

Innholdsfortegnelse

Forkortelser:	4
1. Oppsummering og forslag til videre arbeid.....	5
1.1. Organisering av arbeidet	5
1.2. Hovedkonklusjoner basert på arbeidet i 2017	5
1.2.1. Videreutvikling og uttesting av indikatorer som ble identifisert i 2016.....	6
1.2.2. Vurdering av utvikling/bruk av indikatorer på nye fagområder.....	6
1.2.3. Bruk av de nasjonale indikatorene i styringsmessig oppfølging og lokalt forbedringsarbeid.....	6
1.3. Hovedfunn fra undergruppene	7
1.4. Anbefalinger for det videre arbeidet.....	7
2. Innledning, bakgrunn og definisjoner	8
2.1. Oppdraget (Oppdragsdokument 2017).....	8
2.2. Bakgrunn for arbeidet og sentrale perspektiver	9
3. Organisering av arbeidet: AD-møtet, styringsgruppe, arbeidsgrupper, referansegruppe og framdrift	11
3.1. AIM - arbeidsgruppe og undergrupper	11
3.2. Styringsgruppe og AD-møtet	11
3.3. Referansegruppe	12
4. Publiserte indikatorer.....	13
5. Antall og andel kontakter som har passert planlagt tid	14
5.1. Bakgrunn	14
5.2. Arbeidet med utviklingen av indikatoren.....	15
5.2.1. Publiserte oversikter	15
5.2.2. Veien videre.....	15
6. Liggetid og dagbehandling.....	16
6.1. Beskrivelse av indikatorene.....	16
6.1.2. Andel dagbehandling.....	16
6.1.3. Liggetid	17
6.2. Medisinsk dagbehandling.....	18
6.2.1. Kategorisering av medisinske pasientgrupper	18
6.2.2. Avgrensninger.....	18
6.2.3. Resultater	18
6.2.4. Eksempel på bruk av modellen	19

6.4. Anbefaling fra arbeidsgruppen.....	21
7. Ikke møtt, replanlegging og planleggingshorisont	22
7.1. Bakgrunn	22
7.2. Kodeverk for spesialisthelsetjenesten.....	23
7.2.1. Nasjonal standard for lukkekoder/avslutningskoder, og utvikling som resultat av arbeidet i AIM	23
7.2.2. Harmonisering og standardisering av forutsetninger/koder	23
7.3. Indikatorer	23
7.3.1. Antall og andel pasienter som ikke har møtt til time.....	23
7.3.2. Planleggingshorisont	24
7.3.3. Replanlegging	25
7.4. Videreutvikling av indikatorer	25
8. KPP.....	27
8.1. Bakgrunn	27
8.2. Metode	27
8.3. Resultater	27
8.4. Eksempler.....	28
8.5. Konklusjon	28
8.6. Videre arbeid	28
9. Nye fagområder.....	29
9.1. Diskusjon og anbefaling for det videre arbeidet	32
10. Samarbeid med SKDE og grenseflater mot helseatlas	33
11. Plan for styringsmessig oppfølging og videre utviklingsarbeid – innblikk i det regionale arbeidet	35
11.1. Beskrivelse av endringsarbeid i Helse Vest	36
11.1.1. Identifikasjon av uberettiget faglig variasjon.....	36
11.1.2. Indikatorer for gevinstrealisering i «Alle møter» programmet.....	37
11.2. Beskrivelse av endringsarbeid i Helse Nord	39
11.2.1. Innsatsteam	39
11.2.2. KPP.....	40
11.2.3. Andel avviste pasienter	40
11.3. Beskrivelse av endringsarbeid i Helse Sør-Øst	41
11.3.1. Arbeidet med å redusere ventetider og opprettelse av midlertidige fagråd.....	41
11.3.2. Regional standardisering av avslutningskoder i DIPS.....	43
11.3.3. Oppfølging av indikatoren «Passert planlagt tid»	43
11.4. Beskrivelse av endringsarbeid i Helse Midt-Norge	45

11.4.1. Standardisering av pasientforløp	45
11.4.2. Helhetlig virksomhetsstyring som verktøy i standardiserings- og endringsarbeid	47
11.4.3. Reduksjon av kontakter som har passert planlagt tid	48
12. Avsluttende kommentarer	50
Litteraturliste.....	51
Oversikt over vedlegg.....	52

Forkortelser:

AD-møte: Møte mellom administrerende direktører i de regionale helseforetakene

AIM: Arbeidsgruppe for indikator- og metodeutvikling

BI: Business Intelligence

BUP: Det psykiske helsevernet for barn og unge

DAECA: Directory of Ambulatory Emergency Care

DIPS: Distribuert Informasjons- og Pasientdatasystem i Sykehus

EPJ: Elektronisk pasientjournal

eSP: Elektroniske standardiserte pasientforløp

DRG: Diagnoserelatert gruppe

HOD: Helse- og omsorgsdepartementet

HF: Helseforetak

ICD-10: International Classification of Diseases, Tenth Edition

KOLS: Kronisk obstruktiv lungesykdom

KPI: Key Performance Indicator

KPP: Kostnad per pasient

NPR: Norsk pasientregister

RHF: Regionale helseforetak

RSHU: Regionalt senter for helsetjenesteutvikling

SKDE: Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering

TSB: Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Ø-hjelp: Øyeblikkelig hjelp

1. Oppsummering og forslag til videre arbeid

1.1. Organisering av arbeidet

Arbeidsgruppe for indikator- og metodeutvikling (AIM) ble opprettet i 2015 for å jobbe med reduksjon av uønsket variasjon i kapasitetsutnyttelse og effektivitet i spesialisthelsetjenesten. Representanter fra de fire regionale helseforetakene (RHF-ene), Helsedirektoratet, Helseatlas miljøet og Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) ble bedt om å bidra i arbeidet. Oppdraget som ble gitt i 2015 var å utvikle indikatorer som kunne bidra til å identifisere variasjon og å opprette en interregional arena for utveksling av erfaring og metoder for endringsarbeid i et forbedringsperspektiv. I 2016 ble arbeidet videreført, og så langt har gruppen overlevert fire rapporter til Helse- og omsorgsdepartementet (HOD): en rapport i 2015 og tre rapporter i 2016.

Ledelsen av arbeidet har gått på omgang mellom regionene, og Helse Midt-Norge RHF har ansvar for å lede arbeidet i 2017. For å sikre god forankring og forventningsavklaring av oppdraget, opprettet AD-ene en styringsgruppe bestående av RHF-enes økonomi-, fag- og HR-direktører (se vedlegg 1 for oversikt). Til sammen er det gjennomført tre møter med styringsgruppen.

Som del av prosjektorganiseringen er det også opprettet en referansegruppe, med to representanter utpekt av de regiontillitsvalgte og to representanter utpekt av de regionale brukerutvalgene (se vedlegg 2 for oversikt). Det er avholdt to møter med referansegruppen. Referansegruppen har også levert skriftlig innspill til arbeidet (se vedlegg 4).

På grunn av stor kompleksitet, er arbeidet organisert i til sammen fem undergrupper. De fem undergruppene har dekt følgende tema:

- Kontakter med passert planlagt tid
- Dagbehandlingsandeler og liggetid
- Kostnad per pasient (KPP)
- Ikke-møtt, replanlegging og planleggingshorisont
- Utvidelse av fagområder for oppfølging

Arbeidet i undergruppene er omtalt i kapitlene 4-9. For en detaljert oversikt over undergruppene, se vedlegg 3.

1.2. Hovedkonklusjoner basert på arbeidet i 2017

Arbeidet har i 2017 gått langs fire akser:

- Videreutvikling og uttesting av indikatorer som ble identifisert i 2016
- Vurdering av utvikling/bruk av indikatorer på nye fagområder
- Bruk av de nasjonale indikatorene i styringsmessig oppfølging og lokalt forbedringsarbeid
- Anbefalinger for det videre arbeidet

1.2.1. Videreutvikling og uttesting av indikatorer som ble identifisert i 2016

Erfaringene med de vedtatte indikatorene viser at det er behov for mye tid til uttesting og kvalitetssikring før publisering, og før indikatorene tas i bruk.

En nasjonal indikator gir et bilde av en *observert variasjon* på områder med underliggende komplekse prosesser. Det er imidlertid viktig for det lokale forbedringsarbeidet at en har mekanismer for å bevege seg fra den observerte variasjonen til å identifisere den *uønskede variasjonen*, jamfør beskrivelsen i SKDE sin rapport til HOD av november 2016 (SKDE, 2016^a). Problemstillingen er nærmere omtalt i kapittel 10 i rapporten.

I arbeidsgruppen har det vært nyttig å omtale effektivitet som «*indre effektivitet*» og «*ytre effektivitet*». «*Indre effektivitet*» har fokus på arbeidsflyt, kapasitetsutnyttelse og produksjon i den enkelte enhet, men sier lite om hvorvidt enheten driver med «de rette tingene». «*Ytre effektivitet*» har et befolkningsperspektiv, og tar utgangspunkt i befolkningens samlede forbruk av helsetjenester. I forbedringsarbeidet må vi evne å ha fokus på begge områdene. I kapittel 2.2 er dette nærmere omtalt.

1.2.2. Vurdering av utvikling/bruk av indikatorer på nye fagområder

Arbeidet med *nye fagområder* har tatt utgangspunkt i anbefalingene i AIM-rapportene fra 2016 (AIM, 2016), samt SKDE sin rapport fra november 2016 (SKDE, 2016^a). Arbeidsgruppen vil tilrå at en dypere analyse knyttet til hjertesykdommer blir prioritert i det videre arbeidet; hvilke behandlingstilbud blir gitt, og er det variasjoner i pasientene sitt behandlingstilbud? Basert på slike analyser kan AIM komme med anbefalinger om pasientgrupper det bør utarbeides indikatorer for.

En utfordring for fagområder som har et stort innslag av avtalespesialister, som for eksempel øyefaget, er at fordelingen av avtalespesialister er svært ulik både mellom, og innad i regionene, og at arbeidsfordelingen mellom sykehuspoliklinikker og avtalespesialister derfor varierer svært mye. Som et resultat av dette er vi avhengig av å kunne ta med rapporterte data av tilfredsstillende kvalitet fra avtalespesialister i samme område som HF for å få et helhetlig bilde. Vi har erfart at de aller fleste avtalespesialister rapporterer data til NPR og at datakvaliteten har blitt bedre år for år. Fortsatt er det imidlertid utfordringer knyttet til kvaliteten på datamaterialet fra avtalespesialistene. Dette vil slå spesielt ut på enkelte av de indikatorene som er relevante for arbeidet med reduksjon av uønsket variasjon. For eksempel er kvaliteten på koding av kontakttipe (kontroll, utredning, behandling) svært mangelfull. Det samme gjelder prosedyrekodingen. Det er derfor fortsatt behov for å bedre datakvaliteten, for å ha et godt grunnlag for analyser.

1.2.3. Bruk av de nasjonale indikatorene i styringsmessig oppfølging og lokalt forbedringsarbeid

Det er så langt konkludert med at de indikatorene som er lagd, og her knyttet til noen fagområder, tilstander og prosedyrer, først og fremst egner seg som redskap i lokalt forbedringsarbeid. Den enkelte region er selv best rustet til å tolke tallene som fremkommer av analysene, identifisere områder for forbedring, vurdere eventuelle behov for tiltak og hvilke tiltak som bør igangsettes. Regionene har på grunn av ulike utfordringer og forutsetninger valgt ulike områder å fokusere på i dette arbeidet. Enkelte helseforetak (HF) har lagd handlingsplaner for å arbeide med områder der det er påvist uønsket variasjon. Disse planene inkluderer et bredt spekter av virkemidler der både arbeidsmetoder, andre organisatoriske løsninger og rekrutteringstiltak sees i sammenheng. I kapittel 11 har vi derfor valgt å ta inn en beskrivelse av forbedringsarbeidet i den enkelte helseregion.

1.3. Hovedfunn fra undergruppene

Kontakter med passert planlagt tid:

Tertialvis publisering av tall videreføres.

Dagbehandlingsandeler og liggetid:

Indikatorene for dagkirurgi og liggetider publiseres. Indikatorer for medisinsk dagbehandling videreutvikles.

Kostnad per pasient (KPP):

Arbeidet med å utvikle nasjonale indikatorer avvendes inntil den nasjonale KPP-databasen kommer på plass. I mellomtiden arbeides det videre med å anvende KPP-data lokalt og regionalt.

Ikke møtt, replanlegging og planleggingshorisont:

Når datagrunnlag av tilstrekkelig kvalitet har kommet på plass, vil arbeidet med testing, kvalitetssikring og publisering gjennomføres.

Utvidelse av fagområder for oppfølging:

Det er behov for en dypere analyse knyttet til arbeidet med hjertesykdommer. For nye fagområder er det avgjørende å benytte flere, og godt kvalitetssikrede, kilder til data og informasjon. For arbeidet med enkelte nye fagområder, som øre-nese-hals sykdommer, hudsykdommer og øyesykdommer, er vi avhengig av at kvaliteten på innrapporterte data fra avtalespesialister bedres.

1.4. Anbefalinger for det videre arbeidet

Arbeidsgruppen vil anbefale at en i det videre arbeidet legger særlig vekt på utprøving og kvalitetssikring av de eksisterende indikatorene og indikatorene som er under utvikling, og at det i tillegg gjøres videre analyser av de nye fagområdene det er pekt på.

Grundigere analyser av resultatene fra eksisterende indikatorer og indikatorer som er under utvikling kan gi økt forståelse for hva indikatorene gir svar på og deres begrensninger. Dette kan også bidra til bedre presisering av definisjoner og avdekke nye bruksområder.

Arbeidsgruppen vil anbefale at det nasjonale arbeidet med indikatorutvikling basert på KPP-data stilles i bero inntil den nasjonale KPP-databasen er på plass. I mellomtiden kan KPP-data anvendes i det lokale forbedringsarbeidet. Se kapittel 8.

Arbeidsgruppen har i slutfasen av sitt arbeid blitt gjort kjent med at Riksrevisjonen planlegger en forvaltningsrevisjon om effektiv bruk av legeressurser i poliklinikk. Dette omfatter fagområdene ortopedi, nevrologi og gastrologi/fordøyelsesykdommer. Regionene må påregne bruk av ressurser for å bistå Riksrevisjonen i dette arbeidet. Vi vil anbefale at AIM unngår å gå inn på samme tema innen disse fagområdene mens revisjonen pågår.

2. Innledning, bakgrunn og definisjoner

2.1. Oppdraget (Oppdragsdokument 2017)

Reduksjon av unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen var gitt som ett av tre overordnede styringsmål for spesialisthelsetjenesten i Oppdragsdokumentet for 2017. Oppdraget var formulert slik:

«Helse x RHF skal i 2017 gi styringsmessig prioritet til:

- *Oppfølging av forskjeller i kapasitetsutnyttelse og effektivitet på tvers av sykehus målt ved følgende indikatorer:*
 - *Andel og antall pasientkontakter, for nyhenviste og pasienter i et forløp, hvor planlagt dato er passert ved rapporteringstidspunktet.*
 - *Andel pasienter vurdert til å ikke ha behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten.*
 - *Andel nyhenviste i spesialisthelsetjenesten, sett opp mot totalt antall polikliniske konsultasjoner innenfor fagområdet.*
 - *Andel kontroller i spesialisthelsetjenesten, sett opp mot totale polikliniske konsultasjoner innenfor fagområdet.*
 - *Andel polikliniske konsultasjoner der aktivitet utføres utenfor fast behandlingssted.*

De regionale helseforetakene skal i oppfølgingsmøter i 2017, rapportere særskilt på utviklingen i disse indikatorene innen psykisk helsevern, ortopedi, hjertesykdommer, plastikkirurgi, øyesykdommer, og øre-nese-hals sykdommer, hensyntatt evt. forskjeller i den enkelte indikators relevans for ulike fagområder.

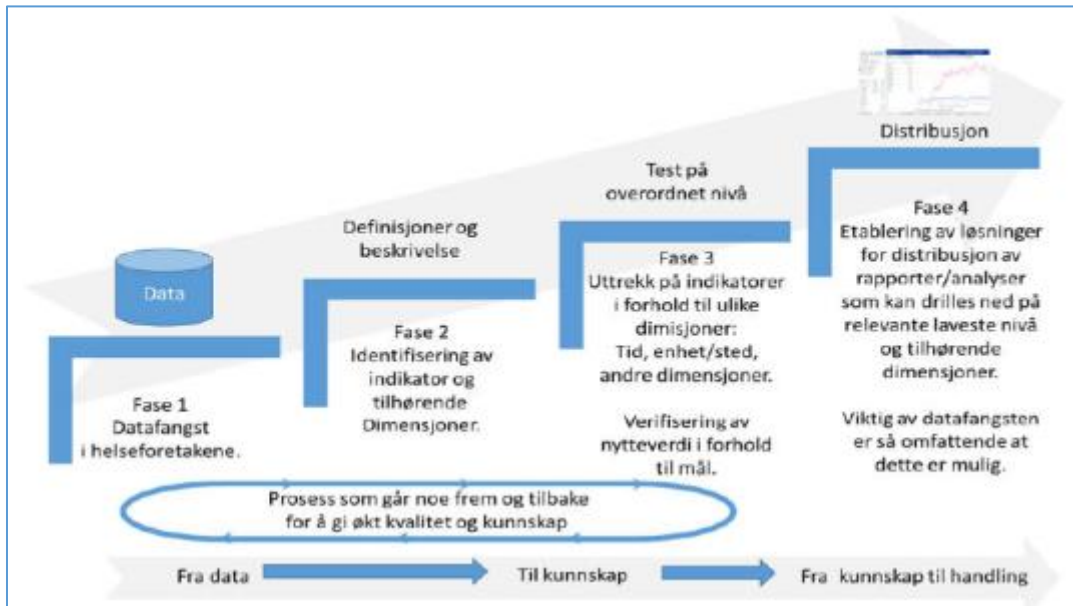
Oppfølging av systematiske sammenlikninger mellom sykehus av dagbehandling for behandlinger/pasientgrupper og gjennomsnittlig liggetid for de prosedyrer/pasientforløp som de regionale helseforetakene har pekt på i sin rapport til departementet av 25. november 2016.

De regionale helseforetakene, under ledelse av Helse Midt-Norge RHF og i samarbeid med Helsedirektoratet, skal innen medio oktober 2017:

- *Utføre analyser for å måle effektivitet og kapasitetsutnyttelse for poliklinisk aktivitet som kobler aktivitetsdata, HR-data og data for kostnad på pasientnivå (KPP), med sikte på å utvikle indikatorer.*
- *Arbeide videre med de 5 indikatorene som ble foreslått i 2016, både for å sikre datakvalitet og optimale definisjoner, samt for å innhente og videreformidle erfaringer med bruken av indikatorene*
- *Foreta systematiske sammenlikninger av kapasitetsutnyttelse og effektivitet for utvalgte prosedyrer/forløp med forbruk av de samme prosedyrene/forløpene på tvers av sykehus. Det forutsettes at NPR og SKDE involveres i dette arbeidet.*
- *Legge fram en plan for styringsmessig oppfølging og videre utviklingsarbeid knyttet til variasjon i effektivitet og kapasitetsutnyttelse»*

2.2. Bakgrunn for arbeidet og sentrale perspektiver

Å redusere uønsket variasjon i kapasitetsutnyttelse og effektivitet er et langsiktig utviklingsarbeid. De oppgavene som ble gitt til RHF-ene for 2017 er dels oppfølging av tidligere arbeid, for eksempel knyttet til de fem indikatorene som ble utviklet i 2016, og dels en videreutvikling, der bl.a. nye indikatorer skal utvikles. I tillegg skal regionenes styringsmessige oppfølging av endringsarbeidet diskuteres.



Figur 2-1: De fire fasene i indikatorarbeidet

Det forutsettes at dette utviklingsarbeidet skal bidra til forbedringer i alle regioner, og at de indikatorene som utvikles skal benyttes i forbedringsarbeid regionalt og lokalt. De nasjonale indikatorene kan således bidra til å identifisere områder man kan gå inn i lokalt. Dette krever god forankring i regionene, men også at det gjøres videre arbeid lokalt, både når det gjelder organisasjonsutviklingsarbeid og analyser av lokale data. For å etablere gode data og meningsfull informasjon på laveste nivå, har flere regioner startet med å utvikle datavarehus.

I arbeidet med utvikling og videreutvikling av indikatorer og metode, har arbeidsgruppen behandlet effektivitet som både *indre effektivitet* og *ytre effektivitet*. Indre effektivitet er gitt ved forholdet mellom ressursbruk og måloppnåelse. Fra virksomhetens perspektiv vil det "å gjøre tingene riktig" innebære at arbeidsprosessene utføres med et optimalt forhold mellom ressursbruk og produksjon. Den indre effektiviteten er høy dersom oppgaver utføres og mål nås med lavest mulig innsats av ressurser.

Samtidig må en også ha fokus på den ytre effektiviteten. Det vil si å gjøre de «riktige tingene». For å oppnå målene i helsetjenesten, må effektiviseringsarbeidet ha perspektiv ut over å kunne si at en arbeider raskere og utnytter ressurser/kapasitet mer effektivt. Indikatorer og tiltak må også bidra til at vi oppnår positive effekter for pasienter og samfunn. For eksempel må helsetjenesten sørge for at man behandler de riktige pasientene (ytre effektivitet).

Selv om høy indre effektivitet er nødvendig for å utnytte ressurser på en god måte, er det ikke tilstrekkelig alene for å oppnå målene i helsetjenesten. Det er derfor viktig å arbeide parallelt både med optimalisering av den indre og den ytre effektiviteten. Se figur 2-2 for en nærmere fremstilling av begrepene.

		Indre effektivitet	
		Lav	Høy
Ytre effektivitet	Høy	Riktig indikasjon og anvender anbefalt behandling, men utnytter kapasitet/ressurser ineffektivt	Riktig indikasjon og anvender anbefalt behandling og utnytter kapasitet/ressurser effektivt
	Lav	Feil indikasjon og/eller anvender ikke anbefalt behandling og utnytter kapasitet/ressurser ineffektivt	Feil indikasjon og/eller anvender ikke anbefalt behandling, men utnytter kapasitet/ressurser effektivt

Figur 2-2: Forholdet mellom indre og ytre effektivitet

3. Organisering av arbeidet: AD-møtet, styringsgruppe, arbeidsgrupper, referansegruppe og framdrift

Arbeidsgruppen for indikator- og metodeutvikling omtales i denne rapporten som «arbeidsgruppen» eller «AIM». Dette kapittelet gir en oversikt over hvordan arbeidet i AIM har vært organisert i 2017.

3.1. AIM - arbeidsgruppe og undergrupper

AIM har også i 2017 bestått av medlemmer fra alle regioner, Helsedirektoratet, helseatlasmiljøet og SKDE. Arbeidsgruppen har møttes om lag to ganger i måneden. Halvparten av møtene har vært fysiske møter og resten har vært Skype-møter. Denne jevnlige kontakten har bidratt til nødvendig informasjonsutveksling og framdrift i arbeidet.

Arbeidsgruppen har bestått av følgende personer:

- Helse Nord: Hanne Mathilde Frøyshov, Jan Norum, Line S. Grongstad, Kirsti Freibu og Arpad Totth
- Helse Vest: Erik Sverrbo, Johanne Kalsheim, Pål Iden, Marte Bale og Andreas Jordell
- Helse Sør-Øst: Daniel Nguyen, Lars Rønning, Ole Tjomsland, Richard McDowall og Nicolai Møkleby
- Helse Midt-Norge: Daniel Haga, Linda Midttun, Nina Margrete Pedersen, Asgeir Winge og May Britt Kjelsaas
- Helsedirektoratet: Julia Németh og Lars Rønningen
- Helseatlas: Marte Bale har representert helseatlasarbeidet i AIM
- SKDE har deltatt med presentasjoner på enkeltmøter

AIM etablerte undergrupper for følgende tema:

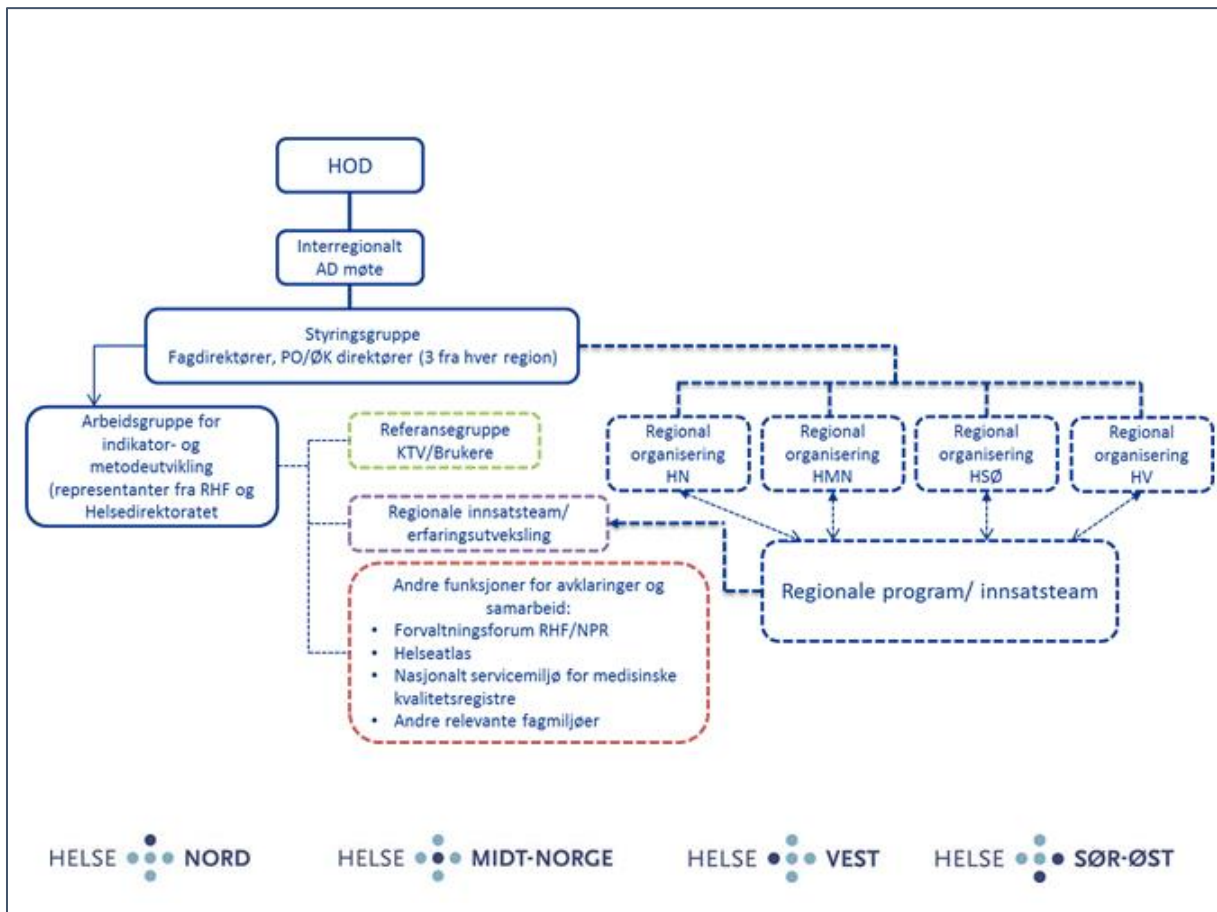
- Kontakter med passert planlagt tid
- Variasjon i dagbehandlingsandeler og liggetid
- KPP
- Ikke-møtt, replanlegging og planleggingshorisont
- Utvidelse av fagområder

For en oversikt over medlemmene i disse gruppene, se vedlegg 3.

3.2. Styringsgruppe og AD-møtet

AIM planla arbeidet i 2017 med utgangspunkt i styringslinjen for oppdraget. Det vil si at leveranser og rapportutkast har gått gjennom styringsgruppen og videre til nasjonalt AD-møte (administrerende direktører i RHF-ene). AD-møtet oversender den ferdige rapporten til HOD. Etter avtale med styringsgruppen, ble det foretatt noen prosessuelle avklaringer med HOD angående leveringsfrist og organisering av arbeidet.

Organiseringen av arbeidet er skissert i figur 3-1.



Figur 3-1: Organiseringen av arbeidet med reduksjon av uønsket variasjon

Styringsgruppen består av RHF-enes HR-direktører, fagdirektører og økonomidirektører, totalt 12 personer (se oversikt i vedlegg 1). Styringsgruppen har bidratt til presisering av oppdraget. Det er avholdt tre møter i styringsgruppen.

3.3. Referansegruppe

Arbeidsgruppen har sett det som viktig og ønskelig å ha dialog med referansegruppen, som består av brukerrepresentanter og tillitsvalgte. Referansegruppen ble etablert i 2016 og det er gjennomført to møter i 2017. Brukerrepresentantene har i tillegg bidratt med flere innspill, bl.a. et eget notat med innspill til arbeidet (vedlegg 4). For oversikt over medlemmene i referansegruppen, se vedlegg 2.

4. Publiserte indikatorer

I 2016 og 2017 har en vesentlig del av arbeidet i AIM bestått i å identifisere, definere og utvikle nye indikatorer innen utvalgte fokusområder. Helsedirektoratet har hatt ansvaret for publiseringen av følgende indikatorer:

Indikator:	Fagområde:
1. Andel og ratetall nyhenviste	Ortopedi/psykisk helsevern
2. Andel og ratetall henvisninger som ikke gis rett til helsehjelp	Ortopedi/psykisk helsevern
3. Andel og ratetall kontroller	Ortopedi
4. Andel og ratetall ambulant virksomhet	Psykisk helsevern
5. Andel dagkirurgi ¹	Utvalgte pasientgrupper
6. Andel og antall kontakter med passert planlagt tid	Alle fagområder
7. Gjennomsnittlig liggetid ²	Utvalgte pasientgrupper, deriblant hjerteinfarkt

Tabell 4-1: Indikatoroversikt

Indikatorerne er tilgjengelige på Helsedirektoratets nettside for nasjonale styringsmål for spesialisthelsetjenesten, se <https://statistikk.helsedirektoratet.no/bi/Dashboard/b800f694-16e5-4dac-9874-18225834fa75?e=false&vo=viewonly>. Nettsiden er godt besøkt³ og tilbakemeldingen er at visningene er oversiktlige.

Indikatorerne 1-5 tar utgangspunkt i aktivitets- og ventelistedata fra Norsk pasientregister (NPR). Avgrensningen av fagområder ble gjort med utgangspunkt i det opprinnelige oppdraget til helseregionene i 2015. AIM definerte da blant annet psykisk helsevern og ortopedi som fagområder det var riktig å starte utviklingsarbeidet av indikatorer innenfor. Psykisk helsevern ble valgt som et fokusområde fordi det er fremhevet som et nasjonalt helsepolitisk satsningsområde. I tillegg vil nye styringsindikatorer innen psykisk helsevern kunne bidra til å øke bevisstheten rundt kvaliteten på registrerte data. Ortopedi ble valgt som det andre fokusområdet, fordi erfaringer fra sektoren og andre analysemiljø (SKDE) har identifisert betydelig variasjon i forbruksrater innen ortopedi.

I forbindelse med publiseringen av indikator 5 og 6 ble spesielt indikatoren «kontakter med passert planlagt tid» gitt mye omtale i media. Denne indikatoren tar utgangspunkt i data fra de pasientadministrative systemene i helseforetakene/sykehusene. Det har vært en prosess i forkant av publiseringen for å harmonisere tallgrunnet fra de fire regionene. For «Andel dagkirurgi» var det i utgangspunktet valgt ut ni pasientgrupper. Gjennom videre analyser av aktivitetsdata og kvalitetssikring er antall dagkirurgigrupper i 2017 redusert til syv. Se mer i kapittel 6.

Arbeidet med utvikling og etablering av nye styringsindikatorer er en trinnvis prosess. AIM sine erfaringer er at blant annet valg av fagområder kan gi noen utfordringer med hensyn til bruk og tolkning av indikatorerne.⁴ I det videre arbeidet vil AIM forbedre definisjoner og se nærmere på inkludering av de ulike fagområdene.

¹ For nærmere informasjon, se kapittel 6 og Helsedirektoratets nettside for Nasjonale styringsmål for spesialisthelsetjenesten, Foreslåtte justeringer i indikatorene planlegges implementert i nasjonal løsning levert av Helsedirektoratet.

² For nærmere informasjon, se kapittel 6. Informasjon om liggetid presentert på et overordnet nivå, planlegges implementert i nasjonal løsning levert av Helsedirektoratet.

³ Jf. trafikkteiling av antall besøkende.

⁴ For eksempel identifiseres fagområdet for henvisninger der pasienten ikke gis rett til helsehjelp («avviste» henvisninger) annerledes enn for kontroller og ambulant virksomhet. Årsaken til dette er begrensninger i innrapporterte data til NPR. Konsekvensen kan bli at det er vanskelig å se sammenhenger siden tekniske definisjoner er forskjellig for ulike indikatorer.

5. Antall og andel kontakter som har passert planlagt tid

5.1. Bakgrunn

Pasientens helsetjeneste forutsetter at pasientens behov settes i sentrum. Det er viktig for den enkelte pasient og for de pårørende å oppleve at behandling skjer i henhold til planene som er lagt. God planlegging gir også bedre forutsigbarhet for behandlerne og i driften av avdelingene. Målinger som viser i hvor stor grad kontakter i pasientforløpene gjennomføres innen planlagt tid, kan representere viktig tilleggsinformasjon til ventetids- og fristbruddsstatistikken, som kun omfatter den første delen av pasientenes forløp.

Indikatoren «passert planlagt tid» er nyttig ut fra flere perspektiver:

- Pasienter og pårørende: Det bør utvikles forutsigbare planer for behandlingsforløpene hvor planlagte kontaktdatoer overholdes (jf. bl.a. planene for kreftpakkeforløp med standardiserte forløpstider).
- Klinikere og helsepersonell i HF-ene: God og forutsigbar planlegging vil gi trygghet for at pasientens kontroller og behandlinger skjer til planlagt tid (historisk utført, ikke-utført og nye planlagte kontakter framover). Dette vil være et viktig bidrag i arbeidet med å allokere rett kompetanse og riktige tiltak til rett tid.
- Ledere i RHF og HF: Oppdaterte og hyppige oversikter av god kvalitet vil være viktig i arbeidet med å redusere uønsket variasjon i vente- og forløpstid, samt i oppfølgingen av arbeidet med kvalitetsheving og bedring av pasientlogistikk og planlegging.
- Politikere, media og øvrige omgivelser: Bidra til forståelse av hvordan oppfølgingen av pasienter skjer.

Alle sykehus bruker pasientadministrative systemer for å håndtere informasjon om pasientpopulasjonen. Dette gjelder både for nyhenviste pasienter og pasienter som allerede er i forløp. Alle planlagte pasientkontakter skal være registrert med dato/klokkeslett for neste pasientavtale, eller unntaksvis - en tentativ måned/uke. For nyhenviste pasienter, som er vurdert til å ha behov for helsehjelp, vil det settes opp et tidspunkt som er innen «juridisk frist for start helsehjelp» (vurdert etter prioriteringsveilederen). For enkelte spesifikke pasientgrupper foreligger det definerte nasjonale standardiserte forløpstider som vil være førende for planleggingen (for eksempel pakkeforløp for pasienter med kreft). For øvrige pasientkontakter i forløp settes planlagt dato ut fra medisinske vurderinger og planleggingsmessige forhold (for eksempel hvilke ukedager det planlegges poliklinisk virksomhet innen de ulike spesialitetene).

Indikatoren gir oversikt over hvor mange pasientavtaler som er forsinket i forhold til det planlagte, eller avtalte, tidspunktet. Prosessindikatoren er et middel for å bedre forstå, og forklare, variasjon i:

- Praksis (for eksempel er alle planlagte kontakter/kontroller nødvendige?)
- Kapasitetsutfordringer ved sammenlignbare enheter i foretaksgruppen, eller fagområder nasjonalt
- Balansen mellom etterspørsel, tilbud og forbruk (vente- og forløpstider versus pasient – og forbruksrater), samt balansen mellom nye pasienter og kontroller

- Fordelingen av kontakter mellom hhv. tentativ måned/uke og fast dato/klokkeslett⁵
- Registreringspraksis

5.2. Arbeidet med utviklingen av indikatoren

Arbeidet med utviklingen av indikatoren i 2017 har blitt utført av en arbeidsgruppe sammensatt av representanter fra Helsedirektoratet, RHF og HF.

Helse Midt-Norge benytter et annet pasientadministrativt system enn de øvrige regionene, men har tilpasset sitt uttrekk slik at tallene i så stor grad som mulig skal være sammenlignbare med tall fra de andre regionene. For Helse Midt-Norges del har det så langt ikke vært mulig å gjøre uttrekk for fagområdene tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og psykisk helsevern for barn/unge (BUP). Dette skyldes at disse to tjenesteområdene inntil nylig brukte andre datasystemer enn den øvrige virksomheten i Helse Midt-Norge. Høsten 2017 er det planlagt at TSB og BUP skal migrere over til samme system som øvrig virksomhet i Helse Midt-Norge, og utfordringene vil dermed sannsynligvis bli løst.

Helse Nord hadde i første del av 2017 ikke mulighet til å ta ut tall pr fagområde. Regionen arbeider med å løse dette, og fagområdevis oversikter vil være på plass i løpet av 2017.

For videre utdyping av definisjon og uttrekk, se vedlagte indikatorbeskrivelse (vedlegg 5)

5.2.1. Publiserte oversikter

Basert på innsendte tall fra RHF-ene, har Helsedirektoratet i 2017 publisert tertialvise oversikter over kontakter med «passert planlagt tid». Tallene var basert på punktmålinger og viste tall pr RHF, HF og fagområde.

5.2.2. Veien videre

RHF-ene tar ut oversikter for å følge med på utviklingen. Offentliggjøring av tall skjer hvert tertial på Helsedirektoratets nettsider. Arbeidet med videre forbedring og raffinering av definisjon, uttrekkskriterier og fortolkning av tallene ledes av arbeidsgruppen, og videreføres så lenge det er behov for det. Det samme gjelder dialogen med Helsedirektoratet omkring publiseringen av tallgrunnlaget. Etter hvert som det gjøres erfaring med indikatorarbeidet, kan det være naturlig at det gjøres mindre justeringer i definisjonen.

⁵ Tentativ dato/tidspunkt benyttes for Distribuert Informasjons- og Pasientdatasystem i Sykehus (DIPS)-sykehus. I Helse Midt-Norge må det legges inn konkret dato i feltet, og det benyttes dermed ikke tentativ uke/måned. I Helse Vest er målet å tildele time direkte 9-12 måneder fram i tid – og redusere bruken av tentativ uke/måned til et minimum.

6. Liggetid og dagbehandling

Utvikling av indikatorene liggetid og andel dagbehandling er en oppfølging av arbeidet som ble beskrevet i AIM-rapporten «Redusere variasjon og etablere indikatorer som måler kapasitetsutnyttelse og effektivitet», fra 1. juni 2016.

Innen somatikk kan vi skille mellom kirurgisk og medisinsk dagbehandling. Arbeidet som ble levert i 2016 fokuserte på kirurgisk dagbehandling innen utvalgte pasientgrupper. I denne rapporten beskrives videreutviklingen som er gjort, samt arbeidet som er gjennomført knyttet til medisinsk dagbehandling for pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp (ø-hjelp).

Det foretas også sammenstillinger av kapasitetsutnyttelsen og effektiviteten for utvalgte prosedyrer/pasientgrupper (målt som dagbehandlingsandeler og gjennomsnittlig liggetid pr HF) med forbruket av de samme prosedyrene.

Indikatorene for liggetid og dagbehandling er vurdert som hensiktsmessige styringsindikatorer for å forstå variasjon i bruk av dagbehandling og kapasitet på sengepost. Styringsindikatorene vil kunne gi økt kunnskap som kan brukes i endrings- og forbedringsarbeid for å gi et godt tilpasset tilbud til pasienter, samt for å redusere ventelister og oppnå kortere ventetider.

6.1. Beskrivelse av indikatorene

6.1.2. Andel dagbehandling

Andel dagbehandling er hvor stor andel av alle episoder (døgn- og dagbehandlinger) for en definert pasientgruppe som utføres som dagbehandling. Indikatoren er splittet i to deler:

- a) elektiv dagkirurgi
- b) medisinsk dagbehandling for pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp

Hensikten med dagbehandlingsindikatoren er å synliggjøre nivået på - og variasjon i - bruken av dagbehandling. Dersom vi ser på dagbehandlingsandel sammenstilt med annen informasjon (som for eksempel ratetall for forbruk), kan dette gi økt kunnskap om drivere for variasjon. Indikatorene gir ingen informasjon om kausalårsaker til variasjonen i andel dagbehandling, eller hva som er en ønsket andel dagbehandling, men kombinasjonen av informasjon kan gi et bilde av mønstre og faktorer som samvarierer.

Andel dagbehandling er en indikator som bør sees i sammenheng med andre indikatorer, som for eksempel andeler og ratetall for døgnopphold, liggetid, reinnleggelser og lignende. Informasjonen kan benyttes både i et enhetsperspektiv (HF/avdeling) og i et befolkningsperspektiv (opptaksområde).

Følgende dagkirurgiske pasientgrupper er inkludert i de publiserte oversiktene:

- Fjerning av mandler (for hhv voksne og barn)
- Gallesteinsoperasjon
- Lyskebrokk
- Makulahull
- Operasjon av genitalt fremfall

- Fjerning av osteosyntesemateriale i over- og underekstremiteter

Se vedlegg 6 for mer informasjon om indikatorer for dagbehandling.

6.1.3. Liggetid

Hensikten med liggetidsindikatorerne er å forstå og forbedre døgnaktiviteten i sykehus. Sammen med befolkningsdata (antall innbyggere i opptaksområdet, evt. justert for alders- og kjønnssammensetning) gir indikatorerne kunnskap om forbruk av spesialisthelsetjenester der pasienten overnatter på sykehus. Indikatorerne gir ingen informasjon om kausalårsaker til variasjon i liggetid, eller hva som er ønsket liggetid for pasienter, men gjennom utviklingen av datamodeller som kombinerer informasjon langs flere dimensjoner, vil mønstre, trender og samvariasjoner kunne avdekkes.

Indikatorerne viser variasjon i liggetid for innlagte pasienter, og kan derfor gi verdifull informasjon for oppfølging og forbedring i bruk av ressurser ved sengeposter i sykehus. Ved å kombinere liggetidsinformasjon med annen informasjon (f.eks. reiseavstand, alder, hastegrad) kan dette gi økt kunnskap om drivere for variasjon.

Liggetid bør sees i sammenheng med andre indikatorer, som for eksempel andel dagbehandling, andel reinnleggelser og andel liggedøgn for utskrivningsklare pasienter. Disse dimensjonene kan gi et mer nyansert bilde av den tilsynelatende store variasjonen mellom helseforetak/sykehus. Informasjonen kan benyttes både i et enhetsperspektiv (HF/avdeling) og i et befolkningsperspektiv (opptaksområde).

Pasientgruppene ble i rapporten av 1. juni 2016 delt i to hovedgrupper; en kirurgisk og en medisinsk. Disse er evaluert og det foreslås at den kirurgiske hovedgruppen utvides med hoftebrudd. Ellers foreslås ingen endringer.

Medisinske grupper	Kirurgiske grupper
Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS)	Større operasjon på tynn- og tykktarm
Lungebetennelse	Utskifting av hofteleddsprotese
Sykdommer i fordøyelsessystemet	Protese i kne – eller ankel
Sykdommer i nervesystemet, inkl. hjerneslag	Keisersnitt
Sykdommer i nyrer, urinblære og prostata	Infeksjonssykdom
Sykdommer i hjerte og blodårer, ekskl. hjerteinfarkt og hjerneslag	Laparoskopisk kolecystektomi uten eksplor. av galleganger
	Hoftebrudd

Tabell 6-1: Liggetid - medisinske og kirurgiske grupper

For enkelte pasientgrupper, helseforetak eller sykehus vil ulik arbeidsdeling kunne gi store variasjoner i gjennomsnittlig liggetid. Ved å se på liggetid (eventuelt kombinert med informasjon fra tilleggsdimensjoner nevnt over) utfra et «sørge for» perspektiv vil man derfor få et mer nyansert bilde av mulig forbruksvariasjon. Oversikter vil kunne presenteres for nærmere bestemte geografiske områder, som helseregioner og HF-enes opptaksområder.

6.2. Medisinsk dagbehandling

I 2017 er arbeidet med indikatoren andel dagbehandling utvidet til å omfatte medisinske pasientgrupper. Medisinske pasientgrupper omfatter pasientepisoder med medisinsk diagnoserelatert gruppe (DRG). Arbeidet har hatt fokus på pasienter som legges inn i sykehus som øyeblikkelig hjelp-pasienter og potensialet for at disse kan behandles i polikliniske enheter tilknyttet akuttmottaket og/eller ved behov henvises til videre poliklinisk oppfølging.

6.2.1. Kategorisering av medisinske pasientgrupper

I motsetning til kirurgisk aktivitet, som er registrert med spesifikke prosedyrer, er ikke medisinsk aktivitet/pasientepisoder nødvendigvis kodet like entydig med prosedyrekoder. Det er derfor mer utfordrende å avgrense og kategorisere tjenesteinnholdet innenfor medisinsk aktivitet.

Basert på innspill fra St. Olavs hospital HF har arbeidsgruppen sett på, og gjort en første pilot basert på, en metodikk utarbeidet innenfor et flerårig National Health Service (NHS)-program i England. Hensikten har vært å prøve ut, og vise, hvordan denne metodikken eventuelt kan anvendes til å avdekke variasjon og finne uutnyttet potensiale for økt andel medisinsk dagbehandling. Modellen, Directory of Ambulatory Emergency Care (DAECA), definerer 50 tilstandsgrupper hvor det vurderes å være et større eller mindre potensiale for omlegging til dagbehandling. Kategoriene etableres på grunnlag av hoveddiagnosekode (International Classification of Diseases, Tenth Edition (ICD-10)) og vi har benyttet modellen på nasjonale aktivitetsdata fra somatisk sektor i 2016. Systemet definerer også grenseverdier for et potensiale for andel dagbehandling/poliklinikk.

6.2.2. Avgrensninger

Vi har i første omgang valgt å avgrense aktiviteten til pasientepisoder som er registrert som ø-hjelp for pasienter fra og med 16 år til og med 79 år, med liggetid inntil 2 liggedøgn i sykehus. I tillegg er alle pasientepisoder som er gruppert til kirurgisk DRG tatt ut.

6.2.3. Resultater

Når vi avgrenser pasientpopulasjonen utifra kriteriene over, er det totale antallet pasientepisoder i Norge i 2016 225 236 (basert på NPR-data fra 2016). I overkant av 72 000 av pasientepisodene er døgnopphold, noe som gir en poliklinikkandel på 68 prosent.

I det innledende arbeidet har vi lagt volum til grunn for hvilke grupper som kan være aktuelle for analyse og videre arbeid. Det er tatt utgangspunkt i de 15 pasientgruppene med flest opphold, og gjort en første undersøkelse av eventuell variasjon mellom foretakene i andel dagbehandling/poliklinikk (se vedlegg 8 for oversikt over de medisinske pasientgruppene med flest opphold i 2016).

Analysene viser at andelen dagbehandling/poliklinikk er tilnærmet, eller over, 90 prosent i fem av modellens største grupper, med lite variasjon mellom foretakene. Gruppene med stort volum og lite variasjon er:

- Appendicular fractures not requiring immediate internal fixation
- Deep Vein thrombosis
- Cellulitis of Limb
- Early pregnancy bleeding
- Acutely hot painful joint

Gjennomgangen av de resterende ti pasientgruppene, viser en prosentdifferanse mellom høyeste og laveste andel som varierer fra 35 til 67 prosent.

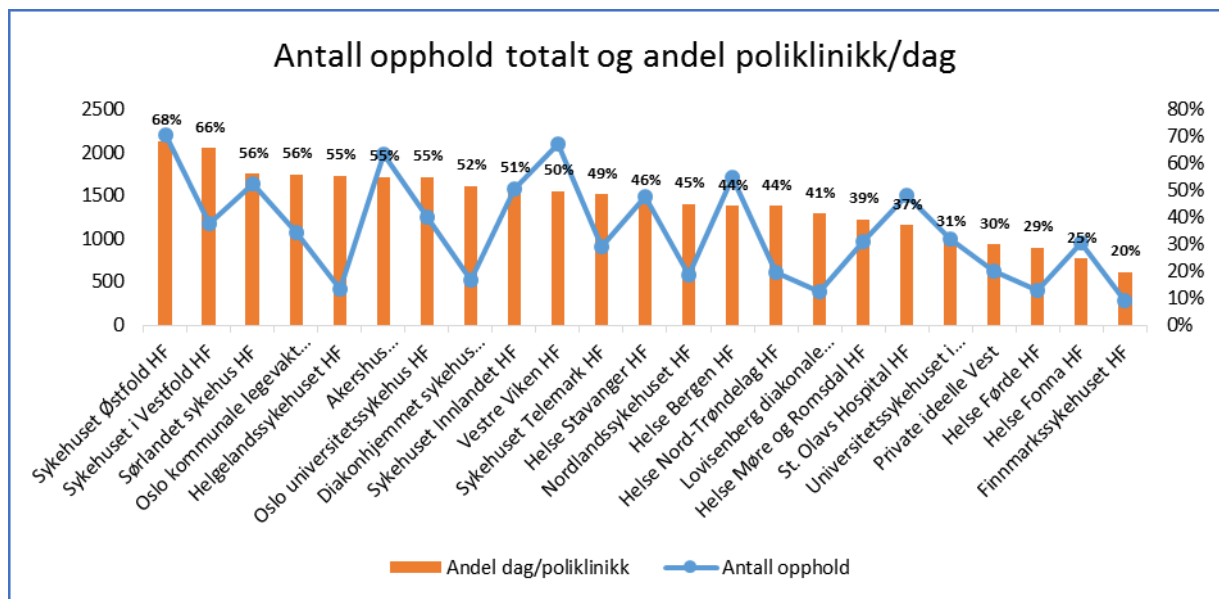
6.2.4. Eksempel på bruk av modellen

«Low risk chest pain» er en gruppe med et relativt høyt antall opphold (25 404) og stor variasjon. Hyppigst forekommende hoveddiagnosekode i gruppen er «Uspesifisert brystsmerte», som er kodet på 75 prosent av disse oppholdene (tabell 6-2).

ICD-10 kode	Hoveddiagnose	Antall	Andel
R074	Uspesifisert brystsmerte	19 126	75 %
I251	Aterosklerotisk hjertesykdom	1 685	7 %
I209	Uspesifisert angina pectoris	1 629	6 %

Tabell 6-2: «Low Risk Chest Pain». Hyppigste hoveddiagnosekode. Ø-hjelp, alder 16-79, liggetid <3 døgn, ikke-kirurgisk DRG. N=25 404

Grenseverdiene i DAECA-modellen definerer potensialet for bruk av dagbehandling/poliklinikk for denne pasientgruppen. Potensialet for dagbehandlings-/poliklinikkandel er satt til å være mellom 60 og 90 prosent. Totalt er andelen dagbehandling/poliklinikk 49 prosent i denne pasientgruppa. Figur 6-3 viser at prosentdifferansen mellom høyeste og laveste andel (hvh. Sykehuset Østfold og Finnmarkssykehuset) er 48 prosentpoeng. To foretak har andel dagbehandling/poliklinikk som er over modellens minimumspotensial, mens resten ligger under, og med relativt stor variasjon mellom foretakene.



Figur 6-3: «Low risk chest pain». Ø-hjelp, alder 16-79, liggetid <3 døgn, ikke-kirurgisk DRG. N=25 404

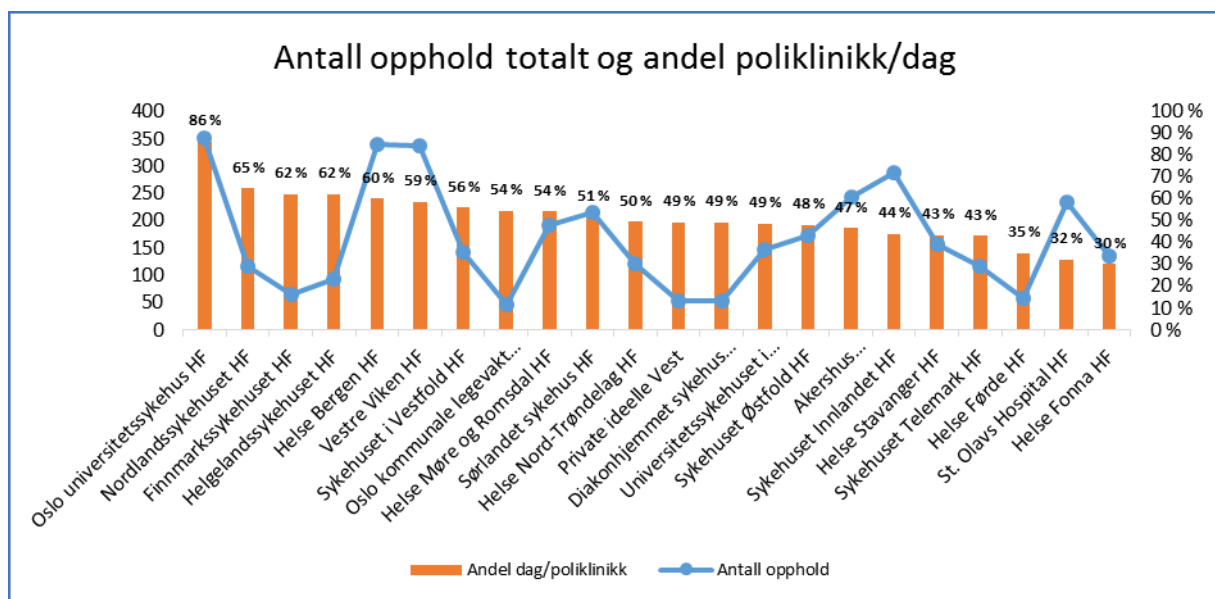
En annen gruppe med relativt mange opphold og stor variasjon er «renal/uretic stones». Tabell 6-4 viser hoveddiagnosefordelingen for denne pasientgruppen. I 2016 er det registrert 3 682 opphold med en hoveddiagnosekode som grupperes til denne kategorien. Flertallet av oppholdene er registrert med hoveddiagnosekodene nyrestein/sten i urinleder (92 %).

ICD-10 kode	Hoveddiagnose	Antall	Andel
N200	Nyresten	1659	45 %
N201	Sten i urinleder	1288	35 %
N202	Nyresten med sten i urinleder	439	12 %

Tabell 6-4: Hyppigste hoveddiagnosekoder «Renal/ureteric stones». N=3 682

1 719 opphold er registrert som døgnopphold, noe som gir en andel dagbehandling/poliklinikk nasjonalt tilsvarende 47 prosent. Modellen angir intervallet 60 – 90 prosent som potensialet for bruk av dagbehandling/poliklinikk.

Figur 6-5 viser at det er en prosentdifferanse mellom høyeste og laveste andel dagbehandling/poliklinikk på 56 prosentpoeng (hhv. Oslo universitetssykehus og Helse Fonna). I tillegg til Oslo universitetssykehus (86 %) er det fire foretak som ligger litt over/på modellens minimumsverdi for potensialet for dagbehandling/poliklinikk, mens de resterende foretakene fordeler seg fra en andel på 59 prosent og ned til 30 prosent, og dermed utfører mindre dagbehandling/poliklinikk enn det modellen definerer som minimumsnivået.



Figur 6-5: Renal/ureteric stones

I arbeidet har vi testet ut, og anvendt, nasjonale data for å klassifisere og måle variasjonsandel i medisinsk dagbehandling/poliklinikk ved hjelp av modellen hentet fra England (DAECA). Systemet er basert på hoveddiagnosekoding etter ICD-10, og er således anvendbart på norske data. Piloteringen har vist at modellen er egnet til å håndtere aktivitetsdataene slik de foreligger fra NPR. Klassifikasjonen gjør oss i stand til å gjennomføre analyser på et høyere aggregeringsnivå enn enkeltdiagnoser, men samtidig mye mer findelt enn på DRG-nivå.

Helsedirektoratet har høsten 2017 signalisert at en ønsker å utvikle finansieringsordningene for å bedre kunne understøtte en endring av ø-hjelpstilbudet i retning av mer bruk av poliklinikk. I indikatorarbeidet i AIM bør en også være orientert om hvilke elementer som legges inn i eventuelle nye finansieringsløsninger, og som potensielt kan påvirke fordelingen mellom dagbehandling/poliklinikk og døgnbehandling.

6.4. Anbefaling fra arbeidsgruppen

Foreslåtte justeringer i indikatorer for dagkirurgi og liggetid gjennomføres og implementeres i en nasjonal løsning levert av Helsedirektoratet, ved NPR. Det er videre ønskelig at man ser på muligheten for å få utarbeidet et anonymisert NPR-datagrunnlag til de regionale helseforetakene. Datagrunnlaget bør inkludere relevante dimensjoner for forbedringsarbeid, slik at det muliggjør oppfølging av utvalgte indikatorer i helseforetakene. Det tas forbehold om ressursituasjonen i NPR i 2018.

Det anbefales at arbeidet med å utvikle styringsdata for å redusere uønsket variasjon innen medisinsk dagbehandling fortsetter i 2018. Arbeidet må inkludere en faglig/klinisk vurdering av modellen, og grupperingslogikkens relevans i Norge. Det må i den forbindelse drøftes nærmere hvorvidt det foreligger faglige og organisatoriske forskjeller mellom England og Norge, som kan være relevant for arbeidet. Dersom en kommer fram til at modellen kan forankres faglig i Norge, og at grupperingen er relevant, bør en gå videre med arbeid som omfatter avgrensning av pasientpopulasjonen(e), vurdering av effekter av kodekvalitet, korrigeringer for behovsforskjeller etc.

7. Ikke møtt, replanlegging og planleggingshorisont

7.1. Bakgrunn

Utviklingen av indikatorene «planleggingshorisont», «replanlegging» og «ikke møtt» er en oppfølging av arbeidet som ble beskrevet i AIM-rapporten «Redusere variasjon og etablere indikatorer som måler kapasitetsutnyttelse og effektivitet», av 1. juni 2016.

Indikatorene er vurdert som hensiktsmessige styringsindikatorer i poliklinisk virksomhet. Poliklinikk er et omsorgsnivå i spesialisthelsetjenesten hvor det er behov for stor kapasitet pga. høy aktivitet. Ved å ha lang planleggingshorisont og lite replanlegging gis det forutsigbarhet både for pasienter og ansatte. Utviklingen av ovennevnte styringsindikatorer vil kunne øke kunnskapsgrunnlaget om kapasitetsutnyttelse, effektivitet og planleggingshorisont (jf. indre effektivitet). Denne kunnskapen vil igjen kunne bidra i endrings- og forbedringsarbeid for å redusere ventelister og korte ned ventetiden. Arbeidsgruppen vil understreke at ved å ha fokus på å redusere «ikke møtt», redusere «replanlegging» og sikre en hensiktsmessig planleggingshorisont, vil en kunne utnytte kapasiteten i poliklinikkene mer optimalt i dag

Det gjennomføres en god del replanlegging av poliklinikktimer av ulike årsaker. Replanlegging av timer på poliklinikken er ressurskrevende, da det også kan bety replanlegging av timer til røntgen og andre undersøkelser i forkant av den polikliniske timen. I tillegg kan det være vanskelig å finne ledig tid i nær fremtid pga. høy aktivitet. Ved å redusere replanleggingen av poliklinikktimer, vil kapasiteten kunne økes uten økt ressursbruk. Merkantile ressurser vil i større grad kunne benytte tiden til planlegging istedenfor replanlegging. Det er også kjent at en del pasienter som har time ikke møter opp, og heller ikke gir beskjed om at de ikke kommer. Når pasienter ikke møter opp til avtalt time medfører det ledig kapasitet som kunne vært benyttet til andre pasienter. For at denne typen «hendelser» skal kunne reduseres, er det viktig å få mer kunnskap om omfanget, og om det er større omfang innen enkelte tidspunkt på døgnet, enkelte dager, enheter eller fagområder, enn andre.

I forbindelse med Helse Vest sitt forbedringsprogram «Alle Møter» har de benyttet denne typen indikatorer for å øke kapasiteten innen poliklinikk. Dette har bl.a. medført at andelen pasienter som ikke møter opp har blitt redusert. Den nasjonale arbeidsgruppen valgte derfor å ta utgangspunkt i tre av Helse Vest sine indikatorer innen programmet «Alle Møter». Ved å velge denne type generiske indikatorer, gir det mulighet til å øke kunnskapsgrunnlag innen alle enheter som har poliklinisk virksomhet, og det vil være mulig å se på variasjon både innen, og på tvers av, ulike fagområder og foretak. En annen hensikt med indikatorene er å måle i hvilken grad foretakene oppfyller kravet om planleggingshorisont tilsvarende minst 26 uker, og om pasientene får tildelt time i første brev (svar på henvissning).

For å kunne utvikle indikatorer, er det avgjørende at relevante data oversendes fra de pasientadministrative systemene til NPR. I den forbindelse er det også viktig med harmonisering av kodeverk og bruk av kodeverk.

7.2. Kodeverk for spesialisthelsetjenesten

7.2.1. Nasjonal standard for lukkekoder/avslutningskoder, og utvikling som resultat av arbeidet i AIM

I forbindelse med utviklingen av nye styringsindikatorer, har AIM avdekket behov for en utvidelse av det nasjonale datagrunnlaget fra spesialisthelsetjenesten. Innrapporteringen til NPR ble derfor utvidet fra og med 1.1.2017 (jf. NPR-melding versjon 53). Hensikten med det utvidede nasjonale datagrunnlaget er å få tilgang til nødvendige grunnlagsdata for å etablere styringsindikatorerne «ikke møtt», «replanlegging» og «planleggingshorisont».

7.2.2. Harmonisering og standardisering av forutsetninger/koder

Etter innrapporteringen av data til NPR for 1. tertial 2017, ble det identifisert noen utfordringer med datagrunnlaget. I løpet av våren 2017 ble det derfor etablert et samarbeid mellom RHF, HF, NPR og representanter fra systemleverandører for å avklare hva som skal ligge til grunn for innrapporteringen. Det ble gjort en gjennomgang av innrapporterte data og sett på bruken av de såkalte «lukkekodene»/«avslutningskodene». Disse kodene viser hvorvidt kontaktene er replanlagt, pasienten ikke har møtt opp eller om kontakten er gjennomført som planlagt. Det er avdekket noe ulik bruk av kodene, noe som vil føre til utfordringer med å forstå og fortolke indikatorene. Regionene har derfor initiert tiltak for å harmonisere registreringen av grunnlagsdata.

Generelt vedrørende innrapportering av planlagte episoder:

-
- Det er behov for mest mulig konsistens i registreringspraksis og innrapportering av data til NPR. Dette er vesentlig når dataene senere skal brukes på en felles måte og til utvikling av styringsindikatorer.
- Det kreves en god spesifisering av kravene til NPR-innrapporteringen, samt sikring av en felles forståelse.
- Lokal registreringspraksis og bruk av kodeverk må i enkelte tilfeller endres noe for å tilpasses kravene NPR har satt. Spesielt gjelder dette planlagte episoders lukkekoder.

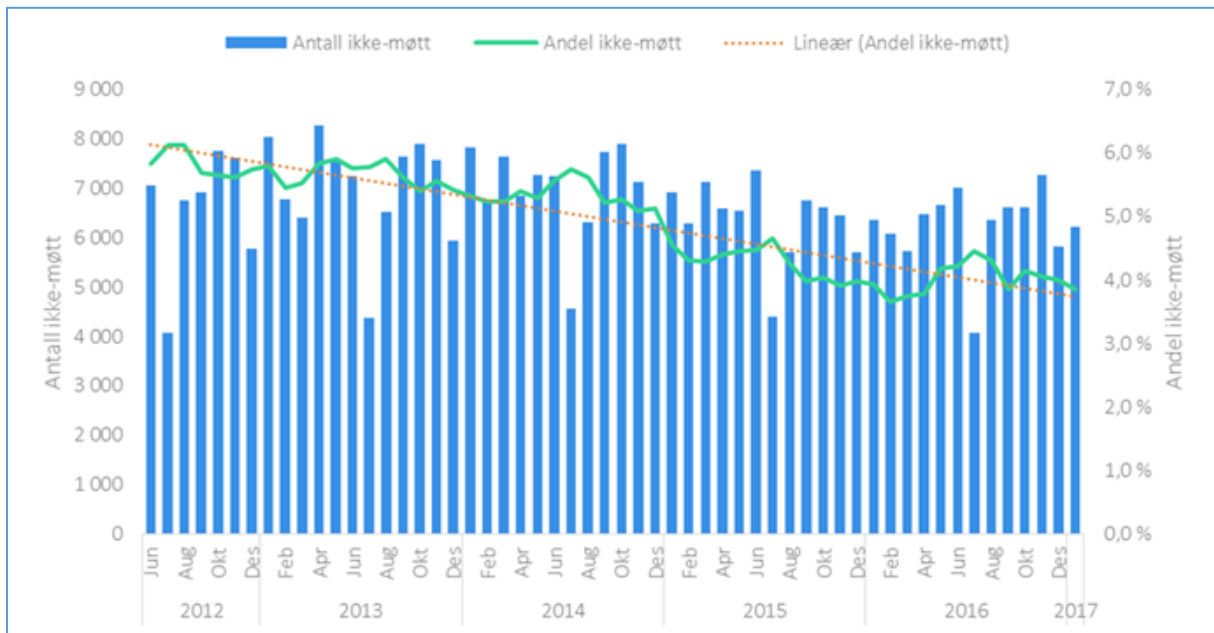
Noen av regionene har per juni 2017 ikke tatt i bruk siste versjon av NPR melding og informasjon for å utarbeide de nevnte indikatorene mangler dermed. Det vil derfor være behov for å se på data fra alle regioner når dette foreligger. Det tas sikte på at arbeidet med harmonisering av bruken av koder gir mer sammenlignbare data fra og med innrapportering for 2. tertial 2017. NPR vil implementere kvalitetssjekker på innrapporterte data, for å melde tilbake på datakvalitet til innrapporterende enhet.

7.3. Indikatorer

7.3.1. Antall og andel pasienter som ikke har møtt til time

Andel ikke-møtt er andelen av planlagte episoder hvor pasienten ikke møtte eller ga beskjed om uteblivelse innen 24 timer før avtalt oppmøtetidspunkt. Hensikten med indikatoren er å bedre utnyttelsen av eksisterende kapasitet i spesialisthelsetjenesten, og på denne måten gi merverdi for pasient og samfunn. Ikke-møttandel er en prosessindikator som kan brukes ved poliklinisk behandling og dagbehandling. Informasjonen kan brukes til å identifisere enheter med utfordringer knyttet til dette. Videre gir indikatoren et grunnlag for å vurdere om, og hvordan, konkrete tiltak virker.

Utfordringer kan blant annet være relatert til kommunikasjon med pasient. Målsettingen for bruken av indikatoren er en reduksjon i andelen pasienter som ikke møter til planlagt avtale.



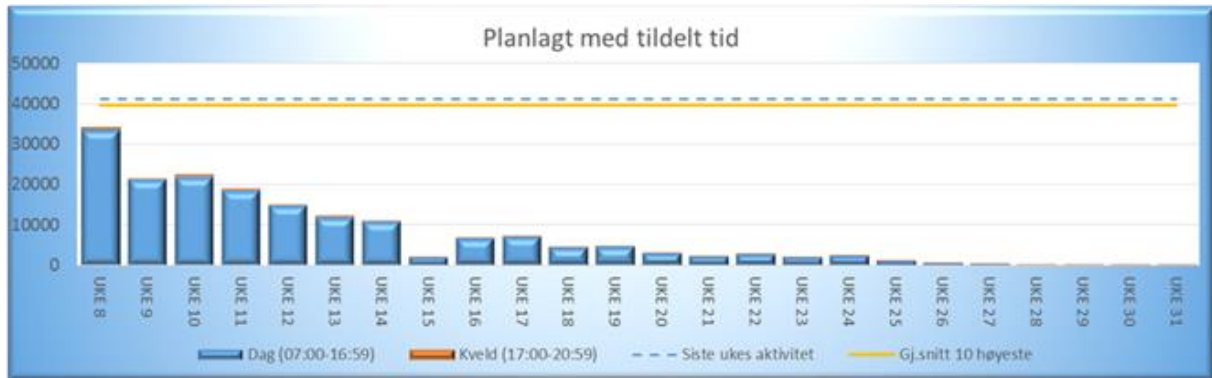
Figur7-1. Eksempel på fremstilling av antall og andel pasienter som ikke har møtt til planlagt kontakt.

Se vedlegg 9 for mer informasjon.

7.3.2. Planleggingshorisont

Planleggingshorisonten angir omfanget av planlagte episoder med tildelt time de neste 26 uker (6 måneder). Hensikten med indikatoren er å bedre utnyttelsen av eksisterende kapasitet, samt å skape mer forutsigbarhet knyttet til oppmøtetidspunktet for pasienter. På denne måten skapes merverdi for pasient og samfunn. Indikatoren er en prosessindikator som kan brukes ved poliklinisk behandling og dagbehandling.

Planleggingshorisonten beskriver hvor mange planlagte episoder som har fått tildelt time pr kommende uke fremover i tid. For å forstå handlingsrommet for framtidig oppgaveplanlegging av ressurser, kan antallet planlagte episoder med tildelt time sammenlignes med en definert referanse (f.eks. «10 høyeste uker av siste 52 uker» og/eller «forrige uke»). Ressursene som inngår i planleggingen kan være personell, rom og/eller utstyr. Se figur 7-2 for et eksempel på skissert planleggingshorisont.



Figur 7-2 Eksempel på planleggingshorisont

Indikatoren kan brukes til å identifisere hvor det er utfordringer knyttet til planlegging av pasientkontakter. Utfordringer kan blant annet være relatert til mangelfulle rutiner for tildeling av timer og planlegging av ressursbruk. Indikatoren kan brukes til å identifisere mulige områder for forbedring. Den kan også brukes i systematisk oppfølging av tiltak for å forlenge planleggingshorisonten, med det formål å redusere variasjonen i planleggingen av pasientkontakter. Dette vil føre til mer stabilitet og forutsigbarhet for pasientene. Målsettingen for indikatoren er en vekst i planleggingen av elektive episoder innen en 26 ukers tidshorisont.

Se vedlegg 10 for mer informasjon om indikatoren.

7.3.3. Replanlegging

Planlagte episoder som er utsatt og må planlegges på nytt, kalles replanlagte episoder. For å forstå hva replanlegging er, er det viktig å forstå årsaken til at episoden eller pasientkontakten er utsatt og må planlegges på nytt.

Hensikten med indikatoren er å bedre utnyttelsen av den eksisterende kapasiteten i spesialisthelsetjenesten. Indikatoren er en prosessindikator som kan brukes for å forstå replanlegging av planlagte polikliniske konsultasjoner og dagbehandlinger. Indikatoren uttrykker hvor stor andel av aktiviteten som er utsatt og må planlegges på nytt, samt hva som er årsak til replanleggingen. Ulik bruk av utsettelseskode i PAS/EPJ gjør det utfordrende å definere replanlegging på en helhetlig og enhetlig måte. Å få etablert en indikator som inkluderer årsak til replanlegging er fokus i arbeidet med videreutviklingen av indikatoren. På tilsvarende måte som for ikke-møtt og planleggingshorisont, kan replanlegging brukes i forbedringsarbeid. Målsettingen for bruken av indikatoren er en reduksjon i replanleggingen i fremtiden.

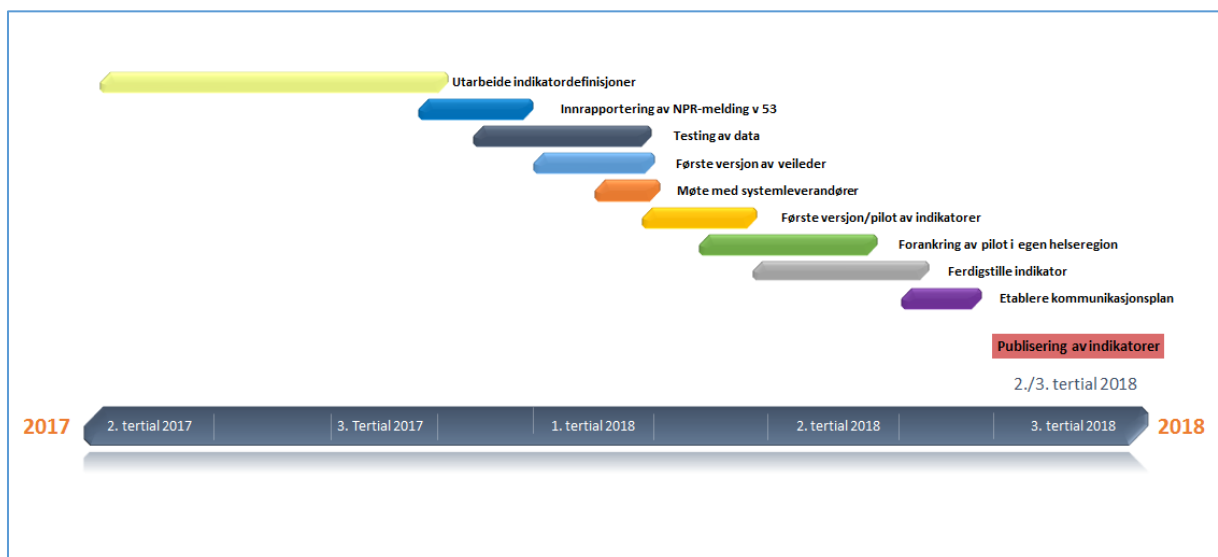
Se vedlegg 11 for mer informasjon om indikatoren.

7.4. Videreutvikling av indikatorer

Arbeidsgruppen foreslår at det utvikles en veileder for å harmonisere ulike kodeverk som i dag er tatt i bruk ved helseforetakene. Dette gjelder særlig bruk av lokale kodeverk knyttet til avslutning av episodene. For eksempel har Helse Sør-Øst innført en regional standard, som er i samsvar med NPR-meldingen, for bruk av avslutningskodeverket. Dette innebærer at det ikke skal registreres lokale koder. Bruk av regionale, og helst nasjonale, standarder vil føre til mer enhetlig og sammenlignbar statistikk.

En nasjonal publisering av indikatorene betinger at alle helseregioner leverer på siste tilgjengelige versjon av NPR-meldingsformat (versjon 53). Status per 2. tertial 2017 er at det fortsatt er store tekniske utfordringer med å rapportere på denne meldingsversjonen for flere helseregioner. I tillegg er det også noen registreringsmessige utfordringer, blant annet knyttet til mapping av ulike kodeverk i DIPS til nødvendige datafelter i NPR-meldingen. Det tas derfor sikte på at arbeidsgruppen avventer rapportering av årsdata 2017, og at publiseringen av indikatorene skjer først i løpet av 2018.

Figur 7-3 viser tentativ fremdriftsplan for videreutviklingen av indikatorene, forutsatt at alle regioner rapporterer på NPR-melding 53 i inneværende år.



Figur 7-3: Fremdriftsplan indikatorutvikling

Det er viktig at det utarbeides en god kommunikasjonsplan og at denne forankres godt før publisering av de nye indikatorene finner sted.

8. KPP

8.1. Bakgrunn

HOD ba i oppdraget om at AIM skulle starte arbeidet med å se på hvordan KPP-data kunne benyttes for å bidra til ny innsikt. Potensialet i å ta i bruk KPP-data er blant annet beskrevet i Helsedirektoratets rapport «Nasjonal spesifisering for KPP-modellering» (2012):

En KPP-modell vil ikke bare gi bedre innsyn i pasientrelaterte kostnader, den gir også en systematisk og oversiktlig fremstilling av den helsefaglige aktiviteten i et pasientopphold. KPP-metodikken vil således gi et datagrunnlag som setter helseforetak i stand til å vurdere ressursforbruket i forhold til behandlingskvalitet, praksisforskjeller, behandlingslinjer og pasientforløp.

8.2. Metode

En sentral forutsetning for å kunne etablere nasjonale indikatorer basert på KPP-data, er at disse dataene er kvalitetssikret og normalisert på en slik måte at de er sammenlignbare på tvers av HF og RHF. Etableringen av en nasjonal KPP-database utgjør i så måte det første steget. Her pågår det et arbeid i regi av Helsedirektoratet, med mål om å få realisert en nasjonal KPP-database i løpet av første kvartal 2018. Det må imidlertid tas forbehold om ressursituasjonen i NPR i 2018.

Én komponent i dette arbeidet er å gjøre kostnadsvektsmodellene stabile. Dette må skje gjennom dialog med HF-ene. Det er p.t. store forskjeller mellom KPP-modellene i HF-ene grunnet faktorer som ulikheter i datakilder, datakvalitet, fordelingsvekter, prislister, etc. Normaliseringsarbeidet er tidkrevende og vil sannsynligvis pågå over flere år.

Erfaringene fra Sverige er at tett involvering med HF-ene er et suksesskriterium for å hente ut gevinster fra KPP-arbeidet. Kunnskap fra HF-ene vil gi verdifulle innspill til AIM-gruppens videre arbeid. Dette fordrer at HF-ene selv gjør seg kjent med, og tar i bruk, sine egne KPP-data - en aktivitet som langt på vei skjer uavhengig av det som foregår på nasjonalt nivå. To viktige steg for HF-ene er 1) tilgjengeliggjøring av data fra egne KPP-systemer, for å muliggjøre analyser og sammenkobling av KPP-data med andre datakilder og 2) forankring lokalt og regionalt, inklusive validering av tall sammen med kliniske beslutningstakere.

8.3. Resultater

Fordi KPP-arbeidet er i en tidlig fase nasjonalt, så vel som regionalt og lokalt, har arbeidsgruppen foreløpig kun eksempelsamlinger å vise til. Før normaliserte og kvalitetssikrede data er tilgjengelige på nasjonalt nivå, vil det ikke være formålstjenlig å etablere indikatorer og analysemodeller på nasjonalt nivå. Arbeidet må derfor fortsette på regionnivå.

Hovedfokuset til HF-ene har så langt vært å etablere systemer for å muliggjøre leveranser av kostnadsvekter til Helsedirektoratet. Dette arbeidet pågikk med høy intensitet fram til ultimo april 2017, og ble etterfulgt av validering og kvalitetsforbedringer. Flere HF har påbegynt arbeidet med å tilgjengeliggjøre data for analyser på lokalt nivå.

8.4. Eksempler

Selv om KPP-arbeidet er i en tidlig fase, er det like fullt mulig å vise til noen eksempler på hvordan HF-ene og RHF-ene tenker om, og jobber med, KPP-data.

I Helse Nord har arbeidet med KPP gitt økt innsikt i datastrukturer og datakvalitet. Neste steg er å forbedre kostnadsmodellene med data fra bildetjenester, laboratorietjenester og regionale prislister.

Helse Midt-Norge ser på hvordan KPP-data kan brukes til benchmarking mellom de tre HF-ene i regionen. Helse Midt-Norge har startet arbeidet med å etablere en månedsmoell, for å kunne måle effekter av forbedringer – spesifisert som inntekt pr DRG-poeng og kostnad pr DRG-poeng.

I Helse Sør-Øst har Sykehuset Vestfold utviklet en moell og løsnng der KPP-data benyttes som integrert del av styringsverktøy i sentrale prosesser i helseforetaket. Foretaket bruker KPP for å gi innsikt i variasjon i kvalitet på pasientbehandlingen. Dette brukes i dialog med det medisinskfaglige miljøet for å forbedre pasientbehandlingen og derigjennom også bidra til en positiv økonomisk utvikling.

Helse Vest har gjort sine KPP-data tilgjengelige i det regionale datavarehuset, for analyser på HF-nivå. Et naturlig neste steg er å koble disse dataene med andre datakilder. Helse Vest er i ferd med å undersøke hvorvidt KPP-data egner seg til å modellere flyt-effektivitet i pasientforløp.

8.5. Konklusjon

Arbeidsgruppen har pr første halvår 2017 ingen konkrete resultater å vise til med hensyn på å etablere nasjonale indikatorer basert på KPP-data, men følger utviklingen av KPP-arbeidet tett. Etableringen av en nasjonal KPP-database vil være et første steg for å muliggjøre sammenligninger på tvers av regioner. Det vil imidlertid kreves betydelig innsats fra Helsedirektoratet, RHF-ene og HF-ene, før datagrunnlaget er tilstrekkelig utviklet for å etablere nasjonale indikatorer basert på denne datakilden.

8.6. Videre arbeid

Leveransene fra arbeidsgruppen avhenger av tilgjengeligheten til data for analyseformål. Inntil nasjonal database for KPP er på plass, må det arbeides videre på lokalt nivå. Arbeidet på lokalt nivå kan gi verdifulle eksempler på hvordan denne informasjonen kan anvendes.

9. Nye fagområder

I 2016 var oppdraget til AIM blant annet å velge ut et antall fagområder som skulle være gjenstand for styringsmessig oppfølging. I første omgang ble ortopedi og psykisk helsevern valgt ut. I AIM sin rapport fra november 2016 ble det imidlertid pekt på ytterligere fagområder som kunne være aktuelle for tilsvarende systematisk og styringsmessig oppfølging: øyesykdommer, hjertesykdommer, plastikkirurgi, hudsykdommer og øre-/nese-/halssykdommer.

I den samme rapporten er det beskrevet at gruppen skal gå gjennom indikatorer for prioriterte fagområder i forhold til relevans og nytteverdi. For fagområdene vi har sett på, er flere av de eksisterende indikatorene ikke aktuelle. Ved hjerteinfarkt blir for eksempel pasientene akuttinnlagt på sykehus, og det vil derfor ikke gi mening å gå videre med indikatoren «ikke rett til helsehjelp» for denne pasientgruppen. Ambulant virksomhet er en indikator som hovedsakelig er aktuell å benytte innen psykisk helsevern. Indikatoren nyhenviste blir registrert per fagområde (for eksempel hjertesykdommer, øyesykdommer), og vil derfor kun gi en grovkartlegging av variasjonen, men ikke si noe om nyhenviste pasienter som senere i forløpet gjennomgår mer spesifikke prosedyrer.

AIM har i 2017 valgt å konsentrere arbeidet knyttet til utvidelse av antallet fagområder til hjertesykdommer og øyesykdommer. I arbeidet har det bl.a. blitt tatt utgangspunkt i SKDE sin rapport til HOD fra november 2016, der det pekes på flere fagområder og prosedyrer med påvist variasjon, og mulige områder for videre arbeid (SKDE, 2016^a). Det er videre sett til dagkirurgiatlaset (SKDE, 2015^a) sine definisjoner av øyelidelser. Etter AIM sin vurdering, er arbeidet også avhengig av samarbeid med kvalitetsregistermiljøene, og det bør gjøres et grundig arbeid for å kvalitetssikre om de aktuelle indikatorene er velegnede for analyser av uønsket variasjon for fagområdet, og om datakvaliteten er tilstrekkelig til at indikatoren gir mening. I arbeidet med nye fagområder, har AIM derfor prioritert å få god kvalitet på dataene, fremfor å produsere en stor mengde statistikk. Tallene bør i størst mulig grad gjenspeile medisinsk praksis. Å gå inn i dataene på denne måten er tidkrevende.⁶

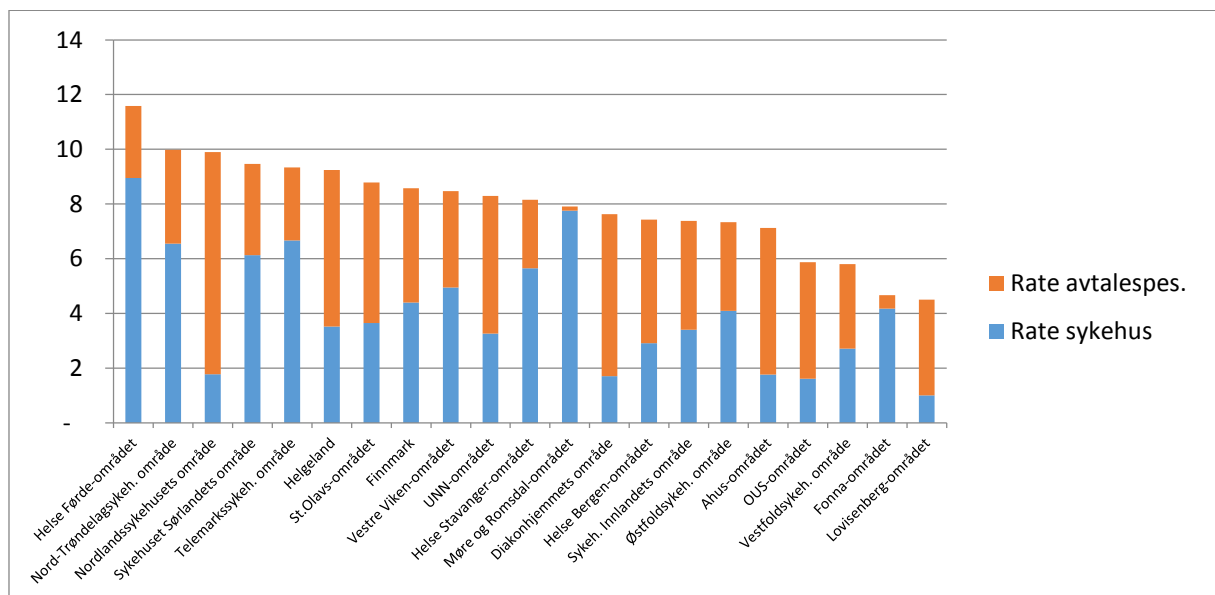
Underveis i arbeidet har vi sett på indikatoren «andel kontroller» i forhold til både hjerte- og øyesykdommer. Vi fant ulik kodepraksis; ved kontroll av pasienten sin tilstand etter behandling, blir «kontroll» eller «behandling» benyttet som kodet kontakttipe uten noe tydelig mønster som viser oss hva som egentlig er kontroll. Når vi ser på mer spesifikke pasientgrupper (som for eksempel hjerteinfarkt) får vi et ulikt bilde på andel kontroller om vi definerer pasientgruppen som pasienter med «hovedtilstandskode=hjerteinfarkt» eller om vi ser på pasienter som har hjerteinfarkt som bidiagnose. I mange tilfeller kodes nemlig den opprinnelige sykdommen/tilstanden (her hjerteinfarkt) som bidiagnose, mens andre tilstandskoder, som for eksempel koder for fremmøte - såkalte Z-koder, kodes som hoveddiagnose. Vi konkluderte derfor med at indikatoren «andel kontroller» ble enda mer utfordrende når den ble brukt på spesifikke pasientgrupper innenfor et fagområde.

En utfordring for fagområder som har et stort innslag av avtalespesialister, som for eksempel øyefaget, er at fordelingen av avtalespesialister er svært ulik både mellom, og innad i, regionene, og at arbeidsfordelingen mellom sykehuspoliklinikker og avtalespesialister derfor varierer svært mye.

⁶ Arbeidet med analyse av dataene startet i mars 2017 med basis i data for 2015. Det har vært ønskelig å oppdatere med data for 2016, men dette har det av ressursmessige hensyn ikke blitt tid til. Hensikten med tall/figurer som presenteres i dette avsnittet er å fremheve noen poeng, som det ikke er grunn til å tro at har endret seg mye på ett år. Før en eventuell anbefaling av å innføre nye indikatorer gjennom AIM sitt arbeid, må det imidlertid oppdateres med siste års data.

Det er også utfordrende at avtalespesialistene generelt ikke leverer like komplett kodede nasjonale data som HF-ene. For fagområder med stort innslag av avtalespesialister er vi helt avhengig av å kunne ta med deres aktivitet i analysene for å få et helhetlig bilde.

Analysen viser samtidig at det kreves en del tilrettelegginger av datagrunnlaget for å etablere et sammenlignbart materiale mellom ulike foretak eller områder. I figur 9-1 vises kataraktoperasjoner (operasjon for grå stær) per 1 000 innbyggere for både det som gjøres i sykehus og hos avtalespesialist. Fordelingen mellom sykehus og avtalespesialist stemmer for de fleste områder med det som SKDE har vist i dagkirurgi-atlasen, men ikke for alle områder. Det er derfor behov for ytterligere gransking av datagrunnlaget for å forklare, og evt. rette opp i, avvikene.⁷ Fra dagkirurgi-atlasen ser vi at ratetallene varierer fra år til år innad i flere av foretaksområdene. Tallene våre, som er hentet fra kun ett år, og som ikke er alders- og kjønnsjustert, må derfor tolkes med varsomhet.



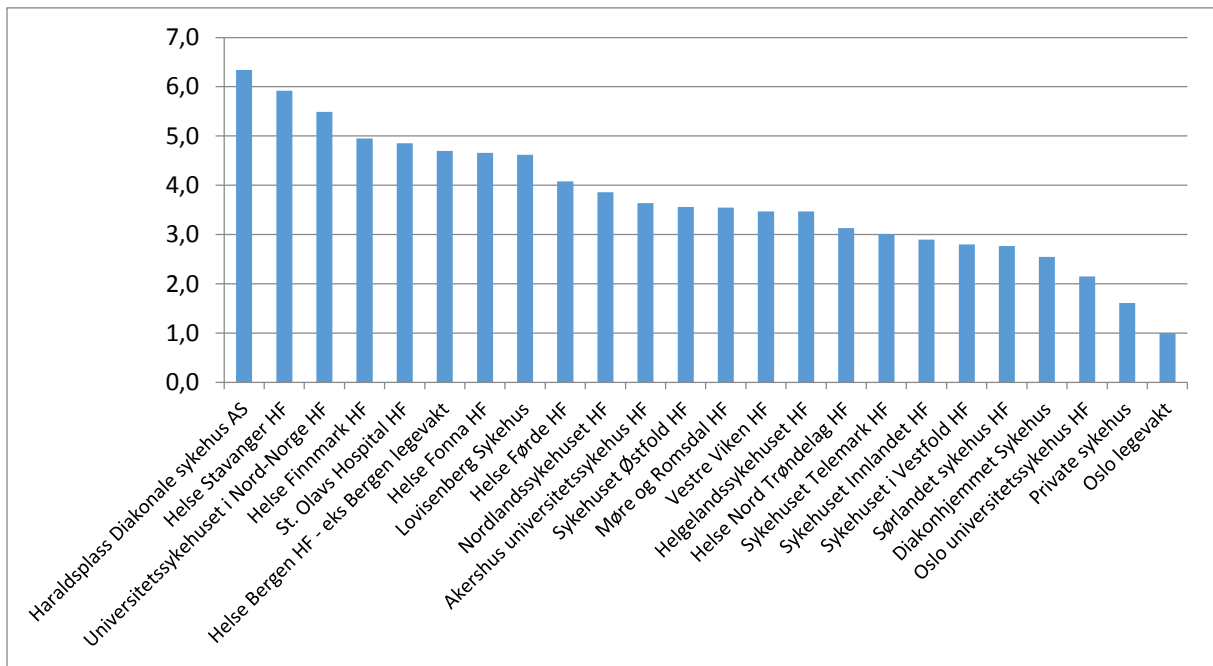
Figur 9-1: Antall kataraktoperasjoner (episoder) per 1 000 innbyggere i 2015, skilt mellom sykehus og avtalespesialist. Ratetall per foretaksområde. (Datakilde: NPR/Helsedirektoratet).

I det innledende arbeidet med nye fagområder, herunder mer spesifikke pasientgrupper innen fagområdene, har det i hovedsak vært fokusert på gjennomsnittlig liggetid (både per foretak og bosteds-/foretaksområdet) og befolkningens bruk av tjenester (ratetall for episoder og liggetid per 1 000 innbyggere i bostedsområdene).

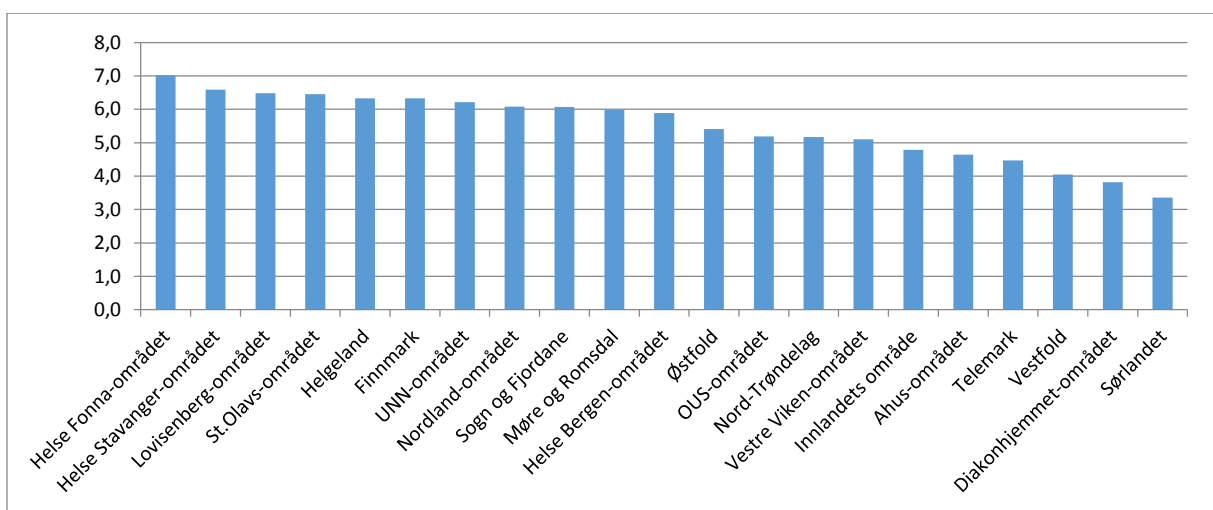
På grunn av funksjonsfordelinger mellom foretak, har det vært viktig å belyse forbruket både ut fra et foretaksperspektiv og et befolkningsperspektiv. Kan f.eks. forskjeller i gjennomsnittlig liggetid ved enkelte foretak forklares med forskjeller i ansvar/funksjoner? Gjenfinnes disse forskjellene i liggetid når man tar utgangspunkt i pasientens bostedsområde? Det har ikke vært tid til å gjennomføre grundige analyser av dette foreløpig, men dette bør gjøres før man beslutter å gi styringsmessig prioritet til slike indikatorer.

⁷ Noen årsaker til forskjellene kjenner vi allerede til. Tallene i figur 9-1 er for eksempel ikke alders- og kjønnsjusterte, mens SKDE sine ratetall er det. I tillegg bygger dagkirurgi-atlasen på gjennomsnittsverdier for tre år, noe som kan gi et mer robust grunnlagsmateriale, men som ikke synliggjør trender på tvers av enkeltår.

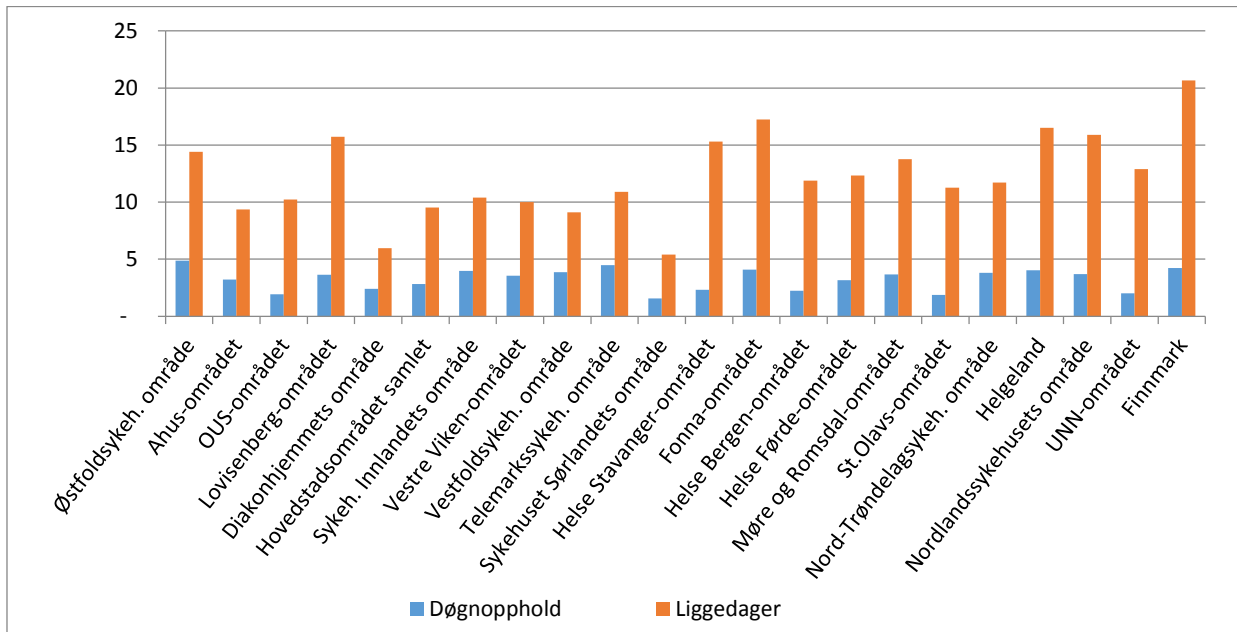
Figur 9-2, 9-3 og 9-4 gir eksempler på gjennomsnittlig liggetid og liggetidsrater for hjerteinfarkt-pasienter. Vi ser blant annet at forskjeller i gjennomsnittlig liggetid er mindre mellom foretaksområder enn mellom helseforetak. Dette skyldes bl.a. at sykehusene kan ha ulik funksjonsfordeling knyttet til den aktuelle pasientgruppen, mens de geografiske forskjellene ikke er tilsvarende store. Den gjennomsnittlige liggetiden varierer fra ca 3,5 dager i Sørlandsområdet omtrent det dobbelte i Fonna-området.



Figur 9-2: Gjennomsnittlig liggetid døgnoophold for hjerteinfarkt (I21-I22) i 2015. Helseforetak. (Datakilde: NPR/Helsedirektoratet).



Figur 9-3: Gjennomsnittlig liggetid for døgnoophold for hjerteinfarkt (I21-I22) i 2015. Foretaksområder. (Datakilde: NPR/Helsedirektoratet).



Figur 9-4: Kjønn- og aldersstandardiserte rater per 1 000 innbyggere for sum døgnopphold og sum liggedager per foretaksområde for hjerteinfarkt (I21-I22) i 2015 (Datakilde: NPR/Helsedirektoratet).

9.1. Diskusjon og anbefaling for det videre arbeidet

AIM har sett på forekomst og forbruk av spesialisthelsetjenester, samt forskjeller i gjennomsnittlig liggetid, knyttet til utvalgte enkelttilstander innen fagområdene hjerte- og øyesykdommer. Ved tydelige variasjoner her ansporer vi til en vurdering av variasjoner i pasientbehandlingen, og videre til spørsmålet om pasientene får den beste behandlingen i alle deler av landet– «gjør vi det rette»? Indikatorene kan også bidra til et helsevesen som benytter ressursene på en effektiv måte.

Arbeidsgruppen tilrår at en dypere analyse knyttet til hjertesykdommer blir prioritert i det videre arbeidet i 2018, slik at man kan få mer informasjon om hvilke behandlingstilbud som blir gitt og om det er variasjoner i pasientene sitt behandlingstilbud. Basert på slike analyser kan AIM komme med anbefalinger om nærmere avgrensede pasientgrupper og/eller indikatorer det bør skaffes til veie mer informasjon om.

AIM tilrår også at informasjon fra de utvalgte fagområdene blir oppdatert og publisert regelmessig. På denne måten vil helseforetakene få tilbakemelding på om de har endret praksis der dette var ønskelig.

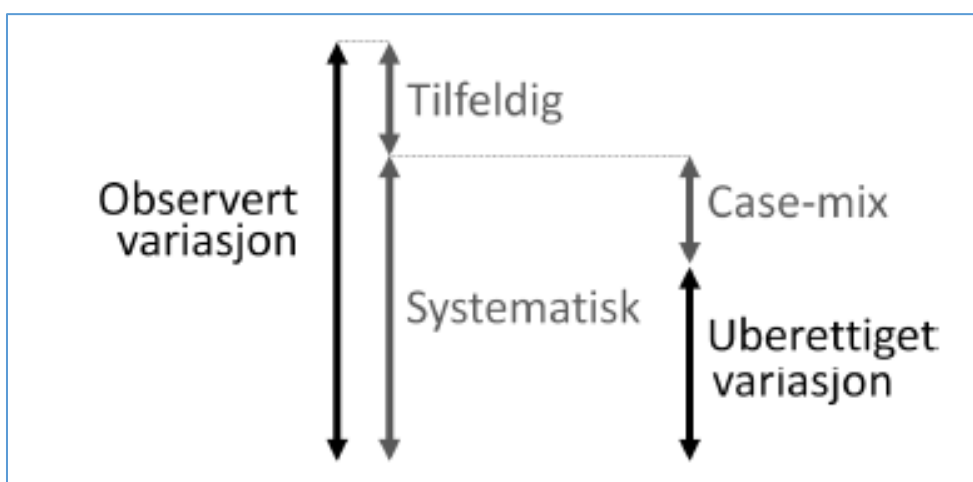
10. Samarbeid med SKDE og grenseflater mot helseatlas

SKDE er en selvstendig enhet i Helse Nord, bestående av to avdelinger: Forsknings- og analyseenheten og Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre. Forsknings- og analyseenheten har både et regionalt oppdrag, hvor formålet er å bidra til relevant styringsinformasjon om spesialisthelsetjenesten i Helse Nord, og et nasjonalt oppdrag med formål å utvikle nasjonale Helseatlas.

SKDE har ikke deltatt i AIM med egen representant, men deltok i AIMs møte i mars 2017 der de presenterte sitt arbeid og rapporten "Indikatorer for måling av uberettiget variasjon" (SKDE, 2016^a). Rapporten ligger til grunn for kravet i oppdragsdokumentet i 2017 om at de regionale helseforetakene skal: ... *bruke kunnskap om uberettiget variasjon i sin styringsmessige oppfølging av helseforetakene, herunder følge opp eksempler på uberettiget variasjon i forbruk av helsetjenester som er avdekket gjennom helseatlas. De målsatte indikatorene som er identifisert gjennom rapporten "Indikatorer for måling av uberettiget variasjon", SKDE november 2016, skal brukes i oppfølgingen av helseforetakene. De regionale helseforetakene skal i fellesskap, under ledelse av Helse Nord RHF, videreføre arbeidet med å dokumentere eksempler på uberettiget variasjon i forbruk av helsetjenester.*

SKDE har i arbeidet med «Indikatorer for måling av uberettiget variasjon» fokus på å finne faglig relevante styringsdata og å sikre legitimitet for bruken av dataene også blant klinikere (SKDE, 2016^a). I rapporten brukes godt kvalitetssikrede tallgrunnlag og man kan dermed trekke rimelig sikre konklusjoner. SKDE arbeider med analyser av uberettiget variasjon i helsetjenesten, først og fremst i et befolkningsperspektiv.

I SKDEs rapport fra november 2016, er det gjort noen betraktninger omkring hvordan man kan bevege seg fra observert variasjon til uberettiget variasjon. Variasjonsbidragene fra tilfeldigheter og case-mix må da vurderes. Noen ganger vil det være mulig å korrigere for hele, eller deler, av slike aspekter i analyser (for eksempel ved å kjønns- og aldersjusterte ratetall, eller ved å anvende bestemte metodiske og statistiske fremgangsmåter). Figur 10-1 fremstiller forholdet mellom observert og uberettiget variasjon.



Figur 10-1: Illustrasjon av variasjonskomponenter (SKDE, 2016^a)

Et viktig mål for spesialisthelsetjenesten er å redusere den uberettigede variasjonen. Dette gjøres langs ulike dimensjoner og ved hjelp av ulike virkemidler, både gjennom utvikling av relevante indikatorer og gjennom lokalt forbedringsarbeid. Arbeidsgruppen har som ambisjon å jobbe enda tettere sammen med SKDE fremover.

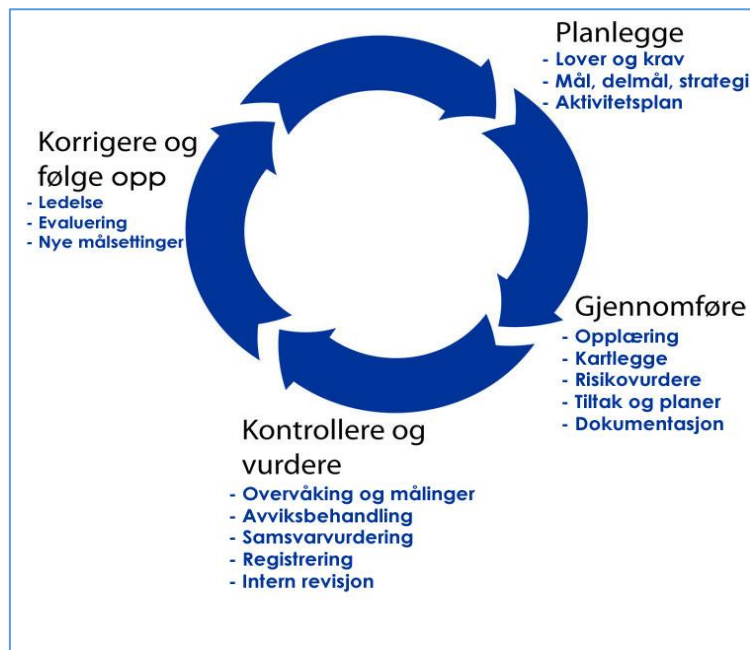
Framtidige oppgaver som det kan være aktuelt å ha felles diskusjoner om er:

- Analyser av forbruk opp mot kapasitetsutnyttelse
- Vurdering av rutinene for oppdatering av de eksisterende helseatlasene
- Dialogen om temaer for fremtidige helseatlas⁸
- Vurdering av tilnærminger og metoder for å redusere uønsket variasjon

⁸ SKDE har i 2017 utviklet "*Helseatlas for eldre*", som omhandler variasjon i bruk av helsetjenester til eldre (SKDE, 2017) og jobber også med et helseatlas om KOLS. Videre har Helse Førde HF startet på et helseatlas innen ortopedi.

11. Plan for styringsmessig oppfølging og videre utviklingsarbeid – innblikk i det regionale arbeidet

I dette kapitlet presenteres eksempler fra hver av regionene på hvordan det arbeides med endringer lokalt. Mange bruker Demings sirkel som en metode i forbedringsarbeidet:



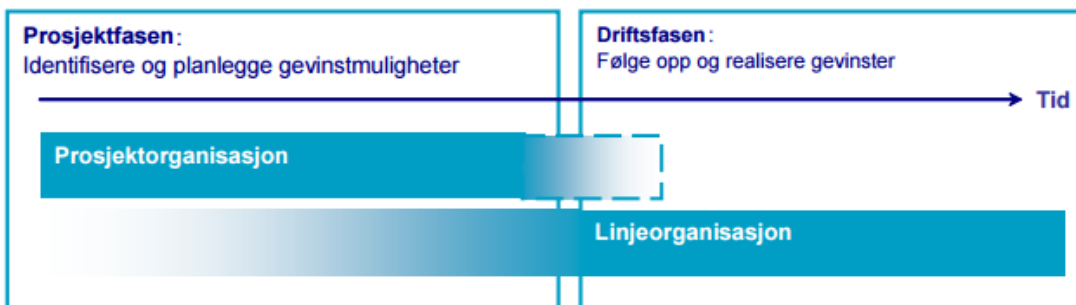
Figur11-1: Demings forbedringssirkel (Langley et al, 2009)

Demings sirkel sikrer kontinuerlig utvikling, og skal være i stadig bevegelse. Denne typen tenkning skal bistå til refleksjoner, både hva angår planlegging, gjennomføring, vurdering av det som er gjort og sikring av nye forbedringstiltak.

Erfaring har imidlertid vist at man underveis kan møte på utfordringer hva angår definisjoner, registreringspraksis og variasjon også internt i et enkelt foretak. Det har vært, og er, vesentlig at effekter skal kunne måles, og at man kan vise til gevinstrealisering, i form av redusert variasjon og bedret kapasitetsutnyttelse.

Målet er en gevinstrealisering som både sikrer pasienten et kvalitetsmessig godt forløp, men som også ivaretar foretakets øvrige gevinstmuligheter. Det kreves en aktiv oppfølging for å sikre gevinstoppnåelse. Dette krever kompetanse innen endringsledelse.

Prosessen kan fremstilles slik:



Figur11-2: Mulige faser i en forbedringsprosess

Erfaringene fra arbeidet med å redusere uønsket variasjon peker så langt i retning av at bruken av de eksisterende indikatorene først og fremst egner seg som utgangspunkt for, og verktøy i, lokalt forbedringsarbeid. Den enkelte region er selv best rustet til å tolke tallene som fremkommer av analysene, identifisere områder for forbedring, vurdere eventuelle behov for tiltak og hvilke tiltak som bør igangsettes. Her har regionene valgt ulike tilnærminger ut fra egne forutsetninger, og regionene er kommet ulikt langt i dette arbeidet.

11.1. Beskrivelse av endringsarbeid i Helse Vest

Helse Vest RHF beskriver i det følgende to eksempler på endringsarbeid i regionen.

1. **Identifikasjon av uberettiget faglig variasjon.** Dette initiativet har sin bakgrunn i Oppdragsdokumentet for 2017, der RHF-ene i fellesskap skal «videreføre arbeidet med å dokumentere eksempler på uberettiget variasjon i forbruk av helsetjenester»
2. **Program «Alle møter».** Programmet tar for seg ulike forbedringer mhp planlegging, forberedelse, booking, innsjekk, betaling av konsultasjoner og operasjoner, så vel som kommunikasjon mellom behandler og pasient.

11.1.1. Identifikasjon av uberettiget faglig variasjon

Helse Vest har grepet fatt i dette oppdraget ved å utarbeide en egen regional rapport, der viktige funn fra Helseatlas og SKDE-rapporten sammenstilles og løftes fram i et regionalt perspektiv.

Den regionale rapporten skal belyse fagområder der Helse Vest som region, eller enkelte helseforetak i Helse Vest, utpeker seg ved å ligge i ytterkant av det variasjonsspekter som er påpekt i de nasjonale rapportene (høyest eller lavest hva gjelder forbruk av de undersøkte tjenester eller prosedyrer). Følgende kilder benyttes:

- Rapport: Indikatorer for måling av uberettiget variasjon (SKDE, 2016^a)
- Eldrehelseatlas (SKDE, 2017)
- Barnehelseatlas 2011-2014 (SKDE, 2015^b)
- Dagkirurgi-atlas (SKDE, 2015^a)
- Norsk nyfødttmedisinsk helseatlas, 2009-2014 (SKDE, 2016^b)
- Publikasjon av nasjonale kvalitetsindikatorer, www.helsenorge.no

Ulike strategier kan tas i bruk for å redusere ubegrunnet faglig variasjon. Oftest er det hensiktsmessig å ta utgangspunkt i *uteliggerne*, altså der et foretak ligger lengst fra (enten over eller under) et gjennomsnitt eller et ønsket nivå for tjenester. Helseatlas analyserer og uttaler seg om variasjon i forbruk mellom ulike boområder, men sier lite om hva som er rett nivå for behandling.

I indikatorrapporten (SKDE, 2016^a) og for kvalitetsindikatorene er det tatt stilling til hva som er rett behandlingsnivå eller styringsmål for de ulike områder.

Det er behov for flere ulike tilnærminger knyttet til å redusere uønsket variasjon i forbruk. Følgende refleksjoner bør legges til grunn ved betydelig avvik fra gjennomsnittsnivå eller ønsket nivå:

1. Er «avviket» gunstig eller ugunstig for befolkningen? Er funnet uttrykk for «rett nivå» av tjenester, eventuelt for underbehandling eller overbehandling som vi bør forsøke å korrigere?
2. Er kunnskapsgrunnlaget for denne behandlingen godt nok kjent/innarbeidet hos oss, eller bør fagmiljøet i helseforetaket eventuelt i regionen sette seg sammen og drøfte indikasjon, metode, funksjonsfordeling eller forløp?
3. Bør det utarbeides nye lokale, regionale eller nasjonale rutinebeskrivelser for denne behandlingen?
4. Bør vi gjøre noe med vår tjenesteorganisering rundt denne behandlingen?
5. Bør vi ta initiativ til bedre registreringsrutiner, lokalt kvalitetsregister, kvalitetssikringsprosjekt eller forskningsaktivitet knyttet til den aktuelle behandlingen?

Den regionale rapporten er under ferdigstilling og vil bli presentert for alle helseforetak i Helse Vest som egen sak på direktørnivå i løpet av høsten 2017.

Planlagte tiltak med bakgrunn i den regionale rapporten:

- Helse Vest RHF vil vurdere om det er aktuelle fagområder hvor det bør gjennomføres regionale forbedringsprosjekt med siktemål å redusere ubegrunnet faglig variasjon.
- Hvert enkelt helseforetak vil få i oppdrag å identifisere tre til fem fagområder eller prosedyrer der man på foretaksnivå ligger på et «ekstremt» nivå i nasjonal sammenheng. Helseforetaket skal identifisere årsaker til dette og vurdere om avviket fra «normalen» er faglig velbegrunnet eller et uttrykk for uønsket faglig variasjon. Påvisning av ubegrunnet faglig variasjon skal for hvert av de påviste fagområdene, lede til en tiltakspakke i form av et forbedringsprosjekt som involverer alle aktuelle nivåer i helseforetaket.

Forbedringsmetodikk er valgt som arbeidsform, ettersom dette er en metodikk som helseforetakene allerede er vel kjent med gjennom arbeidet med pasientsikkerhetsprogrammet, og der helseforetak i Helse Vest etterhvert har bygget god kompetanse i de kliniske miljøene.

11.1.2. Indikatorer for gevinstrealisering i «Alle møter» programmet

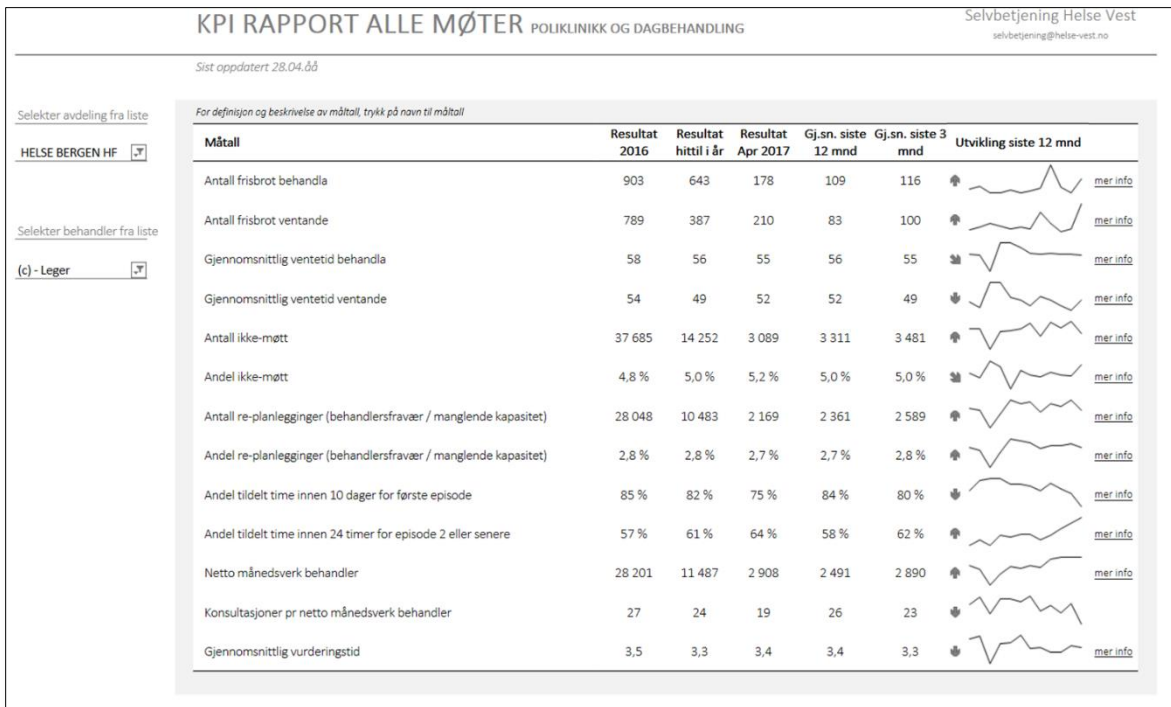
Helseforetakene i Helse Vest har gjennom programmet «Alle møter» blitt tilført nye IKT-løsninger som legger til rette for bedre kvalitet i pasientbehandlingen og en mer kostnadseffektiv drift. Forventningen fra RHF-et er at programmet og foretakene dokumenterer hvilke effekter/nytteverdi (økonomiske og kvalitative) disse løsningene har gitt og vil gi foretakene.

I arbeidet med gevinstrealisering er det utviklet et KPI-verktøy (Key Performance Indicator) for å måle effekten av de ulike prosjektene i «Alle møter». En kritisk suksessfaktor for programmet er at eierskapet til gevinstene ligger i foretakene. KPI'er er derfor selektert av linjeledelse, controller/analyseressurs og lokal prosjektleder. Fokus har vært at oppfølging av KPI'er ikke bør generere unødig merarbeid, og at KPI'ene i størst mulig grad knyttes opp mot styringsdata det rapporteres på i den ordinære rapporteringen/rapporteringsmøtene i foretakene.

Programmet har bidratt med kompetanse og hatt rolle som fasilitator for gevinstarbeidet. For å underlette oppfølgingen av KPIene, er det utviklet et KPI-dashbord (se figur) som viser de utvalgte KPIene.

Hensikt med KPI verktøyet er å hjelpe foretakene med å

1. Forstå dagens situasjon og historisk utvikling (siste 12 måneder)
2. Definere en fremtidig ambisjon
3. Følge opp og forbedre utviklingen fremover



Figur11-3: KPI rapport i Alle Møter

Ledere og medarbeidere inkluderes og ansvarliggjøres i utarbeidelse og oppfølging av gevinstmål og de endringer som må gjennomføres. Gevinstmål settes på foretaksnivå samt i den enkelte enhet i klinikkene. Oppfølging av KPIene/gevinstarbeidet innføres i den ordinære rapporteringen/ rapporteringsmøtene i foretakene.

Videre er det besluttet at en skal ha en felles modell/tilnærming i gevinstrealiseringsarbeidet i programmene «Alle møter» og «Heliks», et av de andre store programmene som kjøres i Helse Vest. For å øke kompetansen i gevinstarbeidet i foretakene, er det etablert en felles regional faggruppe for gevinstrealisering. Den regionale faggruppen ledes av programmet «Alle møter». Deltagere er ressurspersoner fra det enkelte foretak. Målet er at disse gjennom en regional kompetanseutvikling, skal være en ressurs for linjeledere og prosjektledere på tvers av ulike program/prosjekt i eget foretak.

Gevinstarbeidet er et nybrottsarbeid, men erfaringen er at det gradvis skjer en modning og økt kompetanse både regionalt og lokalt. Arbeidet etterspørres og har fått et godt omdømme i Helse Vest.

11.2. Beskrivelse av endringsarbeid i Helse Nord

Helse Nord har på grunn av utskifting av sentrale personer i 2017 bidratt mindre i AIM enn i 2016. Det regionale arbeidet har av samme grunn også vært begrenset. Arbeidet videre i 2017 konsentreres om å legge til rette for å optimalisere arbeidet regionalt og nasjonalt i 2018, herunder ivareta ansvar for ledelsen av AIM.

I løpet av 2017 utvides det regionale variasjonsprosjektet med kompetanse innen økonomi, HR og datavarehus. I tillegg allokteres mer ressurser til forbedringsarbeidet knyttet til variasjon i effektivitet og kapasitetsutnyttelse (gjennom innsatsteam) og til sekretærfunksjonen. Disse ressursene vil også bidra i arbeidet i den nasjonale gruppen. Det er også ønske om å samarbeide tettere med SKDE fremover for å kunne trekke flere gode forslag til forbedringer ut av de helseatlas som er lagd og også se arbeidet med kvalitetsregistre mer i sammenheng med arbeidet i AIM. Gjennom dette mener vi at regionen frem mot 2018 vil være godt rustet til å utvikle gode rapporter for kvalitetsindikatorer, analysere behovene for endring og ta dette i bruk i forbedringsarbeidet i helseforetakene, og samtidig kunne ivareta den nasjonale oppgaven.

Flere av helseforetakene i regionen har tatt i bruk indikatorene utviklet i AIM i eget forbedringsarbeid. Det arbeides med å legge til rette for at helseforetakene skal kunne rapportere også på de nye kvalitetsindikatorene som er utviklet og ta disse i bruk i eget utviklingsarbeid.

Helse Nord etablerte et operativt innsatsteam 1. november 2015 (se også avsnittet nedenfor). Siden april 2017 har ikke det operative innsatsteamet vært i funksjon. For 2018 planlegges at det igjen arbeides i innsatsteam, regionalt koordinert. Teamet skal være en del av det regionale variasjonsprosjektet og jobbe for å øke bruken av kvalitetsindikatorer i forbedringstiltak i helseforetakene. Dette innebærer også kvalitetssikring av registreringsrutiner slik at uttrekk til NPR, og uttrekk av andre indikatorer, i størst mulig grad viser et korrekt bilde av det som er ønsket å måle og dermed gir mer nytte i kvalitetsarbeidet.

11.2.1. Innsatsteam

Helse Nord's 5. Regionale innsatsteam ble avviklet 15. mars 2017. Dette teamet benyttet flere av de indikatorer som AIM har hatt fokus på, både i retrospektive analyser og for å skaffe en baseline i kommende forbedringsarbeid. Her nevnes to eksempler hvor teamet aktivt benyttet seg av følgende indikatorer:

- *Andel nyhenviste i spesialisthelsetjenesten, sett opp mot totalt antall polikliniske konsultasjoner innenfor fagområdet.*
- *Andel kontroller i spesialisthelsetjenesten, sett opp mot totale polikliniske konsultasjoner innenfor fagområdet.*

Teamet gjennomførte en enkel aktivitetsanalyse for å skaffe oversikt over antall nyhenviste pasienter, for utvalgte fagområder, innen to sammenlignbare foretak i Helse Nord. Resultatet viste stor variasjon, og viste i flere tilfeller overraskende resultater. Spesielt ble dette spennende når man sammenlignet ressursbruk og poliklinisk drift. Ved å anvende denne indikatoren fikk ledelsen i aktuelle foretak mulighet til å bruke disse resultatene i planlegging og argumentasjon for fremtidig drift.

Analyser vedrørende andel kontroller viste også stor variasjon, både sammenlignet opp mot andre foretak – men også internt i egen klinikk. Noe av denne variasjonen hadde kjente årsaker, mens andre fikk frem ukjente problemstillinger. Innsatsteamet påpekte store utfordringer hva angikk ulike registreringsrutiner, da det manglet definisjoner på hva som registreres som behandling og hva som registreres som kontroll. Det ble også avdekket ulike rutiner i oppfølging og antall kontroller innen samme fagområde. Ved å anvende denne indikatoren fikk ledelsen mulighet til å sikre like rutiner og begrense ressursbruk der andel kontroller var spesielt høy.

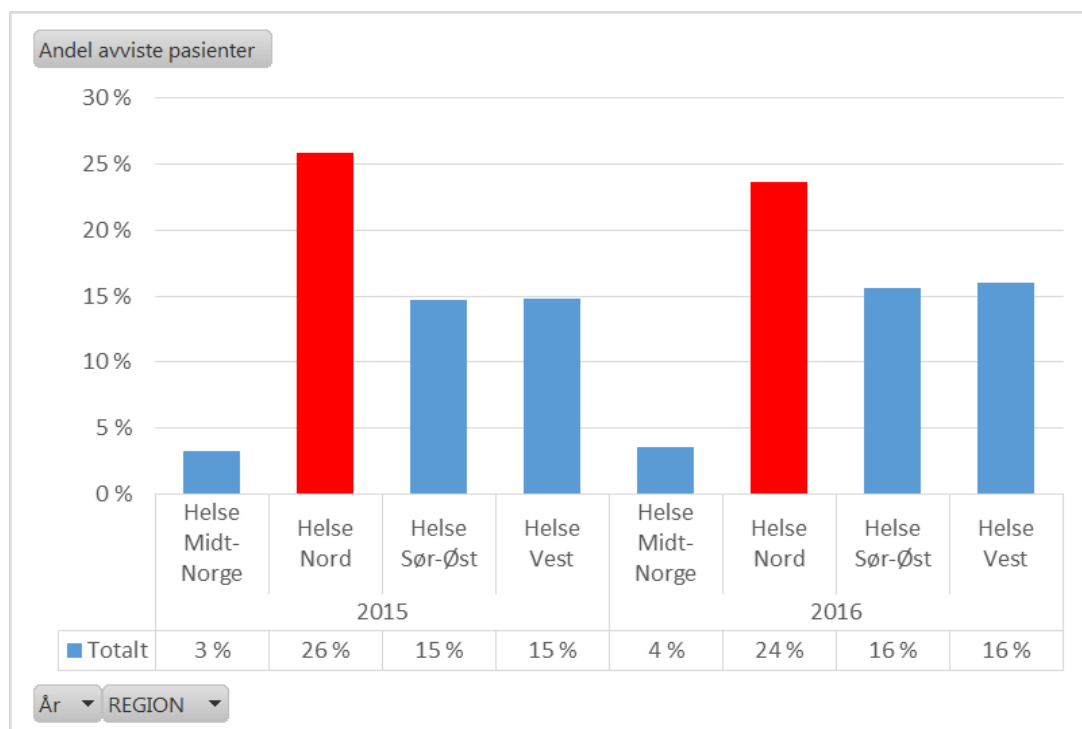
11.2.2. KPP

Ved UNN er KPP utviklet videre og tatt i bruk for å øke utnyttelsen av ressurser i eget foretak. Selv om KPP er i en tidlig fase og erfaringene fra det regionale utviklingsarbeidet viser at modellen trenger økt presisjon og datakvaliteten bør bedres, opplever vi stor interesse for resultatene fra KPP. Hittil i år har UNN (som leder regional faglig utvikling av modellen) hatt 17 ulike leveranser, 13 av disse ble bestilt av det kliniske miljøet ved UNN.

Erfaringer fra KPP-prosjektet og diskusjonen rundt resultatene har avdekket områder hvor registreringspraksis kan forbedres og harmoniseres. Ulike rapporter etablert av KPP-prosjektet, basert på datakilder som røntgen- og laboratoriesystemer, og selve KPP modellen ser ut til å kunne utvikles til å bli nyttige verktøy til bruk for å effektivisere ressursbruken og øke kvaliteten.

11.2.3. Andel avviste pasienter

I 2017 har antall nyhenviste og antall avviste pasienter (sammen med andel avviste pasienter) fått større oppmerksomhet i regionen siden resultatene i Helse Nord skilte seg ut sammenlignet med de andre regionene.



Figur 11-4: Andel avviste henvisninger pr helseregion i 2015 og 2016 (Kilde: NPR, anonymisert database og Helse Nord LIS)

Helseforetakene har brukt tallene til å se nærmere på rutiner og praksis og har funnet at flere faktorer ligger bak de relativt store variasjonene. Dette dreier seg blant annet om ikke entydig kodepraksis, tekniske utfordringer med elektronisk pasientjournal (EPJ), ulik eller feil bruk av elektronisk henvisningsmulighet fra fastlege og rutiner som kan medføre doble eller triple henvisninger for samme tilstand på sammen pasient. Det er startet arbeid for å finne løsninger for faktorene som er oppdaget.

11.3. Beskrivelse av endringsarbeid i Helse Sør-Øst

Helse Sør-Øst vil med tre eksempler vise hvordan det nasjonale oppdraget om indikatorer for å redusere variasjon og om kapasitet/effektivitet trer inn og danner grunnlag for mye av helseregionens arbeid for å sikre pasientene gode og likeverdige helsetjenester.

11.3.1. Arbeidet med å redusere ventetider og opprettelse av midlertidige fagråd

Gjennom arbeidet med å forbedre ventetidene i 2015-2016 har Helse Sør-Øst gjennomført en rekke møter ned på utvalgte fagområder; nevrologi, ortopedi, plastikkirurgi og øyesykdommer for å identifisere drivere som kunne bidra til redusert ventetid i helseforetakene. En sterk oppfordring fra dette arbeidet var å få lagd regionale faglige anbefalinger for oppfølging av de største pasientgruppene for å redusere uønsket variasjon i både forbruk og kontroller.

Det ble vektlagt at anbefalingene bør gjøre det enklere for klinikerne å gi pasientene en faglig god og likeverdig oppfølging. Anbefalingene skal bidra til å opprettholde den gode utviklingen innen ventetider/fristbrudd, harmonisere behandlingsforløpene og forbedre regionens samlede kapasitetsutnyttelse. Dette arbeidet er også koblet opp mot Helse- og omsorgsdepartementet sin bestilling i sitt oppdragsdokument for 2017; HSØ «skal gi styringsmessig prioritet til oppfølging av forskjeller i kapasitetsutnyttelse og effektivitet på tvers av sykehus.

Helse Sør-Øst har nedsatt midlertidig fagutvalg for de 4 fagområdene med bred deltakelse fra helseforetakene og andre relevante aktører. De er gitt i oppdrag å utarbeide faglige anbefalinger for poliklinisk oppfølging/kontroller av pasienter innenfor fagets største pasientgrupper. Innen for eksempel nevrologi er dette brutt ned på 6 pasientgrupper:

- Parkinson
- Multippel sklerose
- Epilepsi
- Hodepine
- Amyotrofisk lateral sklerose
- Hjernesvulst

Pasientgruppene er identifisert ved medisinsk koding (ICD-10) og det er utarbeidet ulike datapakker/analyser for de enkelte pasientgruppene (diagnosegrupper) for å støtte arbeidet med å redusere uønsket variasjon i hyppighet av kontroller innenfor hver gruppe.


Det er viktig å presisere at på detaljert nivå så avdekkes en god del ulik kodepraksis og organisering som medfører ulik registrering av for eksempel nevrologiske pasienter som har epilepsi og hodepine, mens koding/datafangst av Parkinson og ALS pasienter er mer lik mellom helseforetakene.

Datagrunnlaget kan bare brukes som et grunnlag for sammenlikning og diskusjoner for å redusere variasjon.

Fagråd Neurologi 16.August 2017

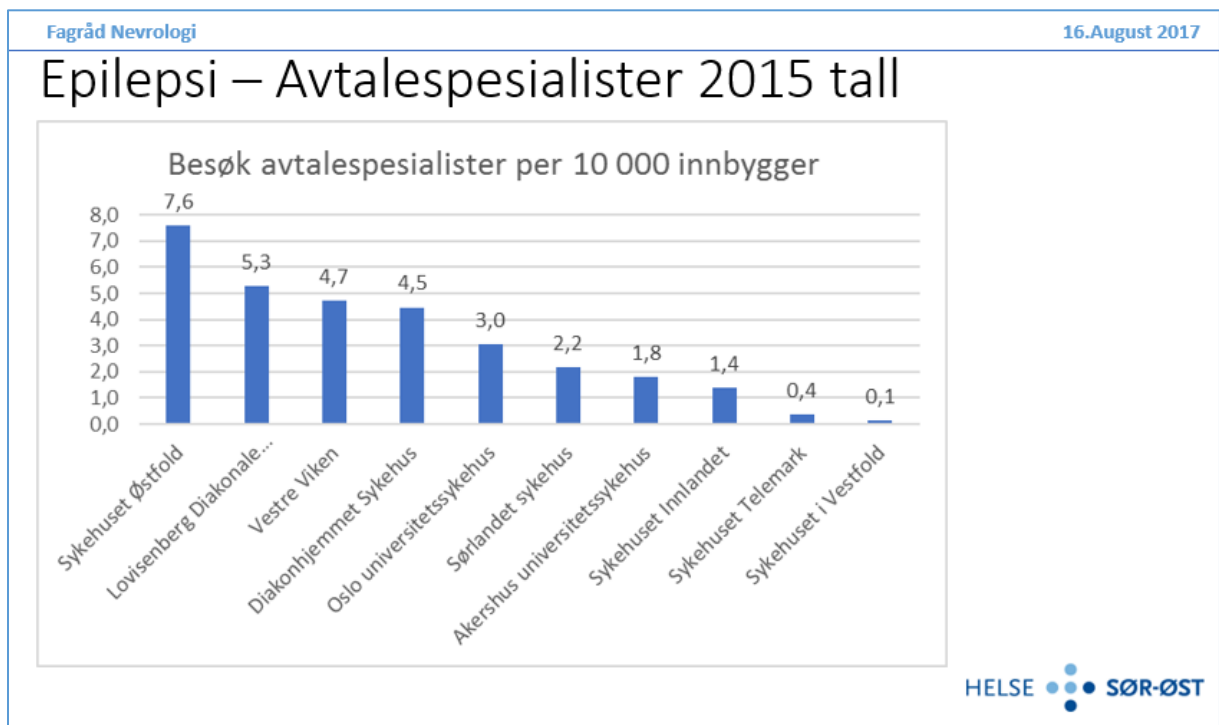
Epilepsi – Behandling/kontroller fordelt på opptaksområder i Helse Sør-Øst

Opptaksområder	Behandling		Kontroller			Samlet	
	Ant	Frekvens	Ant	Frekvens	Kont i %	Ant	Frekvens
Akershus universitetssykehus	735	1,5	997	1,4	57,6 %	1732	1,6
Diakonhjemmet Sykehus	293	1,6	196	1,4	40,1 %	489	1,6
Lovisenberg Diakonale Sykehus	446	1,8	202	1,4	31,2 %	648	1,8
Oslo universitetssykehus	844	1,8	369	1,4	30,4 %	1213	1,8
Sykehuset i Vestfold	167	1,3	506	1,3	75,2 %	673	1,4
Sykehuset Innlandet	311	1,3	841	1,4	73,0 %	1152	1,5
Sykehuset Telemark	129	1,3	294	1,2	69,5 %	423	1,3
Sykehuset Østfold	245	1,4	354	1,3	59,1 %	599	1,4
Sørlandet sykehus	311	1,3	557	1,5	64,2 %	868	1,6
Vestre Viken	590	1,4	538	1,4	47,7 %	1128	1,6
Totalsum	4071	1,5	4854	1,4	54,4 %	8925	1,6

 HELSE **SØR-ØST**

Figur11-5: Andel kontroller fordelt på opptaksområder i Helse Sør-Øst (datakilde: NPR)

For enkelte fagområder/pasientgrupper er det viktig å inkludere forbruk av avtalespesialister for å få et mest mulig riktig bilde av tilbudet som gis til pasientgruppene.



Figur 11-6: Rate per 10 000 innbyggere på bruk av avtalespesialister i Helse Sør-Øst (datakilde: NPR)

En representant fra RHFet deltar i alle fagrådene og det gis analysestøtte etter behov. Det midlertidige fagutvalget skal levere sine anbefalinger til endringer, tiltak og oppfølging til direktør i Medisin og Helsefag, Helse Sør-Øst i løpet av høsten 2017.

11.3.2. Regional standardisering av avslutningskoder i DIPS

I forbindelse med Helse Sør Øst sitt standardiseringsprosjekt gjennom Regional klinisk løsning (RKL) og prosjektet «Glemt av sykehuset» / Nettverk for pasientadministrativt kvalitetsarbeid sitt arbeid om enhetlig registreringspraksis og standardiserte arbeidsprosesser; var det behov for standardisering av kodeverket for avslutninger av henvisninger i DIPS (VI-Avsluttkoder). Bakgrunnen for dette var blant annet behovet for å sikre korrekt registrering og rapportering av pasienter med avslåtte henvisninger (avviste) og ikke-møtt. I Helse Sør-Øst hadde mange helseforetak egenutviklede lokale kodeverk i DIPS som ikke fulgte Nasjonalt kodeverk. Det var derfor viktig å ha et samstemt kodeverk for å kunne utarbeide enhetlige arbeidsprosesser.

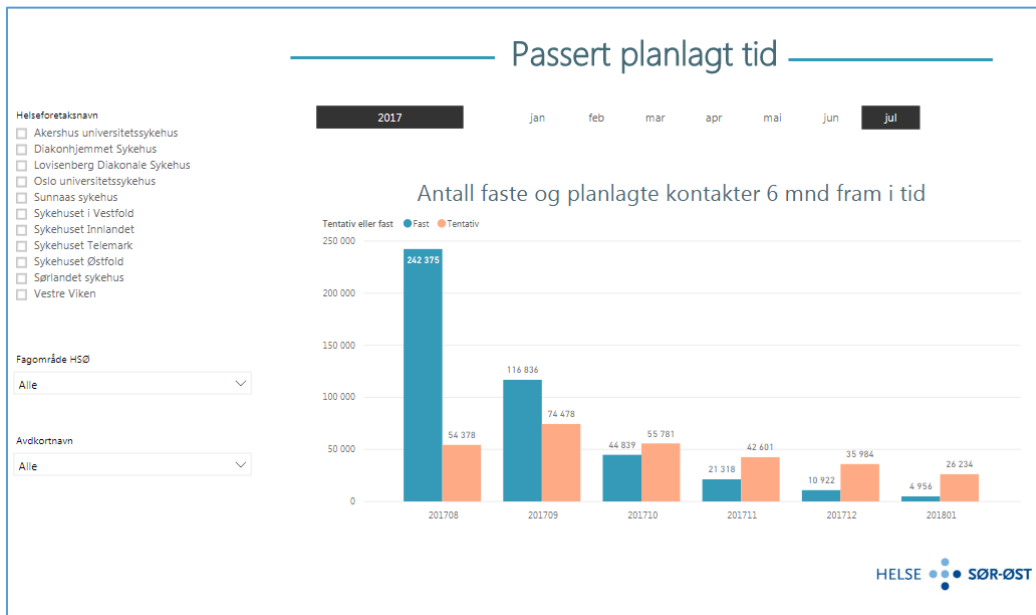
I løpet av 2016 var det et arbeid med å kartlegge alle lokale kodeverk for avslutningskoder og kodeverket for utsettelse som gjelder i NPR-meldingen. Det ble utarbeidet forslag til reviderte kodeverk som ble vedtatt i mai 2017. Vedtaket innebar at man ikke lenger skulle bruke lokale avslutningskoder og kun standardiserte nasjonale koder var tillatt. Disse standardiserte kodene var i tråd med det nye kodeverket «Lukkekode for planlagt helsehjelp» (Volven kodeverk 9179), samt også kodeverket for rett til helsehjelp og ventetid sluttkode (hhv Volven kodeverk 8444 og 8445).

Indikatoren «Andel pasienter som ikke gis rett til helsehjelp», som er utviklet og publisert gjennom det interregionale indikatorarbeidet AIM, har hatt stor fokus og interesse. Spesielt har indikatoren vært viktig for å se om helseregionene har klart å følge opp målene innen ventetid/fristbrudd og om større innsats innen psykisk helsevern og rusbehandling enn somatikk («den gyldne regel»). Helsedirektoratets rapport av mai 2017 «Utredning av ventetidsregistrering i spesialisthelsetjenesten» (Helse Sør-Øst, 2017) viste at alle helseforetak i Helse Sør-Øst hadde stor andel av ukorrekte avslutningskoder for avslag av henvisninger. Arbeidet som er gjort innen standardisering av koder er derfor vært viktig for å sikre korrekte tall av indikatoren.

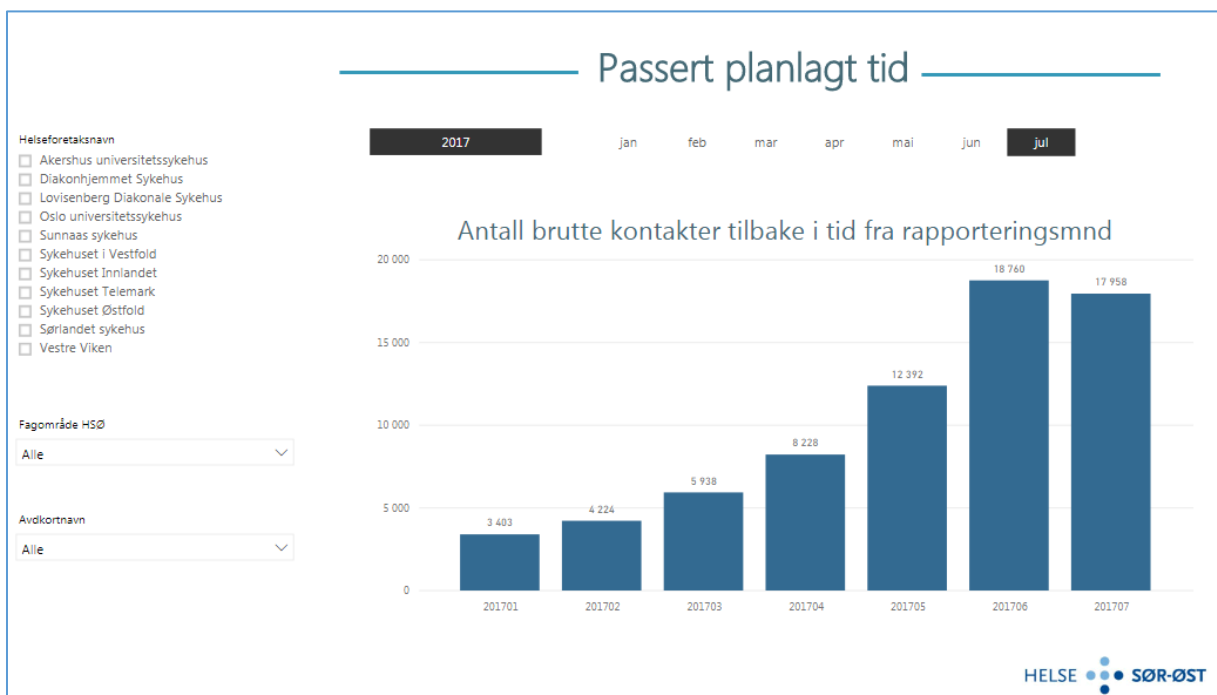
11.3.3. Oppfølging av indikatoren «Passert planlagt tid»

Arbeidet i det nasjonale indikatorarbeidet la grunnlaget for å gjøre indikatoren «Passert planlagt tid» til en indikator som skulle rapporteres og publiseres for alle helseregioner. Indikatoren ble opprinnelig brukt i Helse Sør-Øst for å følge opp pasienter som var ventelisteavklart, men som fortsatt var i et pasientforløp. Disse pasientene har også medisinske frister som skal følges opp. Disse fristene gis enten som faste, konkrete timer eller som tentative (eks. tentativ måned).

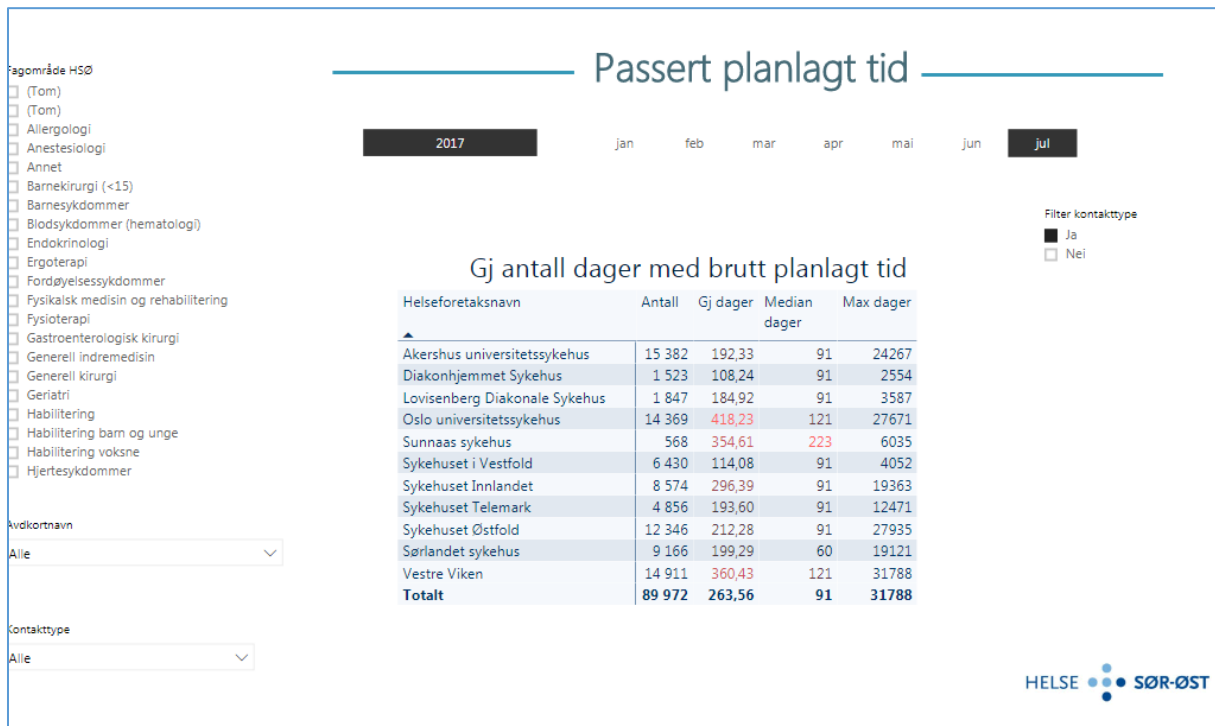
Det nasjonale arbeidet utarbeidet en felles indikatordefinisjon uavhengig av pasientsystem. I Helse Sør-Øst har man fulgt opp dette ved å lage en forenklet og operasjonell definisjon tilpasset det pasientadministrative systemet i Helse Sør-Øst (DIPS). Hensikten er å gi helseforetakene muligheten til å ta ut samme rapport for kvalitetssikring og forbedringsarbeid lokalt. Helse Sør-Øst følger opp indikatoren månedlig og det jobbes regionalt med å gi helseforetakene gode styringsverktøy slik at man både kan se hvordan de ligger an og sammenligne med andre helseforetak i Helse Sør-Øst. Eksempler er statistikk som viser grad av planlegging gitt timer 6 måneder fram i tid (1), pasienter med brutte frister tilbake i tid fra rapporteringsmåned (2) og gjennomsnittlig/median antall dager for pasienter med passert tid (3), jf. figurene 11-7, 11-8, 11-9.



Figur 11-7: Antall planlagte kontakter de kommende 6 måneder i Helse Sør-Øst (datakilde: DIPS)



Figur11-8: Antall kontakter der planlagt tid er passert pr rapporteringsmåned (datakilde: DIPS)



Figur 11-9: Antall planlagte kontakter med passert planlagt tid, fordelt per helseforetak i Helse Sør-Øst, (Datakilde: DIPS)

11.4. Beskrivelse av endringsarbeid i Helse Midt-Norge

Helse Midt-Norge vil i denne delen presentere tre eksempler på lokalt endringsarbeid i regionen. Eksemplene henger tematisk sammen med hverandre og understøtter hverandre:

1. Standardisering av pasientforløp
2. Helhetlig virksomhetsstyring som verktøy i standardiserings- og endringsarbeid
3. Reduksjon av kontakter som har passert planlagt tid

11.4.1. Standardisering av pasientforløp

Utviklingen av regionale standardiserte pasientforløp har i lang tid vært Helse Midt-Norges foretrukne metodikk for å forbedre tjenesten for spesifikke pasientgrupper, samt for å redusere uønsket variasjon. Det har blitt utarbeidet en egen metodikk i regionen for utvikling av pasientforløp. Det regionale arbeidet har bl.a. blitt konsolidert med den nasjonale pakkeforløpssatsningen. Det arbeides også med prosjekter der forløp inkluderer og involverer kommunehelsetjenesten⁹. I arbeidet med å utvikle og implementere standardiserte pasientforløp har Helse Midt-Norges regionale senter for helsetjenesteutvikling (RSHU) og de fagområdespesifikke fagledernetverkene hatt sentrale roller.

⁹ For eksempel Orkdalsmodellen, som er et prosjekt som innebærer standardisering, optimalisering, og evaluering av et diagnostisk, behandlings-, pleie- og omsorgstilbud til kreftpasienter på tvers av profesjoner og helsetjenestenivå.

Satsingen på videreutvikling av standardiserte pasientforløp i Helse Midt-Norge springer ut av regionens Strategi 2030, som har et overordnet mål om å tilby likeverdige, helhetlige og ansvarlige tjenester. Et viktig ledd i dette er å tilby «Right Care», eller beste praksis, i alle pasientforløp.

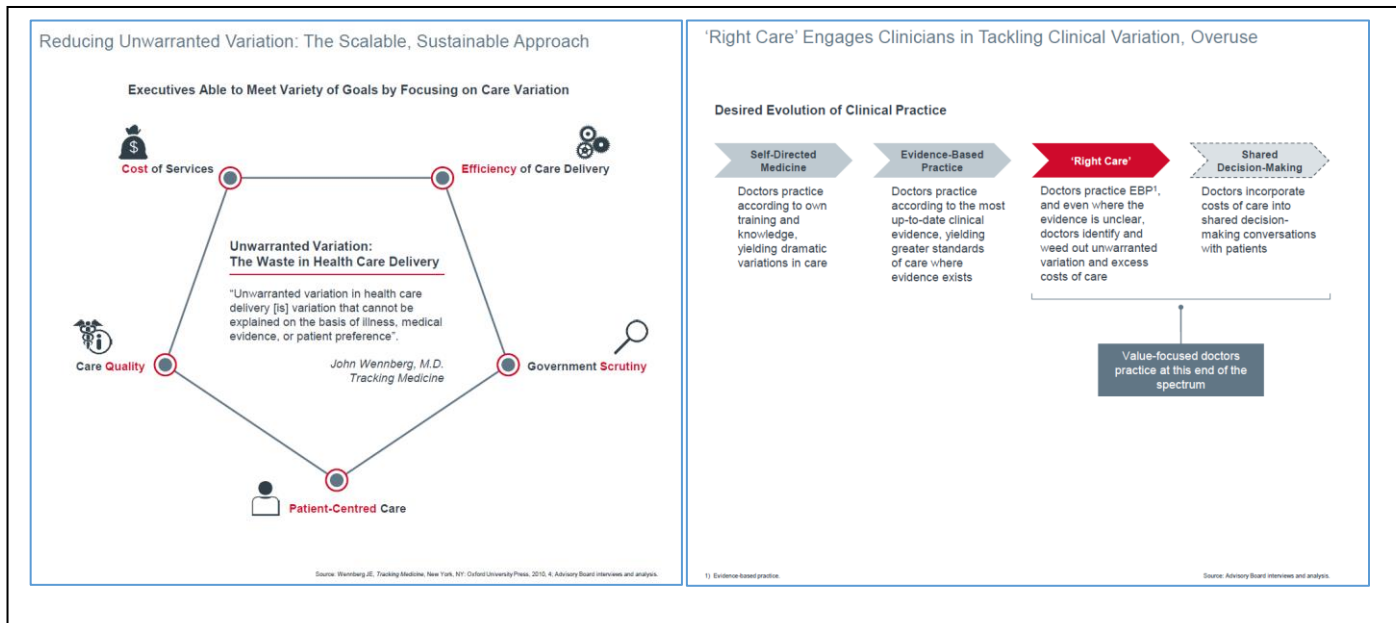
Forløpene er designet for å ivareta og bedre den ytre effektiviteten (de riktige pasientene prioriteres og det etableres godt kvalitetssikrede indikasjonskriterier), samtidig som de skal gjennomføres så effektivt som mulig (for eksempel uten bestilling av unødvendige laboratorieundersøkelser eller bildediagnostiske undersøkelser). På denne måten vil pasientforløpene også kunne sørge for at den indre effektiviteten forbedres. Se figur 11-10 for eksempel på regionalt forløp.



Figur 11-10: Eksempel på standardisert pasientforløp: Psykoser for voksne

Som en del av arbeidet med å identifisere stadig nye pasientgrupper som er aktuelle for standardisering, har Helse Midt-Norge årlig oppdatert analysene som opprinnelig ble gjort i dagkirurgi-atlasen og barnehelse-atlasen. Informasjonen som framkommer gjennom dette arbeidet har også vært vesentlig for å se nærmere på trendene i utviklingen de siste 2-3 årene. Har forbruksvariasjonene mellom Helse Midt-Norges bostedsområder og resten av landet endret seg? I hvilken retning har evt. endringen gått? Har utviklingen innad i Helse Midt-Norge gått mot konvergens eller divergens? Analysene har gitt grunnlag for dypdykk der man bl.a. har lett nærmere etter forklaringer på mønstret man finner og trender man ser. Deriblant har pasientenes alderssammensetning (for eksempel for meniskoperasjoner) og forskjeller mellom ulike tilbydere blitt analysert. Dialog med tilbyderne av tjenestene, så vel som henvisende instanser, har vært, og vil i fremtiden fortsatt være, av stor betydning for arbeidet.

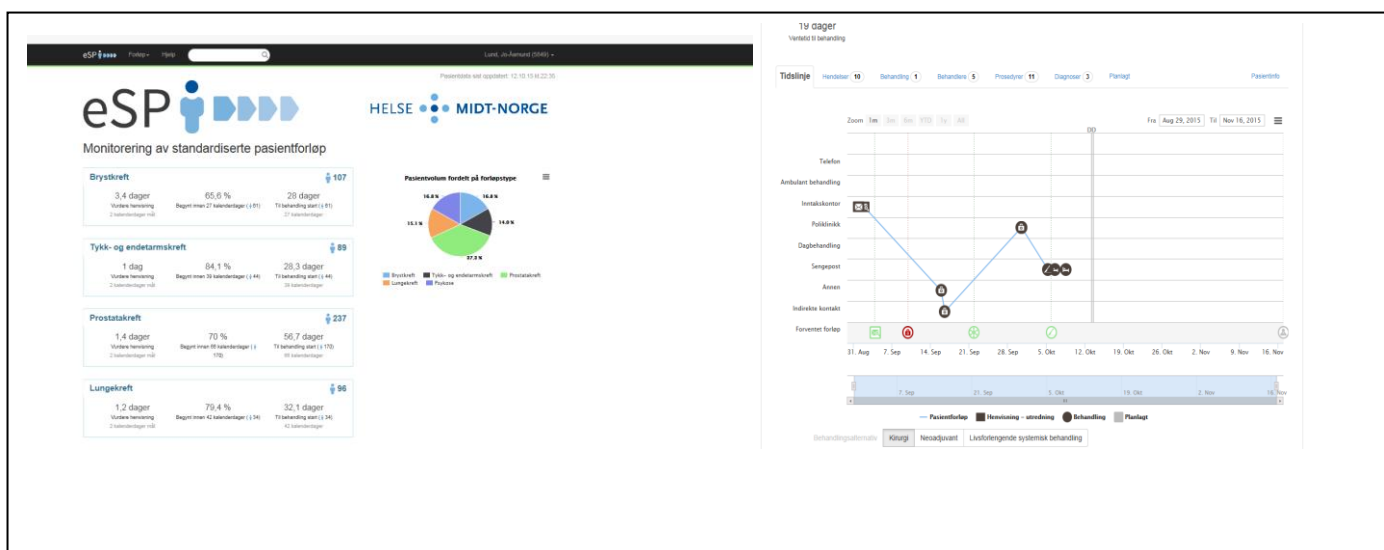
Gjennom medlemskap i det internasjonale rådgivingselskapet Advisory Board har Helse Midt-Norge fått tilgang til erfaringsoppsummeringer fra andre helsesystemer i Europa og USA. Resultatene viser at fokus på standardisering av klinisk praksis ser ut til å bedre kvaliteten i pasientbehandlingen og redusere uheldige kvalitetsforskjeller, samtidig som kostnadene reduseres og effektiviteten i tjenesteproduksjonen øker. De internasjonale erfaringene er dermed i tråd med den ønskede gevinstrealiseringen i Helse Midt-Norge. Se figur 11-11.



Figur 11-11: Gevinster ved reduksjon av uønsket variasjon og standardiseringsarbeid i retning av «Right Care» (Advisory Board, 2017)

11.4.2. Helhetlig virksomhetsstyring som verktøy i standardiserings- og endringsarbeid

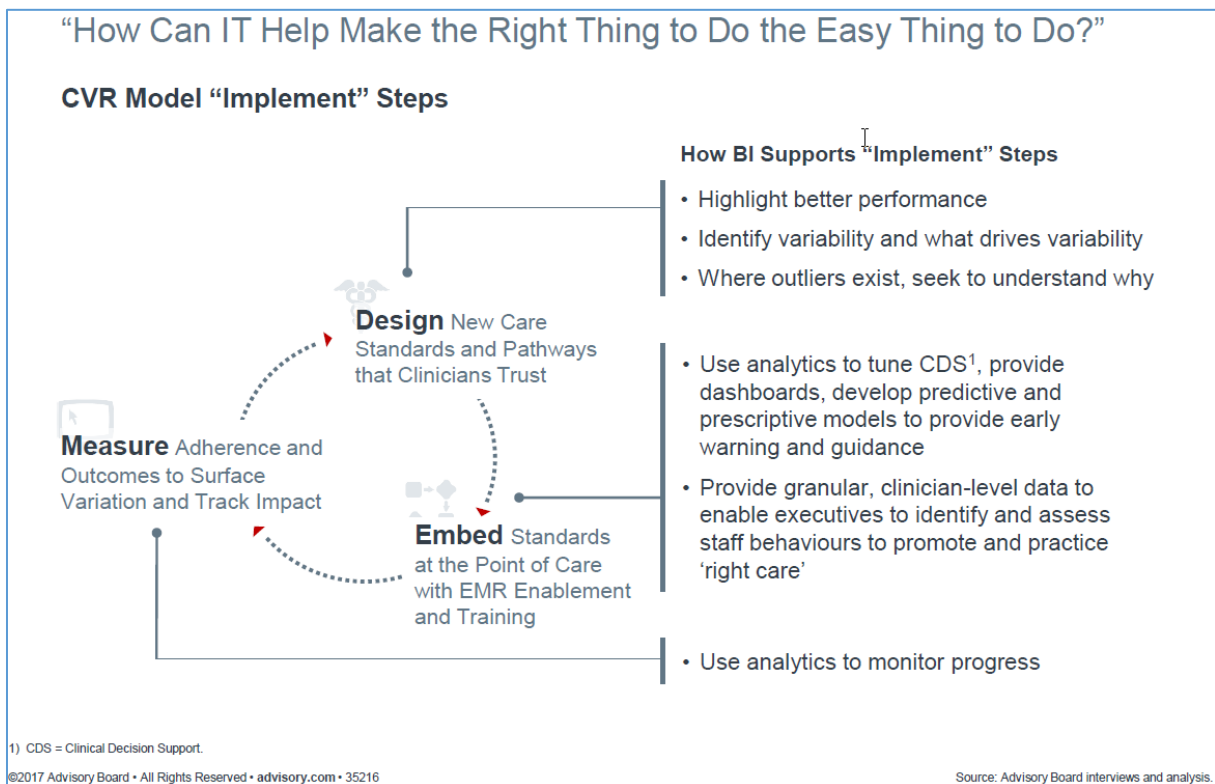
Et viktig ledd i arbeidet med standardisering av pasientforløp er utarbeidelsen av støttesystemer som kan bidra med målrettet informasjon i prosessen med å identifisere pasientgrupper (jf. ytre effektivitet), implementere forløp og følge opp resultater. Gode verktøy vil kunne overvåke grad av compliance (etterlevelse) med retningslinjer og forløp, identifisere flaskehalser (jf. indre effektivitet), fastslå grad av måloppnåelse og predikere forventet utvikling og utfordringer. I Helse Midt-Norge har monitoreringsverktøyet Elektroniske standardiserte pasientforløp (eSP) blitt utviklet for å avhjelpe deler av dette behovet. Verktøyet tilbyr overordnede oversikter som viser bl.a. grad av overordnet måloppnåelse for ulike indikatorer, samtidig som det gir tilgang til enhetsvise oversikter og drill-down mulighet ned til monitorering av enkeltpasienter. Se figur 11-12.



Figur 11-12: Eksempel på skjermbilder fra eSP – monitorering av overordnet måloppnåelse i de standardiserte pasientforløpene (til venstre) og monitorering av forløp for enkeltpasient (til høyre)

I tillegg til utviklingen av eSP, har Helse Midt-Norge en satsning på helhetlig virksomhetsstyring. Den helhetlige virksomhetsstyringen har som mål å sørge for å ha god, kvalitetssikret og relevant styringsinformasjon tilgjengelig på riktig tid til ledelse på alle nivåer, samt å bidra til kontinuerlig forbedring, analyser, rapportering og forskning. Gjennom dette arbeidet utvikles datavarehusløsninger og analyseverktøy som er velegnede for å sammenstille informasjon både på overordnet styringsnivå og i lokale drill-down løsninger. Verktøyene gjør det mulig å sammenstille informasjon som gir økt innsikt i mønstre og mulige årsaksforklaringer på forskjeller mellom enheter. De nasjonale indikatorene for måling av uønsket variasjon har prioritet i første fase av dette arbeidet.

På noe lengre sikt vil Helseplattformen¹⁰ bli et viktig støttesystem i satsningen på standardisering, samhandling med kommunehelsetjenesten og etablering av beslutningsstøtte som er i tråd med etablerte faglige standarder. Figur 11-13 viser hvordan Business Intelligence (BI)-systemer som eSP, datavarehusløsninger og elektroniske pasientdatasystemer som Helseplattformen, kan bidra i forbedringsarbeid.



Figur11-13: IT- og datasystemers rolle i forbedringsarbeid (Advisory Board, 2017).

11.4.3. Reduksjon av kontakter som har passert planlagt tid

Arbeidet med å øke tilgjengeligheten til spesialisthelsetjenester og bedre kvaliteten på tjenestene som gis har hatt høy prioritet i Helse Midt-Norge. For å kunne jobbe systematisk med reduksjon av ventetider og eliminering av fristbrudd har Helse Midt-Norge etablert en regional venteliste- og forløpskube.

¹⁰ Helseplattformen er et prosjekt som arbeider med anskaffelsen av et nytt pasientjournalssystem ved sykehus og kommuner i Midt-Norge. Helseplattformen er regional pilot for det nasjonale prosjektet «Èn innbygger – én journal».

Denne løsningen har også blitt brukt til å følge med på, og redusere, forekomsten av kontakter som har passert planlagt tid. I kubeløsningen kan informasjon om kontakter med passert planlagt tid kobles mot en rekke andre dimensjoner¹¹. Dette gjør det mulig å nærme seg forklaringer på hvorfor noen tidspunkt for pasientkontakter ikke overholdes og identifisere evt. tiltak. Klinikklederne ved foretakene mottar regelmessig oppdaterte oversikter som viser hvor mange kontakter med passert planlagt tid deres klinikk har. Ved et av helseforetakene i regionen benyttes rapporter fra kubeløsningen ved klinikkvise gjennomganger.

I første halvår av 2017 ba Helse Midt-Norge RHF HF-ene i regionen om å levere tiltaksplaner for de tre fagområdene som hadde høyest andel kontakter med passert planlagt tid. I planene har HF-ene skissert ulike tiltak for de forskjellige pasientgruppene, og kombinert flere informasjonskilder for å designe tiltak. Innen revmatologi har for eksempel et av HF-ene startet med å se på KPP-tall som viste at det forelå høy DRG-produksjon pr ansatt. Dermed var det ikke aktuelt å iverksette tiltak for å øke produktiviteten ytterligere. I stedet ble det initiert et større innslag av brukerstyrte kontroller, etablert kveldspoliklinikk samt startet med jobbglidning fra lege til sykepleier. Dette representerer fruktbare innfallsvinkler til bedring av kapasitetsutnyttelsen og reduksjon av den uønskede variasjonen.

¹¹ En av disse dimensjonene er for eksempel informasjonen om hvorvidt det er krysset av for «prioritet» på behandlerlappen. For planlagte kontakter som av medisinsk-faglige årsaker bør utføres innen bestemte frister, vil behandler ha krysset av for høy prioritet.

12. Avsluttende kommentarer

Erfaringene med utvikling av indikatorer som belyser uønsket variasjon, viser at det er behov for mye tid til uttesting og kvalitetssikring. Utvikling av indikatorer er derfor et langsiktig arbeid.

Grundigere analyser av resultatene fra eksisterende indikatorer og indikatorer som er under utvikling kan gi økt forståelse av hva indikatorene gir svar på og deres begrensninger. Dette kan også bidra til bedre presisering av definisjoner og avdekke nye bruksområder.

En nasjonal indikator gir et bilde av en *observert variasjon* på områder med underliggende komplekse prosesser. Det er derfor viktig for det lokale forbedringsarbeidet at en har mekanismer for å bevege seg fra den observerte variasjonen til å identifisere den *uønskede variasjonen*.

I arbeidsgruppen har vi hatt nytte av å omtale effektivitet som «*indre effektivitet*» og «*ytre effektivitet*». I forbedringsarbeidet må vi evne å ha fokus på begge områdene.

Arbeidsgruppen anbefaler at det gjøres videre analyser av de nye fagområdene det er pekt på.

Det anbefales at videre arbeid med nasjonale indikatorer basert på KPP-data stilles i bero inntil den nasjonale KPP-databasen er på plass. Samtidig kan KPP-data anvendes i det lokale forbedringsarbeidet. Det er så langt konkludert med at bruken av de indikatorene som er lagd, og her knyttet til noen fagområder, tilstander og prosedyrer, først og fremst egner seg som redskap i lokalt forbedringsarbeid. Den enkelte region er selv best rustet til å tolke tallene som fremkommer av analysene, identifisere områder for forbedring, vurdere eventuelle behov for tiltak og hvilke tiltak som bør igangsettes.

Litteraturliste

Advisory Board (2016): Reducing Care Variation. London: Advisory Board.

AIM (2016): Redusere variasjon og etablere indikatorer som måler kapasitetsutnyttelse og effektivitet. Rapporter av 1. juni, 25. oktober og 12. desember 2016.

Hesledirektoratet (2012): Nasjonal spesifikasjon for KPP-modellering - begreper og metoder. Rapport IS-2033. Oslo: Helseledirektoratet. <https://helseledirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-spesifikasjon-for-kpp-modellering-2012-begreper-og-metoder>

Hesledirektoratet (2017). Utredning av ventelisterregistrering i spesialisthelsetjenesten. Oslo: Helseledirektoratet. https://helseledirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1363/ventetidsregistrering_spes_helsetj.pdf

HOD (2017). Oppdragsdokument 2017. Oslo: HOD. Samt tilleggsdokument etter Stortingets behandling av Prop. 129 S (2016-2017).

Langley, G., R. Moen, K. Nolan, T. Nolan, C. Norman og L. Provost (2009): The improvement guide. San Fransisco: Jossey-Bass.

Nasjonale kvalitetsindikatorer, www.helsenorge.no

SKDE (2015^a): Dagkirurgiatlas. www.helseatlas.no

SKDE (2015^b): Barnehelseatlas. www.helseatlas.no

SKDE (2016^a): Indikatorer for måling av uberettiget variasjon (2016). Rapport 4/2016. Tromsø: SKDE. [https://helsenord.no/Documents/SKDE/SKDE%20Publikasjoner/Indikatorer%20for%20måling%20av%20uberettiget%20variasjon%20\(SKDE%202016\).pdf](https://helsenord.no/Documents/SKDE/SKDE%20Publikasjoner/Indikatorer%20for%20måling%20av%20uberettiget%20variasjon%20(SKDE%202016).pdf)

SKDE (2016^b): Norsk nyfødtdedisinsk helseatlas, 2009-2014. www.helseatlas.no

SKDE (2017): Eldrehelseatlas. www.helseatlas.no

Oversikt over vedlegg

- Vedlegg 1: Liste over medlemmer i styringsgruppen
- Vedlegg 2: Liste over medlemmer i referansegruppen
- Vedlegg 3: Liste over medlemmer i AIM-arbeidsgruppene
- Vedlegg 4: Notat fra referansegruppen v/brukerrepresentantene
- Vedlegg 5: Indikatorbeskrivelse – passert planlagt tid
- Vedlegg 6: Indikatorbeskrivelse – andel dagkirurgi
- Vedlegg 7: Indikatorbeskrivelse – liggetid
- Vedlegg 8: Tabell medisinsk dagbehandling
- Vedlegg 9: Indikatorbeskrivelse – ikke møtt
- Vedlegg 10: Indikatorbeskrivelse – planleggingshorisont
- Vedlegg 11: Indikatorbeskrivelse – replanlegging