

Bedre dokumentation

Bilag Forslag

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Sundhedsstyrelsen, Danske Regioner og Finansministeriet

Endelig rapport, den 29. september 2009

Indhold

1. GENERELT OM FORSLAGENE	4
2. BEDRE ORGANISATORISKE RAMMER	8
2.1 ØGET NATIONALT SAMARBEJDE	8
1. Samarbejde mellem specialeselskaber og Sundhedsstyrelsen.....	8
2. Øget brugersamarbejde omkring LPR	10
3. Revision af afdelingernes aktivitetsregistreringer.....	11
2.2 BEDRE ORGANISERING AF DEN REGIONALE INDSATS	13
4. Kultur og ledelse.....	13
5. Lokal datakvalitetsansvarlig	14
6. Udarbejd forretningsgangsbeskrivelse	16
7. Integration af kompetencecentre og NIP.....	18
3. BEDRE KVALITET I REGISTRERINGEN	21
3.1 KLARERE PROCESSER OG TYDELIGERE BEGREBER	21
8. Bedre proces for specifikationsarbejdet	21
9. Revision af fællesindholdet	23
10. Repræsentation af patientforløb i LPR.....	24
11. Konsolidering af præmisserne for registrering af psykiatriske ydelser.....	28
12. Mere ensartet anvendelse af aktionsdiagnoser i psykiatrien.	29
3.2 BEDRE VEJLEDNING OG UDDANNELSE	32
13. Vejledning til "Det gode register".....	32
14. Undervisning i kodning og indberetning	34
15. Bedre IT-støtte til kodning	37
4. BEDRE DATAFLOW	39
4.1 FORBEDRET INDBERETNING TIL NATIONALE REGISTRE	39
16. Bedre proces for indberetning af data til LPR	39
17. Løbende indberetning af kontakter	45
18. Elektronisk indberetning af ydelser, der foregår udenfor hospitalet.....	46
19. Indberetning til Venteinfo gøres obligatorisk og strammes op	48
20. Håndhæve, at indberetning til LKD er obligatorisk.....	52
21. Etablering af mulighed for patienters egenindberetning	54
22. Bedre skemagenerator.....	56
23. Single signon	58
4.2 AFSKAFFELSE AF DOBBELTREGISTRERING	60
24. Fælles Journal på tværs af faggrupper	60
25. Reduktion af antallet af papirskemaer.....	62
26. Registrering af data til LKD via LPR.....	64
27. Etablering af en national serviceplatform for sundhedsdata	67
4.3 MERE EFFEKTIV FEJLRETNING.....	69
28. Systematisk og tidstro feedback til brugerne	69
29. Brug viden om fejl til forbedringer	71
30. Data fra LKD overføres til LPR.....	72
4.4 SAMKØRING OG FORENKLING.....	74
31. Integration af systemer indenfor OBSTETRIK	75
32. Integration af systemer på CANCEROMRÅDET	76
33. Integration af systemer på HJERTEOMRÅDET.....	78
34. Integration af systemer indenfor PSYKIATRIEN.....	79
35. Krav om elektronisk dialog med privathospitaler.....	83
36. Automatisk udvælgelse af patienter til efterkontrol (primærsektor).....	84

5. DATAADGANG OG FORMIDLING	86
37. Uddata fra LPR.....	86
38. Benchmarking-nøgletal baseret på LPR	89
39. Adgang til LPR-indberetninger for visitationsenheder.....	91
40. National AnalysePortal	92
41. Viden om livstestamente og organdonation til rette tid	96
5.1 APPENDIX 1: ISF AKTIVITET	98
5.2 APPENDIX 2 – FORSLAGENES GRUPPEFORDELING	1

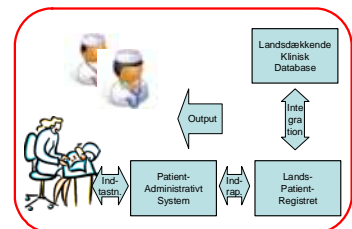
1. Generelt om forslagene

Nærværende dokument præsenterer Implements endelige udgave af forslagskatalog for så vidt angår delprojektet "Bedre dokumentation". Nærværende forslagskatalog er et bilag til slutrapporten for projektet "Bedre Dokumentation".

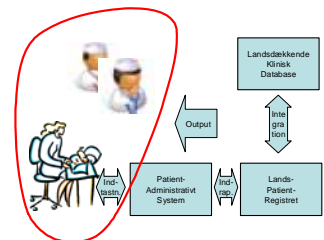
Kataloget bygger på de gennemførte aktiviteter i projektet, herunder desk research, interviews, 3 spørgeskemaundersøgelser, LPR-analysen samt den gennemførte cluster-workshop. De forslag, som vi har valgt at medtage i kataloget, vil efter vores opfattelse alle bidrage til tilvejebringe bedre sundhedsdokumentation – i en del tilfælde for færre ressourcer. En del af forslagene bidrager også med andre effekter.

Forslagene er grupperet i fire hovedgrupper:

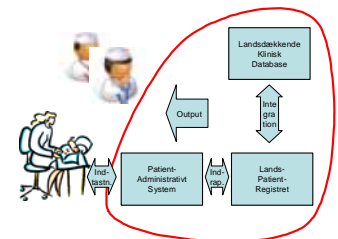
Den første gruppe er *Bedre organisatoriske rammer*. Denne gruppe samler forslag, som har til formål at skabe bedre rammer for at forbedre den nationale sundhedsdokumentation. Her er primært tale om forslag, som retter sig imod organisation, ansvarsfordeling og ledelse på det lokale niveau, men her er også medtaget forslag, som styrker det nationale samarbejde. Forslagene i denne gruppe vedrører samspillet mellem aktørerne.



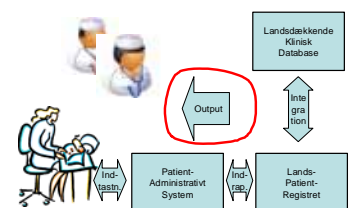
Den anden gruppe er *Bedre kvalitet i registreringen*. Denne gruppe samler forslag som bidrager til at harmonisere, tydeliggøre eller fastlægge, hvad den nationale sundhedsdokumentation indeholder, herunder processer og begreber. Herudover indeholder gruppen forslag, der handler om at formidle disse forhold til sektorens medarbejdere, i form af kurser og vejledninger, m.m. Begge dele har til formål at skabe bedre kvalitet i registreringen ved at gøre registreringsopgaven så klar som muligt for de medarbejdere, som skal løse den.



Den tredje gruppe er *Bedre dataflow*. Denne gruppe samler forslag, som har til formål 1) at forbedre indberetningen, 2) at afskaffe dobbeltregistreringer, 3) at gøre fejlretningsprocessen mere effektiv og 4) at samkøre og forenkle med henblik på at genbruge data og automatisere dataudvekslingen mest muligt. Samlet set indeholder denne gruppe forslag, som bringer data fra de kliniske miljøer ind i de centrale registre så hurtigt, fejlfrit, omkostningseffektivt og automatisk som muligt.



Den fjerde gruppe er *Dataadgang og formidling*. Denne gruppe samler forslag, som handler om at stille data til rådighed for indberettere og andre så hurtigt, fleksibelt og i så god kvalitet som muligt.



Det gælder for de fleste forslag, at realiseringen af dem vil bidrage til mere end et formål. For eksempel har vi vurderet, at forslagene

- 24. Fælles Journal på tværs af faggrupper
- 25. Reduktion af antallet af papirskemaer
- 26. Registrering af data til LKD via LPR
- 27. Etablering af en national serviceplatform for sundhedsdata

begge primært vil føre til, at dobbeltregistreringer undgås. Der er imidlertid en række forslag, som også understøtter dette formål, men som vi af forskellige grunde har valgt at placere i andre grupper. Det drejer sig bl.a. om:

- 16. Bedre proces for indberetning af data til LPR
- 18. Elektronisk indberetning af ydelser, der foregår udenfor hospitalet
- 21. Etablering af mulighed for patienters egenindberetning
- 31. Integration af systemer indenfor OBSTETRIK
- 32. Integration af systemer på CANCEROMRÅDET
- 33. Integration af systemer på HJERTEOMRÅDET
- 34. Integration af systemer indenfor PSYKIATRIEN
- 35. Krav om elektronisk dialog med privathospitaler

Vi har derfor nedenfor valgt at placere forslaget efter dets primære formål, og har i appendix markeret hvilke formål, som de enkelte forslag sekundært understøtter.

Forslagene er beskrevet i denne struktur:

- Forslagets navn
- Problemstilling, som søges løst vha. forslaget
- Beskrivelse af forslaget
- Forslagets forventede effekt – skaber forslaget bedre sundhedsdokumentation for færre ressourcer?
- Gode eksempler
- Vurdering af forslagets betydning
- Andre bemærkninger, herunder evt. andre indsatser over for samme problemstilling

Forslagets betydning er vurderet på en femtrinsskala, som spænder fra mindre vigtig over middel til meget vigtig

Det skal understreges, at der er tale om Implements umiddelbare vurderinger, som er funderet i vore generelle erfaringer fra projekter i sundhedssektoren, men ikke i egentlige analyser.

Samlet set er der tale om følgende forslag:

BEDRE ORGANISATORISKE RAMMER

Nationalt samarbejde

1. Samarbejde mellem specialeselskaber og Sundhedsstyrelsen
2. Øget brugersamarbejde omkring LPR
3. Revision af afdelingernes aktivitetsregistreringer

Organisering af den regionale indsats

4. Kultur og ledelse
5. Lokal datakvalitetsansvarlig
6. Udarbejd forretningsgangsbeskrivelse
7. Integration af kompetencecentre og NIP

BEDRE KVALITET I REGISTRERINGEN

Klarere processer og tydeligere begreber

8. Bedre proces for specifikationsarbejdet
9. Revision af fællesindholdet
10. Repræsentation af patientforløb i LPR
11. Konsolidering af præmisserne for registrering af psykiatriske ydelser
12. Mere ensartet anvendelse af aktionsdiagnoser i psykiatrien.

Bedre vejledning og uddannelse

13. Vejledning til "Det gode register"
14. Undervisning i kodning og indberetning
15. Bedre IT-støtte til kodning

FORBEDRET DATAFLOW

Forbedret indberetning til nationale registre

16. Bedre proces for indberetning af data til LPR
17. Løbende indberetning af kontakter
18. Elektronisk indberetning af ydelser, der foregår udenfor hospitalet
19. Indberetning til Venteinfo gøres obligatorisk og strammes op
20. Håndhæve, at indberetning til LKD er obligatorisk
21. Etablering af mulighed for patienters egenindberetning

22. Bedre skemagenerator

23. Single signon

Afskaffelse af dobbeltregistrering

24. Fælles Journal på tværs af faggrupper

25. Reduktion af antallet af papirskemaer

26. Registrering af data til LKD via LPR

27. Etablering af en national serviceplatform for sundhedsdata

Mere effektiv fejlretning

28. Systematisk og tidstro feedback til brugerne

29. Brug viden om fejl til forbedringer

30. Data fra LKD overføres til LPR

Samkøring og forenkling

31. Integration af systemer indenfor OBSTETRIK

32. Integration af systemer på CANCEROMRÅDET

33. Integration af systemer på HJERTEOMRÅDET

34. Integration af systemer indenfor PSYKIATRIEN

35. Krav om elektronisk dialog med privathospitaler

36. Automatisk udvælgelse af patienter til efterkontrol (primærsektor)

DATAADGANG OG FORMIDLING

37. Uddata fra LPR

38. Benchmarking-nøgletal baseret på LPR

39. Adgang til LPR-indberetninger for visitationsenheder

40. National AnalysePortal

41. Viden om livstestamente og organdonation til rette tid

2. Bedre organisatoriske rammer

2.1 Øget nationalt samarbejde

Der er formuleret følgende tre forslag indenfor dette område.

1. Samarbejde mellem specialeselskaber og Sundhedsstyrelsen
2. Øget brugersamarbejde omkring LPR
3. Revision af afdelingernes aktivitetsregistreringer

Disse forslag beskrives i det følgende.

1. Samarbejde mellem specialeselskaber og Sundhedsstyrelsen

Problemstilling

Der er i dag en betydelig forskel på omfanget af samarbejde mellem Sundhedsstyrelsen og de enkelte specialeområder omkring dokumentationen indenfor specialerne. I forhold til nogle specialeområder er samarbejdet meget begrænset, mens det indenfor andre områder er betydeligt og omfattende. Det er Implements vurdering, at et øget samarbejde med specialeselskaberne vil have en gunstig effekt på en række forhold såsom begrebsklarhed, kodningskvalitet osv. – svarende til samarbejdet på det obstetriske område, hvor de fælles indsatser fra Sundhedsstyrelsen og selskabet har haft gunstige effekter.

Samarbejdet kan ligeledes bruges som afsæt for udarbejdelse af nationale guidelines ved implementeringen af Map of Medicine.

Beskrivelse af forslaget

Det foreslås, at:

- Sundhedsstyrelsen udpeger en fast kontaktperson til hvert specialeselskab
- Der indledes et tæt samarbejde mellem denne person og specialeselskabet
- Der udarbejdes en skabelon for samarbejdet mellem Sundhedsstyrelsen og specialeselskabet

Samarbejdet kan bl.a. omfatte fælles udgivelse og vedligeholdelse af en kodevejledning mhp at sikre en ensartet kodning og dermed en øget datakvalitet i LPR. Ved at gøre dette i fællesskab tilgodeses såvel hensynet til specialets indflydelse på, hvordan kodningen standardiseres/harmoniseres, som sikringen af, at kodningen bliver standardiseret/harmoniseret ud fra klinisk meningsfyldte hensyn. Lokalt får klinikerne her ved nem adgang til en overskuelig kodevejledning tilpasset specialet, hvilket især for yngre/nyuddannede læger vil være en hjælp i uddannelsesøjemed. Det øger kliniker-



nes incitament til at tage en ny kodevejledning i brug, at de selv har haft indflydelse på denne vejlednings karakter og form. En fælles kodevejledning kan danne grundlag for den undervisning, som er beskrevet i forslag "14. Undervisning i kodning og indberetning" nedenfor.

Et andet element i samarbejdet kan være udarbejdelse af nationale, kliniske vejledninger/guidelines i fællesskab, evt. med afsæt i implementering af værktøjet Map of Medicine (MoM).

Endelig kan samarbejdet omfatte eventuelle kliniske databaser, som måtte være i drift indenfor specialet, hvor to centrale problemstillinger kunne være at kortlægge, om manuel indtastning af data, som i forvejen findes i LPR, kan undgås, samt om der er mulighed for integration af de kliniske databaser indenfor specialet. Se forslag 31-34.

Det er vigtigt, at specialeselskabet oplever en reel gevinst ved samarbejdet.

Forventet effekt

	Bedre dokumentation	Færre ressourcer
	<ul style="list-style-type: none"> • Ensartet kodning → højere data-kvalitet • Fælles kliniske retningslinjer → mere ensartet dokumentation 	<ul style="list-style-type: none"> • Større genbrug → Mindre tidsforbrug
	<ul style="list-style-type: none"> • 	<ul style="list-style-type: none"> • Mere tidsforbrug i Sundhedsstyrelsen og i specialeselskabet

Gode eksempler

På fødselsområdet er det et tæt samarbejde mellem Sundhedsstyrelsen og det specialfaglige selskab (DSOG), hvilket har givet et højere datakvalitet og en intensiveret brug af LPR-data gennem det Medicinske Fødselsregistret (MFR).

Vurdering af forslaget

	Uden betydning	Lille betydning	Middel betydning	Stor betydning	Meget stor betydning
Hvor væsentligt er forslaget at gennemføre?				X	

Andre bemærkninger

Se forslag "14. Undervisning i kodning og indberetning" samt forslag 31-34.

2. Øget brugersamarbejde omkring LPR

Problemstilling

I og med at LPR i stigende omfang anvendes til kvalitetsovervågning, introduceres en ny handlingsorienteret og serviceforventende brugergruppe (sundhedsfaglige specialister og kvalitetsfolk), der finder uhensigtsmæssigheder i LPR med særlig relevans for kvalitetsmonitoreringen, og som også på andre felter er afgørende for en stadig forbedring af kvaliteten og anvendeligheden i LPR.

Implement anser det for væsentligt, at der skabes rammer for dialogen omkring den videre udvikling af LPR mellem på den ene side Sundhedsstyrelsens forskellige interesser og på den anden side repræsentanter for væsentlige brugermiljøer, herunder kompetencecentre – ikke bare for at få gode ideer frem til prioritering, men i høj grad også for at skabe et forum for deling af erfaringer om god praksis.



Imidlertid har vores dialog med ressourcepersoner og enheder indikeret, at der i dag findes ganske mange grupper, samarbejdsfora, og lign., som alle beskæftiger sig med datakvalitet, kodning, DRG og andre temaer af betydning for bedre dokumentation

Beskrivelse af forslaget

Brugergruppen foreslås ledet af Sundhedsstyrelsens afdeling for sundhedsdokumentation, og foreslås også at omfatte de i styrelsen involverede afdelinger, der har med LPR, Fællesindhold, monitorering og kliniske databaser at gøre, dvs. afdelingerne for Monitorering & Medicinsk Teknologivurdering, Patientforløb, Sundhedsplanlægning og Sundhedsøkonomi.

Brugergruppen har som opdrag at identificere, analysere, behandle, beslutte og implementere relevante forslag til forbedringer af LPR fra kliniske databasers styregrupper, kompetencecentre, DMCG grupperne, enheder i Sundhedsstyrelsen, Danske Regioner etc.

Forventet effekt

	Bedre dokumentation	Færre ressourcer
	<ul style="list-style-type: none"> • Trinvis forbedring af LPR's egnethed til kvalitetsmonitorering og styring af sundhedsfaglig kvalitet som supplement til bestående produktion/økonomistyring • Spredning af gode erfaringer med anvendelsen af LPR 	<ul style="list-style-type: none"> • Større genbrug → Mindre tidsforbrug • Bedre prioritering af ændringsønsker
	<ul style="list-style-type: none"> • 	<ul style="list-style-type: none"> • Budget afsat til forbedringer • Tidsforbrug ved behandlingen af sager

Gode eksempler

For de fleste standardsystemers vedkommende eksisterer der formaliserede brugergrupper, som sikrer, at leverandørens udviklingstiltag går i en retning, som brugergruppen ønsker. Det gælder f.eks. for systemer som SAP, Oracle og Navision. På sundhedsområdet kendes brugergruppe-konceptet bl.a. fra MEDCOM.

Vurdering af forslaget

	Uden betydning	Lille betydning	Middel betydning	Stor betydning	Meget stor betydning
Hvor væsentligt er forslaget at gennemføre?				X	

Andre bemærkninger

Se forslaget "9. Revision af fællesindholdet"

3. Revision af afdelingernes aktivitetsregistreringer**Problemstilling**

Umiddelbart forekommer det paradoksalt, at revisionen af et sygehus' økonomiske transaktioner foregår med stor grundighed, herunder afstemning af beholdninger, opfølgning på dispositionsregler, særlig analyse af bestemte udgiftsarter osv., mens verifikationen af afdelingens aktivitet nærmest er baseret på den selvangivelse, som afdelingens indberetning til LPR bedst kan sammenlignes med. Hvad ville det betyde for registreringer og aktivitetstal, hvis de var underkastet samme niveau af kontrol som hele den økonomiske side?

Beskrivelse af forslaget

Det foreslås, at:



- Der gennemføres et forsøg med revision af udvalgte afdelingers registreringer og aktivitetstal.
- Hvis revisionerne viser sig at føre til væsentlige behov for korrektioner af afdelingernes registreringer og aktivitetstal bredes ordningen ud og gøres permanent

Revisionen består i, at et antal afdelinger udvælges, f.eks. ud fra det kriterium, at indberetningerne pr. årsværk er x % større for de udvalgte afdelinger end for gennemsnittet af resten. Der aflægges uanmeldt besøg på de pågældende afdelinger, og der gennemføres en systematisk gennemgang af registreringer i det patientadministrative system samt af arbejdsgangene omkring indberetning til LPR. Der kan her tages ud-

gangspunkt i en periode af en passende længde.

For at øge incitamentet til korrekt indberetning kan det princip indføres, at aktivitet, som findes i revisionen, og som ikke tidligere er indberettet, udløser 50 % af den ressource-tildeling, som ville have blevet sygehuset til del, hvis sygehuset havde indrapporteret aktiviteten af egen drift. Tilsvarende trækkes der 200 % af den aktivitet, som afdelingen har indberettet uberettiget.

Forventet effekt

	Bedre dokumentation	Færre ressourcer
	<ul style="list-style-type: none"> Sandsynligheden for at en revision finder fejl må antages at give anledning til større omhu ved registreringen Revisionen vil finde og rette fejl 	<ul style="list-style-type: none"> Finder man aktivitet, som er fejlagtigt indberettet bliver det billigere
	<ul style="list-style-type: none"> 	<ul style="list-style-type: none"> Revisionen koster tid – både for revisorerne og for dem, der skal revideres Finder man aktivitet, som afdelingen ikke selv har indmeldt til afregning, bliver det dyrere.

Gode eksempler

Efter en periode med stigende DRG-tænkning, samt identifikation af såkaldt "DRG snyd", har det norske Helsetilsynet som del af deres obligatoriske indsats med kontrol af sundhedsvæsenet i Norge, herunder af de enkelte helseforetak og sygehuse, etableret en revisionsenhed, som udvælger stikprøver blandt hospitalsafdelinger og aflægger disse uanmeldte revisionsbesøg. Revisorerne tilbringer f.eks. 1 uge på et sygehus eller en afdeling og gennemgår kodningsprincipper, aktivitetsregistreringer osv.

Vurdering af forslaget

	Uden betydning	Lille betydning	Middel betydning	Stor betydning	Meget stor betydning
Hvor væsentligt er forslaget at gennemføre?					X

Andre bemærkninger

-

2.2 Bedre organisering af den regionale indsats

Der er formuleret følgende fire forslag indenfor dette område:

4. Kultur og ledelse
5. Lokal datakvalitetsansvarlig
6. Udarbejd forretningsgangsbeskrivelse
7. Integration af kompetencecentre og NIP

Disse forslag beskrives i det følgende.

4. Kultur og ledelse

Problemstilling

Som arbejdskulturen er i dag, er det mest almindeligt, at sekretærer varetager indberetninger til LPR via de patientadministrative systemer, mens læger/sygeplejersker varetager indberetninger til kliniske databaser. Dette indebærer ofte, at klinikernes fokus på datakvalitet indskrænker sig til datakvaliteten i de kliniske databaser, og at dette fører til lavere prioritering af hurtig, korrekt og fyldestgørende indberetning til LPR samt rettelse af fejl i denne indberetning.

Det er Implements vurdering, at denne kultur ikke i tilstrækkelig grad stilles overfor krav fra sygehusenes ledelsessystemer om opprioritering af registreringsprocessen. I en travl hverdag trækkes ressourcerne til afdelingernes kerneopgave, og registrering bliver på derfor måde mange steder et de facto lavt prioriteret område.

Beskrivelse af forslaget

Det foreslås, at:



- Ledelsen – fra regionsledelse over sygehusledelse og til afdelingsledelse – formulerer mål for registreringen (max fejlindberetninger, max manglende data, ...)
- Disse mål kommunikeres til de kliniske afdelinger på en sådan måde, at de ansatte forstår formålet og mærker en vedholdende, ledelsesmæssige efterspørgsel

Ansvar for datakvaliteten må eksplicit placeres i ledelsessystemet (afdelingsledelse, sygehusledelse, regional ledelse) og gives prioritet, bl.a. ved at ledelsen på alle niveauer løbende følger op på, om disse mål holdes.

Det forudsættes her, at data kan stilles til rådighed fra LPR i en aktualitet, der gør denne indsats meningsfuld.

Det kan overvejes at gøre dette opfølgningssystem til en del af Den Danske Kvalitets Model.

Forventet effekt

	Bedre dokumentation	Færre ressourcer
	<ul style="list-style-type: none"> Øget lokal ledelsesmæssig fundering af registreringsprocessen vil fremme datakvaliteten (højere dataaktualitet og bedre dækningsgrad) 	<ul style="list-style-type: none"> Mindre ressourceforbrug fordi antallet af fejl reduceres
	<ul style="list-style-type: none"> 	<ul style="list-style-type: none"> Formentlig et større tidsforbrug til registrering samt monitorering ift. målopfyldelse

Baseret på vores erfaringer fra arbejde med de kliniske databaser, vurderes (øget) interesse og formulering af krav fra ledelseshold at kunne starte en god cirkel: Når ledelser efterspørger rapporter om den kliniske kvalitet, vil det ofte vise sig, at rapporten viser ikke-tilfredsstillende resultater, der ofte primært kan forklares med svigtende datakvalitet, hvilket medfører, at første tiltag til forbedring af kvalitetsdokumentationen er tiltag til forbedring af datakvaliteten.

Gode eksempler

I [basiskravene for LKD](#) er der blandt andet fastsat mål for indberetningerne og givet tidsfrister for hvor lang tid der må gå, inden målene opfyldes.

Vurdering af forslaget

	Uden betydning	Lille betydning	Middel betydning	Stor betydning	Meget stor betydning
Hvor væsentligt er forslaget at gennemføre?				X	

Andre bemærkninger

-

5. Lokal datakvalitetsansvarlig**Problemstilling**

I mange afdelinger ligger ansvaret for kvaliteten af kodning og indberetning spredt på mange medarbejdere, der som regel har andre hovedopgaver og ofte begrænsede forudsætninger for, uddannelse i, interesse for samt tid til at varetage opgaven på et

tilstrækkeligt niveau.

En del steder er der indført lokale datakvalitetsansvarlige/kodningsansvarlige – en ordning, som efter Implements opfattelse fortjener yderligere udbredelse.

Beskrivelse af forslaget

Det foreslås, at:

- Der på hver afdeling udpeges lokal datakvalitetsansvarlig, dvs. én person + en stedfortræder, som er ansvarlig for kodning og kvalitetssikring af de data, som indberettes fra afdelingen, såvel via det patientadministrative system til LPR som til LKD
- Denne person også varetager opgaver vedrørende præsentation af feedback data og rapporter fra registre samt håndtering af fejllister samt læring af fejl

Dette ansvar omfatter sikring af, at der på afdelingen er et system til kvalitetssikring af kodningen, at retningslinjer og hjælpemidler omkring registrering opdateres, at der undervises/uddannes i dette indsatsfelt, og at der regelmæssigt gennemføres stikprøveaudits på konkrete journaler.



Funktionen bør understøttes af sygehusets kvalitetsorganisation, f.eks. mht. værktøjer, procesbeskrivelser, erfaringsudveksling, uddannelse i datakvalitetsrelaterede problemstillinger, udtræk, analysemetoder m.m.

Den lokale datakvalitetsansvarlige bør i datakvalitetsspørgsmål referere til afdelingsledelsen, og også gerne de specialefaglige selskaber, så der kan ske en harmonisering af retningslinjer og evt. understøttet af Map of Medicine som værktøj.

Amerikanske erfaringer (fra Veterans Administration) er, at ét dedikeret årsværk kan dække 50 senge, men heri ligger både kodning og indberetning – vel at mærke i et sundhedssystem, hvor sammenhængen mellem kodning/indberetning og økonomi er mere fremtrædende end i Danmark. Også i Tyskland er kodning en opgave for en enkelt person pr. afdeling.

Almindeligvis er den lokale datakvalitetsansvarlige læge, og det vil ofte være hensigtsmæssigt at understøtte denne funktion med en registreringsansvarlig medarbejder eller anden personalegruppe med administrativ eller IT orienteret uddannelse, evt. via opkvalificering af lægesekretærer, som har et stort opkvalificeringspotentiale. Den datakvalitetsansvarlige skal være motiveret for opgaven, uanset om dette sker gennem honorering, ledelsesmæssigt engagement eller på anden vis. Det bemærkes, at denne ansvarsrolle i Veterans Administration varetages af sygeplejersker.

Forventet effekt

	Bedre dokumentation	Færre ressourcer
	<ul style="list-style-type: none"> • Væsentlig højnelse af datakvaliteten • Synliggørelse af, at datakvalitet har fået ledelsesmæssig prioritet 	<ul style="list-style-type: none"> • Betydeligt mindre tidsforbrug til fejlretning • Mere effektiv tidsudnyttelse gennem specialisering
	<ul style="list-style-type: none"> • 	<ul style="list-style-type: none"> • Muligvis mere tidsforbrug til indrapportering

Hertil kommer en mere hensigtsmæssig arbejdstilrettelæggelse, hvor mange medarbejdere vil få gavn af, at datakvalitetssikringen er samlet på ganske få hænder.

Gode eksempler

Lokale dataansvarlige/kodeansvarlige findes allerede på en række sygehuse.

Vurdering af forslaget

	Uden betydning	Lille betydning	Middel betydning	Stor betydning	Meget stor betydning
Hvor væsentligt er forslaget at gennemføre?				X	

Andre bemærkninger

Se også forslaget "6. Udarbejd forretningsgangsbeskrivelser".

6. Udarbejd forretningsgangsbeskrivelse**Problemstilling**

Der er mange indikationer af, at forretningsgangene omkring indberetning til LPR, LKD og andre centrale registre er meget forskellig og mange steder uhensigtsmæssig. Det anførte bygger bl.a. på forekomst af fejl ved indberetning til forskellige systemer og på udsagn fra forskellige medarbejdergrupper omkring indberetningsprocessen. Problemstillingen forstærkes af en relativ høj personaleomsætning.

Nogle af de problemer, som opstår, er:

- Hvis der går lang tid fra generering af information til registrering af data, reduceres validiteten

- Mange arbejdsstrin fra information genereres til data registreres øger risiko for fejlregistrering. For eksempel: diktering → journalskrivning → dataekstrakt overført til papirskema → data registreres i databasens webformular

Beskrivelse af forslaget



Det foreslås, at:

- Der på hvert sygehus udarbejdes beskrivelser af registreringsprocessen, både vedr. de kliniske og de administrative data. Dette arbejde bør baseres på paradigmer, udviklet af interessentkredsen omkring de enkelte registre (f.eks. specialeselskaber, Danske Regioner, leverandører samt Sundhedsstyrelsen), men bør være et lokalt ansvar, også for at sikre sammenhæng i roller, ansvar og processer på tværs af registrene
- Der etableres registreringsarbejdsgange i klinikken, som er baseret på standarder for gennemstrømningstider
- Der udarbejdes blanketter til de arbejdsgange, hvor direkte indrapportering i systemer ikke er mulig. Disse blanketter skal i opbygning, begrebsanvendelse og udfald ligne det system mest muligt, hvori de efterfølgende skal indberettes

Arbejdsgangsbeskrivelserne skal findes online, f.eks. i sygehusets system til kliniske retningslinjer/procedurevejledninger, og skal indeholde benyttede kodelister mv. Beskrivelserne skal revideres årligt, og de skal i relevant omfang koordineres nationalt. Det må lokalt vurderes, om der skal være tale om et selvstændigt dokument, eller om det vil være mere hensigtsmæssigt at indarbejde beskrivelserne i de procedurevejledninger, som kodningen vedrører. Nyansatte skal gøres bekendt med materialet i forbindelse med deres introduktion til arbejdet.

I beskrivelsen af registreringsprocessen bør der stilles krav om, at dataregistreringen (kodningen) sker i umiddelbar tilslutning til den kliniske begivenhed, der genererer informationen, og at antallet af arbejdsgange fra information genereres til data registreres begrænses mest muligt, optimalt så den fagperson (sekretær, læge, sygeplejerske fysioterapeut etc.), der genererer informationen, også registrerer data – direkte, her- og-nu registrering.

Forventet effekt

	Bedre dokumentation	Færre ressourcer
	<ul style="list-style-type: none"> • Væsentlig højnelse af datakvaliteten • Data i centrale registre når tidligere et givet kvalitetsniveau 	<ul style="list-style-type: none"> • betydeligt mindre tidsforbrug til fejlretning • Mere effektiv tidsudnyttelse gennem specialisering
	<ul style="list-style-type: none"> • 	<ul style="list-style-type: none"> • Det kræver ressourcer at udarbejde og vedligeholde arbejdsgangsbeskrivelsen

Gode eksempler

Erfaringen fra Hysterektomidatabasen peger på at løbende primærregistrering på struktureret papirschema til registrering af variabel og udfald, som også indeholder en overskueligt anført beskrivelse (tekst) af de kliniske kriterier for hver given kode/indberetning samt den konkrete kode (SKS), der er synonym med den kliniske beskrivelse, er en farbar vej til at sikre validitet, når selve indberetningen foregår i IT-systemer.

Der mangler dog tekniske muligheder for valideringsregler og felttilknyttet kodevejledning.

Vurdering af forslaget

	Uden betydning	Lille betydning	Middel betydning	Stor betydning	Meget stor betydning
Hvor væsentligt er forslaget at gennemføre?			X		

Andre bemærkninger

Se også forslagene "1. Samarbejde mellem specialeselskaber og Sundhedsstyrelsen" og "5. Lokal datakvalitetsansvarlig"

7. Integration af kompetencecentre og NIP**Problemstilling**

De tre kompetencecentre er etableret bl.a. for at sikre, at forskellige behov hos database-ejerne kan dækkes med de forskellige profiler, som kompetencecentre efterhånden har udviklet. To af kompetencecentre samt NIP giver imidlertid udtryk for, at miljøerne er for små til at løfte deres opgaver. Det er vanskeligt for disse relativt små enheder at spænde over dyb IT-kompetence, epidemiologisk kompetence, tætte relationer til de kliniske miljøer m.m., og det samlede system er sårbart, fordi det hviler på ganske få personer med spidskompetencer hvert sted.

Det er endvidere Implements vurdering, at der er en tendens til manglende genbrug af løsninger på tværs af kompetencecentre, hvilket i sig selv taler for en tættere integration.

Udfordringen kan løses med forskelligt ambitionsniveau.

Niveau 1 – Organiseret samarbejde

Forslaget på dette niveau kan realiseres ved en fast mødestruktur samt ved pålæg om, at de fire enheder (inkl. NIP) løser udvalgte opgaver i fællesskab. F.eks. kunne der

afsættes en beløbsramme af databaseudviklingsmidlerne pr. år til at lave komponenter, som kommer alle enheder til gode – en budgetramme, som i givet fald skulle udfyldes af enhederne i fællesskab.

Niveau 2 – Fælles ledelse, uændret placering

Inden for de kommende år må det – med baggrund i de nuværende lederes alder – forudses, at der vil være behov for lederskift i to af enhederne (NIP og KCØ). Senest på dette tidspunkt kunne en organisatorisk samling af enhederne under én ledelse realiseres.

Niveau 3 – Fysisk samling af enheden

Ved samme lejlighed kan det overvejes, om en sådan integreret enhed bør fortsætte som i realiteten tre geografisk spredte enheder (KCN og NIP ligger sammen i dag), eller om der skal ske en geografisk samling.

I princippet kunne man tænke sig et niveau 4 – Integration med dele af Sundhedsstyrelsen. Kompetencecentrene har et betydeligt samspil med Sundhedsstyrelsen - ikke alene om LPR, men også om sundhedskvalitet, monitorering m.m. Det kunne på visse områder være en styrkelse at integrere visse af Sundhedsstyrelsens funktioner med kompetencecentrenes – enten via en selvstændig enhed (f.eks. med "delt ejerskab" som SDSD) eller som en del af Sundhedsstyrelsen – for at opnå nye synergier omkring LPR og arbejdet med klinisk kvalitet. En sådan løsning vil dog indebære en risiko for, at afstanden til de kliniske miljøer på hospitaler og på universiteter bliver en barriere for opgaveløsningen. En spredt lokalisering svarende til niveau 2 kunne eventuelt være en løsning på dette problem. Mere væsentligt er, at der ligger en betydelig udfordring i at forene Sundhedsstyrelsens myndigheds- og tilsynsforpligtelse med kompetencecentrenes rådgivnings- og serviceopgaver. Implement vurderer på den baggrund ikke, at et sådant 4. niveau er en mulighed for indeværende.

Det er Implements vurdering, at niveau 1 – Organiseret samarbejde – ikke vil være tilstrækkeligt til at sikre effektiv koordinering af indsatserne mellem kompetencecentre/NIP.

Niveau 3 – fysisk samling af enheden – er generelt at foretrække frem for spredt placering, men denne løsning repræsenterer en betydelig risiko for at splitte de gode kompetencer, som over årene er opbygget i enhederne, da det umiddelbart vurderes at være usandsynligt, at de nuværende medarbejdere vil flytte med opgaverne til en anden fysisk lokalitet. Hertil kommer, at nærheden til mindst to af de klinisk-epidemiologiske forskningsmiljøer vil gå tabt.



Implement vil på den baggrund anbefale Niveau 2 med fælles ledelse og uændret placering.

Beskrivelse af forslaget

Det foreslås, at:

- Kompetencecentrene og NIP integreres gennem en proces, der sikrer overlevelse af deres respektive styrker, og som minimum sikrer etablering af fælles ledelse

Forventet effekt

	Bedre dokumentation	Færre ressourcer
	<ul style="list-style-type: none"> • Bedre støtte til de kliniske databaser • Mindre risiko for en eller flere enheders kollaps 	<ul style="list-style-type: none"> • Bedre udnyttelse af bevillingerne
	<ul style="list-style-type: none"> • Konkurrenceelementet mistes 	<ul style="list-style-type: none"> •

Hertil kommer, at en samlet enhed vil udgøre et større og mere spændende fagligt miljø, som vil være mere attraktivt at være del af, både for forskere og for almindeligt ansatte.

Gode eksempler

-

Vurdering af forslaget

	Uden betydning	Lille betydning	Middel betydning	Stor betydning	Meget stor betydning
Hvor væsentligt er forslaget at gennemføre?				X	

Andre bemærkninger

Se også forslaget om "22. Bedre skemagenerator" samt "40. National analyseportal".

3. Bedre kvalitet i registreringen

3.1 Klarere processer og tydeligere begreber

Der er formuleret følgende syv forslag indenfor dette område.

8. Bedre proces for specifikationsarbejdet
9. Revision af fællesindholdet
10. Repræsentation af patientforløb i LPR
11. Konsolidering af præmisserne for registrering af psykiatriske ydelser
12. Mere ensartet anvendelse af aktionsdiagnoser i psykiatrien.

Forslagene er beskrevet nærmere i det følgende.

8. Bedre proces for specifikationsarbejdet

Problemstilling

Samme kode og/eller ord (fx variabelnavn og udfald) bruges forskelligt, både inden for et givet register og mellem forskellige registre. Dette vanskeliggør fortolkning af rapporter og indikatorværdier, sammenligninger på tværs af registre og integration af registre.

Beskrivelse af forslaget

Det foreslås, at:

- Der etableres en ny proces for specifikationsarbejdet
- Der etableres et koordinerende organ
- Der etableres en organisation pr. register til varetagelse af specifikationsarbejdet
- Arbejdet med etablering af en termbase intensiveres

For hver database/hvert system etableres der en faglig styregruppe, der forestår arbejdet med at sikre klare og entydige definitioner af de variable og udfald, der anvendes, med at reducere antallet af variable til det nødvendige minimum for de ønskede indikatorer/rapporter samt med at specificere de indikatorer og fællesrapporter, der er databasens/systemets eksistensberettigelse, dens 'output'. For de fleste registres vedkommende findes en sådan styregruppe i forvejen.

Styregruppen forestår årlige revisioner af variable, indikatorer og fællesrapporter.

Styregruppen forestår organisering af information (nyhedsbreve, mails, hjemmesider, årsmøder etc.) til databasens brugere om gældende definitioner. Målgruppen er både de brugere, der varetager registreringerne i det daglige, og de brugere, der anvender indikatorværdier og fællesrapporter.



Der etableres et koordinerende organ, som har ansvar for at udarbejde og vedligeholde en skabelon, der anvendes af alle styregrupper for beskrivelse af variable med udfald og en tilsvarende skabelon for specifikation af indikatorer. Der skal muligvis arbejdes med én skabelon for kliniske data og én for administrative data (Fællesindholdet). I givet fald forudsættes det, at beskrivelse af administrative data er intuitivt forståelige for klinikere, og at krav til variable/udfald er specifikke, eksklusive og udtømmende.

Der etableres/udbygges en central (term)database, hvor alle anvendte termbeskrivelser findes. Sundhedsstyrelsen har påbegyndt dette arbejde (Terkla). Godkendelse af en database/et system forudsætter, at den relevante styregruppe får godkendt den anvendte terminologi.

Styregrupper skal kunne begrunde brug af nye termer/definitioner på områder, hvor der i forvejen i den centrale database foreligger beslægtede termer.

Implementering vil kunne fremmes, hvis der er en faglig godkendelsesprocedure (ud over datatilsynets) af databasen/systemet, som forudsætter brug af 'godkendte' termer. Der skal dog i givet fald tages stilling til hvilken instans, som varetager sådanne godkendelser.

Forventet effekt

	Bedre dokumentation	Færre ressourcer
	<ul style="list-style-type: none"> • Reducere antallet af variable, udfald og indikatorer mest muligt • Muliggør sammenligning mellem institutioner samt i muligt omfang på tværs af specialer • Muliggør genbrug af data på tværs af databaser/systemer 	<ul style="list-style-type: none"> • Mindre tid til indberetning, dels fordi opgaven er mindre, og dels fordi den er mere klar
	<ul style="list-style-type: none"> • 	<ul style="list-style-type: none"> • Mere tid til løbende forbedring, information, m.m.

Gode eksempler

Skabeloner

Det bemærkes, at der nationalt (Kompetencecentre, NIP og Sundhedsstyrelsen) og internationalt (WHO, JCAHO, AIRE Instrument m.fl.) findes adskillige gode eksempler på skabeloner for variabelbeskrivelser og indikatorspecifikationer.

Organisering med styregrupper.

En model, der kan danne udgangspunkt for regler og kommissorium for faglige database/system-styregrupper: Bekendtgørelse nr. 459 om landsdækkende kliniske databaser d. 16.5.2006 og Basiskrav for kliniske kvalitetsdatabaser 2008.

Vurdering af forslaget

	Uden betydning	Lille betydning	Middel betydning	Stor betydning	Meget stor betydning
Hvor væsentligt er forslaget at gennemføre?				X	

Andre bemærkninger

Der henvises endvidere til forslaget "13. Det gode register", som det vil være hensigtsmæssigt at gennemføre forud for dette forslag.

9. Revision af fællesindholdet**Problemstilling**

Fællesindholdet, der sætter rammerne for de data, der indberettes i LPR, opleves af mange klinikere som svært forståeligt, med uklare og ikke entydige definitioner, som ligger langt fra den kliniske hverdag.

Fællesindholdet er på trods af mange detaljer ikke udformet så præcist, at registreringspraksis er ensartet. Dette påvirker datakvaliteten i LPR negativt og reducerer muligheden for at anvende LPR som datakilde for kliniske kvalitetsdatabaser. Tilkomsten af en ny brugergruppe – klinikere med ansvar for sundhedsfaglig kvalitet – accentuerer behovet for en revision.

Med mere klare definitioner i Fællesindholdet, inddragelse af de kliniske miljøer ved udarbejdelse samt justering af og undervisning i indholdet (af især læger, sygeplejersker og lægesekretærer), kunne datakvaliteten i indberetningerne til LPR øges



Beskrivelse af forslaget

Det foreslås, at:

- Der gennemføres en gennemskrivning af Fællesindholdet med deltagelse af repræsentanter for såvel den klassiske brugertype (repræsenteret ved Arbejdsgruppen bag Fællesindholdet) som for klinikere og sekretærer med ansvar for dataindberetning. Også deltagelse af repræsentanter for outputsiden, f.eks. kompetencecentre, bør forudsættes

Fællesindholdet ("Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter") gennemskrives, idet definitioner gøres entydige og stringente, terminologien gøres ensartet og let forståelig, begreberne bringes i bedre overensstemmelse med den kliniske og administrative virkelighed i de patientadministrative systemer og LPR, og fremstillingen gøres mere pædagogisk med sigte på den nye brugergruppe (kvalitetsansvarlige m.m.), uden at den nuværende hovedbrugergruppe (registreringsansvarlige for de patientadministrative systemer i regionerne) lades i stikken. Det er nærliggende at udarbejde fælles pædagogisk informationsmateriale på landsplan og/eller for hvert patientadministrative system. Fortolkningen skal også formidles til de personer/myndigheder, der benytter data til dokumentation og/eller analyser.

Forventet effekt

	Bedre dokumentation	Færre ressourcer
	<ul style="list-style-type: none"> Mere ensartet registreringspraksis → bedre datakvalitet 	<ul style="list-style-type: none"> Mindre tid til fejlretning
	<ul style="list-style-type: none"> 	<ul style="list-style-type: none"> Tidsforbrug til revision

Gode eksempler

...

Vurdering af forslaget

	Uden betydning	Lille betydning	Middel betydning	Stor betydning	Meget stor betydning
Hvor væsentligt er forslaget at gennemføre?				X	

Andre bemærkninger

-

10. Repræsentation af patientforløb i LPR

Problemstilling

Efter at F-LPR projektet blev opgivet, opleves der i sundhedssektoren et stærkt behov for at få et registreringssystem, der baserer sig på patientforløb. I klinikken er tankegangen forløbsbaseret modsat LPR, som indeholder enkelt-kontakter, der begrænser mulighederne for at skabe sammenhæng. Disse to modeller giver problemer især mht. statistik, afregning, kommunikation og fælles forståelse. I klinikken opleves den regi-

streringspraksis, der retter sig imod LPR, således som temmelig forskellig fra behovene for registreringer for at understøtte de konkrete patientforløb, fordi man i dag har hvad der opleves som en unødvendig eksplicit opdeling af forløb til kontakter, som alene foretages af hensyn til LPR. DRG afregningen er i dag koblet med afdelingsbudgetter, hvorved fokus bliver på den enkelte afdelings produktionsværdi snarere end på patientforløbets produktionsværdi. Dette forhold inciterer ikke til at koble forløbs-ident på tværs af afdelinger i de patientadministrative systemer – hvilket formentlig er den primære årsag til, at dette ikke sker.

Et generelt område for brug af LPR til klinisk kvalitetsovervågning er muligheden for at sammenstykke patientforløb af kontakter. Erfaringen har vist, at der i vid udstrækning – i alt fald for mange 'simple' forløb – kan dannes forløb baseret på kontakter, men også at forløbsdannelse kan forbedres. Det er et problem, at dannelse af forløb baseret på kontaktregistreringer kan være behæftet med fejl. Og at dannelse af forløb kan være vanskeligt eller umuligt på grund af fejl (utilstrækkelig henvisningsdiagnose eller aktionsdiagnose, eller henvisninger der ikke bliver til kontakter m.m.).

Som eksempler på nuværende uhensigtsmæssigheder i denne sammenhæng kan nævnes, at der i LPR kan findes åbentstående ambulante kontakter, samtidig med en indlæggelse for samme diagnose, og at henvisende instans (henvisningsmåde) kan registreres som "Ingen" eller som "Andet" – hvilket svækker sikkerheden i at konstruere patientforløb ved at hægte kontakter sammen. Netop denne LPR-variabel (henvisningsmåde) er blandt de mest fejlbehæftede (8 % i 2004).

Man kan nå et stykke vej med at skabe forløb på basis af data, som allerede er registreret i LPR, eller ved tilføjelse af nye data. Det er især muligt i tilknytning til forløb, der er styret af en enkelt intervention, f.eks. en hofteoperation. Det bliver betydeligt vanskeligere, når der er tale om f.eks. et kronisk forløb eller forløb, som er præget af sen fastlæggelse af aktionsdiagnose. Flere patientforløb overskrider også både regionsgrænser og hospitalsgrænser – hvilket i sig selv skaber udfordringer, ligesom flere og flere (ældre) patienter har sammensatte lidelser med flere typer af samtidige patientforløb.

Det er muligt at adressere de omhandlede problemstillinger – og dette kan gøres mere eller mindre ambitiøst. Vi har identificeret følgende niveauer:

Niveau 1 – Ad hoc forløbsdannelse

I denne løsningsmodel suppleres LPR med registreringer, case-by-case, af specielle forhold for udvalgte sygdomsgrupper, således som det blandt andet er gjort ved dannelsen af forløb i MIS Kræft. Dette indebærer, at man for hvert enkelt standardforløb, som ønskes monitoreret, skal tage stilling til in- og eksklusionskriterier, definitioner, koder mv., samt at der skal iværksættes indberetningsprocesser, kvalitetskontrol, monitoringsværktøjer etc. hver gang.

Niveau 2 – Modelling af forløb i LPR's eksisterende struktur

I denne løsningsmodel udarbejdes der et katalog over tilgængelige "proces" målepunkter til f.eks. fremtidige pakkeforløb (herunder clinical pathways i Map of Medicine).

Der bør udarbejdes en oversigt, på baggrund af LPR og evt. andre nationale registre, over hvilke tidsindikatorer (henvisningstider, forløbsidenter, udredning, tid til behandling, tid til rehabilitering etc.), der er til rådighed. Fremtidige initiativer omkring pakkeforløb m.m. skal baseres på dette katalog, således at der som udgangspunkt ikke bliver

behov for at indføre nye koder, registreringer m.m. i forbindelse med nye pakkeforløb - eller i det mindste, at behovet begrænses mest muligt. Samtidig vil arbejdet give en indsigt i, hvad det er muligt at lave forløbsmonitorering på, hvilket også kan udnyttes lokalt eller regionalt.

Senere kan tænkes en IT-mæssig understøttelse (f.eks. via webservices), som gør adgangen til disse data let.

Mht. monitorering, så er det et spørgsmål, om i hvilket omfang KCØ's arbejde med monitorering af cancerforløb i AnalysePortalen kan bruges som udgangspunkt for en generel funktionalitet til forløbsmonitorering. Dette bør analyseres mhp. forbedring og evt. udbredelse.

Niveau 3 – Udvikling af et nyt, forløbsbaseret LPR

Etablering af et F-LPR, hvor klinikerer løbende tager stilling til, af hensyn til hvilket forløb den enkelte intervention gennemføres.

Selvom niveau 3 ifølge sagens natur vil kunne resultere i den bedste løsning på problemstillingen, er det Implement's vurdering, at tiden ikke er inde hertil. Det vil være naturligt at afvente en nyere – evt. national – løsning på patientadministrationen og evt. elektronisk patientjournal i regionerne. Ikke mindst den fornyelse og konsolidering, som sker i disse år, kan skabe grundlag for implementering af et forløbsbaseret LPR, der bliver lettere, billigere og mindre risikabel.

Vores anbefaling her og nu er derfor niveau 2 modellering af forløb i LPR's eksisterende struktur.

Beskrivelse af forslaget

Det foreslås, at:



- Der gennemføres en systematisk gennemgang, revision og supplerings af definitioner, variable og udfald, der kan tilgodese behovet for at konstruere forløb
- Tidsindikatorer, definitioner m.m. tydeliggøres i Fællesindholdet og evt. gøres obligatorisk i større omfang end i dag
- Modellen afprøves indenfor 3-5 specialer

Denne "kontaktbaserede forløbsmodel" kan efterfølgende anvendes og beriges, hver gang et nyt forløbsområde skal monitoreres.

Det er en mulighed, der kunne overvejes, at lade en kontakt indeholde information om, hvor den "kom fra", og hvor den "går hen". Udvidelse af forløbsgenereringsmulighederne bør modelleres via Fællesindholdet. Indsatsen vil afføde et behov for information, undervisning og tæt opfølgning, indtil den nye registrering er indarbejdet.

Det er vigtigt at erkende, at udvidelser af kontaktbegrebet ikke er anvendeligt alle steder. Dette skal imidlertid ikke begrænse udbredelsen de steder, hvor bedre resultater kan opnås.

Forventet effekt

	Bedre dokumentation	Færre ressourcer
	<ul style="list-style-type: none"> • Konstruktionen af fremtidige pakker og forløb bliver lettere • Muligt at registrere mere stringent på et tidligere tidspunkt, således at data kan blive bedre • Vil danne udgangspunkt for det videre arbejde med forløbsmonitorering • Betydeligt højere datakvalitet i øvrigt • Mere fejlfri konstruktion af patientforløb bidrager til troværdighed af indikatorværdierne 	<ul style="list-style-type: none"> • Undgå unødige registreringsbyrder ved monitorering af forløb • Mere fejlfri konstruktion af patientforløb reducerer antal fejlrapporter
	<ul style="list-style-type: none"> • 	<ul style="list-style-type: none"> • Tidsforbrug til modellering • Muligvis vil registreringsbyrden øges

Det er væsentligt at nævne, at en negativ effekt af forslaget er, det kan føre til nye obligatoriske registreringer, fordi både hensynene til kontakt LPR og forløbsmonitorering skal tilgodeses.

Gode eksempler

MIS kræft er et eksempel på, at det kan lade sig gøre at konstruere forløb på basis af kontaktdata, selv for komplicerede typer af forløb. MIS Kræft viser dog også, at det er svært. 2/3 af alle kontakter må kasseres, fordi der ikke entydigt kan dannes forløb af dem.

Vurdering af forslaget

	Uden betydning	Lille betydning	Middel betydning	Stor betydning	Meget stor betydning
Hvor væsentligt er forslaget at gennemføre?				X	

Andre bemærkninger

-

11. Konsolidering af præmisserne for registrering af psykiatriske ydelser

Konsolidering af præmisserne for registrering af ydelser samt opsamling og justering af registreringsmæssige forudsætninger.

Problemstilling

Fra 2006 blev der i psykiatrien indført obligatorisk registrering af ydelser indenfor det ambulante område. Indførelsen af dette system var bl.a. begrundet i forventningen om indførelse af et case mix baseret psykiatrisk afregningssystem – og det tilknyttede behov for at sikre mulighed for registrering af forskellige former for ressourceudløsende procedurer.

Der vurderes at være behov for at evaluere, hvordan det siden er gået – idet der samtidig kan gennemføres en "opsamling" af en række udestående problemfelter i forhold til registrering indenfor psykiatrien. Det bemærkes i sammenhængen, at en række forslag og anbefalinger ikke blev fulgt forud for 2006-ændringerne og dermed heller ikke blev implementeret.

Der kan i sammenhængen være behov for at se på mulighederne for at gå væk fra den faggruppeorienterede registrering indenfor psykiatrien, hvor nogle faggrupper må registrere bestemte aktiviteter, og andre ikke – selvom der reelt er tale om samme aktivitet. (Hvis en sygeplejerske ikke er med i en session med gruppeterapi, registreres der ikke som besøg, selvom aktiviteten i gruppeterapien kan være helt identisk, med den der foregår, hvis en sygeplejerske er med).

Der kan således argumenteres for, at karakter af registreringer/indberetninger må ske uafhængigt af faggruppe, og udelukkende ud fra karakter af den enkelte aktivitet.

Specielt i børne- og ungdomspsykiatrien forekommer det også problematisk, at der kun kan registreres som ambulante besøg, hvis patienten er til stede – selvom et møde med forældrene kan være en naturlig ting i forbindelse med et børnepsykiatrisk forløb. (En forældresamtale registreres som ydelse uden besøg). Og selvom hjemmebesøg kan registreres som besøg, uanset om patienten er med eller ej. (Her lægges der vægt på, at en kliniker er med i patientens hjem).

Med en to-tre-årig anvendelsesperiode vil der i de psykiatriske miljøer være opsamlet erfaringer med systemet, der indtil videre anvendes noget varieret på tværs af psykiatriske afdelinger.

Beskrivelse af forslaget

Det foreslås, at:



- Systemet med obligatorisk registrering af ydelser evalueres – og at der således sikres en kortlægning af, hvordan og hvor ensartet systemet anvendes

Ligeledes sikrer evalueringen identifikation af, om der er behov for justeringer af det i 2006 indførte system, herunder om der er behov for opstramning og udvidelse af "fællesindholdet" samt af registreringsvejledninger m.v.

Forslaget bør valideres i forhold til regionernes aktuelle indsatser med ensartet anvendelse af ydelsesregistreringer på tværs af psykiatriske afdelinger. Der vurderes at være

forskelle, på tværs af regioner, når det gælder intensiteten i opfølgning omkring kvalitet af ydelsesregistrering samt arbejde med og oplæring i anvendelse af de forskellige ydelser.

Forventet effekt

	Bedre dokumentation	Færre ressourcer
	<ul style="list-style-type: none"> Grundlag for forbedring og justering af ydelsesregistreringer tilvejebringes Der forventes en bedre datakvalitet og mere meningsfulde definitioner 	<ul style="list-style-type: none"> Der forventes en forenkling af registreringen, som vil føre til mindre ressourceanvendelse
	<ul style="list-style-type: none"> 	<ul style="list-style-type: none"> Ressourceforbrug til evalueringen

Gode eksempler

Der er flere psykiatriske afdelinger, der har arbejdet intenst med ydelsessystemet – bl.a. ud fra målsætninger om at opnå forbedret indsigt i egne ressourcetræk og ydelsesmønstre.

Vurdering af forslaget

	Uden betydning	Lille betydning	Middel betydning	Stor betydning	Meget stor betydning
Hvor væsentligt er forslaget at gennemføre?			X		

Andre bemærkninger

Se også forslag "18. Elektronisk indberetning af ydelser, der foregår udenfor hospitalet"

12. Mere ensartet anvendelse af aktionsdiagnoser i psykiatrien.

Problemstilling

"Diagnostisk kultur" er et fremherskende fænomen indenfor psykiatrien – og der tales åbent om det i driftsmiljøerne.

Fænomenet dækker over, at forskellige psykiatriske afdelinger anvender aktionsdiag-

noser forskelligt – og at der kan ses eksempler på, at case mix (baseret på diagnose-spænd eller på aktionsdiagnoser) er meget forskelligt på tværs af afdelinger, selvom demografiske og sociale vilkår i optageområderne ikke tilsiger sådanne forskelle.

Problemet kan måske være større indenfor børne- og ungdomspsykiatrien end voksenalderen – men vurderes dog at være væsentligt indenfor begge felter.

Der er eksempelvis markante forskelle på ”psykose”. I en bestemt børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling er aktionsdiagnosen i forbindelse med 12 % af de henviste (senere) angivet (registreret) med denne diagnose, mens den tilsvarende størrelse i en anden afdeling er 1 % og i en tredje afdeling 3 %. Tilsvarende ses der en markant forskel inden for ”Adfærdsforstyrrelser”, hvor 19 % i en bestemt afdeling har registreret denne aktionsdiagnose, og hvor ingen anden afdeling i Danmark har en andel på over 7 %.

Fire udvalgte psykiatriske afdelinger – udskrivninger samt udskrevne CPR numre, fordelt på diagnosespænd (andele).

Diaggr	Diaggr-tekst	Udsk	Udsk cpr	Udsk	Udsk cpr	Udsk	Udsk cpr	Udsk	Udsk cpr
DF00-DF09	Organiske psykiske lidelser	0,00	0,00	0,02	0,00	0,01	0,02	0,00	0,00
DF10-DF19	Psykiske lidelser ved misbrug	0,16	0,15	0,07	0,06	0,03	0,04	0,08	0,07
DF20	Skizofreni	0,01	0,01	0,17	0,22	0,16	0,11	0,05	0,04
DF21-DF29	Andre skizofrenilignende lidelser	0,02	0,03	0,15	0,13	0,10	0,09	0,08	0,09
DF30-DF39	Affektive sindslidelser	0,06	0,06	0,24	0,22	0,10	0,12	0,14	0,16
DF40-DF49	Nervøse lidelser	0,37	0,37	0,15	0,16	0,12	0,12	0,33	0,35
DF50-DF59	Adfærdsforstyrrelser	0,08	0,10	0,10	0,09	0,21	0,25	0,14	0,11
DF60-DF69	Personlighedsforstyrrelser	0,07	0,06	0,02	0,03	0,00	0,00	0,06	0,05
DF70-DF79	Mental retardering	0,02	0,03	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DF80-DF89	Psykiske udviklingsforstyrrelser	0,00	0,00	0,02	0,03	0,12	0,16	0,02	0,02
DF90-DF98	Børne- og ungdomspsykiatriske lidelser	0,11	0,13	0,02	0,03	0,08	0,07	0,11	0,11
DX60-DX84	Tilsluttet selvbeskadigelse	0,10	0,06	0,00	0,00	0,06	0,02	0,00	0,00
DZ00-DZ13	Kontakt med læge/sygehus mhp unders.	0,00	0,00	0,02	0,03	0,00	0,00	0,02	0,02
DZ70-DZ76	Personer i kontakt med sundhedsvæsen	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,02	0,00	0,00
		1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00

Mangelen på case mix baseret takstfinansiering kan være en medvirkende årsag til, at der fokuseres mindre skarpt på aktionsdiagnoserne indenfor psykiatrien. *Det må dog også understreges, at vilkårene for ”skarphed” indenfor det psykiatriske område er væsentligt anderledes end indenfor somatikken – og at det personligt vurderede element naturligt vil være mere fremherskende i psykiatrien end i somatikken.*



Beskrivelse af forslaget

Det foreslås at:

- Der gennemføres en relativ hurtig og intensiv foranalyse – hvor omfanget af problemet med forskellig anvendelse af aktionsdiagnoser (forskellig ”diagnostisk kultur”) belyses, og hvor det kortlægges, om der er specielle dele af det samlede felt med diagnosespænd og aktionsdiagnoser, hvor forskelligheder især manifesterer sig

Foranalysen munder ud i et katalog af forslag til, hvordan der konkret kan arbejdes videre med problemstillingen omkring forskellig anvendelse af aktionsdiagnoser.

Forventet effekt

	Bedre dokumentation	Færre ressourcer
	<ul style="list-style-type: none"> Giver et billede af problemets omfang – herunder en afdækning af, om problematikken i forhold til anvendelse af aktionsdiagnoser er generel, eller om den begrænser sig til specifikke dele af den samlede klassifikation Giver grundlag for identifikation og formulering af mulige forbedringsinitiativer 	<ul style="list-style-type: none">
	<ul style="list-style-type: none"> 	<ul style="list-style-type: none"> Ressourceforbrug til foranalysen

Gode eksempler

Der er gode eksempler på meget velformulerede og velstrukturerede registreringsvejledninger – hvor der med udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens vejledning ("fællesindholdet") bygges videre med detaljering og eksempler (Region Hovedstadens Psykiatri).

Der er gode eksempler på meget stærke kompetencer og fokuseringer omkring registreringskvalitet – via ressourcer på stabsniveau og via formelle fora for registrering (Region Syddanmark).

Vurdering af forslaget

	Uden betydning	Lille betydning	Middel betydning	Stor betydning	Meget stor betydning
Hvor væsentligt er forslaget at gennemføre?				X	

Andre bemærkninger

Forslaget har sammenhæng med problematikken omkring takstfinansiering og udvikling af case mix baseret system for psykiatrien (se forslag "14. Gennemgang af det psykiatriske case mix system")

Forskellige "diagnostiske kulturer" i de gamle amter kan forstærke problemet med uens anvendelse af aktionsdiagnoser på tværs af psykiatriske enheder i regionerne. Regionernes arbejde med ensartning af præmisser for registreringer samt fælles uddannelses- og oplæringsinitiativer kan her være instrumenter, der allerede er sat i værk, og som over tid kan reducere heterogen anvendelse af aktionsdiagnoser.

3.2 Bedre vejledning og uddannelse

Der er formuleret følgende tre forslag indenfor dette område.

13. Vejledning til "Det gode register"
14. Undervisning i kodning og indberetning
15. Bedre IT-støtte til kodning

Forslagene vil blive nærmere gennemgået nedenfor.

13. Vejledning til "Det gode register"

Problemstilling

Gennem de senere år er driften af de nationale kliniske databaser blevet harmoniseret og professionaliseret i ganske betydelig grad. Denne udvikling har været drevet af et sæt nationale retningslinjer (Basiskravene). For de databaser, som har status af landsdækkende og som modtager tilskud fra Danske Regioners udviklingspulje, er det obligatorisk at følge basiskravene.

Der er fortsat mulighed for at forbedre og udbygge disse retningslinjer, og der ligger ydermere et potentiale i at stille dem til rådighed for andre registre, såvel nationale som lokale.

Beskrivelse af forslaget

Det foreslås, at:

- Der på grundlag af regelsættene for de kliniske databaser udarbejdes et sæt retningslinjer for "det gode register". Disse retningslinjer foreslås at være vejledende for lokale registre og bindende for centrale registre, herunder for landsdækkende kliniske databaser.

Retningslinjerne adresserer forhold som:

- Organisering omkring indberetning og videreudvikling
- Formalia (registeranmeldelse, registerdeklaration)
- Mulighed for integration med andre registre, især LPR
- Processer for datakvalitetsovervågning og løbende revision af registrets indhold
- Systemmæssige krav, herunder opetid og datasikkerhed
- Uddannelse
- Nationale/regionale værktøjer
- Muligheder for snitflader til nationale services

Der udarbejdes som bilag til retningslinjerne en national standard Service Level

Agreement, der fastsætter generelle kvalitetskrav til IT-systemer, der skal anvendes i det kliniske arbejde.

Forventet effekt

	Bedre dokumentation	Færre ressourcer
😊	<ul style="list-style-type: none"> Mere velfungerende registre → bedre datakvalitet 	<ul style="list-style-type: none"> Reduceret tidsforbrug pga. øget antal snitflader, processer omkring registret skal ikke genopfindes
😞	<ul style="list-style-type: none"> 	<ul style="list-style-type: none"> Tidsforbrug til udarbejdelsen af retningslinjerne

Gode eksempler

Basiskravene for en lang række kliniske databaser, herunder nedennævnte landsdækkende kliniske databaser:

- Karbase
- Gynækologisk Cancer
- Venebase
- Kolorektal Cancer
- Anæstesi (DAD)
- Geriatri
- Galde
- Hernie
- Hepatitis

Er eksempler på en del af indholdet i en vejledning til "Det gode register".

Vurdering af forslaget

	Uden betydning	Lille betydning	Middel betydning	Stor betydning	Meget stor betydning
Hvor væsentligt er forslaget at gennemføre?				X	

Andre bemærkninger

Se også forslaget "8. Bedre proces for specifikationsarbejdet". Nærværende projekt bør gennemføres først.

14. Undervisning i kodning og indberetning

Problemstilling

Meget tyder på, at kompetenceniveauet hos de medarbejdere, der koder og indberetter generelt er for lavt. I hvert fald er der fejl i omkring 2.000 indberetninger til LPR pr. dag og også indberetning til de kliniske databaser er præget af en del fejl. Endelig viser samkørsler mellem LPR og de kliniske databaser, at der er mangler i begge datakilder.

På et felt, der er præget af kompleks indberetningsproces, dårlige støtteværktøjer samt lav prioritering af både kodning og indberetning, er det vanskeligt at opbygge og fastholde tilstrækkelig høj kompetence i begge funktioner. Der savnes tid og fokus på, at dette er vigtigt – ”driften forstyrres”. Resultatet er lav indberetningskvalitet, mange fejl og stort tidsforbrug ved fejlrettelser.

Samtidig er der et stort potentiale i at opgradere lægesekretærer systematisk til arbejdet med kodning og registrering – samt at give dem en forståelse for de systemsammenhænge, de forskellige opgaver indgår i og hvordan der kan rapporteres fra de systemer, de arbejder med.

Problemer er, at der i forvejen er mangel på lægesekretærer, men man kunne forestille sig, at HK medarbejdere også ville kunne klare opgaven. HVIS der lønmæssigt blev givet anerkendelse til den. Dette sidste er det helt afgørende!

Beskrivelse af forslaget

Det foreslås, at:

- Der tilbydes målrettet, obligatorisk uddannelse, f.eks. i form af e-Learning, til både kodeansvarlige og indberettere

Erfaringer fra de kliniske databaser peger entydigt på, at en sådan uddannelse fremmes væsentlig, hvis uddannelse ikke bare handler om kodning og indberetninger, men samtidig om de feedback rapporter der kommer ud af kodning.

Uddannelse og vejledning i Fællesindholdet skal bl.a. sikre det terminologiske aspekt: Sundhedsfaglig sikring af fælles forståelse og brug af koder, variable og udfald gennem uddannelse og vejledninger samt oversættelse af Fællesindholdet i forhold til indberetninger idet patientadministrative system.

Der vil være behov for forskellige undervisningstilbud til forskellige personalegrupper, ligesom uddannelses tilbuddet skal målrettes de forskellige specialer.

Som en del af introduktionen til nyt job bør læger f.eks. undervises i registrering i det patientadministrative system. De skal have at vide, hvor vigtigt det er at registrere korrekt, både af hensyn til valide data samt af hensyn til klinikkens økonomi (DRG).

Det bør være obligatorisk at deltage i kurser i klinisk meningsfuld kodning – og prøven skal bestås. Det bør overvejes, at beståelse af prøven giver en autorisation, med de muligheder for synliggørelse, kravstillelse, honorering m.v. der ligger heri.

I forbindelse med kommende ændringer i ”Fællesindholdet” indføres en tilsvarende procedure, hvor der altså ved ændringer gøres en større indsats for at sikre ensartet forståelse og for at formidle den nye praksis gennem pædagogisk informationsmateriale.

Det er nærliggende at genbruge pædagogisk uddannelsesmateriale på tværs af syge-



huse og regioner.

Erfaringsmæssigt er traditionel klasseundervisning en af de dyreste og dårligste metoder til at sprede viden og praksis i sundhedssektoren. Det er derfor vigtigt, at initiativet integrerer en vifte af elementer, som udover klasseundervisning også omfatter e-Learningprodukter, vejledningsmateriale, support, on-the-job træning og videndelingsnetværk.

Samtidig kunne en uddannelse i hvilke data, der indberettet til LPR, gøres obligatorisk og gennemføres af Sundhedsstyrelsen, og ikke som i dag, hvor det er frivilligt og en lokal opgave. Implements erfaringer fra forskellige projekter og analyser i det danske sygehusvæsen er, at der er stor variation i, hvordan og om der undervises i kodning og registrering på hospitalerne. Nogle hospitaler har fælles obligatoriske indsatser, mens andre hospitaler lader det være op til de enkelte afdelinger og ledelser, om der f.eks. skal være sidemandsoplæring.

Ideelt set bør det være Sundhedsstyrelsen, der underviser hospitalerne i indberetninger til LPR samt underviser i brugen af fejllister fra LPR, således at der rettes fokus på fejlretningen, og således at undervisningen bliver generaliseret og standardiseret og ikke tilpasset de regionale/lokale forhold, hvorved der systematisk dannes grundlag for forskelle i registreringspraksis. Dette behov er særlig udtalt på privathospitalerne, hvor kompetencerne til at benytte Mini-PAS som er et system, som Sundhedsstyrelsen stiller til rådighed, ofte er ganske begrænsede.

Forventet effekt

	Bedre dokumentation	Færre ressourcer
	<ul style="list-style-type: none"> • Højere datakvalitet på grund af højere kompetenceniveau hos kodere og indberettere • Bedre registrering giver bedre statistisk muligheder 	<ul style="list-style-type: none"> • Mindre ressourceforbrug til fejlretninger og hurtigere registrering
	<ul style="list-style-type: none"> • 	<ul style="list-style-type: none"> • Tidsforbrug til undervisning og til udvikling af kursusmateriale

Hertil kommer større jobtilfredshed.

Gode eksempler

For at understøtte lægens arbejde med at skabe valide data, har Århus Universitetshospital, Skejby – i samarbejde med Århus Universitetshospital og firmaet, MindMakers – udviklet, produceret og idriftsat et E-learningkursus i Klinisk meningsfuld kodning. Fra Skejby deltog Informationsafdelingen, Økonomi- og Planlægningsafdelingen samt IT-afdelingen. Det klinisk/faglige indhold er udviklet i tæt samarbejde med en lang række læger og lægesekretærer på hele Århus Universitetshospital.

E-learningkurset indeholder blandt andet:

- Gennemgang af de vigtigste principper for kodning af aktionsdiagnose, bidiagnoser, tillægskoder og procedurer. Der suppleres med masser af eksempler
- Inspiration til god epikriseskrivning
- Introduktion til hvordan lægens kliniske data anvendes – såvel administrativt som klinisk
- Cancermodul med tests, eksempler og kodeopgaver
- Gennemgang af sidste nyt fra Sundhedsstyrelsens Fællesindhold
- Ordbog med Sundhedsstyrelsens definitioner på en lang række af de termer, der anvendes i dagligdagen af læger og lægesekretærer på en hospitalsafdeling
- Interaktive opgaver om kodning, begreber og epikriser
- Afsluttende prøve, der skal bestås af alle læger og lægesekretærer

Citat fra MindMakers hjemmeside

Region Nordjylland arbejder aktuelt med et e-Learning system omkring registrering.

Vurdering af forslaget

	Uden betydning	Lille betydning	Middel betydning	Stor betydning	Meget stor betydning
Hvor væsentligt er forslaget at gennemføre?				X	

Andre bemærkninger

Skal ses i sammenhæng med forslaget om "15. Bedre IT-støtte til kodning".

15. Bedre IT-støtte til kodning

Problemstilling

Kodning og indtastning af data i de patientadministrative systemer mhp. overførsel til LPR er vanskelig og fører til omkring 2.000 fejl pr. dag. Det er vurderet, at en rettelse tager i gennemsnit 20 minutter, herunder 15 minutter til at finde de oplysninger, som ligger i journal eller lign., og 5 minutter til at gennemføre ændringen i systemet. Det må således antages, at forkert kodning er en ikke uvæsentlig problemstilling. Det er fra flere sider fremhævet, at bedre støtteværktøjer til kodning og indtastning af data til LPR i de patientadministrative systemer er påkrævet.

Beskrivelse af forslaget

Det foreslås, at:

- Der udvikles en online-vejledning, med direkte adgang til Fællesindholdet m.m., som begrænser og strukturerer den vejledning, som brugeren modtager, på grundlag af brugersensitivitet



Vejledningen kan på grundlag af stamdata om de enkelte brugere præsentere et indhold, som bl.a. er udvalgt på grundlag af:

- Brugerens afdelingstype/speciale og stillingskategori samt patientadministrative system
- Typisk anvendelse af koder blandt andre afdelinger i samme speciale
- Tidligere udstedte fejlmeddelelser genereret af dataindtastninger fra den aktuelle bruger
- Advisering af nye/ændrede koder indenfor brugerens domæne
- Mulighed for regelbaserede kodeforespørgsler

Det skal endvidere undersøges, om kontekstinformation kan overføres fra det patientadministrative system, aflæses af skærbilledet eller på anden måde kan medvirke til at skabe kontekstsensitiv hjælp.

Formålet er således at give så konkret hjælp som muligt til de dele af Fællesindholdet, som er relevant for den pågældendes arbejdssituation, og som forklarer, hvad data bruges til.

Forventet effekt

	Bedre dokumentation	Færre ressourcer
	<ul style="list-style-type: none"> • Færre fejl og hurtigere opslag • Hurtigere opnåelse af et bestemt kvalitetsniveau i data 	<ul style="list-style-type: none"> • Mindre ressourceforbrug ved indberetning
	<ul style="list-style-type: none"> • 	<ul style="list-style-type: none"> • Omkostninger til specifikation, udvikling og test af systemet

Gode eksempler

Region Syddanmark har lavet en lokal brugervejledning til LPR, som sporer brugerne hen på eksakt de dele af det samlede kodeværk, som de MÅ bruge.

Vurdering af forslaget

	Uden betydning	Lille betydning	Middel betydning	Stor betydning	Meget stor betydning
Hvor væsentligt er forslaget at gennemføre?				X	

Andre bemærkninger

Skal ses i sammenhæng med forslaget "14. Undervisning i kodning og indberetning".

4. Bedre dataflow

4.1 Forbedret indberetning til nationale registre

Der er formuleret følgende 8 forslag indenfor dette område:

16. Bedre proces for indberetning af data til LPR
17. Løbende indberetning af kontakter
18. Elektronisk indberetning af ydelser, der foregår udenfor hospitalet
19. Indberetning til Venteinfo gøres obligatorisk og strammes op
20. Håndhæve, at indberetning til LKD er obligatorisk
21. Etablering af mulighed for patienters egenindberetning
22. Bedre skemagenerator
23. Single signon

Hver forslag er nærmere beskrevet nedenfor.

16. Bedre proces for indberetning af data til LPR

Problemstilling

Indberetning af data, som skal videre til LPR, sker løbende i de patientadministrative systemer, som alle i større eller mindre grad har implementeret funktionalitet til validering af data ved indtastning. Imidlertid er der mange valideringer, som ikke varetages ved indtastning, enten fordi de ikke er implementeret, eller fordi det først er muligt at gennemføre validering op imod LPR. F.eks. er det muligt i det patientadministrative system at indberette en fødselsvægt på 39 gram, og denne fejl opdages først i LPR. Hvis flere valideringer blev foretaget i de patientadministrative systemer, ville mange af sådanne fejl kunne undgås.

Dette fører til fejl i indberetningerne til LPR, hvilket udgør et problem, fordi de skal rettes manuelt, hvilket koster datakvalitet, arbejdstid og kalendertid.

Den periode, der går fra data indberettes til LPR til data og evt. fejlrapporter er til rådighed hos indberetterne er ofte lang, og dermed mindskes incitamentet til fejlretning, da journal med de korrekte oplysninger er lagt væk på det tidspunkt, hospitalet bliver vidende om fejlen.

Der er en række mulige indsatser overfor dette problem. Indsatserne repræsenterer forskellige ambitionsniveauer, og de illustreres derfor på følgende niveauer:

1. Hurtigere indrapportering og fejlrapporter retur
2. Mere brugervenlig fejladviseing (mails)
3. Bedre validering ide patientadministrative systemer
4. Instant validation imod LPR
5. Løbende indberetning
6. Fælles, nationalt patientadministrativt system
7. Fælles, national EPJ

I det følgende beskrives kort, hvad de enkelte løsningsniveauer går ud på.

Niveau 1 - Hurtigere indrapportering og fejlrapporter retur

Regionerne iværksætter daglig aflevering af data fra de patientadministrative systemer til LPR og modtager dagligt LPR-udtræk og fejlmeddelelser, som uden ophold sendes elektronisk direkte til relevant afdeling, dér hvor indtastningsfejl er begået.

Forslaget vil sikre, at den tid, der går fra forkert indberettede data fødes til grundlaget for at foretage rettelser, bliver så kort som mulig under de givne systemmæssige betingelser.

Rettelse af fejl vil være nemmere, fordi patientkontakterne ofte vil være i mere frisk erindring – muligvis er patientjournalen stadig tilstede på afdelingen. Hurtigere konfrontering med fejl vil muligvis også skærpe det indberettende personales opmærksomhed på at undgå dem.

Datakvaliteten vil hurtigere nå et givet niveau. Dette vil også være til fordel for en række systemer, som efterfølgende modtager data fra LPR.

Sundhedsstyrelsen vil skulle implementere processer og formentlig også ny funktionalitet til understøttelse af disse former for feedback. Implementering skal aftales med regionerne/Danske Regioner.

Der er gode erfaringer fra Region Midtjylland, hvor man allerede i dag udsender fejllister til afdelingerne fra regionens kvalitetskontor. Der er ligeledes gode erfaringer fra Region Syddanmark med de ugentlige publiceringer af LPR-data til kræftmonitorering.

Niveau 2 - Mere brugervenlig fejladviseing (mails)

Det kan overvejes at udvikle funktionalitet, som er i stand til elektronisk adviseing af den person, der har indberettet kontakter, som er gået i fejl, f.eks. ved visning af et særligt skærmbillede, når det patientadministrative system åbnes, eller via mail med link. Dette vil kræve systemmæssige ændringer i både LPR og de patientadministrative systemer, men lette fejlretningsarbejdet lokalt betydeligt.

Niveau 3 - Bedre validering i de patientadministrative systemer

Dette niveau indebærer, at data valideres i de patientadministrative systemer, således at fejlretning ikke først kan ske efter, at data er valideret i LPR.

De patientadministrative systemer føder LPR, som igen føder en række andre registre (Psykiatrisk centralregister, Cancerregistret osv.) Ved at beskrive datamodel for korrekt registrering i forhold til alle formål samt opstille indikatorlignende algoritmer, som kan sikre overholdelse af Fællesindholdet – og udvikle funktionalitet svarende hertil i alle de patientadministrative systemer – kan validering ske i forbindelse med indtastninger i det patientadministrative system.

Det undersøges systematisk hvilke valideringer, som kunne tilføjes i de patientadministrative systemer - et middel hertil er mere systematiske analyser af LPR's fejlregister. De valideringer, som det vurderes at være hensigtsmæssigt at henlægge til de patientadministrative systemer, udvikles og gennemføres..

Ved samme lejlighed bør der sættes på at forbedre brugervenligheden i indberetningen gennem de patientadministrative systemer til LPR, da en kompliceret grænseflade i sig selv kan være fejlgenererende. Som det er blevet udtrykt i et interview: "Brugergrensefladerne i de fleste patientadministrative systemer er fra før muren faldt". Som eksempel kan nævnes, at indtastning af data via de patientadministrative systemer til LPR er vanskelig på grund af koderne til f.eks. indtastning af datoer. Konsekvensen heraf er, at der er en del fejl, som skal rettes.

Der kan endvidere på dette niveau indbygges advisering i De patientadministrative systemer, f.eks. om at en given patient også skal indberettes i bestemt en Landsdækkende Klinisk Database. Det højner datakvaliteten og mindsker tidsforbruget, når man ikke bagefter skal tilbage og efterregistrere.

Det er nødvendigt, at aftaler om ændringer i de lokale patientadministrative systemer håndhæves. I dag sker det jævnligt, at regionerne ikke prioriterer at gennemføre selv små ændringer, og effekten er bl.a. fejlagtig indrapportering med efterfølgende fejlretning – dag efter dag.

Niveau 4 - Instant validation imod LPR

LPR og de patientadministrative systemer udstyres med funktionalitet således, at de patientadministrative systemer kan sende online forespørgsler til LPR og modtage en valideringskode tilbage. Denne kode afgør, om brugerens data skal accepteres i det patientadministrative system, eller om brugeren skal have en fejlmeddelelse.

Så vidt vides er denne facilitet en del af det kommende LPR. Det skal dog bemærkes, at den først vil kunne nyttiggøres, hvis de patientadministrative systemer indrettes til at kunne udnytte faciliteten.

Niveau 5 - Real-time opdatering af LPR

Mange kliniske databaser fungerer i praksis som mini-udgaver af elektroniske patient-journaler med registrering af oplysninger, som benyttes i den daglige behandling og pleje af patienten. Sådanne systemer kan ikke bero på data fra LPR, fordi LPR er baseret på batch-opdatering, dvs. opdatering, som sker i klumper kortere eller længere tid efter den kliniske hændelse, som data beskriver. Man kan således aldrig vide, om det system, man baserer sig på, har alle data med, eller om der ligger noget og venter på at blive opdateret.

Den eneste måde at komme ud over dette problem er ved at de patientadministrative systemer og LPR indrettes på online-opdatering, dvs. sættes i stand til at sende hhv. modtage enkelttransaktioner. Dette svarer til trin 4 – bortset fra, at data i det patientadministrative system ikke blot valideres, men også overføres til LPR på registreringstidspunktet. Dette trin er en forudsætning for, at data kommer så hurtigt i LPR, at det vil være meningsfuldt at basere klinisk arbejde på LPR-data.

De to sidste niveauer repræsenterer radikalt større projekter, som også adresserer en række andre forhold vedrørende bedre dokumentation. Begge niveauer er indmeldt mange gange i projektets forskellige aktiviteter, også i relation til at sikre føddning af centrale registre hurtigt, uden manuelt arbejde og med korrekte data.

Niveau 6 - Fælles, nationalt patientadministrativt system

Etablering af et nationalt modul til patientadministration, som indeholder LPR's valideringsmekanismer, således at registreringer, som i dag først bliver afvist på vej ind i LPR, afvises på indtastningstidspunktet, hvor det er langt billigst og giver størst datakvalitet at rette fejlen. Kontekstspecifik hjælp til fortolkning af Fællesindholdet kan også bedre indbygges i ét system, tæt på LPR, end i fem systemer, forankret i regionerne.

Dette niveau kræver enighed om én teknisk løsning, og at alle regioner tager et fælles patientadministrativt system i anvendelse. Niveaueet kræver herunder, at regionerne etablerer grænseflader mellem dette fælles patientadministrative system og deres lokale systemer (RIS, EPJ, dokumentation, booking m.m.). Support til brugerne kan lettere og billigere indbygges, når kun ét system og kun én datamodel skal understøttes..

Niveau 7 - Fælles, national EPJ

Dette niveau omfatter etablering af en fælles elektronisk patientjournal, som muliggør, at alle data, som skal indberettes til de centrale registre, fanges op i den kliniske proces.

- Regionerne bør gå sammen og indkøbe ét system
- Et nyt system kan ikke realistisk implementeres af én region alene

Endnu har ingen i Danmark lykkedes med dette, heller ikke på regionsniveau. Norge er betydeligt tættere på. Eksempelvis har den største helseregion i Norge, Helse Sør-Øst (med ca. 1,6 mio. indbyggere) valgt ét system (med patientjournal og patientadministrativ funktionalitet samt booking m.v.) - og dette system er i forvejen i drift på mange af regionens hospitaler. Realisering af tilsvarende rammer i Danmark vil indebære en revolution for nationale registres dækningsgrad og aktualitet. Også selvom den største gevinst ligger i relation til den direkte patientrelaterede dokumentation.

Det forudsættes her, at de data, som skal indberettes, enten indtastes direkte af klinikerne eller systematisk udledes af data, registreret i forbindelse med patientbehandlingen. Disse data skal med det samme valideres op imod LPR (og evt. andre centrale systemer), således at klinikerne i samme arbejdsgang, og mens journalen stadig er fremme, får mulighed for at korrigere de data, som skabte fejlmeddelelsen. En sådan EPJ ville samtidig kunne sættes op til at opsamle alle de data, som ikke "passer i LPR", men som ønskes i de landsdækkende kliniske databaser.

Effekten vil være langt højere datakvalitet, langt hurtigere indberetning og langt større datakomplethed.

Vi har valgt at basere vores forslag på niveau 5 – Løbende indberetning – ud fra den betragtning, at anskaffelse/udvikling af fælles patientadministrative systemer eller fælles elektronisk patientjournal må anses for urealistisk indenfor en kort årrække, mens løsninger på niveau 1-4 må anses for at være lappeløsninger, som ganske vist i varierende grad løser datakvalitetsproblemet og ressourceforbruget, men som ikke ændrer ved, at indberetningsprocessen står i vejen for klinisk anvendelse af LPR.

Først på niveau 5 får klinikerne sikkerhed for, at det, som de skal bruge i den løbende patientbehandling og -pleje, reelt findes i LPR.

Beskrivelse af forslaget

Det foreslås, at:

- De patientadministrative systemer og LPR indrettes på at sende henholdsvis modtage enkelttransaktioner

Dette svarer til niveau 4 bortset fra at patientadministrative data ikke blot valideres, men også overføres til LPR på registreringstidspunktet. Dette niveau er en forudsætning for, at data kommer så hurtigt i LPR, at det vil være meningsfuldt at basere klinisk arbejde på LPR-data.



Der skal udvikles et kommunikationsinterface til de patientadministrative systemer, som adviseres og afsender ændringer, så snart der foretages en registreringsændring i systemerne, der er omfattet af indberetningspligten, jf. Fællesindholdet.

Dette må formodes at være muligt at implementere, da de patientadministrative systemer i høj grad tidsstempler og monitorerer brugeraktiviteter. Der findes desuden etablerede "**Enterprise Application Integration**" systemer, der er udviklet til at varetage systemsynkronisering af f.eks. ERP-systemer (bl.a. Microsoft BizTalk).

I lighed med de patientadministrative systemer LPR-snitfladen mod sygehusene også tilrettes, så LPR løbende kan modtage opdateringer af den enkelte registrering i registreringsøjeblikket – i modsætning til i dag, hvor opdateringer samles til bunke og overføres noget tid efter inddateringen. Der skal desuden opstilles principper, der kan håndtere opdateringsflowet.

Det må forventes at LPR vil opleve en betydelig belastning ifm. opdateringer. Når funktionaliteten er implementeret vil der skulle stilles en tilsvarende service til rådighed, som kan afrapportere LPR-indhold til de relevante kliniske enheder real-time.

Forventet effekt

	Bedre dokumentation	Færre ressourcer
	<ul style="list-style-type: none"> LPR vil kunne fungere som patientindeks i de fleste sammenhænge Kvaliteten vil blive øget kraftigt. Der vil ikke være uoverensstemmelser i data, som kan tilskrives forskudte opdateringsvinduer KDB vil kunne bruge LPR. KDB kvalitet i eks. procedureregistrering vil kunne opnås i LPR. Dette vil i sig selv give et væsentligt større fokus på at forbedre datakvaliteten i LPR 	<ul style="list-style-type: none"> Betydeligt mindre tidsforbrug til fejlrettelser
	<ul style="list-style-type: none"> 	<ul style="list-style-type: none"> Omkostninger ved etablering af løsningen i LPR og i de patientadministrative systemer

Gode eksempler

I Norge giver den høje EPJ-dækningsgrad med ét system (DIPS) sammen med den store udbredelse af få patientadministrative systemer (primært Agresso) en unik mulighed for nem og hurtig indsamling af data til nationale registre. Dette muliggør i de fleste tilfælde betydeligt hurtigere publicering af disse data end i Danmark

Vurdering af forslaget

	Uden betydning	Lille betydning	Middel betydning	Stor betydning	Meget stor betydning
Hvor væsentligt er forslaget at gennemføre?					X

Andre bemærkninger

Se forslagene "29. Brug viden om fejl til forbedringer" og "17. Løbende indberetning af kontakter".

17. Løbende indberetning af kontakter

Problemstilling

Anvendelsen af LPR-data i behandling og pleje – typisk igennem føddning af kliniske databaser – vanskeliggøres i dag af, at information i mange sammenhænge ikke indberettes, når den er genereret, men når en kontakt afsluttes. Nyttens af LPR som opsamlingspunkt for basisdata til de kliniske databaser er derfor i mange sammenhænge stærkt reduceret – alene fordi data fra LPR, som hovedregel, først leveres til og dermed først kan tilvejebringes fra LPR, efter at patienten har forladt sygehuset. Dette gør det vanskeligt at basere sig helt eller delvist på LPR, hvis der f.eks. er behov for dugfrie data i den kliniske database, men denne først fødes måske 5-7 dage efter hændelsen, fordi patienten først skal afsluttes. Eksempelvis brydes en hensigtsmæssig arbejdsproces, hvis man først en uge efter en operation kan registrere hvilken operatør, som gennemførte den.

Som følge heraf opdateres de kliniske databaser i stort omfang på grundlag af manuelle opslag i det lokale patientadministrative system. Derfor sker der dobbeltindtastning i betydeligt omfang og der opstår redundante data mellem de omtalte systemer.

Beskrivelse af forslaget

Det foreslås, at

- Der aftales en konvention for opdatering af åbne kontakter, som sikrer, at patientkontakter indberettes løbende, og ikke som i dag, når de afsluttes
- Der foretages de nødvendige tilpasninger i LPR og i de patientadministrative systemer, således at dette muliggøres

I praksis forudsætter det anførte omkring opdatering, at der etableres real-time opdatering af LPR. Samtidig skal den nuværende indberetningsnitflade moderniseres til løbende at kunne modtage enkelt-record-opdateringer i stedet for de nuværende natlige bulk (bunke)-opdateringer. Den tekniske del af løsningsforslaget forventes på LPR-siden at blive muliggjort i forbindelse med det igangværende LPR-udbud, mens der på den patientadministrative side ikke tidligere har været behov for real-time indberetning, hvorfor funktionaliteten ikke forventes at fungere uden tilpasninger.



Teknisk løsning.

- Etablering af nye snitflader på både de patientadministrative systemer og LPR
- Oprettelse af separat register eller markering i LPR, at hvor der kan holdes rede på hvilke kontakter, der er foreløbigt indberettet

Konvention

- Beslutning om minimumskomplethed, før data kan afsendes til LPR
- Regler for, hvordan de løbende opdateringer af LPR-data formidles/kommunikeres til brugeren

Forventet effekt

	Bedre dokumentation	Færre ressourcer
	<ul style="list-style-type: none"> LPR's troværdighed og anvendelighed øges markant. Den øgede synkronisering med de patientadministrative systemer vil være det første udgangspunkt for at kunne anvende LPR som et knudepunkt for et nationalt patientindeks. Når aktualiteten i LRP-data er opnået, vil det være oplagt at stille data til rådighed via webservices for LKD, således at dobbeltregistreringer (redundans) elimineres. 	<ul style="list-style-type: none"> Dobbeltregistrering i LKD og patientadministrative systemer undgås → betydelig tidsbesparelse.
	<ul style="list-style-type: none"> 	<ul style="list-style-type: none"> Omkostninger ved etablering af løsningen i LPR og i de patientadministrative systemer.

Gode eksempler

-

Vurdering af forslaget

	Uden betydning	Lille betydning	Middel betydning	Stor betydning	Meget stor betydning
Hvor væsentligt er forslaget at gennemføre?					X

Andre bemærkninger

Se forslaget "16. Bedre proces for indberetning af data til LPR"

18. Elektronisk indberetning af ydelser, der foregår udenfor hospitalet**Problemstilling**

På baggrund af Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter er det i dag ikke muligt at indberette kontakter med patienterne, som foregår udenfor hospitalernes fysiske rammer, til LPR. Dette betyder, at en række aktiviteter og ydelser, som vareta-

ges af sygehusvæsenet på lige fod med aktiviteter, som foregår indenfor hospitalernes fysiske rammer, ikke bliver indberettet til LPR via hospitalernes patientadministrative systemer, men i stedet skal indberettes via manuelt udfyldte skemaer eller blanketter. Data kan derved blive unødigt forsinkede, kvaliteten af data kan blive svingende, og der kan være større fejlkilder ved at data først anføres af en person på et skema, hvorfra der efterfølgende tages af en anden person ind i LPR.

Hjemmefødsler, hvor jordemoderen varetager fødslen i patientens eget hjem, er et eksempel på den anførte problematik. Hjemmemonitorering af KOL patienter, hvor lunge-sygeplejersker varetager pleje og behandling af lungepatienter i patientens eget hjem, er et andet eksempel. Og opsøgende teams i psykiatrien, hvor psykiatere, psykologer og sygeplejersker behandler f.eks. unge psykotiske patienter i patientens eget hjem, er et tredje eksempel. For de nævnte eksempler gælder det, at selve indholdet af den ydelse, der leveres til patienten, er identisk med de ydelser, der leveres til samme målgruppe indenfor hospitalernes fysiske rammer.

Problemet er, at med udviklingstendenser som demografiudvikling, fleksibel opgavevaretagelse, nye snitflader mellem primær sektor og sygehussystem, telemedicin, mobile MR stationer, medicinering på plejehjem, egenomsorg etc. vil omfanget af registreringer, der hidrører fra ydelser udenfor et ambulatorium eller et sengeafsnit vokse markant over de kommende 5-10-15 år. I Norge og Sverige er disse tendenser markante. Aktuelt flytter man i Norge 13 mia.kr. fra sygehussystemet, til den primære sektor.

På hjemmefødselsområdet gør man i Region Hovedstaden det, at når fødslen er gennemført, indberetter jordemoderen fødslen i den obstetriske database. Herfra udskriver jordemoderen så blanketten med anmeldelse af hjemmefødslen og sender den udfyldte blanket pr. post til Sundhedsstyrelsen. Herefter fortolker man i Sundhedsstyrelsen de indberettede oplysninger og indtaster dem i LPR. Dette betyder, at hjemmefødslerne indgår i afdelingernes egne, lokale aktivitetsstatistikker på baggrund af obstetrik databasen, men ikke i de afdelingsfordelte statistikker, som udgives af Sundhedsstyrelsen.

Beskrivelse af forslaget

Det foreslås, at:

- Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter ændres, således at det fremover er muligt at indberette kontakter, diagnoser og procedurer på aktiviteter som varetages af hospitalernes sundhedsfaglige personale, men udenfor hospitalernes fysiske rammer

Hospitalerne har brug for at følge op på de aktiviteter, der foregår udenfor hospitalernes fysiske rammer, både i forhold til opfølgning på aktivitetsniveauer og i forhold til kvalitetsdatabaser. Det betyder, at aktiviteterne registreres under alle omstændigheder, og det er derfor vigtigt, at de også kan registreres via de patientadministrative systemer og derfra overføres elektronisk til LPR.

Forventet effekt

	Bedre dokumentation	Færre ressourcer
😊	<ul style="list-style-type: none"> Mere retvisende sundhedsstatistik (både forbrug og aktivitet) 	<ul style="list-style-type: none"> Forenklete registreringsprocedurer → mindre ressourceforbrug, fordi aktiviteterne kan registreres og indberettes samme sted, som alle de øvrige aktiviteter, der foregår på hospitalerne
😞	<ul style="list-style-type: none"> 	<ul style="list-style-type: none"> Revision af fællesindholdet vil koste ressourcer – men få, sammenlignet med den positive effekt af forenklet registreringsprocedure

Tilbud om hjemmebehandling til patienterne vil som nævnt ovenfor være stigende.

Vurdering af forslaget

	Uden betydning	Lille betydning	Middel betydning	Stor betydning	Meget stor betydning
Hvor væsentligt er forslaget at gennemføre?			X		

Andre bemærkninger

Sundhedsstyrelsen har overvejet at lade hjemmefødsler indberette elektronisk via SEI og har påbegyndt udarbejdelse af skemaer hertil. Efterfølgende er det imidlertid besluttet, at denne arbejdsgang er for omkostningskrævende. Årsagen hertil er, at fødsler pr. definition kodes som heldøgnsindlagte, og at bistand ved hjemmefødsler dermed ligger uden for rammerne for hospitalernes registrering og indberetning af hjemmefødsler – en definition, som ikke umiddelbart kan fraviges.

19. Indberetning til Venteinfo gøres obligatorisk og strammes op**Problemstilling**

Stort set siden indførelsen af ventetidsinformationer – og etableringen af venteinfo.dk – har kvaliteten af ventetidsoplysningerne været omdiskuteret.

Mange formuleringer, tilknyttet de fremadrettede ventetidsoplysninger, indikerer da også usikkerhed overfor præcisionen i de oplyste ventetider. (Eksempelvis: "Ventetiderne er kun vejledende, så der tages forbehold for, om de oplyste ventetider gælder i den konkrete situation."... "Det skal understreges, at den samlede ventetid fra henvisning til behandling ikke med sikkerhed kan forudsiges ud fra de angivne ventetider til

forundersøgelse og til behandling ... (fordi) ventetiden til behandling kan have ændret sig, når patienten først har været til forundersøgelse.”).

To spørgsmål forekommer at være helt afgørende som udgangspunkt for eventuelle opstrammende ændringer af ordningen med fremadrettede ventetider:

- Skal indberetning af fremadrettede ventetider være obligatorisk?
- Skal fremgangsmåden, hvorefter fremadrettede ventetider opgøres, være helt præcis?

Det er i dette forslag forudsat, at de to anførte forslag besvares bekræftende – og at bekræftende svar kan begrundes med

- at regionerne efterhånden selv udarbejder (interne) rapporteringer omkring ventetider og også tendentielt samt overordnet anvender informationerne til kapacitetsstyring
- at der fortsat kun i mindre udstrækning er fokus på, eksakt hvordan de enkelte hospitalsafdelinger ”beregner” de størrelser, der indberettes – og at der rent faktisk kan konstateres forskellige fremgangsmåder på tværs af hospitaler, afdelinger m.v., ligesom der kan konstateres udpræget tvivl om, hvad formuleringen, ”maksimale ventetider”, helt præcist dækker over

Sundhedsstyrelsen anfører i relation til ”maksimale ventetider”, at der er tale om det ”aktuelle skøn over den ventetid, den næste ukomplicerede patient maksimalt kan forventes at stå overfor.” Men tages der udgangspunkt i den metode, en del sygehuse anvender, og hvor der måles til næste ledige tid i bookingfunktionalitet, så er der tale om helt konkret aktuel ventetid.

Med de nuværende rammer og former for praksis bliver det principielt umuligt at sammenholde fremadrettede ventetider på tværs af regioner og hospitaler og at sammenholde fremadrettede og bagudrettede ventetider.

Beskrivelse af forslaget

Det foreslås, at:

- Det afklares om scope for ventetidsmonitoreringen skal ændres
- Indberetning til Venteinfo gøres obligatorisk, og der udarbejdes helt præcise retningslinjer for, hvordan fremadrettede ventetider opgøres
- Venteinfo indrettes, så det i højere grad stringent kan benyttes som visitationsredskab for regionernes visitationsenheder
- Det analyseres om det såkaldte lukkede Cancersystem – evt. i tilpasset form - kan benyttes hertil

Det har øjensynlig været et selvstændigt formål at få så mange former for udredning og behandling som overhovedet muligt med ind i Venteinfo, der gennem de senere år er udvidet betydeligt fra udgangspunktet i 1999.

Spørgsmålet er, om der kunne skabes klare forbedringer af indberetnings- og datakvalitet i Venteinfo, såfremt man i højere grad indskrænkede Venteinfos fremadrettede ventetidsoplysninger til mere afgørende felter, hvor der erfaringsmæssigt er ventetider,

eller risiko for ventetider, hvor der er tale om felter, hvor ventetider har afgørende eller væsentlig betydning for udfald af behandling, eller hvor rehabilitering og vedligeholdelse efter behandling påvirkes af den hurtighed, hvormed patienten opnår adgang til udredning og efterfølgende behandling.

Retfærdigvis skal det nævnes, at der fra flere sider i Implements kortlægning er fremført det synspunkt, at ventetiden på flere områder end i dag burde monitoreres

Jf. kapitel 7 i slutrapporten vedr. "Bedre dokumentation" vil der i et sådant præciseringsarbejde være behov for at fastlægge indberetningskadence, idet indførelsen af et nyt og mere brugervenligt indberetningssystem her kan være basis for hyppigere opdateringer af Venteinfo. I det omfang regionerne anvender ventetidsoplysninger som grundlag for kapacitetsstyring, vil der i sig selv være behov for hyppigere indberetninger, fordi ændrede visitationsmønstre på basis af ventetidsoplysninger kan forælde disse oplysninger hurtigt.

Formuleringen, "maksimale ventetider", foreslås ændret til formuleringen, "aktuelle ventetider" (jf. ovenfor samt jf. præmissen omkring øget indretningshyppighed).

Selve arbejdet med fastlæggelse af en præcis opgørelsesmetode er ikke nødvendigvis let – men præcisionen i ventetidsoplysningerne kan øges og oplysningernes valør ensartes, såfremt præcis opgørelsesmetode anvendes.

I tilknytning til en præcis fastlæggelse af opgørelsesmetode bør det gøres helt entydigt, om der "tælles" fra dato for modtagelse af henvisning eller fra dato, hvor henvisning registreres som modtaget i det patientadministrative system – såfremt der er forskelle på disse to datoer.

Som nævnt bruger mange hospitalsafdelinger aktuelt en fremgangsmåde, hvor relevant lægesekretær "tæller" dage/uger op til første ledige ambulante tid. Denne fremgangsmåde kan udelukkende sige noget om "den 1. næste patient".

Og metoden giver – med den forskellige praksis, som sygehusene benytter - rum for store forskelle. Et eksempel: Et sygehus A tildeler en tid til alle de patienter, som bliver henvist. Efterhånden som patienterne så vælger behandling på privathospital, aflyses disses tider. På grund af tidsforskydningen vil der konstant være booket flere end der ender med at blive behandlet. Et andet hospital tildeler ingen tider, når henvisningen modtages. I stedet tilskrives patienten, at ventetiden er lang (med henvisning til Venteinfo.dk), og at man skal oplyse hvorvidt man ønsker behandling på sygehuset eller at gøre brug af det frie sygehusvalg. Der går nogen tid inden patienterne svarer, og der vil således konstant være patienter, som ender med at blive behandlet på sygehuset, som ikke har fået en tid. Ventetiden på dette sygehus vil konsekvent blive undervurderet.

Det bør overvejes, om fremadrettede ventetider skal opgøres i dage eller uger (som hidtil).

Det bør ligeledes overvejes, om det er muligt at basere opgørelsen på data, som i forvejen indberettes til de patientadministrative systemer, ideelt set på data, som allerede i dag sendes videre til LPR. Hvis alle patienter tildes en tid, når afdelingen modtager henvisningen, ville det f.eks. være muligt at trække henvisningsdatoen fra den tildelte dato, hvorved patientens faktiske, fremadrettede ventetid fremkommer. Summen af ventetider for patienter, som på et givet tidspunkt er på venteliste divideret med antallet af patienter på venteliste vil herefter være afdelingens gennemsnitlige ventetid på det givne tidspunkt. I praksis skal der tages højde for patienter, som selv vælger et senere behandlingstidspunkt og formentlig en række andre forhold. Der vil endvidere være

behov for tilpasning af definitionen af den fremadrettede ventetid, f.eks. som her foreslået. Endelig skal de patientadministrative systemer opsættes til at beregne ventetiden og at indberette denne til LPR, når kontakten afsluttes (eller løbende, jf. forslag herom)



Mht. spørgsmålet om, hvor data vedrørende fremadrettede ventetider fremover skal fødes, er det Implements anbefaling, at det overvejes at lade dette ske i det lukkede Cancer-system. Her opdateres data ugentligt. Cancercentrene (det vil sige et begrænset antal involverede hospitaler) har gennem det lukkede system mulighed for at udveksle oplysninger om ventetider til strålebehandling og kemoterapi. Ventetidsoplysninger fra det lukkede Cancer-system overføres – i udvalgte sammenhænge – til det åbne Venteinfo-system.

Det lukkede Cancer-system har sammenhæng med udrednings- og behandlingsgarantierne på cancer-feltet. Systemet bruges, sådan som der kan ses en vis tendens til på overordnet niveau også i forhold til de fremadrettede Venteinfooplysninger, som basis for optimering af kapacitetsudnyttelsen – som grundlag for at styre patienterne derhen, hvor der er ledig kapacitet eller mindst ventetid.

Det er umiddelbart Implements vurdering, at de kliniske miljøer (på Cancer-feltet) udvikler større omhu med registreringer m.v. i det lukkede Cancer-system, end det der generelt er tilfældet i forbindelse med fremadrettede ventetidsoplysninger – alene opdateringsfrekvensen, som de involverede hospitaler principielt selv fastlægger, er en indikation i den retning.

Det vil kræve en nærmere vurdering og analyse, såfremt tankegangen med at lade et udvidet lukket system være fødesystem for de fremadrettede ventetider skal forfølges. Implement har derfor valgt ikke at indarbejde et egentligt forslag omkring dette tema, men alene at foreslå en afklarende analyse.

Forventet effekt

	Bedre dokumentation	Færre ressourcer
	<ul style="list-style-type: none"> • Øget præcision i de indberettede oplysninger, gennem ensartede kriterier for opgørelsen af ventetider • Større validitet i sammenligning af ventetidsstørrelser på tværs af hospitaler og afdelinger 	<ul style="list-style-type: none"> • Hvis maskinel dannelse er mulig, vil en betydelig del af den tid der i dag anvendes på ordningen kunne spares
	<ul style="list-style-type: none"> • 	<ul style="list-style-type: none"> • Forslaget vil kræve ressourcer at implementere • Hvis flere behandlinger og/eller flere sygehuse inddrages i ordningen, vil det løbende tidsforbrug stige

Gode eksempler

-

Vurdering af forslaget

Sæt ét kryds	Uden betydning	Lille betydning	Middel betydning	Stor betydning	Meget stor betydning
Hvor væsentligt er forslaget at gennemføre?				X	

Andre bemærkninger

-

20. Håndhæve, at indberetning til LKD er obligatorisk**Problemstilling**

Manglende indberetning er et stort problem for en stor del af de centrale registre. Værst er det for de landsdækkende kliniske databaser, hvor der er eksempler på, at der kun indberettes 20 % af de data, som afdelingerne skal indberette. Men problemet findes også i f.eks. det medicinske fødselsregister, i stillings- og vakanceregistret og sågar i LPR (LPR føder fødselsregistret). Resultatet er, at data i registre kun i varierende grad kan anvendes til statistiske formål, hvorved værdien af de allerede indberettede data forringes væsentligt.

Beskrivelse af forslaget

Det foreslås, at:

- Der iværksættes initiativer til information om samt skærpelse og håndhævelse af indberetningspligt til centrale registre
- Initiativet rettes mod både private og offentlige hospitaler

Først og fremmest må indberetningspligten indskærpes overfor de afdelinger, som ikke indberetter i det af regelsættet krævede omfang. I den forbindelse bør der udarbejdes et letlæseligt og lettilgængeligt informationsmateriale, som beskriver regelsættene samt disses betydning for den enkelte afdeling.

Det må videre vurderes, om der er behov for skærpelse af regelgrundlaget med henblik på at sikre større grad af indberetning. I det omfang dette er tilfældet, bør en sådan skærpelse foretages.



Endelig bør det undersøges, hvilke sanktioner der kan bringes i anvendelse overfor afdelinger, som fortsat ikke indberetter i tilstrækkeligt omfang. I den forbindelse kan følgende forslag overvejes:

- Der skal være en klar retslig forpligtelse til at medvirke til dataindsamling
- Indførelse i ansættelsesbreve for afdelingsledere
- Indførelse i resultatkontrakter for afdelingsledere
- Afdelinger, som ikke indberetter, kan ikke bevare deres specialestatus
- Økonomiske konsekvenser for sygehuset/afdelingen, hvis der ikke indberettes

Ved fra LPR at publicere antal overførsler til LPR pr. afdeling pr. måned, sammenholdt med seneste måned, kan man få en indikation af eventuelle indberetningsproblemer. Det skal sikres, at informationer af denne karakter primært rettes mod lægesekretærerne, som er dem, der afslutter forløbene, så de kan overføres.

Initiativet kan styrkes ved at lette kontrol- og fejlretningsfunktionen ved at publicere LPR oftere, således at brugerne får bedre værktøjer til at løfte opgaven med.

Forventet effekt

	Bedre dokumentation	Færre ressourcer
	<ul style="list-style-type: none"> • Betydelig, positiv effekt på mængden af indberetninger • Betydelig, positiv effekt på dataaktualiteten 	<ul style="list-style-type: none"> •
	<ul style="list-style-type: none"> • 	<ul style="list-style-type: none"> •

Ved implementering af en model, der gennemtvinger indberetning, skal der dog udvises opmærksomhed overfor udviklingen i datakvaliteten.

Ovenstående forslag bidrager ikke til afbureaukratisering, men forventes at kunne føre til bedre dokumentation.

Gode eksempler

I forhold til indberetningen til Venteinfo som er frivillig, håndhæver Region Hovedstaden overfor hospitalerne, at der skal indberettes månedligt.

Vurdering af forslaget

	Uden betydning	Lille betydning	Middel betydning	Stor betydning	Meget stor betydning
Hvor væsentligt er forslaget at gennemføre?			X		

Andre bemærkninger

-

21. Etablering af mulighed for patienters egenindberetning**Problemstilling**

Der er blandt patienter en stadig stigende interesse for at benytte nettet til at følge med i egne sundheds- og sygdomsoplysninger. Mens en del læger i den private sektor har indført mulighed for email korrespondance samt webbaseret tidsbestilling, receptfornyelse m.m., så har den sekundære sektor endnu knapt åbnet for denne dialogform og derfor heller ikke påbegyndt benyttelsen af patienten som indtaster og kvalitetskontrolør af egne data.

Beskrivelse af forslaget



Det foreslås, at:

- Patienter gives adgang til indtastning af egne data via Sundhed.dk
- Der endvidere gives mulighed for at patienten kan rette/anmode om at få rettet data, som er registreret i centrale registre

Patienten tilbydes mulighed for at indberette sundhedsdata via web-løsning. Dette vil f.eks. være relevant i forhold til kliniske databaser, hvor forhold som tilstand før og efter behandlingen, registrering af hjemmemålinger, oplevet kvalitet m.m. kan registreres sammen med det data, som opsamles på afdelingen under behandlingsforløbet.

Der tilbydes ligeledes adgang til at verificere oplysninger, som allerede er registreret i centrale registre, enten ved mulighed for at lave rettelser/forslag til rettelser eller ved mulighed for at generere en mail med anmodning om at få rettet konkrete oplysninger, som patienten opfatter som fejlregistreret.

Forventet effekt

	Bedre dokumentation	Færre ressourcer
	<ul style="list-style-type: none"> • Bedre data • Data om forhold, som normalt ikke kan indsamles i de kliniske databaser 	<ul style="list-style-type: none"> • Mindre tidsforbrug på registrering i klinikken • Bedre beslutningsgrundlag for indkaldelse til efterkontrol
	<ul style="list-style-type: none"> • 	<ul style="list-style-type: none"> • Evt. øget tidsforbrug til rettelse af patienters indtastningsfejl

Gode eksempler

[Google Health](#) er et eksempel på en tjeneste, som på visse punkter minder om sundhed.dk, men som er langt mere facilitetsrig og som har patienten selv som centrum for registreringerne. Hovedfunktionaliteten er

- Dialog med sundhedssystemet pr. mail
- Medicininteraktioner
- Persondetaljer
 - Alder, køn, højde, ...
 - Helbredsmæssige forhold
 - Medicinering
 - Allergier
 - Operationer
 - Test resultater
 - Vaccinationer
 - Forsikring
 - Billeder og anden sundhedsdokumentation
- Mulighed for at tilføje diagnoser
- Import af elektroniske eller papirbaserede journaler
- Udvælgelse af leverandører af sundhedsdata
- Mulighed for at åbne op for at andre har adgang til ens data
- Mulighed for at se hvem der har kigget på ens Google Health data
- Kontaktoplysninger på læge, kiropraktor, hospital, ...
- Find en læge
- Mulighed for at agere på andre patienters vegne

Den kliniske database DANBIO, som drives af Dansk Rheumatologisk Selskab, har implementeret et særligt patientrettet interface, som kan bruges fra særlige kiosk-løsninger med touch-screens på det enkelte hospital. Der er planer om at tilbyde tilsvarende løsninger fra patientens hjem via Internettet.

Vurdering af forslaget

	Uden betydning	Lille betydning	Middel betydning	Stor betydning	Meget stor betydning
Hvor væsentligt er forslaget at gennemføre?		X			

Andre bemærkninger

Se også forslaget "36. Automatisk udvælgelse af patienter til efterkontrol (primærsektor)"

22. Bedre skemagenerator

Problemstilling

Alle tre kompetencecentre samt det Nationale Indikator Projekt angiver, at der er behov for et bedre standardsystem til opbygning af kliniske databaser. De to toneangivende systemer, Topika fra CSC og KMS fra Tieto, lider af svagheder, som gør dem uegnede som grundlag for fortsat ekspansion. Topika angives at være for ufleksibelt og dyrt, og KMS, der ganske vist både har en forløbsstruktur og en kontaktstruktur, har over de senere år udvist tekniske begrænsninger (manglende skalerbarhed og stigende svartider). Begge er ældre systemer, og udviklingen af dem forløber i dag ukoordineret.

Beskrivelse af forslaget

Det foreslås, at:



- Der iværksættes et analysearbejde mhp. at vurdere, hvordan man bedst forbedrer/nyanskaffer et standardsystem til opsætning af kliniske databaser, som kan benyttes som skemagenerator ved bygning af fremtidige kvalitetsdatabaser og dermed som fælles værktøj for kompetencecentrene.
- Et sådant system anskaffes og implementeres

Der etableres en løsning, som tilbydes i nationalt regi. Denne løsning skal kunne integrere centrale data fra f.eks. LPR, Ejournal, dødsårsagsregistret, Patobanken, FMK m.m, således at forskere, kvalitetsfolk og andre, som laver egne databaser, i dette værktøj får foræret 50-95 % af de data, som de har behov for, fra eksisterende registre.

Etablering af nyt skemabygningsværktøj skal ske som en national service. Systemet skal tillade, at man trækker felter fra LPR ind i skemaerne. Systemet skal i første omgang supplere KMS, Topika samt en række mindre databaser – skønsmæssigt anvendes der 1 mio. kr. om året alene på drift af disse systemer – og på lidt længere sigt afløse disse.

Sundhedsstyrelsen har foreslået vurdering af, om SEI kan løse denne opgave. Det er ikke umiddelbart Implements opfattelse, at SEI vil være et løsningsalternativ, men spørgsmålet har ikke været nøjere undersøgt. Derfor må det anbefales, at stillingtagen til SEI indgår i analysearbejdet.

Forventet effekt

	Bedre dokumentation	Færre ressourcer
	<ul style="list-style-type: none"> Højere datakvalitet 	<ul style="list-style-type: none"> Meget omfattende datagenbrug → Langt mindre tidsforbrug på registrering i klinikken Kun ét udviklingsspor → lavere udviklingsomkostninger
	<ul style="list-style-type: none"> 	<ul style="list-style-type: none">

Gode eksempler

KMS har i en årrække været et godt eksempel på en skemagenerator, som har "affliveret" mange specialudviklede kliniske databaser ved at give mulighed for at opsætte skærm billeder til indtastning af data, valideringer, standardiserede valglister, overførsel af demografiske og andre data om patienten, hjælpefunktioner samt overførsel af data til AnalysePortalen. I dag er ca. halvdelen af de landsdækkende kliniske databaser, heraf store databaser som Dansk Anæstesiologisk Database og KarBasen, opsat i KMS.

Vurdering af forslaget

	Uden betydning	Lille betydning	Middel betydning	Stor betydning	Meget stor betydning
Hvor væsentligt er forslaget at gennemføre?				X	

Andre bemærkninger

Se også forslagene "27. Etablering af en national serviceplatform for sundhedsdata" og "40. National analyseportal"

23. Single signon

Problemstilling

For PC-brugere, som typisk arbejder på den samme PC hele tiden, og som bruger de samme få applikationer, er logontiden, dvs. den tid det tager at starte PC'en op og starte de applikationer, som man skal bruge, generende, men et forholdsvis lille problem, da processen kun gennemføres en eller få gange pr. dag. – det tager tid, men det er til at leve med.

IT-anvendelse i sundhedssektoren er imidlertid præget af "nomadisk" brug – brugerne vandrer fra den ene PC til den anden i løbet af dagen, og hver PC benyttes af et større antal brugere.

Datasikkerhedsreglerne stiller krav om, at anvendelse af en applikation skal kunne henføres til den rigtige bruger, og det kræver, at brugerne logger ind og ud hver gang de skal tilgå et system med personfølsomme data (sådanne systemer er der mere end 1.000 af i den danske sundhedssektor).

Analysen foretaget af Implement for SDSD har vist, at der mistes arbejdstid som følge af de nuværende tilstande omkring logon, svarende til over 100 mio. kr. pr. år.

I tillæg hertil skal det nævnes, at systemerne typisk er sikret af forskellige Bruger-navn/Password kombinationer, som skiftes med forskellig kadence – et forhold som brugerne finder stærkt generende og som viser sig at være begrænsende for motivationen til at anvende IT på hospitalerne, og som dermed er en barriere for bedre sundhedsdokumentation.

Beskrivelse af forslaget

Det foreslås, at:



- Der etableres Single Signon i sundhedssektoren

SDSD har netop foreslået Styregruppen for Tværoffentlige Samarbejder at igangsætte et nationalt projekt, som etablerer og udbreder en standard for, hvorledes regionerne kan etablere *single signon*. Single Signon er en løsning, hvor brugeren logger sig på sin PC én gang, og derefter har adgang til alle de systemer, som brugeren har rettigheder til, uden at skulle foretage logon på de enkelte systemer. Herudover etablerer løsningen *kontekstdeling*, dvs. det forhold, at når en kliniker arbejder med en patient i ét system og åbner et andet system, så slås den samme patient op i det nye system og præsenteres således for brugeren, som dermed sparer indtastningstid og minimerer risikoen for at slå op på en forkert patient.

Løsningen benytter de mest anvendte og udbredte standarder på området, og der er således gode muligheder for, at store internationale standardssystemer vil kunne passe ind i løsningen.

Løsningen er tilrettelagt, så det fremadrettet vil være muligt at stille de samme krav fra alle regioner til deres leverandører af IT-systemer, som skal indgå i Single SignOn og kontekstkoordineringsløsningen. Én regions investeringer vil dermed kunne komme andre regioner til gode, såfremt disse på et tidspunkt vælger de samme løsninger.

Forventet effekt

	Bedre dokumentation	Færre ressourcer
	<ul style="list-style-type: none"> • Bedre data: Mere tilbøjelighed til at få registreret i den kliniske situation, fordi det at komme på og af systemet i mindre grad vil være en barriere. 	<ul style="list-style-type: none"> • Besparet arbejdstid: Dels til signon og dels til at efterregistrere og fejlrette. •
	<ul style="list-style-type: none"> • 	<ul style="list-style-type: none"> • Omkostninger ved etablering af løsningen.

Herudover vil løsningen have en positiv betydning for arbejdsmiljøet, idet ventetiden i forbindelse med logon vil blive stærkt reduceret.

Gode eksempler**Hurtig login på Bispebjerg Hospital**

Bispebjerg Hospital har på YouTube demonstreret logintider på under 3 sekunder. Løsningen omfatter en række andre komponenter, udover Single Signon, herunder smartcard, SunRay tynde klienter, Citrix og Bispebjerg Hospitals Kliniske arbejdsplads. Der er demonstreret hurtig login (reconnect), fortsæt-hvor-du-slap (roaming). Systemkomplekset indgår i en test, der foregår i 2009.

Vurdering af forslaget

	Uden betydning	Lille betydning	Middel betydning	Stor betydning	Meget stor betydning
Hvor væsentligt er forslaget at gennemføre?					X

Andre bemærkninger

Der er mange muligheder for at reducere logon-tiden. Single Signon sparer kun en relativ begrænset del af den tid, som klinikerne oplever som spildtid. Yderligere kan klienterne virtualiseres (som på BBH og i Region Nordjylland), der kan benyttes tynde klienter i stedet for almindelige PC'er (som på BBH), systemer kan startes op i baggrund, og der kan implementeres logon baseret på biometri, kort eller fysisk nærvær af en gadget.

4.2 Afskaffelse af dobbeltregistrering

Der er formuleret følgende fire forslag indenfor dette område.

24. Fælles Journal på tværs af faggrupper
25. Reduktion af antallet af papirskemaer
26. Registrering af data til LKD via LPR
27. Etablering af en national serviceplatform for sundhedsdata

Forslagene vil blive nærmere gennemgået nedenfor.

24. Fælles Journal på tværs af faggrupper

Problemstilling

Sygeplejefaglig dokumentation varetages af både sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter. I forbindelse med kortlægning og måling er sygeplejefaglig dokumentation kortlagt som en opgave, der fylder meget i det daglige arbejde (ca. 3 timer ugentligt). Plejegruppen benytter i stigende omfang sygeplejelogbøger, kardex, behandlingsplaner og diverse skemaer til opfølgning på enkelt elementer i patientens udrednings- og behandlingsforløb (f.eks. tobaksscreening, ernæringscreening, smertescreening eller selvmordsrisiko screening).

Deltagerne i de to projekter Kortlægning og Måling og Bedre Dokumentation har i forbindelse med samtaler, interviews og workshops tilkendegivet, at de oplever, at dokumentationsopgaven for plejegruppen er stigende. De forventer yderligere, at opgaven vil stige i de kommende år, ikke mindst på grund af akkreditering, men også på grund af den generelle tendens til øget fokus på dokumentation af de sygeplejefaglige indsatser.

Der er to problemstillinger i forhold til omfanget af den sygeplejefaglige dokumentation: Dels de faggruppeopdelte journaler og dels omfanget af papirskemaer, som skal udfyldes i løbet af patientens udrednings- og behandlingsforløb. Nærværende forslag omhandler de faggruppeopdelte journaler.

I forhold til de faggruppeopdelte journaler er det spørgsmålet, hvorvidt det er hensigtsmæssigt at arbejde med to adskilte journaler (lægejournalen og sygeplejelogbogen). Denne opdeling giver naturligt en risiko for dobbeltarbejde, hvor samme oplysninger dokumenteres begge steder, og hvor det kræver ekstra tidsforbrug at få overblik over patientens samlede situation, fordi to forskellige kilder skal inddrages. Endvidere er der en risiko for, at hver faggruppe fokuserer på egen dokumentation og dermed overser væsentlig information i den anden faggruppes dokumentation.

I de kommende år vil opgaveglidning og øget teamarbejde gøre det stadig vanskeligere at opretholde fagspecifik journalføring og medvirke til, at den enkelte patient bliver rammen for dokumentationen.

Beskrivelse af forslaget

Det foreslås, at

- Journalføringen på danske hospitaler sker i en fælles tværfaglig journal, uanset om journalføringen foregår i en papirbaseret journal eller i en elektronisk journal

Forslaget kræver en ikke ubetydelig ændring af lokale arbejdsgange, som både handler om vaner og traditioner, men også om rent praktiske forhold, som hvor journalen skal befinde sig, for at alle faggrupper har den nødvendige adgang til den, strukturering af informationen således, at alle faggrupper kan få de nødvendige informationer o. lign.



De nyeste versioner af elektronisk patientjournal er som oftest tværfaglige. Det betyder, at det at arbejde med at få papirjournalen omdannet til en fælles tværfaglig journal kan ses som et naturligt forarbejde til at indføre elektronisk patientjournal.

Lægers og sygeplejerskers dokumentationspligt er fastlagt i lovgivningen. Lægernes journalpligt følger af bekendtgørelse nr. 1373 af 12/12/2006 om journalføring, mens sygeplejerskernes og social- og sundhedsassistenternes journalpligt følger af Vejledning nr. 9229 af 29/04/2005 om sygeplejeoptegnelser.

Lovgivningen siger ikke noget om, at journalføringen skal foregå separat i forskellige journaler. Alligevel anbefaler Implement, at forslaget om en fælles tværfaglig journal understøttes af en ændring af lovgivningen, til én lovgivning om journalføring i forhold til patienten, i stedet for den nuværende opdeling af lovgivningen i forhold til faggruppernes journalføringspligt.

Det skal bemærkes, at realiseringen af dette forslag fremmes af, at der er etableret fælles fagjournal på tværs af afdelinger og specialer. De steder, hvor dette ikke er tilfældet (f.eks. på Rigshospitalet), bør en sådan etableres forud for integration af sygeplejedokumentationen.

Forventet effekt

	Bedre dokumentation	Færre ressourcer
	<ul style="list-style-type: none"> • Mere fokuseret og entydig dokumentation • Dokumentation af højere kvalitet • Bedre overblik over patientens samlede situation 	<ul style="list-style-type: none"> • Undgå registrering af de samme informationer i sygeplejekardeks og lægejournal
	<ul style="list-style-type: none"> • 	<ul style="list-style-type: none"> • Mere omfattende informationsøgning, når der er mere materiale i journalen

Gode eksempler

Nogle få afdelinger i Danmark har indført fælles journalføring i én patientjournal, hvor læger og plejepersonaler dokumenterer i én og samme papirjournal. Effekten har været, at al information omkring patienten er samlet ét sted. Overblik over information er øget, og anvendelsen af information er lettere og mindre tidskrævende. Der er flere eksempler på fælles tværfaglig journalføring blandt de hospitaler som har indført elektronisk patientjournal.

Vurdering af forslaget

	Uden betydning	Lille betydning	Middel betydning	Stor betydning	Meget stor betydning
Hvor væsentligt er forslaget at gennemføre?				X	

Andre bemærkninger

-

25. Reduktion af antallet af papirskemaer**Problemstilling**

Sygeplejefaglig dokumentation varetages af både sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter. I forbindelse med kortlægning og måling er sygeplejefaglig dokumentation kortlagt som en opgave, der fylder meget i det daglige arbejde (ca. 3 timer ugentligt). Plejegruppen benytter i stigende omfang sygeplejefaglige journaler, kardex, behandlingsplaner og diverse skemaer til opfølgning på enkelt elementer i patientens udrednings- og behandlingsforløb (f.eks. tobaksscreening, ernæringscreening, smertescreening eller selvmordsrisiko screening).

Deltagerne i de to projekter Kortlægning og Måling og Bedre Dokumentation har i forbindelse med samtaler, interviews og workshops tilkendegivet, at de oplever, at dokumentationsopgaven for plejegruppen er stigende. De forventer yderligere, at opgaven vil stige i de kommende år, ikke mindst på grund af akkreditering, men også på grund af den generelle tendens til øget fokus på dokumentation af de sygeplejefaglige indsatser.

Der er to problemstillinger i forhold til omfanget af den sygeplejefaglige dokumentation: Dels de faggruppeopdelte journaler og dels omfanget af papirskemaer, som skal udfyldes i løbet af patientens udrednings- og behandlingsforløb. Dette forslag vedrører sidstnævnte problemstilling.

I forhold til omfanget af papirskemaer i patientforløbet er det spørgsmålet, hvorvidt det er hensigtsmæssigt med de mange forskellige skemaer, hvoraf der på en lang række skal dokumenteres samme stamoplysninger. Der foregår dobbeltregistrering, ligesom

det er vanskeligt at danne sig et hurtigt overblik over patientens situation. Implement har i forbindelse med forskellige Lean projekter i sygehusvæsenet i Danmark kortlagt patientforløb, hvor der er mange forskellige papirskemaer i brug i forhold til den enkelte patient.

Beskrivelse af forslaget



Det foreslås, at

- At der iværksættes et konsolideringsarbejde mht. de papirbaserede skemaer, som anvendes i dag mhp. reduktion i antal, harmonisering af indhold på tværs af regioner, specialer og faggrupper samt digitalisering

Der gennemføres en systematisk gennemgang af de papirbaserede (og evt. elektroniske) skemaer, som anvendes på de danske hospitaler. Initiativerne bør omfatte både de skemaer, som udspringer af nationale initiativer, f.eks. NIP, kvalitetsdatabaser og DDKM, og skemaer, som udspringer af rent lokale behov. Initiativet skal munde ud i en reduktion i antallet af skemaer og antallet af gange, der indsamles (samme) information (f.eks. stamdata). Initiativet bør også indeholde en vurdering af, hvilke skemaer der med fordel kan gælde nationalt, og hvilke skemaer det er nødvendigt at fastholde som helt lokale skemaer. Endelig foreslås det, at understøttelse af disse skemaer med en skemagenerator overvejes. Dette vil sikre

- Mulighed for automatisk overførsel af data, som findes i andre elektroniske registre
- Mulighed for genbrug af data til andre behov, herunder forskningsmæssige eller i forbindelse med kvalitetsudvikling

Forventet effekt

	Bedre dokumentation	Færre ressourcer
	<ul style="list-style-type: none"> • Mere samling på dokumentationen • Dokumentationen bliver søgbar • Dokumentationen er tilgængelig flere steder fra samtidigt • Dokumentation af højere kvalitet 	<ul style="list-style-type: none"> • Mindre tidsforbrug på grund af færre skemaer med mere genbrug af data
	<ul style="list-style-type: none"> • 	<ul style="list-style-type: none"> •

Gode eksempler

Der er flere gode eksempler på, hvordan antallet af papirskemaer kan reduceres, ved en systematisk gennemgang af patientforløbet og informationsbehovet på givne tidspunkter. På en konkret afdeling viste kortlægningen, at der blev brugt i alt ca. 20 forskellige papirskemaer i patientforløbet. Efter kortlægningen blev der udarbejdet ét gennemgående skemaer, som følger patienten igennem hele forløbet og dertil tre hjælpeskemaer.

Vurdering af forslaget

	Uden betydning	Lille betydning	Middel betydning	Stor betydning	Meget stor betydning
Hvor væsentligt er forslaget at gennemføre?					X

Andre bemærkninger

-

26. Registrering af data til LKD via LPR**Problemstilling**

Landsdækkende kliniske databaser kan have gavn af LPR på to måder:

- Samkøring: For bedst muligt at sikre, at alle relevante patienter er med i en given LKD, samkøres der med LPR. Ved denne manøvre findes også patienter, der er registreret i LKD og ikke i LPR. Manøvren finder ikke patienter, der hverken er registreret i LPR eller LKD. Samkøringsmanøvren og de dertil knyttede fejlrettelser (sletning respektive nyindtastning af patienter) er tidskrævende
- Dobbeltregistrering af patientadministrative data: Alle LKD indeholder en større eller mindre mængde data, der også er registreret i LPR: Patient ID, diagnoser, procedurer, kontakter, kontakttidspunkter, dødsdato, mv. Andelen varierer fra skønsmæssigt 30 % over 50-60 % som det typiske til 100 % i enkelte tilfælde

Beskrivelse af forslaget

Det foreslås, at:

- Der gennemføres en systematisk gennemgang af LPR og hver enkelt LKD med henblik på at identificere hvilke data, som kan leveres fra LPR, samt hvilke forudsætninger, der skal være opfyldt vedrørende datakvalitet i LPR (aktualitet, kompletthed og korrekthed).

Gennemgangen skal danne grundlag for beslutning om, hvorvidt:

A. *Databasen kan gøres LPR baseret*

Databasen kan baseres alene på eksisterende registreringer i LPR evt. med få nye (kliniske) LPR registreringer (således som det kendes fra MIS Kræft, DIP-SY og Hysterektomidatabasen, hjertepakker mfl.).

B. *LPR kan berige databasen gennem integration*

Udgangspunktet er, at LPR er meget nær komplet vedrørende de for de kliniske databaser relevante patientadministrative data, procedurer og diagnoser (med forbehold for klinisk ensartet brug af koderne). Gevinstpotentialet er at overføre data fra LPR til de kliniske databaser. Overførslen skal som minimum omfatte afgrænsning af patientgrupper og relevante patientadministrative data således, at der i databasernes kliniske registreringssystem kun skal registreres supplerende kliniske data, respektivt tjekkes validiteten af de fra LPR kommende data. I denne struktur vil LPR således være kilde til de fleste data i den kliniske database, der så blot får supplerende data gennem elektroniske skemaer ovenpå den kliniske database.

Integration er en win-win situation:

- LPR fordel: Al erfaring viser, at den sikre måde at øge datakvalitet på er, at data bliver brugt (her LPR data til klinisk overvågning/styring)
- Klinisk database fordel: Antal indtastninger reduceres med et antal svarende til de felter/variable, der kan 'trækkes' fra LPR – typisk mindst 50 %

C. *LPR baseret aktivitets- og kvalitetsovervågning.* Ud fra deisen, om at brug af data er en stærkt motiverende faktor til forbedring af datakvalitet, er MIS kræft et eksempel på et monitoreringssystem, der kan forventes at bidrage til bedre datakvalitet. En tilgang til massiv øgning af denne effekt vil være, hvis der etableres et rapportmodul, så allerede eksisterende data i LPR kan leveres til dataleverandørerne/institutionerne i et format, så de selv kan bruge data til egne rapporter. Eventuelt kan der suppleres med standardiserede fællesrapporter (med mulighed for at sammenligne afdelinger, hospitaler, regioner) med LPR baserede indikatorer, f.eks. indlæggelsestider, antal udskrivinger, genindlæggelser, reoperationer, 30 dages dødelighed, antal procedurer, ambulante dele, omfang af dagkirurgi osv. for et stort antal sygdomme/procedurer.



Det er en forudsætning for både A, B og C, at der til LPR knyttes et rapportmodul (jf. MIS Kræft løsningen), så krav til feedback rapporter og fejl- og mangellister kan tilgodeses.

Det er en forudsætning for B, at der etableres de nødvendige overførselsrutiner. Det vil endvidere være hensigtsmæssigt, at dette sker på grundlag af en serviceplatform.

Vedrørende punkt C henledes opmærksomheden på, at Styregruppen for Videreudvikling af Sundhedskvalitet.dk (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og Sundhedsstyrelsen) har besluttet at igangsætte et samarbejde med de lægefaglige videnskabelige selskaber med henblik på at specificere egnede sygdomme og procedurer, der kan gøres til genstand for indikatormonitorering med LPR baserede data. Der sigtes her mod offentliggørelse på www.sundhedskvalitet.dk i 2011.

Det er en forudsætning for A, B og C at der iværksættes procedurer for vedvarende forbedring af datakvaliteten i LPR vedrørende de konkrete variable i form af samarbejde mellem Sundhedsstyrelsen og LPR brugere, samt at der arbejdes systematisk med forløbsdannelse.

Forventet effekt

	Bedre dokumentation	Færre ressourcer
	<ul style="list-style-type: none"> • Flere og bedre data i LKD • Betydeligt potentiale med hensyn til kvalitetsforbedring (i første omgang af data) 	<ul style="list-style-type: none"> • Langt mindre registreringsindsats • Betydeligt potentiale med hensyn til kvalitetsforbedring (i første omgang af data), og arbejdsbesparelse (dobbelt indtastning)
	<ul style="list-style-type: none"> • 	<ul style="list-style-type: none"> •

Forslaget peger i retning af en langsigtet udviklingsmodel, der er i overensstemmelse med det almindeligt gældende kvalitetsprincip om at sætse alle kræfter på at gøre det rigtige første gang: Det betyder i databasesammenhæng, at der frem for de nuværende ordninger, hvor der foregår halvdårlig registrering i to registre (LKD og LPR) og derefter forbedring af begge registre ved samkøring, arbejdes hen mod ét register der til gengæld er teknisk optimeret og understøtter brugernes behov for systemensartethed, vejledning/hjælp ved registrering samt overblik over uddata.

Gode eksempler

Både Hyskobasen og Hysterektomibasen er ophørt med at indsamle data fra kliniske afdelinger til kvalitetsdatabaserne. I stedet har man oprettet nogle ganske enkelte koder i LPR, som indberettes via de patientadministrative systemer.

Vurdering af forslaget

	Uden betydning	Lille betydning	Middel betydning	Stor betydning	Meget stor betydning
Hvor væsentligt er forslaget at gennemføre?					X

Andre bemærkninger

Se også forslagene, "37. Uddata fra LPR", "27. Etablering af en national serviceplatform for sundhedsdata", "28. Systematisk og tidstro feedback til brugerne", "1. Samarbejde mellem specialeselskaber og Sundhedsstyrelsen" samt "10. Repræsentation af

patientforløb i LPR”.

27. Etablering af en national serviceplatform for sundhedsdata

Problemstilling

Med over 1.000 IT-systemer i den sekundære sundhedssektor er muligheden (behovet) for at udvikle grænseflader overvældende stort. Erfaringerne fra registerundersøgelsen, interviews med kompetencecentre og clusterworkshoppen er da også, at der er et stort antal velbegrundede, men indtil videre uopfyldte ønsker om integrationer.

I stedet for at forbinde systemerne til hinanden, system for system, er det langt mere hensigtsmæssigt at forbinde systemerne til en ikke-databærende integrationsplatform, en broker, en Enterprise Service Bus eller – som Implement har valgt at kalde den her – en serviceplatform. En serviceplatform er et system, som opsættes til at modtage data fra systemer og sende dem videre til andre systemer, som har abonnement på disse data.

Beskrivelse af forslaget

Det foreslås, at:

- Der etableres et national serviceplatform.

Der gennemføres en langsigtet integrering af alle registreringer i sygehussektoren gennem denne serviceplatform. Registreringer kortlægges og integrationer gennemføres efter hyppighed og mængde af de data, som kan udveksles. Det er vigtigt, at det fra start erkendes, at det vil tage lang tid og kræve megen tilpasning af de systemer, som skal levere eller hente data.

Mindst én region har allerede en sådan serviceplatform i drift (CAPS i Region Hovedstaden). På grund af End-of-Life på de SUN-komponenter, som løsningen er etableret omkring, overvejer regionen nu alternativer, herunder at basere sig på open source produkter. Det bør undersøges, om det er muligt på aftalte vilkår at samarbejde om en fælles løsning eller at gøre en tilsvarende løsning i en anden region til en service, som alle regioner kan trække på. Også Sundhedsstyrelsens dataopsamlingsløsning FREUD bør der i sammenhængen kigges på.



Serviceplatformen skal bl.a. stille følgende data til rådighed:

- Demografiske oplysninger fra CPR-registret
- Medicinoplysninger fra PEM og senere FMK
- Laboratoriedata fra Labka- og flexlab systemerne i regionerne
- Patobanken
- Cancerregistret
- LPR

Dette ville tilgodese behov som f.eks. følgende:

- Et system som Dansk Anæstesidatabase vil få mulighed for at få (de ønskede) data fra Orbit, Dansk Hjerteregister, Herniedatabasen, Galdedatabasen, Kardatabasen
- LPR ville kunne bruge samme adgang til at sætte helt nye kontroller på data op (har en patient, som indrapporteres med en KOL-diagnose f.eks. overhovedet et KOL-medicinforbrug?)
- Mange nationale kliniske databaser i kompetencecentrene vil få mulighed for at få data fra Patobanken.
- Patobanken vil få mulighed for etablering af interfaces mhp. kvalitetssikring af screeningsprogrammer
- Et nationalt patientindeks vil kunne få sine data fra serviceplatformen

Forventet effekt

	Bedre dokumentation	Færre ressourcer
	<ul style="list-style-type: none"> • Højere datakvalitet • Bedre rapportering 	<ul style="list-style-type: none"> • Mindre dataindtastning • Betydeligt lavere systemudviklingsomkostninger • Vil reducere antallet af grænseflader til et minimum og dermed effektivisere grænsefladearbejdet betragteligt • Vil reducere dobbeltindtastning
	<ul style="list-style-type: none"> • 	<ul style="list-style-type: none"> •

Gode eksempler

Region Hovedstaden har udviklet serviceplatformen CAPS. Integrationerne i Region Hovedstaden udføres efter et integrationskoncept, der blev udformet i slutningen af 2006. Formålet med konceptet var først og fremmest at få uniformeret udviklingen af integrationer, så dokumentation, udvikling, test og drift kunne ske efter ensartede retningslinjer. Der er foreløbig lavet 38 integrationer, baseret på dette koncept.

Vurdering af forslaget

	Uden betydning	Lille betydning	Middel betydning	Stor betydning	Meget stor betydning
Hvor væsentligt er forslaget at gennemføre?					X

Andre bemærkninger

-

4.3 Mere effektiv fejlretning

Der er formuleret følgende tre forslag indenfor dette område:

- 28. Systematisk og tidstro feedback til brugerne
- 29. Brug viden om fejl til forbedringer
- 30. Data fra LKD overføres til LPR

Forslagene vil blive nærmere gennemgået nedenfor.

28. Systematisk og tidstro feedback til brugerne***Problemstilling***

Brugerens motivation til at lægge energi og kvalitet i registreringsarbejdet er begrænset, hvis data ikke er til stede, eller hvis brugeren har en oplevelse af, at data/rapporter ikke bruges til noget.

Beskrivelse af forslaget

Det foreslås at:

- Der til hver database/system stilles krav om, at indberettende enheder hyppigt har adgang til fejlrapporter og standardiseret output

Hver database skal med kortest mulige forsinkelse (on time, dagligt, ugentligt, månedligt) stille let elektronisk adgang til følgende to typer af rapporter til rådighed for sine brugere:



- Fejl og mangler i den indberettende enheds registreringer. Det bør overvejes at basere denne information på push-princippet, dvs. at informationen sendes ud automatisk, hvorved der ikke bliver behov for rutiner, hvor det løbende checkes, om der er fejl.
- Fællesrapporter, der overskueligt viser informationer, der er udtryk for struktureret output fra databasen (systemet), herunder på et detaljningsniveau, så den indberettende enhed kan 'se sig selv', minimum vedrørende deres score på de essentielle indikatorer.

Forslagets implementering fremmes, hvis der etableres en faglig godkendelsesproce-

dure af databasen/systemet som forudsætning for bevilling. Det skal således dokumenteres, at databasen/systemet opfylder krav til feedbackrapporter, i analogi med de nu gældende basiskrav for feedback fra LKD.

Specielt ved nye/ændrede registreringsforskrifter ("Fællesindholdet") gives der – efter en kortere indkøringsperiode – et feedback til alle afdelinger, der viser, i hvilket omfang registreringen er implementeret, og som viser udtræk med sammenligninger mellem afdelinger/sygehuse/regioner og patientadministrative systemer, som grundlag for en gensidig drøftelse af, om implementeringen er ensartet og sammenlignelig, om der er behov for justeringer etc.

Forventet effekt

	Bedre dokumentation	Færre ressourcer
	<ul style="list-style-type: none"> • Øget datakvalitet • Bidrage til at data udnyttes til deres formål (kvalitetsstyring, økonomistyring, aktivitetsstyring) • Grundlag for ledelsesmæssig monitorering 	<ul style="list-style-type: none"> • Reducere antal af fejlregistreringer → mindre tidsforbrug
	<ul style="list-style-type: none"> • 	<ul style="list-style-type: none"> • Større tidsforbrug på håndtering af feedback

Gode eksempler

For en lang række kliniske databaser, herunder nedennævnte landsdækkende kliniske databaser:

- Karbase
- Gynækologisk Cancer
- Venebase
- Kolorektal Cancer
- Anæstesi (DAD)
- Geriatri
- Galde
- Hernie
- Hepatitis

er de formelle nugældende krav ([basiskravene](#))

- Som minimum kvartalsrapporter til afdelingerne
- Som minimum årsrapporter til Sundhed.dk
- Der skal redegøres for, om datakvaliteten lever op til basiskravene

Vurdering af forslaget

	Uden betydning	Lille betydning	Middel betydning	Stor betydning	Meget stor betydning
Hvor væsentligt er forslaget at gennemføre?				X	

Andre bemærkninger

Der henvises til forslagene, "16. Bedre proces for indberetning af data til LPR" og "28. Systematisk og tidstro feedback til brugerne".

29. Brug viden om fejl til forbedringer**Problemstilling**

Som systemlandskabet i sundhedssektoren ser ud i dag, er der tale om et tiltagende komplekst samspil af systemer, der drives af aktører, uden formaliseret ansvar for helheden. Imidlertid er der mange eksempler på, at indholdet i ét system kan bruges til at forbedre kvaliteten i andre systemer. Her drejer det sig om at benytte indsigt fra LPR's fejlregister til at forbedre informationerne i regionernes patientadministrative systemer og de processer, hvori disse informationer anvendes.

Beskrivelse af forslaget

Det foreslås, at:



- LPR's fejlregister udbygges med historik, og at der gennemføres systematiske fejlanalyser, som kan danne grundlag for forbedringer i fællesindholdet og de lokale patientadministrative systemer
- LPR's logning af overskrivninger udbygges

LPR's fejlregister drives i dag alene med henblik på løbende fejlkontrol, ikke på analyse. Der opsamles derfor ikke historik på fejl i LPR. Det er således ikke muligt at udlede noget om, hvilke afdelinger, sygehuse, fejltypen osv., som går igen – og det er dermed heller ikke muligt at lave systematiske initiativer overfor disse. Så snart en fejl er rettet, forsvinder registreringen fra fejlregistret.

Det bør overvejes at opsamle disse fejldata og periodisk at analysere på dem.

Hvis grundoplysninger er identiske, overskrives en tidligere indberettet kontakt af en ny. Det betyder også, at to kontakter som er identiske i de 7 nøglevariable, men ikke i andre, ikke kan finde sted samme dag, og det tages for givet, at det er den sidst indberettede, som er den korrekte.

Forventet effekt

	Bedre dokumentation	Færre ressourcer
	<ul style="list-style-type: none"> Forslaget vil muliggøre mere målrettet indsats såvel mht. forbedret undervisning og forbedret funktionalitet i de patientadministrative systemer. Mere korrekte data. 	<ul style="list-style-type: none">
	<ul style="list-style-type: none"> 	<ul style="list-style-type: none"> Der vil være omkostninger forbundet med udbygningen.

Gode eksempler

-

Vurdering af forslaget

	Uden betydning	Lille betydning	Middel betydning	Stor betydning	Meget stor betydning
Hvor væsentligt er forslaget at gennemføre?		X			

Andre bemærkninger

-

30. Data fra LKD overføres til LPR**Problemstilling**

LPR har i dag begrænsede muligheder for at foretage inddatakontrol, idet de data-records, som søges afleveret til LPR fra de regionale patientadministrative systemer, kun kan sammenholdes med LPR's valideringsregler, sig selv, med hinanden eller med records, som i forvejen findes i LPR. (Indberettes samme kontakt f.eks. flere gange? Findes sygehuskode?). Det er en måde at forbedre inddatakontrollen i LPR på at inddrage andre data i kvalitetskontrollen, f.eks. data fra de landsdækkende kliniske databaser.

Beskrivelse af forslaget

Det foreslås, at:

- Inddatakontrollen i LPR beriges med data fra de landsdækkende kliniske databaser (LKD)

LPR kunne bruge LKD til datarensning med henblik på at afklare:

Manglende records/patienter

1. Dels om der er CPR-numre, der mangler i LKD, og som findes i LPR
2. Dels om der er CPR-numre, der mangler i LPR, og som findes i LKD

Manglende Koder/felter

3. Dels om der er koder i LKD, der mangler i LPR for de CPR-numre, der findes begge steder
4. Dels om der er koder i LPR, der mangler i KDB, men som findes i LPR

Hver af disse situationer kan generere bidrag til de daglige fejlmeddelelser til afdelingerne:

ad 1: Anmodning om at kontakten enten oprettes i LKD eller slettes i LPR.

ad 2: Anmodning om at kontakten oprettes i LPR. For at øge motivationen kan den økonomiske værdi af registreringen slås op og skrives ind i fejlmeddelelsen.

ad 3: Anmodning om at en kontakt med de(n) pågældende kode/-er oprettes i LPR – den økonomiske værdi kan også her slås op og skrives ind i fejlmeddelelsen.



ad 4: Anmodning om at en kontakt med den pågældende kode oprettes i LKD eller slettes i LPR.

Disse fejlmeddelelser giver mulighed for, at man i samme omgang kan rette fejl vedr. en given patient i flere systemer.

Det skal bemærkes at nytten af dette forslag falder i takt med:

- At validering af data indtastet i det patientadministrative system sker stadig tidligere
- At en stadig større delmængde af LKD's data i forvejen kommer fra LPR

Forventet effekt

	Bedre dokumentation	Færre ressourcer
	<ul style="list-style-type: none"> • Bedre datakvalitet i såvel LPR som LKD • Mere korrekt DRG-registrering 	<ul style="list-style-type: none"> • Reduceret tidsforbrug til fejlrettelser.
	<ul style="list-style-type: none"> • 	<ul style="list-style-type: none"> • Det vil koste ressourcer at etablere kontrollerne • Det vil formentlig ikke være muligt at fuldautomatisere den løbende tilbagemelding til afdelingerne → vil koste tid

Gode eksempler

Kompetencecentrene laver allerede i dag kontroller af datas kvalitet bl.a. ved sammenligning med LPR. Dette arbejde fører til fejlmeddelelser og korrektionsanmodninger til klinikkerne fsva. den kliniske database, men fører ikke til opretning af data i LPR.

Vurdering af forslaget

	Uden betydning	Lille betydning	Middel betydning	Stor betydning	Meget stor betydning
Hvor væsentligt er forslaget at gennemføre?		X			

Andre bemærkninger

Tilsvarende mekanismer kan formentlig etableres mellem LPR og andre systemer, f.eks. dødsårsagsregistret. Dette er dog ikke undersøgt.

4.4 Samkøring og forenkling

Der er formuleret følgende seks forslag indenfor dette område.

31. Integration af systemer indenfor OBSTETRIK
32. Integration af systemer på CANCEROMRÅDET

- 33. Integration af systemer på HJERTEOMRÅDET
- 34. Integration af systemer indenfor PSYKIATRIEN
- 35. Krav om elektronisk dialog med privathospitaler
- 36. Automatisk udvælgelse af patienter til efterkontrol (primærsektor)

Forslagene vil blive nærmere gennemgået nedenfor.

31. Integration af systemer indenfor OBSTETRIK

Problemstilling

Der er flere regionale obstetriske databaser. De foreslås sammenlagt til én national database, som i muligt omfang fødes direkte fra LPR.



Beskrivelse af forslaget

Det foreslås, at:

- Der tages skridt til en sammenlægning af databaser på det obstetriske område

Der er flere regionale obstetriske databaser, i CSO afsnit 4 er primært beskrevet de 2 store i hhv. Vest- og Østdanmark, som foreslås sammenlagt til én national, der så vidt muligt fødes direkte fra LPR. Dette vil formentlig forudsætte gennemførelse af forslaget "17. Løbende indberetning af kontakter".

Forventet effekt

	Bedre dokumentation	Færre ressourcer
	<ul style="list-style-type: none"> • En harmonisering af indberetningerne til LPR, • En harmonisering af kodning på tværs af regioner, sygehuse og afdelinger 	<ul style="list-style-type: none"> • Indberetning vil skulle ske i færre systemer → tidsbesparelse
	<ul style="list-style-type: none"> • 	<ul style="list-style-type: none"> • Sammenlægningen vil koste ressourcer

Gode eksempler

...

Vurdering af forslaget

	Uden betydning	Lille betydning	Middel betydning	Stor betydning	Meget stor betydning
Hvor væsentligt er forslaget at gennemføre?					

Andre bemærkninger

Se også forslag "17. Løbende indberetning af kontakter"

32. Integration af systemer på CANCEROMRÅDET**Problemstilling**

Af primært historiske grunde er der områder, hvor der har udviklet sig to eller flere landsdækkende kliniske databaser, som dækker de samme eller stærkt beslægtede områder. Selvom databaserne favner over nogenlunde samme felt, er der ikke ensartede definitioner, afrapportering m.m.

I forhold til dette forslag, handler det konkret om, at der p.t. er:

- Politisk bestemte indikatorer: Periode indikatorer (ventetid) og aktivitetsindikatorer, der bygger på LPR (herunder to nye registreringer), og som præsenteres i MIS Kræft
- Fagligt meningsfulde indikatorer, typisk 8-10 pr. kliniske database database på alle de store cancerområder (+ ventetider – med andre definitioner etc. end MIS kræft)

Beskrivelse af forslaget

Det foreslås, at:



- De vigtige databaser indenfor cancerområdet ensrettes og støttes af en tættere brug af LPR baserede data

Det er en forudsætning for de klinisk orienterede cancer databasers brug af LPR data, at disse data leveres dagligt fra Sundhedsstyrelsen og behandles af de regionale systemer dagligt. Begge dele arbejdes der i øjeblikket på at få på plads, i hvert fald i flere regioner, således at den rette infrastruktur er tilgængelig for dette forslag.

Herefter kan forslaget realiseres ved:

- Trin 1. Afklaring af hvilke registre, det er relevant at inddrage
- Trin 2: Harmonisering af relevante data og begreber m.m. for de valgte registre med LPRs begreber
- Trin 3: Implementering af tættere integration på cancerområdet, som en delmængde af forslag "26. Registrering af data til LKD via LPR". For at håndtere den samlede kompleksitet af dette trin, kan en mulig fremgangsmåde være at opdele integrationen i forskellige fagområder, f.eks. cancer, hjerte, diabetes osv. Implementering af forslag "26. Registrering af data til LKD via LPR" kunne starte med cancer området, hvor de første erfaringer så hentes, samtidig med at der skabes reel værdi

Forventet effekt

	Bedre dokumentation	Færre ressourcer
	<ul style="list-style-type: none"> • Harmonisering af begrebsapparater, hvilket giver bedre uddata, bedre videndeling m.m. • Bedre overblik over cancerområdet og mulighed for en bedre fokusering af fremtidige IT-investeringer indenfor området 	<ul style="list-style-type: none"> • Mindre dobbeltregistrering • Mindre indtastning • Færre omkostninger til drift af flere, mindre databaser
	<ul style="list-style-type: none"> • 	<ul style="list-style-type: none"> • Omkostninger ved etablering af samkørslen

Gode eksempler

Udvalgte områder, hvor sammenlægning af registre er sket med succes: Hæmatologisk Fællesdatabase og Ortopædisk Fællesdatabase.

Vurdering af forslaget

	Uden betydning	Lille betydning	Middel betydning	Stor betydning	Meget stor betydning
Hvor væsentligt er forslaget at gennemføre?			X		

Andre bemærkninger

-

33. Integration af systemer på HJERTEOMRÅDET

Problemstilling

Af primært historiske grunde er der områder, hvor der har udviklet sig to eller flere landsdækkende kliniske databaser, som dækker de samme eller stærkt beslægtede områder. Selvom databaserne favner over nogenlunde samme felt, er der ikke ensartede definitioner, afrapportering m.m.

På hjerteområdet er der for nylig taget initiativ til ensretning af begreberne indenfor hjertekirurgien. Specifikt udarbejdes der et fælles begrebsapparat for "Vestdansk hjerteregister", som er regionalt hjerteregister for Vestdanmark, og "PATS", som er regionalt hjerteregister for det meste af Østdanmark. Disse to løsninger indrapporterer data til "Dansk hjerte register", som er den landsdækkende hjertedatabase indenfor det kirurgiske område. Indenfor den nærmeste fremtid, vil denne indberetning være ensrettet, således at der kan laves en bedre og mere ensrettet afrapportering.

Andre felter indenfor hjerteområdet mangler imidlertid ensretning, hvilket er baggrunden for dette forslag.

Beskrivelse af forslaget

Det foreslås, at:



- Der tages skridt til yderligere analyse af mulighederne for sammenlægning af registre på hjerteområdet

En kliniker på en akut medicinsk afdeling skal arbejde med flere hjerteregistre, f.eks. hjerteinsufficiens, hjertestop, hjerterask m.m. Der er mange registre indenfor hjerteområdet, og en fusionering eller ensretning kan lette arbejdsbyrden med indberetning.

Følgende analysearbejde foreslås:

- Yderligere kortlægning af datastrømme indenfor hjerteområdet. Fokus på det medicinske område
- Udpegning af et antal løsninger, hvor der forventes at være en positiv effekt ved harmonisering af begreber m.m. eller ved harmonisering af indberetning. Kandidater kan her, ud fra basisarbejde omkring "Bedre dokumentation", være "Hjerteplus", "Hjerterask" og "Hjerteinsufficiens", men der er flere indenfor området.
- Udarbejdelse af konkrete projektforslag med grundlag i en faglig vurdering og en business case.

Forventet effekt

	Bedre dokumentation	Færre ressourcer
	<ul style="list-style-type: none"> • Harmonisering af begrebsapparater, hvilket giver bedre uddata, bedre videndeling m.m. • Bedre overblik over hjerteområdet og mulighed for en fokusering af fremtidige IT-investeringer indenfor området 	<ul style="list-style-type: none"> • Færre løsninger at indrapportere i på det medicinske hjerteområde vil lette arbejdet, forbundet med dokumentation, for personalet • Færre omkostninger til drift af databaser, hvilket giver færre omkostninger pr. registreret patient
	•	•

Gode eksempler

Udvalgte områder, hvor sammenlægning af registre er sket med succes: Hæmatologisk Fællesdatabase og Ortopædisk Fællesdatabase.

Vurdering af forslaget

	Uden betydning	Lille betydning	Middel betydning	Stor betydning	Meget stor betydning
Hvor væsentligt er forslaget at gennemføre?			X		










Andre bemærkninger

Kompleksiteten af det samlede forslag vil afhænge af, hvor mange registre der inddrages.

34. Integration af systemer indenfor PSYKIATRIEN**Problemstilling**

Af primært historiske grunde er der en række områder, hvor der har udviklet sig to eller flere landsdækkende kliniske databaser, som dækker de samme eller stærkt beslægtede områder. En del af disse databaser er fusioneret, og det vurderes, at der er flere muligheder for databasesammenlægninger.

På voksenpsykiatriens område findes der tre landsdækkende registre, som der indrettes direkte i af personale på de psykiatriske afdelinger.

Sygdoms- område	Behandlingsform		
	Ambulant behandling	Behandling under indlæggelse	Akut behandling
Skizofreni	Registrering i: • Dipsy • NIP Skizofreni 	Registrering i: • NIP Skizofreni 	Registrering i: • NIP Skizofreni 
Depression	Registrering i: • Dipsy • NIP Depression 	Registrering i: • NIP Depression 	Registrering i: • NIP Depression 
Andre psy- kiatriske lidelser	Registrering: • Dipsy 	Registreres ikke 	Registreres ikke 

Som det fremgår af figuren, sker der dobbeltindberetning for så vidt angår skizofrene og depressive patienter i ambulant behandling. Omvendt sker der ikke nogen indberetning i disse kliniske databaser af patienter med andre psykiatriske lidelser, som ikke er i ambulant behandling.

Man kan have en formodning om, at ét indberetningssystem med fælles grunddata og med forskellige underskemaer for hvert sygdomsområde kunne være enklere for de ansatte på afdelingerne at indberette i. Samtidig ville dette give nogle muligheder for at lave mere tværgående sammenstillinger, end tilfældet er det i dag.

En én strenget indberetningsstruktur vil endvidere indebære, at sygdomsområder, hvor der i dag ikke foretages registreringer, hurtigere og nemmere kunne integreres og dækkes.

Generelt bør muligheden for at genbruge data på et psykiatriske område undersøges yderligere.

Beskrivelse af forslaget

Det foreslås, at:

- Det sammen med parterne på voksenpsykiatriens område vurderes, om der er mulighed for at etablere én kvalitetsdatabase for voksenpsykiatrien (evt. for hele psykiatrien)
- Muligheden for automatisk føddning af denne database fra LPR samt føddning af andre registre fra denne psykiatriske fællesdatabase ligeledes undersøges

Data i de eksisterende databaser gennemgås. Der gennemføres en harmonisering af

begreber, hvis der er behov herfor og det kortlægges hvilke data, som kan stilles til rådighed eller yderligere opsamles gennem LPR. Herefter etableres den nye psykiatriske fællesse på grundlag af de eksisterende databaser.

Der er en række andre registre med tilknytning til det psykiatriske område, som principielt kunne vurderes i den forbindelse:



- Børne- og Ungdomspsykiatri (BUP-basen)
 - Her er det væsentligt, at der er strukturel forskel på de data, som registreres om psykiatriske patienter, blandt henholdsvis børn og unge og voksne. Netop BUP-basen udgør derfor et særligt felt, der kan vanskeliggøre integration eller gøre integration uhensigtsmæssig. Omvendt kan der måske ligge perspektiver i for fremtiden at kunne følge voksenpsykiatriske patienter tilbage i data fra dengang, de var børn/unge uden at skulle samkøre registre, som måske ikke arbejder med samme variabelsæt og begrebsapparat
- Demensdatabasen, Fyns Amt
 - Er det muligt at oprette et sæt demensskemaer i en eventuel ny psykiatrisk fællesdatabase, således at Demensdatabasen integreres – og måske stilles til rådighed for registrering af demens i andre dele af landet?
- Dansk Psykiatrisk Biobank (www.psykiatriskbiobank.dk)
 - Kan forskningsindsatsen styrkes ved at etablere en- eller tovejs grænseflade mellem Dansk Psykiatrisk Biobanks database og en eventuel ny psykiatrisk fællesdatabase? Eller kan Dansk Psykiatrisk Biobanks database etableres som et sæt af skemaer i en eventuel ny psykiatrisk fællesdatabase?
- Det Psykiatriske Centrale Behandlingsregister/Det Psykiatriske Centrale Forskningsregister
 - Kan nytteværdien for forskerne øges, hvis en eventuel ny psykiatrisk fællesdatabase dækker disse registre, der i dag er baseret på LPR-data? Kan disse registre måske helt erstattes af en eventuel ny psykiatrisk fællesdatabase?
- Register over anvendelse af tvang i psykiatrien
 - Er det muligt at lade registreringer omkring tvang overgå til en eventuel ny psykiatrisk fællesdatabase – i stedet for at skulle ske særskilt gennem SEI?

Udover de registre, der er anført ovenfor, er der yderligere en række registre med fokus på misbrug, selvmord og vold, som eventuelt også kan overvejes integreret eller beriget med data fra en eventuel ny psykiatrisk fællesdatabase.

Det skal bemærkes, at ovenstående forslag ikke bygger på en dyb analyse, som der på forhånd er sikret bred konsensus omkring. Der vil derfor formentlig være flere af ovenstående hypoteser, som viser sig ikke at holde for virkelighedens pres. Det er imidlertid Implements vurdering, at der er et betydeligt potentiale i at gennemføre en nærmere analyse i samarbejde med parterne. Og at registerstrukturen på det psykiatriske område aktuelt er for atomiseret.

Det forudsættes at kadencen for indberetning til og overførsel af data fra en eventuel ny psykiatrisk fællesdatabase lever op til de krav til aktualitet, som ligger til grund for de nuværende kliniske databaser i psykiatrien.

Forventet effekt

	Bedre dokumentation	Færre ressourcer
	<ul style="list-style-type: none"> • Harmonisering af begrebsapparater • Mere anvendelige data, herunder mulighed for mere tværgående analyser • Bedre overblik over de pågældende sundhedsområder • Registrering vedr. områder, som i dag er ubeskrevne i kvalitetsmæssig sammenhæng • Færre databaser, hver med flere data i → nye muligheder for tværgående statistik 	<ul style="list-style-type: none"> • Færre omkostninger pr. registreret patient
	<ul style="list-style-type: none"> • 	<ul style="list-style-type: none"> • Gennemførelse af en integrationsproces vil koste ressourcer

Herudover vil forslaget resultere i færre systemer, som ledelser og medarbejdere i de psykiatriske afdelinger skal forholde sig til.

Gode eksempler

Bl.a. Dansk Gynækologisk Cancer Database, Hæmatologisk Fællesdatabase og Ortopædisk Fællesdatabase.

Vurdering af forslaget

	Uden betydning	Lille betydning	Middel betydning	Stor betydning	Meget stor betydning
Hvor væsentligt er forslaget at gennemføre?				X	

Andre bemærkninger

-

35. Krav om elektronisk dialog med privathospitaler

Problemstilling

Henvisninger til privathospitaler og epikriser fra privathospitaler fremsendes pr. post, pr. fax og kun i mindre omfang elektronisk.

Ved elektronisk henvisning til privathospital samt elektroniske epikriser fra de private hospitaler til henviser samt praktiserende læge, vil der hurtigere end i dag kunne tages initiativer i forhold til f.eks. videre visitering, henvisninger og genoptræning.

Beskrivelse af forslaget

Det foreslås, at:



- Der etableres mulighed for elektronisk fremsendelse af henvisninger til og epikriser fra privathospitaler (fra/til henvisende læge og afdeling).

Henvisninger kan i dag sendes elektronisk via Edifact mellem offentlige og private hospitaler, hvorved dataformidlingen sker hurtigere end pr. fax eller almindelig post. Elektronisk henvisning indebærer endvidere, at der er sikkerhed for modtagelse af henvisninger på relevant privathospital, hvor der oprettes en automatisk datostemping. Dette vil muligvis kunne lette opgørelsen af patientens ventetid, fremadrettet og bagudrettet, en problemstilling der er omtalt i slutrapportens kapitel 7, i afsnittet om udvidet frit valg.

Ved ligeledes at fremsende epikriser elektronisk til den henvisende (praktiserende) læge og de kommunale omsorgssystemer, vil der ske en hurtigere formidling af patientens sygdomsinformationer efter udskrivelse fra relevant privathospital, idet der eventuelt kan være behov for genoptræningsforløb eller andre kommunale tiltag.

I dag kan privathospitaler både modtage og afsende elektroniske informationer via Edifact, men der er intet krav om, at de skal modtage eller afsende i et sådant format.

Forventet effekt

.	Bedre dokumentation	Færre ressourcer
	<ul style="list-style-type: none"> • Hurtigere formidling af patientens sygdomsinformationer til egen læge/henvisende læge • Bedre datakvalitet 	<ul style="list-style-type: none"> • Mindre ressourceforbrug pga. af reduceret dobbeltindtastning
	<ul style="list-style-type: none"> • 	<ul style="list-style-type: none"> •

Hertil kommer alt andet lige smidigere og hurtigere henvisningsforløb, herunder kortere ventetid for patienten.

Gode eksempler

På Arresødal Privathospital modtages alle gynækologiske henvisninger elektronisk.

Vurdering af forslaget

	Uden betydning	Lille betydning	Middel betydning	Stor betydning	Meget stor betydning
Hvor væsentligt er forslaget at gennemføre?			X		

Andre bemærkninger

-

36. Automatisk udvælgelse af patienter til efterkontrol (primærsektor)**Problemstilling**

Når patienter udskrives fra somatiske sygehuse, specielt efter operative indgreb, tilbydes der ofte patienten en efterkontrol på sygehuset. I praksis er det ikke alle, der har behov for denne efterkontrol, men det er i dag ikke muligt med sikkerhed at identificere, hvem der bør indkaldes, og hvem som ikke har behov for efterkontrol – derfor indkalder man normalt alle, eventuelt alle som opfylder et fast kriterium (f.eks. en bestemt alder).

Hvis man havde en bedre viden om patientens efterforløb, ville man kunne nøjes med at indkalde de patienter, hvis efterforløb ikke har været tilfredsstillende, eller hvor der er tilstødt andet, som gør en efterkontrol nødvendig.

Beskrivelse af forslaget

Det foreslås, at:

- Der fastlægges kriterier for indkaldelse af patienter til efterkontrol på udvalgte sygdomsområder
- Der iværksættes et projekt, der afprøver dataoverførsel fra praksissystemer og kommunale omsorgssystemer til udvalgte kliniske databaser i udvalgte geografiske områder



Til praksissektoren er der udviklet et datafangstmodul (Sentinel), som billedligt talt ligger i praksislægens elektroniske patientjournal, og som overvåger, hvad lægen gemmer. Hvis lægen gemmer data, som matcher et indlagt selektionskriterie (f.eks. en diagnose eller en standardfrase), så sender Sentinel besked til en fælles database med besked om tidspunkt, patient, læge, selektionskriterie m.m. Hvis der er behov for at samle data op, som ikke umiddelbart benyttes i praksissystemet, kan Sentinel præsentere et popup indtastningsvindue, som giver mulighed for at sende data direkte til Sentinels centrale database. Det er således muligt – hos de læger, som har installeret Sentinel – meget enkelt at opsamle data om efterforløbet for patienterne.

En tilsvarende mekanisme foreslås etableret i de 4 forskellige kommunale omsorgssystemer, som findes på det danske marked, således at data om resultatet af genoptræning ligeledes kan overføres til en central database.

Fra denne centrale database kan resultatet formidles videre til den eller de involverede kliniske databaser.

Man skal dog være opmærksom på, at sygehusene i de senere år, rent finansieringsmæssigt, er blevet mere og mere afhængig af ambulante kontrolbesøg for at få produktionsværdi og aktivitetsomfang op på det niveau, der fastlægges i budgetterne. Dermed er incitamentet til at samle ambulante besøg på én dag, hvis patienten skal have undersøgt flere ting, reduceret, ligesom det økonomiske incitament til at undlade kontrolbesøg er stærkt begrænset.

Forventet effekt

	Bedre dokumentation	Færre ressourcer
	<ul style="list-style-type: none"> • Betydelig bedre indsigt i resultatet af behandlingen. • Bedre data til at justere behandling og pleje. • 	<ul style="list-style-type: none"> • Betydelig reduktion i antallet af ambulante efterkontroller og dermed en betydelig reduktion i arbejdstid.
	<ul style="list-style-type: none"> • 	<ul style="list-style-type: none"> • Ovenstående positive effekt kan reduceres af at øke økonomiske incitamenter modvirker dette effektiviseringstiltag

Hertil kommer mindre spildtid for patienterne.

Gode eksempler

I Kompetencecenter Nord er man på flere områder i gang med at indsamle de såkaldte PROMS (Patient-Related Outcome Measures), f.eks. Dansk Skulderalloplastik Register og Dansk Korsbånd Register. Planerne går dog på yderligere at udvide og udvikle dette aspekt, således at indsamling af PROMS direkte kan komme til at understøtte en rationel klinisk adfærd, dvs. at reducere omfanget af kontrolbesøg for nogle patientgrupper, således at kun patienter, som rapporterer om smerte, funktionsnedsættelse eller tegn på utilfredsstillende resultat, bliver indkaldt til kontrol.

På hofteområdet vurderer KCN, at man kan nøjes med at indkalde under 20 % til efterkontrol.

Vurdering af forslaget

	Uden betydning	Lille betydning	Middel betydning	Stor betydning	Meget stor betydning
Hvor væsentligt er forslaget at gennemføre?					X

Andre bemærkninger

Se også forslag 21. "Etablering af mulighed for patienters egenindberetning"

5. Dataadgang og formidling

Der er formuleret følgende fem forslag indenfor dette område:

- 37. Uddata fra LPR
- 38. Benchmarking-nøgletal baseret på LPR
- 39. Adgang til LPR-indberetninger for visitationsenheder
- 40. National AnalysePortal
- 41. Viden om livstestamente og organdonation til rette tid

Nedenfor er hvert af forslagene beskrevet.

37. Uddata fra LPR**Problemstilling**

Behovet for uddata fra LPR har været udtrykt i alle interviews med kompetencecentre samt massivt i registeranalysen og på clusterworkshoppen. Det er i øvrigt en type af indspil, som Implement konstant – i konkret opgavevaretagelse – er ude for og får spørgsmål omkring.

Det opleves som utilfredsstillende at indrapportere og så ikke få data tilbage – eller i hvert fald ikke på det tidspunkt og i den form, som man har brug for. Hidtil har Sundhedsstyrelsen haft den praksis at levere datasæt fra LPR tilbage til regionerne, ligesom der er aftaler om periodisk leverance af datasæt til visse af de kliniske databaser via kompetencecentre. Endvidere er det gennem ForskerService muligt at bestille specifikke udtræk.

Ønskerne stopper imidlertid ikke her.

Beskrivelse af forslaget

Det foreslås, at:

- Der udvikles en rapportgenerator til LPR – evt. som en del af eSundhed
- Sundhedsstyrelsen etablerer servicefunktioner til supplerende af forskerservice m.m.

Målet skal være maksimal selvbetjening.

Rapportgeneratoren skal forøge afdelingernes muligheder for at få brugervenlige udtræk fra LPR – gerne med muligheder for at sammenligne og benchmarke imod andre afdelinger. Den skal også gøre det muligt for kompetencecentrene selv at trække data.



Rapportgeneratoren skal både kunne anvendes til at bestille enkeltstående udtræk og til at bestille periodiske udtræk efter uændrede udtrækskriterier. Rapportgenereringen skal kunne ske uden manuel involvering af Sundhedsstyrelsen, når der bortses fra en eventuel indledende godkendelse af retten til at foretage det pågældende dataudtræk.

Det skal ligeledes være muligt at bestille meddelelser, baseret på registerindholdet, f.eks. "Send en mail, hvis antallet af fejlregistreringer overstiger 10". På den måde vil rapportgeneratoren kunne sikre løbende feedback fra LPR til sygehusene vedrørende datakvalitet og behandlingskvalitet baseret på push-princippet, dvs. at informationen skubbes ud, så rekvirenten ikke behøver at gå ind selv og trække den.

Rapportgeneratoren skal kunne trække på såvel LPR som på fejlregistret

Det anbefales ligeledes, at der etableres et LPR-brugerråd med ekstern deltagelse. Se forslaget "2. Øget brugersamarbejde om LPR".

Forventet effekt

	Bedre dokumentation	Færre ressourcer
	<ul style="list-style-type: none"> • Bedre aktualitet. • Større nytte af data i klinikken. • Øge datakvaliteten, fordi klinikerne selv får hurtig og nem adgang til de data, de selv er med til at indberette. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mindre tidsforbrug i Sundhedsstyrelsen i tilknytning til dataudtræk. • Mere effektiv tilrettelæggelse af datarensning i Kompetencecentrene
	<ul style="list-style-type: none"> • 	<ul style="list-style-type: none"> •

Gode eksempler*ISF-Kuben*

ISF-kuben er en norsk, web-baseret rapportgenerator, som tager udgangspunkt i genereringen af forskellige oversigter over sygehusaktivitet (ophold og korrigerede DRG-point) per regionale helseforetak og nationalt fordelt på bosted (regionalt optageområde). Kuben er offentlig tilgængelig for alle via Helsedirektoratets/Sintefs hjemmeside. Kuben indeholder tertiale data, og man kan vælge forskellige perioder i rapportgeneratoren. Der er fortsat en del data, som ikke er tilgængelige fra Kuben, men NPR er der adgang til.

Og data i Kuben er mere opdaterede, end vi er vant med i Danmark.

Vurdering af forslaget

	Uden betydning	Lille betydning	Middel betydning	Stor betydning	Meget stor betydning
Hvor væsentligt er forslaget at gennemføre?					X

Andre bemærkninger

En videreudbygning af forslaget kan være at stille data i LPR til rådighed for lokal brug f.eks. gennem national analyseportal. Se forslaget "40. National analyseportal"

Se forslaget "2. Øget brugersamarbejde omkring LPR".

38. Benchmarking-nøgletal baseret på LPR**Problemstilling**

Det er ofte besværligt at skaffe et relevant og rimeligt sammenligningsgrundlag for effektivitet og kvalitet på hospitalerne. Dermed bliver beslutninger om effektiviseringer, optimeringer etc. ofte taget udelukkende på baggrund af lokal information eller som resultat meget omkostningstunge analyser. Endvidere bliver egentlige effektmålinger besværliggjort af manglende konsistens i generelle definitioner.

Beskrivelse af forslaget

Det foreslås, at:

- Der opstilles benchmarking-indikatorer for alle landets sygehuse

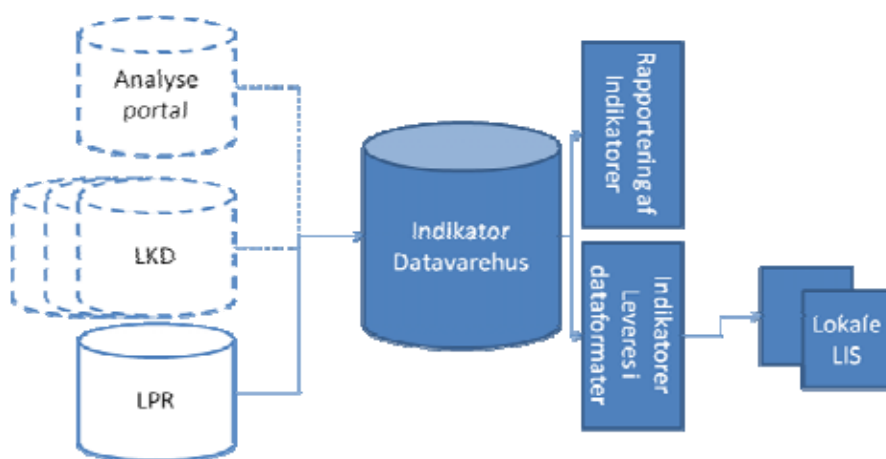
Ved at udnytte LPR's data, som dækker hele landets produktion, kan der opstilles standardiserede benchmarking-indikatorer for sygehusene på tværs af landet. Disse indikatorer kan understøtte beslutninger om optimering og effektivisering samt fungere som dokumentation for effekt af iværksatte tiltag.

- Ved at undersøge de eksisterende ledelsesinformationssystemer på hospitaler på tværs af regioner/sygehuse, kan der opbygges en bruttoliste af eksisterende indikatorer, der anvendes i dag. Disse indikatorer kan herefter relateres til de data, som er tilgængelige i LPR, og en egentlig tværgående definition kan udarbejdes. Herudover kan listen evalueres, og eventuelle væsentlige men manglende indikatorer kan udvikles
- Et datalager/datavarehus kan opbygges – idet datavarehuset kan understøtter afrapportering af de udvalgte indikatorer. En sådan løsning giver mulighed for at samle informationer og gøre dem tilgængelige i et format, som kan fungere som en selvstændig rapporteringsløsning og som kilde til eksisterende ledelsesin-

formationssystemer

- En rapporteringsløsning kan opbygges, som gør informationer tilgængelige via internettet og dermed helt direkte muliggør analyser og effektsammenligninger
- Indikatorerne evalueres og revideres. Opbygning af forbindelse til andre datakilder, som kan anvendes i forbindelse med indikatoropbygning, f.eks. kvalitetssystemer og LKD, sættes i gang

I figuren herunder er AnalysePortalen indtegnet som potentiel datakilde til løsningen, men i en situation hvor forslaget, "40. National AnalysePortal" måtte være implementeret, vil det kunne være denne portal, som producerer og distribuerer indikatorerne. I begge tilfælde vil kvalitetsindikatorer kunne gøres til en del af de strategiske styringsfaktorer på en afdeling, på et sygehus eller i en region.



Figur: Eksempel på arkitektur for indikatorløsning

Forventet effekt

	Bedre dokumentation	Færre ressourcer
😊	<ul style="list-style-type: none"> • Bedre udnyttelse af tværgående erfaringer uden voldsomme omkostninger til analyser • Benchmarking potentiale i forhold til iværksatte tiltag 	<ul style="list-style-type: none"> •
😞	<ul style="list-style-type: none"> • 	<ul style="list-style-type: none"> • Omkostninger ved etablering af løsningen

Gode eksempler

KL er i gang med et lignende projekt omkring benchmarkingindikatorer på tværs af kommuner for forskellige fokusområder. Projektet kaldes FLIS.

Vurdering af forslaget

	Uden betydning	Lille betydning	Middel betydning	Stor betydning	Meget stor betydning
Hvor væsentligt er forslaget at gennemføre?			X		

Andre bemærkninger

Se også forslaget, "40. National analyseportal".

39. Adgang til LPR-indberetninger for visitationsenheder**Problemstilling**

De visiterende funktioner i regionerne er i dag nødt til at bruge et større antal systemer for at foretage en effektiv kontrol af indberetningerne til LPR. Specielt i forbindelse med faktureringen vil kontrolfunktionen kunne lettes og styrkes ved, at der gives direkte adgang til at se regionens hospitalers indberetninger til LPR - såvel offentlige som private. Hermed sker en del fejlrettelse meget hurtigere end det nu er tilfældet.



Beskrivelse af forslaget

Det foreslås, at:

- Regionernes centrale visitationer gives adgang til LPR for alle offentlige og private hospitaler indenfor regionen

Dette vil gøre kontrol af indberetningerne lettere og fejlretningen nemmere at følge op på. Ved en ugentlig LPR-publicering kan megen fejlretning foretages umiddelbart og gerne sammen med fakturahåndteringen, da der her er incitament fra begge involverede parter. Ved hyppigere opdatering vil fordelene være endnu større.

Forventet effekt

	Bedre dokumentation	Færre ressourcer
	<ul style="list-style-type: none"> Hurtigere fejlrettelser i LPR 	<ul style="list-style-type: none"> Mindre tidsforbrug ved informationsenhedernes informationssøgning Færre fejl at rette → mindre spildtid
	<ul style="list-style-type: none"> 	<ul style="list-style-type: none">

Gode eksempler

I Sverige giver Den Nationale Patient Oversigt autoriseret sundhedspersonale adgang til vitale sundhedsoplysninger, uanset ansættelsessted, tidspunkt og fysisk lokalitet. Med et bedre overordnet billede af patienten, har sundhedssystemet bedre beslutningsdata for administration, diagnose, behandling og follow-up. Herigennem forøges effektiviteten samtidig med at risikoen for forkert behandling og antallet af unødvendige undersøgelser reduceres. På længere sigt vil patienten få større indflydelse på egen behandling og pleje.

Vurdering af forslaget

	Uden betydning	Lille betydning	Middel betydning	Stor betydning	Meget stor betydning
Hvor væsentligt er forslaget at gennemføre?		X			

Andre bemærkninger

Når der etableres et nationalt patientindeks (NPI), vil ovenfor beskrevne behov kunne dækkes herigennem.

40. National AnalysePortal**Problemstilling**

Gode rapporteringsværktøjer har altid været kliniske databasers det svage punkt. Det har været lettere/haft højere prioriteret at skabe elektroniske indberetningsskemaer og databaser til opbevaring og redigering af data. Det er imidlertid afgørende for datakvali-

teten og dermed for nytten af registreringen, at data stilles til rådighed for den, der indberetter i en nyttig form, dvs. enkelt, fleksibelt og hurtigt. Endvidere øger strukturreformen og sundhedsaftalerne samarbejdet om patienten på tværs af sektorgrænser. Derfor øges behovet for at kunne se data specielt til monitoreringsformål på tværs af sektorgrænser (genoptræning, KOL, diabetes osv.)

Mens Kompetencecenter Øst (KCØ) råder over AnalysePortalen (se boks nedenfor) har de øvrige kompetencecentre egne initiativer i gang omkring at skabe rapporteringsværktøjer – disse er ligeledes SAS-baserede. Trods teknologifællesskabet giver den ukoordinerede indsats vanskeligheder med at realisere genbrug. Således angiver skøn fra SAS Institute, at kun 15% af funktionaliteten udviklet på den ene side af Storbælt kan genbruges på den anden side. Grundlaget for et tættere samarbejde på teknologisiden synes derfor at være til stede og tidspunktet for at igangsætte fælles initiativer forekommer at være det rigtige.

Løsningen kan etableres med forskellige ambitionsniveauer. Implement har identificeret følgende niveauer:

Niveau 1 – En fælles analyseportal til kliniske databaser

Etablering af en fælles analyseportal til kliniske databaser indebærer, at der gennemføres en kravspecifikation på baggrund af NIP's og de tre kompetencecentres behov. Blandt disse behov er:

- Opkobling af analyseportalen på kliniske databaser, således at daglig og periodisk rapportering kan gennemføres, såvel overfor indberettere som overfor andre brugergrupper
- Udformning af standardrapporter samt tilstedeværelsen af en rapportgenerator
- Analyseværktøjer, herunder statistik og datamining
- Etablering af push-baseret information, dvs. information fra databaserne via analyseportalen til brugerne, når bestemte kriterier er opfyldt. Der kan f.eks. være tale om fejlmeddelelser, når der er problemer i data, periodiske oversigter, advarsler når større afvigelser i kvaliteten forekommer osv.

Denne kravspecifikation skal føre til etablering af de nødvendige aftaler med en leverandør – evt. gennem udbud – som sikrer, at rapporteringsfunktionaliteten kan udvikles til og benyttes af alle 4 parter – i videst muligt omfang med genbrug af licenser, aftaler, softwarekomponenter m.m. Der skal endvidere aftales en ansvarsfordeling kompetencecentrene i mellem, og den nødvendige kompetence skal opbygges.

Endelig skal den finansieringsmæssige situation afklares, idet analysemiljøernes finansiering i dag er en blanding af konkrete tilskud fra Danske Regioners udviklingspulje, grundtilskud fra Danske Regioner til kompetencecentrene og driftstilskud fra de enkelte regioner.

Niveau 2 – En fællesregional analyseportal

Etablering af en fællesregional analyseportal vil indebære, at analyseportalen beskrevet under niveau 1 udvides til også at dække andre datasæt og rapporteringsbehov end NIP's og kompetencecentrenes. Mest nærliggende er personale-, økonomi- og aktivitetsdata fra forskellige organisatoriske niveauer på sygehusene og i de enkelte

regioner.

Denne udvidelse vil sikre, at ledelsesinformation til alle niveauer kan integrere monitoreringen af f.eks. personalemæssige, økonomiske og kvalitetsmæssige data i én og samme rapportering – et forhold, som bl.a. Region Midtjylland har lagt betydelig vægt på.

Niveau 2 repræsenterer en betydeligt større satsning, og vil formentlig indebære etablering af en fællesregional organisation til at drive løsningen som udbyder, mens der vil være brugermiljøer i de enkelte regioner, som varetager opsætningen af regionens rapportering og rådgivning af brugerne heri.

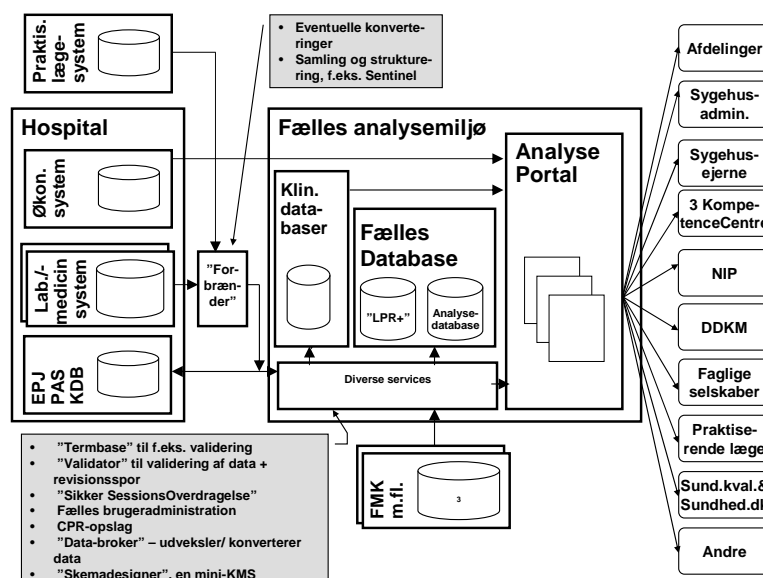
Niveau 3 - Et fællesnationalt analysemiljø

Etablering af organisation, teknologi og processer, som muliggør opsætning af nye databaser med indhold fra LPR og andre centrale registre samt med en fælles analyseportal, som muliggør integration med lokale data.

Her er således ikke alene tale om et rapporteringsmiljø, men også om mulighed for design af databaser og inddateringskemaer, opkobling til eksisterende nationale og regionale datakilder m.m. Blandt fordelene er:

- Minimering af dobbeltindtastning
- Maksimering af mulighederne for genbrug af data
- Komponenter udvikles kun én gang
- Dyb teknisk kompetence kan opbygges og fastholdes
- Komponenter kan udskiftes når der er behov for det
- Den eksisterende systemportefølje kan passe ind i miljøet
- Miljøet kan etableres gradvist

En arbejdshypotese for et fremtidigt analysemiljø



Selvom det langsigtede mål efter Implements opfattelse bør være niveau 3 – et fællesnationalt analysemiljø – så er det vores vurdering, at det realistiske niveau på kort sigt er niveau 1 – en fælles analyseportal til kliniske databaser.

Under de gennemførte interviews er det flere gange blevet fremhævet som argument for niveau 2 – en fællesregional analyseportal, at det er nødvendigt at kunne ”mixe” en ledelsesrapportering, således at økonomi, personale, aktivitet og kvalitet afreporteres i samme ramme, kadence og proces. Vi er enige i dette behov, men vi anser det for muligt at denne samkørsel af ledelsesinformationer sker regionalt ovenpå AnalysePortals output. Dette er ikke en ideel løsning, men med god funktionalitet i AnalysePortalen vil det absolut være en farbar vej, og derved undgås/udskydes de noget mere omfattende diskussioner og investeringer, som ville følge af at vælge niveau 2.

Beskrivelse af forslaget

Det foreslås, at



- Der iværksættes udvikling af én fælles analyseportal til kliniske databaser

Portalen skal kunne give adgang til følgende principielle rapporttyper:

- Centralt konstruerede fejllister til afdelinger og anonymiserede rapporter om fejl og mangelfrekvenser til øvrige ledelser
- Central konstruerede (anonymiserede) rapporter, hvor afdelinger på essentielle indikatorer kan sammenlignes, samt
- Adgang til afdelingsspecifikke ’egne’ patientidentificerbare data til lokalt at foretage analyser i forbindelse med kvalitetsforbedringer

Konstruktion af en så generisk analyseportal, at den er anvendelig både for KCØ og de øvrige samt NIP kræver, at parterne samles i et ligeværdigt arbejde med at konkretisere behovene. Det vil være naturligt at tage udgangspunkt i AnalysePortalen, men det er vigtigt også at lytte til begrundelserne fra NIP, KCS og KCN – angående baggrunden for, at man hidtil har valgt at tænke i andre retninger.

Forventet effekt

	Bedre dokumentation	Færre ressourcer
	<ul style="list-style-type: none"> • Bedre rapportering, lettere at formidle og forstå. • Vil indirekte føre til bedre data-kvalitet. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reducerede omkostninger ved fælles udvikling. • Betydelig lavere driftsomkostninger end med 3-4 konkurrerende løsninger.
	<ul style="list-style-type: none"> • 	<ul style="list-style-type: none"> • Etablering af løsningen vil være omkostningstung.

Gode eksempler

Analyseportalen har til formål at stille informationer til rådighed for klinikere og ledere i hospitalsvæsenet, således at deres beslutninger omkring en ændret/optimeret adfærd baserer sig på valide og solide data. Det har allerede nu vist sig, at tilgængeligheden af struktureret information, via den eksisterende analyseportal, har skabt en større bevidsthed omkring tiltag, der optimerer kvalitet, og som dermed forbedrer behandlingen på hospitaler rundt omkring i landet.

Rigshospitalet etablerede den første analyseportal i 2004 i samarbejde med EKK og H:S Informatik. Siden er AnalysePortalen videreudviklet af Region Hovedstadens EKK/KCØ og er nu de facto national service for en række landsdækkende kliniske databaser og for MIS Kræft.

Vurdering af forslaget

Vurderingen er relativ til at fortsætte med udvikling i flere spor.

	Uden betydning	Lille betydning	Middel betydning	Stor betydning	Meget stor betydning
Hvor væsentligt er forslaget at gennemføre?				X	

Andre bemærkninger

Se også forslagene om "7. Integration af kompetencecentre og NIP" og "22. Bedre skemagenerator" samt forslaget, "27. Etablering af en national serviceplatform for sundhedsdata".

41. Viden om livstestamente og organdonation til rette tid**Problemstilling**

Undersøgelser har vist, at læger kun i få procent af de tilfælde, hvor det er relevant, undersøger, om en patient har afgivet livstestamente. En væsentlig årsag er en tung manuel procedure for klinikerne i beslutningssituationen. Da proceduren for undersøgelse af tilsagn om organdonation er omtrent den samme, kan man frygte, at organer går tabt, fordi det er for vanskeligt – eller ikke på det pågældende tidspunkt muligt – at undersøge, om et sådant tilsagn foreligger.

Løsningen af dette problem kan foretages på to niveauer:

Niveau 1 – Adgang for klinikere til at se livstestamenter og organdonation på sundhed.dk

Denne løsning gør det meget lettere for lægen at checke om en patient har taget stilling til organdonation/har afgivet livstestamente, men det kræver stadig en aktiv handling fra lægens side.

Niveau 2 – Integration af livstestamenter og tilsagn om organdonation i EPJ og regionale portaler

Et mere vidtgående forslag er udvikling af en portalkomponent til monitorering af vitale patientvalg.

De fleste regioner samler deres kliniske systemer i portaler, som løser nogle fælles opgaver på tværs af systemerne. Klinikere møder disse portaler, når de logger på systemet, og kan så fra portalen vælge at bruge f.eks. GS Åben, Labka, EPM eller andre kliniske, parakliniske eller patientadministrative systemer. Portalen sørger bl.a. for, at konteksten holdes, dvs. at når man kigger på et røntgenbillede for en patient og går over i operationsbookingsystemet, så starter systemet op med den samme patients data. Denne egenskab ved portalen kan man benytte til en løsning af problemet om viden om patientens ønske om organdonation og livstestamente.

Hvis der udvikles en komponent "monitorering af patientvalg", så kan det sikres, at når en læge i det ene eller det andet system vælger en ny patient, så kan et lille ikon på skærmen markere, om der er registreret vitale patientvalg – lidt på samme måde, som når dit mailsystem fortæller dig, at der er post. Denne mulighed kan både bruges til organdonation og livstestamenter. Herved sikrer man altså, at patientens ønsker til enhver tid er synlige for lægen.

Efterhånden som EPJ udbredes, er det muligt at portalkomponenten viser sine data om patientens valg i EPJ'en i stedet for i en portal.

Det er Implements vurdering, at der på nuværende tidspunkt bør etableres en løsning på niveau 1, dvs. adgang for klinikere til at se livstestamenter og organdonation på sundhed.dk.

Når regionerne har etableret portaler, som giver klinikerne adgang til kliniske applikationer og/eller elektroniske patientjournaler, så vil en løsning på niveau 2 sikre, at viden om patientens beslutning om organdonation er til stede hos lægen i beslutningssituationen uden, at der skal foretages en aktiv informations søgning.

Beskrivelse af forslaget

Det foreslås, at:



- Der gives adgang for læger til at se tilsagn om organdonation og livstestamenter på sundhed.dk

Det er i dag muligt for den enkelte borger at se sin egen stillingtagen til organdonation og livstestamente på nettet, på samme måde som man kan se den personlige elektroniske medicinprofil (PEM). Det vil være muligt at give læger mulighed for at slå patienters stilling til organdonation og livstestamenter op på sundhed.dk på fuldstændig

samme måde som opslag i PEM'en, dvs. samme brugergrænseflade, samme brugernavn/password og samme digitale signatur.

I den forbindelse skal det nævnes, at lægerne af en række andre grunde bliver stadig mere aktive brugere af deres digitale signaturer. De barrierer, som måtte findes i dag, bliver således stedse mindre.

Forventet effekt

	Bedre dokumentation	Færre ressourcer
	<ul style="list-style-type: none"> Større hensyn til patienternes valg 	<ul style="list-style-type: none"> Færre intensive sengedage anvendt på udsigtsløs behandling Lettere at søge information → mindre tidsforbrug
	<ul style="list-style-type: none"> 	<ul style="list-style-type: none"> Flere organtransplantationer

Hertil kommer formentlig et større antal organer til donation, som vil give større livskvalitet hos modtagerne

Gode eksempler

-

Vurdering af forslaget

	Uden betydning	Lille betydning	Middel betydning	Stor betydning	Meget stor betydning
Hvor væsentligt er forslaget at gennemføre?			X		

Andre bemærkninger

-

5.1 Appendix 1: ISF aktivitet

Med ISF-aktivitet menes den aktivitet som er rapporteret fra Helseforetakene til det Norske pasientregister. Data fra NPR "lukkes" hvert tertial når de trækkes ind i Kuben, og derfor kan dataene afvige fra officielle statistikker fra NPR (Norsk Patient Register).

Indsatsstyret finansiering (ISF) omfatter al somatisk patientbehandling i helseforetak og private sygehus, som har aftale med regionale helseforetak, samt dagkirurgisk behand-

ling hos private aftalespecialister. Finansieringsordningens vigtigste formål er at understøtte "sørge for"-ansvaret til de regionale helseforetak. Gennem ISF-ordningen gøres dele af bevilgningen afhængig af hvor mange patienter som får behandling. DRG-systemet ligger til grund for klassificering af aktivitet og beregning af ISF-refusjon.

ISF-Kuben

ISF-kuben er en web-baseret rapportgenerator, som tager udgangspunkt i genereringen af forskellige oversigter over sygehusaktivitet (ophold og korrigerede DRG-point) per Regionale helseforetak og nationalt fordelt på bosted (regional optageområde). Kuben er offentlig tilgængelig for alle via Helsedirektoratets hjemmeside. Kuben indeholder tertiale data, og man kan vælge forskellige perioder i rapportgeneratoren.

I kuben præsenteres aktivitetsdata på et relativt detaljeret (ikke-personhenførbart niveau) fra den del af sygehusaktiviteten som er finansieret via ISF-ordningen (svarende til DRG-takstfinansieret sygehusaktivitet). Kuben opdateres med nye data hvert tertial via NPR (svarende til LPR) og disse opdateringer publiceres endvidere på Helsedirektoratets hjemmeside i månedsskiftet marts/april, i august og november måned. I kuben kan bruges selv klikke og trække de ønskede dataafgrænsninger ind, filtrere og vælge hvilke data man vil se på. Kuben kan også fremstille data grafisk, og den giver brugeren mulighed for at eksportere ønskede tabeller enten i pdf-format eller via Excel.

Kuben har i de overordnede datapræsentationer og dele af indholdet visse ligheder til sundhedsstyrelsens Sundhedsdata.sst.dk. Men på visse punkter er der afgørende forskel, herunder er dataene mere up-to date (2008 i Kuben vs. 2005 i Sundhedsdata) og der er muligheder for at lave flere søgningskriterier.

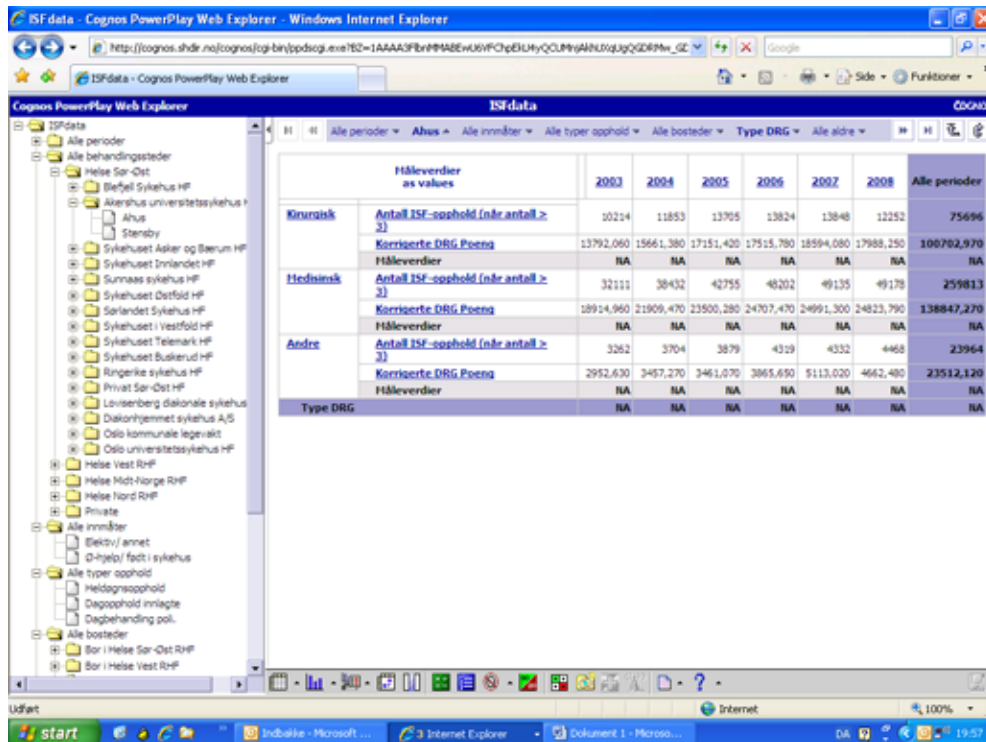
Kuben kan tilgås af alle, via Helsedirektoratets hjemmeside. Den primære målgruppe må vurderes til at være controllere, planlæggere på nationalt, regionalt og lokalt niveau. *(svarer vel lidt til Danmarks statistik, dog ikke så udspecificeret. Der er trods alt nogle lidt generelle niveauer der offentliggøres)*

Data går tilbage til 2003.

Implement har rigtige gode erfaringer med at anvende data fra Kuben både til analyseformål og til planlægningsformål. Den giver samtidig mulighed for at foretage benchmark mellem regioner, helsteforetak og sygehuse på produktion og volumener

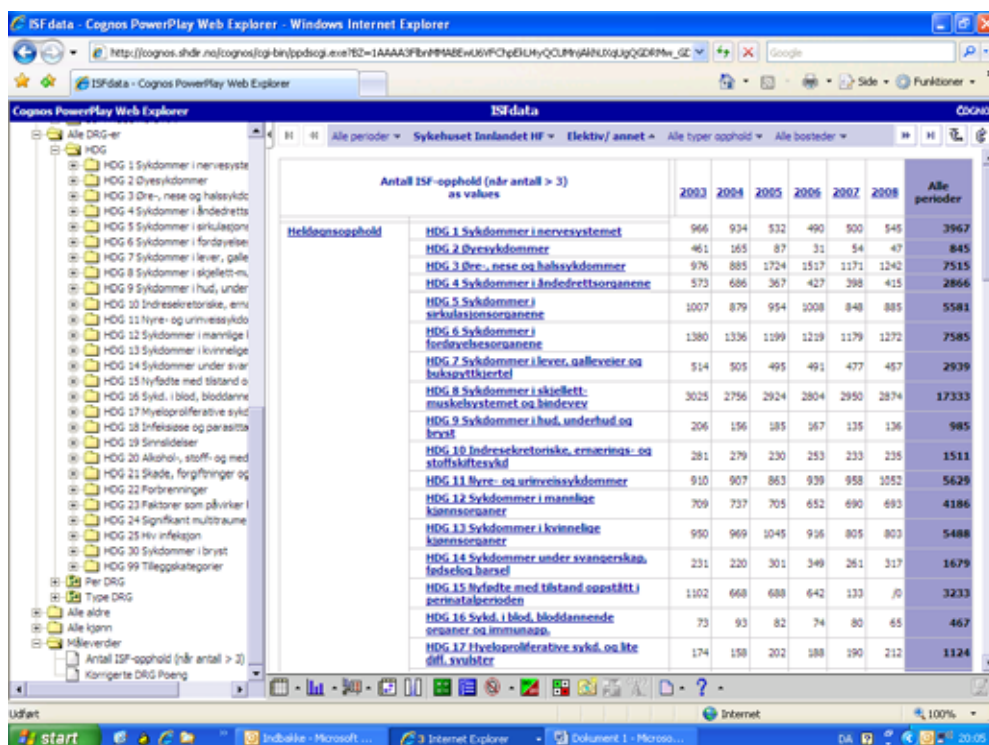
Nedenstående figur 1 og 2 viser et eksempel på Kubens muligheder for den enkelte bruger.

I figur 1 har Implement valgt måleværdierne "antal ISF-ophold" og korrigerede DRG-point (svarende til DRG-produktion) i perioden 2003-2008 for sygehuset Ahus fordelt de tre DRG-typer (Kirurgiske DRG-grupper, medicinske DRG-grupper og andre DRG-grupper).



Figur 2

I figur 2 er det vist et eksempel på en rapport hvor Implement har afgrænset på variablene opholdstype (Heldøgn, dagophold indlagte og dagophold ambulante) fordelt på hoveddiagnosegruppen i perioden 2003-2008 for Sykehus Innlandet HF.



Afgrænsningsvariable:**Periode – datahistorik**

Der indgår data fra 2003-2008 og er opdelt på tertialer (3 tertialer pr år)

Behandlingssted

Der kan afgrænses på tre niveauer:

- Helseregion
- Helsefortak
- Sygehus

Indlæggelsesmåde:

Der kan afgrænses på to variable.

- Akut/elektiv samt
- Ø-hjælp/født på sygehus

Opholdstype:

Der kan afgrænses på tre variable

- Heldøgnsophold
- Dagophold indlagte
- Dagophold ambulante

Bopæl

Der kan afgrænses på bopælsregion

DRG

Der kan afgrænses på tre variable

- Hoveddiagnosegrupper (MDC)
- Pr DRG-kode
- Pr. DRG-type (kirurgisk, medicinsk, andre)

Alder

Der kan afgrænses på definerede aldersgrupper

Køn**Måleværdier:**

Der kan afgrænses på to variable

- Antal ISF-ophold (når antal > 3)
- Antal korrigerede DRG-point

Link:

http://www.helsedirektoratet.no/finansieringsordninger/innsatsstyrt_finansiering/isf_kuben/isf_kuben_64875

Yderligere information:

Kontaktperson: [Paul Martin Gystad](#)

Tlf: 913 53 377

IMPLEMENT

5.2 Appendix 2 – Forslagenes gruppefordeling

	Bedre rammer		Bedre kvalitet		Bedre dataflow				Data adgang og formidling
	Nationalt samarbejde	Lokal organisation	Processer og begreber	Vejledning og undervisning	Indberetning	Afskaffelse af dobbeltregistrering	Fejl håndtering	Samkøring og forenkling	
1. Samarbejde mellem specialeselskaber og Sundhedsstyrelsen	Primær		Sekund.		Sekund.		Sekund.		
2. Øget brugersamarbejde omkring LPR	Primær								
3. Revision af afdelingernes aktivitetsregistreringer	Primær		Sekund.				Sekund.		
4. Kultur og ledelse		Primær			Sekund.				
5. Lokal datakvalitetsansvarlig		Primær		Sekund.	Sekund.		Sekund.		
6. Udarbejd forretningsgangsbeskrivelse		Primær		Sekund.	Sekund.				
7. Integration af kompetencecentre og NIP	Sekund.	Primær							
8. Bedre proces for specifikationsarbejdet	Sekund.		Primær				Sekund.		
9. Revision af fællesindholdet			Primær		Sekund.		Sekund.		
10. Repræsentation af patientforløb i LPR			Primær		Sekund.		Sekund.		
11. Konsolidering af præmisserne for registrering af psykiatriske ydelser			Primær		Sekund.		Sekund.		
12. Mere ensartet anvendelse af aktionsdiagnoser i psykiatrien.			Primær	Sekund.	Sekund.		Sekund.		
13. Vejledning til "Det gode register"				Primær					
14. Undervisning i kodning og indberetning				Primær	Sekund.		Sekund.		
15. Bedre IT-støtte til kodning				Primær	Sekund.		Sekund.		

(fortsættes næste side)

IMPLEMENT

	Bedre rammer		Bedre kvalitet		Bedre dataflow				Data adgang og formidling
	Nationalt samarbejde	Lokal organisation	Processer og begreber	Vejledning og undervisning	Indberetning	Afskaffelse af dobbeltregistrering	Fejl håndtering	Samkøring og forenkling	
16. Bedre proces for indberetning af data til LPR					Primær	Sekund.		Sekund.	
17. Løbende indberetning af kontakter			Sekund.		Primær				
18. Elektronisk indberetning af ydelser, der foregår udenfor hospitalet					Primær	Sekund.			
19. Indberetning til Venteinfo gøres obligatorisk og strammes op			Sekund.		Primær				
20. Håndhæve, at indberetning til LKD er obligatorisk		Sekund.			Primær				
21. Etablering af mulighed for patienters egenindberetning					Primær	Sekund.			
22. Bedre skemagenerator					Primær				
23. Single signon					Primær				
24. Fælles Journal på tværs af faggrupper		Sekund.	Sekund.			Primær			
25. Reduktion af antallet af papirskemaer	Sekund.		Sekund.			Primær		Sekund.	
26. Registrering af data til LKD via LPR			Sekund.		Sekund.	Primær		Sekund.	
27. Etablering af en national serviceplatform for sundhedsdata					Sekund.	Primær		Sekund.	Sekund.
28. Systematisk og tidstro feedback til brugerne							Primær		Sekund.
29. Brug viden om fejl til forbedringer							Primær		
30. Data fra LKD overføres til LPR							Primær		
31. Integration af systemer indenfor OBSTETRIK		Sekund.	Sekund.		Sekund.	Sekund.		Primær	Sekund.
32. Integration af systemer på CANCEROMRÅDET		Sekund.	Sekund.		Sekund.	Sekund.		Primær	Sekund.
33. Integration af systemer på HJERTEOMRÅDET		Sekund.	Sekund.		Sekund.	Sekund.		Primær	Sekund.
34. Integration af systemer indenfor PSYKIATRIEN		Sekund.	Sekund.		Sekund.	Sekund.		Primær	Sekund.
35. Krav om elektronisk dialog med privathospitaler						Sekund.		Primær	
36. Automatisk udvælgelse af patienter til efterkontrol (primærsektor)								Primær	Sekund.
37. Uddata fra LPR									Primær
38. Benchmarking-nøgletal baseret på LPR									Primær
39. Adgang til LPR-indberetninger for visitationsenheder									Primær
40. National AnalysePortal								Sekund.	Primær
41. Viden om livstestamente og organdonation til rette tid								Sekund.	Primær