

<b>Medvirkning i egen behandling - Involvering i behandlingsplan i tverrfaglig spesialisert behandling</b>	
<b>1. Definisjon</b>	Andel av pasienter i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) som sammen med behandler har utarbeidet en behandlingsplan.
<b>2. Sektor</b>	Spesialisthelsetjenesten
<b>3. Fagområde</b>	Rus
<b>4. Type</b>	Prosess
<b>5. Dimensjon av kvalitet</b>	Involvere bruker
<b>6. Måleområde</b>	Informasjon
<b>Godkjenning</b>	
<b>7. Dato publisert første gang</b>	06.05.2021
<b>8. Revisjonshistorikk</b>	Mai 2021: Etablert som kvalitetsindikator Nov 2022: Endret navn fra "pakkeforløp" til "nasjonale pasientforløp".
<b>Faglig begrunnelse/målsetting</b>	
<b>9. Begrunnelse for valg</b>	<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. Pasientforløp skal også sikre pasienter lovpålagt rett til informasjon og brukermedvirkning (se punkt: Lovhjemmel)</p> <p>En behandlingsplan som er utarbeidet av behandler i samarbeid med pasienten, er en god indikasjon på om brukermedvirkning finner sted.</p> <p>Alle pasienter i pasientforløp TSB, skal ha en behandlingsplan. Dersom pasienten har rett til Individuell plan (IP), blir behandlingsplanen en del av denne. Behandlingsplanen må utarbeides før behandlingen starter. For å kunne ta et informert valg, må pasienten og eventuelt pårørende være informert om de ulike behandlingsformene enheten kan tilby for pasientens tilstand.</p> <p>Kvalitetsindikatoren måler andel pasienter som sammen med behandler har utarbeidet en behandlingsplan.</p>
<b>10. Målsetting</b>	
<b>11. Begrepsavklaringer</b>	<p><b>Behandlingsplan</b> En behandlingsplan skal gi en samlet oversikt over planlagte tiltak med tidspunkter for evaluering gjennom pasientforløpet. Behandlingsplanen skal utarbeides av behandler sammen med pasient og/eller pårørende. På den dato behandlingsplanen er utarbeidet og er i tråd med kravene som stilles til dette i pasientforløpet, skal det registreres kode for dette. Behandlingsplanen bør minimum inneholde:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• behandlingsmål</li> <li>• rammer for behandlingen (hyppighet, varighet)</li> <li>• behandlingstilnærminger og tiltak</li> <li>• eventuelle tiltak utenfor TSB</li> <li>• plan for å fortsette i skole/arbeid eller for tilbakevending til skole/arbeid</li> <li>• ansvarlige for de ulike tiltakene</li> <li>• pasientens ansvar for å følge opp behandlingen</li> <li>• kriterier for avslutning</li> <li>• plan for evaluering av tiltakene</li> </ul> <p><b>Individuell plan</b> IP er et verktøy for å hjelpe pasienten med å nå sine individuelle mål. For pasienter som har rett på IP, blir behandlingsplanen en del av denne. Der det avdekkes økt risiko for vold eller selvmord, må det gjøres en løpende risikovurdering og iverksettelse av forebyggende tiltak.</p>

<b>Beregning av indikator</b>	
<b>12. Hovedmåltall</b>	<p><b>Måltall 1:</b> Andel i pasientforløp TSB som sammen med behandler har utarbeidet en behandlingsplan. Teller: Antall i TSB som er involvert i utarbeidelse av behandlingsplan, etter start av pasientforløpet og innen seks uker etter klinisk beslutning.</p> <p>Pasientforløp registrert med:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pasientforløp start (A) og</li> <li>• klinisk beslutning (C) med utfall T eller P</li> <li>• er involvert i utarbeidelse av behandlingsplan (UU), etter start av pasientforløp og innen seks uker etter klinisk beslutning (CT/CP)</li> </ul> <p>Nevner: Antall i pasientforløp TSB med en klinisk beslutning med utfall T eller P, og det har gått seks uker fra klinisk beslutning.</p> <p>Pasientforløp registrert med:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pasientforløp start (A)</li> <li>• Klinisk beslutning (C) med utfall T eller P, og det har fått seks uker fra klinisk beslutning</li> </ul> <p>Ekskludert fra beregning:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avslutning av pasientforløp etter eget ønske (XP)</li> <li>• Ikke møtt (XM)</li> <li>• Avslutning av andre årsaker (XA)</li> <li>• Overført til annet pasientforløp (XN)</li> </ul>
<b>13. Andre måltall</b>	
<b>14. Klassifikasjoner og kodeverk</b>	<p>I koding, beregning og uttrekk av denne indikatoren brukes koder fra pasientforløp tverrfaglig spesialisert behandling.</p> <p>TSB: kode D01</p> <p>OID=9322 (Type hendelser pasientforløp psykisk helse og rus (PHR))</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A Pasientforløp start</li> <li>• C Klinisk beslutning</li> </ul> <p>OID=9325 (Pasientforløp PHR utfall utførte aktiviteter)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• U: Pasient og/eller foreldre og eventuelt pårørende er involvert i utarbeidelse av utredningsplan og/eller behandlingsplan</li> </ul> <p>For at en pasient skal kunne inngå i beregning, må følgende kriterier være oppfylt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasientforløp start: A</li> <li>• Kode utfall utførte aktiviteter, (er involvert i utarbeidelse av utredningsplan og/eller behandlingsplan): UU Innen 6 uker etter kodet klinisk beslutning (CP)</li> </ul> <p>Inngår i utvalg (teller):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alle pasienter som har kodet Pasientforløp start (A) og er</li> <li>• D11UB innen 6 uker etter klinisk beslutning, kodet CP</li> <li>• Involvert i utarbeidelse av utredningsplan og/eller behandlingsplan (U). UU innen 6 uker etter klinisk beslutning, kodet CP.</li> </ul> <p>Inngår i utvalg (nevner):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Antall nye pasienter som inngår i pasientforløp TSB, pasientforløp start (A) og er kodet CP i måleperioden.</li> </ul>
<b>15. Presiseringer rundt utvalg</b>	<p>Ekskludert fra beregning:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvis avslutning av pasientforløp etter eget ønske (XP)</li> <li>• Ikke møtt (XM)</li> <li>• Avslutning av andre årsaker (XA)</li> <li>• Overført til annen pasientforløp (XN)</li> </ul> <p>De overnevnte gruppene ekskluderes siden disse ikke bidrar til å gi riktig bilde av medvirkning og involvering av pasienter i TSB.</p>
<b>16. Teknisk beregning og bearbeiding av datagrunnlag</b>	<p>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)</p>

	<p>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).</p> <p>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.</p>
<b>17. Nivå for publisering</b>	Nasjonalt, regionalt helseforetak, helseforetak, behandlingsted/sykehus
<b>Datainnsamling/datakilde</b>	
<b>18. Datakilde(r)</b>	Norsk pasientregister (NPR)
<b>19. Publiseringsfrekvens</b>	Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem: Tertialvis
<b>20. Lovhjemmel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Helse- og omsorgstjenesteloven</li> <li>• Spesialisthelsetjenesteloven</li> <li>• Pasient- og brukerrettighetsloven</li> <li>• Norsk pasientregisterforskriften</li> </ul>
<b>Tolkning av tallene</b>	
<b>21. Sammenlignbarhet over tid og sted</b>	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.
<b>22. Feilkilder og usikkerhet</b>	<p>Registreringspraksis: Feilkoding og manglende registrering av koder.</p> <p>Hovedmåltall: Kvalitetsindikatoren måler andel pasienter som sammen med behandler har fått utarbeidet behandlingsplan ved oppstart av behandlingen, og er i tråd med kravene som stilles til behandlingsplanen i pasientforløpet.</p> <p>Dersom pasienten har fått utarbeidet behandlingsplan, men uten at pasienten har vært involvert i utarbeidelsen, eller at utarbeidelse av planen ikke har blitt gjort forut for valg av behandlingalternativ og /eller at behandlingsplanen ikke inneholder det minimum pakkeforløpet stiller krav om, er ikke hensikten oppfylt.</p>
<b>23. Særskilt informasjon for tolkning av denne indikatoren</b>	Registrering av pasientforløpene PHR er en registrering som rapporteres i NPR-melding. Pasientforløp er en ny måte å organisere helsetjenestetilbudet i psykisk helsevern og rus. 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.
<b>Publisering</b>	
<b>24. Publiseringsarenaer</b>	www.helsedirektoratet.no
<b>Referanser</b>	
<b>25. Referanser</b>	<p>1. Pasientforløp for tverrfaglig spesialisert rusbehandling:  <a href="https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/rusbehandling-tsb/registrering-av-koder-rusbehandling-tsb-pakkeforlop">https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/rusbehandling-tsb/registrering-av-koder-rusbehandling-tsb-pakkeforlop</a></p> <p>2. <a href="http://www.lovdatabasen.no">www.lovdatabasen.no</a></p>