

Forløpstid for evaluering av tverrfaglig spesialisert rusbehandling i poliklinikk	
1. Definisjon	Andel pasienter i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) som har gjennomført første evaluering av behandlingen i poliklinikk innenfor anbefalt forløpstid.
2. Sektor	Spesialisthelsetjenesten
3. Fagområde	Rus
4. Type	Prosess
5. Dimensjon av kvalitet	Involvere bruker
6. Måleområde	Informasjon
Godkjenning	
7. Dato publisert første gang	06.05.2021
8. Revisjonshistorikk	Mai 2021: Etablert som kvalitetsindikator Nov 2022: Endret navn fra "pakkeforløp" til "nasjonale pasientforløp".
Faglig begrunnelse/målsetting	
9. Begrunnelse for valg	<p>Fra 01. januar 2019 ble pakkeforløp for psykisk helse og rus innført i helsetjenesten. Fra 2023 endres navnet fra "pakkeforløp" til "nasjonale pasientforløp". Formålet med pasientforløpene er at pasienter skal oppleve et godt organisert, trygt, helhetlig og forutsigbart forløp uten faglig ubegrunnet ventetid i utredning, behandling og oppfølging. Pasientforløpene skal sikre forutsigbarhet gjennom sammenhengende og nasjonalt normerende forløp.</p> <p>Pasienter skal være trygge på at behandlingen i TSB er effektiv og individuelt tilpasset. Pasientforløpet innebærer derfor regelmessig evaluering av status for behandlingen. Evalueringen skal gjennomføres i fellesskap av pasienten, eventuelt pårørende, behandler, og andre relevante samarbeidspartnere. Hvis evalueringen fører til større endringer i behandlingsplanen, skal tilbakemelding sendes til henviser og fastlege.</p> <p>Denne kvalitetsindikatoren måler andel pasienter i pasientforløp TSB som har fått gjennomført første evaluering av behandlingen i poliklinikk innen anbefalt forløpstid. Forløpstiden på 7 (14 fra 2021) kalenderdager måles fra klinisk beslutning (etter utredning) til første evaluering. Forløpstiden er fastsatt for å sikre at evalueringen skal skje regelmessig og uten ubegrunnet ventetid, og for at tilbudet skal bli mest mulig likt nasjonalt.</p>
10. Målsetting	Målet er at minst 80 % av pasienter i pasientforløp TSB skal ha gjennomført første evaluering av behandlingen i poliklinikk innen anbefalt forløpstid.
11. Begrepsavklaringer	<p>Evaluering /evalueringspunkt</p> <p>"Det er regelmessige evalueringspunkter der behandlingen gjennomgås (evalueres) i fellesskap med pasienten, behandler, eventuelt pårørende og andre relevante samarbeidspartnere. Tilsvarende evaluering anbefales ved overgang mellom forskjellige behandlingsheter og i avsluttende samarbeidsmøte. Denne kvalitetsindikatoren måler forløpstiden fra klinisk beslutning etter utredning til første evaluering av behandlingen i poliklinikk er gjennomført. Ved hvert evalueringspunkt bør pasienten, behandler, eventuelt pårørende og involverte tjenester, i fellesskap vurdere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pasientens opplevelse av behandlingen og om den oppleves nyttig/oppnår mål eller delmål i behandlingsplan • status – endring i tilstand/symptomer, pasientens opplevelse av bedring • behandlingseffekt ved bruk av strukturerte verktøy • hvordan barn som pårørende/mindreårige søsken følges opp • behovet for å involvere pårørende, flere i familien eller andre tjenester • pasienten og eventuelt pårørendes tilfredshet med behandlingen • om somatisk helse er ivaretatt • plan for å forbli i skole/arbeid eller tilbakevending til skole/arbeid • legemiddelgjennomgang, inkludert indikasjon, effekt og bivirkninger • evaluere behandlingsplanen" <p>Forløpstiden i indikatoren</p> <p>"er maksimalt 42 kalenderdager, og måles fra klinisk beslutning (etter utredning) til første evaluering av behandlingen i poliklinikk er gjennomført, kodet og registrert. "</p>

Beregning av indikator	
12. Hovedmåltall	<p>Måltall 1: Andel i pasientforløp TSB som har gjennomført første evaluering av behandlingen innen anbefalt forløpstid.</p> <p>Teller: Antall pasienter i pasientforløp TSB som har hatt første evaluering av behandlingen i poliklinikk innen anbefalt forløpstid etter avsluttet utredning. Pasientforløp registrert med:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pasientforløp start (A) og • klinisk beslutning (C) med utfall behov for behandling innen psykisk helsevern (P) eller TSB (T) • evaluering (E) i poliklinikk • forløpstid fra klinisk beslutning (CP/CT) og første evaluering (E) er mindre eller lik standard forløpstid for gjeldende pakkeforløp (7 (14 fra 2021)) kalenderdager) <p>Nevner: Antall i pasientforløp TSB som har hatt første evaluering av behandlingen i poliklinikk, i måleperioden. Pasientforløp registrert med:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pasientforløp start (A) og • klinisk beslutning (C) med utfall behov for behandling innen psykisk helsevern (P) eller TSB (T) • evaluering (E) i poliklinikk <p>Fra klinisk beslutning etter ferdig utredning til første evaluering er forløpstiden utvidet fra 7 til 14 kalenderdager (2 uker) ved poliklinikk. Dette gjelder for beregningen for 2021.</p>
13. Andre måltall	
14. Klassifikasjoner og kodeverk	<p>I koding, beregning og uttrekk av denne indikatoren brukes koder fra pasientforløp psykisk helse og rus (PHR).</p> <p>Avsluttet utredning tilsvarende klinisk beslutning om å starte behandling.</p> <p>De pasientene som har rett til behandling, måles fra første oppmøte til første evaluering. TSB: kode D01</p> <p>OID=9322 (Type hendelser pasientforløp PHR)</p> <ul style="list-style-type: none"> • A Pasientforløp start • C Klinisk beslutning • E Evalueringpunkt <p>OID=9323 (Pasientforløp PHR utfall klinisk beslutning):</p> <ul style="list-style-type: none"> • T Behov for behandling innen TSB <p>For at en pasient skal kunne inngå i beregning, må følgende kriterier være oppfylt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kode for klinisk beslutning er registrert: CT <p>Inngår i utvalg (teller):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alle pasienter som har kodet Pasientforløp start (A) og som har avsluttet utredning med utfall klinisk beslutning (CT) og fått kodet første evaluering (E) av behandlingen innen 7 (14 fra 2021) dager. <p>Inngår i utvalg (nevner):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alle pasienter som er i pasientforløp TSB og kodes evaluering (E) i poliklinikk.
15. Presiseringer rundt utvalg	<p>Ekskludert fra beregning:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hvis avslutning av pasientforløp etter eget ønske (XP) • Ikke møtt (XM) • Avslutning av andre årsaker (XA) • Overført til annen pasientforløp (XN) <p>De overnevnte gruppene ekskluderes siden disse ikke bidrar til å gi riktig bilde av andel pasienter i pasientforløp TSB som får første evaluering av sin behandling innen 14 dager, anbefalt forløpstid.</p>
16. Teknisk beregning og bearbeiding av datagrunnlag	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rapporterte pasientforløpskoder sendes fra tjenesten til HelseDirektoratet månedlig. Pasientforløpsdata mottas og lagres i Norsk pasientregister (NPR). Koder fra hele spesialisthelsetjenesten sammenstilles. Der det er rapportert hendelser i samme type forløp for samme pasient fra flere behandlingssteder, opprettes et samlet forløp for pasienten (pakkeforlopSamletId). 2. Ved færre enn 5 pasienter, skjules antallet av hensyn til personvern. Data for enheter som har små tall vil bli med i aggregeringer hvor disse inngår (i tid/organisasjon). 3. For pasientforløp PHR skal indikatoren knyttes til siste dato i en måling for

	forløpsindikatorer. F.eks. der behandlingssted 1 har registrert første fremmøte (M) mens behandlingssted 2 har registrert klinisk beslutning (C*), knyttes utredningstiden (PF01) til behandlingssted 2. For aktivitetsindikatorer knyttes indikatoren til behandlingsstedet som har ansvar for pasienten ved aktuell hendelse.
17. Nivå for publisering	Nasjonalt, regionalt helseforetak, helseforetak, behandlingsted/sykehus
Datainnsamling/datakilde	
18. Datakilde(r)	Norsk pasientregister (NPR)
19. Publiseringsfrekvens	Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem: Tertialvis
20. Lovhjemmel	<ul style="list-style-type: none"> • Helse- og omsorgstjenesteloven • Spesialisthelsetjenesteloven • Pasient- og brukerrettighetsloven • Norsk pasientregisterforskriften
Tolkning av tallene	
21. Sammenlignbarhet over tid og sted	I startfasen bør resultatene fra forskjellige behandlingssteder sammenlignes med varsomhet. For nærmere informasjon, se punkt Feilkilder og usikkerhet og Særskilt informasjon for tolkning av denne indikatoren.
22. Feilkilder og usikkerhet	<p>Registreringspraksis: Feilkoding og manglende registrering av koder.</p> <p>Kvalitetsindikatoren måler andelen pasienter i TSB som har fått gjennomført første evaluering av behandlingen i poliklinikk innenfor anbefalt forløpstid. Forløpstiden for når evalueringen skal gjennomføres, skal maksimalt være 7(14 fra 2021) kalenderdager. Kvalitetsindikatoren måler kun evaluering av behandlingen som foregår i poliklinikk, og ikke av behandling i døgnenhet. Begrunnelsen for dette er at pasienter som behandles i poliklinikk utgjør den største andelen av pasientene.</p>
23. Særskilt informasjon for tolkning av denne indikatoren	<p>Registrering av pasientforløpene PHR er en registrering som rapporteres i NPR-melding. Pasientforløp er en ny måte å organisere helsetjeneste tilbudet i PHR.</p> <p>Det tar tid å implementere gode entydige rutiner for registrering, kvalitetssikring og rapportering av data. Det tas derfor forbehold om dårligere datakvalitet i startfasen, og større usikkerhet.</p>
Publisering	
24. Publiseringsarenaer	www.helsedirektoratet.no
Referanser	
25. Referanser	<p>1. Pasientforløp for tverrfaglig spesialisert rusbehandling: https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/rusbehandling-tsb/registrering-av-koder-rusbehandling-tsb-pakkeforlop</p> <p>2. www.lovdata.no</p>