

DEFINISJONSKATALOG

**Styringsparametre og nasjonale
kvalitetsindikatorer medisin og helsefag**

**HELSE SØR-ØST RHF
2021**

Versjon 18.01.2021

Helse Sør-Øst RHF

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 somatisk, 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.
Januar 2016		Oppdatert lenker til indikatordefinisjoner m.m. Helsedirektoratet
Mai 2016	8d	Indikatoren oppdatert mht til riktig tolkning av ny pasient- og brukerrettighetslov 1. nov 2015 og ny rutine for uttak av rapport fra DIPS
Juni 2016	8d	Oppdatert indikatoren mht feil i eksklusjonsgrunnlag og om rapportering av indikatoren til Helse Sør-Øst
Des 2017		Indikator «Passert planlagt tid» lagt inn. Indikatoren følges opp månedlig i 2018.
Feb 2019		Ryddet og fjernet indikatorer som ikke lenger er aktuelle
Jan 2020		Oppdatert for 2020. Ingen endringer eller nye indikatorer
Jan 2021		Nye indikatorer: Ikke – møtt (til polikliniske konsultasjoner) Utsettelse av planlagte kontakter grunnet koronapandemi Telefoni- og videokonsultasjoner i HSØ

Om definisjonskatalogen

Definisjonskatalogen oppsummerer indikatorene som skal rapporteres inn til Helse Sør-Øst på regelmessig basis. Noen av indikatorene rapporteres inn gjennom egne rapporter i PAS (DIPS), mens andre beregnes på grunnlag av datauttrekk (NPR-meldingen).

Ny indikator om passert planlagt tid er lagt inn. Indikatoren beregnes ved et eget uttrekk fra DIPS som rapporteres til Helse Sør-Øst. Indikatordefinisjonen legger til rette for at foretakene selv kan ta ut egne rapporter til styringsformål.

Definisjoner ventetid og fristbrudd (NPR)

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 (ventetidslutt dato)	Hvis ventetidslutt dato er blank (missing) eller etter rapporteringsperioden, settes ventetidslutt dato 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.

Indikator nr: 1	Indikator relatert til: Kapasitetsutnyttning og effektivitet	Indikatornavn: Nasjonal indikator – Antall pasientkontakter som har passert planlagt tid (forenklet HSØ)
Versjon nr: 1.0 (HSØ)	Godkjent av / dato: Regionalt fagdirektørmøte 20.09.2017	Anbefalt av / dato:

1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN

Definisjon av indikatoren:

Antall pasientkontakter som har passert planlagt tidspunkt, og hvor stor andel dette er av alle planlagte kontakter som ikke er avsluttet.

Begrepsavklaringer:

Planlagt kontakt (planlagt behandling) benyttes for å gi time til poliklinisk konsultasjon, innleggelse og annen kontakt i sykehuset (f.eks. telefonkonsultasjon, kurs, møter). Før den planlagte kontakten får en fast tid til oppmøte vil pasienten stå på venteliste med tentativ dato/mnd.

Tentativ tid: (dag/uke/mnd) beskriver når pasienten er planlagt inn for oppmøte.

Fast tid: Pasienten har fått dato og klokkeslett for oppmøte.

Passert planlagt tid: Kontakt med tentativ eller fast tid for oppmøte som er passert

Begrunnelse, referanse, evidens:

Alle sykehus bruker pasientadministrative systemer for å håndtere pasientpopulasjonen på avdelings- eller lavere nivå. Dette gjelder både for nyhenviste pasienter og pasienter som allerede er i behandlingsforløp.

Alle planlagte pasientkontakter skal være registrert med dato/klokkeslett for neste pasientavtale, eller en tentativ uke/ måned. Tidspunkt settes ut fra en medisinsk vurdering.

Indikatoren gir oversikt over hvor mange pasientavtaler som er forsinket i forhold til det planlagte- eller avtalte tidspunktet som er registrert i det pasientadministrative systemet.

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

Type indikator:

Prosessindikator

Indikatoren uttrykker:

Helseforetaket/ sykehusets evne til god planlegging av drift.

Indikatoren «Antall pasientkontakter som har passert planlagt tid» er beskrivende for hvor mange kontakter som er «forsinket» i forhold til opprinnelig plan (planlagte eller avtalte tidspunkt registrert i det pasientadministrative systemet).

Indikatoren angir ingen årsak til forsinkelsen.

Subindikatoren «andel pasienter» sammenligner «antall pasientkontakter passert planlagt tid» med «antall planlagte kontakter».

2 METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

Inkludert populasjon:

Alle åpne henvisningsperioder med kontakter som har en planlagt- eller fast tid i helseforetaket.

Ekskludert populasjon:

- En kontakt er satt til avsluttet med avslutt-tid og årsak.
- En kontakt tas heller ikke med dersom henvisningsperioden den er knyttet til er avsluttet (lukket). (*Dette er ikke mulig å filtrere i rapport 4829*)

Følgende kontakttypen er ekskludert

- Indirekte pasientkontakt

- Opplæring
- Behandling innlagt pasient
- Pasientadministrert behandling
- Ledsager

Radiologiske avdelingene ekskluderes.

Teller:

Antall kontakter med passert planlagt tid (både tentativ- og fast tid som er passert)

Nevner:

Teller + Antall kontakter som har en planlagt- eller fast tid fremover i tid.

Datakilde:

Rapportering skjer i dag ved bruk av

- Rapporten DIPS-4829 (Helse Nord og Helse Sør-Øst)
- SQL uttrekk fra PAS/EPJ (Helse Vest og Helse Midt-Norge)

Bearbeiding, aggregering og rapportering av data:

I nasjonal sammenheng brukes fagområde (kodeverk i NPR), isteden for organisasjonsstruktur, som brukes aktivt internt i RHF'et og innen foretaket/sykehuset.

Indikatoren «Antall kontakter med passert planlagt tid» presenteres nasjonalt/regionalt som tallstørrelser per helseforetak per periodeslutt (måned eller tertial).

Data skal tas ut fra **RHF** den 3. virkedag i måneden og sendes elektronisk til Helsedirektoratet/NPR.

Det enkelte HF/ sykehus i HSØ skal ikke rapportere selvtil NPR. Datene blir hentet ut av Sykehuspartner.

3 TOLKNING, PRESENTASJON OG BRUK AV RESULTATER

Indikatoren brukes/anvendes som:

Indikatoren skal bidra til å etablere systematisk oppfølging av antall pasienter som ikke innkalles til planlagt tid i et forløp

Analyse og presentasjon av data

I nasjonal sammenheng vises tall på RHF, HF og fagområde:

- Tabellarisk og grafisk

Internt i RHF'et og innen foretakene/sykehusene (vises på flere organisasjonsnivå):

- Data kan vises fra tre perspektiver – avdeling, seksjon og enhet .
- Til internt bruk i de enkelte foretak, kan data gjøres tilgjengelig ned til laveste nivå (avdeling/seksjon/lokalisasjon)

Punktmålinger per måned:

- HSØ rapporterer dataper måned til NPR. Det anbefales at rapport D-4829 følges ukentlig i eget helseforetak for å dekke variasjoner

Data oppdateres hvor ofte:

- Ferdigstilling av pasientkronologi og kontaktstatus forventes ajourført fortløpende, senest 3. virkedag etter siste kontakt

Datakvalitet

- En helhetlig rapportering av indikatorene forutsetter tilstrekkelig god datakvalitet

Nasjonal indikator – Antall pasientkontakter som har passert planlagt tid

Beskrivelse av uttak av data i DIPS

1. Ta opp rapport 4829 Pasienter som venter på behandling
2. Kryss av for aktuell avdeling – øverste felt i rapporten.
 - Radiologiske avdelinger ekskluderes
3. Følgende felter skal ikke fylles inn eller endres:
 - Avdeling, seksjon, ventelisted, omsorgsnivå, fagområde, diagnosegruppe = **blanke**
 - Skjul kontakter med oppmøtetid tilbake i tid: **Nei**
 - Rett til helsehjelp: **Ignorer**

- Skjul pasienter med ventetid sluttdato satt: **Nei**
- 4. Kontaktttype; Disse skal ekskluderes:
 - Indirekte pasientkontakt
 - Opplæring
 - Behandling innlagt pasient
 - Pasientadministrert behandling
 - Ledsager
- 5. Trykk tabellvisn..
- 6. Rapport kommer frem
- 7. Tallgrunnlaget viser nå nevner
- 8. Sett på autofilter
- 9. Filtrer kolonne: Sortering_ oppmøtetid
- 10. Velg: Tilpasset
- 11. Velg: Er mindre enn (<) første i mnd. som rapporten kjøres
- 12. Velg: eller
- 13. Velg: Er lik: 01.01.3999 (Dato 01.01.3999 viser for de kontakter som hverken har tentativ dato/mnd eller oppmøtetid, tomt i feltet oppmøtetid)

Rapporten viser nå teller «Antall pasientkontakter som har passert planlagt tidspunkt». (Gjengir samlet: Vis venteliste, oppmøtelisten og uferdiglisten)

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: Geir Bøhler	Godkjent dato: januar 2017

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 rapport i DIPS PAS/EPJ (D-7221). Helseforetak som ikke bruker DIPS anbefales å bruke den generiske beskrivelsen for uttrekk i eget system. «Med åpen henvisningsperiode uten ny kontakt» menes at henvisningsperioden står åpen, men pasienten står ikke på venteliste eller har ikke oppmøtetid.
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:	
Indikator	Antall pasienter med åpen henvisningsperiode, uten ny kontakt	Ekskludert populasjon Radiologiske avdelinger

Datakilde Det pasientadministrative system (PAS/EPJ). For alle foretak med DIPS skal rapport D-7221 benyttes.
Bearbeiding/aggregering av data Data rapporteres på sykehus/HF-nivå.

TOLKNING, PRESENTASJON OG BRUK AV RESULTATER

Indikatoren brukes som Grunnlag for kvalitetsforbedring Styringsinformasjon
Analyse og presentasjon av data Data aggregert på sykehus/HF-nivå 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.
8 c Antall pasienter med åpen henvisningsperiode, uten ny kontakt <i>Generisk uttrekk for andre PAS-systemer</i> Uttrekk av alle henvisninger med åpen henvisningsperiode, uten ny planlagt/registrert kontakt i systemet Tidsperiode:

Fra 01.01.1980 til og med rapporteringsdagen.
 Henvisninger med oppmøtetid siste 7 dager filtreres bort.
 Inkluderer elektive og ø-hjelpshenvisninger.

Beskrivelse av uttak av data i DIPS

Bestill rapport 7221, tidsrom Fra 01.01.1980 til og med rapporteringsdato (den dagen rapporten kjøres).

Sett hake for *Ta med ø-hjelpshenvisninger*

Velg alle avdelinger, unntatt radiologiske avdelinger.

Filtrering som skal gjøres inne i rapporten:

Velg kolonne "Sisteoppmøte". Tilpass filter. Velg «er mindre enn» og dato 7 dager fra rapporteringsdato (den dagen rapporten kjøres).

For eksempel: rapporten tas ut den 17.11.16 – i filteret settes dato 10.11.16.

Les av antallet.

Indikator nr: HSØ: 8 d	Indikator relatert til: Helse Sør-Øst	8d - Timeavtale tildelt innen 10 virkedager fra mottak av henvisning («direkte booking»).
Versjon nr: 2.0	Godkjent av: Geir Bøhler	Godkjent: Januar 2017

1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN

Definisjon av indikatoren Andel pasienter som får fast timeavtale innen 10 virkedager (14 løpedager) fra mottak av henvisning
Begrepsavklaringer Mottatte henvisninger: Indikatoren omfatter henvisninger som er rettighetsvurdert, og besluttet at pasienten skal tilbys utredning/behandling ved sykehuset. Timeavtale: Med timeavtale menes tidspunkt, dato evt. med klokkeslett, for oppmøtetid på sykehuset.
Begrunnelse, referanse, evidens Det forventes at sykehusene har god planlegging av egen virksomhet og drift, samt god utnyttelse av tilgjengelige ressurser til enhver tid. <u>Jfr. Prioriteringsforskriften 9.1 Informasjon til pasienter som har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten:</u> <i>Hvis pasienten har fått rett til nødvendig helsehjelp, skal det i svarbrevet informeres om den juridiske fristen for start helsehjelp. Det skal informeres om pasienten får frist for start utredning eller start behandling.</i> <i>I tillegg skal det informeres om tidspunkt for når utredning eller behandling skal settes i gang (oppmøtetidspunkt). Tidspunkt for oppmøte skal i de tilfellene hvor det er mulig, være en dato og et klokkeslett (time). Tidspunktet som det informeres om, bør i alle tilfeller ikke overskride et tidsintervall på en uke. Dersom den juridiske fristen er kortere enn fire måneder, bør oppmøtetidspunktet angis som en dato og klokkeslett, mens dersom fristen er lengre enn fire måneder fram i tid, kan oppmøtetidspunkt gis innenfor et ukeintervall.</i>
Type indikator Indikatoren er en prosessindikator.
Indikatoren uttrykker Sykehusets 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 utredning/behandling ved sykehuset • Henvisninger med frist start helsehjelp < 4mnd fra mottattdato	Ekskludert populasjon. • Øyeblikkelig hjelp henvisning. • Mottatte henvisninger som er avist • Videre sendt til annen institusjon, av ulike grunner og hvor det ikke tilbys utredning/behandling ved sykehuset • Henvisninger med frist start helsehjelp ≥ 4 mnd fra mottattdato

Teller	Antall mottatte og vurderte henvisninger hvor det er gitt tilbakemelding med oppmøtetid	• Interne henvisninger i eget sykehus for samme tilstand (sekundærhenvisninger) • Utfall av vurderingen av henvisningen/ Henvisningstype: «kontroll», «opplæring, kurs, attester og rådgivning», «Graviditet» og «Frisk nyfødt» • Henvisninger som er rettighetsvurdert ved annet sykehus
Nevner	Alle mottatte og vurderte henvisninger hvor det er gitt tilbud om utredning/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 innen 10 virkedager fra mottatt henvisning («direkte booking») <u>Generisk beskrivelse av uttrekk av data i PAS</u> Uttrekk av alle henvisninger for ny tilstand (primærhenvisninger) mottatt i måneden man rapporterer for - for alle avdelinger ved sykehuset, unntatt radiologiske avdelinger Ekskluder: • Øyeblikkelig hjelp henvisning. • Mottatte henvisninger som er avist • Videre sendt til annen institusjon, av ulike grunner og hvor det ikke tilbys undersøkelse/behandling ved sykehuset og pasienten ikke er satt på venteliste. • Henvisninger som er rettighetsvurdert ved annet sykehus • Henvisninger med frist start helsehjelp ≥4 mnd fra mottattdato • Interne henvisninger i eget sykehus for samme tilstand (sekundærhenvisninger) • Utfall av vurderingen av henvisningen/ Henvisningstype: «kontroll», «opplæring, kurs, attester og rådgivning», «Graviditet» og «Frisk nyfødt» Direktebooking – 10 virkedager (14 løpedager) fra mottatt henvisning til tildelt time i PAS. Les av antall direktebooking Uttrekk skjer den 15. dagen i måneden etter periodens sluttdato. <u>Beskrivelse av uttak av data i DIPS</u> Den 15. i måneden; kjør Rapport D-9778 for hele foregående måned. F eks, for april-rapportering: kjør den 15.5, rapporten for 1.4. til 30.4. På grunn av rapportering til Helse Sør-Øst 6. og 7. virkedag etter periodens sluttdato skal indikator 8d rapporteres med etterslep på 1 mnd. Velg rapport D-9778 Antall dager, 14, kommer opp som default i utvalgsbildet. • Velg periode Fra og med dato – Til og med dato

- Velg aktuelle avdelinger, unntatt radiologiske avdelinger

Filtrering som skal gjøres inne i rapporten:

- I kolonne «Primær_Sekundær»; velg «Primær»
- I kolonne «Henvisingstype» ekskluder: «kontroll», «opplæring, kurs, attester og rådgivning», «Graviditet» og «Frisk nyfødt»
- I kolonne «Dagerframottatt_tilhelsefrist»; velg «tilpass» og «er mindre enn 120 (=4mnd)»
- I kolonne «Vurdert_annet_sykehus»; velg 0

Les av total antall henvisninger

I kolonne «Direktebooket» les av antall med verdi 1

Rapporten definerer en primærhenvisning som direktebooket når det innenfor 10 virkedager etter mottattdato er gitt time for oppmøte.

Hvordan registrere time riktig slik at den teller som direktebooket:

- Feltet i timebok heter Gi tid
- Feltet i Henvisningsbildet heter Fast oppmøtetid
- Feltet Ny kontakt i Planlagt kontakt i F7 bildet heter også Fast oppmøtetid

Det er utfylling i disse feltene som sikrer at henvisningen teller som direktebooket.

Det er avgjørende at det er den planlagte kontakten som opprettes automatisk etter at henvisningen er vurdert, som brukes for å gi første timeavtale. Ingen andre kontakter som brukes vil telle selv om time registreres innen 10 virkedager.

OBS – Hvis man på den kontakten som genereres i F7 ikke fyller inn Fast oppmøtetid, men gjør dette senere i Timebok, er det avgjørende at man velger «Bestille time på eksisterende planlagt kontakt», ellers vil ikke den oppsatte time telle som direktebooket

Måling av direktebooket i rapport D-9778 har ingen sammenheng med utskrift av brev til pasienten.

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.

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

Begrunnelse, referanse, evidens:

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:

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

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

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

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

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 punkttelling 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.frittsykehusvalg.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

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

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. 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 døgntilleggsbehandling 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 døgntilleggsbehandling 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

Døgntilleggsbehold: den dato pasienten avslutter sitt opphold ved institusjonen (utdato på døgntilleggsbehold).

For ikke-planlagte avslutninger defineres avslutningsdato som den dato døgntilleggsbehold bestemmer at /døgntilleggsbeholdet 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 døgnplasshold. 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 døgnplasshold i PHV i rapporteringsperioden.

4. METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

Indikatorpopulasjon for innlagte pasienter (døgnplasshold):

	Inkludert populasjon	Ekskludert populasjon
Teller	Antall sendte epikriser innen 1 og 7 dager etter utskrivning fra døgnplasshold 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 døgnplasshold i rapporteringsperioden i PHV	

Indikatoren uttrykkes i prosent:

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

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 døgnplasshold i PHV
- Totalt antall manglende epikriser etter avsluttet døgnplasshold i PHV
- Andel epikriser sendt innen 1 dag etter pasienten utskrives i PHV

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 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: 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 sammenheng.

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 (tvungent 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 <u>ikke planlagte</u> reinnleggelser (som øyeblikkelig hjelp) i akutt avdelinger som skjer innen 30 dager etter tidligere utskrivning. Indikator 2: Antall <u>ikke-planlagte reinnleggelser (som øyeblikkelig hjelp)</u> i akutt avdelinger som skjer innen 30 dager etter tidligere utskrivning , <i>ratejustert for befolkning i opptaksområde</i>. 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 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.

Utregning 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

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 døgnplasshold. 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 døgnplasshold i TSB i rapporteringsperioden

6. METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

Indikatorpopulasjon for innlagte pasienter (døgnplasshold):

	Inkludert populasjon	Ekskludert populasjon
Teller	Antall sendte epikriser innen 1 og 7 dager etter utskrivning fra døgnplasshold 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 døgnplasshold i rapporteringsperioden i TSB	

Indikatoren uttrykkes i prosent:

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

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 døgnplasshold 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:	Indikator relatert til: Kapasitetsutnyttning og effektivitet	Indikatornavn: Ikke møtt
Versjon nr: 1.0 (HSØ)	Godkjent av / dato:	Anbefalt av / dato:
1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN		
Definisjon av indikatoren: • Pasienter som ikke møter og/ eller ikke gir beskjed • Pasienter som melder ifra for sent (senere enn 24 timer før oppmøte) • Inkluderer: Alle direkte kontakter + video og telefonkonsultasjoner • Kun poliklinisk kontakt		
Begrepsavklaringer: Ikke møtt: Manglende oppmøte ("ikke møtt") er når pasienter ikke møter opp eller avbestiller timen senere enn 24 timer før avtalt time.		
Begrunnelse, referanse, evidens: Når pasienter ikke møter til avtalt time på sykehuset, betyr det lengre ventetid for andre, økte kostnader og dårligere utnyttelse av helsepersonell • Per i dag får vi ikke dataene nasjonalt f.eks via utsettelseskode • Oversikt over hvor mange pasienter som ikke møter til planlagt oppmøte. • Utnyttelse av kapasitet. Hvordan kan kapasitetsutnyttelsen bedres? • Mulighet til å se på indikatoren opp mot økt gebyr Gjelder kun polikliniske pasienter		
Type indikator: Prosessindikator		
Indikatoren uttrykker: Indikatoren beskriver hvor mange planlagte konsultasjoner som ikke gjennomføres grunnet pasienter ikke møter opp til avtalt tid.		
2 METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA		
Inkludert populasjon: Alle planlagte polikliniske kontakter samt for planlagte telefon- og videokonsultasjoner som ikke er gjennomført grunnet pasient ikke har møtt til avtalt konsultasjon		
Ekskludert populasjon: • Planlagte innleggelser • Øyeblikkelig hjelp • Kontakter til radiologiske avdelinger		
Teller: Alle kontakter som er registrert som ikke møtt Kolonne i D-6817: • <i>NPR-aktivitet</i> = Ikke møtt til kons. eller <i>Ikke Møtt</i> = 1		

Nevner:

Alle ordinære konsultasjoner; Fysiske-, telefon- og videokonsultasjoner

Kolonne i D-6817:

- *NPR-aktivitet* = Blank
- *NPR-aktivitet* = Ikke møtt til kons. eller *Ikke Møtt* = 1

Datakilde:

DIPS rapport D-6817 Oversikt: Polikliniske besøk i perioden

Bearbeiding, aggregering og rapportering av data:

Dataene blir hentet ut av Sykehuspartner hver uke.

Identifiserende kjennetegn er fjernet.

3 TOLKNING, PRESENTASJON OG BRUK AV RESULTATER
Indikatoren brukes/anvendes som:
Analyse og presentasjon av data

- Presenteres via Regional PowerBI løsning

RHF'et og innen foretakene/sykehusene vises tall på RHF, HF, AVD, Lokalisering og fagområde:

- Tabellarisk og grafisk

Uttrekk:

- Sykehuspartner gjør uttrekk fra DIPS rapport D-6817 med unntak av for LDS, DHS og AHUS som sender inn data.

Data oppdateres hvor ofte:

- Dataene oppdateres per uke
- Det vil med jevne mellomrom bli oppdatert data om etterregistreringer. Små avvik i tall kan skyldes at etterregistrerte data ikke er oppdatert
-

Datakvalitet

- En helhetlig rapportering av indikatorene forutsetter tilstrekkelig god datakvalitet

Nasjonal indikator - Nei

Indikator nr:	Indikator relatert til: Kapasitetsutnyttning og effektivitet	Indikatornavn: Utsettelse av planlagte kontakter grunnet koronapandemi
Versjon nr: 1.0 (HSØ)	Godkjent av / dato:	Anbefalt av / dato:
1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN		
Definisjon av indikatoren: Koronarelaterte utsettelse av planlagte pasientkontakter og hvor stor andel dette er i forhold til alle utsettelse på planlagte pasientkontakter som er gjort i en gitt periode fordelt på omsorgsnivå, fagområde og helseforetak.		
Begrepsavklaringer: <i>Antall dager fra planlagt oppmøte:</i> Avstand i dager fra når pasient hadde planlagt oppmøte til når avslutning/utsettelse ble gjort. Negative dager betyr at dato for planlagt oppmøte er passert. <i>Avsluttet koder:</i> Ulike koder som sykehusene kan benytte for å avslutte en kontaktepisode i Pasientadministrativt system DIPS. Avsluttet koder er et regionalt kodeverk og rapporterer via Norsk Pasientregister (NPR) volvenkodeverk Lukkekoder for planlagt helsehjelp (OID=9179). <i>Planlagt kontakt (planlagt behandling)</i> benyttes for å gi time til poliklinisk konsultasjon, innleggelse og annen kontakt i sykehuset (f.eks. telefonkonsultasjon, kurs, møter). Før den planlagte kontakten får en fast tid til oppmøte vil pasienten stå på venteliste med tentativ dato/uke/mnd. <i>Tentativ tid: (dag/uke/mnd)</i> beskriver når pasienten er planlagt inn for oppmøte. <i>Fast tid:</i> Pasienten har fått dato og klokkeslett for oppmøte. <i>Utsettelse:</i> Hvis planlagt helsehjelp blir utsatt, skal det registreres kode og dato for utsettelsen og dato for episoden som ble utsatt. En utsettelse kan ha ulike årsaker som bestemmer hvilken kode som skal registreres. Årsakene kan være forhold ved pasienten eller ved sykehuset/ behandlingsstedet. Se Rundskriv IS-2331 Ventelisterapportering til Norsk Pasientregister. Rapporteres til NPR volven kodeverk Utsettelseskode (OID=8446)		
Begrunnelse, referanse, evidens: Alle sykehus bruker pasientadministrative systemer for å håndtere pasientpopulasjonen på avdelings- eller lavere nivå. Dette gjelder både for nyhenviste pasienter og pasienter som allerede er i behandlingsforløp. Alle planlagte pasientkontakter skal være registrert med dato/klokkeslett for neste pasientavtale, eller en tentativ dag/uke/ måned. Tidspunkt settes ut fra en medisinsk vurdering. Indikatoren gir oversikt over hvor mange pasientavtaler som er utsatt på grunn av pandemien COVID-19 koronavirus som er registrert i det pasientadministrative systemet. Det er utarbeidet egen regional veileder: Merking og registrering av utsettelse i forbindelse med koronavirus		
Type indikator: Prosessindikator		
Indikatoren uttrykker: Helseforetaket/ sykehusets registreringer av utsettelse grunnet pandemien COVID-19 koronavirus. - Pasientbestemte utsettelse (merket prosjektkode: Koronavirus): pasient utsetter time fordi de følger situasjonen nå generelt er utrygg - Medisinske årsaker: pasient utsetter time grunnet smitte av koronavirus (isolasjon) eller i karantene - Kapasitetsårsaker: når institusjonen/sykehuset har utsatt helsehjelp på grunn manglende kapasitet knyttet til pandemien. Indikatoren har uttrekk på registreringsdato for utsettelsen av planlagt kontakt		

Subindikatoren «andel pasienter» sammenligner «antall pasientkontakter som er utsatt grunnet korona» med «antall planlagte kontakter som er utsatt totalt».

2 METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

Inkludert populasjon:

Avsluttkode «Koronavirus – pasient isolert eller i karantene jfr. FHI» og «Koronavirus – Sykehuset utsetter helsehjelp» Pluss

Prosjektkode «Koronavirus»/«Koronavirus-utsatt» og

Utsettelseskoder «Kapasitetsårsaker»/«Medisinske årsaker»/«pasientbestemt» og

Avsluttkoder: Behandler har bestemt avvikling / Fritt behandlingsvalg / HELFO. Pasient takket NEI til tilbud / Manglende kapasitet / Medisinske årsaker / Pasienten ønsker ikke helsehjelp / Pasientønsket utsettelse / Planlagt annet behandlingssted har ikke kapasitet / Samarbeidspartner avlyser / Takket nei til tilbud annet sted

Ekskludert populasjon:

Radiologiske avdelinger

Teller:

Ekskludert avsluttkoder i teller:

Allerede behandlet / Behandles avtalespesialist / BUP tilbud gitt i bydel. kommune / Feilregistrert / HELFO. Pasient takket JA til annet tilbud / Hjemmetest ikke mottatt / Hjemmetest mottatt / Ikke medisinsk indikasjon / Ikke møtt / Kapasitet. Pasient takket ja til annet tilbud / Koronavirus - Sykehuset utsetter helsehjelp / Koronavirus - Pasient isolert eller i karantene jfr. FHI / Kjøp av helsetjenester i utlandet / Ordinært avsluttet / Pasienten død / Til annen avd. omsorgsnivå / Til annen institusjon / Årsak annet

Nevner:

Ekskludert avsluttkoder i nevner:

Utsettelseskoder: «Ikke møtt» og «Ingen registrering/ blank»

Teller:

Antall utsettelser av planlagte kontakter grunnet korona

Avsluttkode «Koronavirus – pasient isolert eller i karantene jfr. FHI» og «Koronavirus – Sykehuset utsetter helsehjelp» Pluss

Prosjektkode «Koronavirus»/«Koronavirus-utsatt» og

Utsettelseskoder: «Kapasitetsårsaker»/«Medisinske årsaker»/«pasientbestemt» og

Avsluttkoder: Behandler har bestemt avvikling / Fritt behandlingsvalg / HELFO. Pasient takket NEI til tilbud / Manglende kapasitet / Medisinske årsaker / Pasienten ønsker ikke helsehjelp / Pasientønsket utsettelse / Planlagt annet behandlingssted har ikke kapasitet / Samarbeidspartner avlyser / Takket nei til tilbud annet sted

Nevner:

Antall utsettelser av planlagte kontakter totalt

Alle utsettelseskoder; eksklusive følgende:

- Ikke møtt
- Ingen registrering/ blank

Og

Alle avsluttkoder ; eksklusiv følgende:

Allerede behandlet / Behandles avtalespesialist / BUP tilbud gitt i bydel. kommune / Feilregistrert / HELFO. Pasient takket JA til annet tilbud / Hjemmetest ikke mottatt / Hjemmetest mottatt / Ikke medisinsk indikasjon / Ikke møtt /

Kapasitet. Pasient takket ja til annet tilbud/Kjøp av helsetjenester i utlandet / Ordinært avsluttet / Pasienten død / Til annen avd. omsorgsnivå / Til annen institusjon

Datakilde:

DIPS rapport D-11859

Bearbeiding, aggregering og rapportering av data:

Dataene blir hentet ut av Sykehuspartner hver uke. Identifiserende kjennetegn er fjernet.

3 TOLKNING, PRESENTASJON OG BRUK AV RESULTATER

Indikatoren brukes/anvendes som:

Analyse og presentasjon av data

- Presenteres via Regional PowerBI løsning

RHF'et og innen foretakene/sykehusene vises tall på RHF, HF og fagområde:

- Tabellarisk og grafisk
- Data kan to omsorgsnivåer: Poliklinisk omsorg og vanlig innleggelse

Uttrekk:

- Sykehuspartner gjør uttrekk fra DIPS rapport D-11859 med unntak av for LDS, DHS og AHUS som sender inn data

Data oppdateres hvor ofte:

- Dataene oppdateres per uke
- Etterregistrering som gjøres etter rapportering kommer ikke med i datagrunnlaget

Datakvalitet

- En helhetlig rapportering av indikatorene forutsetter tilstrekkelig god datakvalitet

Nasjonal indikator - Nei

Indikator nr:	Indikator relatert til: Kapasitetsutnyttning og effektivitet	Indikatornavn: Telefoni- og videokonsultasjoner i HSØ
Versjon nr: 1.0 (HSØ)	Godkjent av / dato:	Anbefalt av / dato:
1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN		
Definisjon av indikatoren: Antall og andel telefonkonsultasjoner med egenandel Antall og andel videokonsultasjoner		
Begrepsavklaringer: Telefonkonsultasjon med egenandel: Se Helsedirektoratet ISF Telefonkonsultasjoner inngår i beregningsgrunnlaget for ISF når de kommer til erstatning for en konsultasjon som ellers ville blitt gjennomført enten i spesialisthelsetjenestens lokaler, ambulant i fysisk møte mellom behandler og pasient eller som videokonsultasjon. Konsultasjonen innebærer reell helsehjelp og bærer preg av en konsultasjon herunder: • Kontakt mellom behandler og pasient • Kontakten innebærer undersøkelse av/innhenting av opplysninger fra pasient med hensikt å vurdere helsetilstand eller behandling, eller veiledning om videre oppfølging og behandling • Kontakten resulterer i en vurdering av videre behandling som bidrar til fremgang i pasientforløpet • Kontakten dokumenteres i pasientjournal Videokonsultasjon: Se Helsedirektoratet ISF - når følgende vilkår er oppfylt: a) det er benyttet videokonferanseutstyr slik at det er mulig for pasient og helsepersonell i spesialisthelsetjenest en å se hverandre gjennom videooverføring b) kommunikasjonen finner sted i sanntid (direkte forbindelse) c) videokonferansen gjør det mulig å kommunisere med helsepersonell på annet fysisk sted enn der pasienten befinner seg d) hovedformålet er gjennomføring av konsultasjon, undersøkelse eller behandling for å kompensere for fysisk avstand.		
Begrunnelse, referanse, evidens:		
Type indikator: Prosessindikator		
Indikatoren uttrykker: Indikatoren beskriver helseforetakenes/ sykehusenes bruk av telefonkonsultasjoner og videokonsultasjoner som erstatning for polikliniske oppmøter		
2 METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA		
Inkludert populasjon: Antall telefonkonsultasjoner med egenandel: <i>Konsultasjonstype</i> = 7 Telefonkonsultasjon med egenandel OG <i>Sted for aktivitet</i> = 3 Telemedisinsk behandling (der behandler er)		
Antall videokonsultasjoner: <i>Konsultasjonstype</i> = 6 Videokonsultasjon <i>Sted for aktivitet</i> = 3 Telemedisinsk behandling (der behandler er) ELLER 6 Telemedisinsk behandling (der pasienten er)		

Ekskludert populasjon:

- Episoder ved radiologisk avdelinger
- Ikke møtt

Teller:
Antall telefonkonsultasjoner med egenandel:

Konsultasjonstype = 7 Telefonkonsultasjon med egenandel **OG**

Sted for aktivitet = 3 Telemedisinsk behandling (der behandler er)

Antall videokonsultasjoner:

Konsultasjonstype = 6 Videokonsultasjon

Sted for aktivitet = 3 Telemedisinsk behandling (der behandler er) **ELLER** 6 Telemedisinsk behandling (der pasienten er)

Nevner:
Totale konsultasjoner:

Alle fysiske oppmøter samt alle telefon- og videokonsultasjoner i samme periode:

Konsultasjonstype = utredning/ behandling/kontroll/ Telefonkonsultasjon med egenandel/ Videokonsultasjon **OG**

Alle *Sted for aktivitet*

Datakilde:

DIPS rapport D-6817

Bearbeiding, aggregering og rapportering av data:

Dataene blir hentet ut av Sykehuspartner hver uke.

Identifiserende kjennetegn er fjernet.

3 TOLKNING, PRESENTASJON OG BRUK AV RESULTATER
Indikatoren brukes/anvendes som:
Analyse og presentasjon av data

- Presenteres via Regional PowerBI løsning

RHF'et og innen foretakene/sykehusene vises tall på RHF, HF, AVD, Lokalisering og fagområde:

- Tabellarisk og grafisk

Uttrekk:

- Sykehuspartner gjør uttrekk fra DIPS rapport D-6817 med unntak av for LDS, DHS og AHUS som sender inn data.

Data oppdateres hvor ofte:

- Dataene oppdateres per uke
- Det vil med gjevne mellomrom oppdatert med data om etterregistreringer. Små avvik i tall kan skyldes at etterregistrerte data ikke er oppdatert

Datakvalitet

☑ En helhetlig rapportering av indikatorene forutsetter tilstrekkelig god datakvalitet

Nasjonal indikasjon fra 1.1.2021 - henter fra NPR-rapportering

