

Innholdsfortegnelse

Forkortelser.....	2
1 AIM og oppdraget	3
1.1. Om AIM	3
1.2. Gjennomføring av arbeidet.....	3
1.3. AIMs oppdrag i 2018.....	3
2 Faktorer som bidrar til vellykket forbedringsarbeid.....	5
3 Styrenes tilgang til relevant styringsinformasjon	7
4 Forslag til hvordan videre arbeid i AIM kan organiseres.....	8
4.1 Bakgrunnen for forslagene	8
4.2 Andre erfaringer som angår organiseringen.....	8
5 Indikatoren Tid til tjenestestart.....	9
5.1 Problemstilling	9
5.2 Eksempler som illustrerer utfordringer med indikatoren	10
5.3 Konklusjon.....	10
6 Vedlegg	11
6.1 Vedlegg 1: Deltakere i AIM og AIMs undergrupper	11
6.2 Vedlegg 2: Innspill fra referansegruppen	11

Forkortelser

AIM: Arbeidsgruppe for indikator- og metodeutvikling

HF: Helseforetak

HOD: Helse- og omsorgsdepartementet

RHF: Regionalt helseforetak

SKDE: Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering

1 AIM og oppdraget

1.1. Om AIM

Arbeidsgruppe for indikator- og metodeutvikling (AIM) ble opprettet i 2015 for å løse oppdraget gitt av Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) som omhandlet reduksjon av uønsket variasjon i kapasitetsutnyttelse og effektivitet i spesialisthelsetjenesten. Deretter har AIM løst oppdrag som er gitt årlig i oppdragsdokumentet fra HOD til de fire regionale helseforetakene (RHF-ene). Ledelsen av AIM er flyttet mellom RHF-ene.

Representanter fra RHF-ene, Helsedirektoratet, Helseatlas miljøet i Helse Førde og Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) deltar i AIM i 2018. Interregionalt fag-, HR- og økonomidirektørmøte er styringsgruppe og det er en referansegruppe sammensatt av tillitsvalgte og brukere.

1.2. Gjennomføring av arbeidet

I 2018 er det Helse Nord RHF som leder AIM. Ledelsen av AIM hadde et møte med HOD den 13.02.18 for å avklare innholdet i oppdraget. Første møte med styringsgruppen var 26.02.18 der oppdraget og plan for å løse det ble diskutert. Styringsgruppen sluttet seg til AIM sitt forslag til hvordan oppdraget skulle løses. 16.04.18 ble det gjennomført møte med referansegruppen med gode diskusjoner omkring arbeidet i AIM og særlig betydningen for pasientene. Referansegruppen støttet i all hovedsak AIMs tilnærming til oppdraget.

AIM har hatt tre fysiske møter, hvorav ett seminar over to dager. I tillegg har AIM hatt tre møter på Skype. AIM har organisert seg i fem undergrupper som jobber for å løse ulike deler av oppdraget. Noen av undergruppene har representanter fra enkelte helseforetak (HF) i tillegg til medlemmer fra AIM. De fleste medlemmene i AIM er med i en eller to undergrupper. Disse undergruppene har hatt egne møter både fysisk og på Skype.

HOD ble invitert inn i styringsgruppemøtet 23.04.18 etter ønske fra styringsgruppen. I dette møtet ble også indikatoren *Tid til tjenestestart* og fremtidig organisering av AIM diskutert på initiativ fra AIM. HOD ba AIM komme med forslag til hvordan fremtidige oppdrag til AIM kunne gis for å sikre bedre ressursutnyttelse. HOD ønsket også en redegjørelse for problematikken rundt oppdraget om å redusere median tid til tjenestestart og indikatoren *Tid til tjenestestart*. Disse punktene er gjort rede for i kapittel 4 og 5 i denne rapporten.

1.3. AIMs oppdrag i 2018

«Reduksjon av unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen» var gitt som ett av tre overordnede styringsmål for spesialisthelsetjenesten i oppdragsdokumentet for 2018. Som en del av dette målet ble det formulert følgende oppgaver som løses i AIM:

De regionale helseforetakene skal, under ledelse av Helse Nord RHF, og i samarbeid med Helsedirektoratet:

- *Innen 1. november 2018 redegjøre for departementet for status i arbeidet med å redusere uønsket variasjon i kapasitetsutnyttelse og forbruk, og fremme forslag til videre utviklingsarbeid. Anbefalinger i rapporten "Reduksjon av uønsket variasjon i kapasitetsutnyttelse og effektivitet i spesialisthelsetjenesten" av 10. oktober 2017 skal følges opp. Det skal prioriteres å publisere nasjonale tall for indikatorene "ikke møtt", "replanlegging" og "planleggingshorisont". Videre skal det vurderes hvordan Riksrevisjonens undersøkelse av effektivitet i sykehus, jf. Dokument 3:2 (2017-2018)¹, kan brukes som grunnlag for å utarbeide indikatorer for variasjon i kapasitetsutnyttelse av operasjonsstuer.*

¹ Riksrevisjonens rapport om effektivitet i sykehus (<https://www.riksrevisjonen.no/rapporter/Sider/Selskapskontrollen2016.aspx>)

- *Samle og dele erfaringer fra relevante ressurser på tvers av regionene som jobber med forbedring i effektivitet og kapasitetsutnyttelse, med sikte på å identifisere hvilke faktorer som bidrar til vellykket forbedringsarbeid. Det skal redegjøres for dette til departementet innen 1. juni 2018. Som del av dette skal det redegjøres for hvordan styrene i regionale helseforetak og helseforetak gis mulighet til løpende å følge med på relevant styringsinformasjon om effektivitet, kapasitetsutnyttelse og forbedringsarbeid som gjennomføres.*
- *Følge opp variasjon i liggetid, etterkontroller og rehabilitering for hofteprotese- og hoftebruddspasienter, samt variasjon i utnyttelse av operasjonsstuene, jf. Riksrevisjonens oppfølgingsundersøkelse av effektivitet i sykehus.*

Kapittel 2 og 3 i denne rapporten er en redegjørelse for oppdraget i kulepunkt 2 ovenfor.

2 Faktorer som bidrar til vellykket forbedringsarbeid

For å identifisere faktorer som bidrar til vellykket forbedringsarbeid har AIM samlet eksempler på forbedringsprosjekter og tiltak som har vist gode resultater i effektivitet og kapasitetsutnyttelse fra hver region. Disse spenner fra små kvalitetsforbedringsprosjekter til store årlige forbedringsprogrammer. AIM har delt erfaringer og diskutert suksessfaktorer. Helsedirektoratet ved representanter for pasientsikkerhetsprogrammet og det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet har bidratt i denne diskusjonen. Det har vært vurdert hvordan man kan dele og dra nytte av erfaring med forbedringsarbeid på tvers av helseforetak og helseregioner.

De fleste suksessfaktorene som AIM har identifisert i eksemplene fra forbedringsprosjektene er forenelig med anbefalte metoder for forbedringsarbeid som er gjengitt bl.a. på pasientsikkerhetsprogrammets og helsebibliotekets nettsider^{2,3}. Suksessfaktorene som går igjen i eksemplene som er analysert er samlet i punktene nedenfor.

Involvering og forankring gjennom hele linjen

- Deltagere fra toppledelse og til personell som jobber pasientnært/der endringer skal skje involveres.
- Hele behandlingsskjeden som påvirkes av endring involveres, også på tvers av nivåer.
- Toppledelsen/styret følger med og løfter prosjektet ved oppstart, underveis i prosjektperioden og ved implementering av endring.
- Forbedringsprosjekt initieres av eller involverer personell som jobber med aktuelle pasientgruppe(r) lokalt eller med aktuelle rutine(r) som skal endres.
- Kunnskap, verdi og opplæring formidles forståelig og tillitsvekkende.
- Nøkkelpersoner brukes for å fronte prosjekt og spre erfaringer.

Utgangspunkt for endring er påvist variasjon eller annen god grunn

- Målinger eller indikatorer som viser betydelig uønsket variasjon eller annet behov for endring.
 - Påvist variasjon er et viktig utgangspunkt for forbedringsarbeid. Ved å kartlegge årsaker til variasjon og identifisere om dette er ønsket eller uønsket variasjon vil en ha kort vei til å konkretisere arbeid som fører til forbedringer.
- Eksternt krav om endring.
- Nye faglige krav eller ny kunnskap.
- Krise eller enkelthendelser.

Tydlig problemstilling og mål for prosjektet identifiseres

- Problemstillingen prioriteres og det besluttes hvor skal man begynne
- Problemstillingen er tydelig
- Forbedringsmetoder brukes systematisk.
- Mål er tydelige og målbare.
- Rutiner standardiseres.

Midler og tid gjøres tilgjengelig

- Aktuelle aktører som deltar i forbedringsprosjektet får frigjort nok tid til dette arbeidet.
- Koordinatoren, som driver av forbedringsprosessen, sørger for å ha god forankring hos deltagere.
- Eierskapet av forbedringsprosjektet beholdes lokalt, og koordinatoren opptrer som hjelper og ikke eier av prosjektet.



Figur 1: Demings sirkel. Kilde: Pasientsikkerhetsprogrammet.no

² <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/Forbedringskunnskap/Forbedringsarbeid>

³ <http://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/metoder-og-verktoy>

- «Hjelpeteam» er tilgjengelig i implementeringsfasen.

Arbeidet er strukturert, systematisk og har jevn fremdrift

- Evaluering underveis inkluderes i metoden og Demings sirkel benyttes.

Motstand mot endring håndteres riktig

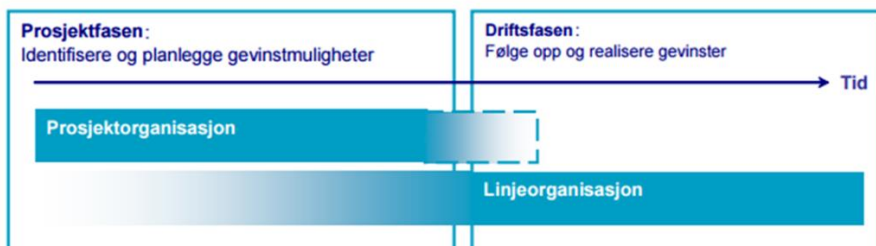
- Linjen involveres og informeres i en rekkefølge tilpasset organisasjonen og endringen for å unngå unødvendig motstand.
- Faglige fakta presenteres og gjennomgås i linjen slik at det skapes forståelse for behov for endring.
- Koordinatorer av forbedringsprosjekter har tilstrekkelig kunnskap om forbedringsmetodikk og evne til å motivere til endring.
- Supplerende analyser utføres og gjøres tilgjengelige ved behov.

Dedikerte deltakere har rett kompetanse og kjennskap til området

- Ved bruk av kliniske ressurser utnyttes tid og kompetanse effektivt.
- Eksterne konsulenter med spisskompetanse tilfører ofte mest nytte i utformingsfasen av prosjektet.

Prosjekter følges opp under og etter innføring

- Det sørges for at man ikke går tilbake til gamle rutiner.
- Målinger gjennomføres og viser «varsellamper» ved kritisk verdi eller utvikling i uønsket retning.
- Varig forbedring ivaretas og endringer gjøres ved behov.



Figur 2: Prosjekts- og driftsfase. Kilde: Line Grongstad

Prosjektet lærer fra andre

- Vellykkede og lignende prosjekter kan gi erfaringer og inspirasjon, men det er sjelden mulig eller nyttig å kopiere et annet prosjekt direkte.

3 Styrenes tilgang til relevant styringsinformasjon

AIM har gjennomgått behandlede styresaker ved å se på sakslister for utvalgte HF og RHF fra 2017, men har ikke hentet informasjon om styrenes behandling av forbedringsarbeid direkte fra styrene. Gjennom medlemmene i AIM har AIM også fått generell informasjon om styrearbeidet i forskjellige styrer, og det har vært diskutert hvordan styrene kan jobbe med slike saker for å fremme forbedring.

Styrene i HF-ene og RHF-ene følger med på relevant styringsinformasjon blant annet gjennom faste saker som virksomhetsrapporter, tertialrapporter og årlig melding, ledelsens gjennomgang og ved behandlingen av oppdragsdokumentet. Forbedringsarbeid foregår ofte nær klinikken og det meste foregår uten særlig involvering fra styrene. Det varierer i hvilken grad styrene får presentert eller behandler pågående eller gjennomført forbedringsarbeid som egne saker.

For at styrene skal kunne følge med på forbedringsarbeid som gjøres, foreslår AIM at forbedringsprosjekter eller tiltak som er planlagt eller gjennomført presenteres i styremøtene. Dette kan gjøres gjennom egne saker, eller gjennom sakene nevnt ovenfor. AIM antar at dette vil føre til mer oppmerksomhet rundt vellykkede tiltak som også kan spres til andre deler av den aktuelle organisasjonen eller på tvers av organisasjoner. For eksempel ved St. Olavs hospital HF er presentasjon av forbedringsarbeid jevnlig på styrets agenda og styret besøker avdelinger som har gjennomført tiltak. Dette fremstår som nyttig for styret og motiverende for organisasjonen.

Institute for Healthcare Improvement (IHI) har arbeidet med dette temaet og gir i en artikkel fra 2008 praktiske tips om hvordan man sikrer styrets involvering i pasientsikkerhetsarbeidet.⁴

Riksrevisjonen har i løpet av januar 2018 innhentet informasjon fra alle HF og RHF til «Forvaltningsrevisjon om årsaker til uønsket variasjon i forbruk av spesialisthelsetjenester». AIM antar at det vil komme nyttig informasjon om styrenes arbeid omkring disse temaene når revisjonsrapportene foreligger. Resultatene fra revisjonen kan bli nyttig i hele styringslinjen for å bidra til økt fokus på forbedringsarbeid og at ressurser til slikt arbeid kan settes inn der det har størst mulighet for å føre til reell forbedring.

⁴ Conway J. Getting boards on board: Engaging governing boards in quality and safety. Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety. 2008 Apr;34(4):214-220

4 Forslag til hvordan videre arbeid i AIM kan organiseres

- Oppdraget kan gis til og ledes av RHF-ene som selv skal finne en egnet måte å lede arbeidet på og som i samarbeid med Helsedirektoratet skal løse oppdraget.
- Tidspunkter for leveranser kan forskyves slik at det i tillegg til oppdrag som må løses samme år gis oppdrag som kan løses over flere år. Slik kunne arbeidet fordeles jevnere gjennom hele året. Dette vil gi en kontinuitet som kan bidra til en mer fornuftig ressursbruk og til økt kvalitet på arbeidet.

4.1 Bakgrunnen for forslagene

AIM har til nå fått sitt oppdrag gjennom oppdragsdokumentet i januar hvert år og har hatt frist for levering i oktober samme år. Ledelsen av arbeidet har gått på rundgang mellom regionene. AIM har utviklet en god organisering og en effektiv arbeidsform for å kunne levere. AIM er bredt sammensatt med mye komplementær kompetanse og har også bygget kompetanse sammen siden oppstart i 2015.

Kort tid fra oppdrag gis til leveranse og det at ledelse av AIM flyttes hvert år er ressurskrevende. For å sikre forankring av rapporten i styringsgruppen brukes mye av tiden på høsten til dette forankringsarbeidet, så i realiteten må mesteparten av arbeidet i AIM gjøres på vårsiden for å sikre at rapporten blir ferdig til oktober. AIM har diskutert om gevinsten kunne vært større dersom oppdragene var mer langsiktige. Dette ville ført til at man unngår en lang periode uten konkret arbeid og en periode som blir svært hektisk med mye tidkrevende arbeid for personer som også har andre sentrale oppgaver å ivareta i sine RHF. Ledelse og sekretariat kan for eksempel bestå av et fast medlem fra hvert RHF eller en rotasjon med overlappende deltagelse fra flere RHF.

4.2 Andre erfaringer som angår organiseringen

AIM har hatt positiv erfaring med og stor nytteverdi av styringsgruppen og referansegruppen. AIM foreslår derfor at organiseringen med å ha en styringsgruppe og en referansegruppe opprettholdes.

Det er mange andre nasjonale initiativer og prosjekter som grenser til og overlapper med oppdragene som er gitt til AIM. Dialog og samarbeid med flere av disse har gitt positive synergieffekter. AIM erkjenner at dette i seg selv kan være en viktig faktor i å øke gevinsten av eget og andres arbeid.

5 Indikatoren Tid til tjenestestart

HOD har i 2018 gitt alle regioner oppdraget: «Median tid til tjenestestart* skal reduseres i regionen sammenliknet med 2017.»

** Tiden mellom den dato henvisningen er mottatt i spesialisthelsetjenesten og den dato pasienten mottar en tjeneste, det vil si dato for når en bestemt prosedyre er utført. Dette måles for et utvalg utrednings- og behandlingsprosedyrer. Liste over hvilke utrednings- og behandlingstjenester som inngår i målingene finnes på Helsedirektoratets nettsider.*

5.1 Problemstilling

AIM har sett nærmere på indikatoren *Tid til tjenestestart*⁵ med tilhørende liste over utrednings- og behandlingstjenester med mål om en felles måte å svare på oppdraget. Utredningen har vist at det er flere betydelige faktorer som gjør det vanskelig å besvare dette oppdraget ved hjelp av indikatoren slik den er definert i oppdragsdokumentet. Intensjonen med oppdraget er forstått slik at man ønsker å forkorte tiden fra henvisning til endelig utredning og/eller behandling som er nyttig for pasienten. Det er først når en går inn i det rent medisinske og undersøker hva som er registrert og hvordan dette er registrert at det kommer tydelig frem at man ikke oppfyller intensjonen i kravet ved å redusere ventetid målt med indikatoren.

Dersom kravet som er gitt i oppdragsdokumentet for 2018 oppfylles slik det er definert vil det ikke nødvendigvis bety at tjenesten er forbedret. Tvert imot vil resultatet for flere tjenester bli det motsatte. Se kapittel 5.2 under for mer utfyllende informasjon.

Det vil sannsynligvis være svært ressurskrevende å endre denne indikatoren for å måle det som er intensjonen i oppdraget. AIM foreslår derfor at det, der det er mulig, heller benyttes andre etablerte indikatorer for måling av ventetid til utvalgte tjenester. AIM utelukker ikke at indikatoren *Tid til tjenestestart* kan egne seg for å måle og redusere tiden til tjenestestart for enkelte veldefinerte tjenester. Slike tjenester bør imidlertid oppfylle følgende kriterier; a) de utføres kun på sykehus, b) alle pasienter som er henvist til tjenesten har nytte av den, c) det har betydning for pasientene og/eller samfunnet at ventetiden til tjenesten reduseres, og d) informasjonen om indikatoren er nøyaktig beskrevet slik at det ikke er tvil om hva som faktisk er målt.

Det er sannsynlig at tjenestene som det gis oppdrag om å redusere tid til tjenestestart for prioriteres foran andre tjenester som ikke måles. Derfor bør det også vurderes om en slik vridning av tjenestene er ønsket. AIM ønsker å presisere at for pasienter som venter på behandling hvor det er kunnskapsbasert konsensus om indikasjon og behandlingsmodus er pasientens rettigheter sikret via andre virkemidler – for eksempel gjennom kravet om faglig forsvarlighet i helsepersonelloven § 4⁶. Videre har innføring av pakkeforløp gitt normerende føringer for akseptabel ventetid for utredning og behandling av kreftsykdommer hvor forsinkelse vil kunne føre til livs- og funksjonstap. Resultater fra OECDs rapport «Health at the glance»⁷ tyder også på at pasienter med livstruende tilstander som hjerteinfarkt, slag og hoftebrudd er rimelig godt ivaretatt. Retningslinjer for en rekke andre tilstander hvor forsinket utredning og behandling vil kunne føre til tap av funksjon og livskvalitet er definert i Helsedirektoratets prioriteringsveiledere⁸. AIMs vurdering er at pasientenes rettigheter samlet sett er rimelig godt ivaretatt.

⁵ Indikatoren *Tid til tjenestestart* (<https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/statistikk-fra-norsk-pasientregister/tid-til-tjenestestart-for-utvalgte-sykdomsgrupper>)

⁶ Helsepersonelloven § 4 (<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>)

⁷ OECDs rapport «Health at the glance» (<http://www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance-19991312.htm>)

⁸ Helsedirektoratets prioriteringsveiledere (<https://helsedirektoratet.no/prioritering/prioriteringsveiledere-for-spesialisthelsetjenesten>)

5.2 Eksempler som illustrerer utfordringer med indikatoren

- Indikatoren bygger på en liste over tjenester fra fritt behandlingsvalg definert ved gitte tilstander og prosedyrer. Flere av disse er tjenester med erkjent begrenset nytte eller lav evidens for nytte. Kravet om å redusere median tid til tjenestestart vil innfris ved å behandle et stort volum pasienter med mindre plager med inngrep som har lav nytteverdi på bekostning av mer nyttige inngrep som ikke telles. I sum vil det kunne føre til at helsetjenesten ikke blir bedre for pasientene, men dårligere.
- For flere av tilstandene på listen er ikke tjenesten som det telles tid til tjenestestart for den beste behandlingen. Et eksempel er hoftelddsartrose som i de fleste tilfeller først skal behandles konservativt med opptrening og eventuell vektreduksjon. Det vil si at dersom pasienter med hoftelddsartrose venter lenge før operasjon, eller ikke opereres i det hele tatt, kan det være et tegn på god kvalitet i tjenesten og ikke det motsatte.
- For en del av tjenestene på listen utføres en betydelig andel av aktiviteten hos avtalespesialister. Indikatoren inkluderer ikke data fra avtalespesialister, og det finnes heller ikke ventelistedata for disse per i dag. Tilgangen på avtalespesialister er svært ulikt geografisk fordelt i Norge. Ofte vil pasientpopulasjonene til et sykehus og en avtalespesialist være ulike der avtalespesialisten gjerne behandler de letteste pasientene mens sykehuset behandler de tyngste pasientene. Et RHF kan velge å opprette hjemler for avtalespesialister for å avlaste egne HF og få ned ventetiden for gitte tjenester. Dette er en ønsket funksjonsfordeling. Ved å måle tid til tjenestestart kun ved sykehus for tjenester som også utføres hos avtalespesialister vil det ikke være sammenlignbare tall mellom HF og over år. Indikatoren vil ikke vise den reelle tiden til tjenestestart for å motta en gitt tjeneste i spesialisthelsetjenesten.
- Noen regioner tilbyr ikke enkelte tjenester som for eksempel sterilisering av menn. Likevel vil det finnes henvisninger som enten håndteres i andre regioner, hos avtalespesialister, ved private sykehus eller som avvises. For slike tjenester vil median tid til tjenestestart målt kun ved utførende sykehus ikke gi informasjon om den reelle ventetiden til tjenestestart.
- For noen tjenester mangler det en del data, men det er ikke lagt til rette for å se hvorfor eller hvilke data som mangler. Man kan ikke vite om det mangler data fordi tjenesten ikke tilbys i alle regioner, fordi tallene er for små til å vises i indikatoren, fordi tjenesten er uhensiktsmessig definert eller fordi det er noe feil i datagrunnlaget eller datauttrekket.
- Indikatoren oppdateres hvert tertial etter at aktivitetsdata fra Norsk pasientregister er publisert. Årsdata for 2018 blir publisert i mars 2019, og indikatoren oppdateres etter det.⁹ Det er dermed bare mulig å sammenlikne 1. og 2. tertial 2017 med henholdsvis 1. og 2. tertial 2018 i årlig melding for 2018.

5.3 Konklusjon

Indikatoren *Tid til tjenestestart* kan være egnet for annen bruk, men det er kommet frem at den ikke er godt egnet til å undersøke median tid til tjenestestart med formål om å redusere ventetid til reell behandlingsstart for den behandlingen pasienten har nytte av. AIM vil derfor anbefale at man velger andre indikatorer for tid til tjenestestart når formålet er å måle forbedring i tilbudet til pasientene i form av kortere ventetid til nyttig helsehjelp. For eksempel vil målepunkter i de etablerte pakkeforløpene være bedre egnet som mål på tid til tjenestestart.

⁹ Helsedirektoratet oppgir at tall for 3. tertial 2017 skal publiseres 2. mai 2018.

6 Vedlegg

6.1 Vedlegg 1: Deltakere i AIM og AIMs undergrupper

6.2 Vedlegg 2: Innspill fra referansegruppen