsukkersenkende medikamenter. Med denne metoden antas det at man mister 25% av diabetespopulasjonen, dvs. de som kun behandles med livsstilstiltak.

Indikator nr. 23 (Hdir) og nr. 24 Helse Sør-Øst	Indikator relatert til nasjonal indikatorsett og Helse Sør-Øst indikatorsett	Registrering av hovedtilstand psykisk helsevern voksne
Versjon nr: 1.0	Godkjent av: Helsedirektoratet	Godkjent dato: Mars 2011

1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN

Definisjon av indikatoren

Gyldig registrering av hovedtilstand psykisk helsevern voksne.

Begrepsavklaringer

Hovedtilstand: Primærdiagnose (ICD-10) som registreres i pasientadministrativt system for episoden (innleggelse eller poliklinisk kontakt). Ved avslutning av behandling (avsluttet henvisningsperiode) skal primærdiagnosen være utfylt. Primærdiagnosen skal ikke være en uspesifisert kode.

Uspesifiserte ICD-10 koder (Z-koder, F99): Diagnosekoder ICD-10 som beskriver kontakttype og ikke psykiatrisk diagnose. Blir ofte brukt som en temporær kode inntil psykiatrisk diagnose er diagnostisert.

Formål og begrunnelse

Formålet med indikatoren er å få økt klinisk kvalitet på registreringen av hovedtilstand til Norsk pasientregister (NPR).

Tabellen under viser antall avsluttede henvisninger med enten manglende registrering av hovedtilstand eller registrering med uspesifiserte diagnosekoder¹ i 2009. Registrering av uspesifiserte koder er vanlig og brukes ofte som en temporær kode inntil pasienten er ferdig diagnostisert.

Manglende koding av diagnoser eller bruk av uspesifiserte koder fører til at den kliniske kvaliteten på dataene til sentrale helseregistre blir dårligere.

Regionalt helseforetak	Gyldig hoveddiagnose	Z-koder (Z004, Z032)	Andre uspesifiserte koder (F99)	Manglende diagnosekoding
3 Helse Vest	81,2%	14,1%	,1%	4,6%
4 Helse Midt	74,6%	24,0%	,4%	,9%
5 Helse Nord	66,1%	28,0%	,2%	5,6%
7 Helse Sør-Øst	68,8%	23,6%	3,8%	3,7%
Landet	72,6%	21,4%	2,2%	3,8%

Kilde: Norsk pasientregister

Type indikator

Prosessindikator.

Målsetning

Målsetningen er at behandlingsstedet skal ha 100 % gyldig hoveddiagnose i ICD-10 ved avsluttet behandling.

¹ Z004: "Generell psykiatrisk undersøkelse, ikke klassifisert noen sted", Z032: "Observasjon ved mistanke om psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser", F99: "Uspesifisert psykisk forstyrrelse eller lidelse INA"

2 METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

Indikatorpopulasjon		
	Inkludert populasjon	Ekskludert populasjon
Teller	Avsluttede henvisninger med registrert gyldig kode på hoveddiagnose (tilstand_1_1)	
Nevner	Alle avsluttede henvisninger (pasienten er ferdigbehandlet) Gjelder alle omsorgsnivåer.	
Datakilde Norsk pasientregister.		
Bearbeiding, aggregering og rapportering av data Indikatoren utarbeides på grunnlag av aktivitetsdata fra behandlingsstedene som innrapporteres til Norsk pasientregister. Indikatoren skal rapporteres og presenteres på behandlingsstedsnivå.		

3 TOLKNING, PRESENTASJON OG BRUK AV RESULTATER

Indikatoren brukes som Styringsindikator for de regionale helseforetakene til å følge opp registreringspraksis for diagnosesetting. Gode data om hva slags diagnoser pasientene er behandlet for er sentralt for å kunne kvalitetssikre utviklingen av feltet.
Underliggende faktorer som kan forklare variasjoner Åpning og lukking av henvisningsperioder praktiseres ulikt av behandlingsstedene. Dette medfører at enkelte behandlingssteder kan ha ulike registreringsrutiner for diagnosesetting som igjen kan gi utslag i statistikken.
Analyse og presentasjon av data Data aggregert på behandlingsstedet rapporteres og publiseres nasjonalt som andel henvisninger med gyldig hovedtilstand. Data på avdelingsnivå og lavere nivåer foreslås brukt i lokalt styrings- og forbedringsarbeid.

Indikator nr. 24 (Hdir) og nr. 28 Helse Sør-Øst	Indikator relatert til nasjonal indikatorsett og Helse Sør-Øst indikatorsett	Registrering av lovgrunnlag psykisk helsevern voksne
Versjon nr: 1.0	Godkjent av: Helsedirektoratet	Godkjent dato: Mars 2011

1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN

Definisjon av indikatoren

Registrering av lovgrunnlag psykisk helsevern voksne.

Begrepsavklaringer

Med lovgrunnlag menes hvilket lovverk og hvilken paragraf som er anvendt ved innleggelse, bortsett fra ved anvendelse av tvang etter psykisk helsevernloven, der spesialistvedtaket skal anvendes.

Spesialistvedtak: Er det første vedtaket som skal gjøres av spesialist ved behandlingsenheten innen 24 timer etter at pasienten er mottatt for behandling. Spesialistvedtak skal alltid fylles ut, selv ved frivillig behandling.¹

Merk at spesialistvedtaket ikke nødvendigvis er det samme som henvisningsformaliteten. Henvisningsformalitet er den formaliteten i loven som pasienten er henvist etter. Nytt vedtak må fattes av behandlingsstedet når pasienten kommer til behandling og er blitt vurdert av spesialist der.

Begrunnelse, referanse, evidens

Behandlingsstedenes innrapportering av tvangsdata til Norsk pasientregister (NPR) er mangelfull. Strategigruppe II for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling har i en rapport² sterkt understreket behovet for å bedre datakvaliteten på dette området. Helse- og omsorgsdepartementet har pålagt de regionale helseforetakene og Helsedirektoratet å utarbeide forpliktende handlingsplaner for redusert og riktig bruk av tvang i de psykiske helsetjenestene.

Type indikator

Prosessindikator

Målsetning

Målsetningen er at behandlingsstedet skal ha registrert og rapportert lovgrunnlag på alle

¹ Jfr registreringsveileder for psykisk helsevern (NPR):

http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00306/IS-1541_306849a.pdf

² [http://www.helse-midt.no/Helse-](http://www.helse-midt.no/Helse-Midt/Dokumenter/2010/Nasjonal%20Strategigr%20II,%20psykiatri/Psykiatrirapport%201.pdf)

[Midt/Dokumenter/2010/Nasjonal%20Strategigr%20II,%20psykiatri/Psykiatrirapport%201.pdf](http://www.helse-midt.no/Helse-Midt/Dokumenter/2010/Nasjonal%20Strategigr%20II,%20psykiatri/Psykiatrirapport%201.pdf)

nyhenviste pasienter ved alle omsorgsnivåer, innleggelse, dagbehandling og poliklinikk.

2 METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

Indikatorpopulasjon		Ekskludert populasjon
	Inkludert populasjon	
Teller	Registrert eller manglende lovgrunnlag (typeFormalitet_1)	
Nevner	Alle omsorgsnivåer (dag, døgn og poliklinikk) Gjelder nye henvisninger i perioden (dvs mottaksdato forhenvisning er i aktuell periode) Første episode (kontakt) i henvisningsperioden blir telt	
Datakilde Norsk pasientregister (NPR)		
Bearbeiding, aggregering og rapportering av data Indikatoren utarbeides på grunnlag av aktivitetsdata fra behandlingsstedene som innrapporteres til Norsk pasientregister. Indikatoren skal rapporteres og presenteres på behandlingsstedsnivå.		

3 TOLKNING, PRESENTASJON OG BRUK AV RESULTATER

Indikatoren brukes som Styringsindikator for de regionale helseforetakene til å følge opp registreringspraksis for lovgrunnlag for nyhenviste pasienter.
Underliggende faktorer som kan forklare variasjoner Åpning og lukking av henvisningsperioder praktiseres ulikt av behandlingsstedene. Dette medfører at enkelte behandlingssteder kan ha ulike registreringsrutiner for registrering av lovgrunnlag som igjen kan gi utslag i statistikken.
Analyse og presentasjon av data Data aggregert på behandlingsstedet rapporteres og publiseres nasjonalt som andel henvisninger med gyldig registrert lovgrunnlag. Data på avdelingsnivå og lavere nivåer foreslås brukt i lokalt styrings- og forbedringsarbeid.

Indikator nr. 24 (Hdir) og nr. 25 Helse Sør-Øst	Indikator relatert til nasjonal indikatorsett og Helse Sør-Øst indikatorsett	Registrering av hovedtilstand psykisk helsevern barn og unge
Versjon nr: 1.0	Godkjent av: Helsedirektoratet	Godkjent dato: Mars 2011

1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN

Definisjon av indikatoren

Gyldig registrering av hovedtilstand psykisk helsevern barn og unge.

Begrepsavklaring

Hovedtilstand: Pasienten forutsettes å være diagnostisk vurdert når spesifiserte diagnoser er registrert i journalsystemet. 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.¹

Uspesifiserte koder: Diagnosekoder ICD-10 eller andre koder som ikke inneholder informasjon om psykiatrisk diagnose. Følgende koderegistrering i pasientsystemet betraktes som uspesifisert koding:

- (X)999 : Mangelfull informasjon til å kode på akse²
- (X)000 : Ingen påvist tilstand på akse
- Z004: Generell psykiatrisk undersøkelse, ikke klassifisert noe sted
- Z032: Observasjon ved mistanke om psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser
- F99: Uspesifisert psykisk forstyrrelse eller lidelse INA

Multiaksialt klassifikasjonssystem: Akse 1-6 i Multiaksial klassifikasjon av barne- og ungdomspsykiatriske forstyrrelser (World Health Organization, 1996)³. Dette er et klassifikasjonssystem som dels er basert på ICD-10 og dels på etablert praksis i det pasientadministrative datasystemet som brukes av fagfeltet.

Akse 1 Klinisk psykiatrisk syndrom

Akse 2 Spesifikke utviklingsforstyrrelser

Akse 3 Intelligensnivå

Akse 4 Somatiske tilstander

Akse 5 Aktuelle vanskelige psykososiale forhold

Akse 6 Global vurdering av psykososialt funksjonsnivå (CGAS)

Formål og begrunnelse

Formålet med indikatoren er å få økt klinisk kvalitet på registreringen av hovedtilstander til Norsk pasientregister (NPR).

¹ Zeiner P., Stene Nøvik T., Diagnostikk i barne- og ungdomspsykiatri, Veileder i barne- og ungdomspsykiatri, Den norske lægeforening, Oslo 2000

² (X) betyr hvilken akse koden tilhører, dvs 999 for akse 1, 999 for akse 2 osv

³ Multiaxial classification of child and adolescent psychiatric disorders, WHO, 1996.

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.

Manglende koding av diagnoser eller bruk av uspesifiserte koder fører til at den kliniske kvaliteten på dataene til sentrale helseregistre blir dårligere.

Type indikator
Prosessindikator

Målsetning

Målsetningen er at behandlingsstedet skal ha gyldig diagnosekode ved alle 6 akser ved avsluttet og uavsluttet behandling. Ved uavsluttet behandling skal diagnosekodene settes senest ved 6. direkte kontakt behandlingsstedet har med pasienten.

2 METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

Indikatorpopulasjon		
	Inkludert populasjon	Ekskludert populasjon
Teller	Alle henvisninger (avsluttede og uavsluttede) med registrert diagnosekode på alle aksene. Andeler skal skille på gyldige registrerte diagnoser, manglende diagnoser og registrering med uspesifiserte diagnosekoder.	Uavsluttede henvisninger med 5 eller færre direkte tiltak
Nevner	Alle henvisninger (avsluttede og uavsluttede) i samme periode.	
Datakilde Norsk pasientregister (NPR)		
Bearbeiding, aggregering og rapportering av data Indikatoren utarbeides på grunnlag av aktivitetsdata fra behandlingsstedene som innrapporteres til Norsk pasientregister. Indikatoren skal rapporteres og presenteres på behandlingsstedsnivå.		

3 TOLKNING, PRESENTASJON OG BRUK AV RESULTATER

Indikatoren brukes som Styringsindikator for de regionale helseforetakene til å følge opp registreringspraksis for diagnosesetting. Gode data om hva slags diagnoser pasientene er behandlet for er sentralt for å kunne kvalitetssikre utviklingen av feltet.
Underliggende faktorer som kan forklare variasjoner Åpning og lukking av henvisningsperioder praktiseres ulikt av behandlingsstedene. Dette medfører at enkelte behandlingssteder kan ha ulike registreringsrutiner for diagnosesetting som igjen kan gi utslag i statistikken.
Analyse og presentasjon av data Data aggregert på behandlingsstedet rapporteres og publiseres nasjonalt som andel henvisninger med gyldig hovedtilstand. Data på avdelingsnivå og lavere nivåer foreslås brukt i lokalt styrings- og forbedringsarbeid.

Indikator nr. 17 (Hdir) og nr. 26 Helse Sør-Øst	Indikator relatert til nasjonal indikatorsett og Helse Sør-Øst indikatorsett	Fødselsrifter grad 3 og 4
Versjon nr: 1.0	Godkjent av: Helsedirektoratet	Godkjent dato: Mars 2011

1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN

Definisjon av indikatoren: Andel fødsler med perinealruptur eller fødselsrifter grad 3 og grad 4 blant alle vaginale fødsler ≥ 22 uker

Begrepsavklaringer

Perinealruptur grad 3-4¹:

Grad 3: Skade av perineum som involverer analsfinkter

3a: Ruptur av <50 % av [m. sphincter ani externus] EAS

3b: Ruptur av >50 % av EAS

3c: Ruptur av EAS og m. sphincter ani internus (IAS)

Grad 4: Skade av perineum som involverer analsfinkter og anal/rektumslimhinne.

Begrunnelse, referanse og evidens

Skade av analsfinkter (endetarmens lukkemuskel) er en vel kjent og alvorlig komplikasjon knyttet til vaginale fødsler. Klinisk erkjente sfinkterskader opereres umiddelbart, men anal inkontinens etter slike operasjoner forekommer likevel hos mellom 25 og 60 % av pasientene. Symptomer i form av inkontinens for luft er det vanligste, men opptil 26 % rapporterer fekal urgency (plutselig sterk avføringstrang).²

I 2004 gjennomførte Helsetilsynet landsomfattende tilsyn med 26 fødselsinstitusjoner i Norge.³ En hovedkonklusjon i rapporten var at det skjer for mange sfinkterskader i Norge, at registreringen av denne alvorlige fødselskomplikasjonen ikke er god nok, og at behandlingen ikke alltid er i samsvar med forsvarlig praksis. Forekomst av 3. og 4. grads perinealruptur var 0,5-6 % hos de kvinner som fødte vaginalt på de 26 fødselsinstitusjonene som var med i undersøkelsen.

På bakgrunn av disse forhold utarbeidet Nasjonalt råd for fødselsomsorg og Helsedirektoratet i 2006 en nasjonal handlingsplan. Planen omfattet tiltak for å redusere antall skader, bedre primærbehandlingen og oppfølgingen av pasienter med sfinkterskader, samt å gi forslag til klare mål som skal nås. Som en del av handlingsplan ble det gjennomført en intervensjonsstudie. Studien viste at forekomsten av sfinkterskader ved fem norske fødeavdelinger ble redusert fra 4 % til 1,2 %. Data fra Medisinsk fødselsregisters institusjonsstatistikk (2010) viser nedgang i antall skader, men det finnes fortsatt tildels store

¹ Veileder i fødselshjelp 2008 (Norsk gynekologisk forening) – Kapittel 38 (Anny Spydslaug, Barthold Vonen, Ingrid Petrikke Olsen, Elham Baghestan) (<http://www.legeforeningen.no/id/131811.0>)

² Nasjonal handlingsplan. Sfinkterskader ved fødsel bør reduseres i Norge. 2006 Laine K, Pirhonen T, Rolland R, Pirhonen J: Decreasing the incidence of anal sphincter tears during delivery. Obstet Gynecol. May 2008.

³ Rapport fra Helsetilsynet 11/2004.

variasjoner mellom fødeinstitusjoner.
Type indikator Resultatindikator
Mål Redusere forekomsten av 3. og 4. grads perinealruptur.

2 METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

Indikatorpopulasjon		
	Inkludert populasjon	Ekskludert populasjon
Teller	a. Perinealruptur grad 3-4 b. Perinealruptur grad 3-4	Det utarbeides to indikatorer. I indikator b ekskluderes instrumentelle vaginale fødsler.
Nevner	a. Alle vaginale fødsler. b. Alle vaginale fødsler med unntak av instrumentelle (bruk av tang eller vakum) vaginale fødsler.	
Datakilde Medisinsk fødselsregister (MFR).		
Bearbeiding, aggregering og rapportering av data Indikatoren utarbeides på grunnlag av data som rapporteres til Medisinsk fødselsregister. Indikatoren rapporteres på behandlingsstedsnivå.		

3 TOLKNING, PRESENTASJON OG BRUK AV RESULTATER

Underliggende faktorer som kan forklare variasjoner⁴

- Førstegangsfødende
- Fødselsvekt >4000g
- Operativ Forløsning (vakuumb/tang)
- Langvarig 2. stadium
- Median episiotomi (klipp som legges fra vaginalåpningen for å bedre plassforhold)
- Fødselsinduksjon
- Epidural anestesi
- Mors alder
- Tidligere perinealruptur grad 3 og 4
- Ødem i perineum
- Fundusstrykk

⁴ Anny Spydsaug, Barthold Vonen, Ingrid Petrikke Olsen, Elham Baghestan. Kapittel 38: Perinealruptur. Veileder i fødselshjelp 2008. Norsk gynekologisk forening. <http://www.legeforeningen.no/id/131811.0>

Analyse og presentasjon av data

Data publisert første gang 15.12.2010 i Medisinsk fødselsregisters statistikkbank.
Indikatoren presenteres halvårlig på behandlingsstedsnivå.

Antall instrumentelle forløsninger og andel rupturer ved instrumentelle forløsninger bør sees i sammenheng med andel keisersnitt. Noen institusjoner har svært få fødsler og vil ikke få fødende med mange risikofaktorer for en komplisert fødsel. Det kan være store svingninger i prosent- eller promilleberegninger basert på små tall.

Endret i 2012 til "Andel pasienter under 80 år med hjerneinfarkt som får trombolysebehandling" (ikke oppdatert av Helsedirektoratet enda)

Indikator nr. 16 (Hdir) og nr. 27 Helse Sør-Øst	Indikator relatert til nasjonal indikatorsett og Helse Sør-Øst indikatorsett	Trombolysebehandling ved hjerneinfarkt
Versjon nr: 1.0	Godkjent av: Helsedirektoratet	Godkjent dato: Mars 2011

1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN

Definisjon av indikatoren: Andel pasienter med hjerneinfarkt som får intravenøs trombolysebehandling.

Begrepsavklaringer

Hjerneinfarkt:

Hjerneinfarkt er den hyppigste av de tre årsaker til hjerneslag. Hjerneslag defineres av Verdens helseorganisasjon som "en plutselig oppstått fokal eller global forstyrrelse i hjernens funksjoner av vaskulær årsak som vedvarer i mer enn 24 t eller fører til død".

Trombolyse:

Trombolyse er en medisinsk betegnelse for nedbrytning (lysis) av blodpropper ved hjelp av medisiner. Trombolytisk behandling kan gis intravenøst og intra-arterielt.

Begrunnelse, referanse, evidens

Hjerneslag er en av våre største og alvorligste folkesykdom, den tredje hyppigste dødsårsak og en dominerende årsak til alvorlig funksjonshemming for denne pasientgruppen. Hjerneslag omfatter hjerneinfarkt (85-90 %), hjerneblødninger (intracerebrale blødninger) (10-12 %) og hjernehinne blødninger (subarachnoidale blødninger) (3-5 %).¹

Av de ca. 14 000–15 000 som rammes av hjerneslag i Norge hvert år, er 3/4 over 70 år. Alle som rammes av hjerneslag trenger langvarig pleie og opptrening. Hjerneslag er derfor en sykdomsgruppe som krever store ressurser.

Riktig behandling kan redusere noen av de alvorligste konsekvensene av hjerneslag. Hjerneslag er en akuttmedisinsk tilstand, og pasienter med symptomer på hjerneslag skal innlegges i sykehus som ø-hjelp for rask utredning og behandling. Behandlingstilbudet bør organiseres som en behandlingsskjede der målet er et pasientforløp som sikrer at pasienten får veldokumentert, effektiv, koordinert og riktig behandling til riktig tid i alle faser i sykdomsforløpet.

Nasjonale retningslinjer gir anbefalinger om rask innleggelse i sykehus slik at bruk av trombolyse er mulig når det er indisert.

Intravenøs trombolytisk behandling med vevsplasminogen aktivator (tPA) har vist effekt ved behandling gitt inntil 4,5 timer etter symptomdebut. Effekten er størst ved tidlig innsettende behandling. Medikamentet er inntil videre kun godkjent for bruk innen 3 timer etter symptomdebut.

Det er et ønske om å øke andel pasienter som får trombolysebehandling. En forutsetning for

¹ Nasjonale retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag 04/2010 (IS-1688)

å kunne dette er at pasienten raskt transporteres til sykehus, samt får en rask avklaring ved ankomst mht om pasienten er aktuell for trombolytisk behandling.

Type indikator
Prosessindikator

Indikatoren beskriver

Indikatoren beskriver andel av pasienter med akutt hjerneinfarkt som behandles med intravenøs trombolyse.

2 METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

Indikatorpopulasjon		
	Inkludert populasjon	Ekskludert populasjon
Teller	Antall pasienter behandlet med intravenøs trombolyse	
Nevner	Antall pasienter innlagt med hjerneinfarkt	
Teller: ICD-10 koden for hjerneinfarkt er I63.0-I63.9 + NCMP-NCSP kode 1XX01: Intravenøs trombolysebehandling ved akutt hjerneinfarkt. Nevner: ICD-10 koden for hjerneinfarkt er I63.0-I63.9 -----		
Datakilde Norsk pasientregister (NPR)		
Bearbeiding, aggregering og rapportering av data Indikatoren utarbeides på grunnlag av aktivitetsdata fra behandlingsstedene som innrapporteres til Norsk pasientregister. Indikatoren skal rapporteres på behandlingsstedsnivå.		

3 TOLKNING, PRESENTASJON OG BRUK AV RESULTATER

Indikatoren brukes som Styringsvariabel for å bidra til at det etableres effektive behandlingsskjede for personer som rammes av hjerneinfarkt.
Underliggende faktorer som kan forklare variasjoner
Analyse og presentasjon av data Data publiseres på behandlingsstedsnivå hvert tertial.

Nye indikatorer 2012 (foreløpig uten beskrivelse og definisjon av indikatoren)

Det foreligger per dags dato ingen beskrivelse av disse indikatorene. Det forventes at de instanser som skal innhente og bearbeide data (dataklider) utarbeider beskrivelse av indikatorene, herunder definisjoner.

Helse Sør-Øst RHF vil sammenstille og bearbeide data for Helse Sør-Øst RHF når de er levert fra aktuell kilde.

Indikator	Mål	Datakilde	Rapporterings-frekvens	Bestiller
NY - Andel sykehus og helseforetak som har slagenhet ¹	100 %	Egne tall	Årlig	HOD
NY - Andel helseforetak som har gjennomført journalgjennomgangsundersøkelser etter GTT-metoden, i tråd med pasient-sikkerhetskampanjens føringer	100 %	Nasjonalt kunnskaps-senter	Tertialvis	HOD
NY - Andel helseforetak som har undersøkt pasientsikkerhetskultur i tråd med pasientsikkerhets-kampanjens føringer	100 %	Nasjonalt kunnskaps-senter	Årlig	HOD
NY - Andel helseforetak som rapporterer komplette og kvalitetssikrede data om ulykker og skader til NPR	100 %	NPR	Årlig	HOD
NY - Antall helseforetak som har etablert tilbud om tobakksavvenning		Egne tall	HOD	HOD
NY - Andel årsverk i psykisk helsevern for voksne fordelt på henholdsvis DPS og sykehus		Helsedir. (SSB)	Årlig	HOD
NY - 30-dagers overlevelse etter innleggelse for lårhalsbrudd		Helsedir.	Årlig	HOD
NY - 30-dagers overlevelse etter innleggelse for hjerteinfarkt		Helsedir.	Årlig	HOD
NY - 30-dagers overlevelse etter innleggelse for hjerneslag		Helsedir.	Årlig	HOD
NY - 30-dagers risikojustert totaloverlevelse		Helsedir.	Årlig	HOD
NY – Brukererfaringer svangerskap/føde/barsel (Nasjonale brukererfarings-undersøkelser)		Kunnskaps-senteret	Årlig	HOD
NY – Brukererfaringer for inneliggende pasienter som får behandling i somatiske sykehus (Nasjonale brukererfarings-undersøkelser)		Kunnskaps-senteret	Årlig	HOD

¹ Av sykehus og helseforetak som behandler slagpasienter

Nasjonale kvalitetsindikatorer som skal rapporteres til Helsedirektoratet ved NPR

Nasjonale indikatorer som skal publiseres på Helsedirektorates nettsider for kvalitetsindikatorer i spesialisthelsetjenesten, [Klikk her](#), samt for enkelte indikatorer på nettstedet for Fritt sykehusvalg, [Klikk her](#)

Rapportering skjer i hht. retningslinjer fra NPR, for tiden tertialvis

Følgende nasjonale indikatorer er felles med de styringsparametre/indikatorer som gjelder for Helse Sør-Øst:

- Epikrisetid – somatikk - Epikrisetid – psykisk helsevern - Andel korridorpasienter – somatikk - Andel korridorpasienter – psykisk helsevern - Prevalens av sykehusinfeksjoner - Tvungen innskrivning i psykiatrisk institusjon - Trombolyse ved hjerneinfarkt	- Fødselsrifter grad 3-4 - Tid behandling lungekreft - Tid behandling brystkreft - Tid behandling tykktarmskreft - Registrering av hovedtilstand VOP - Registrering av hovedtilstand BUP - Registrering av lovgrunnlag VOP
---	--

Følgende indikatorer gjelder kun det nasjonale systemet med rapportering til NPR og Fritt sykehusvalg, samt for publisering på Helsedirektoratets nettsted med kvalitetsindikatorer for spesialisthelsetjenesten:

- Hyppighet av keisersnitt
- Preoperativ liggetid ved lårhalsbrudd
- Ventetid operasjon for tykktarms-/endetarmskreft (colorectal cancer)
- Andel pasienter som er diagnostisk vurdert i barne- og ungdomspsykiatrien (ICD-10 diagnose)
- Ventetid til første konsultasjon (Primærbehandling - klinisk vurdering))
- Varighet av ubehandlet psykose (VUP) - ved første episode ikke-affektiv psykose
- Strykninger av planlagte operasjoner
- Individuell plan barnehabilitering
- Individuell plan ADHD (BUP) og schizofreni (voksne)

I tillegg skal helseforetakene delta i de årlige nasjonale pasienterfaringsundersøkelsene som skjer i regi av Kunnskapssenteret.

Indikator nr: N-004 Nr 12 Helse Sør-Øst	Indikator relatert til: Nasjonalt indikatorsett Somatikk	Preoperativ liggetid ved lårhalsbrudd
Versjon nr : 1.3	Godkjent av: Helsedirektoratet	Godkjent dato: 18.12.2008

1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN

Definisjon av indikatoren Andelen pasienter over 65 år med lårhalsbrudd, som blir operert i løpet av 48 timer etter innleggelse tiltrengende øyeblikkelig hjelp.
Begrepsavklaringer Lårhalsbrudd Brudd i den proximale delen av lårbenet. Brudd i selve lårhalsen, brudd per-/intertrokantært og subtrokantære brudd regnes med. Preoperativ liggetid Tiden fra innleggelse til operasjonstart (knivstart).
Begrunnelse, referanse, evidens Lårhalsbrudd forekommer hyppig, særlig hos eldre. Aldersspesifikk forekomst synes å øke, og denne økningen er ikke bare knyttet til det faktum at befolkningen blir eldre [1]. Lårhalsbrudd har alvorlige konsekvenser i form av smerter og ubehag, men også tapt funksjon, redusert livslengde, øket hjelpebehov og øket behov for institusjonsomsorg. I tillegg kommer samfunnsmessige konsekvenser av økonomisk art knyttet til behandling og omsorg. Behandlingen er operativ, enten i form av nagling eller proteseoperasjon. Ventetid over 1,5 - 2 døgn før operasjon er i noen [2, 3], men ikke alle [4] studier vist å ha sammenheng med dårligere resultat. Det er valgt å sette grensen til 2 døgn (48 timer). Dette er i samsvar blant annet med anbefalingene i indikatorprosjektet til OECD for denne indikatoren. Ventetiden før operativ behandling kan også sees som et uttrykk for prioritering av eldre behandlingstrengende pasienter innenfor kirurgiske-/ortopediske avdelinger. Indikatoren er derfor et uttrykk for på hvilken måte kravet om et likeverdig helsetilbud for eldre ivaretas.
Type indikator Denne indikatoren er en prosessindikator som uttrykker hvordan eldre pasienter med lårhalsbrudd prioriteres i operasjonskøen.
Mål Pasienter med lårhalsbrudd bør opereres raskt og fortrinnsvis innen 48 timer

2. METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

Indikatorpopulasjon		
Alle pasienter over 65 år innlagt som øyeblikkelig hjelp med lårhalsbrudd.		
	Inkludert populasjon	Ekskludert populasjon
Teller	Antall pasienter med diagnosekoder S72.0-2 som får utført prosedyrer i form av naglinger eller protese-operasjoner innen 48 timer fra innleggelsestidspunkt. Aktuelle inngrepskoder finnes innenfor NOMESKO's klassifikasjon for kirurgiske prosedyrer (se vedlegg).	Pasienter som får gjort en elektiv operasjon for lårhalsbrudd.
Nevner	Alle innlagte pasienter med diagnosen S72.0-2 som får utført aktuelle prosedyrer.	
Indikatoren uttrykkes i prosent: (Antall opererte innen 48 timer / totalt antall opererte) x 100.		
Datakilde Pasientdata hentes fra pasientadministrative system og rapporteres manuelt til Norsk pasientregister.		
- Pasienter som har lårhalsbrudd som <u>hoveddiagnose</u> registreres. Lårhalsbrudd har diagnosekoder : S72.0 Brudd i lårhals (Hoftebrudd INA). S72.1 Pertrokantært brudd S72.2 Subtrokantære brudd Bruddene kan være med eller uten forskyvning. Alle typer registreres. Sidelokalisasjon anføres; ZXA00 for høyre side og ZXA05 for venstre side. - Rapporteringen omfatter pasienter med alder >= 65 år og med innleggelsesmåte øyeblikkelig hjelp - Innleggelsestidspunkt og tidspunkt for kirurgisk prosedyre registreres i pasientadministrativt system		
Bearbeiding, aggregering og rapportering av data Registrerte data innhentes og bearbeides av Norsk pasientregister ved hvert tertial. Innkalling sendes i forkant av rapportering. Behandlingsstedene får tilbakemeldt resultatene for korreksjoner/kommentarer før publisering av resultatene.		
Nasjonal rapportering skal skje på sykehusnivå.		

3 TOLKNING, PRESENTASJON OG BRUK AV RESULTATER

Indikatoren brukes som Styringsparameter ved prioritering av operasjoner og organisering av operativ virksomhet.
Underliggende faktorer som kan forklare variasjoner Pasientkarakteristika, blant annet kan annen underliggende sykdom eller andre samtidige skader medføre utsettelse av operasjon.

Analyse og presentasjon av data

Data aggregert på behandlingsstedet publiseres nasjonalt i form av prosentandel som venter mindre enn 48 timer fra innleggelse til operasjonsstart.

Data på avdelingsnivå og lavere nivåer foreslås brukt i lokalt styrings- og forbedringsarbeid. Tall for behandlingsstedet presenteres på nettsiden for Fritt Sykehusvalg som grunnlag for pasientens valg av behandlingssted.

Referanser:

1. Gillespie, W., *Hip fracture*. BMJ Clinical evidence, 2002(7): p. 992-1013.
2. Zuckerman, J.D., et al., *Postoperative complications and mortality associated with operative delay in older patients who have a fracture of the hip*. J Bone Joint Surg Am, 1995. **77**(10): p. 1551-6.
3. Laberge, A., Bernard, P.M. and Lamarche, P.A., *Relationship between preoperative delay in hip fractures, postoperative complications and risk of death*. Rev Epidemiol Sante Publique, 1997. **45**(1): p. 5-12.
4. Tonetti, J., et al., *Proximal femoral fractures in patients over 75 years. Vital and functional prognosis of a cohort of 78 patients followed during 2.5 years*. Rev Chir Orthop Reparatrice Appar Mot, 1997. **83**(7): p. 636-44.

Tabellarisk oversikt over mulige diagnose-, prosedyre og reposisjonskoder.

Diagnoser	Prosedyrer	Reposisjonskode
S72.0	NFJ60	NFJ00
S72.0	NFJ70	NFJ00
S72.0	NFJ 80	NFJ00
S72.0	NFB12	UAKTUELT
S72.1	NFJ81	NFJ01
S72.1	NFJ61	NFJ01
S72.1	NFJ51	NFJ01
S72.2	NFJ82	NFJ02
S72.2	NFJ62	NFJ02
S72.2	NFJ52	NFJ02

I tillegg kodes side med: høyre side ZXA00 eller venstre side ZXA05.

Man kan kode bilateralt ZXA10 i de meget sjeldne tilfelle det opereres bilateralt.

Man koder også operasjonstid (knivtid) med ZXE00 for mindre enn en time, ZXE10 for mellom en og tre timer.

Utarbeidet av Kvalitetsutvalget i Norsk Ortopedisk forening, desember 2002.

Indikator nr: N-009	Indikator relatert til: Nasjonalt indikatorsett Somatikk	Hyppighet av keisersnitt
Nr 13 Helse Sør-Øst		
Versjon nr: 1.2	Godkjent av: Helsedirektoratet	Godkjent dato: 18.12.2008

1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN

Definisjon av indikatoren

Andel forløsninger foretatt ved keisersnitt total, og andel keisersnitt utført hhv. som øyeblikkelig hjelp og planlagt (elektivt).

Begrepsavklaringer

Operativ forløsning ved keisersnitt.

Begrunnelse, referanse, evidens

Indikatoren er en oppfølging av "Gjennombruddsprosjektet" i gynekologi i 1999.¹ Dette prosjektet, samt flere andre undersøkelser, har vist betydelig variasjoner i hyppighet av keisersnitt ved ellers sammenlignbare fødeavdelinger i Norge. Variasjonene kan ikke bare forklares ut fra forhold hos de fødende (pasientsammensetning) og andelen kvinner som selv velger forløsning ved keisersnitt (selvbestemt).

Operativ forløsning med keisersnitt innebærer risiko for komplikasjoner for moren samt en økt sannsynlighet for forløsning ved keisersnitt ved senere fødsler mv. Optimalt nivå for andel keisersnitt er ikke kjent, men andelen har økt de senere årene og var i 2002 på 15,8% på landsbasis.² Variasjon i hyppighet av keisersnitt behøver ikke være uttrykk for variasjoner i kvalitet i seg selv, men store variasjoner (ytterpunktene) kan indikere kvalitetsforskjeller. Nærmere analyse av data kan gi grunnlag for fagmiljøene for hva som bør være optimal og god praksis.

Type indikator

Denne type indikator vil i hovedsak være en prosessindikator.

Indikatoren uttrykker

Andel keisersnitt kan være uttrykk for pasientsammensetningen. Særlig gjelder dette andel øyeblikkelig hjelp keisersnitt. Andre forhold kan være policy ved avdelingen og andel selvbestemte keisersnitt. Indikatoren kan også være et uttrykk for om den svangerskapsomsorgen, fødselsovervåkning og den fødselshjelp som drives, er kvalitetsmessig god.

¹ Gjennombruddsprosjektet Dnlf og Statens helsetilsyn 1999

² Folkehelseinstituttet, 2004

2 METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

Indikatorpopulasjon Antall fødsler og keisersnittsandeler beregnes ut fra hoveddiagnoser (ICD-10) og prosedyrekoder i NCSP (The NOMESCO Classification of Surgical Procedures ¹).		
	Inkludert populasjon	Ekskludert populasjon
Teller	1. <u>Akutt keisersnitt</u> Alle fødsler med prosedyrekode MCA* og tilleggsprosedyre for hastegrad ZXD00 (akutt) 2. <u>Elektiv keisersnitt</u> Alle fødsler med prosedyrekode MCA* og tilleggsprosedyre for hastegrad ZXD10 (elektiv) Ved keisersnitt uten registrerte tilleggsprosedyrer avgjøres hastegrad av innmåten	
Nevner	Alle fødsler ved samme institusjon i den angitte periode. Fødsler har hoveddiagnose Z370/Z372 og samtidig DRG 370-375	
Datakilde Data hentes fra pasientadministrative systemer (PAS)		
Bearbeiding, aggregering og rapportering av data Registrerte data innhentes og bearbeides av Norsk pasientregister (NPR) ved hvert tertial. Innkallingsbrev sendes i forkant av rapportering. Institusjonene får tilbakemeldt resultatene for korreksjoner/kommentarer før publisering av resultatene		
Nasjonal rapportering av indikatoren skal skje på sykehus-/institusjonsnivå		

3 TOLKNING, PRESENTASJON OG BRUK AV RESULTATER

Indikatoren brukes som Nærmere analyse av data kan være grunnlag lokalt for vurdering av egne resultater og for fagmiljøene for retningslinjer for hva som bør være optimal og god praksis.
Underliggende faktorer som kan forklare variasjoner Seleksjon av fødende, andel risikosvangenskap, kompliserende sykdommer, variasjoner i medisinsk praksis (policy) samt andel selvbestemte keisersnitt mv.
Analyse og presentasjon av data Data presenteres på sykehusnivå som andel fødende som har fått utført keisersnitt totalt, samt andel keisersnitt utført hhv. som øyeblikkelig hjelp og elektivt. Tall på sykehus-/institusjonsnivå presenteres på nettsiden for Fritt Sykehusvalg som grunnlag for pasientens valg av behandlingssted.

¹ http://www.kith.no/templates/kith_WebPage____1160.aspx

Indikator nr: N-007	Indikator relatert til: Nasjonalt indikatorsett Somatikk	Ventetid operasjon for tykktarms-/endetarmskreft (colorectal cancer)
Nr 15 Helse Sør-Øst		
Versjon nr: 1.2	Godkjent av: Helsedirektoratet	Godkjent dato: 18.12.2008

1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN

Definisjon av indikatoren

Median og maksimal ventetid for operasjon for elektive pasienter med tykktarms-/endetarmskreft (colorectal cancer).

Begrepsavklaringer

Ventetid

Tid (antall døgn) fra henvisning til spesialisthelsetjenesten (ansiennitetsdato) til første gangs innleggelse for operativ behandling av colorectal cancer (innleggesdato).

Begrunnelse, referanse, evidens

Ved å velge colorectal cancer vil en kunne få et mål for tilgjengelighet for behandling av alvorlig sykdom der ventetid kan ha betydning for behandlingsresultatet – uten at en vet nøyaktig hvor grensene for ventetid går. Ventetiden fra diagnose til behandling bør ikke være lenger enn to uker. For pasientene er ventetiden smertefull og vanskelig.

Volumet for pasientgruppene er rimelig stort. Insidensen for colorectal cancer i Norge i perioden 1993-1998 (siste komplette registrerte år), var 40 nye tilfeller per 100 000 blant menn og 33 nye tilfeller per 100 000 blant kvinner. Colorectal cancer er den kreftform som rammer nordmenn hyppigst, begge kjønn sett under ett, og er dessuten økende i Vest-Europeiske land. En annen grunn til å velge colorectal cancer, er at alle øhj.sykehus utfører primæroperasjonene, og skillet er dessuten ikke alltid tydelig (preoperativt).

Videre varierer ventetiden historisk mellom sykehus. Behandlingsopplegget er standardisert, operasjon, eventuelt operasjon etter preoperativ strålebehandling.

Referanser:

- Kreftregisteret, www.kreftregisteret.no.
- Norsk kreftplan (NOU 1997:20)
- "ABC of colorectal cancer, Epidemiology", Peter Boyle, JS Langman, BMJ Volume 321, 30. sept. 2000).
- The NHS Cancer Plan, Department of Health, UK, sept. 2000.
- Sosial- og Helsedepartementet, "Rapport fra arbeidsgruppen for Utvikling av kvalitetsindikatorer for behandlingstilbudet i somatiske sykehus", 07.10.1999.

Type indikator

Ventetid er en indikator på tilgjengelighet og er en prosessindikator. I enkelte tilfeller kan også ventetiden påvirke behandlingsresultatet.

Indikatoren uttrykker

Indikatoren viser tilgjengelighet til behandling ved alvorlig kreftsykdom. Akseptabel ventetid vil variere etter diagnose. Gruppen colorectal cancer velges som *første diagnosegruppe* (malign sykdom hvor behandling er elektiv, men haster). Systemet kan utvides til å gjelde andre pasientgrupper med kreftdiagnose.

2 METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

Indikatorpopulasjon Pasienter som henvises til innleggelse for elektiv operasjon for colo/rectal cancer.		
	Inkludert populasjon Alle ventetider for elektive pasienter som primærbehandles med operasjon for colorectal cancer, kfr. definisjoner nedenfor.	Ekskludert populasjon Pasienter som henvises eller innlegges som øyeblikkelig hjelp medregnes ikke. Pasienter med ventetid under 2 dager forkastes (betraktes som ø-hjelp), likeledes ventetid over 1000 dager (sannsynligvis feilregistrering).
Datakilde <u>Pasientgrunnlag:</u> Pasienter gruppert i følgende DRG-grupper: DRG 146 HDG 6 Større operasjon på rectum u/kompl DRG 147 HDG 6 Større operasjon på rectum m/kompl DRG 148 HDG 6 Større operasjoner på colon u/kompl DRG 149 HDG 6 Større operasjoner på colon m/kompl og som samtidig har hoveddiagnose C18-C21. <u>Ventetid - startpunkt:</u> Tid fra registrering (dato) av mottatt henvisning (registreres i pasientadministrative systemer). <u>Ventetid – slutt punkt:</u> Innleggelsesdato. Tidspunkter er basert på registrering i pasientadministrativt system		
Bearbeiding / aggregering av data Registrerte data innhentes og bearbeides av Norsk pasientregister (NPR) ved hvert tertial. Innkallingsbrev sendes i forkant av rapportering. Institusjonene får tilbakemeldt resultatene for korreksjoner/kommentarer før publisering av resultatene Ventetiden måles i antall døgn og indikator oppgis som median (= det "midterste tall i en tallrekke") og ytterpunktet (maksimal ventetid). Nasjonal rapportering av indikatoren skal skje på sykehus-/institusjonsnivå.		

3 TOLKNING, PRESENTASJON OG BRUK AV RESULTATER

Indikatoren brukes som Styringsinformasjon, til kvalitetsforbedring og brukerinformasjon (pasient/primærlege).
Underliggende faktorer som kan forklare variasjon Registreringspraksis og kodepraksis kan variere fra sykehus til sykehus og internt i sykehus. Pasientgrunnlaget kan være forskjellig fordi noen sykehus sender "vanskelige" pasienter fra seg – spesielt pasienter med alvorlige tilleggslidelser som krever særlig utredning eller oppfølging før og etter primærbehandling for kreftsykdommen, eller pasienter som skal primærbehandles med stråleterapi (utføres kun ved utvalgte sykehus i regionene). Primært var det forutsetningen å også registrere ventetid til strålebehandling for denne sykdommen. Det har imidlertid vært vanskelig å fremskaffe sikre data på en enkel måte om ventetid for strålebehandling for colo/rectal cancer. Registrering av denne faktoren er derfor utelatt. Ulik primærbehandling (operasjon vs stråleterapi/cytostatikabehandling) kan dessuten være ulikt utbygd og ha ulik ventetid. Behandlingssted som velger stråle-/kjemoterapi før evt. kirurgisk inngrep vil

ha lengre ventetid enn sykehus der kirurgisk inngrep utføres først. Pr. dags dato vil det ikke være mulig i datagrunnlaget å ta hensyn til dette ved beregning av ventetid. Overgangen til rapportering på NPR-meldingsformat vil bøte på denne svakheten i datagrunnlaget.

Et godt resultat (overlevelse, livsfunksjon, komplikasjoner) er avhengig av flere viktige faktorer, og ventetid som enkeltstående indikator er av begrenset betydning for det endelige resultatet.

Det må påpekes at siden beregning av at ventetid er basert på ansiennitetsdato betyr det at sykehus som mottar pasienter fra andre sykehus vil kunne ha lengre ventetid enn sykehus som har mottatt pasienter etter direkte henvisning fra primærhelsetjenesten.

Analyse og presentasjon av data

Resultater presenteres på behandlingssted som median og maks antall døgn ventetid.

Data på avdelingsnivå og lavere nivåer foreslås brukt i lokalt styrings- og forbedringsarbeid. Tall for behandlingsstedet presenteres på nettsiden for Fritt Sykehusvalg som grunnlag for pasientens valg av behandlingssted.

Indikator nr: N-013	Indikator relatert til: Nasjonalt indikatorsett	Andel pasienter som er diagnostisk vurdert i barne- og ungdomspsykiatrien (ICD-10 diagnose)
Nr 20 Helse Sør-Øst	Psykisk helsevern Barne- og ungdomspsykiatri (BUP)	
Versjon nr: 1.2	Godkjent av: Helsedirektoratet	Godkjent dato: 18.12.2008

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

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 (CGAS)

Diagnostisk vurdert

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

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.

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.

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 lægeforening, Oslo 2000

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:

Alle avsluttede og ikke- avsluttede henvisninger i rapporteringsperioden. Ikke-avsluttede henvisninger skal ha minimum 6 eller flere direkte tiltak, mens henvisninger som er avsluttet i perioden skal ha minst 1 direkte tiltak.

Det settes opp en prosentandel for diagnoseregistrering 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.	Hvis kodet "Mangelfull informasjon" (999) eller ikke kodet (missing) på den aktuelle aksene.
Nevner	Alle pasienter i indikatorpopulasjonen for den aktuelle aksene beskrevet over	

Datakilde: BUP-data.

Bearbeiding, aggregering og rapportering av data

Registrerte data innhentes og bearbeides av Norsk pasientregister (NPR) ved hvert tertial. Innkallingsbrev sendes i forkant av rapportering. Institusjonene får tilbakemeldt resultatene for korreksjoner/kommentarer før publisering av resultatene

Nasjonal rapportering av indikatoren skal skje på sykehus-/institusjonsnivå.

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 lavere nivåer foreslås brukt i lokalt styrings- og forbedringsarbeid. Tall for behandlingsstedet presenteres på nettsiden for Fritt Sykehusvalg som grunnlag for pasientens valg av behandlingssted.

Indikator nr: N-012	Indikator relatert til: Nasjonalt indikatorsett Psykisk helsevern (Vaksne og BUP)	Ventetid til fyrste konsultasjon (Primærbehandling - klinisk vurdering))
Nr 21 Helse Sør-Øst		
Versjons nr: 1.2	Godkjent av: Helsedirektoratet	Godkjent dato: 18.12.2008

1 BESKRIVING AV INDIKATOREN

Definisjon av indikatoren

Talet på dagar frå institusjonen tar i mot tilvisinga i "postmottak" til primær behandling eller klinisk vurdering finn stad, eller skulle funne stad om pasienten ikkje møter.

Ein skiljar mellom dei som har rett til helsehjelp, jamfør forskrift, og dei som ikkje har denne retten.

Avklaringar

Primærbehandling/ klinisk vurdering

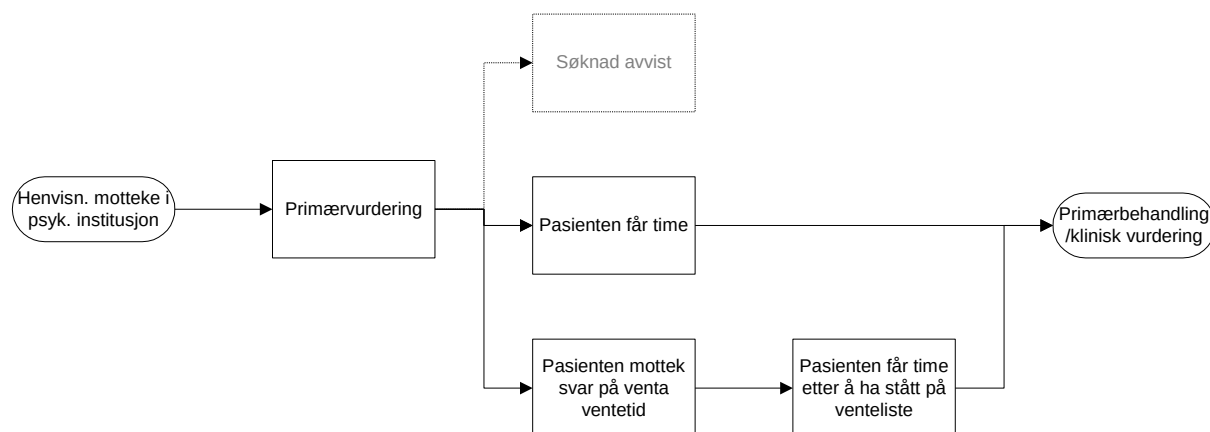
Den fyrste personlege kontakt mellom pasient (i BUP pasient eller føresatt) og den aktuelle psykiatriske institusjonen. Kontakten skjer ved eit møte ansikt til ansikt, og utgjør vanlegvis starten på ein behandling. (Innlegging som Ø-hjelp vert ikkje rekna med som primærbehandling.)

Tilvising 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

Indikatoren viser kor tilgjengeleg den psykiatriske spesialisthelsetenesta for dei pasientane som allereie er vurdert til å trengje ein personleg vurdering og eventuelt start 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 tilvist 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 lang 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 tilvisingar 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. Likeins tilvisingar med færre enn 3 direkte tiltak og tilvisingar som manglar registrering av rett til nødvendig helsehjelp Pasientar som sjølv har utsett fyrste konsultasjon

Datakjelde

Dato for når institusjonen tar i mot tilvisinga vert registrert i pasientadministrativt datasystem som "tilvisingsdato". Dato for primærbehandling/klinisk vurdering vert òg registrert i same system.

Tilrettelegging / aggregering av data

Norsk pasientregister (NPR) hentar inn og legg til rette data ved kvart tertial. Innkallingsbrev vert send i forkant av rapportering. Institusjonane får meldt resultata tilbake for korreksjonar/kommentarar før publisering av resultata.

For pasientar med behandlingsstart i perioden:

Dato for behandlingsstart minus dato for mottatt tilvisning.

Median antall døgn:

Det "midtre" talet i ein sortert mengde tal.

Maks antall døgn:

Det høgste talet i ein sortert mengde tal.

Ventetid for pasientar med behandlingsstart i perioden:

Innanfor vaksenpsykiatri skal ein registrere:

Median ventetid antall døgn	Maks. ventetid antall døgn

Innanfor BUP skal ein registrere:

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 tilvist 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 tilvising til psykiatrisk behandling.

Tal på sjukehus-/institusjonsnivå blir vist på nettsida for Fritt sjukehusval som grunnlag for pasientens val av behandlingsstad.

Indikatoren er ikkje lik dei ventetidene som vert presentert frå dei nasjonale ventelistene. Ventelistene 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-015 Nr 15 Helse Sør-Øst	Indikator relatert til: Nasjonalt indikatorsett Psykisk helsevern (Voksne og BUP)	Varighet av ubehandlet psykose (VUP) - ved første episode ikke-affektiv psykose
Versjons nr. 1.3	Godkjent av: Helsedirektoratet	Godkjent dato: 18.12.2008

1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN

Definisjon av indikatoren

Varighet av ubehandlet psykose (VUP) i antall uker ved første episode ikke-affektiv psykose (F 20-29 ICD-10).

Indikatoren uttrykker den gjennomsnittlige (mean) og median varigheten av ubehandlet psykose hos alle pasienter med diagnosene F 20-29 som har fått startet adekvat behandling i rapporteringsperioden.

Begrepsavklaringer

VUP (Varighet av ubehandlet psykose)

Tiden mellom første psykotiske symptomer (basert på alle tilgjengelige informasjonskilder) og den første adekvate behandling av disse. (Dersom adekvat behandling er startet utenfor egen institusjon, for eksempel i samarbeide med primærlege eller privat spesialist, skal det tas hensyn til ved beregningen av tiden.)

Psykose

Pasienten er (eller i tilfelle av kortvarige psykoser, har nylig vært) aktivt psykotisk med symptomer som vrangforestillinger, hallusinasjoner, tankeforstyrrelser eller upassende/bisarr atferd som ikke åpenbart kan forklares med organiske årsaker. Symptomene må ha vart hele dagen i flere dager eller flere ganger i uken i flere uker, ikke begrenset til noen korte øyeblikk. Det tilsvarer at pasienten skårer minst 4 på en eller flere av de følgende PANSS- symptomene: P1 (vrangforestillinger), P3 (hallusinatorisk atferd), P5 (storhetsideer), P6 (mistenksomhet) og A9 (uvanlig tankeinnhold).

Første episode ikke-affektiv psykose

Pasienten fyller kriteriene i ICD-10 (F 20-29) for schizofreni, schizofreniform lidelse, schizoaffektiv lidelse, vrangforestillingsforstyrrelse, kortvarig psykotisk forstyrrelse, eller psykotiske lidelser NOS.

Første episode/første behandling

Første episode (direkte kontakt med pasienten) der det ble gitt adekvat behandling for psykosesymptom.

Adekvat behandling

Hospitalisering eller poliklinisk behandling for psykosesymptom. Vanligvis vil adekvat behandling være behandling med medikamenter, men også andre behandlingsformer inngår i det som defineres som adekvat behandling. Ofte gis behandling i form av medikamenter i anbefalt antipsykotisk dosering, dvs. nevroleptisk behandling tilsvarende 133 mg chlorpromazinekvivalenter, (10 mg perfenazin /dag, evt. 5 mg zuclepenthixol eller tilsvarende, risperidon 2mg/dag, olanzapine 8 mg/dag eller tilsvarende i ekvivalente doser, i mer enn 12 uker (eller kortere hvis pasienten går i remisjon). Adekvat behandling uten medikamenter skal rapporteres særskilt.

Pasienter med en tidligere ubehandlet episode, eller ufullstendig behandlet episode, etterfulgt av residualsymptomer, betraktes som første episode med en VUP fra starten av episode 1. Når pasienten har hatt en tidligere ubehandlet psykoseepisode med full remisjon, defineres VUP lik første episodes varighet pluss varighet ved aktuell episode.

Ofte kan det ta noe tid før adekvat behandling iverksettes, pga. vurdering, utredning mv. Ved inkludering i populasjonen som skal registreres kan det tas hensyn til dette. Det betyr at man registrerer de pasientene som er avklart og hvor det er påbegynt adekvat behandling i registreringsperioden.

Begrunnelse, referanse, evidens

Varighet av ubehandlet psykose reflekterer tidsrommet fra sykdom oppstår til adekvat behandling gis. Lang VUP innebærer økt lidelse for pasienten, dennes familie og økt belastning for samfunnet. VUP måler tilgjengeligheten av helsetjenestene for befolkningen. Forsinkelser i oppstart av behandlingen vil oftest føre til dårligere langtidsforløp. En slik forsinkelse kan oppstå på flere nivåer: hos pasienten selv, familien, primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten¹. Denne forsinkelsen vil oftest være korrelert med langtidsforløpet.

Indikatoren er også et mål på samspillet mellom helsetjenesteleverandørene, samt et mål i forhold til det forebyggende arbeidet helseforetakene er pålagt i avtalen. Forventet årlig insidens vil være ca. 17 per 100 000.

Type indikator

Denne indikatoren vil være både en prosessindikator, som beskriver uønsket forsinkelse i oppstart av adekvat behandling av alvorlige psykiske lidelser, og en resultatindikator.

2 METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

Indikatorpopulasjon

Alle pasienter med første adekvate behandling for psykose i den angitte rapporteringsperiode

Rapportering

Rapportering av dato for første episode ikke-affektiv psykose og dato for adekvat behandling.

Data oppgis separat for
gruppe 1: voksne 18 år og over
gruppe 2: (gjelder fra 01.01.07) barn- og ungdom < 18 år

Datakilde

Institusjonene registrerer alle nye pasienter med psykose på eget skjema (se vedlegg). Skjemaet arkiveres av institusjonen.

Bearbeiding / aggregering av data

Rapportering skjer tertialvis til Norsk pasientregister. Etter utgangen av hvert tertial skal institusjonene rapportere dato for første episode ikke affektiv psykose, dato for første episode med adekvat behandling. Medikamentell og ikke-medikamentell behandling skilles ved at dato for behandlingsstart registreres i to ulike kolonner. Skjema for denne rapporteringen følger med i innkallingsbrev fra Norsk pasientregister.

Data presenteres som median og gjennomsnittlig varighet av ubehandlet psykose. Datagrunnlaget er samletallet for de tre siste tertialene (eks. tall for 1. tertial 2008 inneholder også datagrunnlaget for 2. og 3. tertial 2007).

Nasjonal rapportering av indikatoren skal skje på sykehus-/institusjonsnivå.

¹ Bazire S. Psychothropic Drug Directory 2001/2002. Quay Books 2001, 143.

2. Edwards J.,McGorry P.D. Implementing Early Intervention in Psychosis. A Guide to Establishing Early Psychosis Services. 2002 Martin Dunetz Ltd, London NW1 0AE.

3 TOLKNING, PRESENTASJON OG BRUK AV RESULTATER

Indikatoren brukes som

Styringsinformasjon og til kvalitetsforbedring.

Underliggende faktorer som kan forklare variasjon

Som prosessmål sier indikatoren mer om kvaliteten på helsetjenestetilbudet samlet, enn om spesialisthelsetjenestetilbudet alene. Foretakene er pålagt et ansvar for forebyggende tiltak, og det kanskje viktigste tiltak i så måte vil være å redusere VUP.

Analyse og presentasjon av data

Data presenteres på helseforetaksnivå som gjennomsnittlig og median varighet av ubehandlet psykose (VUP) i antall uker ved første episode ikke-affektiv psykose.

Data på behandlingssted og lavere nivåer foreslås brukt i lokalt styrings- og forbedringsarbeid. Tall for helseforetaket presenteres på nettsiden for Fritt Sykehusvalg som grunnlag for pasientens valg av behandlingssted.

Vedlegg: Skjema for veiledning og registrering av VUP – se nedenfor

VEDLEGG – Skjema for registrering av VUP

Registrering av varighet av ubehandlet psykose (VUP) hos pasient med første sykdomsepisode med ikke-affektiv psykose (F20-29). Skjemaet gir grunnlag for rapportering av data til Norsk pasientregister for den nasjonale kvalitetsindikatoren "Varighet av ubehandlet psykose". Skjemaet bes oppbevart ved institusjonen for eventuell bruk ved evaluering av VUP som indikator.

VUP er definert slik: Tiden mellom første psykotiske symptomer (basert på alle tilgjengelige informasjonskilder) og til start av den første adekvate behandling av disse. (Mer utførlig tekst på baksiden).

Institusjon: _____ Avdeling: _____ Pasient: _____ Alder: _____

Skjemaet fylles ut i forbindelse med behandlingsstart av pasienter som fyller kriteriene nedenfor.

Første sykdomsepisode med psykotiske symptomer som beskrevet nedenfor

Diagnose ICD-10 i området F20-29. Diagnose: F ____ . ____

Dato (omtrent) da pasienten ble psykotisk første gang: ____ . ____ . ____

(evtl antall uker siden psykosen startet)

Kryss av hvilke av kriteriene nedenfor som var oppfylt da pasienten ble psykotisk første gang, ut fra det dere kjenner til.

- ☐ **Vrangforestillinger.** Disse kan ha vært vage eller tydelige, stabile eller ikke stabile. De kan i ulik grad ha påvirket tenkning, relasjoner eller atferd.
- ☐ **Hallusinasjoner.** Disse skal ha vart hele dagen i flere dager, eller flere ganger i uken, ikke begrenset til kun korte øyeblikk. De kan i ulik grad ha påvirket tenkning, relasjoner eller atferd.
- ☐ **Uttalt mistenksomhet eller forfølgelsesideer.** De kan i ulik grad ha påvirket tenkning, relasjoner eller atferd.
- ☐ **Storhetsideer.** Urealistisk følelse av påtagelig overlegenhet i forhold til andre, eller vrangforestillinger som gjelder egen posisjon eller egne evner.
- ☐ **Uvanlig tankeinnhold.** Forvrengte eller bisarre tanker eller ideer om seg selv eller om andre mennesker eller forhold. De kan i ulik grad ha påvirket tenkning, relasjoner eller atferd.

Dato da adekvat medikamentell behandling ble startet: ____ . ____ . ____

(Eventuell tidligere behandlingsepisode uten adekvat behandling skal regnes med i tiden fra første tegn på psykose til start av adekvat behandling (se baksiden)).

Evt. kryss av for hva slags antipsykotisk medikamentell behandling og skriv dose.

- ☐ Perfenazin Dagsdose: _____
- ☐ Zuclepenthixol Dagsdose: _____
- ☐ Risperidon Dagsdose: _____
- ☐ Olanzapine Dagsdose: _____
- ☐ Annet: _____ Dagsdose: _____

Dato da annen adekvat behandling ble startet: ____ . ____ . ____

Dersom det tok lengre tid fra innleggelse/ første behandlingskontakt til oppstart av medikamentell behandling – før opp tidspunkt for start av behandling for psykose (psykoterapi)

Varighet av ubehandlet psykose regnes ut fra de to datoene overfor, som rapporteres.

Orientering om VUP som kvalitetsindikator

Helsedirektoratet har vedtatt varighet av ubehandlet psykose (VUP) som en nasjonal kvalitetsindikator. Indikatoren er nærmere beskrevet av direktoratet i indikatorbeskrivelsen N-015. Denne vil bli publisert sammen med de øvrige indikatorbeskrivelsene for psykisk helsevern på Helsedirektoratets nettsted:
http://www.shdir.no/kvalitetsforbedring/kvalitetsindikatorer/psykisk_helsevern_14591

Definisjonen nedenfor er hentet fra indikatorbeskrivelsen, og skal først og fremst være til hjelp for helsepersonell som skal fylle ut skjemaet for registrering av VUP.

Varighet av ubehandlet psykose (VUP) i antall uker ved første episode ikke-afektiv psykose (F 20-29 ICD-10). Indikatoren uttrykker den gjennomsnittlige varigheten av ubehandlet psykose hos alle pasienter med diagnose F20-F29 og som har startet adekvat behandling for en førstegangpsykose innenfor i rapporteringsperioden.

VUP: Tiden mellom første psykotiske symptomer (basert på alle tilgjengelige informasjonskilder) og start på den første adekvate behandling av disse.

Psykose: Pasienten er (eller i tilfelle av kortvarige psykoser, har nylig vært) aktivt psykotisk med symptomer som vrangforestillinger, hallusinasjoner, tankeforstyrrelser eller upassende/bisarr atferd som ikke åpenbart kan forklares med organiske årsaker. Symptomene må ha vart hele dagen i flere dager eller flere ganger i uken i flere uker, ikke begrenset til noen korte øyeblikk. Det tilsvarer at pasienten skårer minst 4 på en eller flere av de følgende PANSS- symptomene: P1 (vrangforestillinger), P3 (hallusinatorisk atferd), P5 (storhetsideer), P6 (mistenksomhet) og A9 (uvanlig tankeinnhold).

Første episode ikke-afektiv psykose: Pasienten fyller kriteriene i ICD-10 (F 20-29) for schizofreni, schizofreniform lidelse, schizoafektiv lidelse, vrangforestillingsforstyrrelse, kortvarig psykotisk forstyrrelse, eller psykotiske lidelser NOS.

Første episode/første behandling og adekvat medikamentell behandling: Nåværende episode er første episode med tilstanden som blir adekvat behandlet med medikamenter, eller med adekvat psykoterapeutisk behandling.

Tidligere adekvat behandling er: Hospitalisering eller poliklinisk behandling for psykosesymptom. Enten med adekvat psykoterapeutisk behandling, eller behandling i form av medikamenter i anbefalt antipsykotisk dosering. Dvs. nevroleptisk behandling tilsvarende 133 mg chlorpromazinekvivalenter, (10 mg perfenazin /dag, evtl. 5 mg zuclepenthixol eller tilsvarende, risperidon 2mg/dag, olanzapine 8 mg/dag eller tilsvarende i ekvivalente doser, i mer enn 12 uker (eller kortere hvis pasienten gikk i remisjon). Pasienter med en tidligere ubehandlet episode, eller ufullstendig behandlet episode, etterfulgt av residualsymptomer, betraktes som første episode med en VUP fra starten av episode 1. Når pasienten har hatt en tidligere ubehandlet psykoseepisode med full remisjon, defineres VUP lik første episodes varighet pluss varighet ved aktuell episode.

Nærmere om rapportering av indikatoren: Norsk pasientregister samler inn data om kvalitetsindikatoren "Varighet av ubehandlet psykose" på oppdrag av Helsedirektoratet. Norsk pasientregister vil samle inn data fra skjemaene tertialsvis, tre ganger per år. Vi vil sende ut nærmere informasjon om rapportering mot slutten av hvert tertial. Selve registreringskjemaene skal ikke sendes til NPR, men rapportering skjer på eget rapporteringsskjema som sendes ut ifm med innkallingene. Rapportering inneholder kun dato for psykose start og dato for start adekvat behandling (skilt mellom adekvat medikamentell og adekvat terapeutisk behandling).

Indikator nr: N-006	Indikator relatert til: Nasjonalt indikatorsett + Helse Sør-Øst indikatorsett Somatikk	Strykninger av planlagte operasjoner
Nr 14 Helse Sør-Øst		
Versjon nr 1.2	Godkjent av: Helsedirektoratet	Godkjent dato: 18.12.2008

1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN

Definisjon av indikatoren: Andel pasienter (innlagte og dagkirurgi) som blir strøket fra det planlagte operasjonsprogrammet.
Begrepsavklaringer Strykning fra operasjonsprogrammet Registreres når den skjer etter at godkjent operasjonsprogram for neste dag foreligger. Med operasjonsprogram menes plan for bruk av operasjonsstuer med personell. Strykning defineres som at en planlagt operasjon ikke blir gjennomført den dagen pasienten er satt opp på programmet. Alle strykninger skal telles med uansett årsak.
Begrunnelse, referanse, evidens Strykninger fra oppsatt program er ikke akseptabel praksis. Planlegging av operasjonsaktiviteten bør ha en slik forutsigbarhet at strykninger unngås. Pasienter som settes opp på operasjonsprogrammet bør være utredet slik at strykninger unngås. 1. For pasienten er det en negativ opplevelse å bli strøket fra operasjonsprogrammet. 2. Operasjonsvirksomhet legger beslag på store ressurser i helseforetakene. Det er viktig at aktiviteten planlegges og gjennomføres slik at ressursene blir optimalt utnyttet. 3. For helseforetakene medfører strykninger kostnad i form av ekstra liggedøgn preoperativt. 4. Det er viktig å få løpende tall som gir et utgangspunkt for forbedringsarbeid.
Type indikator Prosessindikator innenfor området planlegging og gjennomføring av operativ virksomhet.
Indikatoren uttrykker Indikatorene er uttrykk for sykehusets planlegging av elektiv operativ virksomhet og evne til å gjennomføre planlagt operasjonsprogram. Målsetting: Under 5% strykninger

2 METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

Indikatorpopulasjon		
Omfatter både innlagte pasienter og dagkirurgiske pasienter		
	Inkludert populasjon	Ekskludert populasjon
Teller	Antall strykninger (planlagte operasjoner) i en angitt tidsperiode (innlagte og dagkirurgiske pasienter ved alle operasjonsstuer til behandlingsstedet)	Etteranmeldte pasienter som strykes og øyeblikkelig hjelp pasienter.
Nevner	Antall planlagte operasjoner i samme tidsperiode (innlagte og dagkirurgiske pasienter ved alle operasjonsstuer til behandlingsstedet)	Prosedyrer utenom operasjoner som trenger anestesiasistans og utføres på operasjonsavdelinger (eks. endoskopier, undersøkelser i narkose mv.)
Indikatoren uttrykkes i prosent: $\text{Andel strykninger} = (\text{Antall strykninger} / \text{antall planlagte operasjoner i perioden} \times 100).$ Datakilde: Operasjonsplanleggingsverktøy (elektroniske eller manuelle).		
Bearbeiding, aggregering og rapportering av data Registrerte data innhentes og bearbeides av Norsk pasientregister ved hvert tertial. Innkalling sendes i forkant av rapportering. Behandlingsstedene får tilbakemeldt resultatene for korreksjoner/kommentarer før publisering av resultatene. Rapportering til Helse Sør-Øst RHF skjer på HF-nivå i hht. retningslinjer (Rapportpakken) Nasjonal rapportering av indikatoren skal skje på sykehusnivå.		

3 TOLKNING, PRESENTASJON OG BRUK AV RESULTATER

Indikatoren brukes som grunnlag for forbedring ved planlegging av pasientbehandlingsforløp.
Underliggende faktorer som kan forklare variasjon Det kan være forskjellige årsaker til at en pasient strykes av programmet, for eksempel mange øyeblikkelig hjelp operasjoner, personellmangel, ufullstendig undersøkelse av pasienten før operasjon, akutt oppstått annen lidelse hos pasienten som medfører utsettelse av operasjon mv. Registrering av indikatoren bør suppleres med en årsaksregistrering i den enkelte avdeling som grunnlag for interne tiltak.
Analyse og presentasjon av data Data aggregert på sykehusnivå publiseres nasjonalt som andel strykninger fra operasjonsprogrammet i angitte periode. Data på avdelingsnivå og lavere nivåer foreslås brukt i lokalt styrings- og forbedringsarbeid. Tall for behandlingsstedet presenteres på nettsiden for Fritt Sykehusvalg som grunnlag for pasientens valg av behandlingssted.

Indikator nr: N-008	Indikator relatert til: Nasjonalt indikatorsett + Helse Sør-Øst indikatorsett Somatikk	Individuell plan (barnehabilitering)
Nr 17a Helse Sør-Øst		
Versjon nr: 1.2	Godkjent av: Helsedirektoratet	Godkjent dato: 18.12.2008

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. Individuell plan innebærer at tjenestemottakere med behov for langvarige og koordinerte helse- og sosialtjenester har rett til IP. Den individuelle planen skal konkretisere behovet for tjenester den enkelte har og hvordan behovene skal dekkes.

Hvem har rett til individuell plan

Pasient med behov for langvarige og koordinerte helsetjenester som samtykker.

Planprosessen er i gang når:

- Informasjon om retten til individuell plan er gitt og
- samtykke er innhentet og
- det er etablert skriftlig forpliktende samarbeid ved at en tjenesteyter har hovedansvaret for oppfølging av tjenestemottaker jfr. § 2a

Hvem som skal utforme plan i spesialisthelsetjenesten

Helseforetaket skal utarbeide eller igangsette en individuell plan for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tilbud. Kommunehelse- og sosialtjenestens ansvar for 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

- a. 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.
- b. 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.
- c. 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 helse- sosiallovgivningen.

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 samhandlet i utarbeiding 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 ved samme enhet i perioden	

Datakilde

Data registreres i pasientadministrativt system og rapporteres manuelt til Norsk pasientregister samt til Helse Sør-Øst RHF i hht. retningslinjer (Rapportpakken).

Bearbeiding, aggregering og rapportering av data

Registrerte data innhentes og bearbeides av Norsk pasientregister (NPR) ved hvert tertial. Innkallingsbrev sendes i forkant av rapportering. Institusjonene får tilbakemeldt resultatene for korreksjoner/kommentarer før publisering av resultatene

Rapportering til Helse Sør-Øst RHF skjer på HF-nivå.

Nasjonal rapportering av indikatoren skal skje på sykehus-/institusjonsnivå

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 som andel pasienter som har fått utarbeidet individuell plan. Tall på sykehus-/institusjonsnivå presenteres på nettsiden for Fritt Sykehusvalg som grunnlag for pasientens valg av behandlingssted.

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

Vedlegg

§ 7. Innholdet i individuell plan

Den individuelle planens innhold skal tilpasses behovene til den enkelte tjenestemottaker. Det skal under utarbeidelsen av planen tas hensyn til tjenestemottakerens etniske, kulturelle og språklige forutsetninger.

Planen skal innholde følgende hovedpunkter:

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

Indikator nr: N-014	Indikator relatert til: Nasjonalt indikatorsett + Helse Sør-Øst indikatorsett	Individuell plan ADHD (BUP) og Schizofreni (VOP)
Nr 17b-c Helse Sør-Øst	Psykisk helsevern (Voksne og BUP)	
Versjon nr: 1.2	Godkjent av: Helsedirektoratet	Godkjent dato: 18.12.2008

1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN

Definisjon av indikatoren

1. Andel barn og unge med diagnosen hyperkinetisk forstyrrelse – ADHD som har fått individuell plan (F90x i ICD10).
2. Andel voksne med diagnosen schizofreni som har fått individuell plan (F20x i ICD10).

Begrepsavklaringer

Individuell plan (IP)

Plan som fyller kravene i forskrift¹ om individuell plan. Individuell plan innebærer at tjenestemottakere med behov for langvarige og koordinerte helse- og sosialtjenester har rett til IP. Den individuelle planen skal konkretisere behovet for tjenester den enkelte har og hvordan behovene skal dekkes.

Planprosessen er i gang når:

- Informasjon om retten til individuell plan er gitt og
- samtykke er innhentet og
- det er etablert skriftlig forpliktende samarbeid ved at en tjenesteyter har hovedansvaret for oppfølging av tjenestemottaker jfr. § 2a

Hvem har rett til å utforme IP i spesialisthelsetjenesten

Helseforetaket skal utarbeide eller igangsette IP for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tilbud eller videreføre IP utarbeidet av kommunene ved utskrivning eller overføring. Kommunehelsetjenestens og sosialtjenestens ansvar for individuelle planer omtales ikke nærmere her.

Samtykke

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

Begrunnelse, referanse, evidens

IP er et av de viktigste virkemidlene til å sikre pasienter som trenger det, koordinerte og forutsigbare tjenester. Helsetilsynets tilsyn i 2003 i psykisk helsevern for voksne og i 2002 i psykisk helsevern for barn og unge viste at svært få tjenestesteder hadde gode rutiner for utarbeiding av IP, og at en liten andel av pasientene hadde IP. Det var også mangel på samarbeid med kommunehelsetjenesten om IP, og få hadde oppnevnt navngitt kommunal koordinator. Vi ønsker med dette å sette fokus på pasientgrupper som erfaringsmessig trenger langvarige og sammensatte tjenester.

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

- d. 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.
- e. 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.
- f. 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.

¹ Forskrift om individuelle planer etter helse- og sosiallovgivningen.

Type indikator
Prosessindikator.

Indikatoren uttrykker

I hvilket omfang institusjonen/helseforetaket sikrer at det blir utarbeidet individuelle planer for pasienter.

2 METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

Indikatorpopulasjon

Alle pasienter som har vært til behandling ved den psykiatriske institusjonen i løpet av rapporteringsperioden. [Varigheten av behandlingen må ha vært i minst 6 mnd.](#)

Dersom individuell plan tidligere er utarbeidet av førstelinjetjenesten og planen innbefatter tiltak fra psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten, og spesialisthelsetjenesten har samhandlet i utarbeiding av planen, regnes også dette som individuell plan i registreringer.

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

Inkludert populasjon		Ekskludert populasjon
Psykisk helsevern barn og unge		
Teller	Antall barn og unge med diagnosen hyperkinetisk forstyrrelse (F90x) som har IP ved avslutning av behandlingsepisode (poliklinisk, dag eller døgn)	Pasienter med behandlingsvarighet i BUP under 6 mnd
Nevner	Totalt antall barn og unge med diagnosen hyperkinetisk forstyrrelse (F90x) ved avslutning av behandlingsepisode (poliklinisk, dag eller døgn)	

Psykisk helsevern voksne		
Teller	Antall voksne med diagnose schizofreni (F20x) som har IP ved utskrivelse fra døgnstatus til ikke-døgnstatus i det psykiske helsevern for voksne.	<i>Beregnes foreløpig ikke pga manglende datarapportering i godkjent meldingsformat</i>
Nevner	Totalt antall voksne med diagnose schizofreni (F20x) ved utskrivelse fra døgnstatus til ikke-døgnstatus i det psykiske helsevern for voksne.	

Det presiseres at alle diagnostiske undergrupper under F20 og F90 skal inkluderes og både hoved- og bidiagnoser i den grad det er spesifisert.

Datakilde

Data fra pasientadministrative systemer (BUP og VOP). Rapportering til Norsk pasientregister i godkjent meldingsformat (NPR-meldingen). Rapportering til Helse Sør-Øst RHF skjer i hht. retningslinjer (Rapportpakken).

Bearbeiding, aggregering og rapportering av data

Registrerte data innhentes og bearbeides av Norsk pasientregister (NPR) ved hvert tertial. Innkallingsbrev sendes i forkant av rapportering. Institusjonene får tilbakemeldt resultatene for

korreksjoner/kommentarer før publisering av resultatene

NB! Indikatoren beregnes foreløpig ikke for psykisk helsevern voksne pga manglende data.

I BUP kan det registreres følgende verdier for IP:

1. Oppfyller ikke kriteriene
2. Ønsker ikke individuell plan, eller har ikke gitt samtykke
3. Arbeid med individuell plan ikke startet
4. Individuell planprosess er igangsett
5. Individuell plan foreligger
9. Ukjent med status for individuell plan

Kun registrering av verdien 5 aksepteres som godkjent IP. Indikatoren uttrykkes som en prosentandel av alle pasienter med diagnosen ADHD. Pasienter som er registrert i kategorien 3-5 og 9 inngår i nevnergrunnlaget.

Rapportering til Helse Sør-Øst RHF skjer på HF-nivå.

Nasjonal rapportering av indikatoren skal skje på sykehus-/institusjonsnivå.

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 IP for målgruppen
- Manglende kompetanse i virksomheten til å utarbeide IP
- Ulik grad av samtykke/ønske fra pasientene om å ha IP

Analyse og presentasjon av data

Data aggregert på behandlingsstedet publiseres nasjonalt som andel pasienter som har fått utarbeidet individuell plan.

Data på avdelingsnivå og lavere nivåer foreslås brukt i lokalt styrings- og forbedringsarbeid. Tall for behandlingsstedet presenteres på nettsiden for Fritt Sykehusvalg som grunnlag for pasientens valg av behandlingssted.

Vedlegg

§ 7. Innholdet i individuell plan

Den individuelle planens innhold skal tilpasses behovene til den enkelte tjenestemottaker. Det skal under utarbeidelsen av planen tas hensyn til tjenestemottakerens etniske, kulturelle og språklige forutsetninger.

Planen skal innholde følgende hovedpunkter:

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