

Indikator	Indikator relatert til: Nasjonalt indikatorsett Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	<b>Indikator:</b> Epikrisetid ved utskrivning fra døgnbehandling i TSB
Versjon nr: 1.1	Godkjent av:	Godkjent dato: Juni 2015

## 1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN

### **Definisjon av indikatoren:**

Andel epikriser som er skrevet og utsendt innen 1 og 7 dager<sup>1</sup> etter utskrivningsdato fra døgnbehandling i TSB i rapporteringsperioden

### **Begrepsavklaringer:**

#### ***Epikrise***

Er beskrevet i Forskrift om pasientjournal §9 og er en sammenfatning av journalopplysninger som sendes til det helsepersonell som trenger opplysninger for å kunne gi pasienten nødvendig og forsvarlig oppfølging. Pasienten har også rett til å få tilsendt epikrise. Epikrisen er knyttet til én innleggelse ved et behandlingssted og tjener som dokumentasjon på pasientbehandlingen.

#### ***Epikrisetid***

Tid (i dager) som går med fra pasienten skrives ut fra behandlingsstedet (utskrivningsdato) til epikrisen er sendt ut elektronisk eller pr post til primærhelsetjenesten/fastlege eller ev. andre mottakere.

Dersom det ikke er mulig å sende epikrise samtidig med utskrivning, skal epikrise uansett sendes innen forsvarlig tid etter at helsehjelpen er avsluttet.

#### **Avslutningsdato**

Døgnopphold: den dato pasienten avslutter sitt opphold ved institusjonen (utdato på døgnopphold).

For ikke-planlagte avslutninger defineres avslutningsdato som den dato døgnavdeling bestemmer at /døgnoppholdet skal avsluttes.

### **Begrunnelse, referanse, evidens:**

Epikrisetid er et uttrykk for samhandling og kommunikasjon av relevant informasjon. Indikatoren er et effektivt mål på hvordan spesialisthelsetjenesten kommuniserer med henviser, øvrige tjenester og pasienten selv.

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

Lang epikrisetid svekker pasientens mulighet til å få kontinuitet i behandlingen og sikker oppfølging etter utskrivning fra døgnbehandling. Gjennom måling av epikrisetid rettes oppmerksomheten mot å redusere uønsket lang epikrisetid.

**Type indikator:** Prosessindikator

**Indikatoren uttrykker:**

Andel av epikrisene som er sendt ut innen 1 og 7 dager av alle avsluttede døgnopphold i TSB i rapporteringsperioden

## 2. METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

**Indikatorpopulasjon for innlagte pasienter (døgnopphold):**

	<b>Inkludert populasjon</b>	<b>Ekskludert populasjon</b>
<b>Teller</b>	Antall sendte epikriser innen 1 og 7 dager etter utskrivning fra døgnopphold i TSB i rapporteringsperioden	Ekskludert populasjon: Dagopphold Poliklinikk Opphold der pasienten ikke har samtykket til utsendelse av epikrise
<b>Nevner</b>	Summen av totalt antall sendte epikriser + antall manglende epikriser etter avsluttet døgnopphold i rapporteringsperioden i TSB	

Indikatoren uttrykkes i prosent:

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

Nasjonal rapportering av indikatoren skal skje på sykehus-/institusjonsnivå.

Andre måltall i indikatordefinisjonen som publiseres:

- Totalt antall sendte epikriser i rapporteringsperioden i TSB
- Antall sendte epikriser innen 7 dager etter utskrivning fra døgnopphold i TSB
- Totalt antall manglende epikriser etter avsluttet behandling i TSB
- Andel epikriser sendt innen 1 dag etter pasienten utskrives i TSB

**Datakilde:** Norsk pasientregister (NPR)<sup>2</sup>

**Bearbeiding, aggregering og rapportering av data:**

Indikatoren utarbeides på grunnlag av registrert aktivitetsdata fra helseforetakene som innrapporteres til Norsk pasientregister.

<sup>2</sup> NPR-melding eks. 49.0.1: <http://www.helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/norsk-pasientregister-npr/innrapportering/rapporteringsformat/Sider/default.aspx>

Nasjonal rapportering av indikatoren skal skje på behandlingssted/helseforetaksnivå/region. Det er helseforetaksnivå som er første visning i publiseringsløsningen.

### 3. TOLKNING, PRESENTASJON OG BRUK AV RESULTATER

#### **Indikatoren brukes som:**

- Grunnlag for kvalitetsforbedring
- Informasjon til pasienter og henvisende instans
- Styringsinformasjon

#### **Underliggende faktorer som kan forklare variasjoner:**

Ingen spesielle forhold

#### **Analyse og presentasjon av data:**

Data på avdelingsnivå og lavere nivåer foreslås brukt i lokalt styrings- og forbedringsarbeid.

Data publiseres på helseforetaksnivå hvert tertial på nettsiden [www.helsenorge.no](http://www.helsenorge.no)