

2018

RAPPORT
Poliklinisk aktivitet og funksjonsglidning
innen PHV og TSB
2013-2017

Lovisenberg

Oktober 2018

Versjon 1.1

Morten Eimot

Tor Øystein Seierstad



Viktig melding til leser!

*Tallene i denne rapporten er ikke en beskrivelse av virkeligheten,
men den virkelighet statistikken beskriver.*

Innholdsfortegnelse

DEL I	INNLEDNING	6
1.1	Oppdrag	6
1.2	NPR uttrekk	7
1.3	Begreper benyttet i rapporten	10
1.4	Datakvalitet	11
1.5	Konklusjon granskning mht. datakvalitet	15
1.6	Konsekvens av mangelfull datakvalitet	15
1.7	Behov for en nasjonal opprydding	16
DEL II	PSYKISK HELSEVERN VOKSNE (PHV)	17
2.1	PHV DIPS-SYKEHUS ANSVARLIG FOR BEHANDLINGSSERIEN	18
2.1.1	PHV DIPS-sykehus «Ansvarlig for behandlingsserien» fordelt på helsepersonellgrupper	19
2.1.2	PHV Helse Nord «Ansvarlig for behandlingsserien» fordelt på helsepersonellgrupper	20
2.1.3	PHV Helse Sør-Øst «Ansvarlig for behandlingsserien» fordelt på helsepersonellgrupper ...	21
2.1.4	PHV Helse Vest «Ansvarlig for behandlingsserien» fordelt på helsepersonellgrupper	22
2.1.5	PHV FORETAK – «Ansvarlig for behandlingsserien» fordelt på helsepersonellgrupper	23
2.2	PHV DIPS UTFØRENDE HELSEPERSONELLS DELAKTIGHET I KONTAKT	24
2.2.1	PHV DIPS-sykehus «Utførende helsepersonell» fordelt på helsepersonellgrupper	25
2.2.2	PHV Helse Nord «Utførende helsepersonell» fordelt på helsepersonellgrupper	26
2.2.3	PHV Helse Sør-Øst «Utførende helsepersonell» fordelt på helsepersonellgrupper	27
2.2.4	PHV Helse vest «Utførende helsepersonell» fordelt på helsepersonellgrupper	28
2.2.5	PHV FORETAK – «Utførende helsepersonell» fordelt på helsepersonellgrupper	29
2.3	PHV DIPS-SYKEHUS, HVA GJØR SYKEPLEIERE	30
2.3.1	PHV DIPS-SYKEHUS, Helsefaggruppe sykepleier, Inntaks- og førstegangssamtale (P10)	31
2.3.2	PHV DIPS-SYKEHUS, Helsefaggruppe sykepleier, Utredning og behandling	31
	(P12, P12a og P12b)	31
2.3.3	PHV DIPS-SYKEHUS, Helsefaggruppe sykepleier, Behandling i gruppe (P16).....	31
2.3.4	PHV DIPS-SYKEHUS, Helsefaggruppe sykepleier, Ambulant kontakt (P17)	31

2.4 PHV DIPS-SYKEHUS, HVILKE PASIENTGRUPPER MØTER SYKEPLEIER	32
2.4.1 PHV DIPS-SYKEHUS, F00-F09 Organiske, inkl. symptomatiske, psykiske lidelser.....	33
2.4.2 PHV DIPS-SYKEHUS, F10-F19 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer	33
2.4.3 PHV DIPS-SYKEHUS, F20-F29 Schizofreni, schizotyp lidelse og paranoide lidelser	33
2.4.4 PHV DIPS-SYKEHUS, F30-F39 Affektive lidelser stemningslidelser.....	34
2.4.5 PHV DIPS-SYKEHUS F40-F48 Nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelse	34
2.4.6 PHV DIPS-SYKEHUS, F50-F59 Atferdssyndromer forbundet med	34
fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer.....	34
2.4.7 PHV DIPS-SYKEHUS, F60-F69 Personlighets- og atferdsforstyrrelser hos voksne	34
2.4.8 PHV DIPS-SYKEHUS, F70-F79 Psykisk utviklingshemming	34
2.4.9 PHV DIPS-SYKEHUS, F80-F89 Utviklingsforstyrrelser	35
2.4.10 PHV DIPS-SYKEHUS F90-F98 Atferds- og følelsesmessige forstyrrelser som vanligvis oppstår i barne- og ungdomsalder	35
2.4.11 PHV DIPS-SYKEHUS F99 Uspesifisert psykisk lidelse.....	35
2.4.12 PHV DIPS-SYKEHUS, R40-R46 Symptomer og tegn med tilknytning til kognisjon, persepsjon, emosjonell tilstand og atferd	35
2.4.13 PHV DIPS-SYKEHUS, Kap. 21 Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z-koder)	36
2.4.14 PHV DIPS-SYKEHUS, Kap. 18 Symptomer, tegn, unormale kliniske funn og laboratoriefunn, ikke klassifisert annet sted, alle R-koder ekskludert R40-R46.....	36
2.4.15 Somatikk: ICD-10 kap. 1,2,3,4,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16, 17,19,20 og 22	36
3.1 PHV HELSE-MIDT FORETAKENE UTFØRENDE HELSEPERSONELL.....	37
3.1.1 PHV Helse Midt «Utførende helsepersonell i foretaket» fordelt på helsepersonellgrupper	38
3.1.2 PHV Helse Midt «Utførende helsepersonell i foretaket» fordelt på helsepersonellgrupper	39
3.2 PHV HELSE-MIDT FORETAKENE, HVA GJØR SYKEPLEIERE	39
3.3 PHV HELSE-MIDT FORETAKENE, HVILKE PASIENTGRUPPER MØTER SYKEPLEIER	39

DEL III	TVERRFAGLIG SPESIALISERT	RUSBEHANDLING (TSB)	40
4.1	TSB DIPS-SYKEHUS ANSVARLIG FOR BEHANDLINGSSERIEN		41
4.1.1	TSB DIPS-sykehus «Ansvarelig for behandlingsserien» fordelt på helsepersonellgrupper		42
4.1.2	TSB Helse Nord «Ansvarelig for behandlingsserien» fordelt på helsepersonellgrupper		43
4.1.3	TSB Helse Sør-Øst «Ansvarelig for behandlingsserien» fordelt på helsepersonellgrupper		44
4.1.4	TSB Helse Vest «Ansvarelig for behandlingsserien» fordelt på helsepersonellgrupper		45
4.1.5	DIPS FORETAK – «Ansvarelig for behandlingsserien» fordelt på helsepersonellgrupper		46
4.2	TSB DIPS UTFØRENDE HELSEPERSONELLS DELAKTIGHET I KONTAKT		47
4.2.1	TSB DIPS-sykehus «Utførende helsepersonell» fordelt på helsepersonellgrupper		48
4.2.2	TSB Helse Nord «Utførende helsepersonell» fordelt på helsepersonellgrupper		49
4.2.3	TSB Helse Sør-Øst «Utførende helsepersonell» fordelt på helsepersonellgrupper		50
4.2.4	TSB Helse Vest «Utførende helsepersonell» fordelt på helsepersonellgrupper		51
4.2.5	TSB DIPS FORETAK – «Utførende helsepersonell» fordelt på helsepersonellgrupper		52
4.3	TSB DIPS-SYKEHUS, HVA GJØR SYKEPLEIER		53
4.3.1	TSB DIPS-SYKEHUS, Helsefaggruppe sykepleier, Inntaks- og førstegangssamtale (P10)		54
4.3.2	TSB DIPS-SYKEHUS, Helsefaggruppe sykepleier, Utredning og behandling		54
	(P12, P12a og P12b)		54
4.3.3	TSB DIPS-SYKEHUS, Helsefaggruppe sykepleier, Behandling i gruppe (P16)		54
4.3.4	TSB DIPS-SYKEHUS, Helsefaggruppe sykepleier, Ambulant kontakt (P17)		54
5.1	TSB HELSE-MIDT FORETAKENE UTFØRENDE HELSEPERSONELL		55
5.2	TSB HELSE-MIDT FORETAKENE, HVA GJØR SYKEPLEIER		55
5.3	TSB HELSE-MIDT FORETAKENE, HVILKE PASIENTGRUPPER MØTER SYKEPLEIER		55
DEL IV	OPPSUMMERING		56

DEL I INNLEDNING

1.1 Oppdrag

Norsk Sykepleierforbund har gjort avtale med Analysesenteret AS om å gjennomføre en studie basert på innhentede data fra NPR for polikliniske virksomhet innen Psykisk helsevern voksne (PHV) og Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) for årene 2013 t.o.m. 2017 for å synliggjøre evt. endringer over tid mht. i hvilket omfang, hvilke helsefaggrupper, jobber med hvilke pasientgrupper, på hvilken måte. Dette for om mulig bekrefte eller avkrefte følgende arbeidshypoteser på bakgrunn av tilbakemeldinger fra medlemmer innen PHV og TSB:

- Sykepleiere er på vei ut av poliklinisk virksomhet innen PHV og TSB
- Sykepleieres polikliniske aktivitet innen PHV og TSB er i økende grad knyttet til ambulante tjenester/team
- Sykepleieres polikliniske aktivitet innen PHV og TSB er i økende grad knyttet til gruppekonsultasjoner
- Sykepleiere ved poliklinikk innen PHV og TSB er i minkende grad behandler (1. behandler) ved individuelle konsultasjoner
- Sykepleiere ved poliklinikk innen PHV og TSB er i økende grad koterapeut (2.-5. behandler) ved individuelle konsultasjoner

Resultatene fremstilles på følgende nivå:

- Nasjonalt
- RHF
- HF

1.2 NPR uttrekk

Til grunn for analysen ligger separat uttrekk fra NPR mottatt 18.9 2018 basert på følgende variabler:

Tabell 1 Variabler NPR uttrekk

Variabel	Definisjon
Årstall	2013, 2014, 2015, 2016 og 2017
Aktivitetsområde	Psykisk helsevern voksne (PHV) og Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)
Omsorgsnivå	Omsorgsnivåene «poliklinisk dagbehandling» og «poliklinisk kontakt» er i denne studien slått sammen og behandles som ett felles omsorgsnivå
RHF – regionale helseforetak	Omfatter: <ul style="list-style-type: none"> - Helse Nord - Helse Midt - Helse Vest - Helse Sør-Øst
HF - helseforetak	Omfatter: <ul style="list-style-type: none"> - Alle helseforetak - Diakonhjemmet sykehus - Lovisenberg diakonale sykehus - Helse Nord privat (avtalespesialister) - Helse Midt privat (avtalespesialister) - Helse Vest privat (avtalespesialister) - Helse Sør-Øst privat (avtalespesialister)
Utførende helsepersonell Rolle 1 = Ansvarlig	Ansvarlig for den aktuelle kontakt fordelt på følgende helsepersonellgrupper: <ul style="list-style-type: none"> - Lege - Psykolog - Sykepleier - Vernepleier - Øvrige (øvrige helsepersonell jmf. helsepersonelloven) - Annet (ikke helsepersonell jmf. helsepersonelloven)
Utførende helsepersonell Rolle 2 = Ko-terapeut	Ko-terapeut(er) under aktuell kontakt fordelt på følgende helsepersonellgrupper: <ul style="list-style-type: none"> - Lege - Psykolog - Sykepleier - Vernepleier - Øvrige (øvrige helsepersonell jmf. helsepersonelloven) - Annet (ikke helsepersonell jmf. helsepersonelloven)

Hoveddiagnose	<p>Hoveddiagnose fordeles på følgende aggregerte grupper basert på ICD-10:</p> <ul style="list-style-type: none"> - F00-F09 Organiske, inkl. symptomatiske, psykiske lidelser - F10-F19 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer - F20-F29 Schizofreni, schizotyp lidelse og paranoide lidelser - F30-F39 Affektive lidelser stemningslidelser - F40-F48 Nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelse - F50-F59 Atferdssyndromer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer - F60-F69 Personlighets- og atferdsforstyrrelser hos voksne - F70-F79 Psykisk utviklingshemming - F80-F89 Utviklingsforstyrrelser - F90-F98 Atferds- og følelsesmessige forstyrrelser som vanligvis oppstår i barne- og ungdomsalder - F99 Uspesifisert psykisk lidelse - R40-R46 Symptomer og tegn med tilknytning til kognisjon, persepsjon, emosjonell tilstand og atferd - Kap. 18 Symptomer, tegn, unormale kliniske funn og laboratoriefunn, ikke klassifisert annet sted, alle R-koder <i>ekskludert R40-R46</i> - Kap. 21 Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z-koder) - Somatikk: ICD-10 kap. 1,2,3,4,6,7,8,9,10,11,12,13, 14,15,16, 17,19,20 og 22
Hovedtakst	<p>Hovedtakst fordelt på følgende takstkoder:</p> <ul style="list-style-type: none"> - P10 Inntak og førstegangskonsultasjon (pasient og/eller pårørende/foresatte til stede) - P12 Utredning eller behandling (pasient og foresatte/pårørende til stede) - P12a Utredning eller behandling (kun pasient til stede) - P12b Utredning eller behandling (kun foresatte/pårørende til stede) - P13 Oppfølgingsmøte med førstelinjetjenesten (møte/veiledning/konsultasjon med førstelinjetjenesten om en eller flere navngitte pasienter) - P14a Oppfølgingsamtale per telefon med førstelinjetjenesten om navngitt pasient - P14b Telefonkonsultasjon med pasient - P30 Behandling og oppfølging gjennom ACT-team eller lignende ambulante oppsøkende behandlingsteam - P31 Nettbasert behandlingsprogram -
Tilleggstakst	<p>Tilleggstakst fordelt på følgende takstkoder:</p> <ul style="list-style-type: none"> - P15 Tester - P16 Gruppe-/familiebehandling - P17 Ambulant konsultasjon

For å sikre at vi fikk med alle polikliniske kontakter for årene 2013-2017 er det som det fremkommer av tabell 1 gjort noen avgrensninger og aggregeringer mht. de aktuelle variablene. Ved en mer finmasket inndeling risikerer vi at en større andel av de polikliniske kontaktene blir ekskludert fra uttrekket som følge av NPRs retningslinjer mht. mulighet for identifisering av pasient.

Variablene der vi har gjennomført avgrensninger/aggregeringer er som det fremkommer av tabell 1:

- **Sted for aktivitet;** laveste nivå er HF
- **Utførende helsepersonell;** inndelt i kun 6 kategorier
- **Antall helsepersoner;** cut-off ved 5 helsepersoner per kontakt (1 ansvarlig + 4 ko-terapeuter)
- **Hoveddiagnose;** ICD-10 inndelt i 15 «diagnosegrupper»

En cut-off på 5 utførende helsepersonell per kontakt i uttrekket (1 ansvarlig + 4 ko-terapeuter). innebærer at dersom det er rapportert flere enn 5 utførende helsepersonell på en kontakt, så kommer helsepersonellgruppen(e) som disse representerer ikke med i uttrekket.

Basert på tall fra foretak vi ellers understøtter med fortløpende kvalitetssikring av data innen PHV og TSB har rundt 0,5 % av alle kontakter mer enn 5 terapeuter.

Med utgangspunkt i aktuelt uttrekk har vi totalt **11 095 292** rapporterte polikliniske kontakter. Disse fordeler seg på hhv. **8 772 496** kontakter innen aktivitetsområdet Psykisk helsevern voksne (PHV) og **2 322 796** kontakter innen Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). I disse tallene inngår både de kontakter (direkte og indirekte) som er inkludert i ISF ordningen og de som er ekskludert (f.eks. konsultasjoner på inneliggende pasienter eller konsultasjoner med personell som ikke er ISF-berettiget).

NPR skal berømmes for at de har gitt uttrekket til denne studien prioritet. I sitt første svar på vår søknad om særskilt uttrekk oppgav NPR at beregnet levering var anslått til 3-4 mnd fra mottatt søknad. Etter nærmere dialog med NPR ble søknaden opprioritert og leveranse av data fremskyndet. Første uttrekk ble mottatt 15. august 2018. I dette uttrekket avdekket vi dessverre betydelige svakheter i NPR mht. datakvalitet i PHV og TSB. I dialog med NPR ble nytt uttrekk tilpasset de begrensninger som vi hadde påvist. Nytt uttrekk ble mottatt 18. september 2018.

1.3 Begreper benyttet i rapporten

I tabell 2 har vi oppsummert en del begreper som benyttes i rapporten og betydningen/definisjonen av disse:

Tabell 2 Definisjon av begreper brukt i rapporten

Begrep	Definisjon
DIPS-sykehus	DIPS-sykehus brukes i denne rapport som en fellesbetegnelse på de foretak og sykehus som benytter DIPS som PAS (pasientadministrativt system) hvilket er: <ul style="list-style-type: none">- Alle foretak i Helse Nord- Alle foretak i Helse Sør-Øst- Alle foretak i Helse Vest- Diakonhjemmet sykehus- Lovisenberg Diakonale sykehus
Helse-Midt foretakene	Helse-Midt foretakene brukes i denne rapport som en fellesbetegnelse på de foretak som benytter Helse-Midt IKT sitt PAS/EPJ
Kontakt	Kontakt brukes i denne rapporten som et felles begrep for alle kontakter, både direkte og indirekte. Direkte kontakter innebærer at pasient og terapeut(er) « <i>ser hverandre i øya</i> » dvs. er i samme rom eller deltar sammen i en videokonferanse Indirekte kontakter innebærer kontakt mellom pasient og terapeut(er) « <i>uten at en ser hverandre i øya</i> », vanligst per telefon.
Gruppe	Gruppe brukes i denne rapport om kontakter som finner sted i gruppe, dvs. flere pasienter som deltar sammen med behandler(e) i en gruppe
Behandlingsserie	Behandlingsserie omfatter en serie med kontakter tilknyttet samme henvisning/behandlingsperiode.
Utførende helsepersonell	Utførende helsepersonell er et felles begrep på den eller de helseperson(er) som aktivt deltar i en kontakt med pasient
Ambulant aktivitet	Ambulant aktivitet omfatter de kontakter som skjer utenfor spesialisthelsetjenestens lokaler primært hjemme hos pasient.

1.4 Datakvalitet

Etter å ha gjort et større arbeid med å tilrettelegge data fra det første NPR uttrekk mottatt 15. september, fremkom det ved analyse av dataene en rekke uforklarligheter mht. utførende helsepersonell og deres rolle i den enkelte kontakt med pasienten (Rolle=1 ansvarlig og Rolle=2 ko-terapeut). Mottatte data viste et markert og uforståelig brudd i dataseriene fra og med 2015 mht. ko-terapeut(er) når lege eller sykepleier var ansvarlig for kontakten:

- Før 2015 var alle helsepersonellgrupper representert som ko-terapeuter for både lege og sykepleier når disse var rapportert som ansvarlig.
- Fra og med 2015 var kontakter med lege som ansvarlig helseperson kun rapportert med helsefaggruppen «lege» som ko-terapeut.
- Tilsvarende fant vi at alle kontakter med sykepleier som ansvarlig helseperson kun hadde lege og/eller sykepleier som ko-terapeut fra og med 2015.
- For alle kontakter med de øvrige 4 helsepersonellgrupper definert i denne studien som ansvarlig helseperson, var alle 6 helsepersonellgrupper representert som ko-terapeut(er) både før og etter 2015.

NPR ble kontaktet og finner de samme uforklarlighetene, men fant ingen umiddelbar forklaring på disse funnene.

For å prøve å forstå hva som bidro til disse uforklarlighetene startet Analysesenteret et større granskningsarbeid:

Gjeldende nasjonal veiledning

Av Hdir's registreringsveileder for psykisk helsevern¹ fremkommer følgende:

2.4.5.1 Behandlingsserie

I det psykiske helsevernet inngår polikliniske kontakter (direkte og indirekte) samt dagbehandling vanligvis i behandlingsserier. Behandlingsseriebegrepet er viktig for å kunne dokumentere omfang og forløp for det samlede polikliniske tilbudet eller dagtilbudet gitt til en pasient. Forholdet mellom kontakter og behandlingsserier kan dermed oppsummeres slik: Én kontakt/konsultasjon = en episode. Flere kontakter/konsultasjoner/episoder = en behandlingsserie.

2.4.6.1 Hovedregel ved flere terapeuter.

... Det skal rapporteres en kontakt, med startdato/tid, sluttdato/tid, kode for utførende personell som er tilstede, samt spesialitet og rolle.

4.4.2 Helseperson

Angir hvilken type helsepersonell som deltar i direkte pasientkontakt i utredning og planlegging av behandling av en pasient.

Utførende helsepersonell: *Utførende helsepersonell for kontakten.*

Spesialist: *Om utførende helseperson har «relevant spesialitet» eller ikke.*

Rolle: *Forteller hvilken rolle denne helseperson har i behandlingen av pasienten.*

¹ [Helsedirektoratet IS-1541. Veileder for rapportering av aktivitetsdata i psykisk helsevern. Innrapportering til Norsk pasientregister \(NPR\). Desember 2016](#)

For hver kontakt skal samtlige utførende helsepersonell som deltar rapporteres. Hver av de deltagende helsepersonene under en kontakt skal rapporteres med følgende attributter jmf. den komplette informasjonsmodellen for NPR-melding²:

- **Utførende helsepersonell.** *Utførende helsepersonell for denne kontakt (konsultasjonen o.l.).* Oppgis med tallverdi som angir hvilken helsepersonellgruppe vedkommende tilhører f.eks. lege=1, sykepleier=2, psykolog=4, vernepleier=7 osv. Totalt finnes det 24 helsepersonellgrupper
- **Spesialist.** *Om vedkommende har «relevant spesialitet» eller ikke.* Oppgis med tallverdi 1=ja, 2=nei, 9=ukjent
- **Rolle.** *Forteller hvilken rolle utførende helseperson(ell) har i den aktuelle kontakt med pasienten.* Oppgis med tallverdi 1=Ansvarlig eller 2=Ko-terapeut. Kun en av de utførende helsepersonell som deltar under kontakten kan ha tallverdi 1. Øvrige utførende helsepersonell som deltar under kontakten vil ha tallverdi 2.

Fokus for granskningen ble etter hvert hvorledes attributtene over identifiseres og tildeles av de PAS-systemene som i dag benyttes innen PHV og TSB ved foretak og sykehus.

I Helse Nord, Helse Sør-Øst, Helse Vest, ved Diakonhjemmet sykehus og Lovisenberg Diakonale sykehus benyttes DIPS som PAS-system (DIPS-sykehus).

Helse Midt benytter Helse-Midt IKT sitt PAS/EPJ.

Hvilke PAS som benyttes av de private aktørene i de enkelte RHF har vi ikke oversikt over og varierer betydelig også andre PAS enn DIPS og Helse-Midt IKT sitt PAS/EPJ.

Spesielt ble vi opptatt av å forstå hvorledes PAS-systemene håndterer tildeling av attributtet «Rolle» til utførende helsepersonell rapportert i tilknytning til den enkelte kontakt. Rolle=1 markerer *ansvarlig* helseperson for kontakten, mens Rolle=2 markerer de helsepersoner som er *ko-terapeuter* under den samme kontakten. Kun én helseperson kan være ansvarlig for kontakten dvs. ha Rolle=1, mens alle øvrige helsepersoner (ko-terapeuter) som deltar vil ha Rolle=2.

DIPS-sykehus

Av DIPS dokumentasjon av NPR ordinær melding Versjon 53.1.2_0, 2018-xx-xx, pkt. 2.2.6.5 fremkommer følgende mht. hvorledes utførende helsepersonell tilknyttet en kontakt rapporteres:

Rolle (rolle)	For ansvarlig behandler i psykiatri rapporteres kode 1.
	For behandler i psykiatri rapporteres kode 2.
	For behandler i somatikk rapporteres kode 1.
	For ko-terapeuter i psykiatri rapporteres kode 2.

Som det fremgår her deler DIPS utførende helsepersonell inn i 3 grupper, dvs. en mer enn det som fremgår av NPR-meldingen (ansvarlig og ko-terapeut). Ved nærmere granskning viser det seg at DIPS rapporterer attributtet Rolle som følger:

² [Den komplette informasjonsmodellen for NPR-melding versjon 53.1.1. pkt. 2.2.6](#)

- **Ansvarlig behandler** viser til «*ansvarlig for behandlingsserien*» og gis alltid Rolle=1 (ansvarlig)
- **Behandler** viser til «*ansvarlig for kontakten*» og gis alltid Rolle=2 (ko-terapeut)
- **Ko-terapeut** viser til «*øvrige helsepersoner*» som deltar under kontakten i tillegg til behandler og gis alltid Rolle=2 (ko-terapeut)

«*Ansvarlig for behandlingsserien*» viser til den helseperson som har et overordnet ansvar for den aktuelle behandlingsserien. Hvorvidt «*ansvarlig for behandlingsserien*» deltar i kontaktene med pasienten varierer. Noen ganger vil «*ansvarlig for behandlingsserien*» kunne være utførende helsepersonell (deltar i kontakten) andre ganger ikke.

Videre viser det seg at DIPS *alltid* rapporterer den helseperson som de benevner Ansvarlig behandler = «*ansvarlig for behandlingsserien*» med Rolle=1 (ansvarlig) i tilknytning til alle kontakter i behandlingsserien.

Det utførende helsepersonell som faktisk er tilstede under den aktuelle kontakten (konsultasjonen) rapporterer DIPS *alltid* med Rolle=2 (ko-terapeut) både den ene helseperson som er «*ansvarlig for kontakten*» og de øvrige utførende helsepersonell som er reelle ko-terapeuter.

Som følge av denne praksis oppstår tilsynelatende følgende avvik ved rapportering fra de foretak som benytter DIPS:

- Den DIPS benevner Ansvarlig behandler = «*ansvarlig for behandlingsserien*» rapporteres med Rolle=1 selv om denne helseperson ikke har vært tilstede under den aktuelle kontakten. Telles dermed med som utførende helsepersonell, dvs. kontakten rapporteres med ett utførende helsepersonell mer tilstede enn det som var tilfelle.
- Dersom samme helseperson er både den DIPS benevner Ansvarlig behandler = «*ansvarlig for behandlingsserien*» og Behandler = «*ansvarlig for konsultasjonen*» for den aktuelle kontakten, blir denne helseperson rapportert to ganger på samme kontakt, både med Rolle=1 og Rolle=2, dvs. samme helseperson «*teller dobbelt*» og konsultasjonen rapporteres med ett utførende helsepersonell mer tilstede enn det som var tilfelle
- Dersom samme helseperson er både det DIPS benevner Ansvarlig behandler = «*ansvarlig for behandlingsserien*» og Ko-terapeut under den aktuelle kontakten, blir denne helseperson også her rapportert to ganger, både med Rolle=1 og Rolle=2, dvs. «*teller dobbelt*» og kontakten rapporteres med ett utførende helsepersonell mer tilstede enn det som var tilfelle
- Dersom den helseperson som DIPS benevner Ansvarlig behandler = «*ansvarlig for behandlingsserien*» ikke deltar i kontakten og samtidig tilhører en helsefaggruppe som ellers ikke er representert i den aktuelle kontakten, telles det uriktig en ekstra helsefaggruppe i tilknytning til kontakten.

Når NPR mottar XML-meldingen går de naturlig nok ut ifra at utførende helseperson rapportert med Rolle=1 er den helseperson som under aktuelle kontakt er ansvarlig («*ansvarlig for konsultasjonen*»). Realiteten er at den helseperson som faktisk er ansvarlig for den aktuelle kontakten kun rapporteres riktig med Rolle=1 fra DIPS-sykehusene i de tilfeller der «*ansvarlig for behandlingsserien*» og «*ansvarlig for kontakten*» tilfeldigvis er samme helseperson.

Helse-Midt foretakene

Det som er underlig med dataene fra Helse Midt foretakene er at tilnærmet alle kontakter var rapporter med kun 1 utførende helseperson/helsepersonellgruppe, som da naturlig nok er rapportert med Rolle=1 dvs. ansvarlig. Ko-terapeuter (Rolle=2) finnes knapt rapportert i tilknytning til kontakter fra foretakene i Helse Midt.

Så langt vi har bragt i erfaring kan dette forklares av begrensninger i/praksis ved de sykehus som benytter Helse-Midt IKT sitt PAS/EPJ:

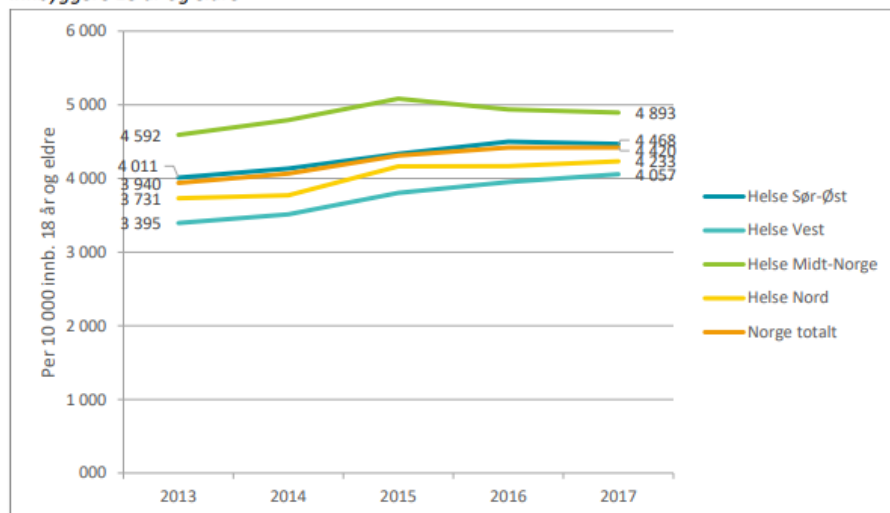
- Det rapporteres kun ett helsepersonell per kontakt, dvs. kun ansvarlig (Rolle=1) som blir rapportert. Ikke rutine (mulighet?) for å rapportere ko-terapeut (Rolle=2)
- Derimot har enheter innen PHV og TSB i Helse Midt (usikkert om dette gjelder alle eller kun noen) introdusert en praksis der de i stedet for å rapportere én kontakt med flere utførende helsepersoner, rapporterer én separat kontakt for hvert av det utførende helsepersonell som deltar i den aktuelle kontakten. Tiden som går med til den aktuelle kontakten «deles» mellom det utførende helsepersonell og de «oppstykkede kontaktene» rapporteres i et kontinuum (ikke mulig å rapportere flere kontakter med samme klokkeslett på samme pasient). Dvs. at en kontakt på f.eks. 60 min med 3 utførende helsepersonell tilstede, blir til 3 kontakter med ett utførende helsepersonell tilstede hvor hver kontakt rapporteres med en varighet på 20 minutter og kontaktene rapporteres i et kontinuum f.eks. 1000-1020, 1020-1040, 1040-1100

Som følge av en slik praksis oppstår følgende avvik ved rapportering fra foretakene i Helse Midt:

- Antall kontakter blir kunstig høyt
- Rapportering av Ansvarlig Rolle=1 kan ikke benyttes til å skille ut hvilken helsepersonellgruppe som i realiteten har vært ansvarlig helseperson for konsultasjonen.
- Ko-terapeuter Rolle=2 blir ikke rapportert

Følgende tabell fra Samdata³ indikerer at en rapporteringspraksis som skissert over kan ha bidratt til at Helse Midt fremstår med et høyere antall konsultasjoner per 10 000 innbygger enn de øvrige RHF:

Figur 22 Polikliniske kontakter totalt i det psykiske helsevernet for voksne 2013-2017. Rate per 10 000 innbyggere 18 år og eldre



Ytterligere utfordringer mht. datakvalitet

Ytterligere forhold som har et iboende potensial til å svekke datakvaliteten i NPR innen PHV og TSB for tidsperioden 2013-17 er:

- Administrative rapporteringsregler er endret gjennom perioden. Bl.a. ble rapporteringen i gruppe endret fra og med 2016. Før 2016 ble det kun rapportert én kontakt per

³ Bruk av tjenester i det psykiske helsevernet for voksne 2013-2017, Analysenotat 06/2018, Helsedirektoratet

gruppesamling uavhengig av antall deltakere. Fra 2016 rapporteres det én kontakt for hver deltaker i gruppa per gruppesamling.

- Endring i finansieringsordning fra takst til ISF i 2016 har bidratt til en betydelig endring ute i praksis mht. fokus på korrekt medisinsk koding av tilstander ved hjelp av ICD-10. Dette er klart positivt, men tidligere tiders manglende fokus på koding bidrar til at det er vanskelig å bruke tidsseriene mht. å si noe om hvilke tilstander som har vært håndtert under en kontakt.
- En rekke foretak har byttet PAS i løpet av perioden med konsekvens både for mulighetene til å rapportere i hht. retningslinjene og brukers/foretaks innsikt i og evne til å håndtere nytt verktøy for å sikre høy kvalitet på rapporterte data.
- Privatpraktiserende spesialister bruker en rekke ulike PAS/Journalsystem med de muligheter og begrensninger det innebærer for korrekt rapportering.

1.5 Konklusjon granskning mht. datakvalitet

Konklusjon basert på de funn som har fremkommet gjennom vår granskning av dataene og påfølgende dialog med DIPS-sykehus, DIPS, Helse-Midt foretak og NPR blir at:

- Det er ikke mulig basert på uttrekk fra NPR å identifisere Ansvarlig helseperson Rolle=1 og hvilken helsepersonellgruppe de representerer innen PHV og TSB i Norge
- Det er ikke mulig basert på uttrekk fra NPR å angi antall Ko-terapeuter Rolle=2 og hvilke helsepersonellgrupper disse representerer innen PHV og TSB i Norge
- Det er ikke mulig å angi et eksakt antall kontakter innen poliklinikk PHV og TSB

1.6 Konsekvens av mangelfull datakvalitet

Studien baseres på nytt uttrekk fra NPR mottatt 18. september for poliklinisk virksomhet innen Psykisk helsevern voksne (PHV) og Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) for årene 2013 t.o.m. 2017.

På grunn av de funn som er gjort rede for i pkt. 1.4 har Analysesenteret måttet omarbeide studiedesignen for denne analysen ut fra hva som er mulig å få til basert på data fra NPR som følger:

Målsettingen er å synliggjøre evt. trender over tid mht.:

- I hvilket omfang ulike helsefaggrupper er representert i behandlingskontakter med pasienten innen PHV og TSB.
- På hvilken måte sykepleiere bidrar i behandlingskontakter innen PHV.
- I forhold til hvilke pasientgrupper sykepleiere deltar i behandlingskontakter innen PHV

Dette for om mulig styrke eller svekke følgende arbeidshypoteser på bakgrunn av tilbakemeldinger fra NSF's medlemmer innen PHV og TSB:

- Sykepleiere er på vei ut av poliklinisk virksomhet innen PHV og TSB
- Sykepleieres polikliniske aktivitet innen PHV er i økende grad knyttet til gruppekonsultasjoner
- Sykepleieres polikliniske aktivitet innen PHV er i økende grad knyttet til ambulante tjenester/team

Resultatene fremstilles separat for DIPS-sykehus og de sykehus som benytter Helse-Midt IKT sitt PAS/EPJ på følgende nivå

- RHF
- HF

1.7 Behov for en nasjonal opprydding

Granskningen av data avdekker en betydelig kvalitetsbrist mht. nasjonale aktivitetsdata i forbindelse med poliklinisk aktivitet innen PHV og TSB.

Analysesenteret vil bidra til at de funn som vi har gjort i denne studien blir formidlet Helsedirektoratet/NPR.

Funnene avdekker et betydelig behov for å iverksette tiltak som sikrer at en får en enhetlig nasjonal rapportering mht. poliklinisk aktivitet innen PHV og TSB som grunnlag for styring, prioritering og finansiering.

DEL II PSYKISK HELSEVERN VOKSNE (PHV)

I denne delen ser vi nærmere på utviklingene i aktivitet mht. de ulike helsepersonellgruppenes deltakelse og rolle i kontakter med pasient innen PHV.

Basert på de svakheter som ligger i uttrekket fra NPR har vi måttet skille mellom de foretak/sykehus som benytter DIPS (DIPS-sykehus) og de foretak som benytter Helse-Midt IKT sitt PAS/EPJ

For DIPS-sykehus vil vi forsøksvis se på fordelingen mellom helsefaggrupper mht.:

- Utførende helseperson definert som «*Ansvarlig for behandlingsserien*»
- Utførende helsepersonellgruppers deltakelse i den enkelte kontakt
- Sykepleieres deltakelse ved inntak og førstegangskonsultasjon
- Sykepleieres deltakelse ved utredning eller behandling
- Sykepleieres deltakelse ved gruppebehandling
- Sykepleieres deltakelse ved ambulante kontakter

Resultatene blir fremstilt separat på følgende nivå:

- DIPS-sykehus (samlet for Helse Nord, Helse Sør-Øst og Helse Vest)
- Per RHF
- Per HF (vedlegg A)

For Helse-Midt foretakene vil vi forsøksvis se på fordelingen mellom helsefaggrupper mht.:

- Utførende helseperson definert som «*Ansvarlig for kontakten*»

For Helse-Midt foretakene mangler opplysning om takst (hovedtakst og tilleggstakst) knyttet til helsepersonellgruppe for 87,5 % av alle kontakter innen PHV for perioden 2013-2017. Følgelig ikke mulig å si noe om helsefaggruppen sykepleier sin deltakelse mht. inntak og førstegangssamtale, utredning eller behandling, gruppebehandling, eller ambulante kontakter innen PHV

Da det er betydelig usikkerhet både mht. rapportering av antall kontakter og komplettethet mht. rapportering av helsefaggrupper foretakene i Helse Midt, er det ikke mulig å fremstille tall mht. helsefaggruppen sykepleier sin deltakelse i kontakter mht. de ulike diagnosegrupper.

Resultatene blir fremstilt separat på følgende nivå:

- RHF (Helse Midt)
- Per HF (vedlegg C)

PHV DIPS-SYKEHUS

2.1 PHV DIPS-SYKEHUS ANSVARLIG FOR BEHANDLINGSSERIEN

Behandlingsseriebegrepet er viktig for å kunne dokumentere omfang og forløp for det samlede polikliniske tilbudet eller dagtilbudet gitt til en pasient. Forholdet mellom kontakter og behandlingsserier kan oppsummeres slik: Én kontakt/konsultasjon = en episode. Flere kontakter/konsultasjoner/episoder = en behandlingsserie⁴.

Med ansvarlig for behandlingsserien menes den helseperson som av virksomheten er gitt et overordnet ansvar for behandlingsserien knyttet til en pasient. Ansvarlig for behandlingsserien behøver ikke være involvert i den direkte kontakten med pasienten, men vil ofte også inngå som utførende helsepersonell i direkte kontakt med pasienten.

For de foretak og sykehus som benytter DIPS finner vi at det samlet er knyttet ansvarlig for behandlingsserien til 94,9 % av kontaktene basert på (feil)rapportering av Rolle=1 (Rolle=1 er feil brukt ved DIPS sykehus jmf. pkt. 1.4)

Basert på uttrekket fra NPR er det ikke mulig å se hvilke kontakter som inngår i en behandlingsserie. Som nevnt over vil det variere mht. i hvilken grad den helseperson som er ansvarlig for behandlingsserien er involvert som utførende behandler i de enkelte kontaktene. Dersom en helsepersonellgruppe oftere enn de andre er «ansvarlig for behandlingsserien» vil dette påvirke antall og andel av kontakter som denne personellgruppen fremkommer med mht. «ansvarlig for behandlingsserien».

VIKTIG!

Tall som fremkommer av tabeller og figurer mht. de ulike helsefaggruppers andel av «ansvarlig for behandlingsserien» **KAN IKKE BRUKES TIL Å SI NOE EKSAKT** om fordelingen mellom helsefaggruppene ved DIPS-sykehusene.

Om en forutsetter at praksis mht. hvilke helsefaggrupper som er «ansvarlig for behandlingsserien» har vært noenlunde stabil i perioden 2013-2017 vil tallene som fremstilles her kunne **INDIKERE TRENDER** over tid mht. endringer i hvilke helsefaggrupper som står «ansvarlige for behandlingsserien»

Tabell 3 PHV DIPS-sykehus – Antall kontakter totalt og med «ansvarlig for behandlingsserien» oppgitt 2013-2017

PHV DIPS-sykehus 2013-2017	Totalt antall kontakter	Kontakter med «ansvarlig for behandlingsserien» oppgitt	
		Antall	Andel
Total	7381327	7003344	94,9 %
Helse Nord	761721	742445	97,5 %
Helse Sør-Øst	4986629	4701728	94,3 %
Helse Vest	1632977	1559171	95,5 %

⁴ [Helsedirektoratet IS-1541 Veileder for rapportering av aktivitetsdata i psykisk helsevern. Innrapportering til Norsk pasientregister \(NPR\) Desember 2016 Pkt. 2.4.5.1](#)

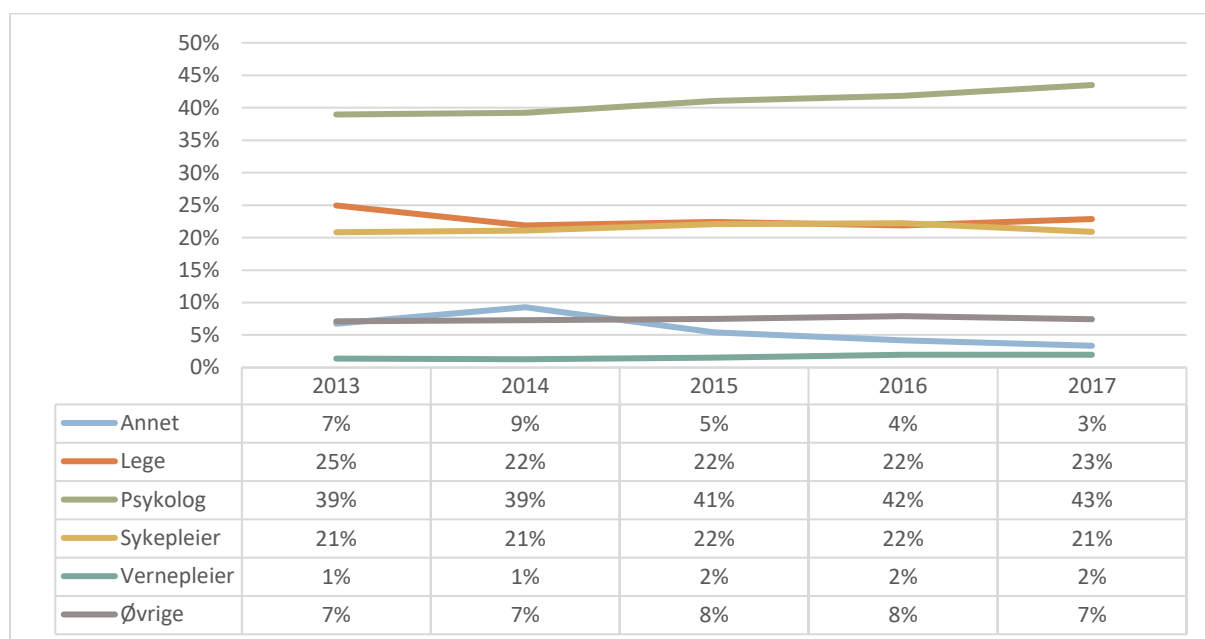
2.1.1 PHV DIPS-sykehus «Ansvarlig for behandlingsserien» fordelt på helsepersonellgrupper

Fordelt på de 6 ulike profesjonsgruppene definert for denne studien får vi følgende tall for DIPS-sykehus samlet mht. i hvilket omfang den enkelte helsepersonellgruppe er rapportert som «ansvarlig for behandlingsserien» ved kontakter i PHV poliklinikk

Tabell 4 PHV DIPS-SYKEHUS «Ansvarlig for behandlingsserien» – ANTALL kontakter fordelt på helsepersonellgr. 2013-17

Ansvarlig for behandlingsserien	Total	2013	2014	2015	2016	2017
Total	7003344	1279647	1326925	1414279	1502018	1480475
Annet	399319	86587	123175	76939	62968	49650
Lege	1593661	319285	290346	316809	328816	338405
Psykolog	2871441	498526	520217	580637	628136	643925
Sykepleier	1501098	266560	279776	311846	333744	309172
Vernepleier	114861	17598	16960	21872	29511	28920
Øvrige	522964	91091	96451	106176	118843	110403

Figur 1 PHV DIPS-SYKEHUS «Ansvarlig for behandlingsserien» – ANDEL kontakter fordelt på helsepersonellgr. 2013-17



Som det fremkommer av tabell og figur over er andelen kontakter med sykepleier angitt som «ansvarlig for behandlingsserien» rimelig konstant mellom 21-22% gjennom hele perioden og ligger rimelig likt med lege som varierer mellom 22-25 % gjennom perioden.

Andel Psykolog som «ansvarlig for behandlingsserien» viser lett økning fra 39-43 % i perioden.

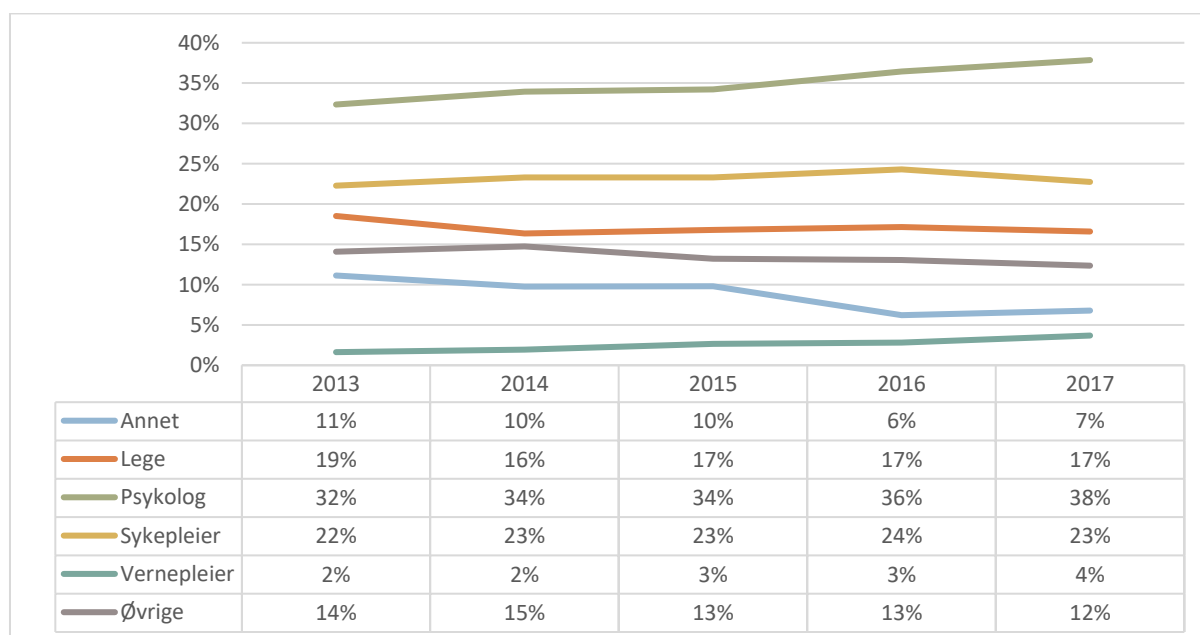
2.1.2 PHV Helse Nord «Ansvarlig for behandlingsserien» fordelt på helsepersonellgrupper

Fordelt på de 6 ulike profesjonsgruppene definert for denne studien får vi følgende tall for Helse Nord mht. i hvilket omfang den enkelte helsepersonellgruppe er rapportert som «ansvarlig for behandlingsserien» ved kontakter i PHV poliklinikk

Tabell 5 PHV HELSE NORD «Ansvarlig for behandlingsserien» ANTALL kontakter fordelt på helsepersonellgrupper 2013-17

Ansvarlig for behandlingsserien	Total	2013	2014	2015	2016	2017
Total	742445	140305	139448	153406	154175	155111
Annet	64340	15620	13591	15054	9580	10495
Lege	126677	25978	22795	25740	26438	25726
Psykolog	260120	45378	47311	52504	56211	58716
Sykepleier	172281	31257	32506	35760	37459	35299
Vernepleier	19142	2284	2687	4097	4360	5714
Øvrige	99885	19788	20558	20251	20127	19161

Figur 2 PHV HELSE NORD «Ansvarlig for behandlingsserien» ANDEL kontakter fordelt på helsepersonellgrupper 2013-17



Merker oss også her at andelen kontakter med sykepleier angitt som «ansvarlig for behandlingsserien» holder seg rimelig konstant kun med en liten økning fra 22% i 2013 til 23% i 2017 hvilket er en liten prosent over gjennomsnittet for DIPS-sykehusene.

Andelen leger som «ansvarlig for behandlingsserien» synker litt fra 19 % i 2013 til 17% i 2017

Andel Psykolog som «ansvarlig for behandlingsserien» viser en liten økning fra 39-43 % i perioden.

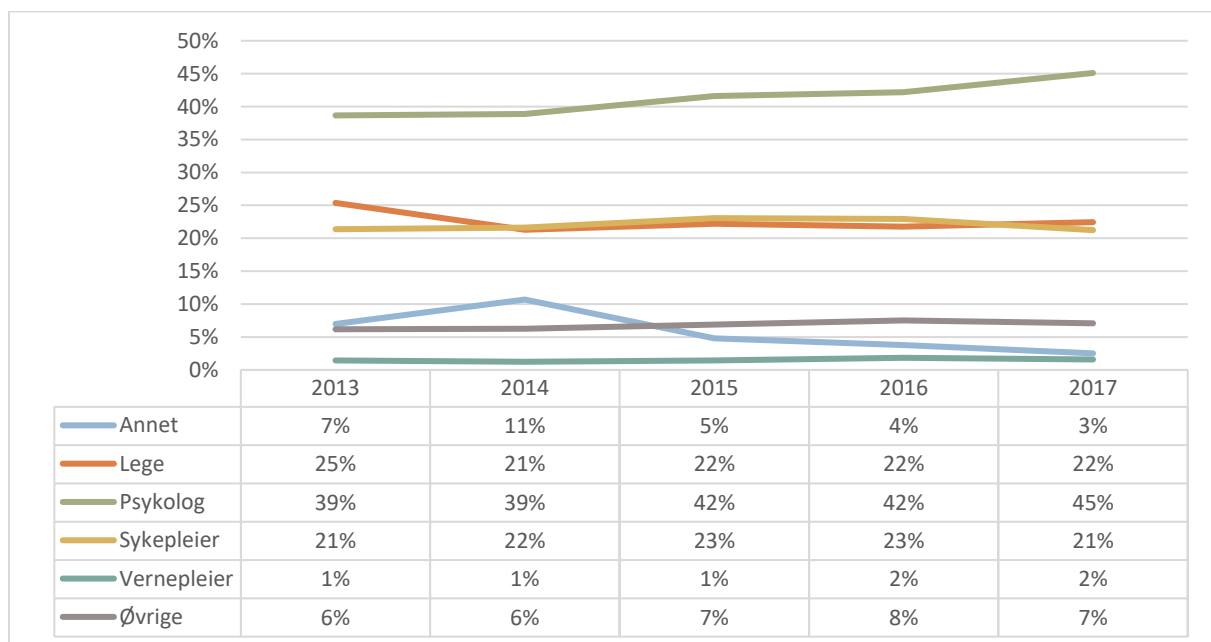
2.1.3 PHV Helse Sør-Øst «Ansvarlig for behandlingsserien» fordelt på helsepersonellgrupper

Fordelt på de 6 ulike profesjonsgruppene definert for denne studien får vi følgende tall for Helse Sør-Øst mht. i hvilket omfang den enkelte helsepersonellgruppe er rapportert som «ansvarlig for behandlingsserien» ved kontakter i PHV poliklinikk

Tabell 6 PHV HELSE SØR-ØST «Ansvarlig for behandlingsserien» ANTALL kontakter fordelt på helsepersonellgr. 2013-17

Ansvarlig for behandlingsserien	Total	2013	2014	2015	2016	2017
Total	4701728	855256	894746	948839	1020139	982748
Annet	264233	59805	95682	45581	38421	24744
Lege	1061010	216997	190511	210833	221983	220686
Psykolog	1947019	330653	347931	394610	430502	443323
Sykepleier	1037680	182820	193593	218824	233740	208703
Vernepleier	71434	12150	11104	13779	18787	15614
Øvrige	320352	52831	55925	65212	76706	69678

Figur 3 PHV HELSE SØR-ØST «Ansvarlig for behandlingsserien» ANDEL kontakter fordelt på helsepersonellgr. 2013-17



Merker oss også her at andelen kontakter med sykepleier angitt som «ansvarlig for behandlingsserien» holder seg ganske konstant rundt 21 %, legger seg litt høyere med 23 % i 2015 og 2016 for å ende tilbake på 21 % i 2017

Andelen leger som «ansvarlig for behandlingsserien» synker litt fra 25 % i 2013 til 22% i 2017

Andel Psykolog som «ansvarlig for behandlingsserien» viser en økning fra 39-45 % i perioden.

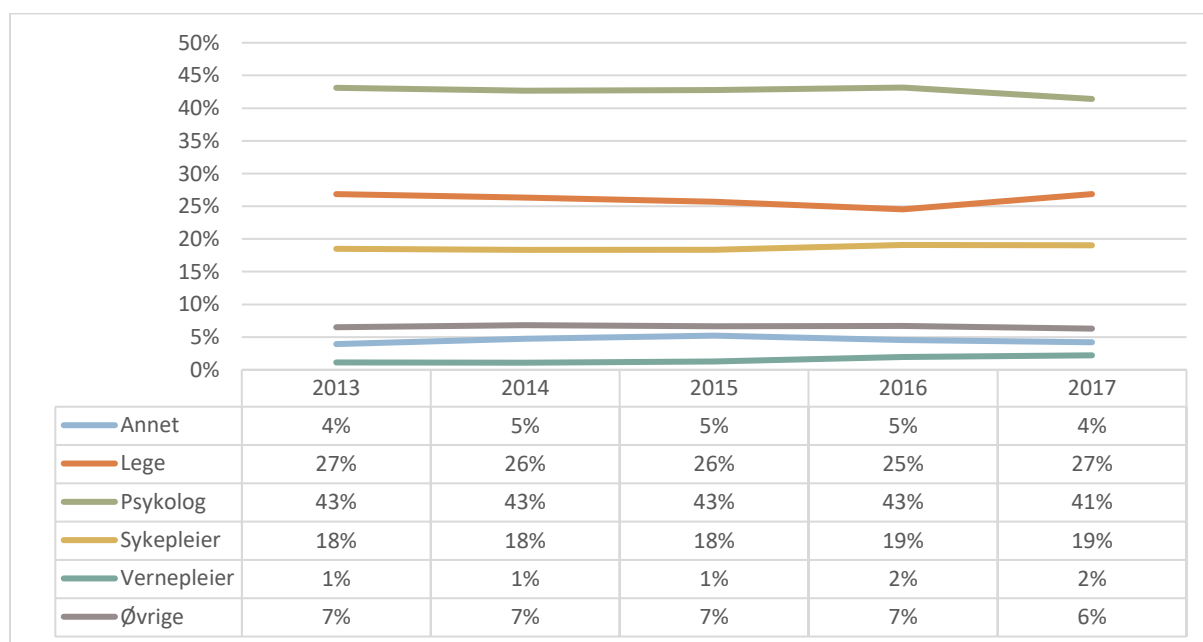
2.1.4 PHV Helse Vest «Ansvarlig for behandlingsserien» fordelt på helsepersonellgrupper

Fordelt på de 6 ulike profesjonsgruppene definert for denne studien får vi følgende tall for Helse Vest mht. i hvilket omfang den enkelte helsepersonellgruppe er rapportert som «ansvarlig for behandlingsserien» ved kontakter i PHV poliklinikk

Tabell 7 PHV HELSE VEST «Ansvarlig for behandlingsserien» ANTALL kontakter fordelt på helsepersonellgrupper 2013-17

Ansvarlig for behandlingsserien	Total	2013	2014	2015	2016	2017
Total	1559171	284086	292731	312034	327704	342616
Annet	70746	11162	13902	16304	14967	14411
Lege	405974	76310	77040	80236	80395	91993
Psykolog	664302	122495	124975	133523	141423	141886
Sykepleier	291137	52483	53677	57262	62545	65170
Vernepleier	24285	3164	3169	3996	6364	7592
Øvrige	102727	18472	19968	20713	22010	21564

Figur 4 PHV HELSE VEST «Ansvarlig for behandlingsserien» ANDEL kontakter fordelt på helsepersonellgrupper 2013-17



Merker oss også her at andelen kontakter med sykepleier angitt som «ansvarlig for behandlingsserien» holder seg ganske konstant kun med en liten økning fra 18 % i 2013 til 19 % i 2017 noe som er litt under gjennomsnittet for DIPS-sykehus som ligger mellom 21-22% Andelen lege som «ansvarlig for behandlingsserien» er relativt stabilt rundt 27 %. Med sine 27 % i 2017 ligger andelen lege i Helse Vest 4 % høyere enn gjennomsnittet for DIPS-sykehus og hele 10 % over Helse Nord i 2017

Andel Psykolog som «ansvarlig for behandlingsserien» viser en liten reduksjon fra 43 % i 2013 til 41 % i 2017 noe som er en motsatt trend enn for Helse Sør-Øst og Helse Nord der andelen psykolog øker med hhv 6 og 4 prosentpoeng

2.1.5 PHV FORETAK – «Ansvarlig for behandlingsserien» fordelt på helsepersonellgrupper

For trender i utvikling på foretaksnivå mht. hvorledes de 6 ulike helsepersonellgruppene definert for denne studien mht. andel «ansvarlig for behandlingsserien» ved kontakter i PHV poliklinikk vises til

VEDLEGG A

2.2 PHV DIPS UTFØRENDE HELSEPERSONELLS DELAKTIGHET I KONTAKT

Med utførende helsepersonell menes i denne sammenheng de helsepersonellgrupper som er rapportert aktivt deltagende i den enkelte kontakt.

Som vi har gjort rede for i pkt. 1.4 (feil)rapporterer DIPS alle utførende helsepersonell aktivt deltagende i den enkelte kontakt som «ko-terapeut» (rolle=2). Vi kan derfor ikke si noe om hvilken helsepersonellgruppe som er ansvarlig for den aktuelle kontakt ved DIPS-sykehus.

Grunnet (feil)rapportering av attributtene «ansvarlig» (rolle=1) og «ko-terapeut» (rolle=2) ved DIPS-sykehus, er det heller ikke mulig å angi antall utførende helsepersonell som er aktivt deltagende i den enkelte kontakt. Ved DIPS-sykehus blir «ansvarlig for behandlingsserien» alltid regnet med i gruppen utførende helsepersonell enten denne er aktivt deltagende eller ikke i den enkelte kontakt.

Dersom «ansvarlig for behandlingsserien» i tillegg er aktivt deltagende i den aktuelle kontakten blir samme helseperson talt 2 ganger (for nærmere forklaring se pkt. 1.4)

VIKTIG!

I NPR-uttrekket som ligger til grunn for denne analysen fremkommer kun tall på ANTALL **HELSEPERSONELLGRUPPER**, og IKKE ANTALL **HELSEPERSONELL** med respektive gruppetilhørighet, som er aktivt deltagende i den aktuelle kontakten.

Dersom 2 eller flere av det utførende helsepersonell tilhører samme helsepersonellgruppe teller de likefullt kun som 1 helsepersonellgruppe.

Som det fremkommer av pkt.1.4 rapporterer DIPS-sykehus alltid 1 helseperson mer enn det som i realiteten er tilstede under en aktuell kontakt. Dersom denne helseperson representerer en helsepersonellgruppe som ikke rapporteres som «ko-terapeut» (rolle=2), blir det talt 1 helsepersonellgruppe mer enn de helsepersonellgrupper som i realiteten er delaktig i den aktuelle kontakt.

Til grunn for de tall som presenteres for utførende helsepersonellgrupper ved DIPS-sykehus i denne rapporten ligger det helsepersonell som er (feil)rapportert med attributtet «ko-terapeut» (rolle=2).

Tabell 8 PHV DIPS-sykehus – Antall kontakter totalt og kontakter med «ko-terapeut» (rolle=2) oppgitt 2013-2017

PHV DIPS-sykehus 2013-2017	Totalt antall kontakter	Kontakter med «ko-terapeut» (rolle=2) oppgitt	
		Antall	Andel
Total	7381327	6923328	93,8 %
Helse Nord	761721	756633	99,3 %
Helse Sør-Øst	4986629	4540204	91,0 %
Helse Vest	1632977	1626491	99,6 %

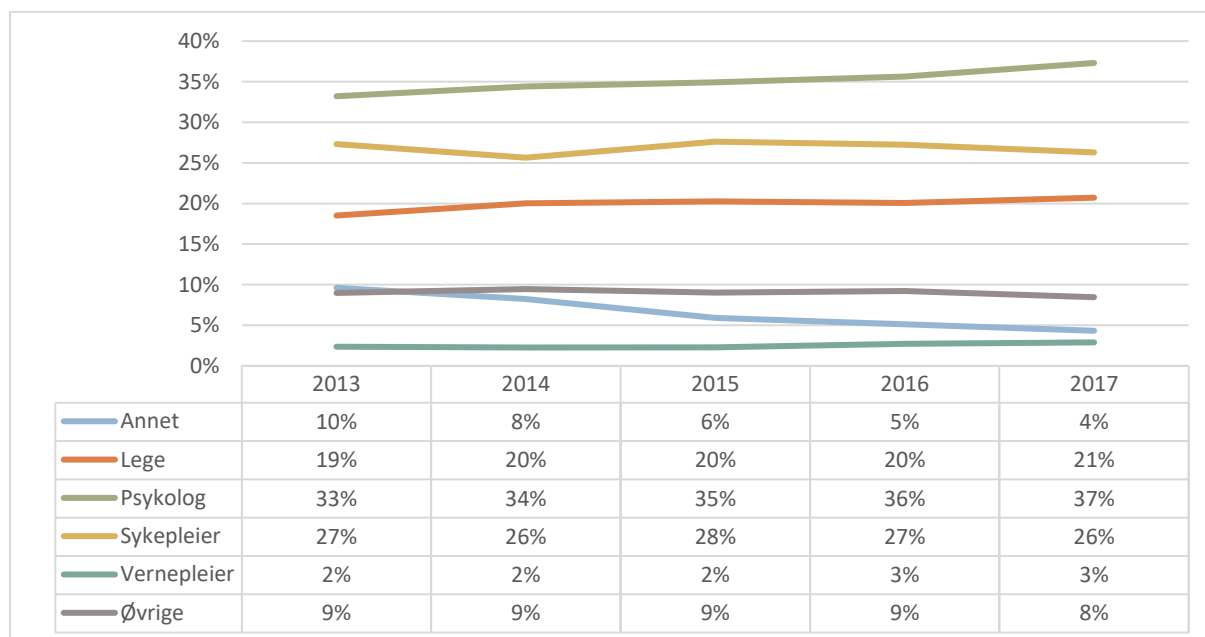
2.2.1 PHV DIPS-sykehus «Utførende helsepersonell» fordelt på helsepersonellgrupper

Fordelt på de 6 ulike profesjonsgruppene definert for denne studien får vi følgende tall for DIPS-sykehus samlet mht. i hvilket omfang de ulike helsepersonellgruppene er rapportert som «utførende helsepersonell», dvs. aktivt deltakende ved kontakter i PHV poliklinikk

Tabell 9 PHV DIPS-SYKEHUS «Utførende helsepersonell» – ANTALL kontakter fordelt på helsepersonellgrupper 2013-17

Ansvarlig for behandlingsserien	Total	2013	2014	2015	2016	2017
Total	6923328	1188737	1279266	1359196	1552086	1544043
Annet	446121	114329	105076	80395	79565	66756
Lege	1382503	220094	255909	275211	311434	319855
Psykolog	2439237	394781	440369	474882	553185	576020
Sykepleier	1856935	324773	328047	375320	422570	406225
Vernepleier	174865	28144	28900	31006	42175	44640
Øvrige	623667	106616	120965	122382	143157	130547

Figur 5 PHV DIPS-SYKEHUS «Utførende helsepersonell» – ANDEL kontakter fordelt på helsepersonellgrupper 2013-17



Som det fremkommer av tabell og figur over er andelen kontakter med helsepersonellgruppe sykepleier angitt som utførende helsepersonell rimelig konstant med +/- 1% rundt 27 % gjennom perioden.

Helsepersonellgruppe lege har en liten økning fra 19-21% som utførende helsepersonell fra 2013-17. Andel helsepersonellgruppe psykolog som utførende helsepersonell viser en økning fra 33-37 % i perioden.

Særlig helsepersonellgruppe annet (dvs. de som ikke er autorisert i hht. helsepersonelloven) viser en nedgang i andel utførende helsepersonell fra 10 % i 2013 til 4 %. Trolig henger dette sammen med en skjerping av kravet mht. korrekt rapportering av helsepersonellgrupper for å kunne utløse egenandel som kom i 2014.

Før 2014 hadde en lite fokus på hvilken helsepersonellgruppe den enkelte ansatte var koblet til i personalregisteret og mange figurerte under gruppen «annet» da det ikke hadde hatt noen betydning.

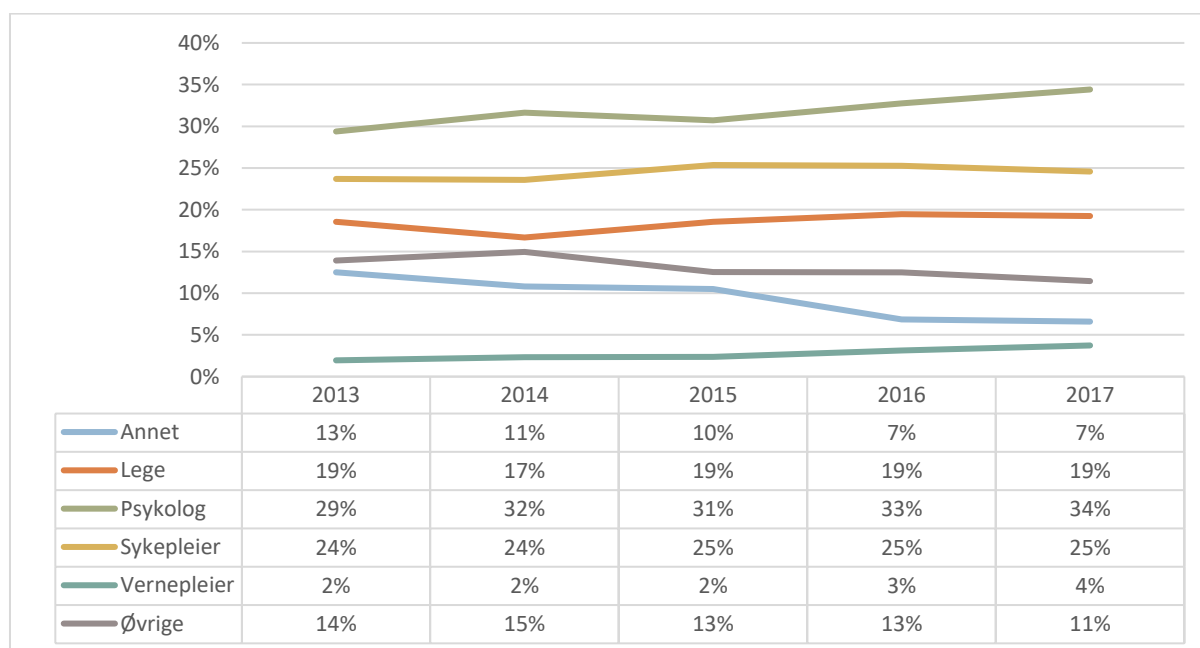
2.2.2 PHV Helse Nord «Utførende helsepersonell» fordelt på helsepersonellgrupper

Fordelt på de 6 ulike profesjonsgruppene definert for denne studien får vi følgende tall for Helse Nord mht. i hvilket omfang de ulike helsepersonellgruppene er rapportert som «utførende helsepersonell», dvs. aktivt deltakende ved kontakter i PHV poliklinikk

Tabell 10 PHV HELSE NORD «Utførende helsepersonell» – ANTALL kontakter fordelt på helsepersonellgrupper 2013-17

Utførende helsepersonell	Total	2013	2014	2015	2016	2017
Total	756633	142591	142214	156128	158713	156987
Annet	70825	17829	15390	16378	10881	10347
Lege	140256	26485	23714	28944	30902	30211
Psykolog	240892	41898	44997	47974	51996	54027
Sykepleier	185589	33771	33535	39601	40119	38563
Vernepleier	20610	2780	3320	3679	4968	5863
Øvrige	98461	19828	21258	19552	19847	17976

Figur 6 PHV HELSE NORD «Utførende helsepersonell» – ANDEL kontakter fordelt på helsepersonellgrupper 2013-17



Også i Helse Nord holder andelen kontakter med helsepersonellgruppe sykepleier angitt som utførende helsepersonell seg rimelig konstant med en liten økning fra 24-25 % gjennom perioden, kun 1 prosentpoeng under gjennomsnitt for DIPS-sykehus i 2017.

Helsepersonellgruppe lege holder seg mer eller mindre konstant med en andel rundt 19 % som utførende helsepersonell fra 2013-17 hvilket er 2 prosentpoeng under gjennomsnitt for DIPS-sykehus i 2017

Andel helsepersonellgruppe psykolog som utførende helsepersonell viser en økning fra 29-34 % i perioden men fortsatt 3 prosentpoeng under gjennomsnitt for DIPS-sykehus i 2017.

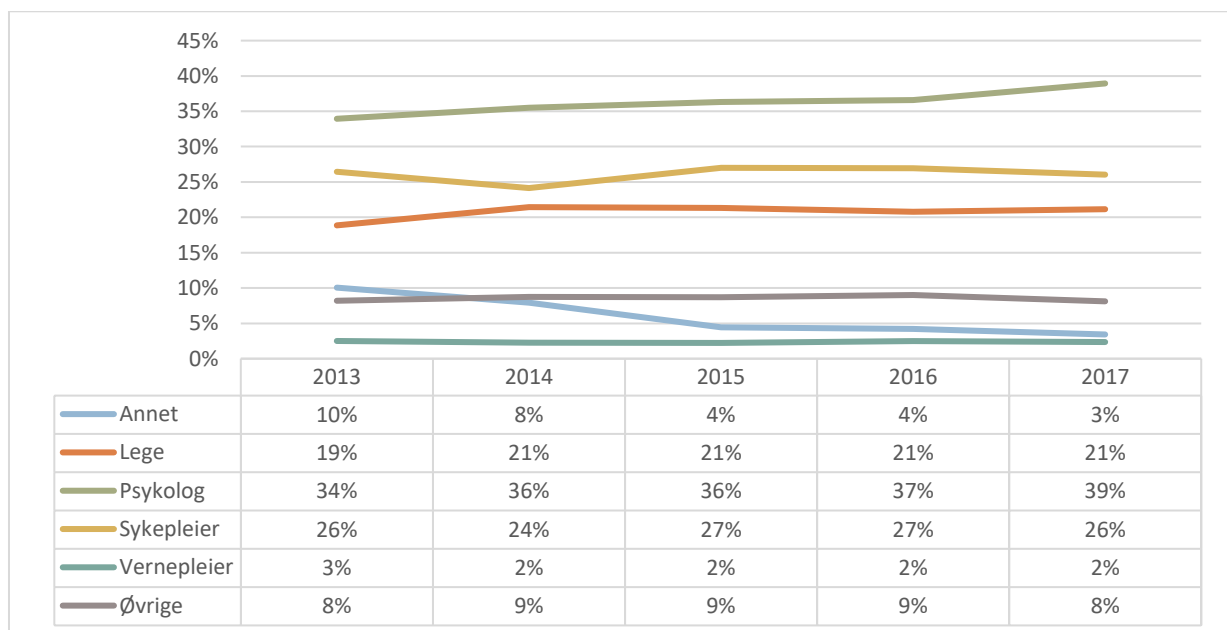
2.2.3 PHV Helse Sør-Øst «Utførende helsepersonell» fordelt på helsepersonellgrupper

Fordelt på de 6 ulike profesjonsgruppene definert for denne studien får vi følgende tall for Helse Sør-Øst mht. i hvilket omfang de ulike helsepersonellgruppene er rapportert som «utførende helsepersonell», dvs. aktivt deltakende ved kontakter i PHV poliklinikk

Tabell 11 PHV HELSE SØR-ØST «Utførende helsepersonell» – ANTALL kontakter fordelt på helsepersonellgrupper 2013-17

Utførende helsepersonell	Total	2013	2014	2015	2016	2017
Total	4540204	751799	832551	874455	1049564	1031835
Annet	260090	75572	66071	38820	44277	35350
Lege	942809	141778	178490	186304	217962	218275
Psykolog	1654104	255176	295566	317549	384012	401801
Sykepleier	1187182	198873	200967	236117	282704	268521
Vernepleier	107435	18839	18851	19486	26068	24191
Øvrige	388584	61561	72606	76179	94541	83697

Figur 7 PHV HELSE SØR-ØST «Utførende helsepersonell» – ANDEL kontakter fordelt på helsepersonellgrupper 2013-17



I Helse Sør-Øst holder andelen kontakter med helsepersonellgruppe sykepleier angitt som utførende helsepersonell seg rimelig konstant med +/- 1% rundt 26 % gjennom hele perioden.

Helsepersonellgruppe lege øker sin andel utførende helsepersonell fra 19-21 % gjennom perioden.

Andel helsepersonellgruppe psykolog som utførende helsepersonell viser en økning fra 34-39 % fra 2013 til 2017

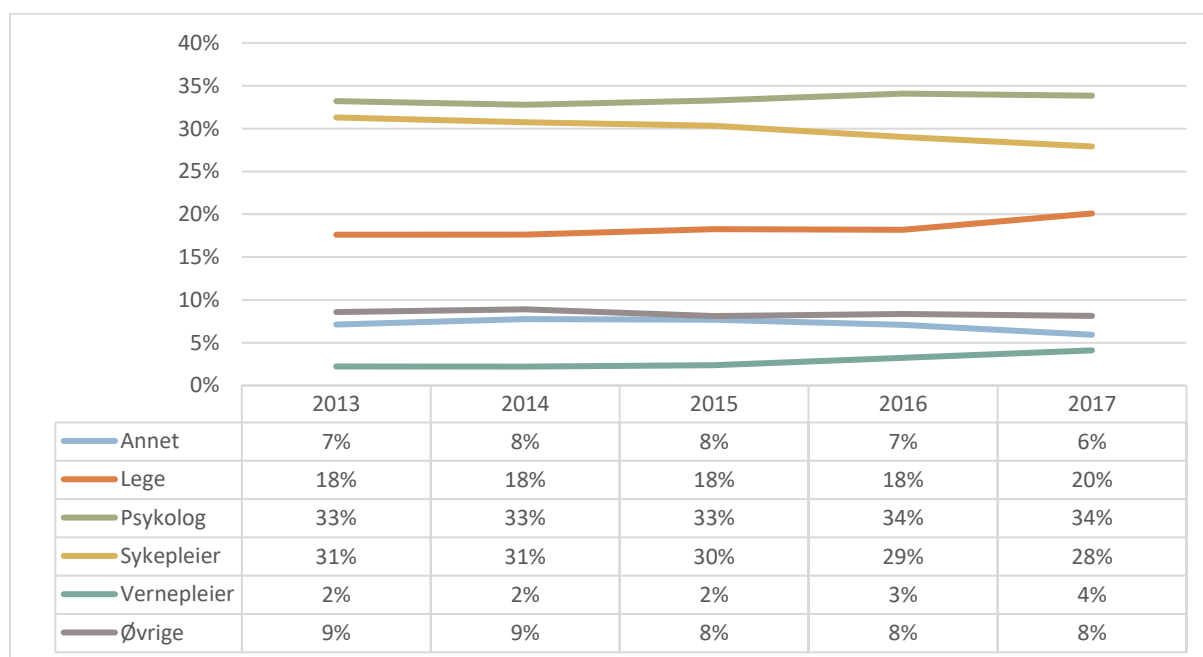
2.2.4 PHV Helse vest «Utførende helsepersonell» fordelt på helsepersonellgrupper

Fordelt på de 6 ulike profesjonsgruppene definert for denne studien får vi følgende tall for Helse Vest mht. i hvilket omfang de ulike helsepersonellgruppene er rapportert som «utførende helsepersonell», dvs. aktivt deltakende ved kontakter i PHV poliklinikk

Tabell 12 PHV HELSE VEST «Utførende helsepersonell» – ANTALL kontakter fordelt på helsepersonellgrupper 2013-17

Utførende helsepersonell	Total	2013	2014	2015	2016	2017
Total	1626491	294347	304501	328613	343809	355221
Annet	115206	20928	23615	25197	24407	21059
Lege	299438	51831	53705	59963	62570	71369
Psykolog	544241	97707	99806	109359	117177	120192
Sykepleier	484164	92129	93545	99602	99747	99141
Vernepleier	46820	6525	6729	7841	11139	14586
Øvrige	136622	25227	27101	26651	28769	28874

Figur 8 PHV HELSE VEST «Utførende helsepersonell» – ANDEL kontakter fordelt på helsepersonellgrupper 2013-17



Helse Vest viser en liten nedgang i andel kontakter med helsepersonellgruppe sykepleier angitt som utførende helsepersonell fra 31% i 2013 til 28% i 2017

Helsepersonellgruppe lege øker sin andel utførende helsepersonell fra 18-20 %

Andel helsepersonellgruppe psykolog som utførende helsepersonell viser en liten økning fra 33-34 % fra 2013 til 2017 hvilket er 3 prosentpoeng under gjennomsnitt for DIPS-sykehus i 2017

2.2.5 PHV FORETAK – «Utførende helsepersonell» fordelt på helsepersonellgrupper

For trender i utvikling på foretaksnivå mht. hvorledes de 6 ulike helsepersonellgruppene definert for denne studien mht. andel utførende helsepersonell ved kontakter i PHV poliklinikk vises til

VEDLEGG B

2.3 PHV DIPS-SYKEHUS, HVA GJØR SYKEPLEIERE

Frem til 2016 var det koding av takster (hovedtakster og tilleggstakster) som styrte finansieringen. I forbindelse med overgang til ISF i 2017 var det fortsatt et krav å kode takster som før («dobbel bokholderi»). Dette for å kunne kalibrere ny finansieringsordning (ISF) slik at denne ikke bidro til en utilsiktet over- eller underfinansiering av tjenesten.

Takstkodingen har følgelig vært stabil i hele perioden fra 2013-17 som denne analysen omfatter. Ved å bruke takstkodene og koble disse til utførende helsepersonellgrupper kan en få et bilde av den enkelte helsepersonellgruppes gjøremål (hva de jobber med) i PHV.

Basert på takstkodene har vi definert 4 hovedgjøremål:

1. Inntaks- og førstegangssamtale (hovedtakst P10)
2. Utredning og behandling (hovedtakst P12, P12a og P12b)
3. Behandling i gruppe (tilleggstakst P16)
4. Ambulant behandling (tilleggstakst P15)

DIPS-sykehus rapporterer et korrekt antall kontakter men har feil i rapportering av antall utførende helsepersonellgrupper knyttet til den enkelte kontakt jmf. pkt. 1.4. Feilene i DIPS har så langt vi har bragt i erfaring vært konstante i perioden 2013-2017. Utvikling i relative andeler mht. hvilke helsepersonellgrupper som har vært delaktige i de ulike konsultasjoner burde derfor kunne gi en indikasjon på evt. endringer over tid.

VIKTIG!

På bakgrunn av de store mangler i datamaterialet har vi valgt ikke å presentere tall for andre helsefaggrupper enn helsefaggruppen sykepleier i forhold til takster og diagnosekoder

Tallene som fremkommer her beskriver IKKE virkeligheten kun den virkelighet som finnes i statistikken

Tallene som fremkommer gir kun en **INDIKASJON** på evt. endringer i løpet av perioden mht. hvilke kontakter helsepersonellgruppen sykepleiere er involvert i samt forskjeller foretakene imellom.

Utvalget i denne delen av rapporten er basert på helsepersonellgruppen sykepleier (feil)rapportert med attributtet ko-terapeut rolle=2 ved DIPS-sykehus

2.3.1 PHV DIPS-SYKEHUS, Helsefaggruppe sykepleier, Inntaks- og førstegangssamtale (P10)

Andelen kontakter hvor Helsefaggruppen sykepleier deltar ved inntaks og førstegangssamtaler PHV holder seg rimelig stabil fra 17,9 % i 2013 via en topp i 2016 med 19,9 % for å ende på 18,4 % i 2017 og indikerer ingen endring av betydning mht. inntaks- og førstegangssamtaler totalt sett.

Antall kontakter øker fra 50168 i 2013 til 55107 i 2017

Betydelig variasjon mellom HF internt i og mellom RHF. Liten variasjon mellom RHF.

For detaljer se **VEDLEGG D**

2.3.2 PHV DIPS-SYKEHUS, Helsefaggruppe sykepleier, Utredning og behandling (P12, P12a og P12b)

Andelen kontakter hvor helsefaggruppen sykepleier deltar ved utredning og behandling totalt øker litt i periode fra 21,9 % i 2013 til 24,2 % i 2017 og indikerer en liten økning.

Antall kontakter øker fra 784145 i 2013 til 1021362 i 2017

Betydelig variasjon mellom HF internt i og mellom RHF

For detaljer se **VEDLEGG D**

2.3.3 PHV DIPS-SYKEHUS, Helsefaggruppe sykepleier, Behandling i gruppe (P16)

Andelen kontakter hvor Helsefaggruppen sykepleier deltar ved behandling i gruppe totalt øker i periode fra 31,0 % i 2013 til 40,0 % i 2017 med en topp på 42 % i 2016

Antall øker fra 34902 i 2013 til 132590 i 2017

Betydelig variasjon mellom HF internt i og mellom RHF

For detaljer se **VEDLEGG D**

2.3.4 PHV DIPS-SYKEHUS, Helsefaggruppe sykepleier, Ambulant kontakt (P17)

Andelen kontakter hvor helsefaggruppen sykepleier deltar ved ambulant holder seg stabil 45,8 % i 2016, 46,4 % 2017

Antall kontakter øker fra 78626 i 2013 til 89855 i 2017

SIV HF bidrar først med tall fra 2016 pga overgang til DIPS som nytt PAS

For detaljer se **VEDLEGG D**

2.4 PHV DIPS-SYKEHUS, HVILKE PASIENTGRUPPER MØTER SYKEPLEIER

Hver kontakt i PHV skal rapporteres med en hovedtilstand og evt. andre tilstander som har hatt reell betydning for gjennomføringen av helsehjelpen under den aktuelle kontakten.

Rapportering av tilstander skjer ved hjelp av *ICD-10 Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer* som WHO står bak.

Noen forhold som kjennetegner rapporteringen av hovedtilstand innen PHV er:

- Frem til innføring av ISF i 2016 har det vært lite fokus på korrekt rapportering av hovedtilstand. Dels pga. vegring i fagmiljøet mot å «sette diagnoser», dels fordi det ikke har hatt noen betydning for finansieringen som før 2017 var takstbasert.
- Opplæring i korrekt bruk av ICD-10 ved oversettelse av tilstander til koder har vært mer eller mindre fraværende og kunnskapen tilsvarende dårlig.
- Rapportering av tilstander for den enkelte kontakt har en tendens til å bære preg av «copy-paste», med den følge av at den diagnostiske prosess gjennom behandlingsserien ikke gjenspeiles i kodingen.

Basert på ICD-10 har vi definert 15 diagnosegrupper

- **F00-F09** Organiske, inkl. symptomatiske, psykiske lidelser
- **F10-F19** Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer
- **F20-F29** Schizofreni, schizotyp lidelse og paranoide lidelser
- **F30-F39** Affektive lidelser stemningslidelser
- **F40-F48** Nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelse
- **F50-F59** Atferdssyndromer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer
- **F60-F69** Personlighets- og atferdsforstyrrelser hos voksne
- **F70-F79** Psykisk utviklingshemming
- **F80-F89** Utviklingsforstyrrelser
- **F90-F98** Atferds- og følelsesmessige forstyrrelser som vanligvis oppstår i barne- og ungdomsalder
- **F99** Uspesifisert psykisk lidelse
- **R40-R46** Symptomer og tegn med tilknytning til kognisjon, persepsjon, emosjonell tilstand og atferd
- **Kap. 18** Symptomer, tegn, unormale kliniske funn og laboratoriefunn, ikke klassifisert annet sted, alle R-koder *ekskludert R40-R46*
- **Kap. 21** Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z-koder)
- **Somatikk:** ICD-10 kap. 1,2,3,4,6,7,8,9,10,11,12,13, 14,15,16, 17,19,20 og 22

Som redegjort for tidligere i denne rapporten er det betydelige utfordringer knyttet til datakvaliteten i det NPR-uttrekk som ligger til grunn for analysene. Særlig gjelder dette antall kontakter og utførende helsepersonellgrupper knyttet til disse jmf. pkt. 1.4

DIPS-sykehus rapporterer et korrekt antall kontakter men har feil i rapportering av antall utførende helsepersonellgrupper knyttet til den enkelte kontakt. Feilene i DIPS har så langt vi har bragt i erfaring vært konstante i perioden 2013-2017. Utvikling i relative andeler mht. hvilke helsepersonellgrupper som har vært delaktige i de ulike konsultasjoner burde derfor kunne gi en indikasjon på evt. endringer over tid.

VIKTIG!

På bakgrunn av de store mangler i datamaterialet har vi valgt ikke å presentere tall for andre helsefaggrupper enn helsefaggruppen sykepleier i forhold til takster og diagnosekoder

Tallene som fremkommer her beskriver IKKE virkeligheten kun den virkelighet som finnes i statistikken

Tallene som fremkommer gir kun en **INDIKASJON** på evt. endringer i løpet av perioden mht. hvilke kontakter helsepersonellgruppen sykepleiere er involvert i samt forskjeller foretakene imellom.

Utvalget i denne delen av rapporten er basert på helsepersonellgruppen sykepleier (feil)rapportert med hhv Attributtet ko-terapeut rolle=2 ved DIPS-sykehus

2.4.1 PHV DIPS-SYKEHUS, F00-F09 Organiske, inkl. symptomatiske, psykiske lidelser

Andelen kontakter hvor helsefaggruppen sykepleier deltar i forbindelse med kontakter i diagnosegruppen F00-F09 øker fra 29,8 % i 2013 til 36,3 % i 2017 med en topp på 38,2 % i 2016. Totalt antall kontakter øker fra 9931 i 2013 til 12357 i 2017. Betydelig variasjon mellom HF internt i og mellom RHF

For detaljer se **VEDLEGG D**

2.4.2 PHV DIPS-SYKEHUS, F10-F19 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer

Andelen kontakter hvor helsefaggruppen sykepleier deltar i forbindelse med kontakter i diagnosegruppen F10-F19 øker fra 27,9 % i 2013 til 30,3 % i 2017 med en topp på 31,5 % i 2016. Samtidig øker totalt antall kontakter i denne gruppen fra 31024 i 2013 til 31626 i 2017 Betydelig variasjon mellom HF internt i og mellom RHF

For detaljer se **VEDLEGG D**

2.4.3 PHV DIPS-SYKEHUS, F20-F29 Schizofreni, schizotyp lidelse og paranoide lidelser

Andelen kontakter hvor helsefaggruppen sykepleier deltar i forbindelse med kontakter i diagnosegruppen F20-F29 øker fra 37,9 % i 2013 til 42,6 % i 2017. Totalt antall kontakter øker i denne gruppen fra 181703 i 2013 til 235637 i 2017 Betydelig variasjon mellom HF internt i og mellom RHF

For detaljer se **VEDLEGG D**

2.4.4 PHV DIPS-SYKEHUS, F30-F39 Affektive lidelser stemningslidelser

Andelen kontakter hvor helsefaggruppen sykepleier deltar i forbindelse med kontakter i diagnosegruppen F30-F39 holder seg stabilt fra 22,2 % i 2013, 22,9 % i 2017 med en liten topp på 24,5 % i 2016

Totalt antall kontakter øker i denne gruppen fra 307635 i 2013 til 357731 i 2017

Betydelig variasjon mellom HF internt i og mellom RHF

For detaljer se **VEDLEGG D**

2.4.5 PHV DIPS-SYKEHUS F40-F48 Nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelse

Andelen kontakter hvor helsefaggruppen sykepleier deltar i forbindelse med kontakter i diagnosegruppen F40-F48 ligger ganske stabilt med 20,4 % i 2013 og 20,2 % i 2017 med en liten topp på 21,8 % i 2016

Totalt antall kontakter øker i denne gruppen fra 240840 i 2013 til 347238 i 2017

Betydelig variasjon mellom HF internt i og mellom RHF

For detaljer se **VEDLEGG D**

2.4.6 PHV DIPS-SYKEHUS, F50-F59 Atferdssyndromer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer

Andelen kontakter hvor helsefaggruppen sykepleier deltar i forbindelse med kontakter i diagnosegruppen F50-F59 øker fra 15,9 % i 2013 til 21,7 % i 2017 med en liten topp på 26,6 % i 2016

Totalt antall kontakter øker i denne gruppen fra 46192 i 2013 til 49279 i 2017

Betydelig variasjon mellom HF internt i og mellom RHF

For detaljer se **VEDLEGG D**

2.4.7 PHV DIPS-SYKEHUS, F60-F69 Personlighets- og atferdsforstyrrelser hos voksne

Andelen kontakter hvor helsefaggruppen sykepleier deltar i forbindelse med kontakter i diagnosegruppen F60-F69 øker fra 24,5 % i 2013 til 27,5 % i 2017 med en liten topp på 29,4 % i 2016

Totalt antall kontakter øker i denne gruppen fra 86632 i 2013 til 121902 i 2017

SIV HF bidrar først med tall fra 2016 i forbindelse med at de gikk over til DIPS som PAS

Betydelig variasjon mellom HF internt i og mellom RHF

For detaljer se **VEDLEGG D**

2.4.8 PHV DIPS-SYKEHUS, F70-F79 Psykisk utviklingshemming

NB! Tallene her er ikke anvendbare da de fleste foretak har habiliteringstjenesten for voksne organisert under somatikken.

2.4.9 PHV DIPS-SYKEHUS, F80-F89 Utviklingsforstyrrelser

Andelen kontakter hvor helsefaggruppen sykepleier deltar i forbindelse med kontakter i diagnosegruppen F80-F89 øker fra 18,9 % i 2013 til 19,3 % i 2017.

Totalt antall kontakter øker i denne gruppen fra 12386 i 2013 til 19334 i 2017

Betydelig variasjon mellom HF internt i og mellom RHF

For detaljer se **VEDLEGG D**

2.4.10 PHV DIPS-SYKEHUS F90-F98 Atferds- og følelsesmessige forstyrrelser som vanligvis oppstår i barne- og ungdomsalder

Andelen kontakter hvor helsefaggruppen sykepleier deltar i forbindelse med kontakter i diagnosegruppen F90-F98 øker fra 13,0 % i 2013 til 16,1 % i 2017 med en topp på 19,8 % i 2016

Totalt antall kontakter øker i denne gruppen fra 35304 i 2013 til 51458 i 2017

Betydelig variasjon mellom HF internt i og mellom RHF

For detaljer se **VEDLEGG D**

2.4.11 PHV DIPS-SYKEHUS F99 Uspesifisert psykisk lidelse

Andelen kontakter hvor helsefaggruppen sykepleier deltar i forbindelse med kontakter i diagnosegruppen F99 øker fra 23,6 % i 2013 til 27,9 % i 2017.

Totalt antall kontakter minker betydelig i denne gruppen fra 28171 i 2013 til kun 3113 i 2017.

Endringen i antall kommer fra 2016 til 2017 og er trolig en indikasjon på mer presis/korrekt koding ved innføring av ISF

Betydelig variasjon mellom HF internt i og mellom RHF

For detaljer se **VEDLEGG D**

2.4.12 PHV DIPS-SYKEHUS, R40-R46 Symptomer og tegn med tilknytning til kognisjon, persepsjon, emosjonell tilstand og atferd

Andelen kontakter hvor helsefaggruppen sykepleier deltar i forbindelse med kontakter i diagnosegruppen R40-R46 går fra 5,0 % i 2013 til 27,7 % i 2017.

Samtidig betydelige økning i antall kontakter i denne gruppen fra 423 kontakter i 2013 til 201884 i 2017. Dette som en konsekvens av en tydeliggjøring av korrekt medisinsk koding med bruk av R-koder under utredning ved innføring av ISF i 2017.

Betydelig variasjon mellom HF internt i og mellom RHF

For detaljer se **VEDLEGG D**

2.4.13 PHV DIPS-SYKEHUS, Kap. 21 Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z-koder)

Andelen kontakter hvor helsefaggruppen sykepleier deltar i forbindelse med kontakter i diagnosegruppen Z00-Z99 holder seg stabilt på rundt 25 %

Her merker vi oss den betydelige reduksjonen i antall kontakter i denne gruppen fra 253294 kontakter i 2013 til 7637 i 2017. Dette som en konsekvens av en tydeliggjøring av korrekt medisinsk koding ved innføring av ISF i 2017 mht. at Z-koder som hovedregel ikke skal benyttes som hovedtilstand. Betydelig variasjon mellom HF internt i og mellom RHF

For detaljer se **VEDLEGG D**

2.4.14 PHV DIPS-SYKEHUS, Kap. 18 Symptomer, tegn, unormale kliniske funn og laboratoriefunn, ikke klassifisert annet sted, alle R-koder ekskludert R40-R46

Andelen kontakter hvor helsefaggruppen sykepleier deltar i forbindelse med kontakter i diagnosegruppen "somatiske symptomdiagnoser" går fra 1,6 % i 2013 til 15,3 % i 2017. Samtidig ser vi en økning i antall kontakter fra 192 i 2013 til 4186 i 2017 - effekt av innskjerpet koderegler mht. bruk av R-koder som hovedtilstand under utredning.

Svært små tall - variasjon mellom foretak stor men gir ikke grunnlag for noen vurdering mht variasjon mellom foretakene

For detaljer se **VEDLEGG D**

2.4.15 Somatikk: ICD-10 kap. 1,2,3,4,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16, 17,19,20 og 22

Andelen kontakter hvor helsefaggruppen sykepleier deltar i forbindelse med kontakter som har en somatisk hoveddiagnose øker fra 26,6 % i 2013 til 36,3 % i 2017.

Totalt antall kontakter er lavt men øker i denne gruppen fra 5647 i 2013 til 8380 i 2017. Betydelig variasjon mellom HF internt i og mellom RHF

PHV HELSE-MIDT FORETAKENE

3.1 PHV HELSE-MIDT FORETAKENE, UTFØRENDE HELSEPERSONELL

Som omtalt i pkt. 1.4 er det ved de foretakene som benytter Helse-Midt IKT sitt PAS/EPJ etablert en praksis der en tilsynelatende primært kun rapporterer 1 helseperson per kontakt, mens en sjelden eller aldri rapportere evt. ko-terapeuter (rolle=2). Så langt vi har bragt i erfaring har dette også noe å gjøre med begrensninger i brukergrensesnittet.

For å kompensere for denne svakheten har enheter innen PHV og TSB i Helse Midt introdusert en praksis der de i stedet for å rapportere én kontakt med flere utførende helsepersoner, rapporterer en separat kontakt for hvert av det utførende helsepersonell som deltar i den aktuelle kontakten. Samtlige utførende helsepersonell blir med det følgelig rapportert som ansvarlig (rolle=1).

Konsekvensen av en slik praksis er at det i Helse Midt ikke er mulig å si noe om hvem som er ansvarlig for kontakten. Det er heller ikke mulig å si noe om hvem som er utførende helsepersonell i tilknytning til en kontakt. Det vi med bakgrunn i dataene kan si er kun hvem som er «utførende helsepersonellgrupper i Helse Midt».

Da vi ikke har kunnskap om hvilke enheter innen Helse Midt som evt. praktiserer oppstyking av kontakter, er det usikkert om et utvalg basert på attributtet «rolle=1» favner alt utførende helsepersonell/alle helsepersonellgrupper.

VIKTIG!

Tallene som fremkommer mht. antall kontakter og ansvarlig (rolle=1) i Helse Midt kan IKKE benyttes til å si noe om **HVERKEN ANTALL KONTAKTER ELLER HVEM** som i realiteten er «ansvarlig for kontakten».

En evt. praksis med oppstyking av kontakter vil kunne gi et kunstig høyt antall kontakter i Helse Midt.

Grunnet manglende kunnskap om og evt. hvilke enheter i Helse Midt som følger en praksis med oppstyking av kontakter, er det usikkert om tallene som fremkommer mht. «utførende helsepersonell i foretaket» i denne rapporten omfatter alle som er delaktige i kontakter med pasient.

Tabell 13 PHV Helse-Midt foretakene - Antall kontakter totalt og kontakter med «utførende helsepersonell» (rolle=1) oppgitt 2013-2017

PHV Helse-Midt foretakene 2013-2017	Totalt antall kontakter	Kontakter med «utførende helsepersonell» (rolle=1)	
		Antall	Andel
Total	1391169	1242595	89 %
Helse Midt-Norge	1391169	1242595	89 %

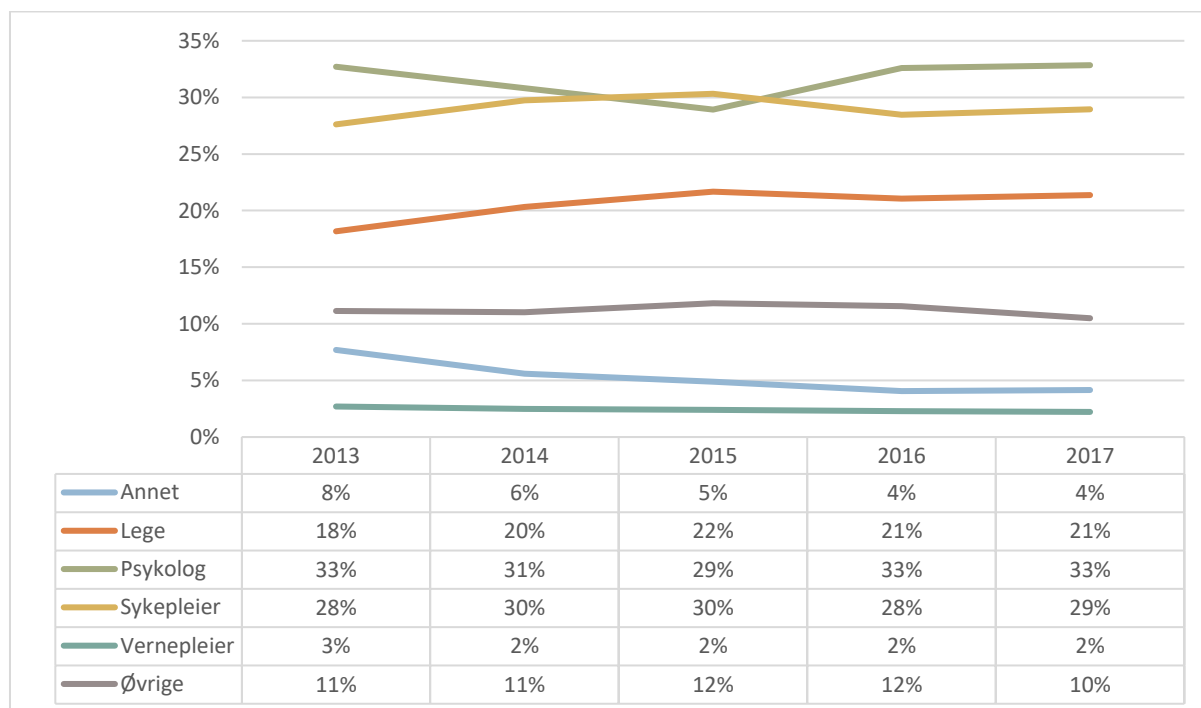
3.1.1 PHV Helse Midt «Utførende helsepersonell i foretaket» fordelt på helsepersonellgrupper

Fordelt på de 6 ulike profesjonsgruppene definert for denne studien får vi følgende tall for Helse Midt mht. i hvilket omfang de ulike helsepersonellgruppene er (feil)rapportert som utførende helsepersonell. I Helse Midt beskriver tilsynelatende attributtet ansvarlig rolle=1 i praksis «utførende helsepersonell i foretaket».

Tabell 14 PHV HELSE MIDT «Utførende helsepersonell i foretaket» ANTALL kontakter fordelt på helsepers.gr. 2013-2017

Utførende helsepersonell	Total	2013	2014	2015	2016	2017
Total	1242595	118334	269302	288090	283107	283762
Annet	61419	9103	15035	14036	11487	11758
Lege	258924	21501	54765	62441	59615	60602
Psykolog	390500	38693	83018	83323	92264	93202
Sykepleier	362883	32680	80124	87346	80600	82133
Vernepleier	29499	3189	6662	6906	6453	6289
Øvrige	139370	13168	29698	34038	32688	29778

Figur 9 PHV HELSE MIDT «Utførende helsepersonell i foretaket» ANDEL kontakter fordelt på helsepers.gr. 2013-2017



Helse Midt viser en relativt stabil andel kontakter rundt 29 % +/- 1 prosent gjennom perioden med helsepersonellgruppe sykepleier som «utførende helsepersonell i foretaket»

Helsepersonellgruppe lege som «utførende helsepersonell i foretaket» varierer mellom fra 18-22 % med en andel på 18 % i 2013 og 21 % i 2017.

Andel helsepersonellgruppe psykolog som utførende helsepersonell er rimelig stabil rundt 33 % gjennom hele perioden

3.1.2 PHV Helse Midt «Utførende helsepersonell i foretaket» fordelt på helsepersonellgrupper

For trender i utvikling på foretaksnivå mht. hvorledes de 6 ulike helsepersonellgruppene definert for denne studien mht. andel utførende helsepersonell ved kontakter i PHV poliklinikk vises til

VEDLEGG C

3.2 PHV HELSE-MIDT FORETAKENE, HVA GJØR SYKEPLEIERE

Foretakene i Helse Midt rapporterer tilsynelatende feil både i antall kontakter og feil mht. utførende helsepersonellgrupper knyttet til den enkelte kontakt jmf. pkt. 1.4. Det er også uklart om alle enheter som benytter Helse-Midt IKT sitt PAS/EPJ praktiserer samme rutiner for rapportering av utførende helsepersonell.

Data fra Helse-Midt foretakene egner seg av denne grunn ikke for nærmere analyse mht. hvilken type kontakter helsepersonellgruppen sykepleier deltar aktivt i.

3.3 PHV HELSE-MIDT FORETAKENE, HVILKE PASIENTGRUPPER MØTER SYKEPLEIER

Helse-Midt foretakene rapporterer tilsynelatende feil både i antall kontakter og feil mht. utførende helsepersonellgrupper knyttet til den enkelte kontakt jmf. pkt. 1.4.. Det er også uklart om alle enheter som benytter Helse-Midt IKT sitt PAS/EPJ praktiserer samme rutiner for rapportering av utførende helsepersonell.

Data fra Helse-Midt foretakene egner seg av denne grunn ikke for nærmere analyse mht. hvilke pasientgrupper helsepersonellgruppen sykepleier møter.

DEL III TVERRFAGLIG SPESIALISERT RUSBEHANDLING (TSB)

I denne delen ser vi nærmere på utviklingene i aktivitet mht. de ulike helsepersonellgruppenes deltakelse og rolle i kontakter med pasient innen TSB.

Basert på de svakheter som ligger i uttrekket fra NPR har vi måttet skille mellom de foretak/sykehus som benytter DIPS og de foretak som benytter Helse-Midt IKT sitt PAS/EPJ

For DIPS-sykehus vil vi forsøksvis se på fordelingen mellom helsefaggrupper mht.:

- «Ansvarelig for behandlingsserien»
- Utførende helsepersonells deltakelse i den enkelte kontakt
- Sykepleieres deltakelse ved inntak og førstegangskonsultasjon
- Sykepleieres deltakelse ved utredning eller behandling
- Sykepleieres deltakelse ved gruppebehandling
- Sykepleieres deltakelse ved ambulante kontakter

Resultatene blir fremstilt separat på følgende nivå:

- DIPS-sykehus (samlet for Helse Nord, Helse Sør-Øst og Helse Vest)
- Per RHF
- Per HF (vedlegg A)

For Helse-Midt foretakene vil vi forsøksvis se på fordelingen mellom helsefaggrupper mht.:

- «Ansvarelig for kontakten»

For Helse-Midt foretakene mangler opplysning om takst (hovedtakst og tilleggstakst) knyttet til helsepersonellgruppe for 99,3 % av alle kontakter innen TSB for perioden 2013-2017.

Følgelig ikke mulig å si noe om de ulike helsepersonellgruppers deltakelse ved inntak og førstegangssamtale, utredning eller behandling, gruppebehandling eller ambulante kontakter

Tilsvarende mangler det for Helse-Midt foretakene opplysning om hoveddiagnose knyttet til helsepersonellgruppe for 99,3 % av alle kontakter innen TSB for perioden 2013-2017.

Følgelig ikke mulig å si noe om hvilke helsepersonellgrupper som jobber med hvilke problemstillinger hos pasientene

TSB DIPS-SYKEHUS

4.1 TSB DIPS-SYKEHUS ANSVARLIG FOR BEHANDLINGSSERIEN

Behandlingsseriebegrepet er viktig for å kunne dokumentere omfang og forløp for det samlede polikliniske tilbudet eller dagtilbudet gitt til en pasient. Forholdet mellom kontakter og behandlingsserier kan oppsummeres slik: Én kontakt/konsultasjon = en episode. Flere kontakter/konsultasjoner/episoder = en behandlingsserie⁵.

Med ansvarlig for behandlingsserien menes den helseperson som av virksomheten er gitt et overordnet ansvar for behandlingsserien knyttet til en pasient. Ansvarlig for behandlingsserien behøver ikke være involvert i den direkte kontakten med pasienten, men vil ofte også inngå som utførende helsepersonell i direkte kontakt med pasienten.

For de foretak og sykehus som benytter DIPS finner vi at det samlet er knyttet ansvarlig for behandlingsserien til 81,2 % av kontaktene innen TSB basert på (feil)rapportering av Rolle=1 (Rolle=1 er feil brukt ved DIPS sykehus jmf. pkt. 1.4)

Basert på uttrekket fra NPR er det ikke mulig å se hvilke kontakter som inngår i en behandlingsserie. Som nevnt over vil det variere mht. i hvilken grad den helseperson som er ansvarlig for behandlingsserien er involvert som utførende behandler i de enkelte kontaktene. Dersom en helsepersonellgruppe oftere enn de andre er «ansvarlig for behandlingsserien» vil dette påvirke antall og andel av kontakter som denne personellgruppen fremkommer med mht. «ansvarlig for behandlingsserien».

VIKTIG!

Tall som fremkommer av tabeller og figurer mht. de ulike helsefaggruppers andel av «ansvarlig for behandlingsserien» **KAN IKKE BRUKES TIL Å SI NOE EKSAKT** om fordelingen mellom helsefaggruppene. Om en forutsetter at praksis mht. hvilke helsefaggrupper som er «ansvarlig for behandlingsserien» har vært noenlunde stabil i perioden 2013-2017 vil tallene som fremstilles her kunne **INDIKERE TRENDER** over tid mht. endringer i hvilke helsefaggrupper som står «ansvarlige for behandlingsserien»

Tabell 15 TSB DIPS-sykehus – Antall kontakter totalt og med «ansvarlig for behandlingsserien» oppgitt 2013-2017

TSB DIPS-sykehus 2013-2017	Totalt antall kontakter	Kontakter med «ansvarlig for behandlingsserien» oppgitt	
		Antall	Andel
Total	2114908	1717141	81,2 %
Helse Nord	78889	73246	92,8 %
Helse Sør-Øst	1346086	1122621	83,4 %
Helse Vest	689933	521274	75,6 %

⁵ [Helsedirektoratet IS-1541 Veileder for rapportering av aktivitetsdata i psykisk helsevern. Innrapportering til Norsk pasientregister \(NPR\) Desember 2016 Pkt. 2.4.5.1](#)

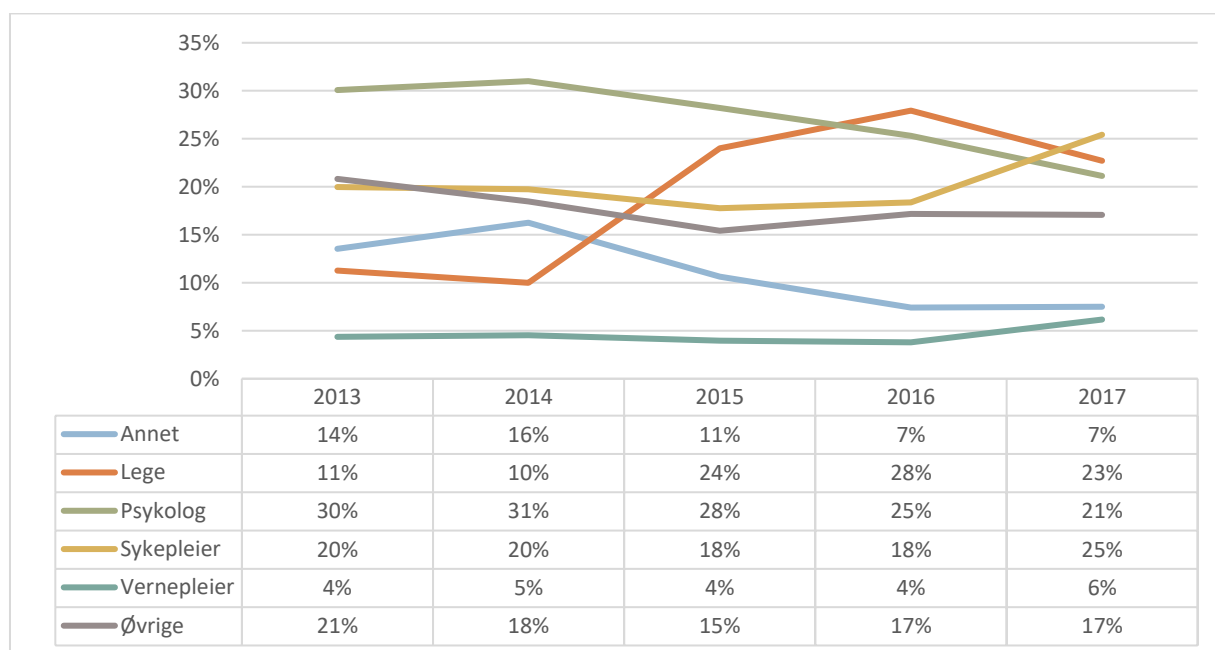
4.1.1 TSB DIPS-sykehus «Ansvarlig for behandlingsserien» fordelt på helsepersonellgrupper

Fordelt på de 6 ulike profesjonsgruppene definert for denne studien får vi følgende tall for DIPS-sykehus samlet mht. i hvilket omfang den enkelte helsepersonellgruppe er rapportert som «ansvarlig for behandlingsserien» ved kontakter i TSB poliklinikk

Tabell 16 TSB DIPS-SYKEHUS «Ansvarlig for behandlingsserien» – ANTALL kontakter fordelt på helsepersonellgr. 2013-17

Ansvarlig for behandlingsserien	Total	2013	2014	2015	2016	2017
Total	1717141	254217	273730	363453	369020	456721
Annet	179085	34411	44492	38628	27353	34201
Lege	350116	28664	27352	87282	103075	103743
Psykolog	453677	76428	84864	102498	93391	96496
Sykepleier	353222	50729	54019	64563	67809	116102
Vernepleier	80077	11056	12407	14456	13995	28163
Øvrige	300964	52929	50596	56026	63397	78016

Figur 10 TSB DIPS-SYKEHUS «Ansvarlig for behandlingsserien» – ANDEL kontakter fordelt på helsepersonellgr. 2013-17



Som det fremkommer av tabell og figur over øker andelen kontakter med sykepleier angitt som «ansvarlig for behandlingsserien» fra 20% i 2013 til 25 % i 2017

Lege angitt som «ansvarlig for behandlingsserien» viser en betydelig økning fra 11% i 2013 til 23 % i 2017

Andel Psykolog som «ansvarlig for behandlingsserien» viser en tilbakegang fra 30 % i 2013 til 21 % i 2017

Merker oss ellers en betydelig nedgang i andel Annet (dvs. ikke autorisert helsepersonell i hht. helsepersonelloven) fra en topp på 16 % i 2014 til 7 % i 2017. Dette skyldes et skjerpet krav mht. rapportering av rett helsepersonellgruppe for refusjon. Erfaringsmessig omfattet Gruppen Annet tidligere også en betydelig gruppe feilregistrert helsepersonell som tilhører en av de autoriserte helsefaggruppene.

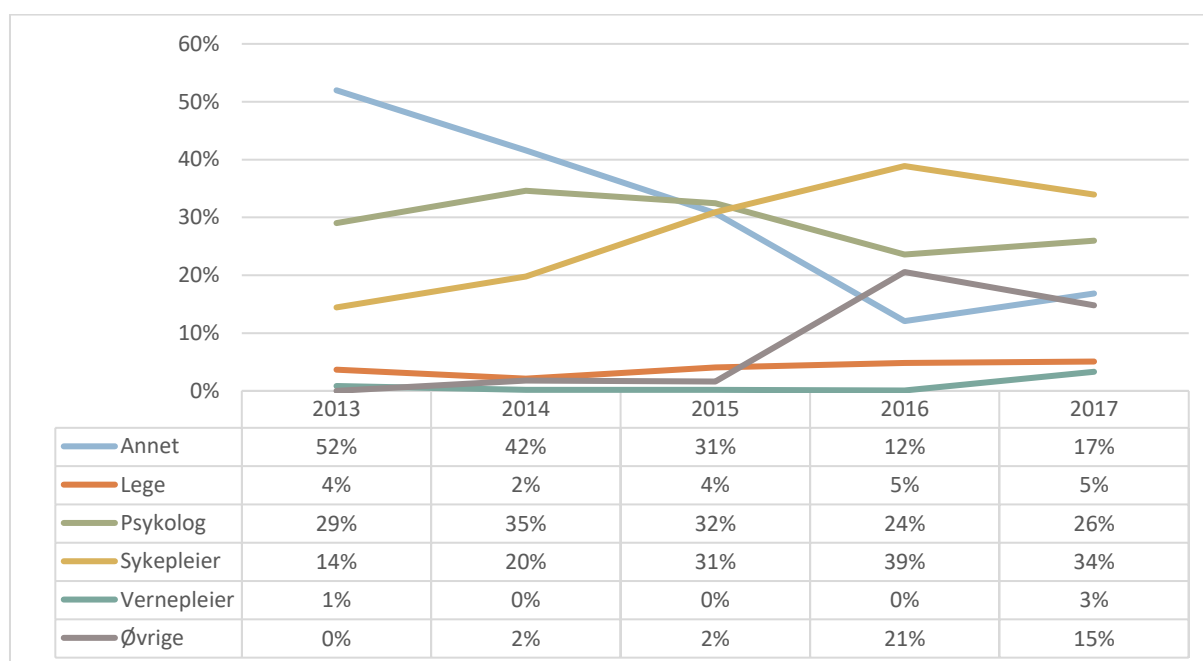
4.1.2 TSB Helse Nord «Ansvarlig for behandlingsserien» fordelt på helsepersonellgrupper

Fordelt på de 6 ulike profesjonsgruppene definert for denne studien får vi følgende tall for Helse Nord mht. i hvilket omfang den enkelte helsepersonellgruppe er rapportert som «ansvarlig for behandlingsserien» ved kontakter i TSB poliklinikk

Tabell 17 TSB HELSE NORD «Ansvarlig for behandlingsserien» ANTALL kontakter fordelt på helsepersonellgr. 2013-17

Ansvarlig for behandlingsserien	Total	2013	2014	2015	2016	2017
Total	73246	10618	11359	14078	17546	19645
Annet	19998	5519	4721	4328	2118	3312
Lege	3049	389	241	573	848	998
Psykolog	20825	3083	3931	4572	4138	5101
Sykepleier	21623	1533	2244	4351	6822	6673
Vernepleier	802	93	20	26	13	650
Øvrige	6949	1	202	228	3607	2911

Figur 11 TSB HELSE NORD «Ansvarlig for behandlingsserien» ANDEL kontakter fordelt på helsepersonellgrupper 2013-17



I Helse Nord øker andelen sykepleier som «Ansvarlig for behandlingsserien» fra 14 % i 2013 til 34 % i 2017 hvilket er 9 prosentpoeng over gjennomsnittet for DIPS-sykehus i 2017

Andelen leger som «ansvarlig for behandlingsserien» er stabilt lav og øker litt fra 4-5% fra 2013 til 2017 hvilket er 18 % under gjennomsnittet for DIPS-sykehus i 2017

Andel Psykolog som «ansvarlig for behandlingsserien» varierer en del igjennom perioden fra 29 % i 2013 med en topp på 35% i 2014 for så å gå ned og lande på 26 % i 2017

Merker oss et dramatisk fall i helsefaggruppen Annet fra 52 % i 2013 til 12 % i 2016 og litt opp igjen til 17 % i 2017. Mye av dette skyldes trolig korrigerings av feilregistrert helsepersonell – disse fordeles ved korreksjon naturlig nok på de andre gruppene og bidrar dermed til en «kunstig» vekst i andeler uten at det er mulig å si hvilke helsefaggrupper det gjelder.

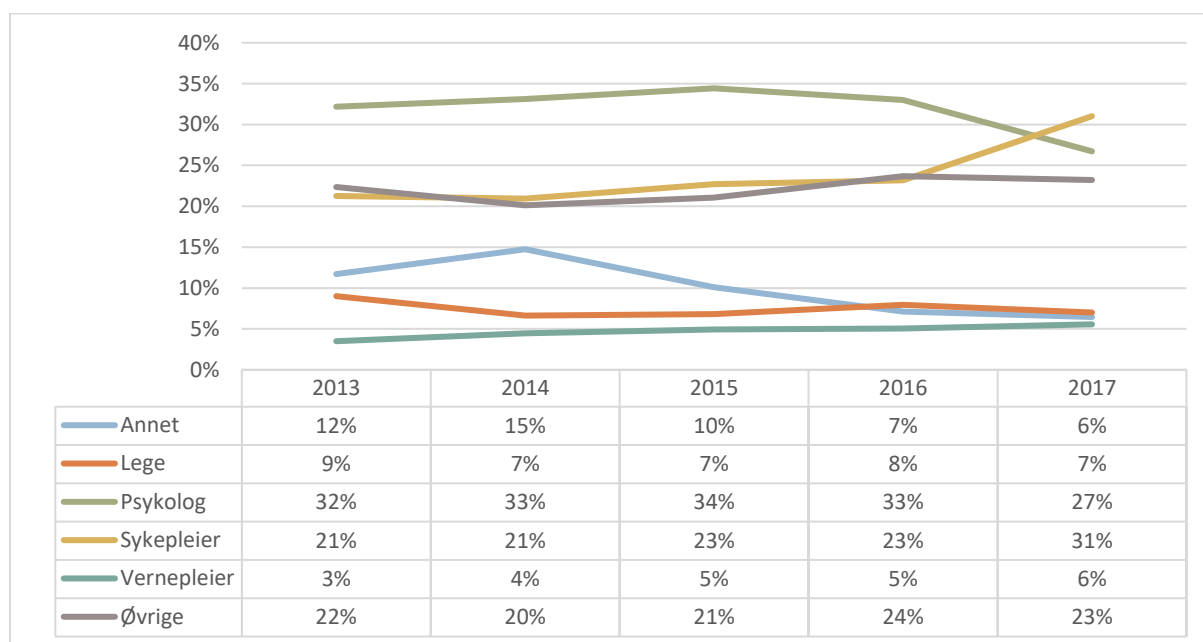
4.1.3 TSB Helse Sør-Øst «Ansvarlig for behandlingsserien» fordelt på helsepersonellgrupper

Fordelt på de 6 ulike profesjonsgruppene definert for denne studien får vi følgende tall for Helse Sør-Øst mht. i hvilket omfang den enkelte helsepersonellgruppe er rapportert som «ansvarlig for behandlingsserien» ved kontakter i TSB poliklinikk

Tabell 18 TSB HELSE SØR-ØST «Ansvarlig for behandlingsserien» ANTALL kontakter fordelt på helsepersonellgr. 2013-17

Ansvarlig for behandlingsserien	Total	2013	2014	2015	2016	2017
Total	1122621	193119	209179	224762	216745	278816
Annet	109585	22591	30840	22711	15433	18010
Lege	83309	17389	13868	15275	17260	19517
Psykolog	354876	62173	69274	77389	71535	74505
Sykepleier	272592	41071	43799	50995	50237	86490
Vernepleier	53586	6756	9311	11059	10949	15511
Øvrige	248673	43139	42087	47333	51331	64783

Figur 12 TSB HELSE SØR-ØST «Ansvarlig for behandlingsserien» ANDEL kontakter fordelt på helsepersonellgr. 2013-17



Merker oss også her at andelen kontakter med sykepleier angitt som «ansvarlig for behandlingsserien» øker betydelig gjennom perioden fra 21 % i 2013 til 31 % i 2017. Andelen leger som «ansvarlig for behandlingsserien» synker litt fra 9 % i 2013 til 7 % i 2017. Andel Psykolog som «ansvarlig for behandlingsserien» synker fra 32-27 % i perioden. Helsefaggruppen Annet reduseres fra 12 % i 2013 til 6 % i 2017. Mye av dette skyldes trolig korrigering av feilregistrert helsepersonell – disse fordeles ved korreksjon naturlig nok på de andre gruppene og bidrar dermed til en «kunstig» vekst i andeler uten at det er mulig å si hvilke helsefaggrupper det gjelder.

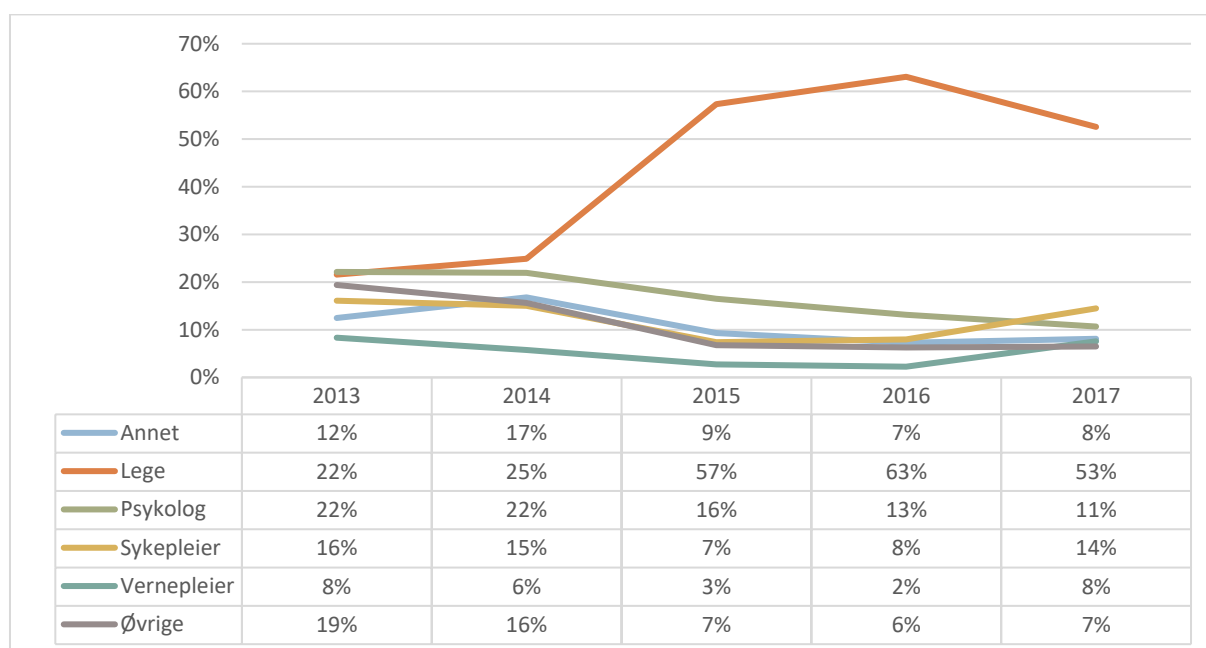
4.1.4 TSB Helse Vest «Ansvarlig for behandlingsserien» fordelt på helsepersonellgrupper

Fordelt på de 6 ulike profesjonsgruppene definert for denne studien får vi følgende tall for Helse Vest mht. i hvilket omfang den enkelte helsepersonellgruppe er rapportert som «ansvarlig for behandlingsserien» ved kontakter i TSB poliklinikk

Tabell 19 TSB HELSE VEST «Ansvarlig for behandlingsserien» ANTALL kontakter fordelt på helsepersonellgrupper 2013-17

Ansvarlig for behandlingsserien	Total	2013	2014	2015	2016	2017
Total	521274	50480	53192	124613	134729	158260
Annet	49502	6301	8931	11589	9802	12879
Lege	263758	10886	13243	71434	84967	83228
Psykolog	77976	11172	11659	20537	17718	16890
Sykepleier	59007	8125	7976	9217	10750	22939
Vernepleier	25689	4207	3076	3371	3033	12002
Øvrige	45342	9789	8307	8465	8459	10322

Figur 13 TSB HELSE VEST «Ansvarlig for behandlingsserien» ANDEL kontakter fordelt på helsepersonellgrupper 2013-17



Merker oss også her at andelen kontakter med sykepleier angitt som «ansvarlig for behandlingsserien» varierer en del gjennom perioden fra 16 % i 2013 med et bunnpunkt på 7 % i 2015 til å ende opp på 14 % i 2017

Andelen lege som «ansvarlig for behandlingsserien» viser en påfallende økning som skiller seg betydelig fra de øvrige foretakene med en økning 22 % i 2013 via et toppunkt på 63 % i 2016 for å ende på 53 % i 2017

Andel Psykolog som «ansvarlig for behandlingsserien» viser en reduksjon fra 22 % i 2013 til 11 % i 2017.

Så vidt kraftige utslag som det vi ser mht. lege i Helse Vest gir grunn til å stille spørsmål ved om det foreligger evt. endring i tilbud og/eller registreringspraksis innen TSB, noe som kan understøttes av at vi ser mer enn en fordobling av antall kontakter fra 2014 til 2015 og en tredobling fra 2013 til 2017. Andel helsefaggruppe Annet går også her tilbake fra en topp på 17 % i 2014 til 8 % i 2017. Mye av dette skyldes trolig korrigerings av feilregistrert helsepersonell – disse fordeles ved korreksjon naturlig

nok på de andre gruppene og bidrar dermed til en «kunstig» vekst i andeler uten at det er mulig å si hvilke helsefaggrupper det gjelder.

4.1.5 DIPS FORETAK – «Ansvarlig for behandlingsserien» fordelt på helsepersonellgrupper

For trender i utvikling mht. hvorledes de 6 ulike helsepersonellgruppene definert for denne studien mht. andel «ansvarlig for behandlingsserien» ved kontakter i TSB poliklinikk vises til **VEDLEGG A**

4.2 TSB DIPS UTFØRENDE HELSEPERSONELLS DELAKTIGHET I KONTAKT

Med utførende helsepersonell menes i denne sammenheng de helsepersonellgrupper som er rapportert aktivt deltagende i den enkelte kontakt.

Som vi har gjort rede for i pkt. 1.4 (feil)rapporterer DIPS alle utførende helsepersonell aktivt deltagende i den enkelte kontakt som «ko-terapeut» (rolle=2). Vi kan derfor ikke si noe om hvilken helsepersonellgruppe som er ansvarlig for den aktuelle kontakt ved DIPS-sykehus.

Grunnet (feil)rapportering av attributtene «ansvarlig» (rolle=1) og «ko-terapeut» (rolle=2) ved DIPS-sykehus, er det heller ikke mulig å angi antall utførende helsepersonell som er aktivt deltagende i den enkelte kontakt. Ved DIPS-sykehus blir «ansvarlig for behandlingsserien» alltid regnet med i gruppen utførende helsepersonell enten denne er aktivt deltagende eller ikke i den enkelte kontakt.

Dersom «ansvarlig for behandlingsserien» i tillegg er aktivt deltagende i den aktuelle kontakten blir samme helseperson talt 2 ganger (for nærmere forklaring se pkt. 1.4)

VIKTIG!

I NPR-uttrekket som ligger til grunn for denne analysen fremkommer kun tall på ANTALL HELSEPERSONELLGRUPPER, og IKKE ANTALL HELSEPERSONELL med respektive gruppetilhørighet, som er aktivt deltagende i den aktuelle kontakten.

Dersom 2 eller flere av det utførende helsepersonell tilhører samme helsepersonellgruppe teller de likefullt kun som 1 helsepersonellgruppe.

Som det fremkommer av pkt.1.4 rapporterer DIPS-sykehus alltid 1 helseperson mer enn det som i realiteten er tilstede under en aktuell kontakt. Dersom denne helseperson representerer en helsepersonellgruppe som ikke rapporteres som «ko-terapeut» (rolle=2), blir det talt 1 helsepersonellgruppe mer enn de helsepersonellgrupper som i realiteten er delaktig i den aktuelle kontakt.

Til grunn for de tall som presenteres i denne rapport ligger det utførende helsepersonell som ved DIPS-sykehus er (feil)rapportert med attributtet «ko-terapeut» (rolle=2).

Tabell 20 TSB DIPS-sykehus – Antall kontakter totalt og kontakter med «ko-terapeut» (rolle=2) oppgitt 2013-2017

TSB DIPS-sykehus 2013-2017	Totalt antall kontakter	Kontakter med «ko-terapeut» (rolle=2) oppgitt	
		Antall	Andel
Total	1632863	1187559	73 %
Helse Nord	207888	896	0 %
Helse Sør-Øst	78889	78416	99 %
Helse Vest	1346086	1108247	82 %

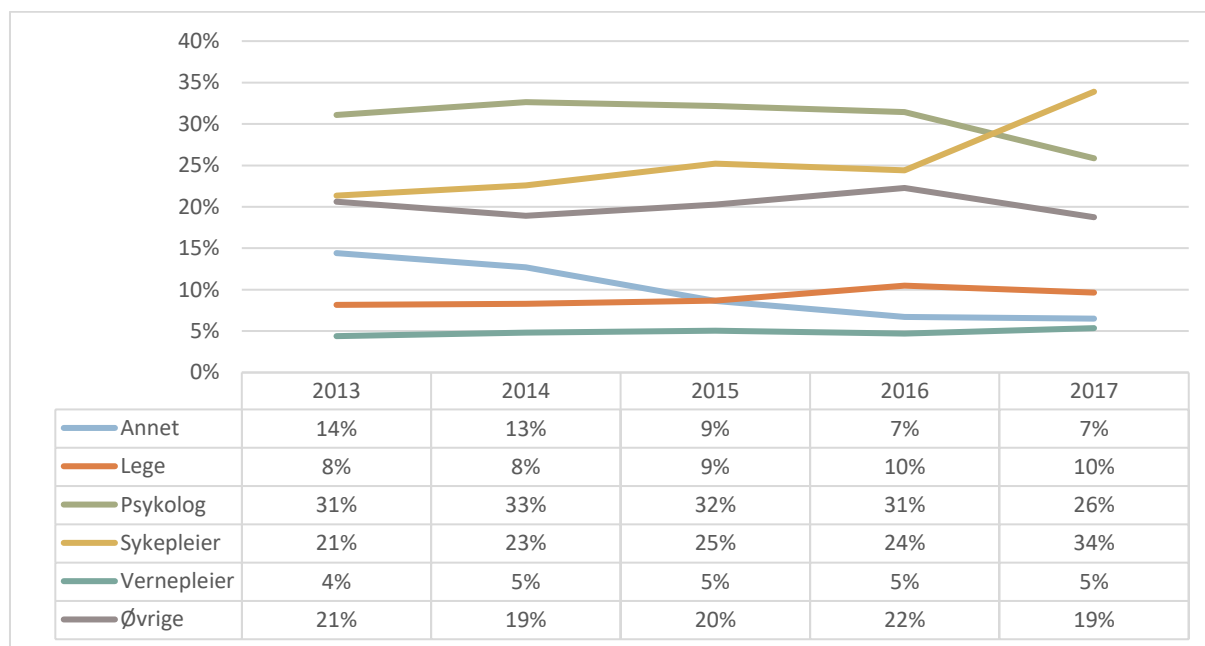
4.2.1 TSB DIPS-sykehus «Utførende helsepersonell» fordelt på helsepersonellgrupper

Fordelt på de 6 ulike profesjonsgruppene definert for denne studien får vi følgende tall for DIPS-sykehus samlet mht. i hvilket omfang de ulike helsepersonellgruppene er rapportert som «utførende helsepersonell», dvs. aktivt deltakende ved kontakter i TSB poliklinikk

Tabell 21 TSB DIPS-SYKEHUS «Utførende helsepersonell» – ANTALL kontakter fordelt på helsepersonellgrupper 2013-17

Ansvarlig for behandlingsserien	Total	2013	2014	2015	2016	2017
Total	1187559	186985	204695	224638	249733	321508
Annet	110059	26947	25975	19431	16801	20905
Lege	108974	15264	16999	19479	26188	31044
Psykolog	358739	58107	66801	72255	78456	83120
Sykepleier	312689	39921	46266	56626	60912	108964
Vernepleier	58407	8209	9895	11333	11752	17218
Øvrige	238691	38537	38759	45514	55624	60257

Figur 14 TSB DIPS-SYKEHUS «Utførende helsepersonell» – ANDEL kontakter fordelt på helsepersonellgrupper 2013-17



Som det fremkommer av tabell og figur over øker andelen kontakter med helsepersonellgruppe sykepleier angitt som utførende helsepersonell jamt fra 21% i 2013 til 24 % i 2016 for så å gjøre et lite byks opp på 34 % i 2017.

Helsepersonellgruppe lege har en liten økning fra 8-10 % som utførende helsepersonell fra 2013-17. Andel helsepersonellgruppe psykolog som utførende helsepersonell viser en reduksjon fra 31 % i 2013 til 26 % i 2017.

Særlig helsepersonellgruppe annet (dvs. de som ikke er autorisert i hht. helsepersonelloven) viser en nedgang i andel utførende helsepersonell fra 14 % i 2013 til 7 %, muligens henger dette sammen med en skjerping av kravet mht. korrekt helsepersonellgrupper for å kunne utløse egenandel som kom i 2014. Før dette hadde en lite fokus på hvilken helsepersonellgruppe den enkelte ansatte var koblet til i personalregisteret og mange figurerte under gruppen «annet» da det tidligere ikke hadde hatt noen betydning. Kravet om korrekt helsepersonellgruppe for å utløse egenandel bidro til en opprydding.

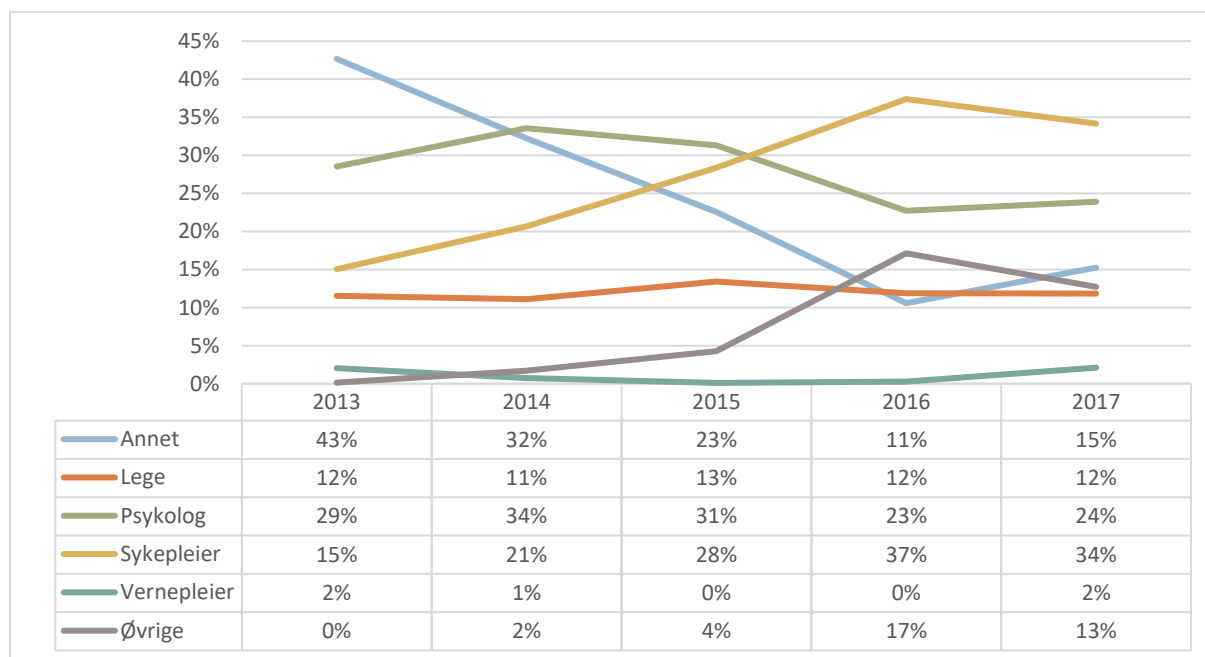
4.2.2 TSB Helse Nord «Utførende helsepersonell» fordelt på helsepersonellgrupper

Fordelt på de 6 ulike profesjonsgruppene definert for denne studien får vi følgende tall for Helse Nord mht. i hvilket omfang de ulike helsepersonellgruppene er rapportert som «utførende helsepersonell», dvs. aktivt deltakende ved kontakter i TSB poliklinikk

Tabell 22 TSB HELSE NORD «Utførende helsepersonell» – ANTALL kontakter fordelt på helsepersonellgrupper 2013-17

Utførende helsepersonell	Total	2013	2014	2015	2016	2017
Total	78416	11680	12259	15688	18532	20257
Annet	17520	4983	3949	3538	1962	3088
Lege	9420	1348	1361	2105	2205	2401
Psykolog	21408	3334	4114	4909	4210	4841
Sykepleier	22592	1757	2534	4451	6928	6922
Vernepleier	829	241	92	17	52	427
Øvrige	6647	17	209	668	3175	2578

Figur 15 TSB HELSE NORD «Utførende helsepersonell» – ANDEL kontakter fordelt på helsepersonellgrupper 2013-17



Også i Helse Nord øker andelen kontakter med helsepersonellgruppe sykepleier angitt som utførende helsepersonell fra 15 % i 2013 til 34 % i 2017 hvilket er likt med gjennomsnittet for de DIPS-sykehus Helsepersonellgruppe lege holder seg mer eller mindre konstant med en andel rundt 12 % hvilket er 2 prosentpoeng under gjennomsnitt for DIPS-sykehus i 2017

Andel helsepersonellgruppe psykolog som utførende helsepersonell viser en nedgang fra 29-24 % i perioden.

Nedgangen i helsepersonellgruppe annen er også her påfallende fra 43% i 2013 til 15 % i 2017.

Grunn til å stille spørsmål ved om de store endringene som vi ser her kan være påvirket av endringer mht. registreringspraksis og rapportering av rett helsepersonellgruppe knyttet til den enkelte helseperson

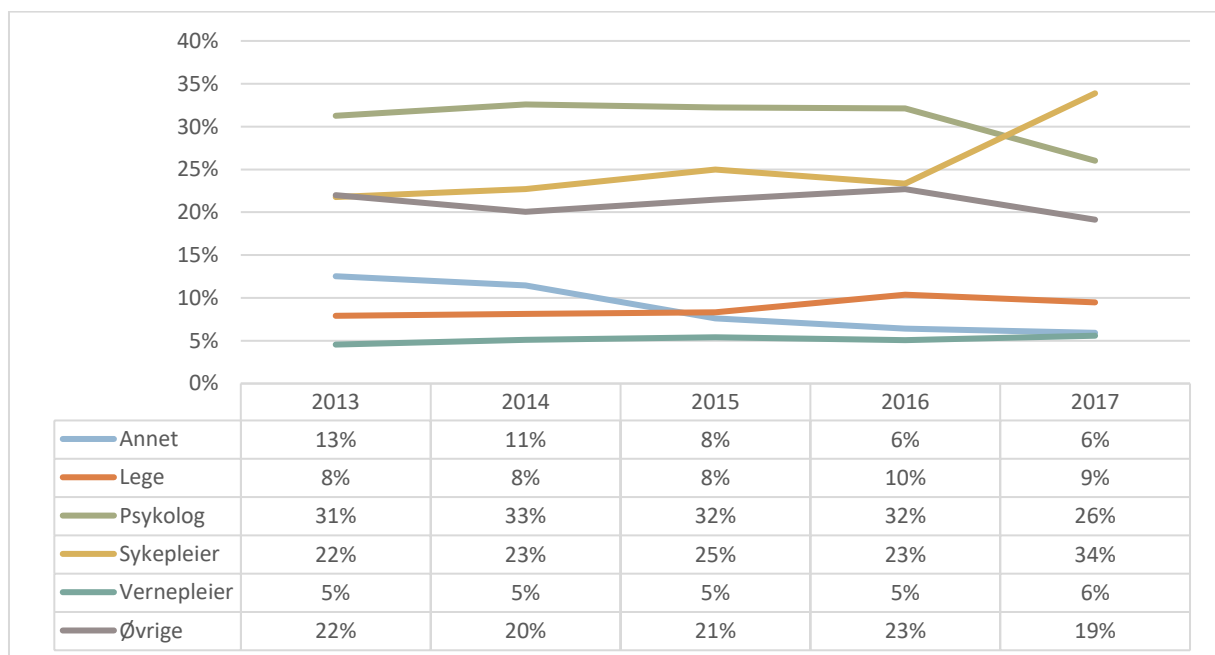
4.2.3 TSB Helse Sør-Øst «Utførende helsepersonell» fordelt på helsepersonellgrupper

Fordelt på de 6 ulike profesjonsgruppene definert for denne studien får vi følgende tall for Helse Sør-Øst mht. i hvilket omfang de ulike helsepersonellgruppene er rapportert som «utførende helsepersonell», dvs. aktivt deltakende ved kontakter i TSB poliklinikk

Tabell 23 TSB HELSE SØR-ØST «Utførende helsepersonell» – ANTALL kontakter fordelt på helsepersonellgrupper 2013-17

Utførende helsepersonell	Total	2013	2014	2015	2016	2017
Total	1108247	175155	192363	208912	231018	300799
Annet	92443	21941	22021	15890	14774	17817
Lege	99271	13851	15611	17368	23960	28481
Psykolog	337286	54758	62683	67346	74245	78254
Sykepleier	289831	38136	43705	52158	53911	101921
Vernepleier	57578	7968	9803	11316	11700	16791
Øvrige	231838	38501	38540	44834	52428	57535

Figur 16 TSB HELSE SØR-ØST «Utførende helsepersonell» – ANDEL kontakter fordelt på helsepersonellgrupper 2013-17



I Helse Sør-Øst ligger andelen kontakter med helsepersonellgruppe sykepleier angitt som utførende helsepersonell rimelig stabilt rundt 22-23 % frem til og med 2016 for så også her å gjøre et byks opp til 34% i 2017

Helsepersonellgruppe lege ligger stabilt med en andel av utførende helsepersonell rundt 8-9 %
Andel helsepersonellgruppe psykolog som utførende helsepersonell viser en reduksjon fra 31% i 2013 til 26 % i 2017

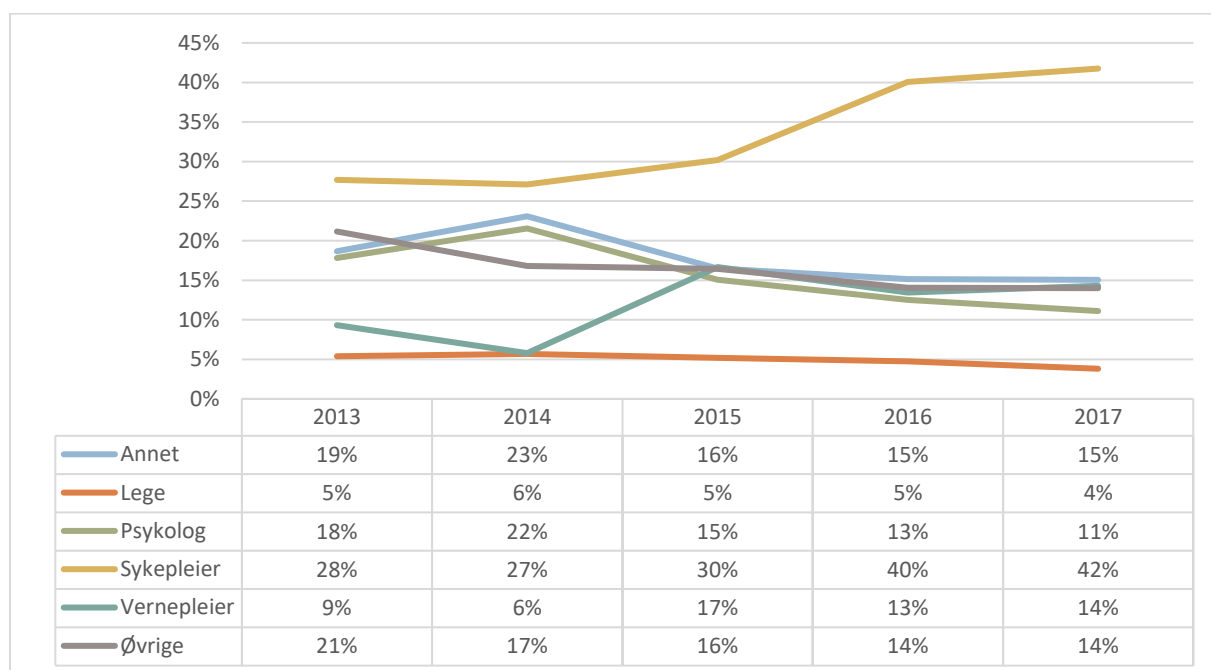
4.2.4 TSB Helse Vest «Utførende helsepersonell» fordelt på helsepersonellgrupper

Fordelt på de 6 ulike profesjonsgruppene definert for denne studien får vi følgende tall for Helse Vest mht. i hvilket omfang de ulike helsepersonellgruppene er rapportert som «utførende helsepersonell», dvs. aktivt deltagende ved kontakter i TSB poliklinikk

Tabell 24 TSB HELSE VEST «Utførende helsepersonell» – ANTALL kontakter fordelt på helsepersonellgrupper 2013-17

Utførende helsepersonell	Total	2013	2014	2015	2016	2017
Total	555601	53457	55817	131103	145517	169707
Annet	92003	9969	12884	21588	22025	25537
Lege	26234	2889	3171	6791	6917	6466
Psykolog	78344	9520	12026	19735	18220	18843
Sykepleier	198673	14793	15131	39577	58304	70868
Vernepleier	73869	4976	3229	21840	19584	24240
Øvrige	86478	11310	9376	21572	20467	23753

Figur 17 TSB HELSE VEST «Utførende helsepersonell» – ANDEL kontakter fordelt på helsepersonellgrupper 2013-17



Helse Vest viser en betydelig økning i andel kontakter med helsepersonellgruppe sykepleier angitt som utførende helsepersonell gjennom perioden fra 28 % i 2013 til 42 % i 2017, det store spranget kom i 2016

Helsepersonellgruppe lege har en liten reduksjon i andel utførende helsepersonell fra 5-4 % i perioden

Andel helsepersonellgruppe psykolog som utførende helsepersonell viser en reduksjon fra 18 % i 2013 til 11 % i 2017 hvilket er betydelig lavere enn gjennomsnitt for DIPS-sykehus i 2017 på 26 %
 Merker oss ellers at også helsepersonellgruppen vernepleier viser en markant økning fra 6 % i 2013 til 17 % i 2015 for å ende på 14 % i 2017

4.2.5 TSB DIPS FORETAK – «Utførende helsepersonell» fordelt på helsepersonellgrupper

For trender i utvikling mht. hvorledes de 6 ulike helsepersonellgruppene definert for denne studien mht. andel utførende helsepersonell ved kontakter i TSB poliklinikk vises til **VEDLEGG B**

4.3 TSB DIPS-SYKEHUS, HVA GJØR SYKEPLEIER

Frem til 2016 var det koding av takster (hovedtakster og tilleggstakster) som styrte finansieringen. I forbindelse med overgang til ISF i 2017 var det fortsatt et krav å kode takster som før («dobbel bokholderi»), Dette for å kunne kalibrering ny finansieringsordning slik at denne ikke bidro til en utilsiktet over- eller underfinansiering av tjenesten.

Takstkodingen har følgelig vært stabil i hele perioden fra 2013-17 som denne analysen omfatter. Ved å bruke takstkodene og koble disse til utførende helsepersonellgrupper kan en få et bilde av den enkelte helsepersonellgruppes gjøremål (hva de jobber med) i PHV.

Basert på takstkodene har vi definert 4 hovedgjøremål:

1. Inntaks- og førstegangssamtale (hovedtakst P10)
2. Utredning og behandling (hovedtakst P12, P12a og P12b)
3. Behandling i gruppe (tilleggstakst P16)
4. Ambulant behandling (tilleggstakst P15)

Som redegjort for tidligere i denne rapporten er det betydelige utfordringer knyttet til datakvaliteten i det NPR-uttrekk som ligger til grunn for analysene. Særlig gjelder dette antall kontakter og utførende helsepersonellgrupper knyttet til disse jmf. pkt. 2.1 og 3.1

DIPS-sykehus rapporterer et korrekt antall kontakter men har feil i rapportering av antall utførende helsepersonellgrupper knyttet til den enkelte kontakt. Feilene i DIPS har så langt vi har bragt i erfaring vært konstante i perioden 2013-2017. Utvikling i relative andeler mht. hvilke helsepersonellgrupper som har vært delaktige i de ulike konsultasjoner burde derfor kunne gi en indikasjon på evt. endringer over tid.

VIKTIG!

På bakgrunn av de store mangler i datamaterialet har vi valgt ikke å presentere tall for andre helsefaggrupper enn helsefaggruppen sykepleier i forhold til takster og diagnosekoder

Tallene som fremkommer her beskriver IKKE virkeligheten kun den virkelighet som finnes i statistikken

Tallene som fremkommer gir kun en INDIKASJON på evt. endringer i løpet av perioden mht. hvilke kontakter helsepersonellgruppen sykepleiere er involvert i samt forskjeller foretakene imellom.

Utvalget i denne delen av rapporten er basert på helsepersonellgruppen sykepleier (feil)rapportert med attributtet ko-terapeut rolle=2 ved DIPS-sykehus

4.3.1 TSB DIPS-SYKEHUS, Helsefaggruppe sykepleier, Inntaks- og førstegangssamtale (P10)

Andelen kontakter hvor Helsefaggruppen sykepleier deltar ved inntaks og førstegangssamtaler innen TSB totalt synker litt i periode fra 22,5 % i 2013 til 18,2 % i 2017.

Antall kontakter er synker litt i perioden 5431 i 2013 mot 5080 i 2017

Betydelig variasjoner mellom HF både internt og mellom RHF, men antall kontakter er til dels meget lavt. Variasjon i andeler kan følgelig ikke tillegges særlig vekt på HF nivå.

For detaljer se **VEDLEGG D**

4.3.2 TSB DIPS-SYKEHUS, Helsefaggruppe sykepleier, Utredning og behandling (P12, P12a og P12b)

Andelen kontakter hvor Helsefaggruppen sykepleier deltar ved utredning og behandling innen TSB totalt øker i periode fra 17,8 % i 2013 til 33,9 % i 2017.

Antall kontakter øker i perioden fra 80620 i 2013 til 172454 i 2017

Betydelig variasjoner mellom HF både internt og mellom RHF, men antall kontakter er til dels meget lavt. Variasjon i andeler kan følgelig ikke tillegges særlig vekt på HF nivå.

For detaljer se **VEDLEGG D**

4.3.3 TSB DIPS-SYKEHUS, Helsefaggruppe sykepleier, Behandling i gruppe (P16)

Andelen kontakter hvor Helsefaggruppen sykepleier deltar i kontakt i gruppe innen TSB totalt øker i perioden fra 27,0 % i 2013 til 36,7 % i 2017.

Antall kontakter øker i perioden fra 2490 i 2013 til 9611 i 2017.

Det store spranget fra 2016 til 2017 skyldes omlegging i retningslinjer mht. rapportering av deltakelse i gruppe fra 1 kontakt per gruppe til 1 kontakt per deltaker i gruppe

Betydelig variasjoner mellom HF både internt og mellom RHF, men antall kontakter er til dels meget lavt. Variasjon i andeler kan følgelig ikke tillegges særlig vekt på HF nivå.

For detaljer se **VEDLEGG D**

4.3.4 TSB DIPS-SYKEHUS, Helsefaggruppe sykepleier, Ambulant kontakt (P17)

Takst P17 Ambulant ble først introdusert i 2016

Andelen kontakter hvor Helsefaggruppen sykepleier deltar i ambulante kontakter innen TSB totalt avtar litt fra 35,3 % i 2016 til 32,3 % i 2017

Antall ambulante kontakter øker samtidig betydelig fra 7973 i 2016 til 19132 i 2017

Betydelig variasjoner mellom HF både internt og mellom RHF.

For detaljer se **VEDLEGG D**

TSB HELSE-MIDT FORETAKENE

5.1 TSB HELSE-MIDT FORETAKENE UTFØRENDE HELSEPERSONELL

Som omtalt i pkt. 1.4 har sykehusene som benytter Helse-Midt IKT sitt PAS/EPJ tilsynelatende en praksis der de rapporterer kun 1 helseperson per kontakt og i liten grad flere helsepersoner per kontakt.

I Helse Midt er andelen av kontakter hvor helsepersonell er rapportert med ansvarlig (rolle=1) kun 21 % innen poliklinikk TSB. Tilsvarende finner vi at andel kontakter der helsepersonell er rapportert som ko-terapeut (rolle=2) kun er på 0,4 %

Tabell 25 TSB Helse-Midt foretakene - Antall kontakter totalt og kontakter med «utførende helsepersonell» med rolle=1oppgitt 2013-2017

TSB Helse-Midt foretakene 2013-2017	Totalt antall kontakter	Kontakter med «utførende helsepersonell» Rolle 1	
		Antall	Andel
Total	207888	43647	21 %
Helse Midt-Norge	207888	43647	21 %

Tabell 26 TSB Helse-Midt foretakene - Antall kontakter totalt og kontakter med «utførende helsepersonell» med rolle=2oppgitt 2013-2017

TSB Helse-Midt foretakene 2013-2017	Totalt antall kontakter	Kontakter med «utførende helsepersonell» Rolle 2	
		Antall	Andel
Total	207888	896	0,4 %
Helse Midt-Norge	207888	896	0,4 %

5.2 TSB HELSE-MIDT FORETAKENE, HVA GJØR SYKEPLEIER

Med kun 21 % av kontaktene innen TSB i Helse Midt rapportert med rolle=1 ansvarlig og tilsvarende kun 0,5 % av kontaktene rapportert med rolle=2 ko-terapeut er det ikke mulig å si noe om hva sykepleiere gjør innen TSB poliklinikk

5.3 TSB HELSE-MIDT FORETAKENE, HVILKE PASIENTGRUPPER MØTER SYKEPLEIER

Med kun 21 % av kontaktene innen TSB i Helse Midt rapportert med rolle=1 ansvarlig og tilsvarende kun 0,5 % av kontaktene rapportert med rolle=2 ko-terapeut er det ikke mulig å si noe om hvilke pasientgrupper sykepleiere forholder seg til innen TSB-poliklinikk

DEL IV OPPSUMMERING

- ✚ **Grunnlag:** Uttrekk fra NPR over polikliniske kontakter (direkte og indirekte) innen Psykisk helsevern voksne (PHV) og Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i perioden 2013-2017. I uttrekket fra NPR ligger **11 095 292** polikliniske kontakter (direkte og indirekte), fordelt på **8 772 496** kontakter innen PHV og **2 322 796** kontakter innen TSB.
- ✚ **Hovedfunn:** Basert på innrapporterte data mht. utførende helsepersonell slik det per i dag foreligger i NPR er det ikke mulig å:
 - identifisere ansvarlig helseperson (rolle=1) og hvilken helsepersonellgruppe denne representerer innen PHV og TSB knyttet til en kontakt
 - angi antall ko-terapeuter (rolle=2) og hvilke helsepersonellgrupper disse representerer innen PHV og TSB knyttet til en kontakt
 - angi et eksakt antall kontakter innen poliklinikk PHV og TSB
- ✚ **Årsak:** Systematisk feilrapportering til NPR av utførende helsepersonell både mht. deres rolle i kontakten (rolle=1 ansvarlig, rolle=2 utførende) og antall helsefaggrupper som deltar i den enkelte kontakt. Dette gjelder både for de foretak som benytter DIPS som PAS (Helse Nord, Helse Sør-Øst, Helse Vest) og de foretak som benytter Helse-Midt IKT sitt PAS/EPJ. De foretak som benytter Helse-Midt IKT sitt PAS/EPJ har så langt vi har brakt i erfaring avvik mht. antall kontakter rapportert per pasient.
- ✚ **Konsekvens** av hovedfunnet:



Tallene i denne rapporten er ikke en beskrivelse av virkeligheten, men den virkelighet statistikken beskriver.

Poliklinisk Psykisk helsevern voksne (PHV)

De påpekte svakheter i datagrunnlaget gjør at resultatene må tolkes med forsiktighet. Absolutte tall som fremkommer i rapporten er ikke anvendbare som uttrykk for virkeligheten. Basert på trender mht. ulike helsefaggruppers deltakelse i kontaktene (andeler) mener vi, tross de svakheter som foreligger, at den analyse som har vært mulig å gjennomføre gir holdepunkt for å hevde følgende mht. helsefaggruppen sykepleiere sin delaktighet i polikliniske kontakter innen PHV:

- ✚ **PHV - Stabil og betydelig aktivitet** Helsefaggruppen sykepleier er delaktig i rundt 21 % av alle kontakter innen poliklinisk psykisk helsevern og denne andelen holder seg ganske stabil om en ser alle RHF under ett. Andelen varierer fra 20-25 % mellom RHF-ene men også her stabilt innen det enkelte RHF. På HF nivå er bildet preget av stabil og betydelig innsats, men variasjonene mellom HF er betydelig større mht. helsefaggruppen sykepleiere sin andel av kontaktene.

Trendanalyser for helsefaggruppen sykepleier mht. type aktivitet og pasientgrupper er gjort med utgangspunkt i data fra DIPS-sykehus (Helse Nord, Helse Sør-Øst og Helse Vest). Data fra Helse-Midt foretakene har en for dårlig kvalitet til at de kan brukes i denne sammenheng.

På bakgrunn av Data fra DIPS-sykehus ser vi

- ✚ **PHV – Type aktivitet nær uendret.** Enten en ser på tall for RHF-ene samlet, eller per RHF, så holder helsefaggruppen sykepleier sin innsats seg gjennom perioden både mht. deltakelse i kontakter i forbindelse med inntaks- og førstegangssamtaler, utredning og behandling kun med en lett økning. Når det gjelder gruppebehandling er tallene vanskelig å tolke mht. påviste endringer da reglene for rapportering endret seg i 2017 fra en kontakt per gruppe til en kontakt per deltaker i gruppa. På HF nivå er bildet mye det samme, men variasjonene mellom HF er stor mht. helsefaggruppen sykepleiere sin andel av kontaktene i forhold til type aktivitet.
- ✚ **PHV – Pasientgrupper nær uendret** Helsefaggruppen sykepleier sin deltakelse i kontakter sett i forhold til de ulike pasientgruppene (diagnosegrupper) mht. andel av kontakter viser, om en ser alle RHF under ett, jamt over en lett økning, for enkelte pasientgrupper sågar betydelig økning. Dette bildet finner vi også i Helse Nord og Helse Sør-Øst. Derimot skiller Helse Vest seg ut ved at de på de fleste områder viser en tilbakegang mht. andelen av kontakter som helsefaggruppen sykepleier står for, noe som må sees i sammenheng med den påfallende økningen i andel kontakter som helsefaggruppen leger viser – også dette en avvikende trend i forhold til Helse Nord og Helse Sør-Øst. På HF nivå er bildet i alle 3 RHF preget av betydelig variasjonene mellom HF mht. helsefaggruppen sykepleier sin andel av kontaktene.

Poliklinisk Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Grunnet de systematiske avvik som er påvist mht. rapportering av kontakter generelt, samt at det innen Tverrfaglig Spesialisert Rusbehandling i tillegg er betydelige mangler mht. kompletthet i rapportering og koding, er det mer begrenset hva vi har mulighet for å trekke ut av denne studien. Spesielt gjelder dette for de foretak som benytter Helse-Midt IKT sitt PAS/EPJ.

Mht. trender innen TSB er derfor studien også her basert på DIPS-sykehusene (Helse Nord, Helse Sør-Øst og Helse Vest).

Generelt ser vi at variasjon mellom HF mht. hvilke helsefaggrupper som er delaktige i kontakten er stor, samtidig som antall kontakter ofte er lavt. Dette gjør at små endringer antall fort kan gi store endringer i andeler. Samlet maner dette til stor forsiktighet mht. tolkning og bruk av de funn som foreligger.

Basert på den analyse som har vært mulig å gjennomføre av trender mener vi, tross de svakheter som foreligger, at den analyse som har vært mulig å gjennomføre, gir holdepunkt for å hevde følgende mht. helsefaggruppen sykepleiere sin delaktighet i polikliniske kontakter innen TSB:

✚ **TSB – Betydelig og økende aktivitet.** Helsefaggruppen sykepleier er den helsefaggruppen som har den største andelen av alle helsefaggrupper mht. deltakelse i den enkelte kontakt i 2017. I Helse Vest er helsefaggruppen sykepleier aktivt medvirkende i 42 % av alle kontakter i 2017, mens tilsvarende tall for Helse Nord og Helse Sør-Øst er 34 % i 2017.

✚ **TSB – Type aktivitet.** Om vi ser DIPS-sykehusene under ett, finner vi at helsefaggruppen sykepleier sin deltakelse ved ulike typer aktivitet viser litt ulik utvikling:

- liten tilbakegang mht. andel av kontakter der de er delaktige i inntaks- og førstegangssamtaler fra 22,5 % i 2013 til 18,2 % i 2017
- betydelig økning mht. andel kontakter der de er delaktige i utredning og behandling fra 13,7 % i 2013 til 27,3 % i 2017.
- liten tilbakegang mht. andel ambulante kontakter fra 35,3 til 32,3
- tallene mht. andel av kontakter i gruppe er ikke mulige å tolke grunnet regelendringen fra 2017 hvor en tidligere kun talte en kontakt per gruppe til fra 2017 å telle en kontakt per pasient i gruppen.

Veien videre:

Det vesentligste funnet i denne analysen er den manglende kvalitet på data rapportert til NPR mht. de ulike helsefaggruppene rolle i den polikliniske behandlingen av pasienter både innen PHV og TSB. Slik dataene i dag foreligger i NPR fremstår de uegnet til styringsformål mht. hvilke helsefaggruppen som gjør hva, med hvilke pasienter, i hvilket omfang innen PHV og TSB. Den manglende datakvaliteten fordrer en solid innsats både fra NPR, PAS-leverandører og RHF om en skal kunne nyttiggjøre seg polikliniske data innen PHV og TSB til styringsformål

Et annet gjennomgående funn i analysen er den tilsynelatende store variasjonen mellom HF, både internt innen samme RHF men også RHF-ene imellom, mht. andel kontakter hvor helsefaggruppen sykepleier er delaktig. Store variasjoner indikerer en mulighet for ulikhet i polikliniske tjenester. Forklaring på de observerte variasjoner må søkes i dialog med sykepleiere og andre med god innsikt i tjenestene i eget foretak.