

Notat

Går til: Styremedlemmer
Føretak: Helse Vest RHF
Dato: 19.01.2007
Frå: Administrerende direktør Herlof Nilssen
Sakshandsamar: **Hilde Rudlang**
Saka gjeld: **Individuell plan – Riksrevisjonen sine merknadar**

Styresak 003/07 O

Administrerende direktør si orientering pkt. 5

Styremøte 14.02. 2007

Bakgrunn

I samband med administrerende direktør si orientering om Riksrevisjonen sitt dokument nr. 1 (2006 – 2007), bad styret om ei orientering om kvifor berre 5 % av pasientane innan barnerehabilitering ved Stavanger Universitetssjukehus har fått utarbeidd individuell plan.

Riksrevisjonen hadde følgjande merknad til praktiseringa av forskrift om individuell plan (side 85):

(...) 36 prosent av pasientene innenfor barnehabilitering hadde pr 3. tertial 2005 fått utarbeidet individuell plan. Det er store variasjoner mellom sykehusene, fra 5 prosent ved Stavanger Universitetssykehus HF i Helse Vest til 88 prosent ved Akershus universitetssykehus HF i Helse Øst. Det er ikke mulig å vurdere utviklingen innen barnehabilitering, siden referansegrunnlaget ble endret fra 2004 til 2005. Det er videre ikke satt noe mål for hvor stor andelen bør være. De regionale helseforetakene melder om at de store variasjonene skyldes ulik praksis og ulikhet i registreringen i helseforetakene, samt at det er behov for systemforbedringer, kompetanseheving og bedre rapporterings- og registreringsrutiner.

Kommentarar

Det eksisterar tre nasjonale kvalitetsindikatorar knytt til individuell plan (IP). Dei skal måle prosentdelen med IP:

- blant pasientar i barnehabiliteringstenestene
- blant pasientar med diagnose ADHD i psykisk helsevern for barn og unge
- blant pasientar med diagnosen schizofreni i psykisk helsevern for vaksne

Sosial- og helsedirektoratet er ansvarleg for indikatordefinisjonane, og Norsk pasientregister (NPR) samlar inn data. Resultata på institusjonsnivå har vore publisert på sykehusvalg.no.

I oppdragsdokumentet til Helse Vest RHF for 2007 ligg det krav om rapportering på alle desse indikatorane i den tertialvise rapportering til Helse- og omsorgsdepartementet.

Det er ikkje fastsett måltal for desse indikatorane.

Individuell plan for pasientar innanfor barnehabilitering

Indikatoren viser prosentdelen pasientar som har fått utarbeidd IP av dei som har lovfesta rett til IP. Feilkjelder er at resultatet på indikatoren vil bli påverka av pasientsamansettinga, av kor mange som har rett til IP, og av kor mange som samtykker i at det blir utarbeida slik plan (pasient eller pårørende kan vegre seg mot utarbeiding av IP).

Prosentdel med individuell plan, barnehabilitering:

	1. tertial 2005	2. tertial 2005	3. tertial 2005	1. tertial 2006	2. tertial 2006
Helse Stavanger HF	32	8	5	5	17
Helse Fonna HF	96	-	46	43	37
Helse Bergen HF	32	38	76	37	46
Helse Førde HF	33	28	38	43	36
<i>Helse Vest RHF</i>		<i>32</i>			<i>28</i>
<i>Landet</i>		<i>26</i>			<i>26</i>

Desse tala er usikre. Talet på pasientar til dels små, noko som gir store utslag på indikatoren.

Det har vore stor grad av usikkerheit rundt forståinga av korleis indikatoren skal registrerast og rapporterast. Dette har vore drøfta i Sosial- og helsedirektoratet og NPR, og indikatordefinisjonen har vore justert. Men framleis eksisterer det usikkerheit om alle tolkar definisjonane likt. Det er mogleg at dette har samanheng med at det manglar ein einskapeleg aktivitetsregistrering innanfor dette fagfeltet. Når registrerings- og rapporteringspraksis varierar mellom helseføretaka, er tala heller ikkje samanliknbare.

Helse Stavanger skil seg ut med variable resultat på denne indikatoren, og til dels dårlegare resultat enn gjennomsnittet for regionen og landet.

Ei forklaring på dette er at barnehabiliteringa i Helse Stavanger, Østerlide, driv diagnostikk og utredning i større omfang enn dei fleste barnehabiliteringstenestene i landet. Østerlide har derfor mange små barn inne til poliklinisk vurdering for avklaring av evt. diagnose. Dette er ofte for tidleg i habiliteringsprosessen til å vurdere behovet for langvarige og koordinerte tenester, og foreldre takkar som oftast nei til IP på eit så tidleg stadium.

Indikatordefinisjonen inneber at desse pasientane blir registrert til ikkje å ha individuell plan, og dei inngår dermed i nemnaren. Dette vil påverke resultatet på indikatoren i negativ retning, jf. òg omtale av feilkjelder ovanfor.

I tillegg til innsamling av indikatortal for IP, blei det i 2006 gjennomført tilsyn med barnehabiliteringstenesta i Helse Stavanger, Helse Fonna og Helse Førde. I samlerapporten vurderar Helsetilsyna i Sogn og Fjordane, Hordaland og Rogaland arbeidet med IP slik:

Barnehabiliteringstenestene har rutinar for utarbeiding av individuelle planar. Dei informerer foreldre om føremålet med individuell plan og retten til å få plan. Det var uventa at ikkje alle tok initiativ til og sjølve sette i gang arbeidet med individuell plan for barn som ikkje hadde, men hadde rett til og ønskte å få slik plan. Barnehabiliteringstenesta har same ansvar som kommunane for å setje i gang det praktiske planarbeidet. Individuell plan blir nytta som kvalitetsindikator i barnehabiliteringstenesta. Det er grunn til å stille spørsmål om kva denne indikatoren egentlig skal vere uttrykk for.

I styringsdokumentet for 2007 blir helseføretaka bedne om å etablere rutinar som sikrar at det blir starta opp arbeid med IP til barn som har rett til, og ønskje om, slik plan.

Det blir i styringsdokumentet for 2007 vidare understreka at helseføretaka skal leggje til rette for innsamling og rapportering av indikatorar, at rapporteringsfristar blir overhaldne, og at talgrunnlaget for dei nasjonale indikatorane blir kvalitetssikra.

Problemstillingane rundt forståinga av indikatoren vil på ny bringast inn for Sosial- og helsedirektoratet. Dersom ein oppnår meir likearta registrering av indikatoren, ville indikatoren kunne seie noko om samarbeidet med kommunane om utarbeiding av IP.

Individuell plan for pasientar med diagnose ADHD i psykisk helsevern for barn og unge

Indikatoren viser prosentdel pasientar innanfor psykisk helsevern for barn og unge (BUP) med diagnosen ADHD (F90 - hyperkinetiske forstyrringar) som har fått utarbeidd IP av dei som har lovfesta rett til IP. Prosentdelen er regna for pasientar med ADHD som har motteke to eller fleire direkte tiltak i BUP.

Resultatet på indikatoren blir påverka av pasientsamansettinga, av kor mange som har rett til IP, og av kor mange som samtykker i at det blir utarbeida slik plan (pasient eller pårørande kan vegre seg mot utarbeiding av IP).

I mange tilfeller vil institusjonane oppleve at ADHD-pasientar blir tilvist til BUP for utredning. Når BUP berre gjer ei utredning eller rettleiing, for eksempel med berre ein konsultasjon, synes det ikkje rimeleg at BUP skal delta i utarbeidinga av ein IP. Dette går fram av definisjonen Sosial- og helsedirektoratet har av indikatoren. Kor stor del av pasientane dette gjeld, vil òg påverke resultatet på indikatoren.

Prosentdel med individuell plan blant pasientar med diagnose ADHD i psykisk helsevern for barn og unge:

	1. tertial 2006	2. tertial 2006
Helse Stavanger HF	1	2
Helse Fonna HF	14	16
Helse Bergen HF	22	20
Helse Førde HF	7	9
Private		20
<i>Helse Vest RHF</i>	<i>12</i>	<i>13</i>
<i>Landet</i>	<i>10</i>	<i>10</i>

Helse Stavanger har ein lav prosentdel med IP samanlikna med dei andre helseføretaka i regionen og med landsgjennomsnittet.

Ei forklaring på dette er at dei fleste ADHD-utredningar i Helse Stavanger er svært kortvarige og polikliniske. Pasientane blir etter utredning følgt opp av fastlegen; fastlegane blir kalla inn til "treningsmøte" to gongar i året. Behandlingsresultata skal vere like gode ved denne framgangsmåten. Jf. definisjonen av indikatoren ovanfor, er det i slike tilfelle ikkje rimeleg å forvente at BUP skal utarbeide IP.

Denne indikatoren vil, så langt vi kjenner til, bli teken opp til vurdering i Sosial- og helsedirektoratet i 2007. Eit forslag til forbetring, er å skifte diagnosegruppe til ei gruppe der ikkje feilkjeldene er like store.

Individuell plan for pasientar med diagnosen schizofreni i psykisk helsevern for vaksne

NPR har foreløpig ikkje berekna denne indikatoren på grunn av manglande rapportering på det nye rapporteringsformatet. Berekning av indikatoren føreset rapportering på nytt format.

I styringsdokumentet for 2007 blir helseføretaka bedne om å prioritere arbeidet med å betre rapporteringa, med særleg vekt på å rapportere i nytt format.