

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Psykisk helsearbeid i kommunene – kartlegging av eksisterende kvalitetsindikatorer

Notat: Hasteoppdrag juni 2005

ISBN 82-8121-050-8

Tittel	Psykisk helsearbeid i kommunene – en kartlegging av eksisterende kvalitetsindikatorer
Institusjon	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Ansvarlig	John-Arne Røttingen, direktør
Forfatter	Ingrid Sperre Saunes
Prosjektgruppe	Liv Merete Reinar, Siri Larsen, Øyvind Andresen Bjertnæs, Odd Søreide, Øystein Eiring, Andrew Garratt og Ingeborg Strømseng Sjetne
ISBN	82-8121-050-8
Hasteoppdrag	2005
Prosjektnummer	253
Antall sider	41
Dato oppstart/levert	11.04.05/01.06.05

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten fremskaffer og formidler kunnskap om effekt, nytte og kvalitet av metoder, virkemidler og tiltak innen alle deler av helsetjenesten.

Kunnskapssenteret er formelt et forvaltningsorgan under Sosial- og helsedirektoratet. Det har ingen myndighetsfunksjoner og kan ikke instrueres i faglige spørsmål.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Oslo, juni 2005

INNHold

SAMMENDRAG.....	1
1 INNLEDNING.....	2
AVGRENSING OG PRESISERING	2
ORGANISERING AV PROSJEKTET	5
OPPBYGGING AV RAPPORTEN.....	5
2 KARTLEGGING.....	6
LITTERATURSØK	6
AUSTRALIA	8
CANADA	13
STORBRITANNIA.....	16
USA.....	18
3 SAMMENFATNING OG DISKUSJON.....	21
HOVEDFUNN	21
NOEN RELEVANTE NORSKE DATAKILDER	21
CASEMIX.....	22
AVSLUTNING.....	23
LITTERATURLISTE	24
VEDLEGG.....	28

Sammendrag

I oppdragsbrevet fra Sosial- og helsedirektoratet (SHDir) til Kunnskapssenteret (mars 2005) bes det om at Kunnskapssenteret bistår SHDir i å utarbeide kvalitetsindikatorer for psykisk helsearbeid i kommunene. Kunnskapssenteret har gjennomført et prosjekt hvor vi har gått gjennom nasjonale og internasjonale kilder og litteratur for å identifisere hva som finnes av kvalitetsindikatorer for psykisk helsearbeid på kommunenivå. I gjennomgangen har vi også undersøkt om de som har laget indikatorene har vurdert kunnskapsgrunnlaget for effekten av tiltaket (indikatoren) på pasientutfall. Til slutt har vi vurdert relevansen av indikatorene for eventuell bruk i Norge (ekstern validitet) og sett nærmere på datagrunnlaget i Norge for kvalitetsindikatorer.

Vi gjorde innledende søk på Google, men det var vanskelig å finne omtale av kvalitetsindikatorer knyttet til monitorering på lokalt nivå innenfor psykisk/mental helse. Resultatene i denne rapporten er primært funnet gjennom henvisninger på internetsider via ulike myndigheters nettportaler. Vi har spesielt sett på Australia, Canada, USA og Storbritannia. Hva som finnes i Sverige og Danmark, er også undersøkt, men det vi fant, var av liten relevans for denne kartleggingen.

Et fellestrekk ved de fire landene vi har undersøkt er at monitorering i form av kvalitetsindikatorer for kommunale helsetjenester ikke er en nasjonal oppgave. Det er delegert til den enkelte delstat eller region. Det begrunnes blant annet med faglige eller metodiske vurderinger, organisatoriske og juridiske forhold.

Australia, Canada og USA har samlet og kvalitetssikret informasjon om kvalitetsindikatorer og gjort dem tilgjengelige enten i form av søkbare databaser eller i egne støtte- og ressursdokument. I Storbritannia er en slik samlet framstilling av kvalitetsindikatorer under utarbeiding. Felles for Australia og Canada er at de har med indikatorer både for struktur (input), prosess og resultat i oversiktene sine. USA avgrenser databasen sin til kun å inneholde prosessmål, andre kvalitetsindikatorer presenteres i egne støtte-/ressursdokument. I Storbritannia sorteres indikatorene etter hvilket tjenestenivå de er aktuelle for, og for det laveste nivået sorteres indikatorene etter to hovedområder for kvalitet: tilgjengelighet og effektivitet.

Kvalitetsindikatorene er i stor utstrekning konsensusbaserte, men både Australia og USA har lagt stor vekt på oppsummeringen av validitet, reliabilitet og kontekst for den enkelte indikatoren.

Kartleggingen viser at det finnes kunnskap om kvalitetsindikatorer generelt og om psykisk helsearbeid i kommunene spesielt som vi kan ha nytte av i Norge. Det finnes imidlertid ikke noe ferdig indikatorsett som kan foreslås i Norge, og kvalitetsindikatorer bør uansett ses i forhold til den konteksten de skal benyttes i. Vi anbefaler derfor en særskilt prosess for utvikling og validering av kvalitetsindikatorer for psykisk helsearbeid i Norge, på grunnlag av erfaringene fra andre land. Utviklingsarbeidet bør ses i sammenheng med relevante datakilder i Norge som KOSTRA og IPLOS. Behov knyttet til kvalitetsmåling av psykisk helsearbeid på kommunenivå bør formidles til Statistisk sentralbyrå og andre relevante aktører, og nye datakilder må vurderes dersom eksisterende datagrunnlag ikke er tilstrekkelig. Til slutt er det nødvendig å vurdere og eventuelt utvikle en justeringsmetode (case-mix) som kan sørge for et mest mulig rettferdig sammenlikningsgrunnlag mellom kommuner med ulik befolkningssammensetning.

1 Innledning

I oppdragsbrevet fra Sosial- og helsedirektoratet til Kunnskapssenteret i mars 2005, bes det om at Kunnskapssenteret bistår direktoratet i prosessen med å utarbeide kvalitetsindikatorer for det psykiske helsevernet i kommunene. Kunnskapssenteret har utarbeidet denne rapporten som kartlegger bruk av kvalitetsindikatorer i det psykiske helsearbeidet på kommunenivå i utvalgte land.

Rapporten gir en kort beskrivelse av monitoreringsarbeidet innenfor psykisk helse på kommunehelsetjenestenivå for Australia, Canada, Storbritannia og USA. Hensikten er å gi en oversikt over hva noen utvalgte land benytter av kvalitetsindikatorer og/eller anbefaler regioner/stater å benytte. Vi har tatt utgangspunkt i offentlige planer og retningslinjer for evaluering av psykisk helsearbeid, og ser på monitorering på lokalt nivå.

Det er også søkt i systematiske oversikter over kvalitetsindikatorer for det psykiske helsearbeidet. Vi har spesielt sett etter om kunnskapsgrunnlaget for kvalitetsindikatorene er vurdert og hvordan de er dokumentert. Ut fra den informasjonen vi har funnet, gir vi en kort vurdering av indikatorenes relevans for norsk helsetjeneste samt en kort omtale av datagrunnlaget i Norge for kvalitetsindikatorer.

I denne rapporten beskrives:

- ulike lands bruk av kvalitetsindikatorer i psykisk helsetjeneste
- utvikling av indikatorene og kunnskapsgrunnlaget for dem
- kvalitetsindikatorenes relevans for norske forhold
- datagrunnlag for kvalitetsindikatorer i Norge.

Avgrensing og presisering

For å forstå forskjeller i bruk av kvalitetsindikatorer er det nødvendig å klargjøre begrepet kvalitetsindikator og hvilken kontekst begrepet benyttes i. Rapporten er deskriptiv i forhold til målinger av kvalitet, og vi tar ikke opp debatten om kvalitetsbegrepet¹. Det er ikke skilt mellom *hvem* som har retten til å definere kvalitet, eller *hva* kvalitetsbegrepet skal omfatte. Her er det redegjort for indikatorer på kvalitet slik de er presentert i en rapport fra WHO², og benyttet innenfor psykisk helsetjeneste/-arbeid i ulike land.

I Norge benyttes ofte begrepet psykisk helsevern om helsetjenester og tiltak i tilknytning til spesialisthelsetjenesten, og tilsvarende omtales helsetjenester på kommunalt nivå som psykisk helsearbeid. Psykisk helsetjeneste er en betegnelse som omfatter både kommune- og spesialisthelsetjenesten.

Indikatorenes analysenivå

Avgrensingen til indikatorer på kommunenivå betyr i norsk sammenheng helsetjenester utenfor spesialisthelsetjenesten, avgrenset til de helsetjenestene som kommunen plikter å levere i forhold til lov om kommunale helsetjenester. I engelskspråklig litteratur er skillet mindre klart, noe som skyldes at begrepet 'community care' ikke er klart og entydig definert,

¹ Statistisk sentralbyrå har i Notat 2004/77 en kort innføring i kvalitetsdebatten i tilknytning til kommunale tjenester (Notat 2004/77: 3-4).

² WHO: Quality Improvement for Mental Health 2003.

men i praksis benyttes som et samlebegrep for helsetjenester til pasienter som ikke er innlagt i institusjon (Pilgrim & Rogers 1999:155):

There remain substantial confusion surrounding the term 'community care' which reflects a lack of clarity over the ultimate goals of such a policy. In practice, community care refers to mentally disordered people receiving 'care' in a non-asylum setting, psychiatric units in District General Hospitals, and informal care by relatives and friends.

Begrepet 'community care' reflekterer endringen i organisering av det psykiske helsevernet. Det er en forskyvning av behandlingsansvar fra spesialisthelsetjenesten til lokalsamfunnet, fra de store institusjonene/asylene over til kommunehelsetjenesten. Denne nedbyggingen av institusjoner omtales på engelsk som *de-institutionalizing*. I gjennomgangen av engelskspråklig litteratur er denne mindre klare avgrensingen av kommunale helsetjenester en særskilt utfordring når en søker etter indikatorer på nivå med kommunale helsetjenester. Dette er nærmere omtalt i avsnittet om litteratursøk. Hvilke indikatorer som brukes på kommunalt nivå er som nevnt ovenfor avhengig av konteksten indikatorene står i. En utfordring i prosjektet er at en dermed ikke har entydige rammer for inklusjon av indikatorer.

Hvilke indikatorer som velges, hvilke nivå som måles og hvordan de benyttes er en del av et større arbeid med kvalitetsforbedring innenfor den psykiske helsetjenesten. Nedenfor presenteres en begrepsmessig ramme for kvalitetsforbedringsarbeid i helsetjenesten.

Kvalitetsforbedring

Organiseringen av arbeidet med kvalitetsforbedring i helsetjenesten varierer fra land til land. Vi tar utgangspunkt i en inndeling av kvalitetsforbedringsarbeidet slik det er beskrevet av Verdens Helseorganisasjon (WHO 2003:12-13):

1. Monitoreringsarbeid tar utgangspunkt i utvikling av et sett med standarder som tjenesten kan måles i henhold til. Standardene eller kvalitetsindikatorene utvikles på basis av de klassiske dimensjonene for måling av kvalitet: *struktur, prosess og resultat* (Donabedian 1980). Indikatorene måler kvalitet i forhold til en gitt standard (*guidelines*) eller et gitt måletidspunkt (*baseline*).
2. Kontinuerlig kvalitetsforbedring er i større grad lokalt forankret i organisasjonene. Det legges vekt på organisasjonens evne til å identifisere og finne løsninger på problemer slik at tjenestene får bedre kvalitet innenfor de rammer for kostnad og produktivitet som organisasjonen opererer innenfor. Kvalitetsforbedring ligger i å unngå/løse problemer i en tidlig fase. Brukermedvirkning i organisasjonsarbeidet er sentralt. "Brukere" viser her til både pasienter og personer innenfor lokal og sentral helseforvaltning og -politikk.
3. Balansert målstyring er et redskap som blant annet kan benyttes for å måle kvaliteten på en tjeneste. Styringsinformasjonen innhentes både som monitorering og evaluering av organisasjonenes arbeid med kvalitetsforbedring. Valg av og vektning mellom de ulike indikatorene er i seg selv et uttrykk for verdivalg og målsettinger for kvalitetsforbedring som blir tydelig i prosessen med å sette opp et målbilde.

WHO anbefaler at de tre ulike tilnærmingene kombineres (WHO 2003:13). Vurdering av hvilke tilnærminger til kvalitetsforbedringsarbeid og dermed hvilke prosesser som brukes av kvalitetsindikatorer står innenfor i de ulike land, er en vurdering som ligger utenfor rammene til denne rapporten. I den utstrekning det kommenteres er når det direkte er omtalt i den dokumentasjonen vi gjennomgår her. Kvalitetsindikatorer benyttes med andre ord både innenfor monitorering, kontinuerlig kvalitetsforbedringsarbeid og balansert målstyring.

Kvalitetsdimensjoner

Rammeverket for kvalitetsindikatorer blir ofte knyttet til dimensjonene *struktur*, *prosess* og *resultat* i helsetjenesten (Donabedian 1980). Strukturdimensjonen sier noe om helsesystemets kapasitet, dets oppbygging og organisering. Prosessdimensjonen viser til relasjonen mellom tjenesteleverandør og mottaker, og inkluderer tekniske aspekt som for eksempel forebygging, diagnostisering og medikamentering. Resultatdimensjonen har fokus på endringer hos mottaker som funksjonsevne, symptomer, livskvalitet, tilfredshet og effektvurderinger. Figur 1.1 viser en oversikt over hvilke områder for kvalitet som vurderes innenfor dimensjonene struktur, prosess og resultat³.

Figur 1.1: Rammeverk for kvalitetsvurderinger i helsetjenesten

Figure 1. Framework for Assessing Quality of Care		
Domains of Quality		
Structure	Process	Outcome
Characteristics of: • Institutions • Providers • Communities • Consumers • Illness • Financing	Technical Processes: • Prevention • Detection • Access • Assessment • Treatment - o Selection - o Intensity - o Duration - o Dosage • Coordination • Continuity • Safety Interpersonal Processes Cost/Efficiency	• Symptoms • Functioning • Quality of life • Satisfaction • Cost-Effectiveness

Utviklingsfaser i kvalitetsforbedringsarbeid

Som nevnt har konteksten betydning for hvordan og hvilke kvalitetsindikatorer som benyttes. Kvalitetsforbedringsarbeid i en organisasjon har betydning for organisasjonens utvikling, det kan ha konsekvenser for hvilke datakilder en har tilgang til og hvilke indikatorer en velger å benytte. Det er forsøksvist gjort en inndeling av tre stadier eller tre utviklingstrinn i kvalitetsforbedringsarbeidet innenfor helsesektoren (Hermann 2002:38). Figur 1.2 illustrerer hvordan kvalitetsforbedringsarbeidet gjenspeiler både tilgjengelige data, organisasjonsutvikling og valg av indikatorer.

Første generasjon av kvalitetsindikatorer er oftest knyttet til struktur og prosessmål, samt kartlegging av erfaringer med kvalitetsforbedringsarbeid. Nytte og forekomst er indikatorer som står sentralt. Kilden til data er ofte eksisterende dataregister. I annet trinn supplerer en oftere med data innhentet fra brukere av helsetjenesten og benytter i tillegg indikatorer for behandlingsinnhold og resultat av behandling. Det tredje stadiet kombinerer ulike indikatorer og har mer etablerte rutiner på ulike nivå.

³ Donabedian gjengitt i Hermann 2002:8.

Figur 1.2: Utviklingsstadier for kvalitetsforbedringsarbeid innenfor helsetjenesten

Figure 2: Developmental stages of quality management in health care organizations (Hermann, Regner, Yang, & Erickson, 2000).			
Generation	Data Issues	Quality Measures	Organizational Development
First	Administrative data Data access Data integrity Presentation	Structural measures Process measures • Utilization • Occurrences Case reviews of major occurrences	Training of staff & managers Organizational development • leadership • management and committee structure • routine data review • routine occurrence review
Second	Consumer-level data • medical records • consumer surveys • pharmacy claims Targeted reporting	<u>Adding:</u> Process measures • treatment content Outcome measures	Establishing a routine QM process • identify problems • prioritize among them • initiate improvement • follow-up on progress
Third	Meeting internal & external needs Flexible focus	<u>Integration:</u> Process & outcome Technical & interpersonal Clinical & cost	Achieving QI goals • ongoing activity • measurable improvement in high priority areas • meeting internal goals and external expectations Establishing a learning organization

Vi har ikke hatt mulighet for å vurdere kvaliteten eller kunnskapsgrunnlaget for indikatorene som de ulike landene har benyttet. Vi har kun kommentert hva de tilgjengelige dokumentene sier om bakgrunnen til kvalitetsindikatorene. Der dette ikke er kommentert har vi ikke hatt informasjon om dette.

Organisering av prosjektet

Ingrid Sperre Saunes har vært prosjektleder og hatt ansvaret for å skrive rapporten. Siri Larsen og Liv Merete Reinart har deltatt som prosjektmedarbeidere. Prosjektet har hatt støtte av en intern referansegruppe bestående av Andrew Garratt, Øyvind Andresen Bjertnæs, Odd Søreide og Øystein Eiring. Ingeborg Strømseng Sjetne har lest gjennom og kommentert førsteutkastet. Referansegruppen har bidratt med konstruktiv kritikk og veiledning i rapporteringsfasen. Det har vært avholdt fire interne prosjektgruppemøter, i tillegg har det vært et informasjonsmøte med SHDir om førsteutkastet til rapporten.

Oppbygging av rapporten

I kapittel 1 beskrives bakgrunnen for prosjektet, inkludert avgrensninger og organisering. Kapittel 2 er hoveddelen av rapporten hvor vi presenterer funnene for hvert enkelt land. De presenteres i alfabetisk rekkefølge: Australia, Canada, Storbritannia og USA. Resultatene sammenfattes i kapittel 3 hvor vi ser på relevansen for norske forhold. Avslutningskapittelet viser også til noen norske datakilder som kan være aktuelle å bruke for kvalitetsindikatorer for psykisk helsearbeid.

2 Kartlegging

Litteratursøk

Vi kunne ikke gjennomføre en fullstendig systematisk litteraturgjennomgang av kvalitetsindikatorer innenfor psykisk helsetjeneste med den tiden vi hadde til rådighet for dette prosjektet.

Innledende litteratursøk er foretatt på Google (28.04.05) med følgende resultat:

Søketermer	Antall treff
evaluation and mental and health and community	3,7 millioner
evaluation and/or indicator and mental and health and community	118 600
"mental health" (quality indicators" OR "performance indicators")	218 000
"mental health" (quality indicators" OR "performance indicators") and Australia	4460

Etter en rask gjennomgang av de første 20 treffene på hvert søk var det klart at vi satt igjen med rapporter om resultater (outcomes) for den enkelte bruker (kliniske utfall og brukertilfredshet), samt evalueringsstudier av programmer/tiltak innen mental helse. Rapportene var i stor grad knyttet til evaluering av spesialisthelsetjenesten. Det var vanskelig å finne omtale av kvalitetsindikatorer knyttet til monitorering på lokalt nivå innenfor psykisk/mental helse. I litteraturgjennomgangen valgte vi å ekskludere kvalitetsindikatorer for institusjonsbaserte helsetjenester.

Vi søkte deretter flere kilder for informasjon om de ulike lands bruk av kvalitetsindikatorer. Resultatene i denne rapporten er primært funnet gjennom henvisninger på internettsider via ulike myndigheters nettportaler:

Australia	Department of Health and Ageing	http://www.health.gov.au
Canada	Public Health Agency Canada	www.phac-aspc.gc.ca
Storbritannia	National Electronic Library Health	www.nelh.nhs.uk
USA	The Surgeon General	www.surgeongeneral.gov
WHO	World Health Organization Mental Health	http://www.who.int/mental_health/en/

Mye av litteraturen og lenkene er funnet ved snøballmetoden, dvs at man finner et dokument som gir lenker eller henviser til arbeid som er gjort andre steder. De australske dokumentene ble for eksempel funnet etter at omtale på de kanadiske sidene ga oss nye søketermer for Australia.

Vi søkte også etter kvalitetsindikatorer på kommunenivå fra Danmark og Sverige. I Danmark fant vi kvalitetsindikatorer for spesialisthelsetjenesten. Vi fant imidlertid ingen eksempler på kvalitetsindikatorer innenfor psykisk helsearbeid som er benyttet eller anbefalt på nasjonalt nivå. I Sverige er et forslag til kvalitetsindikatorer for både somatisk og psykiatrisk helsetjeneste beskrevet i dokumentet ”*Övergripande kvalitetsindikatorer inom hälso- och sjukvården. Socialstyrelsens förslag*” (publisert på <http://www.sos.se/sos/>).

Innenfor de tidsrammene som er satt for dette prosjektet har vi ikke hatt anledning til å spore opp bakgrunnsinformasjon og status for dette arbeidet.

Denne avgrensingen førte til at en del kvalitetsindikatorer som ikke er knyttet til kommunehelsetjenesten, er inkludert. Kvalitetsindikatorer for ulike nivåer presenteres ofte samlet, dette gjelder særlig de offentlige dokumentene vi har sett på i denne rapporten. Kombinasjonen av kvalitetsindikatorer og bruken av dem har som nevnt i innledningen sammenheng med hvilken kontekst for kvalitetsforbedringsarbeid de eksisterer i.

Den mest omfattende dokumentasjonen av bruk av kvalitetsindikatorer innenfor psykisk helsearbeid ble funnet på kanadiske, australske, britiske og amerikanske (USA) sider. Se litteraturliste for en fullstendig oversikt over dokument og internettsider som er benyttet som kilder.

Australia

Bakgrunn

Australias første handlingsplan for mental helse kom i 1993. Denne er fulgt opp med årlige statusrapporter. I statusrapporten benyttes generelle indikatorer for måloppnåelse i henhold til handlingsplanen. Det er strukturelle indikatorer som ikke kan kobles til individuelle tjenesteleverandører, men som er uttrykk for statlige/regionale satsninger innenfor mental helse (Pirkis 1999:31).

Det er utarbeidet en egen rapport ”Measuring quality in Australian mental health services” (Pirkis 1999) i tilknytning til et større case-mix prosjekt (MH-CASC) som ser på betydningen av klassifisering og finansiering av psykisk helsearbeid. Rapporten er et forsøk på å videreutvikle kvalitetsforbedringsarbeidet ved å gi en samlet framstilling av kvaliteten i det australske helsevesen innenfor psykisk helsetjeneste/helsearbeid. Dataene som benyttes, er samlet inn for et annet formål, og indikatorene er derfor ikke utformet eller tilpasset den målsetting som de benyttes til, men erfaringene fra dette prosjektet legger et viktig kunnskapsgrunnlag for arbeidet med kvalitetsindikatorer i Australia (Pirkis 1999:159-160):

the study indicates that a given indicator is not nearly as useful by itself as when it forms part of the total 'quality jigsaw...there will be increased potential for looking at how individual indicators contribute to the overall construct of quality, and whether particular indicators group together as factors underlying quality..’.

Rapporten viser at det er behov for en oversikt over kvalitetsindikatorer, og behov for å se indikatorer i sammenheng med målsettinger for helsetjenesten og andre kvalitetsindikatorer.

Et støtte- og ressursdokument som ble utviklet i etterkant av den andre nasjonale handlingsplanen i 1988 gir en slik oversikt over kvalitetsindikatorer. Dokumentet er en utredning og kartlegging av kvalitetsindikatorer, måleredskap og databaser (Spence 2002). Dette arbeidet er en kunnskapsbasert oppsummering av kvalitetsindikatorer og det gir en oversikt over indikatorer som kan benyttes i kvalitetsforbedringsarbeidet. Det foreslås ingen faste sett av måleinstrument for indikatorene. Valg og bruk av kvalitetsindikatorer på lavere nivå enn stat/region er delegert til den enkelte delstat.

Framstillingen nedenfor er basert på rapporten: ”Outcomes and Indicators, measurement tools and databases” (Spence 2002).

Målsetting

Hovedformålet med rapporten er å framskaffe et sett med indikatorer og en systematisk oversikt over målemetoder og databaser som en ressurs og støtte i implementeringen av handlingsplanen. Den inneholder en oversikt over relevante indikatorer sortert etter de mål og målgrupper som er skissert i handlingsplanen. I vedlegget til rapporten er det en fullstendig gjennomgang av relevante databaser og av målemetoder for indikatorene.

Utvikling av rapporten

Utviklingen av rapporten foregikk i fire faser:

1. Gjennomgang og sammenfatning av australske og internasjonale dokument om evaluering av helsetjenesten.

2. Gjennomgang og validering av informasjonen fra fase en. Tilgjengelig informasjon ble gjennomgått og supplert ved halvstrukturerte dybdeintervjuer og fokusgrupper. Både brukere, omsorgspersoner, pleiere, akademikere, planleggere og leger fra nasjonale og regionale institusjoner deltok.
3. Triangleringsfasen: sammenfattet informasjon fra litteraturgjennomgang, intervjuer og fokusgrupper.
4. Oppdatering (2002) og sammenstilling av resultatene i rapporten.

Kriterier for valg av kvalitetsindikatorer

Rapporten beskriver utvikling og bruk av kvalitetsindikatorer. Den definerer sju kriterier, omtalt som ”gullstandarden”, som skal styre arbeidet med å utvikle resultatmål og indikatorer. Kriteriene for kvalitetsindikatorerne er:

- Indikatorene må være i overensstemmelse med målsettinger og kunnskap på området.
- Indikatoren må være relevant for det handlingsnivået hvor tiltak settes inn.
- Indikatoren bør formuleres klart, presist og ha troverdighet (face-validity) for ulike brukergrupper.
- Indikatoren må være tilstrekkelig sensitiv slik at den kan måle endring over tid.
- Indikatoren må være målbar, gjerne knyttet til eksisterende måleinstrument og databaser.
- Indikatoren må være kostnadseffektiv med hensyn til innsats av både økonomiske og menneskelige ressurser.
- Indikatoren bør være unik og sammenfattende.

Kvalitetsindikatorer

Ut fra målsetningene i handlingsplanen og kvalitetsindikatorerne som var tilgjengelig ble det utarbeidet et sett med strategiske indikatorer som gjelder for alle målgruppene som er identifisert i handlingsplanen (Spence 2002:3). Målgruppene, vist i figur 2.1, er en inndeling av befolkningen i ulike aldersgrupper, andre prioriterte grupper samt tre nøkkelgrupper for strategiarbeidet.

Figur 2.1: Prioriterte grupper i handlingsplanen.

Table 1. Priority groups

WHOLE OF COMMUNITY	
Groups across the lifespan	Perinatal and infants 0–2 years
	Toddlers and pre-schoolers 2–4 years
	Children 5–11 years
	Young people 12–17 years
	Young adults 18–25 years
	Adults
	Older adults
Other priority populations	Individuals, families and communities experiencing adverse life events
	Rural and remote communities
	Aboriginal peoples and Torres Strait Islanders from diverse cultural and linguistic backgrounds
Key strategic priority groups	Consumers and carers
	Media
	Health professionals and clinicians

De strategiske indikatorene er generelle kvalitetsindikatorer som ble utviklet parallelt med handlingsplanen og skal reflektere de overordnede målsettingene for alle målgruppene (figur 2.2). De tilfredsstiller dermed det første av kriteriene fra gullstandarden.

Figur 2.2: Strategiske kvalitetsindikatorer

The following six outcome indicators were developed through the consultancy for *Action Plan 2000*. 'These indicators reflect mental health outcomes that are relevant across all 15 priority groups. Data collected will show progress towards achieving the objectives of *Action Plan 2000* at a national level across all the priority groups.' (p. 20)

Outcome Indicator 1. Reduction of mental health problems and symptoms as these relate to a range of symptomatic presentations and disorders, including anxiety, depression, postnatal depression, substance misuse, conduct disorder and behavioural disorders, suicide and self-harming behaviours, eating disorders, psychosis, and dementia.

Outcome Indicator 2. Increased mental health, wellbeing, quality of life and resilience.

Outcome Indicator 3. Increased mental health literacy.

Outcome Indicator 4. Improved family functioning and parenting skills.

Outcome Indicator 5. Enhanced social support and community connectedness.

Outcome Indicator 6. Increased investment in evidence-based programs relevant to promoting mental health and preventing and reducing mental health problems and mental disorders by governments and non-government agencies.

.....
Action Plan 2000 also includes eight process indicators, which were developed by the National Mental Health Promotion and Prevention Working Party. They provide information about progress towards achieving the strategic outcome indicators, as there is often a substantial time lapse between intervention and change in the health status of communities and populations.

.....
Process Indicator 1: Increased monitoring and surveillance of mental health problems, mental disorders, and risk and protective factors, including social and family functioning.

Process Indicator 2: The presence of evidence-based programs related to promotion, prevention and early intervention for all priority groups.

Process Indicator 3: Increased early identification of mental health problems and mental disorders and appropriate referral.

Process Indicator 4: Increased community education related to mental health.

Process Indicator 5: Increase in public policy and practices that promote mental health in all relevant settings (including family, education, workplace, recreation, and community).

Process Indicator 6: Increased professional education and training.

Process Indicator 7: Increased inter, intra, and multisectoral collaboration and partnerships.

Process Indicator 8: Increased mental health research and evaluation activities.

I tillegg til de overordnede strategiske målsetningene er det listet opp resultatmål, handlingsplaner og prosessmål for hver av målgruppene i handlingsplanen. Oppsett for presentasjonen av indikatorene er fast for alle gruppene, se figur 2.3.

Figur 2.3: Oppsett for presentasjon av indikatorer og måleinstrument

Outcomes	Drawn from <i>Action Plan 2000</i> with additional suggested indicators
National action	
Process indicators	
Outcome indicators	Identified for each of the target groups and areas below
Examples of relevant measures	
Examples of relevant databases	
Databases needed	

Figur 2.4 er et utdrag fra rapporten. Vi har valgt å vise prosess og resultatindikatorer for gruppen unge voksne, med utdrag av aktuelle måleinstrument for indikatorene og aktuelle databaser. Informasjon om målsetting og tiltak (national action) er utelatt.

Figur 2.4: Prosessindikatorer, resultatindikatorer, måleinstrument og databaser for unge voksne.

Young adults 18–25 years	
Process indicators	See Strategic Process Indicators in chapter 1, but also: • increased availability and uptake of effective relationship and parenting programs • increased availability and uptake of effective educational and vocational programs • availability of best-practice guidelines and protocols relating to prevention and early intervention with young adults, for a range of services and types of problems ALSO • increased availability and uptake of mental health promotion, prevention and early intervention programs for young adults • increased consumer satisfaction with prevention, promotion and early intervention programs • increased curriculum content in education and training for mental health (and other relevant) professionals related to promotion, prevention and early intervention with young adults
Outcome indicators	See Strategic Outcome Indicators in chapter 1, but also: • increased acceptance and valuing of social and cultural diversity • increased participation by young adults in educational, vocational and community activities • decreased incidence, prevalence and burden associated with depression, anxiety, substance misuse, eating disorders and psychosis • reduced suicide and self-harm AND • decreased suicidal ideation among young adults • increased level of coping skills and life problem-solving skills among young adults • increased levels of sense of connectedness to community among young adults
Examples of relevant measures	Mental Health and Well-being Mental Health Inventory (MHI; Viet & Ware 1983) Short Form-36 Health Survey Questionnaire (SF-36; Ware et al. 1993) Brief Symptom Inventory (BSI; Derogatis & Spencer 1982) General Health Questionnaire (GHQ 60; 30; 28; 12; Goldberg 1972, 1978) Disorder Specific Measures Depression <i>Beck Depression Inventory</i> (BDI; Beck 1961) and <i>BDI-2</i> (Beck et al. 1996) <i>Depression Anxiety Stress Scale</i> (DASS; Lovibond & Lovibond 1995) <i>Centre for Epidemiological Studies Depression Scale</i> (Radloff 1977) <i>Zung Self Rating Depression Scale</i> (Zung 1965) Anxiety <i>State-Trait Anxiety Inventory</i> (Spielberger 1983) <i>Beck Anxiety Inventory</i> (Beck et al. 1988)
Examples of relevant databases	Child and Adolescent Component of the National Survey of Mental Health and Wellbeing The National Drug Strategy Household Survey Relevant state level surveys (e.g. Queensland Young People's Mental Health Survey) Australian Youth Survey ABS Causes of Death-Suicide Rates ABS Education Statistics

Hvert enkelt måleinstrument er oppsummert i et vedlegg til rapporten. Måleinstrumentet presenteres med tittel og referanse, kort innholdsbeskrivelse, korte kommentarer om anvendelighet (alder på målgruppe, tidsbehov for datainnsamling, administrering av instrumentet etc.), reliabilitet, validitet og kontekstspesifikke opplysninger (er det testet for australske forhold/minoriteter etc.).

Tilsvarende er det en oppsummering av datakilder i Australia. Datakildene omfatter både registerdata og surveyundersøkelser. I oversikten oppgis det navn, lokalisering og en kort beskrivelse.

Canada

Bakgrunn

I 1987 ble den første handlingsplanen for psykisk helse i Canada lansert⁴. Forebyggende helsearbeid var der vektlagt som et satsingsområde. I 1997 startet et formelt samarbeid mellom føderale, statlige og territoriale aktører som fikk betegnelsen The Health Transition Fund (HTF). Formålet til HTF var å stimulere og støtte opp om arbeidet med kunnskapsbasert praksis i helsetjeneste.

Fondet var statsfinansiert, men 80 % av fondet gikk til pilotprosjekt/evalueringsstudier på provins- eller territorialnivå. 24 av 141 prosjekter var tilknyttet psykisk helsearbeid. Arbeidet i HTF ledet fram til et støtte- og ressursdokument hvor en samlet informasjon om indikatorer benyttet for å måle kvaliteten på helsetjenester (performance). Rapporten er utviklet av et tverrfaglig ressursteam fra *Mental Health Evaluation & Community Consultation Unit og the Canadian Mental Health Association (CMHA) - BC Division*.

Målsetting

Målsettingen for prosjektet HTF var å *”develop and pilot-test priority indicators required for effective planning, management and evaluation of mental health and addictions services at the regional level”* (McEwan 2001:6). Rapporten vektlegger sammenhengen mellom indikatorer og politiske målsettinger og gir en innføring i vurdering og valg av kvalitetsindikatorer. Den inneholder også en evidensbasert oversikt over eksisterende kvalitetsindikatorer. Rammeverket for rapporten, figur 2.5, er det samme som Canadian Institute on Health Information (CIHI) benytter (McEwan 2001).

Utvikling

Innledende litteratursøk i medisinske og helsefaglige tidsskrifter ga et lite antall studier om systematisk evaluering innenfor psykiske helsetjenester. Det ble gjennomført intervju med nøkkelpersoner innefor universitets- og offentlig sektor med påfølgende søk på internett. Dette resulterte i en omfattende dokumentasjon. Størsteparten av dokumentene er fra USA, Storbritannia og Australia. Etter en gjennomgang av litteraturen ble enkeltindivider tilknyttet de ulike prosjektene i USA, Storbritannia og Australia intervjuet.

Videre ble enkelte medlemmer av Federal/Provincial/Territorial Advisory Network on Mental Health (ANMH) intervjuet. En spørreskjemaundersøkelse om status for reformer innen mental helse og monitorering ble sendt til ansatte i ANMH. Resultatene viste store regionale forskjeller med hensyn til monitoreringsarbeidet innenfor denne delen av helsesektoren (McEwan 2001:5).

Informasjon om kvalitetsindikatorer fra mange aktører innenfor kanadisk helsetjeneste ble samlet inn og systematisert i forhold til det rammeverket som CIHI har satt.

Kvalitetsindikatorer

Kvalitetsdimensjonene i rammeverket presiseres i forhold til handlingsplanen for helse-tjenesten. Hver dimensjon har flere indikatorer og for hver indikator er det forslag til ulike måleinstrument. I vedlegget til rapporten er det en klassifisering av indikatorene.

⁴ Mental Health for Canadians: Striking a Balance (Health & Welfare, 1988)

Indikatorene klassifiseres i forhold til:

- dimensjon (struktur, prosess, resultat)
- nivå den gir informasjon om
- indikatorens kontekst i forhold til målsetting

Figur 2.5: Rammeverk for kvalitet som indikatorene utledes i forhold til

Table 3 Appropriate Sections of CIHI Health Indicators Framework Adopted for Resource Kit Development			
Health System Performance			
Acceptability	Accessibility	Appropriateness	Competence
Care/service provided meets expectations of community, providers and paying organizations	Ability of clients/patients to obtain care/service at the right place and right time, based on needs	Care/service provided is relevant to client/patient needs and based on established standards	Individual's knowledge/skills are appropriate to care/service provided
Continuity	Effectiveness	Efficiency	Safety
Ability to provide uninterrupted, coordinated care/service across programs, practitioners, organizations and levels of care/service, over time	Care/service intervention or action achieves desired results	Achieving desired results with most cost-effective use of resources	Potential risks of an intervention or the environment are avoided or minimized
Community and Health System Characteristics			
Characteristics of the community and of the health system that, while not indicators of health system performance in themselves, provide useful contextual information.			

Valg av kvalitetsindikatorer er delegert til statlig/territorialt nivå (McEwan 2001:3):

Regions cannot, and should not, report on all of the indicators identified in the kit. Rather, they will opt to collect and report on information that addresses highest priority issues, these being expected to vary from one region to another.

Indikatorene er som nevnt sortert i forhold til de åtte dimensjonene av kvalitet. Her vises forslag til indikatorer for å måle dimensjonen kontinuitet i helsetjenesten (figur 2.6). Liste over alle kvalitetsindikatorene er lagt i vedlegg (tabell V.1).

Figur 2.6: Indikatorer for kontinuitet etter type, nivå og kontekst.

Indicator	Indicator Type (input, process, outcome)	Level of Measurement (system, program, client)	Utility Context (policy, program, clinical)
12.5.1 Continuity mechanisms	process	system, program	policy, program
12.5.2 Emergency room use	process	system	policy
12.5.3 Community follow-up	process	system, program	policy, program
12.5.4 Physician reimbursement for case Consultation	input, process	system	policy
12.5.5 Documented dx plans	process	program, client	program, clinical
12.5.6 Cases lost to follow-up	process	program	program
12.5.7 Repatriation	process	system	policy
12.5.8 Single point of accountability	process	system	policy

Rapporten gir en faglig begrunnelse for hver indikator og forslag til måleinstrument. Indikatorer fra avsnittet om kontinuitet vises i figur 2.7.

Figur 2.7: Eksempel på begrunnelse og måleinstrument for kontinuitetsindikatorer

12.5.3 Community Follow-up after Hospitalization
Rationale: • A responsive outpatient support system for persons who have experienced an acute psychiatric episode requiring hospitalization is essential to maintain clinical and functional stability and to prevent readmission to hospital.
Measure(s): • Percentage of hospital separations for primary mental diagnoses who have received at least one community mental health service contact within 30 days of discharge. • Percentage of hospital separations for primary mental diagnoses who have received at least one psychiatry service contact within 30 days of discharge. • Average number of days between hospital discharge and service contact for primary mental health separations.

Storbritannia

Bakgrunn

I Storbritannia utarbeider Helsedepartementet rammebetingelser for helsetjenesten, med betegnelsen "National Service Frameworks" (NSFs). De utformes for klart avgrensede områder av helsetjenesten. Hver NSF er et resultat av samarbeidsprosjekt hvor en har eksterne referansegrupper for det aktuelle området. Rammeverket for psykiske helsetjenester er fra 1999.

Framstillingen her er basert på en artikkel som oppsummerer arbeidet med en kunnskapsbasert oversikt over kvalitetsindikatorer for "Primary care mental health services" (Shield 2003). Kunnskapsoversikten er utarbeidet ved National Primary Care Research and Development Centre (NPCRDC) som er finansiert av Helsedepartementet.

NSF setter nasjonale standarder for det psykiske helsearbeidet, hvilke mål tjenesten skal ha, hvordan målene skal utvikles, hvordan tjenesten skal ytes og hvordan tjenesten skal måles over hele landet. Dokumentet har form som en nasjonal handlingsplan. En overordnet føring er at personer med psykiske helseproblemer hovedsakelig blir tatt vare på i primærhelsetjenesten (fastlegen, "primary care team"). Det erkjennes at behovet for ressurser innenfor psykisk helsevern/-arbeid varierer fra sted til sted, og det arbeides derfor med lokale tilpasninger i henhold til implementering av handlingsplanens målsettinger og bruk av kvalitetsindikatorer (NSF-Mental health 1999: 107).

Målsetting

Målet var å finne generelle kvalitetsindikatorer for psykisk helsearbeid (*mental health care*) i kommunehelsetjenesten (*primary care*). De skulle reflektere et bredt perspektiv og bli brukt til å støtte kvalitetsforbedring av tjenestene i kommunene.

Utvikling

Det ble søkt etter publiserte retningslinjer, kvalitetsindikatorer og standarder relatert til mental helse i primærhelsetjenesten. Det ble også søkt i upublisert materiale. Fokusgrupper med pasienter ble benyttet for å identifisere aspekter og indikatorer som ble vurdert viktige fra et pasient-/brukerperspektiv.

Resultatene fra søkene og fokusgruppene ble sammenfattet i lag med de 22 standardene fra NSF-Mental Health i et Delphi-skjema, det vil si et skjema hvor svarerne bedømmer indikatorene i forhold til validitet og klarhet. Totalt var det 367 indikatorer i skjemaet. Skjemaet ble gjennomgått av elleve tverrfaglige panel, sammensatt av 115 deltakere som representerer ulike interessegrupper for psykisk helse i kommunehelsetjenesten. Metoden var en modifisert Delphi-konsensusprosess med to runder skriftlige spørreundersøkelser.

Kvalitetsindikatorer

Resultatene av Delphi-prosessen presenteres for 21 områder for kvalitetsforbedring. De fordeler seg på henholdsvis elleve områder for allmennpraksis og ti områder på et høyere nivå av tjenesteytere presisert som "primary care groups/trusts" og helsemyndigheter.

Indikatorene er organisert etter tre ulike nivåer for helsetjenesten: practice, primary care group and health authority. Indikatorer som er aktuelle på flere nivå er kun inkludert på ett nivå for å unngå duplikater. For indikatorer på det laveste nivå skilles det mellom indikatorer som måler tilgang til tjenester og indikatorer som måler effektiviteten av tjenester. Figur 2.8 viser eksempel på indikatorer fra hver av gruppene (Se figur V2 i vedlegg for en fullstendig oversikt).

Figur 2.8: Eksempel på kvalitetsindikatorer

Practice level indicators
Praksis: tilgjengelighet • Pasienter kan få time hos fastlege innen to dager • Det er likt tilbud om samtalebehandling for alle uansett etnisk bakgrunn, alder, bosted, sosio-økonomisk status og kjønn • Det er god tilgang til integrert og lokalbasert omsorg for mental helse utenfor kontortiden • Alle pasienter har en person (member of primary health care team) som er fast kontakt og kan nås i akutte situasjoner
Primary care group/trust and health authority
Registrering hos fastlege • Det finnes en skriftlig protokoll/strategi som sikrer at grupper som er vanskelig å plassere ikke er ekskludert fra å bli registrert hos fastlege (f. eks hjemløse, rusmisbrukere, beboere på institusjon)

Artikkelen oppsummerer indikatorene som konsensusbaserte og angir dem som et velegnet utgangspunkt for videreutvikling av verktøy for kvalitetsforbedring på lokalt nivå.

Kvalitetsindikatorene for Storbritannia presenteres etter tjenestenivå og for to områder: tilgjengelighet og effektivitet. De samsvarer godt med det nivået vi søkte informasjon om. Avgrensingen til områdene tilgjengelighet og effektivitet er smalere enn det vi søkte informasjon om, men det mangler informasjon om hvorvidt andre typer mål er inkludert på høyere tjenestenivå som primary care trust/health authority.

USA

Bakgrunn

I USA er informasjon om rapportering og kvalitetsarbeid innenfor mental helse samlet på nettsidene til SAMSHA, Substance Abuse and Mental Health Services Administration (<http://www.mentalhealth.samhsa.gov/cmhs/>).

Rapporten *Mental Health: A report of the Surgeon General* ble utgitt i 1999. Den la grunnlaget for det videre arbeidet med kvalitetsforbedring innenfor psykisk helsetjeneste. En underavdeling i SAMSHA, Center for Mental Health Services (CMHS) produserer statusrapporter for denne delen av helsetjenesten.

Det er mange aktører i USA som har arbeidet med utvikling av kvalitetsindikatorer innenfor psykisk helsevern. Dette ledet fram til et samarbeidsprosjekt om kvalitetsindikatorer mellom flere store offentlige organer/institusjoner. Arbeidet ble ledet av *Center for Quality Assessment and Improvement in Mental Health* (CQAIMH)⁵.

Samarbeidsprosjektet oppsummerer kvalitetsindikatorer innenfor psykisk helsearbeid/-tjeneste i en nasjonal database med tilhørende veiledning:

- *The National Inventory of Mental Health Quality Measures*
- *Selecting Process Measures for Quality Improvement in Mental Health Care.*

Veiledningen til databasen er utviklet ved the Evaluation Center@HSRI. Informasjon om utviklingen av databasen er oppsummert i *Quality Measures for Mental Health Care: Results from a National Inventory* (Hermann 2000).

Målsetting

The National Inventory of Mental Health Quality Measures er en interaktiv database for kvalitetsindikatorer. Databasen er en samling av prosessmål som er utviklet for kvalitets-sikring og forbedringsarbeid innenfor psykisk helsevern og rusmisbruk (Hermann 2000:140):

This inventory focuses on measures of clinical and administrative process. Process measurement is only one approach to assessing health care quality. Other approaches, including outcome measurement and evaluation of patient satisfaction, have important roles in quality assessment, and each presents different opportunities and challenges (Hermann in press). This study assesses those associated with mental health process measures.

Den tilhørende veiledningen *Selecting Process Measures for Quality Improvement in Mental Health Care* (Hermann 2002) er et hjelpemiddel for helsetjenesteorganisasjoner til å identifisere og velge mål som svarer til de behov organisasjonen har for kvalitetssikring og forbedring.

⁵ Samarbeidsprosjekt med : the Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), the Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), National Institute for Mental Health (NIMH) and the Evaluation Center at Human Services Research Institute (Evaluation Center@HSRI)

Utvikling

Informasjon ble samlet inn ved hjelp av søk i forskningsdatabaser for helsetjenesteforskning og litteratursøk etter publiserte forskningsresultater i Medline og PsycLit. I tillegg ble en lang rekke av offentlige og private organisasjoner, forskningsmiljøer, helsetjenesteleverandører og brukere av ulike kategorier kontaktet for å innhente informasjon om evalueringer av helse-tjenesten. Totalt ble 348 organisasjoner kontaktet⁶.

Informasjonen om kvalitetsforbedring og kvalitetsindikatorer ble samlet og indikatorene ble inkludert hvis de svarte til følgende kriterier (Hermann 2000:141):

- Klart definert teller og nevner (for eksempel antall helsesøstre per skoleelev).
- Klar datakilde.
- Troverdighet (face-validity).

Det ble utarbeidet beskrivelse av hver enkelt indikator med informasjon om:

- Utvikling av indikatoren (hvem, hvordan, nivå, kunnskapsgrunnlag).
- Spesifikasjoner (teller og nevner, målgruppe, innsamling, tidsramme, datakilde etc).
- Innhold (klinisk rasjonale, område av kvalitet, hvorvidt den er diagnosespesifikk, behandlingsmodalitet, nivå/lokalitet av behandling etc).
- Operasjonelle egenskaper (reliabilitet, validitet og case-mix).
- Bruk av indikator.

Informasjonen ble presentert på ukentlige møter hvor en forskergruppe var ansvarlig for gjennomgang og evaluering. En seniorforsker var deretter ansvarlig for å vurdere om resultatene var i overensstemmelse med retningslinjene for kvalitetsindikatorene.

Kvalitetsindikatorer

567 indikatorer ble identifisert, av dem var det 317 som tilfredsstilte inklusjonskriteriene. De ble kategorisert etter hvilke områder for kvalitet som måles. *"Domains of quality: prevention, access, assessment, treatment, continuity, coordination and safety"* (Herman 2002:28).

Valg av indikator har sammenheng med hvilke data som er tilgjengelig. Det skilles mellom sju datakilder for konstruksjon av måleindikatorer:

- Administrative Data
- Medical Records
- Pharmacy Data
- Laboratory Data
- Provider Data
- Clinician Survey
- Consumer Survey

⁶ En oversikt over type organisasjon som ble kontaktet (Hermann 2000:140):

accreditors; federal, state, and local agencies; the Department of Veterans Affairs; SAMSHA; the National Association of State Mental Health Program Directors; mental health provider organizations; delivery system managers; managed care organizations; payers; purchaser and consumer groups; health systems; and quality of care researchers.

Informasjon om kvalitetsindikatorene, utviklingen og verktøykassen finnes tilgjengelig på <http://www.cqaimh.org/> (28.05.05). Bilde 1 viser nettsiden for søk etter indikator.

Det er sju egenskaper til indikatoren som man kan spesifisere, men noen av feltene kan stå uspesifisert som i eksempelet under.

Bilde 1: Søkestrategi i National Inventory

Databasen lister deretter opp antall treff med navn på indikator. Ved å følge henvisningene kommer man til korte presentasjoner av indekser med videre informasjon om opphavsrett og tilgang til måleinstrumentet. Vi har ikke sett at kvalitetsindikatorer på kommunalt nivå er rapportert samlet for USA.

I sammendraget til "Improving Health in the Community" (1997:7) utgitt av Institute of Medicine (IOM) anbefales det at hvert lokalsamfunn utarbeider en helseprofil som identifiserer behovene og utfordringene i lokalsamfunnet før man velger handlingsplaner og strategier. Valg av indikator henger nøye sammen med valg av strategi. Videre understrekes det at kvantitative data bør fortolkes sammen med kvalitativ informasjon om lokalsamfunnet (1997:11).

3 Sammenfatning og diskusjon

Hovedfunn

Et fellestrekk ved de fire landene vi har undersøkt i denne rapporten er at monitorering i form av kvalitetsindikatorer for kommunale helsetjenester ikke er en nasjonal oppgave. Det er delegert til den enkelte delstat eller region. Det begrunnes blant annet med faglige og metodiske vurderinger samt organisatoriske og juridiske forhold (Spence 2002, McEwan 2001, Hermann 2000 og Marshall 2003).

En faglig begrunnelse for å forankre monitorering på lokalt nivå er at det er ulike behov og utfordringer i lokalsamfunnene. Valg av indikatorer må derfor tilpasses lokale behov. Samfunn med tilnærmet like behov/utfordringer kan også velge ulike strategier eller tiltak for å bedre kvaliteten på helsearbeidet. Indikatorene står i forhold til de tiltak de skal måle effekten av eller endring i forhold til. Lokal forankring er særlig framhevet når det gjelder arbeid med kontinuerlig kvalitetsforbedring.

Ulik nasjonal eller regional organisering av helsetjenestene kan være en grunn til at kvalitetsindikatorer ikke er direkte sammenliknbare på tvers av tjenestetilbud. Skillet mellom offentlige og private helsetjenester er eksempel på en grunnleggende forskjell i organisering som gjør det vanskelig å sammenlikne kvaliteten på tjenester på nasjonalt og internasjonalt nivå.

For Australia, Canada og USA kan juridiske forhold, som delstatenes/regionenes selvstyre, ha betydning for monitorering av helsetjenester. Kvalitetsindikatorene er i stor utstrekning konsensusbaserte, men både Australia og USA har lagt stor vekt på oppsummeringen av validitet, reliabilitet og kontekst for den enkelte indikator.

Valg av indikatorer for psykisk helsearbeid er samtidig implisitte indikatorer på de politiske føringene og valg av styringsmekanismer i de ulike landene. Australia tar for eksempel utgangspunkt i prioriterte grupper i handlingsplanen og presenterer et sett av indikatorer for hver gruppe i forhold til målsettinger i den nasjonale handlingsplanen. Den overordnede konteksten som handlingsplanen er, illustrerer hvordan politiske føringer er med på å styre valget av kvalitetsindikatorer. Hvilke indikatorer og måleinstrument som skal benyttes, er imidlertid delegert til delstat/provins. Vi har i denne studien ikke funnet eksempler på kvalitetsindikatorer som er benyttet til nasjonale sammenlikninger av kommunenes helsetjeneste.

Noen relevante norske datakilder

Det er flere kilder til statistiske data for helsetjenesten i Norge. Det er imidlertid klare forskjeller på kvaliteten av datagrunnlaget. Statens helsetilsyn har laget en egen rapport som oppsummerer tilgangen på statistiske data om helseforhold og helsetjenester for mennesker med psykiske lidelser. Rapporten viser at det er mye dårligere tilgang på statistiske data om tjenester til personer med psykiske lidelser i kommunehelsetjenesten enn i spesialisthelsetjenesten (Rapport fra Helsetilsynet 9/2002).

Samlet sett er det per i dag svakt datagrunnlag for å si noe om kvaliteten på psykisk helsetjeneste på kommunalt nivå. Noen mulige kilder en bør se nærmere på er:

- KOSTRA
- IPLOS
- SINTEF

KOSTRA (Kommune-STat-Rapportering) er et nasjonalt informasjonssystem som gir styringsinformasjon om kommunal virksomhet. Statistisk sentralbyrå (SSB) har ansvar for å samle inn data på kommunalt nivå. Data fra KOSTRA er også tilgjengelige fra Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD), som har tilrettelagt data med mulighet for sammenlikning av kommunene.

KOSTRA baseres på elektronisk rapportering fra kommunene til SSB, samt på data fra en rekke andre kilder i og utenfor SSB⁷. I et notat fra SSB beskrives KOSTRA som kilde til kvalitetsindikatorer og et viktig poeng er at *behovene for kvalitetsindikatorer er ulikt dekket i KOSTRA* (Rolland 2004:10). Kommunene i Norge er delt inn i 15 kategorier slik at kommuner med like økonomiske og demografiske kjennetegn er i samme gruppe. En kan hente informasjon om hver enkelte kommune på SSB sine hjemmesider. Det bør utredes nærmere hvilke muligheter for kvalitetsindikatorer som ligger i KOSTRA.

En annen database som er under oppbygging er IPLOS (Individbasert PLeie og Omsorgs-Statistikk). IPLOS skal bli en obligatorisk del av dokumentasjonen av kommunale sosial- og helsetjenester i forbindelse med saksbehandling og tjenesteproduksjon. IPLOS, som er en del av KOSTRA-rapporteringen, skal gi styringsinformasjon både til kommunal og statlig virksomhet. IPLOS registrerer blant annet søkeres og tjenestemottakers funksjonsnivå og tjenestebehov.

SINTEF sammenstiller statistiske data for helsetjenesten. De har et eget prosjekt for psykisk helsevern med data fra spesialisthelsetjenesten. Formålet med SAMDATA Psykisk helsevern er å utvikle, analysere og publisere styringsdata som gir informasjon om aktivitet, tilgjengelighet, ressursinnsats, kapasitetsutnyttning og finansiering for psykisk helsevern (<http://www.samdata.sintef.no>).

SINTEF Helse har flere prosjekt knyttet til evaluering av Opptappingsplanen. Evalueringen innebærer bruk av ulike indikatorer. Her nevnes:

1. Kommunenes bruk av øremerkede midler.
2. Kommunale tilbud – brukernes erfaringer.
3. Måling av brukererfaringer i det psykiske helsevernet for voksne.

s

Casemix

Casemix er betegnelse på en korreksjonsmetode hvor man grupperer pasientene etter ulike individuelle kjennetegn. Formålet er å sammenlikne sammenliknbare størrelser. Australia er det av landene som vi har sett på, som ser ut til å ha kommet lengst i arbeidet med å utforme en særskilt casemix-klassifisering i forhold til psykisk helsetjeneste⁸. I USA benyttes casemix i de nasjonale statistiske rapportene for psykisk helsetjeneste, og i Canada er det en

⁷ KOSTRA-publiseringen baseres i stor grad på kopling av data fra ulike kilder, som f.eks. regnskapsdata, tjeneste- og personelldata og befolkningsdata.

⁸ Buckingham et al 1998: Developing a case-mix classification for Mental Health Services Vol I. Main report.

forutsetning i kostnadsindikatorene at de er casemix-justert. Casemix er mer utbredt og akseptert innenfor somatisk medisin, men en ser det stadig oftere i bruk innenfor psykiske helsetjenester (Buckingham 1998). Det kan være store kommunale forskjeller i befolkningsgrupper/pasientgrunnlag, og dermed store forskjeller i hvilke helsetjenester det er behov for. Det er derfor svært viktig at en vurderer bruken av casemix når en skal sammenlikne kommunenes helsetjeneste/arbeid.

Avslutning

Selv om monitorering i form av kvalitetsindikatorer for kommunale helsetjenester ikke er en nasjonal oppgave, har alle landene vi har sett på, gjort framstøt for å sikre en nasjonal kunnskapsbasert kilde til kvalitetsindikatorer. Både Australia, Canada og USA har samlet og kvalitetssikret informasjon om kvalitetsindikatorer og gjort dette tilgjengelig enten i form av en søkbar database eller i egne støtte- og ressursdokument. I Storbritannia er en slik samlet framstilling av kvalitetsindikatorer under utarbeiding.

Felles for Australia og Canada er at de har med både struktur, prosess og resultatindikatorer i oversiktene sine. USA avgrenser databasen til prosessmål (det er egne støtte/ressursdokument for andre kvalitetsindikatorer) mens Storbritannia presenterer indikatorene etter tjenestenivå.

I hvilken grad kvalitetsindikatorer for helsetjenesten kan overføres fra et land til et annet er en problemstilling som blir belyst i en studie av National Primary Care Research and Development Centre i England (Marshall 2003). Studien har fokusert på forskjeller i organisering av praksis og understreker at kvalitetsindikatorer må modifiseres i henhold til den konteksten de skal benyttes i. Det er få komparative studier innenfor dette området, og studien påpeker at det er betydelige muligheter for samarbeid om utvikling av kvalitetsindikatorer på tvers av landegrensene.

Kartleggingen viser at det finnes kunnskap om kvalitetsindikatorer generelt og om psykisk helsearbeid i kommunene spesielt som vi kan ha nytte av i Norge. Det finnes imidlertid ikke noe ferdig indikatorsett som kan foreslås i Norge, og kvalitetsindikatorer bør uansett ses i forhold til den konteksten de skal benyttes i. Vi anbefaler derfor en særskilt prosess for utvikling og validering av kvalitetsindikatorer for psykisk helsearbeid i Norge, på grunnlag av erfaringene fra andre land. Utviklingsarbeidet bør ses i sammenheng med relevante datakilder i Norge som KOSTRA og IPLOS. Behov knyttet til kvalitetsmåling av psykisk helsearbeid på kommunenivå bør formidles til Statistisk sentralbyrå og andre relevante aktører, og nye datakilder må vurderes dersom eksisterende datagrunnlag ikke er tilstrekkelig. Til slutt er det nødvendig å vurdere og eventuelt utvikle en korreksjonsmetode (casemix-justering) som kan sørge for et mest mulig rettferdig sammenlikningsgrunnlag mellom kommuner med ulik befolkningssammensetning.

Litteraturliste

Andersson, H., Røhme, K., & Hatling, T. (2005): *Tilgjengelighet av tjenester for barn og unge - Opptrappingsplanens effekt på psykisk helsearbeid i kommunene : Delrapport 2 i evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse*, SINTEF, Oslo, STF78 A055002.

Buckingham W, Burgess P, Solomon S, Pirkis J & Eagar K (1998): *Developing a Casemix Classification for Mental Health Services*. Volume 1: Main Report. Commonwealth Department of Health and Family Services: Canberra

Börjesson, Å. & Eriksson, I. (2003): *Kommunernas insatser för personer med psykiska funktionshinder - Tillsyn av verksamhetsplanering och utbud av insatser*, Socialstyrelsen.

CEPS (2000): *Kvalitetsindikatorer (Kvalikatorer) : i socialt arbejde med sindslidende*.

CEPS (2005): *En bedre udvej : - Et projekt om kvalitet i det tværsektorielle samarbejde*.

Department of Health and Ageing (2003): *National Mental Health Report 2004: Eighth Report.- Summary of changes in Australia's Mental Health Services under the National Mental Health Strategy 1993-2002*. Commonwealth of Australia, Canberra.

Design for a set of Community Health Indicators 2004: Draft for ECHI-2, European Commission.

Donabedian, A. (1980): *The definition of quality and approaches to its assessment* Health Administration Press, Ann Arbor, Mich.

Establishment of a set of mental health indicators for European Union: Final Report, 1998, STAKES & EC.

Framework for Mental Health Services in Scotland - Annex (2005).
http://www.show.scot.nhs.uk/publications/mental_health_services/mhs/circann.htm .
 Ref Type: Electronic Citation

Förslag till Indikatorer för kvalitetssäkring och utveckling av verksamheten vid landets ungdomsmottagningar 2004. Statens Folkhälsoinstitut.

Health and Welfare Canada (1988): *Mental Health for Canadians: Striking a Balance*. Ottawa:Government of Canada.

H:S Psykiatriplan 2003: med mål og opgaver for psykiatrien i H:S, Hovedstadens Sygehusfællesskab, København.

Hermann, R.C.; Leff, H.S.; Lagodmos, B.A.(2002): *Selecting Process Measures for Quality Improvement in Mental Healthcare*. the Evaluation Center@HSRI

Hermann,R.C.; Leff,H.S.; Palmer,R.H.; Yang,D.; Teller,T.; Provost,S.; Jakubiak,C.; Chan,J. (2000): *Quality measures for mental health care: results from a national inventory*. Med.Care Res.Rev. 57 Suppl 2. Sage publications, Inc.

Hermann, R. & Mattke, S. (2004): *Selecting Indicators for the Quality of Mental Health Care at the Health Systems Level in OECD Countries*, OECD, 17.

Ivarsson, B. & Warg, P. (2004): *Gemensamma kvalitets- och resultatinstrument : Rapport från arbetsgrupp*, Västra Götalandsregionen.

Institute of Medicine (IOM) (1997): *Improving Health in the Community: A Role for Performance Monitoring. Executive Summary*.

International Quality Indicator Project.

[http://www.internationalqip.com/\(vdgbsrqigprksi31jfyezgvs\)/indicators.aspx](http://www.internationalqip.com/(vdgbsrqigprksi31jfyezgvs)/indicators.aspx) . 2002.

Ref Type: Electronic Citation

Kristensen, M. (2003): *Kvalitetsmåling i Sundhedsvæsenet*, Nordiska hälsovårdshögskolan, Göteborg.

Lehtinen, V. (2004): *Action for Mental Health : Activities co-funded from European Community Public Health Programmes 1997-2004*, European Commission.

Marshall, M. N., Shekelle, P. G., McGlynn, E. A., Campbell, S., Brook, R. H., & Roland, M. O. (2003): "Can health care quality indicators be transferred between countries?", *Qual.Saf Health Care*, vol. 12, no. 1, pp. 8-12.

McEwan, Kimberley; Goldner, Elliot M (2001): *Accountability and Performance Indicators for Mental Health Services and Supports*. Mental Health Evaluation and Community Consultation Unit Department of Psychiatry. University of British Columbia

Mental Health & Wellbeing - Publication Resources.

<http://www.health.gov.au/internet/wcms/Publishing.nsf/Content/mentalhealth-resources-index.htm> 2004. Ref Type: Electronic Citation

Mental health: Performance Indicators.

<http://www.newhealth.govt.nz/toolkits/mental%20health/performance.htm>. 2005. Ministry of Health. Ref Type: Electronic Citation

Mental Health and Addiction Services: Review of Health Information Standards, 2000, Canadian Institute for Health Information.

Minimum data set of European mental health indicators: Proposed set of mental health indicators; definitions, description and sources, 2005. European Commission.

National service framework for mental health: modern standards and service models. Department of Health (1999).

National Quality Measures Clearinghouse.

<http://www.qualitymeasures.ahrq.gov/search/searchresults.aspx?Type=3&txtSearch=mental+health&num=20> . 23-5-2005. Ref Type: Electronic Citation

Nordentoft, M. & Voldsgaard, I. (2001): *Skizofreni : Standarder, indikatorer og prognostiske faktorer*.

Performance Indicators for Mental Health Trusts.

<http://www.nhs.uk/England/AboutTheNhs/StarRatings/mentalhealthkt4> . 2005.

Ref Type: Electronic Citation

Performance indicators for the performance ratings 2004/2005.

http://ratings.healthcarecommission.org.uk/Indicators_2005/Trust/Indicator/indicators.asp?trustType=3 . 2005. Ref Type: Electronic Citation

Pirkis, Jane; Burgess, Philip; Dunt, David; Henry, Lisa (1999): Measuring quality in Australian mental health services.

[http://www.health.gov.au/internet/wcms/Publishing.nsf/Content/mentalhealth-mhinfo-quality-index.htm/\\$FILE/quality.pdf](http://www.health.gov.au/internet/wcms/Publishing.nsf/Content/mentalhealth-mhinfo-quality-index.htm/$FILE/quality.pdf)

Pilgrim D, Rogers, A (1999): A sociology of Mental Health and Illness. Open University Press, Buckingham Philadelphia.

Promoting Mental Health: concepts, emerging evidence, practise: summary report. A report of the World Health Organization, D. o. M. H. a. S. A. i. c. w. t. V. H. P. F. a. t. U. o. M. 2004.

QI Project Indicator Sets. http://www.qiproject.org/index.asp?cmd=indicator_sets . 2005.

Ref Type: Electronic Citation

Quality of Life Measurement Among Persons with Chronic Mental Illness: A Critique of Measures and Methods. http://www.phac-aspc.gc.ca/mh-sm/mentalhealth/pubs/quality_of_life/introduction.htm.

15-1-2003. Ref Type: Electronic Citation

QualityTools. <http://www.qualitytools.ahrq.gov/> . 2005. Ref Type: Electronic Citation

Rapport fra Helsetilsynet 9/2002: *Helseforhold og helsetjenestetilbud til mennesker med psykiske lidelser. En vurdering av tilgjengelige datakilder.* Rapport fra arbeidsgruppen for tilsyn med psykisk helsearbeid i kommunehelsetjenesten og psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten i 2001 og 2002. Juni 2002

Rolland, A. (2004): *KOSTRA og kvaliteten på de kommunale tjenester* Statistisk sentralbyrå, SSB Notat 2004:77. Oslo.

Sixteen State Indicator Project. <http://www.mhsip.org/sixteenstate/index.htm> . 30-11-0001.

Ref Type: Electronic Citation

Soininvaara, O. & Parjanne, R. (2002): *Kvalitetsrekommendation för mentalvårdstjänsterna : Mål- och verksamhetsprogram för social- och hälsovården (TATO), Gruppen för beredning och utvärdering av mentalvård, Social- och hälsovårdsministeriets, Helsingfors, 12.*

Shield, T., Campbell, S., Rogers, A., Worrall, A., Chew-Graham, C., & Gask, L. (2003): "Quality indicators for primary care mental health services", *Qual.Saf Health Care*, vol. 12, no. 2, pp. 100-106.

Spence Susan H, Donald Maria, Dower Jo, Woodward Rose, & Lecherez Philippe (2002): *Outcomes and indicators, measurement tools and databases for National Action Plan for*

Promoting, Preventing and Early Intervention for Mental Health 2000. School of Psychology and Centre for Primary Health Care, University of Queensland.

Strategy on European Community Health Indicators (ECHI) =the "Short List", 2004, European Commission, Luxembourg.

Stykkevis og delt: forprosjekt om kvalitetsutvikling i psykisk helsearbeid, 2004. Rådet for psykisk helse, Oslo.

The Agency for Healthcare Research and Quality. <http://www.qualityindicators.ahrq.gov/> . 2005. Ref Type: Electronic Citation

The Center for Quality Assessment and Improvement in Mental Health. <http://www.cqaimh.org/> . 2005. Ref Type: Electronic Citation

The International Society for Quality in Health Care. <http://www.isqua.org.au/>. 2005. Ref Type: Electronic Citation

The State of Mental Health in the European Union, 2004, STAKES.

U.S. Department of Health and Human Services. *Mental Health: A Report of the Surgeon General—Executive Summary*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services, National Institutes of Health, National Institute of Mental Health, 1999.

WHO: *Quality Improvement for Mental Health*, 2003, World Health Organization.

WHO European Ministerial Conference on Mental Health 2005, "Mental Health Action Plan for Europe. Facing the Challenges, Building Solutions", Helsinki, Finland.

Vedlegg

Tabell V1: Oversikt over kanadiske kvalitetsindikatorer og tilhørende måleinstrument (Mc Ewan 2001)

Measures for each indicator are preceded by an arrow showing the preferred direction of change over time. Indicators which are categorical (e.g. present, absent) rather than quantitative are denoted by a square. See chart below.

▲	Positive change in measure desirable
▼	Negative change in measure desirable
■	Categorical data

MEASUREMENT OF QUALITY INDICATORS: DOMAIN, INDICATORS AND MEASUREMENT

12.1 DOMAIN: ACCEPTABILITY

12.1.1 Consumer Satisfaction with Services Received

Measure(s):

- ▲ Percentage of consumers/families satisfied with services as measured by valid method. (Note: Communities with high aboriginal clientele have stressed the need to replace culture-bound paper and pencil measures of satisfaction with other culturally appropriate modes of user appraisals).

12.1.2 Formal Complaints

Measure(s):

- Existence of a clear process for filing complaints.
- ▼ Number of complaints received by Complaints Commissioner, Mental Health Advocate, Ombudsperson (or equivalent offices), consumer advocacy associations, regional health authority, etc. concerning mental health services and supports. (Nature of complaints received should also be reported).

12.1.3 Charter of Rights

Measure:

- Existence of a consumer/family charter of rights that has been endorsed by the appropriate health authority and/or government body.

12.1.4 Involvement of Consumers and Families in Treatment Decisions and Plans

Measure(s):

- ▲ Proportion of consumers and families within a service provider population of persons with serious mental illness who actively participate in decisions concerning their treatment. (Note: Active participation in treatment is hard to measure. In the UK, consideration is being given to having patients sign their care plan to indicate they have been consulted and are satisfied with the plan (Friedman et al., 1999). Others have noted that a sheer signature on a care plan is not evidence of active participation (Kamis-Gould, 2000)).

MEASUREMENT OF QUALITY INDICATORS: DOMAIN, INDICATORS AND MEASUREMENT	
12.1.5 Involvement of Consumers in Service Delivery and Planning	
Measure(s):	
▲	Proportion of communities within region with established regional consumer advisory groups
▼	Total amount of resources allocated to support consumer advisory structures and their activities as a percentage of total mental health budget.
▼	Proportion of regional health authorities within province/territory that have a designated person at the management level to facilitate partnerships and involvement of consumers and families.
▼	Number of consumer/family self-directed initiatives.
12.1.6 Cultural Sensitivity	
Measure:	
▼	Proportion of consumers within service provider population of persons with serious mental illness who report that staff are sensitive to their language and ethnic/cultural background.
▼	Proportion of service staff who are culturally “literate”; i.e. knowledgeable about the history, traditions and beliefs of ethno-cultural minorities.
12.2 DOMAIN: ACCESSIBILITY	
12.2.1 Service Reach to Adults with Serious Mental Illness Measure(s):	
▲	Treated prevalence of serious mental illness (proportion of individuals receiving at least one insured health service compared to the estimated number of persons with SMI in the region - see Section 9 on estimating the target population ³).
or	
▲	Treated prevalence of schizophrenia (proportion of individuals receiving at least one insured health service for this diagnosis compared to estimated number of individuals in the region with this disorder).
or	
▲	Treated prevalence of bipolar disorder (proportion of individuals receiving at least one insured health service for this diagnosis compared to estimated number of individuals in the region with this disorder).
12.2.2 Service Reach to the Homeless	
Measure:	
▲	Number of homeless clients receiving assertive community treatment as a proportion of the estimated number of homeless people with SMI.
12.2.3 Access to Psychiatrists	
Measure(s):	
▲	Dollars spent per 10,000 population on psychiatry services including fee-for-service, sessional services, outreach services by local health region.
▲	Services per 10,000 population by region.

MEASUREMENT OF QUALITY INDICATORS: DOMAIN, INDICATORS AND MEASUREMENT
--

12.2.4 Access to Primary Care

Measure(s):

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ▲ Proportion of persons with SMI who had at least one physician visit for non-psychiatric reasons during the last year. ▲ Proportion of persons with SMI registered with a primary care physician. ▲ Number of primary care outreach services provided to persons with SMI. ▲ Proportion of consumers within a mental health service provider population of persons with SMI who are screened for physical health problems. ▼ Number of emergency room presentations for medical problems which could be managed in primary care setting. |
|---|

12.2.5 Wait-times for Needed Services

Measure(s):

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ▼ Average time (in days) from expression of desire for service by the client, or referral from another provider, to first face-to-face contact by mental health provider. ▼ Average wait-time (in days) from referral to admission to inpatient facility (acute and tertiary care). ▲ Proportion of urgent referrals that are assessed within 48-hours. |
|---|

12.2.6 Availability of After-Hours Care and Transportation
--

Measure(s):

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ▲ Proportion of communities within a region with 24-hour mental health coverage. ▲ Proportion of communities within a region with extended hours (evenings, weekends) mental health coverage. ▲ Services that arrange transportation for clients and their families. |
|--|

12.2.7 Denial of Service

Measure(s):

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ▼ Number of persons with SMI requesting community mental health service who are refused service. ■ Reasons why clients are refused service documented and addressed at a planning level. |
|---|

12.2.8 Early Intervention

Measure(s):

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ▼ Duration of untreated symptoms (self and/or family defined). ▼ Mean age at first treatment contact for persons with psychotic disorders. ▼ Proportion of clients whose first contact with the system is through emergency departments. ▲ Dissemination of information to public about symptoms of mental illness and available resources. |
|--|

12.2.9 Consumer/Family Perception of Access

Measure:

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ▲ Proportion of consumers with SMI satisfied with access to services and supports. May be measured as one component of client satisfaction. |
|---|

MEASUREMENT OF QUALITY INDICATORS: DOMAIN, INDICATORS AND MEASUREMENT
--

12.3 DOMAIN: APPROPRIATENESS

12.3.1 Existence of Best Practices Core Programs

Measure:

Existence of, or access to (if unavailable in smaller communities), the following continuum of core programs:

- Case management/assertive community treatment
- Crisis response/emergency services
- Housing
- Inpatient/outpatient care
- Supported consumer initiatives
- Family self-help programs
- Vocational/educational programs
- Early intervention
- Primary care

12.3.2 Fidelity of Best Practices to Established

Measure(s):

- Evidence of a process for establishing, adopting, and maintaining best practice core programs and system strategies
- Program audit against established criteria.

12.3.3 Receipt of Best Practices Services/Supports Among Persons with SMI (Severe Mental Illness)
--

Measure(s):

- ▲ Percentage of persons with SMI (or selected diagnoses) receiving assertive community treatment.
- ▲ Percentage of persons with SMI (or selected diagnoses) receiving supported housing.
- ▲ Percentage of persons with SMI (or selected diagnoses) in receipt of paid employment, supported employment, or other vocational/educational support.

12.3.4 Treatment Protocols for Co-morbidity
--

Measure(s):

- ▲ Number of community mental health programs that screen for substance use disorders and have an appropriate protocol for treatment and/or referral.
- ▲ Proportion of SMI patients with identified substance misuse receiving addictions treatment.

12.3.5 Hospital Readmission rate

Measure:

- ▼ Number of acute-care readmissions occurring within 30 days of discharge as a proportion of the total number of psychiatric separations per year.

12.3.6 Involuntary Committal Rate
--

Measure(s):

- ▼ Rate of involuntary committals as a percentage of all hospitalizations per annum.
- ▲ Proportion of involuntary committals with extended leave provision.

12.3.7 Average Length of Stay in Acute-Care
--

Measure:

- ▼ Average length of stay for separations with a primary mental health diagnosis by region.

MEASUREMENT OF QUALITY INDICATORS:**DOMAIN, INDICATORS AND MEASUREMENT****12.3.8 Use of Seclusion/Restraints**

Measure(s):

- ▼ Percentage of clients admitted for inpatient psychiatric care who experience seclusion per facility per year.
- ▼ Hours of seclusion as a percent of total client hours during admission per facility per year.
- ▼ Percentage of clients admitted for inpatient psychiatric care who were restrained at least once per facility per year.
- ▼ Hours spent in restraint as a percent of total client hours during admission per facility per year.

12.3.9 Least Restrictive Setting

Measure:

- ▼ Ratio served in inpatient care to outpatient care.

12.3.10 Appropriate Spending

Measure(s):

- ▲ Proportion of total expenditures on service recipients with SMI relative to total expenditures on all persons who have received any insured health service for a mental health problem.
- ▲ Proportion of funds spent on preventing crises to funds spent on reacting to crises.
- ▲ Proportion of investment in informal and consumer-run supports to the investment in formal supports.
- ▲ Proportion of mental health sector expenditures on best practice programs to total sector expenditures.

12.3.11 Consumer/Family Perception of Appropriateness

Measure:

- ▲ Proportion of consumers with SMI who believe the service and supports provided are appropriate to their needs. May be measured as one component of client satisfaction.

12.4 DOMAIN: COMPETENCE NO INDICATORS**12.5 DOMAIN: CONTINUITY****12.5.1 Continuity Mechanisms**

Measure:

- ▲ Percentage of persons with SMI in contact with health care system in receipt of some form of case management.

12.5.2 Emergency Room Visits

Measure:

- ▼ Number of emergency service contacts for persons with SMI per annum.

MEASUREMENT OF QUALITY INDICATORS:**DOMAIN, INDICATORS AND MEASUREMENT****12.5.3 Community Follow-up after Hospitalization**

Measure(s):

- ▲ Percentage of hospital separations for primary mental diagnoses who have received at least one community mental health service contact within 30 days of discharge.
- ▲ Percentage of hospital separations for primary mental diagnoses who have received at least one psychiatry service contact within 30 days of discharge.
- ▼ Average number of days between hospital discharge and service contact for primary mental health separations.

12.5.4 Physician Reimbursement Mechanism for Case Consultation

Measure(s):

- Existence of a fee-item within the fee-for-service schedule that reimburses physicians for case consultation/case management activities.
- ▲ Proportion of physicians reimbursed through non-fee-for-service mechanisms.

12.5.5 Documented Discharge Plans on Hospital Separation

Measure:

- ▲ Percentage of patients discharged from acute-care facilities (excluding those discharged against medical advice) who have a documented discharge plan.

12.5.6 Cases Lost to Follow-Up

Measure:

- ▼ Proportion of persons with SMI lost to follow-up by community mental health services at six months and one year.

12.5.7 Repatriation of SMI Clients

Measure:

- ▲ Percentage of clients transferred out of region for acute or tertiary care who return to home community upon discharge.

12.5.8 Single Point of Accountability

Measure:

- Existence of single mental health authority at local level.

12.6 DOMAIN: EFFECTIVENESS**12.6.1 Community Tenure**

Measure(s):

- ▲ Aggregated number of days hospitalized for psychiatric reasons plus number of days in custody or incarcerated for service recipients with SMI per annum subtracted from 365.
- ▼ Number of persons with SMI removed from the community for more than 90 days.

MEASUREMENT OF QUALITY INDICATORS:**DOMAIN, INDICATORS AND MEASUREMENT****12.6.2 Mortality****Measure(s)**

- ▼ Crude mortality rate for persons with SMI (or specific diagnostic groups).
- ▼ Standardized mortality ratio for persons with SMI (or specific diagnostic group).
- ▼ Average number of years of life lost for persons with SMI who died in the past year, defined as the difference between age at death and current life expectancy. (Note: While mortality is more commonly reported as a population health indicator than as an effectiveness indicator, its inclusion is warranted here given its importance as a health outcomes and an overall marker of system impact. Important in the use of mortality as an indicator is: a) determination of the extent to which excess mortality in this population is attributable to mental illness versus socio-economic status and b) the extent to which these phenomena can be separated.)

12.6.3 Criminal Justice System Involvement**Measure(s):**

- ▼ Rate of service provider population with SMI apprehended or incarcerated compared to rate for general population.
- ▼ Change in number of arrests within 30 days prior to admission to number of arrests at six and twelve months post-admission.
- ▼ Number of mental health related police calls.

12.6.4 Clinical Status**Measure:**

- ▲ Percentage of service recipients with SMI experiencing reductions in the number and severity of symptoms between admission and follow-up. There are a wide range of clinical instruments available for the measurement of symptomatology. (Note: see Durbin et al (2000) for specific instruments to measure symptomatology)

12.6.5 Functional Status (Global)**Measure:**

- ▲ Percentage of service recipients with improved (or maintained) functioning as measured by a standardized global functioning instrument. (Note: In individuals with SMI, maintenance of a client at a given level of functioning may be an appropriate outcome. See Durbin et al for specific instruments to measure client functioning.)

12.6.6 Employment Status**Measure(s):**

- Percentage breakdown of service recipients with SMI classified according to employment status categories defined by the IAPSRs Toolkit.
- ▲ Percent of service recipients with SMI attaining independent competitive (paid) employment.

12.6.7 Housing Status**Measure(s):**

- Percentage breakdown of service recipient with SMI classified according to residential status categories defined by IAPSRs PSR Toolkit.
- ▲ Percent of service recipients with SMI in independent or supported housing.
- ▼ Number of persons with SMI on housing wait lists.

MEASUREMENT OF QUALITY INDICATORS:**DOMAIN, INDICATORS AND MEASUREMENT****12.6.8 Financial Status**

Measure(s):

- ▲ Percentage of service recipients with SMI living above the poverty line.
- ▲ Percentage of service recipients with SMI receiving disability benefits.

12.6.9 Quality of Life

Measure:

- ▲ Percent of service recipients with SMI reporting improvements in quality of life as determined by a valid measure (Lehman, 1988). (Note: see Durbin et al (2000) for specific instruments to measure quality of life).

12.6.10 Patients Not Diagnosed

Measure:

- ▲ Percent of active clients of community mental health clinics with a formal psychiatric diagnosis recorded in the administrative and clinical record. (Note: In some circumstances, lack of diagnosis is not indicative of poor quality care. Early intervention specialists note the instability of the presenting picture in young adults and the need to defer diagnosis until after a thorough assessment and period of monitoring.)

12.7 DOMAIN: EFFICIENCY**12.7.1 Mental Health Spending per capita**

Measure:

- ▲ Total sector costs (including all health services: physician services, drug benefit plan costs, community mental health services and supports, and inpatient care) divided by the current total population of the region.

12.7.2 Labour Overhead

Measure:

- ▼ Proportion of dollars spent on administrative and support full-time employees (FTEs) to dollars spent on total FTEs.

12.7.3 Needs Based Resource Allocation Strategy

Measure:

- Existence of a regional mental health funding formula reflecting a needs-based resource allocation strategy.

12.7.4 Community/Institutional Balance

Measure:

- ▲ Ratio of spending on community mental health services to institutional mental health services.

12.7.5 Resource Intensity Planning Tool

Measure:

- Evidence of an explicit process for systematically incorporating client population levels of need into resource intensity estimates.

12.7.6 Unit Costs and Costs per Client

Measure(s):

- ▼ Total costs divided by total units of service by program.
- ▼ Total costs divided by the total number of clients served by program.

MEASUREMENT OF QUALITY INDICATORS:**DOMAIN, INDICATORS AND MEASUREMENT****12.7.7 Annualized Budget for Evaluation and Performance Monitoring**

Measure:

- ▲ Percentage of mental health sector budget devoted to supporting the organization capacity to conduct performance monitoring.

12.8 DOMAIN: SAFETY**12.8.1 Complications Associated with ECT (electroconvulsive therapy)**

Measure:

- ▼ Percentage of patient undergoing ECT who experience a major medical complication.

12.8.2 Medication Errors/Side Effects

Measure(s):

- ▼ Number of medication errors/adverse effects reported by clients with SMI to case managers.
- ▼ Number of medical services and/or hospital services required as a direct result of psychotropic medication problems.

12.8.3 Incidence of Critical Incidents Involving Inpatients Rationale:

Measure(s):

- ▼ Incidence of any physical injury requiring medical attention to psychiatric patients and staff by inpatient facility per year.
- ▼ Incidence of substantiated reports of sexual assaults on inpatients.

12.8.4 Suicide

Measure(s):

- ▼ Suicide rate per 1000 for general population by age and sex.
- ▼ Suicide rate per 1000 for persons with SMI (or specific diagnostic groups).
- ▼ Suicide rate per 1000 for aboriginal persons.
- ▼ Parasuicide rate from emergency service contact data.

12.8.5 Homicides by Persons with SMI

Measure:

- ▼ Number of homicides committed by persons with SMI.

MEASUREMENT OF QUALITY INDICATORS:
DOMAIN, INDICATORS AND MEASUREMENT
12.9 COMMUNITY AND HEALTH SYSTEM CHARACTERISTICS

Indicators of this nature which should be tracked and reported are:

- Proportion of homeless individuals
- Unemployment rates
- Population age distribution
- Ethnic mix
- Social isolation
- Single parent households
- Urbanicity (e.g., presence of inner core areas with endemic poverty)

Social-economic factors

- Average household income
- Proportion of workforce employed in resource based industry
- Recent layoffs
- Environmental changes affecting local natural resources (e.g., oil spills depleting fish stocks)
- Company downsizing, closures

Unusual/catastrophic occurrences

- Natural disasters
- Industrial and other accidents
- Homicides/rates of dangerous crime
- Increases in child apprehension, suicides, etc.

Health system characteristics

- Physician/patient ratio
- Number of designated psychiatric acute-care beds
- Distance to nearest acute-care hospital
- Availability of emergency services
- Number of resident psychiatrists and other mental health specialists
- Existence of specialized mental health in-patient facilities in the area
- Availability of residential facilities (e.g., supported housing options, specialized residential treatment programs)

Figur V2 Kvalitetsindikatorer fra Storbritannia (Shields 2003).

Practice level indicators
Praksis: tilgjengelighet Tilgjengelighet • Pasienter kan få time hos fastlege innen to dager • Det er likt tilbud om samtalebehandling for alle uansett etnisk bakgrunn, alder, bosted, sosio-økonomisk status og kjønn • Det er god tilgang til integrert og lokalbasert omsorg for mental helse utenfor kontortiden • Alle pasienter har en person (member of primary health care team) som er fast kontakt og kan nås i akutte situasjoner Praksis "policy" og prosedyrer • Det finnes en skriftlig protokoll eller strategi som sikrer at personer som er spesielt vanskelig å plassere ikke er ekskludert fra registrering hos fastlege (f. eks hjemløse, rusmisbrukere, beboere på institusjon) • Det finnes en definisjon man er enig om for alvorlig psykisk lidelse som er eksplisitt og anvendes av alle • Det finnes en skriftlig prosedyre for klager og denne er synlig (prominently displayed) • Praksisen har en skriftlig prosedyre for hvordan man håndterer voldelige og "abusive" pasienter • Klar og skriftlig protokoll for hvordan kontakte spesialist ved akutte kriser Informasjon til pasienter og pårørende • Pasienter blir gitt informasjon om deres tilstand, behandling, medisiner (også bivirkninger) og mestingsstrategier • Informasjon (f. eks informasjon om legesenter eller livsstilsbrosjyrer) er lette å forstå og tilgjengelig på andre språk for pasienter og pårørende som ikke har engelsk som førstespråk Journalføring • Journaler og journalnotater, inkludert elektroniske, er oppdaterte og oppsummerte • Konfidensielt journalinnhold er beskyttet til alle tider • Detaljer om aktuell medisiner er klart framtreddende i journal Praksis: effektivitet Pasient-behandler-relasjoner • Personell behandler alle mennesker som søker til praksisen med respekt og høflighet uavhengig av alder, kjønn, religiøs og kulturell tilhørighet eller diagnose • Personell kjenner til at psykiske helseproblemer rammer mennesker av begge kjønn, alle aldre og fra alle sosioøkonomiske forhold • Personell kjenner til at pasienter med psykiske problemer kan føle seg stigmatisert og forholder seg til dem slik at dette problemet reduseres • Pasienter skal ikke føle at de kaster bort personellens tid • Pasienter blir hørt og tatt på alvor • Fysiske problemer hos pasienter med psykiske lidelser blir tatt alvorlig og ikke automatisk vurdert som psykosomatiske • Personell er lydhøre for pasienters frykt og bekymringer om bivirkninger av medikamenter, inkludert avhengighet • Personell er klar over potensiell "impact of a mental health problem on patient behaviour (i.e. non-attenders with mental health problems should be accorded greater latitude)" • Pasienter med psykiske lidelser blir behandlet som individer med individuelle behov, ikke som en "diagnose" (f. eks ikke kalles deprimert, men behandlet som en person med depresjon) • Helsepersonell kommuniserer på et språk som er lett å forstå

Practice level indicators

Konfidensialitet og samtykke

- Konfidensielle samtaler finner sted på egnet sted
- Det finnes et egnet (privat, stille, relativt ikke-medisinsk) rom for besøk av veiledende/ rådgivende psykisk helsepersonell
- Der det er mulig skal pasienten samtykke før det gis informasjon til pårørende

Omfattende undersøkelse/vurdering (comprehensive assessments)

- Vurdering av fysiske, psykiske og sosiale helsebehov hos pasienter med psykiske helseproblemer inkluderer også en vurdering av risiko
- Vurdering må ta høyde for språkbarrierer; behovene til personer med funksjonshemninger, etniske, kulturelle og religiøse preferanser

Involvering av pasienter i behandlingsplaner

- Pasienter er så mye involvert som praktisk mulig i formulering og utførelse av omsorgen/behandlingen de skal ha (f. eks ved bruk av "egenomsorgsplaner")
- Når det er hensiktsmessig skal pasienter bli tilbudt annen behandling enn medikamenter
- Behandlingsplaner skal være individuelt tilpasset hver pasient
- Pasienter er involvert, bortsett fra når det ikke lar seg gjøre, når det gjelder avgjørelser om henvisninger til andre nivåer/ tjenester
- Når det er mulig så er pasienter informert om grunnen til henvisning til spesialister og andre profesjoner

Forkriving av medikamenter (psychotropic prescribing)

- Forskriving av medikamenter for psykiske lidelser skal være basert på oppdatert evidens, og når mulig, lokale retningslinjer
- Valg av medikamenter er basert på individuelle pasientfaktorer som har med behov/ønsker om sederingsnivå, tidligere respons på et medikament, inkludert bivirkninger, annen psykisk lidelse eller annen sykdom, og den relative risiko for overdosering
- Klar og tilgjengelig informasjon gis sammen med enhver forskriving av medikament, denne skal omfatte informasjon om forventet behandlingseffekt og uønskede bivirkninger
- Forskrevet dosering holdes på et minimum
- Ingen medikamenter forskrives uten at helsepersonell forstår den potensielle effekt og bivirkning
- Pasienter som ikke responderer til førstelinje-medikamentbehandling med terapeutisk dose blir spurt om de faktisk tar medisinen
- Pasienter blir tilbudt henvisning til helsearbeider innen mental helse hvis de opplever det vanskelig å redusere eller slutte med medisiner

Psykososial behandling

- Veiledere, rådgivere, psykoterapeuter og andre som bruker samtale som behandlingsform og som jobber innen tjenesten:
 - Er hensiktsmessig utdannet og har riktige kvalifikasjoner
 - Har regelmessig veiledning
 - Har skillelinjene for pasient- profesjonell forhold klart og transparent

Oppfølging

- Pasienter med en diagnose innen psykiske lidelser tilbys regelmessige avtaler for å vurdere og følge opp behandling, symptomer, bivirkninger og oppfølging (holde i behandling)
- Pasienter på "repeat maintenance drugs" blir tilbudt regelmessig vurdering av medisiner som inkluderer målinger av mulige bivirkninger og interaksjoner med andre medikamenter
- Under redusering eller avvikling av medisiner blir pasienter tilsett regelmessig for vurdering, målinger og støtte

Primary care group/trust and health authority

Registrering hos fastlege

- Det finnes en skriftlig protokoll/ strategi som sikrer at grupper som er vanskelig å plassere ikke er ekskludert fra å bli registrert hos fastlege (f. eks hjemløse, rusmisbrukere, beboere på institusjon)

Tilgjengelighet for alle

- Behandling (inkludert samtaleterapi) er tilgjengelig på alle senter/ legekantor/ praksis
- Det finnes en skriftlig "policy" om lik rett til behandling, tilgjengelig behandling for alle
- Pasienter har rett til å få time hos fastlegen sin innen to dager
- Det finnes lokale programmer som går mot diskriminering og som fremmer sosial inklusjon av individer eller grupper av mennesker med psykiske lidelser (f. eks gjennom samarbeid med andre institusjoner)
- Hyppigheten av bruk av tolketjenester på (lege)senter blir målt og sammenliknet med "populasjonsprofilen" for senteret/ kommunen

Henvisninger

- Skriftlige retningslinjer finnes for å sikre at der hvor tilbud ikke finnes lokalt, kan fastlegen henvise til andre instanser
- Det er "a single point of rapid access for urgent referrals to specialist mental health services (duty professional or fast tracking service)"

Forskrivning av medikamenter/psykofarmaka

- Det finnes retningslinjer som det er enighet om, som er evidensbaserte (basert på best tilgjengelige evidens) for forskrivning av psykofarmaka
- Det er lokalbaserte skriftlige protokoller for forskrivning for hele første- og andrelinjetjenesten inkludert forskrivning initiert på sykehus

God kvalitet og mangfold i tjenester for psykisk helse

- Det er en person som er dedikert som leder av program for mental helse
- Spesialisthelsetjenesten er basert på lokalt baserte "service-plans" og "agreements which include the range, quality, and volume of mental health services"
- Et variert tilbud om behandling finnes, inkludert samtaleterapi

Fokus på mental helse

- Prosedyrer finnes som viser en forpliktelse til å promotere psykisk helse for alle individer og lokalsamfunn
- Helsemyndigheter eller kommunehelsetjenesten i samarbeid med sosial- og primærhelsetjenesten jobber med individer eller lokalsamfunn for å fremme psykisk helse

Primary care group/trust and health authority

Omsorg utenfor kontortid

- Det er god tilgang til integrert og lokalbasert psykisk helsetjeneste utenom vanlig kontortid ("deputising/cooperative/GP and community mental health services)
- Det er lokalt baserte skriftlige standarder og protokoller for å gi behandling utenfor kontortid til personer med psykiske lidelser i krise

Videreutdanning og utvikling

- Det er en målbar forpliktelse for å fremme kontinuerlig profesjonell videreutdanning og utvikling i primærhelsetjenesten
- Senter/praksis blir gitt beskyttet tid og ressurser for leger og sykepleiere slik at de kan delta i egnede etterutdanningstilbud
- Det er dokumentert at etterutdanning er organisert slik at det dekker behov innen psykisk helse

Effektivt partnerskap mellom helsemyndigheter, lokale myndigheter og kommunehelsetjenesten

- Det er en rekke av initiativer med nøkkelorganisasjoner som viser at det foregår et samarbeid

Monitorering

- Det er skriftlige protokoller og mekanismer for å måle forskriving av psykofarmaka
- Det er en skriftlig protokoll/ strategi for å måle om spesielt vanskelige grupper er ekskludert fra fastlegelistene (f. eks hjemløse, rusmisbrukere, beboere på institusjon)
- Det er dokumentert at det blir målt om standarder for tilbud utenom kontortid blir møtt

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Postboks 7004 St. Olavs plass

0130 Oslo

Tlf: 23 25 50 00

Faks: 23 25 50 10

post@kunnskapssenteret.no

www.kunnskapssenteret.no

Organisasjonsnummer: 986 303 537

ISBN 82-8121-050-8