

DEFINISJONSKATALOG

**Styringsparametre og nasjonale
kvalitetsindikatorer medisin og helsefag**

**HELSE SØR-ØST RHF
2015**

Versjon 01.01.2015

Helse Sør-Øst RHF, Avdeling for Medisin og helsefag

Endringshistorikk

Dato	Indikator	Beskrivelse
03.09.2013	8a	Endret definisjon av uttrekk i DIPS
03.09.2013	8c	Endret beskrivelse i definisjon.
03.09.2013	8a	Ny delindikator innføres og rapporteres f.o.m. okt 2013
Desember 2013	2H	Indikator innlemmes i "glemt av sykehus"-prosjektet. Omdøpes til indikator 8d "Timeavtale ved svar på vurdering av henvisning"
Desember 2013	1	Lagt til beskrivelse av ulike ventetidsbegreper og -mål
Januar 2014	8a	Lagt til generisk beskrivelse av indikatoren
Januar 2014	8b	Lagt til generisk beskrivelse av indikatoren
Januar 2014	8c	Lagt til generisk beskrivelse av indikatoren
Januar 2015		Alle indikatorene som er initiert av Helsedirektoratet og som ikke rapporteres fra de enkelte foretak/sykehus er tatt ut av Definisjonskatalogen og lagt inn som vedlegg med linker til definisjoner og hvor tallene finnes. Nye oppdaterte definisjoner på epikrisetid somatikk, psykisk helsevern voksne og TSB fra Helsedirektoratet. Definisjon for psykisk helsevern barn og unge kommer senere i 2015. Andel utskrivningsklar pasienter innen psykisk helsevern og TSB utgår.

INNHALDSFORTEGNELSE

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

	Side
Om definisjonskatalogen	4
Felles	6
8a - Tid fra mottak av henvisning (mottaksdato) til vurdering av henvisningen er fullført...	6
8b - Antall åpne dokumenter i EPJ som er mer enn 14 dager gamle	8
8c - Antall pasienter med åpen henvisningsperiode, uten ny kontakt	10
8 d - Timeavtale sammen med svar på vurdert henvisning ("direkte time").	12
Somatikk	14
5a - Korridorpasienter - Somatikk.....	17
7 a - Antall og andel liggedøgn utskrivningsklare pasienter - somatikk.....	19
VOP – Psykisk helsevern for voksne	21
11 c - Andel ambulante konsultasjoner psykisk helsevern VOP	24
18 - Tvungen innskrivning i psykiatrisk institusjon.....	26
19 - Andel og ratejustert antall reinnleggelser innen 30 dager i akuttavdelinger, psykisk helsevern voksne	29
BUP – psykisk helsevern for barn og unge	31
4b - Epikrisetid - Psykisk helsevern barn/unge	31
11 d - Andel ambulante konsultasjoner psykisk helsevern BUP	32
TSB – Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige	35
11 e - Andel ambulante konsultasjoner TSB.....	38
Linker til definisjoner og resultater fra Helsedirektoratet (NPR), Folkehelseinstituttet og Medisinsk fødselsregister:	40
Somatikk:	40
VOP – Psykisk helsevern for voksne:	43
BUP – Psykisk helsevern for barn og unge:.....	44
TSB – Tverrfaglig spesialisert behandling:.....	45

Om definisjonskatalogen

Helse Sør-Øst har lagt om definisjonskatalogen fra 2015.

I definisjonskatalogen har vi hatt fokus på de indikatorene som rapporteres inn i SAS-løsningen fra Helseforetakene/de private sykehusene.

Vi har også valgt å samle de indikatorene som gjelder hvert av de fire tjenesteområdene, somatikk, psykisk helsevern for voksne (VOP), psykisk helsevern for barn og unge (BUP) og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige (TSB), for å bedre oversikten.

Vi har i denne versjonen ikke valgt å endre den innarbeidede nummereringen av indikatorene. Helse Sør-Øst RHF ønsker å ha en prosess for å få definert alle indikatorene som rapporteres inn i SAS-løsningen, med en definert oppskrift på uttrekket fra DIPS. Dette vil bli implementert i Definisjonskatalogen for 2016.

Vi har lagt inn linker til definisjonene av de indikatorene som rapporteres direkte inn til Norsk pasientregister (NPR) i vedlegget til denne definisjonskatalogen. Her ligger også linker til de nettstedene hvor resultatene blir offentliggjort.

Begrepsdefinisjonene i tabellen under er hentet fra NPR.

Begrep	Beskrivelse	Operasjonalisering	Unntak
Ventetid start	Angir starttidspunkt på ventetid på en henvisning	Ansiennitetsdato for henvisning, dvs mottaksdato første gang henvisningen ble mottatt i spesialisthelsetjenesten. For nyhenvisninger skal ansiennitetsdato og mottaksdato være lik.	Mottaksdato ved eget sykehus dersom: Ansiennitetsdato eldre enn 1900, blank (missing) eller etter lokal mottaksdato
Ventetid slutt	Angir sluttidspunkt for ventetid på en henvisning	Dato for når behandlende enhet registrerer behandlingen som igangsatt (ventetidsluttdato)	Hvis ventetidsluttdato er blank (missing) eller etter rapporteringsperioden, settes ventetidsluttdato lik siste dag i rapporteringsperioden
Ventetid	Beregning av faktisk ventetid på en henvisning	Differanse mellom ventetid start og ventetid slutt (ekstern ventetid). Intern ventetid er differansen mellom lokal mottaksdato og ventetid slutt	
Fristtid	Pasientens totale tid knyttet til juridisk/medisinsk frist for behandling	Differansen mellom ventetid start og fristdato for behandling.	Fristtid som er negativ (dvs frist start behandling kommer før ventetid start) settes lik 0
Fristbrudd	Angir pasienter som opplever fristbrudd	Ventetid er større enn fristtid	Ikke fristbrudd dersom ventetid er mindre eller lik fristtid. Pasienter med pasient- eller medisinskbestemt utsettelse (uansett dato) ekskluderes fra datagrunnlaget.
Vurderingstid	Angir tiden fra henvisning mottas til vurdering av den er gjort	Differanse mellom ventetid start og vurderingsdato. For lokal vurderingstid brukes differansen mellom mottaksdato og vurderingsdato	Vurderingstid som er negativ (dvs vurderingsdato kommer før ventetid start) settes lik 0

Vurderingsbrudd	Brudd på frist for vurdering av henvisninger (10 dager BUP, 30 dager alle andre fagområder)	BUP: Fagområde 310 eller 320, 360, 361, 365, 370 og alder over 23 år. 10 virkedager = 14 løpedager. 30 virkedager = 42 løpedager.	
Ordinært avviklet	Angir antall pasienter som er avviklet på normal måte i rapporteringsperioden.		Ventetidslutt før periodestart eller etter periodestart. Ekskluderer alle henvisninger med utsettelseskodene 2 (pasientbestemt utsettelse), 21 (pasient ikke møtt), 22 (utsatt pga velferdsgrunner), 3 (medisinskbestemt utsettelse) og 5 (pasienten har takket nei til tilbud ved annet helseforetak.

Felles

Indikator nr HSØ: 8a	Indikator relatert til: Helse Sør-Øst	8a - Tid fra mottak av henvisning (mottaksdato) til vurdering av henvisningen er fullført
Versjon nr 1.1	Godkjent av: Alice Beathe Andersgaard	Godkjent: Januar 2014

1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN

Definisjon av indikatoren: Gjennomsnittlig tid i dager fra mottak av pasienthenvisning ved eget sykehus til henvisningen er ferdig vurdert .
Begrepsavklaringer: Denne indikatoren bygger på ferdig rapport i DIPS pasientsystem (D-6813). Helseforetak som ikke bruker DIPS anbefales å bruke den generiske beskrivelsen for uttrekk i eget system. Gjelder alle med vurderingskompetanse. Innen PHV og TSB gjelder dette også psykologer med vurderingskompetanse. Indikator 8a er todelt. Indikator 1 måler gjennomsnittstiden og indikator 2 måler andel som får gjennomført vurdering av henvisning innen 10 virkedager.
Begrunnelse, referanse, evidens Henvisninger skal vurderes fortløpende og snarest mulig i systemet for å sikre at pasienter som trenger spesialisthelsetjenesten får helsehjelp på rett nivå, til rett tid. Det er av betydning for pasientbehandlingen at henvisninger vurderes så fort som mulig for oppstart av utredning og/eller behandling.
Type indikator Prosess og resultatindikator

2 METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

Indikatorpopulasjon		
	Inkludert populasjon: Alle eksterne henvisninger som er registrert ferdig vurdert (rettighets- og prioritetsvurdert).	Ekskludert populasjon Radiologiske avdelinger
Indikator 1	Gjennomsnittstid (median) for behandlernes ferdigstilling og registrering av prioriteringsvurdering for den aktuelle rapporteringsperioden.	
Indikator 2 (nevner)	Antall henvisninger vurdert (totaltall) samme periode	
Indikator 2 (teller)	Antall henvisninger vurdert innen 10 dager samme periode	
Datakilde Det pasientadministrative system (PAS). For alle foretak med DIPS er den aktuelle rapporten D-6813		
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-, divisjons- og avdelingsnivå foreslås brukt i lokalt styrings- og forbedringsarbeid.

Dette er rapporter som kan være tidkrevende å generere – og det bør derfor vurderes å hente ut lokale tall divisjonsvis som grunnlag for samletallet pr. helseforetak

8 a Gjennomsnittstid fra mottak av henvisning (mottaksdato ved eget sykehus) til vurdering av henvisningen er fullført

Generisk uttrekk i PAS

Uttrekk av vurderte henvisninger i den aktuelle perioden

Inkluderer alle avdelinger unntatt radiologiske avdelinger,

(Unntak - dersom vurdering foretas av henvisninger til radiologi i eget PAS inkluderes disse i systemet)

Indikator 1:

Sum av eksterne henvisninger som er registrert ferdig vurdert i rapporteringsperioden.

Vurderingstid er differansen mellom mottaksdato av henvisning ved eget sykehus og dato for vurdering av henvisningen (vurderingsdato). Som gjennomsnittsmål brukes median der dette er mulig. Ellers brukes vanlig gjennomsnitt.

Indikator 2 (nevner):

Angir sum av alle eksterne henvisninger som er registrert ferdig vurdert (rettighets- og prioritetsvurdert) i aktuell rapporteringsperiode

Indikator 2 (teller):

Angir sum av alle eksterne henvisninger som er registrert ferdig vurdert (rettighets- og prioritetsvurdert) innen 10 virkedager i aktuell rapporteringsperiode. 10 virkedager=14 løpedager.

Beskrivelse av uttak av data i DIPS

Bestill rapport 6813.

Tidsrom 2 år tilbake. Bakgrunnen for at det må hentes data langt tilbake er for å fange opp eventuelle gamle henvisninger som nylig er vurdert.

Velg alle avdelinger, unntatt radiologiske avdelinger.

Indikator 1:

Filtrer på *Vurderingsdato* ved å sette *Større enn eller lik* første dato og *Mindre enn* siste dato i perioden du ønsker å se på.

Velg primærhenvisning= verdi 1

Vurderingsdager er differansen mellom mottaksdato – og vurderingsdato (ikke ansiennitetsdato)

Høyreklikk på kolonnen *Antall vurderingsdager* og velg gjennomsnitt (median brukes når DIPS-versjon tillater dette).

Indikator 2 (nevner):

Les av antall henvisninger vurdert i perioden (1 måned tilbake).

Indikator 2 (teller):

Antallet henvisninger som er vurdert mindre eller lik 10 dager (virkedager, 14 løpedager) i perioden.

[Beskrivelse framgangsmåte i DIPS

Filtrer i kolonne *Antall vurderingsdager*.

Velg tilpasset filter og er mindre enn 15

Les av antall

Indikator nr HSØ: 8b	Indikator relatert til: Helse Sør-Øst	8b - Antall åpne dokumenter i EPJ som er mer enn 14 dager gamle
Versjon nr 1.1	Godkjent av: Alice Beathe Andersgaard	Godkjent dato: januar 2014

1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN

Definisjon av indikatoren:

Antall åpne sykepleie- eller legedokumenter i EPJ som er mer enn 14 dager gammel

Begrepsavklaringer:

Denne indikatoren bygger på ferdig rapport i DIPS pasientsystem (D-9582). Helseforetak som ikke bruker DIPS anbefales å bruke den generiske beskrivelsen for uttrekk i eget system.

Skal omfatte alle dokumenter som er mer enn 14 dager gamle – uavhengig av når de er opprettet. Det skal differensieres på dokumenter generert av henholdsvis leger, sykepleiere, og andre.

Sykehus som benytter autogodkjenning av dokumenter, må oppgi antall autogodkjente dokumenter siste måned, med samme differensiering.

Begrunnelse, referanse, evidens

Type indikator

Prosess og resultatindikator

2 METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

Indikatorpopulasjon		Ekskludert populasjon • Laboratoriesvar • Personskadeskjema • BDS-skjema (Eks.Trygg kirurgi sjekkliste, henvisning nevrorehabilitering) • Infeksjonsregistrering • Kreftmeldinger • Diktat til skrivning/ferdigstilling
	Inkludert populasjon: Alle åpne dokumenter helt fra oppstart av PAS, dog ikke lenger tilbake enn 01.01.2005.	
Deltall 1	Totalt antall åpne dokumenter som er mer enn 14 dager gamle, uansett tidspunkt for opprettelse Deltall 2 inkludert i dette antallet	
Deltall 2	Antall dokumenter som det normalt tar mer enn 14 dager å få ferdigbehandlet	
Deltall 3	Antall legedokumenter som er åpne og mer enn 14 dager gamle (uansett tidspunkt for opprettelse)	
Deltall 4	Antall sykepleiedokumenter som er åpne og mer enn 14 dager gamle (uansett tidspunkt for opprettelse)	
Datakilde Det pasientadministrative system (PAS). For alle foretak med DIPS er den aktuelle rapporten D-9582		
Bearbeiding/aggregering av data Data rapporteres på HF-nivå. Det må settes korrekt periode – omfatte perioden fra oppstart av EPJ-bruk og til for 14 dager siden (dvs.den 16. ved rapporter som tas ut den 30.).		

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.

8 b Antall åpne dokumenter i EPJ som er mer enn 14 dager gamle

Følgende dokumenter skal ekskluderes fra tallgrunnlaget:

- Laboratoriesvar
- Personskadeskjema
- BDS-skjema (Eks.Trygg kirurgi sjekkliste, henvisning nevrorehabilitering)
- Infeksjonsregistrering
- Kreftmeldinger
- Diktat til skrivning/ferdigstilling

Generisk beskrivelse for datauttrekk

Tidsperioden for rapportering er fra oppstart PAS eller tidligst 01.01.2005 og til dato 14 dager tilbake i tid (dvs.den 16. ved rapporter som tas ut den 30.)

Velg alle avdelinger

Deltall 1:

Total sum av antall dokumenter som ikke er godkjent/ferdigstilt

Deltall 2: Sum av journaldokumentasjon jmf. Journalforskriften (nedtegnelser som anses nødvendige og relevante, gjort av helsepersonell i forbindelse med ulike typer helsehjelp, definert som handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål og som er utført av helsepersonell) og som normalt tar mer enn 14 dager å ferdigbehandle

Ekskluder dokumenttyper som ikke faller inn under journalforskriften, eks. meldepliktige skjemaer som er åpne mer enn 14 dager i systemet

Deltall 3 og 4:

Sum av antall åpne legedokumenter og sykepleiedokumenter som er mer enn 14 dager gamle

Beskrivelse av uttak av data i DIPS

Bestill rapport 9582.

Tidsrom dato fra (tilsvarende oppstart av DIPS ved foretaket) og tildato, 14 dager tilbake i tid (dvs.den 16. ved rapporter som tas ut den 30.)

Velg alle avdelinger.

Deltall 1:

I kolonnen *Oppgavetype*: utelat *Diktat til ferdigstilling* og *Diktat til skrivning*

Les av totalantall av dokumenter som ikke er godkjent/ferdigstilt

Deltall 2:

Sett hake for dokumenter som skal ekskluderes i rapporteringen (personskadeskjema, BDS-skjema, infeksjonsregistrering, kreftmeldinger) i kolonne *Dokumenttypebetegnelse*. Les av antall dokumenter som ikke er mulig å godkjenne/ferdigstille innen 14 dager.

Deltall 3 og 4:

Sorter på kolonnen *Forfatters tittel* for å finne antall legedokumenter og antall sykepleierdokumenter

Indikator nr HSØ: 8c	Indikator relatert til: Helse Sør-Øst indikatorsett	8c - Antall pasienter med åpen henvisningsperiode, uten ny kontakt
Versjon nr 1.0	Godkjent av: Alice Beathe Andersgaard	Godkjent dato: januar 2014

1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN

Definisjon av indikatoren:
Antall pasienter der henvisningsperioden fortsatt holdes åpen uten at avtale om ny kontakt er registrert
Begrepsavklaringer:
Denne indikatoren bygger på ferdig rapport i DIPS pasientsystem (D-7221). Helseforetak som ikke bruker DIPS anbefales å bruke den generiske beskrivelsen for uttrekk i eget system.
Begrunnelse, referanse, evidens
Indikatoren skal sikre at pasienter får ny planlagt kontakt tilknyttet aktuell henvisning ved sykehuset eller avsluttes korrekt i systemet.
Type indikator
Prosess og resultatindikator

2 METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

Indikatorpopulasjon	Inkludert populasjon:	Ekskludert populasjon
		Radiologiske avdelinger
Indikator	Antall pasienter med åpen henvisningsperiode, uten ny kontakt	
Datakilde	Det pasientadministrative system (PAS). For alle foretak med DIPS er aktuell rapport D-7221	
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. Det må settes korrekt periode – fra dato må omfatte perioden fra oppstart av EPJ-bruk.
8 c Antall pasienter med åpen henvisningsperiode, uten ny kontakt
<u>Generisk uttrekk for andre PAS-systemer</u>
Uttrekk av alle henvisninger med åpen henvisningsperiode, uten ny planlagt/registrert kontakt i systemet
Tidsperiode: Fra oppstart av systemet eller tidligst 1.1.2005 til dato 7 dager før rapporteringsperioden.
For rapporter for eks. 31.01 velges 24.01 som tildato.
Inkluderer elektive og ø-hjelpshenvisninger ved foretaket.

Beskrivelse av uttak av data i DIPS

Bestill rapport 7221, tidsrom dato fra (tilsvarende oppstart av DIPS eller tidligst 01.01.2005 ved foretaket) til 7 dager tilbake i tid.

Sett hake for *Ta med ø-hjelpshenvisninger*

Velg alle avdelinger, unntatt radiologiske avdelinger.

Les av antall henvisningsperioder øhjelp

Les av antall henvisningsperioder elektiv

Indikator nr: HSØ: 8 d	Indikator relatert til: Helse Sør-Øst	8 d - Timeavtale sammen med svar på vurdert henvisning ("direkte time").
Versjon nr: 1.2	Godkjent av: Alice Beathe Andersgaard	Godkjent: Januar 2014

1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN**Definisjon av indikatoren**

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

Begrepsavklaringer

Helseforetak som ikke bruker DIPS anbefales å bruke den generiske beskrivelsen for uttrekk i eget system.

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 tilbakemelding 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.
8d Timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning ("direkte time") <u>Generisk beskrivelse av uttrekk av data i PAS</u> Uttrekk av alle eksterne henvisninger mottatt siste måned for alle avdelinger ved sykehuset. Ekskluder henvisninger til kontroll. Direktebooking – 7 dager fra vurdert henvisning til tildelt time i PAS. Les av antall direktebooking. Uttrekk skjer den 8 dagen i måneden etter periodens sluttdato. <u>Beskrivelse av uttak av data i DIPS</u> Bestill rapport 9778, tidsrom 1 måned tilbake. Velg alle avdelinger Fyll in 7 dager i feltet Antall dager fra vurdert henvisning til dag gitt time. Sorter på primærhenvisninger (skal ikke rapporteres på sekundærhenvisninger). Utelat Kontroll i kolonne Henvisningstype. (Skal ikke rapporteres på kontroll henvisninger). Les av antall med verdi 1 i kolonne Direktebooket Les av antall med verdi 0 i kolonne Direktebooket Arbeidsflyt i DIPS: Henvisning blir vurdert og det blir generert oppgave <i>Henvisning til oppfølging</i> . Enten blir det skrevet ut brev til henvisende lege og pasient hvor det opplyses om rettigheter/frist og pasienten havner på venteliste eller så tildeles pasienten direkte time. Rapporten definerer en primærhenvisning som direktebooket når det innenfor 7 dager etter vurderingstidspunkt er gitt time for oppmøte (tidspunkt for klikket <i>Gi tid</i> i kontakten).

Somatikk

Indikator	Indikator relatert til: Nasjonalt indikatorsett Somatisk helsetjeneste	Indikator: Epikrisetid ved utskrivning fra somatisk helsetjeneste
Versjon nr: 2.0	Godkjent av: Helsedirektoratet	Godkjent dato: November 2014

1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN

Definisjon av indikatoren:

Andel epikriser som er skrevet og utsendt innen 1 og 7 dager¹ etter utskrivningsdato fra somatisk helsetjeneste i rapporteringsperioden

Begrepsavklaringer:**Epikrise**

Er beskrevet i Forskrift om pasientjournal §9 og Helsepersonell loven §45, og er en sammenfatning av journalopplysninger som sendes til det helsepersonell som trenger opplysninger for å kunne gi pasienten nødvendig og forsvarlig oppfølging. Pasienten har også rett til å få tilsendt epikrise. Epikrisen er knyttet til én innleggelse ved et behandlingssted og tjener som dokumentasjon på pasientbehandlingen.

Epikrisetid

Tid (i dager) som går med fra pasienten skrives ut fra behandlingsstedet (utskrivningsdato) til epikrisen er sendt ut elektronisk eller pr post til primærhelsetjenesten/fastlege eller ev. andre mottakere.

Dersom det ikke er mulig å sende epikrise samtidig med utskrivning, skal epikrise uansett sendes innen forsvarlig tid etter at helsehjelpen er avsluttet.

Avslutningsdato

Den dato pasienten avslutter sitt opphold ved institusjonen/sykehuset.

Rapport på et avsluttet sykehusopphold med endelige prøveresultater og beskrivelser ettersendes. Tid fra epikrise er sendt ut til endelige prøveresultater sendt ut **regnes ikke** som del av epikrisetiden.

Begrunnelse, referanse, evidens:

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

Epikrisetid er et uttrykk for samhandling og kommunikasjon av relevant informasjon. Indikatoren er et effektivt mål på hvordan spesialisthelsetjenesten kommuniserer med henviser, øvrige tjenester og pasienten selv.

Lang epikrisetid svekker pasientens mulighet til å få kontinuitet i behandlingen og sikker oppfølging etter utskrivning fra behandling. Gjennom måling av epikrisetid rettes oppmerksomheten mot å redusere uønsket lang epikrisetid.

Type indikator: Prosessindikator

Indikatoren uttrykker:

Andel av epikrisene som er sendt ut innen 1 og 7 dager av alle avsluttede opphold i somatisk helsetjeneste i rapporteringsperioden.

2. METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

Indikatorpopulasjon for innlagte pasienter (døgnoophold):

	Inkludert populasjon	Ekskludert populasjon
Teller	Antall sendte epikriser innen 1 og 7 dager etter utskrivning fra somatisk helsetjeneste i rapporteringsperioden	Ekskludert populasjon: Dagopphold Poliklinikk Fødsler Opphold der pasienten ikke har samtykket til utsendelse av epikrise
Nevner	Summen av totalt antall sendte epikriser + antall manglende epikriser etter avsluttet opphold i rapporteringsperioden i somatisk helsetjeneste	

Indikatoren uttrykkes i prosent:

- $\text{Andel} = (\text{Antall sendte epikriser innen 7 dager etter utskrivning fra opphold i somatisk helsetjeneste} \div \text{antall utskrivninger fra døgnoophold fra behandlingsstedet innen somatisk helsetjeneste i samme periode}) \times 100$.

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

Andre måltall i indikatordefinisjonen som publiseres:

- Totalt antall sendte epikriser i rapporteringsperioden i somatisk helsetjeneste
- Antall sendte epikriser innen 7 dager etter utskrivning fra somatisk helsetjeneste
- Totalt antall manglende epikriser etter avsluttet somatisk helsetjeneste
- Andel epikriser sendt innen 1 dag etter pasienten utskrives i somatisk helsetjeneste

Datakilde: Norsk pasientregister (NPR)¹

¹ NPR-melding eks. 49.0.1: <http://www.helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/norsk-pasientregister-npr/innrapportering/rapporteringsformat/Sider/default.aspx>

Bearbeiding, aggregering og rapportering av data:

Indikatoren utarbeides på grunnlag av registrert aktivitetsdata fra helseforetakene som innrapporteres til Norsk pasientregister.

Nasjonal rapportering av indikatoren skal skje på behandlingssted/helseforetaksnivå/region. Det er behandlingsstedsnivå som er første visning i publiseringsløsningen.

3. TOLKNING, PRESENTASJON OG BRUK AV RESULTATER

Indikatoren brukes som:

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

Underliggende faktorer som kan forklare variasjoner:

Ingen spesielle forhold

Analyse og presentasjon av data:

Data på avdelingsnivå og lavere nivåer foreslås brukt i lokalt styrings- og forbedringsarbeid. Data publiseres på helseforetaksnivå hvert tertial på nettsiden www.helsenorge.no

Indikator nr: Hdir: N-001 HSØ: Nr 5a	Indikator relatert til: Helse Sør-Øst HOD	5a - Korridorpasienter - Somatikk
Versjon nr: 1.3	Godkjent av: Helsedirektoratet	Godkjent dato: 21.09.2012

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	Psykiatriske akuttpasienter
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 (SAS FM).		
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: www.helsenorge.no, www.fritt-sykehusvalg.no og http://nesstar2.shdir.no/kvalind/.

Indikator nr: HSØ: 7 a	Indikator relatert til: Helse Sør-Øst	7 a - Antall og andel liggedøgn utskrivningsklare pasienter - somatikk
Versjon nr 3.0	Godkjent av: Alice Beathe Andersgaard	Godkjent dato: 19. desember 2012

1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN

Definisjon av indikatoren:

Indikator 1(7a): Antall registrerte utskrivningsklare pasienter somatikk i perioden (aktuell måned).

Indikator 2 (7b/7c): Andel liggedøgn for utskrivningsklare pasienter somatikk i perioden (aktuell måned) i forhold til totalt antall liggedøgn. Med liggedøgn for utskrivningsklare pasienter menes liggedøgn fra pasienten er meldt utskrivningsklar til pasienten er overført til kommunen

Begrepsavklaringer:

Hva er utskrivningsklare pasienter, jfr. "Forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter"¹:

Forenklet fra forskriften skal følgende prosesser skje når sykehuset mottar en pasient som kan ha behov for hjelp fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten etter sykehusoppholdet:

1. Ved innleggelse skal kommunen varsles om pasientens status, antatt forløp og forventet utskrivningstidspunkt, jfr §8
2. Forskriften beskriver når en pasient kan erklæres utskrivningsklar fra sykehuset, jfr §9
3. Når pasienten er erklært utskrivningsklar skal kommunen varsles. Dette gjelder kun pasienter som har behov for kommunale tilbud, jfr §10
4. Kommunen skal etter å ha mottatt varsel, straks gi beskjed om pasienten kan tas imot eller når dette er mulig, jfr §11
5. Ved bekreftet plass har sykehuset ansvar for å overføre pasienten til kommunen, jfr §12
6. Betalingsplikten, §13, inntreffer når alle disse tre kravene er oppfylt:
 - Pasienten er erklært utskrivningsklar, jfr §9
 - De formelle prosessene i §8 og §10 er gjort
 - Kommunen melder at de ikke kan ta imot eller ikke har svart på varsel, §11

NB! Ifølge forskriften blir kommunen ikke belastet betaling for utskrivningsklare pasienter, som overføres til kommunen samme dag.

I 2012 er kun tidspunkt i § 9 (pkt 2) tilgjengelig i NPR-meldingen (v. 48). Fra og med 2013 (v. 49) vil alle tidspunktene som beskrevet over være tilgjengelig i meldingen. I rapporteringen om utskrivningsklare til Helse Sør-Øst RHF skal helseforetakene bruke tidspunktet i § 9 som utgangspunkt for sine tall.

Rapporteringen skal ekskludere pasienter som ikke har liggedøgn etter at de er meldt 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

¹ <http://www.lovddata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20111118-1115.html>

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. Pasienter som meldes utskrivningsklar, men som overføres til kommunen samme dag.
Indikator 1 (7a)	Sum antall utskrivningsklare pasienter (7a) i perioden (aktuell måned)	
Indikator 2 (7 b/c)		
Teller	Totalt antall liggedøgn for utskrivningsklare pasienter (7b) i perioden (aktuell måned)	
Nevner	Totalt antall liggedøgn (7c) alle pasienter 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.

VOP – Psykisk helsevern for voksne



Indikator	Indikator relatert til: Nasjonalt indikatorsett. Psykisk helsevern voksne (PHV)	Indikator: Epikrisetid ved utskrivning fra døgntil behandling i PHV
Versjon nr: 1.1	Godkjent av: Helsedirektoratet	Godkjent dato: November 2014

1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN

Definisjon av indikatoren:

Andel epikriser som er skrevet og utsendt innen 1 og 7 dager¹ etter utskrivningsdato fra døgntil behandling i PHV i rapporteringsperioden

Begrepsavklaringer:

Epikrise

Er beskrevet i Forskrift om pasientjournal §9 og er en sammenfatning av journalopplysninger som sendes til det helsepersonell som trenger opplysninger for å kunne gi pasienten nødvendig og forsvarlig oppfølging. Pasienten har også rett til å få tilsendt epikrise. Epikrisen er knyttet til én innleggelse ved et behandlingssted og tjener som dokumentasjon på pasientbehandlingen.

Epikrisetid

Tid (i dager) som går med fra pasienten skrives ut fra behandlingsstedet (utskrivningsdato) til epikrisen er sendt ut elektronisk eller pr post til primærhelsetjenesten/fastlege eller ev. andre mottakere.

Dersom det ikke er mulig å sende epikrise samtidig med utskrivning, skal epikrise uansett sendes innen forsvarlig tid etter at helsehjelpen er avsluttet.

Avslutningsdato

Døgnoophold: den dato pasienten avslutter sitt opphold ved institusjonen (utdato på døgnoophold).

For ikke-planlagte avslutninger defineres avslutningsdato som den dato døgnavdeling bestemmer at /døgnoopholdet skal avsluttes.

Begrunnelse, referanse, evidens:

Epikrisetid er et uttrykk for samhandling og kommunikasjon av relevant informasjon.

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

Indikatoren er et effektivt mål på hvordan spesialisthelsetjenesten kommuniserer med henviser, øvrige tjenester og pasienten selv.

Lang epikrisetid svekker pasientens mulighet til å få kontinuitet i behandlingen og sikker oppfølging etter utskrivning fra døgnbehandling. Gjennom måling av epikrisetid rettes oppmerksomheten mot å redusere uønsket lang epikrisetid.

Type indikator: Prosessindikator

Indikatoren uttrykker:

Andel av epikrisene som er sendt ut innen 1 og 7 dager av alle avsluttede døgnopphold i PHV i rapporteringsperioden.

4. METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

Indikatorpopulasjon for innlagte pasienter (døgnopphold):

	Inkludert populasjon	Ekskludert populasjon
Teller	Antall sendte epikriser innen 1 og 7 dager etter utskrivning fra døgnopphold i PHV i rapporteringsperioden	Ekskludert populasjon: Dagopphold Poliklinikk Opphold der pasienten ikke har samtykket til utsendelse av epikrise
Nevner	Summen av totalt antall sendte epikriser + antall manglende epikriser etter avsluttet døgnopphold i rapporteringsperioden i PHV	

Indikatoren uttrykkes i prosent:

- $\text{Andel} = \left(\frac{\text{Antall sendte epikriser innen 7 dager etter utskrivning fra døgnopphold i PHV}}{\text{Antall utskrivninger fra døgnopphold fra behandlingsstedet i samme periode i PHV}} \right) \times 100$.

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

Andre måltall i indikatordefinisjonen som publiseres:

- Totalt antall sendte epikriser i rapporteringsperioden i PHV
- Antall sendte epikriser innen 7 dager etter utskrivning fra døgnopphold i PHV
- Totalt antall manglende epikriser etter avsluttet døgnopphold i PHV
- Andel epikriser sendt innen 1 dag etter pasienten utskrives i PHV

Datakilde: Norsk pasientregister (NPR)¹

Bearbeiding, aggregering og rapportering av data:

¹ NPR-melding eks. 49.0.1: <http://www.helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/norsk-pasientregister-npr/innrapportering/rapporteringsformat/Sider/default.aspx>

Indikatoren utarbeides på grunnlag av registrert aktivitetsdata fra helseforetakene som innrapporteres til Norsk pasientregister.

Nasjonal rapportering av indikatoren skal skje på behandlingssted/helseforetaksnivå/region. Det er helseforetaksnivå som er første visning i publiseringsløsningen.

5. TOLKNING, PRESENTASJON OG BRUK AV RESULTATER

Indikatoren brukes som:

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

Underliggende faktorer som kan forklare variasjoner:

Ingen spesielle forhold

Analyse og presentasjon av data:

Data på avdelingsnivå og lavere nivåer foreslås brukt i lokalt styrings- og forbedringsarbeid. Data publiseres på helseforetaksnivå hvert tertial på nettsiden www.helsenorge.no

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

1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN

Definisjon av indikatorens

1. Andel polikliniske konsultasjoner utført ambulant i forhold til totalt antall polikliniske konsultasjoner psykisk helsevern for voksne.

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 og rus. 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, barn/unge og TSB	
Teller	Totalt ant. ambulante konsultasjoner (VOP) som gir NAV-refusjon	
Nevner	Totalt antall polikliniske konsultasjoner (VOP) som gir NAV-refusjon	
Definisjon av uttrekk i DIPS Rapportnummer : D-6817		

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

² St. prp. nr. 1 (2005-2006).

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: Hdir: N-005 HSØ: Nr 18	Indikator relatert til: HOD HSØ	18 - Tvungen innskrivning i psykiatrisk institusjon
Versjon nr: 1.5	Godkjent av: Helsedirektoratet	Godkjent dato: 03.03.2009

1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN

Definisjon av indikatoren

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.

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.

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

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	

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.

Definisjon av uttrekk i DIPS

Rapportnummer : D-5925

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.

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

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

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

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.: HSØ: 19	Indikator relatert til: HSØ	19 - 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	Pasienter ved avdeling som ikke er

	forrige (forutgående) 30 dagers perioden	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 Elektive pasienter Pasienter ved avdeling som ikke er akuttavdelinger Pasienter med avtale om "åpen retur"		
Nevner 2	Antall personer over 18 år i helseforetakets opptaksområde.			
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.				
Definisjon av uttrekk i DIPS Rapportnummer : D-496				

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

BUP – psykisk helsevern for barn og unge



Indikator nr: Hdir: N-010 HSØ: Nr 4b	Indikator relatert til: Helse Sør-Øst HOD	4b - Epikrisetid - Psykisk helsevern 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 (døgnoophold), 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: Andel = (Antall sendte epikriser innen 7 dager / sum antall utskrivninger og polikliniske episoder) x 100		
Definisjon av uttrekk i DIPS Rapportnummer : D-5927		
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:	Indikator relatert til:	11 d - Andel ambulante
---------------	-------------------------	-------------------------------

11 c/d/e	Helse Sør-Øst	konsultasjoner psykisk helsevern BUP
Helse Sør-Øst		
Versjon nr: 2.0	Godkjent av: Folke Sundelin	Godkjent dato: Desember 2010

1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN

Definisjon av indikatoren

- 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 og rus. 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 barn/unge	
Teller	Totalt ant. ambulante konsultasjoner (BUP) som gir NAV-refusjon	
Nevner	Totalt antall polikliniske konsultasjoner (BUP) som gir NAV-refusjon	
Definisjon av uttrekk i DIPS Rapportnummer : D-6817		

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

² St. prp. nr. 1 (2005-2006).

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.

TSB – Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige



Indikator	Indikator relatert til: Nasjonalt indikatorsett Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige (TSB)	Indikator: Epikrisetid ved utskrivning fra døgnbehandling i TSB
Versjon nr: 1.1	Godkjent av: Helsedirektoratet	Godkjent dato: November 2014

1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN

Definisjon av indikatoren:

Andel epikriser som er skrevet og utsendt innen 1 og 7 dager¹ etter utskrivningsdato fra døgnbehandling i TSB i rapporteringsperioden

Begrepsavklaringer:

Epikrise

Er beskrevet i Forskrift om pasientjournal §9 og er en sammenfatning av journalopplysninger som sendes til det helsepersonell som trenger opplysninger for å kunne gi pasienten nødvendig og forsvarlig oppfølging. Pasienten har også rett til å få tilsendt epikrise. Epikrisen er knyttet til én innleggelse ved et behandlingssted og tjener som dokumentasjon på pasientbehandlingen.

Epikrisetid

Tid (i dager) som går med fra pasienten skrives ut fra behandlingsstedet (utskrivningsdato) til epikrisen er sendt ut elektronisk eller pr post til primærhelsetjenesten/fastlege eller ev. andre mottakere.

Dersom det ikke er mulig å sende epikrise samtidig med utskrivning, skal epikrise uansett sendes innen forsvarlig tid etter at helsehjelpen er avsluttet.

Avslutningsdato

Døgnopphold: den dato pasienten avslutter sitt opphold ved institusjonen (utdato på døgnopphold).

For ikke-planlagte avslutninger defineres avslutningsdato som den dato døgnavdeling bestemmer at /døgnoppholdet skal avsluttes.

Begrunnelse, referanse, evidens:

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

Epikrisetid er et uttrykk for samhandling og kommunikasjon av relevant informasjon. Indikatoren er et effektivt mål på hvordan spesialisthelsetjenesten kommuniserer med henviser, øvrige tjenester og pasienten selv.

Lang epikrisetid svekker pasientens mulighet til å få kontinuitet i behandlingen og sikker oppfølging etter utskrivning fra døgnbehandling. Gjennom måling av epikrisetid rettes oppmerksomheten mot å redusere uønsket lang epikrisetid.

Type indikator: Prosessindikator

Indikatoren uttrykker:

Andel av epikrisene som er sendt ut innen 1 og 7 dager av alle avsluttede døgnopphold i TSB i rapporteringsperioden

6. METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

Indikatorpopulasjon for innlagte pasienter (døgnopphold):

	Inkludert populasjon	Ekskludert populasjon
Teller	Antall sendte epikriser innen 1 og 7 dager etter utskrivning fra døgnopphold i TSB i rapporteringsperioden	Ekskludert populasjon: Dagopphold Poliklinikk Opphold der pasienten ikke har samtykket til utsendelse av epikrise
Nevner	Summen av totalt antall sendte epikriser + antall manglende epikriser etter avsluttet døgnopphold i rapporteringsperioden i TSB	

Indikatoren uttrykkes i prosent:

- $\text{Andel} = \left(\frac{\text{Antall sendte epikriser innen 7 dager etter utskrivning fra døgnopphold i TSB}}{\text{Antall utskrivninger fra døgnopphold fra behandlingsstedet i rapporteringsperioden i TSB}} \right) \times 100$.

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

Andre måltall i indikatordefinisjonen som publiseres:

- Totalt antall sendte epikriser i rapporteringsperioden i TSB
- Antall sendte epikriser innen 7 dager etter utskrivning fra døgnopphold i TSB
- Totalt antall manglende epikriser etter avsluttet behandling i TSB
- Andel epikriser sendt innen 1 dag etter pasienten utskrives i TSB

Datakilde: Norsk pasientregister (NPR)¹

Bearbeiding, aggregering og rapportering av data:

¹ NPR-melding eks. 49.0.1: <http://www.helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/norsk-pasientregister-npr/innrapportering/rapporteringsformat/Sider/default.aspx>

Indikatoren utarbeides på grunnlag av registrert aktivitetsdata fra helseforetakene som innrapporteres til Norsk pasientregister.

Nasjonal rapportering av indikatoren skal skje på behandlingssted/helseforetaksnivå/region. Det er helseforetaksnivå som er første visning i publiseringsløsningen.

7. TOLKNING, PRESENTASJON OG BRUK AV RESULTATER

Indikatoren brukes som:

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

Underliggende faktorer som kan forklare variasjoner:

Ingen spesielle forhold

Analyse og presentasjon av data:

Data på avdelingsnivå og lavere nivåer foreslås brukt i lokalt styrings- og forbedringsarbeid. Data publiseres på helseforetaksnivå hvert tertial på nettsiden www.helsenorge.no

Indikator nr: 11 c/d/e	Indikator relatert til: Helse Sør-Øst	11 e - Andel ambulante konsultasjoner TSB
Helse Sør-Øst		
Versjon nr: 2.0	Godkjent av: Folke Sundelin	Godkjent dato: Desember 2010

1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN

Definisjon av indikatoren

3. Andel polikliniske konsultasjoner utført ambulant i forhold til totalt antall polikliniske konsultasjoner TSB.

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 og rus. 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, barn/unge og TSB	
Teller	Totalt ant. ambulante konsultasjoner (VOP, BUP, TSB) som gir NAV-refusjon	
Nevner	Totalt antall polikliniske konsultasjoner (VOP, BUP, TSB) som gir NAV-refusjon	
Definisjon av uttrekk i DIPS Rapportnummer : D-6817		

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

² St. prp. nr. 1 (2005-2006).

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.

Linker til definisjoner og resultater fra Helsedirektoratet (NPR), Folkehelseinstituttet og Medisinsk fødselsregister:

Somatikk:

Definisjon på indikator:	Link til definisjon:	Link til Uoffisielle månedstall:	Link til Offisielle tertialtall:
Link til alle definisjoner somatikk:	http://www.helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/kvalitetsindikatorer/somatikk/Sider/default.aspx		
Ventetider og ventelister	http://www.helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/kvalitetsindikatorer/Documents/Gjenomsnittlig%20ventetid%20fra%20mottatt%20henvisning%20til%20helsehjelp%20p%C3%A5begynnes%20i%20somatisk%20helse.pdf	http://helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/norsk-pasientregister-npr/rhf/Sider/helse-sorost.aspx	https://helsenorge.no/kvalitet-seksjon/Sider/Kvalitetsindikatorer-rapporter.aspx?kiid=ventetid_som
Oppdaterte ventetider på nettstedet, www.frittseykehusvalg.no	http://www.helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/kvalitetsindikatorer/Documents/Oppdaterte%20ventetider%20p%C3%A5fritt%20sykehusvalg.pdf		https://helsenorge.no/kvalitet-seksjon/Sider/Kvalitetsindikatorer-rapporter.aspx?kiid=Oppdaterte_ventetider_SOM
Korridorpasienter - Somatikk	http://www.helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/kvalitetsindikatorer/Documents/N-001somatikk.pdf		https://helsenorge.no/kvalitet-seksjon/Sider/Kvalitetsindikatorer-rapporter.aspx?kiid=Korridorpasienter
Andel fristbrudd avviklede	http://www.helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/kvalitetsindikatorer/somatikk/Documents/Fristbrudd%20for%20pasienter%20som%20har%20p%C3%A5begynt%20behandling%20i%20somatisk%20helse.pdf	http://helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/norsk-pasientregister-npr/rhf/Sider/helse-sorost.aspx	https://helsenorge.no/kvalitet-seksjon/Sider/Kvalitetsindikatorer-rapporter.aspx?kiid=fristbrudd_paabegynt_helsehjelp_som
Andel fristbrudd ventende	http://www.helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/kvalitetsindikatorer/somatikk/Documents/Fristbrudd%20for%20pasienter%20som%20st%C3%A5r%20p%C3%A5%20venteliste%20i%20somatikk.pdf	http://helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/norsk-pasientregister-npr/rhf/Sider/helse-sorost.aspx	https://helsenorge.no/kvalitet-seksjon/Sider/Kvalitetsindikatorer-rapporter.aspx?kiid=fristbrudd_pasienter_venteliste_som
Preoperativ liggetid ved lårhalsbrudd	http://www.helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/kvalitetsindikatorer/Documents/N-004-somatikk-Preo.pdf		
Hyppighet av keisersnitt	http://www.helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/kvalitetsindikatorer/Documents/andel-keisersnitt-utfort-planlagt-og-som-oyeblikkelig-hjelp.pdf		https://helsenorge.no/kvalitet-seksjon/Sider/Kvalitetsindikatorer-rapporter.aspx?kiid=Keisersnitt

Strykninger av planlagte operasjoner	http://www.helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/kvalitetsindikatorer/Documents/N-006-somatikk-Stry.pdf		https://helsenorge.no/kvalitet-seksjon/Sider/Kvalitetsindikatorer-rapporter.aspx?kiid=Utsatt_planlagt_operasjon
Prevalens av sykehusinfeksjoner	http://www.helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/kvalitetsindikatorer/Documents/N-003-somatikk-Prev.pdf		https://helsenorge.no/kvalitet-seksjon/Sider/Kvalitetsindikatorer-rapporter.aspx?kiid=Sykehusinfeksjoner
Individuell plan (barnehabilitering)	http://www.helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/kvalitetsindikatorer/somatikk/Documents/N-008-somatikk-andel%20individuell%20plan%20for%20barnehabilitering%20%28pdf%29.pdf		https://helsenorge.no/kvalitet-seksjon/Sider/Kvalitetsindikatorer-rapporter.aspx?kiid=Individuell_plan_for_barnehabilitering
Tid fra henvisning til første behandling tykktarmskreft	http://www.helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/kvalitetsindikatorer/Documents/N-019-Tid-behandlin.pdf		https://helsenorge.no/kvalitet-seksjon/Sider/Kvalitetsindikatorer-rapporter.aspx?kiid=Oppstart_behandling_tykktarmskreft
Tid fra henvisning til første behandling brystkreft	http://www.helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/kvalitetsindikatorer/Documents/N-021-Tid-behandlin.pdf		https://helsenorge.no/kvalitet-seksjon/Sider/Kvalitetsindikatorer-rapporter.aspx?kiid=Oppstart_behandling_brystkreft
Tid fra henvisning til første behandling lungekreft	http://www.helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/kvalitetsindikatorer/Documents/N-020-Tid-behandlin.pdf		https://helsenorge.no/kvalitet-seksjon/Sider/Kvalitetsindikatorer-rapporter.aspx?kiid=Oppstart_behandling_lungekreft
Fødselsrifter grad 3 og 4	http://www.helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/kvalitetsindikatorer/Documents/N-017-Fodselsrifter.pdf		https://helsenorge.no/kvalitet-seksjon/Sider/Kvalitetsindikatorer-rapporter.aspx?kiid=Fodselsrifter
Andel pasienter under 80 år med hjerneinfarkt som får trombolysebehandling	https://helsenorge.no/SiteCollectionDocuments/N-016-Trombolysebeh.pdf		https://helsenorge.no/kvalitet-seksjon/Sider/Kvalitetsindikatorer-rapporter.aspx?kiid=Trombolysebehandling_ved_hjerneinfarkt
Amputasjoner blant pasienter med diabetes	https://helsenorge.no/SiteCollectionDocuments/N-018-Underekstremit.pdf		https://helsenorge.no/kvalitet-seksjon/Sider/Kvalitetsindikatorer-rapporter.aspx?kiid=Amputasjoner_blant_diabetespasienter
Overlevelse 30 dager etter innleggelse på sykehus	http://www.helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/kvalitetsindikatorer/somatikk/Documents/N-046%20%2030-dagers%20totaloverlevelse.pdf		https://helsenorge.no/kvalitet-seksjon/Sider/Kvalitetsindikatorer-rapporter.aspx?kiid=30_dager_totaloverlevelse

30 dagers overlevelse etter innleggelse ved hjerteinfarkt	http://www.helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/kvalitetsindikatorer/somatikk/Documents/N-044%2030-dagers%20overlevelse%20ved%20hjerteinfarkt.pdf		https://helsenorge.no/kvalitet-seksjon/Sider/Kvalitetsindikatorer-rapporter.aspx?kiid=30_dager_overlevelse_hjerteinfarkt
30 dagers overlevelse etter innleggelse for hjerneslag	http://www.helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/kvalitetsindikatorer/somatikk/Documents/N-045%2030-dagers%20overlevelse%20ved%20hjerneslag.pdf		https://helsenorge.no/kvalitet-seksjon/Sider/Kvalitetsindikatorer-rapporter.aspx?kiid=30_dager_overlevelse_hjerneslag
30 dagers overlevelse etter innleggelse for hoftebrudd	http://www.helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/kvalitetsindikatorer/somatikk/Documents/N-043%2030-dagers%20overlevelse%20ved%20hoftebrudd.pdf		https://helsenorge.no/kvalitet-seksjon/Sider/Kvalitetsindikatorer-rapporter.aspx?kiid=30_dager_overlevelse_hoftebrudd

VOP – Psykisk helsevern for voksne:

Definisjon på indikator:	Link til definisjon:	Link til Uoffisielle månedstall:	Link til Offisielle tertialtall:
Link til alle definisjoner - VOP	http://www.helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/kvalitetsindikatorer/psykisk-helse/Sider/default.aspx		
Ventetider og ventelister	https://helsenorge.no/SiteCollectionDocuments/Gienomsnittlig%20ventetid%20fra%20mottatt%20henvi%20til%20helsehjelp%20p%C3%A5begynnes%20i%20PHV.pdf	http://helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/norsk-pasientregister-npr/rhf/Sider/helse-sorost.aspx	https://helsenorge.no/kvalitet-seksjon/Sider/Kvalitetsindikatorer-rapporter.aspx?kiid=ventetid_psykisk_helsevern_voksne
Oppdaterte ventetider på nettstedet, www.frittsykehusvalg.no	https://helsenorge.no/SiteCollectionDocuments/Oppdaterte%20ventetider%20p%C3%A5%20fritt%20sykehusvalg2.pdf		https://helsenorge.no/kvalitet-seksjon/Sider/Kvalitetsindikatorer-rapporter.aspx?kiid=Oppdaterte_ventetider_VOP
Andel fristbrudd avviklede	https://helsenorge.no/SiteCollectionDocuments/Fristbrudd%20for%20pasienter%20som%20har%20p%C3%A5begynt%20behandling%20i%20PHV.pdf	http://helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/norsk-pasientregister-npr/rhf/Sider/helse-sorost.aspx	https://helsenorge.no/kvalitet-seksjon/Sider/Kvalitetsindikatorer-rapporter.aspx?kiid=psykisk_helse_fristbrudd_paabegynt_helsehjelp_voksne
Andel fristbrudd ventende	https://helsenorge.no/SiteCollectionDocuments/Fristbrudd%20for%20pasienter%20som%20st%C3%A5r%20p%C3%A5%20venteliste%20i%20PHV.pdf	http://helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/norsk-pasientregister-npr/rhf/Sider/helse-sorost.aspx	https://helsenorge.no/kvalitet-seksjon/Sider/Kvalitetsindikatorer-rapporter.aspx?kiid=psykisk_helse_fristbrudd_pasienter_venteliste_voksne
Registrering av hovedtilstand - psykisk helsevern voksne	https://helsenorge.no/SiteCollectionDocuments/N-023-Registrering.pdf		https://helsenorge.no/kvalitet-seksjon/Sider/Kvalitetsindikatorer-rapporter.aspx?kiid=Hovedtilstand_PHV
Registrering av lovgrunnlag psykisk helsevern voksne	http://www.helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/kvalitetsindikatorer/Documents/N-022-Registrering.pdf		

BUP – Psykisk helsevern for barn og unge:

Definisjon på indikator:	Link til definisjon:	Link til Uoffisielle månedstall:	Link til Offisielle tertialtall:
Link til alle definisjoner - BUP	http://www.helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/kvalitetsindikatorer/psykisk-helse/Sider/default.aspx		
Ventetider og ventelister	https://helsenorge.no/SiteCollectionDocuments/Gjennoomsnittlig%20ventetid%20fra%20mottatt%20henvisning%20til%20helsehjelp%20p%C3%A5begynnes%20i%20%20PHBU.pdf	http://helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/norsk-pasientregister-npr/rhf/Sider/helse-sorost.aspx	https://helsenorge.no/kvalitet-seksjon/Sider/Kvalitetsindikatorer-rapporter.aspx?kiid=ventetid_psykisk_helsevern_barn_ungdom
Oppdaterte ventetider på nettstedet, www.frittssykehusvalg.no	http://www.helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/Documents/N-026%20Oppdaterte%20ventetider%20p%C3%A5%20frittssykehusvalg%20-%20BUP.pdf		https://helsenorge.no/kvalitet-seksjon/Sider/Kvalitetsindikatorer-rapporter.aspx?kiid=Oppdaterte_ventetider_BUP
Andel fristbrudd avviklet	https://helsenorge.no/SiteCollectionDocuments/Fristbrudd%20for%20pasienter%20som%20har%20p%C3%A5begynt%20helsehjelp%20i%20PHBU.pdf	http://helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/norsk-pasientregister-npr/rhf/Sider/helse-sorost.aspx	https://helsenorge.no/kvalitet-seksjon/Sider/Kvalitetsindikatorer-rapporter.aspx?kiid=psykisk_helse_fristbrudd_paabegynt_helsehjelp_barn_ungdom
Andel fristbrudd ventende	https://helsenorge.no/SiteCollectionDocuments/Fristbrudd%20for%20pasienter%20som%20st%C3%A5r%20p%C3%A5%20venteliste%20i%20PHBU.pdf	http://helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/norsk-pasientregister-npr/rhf/Sider/helse-sorost.aspx	https://helsenorge.no/kvalitet-seksjon/Sider/Kvalitetsindikatorer-rapporter.aspx?kiid=psykisk_helse_fristbrudd_pasienter_venteliste_barn_ungdom
Registrering av hovedtilstand psykisk helsevern barn og unge	http://www.helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/kvalitetsindikatorer/Documents/N-024-Registrering.pdf		https://helsenorge.no/kvalitet-seksjon/Sider/Kvalitetsindikatorer-rapporter.aspx?kiid=Hovedtilstand_PHBU

TSB – Tverrfaglig spesialisert behandling:

Definisjon på indikator:	Link til definisjon:	Link til Uoffisielle månedstall:	Link til Offisielle tertialtall:
Link til alle definisjoner - TSB	http://www.helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/kvalitetsindikatorer/psykisk-helse/Sider/default.aspx		
Ventetider og ventelister	http://www.helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/kvalitetsindikatorer/Documents/Indikatorbeskrivelser_november%202013/Gjennomsnittlig%20ventetid%20fra%20mottatt%20henvisning%20til%20helsehjelp%20p%C3%A5begynnes%20i%20TSB.pdf	http://helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/norsk-pasientregister-npr/rhf/Sider/helse-sorost.aspx	https://helsenorge.no/kvalitet-seksjon/Sider/Kvalitetsindikatorer-rapporter.aspx?kiid=Oppdaterte_ventetider_TS_B
Oppdaterte ventetider på nettstedet, www.frittsykehusvalg.no	http://www.helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/Documents/N-027%20Oppdaterte%20ventetider%20p%C3%A5%20Fritt%20sykehusvalg%20-%20TSB.pdf		https://helsenorge.no/kvalitet-seksjon/Sider/Kvalitetsindikatorer-rapporter.aspx?kiid=Oppdaterte_ventetider_TS_B
Andel fristbrudd avviklede	http://www.helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/kvalitetsindikatorer/Documents/Indikatorbeskrivelser_november%202013/Fristbrudd%20for%20pasienter%20som%20har%20p%C3%A5begynt%20helsehjelp%20i%20TSB.pdf	http://helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/norsk-pasientregister-npr/rhf/Sider/helse-sorost.aspx	https://helsenorge.no/kvalitet-seksjon/Sider/Kvalitetsindikatorer-rapporter.aspx?kiid=fristbrudd_paabegynt_hels_ehjelp_tverrfaglig_spesialisert_rusbehandling
Andel fristbrudd ventende	http://www.helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/kvalitetsindikatorer/Documents/Indikatorbeskrivelser_november%202013/Fristbrudd%20for%20pasienter%20som%20st%C3%A5r%20p%C3%A5%20venteliste%20i%20TSB.pdf	http://helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/norsk-pasientregister-npr/rhf/Sider/helse-sorost.aspx	https://helsenorge.no/kvalitet-seksjon/Sider/Kvalitetsindikatorer-rapporter.aspx?kiid=fristbrudd_pasienter_vente_liste_tverrfaglig_spesialisert_rusbehandling
Registrering av hovedtilstand (hoveddiagnose)	http://www.helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/kvalitetsindikatorer/Documents/Indikatorbeskrivelser_november%202013/Registrering%20av%20hovedtilstand%20%28hoveddiagnose%29%20innen%20TSB.pdf		https://helsenorge.no/kvalitet-seksjon/Sider/Kvalitetsindikatorer-rapporter.aspx?kiid=Registrering_av_hovedtilst_and_tverrfaglig_spesialisert_rusbehandling