



Utviklingsprosjekt

God faglig praksis i prioriteringsarbeid

Rett prioritering av henvisninger til
spesialisthelsetjenesten

Nasjonalt topplederprogram

Ole-Edv.B.Gabrielsen
Leder kirurgisk seksjon Narvik
Universitetssykehuset Nord-Norge

Narvik april 2010

Bakgrunn og organisatorisk forankring for prosjektet

Universitetssykehuset Nord-Norge Kirurgisk seksjon Narvik mottar henvisninger av pasienter til utredning og eller behandling. Disse henvisningene skal vurderes og behandles i henhold til relevante lover og forskrifter. Dette medfører bl.a. at det skal tas stilling til om pasienten har rett til prioritert helsehjelp, og innenfor hvilke tidsfrister. Det er utarbeidet nasjonale veiledere til hjelp i dette arbeidet.

Ved gjennomgang av de prioriterte pasienter på våre ventelister, finner vi at vår prioriteringspraksis fremdeles er mer preget av ulike legers personlige fagadministrative skjønn, enn av de anbefalinger som ligger i de nasjonale veilederne.

Vi har avdekket et behov for en intern prosess som sikrer at vår prioriteringspraksis endres slik den blir i samsvar med anbefalingene i de nasjonale veilederne. Det er mitt ansvar, som seksjonsleder, å sørge for at dette skjer. Jeg har derfor valgt dette som mitt Utviklingsprosjekt i Nasjonalt Topplederprogram.

Kirurgisk seksjon UNN Narvik har lokalsykehusfunksjon med akuttberedskap for et område på ca trettifem tusen innbyggere. I tillegg utøves elektiv virksomhet for det samme området samt funksjonsansvar for en del mindre elektive inngrep for hele UNN- HF.

Organisatorisk er seksjonen del av Gastrokirurgisk avdeling UNN som igjen er en avdeling i Klinikk for kirurgi, kreft og kvinnehelse (K3K). Vi utreder og behandler også pasienter som tilhører andre avdelinger og klinikker, for eks. innen urologi og ortopedi. Vi mottar således henvisninger innen flere ulike fagområder.

Dette Utviklingsprosjekt er forankret i vår avdelingsledelse og klinikkledelse ved henholdsvis avdelingssjef Rolf-Ole Lindsetmo, klinikksjef Arthur Revhaug.

Problemstilling og målsetting

I egen enhet, Kir seksjon UNN Narvik, finner vi altså ved gjennomgang av våre ventelister, at vår prioritering av henvisninger, avviker i forhold til anbefalt praksis i de nasjonale veilederne, dog hovedsakelig til pasientenes "gunst".

Mønsteret er at flere pasienter får rett til prioritert helsehjelp og med betydelig kortere ventetid enn de nasjonale anbefalingene. Blant pasienter med fristbrudd, er dette hovedinntrykket.

Målsettingen med utviklingsprosjektprosjektet er å etablere en faglig prioriteringspraksis som er i samsvar med de anbefalinger som presenteres i de nasjonale veilederne. Dette planlegges effektivt gjennom et prosjekt som;

1. legger til rette for implementering av de nasjonale veilederne
2. sikrer at implementering faktisk skjer
3. etablerer rutiner for regelmessig evaluering av kvaliteten av prioriteringsarbeidet.

Effektmål og resultatmål

Organisasjonens mål

Effektmålet er at pasienthenvisninger til kirurgisk seksjon UNN Narvik ivaretas på en slik måte at vi kan dokumentere at det utøves god faglig praksis i prioriteringsarbeidet, slik dette defineres i de nasjonale veiledere. Andelen ”feilprioriteringer” skal reduseres til et minimum.

Personlig mål

Bevisstgjøring og utvikling av egen lederrolle i en endringsprosess hvor prioriteringspraksis skal endres gjennom implementering av et sett med nasjonale veiledere/anbefalinger.

Realisering av effektmål (hvordan og når skal effekten måles)

Seksjonen anvender det elektroniske pasientjournalssystemet DIPS md diverse rapporter tilgjengelig. Her kan man sortere på pasienter med og uten rett til prioritert helsehjelp, kronologiske lister etter besluttede tidsfrister, samt lister over evt fristbrudd mm.

Vi planlegger månedlige evalueringsmøter som ledes av seksjonsleder. Vi vil her gå gjennom ventelistestatus, og et representativt utvalg av pasienter og evaluere prioriteringen. I tillegg vil seksjonens prioriterende leger presentere egne eksempler på hvordan de faktisk har prioritert, og relaterer dette opp mot den aktuelle nasjonale anbefaling.

Dersom man i dette arbeidet oppdager evt fristbrudd skal det besluttes tiltak som sørger for at pas får raskt tilbud om time, slik at fristbruddet kan lukkes. Pasienter som feilaktig har fått rett til prioritert helsehjelp, beholder denne retten. Pasienter som feilaktig ikke har fått rett til prioritert helsehjelp, får det.

Det utarbeides en rapport etter hvert evalueringsmøte som dokumentasjon på at evalueringen faktisk er utført og resultatet av denne. Rapporten formidles til deltagerne, samt seksjons- og avdelingsledelse.

Resultatmål

For å oppnå de ønskede effekter, er det en forutsetning at de prioriterende leger er kjent med gjeldende lov, forskrifter og nasjonale veiledere. Dette er presentert i plenum, og den enkelte prioriteringsansvarlige lege har forpliktet seg på egen oppdatering i forhold til detaljer som gjelder eget fagområde.

De nasjonale veilederne er tilgjengelig på internett, men de legges i tillegg i egen felles data-mappe for å øke tilgjengeligheten. Hver prioriterende lege skal også disponere en papirutgave.

I prioriteringsvinduet i DIPS programmet kan den enkelte prioriterende lege anføre hvilken referanse som er anvendt ved å skrive dette inn i rubrikken ”Merknad”

Det er avgjørende at det settes av tilstrekkelig tid til dette arbeidet. Seksjonens prioriterende leger formidler at de foreløpig vurderer det slik at det er rom for dette arbeidet innenfor

gjeldende tjenesteplan. Det dreier seg sannsynligvis mer om endring av nåværende prioriteringspraksis enn etablering av ny, men vi må være forberedt på at den nye praksis kan bli mer tidkrevende.

Det er også en forutsetning at de aktuelle leger føler motivasjon til endring av sin praksis. Motivasjonen er formulert til stede, og ytterligere en overlege har tilbudt seg å delta i prioriteringsarbeidet.

Vi vil etablere en prosjektgruppe bestående av de prioriterende leger med seksjonsleder som prosjektleder.

Analyse og argumentasjon rundt problemstilling

Til tross for et felles lovmessig grunnlag, er det dokumentert store forskjeller i praktisering av prioriteringsforskriften, både mellom regionale helseforetak, mellom fagområder og innenfor foretak og fagområder

Helse og omsorgsdepartementet ga i 2006 Helsedirektoratet samt de regionale helseforetak i oppdrag å utarbeide en strategi som skulle bidra til at spesialisthelsetjenesten utøvet sin prioriteringspraksis i tråd med lov og forskrift for prioritering.

Dette resulterte i samarbeidsprosjektet ” Riktigere prioriteringer i spesialisthelsetjenesten”.

Helsedirektoratet har samarbeidet med fagmiljøene i de regionale helseforetakene, fastleger og brukerrepresentanter om å utvikle **veiledere for rettighetstildeling og fristfastsettelse** innenfor 30 fagområder i spesialisthelsetjenesten. Veilederne er ment å fungere som støtte for den enkelte lege som vurderer henvisninger til spesialisthelsetjenesten.

Prioriteringsveilederen har status som faglig veileder og er ikke bindende for tjenesteyteren, men beskriver nasjonale helsemyndigheters oppfatning av rett fortolkning av regelverket.

Den gir også uttrykk for den felles oppfatning som Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene har om god faglig praksis i prioriteringsarbeidet. Dette betyr at valg av annen praksis, bør være basert på en konkret og begrunnet vurdering.

Kirurgisk seksjon UNN Narvik har ikke i tilstrekkelig grad implementert de føringer/ anbefalinger som presenteres i de nasjonale veilederne. Dette har vært til pasientenes ”fordel” idet mønsteret har vært at flere enn anbefalt, har fått rett til prioritert helsehjelp, og med kortere fristid.

Dette har imidlertid bidradd til unødig press i forhold til kapasitet, og en del unødvendige fristbrudd der det ikke skulle vært gitt rett til prioritert helsehjelp, men kan også ha bidradd til fristbrudd hos pasienter med korrekt vurdert rett til prioritert helsehjelp..

Det er i alles interesse at prioriteringspraksis skjer i henhold til de føringer som presenteres i de nasjonale veilederne.

Lederutfordringen ligger slik jeg ser det, i å sikre at evaluering faktisk skjer på en systematisk og regelmessig måte. Dersom dette fungerer, vil ”avvik” komme til syne på en slik måte at det i seg selv vil stimulere til forbedring. De fleste leger vil faktisk være flinke i alt de gjør.

Den anbefalte prioriteringspraksis slik den fremkommer i de nasjonale veilederne, omfatter ikke alle tilstander. Det vil derfor fremdeles være slik at mange henvisninger må vurderes med en betydelig grad av personlig skjønn. Grunnlaget for ulik prioriteringspraksis mellom ulike leger, er derfor på ingen måte borte.

Jeg ser det derfor også som en lederutfordring å lede evalueringsprosessen på en slik måte at vi i så stor grad som praktisk mulig, etablerer en felles forståelse og lik praksis i prioriteringen av problemstillinger som ikke omtales spesifikt i de nasjonale veilederne, slik at praksis også her er i samsvar med helsemyndighetenes intensjoner.

Fremdriftsplan med milepæler

Det er avholdt flere møter med prioriteringsansvarlige overleger i vår seksjon hvor vi har gått gjennom våre aktuelle ventelister, for å få et grovt bilde av status presens. Aktuelle lover, forskrifter samt nasjonale veilere er presentert.

Etter endt topplederprogram vil undertegnede invitere til en formell etablering av prosjektgruppen, og oppstart av implementeringen. Deretter blir det månedlig evalueringsmøter, og mulighet for kontinuerlig konferering/diskusjon og oppfølging ukentlig i daglige ettermiddagsmøter.

Milepæler

M1	Etablering av prosjektgruppe/formell forankring	Uke 19
M2	Felles gjennomgang av relevante nasjonale veiledere	Uke 21
M3	Møte i prosjektgruppen – prosesstatus	Uke 22
M4	Første ordinære evalueringsmøte	Uke 23
M5	Oppfølging/rapportering	Uke 24

Budsjett – nøkkeltall

Prioriteringen av pasienthenvisninger skjer i det elektroniske pasientjournal-programmet DIPS som vi har benyttet i mange år, og dette verktøyet er derfor vel kjent, og uten behov for særskilt opplæring.

Den endrede prioriteringspraksis vil etter implementering forventelig ikke medføre betydelig ekstra tid i forhold til dagens praksis.

Under implementeringen, må man forvente noe økt tidsbruk idet man må slå opp i veilederne, men ikke i et slikt omfang at særskilte administrative tiltak anses nødvendig. Den enkelte lege

tilpasser dette individuelt i sin nåværende arbeidsplan, og gir tilbakemelding til leder dersom behov for ekstra tilpasninger.

Seksjonens legestab møtes daglig til morgenmøte og ettermiddagsmøte, og her er det rom for tilbakemeldinger om driftsmessige forhold og mulighet for beslutninger om tiltak.

Ekstra ressursbruk vil i hovedsak dreie seg om møter under implementering, og den månedlige evaluering, som i utgangspunktet kan normeres inntil to klokke timer.

Tabellarisk

	Personelltid	Utg i kr
Prioriterende leger-oppstart	4 leger a 2 t uke 19/21/22/23	Innen vanlig drift
Prioriterende leder- implem	4 leger a 2 t pr mnd	Innen vanlig drift
Materiell/verktøy	Tilgjengelig	Innen vanlig drift

Risikoanalyse

	Sannsynlighet				Konsekvens					Risiko	Prioritet
	Kan skje				Kan føre til						
	Svært lite sannsynlig	Mindre sannsynlig	Sannsynlig	Meget sannsynlig	Ufarlig	Farlig	Kritisk	Meget kritisk	Katastrofalt		
Hva kan skje? Arbeid og forhold som kan medføre risiko (uønskede hendelser/ tilstander). Vurderes både for personer, miljø og materielle/økonomiske verdier	1	2	3	4	1	2	3	4	5		
Vedtatt arbeidsprosesser etterleves ikke		x					x			6	4
Gjeldende ansvar- og fullmaktstruktur blir ikke fulgt		x					x			6	5
Medarbeider uten lederrolle utfører arbeid i systemet		x					x			6	6
Feil registrering – manglende kompetanse		x						X		8	2
Dårlig kvalitet på rapporter, feil styringsinformasjon		x					x			6	3
Manglende lederopplæring		x					x			6	7
Feil dimensjonert brukerstøtte		x						X		8	1

Jeg finner lav risiko for at målsettingen ikke skal oppnås. Implementeringen av de nasjonale anbefalingene vil hos oss i hovedsak medføre at færre pasienter enn nå, får rett til prioritert helsehjelp, og flere pasienter får lengre fristid. Dette kan nå skje med god forankring i helsemyndighetenes anbefalinger.

Dette vil forventelig redusere det press og ekstraarbeid som for korte frister har medført, og gir bedre mulighet til å prioritere de som bør og skal prioriteres. Det er på alle måter en vinn-vinn situasjon. Største evt. motkraft ligger vel i de tilvante vaner og tenkemåter.

Konklusjoner og anbefalinger

Helsemyndighetene har utarbeidet nasjonale veiledere som støtte og grunnlag for en god faglig praksis i prioriteringsarbeid i forhold til henvisninger til spesialisthelse-tjenesten. Dette tiltaket er et ledd i bestrebelsene på å oppnå en lik nasjonal prioriteringspraksis.

Denne praksis skal skje på en slik måte at henviste pasienter blir ivaretatt på en forsvarlig måte, og slik at pasienter som med medisinsk begrunnelse bør prioriteres foran andre, faktisk blir det, men dog slik at forsvarlighetskravet praktiseres overfor alle henviste pasienter.

Selve prioriteringsarbeidet utføres av fagkompetente leger innen de ulike fagområder på det enkelte sykehus. De foreliggende nasjonale veiledere er utarbeidet i samarbeid med relevante fagfolk innen de regionale helseforetakene, og er ment som støtte i dette prioriteringsarbeidet, men formidler også helsemyndighetenes oppfatning av en riktig fortolkning av regelverket.

De nasjonale veilederne gir føring for god faglig praksis i prioriteringsarbeidet.

Forslag til vedtak:

Jeg tilrår at vi iverksetter aktuelle utviklingsprosjekt i Kirurgisk seksjon UNN Narvik som beskrevet, slik at seksjonen kan utøve og dokumentere god faglig praksis i prioriteringen av henvisninger til seksjonen.

Vedlegg 1

Formål med prioriteringsveilederen

Prioriteringsveilederen skal bidra til at "like" pasienter blir vurdert likt, uansett hvor i landet de bor og uavhengig av hvilket sykehus de henvises til. De som vurderer henvisningene må derfor ha en felles forståelse av lov og forskrift som regulerer pasientrettighetene. Prioriteringsveilederen skal være et praktisk hjelpemiddel når spesialisthelsetjenesten skal ta stilling til om en pasient som er henvist, skal ha "nødvendig" (prioritert) helsehjelp. For prioriterte pasienter gir veiledertabellen en veiledende frist for når helsehjelpen senest skal starte.

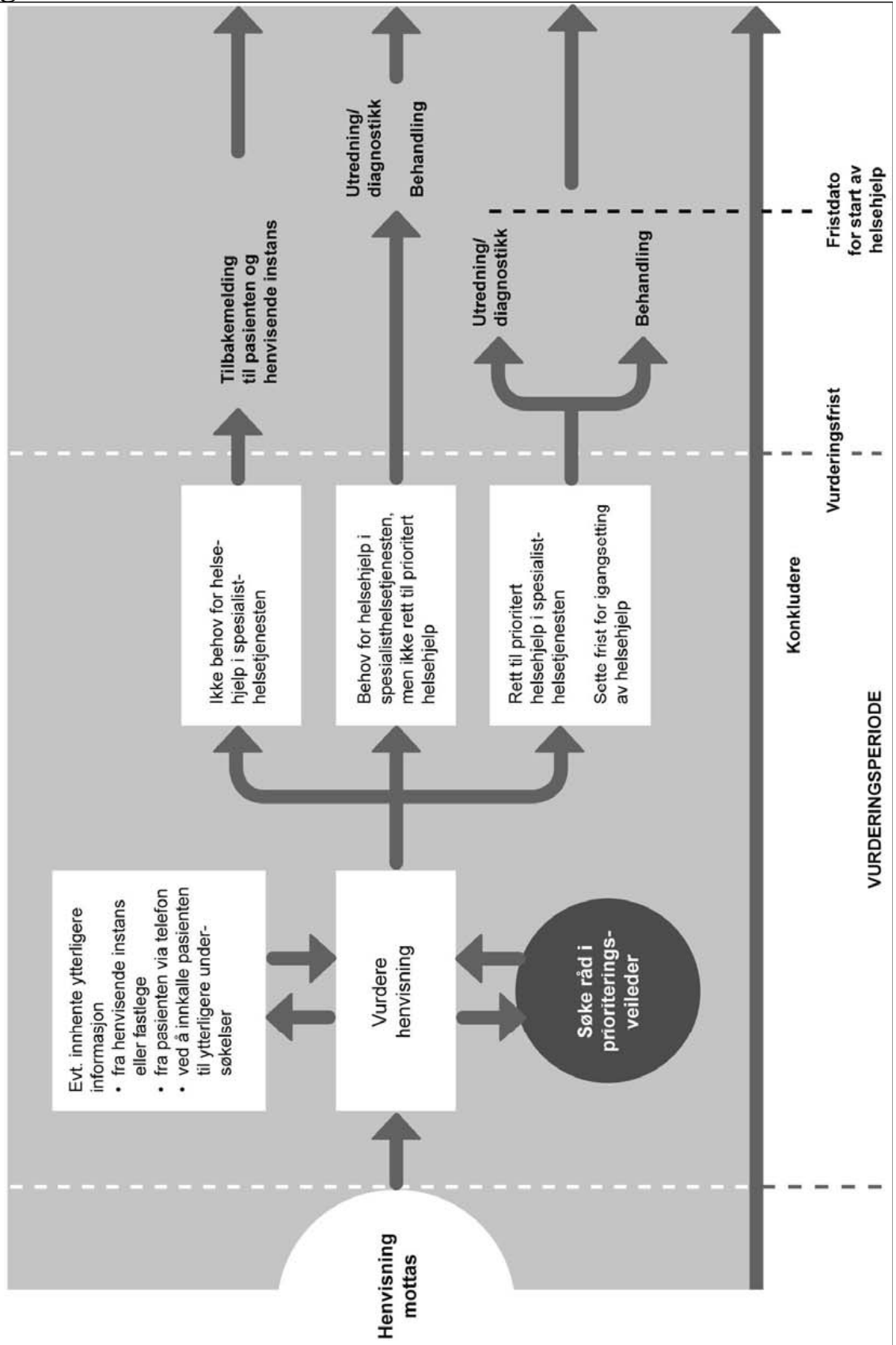
I tillegg til veiledende rettighetsstatus og frist for når helsehjelpen senest skal starte, gir prioriteringsveilederen en oversikt over *individuelle* forhold utover dem som generelt beskriver tilstandsgruppen. Det er fordi veiledertabellen inneholder anbefalinger på *gruppenivå*, mens pasientrettighetsloven og prioriteringsforskriften omhandler *individuelle* pasienters rettigheter. Individuelle forhold kan tilsi at rettighetsstatus og/eller frist blir annerledes for den aktuelle pasienten enn for tilstandsgruppen som pasienten tilhører.

Veilederne er laget med tanke på at 75-80% av henvisningene innenfor et fagområde vil dekkes av tilstandene i fagområdets veiledertabell. Pasienter med andre og sjeldnere tilstander skal også vurderes i forhold til prioriteringsforskriften, men de er ikke innbefattet i veiledertabellen. *Det betyr ikke at pasienter med disse tilstandene er lavere prioritert.*

Figur 1 (vedlegg 2) viser hvor i henvisningsforløpet prioriteringsveilederen skal brukes.

Vedlegg 2

Illustrasjon av bruk av prioriteringsveileder ved fastsetting av rettighet og frist for start helsehjelp



Litteratur

1. NOU 1987; 23 "Lønning I "
2. NOU 1997; 18 "Lønning II "
3. Pasientrettighetsloven
4. Prioritering i den norske helstjenesten, Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helsetjenesten
5. Forskrift 2000-12-01 nr 1208: Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemd (prioriteringsforskriften)
6. <http://www.ipso.no/Lederskap/endringsledelse.htm>
7. <http://humanagement.no/Artikler/Endringsledelse.pdf>
8. Elin Ørjasæther: Lederboka (Hodejegerens beste tips), 2008
9. Ulrik Wilbek: Tro på deg selv (Min vej til at utvikle og motivere mennesker), 2006
10. Richard Carlson: SLAPP AV – det ordner seg, 1999
11. Glenn M Parker: TVERRfaglige TEAM, 1994
12. Kenneth Cloke & Joan Goldsmith: Løs konfliktene på arbeidsplassen, 2000
13. Florence M. Stone: Ledelse for en ny tid, 2000
14. Anne Marie Tannæs: De vanskelige samtalene-formidlingens kunst, 1997