

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 *henvisningsperiode* oppstår når pasienten henvises fra fastlegen for en *uavklart* (utredning) eller *avklart tilstand* (undersøkelse og behandling). Vurderingstider og ventetider følges opp og måles per fagområde (se kommentar). *Pasientforløp med forløpstider* planlegges for den enkelte pasient på grunnlag av en mal for *standardiserte forløp (pakkeforløp)*, *hastegrad* og/eller resultater av *tiltak og undersøkelser*. Det opprettes en eller flere reelle *pasientkontakter* for å planlegge *møter* mellom pasient og helsepersonell. Det er ulike *kontakttyper* i *utredning (diagnostisk)- eller behandlingsforløpet*, inklusiv *kontroller* (spesielt for pasienter med *kroniske lidelser*).

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:

- 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, behandlers 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.

- ✓ Tjenesteenhet 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 vedlegg 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, kontakttipe 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 (stabil 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. Ettersom 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/lukke-koder for planlagte kontakter er helt nødvendig for å kunne forklare variasjon, f.eks. om årsaken er manglende kapasitet og behandlers 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), kontaktttype, 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 pasientkontakter som har passert planlagt tid	Kontakter som er planlagt framover i tid	Sum planlagte kontakter	Andel kontakter som har passert planlagt tid
☐ 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 kontroller.
- ✓ 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	planlagt		
☐ 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

Oppi

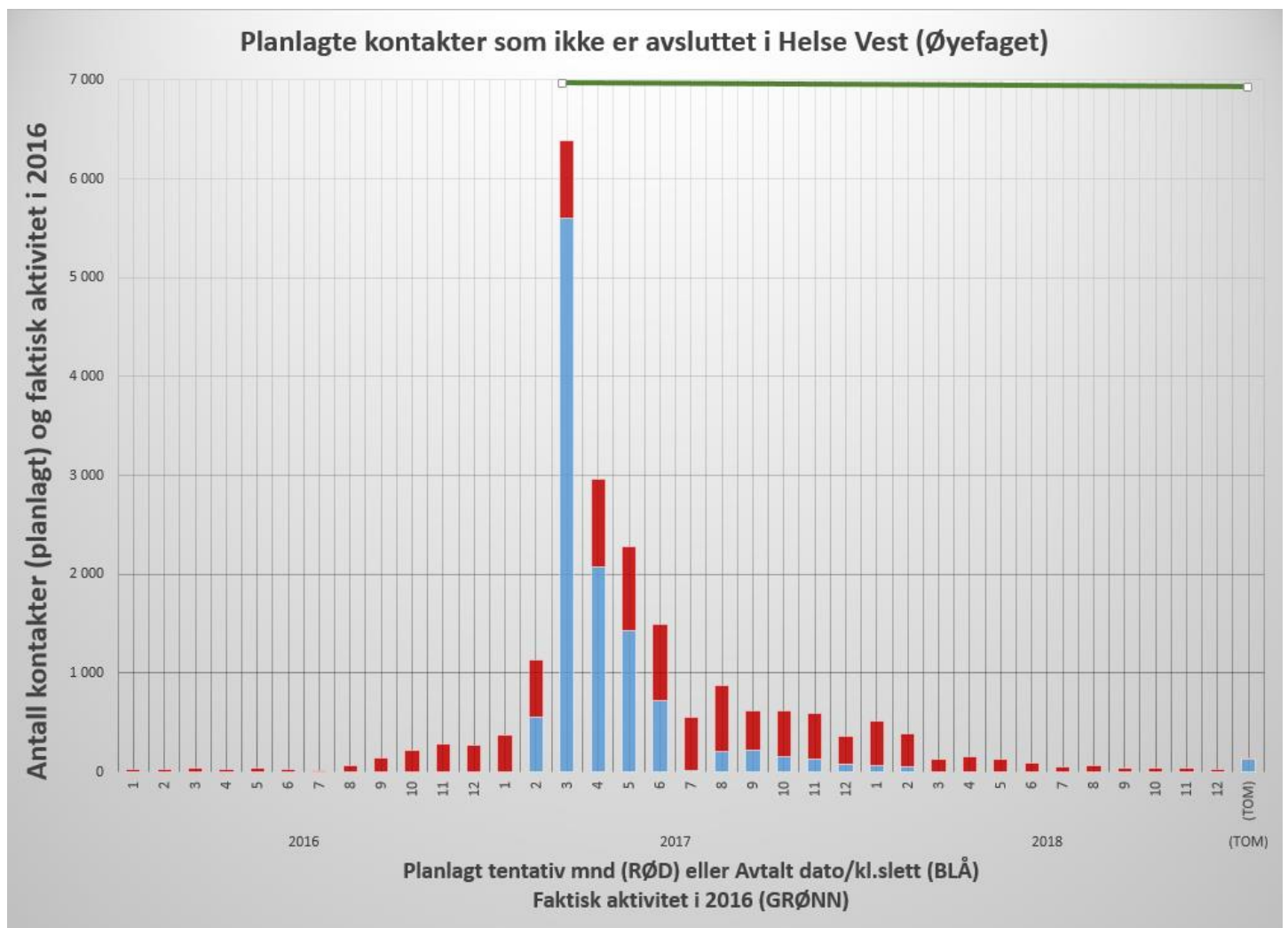
Seksjoner	2016												2016 Totalt	2017		2017 Totalt
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		1	2	
Øyesykdommer	30	31	34	26	37	27	17	49	65	82	106	130	634	155	216	371
Ingen lokalisering					1								1			
Oftalmog./spl. øye poliklinikk					1			1	1	21	44		68	40	45	85
Ortoptist poliklinikk	30	31	34	24	23	20	12	24	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 %.

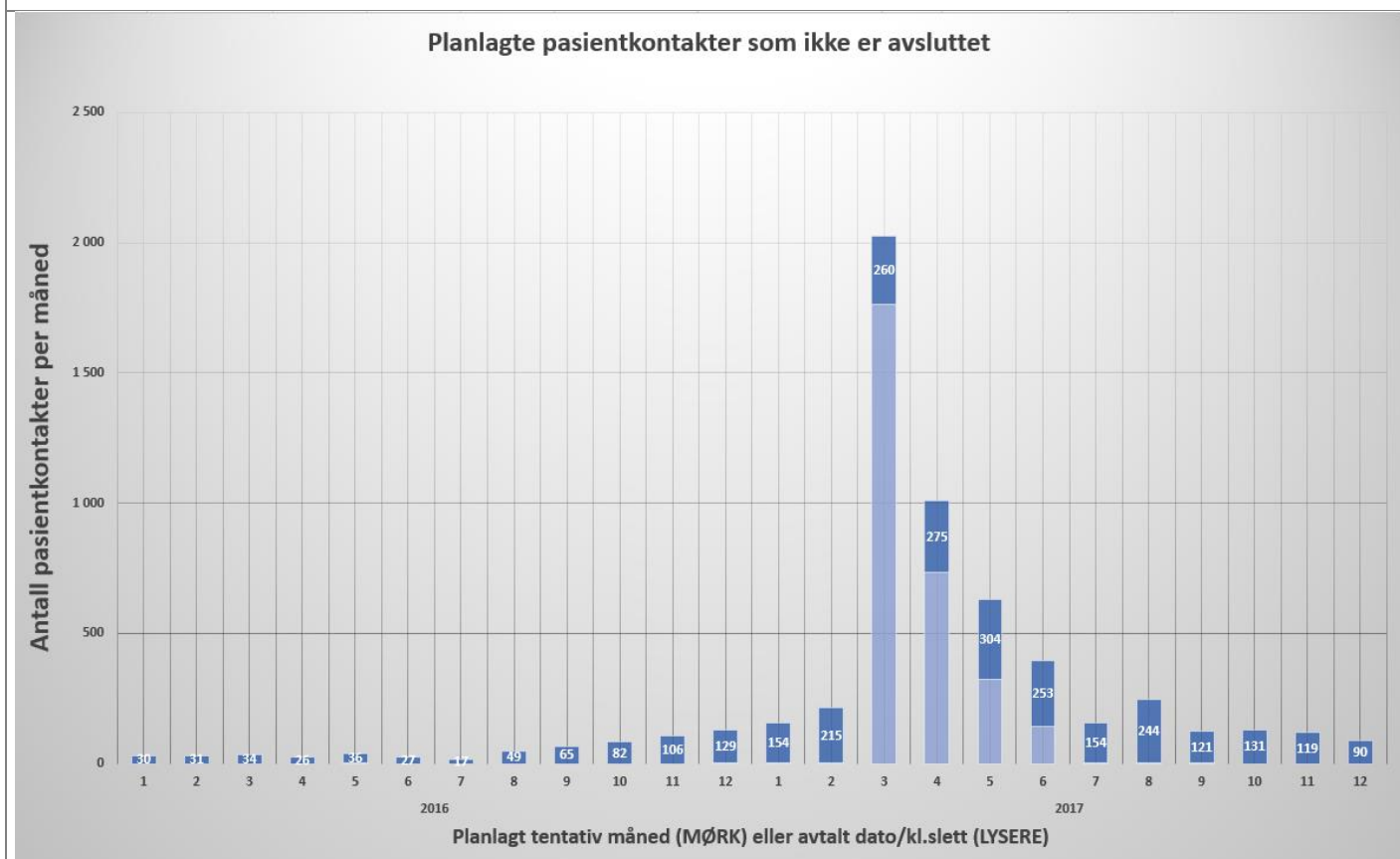
Det er store variasjoner per HF fra 0,6 % i Helse Bergen, til 4,7 % i Helse Stavanger og 6,0 % i Helse Fonna

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.)