

Hovedrapport fra AIM til Helse- og omsorgsdepartementet høsten 2018

Innspill fra referansegruppen etter diskusjon fra telefonmøte 29. august

1. Datagrunnlaget til NPR er fortsatt ikke tilstrekkelig for utvikling av flere av de indikatorene som er foreslått, blant annet i forhold til liggetid og utnyttelse av operasjonskapasitet. Utgangspunktet var automatisk datafangst. Vi er langt fra et nivå der datagrunnlaget kan gi realistisk informasjon som kan brukes målrettet i effektiviseringsarbeidet. Referansegruppens inntrykk er at det rapporteres for mye manuelt, med risiko for feilregistreringer. Det stilles derfor spørsmål om nytteverdien står i forhold til kostnadene ved en del av de forslagene som gis i rapporten, eksempelvis utvikling av DAECA til norske forhold.
2. Referansegruppen støtter at Helsedirektoratet gis større ansvar for drift og vedlikehold av eksisterende indikatorer og at NPR gis de ressursene som er nødvendig for å følge opp arbeidet med å implementere faglige kodeverk og begrepsavklaringer/ definisjoner som kan bedre datagrunnlaget for analyser.
3. Referansegruppen er noe skeptisk til å innføre økonomiske insentiver for at HF-ene i større grad behandler de «riktige» pasientene på den faglig «riktige» måten, fordi vi er usikre på hvordan dette vil slå ut innenfor de ulike disiplinene. Men ser også at det kunne være interessant som en prøveordning innenfor et begrenset og vel definert område. Målet om god pasientflyt og ressursutnyttelse, som samtidig gir pasientene en optimal behandling, er hovedsaken i AIM sitt arbeid.
4. Referansegruppen er skeptisk til indikatoren «akutt tilstand» hvor pasientene skal diagnostiseres, behandles og utskrives samme dag. Det synes som om ulikt pasientgrunnlag, geografi og funksjonsfordeling kan gi data med et for dårlig grunnlag for analyse i mange av de mindre HF-ene. Dersom man velger å utvikle denne indikatoren, bør den kun gjelde for HF av en viss størrelse hvor man kan forvente et mer sammenlignbart datamateriale. Ved sykehus hvor opptaksområdet dekker et svakere befolket område med en aldrende befolkning, og hvor avstanden til sykehuset er særlig lang, vil et akuttforløp som skal gjennomføres innen samme dag, by på flere praktiske problemer som må løses der og da, og vil kunne gå på bekostning av pasientenes helse og sikkerhet.
I rapporten brukes begrepet «faglig risiko» som kan inntreffe dersom tersklene blir for marginale. Referansegruppen er redd for at denne indikatoren med «veiledende» terskler i verste fall kan underminere forsvarligheten, medføre flere returpasienter og sette pasientsikkerheten i fare. Det anbefales derfor å bytte ut begrepet «faglig risiko» med pasientsikkerhet, som vi mener vil poengtere dette forholdet enda klarere.
5. Referansegruppen er skeptisk til innføring av tre nye indikatorer som gjelder planleggingshorisont for operasjoner, replanlegging av operasjoner samt nyhenviste pasienter til operasjon – så lenge datagrunnlaget fortsatt er

usikkert og registreringene må gjennomføres med manuell plotting. Dessuten er vi redd for at innføring av de foreslåtte indikatorene kan skape en utilsiktet vridning som kan føre til overbehandling av pasienter som kunne oppnådd bedre resultater med konservativ behandling, eksempelvis artrosepasienter. En slik behandling forutsetter imidlertid at spesialisthelsetjenesten har tilstrekkelig kapasitet og kompetanse innen fysioterapifaget. Interessant er det når det vises til studier om at samvalg har ført til en reduksjon av operasjoner på 26 %. Det er et tankekors at mange pasienter står på venteliste for operasjoner hvor risikoen for komplikasjoner er større enn potensialet for helsegevinst!

6. Referansegruppa støtter forslaget om å innføre sjekklister ved hoftebrudd og implementering av ny faglig retningslinje i forhold til hoftebruddproblematikk, og at det innføres indikatorer for hele pasientforløpet, samtidig som man registrerer overlevelse etter ett år i stedet for 30 dager, slik det er i dag. Samtidig vil vi bemerke at 24 - 48 timersregelen med fordel burde vært strammet noe inn.
7. Referansegruppa har diskutert i hvilken grad sykepleietjenesten er blitt vurdert i forhold til kvalitet, effektivitet og ressursutnyttelse. I budsjettene til hvert HF går en stor andel til sykepleietjenesten, og vi kan ikke se at utarbeidede indikatorer kan belyse uønsket variasjon av både kvalitet og ressursutnyttelse i tilstrekkelig grad. Det finnes data fra nylig gjennomførte pasienterfaringsundersøkelser som måler pasientopplevd omsorg, opplevd pasientsikkerhet og hvor godt pasienten opplever organiseringen av behandlingen (PasOpp). I tillegg har vi ferske tall fra ForBedring, hvor ansatte evaluerer ledelse, arbeidsforhold og generelt HMS som direkte påvirker pasientsikkerheten. Det kunne være interessant å sammenholde data fra disse undersøkelsene med resultater fra pasientsikkerhetsprogrammet - for å identifisere en mulig sammenheng mellom pasientsikkerhetskultur og god ressursutnyttelse. Vi ønsker derfor å få vurdert om det er mulig å utarbeide en indikator som belyser uønsket variasjon på kvalitet og ressursutnyttelse innenfor dette området.

Mvh
referansegruppa til AIM-prosjektet
v/ Grete Müller