

Styringsgruppe AIM (fagdirektører, økonomidirektører, HR-direktører i RHF-ene)

Navn	Tittel	Organisasjon	E-post
Henrik A. Sandbu	fagdirektør, leder	Helse Midt-Norge	Henrik.A.Sandbu@helse-midt.no
Atle Brynestad	konserndirektør	Helse Sør-Øst	Atle.Brynestad@helse-sorost.no
Per Karlsen	økonomi- og finansdirektør	Helse Vest	per.karlsen@helse-vest.no
Jann Georg Falch	økonomidirektør	Helse Nord	Jann.Georg.Falch@helse-nord.no
Anne-Marie Barane	økonomidirektør	Helse Midt-Norge	Anne-Marie.Barane@helse-midt.no
Svein Tore Valsø	HR-direktør	Helse Sør-Øst	Svein.Tore.Valso@helse-sorost.no
Knut Langeland	HR-sjef	Helse Nord	Knut.Langeland@helse-nord.no
Hilde Brit Christiansen	HR-direktør	Helse Vest	hilde.christiansen@helse-vest.no
Anne Katarina Cartfjord	HR-direktør	Helse Midt-Norge	Anne.Katarina.Cartfjord@helse-midt.no
Geir Tollåli	fagdirektør	Helse Nord	Geir.Tollali@helse-nord.no
Baard-Christian Schem	fagdirektør	Helse Vest	baard-christian.schem@helse-vest.no
Geir Bøhler	fagdirektør	Helse Sør-Øst	Geir.Bohler@helse-sorost.no

Referansegruppe AIM (brukerrepresentanter og konserntillitsvalgte)

Navn	Representant	Organisasjon	E-post
Knut Magne Ellingsen	BU-representant	Helse Sør-Øst RHF	knutma-e@online.no
Grete Müller	BU-representant	Helse Vest RHF	gretemuller50@gmail.com
Mats Larssen (til 1. september)	Akademikerne	Helse Sør-Øst RHF	Mats@psykologforeningen.no
Rita H. von der Fehr (fra 1. september)	SAN	Helse Sør-Øst RHF	Rita.H.von.der.Fehr@helse-sorost.no
Anita Solberg	UNIO	Helse Midt-Norge RHF	Anita.Solberg@helse-midt.no
Karin Solfeldt, vara	UNIO	Helse Sør-Øst RHF	karin.solfeldt@helse-sorost.no

Arbeidsgrupper i AIM

Arbeidsgruppe	Leder	Medlemmer
Passert planlagt tid	Nicolai Møkleby, HSØ	Nicolai Møkleby, HSØ
		Daniel Nguyen, HSØ
		Terje Beck-Nielsen, HV
		Linda Midttun, HMN
		Stian Saur, St. Olavs hospital HF
		Rut Naversen, St. Olavs hospital HF
		Erik Skjemstad, HN
		Trine Stordjord, UNN
		Erik Sverrbo, HV
		Kirsti Freibu, HN
		Tanja Bjørneby, HSØ
		Julia Nemeth, Helsedirektoratet
Dagbehandlingsandel og liggetid	Lars Rønning, HSØ	Lars Rønning, HSØ
		Lars Rønningen, Helsedirektoratet
		Asgeir Winge, HMN
		Johanne Kalsheim, HV
		Arpad Totth, HN
KPP	Andreas Jordell, HV	Andreas Jordell, HV
		Mats Troøyen, HMN
		Lars Rønning, HSØ
		Lars Rønningen, Helsedirektoratet
		Arpad Totth, HN
Ikke møtt, replanlegging, planleggingshorisont	Nina M. Pedersen, HMN	Nina M. Pedersen, HMN
		Line Strømhaug Grongstad, HN
		Johanne Kalsheim, HV
		Richard McDowall, HSØ
		Julia Nemeth, Helsedirektoratet
		Daniel Nguyen, HSØ
Nye fagområder	Jan Norum HN	Jan Norum HN
		Pål Iden, HV
		Ole Tjomsland, HSØ
		Marte Bale, HV
		Daniel Haga, HM
		Lars Rønning, HSØ
		Lars Rønningen, Helsedirektoratet

Notat etter møte i referansegruppe AIM (tidligere kalt NFIM) på Gardermoen 19. mai 2017 om oppfølging av forskjeller i kapasitetsutnyttelse og effektivitet på tvers av sykehus

I Oppdragsdokumentet for 2017 ble arbeidet med å videreføre indikatorutvikling og kapasitetsutnyttelse, påbegynt av Helse Vest i 2015 og fortsatt av Helse Sørøst i 2016, overtatt av Helse Midt. Vi viser til tidligere utsendte notater fra brukerrepresentantene Knut Magne Ellingsen (HSØ) og Grete Müller (HV) fra møtene i referansegruppe (april og oktober 2016) og muntlig orientering til IR RBU om fremdriften av indikatorutviklingsarbeidet pr. 4. mai d.å.

Leder for utviklingsarbeidet i Helse Midt er Daniel Haga, assistert av Linda Midttun og Asgeir Winge.

For de konserntillitsvalgte møtte Mats Larsen og Karin Solfeldt, HSØ.

Innledningsvis ble det gitt orientering om selve oppdraget for 2017 og hvordan Helse Midt har valgt å organisere videreføringen av fjorårets arbeid, på bakgrunn av de tre rapportene som HSØ leverte til departementet i juni, oktober og november 2016. Av de ni indikatorene som ble identifisert i fjor, har man valgt ut fem av dem:

1. Andel og antall pasientkontakter, for nyhenviste og pasienter i et forløp hvor planlagt dato er passert ved rapporteringstidspunktet
2. Andel pasienter vurdert til å ikke ha behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten
3. Andel nyhenviste i spesialisthelsetjenesten sett opp mot totalt antall polikliniske konsultasjoner innenfor fagområdet
4. Andel kontroller i spesialisthelsetjenesten sett opp mot totale polikliniske konsultasjoner innenfor fagområdet.
5. Andel polikliniske konsultasjoner der aktivitet utføres utenfor fast behandlingssted – eksempelvis ambulerende virksomhet

De regionale helseforetakene skal i oppfølgingsmøter i 2017 spesielt rapportere på utviklingen av disse indikatorene innen psykisk helsevern, ortopedi, hjertesykdommer, plastikkirurgi, øyesykdommer og øre-nese-hals sykdommer - hvor indikatorene har relevans innenfor de ulike fagområdene.

De regionale helseforetakene skal følge opp systematiske sammenligninger mellom sykehus innen dagbehandling for ulike pasientgrupper og gjennomsnittlig liggetid for ulike pasientforløp.

Under ledelse av Helse Midt og i samarbeid med Helsedirektoratet skal de regionale helseforetakene 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. Videreutvikle de fem valgte indikatorene for å sikre datakvalitet, samt innhente og videreformidle erfaringer med bruken av indikatorene. Dessuten skal man foreta systematiske sammenligninger av kapasitetsutnyttelse og effektivitet for utvalgte prosedyrer på tvers av sykehus. Det forutsettes at NPR og SKDE involveres i arbeidet. Videre skal de regionale helseforetakene legge frem en plan for styringsmessig oppfølging og videre utviklingsarbeid knyttet til variasjon i effektivitet og kapasitetsutnyttelse.

I forbindelse med presentasjonen av oppdraget til Helse Midt ble referansegruppen enige om å komme med innspill og kommentarer underveis.

Følgende momenter ble drøftet:

Hvordan kan en sikre at de riktige indikatorene velges ut, hvordan unngå at dataene feiltolkes, for eksempel ved at en overser relevante faktorer som kan skape store forskjeller i verdien på indikatoren?

- Det ble redegjort for at det er fokus på dette i arbeidet, og det ble understreket at de nasjonale indikatorene skal være utgangspunkt for videre bruk og analyse på lokalt nivå - både regionnivå og avdelingsnivå
- Man må kunne fastslå om variasjonen som avdekkes virkelig er «uønsket»

Er det fare for at effektivitetskrav kan påvirke pasientsikkerheten på en negativ måte?

- Her ble det vist til at SKDE (Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering) har levert en rapport til prosjektet med åtte definerte kvalitetsindikatorer som skal tas inn i arbeidet
- Det ble understreket at kvalitet skal håndteres

Det ble uttrykt bekymring for at finansieringssystemer kan gi for sterke insentiver.

- Det bør være en målsetting at kvalitet skal være et sterkere insentivsystem til styring av helsetjenesten enn finansiering

Referansegruppa ba om status for «automatisk datafangst» fordi en frykter at arbeidet med indikatorer og effektivitet kan komme til å ta fokus og ressurser bort fra selve pasientbehandlingen.

- Det jobbes iherdig med å løse systemtekniske utfordringer med hensyn til å få frem gode, sammenlignbare tall som vil være enkelt å ta direkte ut fra allerede rapporterte data i NPR-systemet
- For å kunne integrere AIM i virksomhetsstyring, må man få på plass data under HF-nivået, RESH-ID (Register for enheter i spesialisthelsetjenesten)

Hvordan kan en bruke indikatorene lokalt i forbedringsarbeid?

- Det utføres arbeid innen ulike faggrupper som delvis kan være overlapp med arbeidet som utføres innen AIM. Eksempelvis ble det nevnt øyemedisin.
- Når det gjelder bruk av tvang i psykisk helsevern, som det arbeides med å begrense i de regionale helseforetakene, har AIM holdt disse problemstillingene utenfor sitt mandat
- Det ble understreket at all variasjon ikke er uønsket. Blant annet kan det oppstå variasjon når man prøver ut ulike behandlingsmetoder
- Viktig å satse på utviklingsarbeid som kan gi pasientene større mulighet for å endre på oppsatte timer og gi tilbakemeldinger om behov for kontroll og oppfølging. Det ble vist til at brukerutvalget i HSØ har hatt fokus på brukerstyrte poliklinikker der pasienten selv kan avgjøre om han har behov for kontroll i spesialisthelsetjenesten.

Det ble pekt på at variasjon og vurdering av fagområder som det skal fokuseres på må korrigeres for bruk av avtalespesialister. Eksempelvis er det særlig mange avtalespesialister i HSØ slik at tallene som fremkommer i sammenligningen mellom de ulike helseregionene ikke alltid er sammenlignbare. Også geografi og demografi kan gi skjeve sammenligninger som må tas hensyn til.

Indikatoren **passert planlagt tid** ble gjort rede for og diskutert betydningen av. Det er vanskelig å forklare allmenheten hva som ligger i dette begrepet. Har pasienten startet på en avklarende utredning eller har selve behandlingen startet?

Det er viktig for pasientene at behandlingen startes etter at det er satt av tilstrekkelig tid for utredning som kan fastslå en sikker diagnose. Som brukerrepresentanter i referansegruppen mener vi at denne indikatoren må defineres klarere, slik at det ikke oppstår tvil om at pasienten er i et behandlingsforløp med tilstrekkelig forutsigbarhet, eller om **passert planlagt tid** refererer til en punktmåling i forhold til planlagt oppstart av utredning.

Indikatoren **andel avviste** kan også være problematisk fordi det er vanskelig å tilstrebe en lik håndtering av henvisninger fra fastlege eller internt i spesialisthelsetjenesten. Noen ganger kan henvisningene være uklare eller ufullstendige, og som derfor må sendes frem og tilbake kanskje flere ganger før det er mulig å ta stilling til spørsmål om behandling i spesialisthelsetjenesten. Avviste henvisninger kan også skyldes ulik kultur og praksis blant alle landets ulike fastleger, der noen er mer innstilt på å behandle pasientene selv, mens andre er mer tilbøyelig til å sende pasientene fra seg. Derfor synes det noe uklart hva indikatoren egentlig måler og hvilken informasjon man kan få ut av dataregistreringen. Kan den virkelig være en kontrollindikator som kan vise hvor stort presset er på spesialisthelsetjenesten nasjonalt eller regionalt på et bestemt tidspunkt?

Indikator for **planleggingshorisont** kan knyttes til organisering og fordeling av legeressurs mellom poliklinikk og sengepost. Foruten at en lengere planleggingshorisont vil kunne ha betydning for effektivisering ved det enkelte sykehus, kan en slik fordeling av legeressurs mellom ulike arenaer på sykehuset også ha betydning for at pasienten slipper å vente unødige på utskrivning etter sykehusbehandling, eller holde ventetiden på poliklinikken på et rimelig lavt nivå. Forutsigbarhet og god kommunikasjon mellom sykehus og pasient er ut fra pasientens synsvinkel viktige forutsetninger for kostnadseffektiv sykehusdrift og kvalitet i pasientbehandlingen.

Når det gjelder nye diagnoseområder som psykisk helsevern og rusbehandling er det fokus på utfordringer knyttet til begrepet diagnose som indikasjon på variasjon innenfor dette fagfeltet. Rusbehandling er dessuten et fagområde der avtalespesialistene i enkelte regioner er særlig involvert, og det gjenstår et betydelig arbeid med å knytte sammen talldata fra alle behandlingsstedene slik at de kan være sammenlignbare og gi et godt nok grunnlag for vurdering av effektivitet og gode behandlingsresultater.

Målet med indikatorutvikling og effektivisering er ikke bare å redusere uønsket variasjon. Man ønsker å skille ut tilfeldig variasjon, for å få klarhet i det en kaller for systematisk variasjon. En systematisk variasjon står seg over tid og gir derfor et bedre grunnlag for å sammenligne ulike avdelinger, ulike klinikker, sykehus og helseforetak. Men en indikator er ikke god nok alene. Det kan blant annet være nødvendig å justere case-mix. Her har SKDE god oversikt gjennom de medisinske kvalitetsregistrene, og vil gi innspill i prosessen. Dessuten deltar Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene i arbeidsgruppen for AIM, hvor de gjennom ulike lokale prosjekter er med på å utvikle godt analyseverktøy.

Vi er som brukerrepresentanter i referansegruppen fornøyd med å ha fått deltatt i prosessen, og ser frem til en forhåpentligvis interessant og nyttig rapport som legges frem for AD-møtet og departementet i oktober 2017.

Haugesund, 11. juni 2017

Knut Magne Ellingsen

brukerrepresentant for HSØ

Grete Müller

brukerrepresentant for HV

Indikator nr: 5.4	Indikator relatert til: «Kapasitetsutnyttning og effektivitet» og «forbedringsarbeid»	Indikatornavn: «Antall pasientkontakter som har passert planlagt tid» Subindikator: «Andel av totalt antall planlagte pasientkontakter som har passert planlagt tid»
Versjon nr: 1.0	Godkjent av / dato: Styringsgruppa /31.05.2017	Anbefalt av / dato: AIM /31.05.2017
1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN		
Definisjon av indikatoren: Antall pasientkontakter som har passert planlagt tidspunkt, og hvor stor andel dette er av alle planlagte kontakter som ikke er avsluttet		
Begrepsavklaringer: En <i>henvisningsperiode</i> oppstår når pasienten henvises fra fastlegen for en <i>uavklart</i> (utredning) eller <i>avklart tilstand</i> (undersøkelse og behandling). Vurderingstider og ventetider følges opp og måles per fagområde (se kommentar). <i>Pasientforløp med forløpstider</i> planlegges for den enkelte pasient på grunnlag av en mal for <i>standardiserte forløp (pakkeforløp)</i> , <i>hastegrad</i> og/eller resultater av <i>tiltak og undersøkelser</i> . Det opprettes en eller flere reelle <i>pasientkontakter</i> for å planlegge <i>møter</i> mellom pasient og helsepersonell. Det er ulike <i>kontakttyper</i> i <i>utredning (diagnostisk)- eller behandlingsforløpet</i> , inklusiv <i>kontroller</i> (spesielt for pasienter med <i>kroniske lidelser</i>).		
Begrunnelse, referanse, evidens: Alle sykehus bruker pasientadministrative systemer for å håndtere pasientpopulasjonen på avdelings- eller lavere nivå. 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. Tidspunkt settes ut fra en medisinsk prioritering. For nyhenviste pasienter som er vurdert til å ha behov for helsehjelp vil det si innen «juridisk frist for start helsehjelp» (vurdert etter prioriteringsveilederen). For enkelte spesifikke pasientgrupper er det definert nasjonale standardiserte forløpstider (jfr. pakkeforløp for pasienter med kreft). For øvrige pasientkontakter i forløp settes planlagt dato utifra medisinske vurderinger og planleggingsmessige forhold. Indikatoren gir oversikt over hvor mange pasientavtaler som er forsinket i forhold til det planlagte eller avtalte tidspunktet som er registrert i pasientsystemet. Prosessindikatoren er ikke et mål i seg selv, men et middel for å bedre forstå og forklare variasjon i:		
<ul style="list-style-type: none"> - Registreringspraksis (når oppdateres pasientens kronologi? Settes korrekte avslutnings-/lukkekoder? Gjøres det, maskinelle konverteringer?) - Praksisvariasjoner (for eksempel er alle planlagte kontakter/kontroller nødvendige?) - Kapasitetsutfordring ved sammenlignbare enheter i foretaksgruppen, eller fagområder nasjonalt - Balanse mellom etterspørsel, tilbud og forbruk (vente- og forløpstider versus pasient – og forbruksrater), balanse mellom nye pasienter og kontroller. - Fordeling av kontakttyper på hhv. tentativ måned/uke vs fast dato/klokkeslett (for DIPS-sykehus. I Helse Midt-Norge må det legges inn konkret dato i feltet, 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) 		
Type indikator: Prosessindikator		

Indikatoren uttrykker:

Indikatoren «Antall pasientkontakter som har passert planlagt tid» er beskrivende for hvor mange kontakter som er «forsinket» i forhold til opprinnelig plan (planlagte eller avtalte tidspunkt registrert i pasientdatasystemet).

Indikatoren angir ingen årsak til forsinkelsen. Se eget avsnitt om underliggende faktorer.

Subindikatoren «andel pasientkontakter som har passert planlagt tid» kan gi en bedre forståelse av, og forklaring på, nivået for indikatoren. Subindikatoren sammenligner «antall pasientkontakter passert planlagt tid» med iverksatte planer for alle pasienter som venter på start helsehjelp eller er i et forløp. Under forutsetninger om beste praksis for brukskvalitet i PAS/EPJ og lik registreringspraksis etc (se begrunnelse, referanse og evidens) vil valide data gi kunnskap og innsikt. Innsikten åpner for handling om det er ubalanse mellom tilgjengelig (ressursallokerte) helsepersonell (leger), allerede pågående aktivitet og planlagte kontakter framover i tid på rapporteringstidspunktet.

2 METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA**Populasjon for indikatoren:**

Alle åpne henvisningsperioder med planlagte kontakter i spesialisthelsetjenesten.

Alle planlagte pasientkontakter for polikliniske konsultasjoner, dagopphold/dagkirurgi og døgnopphold som ikke er avsluttet.

Ekskludert i populasjonen:

Følgende kontakter ekskluderes i rapporten:

- ✓ En kontakt er satt til avsluttet når pasienten møter (ordinært avviklet), er utsatt av pasient (pasienten møter ikke til timen/ga ikke beskjed, pasienten er syk, pasient ønsket avbestilling/ønsker ny time), eller sykehusutsatt (manglende kapasitet, behandler fravær, andre årsaker).
- ✓ En kontakt tas heller ikke med dersom henvisningsperioden den er knyttet til er avsluttet (lukket).

Følgende kontakttypen er ekskludert da de i stor grad ikke viser reelle pasientkontakter:

- ✓ Indirekte pasientkontakt
- ✓ Opplæring
- ✓ Behandling innlagt pasient
- ✓ Pasientadministrert behandling

De radiologiske avdelingene ekskluderes.

Kontakter med passert planlagt tid er ikke inkludert i de tilfeller der det er planlagt en kontakt på et fremtidig tidspunkt. Dette pga at DIPS-rapport 4829 ikke inkluderer disse kontaktene i uttrekket.

For Helse Midt-Norge er ikke tall for fagområdene «rus» og «psykisk helsevern for barn/unge» inkludert i oversikten. Dette fordi disse to tjenesteområdene bruker andre datasystemer enn den øvrige virksomheten i Midt-Norge. Uttrekk fra disse systemene var ikke mulig å gjennomføre. Begge tjenesteområder skal over på same datasystem som øvrig virksomhet i løpet av 2017.

Teller:

Antall kontakter med passert planlagt tid

Nevner:

Teller + Antall planlagte kontakter framover i tid

Datakilde:

Rapportering skjer i dag ved bruk av

- Rapporten DIPS-4829 (Helse Nord og Helse Sør-Øst)
- SQL uttrekk fra PAS/EPJ (Helse Vest og Helse Midt-Norge)

Bearbeiding, aggregering og rapportering av data:

I nasjonal sammenheng brukes dimensjonen fagområde (kodeverk i NPR), isteden for organisasjonsstruktur, som brukes aktivt internt i fortetaksgruppen og innen foretaket.

Til internt bruk i de enkelte foretak, kan data gjøres tilgjengelig ned til laveste nivå. Da kan RESH-id for tjenesteenhet (avdeling), lokalisering (utfører) og seksjon (fagansvarlig) anvendes for å gi automatisk detaljering og aggregering.

- ✓ Tjensteenhet gir informasjon om antall kontakter med passert planlagt tid ved en avdeling.
- ✓ Lokalisering gir informasjon om behandlingssted og hvor (sengepost eller poliklinikk) pasienten hadde/har oppmøtetid for en planlagt kontakt. Andelen er sammenholdt med planlagte kontakter som en har planlagt tidspunkt for (og indirekte ressursallokert) ved enheten.
- ✓ Seksjonsnivå gir fagansvarlig / seksjonsansvarlig oversikt over antall pasienter en har ansvar for som er forsinket, og hvor stor andel dette utgjør av «allokert skapt kapasitet, men ikke faktisk kapasitet» fordelt på seksjon og/eller fagområde. En seksjon (og delvis ventelisteansvarlig og forløpskoordinatorer) har ofte ansvar for pasienter som har planlagte kontakter ved flere lokasjoner/poliklinikker. Multidisiplinært samarbeid om pasienten betyr også mer bruk av sekundærhenvisninger og planlagte kontakter ved andre seksjoner.

Indikatoren presenteres på foretaksnivå til RHF og til HOD. Det er en intensjon om å presentere tallene per fagområde (se vedegg for eksempler)

Indikatoren «Antall kontakter med passert planlagt tid» presenteres nasjonalt/regionalt som tallstørrelser per helseforetak per periodeslutt (måned eller tertial).

I de enkelte regionene/HF-ene presenteres indikatoren per avdeling, seksjon, lokalisering (sengepost eller poliklinikk) – med filtrering på dimensjoner som fagområde, kontakttypen og andre parametere.

For å få en indikasjon på den relative størrelsen av antall kontakter med passert planlagt tid, fremstilles også nivået som en «andel av totalt antall planlagte kontakter (faste og tentative oppmøtetidspunkt)» som ikke er avsluttet (historisk) og nye framover i tid.

Data skal tas ut den 3. virkedag i måneden og sendes elektronisk til Helsedirektoratet/NPR.

Alle kontakter som har et planlagt oppmøtetidspunkt i forrige måned eller tidligere, er forsinket og fremstilles som kontakter med passert planlagt tid.

Måletidspunkt og rapporteringsperiode angis i all rapportering.

3 TOLKNING, PRESENTASJON OG BRUK AV RESULTATER

Målsetning og effekt:

- ✓ Målet er økt verdiskaping for pasient gjennom å redusere nivå og variasjon i antall og andel pasientkontakter med passert planlagt tid.
- ✓ Indikatoren inngår i et sett av andre prosessindikatorer. Utviklingen i indikatoren må derfor tolkes i sammenheng med andre prosess- og resultatindikatorer

Indikatoren brukes/anvendes som:

Styringsvariabelen har en nyttverdi og betydning for ulike interessenter. Indikatoren kan bidra til oppmerksomhet om å etablere systematisk oppfølging av antall pasienter som ikke innkalles til planlagt tid i et forløp. Dette omfatter:

- ✓ Pasienter og pårørende i pasientens helsetjeneste (PASIENT – og PÅRØRENDE PERSPEKTIV)
 - Forutsigbar plan for et behandlingsforløp hvor avtaler holdes (ref. kreft pakkeforløp med standardiserte forløpstider). Pasienten tar ansvar for egen helse med egen monitorering (ikke-medikamentelle tiltak)
 - Trygghet for at pasienter ikke blir glemt (blir innkalt i tide til 1. gangs konsultasjon og senere kontroller og blir innkalt på nytt ved ikke-møtt eller utsettelse etc)
- ✓ Klinikere og helsepersonell i HF-ene (BEHANDLER PERSPEKTIV)
 - Trygghet for at pasientens kontaktliste er oppdatert og gir riktig bilde av pasientens forløp (historisk utført, ikke-utført og nye planlagte kontakter framover i tid). Leger i team kan forberede seg til kontakten med pasienten med en oppdatert pasientkronologi

- Kunne allokere rett kompetanse med riktige tiltak til rett tid (innen medisinsk forsvarlig frist)
- ✓ Ledere i RHF og HF (SØRGE-FOR PERSPEKTIV)
 - Unngå uønsket variasjon i ventetid og forløpstid, både på ventelister og interne planleggingslister
 - Riktig rapportering/dialog i hele styringslinjen (ref. styringsdokument 2017)
 - Kontroll på ressursforbruk, grad av re-planlegging. Åpner for omfordeling av oppgaver i foretaksgruppen
- ✓ Politikere, media og omgivelsene (ALLE PERSPEKTIV)
 - Bidra til forståelse omkring at pasienten står på en venteliste inntil helsehjelpen initielt starter.
 - Behandlings-/pasientforløpet fortsetter etter pasienten tas av offisiell venteliste, ved at det planlegges og tildeles timer (oppmøtelister), lages sekundær-henvisninger til andre tjenester (operasjonsprogram, andre fag/seksjoner) og ved at det foregår koordinering av alle timer/kontakter på flere planleggingslister (interne ventelister)
 - Skille mellom primærhenvisninger fra fastlege og sekundærhenvisninger mellom spesialister (henvist internt til andre fag eller spesialiteter for diagnostikk, undersøkelse, behandling eller tilsyn)

Prosessindikatoren brukes for å få nok innsikt til å iverksette handling og forbedringstiltak for å sikre en stabil prosess (stabilt og kvalitativt godt nivå på alle pasientkontakter, aktiviteter og tiltak/undersøkelser i behandlingsprosessen).

Tallstørrelsen og andeler for prosessindikatoren kan gi grunnlag for å øke kapasiteten eller kapasitetsutnyttelsen/dekningsgrad for helsetjenestetilbudet, eller effektivisere driften for et fag eller en enhet.

Underliggende faktorer som kan forklare variasjon:

Det kan forekomme variasjon i resultatene avhengig av om det enkelte behandlingsstedet har implementert felles rutiner for oppdatering av pasientkronologi, og om de har oversikt og kontroll på tildeling av timer til pasienter som står på ventelister og planleggingslister. Etersom mange av pasientforløpene er uforutsigbare og kan endre hastegrad underveis, vil det alltid bli behov for å planlegge nye kontakter på kort varsel utover akutte innleggelser. Foretakene forklarer også at opererte pasienter ved utskrivning skal tildeles time for en tidlig etterundersøkelse. Innen dette er gjort vil henvisningen inngå i populasjonen åpne henvisninger uten planlagt kontakt, og kan følges opp spesielt.

Lengden på planhorisont for tildeling av timer og allokering av legeressurser med oppgavedeling kan forklare variasjoner i andeler; men da utover reelle kapasitetsutfordringer. Foretakene og enhetens aktive bruk av avslutningskoder/lukkekloder for planlagte kontakter er helt nødvendig for å kunne forklare variasjon, f.eks. om årsaken er manglende kapasitet og behandlerens fravær (sykehus utsatt) eller om pasienten ikkemøter eller ønsket avbestilling (pasientutsatt). Det forutsettes at dersom kontakten ikke er ordinært avvirket, så vil en samme dag avslutte kontakten med en korrekt årsakskode; og at det opprettes en ny planlagt kontakt med oppmøtetid. Historikken er helt nødvendig for å kunne evaluere og forbedre planlegging og pasientlogistikk.

Det er kjent at arbeidet med standardiserte forløp (kreftpakkeforløp) og serie-kontakter (en pasient som skal inn til regelmessige kontroller gis faste timer for flere av disse kontaktene) vil øke nevneren og dermed redusere andelen med passert planlagt tid. Det bør derfor jobbes videre med å se nærmere på om det bør benyttes andre kriterier for å fremstille nevneren per periode.

Datakvalitet:

En helhetlig rapportering av indikatorene forutsetter tilstrekkelig god datakvalitet

Validitet

Validitet er hvor godt vi klarer å måle pasientkontakter som har passert planlagt tid.

Informasjonselementer som denne indikatoren trenger er;

- Merkantil logistikk opplysning (f.eks. pasient-ID, henvisnings-ID, henvisning mottatt-år, avdeling, seksjon og poliklinikk/sengepost, planlagt oppmøtetidspunkt (dato, ukedag, klokkeslett) eller tentativ tid (måned/uke), kontakttype, avslutnings/lukke-koder)

- Medisinsk logistikk informasjon (f.eks. fagområde, hastegrad, ikke-sensitiv diagnosegruppe, status ventetidslutt – om pasienten er tatt av venteliste og er i forløp, hvilken type helsepersonell lege/sykepleier)

Kompletthet

Data som brukes i indikatoren i dag er basert på uttrekk, som beskrevet under «datakilde» for ett helseforetak. En utfordring med datakvalitet fra uttrekkene er at vi ikke har en oversikt over total etterspørsel, tilbud, planer og forbruk på tvers av tjenesteleverandører. Dette fordi private leverandører ikke er inkludert i datagrunnlaget.

Korrekthet / integritet

Korrektheten til data som inngår i uttrekkene påvirkes av:

- Enhetlig (lik) registreringspraksis
- Praksisvariasjoner
- Omkodinger (tilrettelegginger og mappinger)

Eksempelsvis informasjonselementet fagområde «Ukjent» og «Uten fagområdet» inntreffer på grunn av 1) registreringspraksis av lokale koder og 2) mapping til nasjonalt NPR kodeverk.

Tidsriktighet

Data tas ut ved punktmålinger (se avsnitt under) som kan gi (tilfeldige) variasjoner per måned eller uke/ukedag eller sesong/perioder. Meldingene må inneholde dato og klokkeslett for siste leste transaksjon; og hvor begrepet «passert planlagt tid» er denne dato kl. 00.00.

Konsistens

I dag har vi en informasjonsmodell hos NPR som er leverandøruavhengig. NPR er derfor avhengig av at nasjonale kodeverk og lokal kodeverk (kategorisering og klassifisering) til en hver tid er oppdatert og brukes likt av alle rapporteringsenheter.

Analyse og presentasjon av data:

- **I nasjonal sammenheng vises tall på RHF, HF og fagområde:**
 - ✓ Tabellarisk og grafisk
- **Internt i RHF-enes foretaksgrupper (vises på flere organisasjonsnivå):**
 - ✓ Data kan vises fra tre perspektiver – tjenesteenhet (avdeling), fagenhet (seksjon som er fagansvarlig) og lokalisering (post, poliklinikk) der alle nivå i RESH-hierarkiet vises. I DIPS registreres disse elementene helt uavhengig av hverandre (mange til mange forhold)
- **Punktmålinger per måned:**
 - ✓ Data vises per måned, men bør i egen region kunne vises per uke, ukedag og tidspunkt for avdekke variasjoner
- **Data oppdateres hvor ofte:**
 - ✓ Data oppdateres ukentlig eller hver ukedag/virkedag
 - ✓ Ferdigstilling av pasientkronologi og kontaktstatus forventes ajourført daglig/løpende, senest 3. virkedag

VEDLEGG: Eksempelsamling fra Helse Vest**Eksempel på fremstilling og tolkning av indikator:**

Helseforetak	Antall			Andel kontakter som har passert planlagt tid
	pasientkontakter som har passert planlagt tid	Kontakter som er planlagt framover i tid	Sum planlagte kontakter	
☐ Spesialisthelsetjenesten	26 805	366 266	393 071	6,8 %
⊕ HELSE BERGEN HF	8 039	156 202	164 241	4,9 %
⊕ HELSE FONNA HF	4 784	44 521	49 305	9,7 %
⊕ HELSE FØRDE HF	823	37 078	37 901	2,2 %
⊕ HELSE STAVANGER HF	10 378	98 821	109 199	9,5 %
☐ Private ideelle	2 781	29 644	32 425	8,6 %
⊕ HARALDSPASS DIAKONALE SYKEHUS AS	1 469	10 350	11 819	12,4 %
⊕ HAUGESUND SANITETSFØRENINGEN REVMATISMESYKEHUS	1 035	11 042	12 077	8,6 %
⊕ NKS JÆREN DISTRIKTSPSYKIATRISKE SENTER AS	98	1 897	1 995	4,9 %
⊕ NKS OLAVIKEN ALDERSPSYKIATRISKE SYKEHUS AS	25	277	302	8,3 %
⊕ SOLLI SYKEHUS	24	1 489	1 513	1,6 %
⊕ STIFTELSEN BETANIEN BERGEN	127	4 057	4 184	3,0 %
⊕ VOSS DPS NKS BJØRKELI AS	3	532	535	0,6 %

Kilde: DIPS, rapporteringstidspunkt: 26.feb 2017.

Analyse:

- ✓ Rapporten er tatt ut den 26. feb. og viser 26 805 kontakter som har passert tid per 31. jan. 2017.
- ✓ Andel kontakter som har passert planlagt tid er 6,8% sammenlignet med hva som er planlagt per 26. feb.
 - Omtrent 3 av 4 planlagte kontakter som er forsinket er registrert med tentativ måned.
 - Nær 50% av disse kontaktene er registrert med kontakttypen kontroll.
- ✓ Tallstørrelser og andeler påvirkes av registreringspraksis og tidspunkt for oppdatering av pasientkronologi, med fullstendig føring av merkantil og medisinsk informasjon. Kompleksiteten i pasientforløpene påvirker logistikken. Noen momenter krever enhetlige retningslinjer for hva som må registreres strukturert i kronologi / tiltaksplan i PAS – versus - standardisert plandokument i EPJ
 - Foretakets og enhetens vurdering og planlegging av henvisninger (ventelister) og interne planleggingslister (intern ventelister)
 - Prioritering og tildeling av direkte timer utifra ventetid for nyhenviste; samt forløpstider (intern ventetid) for prioriterte kontroller.
 - Vanlig praksis for merkantilt personell er å prioritere de pasienter som har ventet lengst
- ✓ I Helse Vest pågår det også en oppdatering av historiske data i alle HF,
 - helt tilbake til 2008 med konverteringer av data fra andre PAS/EPJ til DIPS
- ✓ Antall og andeler vil i dette eksemplet endres med ny informasjon i løpet av februar 2017, spesielt for pasienter med tentative kontakter
 - Tentative i siste måned (feb) som ikke har fått (ny) time i februar, eller senere
 - Tentative blir registrert med avslutningskode (årsaken) når pasienten får tildelt time; eller en venter til pasienten har møtt (ordinært avviklet).
- ✓ Ukesrapportene er dynamisk i løpet av en rapporteringsperiode (mnd) og er ikke endelig før den 3. virkedag i ny måned. For denne aktuelle rapporteringsperioden hadde en fem dager for rydding og oppdatering av pasientkronologi innen månedlig rapportering til fra HF til RHF, og fra RHF til Helsedirektoratet.

✓ Rapportering fra RHF til HOD foretas tertialsvis, med samme frist: 3. virkedag

Fagområdet: Øyesykdommer

Helseforetak	Kontakter som er passert planlagt tid	Kontakter		Sum planlagte kontakter	Andel kontakter som har passert planlagt tid
		som er planlagt framover i tid	som er planlagt framover i tid		
[-] Spesialisthelsetjenesten	2 013	19 823	21 836		9,2 %
[+] HELSE BERGEN HF	119	7 426	7 545		1,6 %
[+] HELSE FONNA HF	587	4 740	5 327		11,0 %
[+] HELSE FØRDE HF	33	2 196	2 229		1,5 %
[+] HELSE STAVANGER HF	1 274	5 461	6 735		18,9 %

Kilde: DIPS, rapporteringstidspunkt: 26.feb 2017

Analyse:

- ✓ Øyefaget er et autonomt fag, med mindre multidisiplinært samarbeid enn f.eks. onkologi og indremedisin.
 - Det er imidlertid utstrakt grad av oppgavedeling mellom lege, ortoptist og sykepleiere
- ✓ Andel kontakter som har passert planlagt tid innen øyefaget er **9,2 % i gjennomsnitt for hele foretaksgruppen**.
 - Det er store variasjoner for øyefaget per foretak, hvor nær 1 av 5 kontakter i Helse Stavanger HF og 1 av 5 er forsinket.

Seksjoner	Planlagte kontakter passert tentativ eller fast tid	Planlagt kontakter framover i tid	Sum planlagte kontakter ikke avsluttet	Andel kontakter med passert tentativ eller fast tid
[-] Øyesykdommer	1 383	5 274	6 657	20,8 %
Ingen lokalisering	7	12	19	36,8 %
Oftalmog./spl. øye poliklinikk	154	809	963	16,0 %
Ortoptist poliklinikk	884	893	1 777	49,7 %
Sykehuset, Våland	6	1	7	85,7 %
Øye poliklinikk Stavanger	332	3 559	3 891	8,5 %
[-] Ikke registrert seksjon	60	1	61	98,4 %
Ingen lokalisering	25	1	26	96,2 %
Oftalmog./spl. øye poliklinikk	12		12	100,0 %
Ortoptist poliklinikk	18		18	100,0 %
Sykehuset, Våland	2		2	100,0 %
Øye poliklinikk Stavanger	3		3	100,0 %
Totalsum	1 443	5 275	6 718	21,5 %

Kilde: DIPS, rapporteringstidspunkt: 03. mars 2017

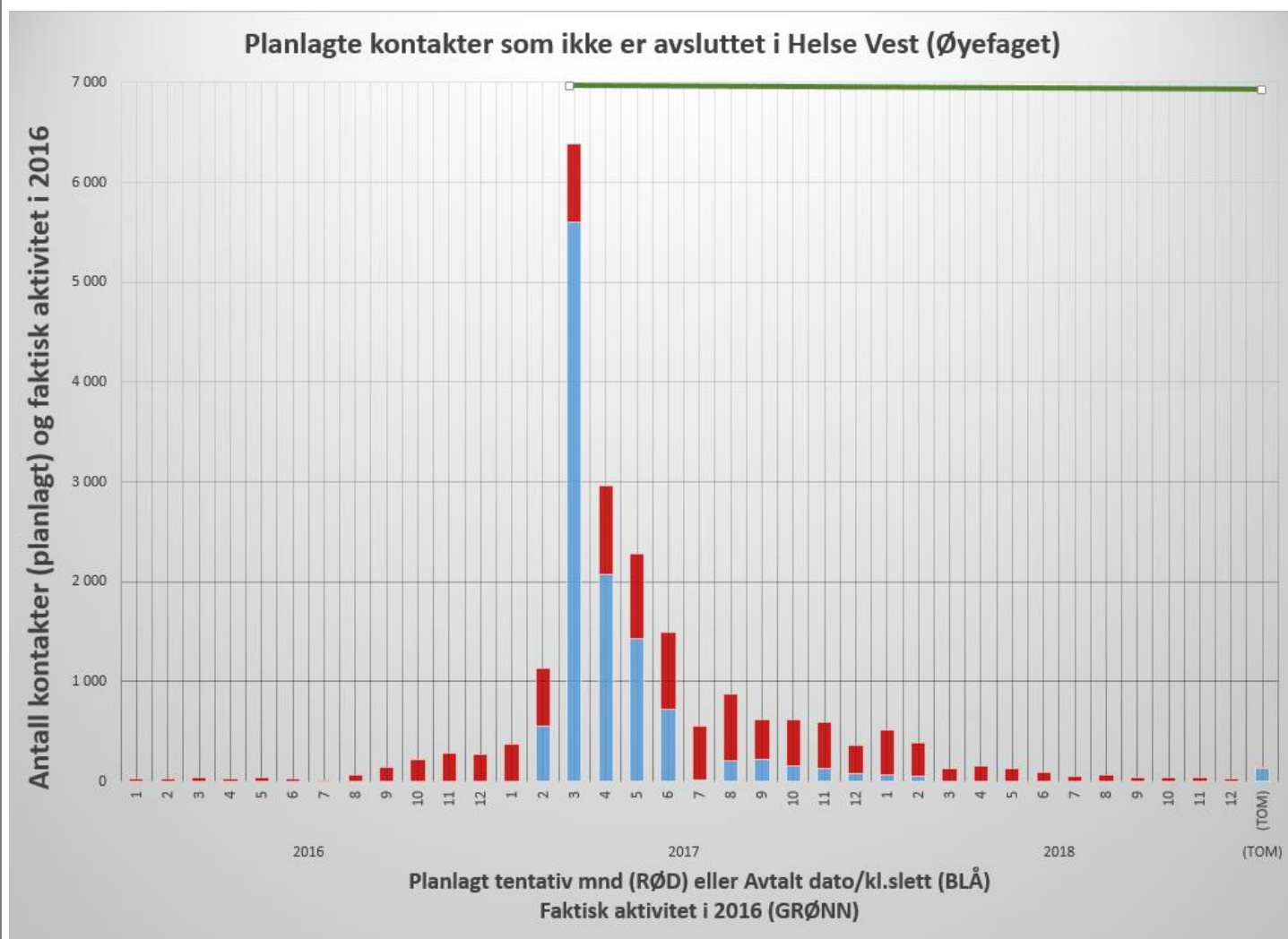
Planlagte kontakter passert tentativ eller fast tid														Opp↓		2016 Totalt		2017 Totalt	
Seksjoner	2016												2016 Totalt	2017		2017 Totalt			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		1	2				
Øyesykdommer	30	31	34	26	37	27	17	49	65	82	106	130	634	155	216	371			
Ingen lokalisering					1								1						
Oftalmog./spl. øye poliklinikk					1			1	1	21	44		68	40	45	85			
Ortoptist poliklinikk	30	31	34	24	23	20	12	24	40	59	63	50	410	58	71	129			
Øye poliklinikk Stavanger				2	12	7	5	25	24	22	22	36	155	57	100	157			
Totalsum	30	31	34	26	37	27	17	49	65	82	106	130	634	155	216	371			

Seksjoner	2016												2016 Totalt	2017		2017 Totalt
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		1	2	
Øyesykdommer	30	31	34	26	37	27	17	49	65	82	106	130	634	155	216	371
Ingen lokalisering					1								1			
Behandling					1								1			
Oftalmog./spl. øye poliklinikk					1			1	1	21	44		68	40	45	85
Behandling								1	14	27			42	23	31	54
Kontroll					1				1	7	17		26	17	14	31
Ortoptist poliklinikk	30	31	34	24	23	20	12	24	40	59	63	50	410	58	71	129
Behandling	18	20	15	18	16	17	6	22	29	45	52	40	298	41	67	108
Kontroll	12	11	19	6	7	3	6	2	11	14	11	10	112	17	4	21
Øye poliklinikk Stavanger				2	12	7	5	25	24	22	22	36	155	57	100	157
Behandling				2	10	5	4	21	15	16	14	26	113	34	67	101
Kontroll					1	2		4	9	6	8	9	39	23	31	54
Utredning					1		1					1	3		2	2
Totalsum	30	31	34	26	37	27	17	49	65	82	106	130	634	155	216	371

Analyse:

- ✓ Tabellen over tyder på at det er eller har vært kapasitetsutfordring for en eller flere profesjoner innen øyefaget for planlagte tentative timer; - for både behandling og kontroll; men ikke utredning.
- ✓ En kan anta at kontaktypene behandling og kontroll overlapper hverandre i behandlingsforløpet (behandlingsprosessen) – om ikke i planleggingen, men i hvert fall under utførelsen.
 - Det forekommer at legen endrer medisineringen under en kontroll; og endrer kontaktypen fra kontroll til behandling. Eller at det er planlagt / avtalt at en skal prøve ut andre tiltak under periodisk kontroll.
 - Ulik registreringspraksis i foretakene eller enhetene kan gi tilfeldige variasjoner i tallgrunnlag og usikkerhet om tolking og analyse
 - Dette gjelder spesielt om det er kronikere (eks. juvenil revmatoidartritt) som har årlige kontroller for regnbuebetennelse hos øyenlege
- ✓ Drill-down (slice-and-dize) og pivotering for HST viser at det i perioden 2015-2017 var en sterk økning fra oktober 2016 for ortoptist; fra des 16 for oftalmog./spl og fra des16/jan17 for leger på øyepoliklinikk
 - På poliklinikken for ortoptist er nær 50% av totalt planlagte pasientkontakter ikke blitt utført (eller ikke registrert med avslutningskode) om en ser hele perioden 2015-2017 (per februar)
 - Er det avhengighet mellom konsultasjonene ved de tre poliklinikkene; for eksempel rekkefølge og samtidighetskonflikt i behandlingsprosessen?
 - Skal pasienten ha timekonsultasjon hos flere helsepersonell grupper på samme dag?
- ✓ Tallgrunnlaget i uttrekket/rapport D-4829 og statistikk gir et begrenset kunnskapsgrunnlag for innsikt og handling:
 - Helse Vest har pt. ikke koblet uttrekket til andre prosess-indikatorer i «Alle-møter» programmet)

- Herunder re-planlegging forårsaket av pasient- og/eller sykehus-utsettelse
- Antall og andel møtt, ikke-møtt/ikke beskjed, fristbrudd,



Kilde: DIPS, rapporteringstidspunkt: 26. feb. 2017

Analyse:

Andel kontakter som har passert planlagt tid innen øyefaget ift. historisk kapasitet (antall ordinært avviklede konsultasjoner i 2016) er i gjennomsnitt 2,9 %.

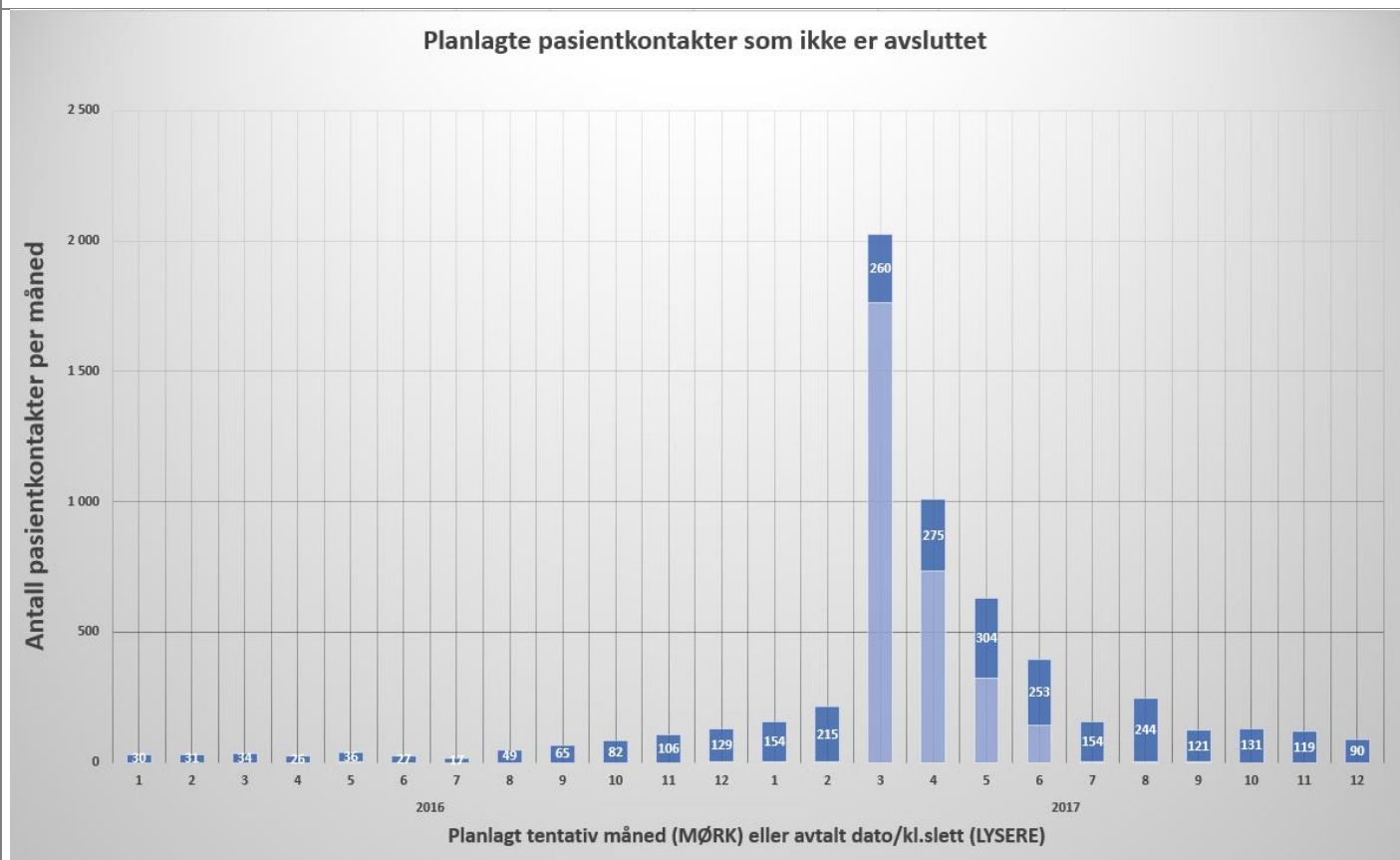
Det er store variasjoner per HF fra 0,6 % i Helse Bergen, til 4,7 % i Helse Stavanger og 6,0 % i Helse Fonna

Grafen over viser et øyeblikksbilde den 26.febr 2017, før rapporteringsperioden for februar måned er avsluttet:

- ✓ Over 1 000 av de 2 000 kontaktene i hele foretaksgruppen, som er passert planlagt tid, er registrert som tentativt i 2015-2016.
 - Antall planlagt med tentativ måned i februar 2017 er nær 400 kontakter (rød stolpe i mnd 2) den 26. februar.
 - Alle disse kontaktene må ved utgangen av februar registreres med korrekt avslutningskode og pasienten må eventuelt tildeles ny time. Hvis ikke vil de inngå som nye «avtale brudd» med pasienten per 3. mars.
- ✓ DIPS har frihetsgrader til å registrere avslutningskode (årsak) for en tentativt planlagt kontakt :
 - Når pasienten får tildelt time; eller
 - Når pasienten har møtt (ordinært avviklet; eller annen avslutningskode)
- ✓ Dersom en vil ha et riktig øyeblikksbilde og samtidig beholde korrekt historikk må en i dagens DIPS vente med å avslutte

den opprinnelig planlagte kontakt med riktig avslutningskode inntil pasienten har møtt til ny time.

- Pasienten vil da stå oppført både på oppmøtelisten og DIPS-venteliste i DIPS operasjonelt system. Det er utfordrende for merkantilt og medisinsk personell å ha en pasientkronologi som ikke er oppdatert, bare fordi en skal ha riktig statistikk
 - I statistikken er kontakten regnet som passert tid inntil kontakten er ordinært avvirket eller avsluttet med en reell lukkekode.
- ✓ Kontakter med oppmøtetid i feb. 2017 (blå stolpe i mnd 2) har oppmøtetid denne uken. Forhåpentligvis avsluttes disse innen 3. virkedag (3. mars) med kode: «ordinært avvirket» ved at pasienten møter; eller andre reelle lukkekoder. Om ikke blir kontaktene tolket som nye «passerte planlagt tid» innen øyefaget.
- Tentative i siste måned (feb) som ikke har fått (ny) time i februar, eller senere
- ✓



Kilde: DIPS, rapporteringstidspunkt: 03. mars 2017

Analyse:

- Grafen over er tatt ut den 3. mars for øyefaget.
 - I Helse Stavanger har 215 pasientkontakter med tentativ måned i februar passert månedskifte feb/mars.
- Sammenlignet med rapporten som ble tatt den 26. februar har det derfor vært en økning på 2,7 %-poeng i andel som har passert planlagt tid (fra 18,9 til 21,5 pst.)

Indikator nr:	Indikator relatert til: Effektivitet og kapasitetsutnyttelse	Indikatornavn: Andel dagbehandling
Versjon nr: 0.9	Godkjent av:	Anbefalt av: AIM
1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN		
Definisjon av indikatoren: Andel dagbehandling er hvor stor andel av alle episoder (døgn- og dagbehandlinger) for en definert pasientgruppe som utføres som dagbehandling.		
Begrepsavklaringer: Dagbehandling er mer ressursmessig omfattende enn en poliklinisk konsultasjon, men uten at pasienten overnatter. Ved dagbehandling er dato for innleggelse lik dato for utskrivning. Dersom det ikke foreligger prosedyrekode som kategoriseres som dagbehandling, benyttes regel om at kontakter med mer enn 5 timers varighet defineres som dagbehandling, jf. DRG-systemet.		
Begrunnelse, referanse, evidens:		
Type indikator: Prosessindikator		
Indikatoren uttrykker: Indikator beskriver den relative mengden pasientbehandling som skjer i form av dagbehandling. Indikator gir ingen informasjon om årsak til variasjon i andel dagbehandling eller hva som er ønsket andel dagbehandling.		
2 METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA		
Populasjon for indikatoren: Dagbehandling er pasientepisoder i spesialisthelsetjenesten med 0 liggedager (inndato=utdato) og dagkirurgi. Ikke-kirurgisk dagbehandling er innleggelser med 0 liggedager og ikke gruppert i en kirurgisk DRG. Dagkirurgi er episoder (innleggelser eller konsultasjoner) med 0 liggedager som er gruppert i kirurgisk DRG.		
Ekskludert i populasjonen: Aktivitet klassifisert som <ul style="list-style-type: none"> ✓ Polikliniske konsultasjoner ✓ Poliklinisk rehabilitering, kjemoterapi og stråleterapi ✓ Dialyse med 0 liggedager ✓ Døgnopphold 		
Teller: Antall episoder med spesifikke prosedyrer klassifisert som dagbehandling (opphold med 0 liggedager og dagkirurgi)		
Nevner: Dag- og døgnepisoder hvor spesifikke prosedyrer er hovedårsaken til episoden.		
Datakilde: NPR-melding 53		
Bearbeiding, aggregering og rapportering av data: Data aggregeres til RHF nivå, men gjøres også tilgjengelig på lavere nivå i de enkelte foretak. Bruk av RESH-id for tjenesteenhet (avdeling), lokalisering (utfører) og seksjon (fagansvarlig) gir automatisk detaljering og aggregering. <ul style="list-style-type: none"> ✓ Tjenesteenhet gir informasjon om andel dagbehandling ved en avdeling. ✓ Lokalisering gir informasjon om behandlingssted og hvor pasienten er (sengepost). ✓ Seksjonsnivå gir fagansvarlig / seksjonsansvarlig oversikt over antall pasienter en har ansvar for som får dagbehandling, og hvor stor andel dette utgjør av total fordelt på seksjon og/eller fagområde. 		
Indikatoren presenteres på foretaksnivå til RHF og til HOD.		

3 TOLKNING, PRESENTASJON OG BRUK AV RESULTATER
Målsetning og effekt: Hensikt med indikator er å forstå den relative mengden av pasientbehandling som er skjer i form av dagbehandling. Målet med indikator er å øke verdi for pasient og samfunn gjennom bedre bruk av dagbehandling som et alternativ til innleggelse av pasient. Indikator gir ingen informasjon om årsak til variasjon i andel dagbehandling eller hva som er ønsket andel dagbehandling, og bør derfor brukes med varsomhet.
Indikatoren brukes/ anvendes som: Indikator er en styringsvariabel for systematisk oppfølging og forbedring i bruk av dagbehandling, og kan brukes til å identifisere mulige områder for forbedringer. Indikator kan blant annet brukes for å redusere unødvendig variasjon i praksis for dagkirurgi og effektiv bruk av sengeposter. Dersom vi ser på ulike dimensjoner knyttet til indikator kan dette gi økt kunnskap om drivere for variasjon. Indikator bør sees i sammenheng med andre prosessindikatorer som for eksempel liggetid, døgnopphold, reinnleggelser, etc.
Underliggende faktorer som kan forklare variasjoner:
Datakvalitet:
Analyse og presentasjon av data: <ul style="list-style-type: none">• I nasjonal sammenheng vises tall på RHF, HF og fagområde:<ul style="list-style-type: none">✓ Tabellarisk og grafisk• Internt i foretaksgruppen vises organisasjonsnivå:<ul style="list-style-type: none">✓ Data vises fra tre perspektiver – tjenesteenhet (avdeling), fagenhet (seksjon som er fagansvarlig) og lokalisering (post, poliklinikk) der alle nivå i RESH-hierarkiet vises.• Punktmålinger per måned:<ul style="list-style-type: none">✓ Data vises per måned, men bør i egen region kunne vises per uke, ukedag og tidspunkt på døgnet for å avdekke variasjoner.• Data oppdateres hvor ofte:<ul style="list-style-type: none">✓ Interne data oppdateres ukentlig eller hver ukedag/virkedag
Eksempel på fremstilling av indikator:

Vedlegg 7 – Indikatorbeskrivelse gjennomsnittlig liggetid

Indikator nr:	Indikator relatert til: Effektivitet og kapasitetsutnyttelse	Indikatornavn: Gjennomsnittlig liggetid
Versjon nr: 0.9	Godkjent av:	Anbefalt av: AIM
1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN		
Definisjon av indikatoren: Gjennomsnittlig liggetid er den gjennomsnittlige tiden pasienter er innlagt på sengepost. Tiden pasienter er innlagt på sengepost måles fra tidspunktet pasient skrives inn til pasient skrives ut.		
Begrepsavklaringer:		
Begrunnelse, referanse, evidens: Norske sykehus kan bli mer effektive ved å redusere antall liggedøgn. Riksrevisjonen undersøkelse av effektivitet i sykehus (2013) avdekket at sykehus med kort liggetid har like god kvalitet på pasientbehandlingen for et utvalg pasientgrupper som sykehus med lengre liggetid. Reduksjon i liggetid har altså ikke gått på bekostning av behandlings-kvaliteten. Det er viktig å forstå hvorvidt en ytterligere reduksjon i liggetid kan medføre uønskede følger. OECD-tall viser at gjennomsnittlig liggetid i Norge har vært relativt kort i forhold til i andre land, og ble ytterligere redusert etter samhandlingsreformen i 2012.		
Type indikator: Prosessindikator		
Indikatoren uttrykker: Indikator er et uttrykk for døgnaktivitet i sykehus. Sammen med befolkningsdata (antall innbyggere justert for alder og kjønn) gir indikator uttrykk for forbruk. Indikator gir ingen informasjon om årsak til variasjon i liggetid eller hva som er ønsket liggetid for pasienter.		
2 METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA		
Populasjon for indikatoren: Pasienter i spesialisthelsetjenesten med liggetid > 0 dager / 24 timer.		
Ekskludert i populasjonen: Pasienter som er i kontakt med spesialisthelsetjenesten og har <= 0 liggedøgn.		
Teller: Tidspunkt for utskriving minus tidspunkt for innskrivinger (antall dager).		
Nevner: Indikator kan fremstilles per 1 000 innbygger.		
Datakilde: NPR-melding 53		
Bearbeiding, aggregering og rapportering av data: Data aggregeres til RHF-nivå, men gjøres også tilgjengelig ned til laveste nivå i de enkelte foretak. Bruk av RESH-id for tjenesteenheter (avdeling), seksjon (faglig ansvarlig) og lokalisering (utfører) gir automatisk detaljering og aggregering. <ul style="list-style-type: none"> ✓ Tjenesteenheter gir informasjon om liggetid ved en avdeling. ✓ Lokalisering gir informasjon om behandlingssted og hvor pasienten er (sengepost). 		

- ✓ Seksjon gir informasjon om faglig ansvarlig for pasient.

Det er også en intensjon at tallene skal kunne drilles ned i ulike dimensjoner som eksempelvis:

- ✓ Fagområde
- ✓ Hastegrad (øyeblikkelig hjelp / elektiv)
- ✓ Avstand til sykehus
- ✓ Re-innleggelser

Indikatoren presenteres på foretaksnivå til RHF og til HOD.

3 TOLKNING, PRESENTASJON OG BRUK AV RESULTATER

Målsetning og effekt:

Hensikt med indikator er å forstå og kunne forbedre døgnaktivitet i sykehus. Sammen med befolkningsdata (antall innbyggere juster for alder og kjønn) gir indikator kunnskap om forbruk i spesialisthelsetjenesten. Indikator gir ingen informasjon om årsak til variasjon i liggetid eller hva som er ønsket liggetid for pasienter. Den vil heller ikke gi noe informasjon om den totale tiden pasienten er sengeliggende i helsesektoren, ettersom liggetid er avgrenset til sykehus og ikke inkluderer kommunale sengeplasser.

Indikatoren brukes/ anvendes som:

Indikator er en styringsvariabel for systematisk oppfølging og forbedring i bruk av kapasitet ved sengepost i sykehus, og kan brukes til å identifisere mulige områder for forbedringer. Indikator kan blant annet brukes for å redusere unødvendig variasjon i liggetid for innlagte pasienter. Dersom vi ser på ulike dimensjoner knyttet til indikator kan dette gi økt kunnskap om drivere for variasjon.

Underliggende faktorer som kan forklare variasjoner:

Datakvalitet:

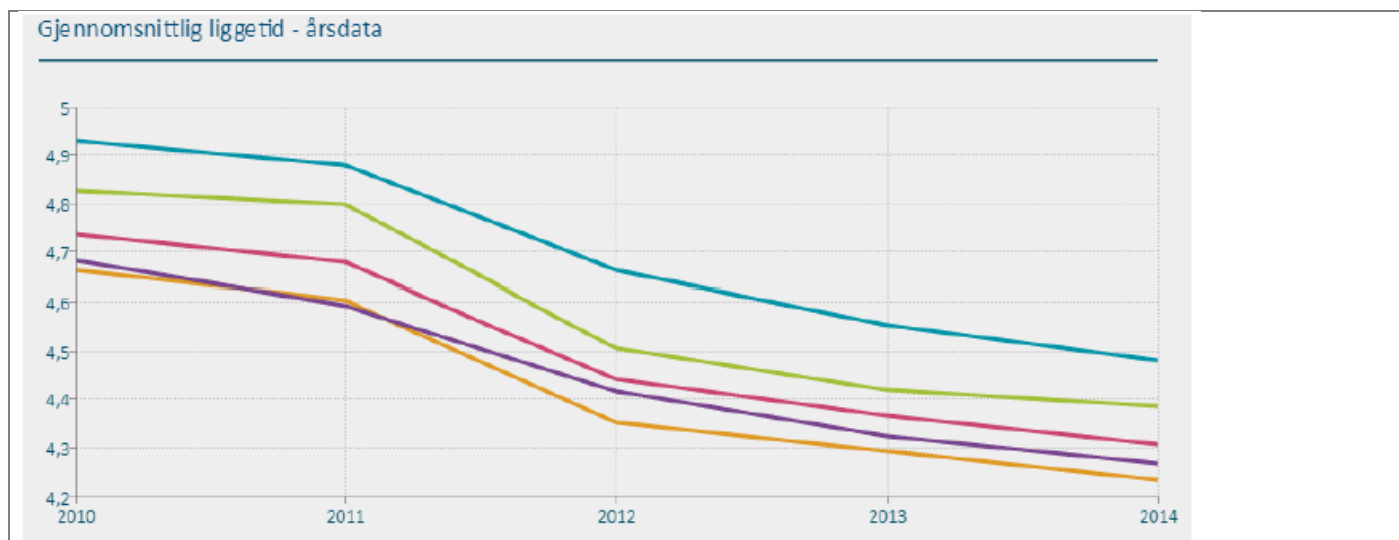
Analyse og presentasjon av data:

- **I nasjonal sammenheng vises tall på RHF, HF og fagområde:**
 - ✓ Tabellarisk og grafisk
- **Internt i foretaksgruppen vises organisasjonsnivå:**
 - ✓ Data vises fra tre perspektiver – tjenesteenhet (avdeling), fagenhet (seksjon som er fagansvarlig) og lokalisering (post, poliklinikk) der alle nivå i RESH-hierarkiet vises.
- **Punktmålinger per måned:**
 - ✓ Data vises per måned, men bør i egen region kunne vises per uke, ukedag og tidspunkt på døgnet for å avdekke variasjon.
- **Data oppdateres hvor ofte:**
 - ✓ Interne driftsdata oppdateres ukentlig eller hver ukedag/virkedag

Eksempel på fremstilling av indikator:

Figuren under viser et eksempel på historisk utvikling i liggetid, her per RHF.

Vedlegg 7 – Indikatorbeskrivelse gjennomsnittlig liggetid



Tabell: Medisinsk dagbehandling. De 15 pasientgruppene (NHS, Directory of Ambulatory Emergency Care) med flest opphold 2016. Ø-hjelp, alder 16-79, liggetid <3 døgn, ikke-kirurgisk DRG. N=187 585

Pasientgruppe	Potensial nedre grense	Potensial øvre grense	Antall opphold	Andel dag/poliklinikk
Appendicular fractures not requiring immediate internal fixation	60 %	90 %	57 615	97 %
Low Risk Chest Pain	30 %	60 %	25 404	49 %
Acute abdominal pain not requiring operative intervention	30 %	60 %	23 328	62 %
Supraventricular Tachycardias & Other Unspecified Tachycardias	30 %	60 %	13 661	50 %
Deep Vein thrombosis	90 %	90 %	11 713	93 %
Head Injury	60 %	90 %	10 209	76 %
Cellulitis of Limb	60 %	90 %	6 611	91 %
Early pregnancy bleeding	90 %	90 %	6 277	92 %
Acute Headache	30 %	60 %	5 802	47 %
Falls including syncope or collapse	60 %	90 %	5 237	39 %
Community Acquired Pneumonia	10 %	30 %	4 883	29 %
Acutely hot painful joint	30 %	60 %	4 576	89 %
Urinary tract infections	30 %	60 %	4 374	59 %
Abnormal Liver Function	60 %	90 %	4 213	38 %
Renal/ureteric stones	60 %	90 %	3 682	53 %

Indikator nr:	Indikator relatert til: Kapasitetsutnyttning og effektivitet	Indikatornavn: Andel ikke-møtt
Versjon nr: 0.9	Godkjent av:	Anbefalt av: AIM
1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN		
Definisjon av indikatoren: Andel av planlagte episoder (pasientkontakter) hvor pasienten ikke møtte eller ga beskjed innen 24 timer før avtalt oppmøtetidspunkt.		
Begrepsavklaringer:		
Begrunnelse, referanse, evidens: Indikator gir oversikt over andel av planlagte kontakter hvor pasient ikke møter for utvalgt enhet, og dermed omfanget av mulig kapasitet som ikke utnyttes. Videre gir indikatoren et grunnlag for å vurdere om, og hvordan, konkrete tiltak virker for å redusere antall pasienter som ikke møter til planlagt kontakt.		
Type indikator: Prosessindikator		
Indikatoren uttrykker: Indikatorne uttrykker hvor stort volum og andel av planlagte konsultasjoner og polikliniske behandlinger som ikke ble gjennomført. Indikator omfatter pasienter klassifisert som elektive.		
2 METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA		
Indikatorpopulasjon: Alle planlagte kontakter i spesialisthelsetjenesten.		
Inkludert populasjon: Alle planlagte kontakter i spesialisthelsetjenesten. Dette inkluderer poliklinisk omsorg, poliklinisk dagbehandling og dagbehandling.		
Ekskludert populasjon: Alle episoder som ikke er planlagte og/eller som ikke ligger i EPJ/PAS, samt kontakter som er re-planlagt (se egen definisjon).		
Teller: Antall planlagte episoder hvor pasient ikke møter/ikke gir beskjed (lukkekode FP10 fra melding 53, kodeverk 9179)		
Nevner: Antall planlagte episoder hvor pasient ikke møter/ikke gir beskjed (lukkekode FP10 fra melding 53, kodeverk 9179), samt alle ordinært avsluttede kontakter (lukkekode AA10 fra melding 53, kodeverk 9179).		
Datakilde: NPR melding 53, kodeverk 9179.		
Bearbeiding, aggregering og rapportering av data: Data aggregeres til RHF nivå, men gjøres også tilgjengelig ned til laveste nivå i enkelt foretak. Bruk av RESH-id/avdelingskode for tjenesteenheter (avdeling), lokalisering (utfører) og seksjon (fagansvarlig) gir automatisk detaljering og aggregering. <ul style="list-style-type: none"> • Tjenesteenheter gir informasjon om ikke-møtt for pasienter ved en avdeling. • Lokalisering gir informasjon om hvem pasienten har planlagt kontakt med, og andel ikke-møtt for disse enhetene. • Seksjonsnivå gir fagansvarlig oversikt over hvor pasienter er som seksjonsansvarlig har ansvar for, og hvor stor andel av disse pasientene som ikke møter til planlagt kontakt. <p>Indikatoren rapporteres på foretaksnivå til RHF, samt på RHF-nivå til HOD. Det er en intensjon om også presentere tallene per fagområde.</p> <p>Data skal rapporteres gjennom NPR melding 53. Måletidspunkt og rapporteringsperiode må angis i all rapportering.</p>		

3 TOLKNING, PRESENTASJON OG BRUK AV RESULTATER

Målsetting og effekt:

Målsetting er en reduksjon i antall og andel pasienter som ikke møter til planlagt avtale. Hensikt med indikator er å bedre utnyttelsen av eksisterende kapasitet i spesialisthelsetjenesten, og på denne måten kunne gi merverdi for pasient og samfunn.

Indikatoren brukes/anvendes som:

Indikator kan brukes til å identifisere hvor det er utfordringer knyttet utnyttelse av tilgjengelig kapasitet på grunn av pasienter som ikke møter til avtalt tidspunkt. Utfordringer kan blant annet være relatert til kommunikasjon med pasient. Indikatoren kan brukes til å identifisere mulige områder for forbedringer. Indikator kan brukes i systematisk oppfølging av tiltak for å øke andel pasienter som møter til planlagt time, samt for å unngå variasjon i antall og andel ikke-møtt for å oppnå målsetningen om stabilitet.

Underliggende faktorer som kan forklare variasjoner:

Det kan forekomme variasjoner i resultatene avhengig av om det enkelte behandlingsstedet har implementert rutiner for oppgaveplanlegging, tildeling av timer og pasientkommunikasjon.

Datakvalitet:

En helhetlig rapportering av indikatorene forutsetter tilstrekkelig god datakvalitet.

Validitet

Validitet er hvor godt vi klarer å måle antall pasienter som ikke møter til avtalt tidspunkt. Informasjonselementer som denne indikatoren trenger er;

- Merkantil logistikk opplysning (f.eks. pasient-ID, henvisnings-ID, avdeling, seksjon og poliklinikk, planlagt oppmøtetidspunkt (dato, ukedag, klokkeslett), kontakttipe, avslutningskode/lukkekode, kjønn og alder)
- Medisinsk logistikkinformasjon (f.eks. fagområde)

Kompletthet

Data som brukes i indikatoren i dag er basert på uttrekk som beskrives i «datakilde» for ett helseforetak. Målsetningen er å få nasjonale data via NPR som inneholder ikke-møtt for alle tjenesteleverandører (avtalespesialister, offentlige helseforetak, private ideelle helseforetak, etc.).

Korrekthet / integritet

Korrektheten til data som inngår i uttrekkene og dataprosessering påvirkes av

- Variasjon i registreringspraksis, f.eks. ulik registrering av pasienter som ikke møter til avtalt tidspunkt.
- Variasjon i rutiner for pasientplanlegging, f.eks. SMS til pasienter med oppmøtetidspunkt og påminnelse
- Omkodinger (NPR-melding, NPK-klassifikasjoner, tilretteleggingen og mappingen)
 - Mapping av navn på organisasjonsenheter i DIPS mot RESH-id/avdelingskode for tjenesteenhet/avdeling
 - Mapping av ulike koder i DIPS mot NPR melding

Tidsriktighet

Data tas ut ved periodemålinger (måned/tertiel) og er stabile.

Konsistens

I dag har vi en informasjonsmodell hos NPR som er uavhengig av leverandør. NPR er derfor avhengig av at det er samsvar mellom nasjonale og lokal kodeverk (kategorisering og klassifisering), og at disse til enhver tid er oppdatert og brukes likt av alle rapporteringsenheter.

Basert på dette bør datakvalitet verifiseres med informasjonsmodell og NPR-melding 53 i NPR.

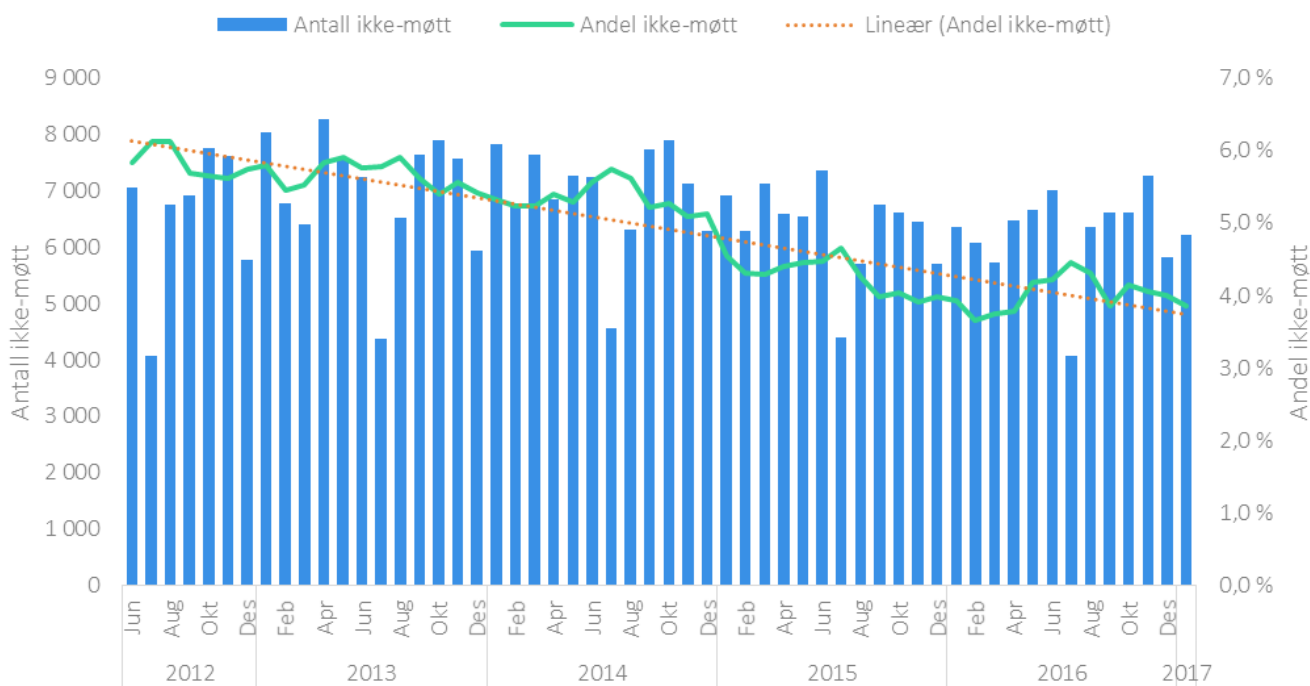
Analyse og presentasjon av data:

- **Vises på organisasjonsnivå (foretak-avd-post):**

Data vises fra to perspektiver – seksjon (fagansvarlig) og lokalisering (tjenesteenhet) der alle nivå i RESH-hierarkiet/avdelingskode vises.

- **Vises med tidshierarki (år-mnd-uke-dag):**
Data vises per måned, men bør også kunne vises per uke, ukedag og tidspunkt på døgnet for avdekke variasjon.
- **Data oppdateres hvor ofte:**
Interne data oppdateres daglig.

Eksempel på fremstilling av indikator:



Andel ikke-møtt i Helse Vest målt i perioden 2012 tom 2016 viser en reduksjon over tid. For å identifisere variasjon kan andel ikke-møtt splittes opp på fagområder og enkelte enheter.

Vedlegg 10 – Indikatorbeskrivelse planleggingshorisont

Indikator nr:	Indikator relatert til: Kapasitetsutnyttning og effektivitet	Indikatornavn: Planleggingshorisont
Versjon nr: 0.9	Godkjent av:	Anbefalt av: AIM
1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN		
Definisjon av indikatoren: Planleggingshorisont er planlagte episoder (pasientkontakter) med tildelt time de neste 26 uker (6 måneder)		
Begrepsavklaringer:		
Begrunnelse, referanse, evidens: Indikator gir oversikt over planleggingshorisonten for utvalgt tjenesteenhet (avdeling), lokasjon (utfører) og seksjon (fagenhet) fremover i tid. Planleggingshorisonten beskriver hvor mange elektive planlagte episoder (pasientkontakter) som har fått tildelt time. Antall planlagte episoder (pasientkontakter) med tildelt time kan sammenlignes med en definert referanse (f.eks. «10 høyeste uker av siste 52 uker» og/eller «forrige uke») for å forstå handlingsrommet for framtidig oppgaveplanlegging av ressurser. Relevante ressurser som kan påvirke planleggingen kan være personell, rom og/eller utstyr. Videre gir indikatoren et grunnlag for å vurdere om det er balanse og knyttning mellom allokerte ressurser og pasientaktivitet, og om konkrete tiltak virker eller må settes i gang.		
Type indikator: Prosessindikator		
Indikatoren uttrykker: Indikatoren uttrykker hvor stor andel av aktiviteten som er planlagt på kort og lang sikt.		
2 METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA		
Indikatorpopulasjon: Alle planlagte kontakter i spesialisthelsetjenesten.		
Inkludert populasjon: Alle planlagte polikliniske konsultasjoner, dagopphold og døgnopphold.		
Ekskludert populasjon: Pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp (hjelp er påtrengende nødvendig), samt planlagte kontakter som ikke er registrert i PAS/EPJ.		
Teller: Episoder med tildelt time (lukkekode AA00 fra melding 53, kodeverk 9179).		
Referanse/Nevner: For eksempel «10 høyeste av siste 52 uker» og/eller «forrige uke».		
Datakilde: NPR melding 53, kodeverk 9179.		
Bearbeiding, aggregering og rapportering av data: Data aggregeres til RHF-nivå, men gjøres også tilgjengelig ned til laveste nivå i enkelt foretak. Bruk av RESH-id for tjenesteenhet (avdeling), lokalisering (utfører) og seksjon (fagansvarlig) gir detaljering og aggregering: <ul style="list-style-type: none"> • Tjenesteenhet gir informasjon om planleggingshorisont for pasienter ved en avdeling. • Lokalisering gir informasjon om hvem pasienten har planlagt kontakt med, og planleggingshorisonten til utførende enhet. • Seksjonsnivå gir fagansvarlig oversikt over hvor pasienter som seksjonsansvarlig har ansvar for er, og planleggingshorisonten for disse pasientene. <p>Indikatoren rapporteres på foretaksnivå til RHF, samt på RHF-nivå til HOD. Det er en intensjon om også presentere tallene per fagområde.</p> <p>Data skal rapporteres gjennom NPR-melding 53. Måletidspunkt og rapporteringsperiode må angis i all rapportering.</p>		

3 TOLKNING, PRESENTASJON OG BRUK AV RESULTATER

Målsetting og effekt:

Målsetting er økt planlegging av elektive episoder (pasientkontakter) fremover i tid. Hensikten med dette er å bedre utnyttelsen av eksisterende kapasitet, samt å skape mer forutsigbarhet knyttet til oppmøtetidspunkt for pasienter, og på denne måten gi merverdi for pasienter og samfunn.

Indikatoren brukes/ anvendes som:

Indikator 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. Indikatoren kan brukes til å identifisere mulige områder for forbedringer. Indikator kan brukes i systematisk oppfølging av tiltak for å øke planleggingshorisont, med formål å redusere variasjoner i planlegging av pasientkontakter og oppnå mer stabilitet og forutsigbarhet for pasient.

Underliggende faktorer som kan forklare variasjoner:

Det kan forekomme variasjoner i resultatene avhengig av om det enkelte behandlingsstedet har implementert rutiner for oppgaveplanlegging/ressursallokering og aktivitetsplaner med planlagte kontakter og tiltak per pasient.

Datakvalitet:

En helhetlig rapportering av indikatorene forutsetter tilstrekkelig god datakvalitet.

Validitet

Validitet er i hvilken grad vi klarer å måle hvordan vi planlegger episoder/pasientkontakter de neste 6 månedene (26 uker). Informasjonselementer som denne indikatoren trenger er;

- Merkantile logistikkopplysninger (f.eks. pasient-ID, henvisnings-ID, avdeling, seksjon og poliklinikk/sengepost, planlagt oppmøtetidspunkt (dato, ukedag, klokkeslett), kontaktype, omsorgsnivå, helsepersonell/kompetanse)
- Medisinsk logistikk informasjon (f.eks. fagområde)

Kompletthet

Data som brukes i indikatoren i dag er basert på uttrekk som beskrives i «datakilde» for ett helseforetak. Målsetningen er å få nasjonale data via NPR, som inneholder planlagte kontakter fremover i tid for alle tjenesteleverandører (offentlige, private).

Korrekthet / integritet

Korrektheten til data som inngår i uttrekkene og dataprosessering påvirkes av

- Variasjon i registreringspraksis, f.eks. ulik registrering av planlagt time.
- Variasjon i rutiner for tildeling av timer og planleggingspraksis, f.eks. bruk av tentative timer, «skyggeregnskap»
- Omkodinger (NPR-melding, NPK-klassifikasjoner, tilretteleggingen og mapper)
 - Mapping av navn på organisasjonsheter i DIPS mot RESH-id/avdelingskode for tjenesteenhet/avdeling
 - Mapping av ulike koder i DIPS mot NPR-melding

Tidsriktighet

Data tas ut ved et gitt tidspunkt (måned/terial) og viser resultater frem i tid (6 måneder/26 uker). Indikator endres kontinuerlig etter hvert som timer planlegges.

Konsistens

I dag har vi en informasjonsmodell hos NPR som er uavhengig av leverandør. NPR er derfor avhengig av at det er samsvar mellom nasjonale og lokal kodeverk (kategorisering og klassifisering), og at disse til enhver tid er oppdatert og brukes likt av alle rapporteringsenheter.

Basert på dette bør datakvalitet verifiseres med informasjonsmodell og NPR-melding 53 i NPR.

Analyse og presentasjon av data:

- **Vises på organisasjonsnivå (foretak-avd-post):**

Vedlegg 10 – Indikatorbeskrivelse planleggingshorisont

Data vises fra to perspektiver – seksjon (fagansvarlig) og lokalisering (tjenesteenhet) der alle nivå i RESH-hierarkiet vises.

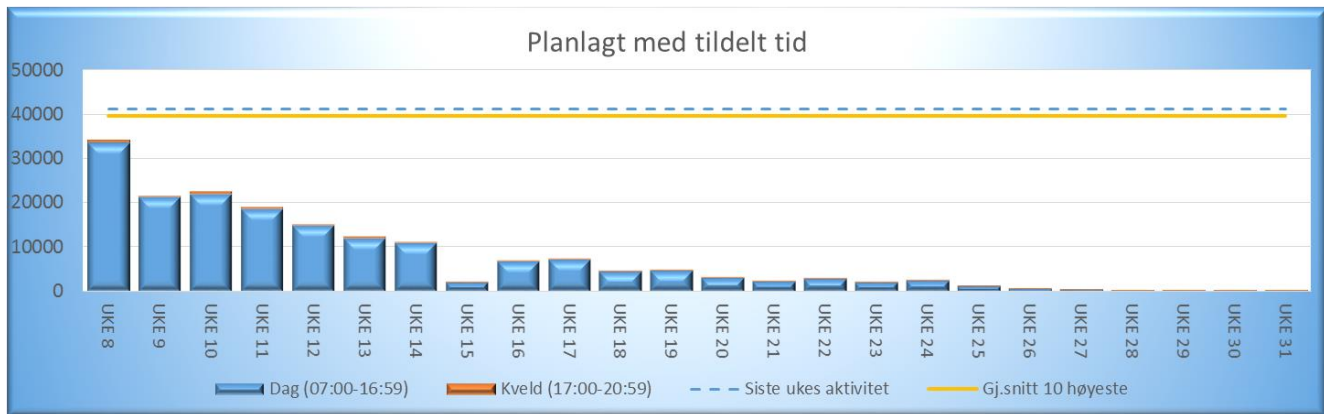
- **Vises med tidshierarki (år-mnd-uke-dag):**

Data vises per uke, men bør også kunne vises per måned, ukedag og tidspunkt for å avdekke variasjon i planleggingshorisont.

- **Data oppdateres hvor ofte:**

Interne driftsdata oppdateres daglig.

Eksempel på fremstilling av indikator:



Figuren ovenfor viser et eksempel på hvordan planleggingshorisont kan fremstilles, her for planlagte timer med tildelt tid i Helse Vest. Pasientkontakter som er planlagt med tentative timer er ikke inkludert i oversikten.

Planlagte pasientkontakter er i fremstillingen sammenlignet med aktivitet siste uke og gjennomsnittet av de 10 høyeste ukene, de siste 52 ukene målt. Fremstillingene forteller oss at det er et stort gap mellom faktisk gjennomførbar aktivitet og planlagt aktivitet, og at gapet er større desto lengre frem i tid man måler.

Vedlegg 11 – Indikatorbeskrivelse replanlegging

Indikator nr:	Indikator relatert til: Kapasitetsutnyttning og effektivitet	Indikatornavn: Re-planlegging (antall og andel)
Versjon nr: 0.9	Godkjent av:	Anbefalt av: AIM
1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN		
Definisjon av indikatoren: Antall planlagte episoder (pasientkontakter) som er utsatt og planlagt på nytt.		
Begrepsavklaringer:		
Begrunnelse, referanse, evidens: Indikator gir oversikt over hvor stor andel av planlagte episoder (pasientkontakter) som planlegges på nytt, og hva som er årsaken til at episoden må planlegges på nytt. Sammen med ordinært avsluttede episoder gir replanlegging et bilde av tilgjengelig kapasitet. Videre tar replanlegging av planlagte episoder tid og legger beslag på tilgjengelig kapasitet. Ved å forstå hva som er årsak til replanlegging, kan målrettede tiltak iverksettes for å redusere replanlegging med formål å bedre kapasitetsutnyttelsen.		
Type indikator: Prosessindikator		
Indikatoren uttrykker: Indikator uttrykker hvor stor andel av aktiviteten som er replanlagt og hva som er årsak til replanlegging.		
2 METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA		
Indikatorpopulasjon: Alle planlagte kontanter i spesialisthelsetjenesten.		
Inkludert populasjon: Alle planlagte episoder (pasientkontakter) – poliklinisk omsorg, poliklinisk dagbehandling, dagbehandling og inneliggende pasienter (heldøgn).		
Ekskludert populasjon: Pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp (hjelp er påtrengende nødvendig), samt planlagte kontakter som ikke er registrert i PAS/EPJ.		
Teller: Episoder som er replanlagt (utsett-koder «» fra melding 53, kodeverk 8446).		
Referanse/Nevner: Alle planlagte episoder (alle utsett-koder fra melding 53, kodeverk 8446) og gjennomførte episoder (lukkekode AA10 fra melding 53, kodeverk 9179).		
Datakilde: NPR-melding 53 kodeverk 8446 og 9179.		
Bearbeiding, aggregering og rapportering av data: Data aggregeres til RHF-nivå, men gjøres også tilgjengelig ned til laveste nivå i enkelt foretak. Bruk av RESH-id for tjenesteenhet (avdeling), lokalisering (utfører) og seksjon (fagansvarlig) gir detaljering og aggregering: <ul style="list-style-type: none"> • Tjenesteenhet gir informasjon om replanlegging av episoder for pasienter ved en avdeling. • Lokalisering gir informasjon om hvem pasienten har planlagt kontakt med, og replanlegging av episoder ved utførende enhet. • Seksjonsnivå gir fagansvarlig oversikt over hvor pasienter som seksjonsansvarlig har ansvar for er, og replanlegging av episoder som er planlagt for disse pasientene. <p>Indikatoren rapporteres på foretaksnivå til RHF, samt på RHF-nivå til HOD. Det er en intensjon om å også presentere tallene per fagområde.</p> <p>Data skal rapporteres gjennom NPR-melding 53. Måletidspunkt og rapporteringsperiode må angis i all rapportering.</p>		

3 TOLKNING, PRESENTASJON OG BRUK AV RESULTATER

Målsetting og effekt:

Målsetting er (). Hensikten med dette er å gi merverdi for pasienter og samfunn.

Indikatoren brukes/anvendes som:

Indikator kan brukes til å identifisere hvor det er utfordringer knyttet til planlegging av pasientkontakter. Utfordringer kan blant annet være relatert til rutiner for tildeling av timer til pasienter og/eller kommunikasjon med pasient. Indikatoren kan brukes til å identifisere mulige områder for forbedringer. Indikator kan brukes i systematisk oppfølging av tiltak for å redusere antall episoder som replanlegges.

Underliggende faktorer som kan forklare variasjon:

Det kan forekomme variasjon i resultatene avhengig av om det enkelte behandlingsstedet har implementert rutiner for oppgaveplanlegging/ressursallokering og aktivitetsplaner med planlagte kontakter og tiltak per pasient.

Datakvalitet:

En helhetlig rapportering av indikatorene forutsetter tilstrekkelig god datakvalitet.

Validitet

Validitet er i hvilken grad vi klarer å måle hvordan vi replanlegger episoder (pasientkontakter).

Informasjonselementer som denne indikatoren trenger er;

- Merkantile logistikkopplysninger (f.eks. pasient-ID, henvisnings-ID, avdeling, seksjon og poliklinikk/sengepost, planlagt oppmøtetidspunkt (dato, ukedag, klokkeslett), kontaktype, omsorgsnivå)
- Medisinsk logistikkinformasjon (f.eks. fagområde)

Kompletthet

Data som brukes i indikatoren i dag er basert på uttrekk som beskrives i «datakilde» for ett helseforetak.

Målsetningen er å få nasjonale data via NPR, som inneholder planlagte kontakter fremover i tid for alle tjenesteleverandører (offentlige, private).

Korrekthet / integritet

Korrektheten til data som inngår i uttrekkene og dataprosessering påvirkes av:

- Variasjon i registreringspraksis, f.eks. ulik registrering for planlagt time og utsettelseskoder
- Variasjon i rutiner for tildeling av timer og planleggingspraksis, f.eks. «skyggeregnskap»
- Omkodinger (NPR-melding, NPK-klassifikasjoner, tilretteleggingen og mappinger)
 - Mapping av navn på organisasjonsenheter i DIPS mot RESH-id/avdelingskode for tjenesteenhet/avdeling
 - Mapping av ulike koder i DIPS mot NPR-melding

Tidsriktighet

Data tas ut ved et gitt tidspunkt (måned/tertiel) og viser resultater tilbake i tid. Indikator endres kontinuerlig etter hvert som timer replanlegges.

Konsistens

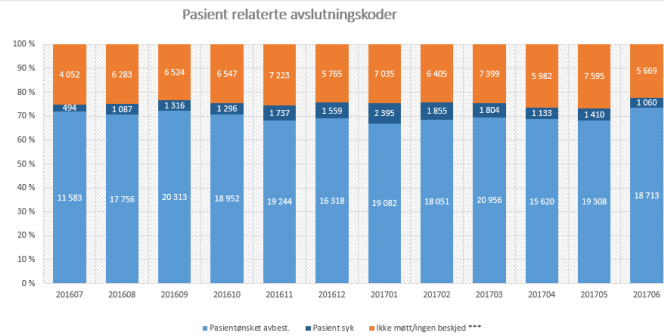
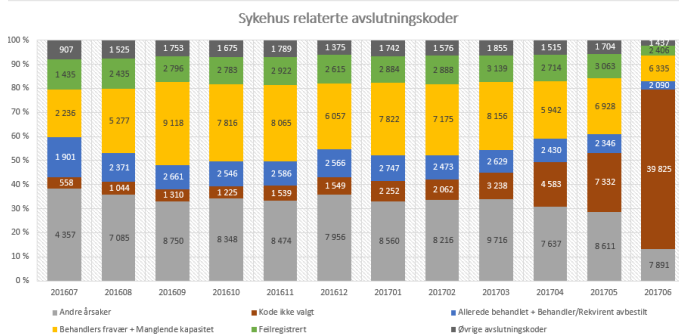
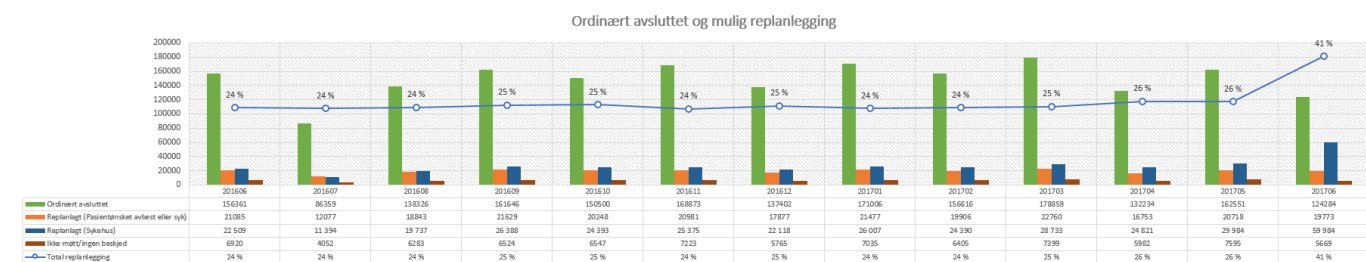
I dag fins det en informasjonsmodell hos NPR som er uavhengig av leverandør. NPR er derfor avhengig av at det er samsvar mellom nasjonale og lokal kodeverk (kategorisering og klassifisering), og at disse til enhver tid er oppdatert og brukes likt av alle rapporteringsenheter.

Basert på dette bør datakvalitet verifiseres med informasjonsmodell og NPR-melding 53 i NPR.

Analyse og presentasjon av data:

- **Vises på organisasjonsnivå (foretak-avd-post):**
Data vises fra to perspektiver – seksjon (fagansvarlig) og lokalisering (tjenesteenhet) der alle nivå i RESH-hierarkiet vises.
- **Vises med tidshierarki (år-mnd-uke-dag):**
Data vises per uke, men bør også kunne vises per måned, ukedag og tidspunkt på døgnet for å avdekke variasjon i planleggingshorisont.
- **Data oppdateres hvor ofte:**
Interne driftsdata oppdateres daglig.

Eksempel på fremstilling av indikator:



I utklippet ovenfor vises replanlegging fordelt på sykehusrelaterte og pasientrelaterte koder som klassifisert og brukt i Helse Vest. Den nasjonale klassifiseringer vil ikke være identisk, men basert på kategorier som vist i figuren ovenfor.

Bildet over viser at omtrent 25% av planlagte episoder er replanlagt på bakgrunn av ulike årsaker. Blant pasientrelaterte årsaker er pasientønsket avbestilling dominerende, mens det blant sykehusrelatert årsaker er behandlers fravær og/eller manglende kapasitet og «andre årsaker» som dominerer det historiske bildet.