

Nasjonale Strategigruppe II

for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert
rusbehandling

Arbeidsgruppe 2
Utvikling av kvalitetsindikatorer

Mars 2012

1. Forord

Nasjonal Strategigruppe II for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), har iverksatt 3 gruppearbeid med sentrale tema i tråd med mandat gitt av AD-møtet (adm.dir i de 4 RHF) 22.11.2010. Dette er 1 av de 3 rapportene som er utarbeidet. Brukerorganisasjonene, KS, Helsedirektoratet og alle RHF ble oppfordret til å komme med forslag til deltakere i gruppene, som ble konstituert i møte i Nasjonal Strategigruppe II 20.01.2011. Helse- og omsorgsdepartementet har vært observatører med talerett i prosessen. Arbeidsgruppene har hatt flere arbeidsmøter og telefonmøter.

Utkast til rapporter ble levert primo juli 2011. For å kvalitetssikre arbeidene er rapportene sendt ut til noen faglige ressurspersoner med oppgave å komme med vurderinger av rapportutkastene. Dette er gjort for å få innspill fra kompetente personer som ikke har vært en del av prosessen (peer review). Dersom de hadde behov for å drøfte innholdet med andre i fagmiljøet, var det anledning til det. Tilbakemeldingene fra disse fagpersonene ble igjen vurdert av arbeidsgruppene og av Nasjonal Strategigruppe II før den endelige versjonen ble slutført. Vi er spesielt opptatt av at primærhelsetjenesten gjennom KS har deltatt i denne prosessen, da samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten blir enda viktigere i årene som kommer

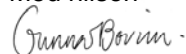
Etter dette har Nasjonal Strategigruppe II behandlet utkastene, der innholdet har blitt diskutert og korrigert i fht felles forståelse av mandatet. Høsten 2011 har rapportene vært ute til ledelsesforankring/høring, før de igjen ble revidert av strategigruppen.

Denne rapporten fremstår nå derfor som faglig gjennomarbeidet, og med ledelsenes anbefaling.

For å implementere det arbeidet som disse gruppene har levert, har Nasjonal Strategigruppe II invitert til en nasjonal konferanse i mars 2012. Til denne konferansen inviteres alle RHF og HF med både ledere og fagpersoner, i tillegg til brukerorganisasjoner, KS, Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet. På konferansen vil hovedinnholdet i rapportene bli lagt frem, og deltagerne vil bli utfordret til å stake ut veien videre for å implementere tiltakene som nå er ledelsesforankret.

Nå gjelder det å få satt gode faglige retningslinjer ut i livet – til det beste for brukere og fagmiljø. Arbeidet med forbedringer er ikke ferdig når vi er enige om hvor vi skal, men vi er godt i gang!

Med hilsen



Gunnar Bovim

Leder



Torbjørn Eliasson

Sekretær

Nasjonal Strategigruppe II for psykisk helsevern og TSB (tverrfaglig spesialisert rusbehandling).

1.	Forord	3
2.	Innledning	6
3.	Sammendrag og anbefalinger	7
4.	Mandat og gruppesammensetning	9
5.	Metodisk tilnærming.....	11
6.	Kvalitet	12
6.1	Kvalitet.....	12
6.2	Indikatorer på kvalitet.....	14
6.3	Kvalitetsstandarder – Kvalitetsutvikling gjennom revisjon og internkontroll.	17
7.	Arbeidsgruppens anbefalinger	19
7.1	Samhandling med brukerne.....	19
7.1.1	Systematisk brukermedvirkning på systemnivå	20
7.1.2	Systematisk bruk av brukererfaring.....	20
7.2	Evaluering av behandlingseffekt.....	21
7.2.1	Valg av evalueringsverktøy	21
7.2.2	Kvalitetsindikator: Systematisk evaluering av behandlingseffekt.....	22
7.2.3	Bedring av funksjons-/symptomnivå som kvalitetsindikator	23
7.3	Kvalitetsindikatorer innen Tverrfaglig spesialisert rusbehandling - TSB.....	24
7.3.1	Ikke planlagt brudd i behandlingsforløp - Fokus på unge ruspasienter (Under 23 år) 24	
7.4	Registrering av remisjon hos pasient med første episode psykose (F20-29).....	25
8.	Andre forslag.....	26
8.1	Utvikling på forskjell i levealder.....	26
8.2	Evaluering av individuell plan som samhandlingsverktøy.....	26
8.3	Evaluering av GAF som nasjonalt verktøy for kartlegging av behandlingseffekt.....	26
9.	Evt. problemstillinger det bør jobbes videre med	27
10.	Ressursmessige konsekvenser.....	28
11.	Referanser	29
12.	Vedlegg	30
1.	Andel med bedret funksjonsnivå (symptomnivå) etter behandling	30
2.	Ikke planlagt brudd i behandlingsforløp.....	31
3.	Registrering av remisjon hos pasient med første episode psykose (F20-29).....	32

Nettsiden til konferansen **La oss få det til i virke**, med rapporter, innspill og presentasjoner finnes her: http://www.helse-midt.no/psykiatrikonferanse_2012

2. Innledning

Opptappingsplanperioden for psykisk helse er avsluttet og Samhandlingsreformen er i gang. Stikkordsmessig kan siste års reformer oppsummeres slik:

- Fra sykehusbaserte til lokalbaserte og tilgjengelige tjenester.
- Fra institusjonalisering til normalisering.
- Fra fokus på sykdom til mestring.
- Fra makt/avmakt til likeverd og nye roller.
- Fra tvang og stigma til frivillighet, trygghet og åpenhet.
- Fra ideologi til kunnskap og kvalitet.
- Fra fragmenter til samarbeid og helhet.
- Fra pasientperspektiv til befolkningsperspektiv

Disse punktene er også sentrale i ønsket utvikling fremover.

Nasjonal Strategigruppe II for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), har oppnevnt denne arbeidsgruppen og gitt et oppdrag om å belyse hva som kjennetegner god kvalitet på tjenesten, og hvilke indikatorer som kan bidra til ønsket fagutvikling for feltet. Arbeidsgruppen har fokusert på følgende felles utfordringer:

- Å komme tidlig til i en sykdomsutvikling
- Brukermedvirkning og brukertilfredshet
- Effekt av helsetiltak

På befolkningsnivå og i et folkehelseperspektiv er forskjeller i levealder hos ulike pasientpopulasjoner bekymringsfullt. Nåværende data indikerer en mulig forskjell i levetid på inntil 20 år for enkelte grupper. Likeverdsperspektivet i folkehelse tilsier at man bør følge forskjeller i levealder nasjonalt for å følge opp om utviklingen går i riktig retning.

I tillegg til at arbeidsgruppen har vært opptatt av psykiske lidelsers og rusproblemers innvirkning på forskjeller i gjennomsnittlig levealder har den også vært opptatt av kvalitetsutvikling gjennom revisjon og internkontroll.

3. Sammendrag og anbefalinger

Arbeidsgruppen har lagt til grunn at antall kvalitetsindikatorer ikke bør være for høyt, og arbeidet med å etablere og følge opp kvalitetsindikatorer bør være oversiktlig og koordinert. For at en indikator skal ha innvirkning på kvalitet, må indikatoren ha lokal forankring og være en del av kvalitetskulturen i den enkelte enhet og i det enkelte helseforetak. Kvalitetsindikatorer kan beskrive struktur, prosess, resultat og brukertilfredshet. Et for ensidig fokus på struktur- og prosessindikatorer, gir ikke tilstrekkelig perspektiv eller bredde og kan svekke tilliten til indikatorbruk som grunnlag for kvalitetsmåling. På den annen side, for å lykkes med å etablere resultatindikatorer er det viktig å fokusere på tolkning, presentasjon og ledelsesmessig anvendelse av tallmaterialet.

Brukertilfredshetsundersøkelser kan gi viktige opplysninger til kvalitetsforbedring ved den enkelte enhet. Selv om koblingen mellom brukertilfredshet og kvalitet kan være noe uklar, er brukerens medvirkning og påvirkning i egen behandling uansett viktig for å oppnå best mulig behandlingseffekt.

Arbeidsgruppens anbefalinger:

1. **Innen 2013 skal det lages en plan for brukermedvirkning i hvert RHF** som omfatter brukermedvirkning på system- og individnivå og hvordan brukererfaringer og brukerkunnskap skal benyttes systematisk som grunnlag for kvalitetsutvikling (se kapittel 7.1).
2. **De regionale helseforetakene skal innen 2013 innføre rutiner** for systematisk evaluering av behandlingseffekter i alle relevante enheter (se kapittel 7.2).
3. **Det skal utarbeides tre nye kvalitetsindikatorer.** Indikatorene utvikles i tråd med nasjonalt rammeverk for et kvalitetsindikatorsystem i helsetjenesten innen desember 2012. Indikatorene kvalitetssikres i et samarbeid mellom aktuelle enheter i RHF-ene, førstelinjetjenesten og Helsedirektoratet. Utprøving av indikatoren skal gjennomføres som piloter/forsøksprosjekt i perioden januar til juli 2013:
 - **Indikator 1:** en felles kvalitetsindikator, som for enheten rapporterer andel pasienter med bedring i funksjonsnivå etter behandling. Målgruppen bør begrenses under utvikling av indikatoren til for eksempel 1.gangshenviste med depresjon.
 - **Indikator 2:** en felles kvalitetsindikator som rapporterer andel avbrutt behandling TSB, under 23 år.
 - **Indikator 3:** en felles kvalitetsindikator som rapporterer remisjon hos pasienter med første gangs psykose.Erfaringene fra pilotene/forsøksprosjektene vurderes som grunnlag for videreutvikling og etablering av nye nasjonale kvalitetsindikatorer.

Anbefalingene i punkt 1 og 2 er sentrale punkt for å utvikle bedre kvalitet i helsetjenesten. Det sentrale er å videreutvikle en kultur som fremmer brukernes medvirkning i egen behandling. Det skal også systematisk brukes verktøy som gjør helsepersonell i stand til å evaluere kvaliteten på helsetjenesten.

Andre anbefalinger:

- Arbeidsgruppen anbefaler at de nasjonale indikatorene, ventetid, epikriser, diagnoser og individuell plan, som i dag er innført for PHV også innføres for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)
- Arbeidsgruppen anbefaler en evaluering av Individuell plan som samhandlingsverktøy.
- Arbeidsgruppen anbefaler en evaluering av GAF som nasjonalt evalueringsverktøy for evaluering av behandlingseffekt
- Arbeidsgruppen anbefaler at man på nasjonalt nivå følger og evaluerer utviklingen i forskjeller i levealder mellom mennesker med psykiske lidelser/rusproblemer og befolkningen for øvrig.

4. Mandat og gruppesammensetning

Arbeidsgruppen har under overskriften "kvalitet" fått følgende mandat:

"Arbeidsgruppen skal ta utgangspunkt i følgende spørsmål:

Hva er det som kjennetegner godt psykisk helsevern og behandling av ruslidelser?

- *Er det mulig å definere adekvate og gjennomgående kvalitetsindikatorer som kan supplere dagens nasjonale indikatorer?*

Arbeidsgruppen skal foreslå indikatorer som kan gi informasjon om tjenestenes kvalitet innen følgende områder: Psykisk helsevern for barn og unge, for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Målgruppen er først og fremst faglige og administrative ledere i helsetjenesten, på ulike nivå.

Grad av kvalitet kan fremkomme ved å se på indikatorens faktiske nivå eller ved å følge indikatoren over tid (utvikling). Hva som er tegn på god eller dårlig kvalitet kan for mange indikatorer være vanskelig å definere, fordi ulike tolkninger kan legges til grunn. I slike tilfeller kan en indikator likevel foreslås, så lenge den kan relateres til kvalitet.

Arbeidsgruppen kan foreslå indikatorer som beskriver

- *Prosess (tilgjengelighet)*
- *Resultat (effekt)*
- *Brukertilfredshet*

Det er ønskelig at arbeidsgruppen vier oppmerksomhet til det å måle resultat eller effekt. For eksempel ved å ta i bruk GAF eller liknende instrumenter for måling av pasienters symptomtrykk og funksjonsnivå.

Som referanse for sitt arbeid bør arbeidsgruppen bruke følgende:

- *Dagens kvalitetsindikatorer slik de er beskrevet på helsedirektoratets hjemmesider (http://www.helsedirektoratet.no/kvalitetsforbedring/kvalitetsindikatorer/psykisk_helsevern_14591)*
- *Forslag til rammeverk for et nasjonalt kvalitetsindikatorsystem for helsetjenesten, jfr rapport fra kunnskapssenteret (<http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/9833.cms>)*
- *Variabler som er tilgjengelig gjennom pasientdata fra Norsk Pasientregister (NPR)."*

Arbeidsgruppen har hatt følgende sammensetning:

- Åsmund Bang, Avdelingsleder BUP, Helse Nord-Trøndelag HF (Leder for arbeidsgruppen)
- Tordis Sørensen Høifødt, Klinikkssjef, Universitetssykehuset Nord-Norge HF
- Anne Aasen, Prosjektleder, Helse Sør-Øst RHF
- Bernt Werner Pettersen, Avdelingssjef rusbehandling, Sykehuset Østfold HF
- Arne Repål, Fagsjef, Psykiatrien i Vestfold HF
- Morten Olsø, Behandler, Trondheimsklinikken, Rusbehandling Midt-Norge HF
- Olav Linaker, Overlege/professor, St.Olav HF/NTNU
- Vidar Halsteinli, Seniorrådgiver, Helse Midt-Norge RHF
- Jan Olav Johannesen, Sjefslege, Helse Stavanger HF
- Rut Prietz, Seniorrådgiver, Avdeling psykisk helsevern og rus, Helsedirektoratet
- Jon Storås, Daglig leder, RIO
- Tonje Løwer Gurholt, Politisk rådgiver, Mental Helse
- Anne-Lise Fredriksen, Rådgiver Effektiviseringsnettverkene Psykisk helse og Rus, KS
- Sverre Rudjord, Avdelingssjef Levekår og folkehelse, Hamar kommune, KS

Arbeidsgruppens kommentarer til mandatet:

I mandatet til arbeidsgruppen ligger det blant annet en forventning om å forslå supplerende kvalitetsindikatorer som kan gi informasjon om tjenestens kvalitet. Ansvaret for utvikling av nasjonale indikatorer er tillagt Helsedepartementet (HOD) og Helsedirektoratet, som er i ferd med å innføre et rammeverk for et indikatorsystem i helsetjenesten i samarbeid med kunnskapssenteret (IS-1878). http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00319/Rammeverk_for_kvalli_319359a.pdf.

Rammeverket er omfangsrikt og stiller meget strenge krav til opprettelse av nasjonale indikatorer. Arbeidsgruppen har benyttet dette som referanse for sine vurderinger.

Helsedirektoratet har (høsten 2011) etablert en organisering for utvikling og innføring av nye kvalitetsindikatorer ved divisjon E-helse og IT, avdeling for statistikk. Utvikling av nasjonale kvalitetsindikatorer må skje etter de retningslinjer som gjelder og bør derfor koordineres med Helsedirektoratets organisering av slikt arbeid.

Helsedirektoratet innførte i mai 2011 tre nye kvalitetsindikatorer innenfor psykisk helsevern:

- Registrering av lovgrunnlag psykisk helsevern voksne
- Registrering av hovedtilstand psykisk helsevern voksne
- Registrering av hovedtilstand psykisk helsevern barn og unge

Det er også et pågående arbeid med fokus på kvalitetsindikatorer i det enkelte RHF. Det pågår parallelle prosesser på flere arenaer som er relevant for denne arbeidsgruppen. Samlet sett har arbeidsgruppen opplevd bildet som noe uoversiktlig, men har valgt å komme med forslag til nye indikatorer i henhold til mandatet. En har også forventninger til en bedre koordinert prosess fremover.

5. Metodisk tilnærming

Mandatet er knyttet til tre fagområder som har forskjellig historie, kultur og utfordringer når det gjelder temaet kvalitet og indikatorer på kvalitet. Arbeidsgruppen har derfor satt fokus på områder hvor en kan finne felles utfordringer. Komprimert kan det sies å være:

- Å komme tidlig til i et mulig behandlingsforløp
- Samarbeid med brukeren
- Effekt av helsehjelp/behandlingstiltak.

I tillegg har arbeidsgruppen vært opptatt av sammenhengen mellom psykisk helse, mortalitet og redusert levealder i forhold til befolkningen for øvrig.

Med bakgrunn i felles overordnede kvalitetsutfordringer har arbeidsgruppen fokusert på noen utvalgte områder, med tanke på at en slik "spissing" gjør det enklere å etablere meningsfulle indikatorer. Innenfor fagområdet TSB er det i dag ikke etablert nasjonale indikatorer, og arbeidsgruppen har derfor vurdert hvilke indikatorer som bør prioriteres innenfor dette feltet.

Nasjonal Strategigruppe II har i 2011 etablert tre arbeidsgrupper. Arbeidsgruppe 3 har fått i oppgave å se på ressursbruk og oppgavefordeling innen psykisk helsevern for barn og unge (BUP). Siden mandatet for denne gruppen delvis overlapper mandatet for vår arbeidsgruppe 2 "Kvalitet", har vi lagt mest vekt på resultat og behandlingseffekt i BUP.

Følgende punkter beskriver arbeidsgruppens tilnærming:

- En strukturert gjennomgang av pasientforløp og identifisering av aktuelle kvalitetsutfordringer i forløpene. Og i forlengelsen av dette, en vurdering av aktuelle måleparametere.
- Gjennomgang av notatet "Strategi for kvalitet og kompetanse i psykisk helsearbeid og psykisk helsevern (Torleif Ruud, 2010) som grunnlag for identifisering av aktuelle kvalitetsutfordringer.
- Gjennomgang av rammeverket for et indikatorsystem i helsetjenesten (IS-1878) og dennes aktualitet for arbeidsgruppens vurdering av aktuelle indikatorer.
- Gjennomgang av nasjonal strategi for kvalitetsforbedring av sosial og helsetjenesten til rusmisbrukere (Rapport IS-0050), bl.a. som innspill til aktuelle indikatorer innen TSB.
- Rapport fra Shdir juni 2006 om evaluering av systemet med nasjonale kvalitetsindikatorer for spesialisthelsetjenesten, bl.a. som grunnlag for å se på bruk av kvalitetsindikatorer som metode for å innhente informasjon om kvalitet og for å bedre kvaliteten på helsetilbudet.
- Gjennomgang av dagens nasjonale indikatorer, noe som sammen med hovedpunktene i nasjonal kvalitetsstrategi danner grunnlag for å vurdere hvor det er størst behov for nye indikatorer.
- Innhenting av informasjon om pågående og/eller planlagt arbeid innen RHF eller HDIR og som har betydning for arbeidsgruppens vurderinger.

6. Kvalitet

6.1 Kvalitet

Opptrappingsplanen for psykisk helse (1999-2008) var et viktig nasjonalt løft for fagfeltet psykisk helsevern. Opptrappingsplanen var imidlertid i hovedsak en strukturreform med fokus på utbygging og desentralisering av behandlingstilbudene, og hadde mindre fokus på innhold og kvalitet. Den nasjonale evalueringen i regi av Norges Forskningsråd i 2009 (Evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse 2001-2009) anbefalte derfor blant annet at meningsfulle kvalitetsindikatorer burde utvikles og at rutinedata burde tas i bruk for å kvalitetssikre klinisk virksomhet. Fag, kvalitet og innholdet i tjenestene trenger et sterkere fokus. Nasjonale faglige retningslinjer skal følges, og utvikling av nye retningslinjer og faglige standarder for ulike sykdomstilstander og behandlingsforløp, vil kunne bidra til mer likeverdige og kvalitetssikrede tjenester for mennesker med psykiske lidelser. Den nasjonale strategien for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten ("...Og bedre skal det bli" IS-1162, http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00004/IS-1162_4390a.pdf) er inndelt i seks hovedområder:

- Virkningsfulle tiltak: God kvalitet forutsetter at beslutninger om behandling, forebygging, pleie, omsorg og sosiale tjenester baseres på pålitelig kunnskap om effekt av tiltak.
- Trygge og sikre tjenester: God kvalitet forutsetter at sannsynligheten for feil og uheldige hendelser er redusert til et minimum.
- Involvere brukerne og gi dem innflytelse: God kvalitet forutsetter at brukerens og pasientens erfaringer og synspunkter påvirker tjenestene.
- God samordning og kontinuitet i tjenestetilbudet: God kvalitet forutsetter at tiltakene er samordnet og preget av kontinuitet.
- God ressursutnyttelse: God kvalitet forutsetter at ressursene er utnyttet på en slik måte at brukeren og samfunnet får mest mulig gevinst.
- Tilgjengelige tjenester og rettferdig fordeling: God kvalitet forutsetter at ressursene i det samlede tjenestetilbudet er tilgjengelige og fordelt slik at alle har samme mulighet for å oppnå et godt resultat.

Psykisk helsevern for barn og unge (PHBU), for voksne (PHV) og TSB, er fagområder hvor det stilles spesielle utfordringer til kvalitetsstrategier. Kvalitetsbegrepet innenfor disse fagområdene er komplekst siden det kan berøre hele livsløpet for mennesker eller ulike aspekter av det. Det kan altså handle om alt fra forebygging og tidlig intervensjon, adekvat og god utredning/behandling og til omsorg og god tilrettelegging ved langvarige og kroniske sykdommer. Vi har pr i dag begrenset kunnskap om hvor god kvaliteten innen PHV er og en rekke forhold tyder på at utfordringene er store (Ruud 2010). Forskning viser at mennesker som har hatt behov for psykisk helseverntjenester (f eks innleggelse i sykehus), i gjennomsnitt har 15 til 20 års kortere levetid enn den generelle befolkningen (Wahlbeck et

al 2011). Dette kan være assosiert til ulike aspekter ved det helsetilbudet denne pasientgruppen får og til følgetilstander av sykdommen. Behandling av psykiske lidelser og rusmiddelmissbruk har ikke blitt prioritert høyt nok sammenliknet med behandling av somatiske sykdommer. I tillegg har det psykisk helsevernet tradisjonelt sett vegret seg for å behandle rusmiddelmissbruk. En utfordring for helsetjenesten er derfor å gi et helhetlig tilbud som total sett gir brukeren en bedre helse og livskvalitet.

Problemstillingene til brukere/pasienter med psykiske lidelser og rusmiddelmissbruk er ofte svært sammensatte, og med behov for samtidige og koordinerte tjenester fra mange tjenesteutøvere over lang tid. Fortsatt er dette grupper som blir møtt med mer stigma enn andre. Behandling hjemlet med tvang kan være en vesentlig utfordring i en del situasjoner, bl.a. fordi det gir utfordringer i forhold til brukerens mulighet til å påvirke helsehjelpen. Psykiske lidelser kan ramme personens opplevelse av seg selv på en annen måte enn somatiske sykdommer og relasjonen til behandlerne er derfor svært viktig (Ruud 2010).

Kvalitet innen psykisk helsevern og rusbehandling kan komme til uttrykk på flere måter. Behandlingsresultatet vil kunne påvirkes av flere forhold hvor både prosessuelle forhold, behandlingsmetode og grad av brukerinvolvering spiller inn. Kvaliteten på tjenesten måles ofte på strukturelle (materiell, personell, teknologi osv), og prosessuelle forhold (gjennomføringen av behandling). Dette er indikatorer som ikke nødvendigvis sier noe om helsetilbudet har en ønsket effekt eller ikke. Helsepolitisk og ledelsemessig er det både et ønske om, og en utfordring å få til gode resultatmål. Her vil det også være en diskusjon om hva som er gode mål på kvalitet i seg selv:

- Endring i funksjonsnivå
- Endring i symptomnivå
- Endring i livskvalitet
- Fornøydhet hos pasient/bruker

Regjeringen har satt som mål at brukermedvirkning skal være det bærende prinsipp i organisering av psykiske helsevern. Brukere og pårørende skal ha reell innflytelse på utformingen av tjenesten både på individnivå og systemnivå. Det skal være brukerstyring og brukermedvirkning i alle faser og beslutninger som påvirker behandlingstilbudet. Brukerens preferanser skal ha betydning og brukeren skal ha tilstrekkelig informasjon til å delta i valg av behandling.

På konferansen "La oss få det til å virke 2010," konkluderer arbeidsgruppe 4 "Brukermedvirkning" med at det eksisterer mange gode beskrivelser av brukermedvirkning og viktigheten av dette. Brukerkompetanse fremheves ofte som viktige, men dette gjenspeiles ikke like godt i praktisk handling. Pasienten har en rett til å bli møtt med tilstrekkelig kunnskap og kompetanse, slik at de mest grunnleggende spørsmål kan besvares og man oppnår enighet om helsehjelpen: Hva kan det feile meg? Hvordan kan dere hjelpe meg? Hvordan vil det gå? Til dette trengs kompetanse for å identifisere

helseproblemet, oversikt over hvilken metodikk/tilnærming som fungerer best i denne situasjonen og kompetanse til å gjennomføre behandlingstiltakene på en god måte.

På samme konferanse konkluderte arbeidsgruppe 3, "Kunnskapsbasert praksis", med at kunnskap som per dato finnes, ikke er godt nok tatt i bruk eller implementert i det psykiske helsevernet.

Torleif Ruud peker på tre områder hvor kvaliteten bør bli bedre (Ruud 2010):

- Der praksis ikke er i samsvar med den kunnskap eller de metoder som er dokumentert å ha høy kvalitet.
- Der praksis ikke er i samsvar med de krav som etiske, juridiske eller helsepolitiske føringer gir.
- Der det er urimelig store forskjeller i kvalitet på tvers av behandlingssteder.

Fremover vil helsetjenesten bli stilt overfor nye og store utfordringer. Samhandlingsreformen legger grunnlag for et paradigmeskifte innen organisering av tjenestene, noe som klinikere, samt faglige og administrative ledere må forholde seg til. Det helsepolitiske målet er å fremme uavhengighet, selvstendighet og evne til å mestre eget liv. Det er en stor utfordring å knytte sammenhengen mellom den totale ressursinnsats til effekt av tiltakene.

6.2 Indikatorer på kvalitet

En kvalitetsindikator er i ordets rette forstand en indikator og gir således en pekepinn på kvalitet. Den kan brukes av helsepersonell som grunnlag for og insitament til kvalitetsforbedring, den kan brukes av pasientene, blant annet som grunnlag for valg av sykehus, av eiere/leder som grunnlag for styring av virksomheten eller politisk som grunnlag for prioriteringer. Nasjonale indikatorer har så langt hatt ledere og eiere som den viktigste målgruppen. Noen indikatorer har også vært egnet som grunnlag for faglig kvalitetsforbedring for fagmiljøene eller for pasienter som grunnlag for valg av sykehus. Selv om en indikator kan være utformet med en spesiell målgruppe i tankene (f eks eiere), er det lagt til grunn et prinsipp om at en kvalitetsindikator skal være allment tilgjengelig og kan brukes av de som ønsker det.

Indikatoren bør sette fokus på områder hvor situasjonen ikke er tilfredsstillende, hvor det er potensialet for kvalitetsforbedring eller der man ønsker å få bedre kunnskap om status. Det er imidlertid viktig å unngå at formålet med en kvalitetsindikator er overvåking og kontroll. Kvalitetsindikatorer skal først og fremst være et verktøy for å kvalitetssikre det kliniske arbeidet som gjøres og sikre at resurser brukes på en riktig måte. Ensidig bruk av kontroll som begrunnelse kan være med på å svekke forståelsen for nytten av slike verktøy blant behandlerne.

Valg av indikatorer bør kunne knyttes til nasjonale retningslinjer for behandling. Det er videre en stor fordel om det enkelte foretak/den enkelte avdeling har et eierforhold til kvalitetsindikatorene. Det øker sannsynligheten for at man prioriterer implementering av indikatorene, samt oppfølging og

rapportering, og at man gjør bruk av datamaterialet i det løpende kvalitetsarbeidet.

Man kan generelt vurdere egnethet/nytteverdi for en indikator ut fra mange ulike aspekter, som f eks:

Høy reliabilitet/validitet	-	Lav reliabilitet/validitet
Dekker store diagnosegrupper	-	Dekker få men, tilstand alvorlig
Diagnosespesifikk	-	Generell
Nytteverdi oppstår raskt	-	Nytteverdi først etter lengre tid
Nasjonal forankret	-	Lokalt forankret
Enkel administrering	-	Tidkrevende administrering
Anvendbar kun alene	-	Anvendbar i kombinasjon med andre
Måler spesialisthelsetjenesten	-	Måler noe annet/samfunnet generelt
Krever omfattende opplæring	-	Krever moderat opplæring
Kan brytes ned på enhetsnivå	-	Kun på aggregert nivå/global indikator
Basert på pasientvurdering	-	Basert på behandlervurdering
Høy fagstatus	-	Lav fagstatus
Høy følsomhet for endringer	-	Lav følsomhet for endringer

Etter arbeidsgruppens oppfatning ville det beste være om:

- indikatoren er reliabel og valid
- data kan raskt tas i bruk ned på den enkelte enhet
- det gir merverdi å se den i forhold til andre variabler (f. eks. diagnose, behandlingstid, antall konsultasjoner m.m.)
- det ikke krever for omfattende opplæring og vedlikehold
- den er lett å administrere
- den fanger opp både behandlerens og pasientens vurdering og den har høy faglig status

Indikatorer som tilfredsstillende alle disse kravene er vanskelig å finne, men man kan tilstrebe et slikt ideal. Samtidig er det viktig at en indikator brukes edruelig med hensyn til hvordan den tolkes. En utfordring ved bruk av nasjonale kvalitetsindikatorer er usikkerheten knyttet til datakvaliteten. Dette gjelder både i forhold til å opprette nye indikatorer og i forhold til å publisere resultater av etablerte indikatorer. Arbeidsgruppen er imidlertid klar over at det gjøres en stor innsats i forhold til kvalitetsforbedring av pasientdata på alle nivå i tjenesten.

Dersom indikatorer skal ha betydning for kvaliteten på det kliniske arbeidet, bør de så langt som mulig være lokalt klinisk forankret. Med det menes at:

- resultatene kan brytes ned på enhetsnivå,
- at data er tilgjengelig raskt (ikke gamle historiske data),
- at de gjøres lett tilgjengelig for ansatte
- og at man gjør bruk av data i det fortløpende kvalitetsarbeidet ved avdelingen/enheten.

Nasjonale indikatorer (NI) har relativt kort fartstid i Norge. Den første NI for psykisk helsevern ble opprettet i 2003. I 2010 var det totalt 11 nasjonale indikatorer, seks innen psykisk helsevern for voksne og fem innen psykisk helsevern for barn og unge. Fra 2006 er det jobbet med NI for rusbehandling, men pr i dag er det ikke opprettet noen.

Nasjonale indikatorer pr april 2011	PHV	PHBU	TSB	Struktur	Prosess	Resultat
Epikrisetid	X	X			x	
Tvungen innskriving i psykiatrisk institusjon	X			X	x	
Korridorpasienter i psykisk helsevern	X				x	
Ventetid til første konsultasjon	X	X			x	
Andel pasienter som er diagnostisert		X			x	
Individuell plan ADHD, Schizofreni	X	X			x	
Varighet av ubehandlet psykose	X	X			x	X

Tabell 1: Nasjonale kvalitetsindikatorer pr april 2011 innen ulike fagområder og etter type indikator. Det har i tillegg vært gjennomført brukerundersøkelser.

	PHV	PHBU	TSB	Struktur	Prosess	Resultat
Nye Nasjonale indikatorer mai 2011						
Registrering av hovedtilstand	x	x			x	
Registrering av lovgrunnlag	x				x	

Tabell 2: Nye nasjonale kvalitetsindikatorer fra mai 2011

Indikatorer kan ha fokus på struktur, prosess eller resultat. Som verktøy for utvikling av kvalitet vil alle perspektivene ha betydning, og det er viktig at alle perspektivene blir ivarettatt. Frem til i dag har det vært et noe ensidig fokus på prosessindikatorer, og i mai 2011 ble det etablert to nye nasjonale prosessindikatorer innen fagområdene (se tabell 2). Det er bred enighet om at det nå er viktig også å finne gode resultatindikatorer. Det er både tidkrevende og ressurskrevende å etablere nye indikatorer, og det bør derfor ikke være for mange indikatorer å rapportere på. Et overordnet hensyn er at det skal være dokumentert behov for måling, potensial for forbedring, indikatorene skal være relevante og anses nyttige og meningsfulle av de ulike interessentene, data må være lette å registrere, lett tilgjengelige og basert på eksisterende kilder/registre. Data må være komplette, korrekte og sammenlignbare.

Forskning kan bidra til å klargjøre hvilken behandlingsmetode som kan virke best i forhold til en bestemt tilstand. Prosessindikatorer kan fortelle oss om krav og anbefalinger i lovverk, retningslinjer eller standarder er gjennomført. Resultatindikatoren kan fortelle oss noe om effekten av de tiltakene vi har iverksatt. Den må imidlertid tolkes og forstås i sammenheng med hele behandlingsforløpet: Hvem er pasienten, kvalitet og presisjon på kartlegging og diagnostisering, valg av verktøy, om verktøyet brukes riktig og har vi kommunisert godt med brukeren/pasienter underveis slik at resultatet er i

samsvar med forventningene? En utfordring er å få til at vurdering og tolkning skjer innenfor en forståelsesramme som gir mening (dvs informasjon om kvalitet) for den som mottar informasjonen. Det har vist seg vanskelig å etablere resultatindikatorer som er valide og reliable. Dersom indikatorene skal benyttes til å sammenligne kvaliteten mellom enheter, må indikatoren være pålitelig i forhold til dette. Det er viktig at resultater som settes opp mot hverandre er sammenlignbare, for eksempel at det tas hensyn til ulik pasientsammensetning. Det er viktig at enhetene faktisk evaluerer og vurderer om tilbudet som gis, har ønsket og tilstrekkelig effekt.

6.3 Kvalitetsstandarder – Kvalitetsutvikling gjennom revisjon og internkontroll.

Kvalitetsutvikling gjennom internkontroll, standardisering og godkjenningsordninger. Et sentralt punkt i den nasjonale veilederen for kvalitet "Holde orden i eget hus" er knyttet til internkontroll. Dette innebærer en systematisk monitorering og evaluering av egen praksis som grunnlag for en kontinuerlig kvalitetsutvikling. Arbeidsgruppen vurderer at kvalitetsutvikling har sammenheng med i hvor stor grad den enkelte virksomhet vurderer og evaluerer egen praksis opp mot lovverk, retningslinjer, faglige standarder/veiledere osv. Utvikling av kvalitet gjennom rapportering har størst effekt når den henger sammen med lokal kvalitets kultur hvor egen praksis systematisk vurderes. Arbeidsgruppa har valgt å ikke konkludere med spesifikke anbefalinger på dette området, men anbefaler at det vurderes nærmere i fortsettelsen. Som metode for revisjon og internkontroll er det flere muligheter for valg av perspektiv og fokus. Vi vil her nevne noen eksempler:

- ISO 9001 en anerkjent kvalitetsstandard kvalitetssystem som brukes av en rekke virksomheter og i en rekke land. Hensikten er å etablere et helhetlig kvalitetssystem som ivaretar lovkrav, krav fra brukeren og krav en stiller til seg selv. Gjennom å bli revidert av en uavhengig tredje part kontrolleres det at kvalitetskravene oppfylles. Men ISO standarden innebærer også en systematisk internkontroll som grunnlag for kontinuerlig forbedring. Psykiatrisk klinikk i Helse Nord-Trøndelag ble ISO sertifisert i 2005. I følge klinikkleder Hilde Ranheim (jfr en intern gjennomgang ved helseforetaket) har ISO-arbeidet gitt et større fokus på arbeidsprosessene og pasientbehandling, økt fokus på brukerne og samarbeidspartnere, og medført økt fokus på kontinuerlig forbedring. I følge Ranheim har prosjektet bidratt med organisasjonsutvikling og kulturbygging i forhold til kvalitetsarbeid.
- Den Danske Kvalitetsmodell, (DDKM) (Principles for Best Practice in Clinical Audits 2002) Sundhedsstyrelsen i Danmark vedtok i 2004 å etablere et helhetlig system for kvalitetsutvikling og kvalitetssystem på bakgrunn av negativ omtale av dansk helsevesen. Man brukte de erfaringer som flere danske sykehus hadde gjort seg av godkjenningsordninger, ISO 9001, Joint Commision International, NHS, samt danske lokale initiativer og laget en dansk kvalitetsmodell som inneholder organisatoriske standarder, generelle kliniske standarder og noen sykdomsspesifikke standarder. DDKM skal skape sammenhengende pasientforløp og løpende kvalitetsutvikling bygget på kunnskapsbasert viten og erfaring. Hovedelementene i

evalueringsmodellen er: Systematisk egnevaluering, journalgjennomganger med fokus på kritiske temaer og kliniske audits. Gjennom kliniske audits og verifisering av eksterne revisorer bekreftes eller avkreftes om ønsket kvalitetsnivå er oppnådd, og om forbedringstiltak er iverksatt der hvor det er avdekket svakheter gjennom intern gjennomgang. Klinikk for psykisk helse ved Sørlandet sykehus HF ble akkreditert i forhold til DDKM i januar 2011. I følge klinikkssjef Anders Wahlstedt har de for første gang opplevd et kvalitetssystem som er akseptert av klinikere og som oppleves som positivt av disse.

- Torleif Ruud (Ruud 2010) fremholder at det er behov for egne kvalitetsstrategier innenfor Psykisk helsevern med bakgrunn i de spesielle utfordringene dette fagområdet har. Han anbefaler at det etableres et rammeverk med et realistisk antall standarder/anbefalinger for kvalitet i tjenesten på nasjonalt nivå. Gjennom lokale vurderinger kan kommuner og helseforetak sette fokus på spesielle områder. Gjennom standarder som er bygget på internasjonale erfaringer kan dette være mål for kvalitet som enheter eller helsearbeidere måler seg mot.
- Nasjonal Strategigruppe II sin konferanse "La oss få det til å virke 2010," arbeidsgruppe 3, kunnskapsbasert praksis, konkluderte med at kunnskap som finnes, ikke er godt nok tatt i bruk eller implementert i det psykiske helsevernet. Dette kan ha sammenheng med manglende kunnskaper, holdninger, manglende eller feil opplæring osv.
- "Clinical audit" er en temarevisjon som har til hensikt å forbedre pasientbehandling ved å se på hva det er du gjør, lære av det og om nødvendig, endre det. Gjennom systematisk gjennomgang av behandlingen mot bestemte kriterier, samt implementering av endringer legges det opp til en kvalitetssøkende prosess. Aspekter rundt struktur, prosess og resultat av behandlingen gjennomgås systematisk mot bestemte kriterier.

7. Arbeidsgruppens anbefalinger

Arbeidsgruppen foreslår å innføre 3 nye kvalitetsindikatorer. Arbeidsgruppen anbefaler å utvikle/prøve ut indikatorene i et begrenset omfang før de innføres for alle enheter. Indikatorene er definert nærmere skjematisk. Se vedlegg. Det vil være behov for en videre gjennomgang og kvalitetssikring for å ferdigstille foreslåtte indikatorer. Arbeidsgruppen ser for seg at erfaringene fra utprøving i helseforetakene tas med ved videre utvikling av nasjonale kvalitetsindikatorer. Arbeidsgruppen anbefaler også tiltak knyttet til brukermedvirkning og systematisk evaluering av behandlingseffekt. En ser for seg at status relatert til dette arbeidet følges opp gjennom årlig melding. Dette for å få årlig rapportering på noen områder, med tanke på hvordan kvalitetstiltak følges opp lokalt.

Arbeidsgruppens forslag til nye kvalitetsindikatorer	PHV	PHBU	TSB	Struktur	Prosess	Resultat
Andel med bedret funksjonsnivå etter behandling	X	X	X			X
Ikke planlagt brudd i behandlingsforløp under 23år TSB			X		X	X
Remisjon etter første episode psykose	X	X				X

Tabell 3: Arbeidsgruppen forslag til nye nasjonale kvalitetsindikatorer

Arbeidsgruppen bruker i denne sammenhengen begrepet "enhet" som referanse til hvilket organisatorisk nivå indikatoren rapporterer på. Betydningen av begrepet varierer og er forsøkt klargjort. Arbeidsgruppen mener det vil være behov for en tydeliggjøring av dette i en videre prosess.

7.1 Samhandling med brukerne

Arbeidsgruppen anbefaler at det lages en plan for hensiktsmessig brukermedvirkning innen hvert RHF som forventning til det enkelte HF. Beskrivelsen skal inneholde brukermedvirkning på system og individnivå og hvordan brukererfaringer skal benyttes som grunnlag for kvalitetsutvikling. Status relatert til planen skal rapporteres fra hvert HF i årlig melding.

Å benytte brukerevaluering og brukertilfredshetsundersøkelser som metode for vurdering av kvalitet på behandling er ikke uproblematisk: Svarprosenten er ofte lav, resultatene er anonyme og "drop-outs" fanges ikke opp. Arbeidsgruppen mener likevel at en tilbakemelding fra brukerne er en viktig dimensjon og har en nytteverdi for å si noe om den generelle kvaliteten på tilbudet. Forutsetningen er at resultatene er en del av kvalitetsarbeidet og anvendes i utviklingen av den enkelte enhet. Det må i tillegg fokuseres på involvering av den enkelte bruker i forhold til eget behandlingsopplegg samt en systematisk evaluering av opplevd nytte av behandlingen.

Pasienters og brukeres egen evaluering av behandlingstilbudet er altså en viktig kvalitetsdimensjon,

og brukertilfredshet sammen med behandlingsresultat beskriver kvaliteten på behandlingstilbudet. Med brukertilfredshet menes pasient/brukers evaluering av det samlede behandlingsopplegget etter avsluttet behandling. Med brukermedvirkning menes enten a) løpende tilbakemelding fra pasient/bruker til behandler underveis i pasientforløpet (pasientnivå) eller b) pasient/brukerdeltagelse i råd og utvalg (systemnivå).

Arbeidsgruppen mener at pasienten gjennom bruk av behandlingsplan skal kunne delta i planleggingen av egen behandling. Behandlingsplan er viktig for å gi tilpasset helsehjelp og som grunnlag for at brukeren skal kunne evaluere og gi tilbakemelding på helsehjelpen. Arbeidsgruppen anbefaler at behandlingsplan utarbeides og dokumenteres i journal for alle brukere, men anbefaler ikke egen kvalitetsindikator på dette området nå.

Systematisk brukertilbakemelding underveis i behandlingen er et viktig prinsipp. Klient- og resultatstyrt praksis (KOR) er et av flere mulige verktøy å bruke til dette formålet. KOR (Duncan 2010) består av to enkle skjemaer som gir systematiske tilbakemeldinger på brukerens opplevelse av egen bedring (ORS) og brukerens opplevelse av samarbeidet med terapeut (SRS). Arbeidsgruppen anbefaler at det etableres rutiner og system for dialog og pasienters medvirkning i eget pasientforløp i forhold til de pasientgrupper det er hensiktsmessig, men anbefaler ikke egen kvalitetsindikator på dette området nå.

7.1.1 Systematisk brukermedvirkning på systemnivå

Arbeidsgruppen anbefaler at det er formalisert samhandling med brukerorganisasjoner eller tilsvarende, slik at brukeren kan påvirke utformingen av tjenestetilbudet.

God kvalitet forutsetter at brukernes erfaringer og synspunkter påvirker tjenesten. Nasjonal Strategigruppe, Arbeidsgruppe 4, brukermedvirkning, anbefalte i 2010 at "RHF, HF skal etablere brukeråd/forum på alle relevante nivå innen april 2011. Lov om pasientrettigheter § 3-1 sier at brukerne skal være med å utforme tjenestetilbudet. Dette forutsetter formalisert samhandling og innebærer at det er brukerrepresentanter til stede i relevante råd og utvalg, alternativt at det er engasjert brukere som deltar i utvikling av tjenestene.

7.1.2 Systematisk bruk av brukererfaring

Arbeidsgruppen anbefaler at det på alle aktuelle enheter (poliklinikk, sengeavdeling, familieenhet og tilsvarende) etableres et system for innhenting av informasjon om brukertilfredshet og at denne informasjonen brukes som grunnlag for kvalitetsutvikling.

Med "system for innhenting av informasjon" menes følgende:

- Enheten har valgt et kvantitativt eller kvalitativt verktøy for gjennomføring av brukertilfredshetsundersøkelse
- Alle pasienter, eller et representativt utvalg får, som hovedregel, ved avslutning av behandling

anledning til å svare

- Informasjonen systematiseres og brukes i kontinuerlig kvalitetsforbedringsarbeid

7.2 Evaluering av behandlingseffekt

7.2.1 Valg av evalueringsverktøy

Pasienter innen psykisk helsevern og rusbehandling er en sammensatt gruppe med til dels sammensatte lidelser. Dette vil ha betydning for valg av hensiktsmessig evalueringsverktøy. Det er ikke gitt at ett og samme verktøy er like anvendelig i forhold til alle pasientgruppene.

Veileder for registrering av aktivitetsdata i psykisk helsevern (IS-1541) sier at innen PHV (voksne) skal det skåres Global Assessment of Functioning scale (GAF) ved oppstart og avslutning av døgnopphold eller poliklinisk serie. GAF har siden 2000 vært del av minste basis datasett (MBDS) og skal som sådan rapporteres til Norsk Pasientregister. For PHBU og TSB er det ikke innført tilsvarende krav.

GAF er således innført for alle enheter innen PHV, og vil være et naturlig førstevalg som også alle enheter innen TSB bør vurdere. I PHBU vil Childrens Global Assessment of Functioning Scale (CGAS) være et tilsvarende førstevalg som bør vurderes.

GAF består av både en funksjons- og en symptomskala. På tross av at den er kjent og en del av det obligatoriske datasettet, varierer det mye m.h.t. i hvilken grad klinikere bruker den og tilsvarende i hvilken grad den rapporteres. Det er flere grunner til dette. Argumenter for og i mot GAF kan kort oppsummeres slik:

Fordeler:

- GAF er internasjonalt brukt
- GAF er innført i Norge som del av minste basis datasett.
- GAF kan være nyttig brukt riktig og sammen med andre variabler som behandlingsmetode, diagnosegruppe, behandlingstid m.m.
- Skåring tar kort tid

Ulemper:

- Skåringsreliabiliteten synker raskt om det ikke gjennomføres systematisk trening også etter innledende opplæring (se f eks Aas 2011).
- Det er best resultater ved konsensusmåling, men det er i praksis upraktisk.
- Det er delte oppfatninger av hvor egnet GAF er i deler av fagmiljøet. Dette vil også gjelde andre verktøy, og slik uenighet er grunn til å ta på alvor.

Andre verktøy:

Ved siden av GAF er det en rekke skalaer som er i bruk for å evaluere pasienters psykiske tilstand.

Eksempler på disse er:

- Symptom Check-List 90 (SCL-90)
- Klient og resultatstyrt praksis (KOR)
- Clinical Global Impression (CGI)
- CORE-OM
- COOP-WONCA
- Sheehan Disability Scale (SDS)
- SF36
- FAST
- GHQ-30
- HoNOS

Noen av disse er skalaer hvor tilstand vurderes av terapeut, andre er selvrapporteringsskalaer. Arbeidsgruppen har valgt å ikke skille mellom disse, men ser at det ved noen tilstander, for eksempel psykose kan være vanskeligere å gjøre bruk av skaler som bygger på selvrapportering. Arbeidsgruppen anbefaler med bakgrunn i det vi har skrevet tidligere at det åpnes for valg av evalueringsverktøy. Dette kan gjøres på ulikt vis. Det anbefales ikke et fritt valg men at en velger mellom verktøy som er tilstrekkelig kvalitetssikret.

7.2.2 Kvalitetsindikator: Systematisk evaluering av behandlingseffekt.

Innen utgangen av 2013 skal alle relevante enheter ha implementert en systematisk evaluering av behandlingseffekt. Det anbefales også at det innføres en årlig rapportering, for eksempel gjennom årlig melding, hvor HF rapporterer hvorvidt systematisk evaluering av behandlingseffekt er implementert for alle aktuelle enheter.

Et første steg på veien til faktisk å måle behandlingseffekt, er å implementere verktøy for systematisk innhenting av slik informasjon på pasientnivå. En rapportering som viser hvorvidt systematisk evaluering av behandlingseffekt er implementert, har derfor som formål å beskrive om dette første steget er tatt og gi en indikasjon om enhetens evalueringskultur. Det vesentlige er ikke målt effekt av behandling i seg selv, men om enheten arbeider systematisk med å måle behandlingseffekt. Betegnelsen "systematisk evaluering" må spesifiseres, og arbeidsgruppen har lagt følgende til grunn:

- Enheten har valgt ett eller flere evalueringsverktøy som alle behandlere er forpliktet til å bruke. (For PHV er dette i utgangspunktet GAF)
- Enheten har etablert systematisk opplæring i bruk av det valgte verktøyet
- Enheten har etablert et system for registrering av målingene
- Enheten har etablert et system for å bringe informasjon om måleresultater tilbake til behandlerne og resultater presenteres og diskuteres i interne faglige møter

Med enhet menes her overordnet enhet som klinikk eller avdeling.

Arbeidsgruppen har vurdert det slik at den enkelte enhet i prinsippet bør ha frihet til selv å velge evalueringsverktøy. Motivasjonen for dette er at frihet øker sannsynligheten for at indikatoren oppfattes som relevant, og at det oppnås lokal forankring og lokal bruk av informasjonen.

Arbeidsgruppen vil anbefale at det legges begrensninger på hvilke instrumenter det skal kunne velges blant. Det har ikke vært tid og rom for å systematisk evaluere hvilke verktøy som skal være på en slik liste, men spørsmålet er drøftet nærmere i avsnitt 6.2.1.

Sentrale spørsmål for selve rapporteringen vil være:

- Har enheten etablert en standard for systematisk skåring av pasienter ved oppstart og avslutning mht funksjon (sekundært symptom) for å kartlegge endring av tilstand?
- Hvor stor andel av pasientene hadde fått registrert en skåring både ved oppstart/inntak og ved avslutning/utskrivning?

En slik rapportering vil fortelle om data for endring av tilstand faktisk er tilgjengelig.

7.2.3 Bedring av funksjons-/symptomnivå som kvalitetsindikator

Arbeidsgruppen anbefaler å utvikle/prøve ut en kvalitetsindikator som rapporterer andel pasienter med bedring funksjonsnivå etter behandling. Målgruppen begrenses under utprøvingen til for eksempel førstegangshenviste med depresjon. Kvalitetsindikatoren prøves ut gjennom en pilot ved et utvalg av enheter.

Gitt at en enhet eller et HF har tatt i bruk systematisk evaluering av behandlingseffekt, (se kapittel 6.2.2) kan man med det evalueringsverktøy som er valgt, måle bedring i funksjonsnivå. Man kan da se på andel pasienter med målinger ved oppstart og avslutning som viser bedring av klinisk relevans. Hva som er en klinisk relevant bedring vil avhenge av det spesifikke evalueringsverktøy.

Bedring av tilstand sier ikke nødvendigvis noe om behandlingseffekt. Bedring kan skyldes andre forhold. Vi mener likevel mål av endring i funksjonsnivå gir en viktig pekepinn på om behandlingstilbudet har et forbedringspotensial. Mangel på, eller bare moderat bedring, bør lede til undersøkelse av mulige årsaker. Det vil være en fordel om mål på bedring kan kombineres med data for behandlingsslengde målt både i tid (fra dato – til dato) og antall konsultasjoner.

Aktuell avgrensning av målgruppe kan være førstegangshenviste med depresjon innenfor en gitt aldersgruppe. Dersom man eksempelvis velger en spesifikk gruppe som depresjon, er det enkelte verktøy som for eksempel MADRS, BDI m.m. som er mer diagnosespesifikke enn andre.

For innføring av denne indikatoren er det nødvendig å spesifisere ytterligere:

- For hvilken tidsperiode gjelder indikatoren

- Hvilke pasienter skal inkluderes i tallgrunnet (For eksempel de med avsluttet behandling i perioden)
- Hva som definerer bedring for de ulike instrumentene som kan benyttes

7.3 Kvalitetsindikatorer innen Tverrfaglig spesialisert rusbehandling - TSB

Innenfor TSB er det i dag ikke innført nasjonale kvalitetsindikatorer, selv om det innenfor offentlig virksomhet i de respektive RHF anvendes ordinære rapporteringsdata som for psykisk helsevern. I rapporten, "Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring av sosial og helsetjenesten til rusmisbrukere" Rapport IS-0050, fra 2004 http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00001/IS-0050_Nasjonal_stra_1008a.pdf foreslås det en rekke indikatorer med kvalitetsforebedring som hensikt.

Helsedirektoratet vurderer nå kvalitetsindikatorer med utgangspunkt i indikatorer som i dag finnes innenfor somatikk og psykisk helse, som ventetid til behandling, epikrise og individuell plan. Andre områder det har vært sett nærmere på er avbrudd i behandling, oppfølgingstype og brukerundersøkelser. Kunnskapssenteret har i 2009-10 gjennomført en pilotundersøkelse og skrevet en rapport om brukerundersøkelser innen TSB.

Arbeidsgruppen anbefaler å etablere nasjonale indikatorer innen TSB på områder hvor dette allerede er etablert inne PHV: Ventetid, Epikriser, Diagnoser og individuell plan. De fleste enheter rapporterer i dag til Norsk Pasient Register (NPR) på disse områdene.

7.3.1 Ikke planlagt brudd i behandlingsforløp - Fokus på unge ruspasienter (Under 23 år)

Arbeidsgruppen anbefaler å innføre en felles kvalitetsindikator som rapportere andel avbrutt behandling innen TSB for brukere under 23 år. Indikatoren prøves ut gjennom en pilot ved et utvalg enheter.

Et gjennomført behandlingsforløp er en forutsetning for vellykket behandling. Avbrutt behandling er en spesiell utfordring for fagfeltet. Grad av gjennomførte pasientforløp er også et spørsmål om tilgjengelige tjenester og fleksibilitet i behandlingstilbudet. Det bør derfor være en målsetting å redusere brudd i behandling.

Arbeidsgruppen mener det er spesielt viktig å fokusere på unge rusmiddelmissbrukere som kommer i kontakt med behandlingsapparatet for første gang. Her ligger størst potensial for endringer av livsmønster, påvirkning av mestringsmekanismer og omfang av avhengighet. Ikke planlagt brudd i behandling er en utfordring innenfor denne målgruppen. Indikatoren bør derfor vurderes begrenset til

førstegangs henviste.

7.4 Registrering av remisjon hos pasient med første episode psykose (F20-29)

Arbeidsgruppen anbefaler å utvikle/prøve ut en kvalitetsindikator som rapportere remisjon hos pasienter med første gangs psykose. Indikatoren prøves ut gjennom en pilot ved et utvalg av enheter.

Psykoselidelser i schizofrenispektret (F-20-29 i ICD-10) utgjør sammen med de bipolare lidelser i underkant av 80 % av kostnadene knyttet til behandling og omsorg av mennesker med psykiske lidelser ("Pasienter i det psykiske helsevernet 2009" IS-1908):

http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00334/IS-1908_Pasienter_i_334719a.pdf

Psykoselidelsene som her omtales er en liten gruppe i utgangspunktet, men pga tidlig debut og lang varighet, er den personlige, familiemessige og samfunnmessige betydning stor. I faglig sammenheng har debutfasen av disse lidelsene fått stor oppmerksomhet de siste 20 årene, både klinisk og forskningsmessig, og man kan nå konkludere med at det er mulig å oppnå sekundærforebygging, dvs påvirke forløpet i positiv retning, gjennom målrettede tidligintervensjonsstrategier.

Første-episode psykose (FEP) gruppen er av flere grunner en meget velegnet "indikatorpopulasjon" som resultatindikator. Gruppen er viktig av kliniske og samfunnmessige grunner, den er vanskelig og utfordrende, og den er en relativt liten gruppe tallmessig, og derfor lett å holde oversikt over. Tilstanden er relativt enkel å diagnostisere, det går an å angi tidspunkt for sykdomsstart og evt forsinkelse i oppstart av spesialisert behandling. Varighet av ubehandlet psykose (VUP) er allerede innført som prosess- og resultatindikator. Videre er det mulig å angi tidspunkt for tilfriskning, dvs psykoseopphør, at pasienten går i remisjon. Man vurderer start og opphør av psykosesymptomer ved hjelp av en internasjonal konsensusbasert standard: positiv og negativ symptomskala (PANSS). Gitt en adekvat spesialisert behandling kan man regne at ca 70 % av FEP bør ha oppnådd remisjon, dvs være ute av psykosen, innen ett år etter oppstart av behandling.

Nye "Nasjonale retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av psykoselidelser" (for tiden på intern høring i Helsedirektoratet) fokuserer også på denne FEP, og psykosestart/-slutt. Denne indikatoren vil derfor ha utgangspunkt i nasjonale retningslinjer, og sammen med VUP understøtte innføring og etterlevelse av disse.

8. Andre forslag

8.1 *Utvikling på forskjell i levealder*

Det er påvist klare sammenhenger mellom levetid og psykiske lidelser. Dette er en av de største helsepolitiske utfordringene vi står ovenfor. En bedret kvalitet på tjenesten kan bidra til endring over tid. Arbeidsgruppen vurderer derfor at det er viktig å følge utviklingen på forskjell i levealder mellom mennesker med alvorlige psykiske lidelser og befolkningen forøvrig, noe som bør synliggjøres gjennom nasjonal statistikk.

Arbeidsgruppen anbefaler at det fremskaffes årlig statistikk som sier noe om levealder til de som har hatt behov for tilbud fra psykisk helsevern/rus sammenlignet med befolkningen forøvrig. Hensikten må være å følge utviklingen over tid, med overordnet problemstilling: "Hvordan endrer mortaliteten seg for pasienter innen psykisk helsevern i Norge, sammenlignet med normalbefolkningen." Det bør også legges til rett for å bryte ned data for sammenligning på kjønn, fylke og diagnosegrupper.

Arbeidsgruppen ser at dette perspektivet på kvalitet skiller seg vesentlig fra de andre etablerte og foreslått kvalitetsindikatorer, både når det gjelder innhenting av data og mulighet til å vurdere indikatoren mot kvaliteten på tjenesten lokalt. Arbeidsgruppen har derfor drøftet om dette heller bør benevnes som et nasjonalt kvalitetsprosjekt eventuelt etableres som et forskningsprosjekt. Det sentrale er at det er sammenhengen mellom levealder og kvalitet på tjenesten og at en på nasjonalt nivå vurderer utjevning av levealder som en heving av kvaliteten på helsetjenesten innenfor PHV og TSB.

8.2 *Evaluering av individuell plan som samhandlingsverktøy*

Individuell plan (IP) er et verktøy for samhandling og muliggjør gode pasientforløp for pasienter med en sammensatt problematikk. Samhandling og koordinering av tjenestene er et av de store satsningsområdene innen helsetjenesten fremover. Rapporter fra tilsynsmyndigheter viser at verktøyet i varierende grad er tatt i bruk. Delvis med bakgrunn i uklar ansvarsfordeling mellom 1. og 2. linjen. Arbeidsgruppen stiller spørsmål ved hvor godt er IP etablert, eventuelt hvorfor det ikke tas i bruk som forventet og anbefaler en evaluering av IP som samhandlingsverktøy.

8.3 *Evaluering av GAF som nasjonalt verktøy for kartlegging av behandlingseffekt*

Arbeidsgruppen har vist til positive og negative sider ved GAF som nasjonalt evalueringsinstrument. Det har vist seg å være utfordrende å innføre et verktøy gjeldene for alle enheter og alle tilstandsbilder. Arbeidsgruppen har belyst både svakheter og fordeler ved GAF som måleinstrument og mener det er tidmessig riktig å anbefale en evaluering av GAF som nasjonalt verktøy for kartlegging av behandlingseffekt.

9. Evt. problemstillinger det bør jobbes videre med

Utvikling av kvalitetsindikatorer bør i ses i sammenheng med implementering av nasjonale retningslinjer. Det er viktig for å unngå at man på den ene siden jobber isolert med kvalitetsindikatorer og på den annen side med kvalitetsutvikling av tjenester gjennom retningslinjer.

Status retningslinjer i avdeling psykisk helsevern og rus:

- **Ferdigstilte:** Depresjon. LAR generelt, Gravide LAR.
- **Under utarbeidelse:** Avrusning. Utredning og behandling for psykiske lidelser og rus. Behandling av bipolare lidelser. Behandling av psykoselidelser. Behandling av spiseforstyrrelser. Veileder ADHD revideres til en retningslinje.
- **Under planlegging:** Behandling og rehabilitering av rusmiddelmissbrukere.

10. Ressursmessige konsekvenser

Arbeidsgruppen mener at ressursbruken ikke skal undervurderes. Det er viktig å vurdere kost/ nytte effekt ved nye kvalitetsindikatorer. En forutsetning for å lykkes ved etablering av nye kvalitetsindikatorer er at registrering, rapportering og uttak av resultater kan gjøres elektronisk. Arbeidsgruppen foreslår innføring av rapporteringer/kvalitets indikatorer, som innebærer ulike typer kostnader eller ressursbruk, først og fremst for helseforetakene og underliggende enheter:

1. Tilgang og tilrettelegging av skjemaer/instrumenter: Lisenskostnader, tilrettelegging for elektronisk registrering og tilbakemelding, resultatpresentasjon.
2. Opplæring i bruk av skjemaer/instrumenter: Tidsbruk for behandlere samt veileder.
3. Systematisk bruk av skjemaer/instrumenter i pasientkontakten: Tidsressurser for behandlere, tidsbruk til administrativ støtte og koordinering.
4. Tid til gjennomgang, felles drøfting av resultater: Tidsbruk for behandlere og faglige ledere. Kostnadene som vil påløpe er i noe grad engangskostnader (gjelder f eks punkt 1). Øvrige punkter vil i hovedsak være løpende ressursbruk. En stor andel av kostnadene vil være knyttet til behandlernes tidsbruk.

I hvilken grad det vil være behov for å tilføre ekstra ressurser versus det å frigjøre tid og ressurser innenfor eksisterende rammer, er et spørsmål som må vurderes lokalt og individuelt. Dette kan være en utfordring for mindre enheter. Arbeidsgruppen har imidlertid lagt vekt på å foreslå indikatorer som i stor grad bygger videre på etablerte strukturer (jfr anbefaling av GAF), og har hatt som utgangspunkt at det skal være mulig å implementere kvalitetsindikatorene innenfor eksisterende rammer. Arbeidsgruppen mener likevel at ressursbruken ikke skal undervurderes og at det er viktig å se denne opp mot nytten av å innføre nye kvalitetsindikatorer.

11. Referanser

- Aas, Monrad (2010). Global Assessment of Functioning (GAF): properties and frontier of current knowledge. *Annals of General Psychiatry*, 9.20.
- Aas, Monrad (2011). Guidelines for rating Global Assessment of Functioning (GAF). *Annals of General Psychiatry*, 10.2.
- Brynmore, Lloyd-Evans et al. (2011) Initiatives to shorten durations of untreated psychosis: systematic review, *The British journal of psychiatry*, 198, 256-263
- Duncan, Barry L et al (2010) *The heart and soul of change, second addition, chapter II, Delivering what works in therapy*
- Fallmyr, Øyvind Repål Arne (2002) Evaluering av GAF-skåring som en del av Minste Basis Datasett, *Tidsskrift for Norsk psykologforening* 2002-39
- Guide to Audit, *The Pharmaceutical Journal* vol 275, s. 203-204
- www.pjonline.com/pdf/society/pj_20050813_guidetoaudit.pdf
- Hanssen-Bauer, Ketil. Presentasjon R-BUP Sør-Øst. Resultat/Outcome mål i BUP, C-gas
- Helse 01/2011 *Magasin fra Helse Midt-Norge*
- Hofgard, Tor Levin, (2011) Mindre rutine - mer menneske, *Tidsskrift for Norsk psykologforening* (2011) 48
- Kilbourne, Amy M (2010) Challenges and opportunities in measuring the quality of mental health care, *The Canadian journal of Psychiatry*, Vol 55, No 9
- Landrigan, Christopher P. et al (2010) Temporal trends in rates of patient harm resulting from medical care. *The new England journal of medicine*, 363;22 November 25, 2010
- Principles for Best Practice in Clinical Audits 2002, National Institute for Clinical Excellence (NICE) www.nice.org.uk/niceMedia/pdf/BestPracticeClinicalAudit.pdf
- Rapport fra kunnskapssenteret (nr16 -2010) Forslag til rammeverk for et nasjonalt kvalitetsindikatorsystem for helsetjenesten
- Rammeverk for et indikatorsystem i helsetjenesten (IS-1878):
- http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00319/Rammeverk_for_kvalli_319359a.pdf
- Rapport Helsedirektoratet, Pasienter i det psykiske helsevernet 2009, IS-1908
- Rapport Sosial og helsedirektoratet IS-0050: Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring av sosial – helsetjenesten til rusmiddelmissbrukere
- Rapport Sosial og helsedirektoratet: Evaluering av systemet med nasjonale kvalitetsindikatorer for spesialisthelsetjenesten, Juni 2006
- Rapport Sosial og helsedirektoratet: Kartlegging av individuelle planer i landets kommuner 2011, Rapport fra Rambøll
- Ruud, Torleif (2009) Mental health quality and outcome measurement and improvement in Norway, *Current opinion In psychiatry* 2009, 22:631-635
- Ruud, Torleif (2010) Notat til helsedirektoratet, Stratege for kvalitet og kompetanse i psykisk helsearbeid og psykisk helsevern
- Spaeth-Rublee et al. (2010) Measuring quality of mental health care: A review of initiatives and programs in selected countries, *Can J. psychiatry*. 2010;55(9): 539-548
- Structured Clinical Interview for the Positive and Negative Syndrome Scale, SCI-PANSS. L. A. Opler, M.D., Ph.D. S. R. Kay, Ph.D. J. P. Lindenmayer, M.D. A. Fisbein, M.D.
- Veileder fra Helsedirektoratet: Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge IS-1570
- Veileder fra Sosial og helsedirektoratet: Og bedre skal det bli. Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial og helsetjenesten IS-1162
- Wahlbeck, Kristian et al. (2011) Outcomes of Nordic health systems: Life expectancy of patients with mental disorders, *The British journal of Psychiatry* (2011) 198

12. Vedlegg

Som vedlegg presenterer arbeidsgruppen forslag til kvalitetsindikatorer i standardisert skjema. Det vil være behov for en videre gjennomgang og kvalitetssikring for å ferdigstille foreslåtte indikatorer. Arbeidsgruppen ser for seg at dette kan gjøres i samarbeid med Kunnskapssenteret.

1. Andel med bedret funksjonsnivå (symptomnivå) etter behandling

Indikator nivå: (Nasjonal indikator, HF, evt andre)

Indikator kpt 6.2.3	Indikator relatert til: PHV	Indikator (Navn) Andel med bedret funksjonsnivå etter behandling
Versjon nr	Godkjent av:	Godkjent dato

Beskrivelse av indikatoren

Definisjon av indikatoren: andel pasientene med bedret funksjonsnivå, etter behandling
Begrepsavklaringer: Bedret funksjonsnivå: Bedring på funksjonsskala. Konkrete mål er avhengig av hvilket verktøy man velger. Funksjonsnivå er det primære målet for indikatoren
Begrunnelse, referanser, evidens: Valgt behandling skal ha dokumentert effekt jmf prioriteringsforskriftene. Valgte måleverktøy må ha dokumentert validitet.
Type indikator: (Struktur, prosess, resultat) Resultat indikator
Indikatoren uttrykker: Andel pasienter som har et høyere funksjonsnivå ved avslutning behandling.

Metode for innsamling av data

Indikator populasjon		
	Indikator populasjon	Ekskluderende populasjon
Teller	Andel pasienter innen målgruppen med bedret funksjonsnivå. (Utvalg ikke definert)	
Nevner:	Alle pasienter innen målgruppen.	
Datakilde:		
Bearbeiding, aggregering og rapportering av data:		

Tolking, presentasjon og bruk av resultater

Indikatoren brukes som: (styringsinformasjon, kvalitetsforbedring, osv) Kvalitetsforbedring
Underliggende faktorer som kan forklare variasjon
Analyse og presentasjon av data

2. Ikke planlagt brudd i behandlingsforløp

Indikator nivå: (Nasjonal indikator, HF, evt andre)

Indikator Kpt 6.3.1	Indikator relatert til: (TSB)	Indikator Ikke planlagt brudd i behandlingsforløp
Versjon nr	Godkjent av:	Godkjent dato

Beskrivelse av indikatoren

Definisjon av indikatoren: Andel avbrutte behandlingsforløp av totalt antall påbegynte behandlingsforløp, under 23 år
Begrepsavklaringer: Behandlingsforløp: Tid fra påbegynt behandling til behandling avsluttes. Forutsetter at det foreligger en plan for behandling (behandlingsplan) Ikke planlagt brudd: Et behandlingsforløp som opphører tidligere enn planlagt, uansett årsak. Spesialisthelsetjenesten: Alle enheter som yter TSB for rusmiddelmisbruk.
Begrunnelse, referanser, evidens: Et gjennomført behandlingsforløp er en forutsetning for vellykket behandling. Avbrutt behandling er en spesiell utfordring for fagfeltet. Grad av gjennomførte pasientforløp er også et spørsmål om tilgjengelige tjenester og fleksibilitet i behandlingstilbudet. Det bør derfor være en målsetting å redusere brudd i behandling. Avbrutt behandling kan peke på behovet for å utvikle mer fleksible planer for behandling slik at avbrudd i større grad kan unngås.
Type indikator: (Struktur, prosess, resultat) Prosess/resultat
Indikatoren uttrykker: <ul style="list-style-type: none">• Kontinuitet i behandling• Tiltakenes evne til å gi et individuelt tilpasset behandlingstilbud• Rusmisbrukernes ønske om /evne til å fullføre et behandlingssopplegg

Metode for innsamling av data

Indikator populasjon		
	Indikator populasjon	Ekskluderende populasjon
Teller	Antall avbrutte behandlingsforløp, førstegangshenviste under 23 år	
Nevner:	Antall påbegynte behandlingsforløp, førstegangshenviste under 23 år	
Datakilde:		
Bearbeiding, aggregering og rapportering av data:		

Tolking, presentasjon og bruk av resultater

Indikatoren brukes som: (styringsinformasjon, kvalitetsforbedring, osv) Kvalitetsforbedring
Underliggende faktorer som kan forklare variasjon
Analyse og presentasjon av data

3. Registrering av remisjon hos pasient med første episode psykose (F20-29)

Registrering av remisjon hos pasient med første episode psykose (F20-29)

Skjemaet gir grunnlag for rapportering til Norsk pasientregister for bruk som en nasjonal kvalitetsindikator innen psykisk helsevern. Skjemaet bes oppbevart ved institusjonen for eventuell bruk ved evaluering av Remisjon som indikator.

Remisjon er definert slik: 1) På det tidspunkt det foreligger en PANSS skåre tilsvarende 3 eller mindre på alle delskalene: P1 Vrangforestillinger, P2 Tankemessig desorganisering, P3 Hallusinatorisk atferd, G5 Unaturlig, maniert notorisk atferd og kroppsholding, G9 Uvanlig tankeinnhold, N1 Affekt-Matthet, N4 Passiv/apatisk sosial tilbaketrekning, N6 Mangel på spontanitet/ledighet i samtale og 2) der Tidskriteriet; varighet minst 6 måneder er oppfylt

Institusjon: _____ Avdeling: _____ Pasient: _____
<p>Skjemaet fylles ut ved rapporttidspunkt for pasienter som fyller kriteriene nedenfor.</p> <p><input type="checkbox"/> Første sykdomsepisode med psykotiske symptomer (I løpet av siste 12 mnd ved rapporttidspunkt) som beskrevet nedenfor</p> <p><input type="checkbox"/> Alder __ __</p> <p>Diagnose ICD-10 i området F20-29. Diagnose: F __ __ . __ __</p>
<p>Dato (omtrent) da pasienten når et symptomnivå på alle følgende PANSS variabler med en skåre 3 eller mindre for første gang: __ __ . __ __ . __ __</p> <p>(vurderingene bak symptomene tilsvarer skåre 3)</p> <p><input type="checkbox"/> P1 Vrangforestillinger: Forekomst av en eller to vrangforestillinger som er vage, ikke utkrystalliserte og som ikke fastholdes iherdig. Vrangforestillingene påvirker ikke pasientens tenkning, sosiale relasjoner eller atferd.</p> <p><input type="checkbox"/> P2 Tankemessig desorganisering: Tenkningen er omstendelig, på siden av temaet eller med tvilsom logikk. Der er til dels vanskeligheter med å bruke tenkningen målrettet, og springende assosiasjoner kan komme frem når pasienten blir utsatt for press.</p> <p><input type="checkbox"/> P3 Hallusinatorisk atferd: En eller to klart uttrykte, men ikke ofte forekommende hallusinasjoner eller flere diffuse unormale perseptuelle opplevelser som ikke forvrenger tenkningen eller atferden. .</p> <p><input type="checkbox"/> N1 Affekt-matthet: Forandringer i ansiktsmimikk og kroppsspråk, som virker oppstyltet, tvungent, kunstig eller lite modulert .</p> <p><input type="checkbox"/> N4 Passiv/apatisk sosial tilbaketrekning: Viser tilfeldig interesse for sosiale aktiviteter, men tar sjelden initiativ. Omgås vanligvis bare med andre når de først har tatt kontakt.</p> <p><input type="checkbox"/> N6 Mangel på spontanitet og ledighet i samtale: Pasienten utviser lite initiativ i samtale. Pasientens svar blir kortfattede og lite utdypende, og intervjueren må stille ledende eller direkte spørsmål.</p> <p><input type="checkbox"/> G5 Unaturlig, maniert motorisk atferd: Noe keitete bevegelser eller lettere stivhet i kroppsholdning.</p> <p><input type="checkbox"/> G9 Uvanlig tankeinnhold: Tankeinnholdet er noe rart eller særegent, eller pasienten føyer velkjente idéer inn i en underlig sammenheng.</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Tidskriterium; varighet minst 6 måneder</u></p> <p><input type="checkbox"/></p>

Tekst hentet fra definisjonen av remisjon som kvalitetsindikator

Remisjon ved første episode ikke-affektiv psykose (F 20-29 ICD-10). Indikatoren uttrykker antall pasienter som utskrives med diagnosene F 20-29 og som på rapporteringstidspunktet vurderes å ha gått i symptom remisjon.

Remisjon: Tidspunkt for når første sykdomsepisode vurderes å ikke lenger være aktivt psykotisk

(basert på alle tilgjengelige informasjonskilder) og der denne perioden har vart i 6 måneder.

Remisjon: Pasienten er ikke lenger aktivt psykotisk med symptomer som vrangforestillinger, hallusinasjoner, tankeforstyrrelser eller upassende/bisarr atferd som ikke åpenbart kan forklares med organiske årsaker. Det tilsvarer at pasienten skårer 3 eller lavere på alle følgende PANSS-symptomene: P1 Vrangforestillinger, P2 Tankemessig desorganisering, P3 Hallusinatorisk atferd N1 Affekt-matthet: Forandringer i ansiktsmimikk og kroppsspråk, som virker oppstyltet, tvungent, kunstig eller lite modulert, N4 Passiv/apatisk sosial tilbaketrekning, N6 Mangel på spontanitet og ledighet i samtale, G5 Unaturlig, maniert motorisk atferd, G9 Uvanlig tankeinnhold, og der denne perioden har vart i 6 måneder.

Første episode ikke-affektiv psykose: Pasienten fyller kriteriene i ICD-10 (F 20-29) for schizofreni, schizofreniform lidelse, schizoaffektiv lidelse, vrangforestillingsforstyrrelse, kortvarig psykotisk forstyrrelse, eller psykotiske lidelser NOS.