

DEFINISJONSKATALOG

Styringsparametre rapportering Helse Sør-Øst

**HELSE SØR-ØST RHF
2024**

Versjon 02.02.2024

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 utskrivningsklare 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 konsultasjon) Utsettelse av planlagte kontakter grunnet koronapandemi Telefoni- og videokonsultasjoner i HSØ
Jan 2022		Oppdaterte endringer på indikator 8 A og 8B. Indikatorer som ikke lenger er relevante for rapportering til HSØ er tatt ut fra definisjonskatalogen
Jan 2023		Indikatoren koronarelaterte utsettelse tatt ut fra definisjonskatalog
Feb 2023	8a, 8c, 8d	Oppdatert Ekskludert populasjon
Jan 2024		Definisjoner ventetid og fristbrudd (NPR) side 4 rettet opp i henhold til aktuelle lover og forskrifter. Definisjoner i venteliste-statistikken fra Norsk pasientregister mars 2022.pdf

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/Ansiennitetsdato	Angir starttidspunkt på ventetid på en henvisning	Den første mottaksdato for en henvisning i kjeden av mottaksdatoer i offentlig spesialisthelsetjeneste, inkludert private som har avtale med det offentlige og som omfattes av rett til å velge behandlingsted. For nye henvisninger 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 helsehjelpen 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	Tidsrom, målt i antall kalenderdager, fra en henvisning er vurdert i spesialisthelsetjenesten til fristdato	Fristtid beregnes ut fra differansen mellom vurderingsdato og frist for nødvendig helsehjelp..	Fristtid som er negativ (dvs frist start behandling kommer før ventetid start) settes lik 0
Fristbrudd	Angir pasienter som ikke får startet helsehjelp innen fastsatt frist.	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	Tidsrom, målt i antall virkedager, fra en henvisning er mottatt i spesialisthelsetjenesten til vurderingsdato er satt.	Vurderingstid beregnes ut fra differansen mellom ansiennitetsdato og vurderingsdato.	Vurderingstid som er negativ (dvs vurderingsdato kommer før ventetid start) settes lik 0
Brudd på vurderingsgarantien	Et brudd på vurderingsgarantien oppstår når henvisningen ikke er vurdert innen det antall dager som vurderingsgarantien setter. I følge vurderingsgarantien skal henvisninger vurderes innen 10 virkedager.	Brudd på vurderingsgarantien beregnes for nyhenviste med vurderingsdato som kommer mer enn 10 virkedager etter ansiennitetsdato.	

Ordinært avviklet	Antall henvisninger som er ordinært avviklet fra ventelisten i rapporteringsperioden.	Antall henvisninger med ventetid sluttdato og ventetid sluttkode lik 1 - helsehjelp er påbegynt, i rapporteringsperioden	Ventetidslutt før periodestart eller etter periodestart. Ekskluderer alle henvisninger med utsettelseskodene)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). (<i>Dette er ikke mulig å filtrere i rapport 4829</i>) Følgende kontaktyper 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 selv til 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, ventelistested, 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. Filtreer kolonne: Sortering_ oppmotetid
 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. 2.0	Godkjent av: Jan Frich	Godkjent: Februar 2022

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 Behandlingsreiser
Indikator 1	Gjennomsnittstid 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 <u>Generisk uttrekk i PAS</u> 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). 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. <u>Beskrivelse av uttak av data i DIPS</u> 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, Behandlingsreiser Indikator 1: Filtrer på <i>Vurderingsdato</i> ved å sette <i>Større enn eller lik</i> første dato og <i>Mindre enn</i> 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 <i>Antall vurderingsdager</i> og velg gjennomsnitt 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 <i>Antall vurderingsdager</i>. 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 2.0	Godkjent av: Jan Frich	Godkjent dato: februar 2022

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 • Blanketter/ prokom-skjema • PLO-skjema
	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 sjekklister, henvisning nevrorehabilitering)
- Infeksjonsregistrering
- Kreftmeldinger
- Diktat til skiving/ferdigstilling
- Blanketter/ prokom-skjema
- PLO-skjema

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 skiving*

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 Behandlingsreiser

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, behandlingsreiser

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 avvist - Videresendt 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 • Henvisninger til behandlingsreiser
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, Behandlingsreiser Ekskluder: • Øyeblikkelig hjelp henvisning. • Mottatte henvisninger som er avvist • 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» • Henvisninger til behandlingsreiser 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, behandlingsreiser

Filtrering som skal gjøres inne i rapporten:

- I kolonne «Primær_Sekundær»; velg «Primær»
- I kolonne «Henvisningstype» 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.



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.

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

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 helsepersonell¹
- behandlingsplass i korridor er til hinder for god behandling og pleie
- pasientseng i evakueringsområde er et alvorlig sikkerhetsmessig avvik, jf. brannforskriften² og internkontrollforskriften³

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)..

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 sengedøgn i perioden.		
Datakilde Sykehusenes manuelle registrering av korridorpasienter (korridorpasienter) og virksomhetsdata (liggedøgn).		

¹ Lov om helsepersonell m. v

² 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

³Jf Internkontrollforskriften § 5.6.

Rapportering, bearbeiding og aggregering og av data

Indikatoren antall korridorpasienter rapporteres 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.

Gjennomsnittlig antall korridorpasienter per dag i perioden

= totalt antall korridorpasienter i perioden / antall dager i perioden

Gjennomsnittlig andel korridorpasienter i perioden

= (gjennomsnittlig antall korridorpasienter i perioden / gjennomsnittlig antall sengedøgn) 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:	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: Telefoni- og videokonsultasjoner
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 spesialisthelsetjenesten 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

Antall videokonsultasjoner:

Konsultasjonstype = 6 Videokonsultasjon

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