



McKinsey&Company

Bilag D – Gap-analyse

Endelig afrapportering | Januar 2019

ALLE RETTIGHEDER FORBEHOLDES
Enhver benyttelse af dette materiale kræver udtrykkelig
tilladelse fra McKinsey & Company.

Bilag D - Gap-analyse for udvikling og implementering af effektbaserede målinger

En væsentlig del af VBS-projektet er at undersøge, hvilke forudsætninger, der skal være på plads, for at kunne arbejde med effektbaserede målinger på tværs af regioner og sektorer i fremtiden. Som en del af arbejdet er der derfor foretaget en såkaldt gap-analyse for hvert af de syv delprojekter.

Dette notat gennemgår og analyserer resultaterne af de syv gap-analyser samt opsummerer den samlede læring fra disse i forhold til hvad det kræver at udbrede effektbaserede målinger.

Notatet er bygget op, så afsnit 1 introducerer gap-analysebegrebet. Afsnit 2 præsenterer de vigtigste læringspunkter til brug for en fremtidig udbredelse og udvidelse af effektbaserede målinger. Dernæst bliver gap-analyserne for hver af de 7 delprojekter gennemgået i afsnit 3. Til sidst er der i afsnit 4 en metodebeskrivelse for, hvordan gap-analyserne er udarbejdet.

1. INDLEDNING

Gap-analysen belyser forskellen mellem visionen og ambitionerne for værdibaseret sundhed på den ene side og hvor delprojekterne var ved projektets afslutning på den anden side.

Danske Regioners vision for værdibaseret sundhed kan opsummeres som:

Viden om effekt for patienter bruges til at samarbejde og lære af hinanden på tværs af regioner og sektorer – både til brug for det kliniske og ledelsesmæssige arbejde. Opfølgning på effekt skal anvendes i både det daglige arbejde og til at understøtte udviklingen af behandling og pleje.

For at kunne lave en gap-analyse, har konsulentteamet i samarbejde med delprojekterne arbejdet med at konkretisere visionen. I fællesskab er der udviklet en metode til udarbejdelse af gap-analysen, som bygger på otte forudsætninger, der skal være opfyldt for at kunne etablere effektbaserede målinger.

Delprojekternes erfaringer med at opfylde de 8 forudsætninger er blevet samlet i en række læringspunkter, der er relevante at tage i betragtning i udviklingen af effektbaserede målinger i en dansk kontekst.

Det er imidlertid vigtigt at pointere, at gap-analysen primært forholder sig til de tekniske aspekter af effektbaserede målinger. Der er således i gap-analysen ikke taget højde for fx ejerskab, klinisk relevans, kulturforandring, kompetenceudvikling mv., som er helt afgørende for at sikre relevansen af effektbaserede målinger, herunder for succesfuld implementering.

2. GAP-ANALYSE – LÆRINGSPUNKTER

Erfaringerne fra de syv delprojekter kan opsummeres som læringspunkter, der tilsammen danner et fundament for det videre arbejde med effektbaserede målinger. Læringspunkterne er både muligheder, opmærksomhedspunkter og barrierer, som bør inddrages og overvejes i det videre arbejde med at udvikle og udbrede værdibaseret sundhed.

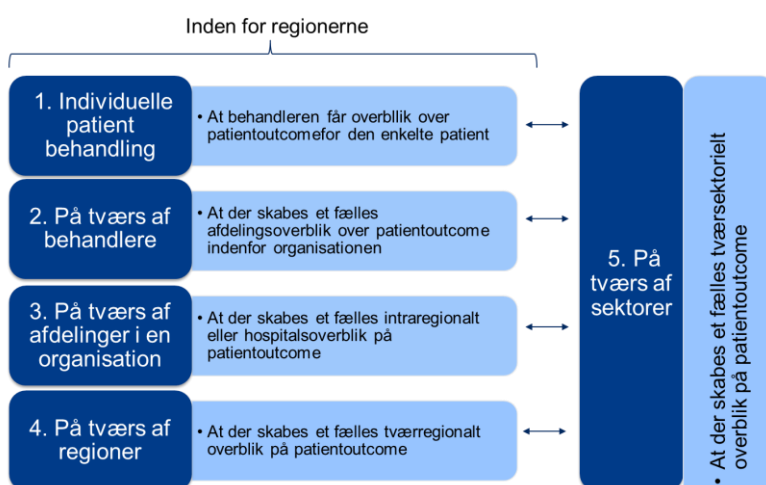
Figur 1 viser de fem formål, som effektbaserede målinger skal kunne understøtte. De fire af disse har et regionalt udgangspunkt og det sidste et tværsektorielt.

Figuren viser, hvordan VBS kan anvendes på alle (organisatoriske) niveauer i de regionale opgaver, men med forskellige formål. Figuren viser ligeledes, at det tværsektorielle samarbejde kan spille sammen med samtlige regionale formål. Det er eksempelvis relevant både at tænke tværsektorielt samspil i behandlingen af den enkelte patient og i vurderingen af den overordnede behandling på tværs af regionerne.

Gap-analysen er bygget op omkring disse fem formål og giver et bud på, hvor tæt på visionen de konkrete løsninger i hvert delprojekt befinder sig.

Figur 1. Skematisk oversigt over formål med effektbaserede målinger

Gap-analysen - formål inden for regioner og på tværs af sektorer



For at strukturere og konkretisere gap-analysen og for at opnå en fælles referenceramme er der arbejdet med otte forudsætninger, der skal være opfyldt for at kunne etablere effektbaserede målinger. Disse forudsætninger er som udgangspunkt relevante på tværs af alle delprojekterne og relevante i forhold udbredelse af effektbaserede målinger til andre patientforløb.

De otte forudsætninger for effektbaseret målinger er:

Grundelementer:

1. Der skal defineres et entydigt patientforløb
2. Der skal fastlægges effektmaal
3. Der skal indsamles patientrapporterede oplysninger
4. Ressourcer/omkostninger skal afklares
5. Datakilder, frekvens og opdateringshastighed skal afklares
6. Der skal afklares metode for risikjustering

Rammebetingelser:

7. Der skal sikres adgang til data (datatilgængelighed)
8. Der skal kunne samkøres datakilder (datasamkøring)

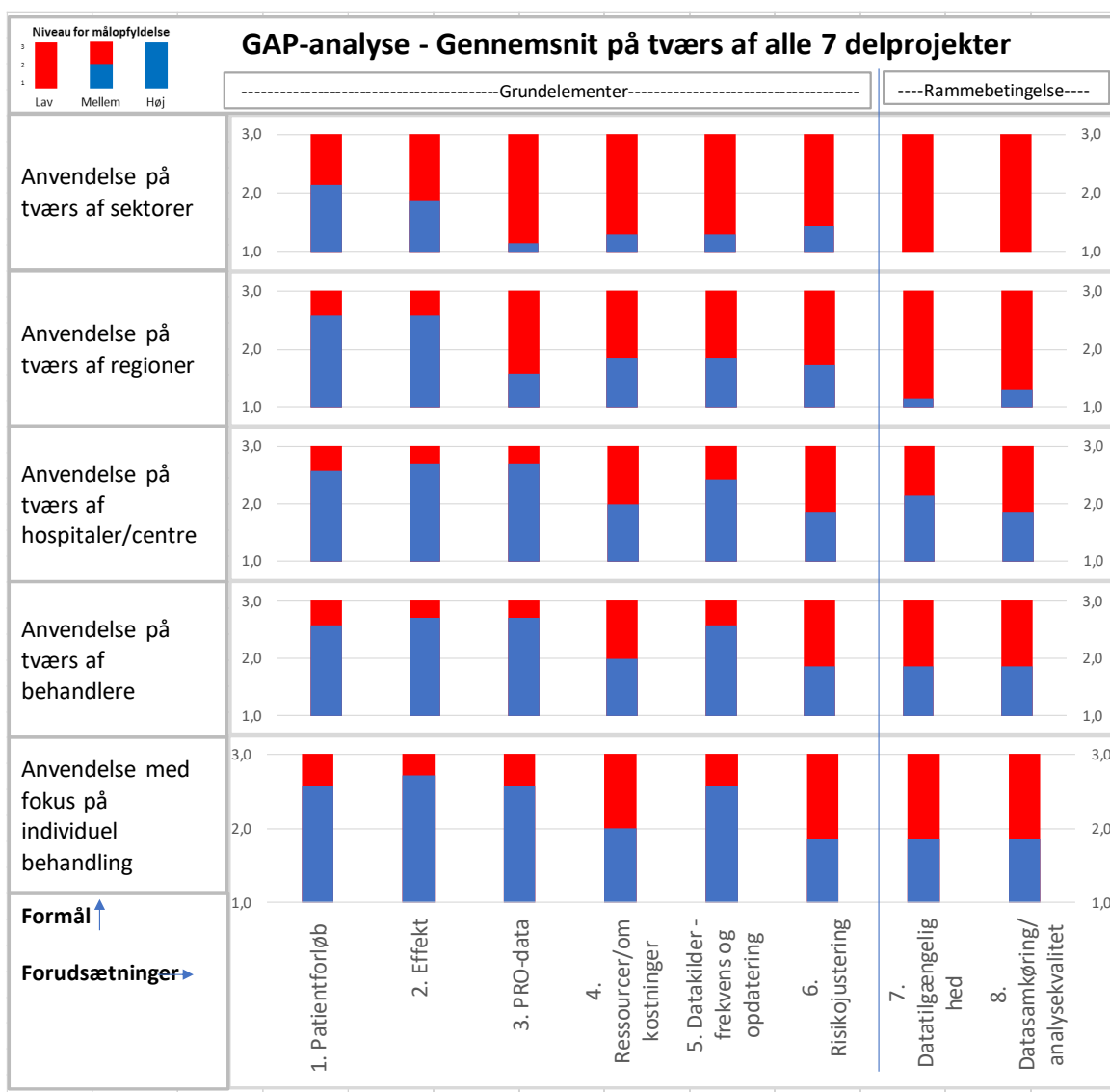
Indholdet i de otte forudsætninger er uddybet i afsnit 4 nedenfor.

Figur 2 viser den samlede gap-analyse på tværs af alle syv delprojekter fordelt på de fem formål og de otte forudsætninger. Figuren viser det samlede gennemsnit af alle gap-analyser for alle syv delprojekter - vurderet på en skala fra 1-3. Jo mere rød, jo lavere målopfyldelse. Jo mere blå, jo højere målopfyldelse. Hvert delprojekter er vægtet ens.

Figuren opsummerer, hvor der er generelle læringspunkter i forhold til den videre udvikling og udbredelse. Det er eksempelvis tydeligt, at stort set alle delprojekter er kommet langt med såvel afgrænsning af patientforløb og effektmaal (angivet i søjle 1 og 2). Disse to forudsætninger er næsten helt blå i relation til alle 5 formål. Omvendt er det dog også tydeligt, at der er vanskeligheder med adgangen til data, herunder datasamkøring (angivet i søjle 7 og 8, der primært er røde) og at der mangler erfaring med anvendelse på tværs af sektorer (de er stort set røde uanset hvilken forudsætning, der er tale om).

Nedenfor er listet de vigtigste konklusioner fra gap-analysen

Figur 2. Gap-analyse – gennemsnit af gap-analyser for de syv delprojekter



Anm: Hver søjle angiver gennemsnitsresultatet af de syv delprojekter for, hvor tæt på visionen delprojekterne er i deres VBS-løsninger. Afvigelse af afdækker således ikke spredningen på tværs af delprojekterne.

Læringspunkter inden for det regionale samarbejde

I det følgende gennemgås de overordnede læringspunkter på tværs af de syv delprojekter:

Grundelementer

Patientforløb

Et veldefineret patientforløb er nødvendigt for at kunne sætte effektmål i den rette kontekst i forhold til behandlingen.

Læringen fra projekterne er, at hvis ikke patientforløbet er veldefineret og velafgrænset i forhold til hvilke patientgrupper, der indgår og hvilke aktiviteter forløbet dækker over, kan det være vanskeligt at forstå og anvende outcome. Det er ligeledes en væsentlig pointe, at kroniske patientforløb skal håndteres meget anderledes end ikke-kroniske patienter. Endelig bliver det også vanskeligt at definere patientforløb, når de rækker ud over sektorgrænserne.

Effektmål

Valg af effektmål er afgørende for at sikre klinisk relevans samt opnå den rette balance mellem mål for sundhedstilstand, helbredsproces og bæredygtigheden af sundhedstilstanden.

Delprojekterne er kommet meget langt med at definere og konkretisere effektmål. Der ligger i dag et veldefineret set-up for alle syv delprojekter, der vil kunne anvendes til effektbaseret måling på tværs af regionerne og som for størstepartens vedkommende ville kunne etableres med eksisterende datakilder. Der skal fortsat arbejdes i flere projekter med at sikre relevante tværsektorielle effektmål.

Patientrapporterede oplysninger (PRO-data)

I vurdering af effekten af behandlingen bør alle projekter afdække, hvorvidt de eksisterende datakilder kan give de nødvendige svar, eller hvorvidt det er relevant at indhente nye oplysninger, som kan være patientrapporterede eller som kan indsamles på anden vis.

Læringen fra delprojekterne er, at PRO-data vurderes som særdeles væsentlige og indsamlingen af disse er under opbygning i alle delprojekter. Der er enkelte PRO-løsninger på plads, om end de primært fokuserer på beslutningsstøtte. Alle delprojekter har klare ønsker om at udvikle PRO-data og der er sat arbejde i gang på alle områder, hvor der ikke i forvejen var udviklet løsninger, herunder sammen med det nationale PRO-sekretariat.

Fremadrettet bliver der to væsentlige indsatsområder inden for indsamling af PRO-data: 1) Der skal etableres løsninger på de områder, der mangler 2) der skal ske en udvikling af eksisterende løsninger, så de også har eksplicit fokus på effekt i relation til vurdering af patientforløbet og ikke alene et beslutningsstøtte- og/eller visitationsværktøj.

Ressourcetræk og omkostninger

Sundhedsvæsenet har (mindst) to formål. Den bedste kliniske behandling og et omkostningseffektivt sundhedsvæsen. Det er derfor nødvendigt at kunne sætte effekten af behandlingen i forhold til det ressourceforbrug, der er anvendt.

Der er generel enighed om på tværs af klinikere og administratorer, at ressourceudnyttelsen er relevant. Det er et vigtigt første skridt i at forstå ressourceudnyttelsen bedre. Der er defineret ressourceudnyttelse og omkostninger til brug for effektbaseret måling for så vidt angår anvendelse inden for et hospital (subsidiært inden for en region). Det er imidlertid ikke muligt at sige noget om ressourceudnyttelse på tværs af sektorer baseret på tilgængelige data.

Data, frekvens og opdateringshastighed

Data skal være tilgængelige i det format og med den opdateringsfrekvens, som er nødvendig for det relevante formål.

Hvorvidt data kan leveres med den opdateringsfrekvens og -hastighed, der er nødvendig for det kliniske arbejde i dagligdagen (og på tværs af behandlere) afhænger i høj grad af, hvilke datakilder der er valgt som grundlag for beregninger af effektmålene. Hvis grundlaget er data fra egne kildesystemer, herunder at PRO-data indsamles i egne systemer, er der som udgangspunkt ikke problemer med datafrekvenser og opdateringshyppighed. Hvis der derimod anvendes RKKP-data, SDS-data eller andre nationale datakilder, så kan der være problemstillinger relateret til at frekvens og hyppighed ikke er tilstrækkelig høj til brug for det daglige kliniske arbejde, men kun kan anvendes til fx månedlige opgørelser.

Risikojustering

Risikojustering af de effektbaserede målinger forud for sammenligning på tværs, er væsentlig, fordi resultaterne ellers ikke giver mening at sammenligne og det hjælper til tolkning i den rette sammenhæng. Eksempelvis skal en sammenligning af dødsfald efter apopleksi som minimum være korrigeret for alder og komorbiditet for at resultaterne bliver meningsfulde på tværs.

Risikojustering fylder meget for klinikerne i forhold til en fremtidig anvendelse af effektbaseret måling. Der er et tydeligt klinisk ønske om at sikre den korrekte risikojustering i forhold til at data og informationer skal anvendes i en bredere kreds, herunder til ledelsesbeslutninger end der er ved traditionel anvendelse af kliniske kvalitetsdata. Det er ikke testet og afprøvet tilstrækkeligt endnu til at delprojekterne er på plads med risikojustering.

Rammebetingelser

Datatilgængelighed

Effektmålinger forudsætter i sagens natur data. Der skal derfor være adgang til data til alle formål.

Flere delprojekter er i stand til at tilgå data i egne projekter inden for eget hospital/region og til at kunne anvende disse data i den daglige/løbende drift. Det skyldes, at de har valgt effektmål og ressourceopgørelser, der alene trækker på egne datakilder, herunder egne indsamlinger af PRO-data. På den ene side

sikrer det en anvendelig løsning, på den anden side giver det ikke nødvendigvis et tilstrækkeligt bredt dækkende billede af effekt, som hvis der inddrages tværregionale, nationale og/eller kommunale datakilder.

Datasamkøring

Datasamkøring er helt afgørende for at kunne udnytte viden og analysemuligheder til at udvikle en effektbaseret løsning.

Flere projekter er i stand til at sammenkøre deres datakilder så længe det sker inden for egne ansvarsområder (det vil sige inden for afdeling eller hospital). Datasamkøring på tværs af regioner og hospitaler er væsentligt vanskeligere, herunder særligt i relation til at datakildernes formål og anvendelse er forskellig, hvorfor datasamkøring ikke umiddelbart tillades.

Læring på tværs af sektorer

Der er i mindre grad opnået læring i forhold til samarbejde på tværs af sektorer. Der er stor interesse i delprojekterne til at få bredere erfaring og kunne tænke hele løsninger på tværs af sektorer, men der har blandt andet været praktiske barrierer, der har været med til at sætte begrænsninger. Det har bl.a. haft som konsekvens, at flere delprojekter har valgt at afgrænse det konkrete patientforløb til kun at omhandle den del, der foregår i regionalt regi, hvilket medfører, at der ikke er erfaringer at hente på tværs af sektorer.

De væsentligste læringspunkter er:

- Alle anerkender behovet for et tværsektorielt samarbejde, der er fokuseret på såvel behandlingsperspektivet og på ledelsesperspektivet af effektbaserede målinger.
- Der skal findes svar på juridiske og praktiske/organisatoriske spørgsmål førend der for alvor kan komme udbytte af tværsektorielt samarbejde. De juridiske spørgsmål handler om adgang og brug af data, de praktiske/organisatoriske spørgsmål handler om indsamling af data, herunder klinisk kvalitet, ressourcetræk mv.

3. GENNEMGANG AF GAP-ANALYSE FOR DE 7 DELPROJEKTER

I det følgende gennemgås gap-analyserne fra de syv delprojekter med udgangspunkt i ovenstående beskrivelse. I afsnit 4 nedenfor er en gennemgang af metodikken, der forklarer, hvordan gap-analysen er udarbejdet herunder kriterier for den konkrete vurdering.

Angst og depression

Delprojekt Angst og depression blev forankret i psykiatrien i Region Hovedstaden og gennemført med udgangspunkt i Region Hovedstadens Psykiatris system ”*Behandlingseffekt*”. Dette system anvendes til opsamling af data for psykoterapeutiske behandlinger af ikke-psykotiske lidelser, hvor der indsamles såvel PRO-data som kliniske informationer. Projektet var kun tilgængeligt i Region Hovedstaden. En udbredelse af løsningen forudsætter, at de øvrige regioner implementerer samme metodik og dataopsamling som Region Hovedstadens Psykiatri.

Gap-analysen for Angst og depression er vist i figur 3 nedenfor. I det følgende redegøres for indplacering i gap-analysen for hver af de 8 forudsætninger:

Patientforløb. Patientforløbet var forankret omkring pakkeforløb for psykoterapeutisk behandling af angst og depression. Dette er et velafgrænset patientforløb på tværs af regionerne. Der er imidlertid en række problemstillinger relateret til populationen: Der er bl.a. risiko for at patienter af den ene eller anden grund ikke afslutter behandlingsforløbet, herunder får svaret på det sidste PRO-spørgeskema, ligesom patientforløbet i projektets formulering ikke fanger eventuelle tilbagefald og lignende efter forløbets afslutning. Det har en række implikationer i forhold til anvendelse af resultaterne, herunder bias. Derfor er målsætningen kun halvt opfyldt i relation til at definere patientforløb for så vidt angår det regionale arbejde. Patientforløbet dækker for nuværende ikke tværsektorielle behandlingsaktiviteter, hvorfor målet her ikke er opnået.

Effekt. Effektmålene blev defineret i fællesskab i ekspertgruppen tilknyttet delprojektet. Der var generel enighed om konceptet, men den konkrete løsning var ikke forankret på alle psykiatriske behandlingssteder i de øvrige regioner. Der udestår endvidere en tværsektoriel løsning. Det konkrete set-up i Region Hovedstadens Psykiatri indeholder en fællesmængde af effektmål, som også er i ekspertgruppens udvalgte effektmål. Målet blev opfyldt for så vidt angår internt i Region Hovedstaden, men kun delvist på tværs af regioner og slet ikke på tværs af sektorer.

Der indsamles PRO-data i alle centre i Region Hovedstadens Psykiatri, men ikke i de øvrige regioner. Derfor blev forudsætningen opnået i Region Hovedstaden for så vidt angår anvendelse i individuel behandling, på tværs af behandlere og tværs af afdelinger/centre. Forudsætningen blev imidlertid ikke opfyldt for PRO-data på tværs af regioner og på tværs af sektorer, da data kun indsamles i Region Hovedstaden.

Patientforløbet definerer hvilke ressourcer, der skal trækkes. Det er muligt at trække disse informationer fra PAS systemet i Region Hovedstaden for så vidt angår de tre første formål. Der er imidlertid ikke adgang til omkostningsforbruget, hvorfor målet derfor er halvt opfyldt. Endelig er det ikke

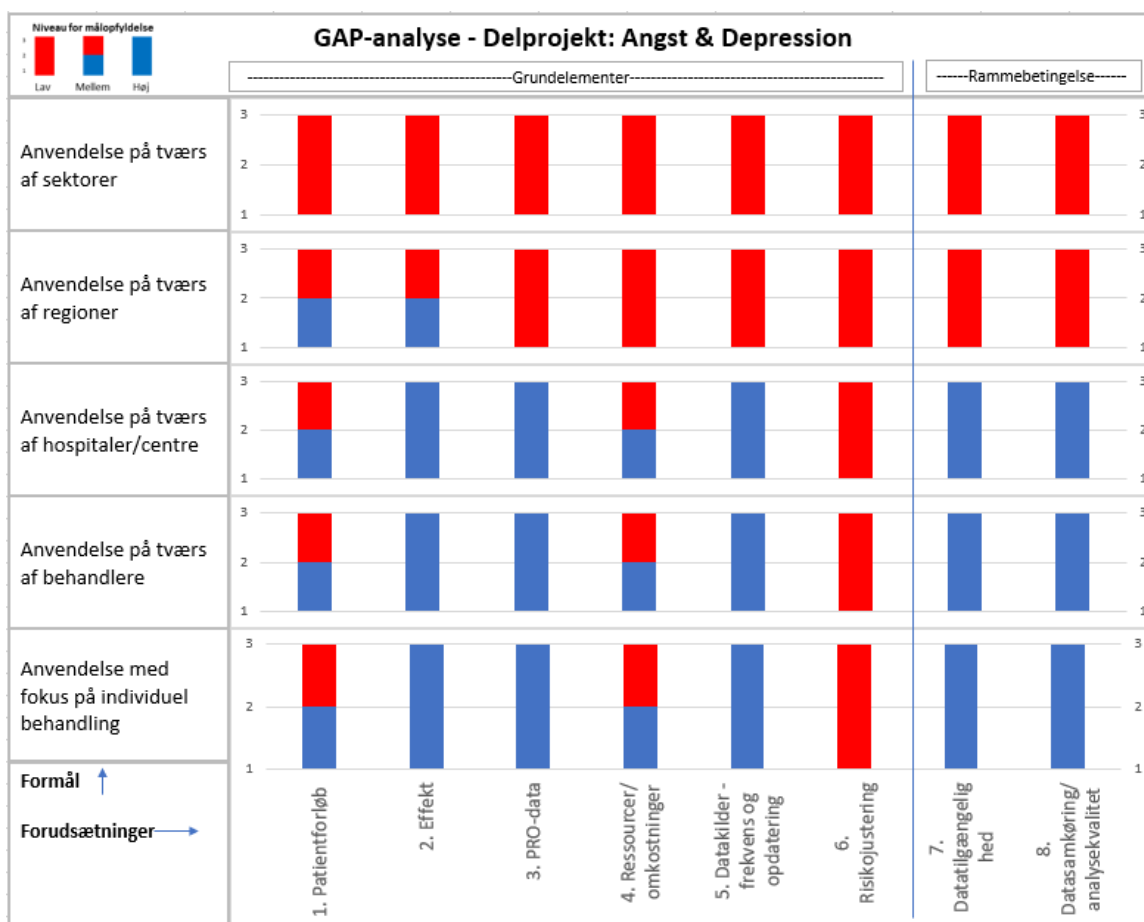
muligt at trække ressourceoplysninger data på tværs af regioner og sektorer, og målet er ikke opfyldt for disse to formål.

Datakvalitet, frekvens og opdatering. Data er fuldt tilgængelig i kildesystemet til brug for klinikkens arbejde i realtid. Målet blev således fuldt opfyldt for anvendelse i den individuelle behandling, på tværs af behandlere og på tværs af afdelinger. Til anvendelse på tværs af regioner og sektorer var data ikke tilgængelige, da det kun er Region Hovedstaden at data indsamles. Derfor blev målet ikke opnået her.

Risikojustering. Der blev ikke drøftet eller udarbejdet en metode for risikojustering af data fra *Behandlingseffekt*, hvorfor målet ikke blev opfyldt. Der var klinisk fokus på fremadrettet at finde en løsning på risikojustering i takt med, at data begynder at blive anvendt på tværs af behandlingssteder.

Datatilgængelighed og datasamkøring. Data er fuldt tilgængeligt til den individuelle behandling og til anvendelse mellem behandlere og mellem centre i Region Hovedstadens Psykiatri. Forudsætningen blev derfor fuldt opfyldt for de tre formål heri. For anvendelse på tværs af regioner er data ikke tilgængelige og derfor heller ikke mulige at samkøre, hvilket også gør sig gældende på tværs af sektorer. Derfor er målet ikke opfyldt for disse to formål.

Figur 3. Gap-analyse for Angst og depression



Note: Analysen er baseret på den effektbaserede måling, der testes og afprøves i Region Hovedstadens Psykiatri på de psykoterapeutiske centre. Vurdering af formål tager derfor udgangspunkt i Region Hovedstadens Psykiatris løsning. Se i øvrigt note til figur 2.

Apopleksi

Delprojekt Apopleksi var forankret i Region Midtjylland på Aarhus Universitetshospital, Skejby og Hospitalsenheden Vest. Projektet inddrog viden fra en ekspertgruppe bestående af klinikere og andre ledende medarbejdere med relevant baggrund fra hele landet, kommuner og praksis. Projektet har fulgt patienter med akut apopleksi og deres hospitalsforløb samt efterfølgende rehabilitering. Formålet med projektet var at få erfaring med systematisk og løbende opfølgning på patientnære effektmål, herunder konkret at se på sammenhæng mellem effektmål og ressourceforbrug for indlagte patienter.

Gap-analysen for Apopleksi er vist i figur 4 nedenfor. I det følgende redegøres for indplacering i gap-analysen for hver af de 8 forudsætninger:

Patientforløb. Patienterne blev fulgt fra deres hospitalsindlæggelse i relation til den akutte apopleksi, de efterfølgende hospitalsindlæggelser og

rehabiliteringsforløb. Herudover blev medtaget kontakt med kommuner og praksis i det omfang informationerne var tilgængelige. Der blev dermed identificeret et patientforløb, der fuldt ud opfylder ønsket om at afdække hospitalsaktiviteten, men kun delvist dækker den tværsektorielle aktivitet, på grund af manglende data. Ambitionen er derfor nået for så vidt angår regionale formål, men kun delvist på tværs af sektorer.

For Apopleksi gælder det, at alle effektmål, som ikke er baseret på PRO-data, blev defineret og data indsamlet og opsamlet via RKKP, Sundhedsdatastyrelsen og Praksys data. Der var enighed i ekspertgruppen om, at de valgte effektmål var dækkende til at vurdere effekt inden for regioner og hospitaler. Forudsætningen blev således opfyldt for de regionale formål. Der var imidlertid ikke en tilstrækkelig udvikling af effektmål på tværs af sektorer med fokus på at bruge tværsektorielle data, blandt andet fordi data ikke eksisterer i tilstrækkeligt omfang. Derfor vurderes målsætningen ikke at være opfyldt for effektmål på tværs af sektorer.

Der er ikke landsdækkende PRO-data på apopleksiområdet endnu. Region Midtjylland igangsatte sammen med RKKP indsamling af data for trivsel og funktionsevne baseret på interviews med patienter og pårørende indlagt på Skejby og Hospitalsenheden Vest (de to behandlingssteder for apopleksi i Region Midtjylland). Erfaringerne fra dette arbejde indgår i nærværende rapport og i det videre arbejde med udvikling af metode for indsamling af enten PRO-data eller interviews med patienter i både Region Midtjylland og på tværs af landet. Data er dog ikke umiddelbart tilgængelige for nu i behandlingen af den enkelte patient og bidrager kun indirekte ved at det kan anvendes til brug for udvikling af behandling i dialog af på tværs af behandlere og afdelinger. Der er derfor delvis målopfyldelse for formålet relateret til individuel behandling og fuld målopfyldelse på tværs af behandlere og på tværs af afdelinger. Der er ikke målopfyldelse på tværs af regioner og sektorer, idet data ikke findes tværregionalt eller tværsektorielt.

Delprojektet identificerede de ressourcetræk, der er relevante for patientforløbet for så vidt angår hospitalsaktivitet. Det har ikke været muligt at identificere ressourcer i andre sektorer, selv om det vil være relevant i forhold til særligt den kommunale genoptræning og for kontakt til praktiserende læger. Der blev identificeret omkostninger via DRG og omkostningsdatabasen, men det var usikkert, hvor præcise disse opgørelser er. Forudsætningerne blev derfor kun halvt opfyldt for de regionale ressourcer og forudsætningerne er ikke opfyldt for anvendelse på tværs af sektorer.

Datakilder, frekvens og opdatering. Der tages udgangspunkt i data fra RKKP, SDS og Praksys. Det betyder, at frekvenser og opdateringshastigheder afhænger af data via RKKP og SDS. Det har som konsekvens, at data ikke kan være tidstro i samme omfang, som hvis der var tale om at trække data fra egne kildesystemer.

Forudsætningen blev derfor kun halvt opfyldt for anvendelse til individuel behandling, men det forudsættes at data er tilgængelige med den fornødne opdateringshastighed til brug på tværs af behandlere og på tværs af afdelinger inden for egen region.

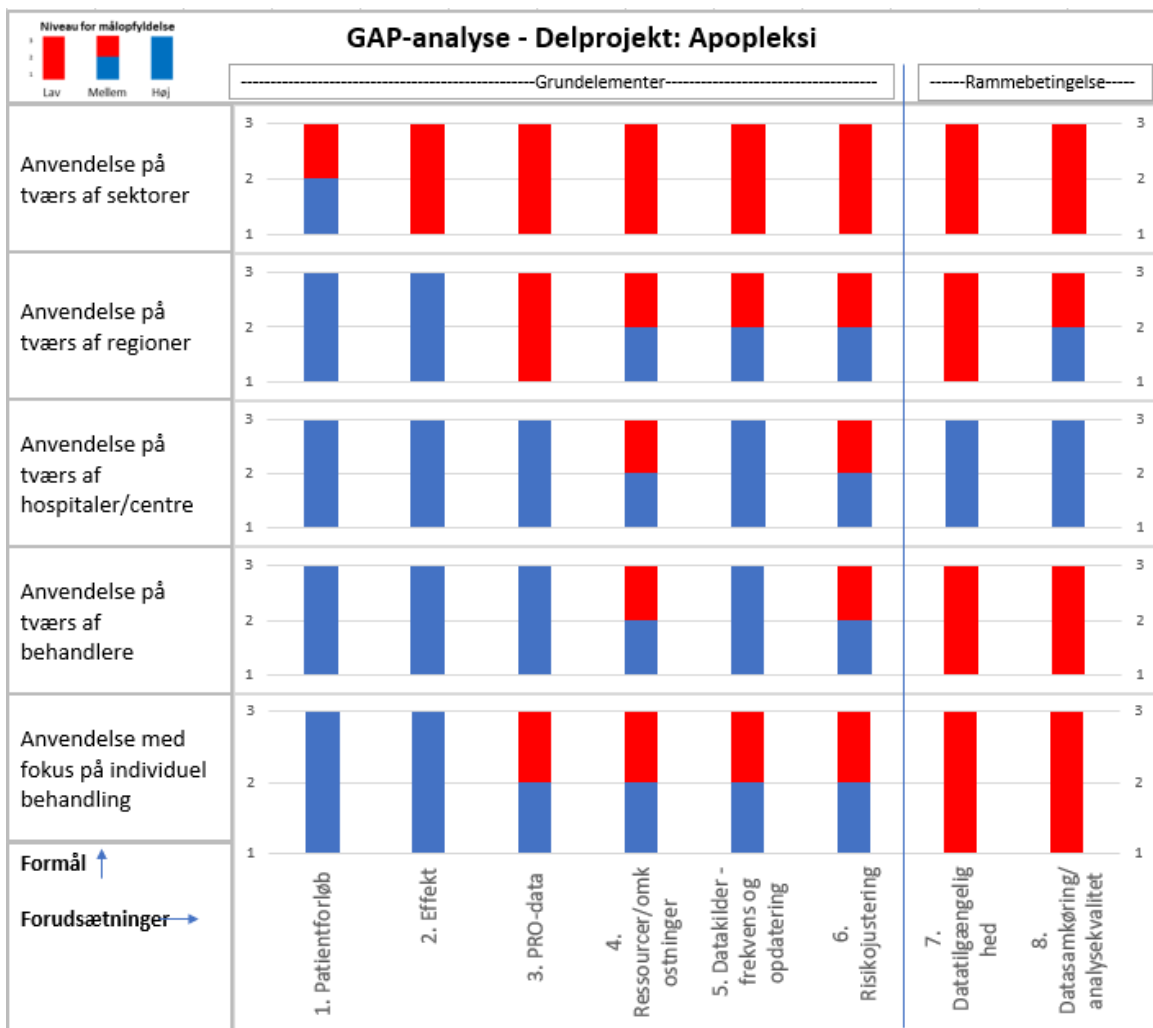
Risikojustering. Der blev aftalt en metode for risikojustering, men kun delvist afklaret, hvilke risikofaktorer, der i givet fald skal justeres for. Metoden blev ikke anvendt på de konkrete data, hvorfor målet kun er delvist opfyldt for så vidt angår de regionale anvendelser. Der blev ikke overvejet metode for risikojustering på tværs af sektorer og forudsætninger er derfor ikke opfyldt her.

Datatilgængelighed. Projektet trækker på data fra RKKP, SDS og Praksys. Det betyder, at data alene kan anvendes i aggregeret format og kan således ikke anvendes som fx dialogværktøj med den enkelte patient. Til gengæld vil data umiddelbart være tilstrækkeligt detaljeret til anvendelse på tværs af afdelinger inden for Region Midtjylland. Forudsætningen er derfor fuldt opfyldt for dette formål. Endelig er der ingen data på tværs af regioner og sektorer, hvorfor forudsætningerne ikke er opfyldt her.

Datasamkøring. Det er muligt at samkøre RKKP data med data fra SDS og Praksys til brug for den nuværende effektbaseret måling for Region Midtjylland. Derfor er forudsætningen for samkøring opfyldt her. Der er principielt mulighed for samkøring på tværs af sektorer såfremt det ønskes, dog er det ikke muligt at samkøre PRO-data på tværs af regioner. Forudsætningen er derfor halvt opfyldt.

På tværs af sektorer samt i forhold til individuel behandling og på tværs af behandlere er det ikke muligt, hverken at få adgang til data eller samkøre data i dette projekt set-up.

Figur 4. Gap-analyse for Apopleksi



Note: Analysen er baseret på den løsning for effektbaseret måling, der er udviklet i delprojektet, forankret i Region Midtjylland. Vurderingen af formål tager udgangspunkt i Neurologisk Afdeling på Aarhus Universitetshospital, Skejby eller Neurologisk Afdeling i Hospitalsenheden Vest. Se i øvrigt note til figur 2. Note: I delprojekt Apopleksi er der principielt ikke tale om "PRO-data" forstået som patientrapporterede data. Informationer om funktionsevne og trivsel er indsamlet af sundhedspersonalet ved interview med patienter og pårørende. Det er disse data, der er beskrevet under "PRO-data" forudsætningen.

Diabetes

GAP-analysen for diabetes tager udgangspunkt i projektet *Værdibaseret Sundhed og Patientrapporterede Oplysninger i Diabetes (VBS PRO-DIA)*¹. Dette projekt er forankret i Endokrinologisk Afdeling på Aalborg Universitetshospital. Projektet er startet i 2017 og er et forsknings- og udviklingsprojekt, som drives i

¹ Derudover har Region Nordjylland arbejdet med et "Effekt og omkostnings-projekt" forankret i regionshuset i Afdeling for Patientforløb og Økonomi i samarbejde med Endokrinologisk Afdeling på **Regionshospitalet Nordjylland**. Erfaringerne fra dette projekt er ikke indarbejdet i nærværende GAP-analyse. Dette projekter nærmere beskrevet i Bilag C.

tæt kontakt med Region Nordjylland. Formålet med VBS PRO-DIA projektet er, at udvikle og pilotteste operationelle modeller og værktøjer for værdibaseret diabetesbehandling og patientrapporterede oplysninger, som kan anvendes regionalt og nationalt med henblik på levere større værdi for patienten og bedre sundhedseffekt af diabetesbehandlingen.

Gap-analysen for Diabetes er vist i figur 5 nedenfor med udgangspunkt i VBS PRO-DIA. I det følgende redegøres for indplacering i gap-analysen for hver af de 8 forudsætninger:

Patientforløb. Patientforløbet for diabetes er et (livs-)langt forløb, hvor der efter diagnosticering indgår en kombination af egenomsorg med udgangspunkt i patientens dagligdag samt behandling og opfølgning på hospitalet, hos almen praksis og i kommunalt regi. Der var i VBS PRO-DIA projektet enighed om på tværs af sektorer at den løbende dialog (med udgangspunkt i patientens situation) er den optimale tilgang til patienternes forløb. Forudsætningen om at definere et patientforløb til alle relevante formål vurderes opfyldt.

Effekt. Der er bred enighed om de kliniske effektmål relateret til diabetes, hvilket er drøftet og godkendt i ekspertgruppen tilknyttet delprojektet. De kliniske effektmål er generelt tilgængelige via PAS systemet/EPJ. Det forudsætter imidlertid en nærmere gennemgang at afklare, hvorvidt alle indikatorer er tilgængelige til alle formål, herunder om registreringskvaliteten er tilstrækkelig. Derfor vurderes forudsætningen om effektmål at være delvist opfyldt.

Centralt for VBS PRO-DIA projektet er, at udvikle og pilotteste operationelle modeller og værktøjer for værdibaseret diabetesbehandling med udgangspunkt i PRO-spørgsmål. Projektet har udviklet en PRO-løsning, der kan anvendes i patientbehandlingen. Næste skridt bliver at få klinisk erfaring med en praktisk anvendelse og effekt af PRO-data på tværs af sektorer. På længere sigt ønskes det at opnå erfaring med bl.a. prædiktionsmodeller, herunder stratifikation og individualisering af behandlings- og støtteindsatser samt udvikling og implementering af digitale og telesundhedsløsninger. En pilottest af PRO-løsningen igangsættes den 2. januar 2019. Projektet har dermed endnu ikke PRO-data til rådighed. Derfor er forudsætningen delvist opfyldt for alle formål.

Projekt VBS PRO-DIA har arbejdet indirekte med ressourcetræk og omkostninger. Via effektmålingerne og viden om behandlingsprocesserne vil det være muligt at opfange mønstre og variation i aktivitet og behandling. Herigennem opnås indsigt i en mere optimal planlægning af patientforløbene, der kan danne grundlag for fremtidige aktivitetsbehov og kapacitetsberegninger. Disse danner igen rammen for ressourceoptimering og patientforløbsforbedring. Forudsætningen for ressourcetræk vurderes derfor delvist opfyldt for alle formål.

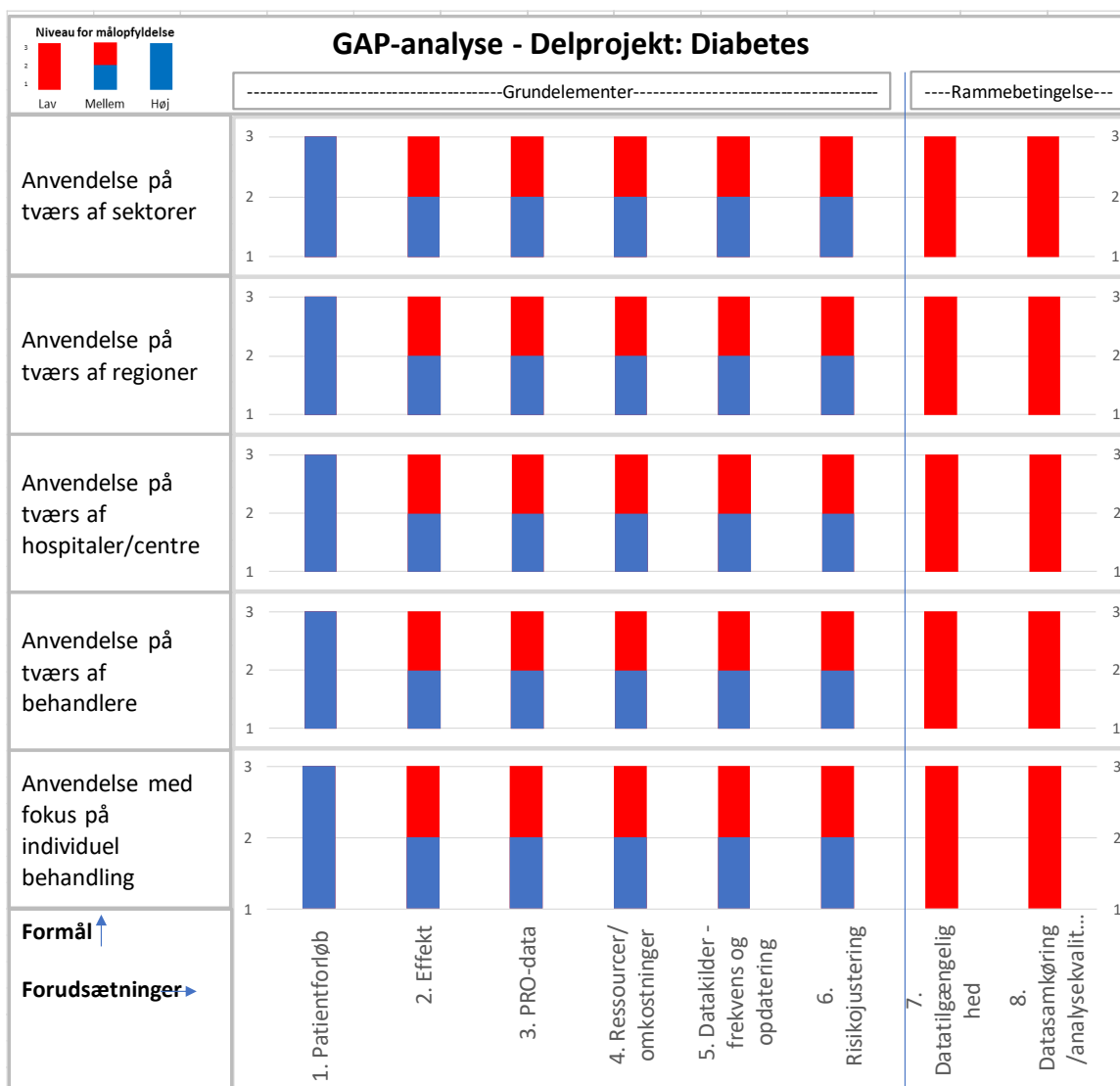
Datakilder, frekvens og opdatering. Projektets ambition er at samle alle data i en fælles afrapporteringsplatform, der skal kunne tilgås af alle relevante

sundhedsprofessionelle fra regioner, kommuner og praksis. De datakilder, der blev foreslået anvendt, herunder PAS, EPJ og PRO-data vil principielt kunne leveres tidstro/dagligt og vil dermed kunne anvendes til alle formål. Det er dog ikke alle data, der er tilgængelige. Derfor er forudsætningen kun halvt opfyldt.

Risikojustering. Der ligger metoder til casemixjustering, der kan anvendes på data fremadrettet. VBS PRO-DIA har været en del af udviklingen af ICHOM casemix-set og samarbejder i øvrigt med andre forskningscentre på definition og udvikling af casemix-modeller. Disse metoder vil kunne testes og afprøves, når PRO data er indsamlet. Forudsætningen er dermed halvt opfyldt for alle formål.

Datatilgængelighed og datasamkøring. Der er endnu ikke arbejdet med ansøgningsprocedurer for data, herunder datasamkøring af PAS, EJP og PRO data på tværs af regioner og sektorer. Der er således ikke erfaringer hermed endnu og forudsætningerne er ikke opfyldt.

Figur 5. Gap-analyse af Diabetes



Note: Analysen er baseret på VBS PRO-DIA projektet, forankret i Region Nordjylland. Vurderingen af formål tager udgangspunkt i Endokrinologisk Afdeling på Aalborg Universitetshospital, hvor projektet også tager udgangspunkt. Se i øvrigt note til figur 2.

Epilepsi

Delprojekt epilepsi var forankret i Region Sjælland på Neurologisk Afdeling på Sjællands Universitetssygehus, Roskilde. Projektet fokuserede på epilepsipatienter med en åben ambulant kontakt. Der var således alene fokus på hospitalsbehandlingen. Formålet med projektet var at få erfaring med systematisk og løbende opfølgning på patientnære effektmål, herunder PRO data og herigennem undersøge, hvordan anvendelse i praksis kan understøtte dialogen og det faglige arbejde.

Gap-analysen for Epilepsi er vist i figur 6 nedenfor. I det følgende redegøres for indplacering i gap-analysen for hver af de 8 forudsætninger:

Patientforløb. Epilepsi er en livslang sygdom. Patienterne følges dermed principielt gennem hele livet fra diagnosen er blevet stillet. I projektet var der enighed om alene at fokusere på patienter med en etableret epilepsidiagnose, der har en åben ambulanskontakt og som bliver behandlet i sygehusregi. Denne population er en delmængde af alle epilepsipatienter og inkluderer udelukkende hospitalsaktiviteter. Det er på den baggrund delprojektets vurdering, at målet om definition er delvist opfyldt for så vidt angår regional aktivitet. Der er ikke et tværsektorielt sigte i projektet og målet om patientforløb er ikke opfyldt tværsektorielt.

Effekt. Effektmålene blev defineret i fællesskab i ekspertgruppen tilknyttet delprojektet. Der var enighed om konceptet, men løsningen blev ikke konkret udrullet på tværs af regionerne, blandt andet fordi ikke alle effektmål er tilgængelige. Derfor er målet halvt opfyldt. Tværsektorielle effektmål blev ikke drøftet, hvorfor målet ikke er opfyldt for dette formål.

Der indsamles PRO-data i alle regioner på nær Region Hovedstaden. Data indsamles af Ambuflex og er tilgængelig inden for Region Sjælland, hvorfor målet er fuldt opfyldt for de 3 første formål. Forudsætningen for PRO-data er delvist opfyldt på tværs af regioner. Region Hovedstaden mangler at igangsætte indsamling af PRO-data inden for epilepsi. Der er ikke PRO-data på tværs af sektorer. Sidstnævnte skyldes, at PRO-data alene er defineret til brug for beslutnings- og visitationsstøtte i hospitalsregi og ikke umiddelbart er udviklet til tværsektoriel anvendelse.

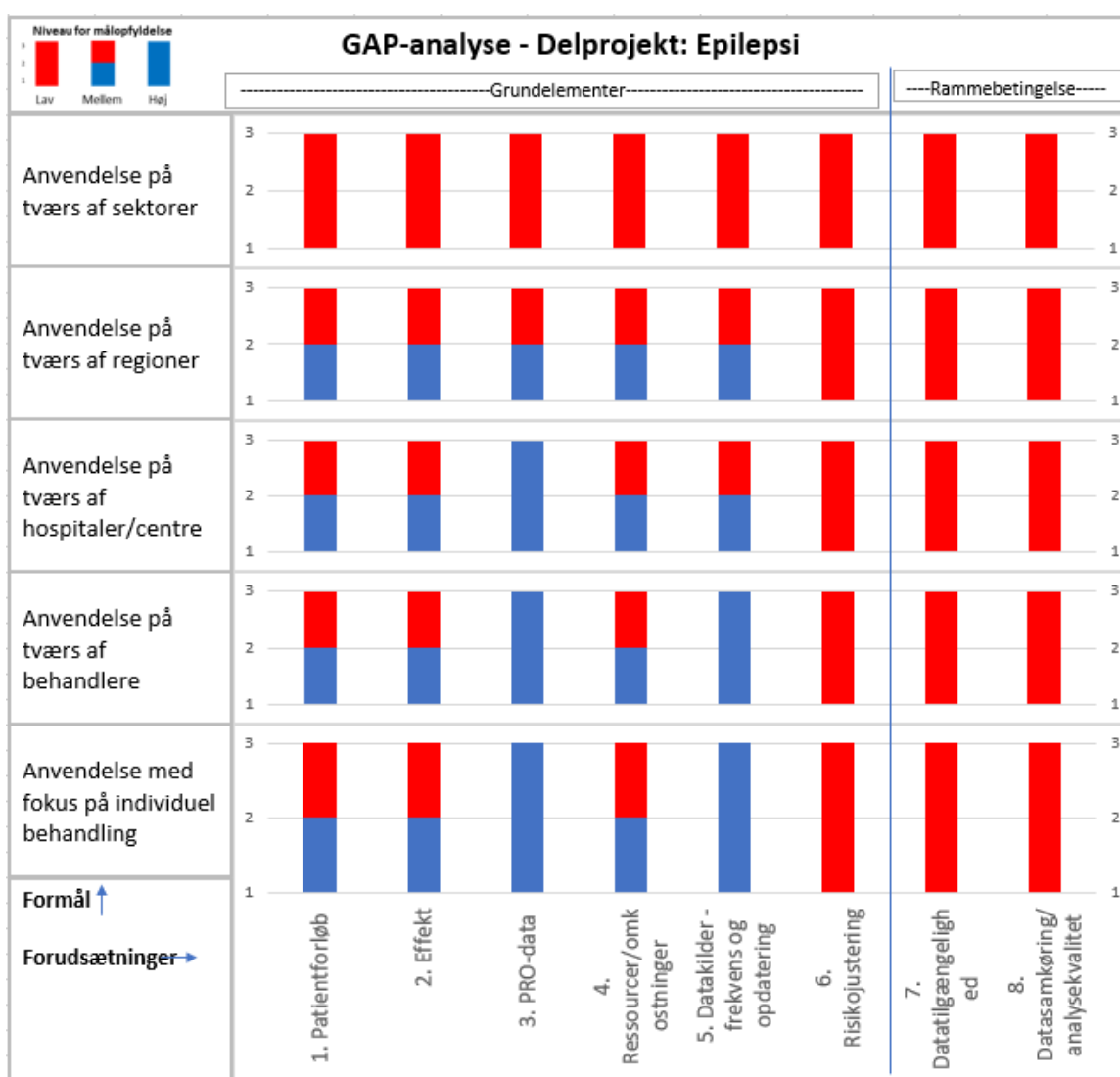
Patientforløbet definerer hvilke ressourcer, der skal trækkes. Der er som udgangspunkt alene tale om ambulante kontakter relateret til ambulante besøg på hospitalet. Disse informationer kan trækkes af PAS systemer og LPR til opgørelse af ressourcetræk i de fire regionale formål. Der er imidlertid en række ressourcer, der ikke umiddelbart kan trækkes fra PAS systemet. Primært tidsforbrug relateret til vurdering af PRO svar, hvorvidt patienten skal til ambulanskontrol eller ej, samt udgifter til indsamling og håndtering af PRO. Traditionelle aktivitetsopgørelser på hospitalerne fanger ikke disse nye opgaver. Endvidere er der ikke adgang til omkostningsdata. Derfor er målet kun halvt opfyldt. Endelig skal det nævnes, at det ikke er muligt at trække ressourceoplysninger på tværs af sektorer.

Datakvalitet, frekvens og opdatering. Data er fuldt tilgængelig i kildesystemerne til brug for klinikkens arbejde i realtid. Målet er dermed fuldt opfyldt for anvendelse i den individuelle behandling og på tværs af behandlere. Til anvendelse på tværs af afdelinger og på tværs af regioner, er oplysningerne kun delvist tilgængelige, herunder fordi visse effektmål er baseret på data, der ikke opdateres tilstrækkeligt hyppigt. Der er ikke datakilder på tværs af sektorer.

Risikojustering. Der er ikke drøftet eller udarbejdet en metode for risikojustering af data, hvorfor målet ikke er opfyldt.

Datatilgængelighed og datasamkøring. Projektet er godkendt i Datatilsynet. Det var imidlertid ikke muligt at få tilladelse til at anvende data fra Ambuflex til brug for nærværende analyse, selvom data kun er tilgængelig på Sundhedsdatastyrelsens forskerordning. Det indebærer, at individdata er pseudonomiserede og at resultater kun bliver tilgængelig i aggregerede tabeller, uden individoplysninger. Der var derfor ikke adgang til data og datasamkøring er ikke mulig. Forudsætningerne er derfor ikke opfyldt for datatilgængelighed- og samkøring.

Figur 6. Gap-analyse for Epilepsi



Note: Analysen er baseret på den effektbaserede måling, der er udviklet i delprojektet, forankret i Region Sjælland. Vurderingen af formål tager udgangspunkt i Neurologisk Afdeling på Roskilde Sygehus. Se i øvrigt note til figur 2.

Hjerter

Delprojekt Hjerter fokuserede på patienter med iskæmiske hjertesygdomme, der på baggrund af diagnosticering via KAG behandles med enten ballonudvidelse, by-pass operation eller medicinsk behandling. Delprojektet udviklede patientforløb og effektmål i samspil med en ekspertgruppe bestående af klinikere fra hele landet, repræsentanter fra kommuner og praksis, samt patienter. Der blev opnået konsensus om resultatet.

Gap-analysen for Hjerter er vist i figur 7 nedenfor. I det følgende redegøres for indplacering i gap-analysen for hver af de 8 forudsætninger:

Patientforløb. I udvikling af patientforløb var det ønsket at fokusere på et bredere patientforløbsperspektiv og sikre, at dette forløb kunne give mening til brug med alle fem formål. Særlig var det ønsket at afklare, hvordan det kan blive meningsfuldt at se på patientforløb i et femårigt perspektiv i såvel det kliniske arbejde med den enkelte patient og i vurdering på tværs af regioner og sektorer. Forudsætningen vurderes opfyldt for alle fem formål.

Alle indikatorer som ikke er baseret på PRO-data, blev defineret i delprojekt Hjerter. Data til disse indikatorer opsamles og kan tilgås fra regionale eller nationale datakilder, på nær enkelte indikatorer, hvor der endnu ikke sker en systematisk opsamling af data. Der er bred enighed om effektmål på tværs af regioner og sektorer. Forudsætningen vurderes således opfyldt for så vidt angår effekt.

Der er ikke landsdækkende PRO-data på hjerteområdet endnu. Der er dog igangsat arbejde i det nationale PRO-arbejde og det forventes, at udvikling af spørgeskemaer er gennemført ved udgangen af 2018 med pilotprojekter i starten af 2019. Imidlertid er der indsamlet PRO-data i Dansk Hjerterehabiliterings-database (DHRD), som vil kunne anvendes i forhold til den individuelle behandling, på tværs af behandlere og afdelinger. Disse PRO-data er tilgængelige for den andel af patienterne fra DHRD, hvor der er udsendt PRO spørgeskemaer og som har svaret (svarprocent på ca. 70%). Der er derfor delvis målopfyldelse for de tre første formål i forhold til adgang til PRO-data.

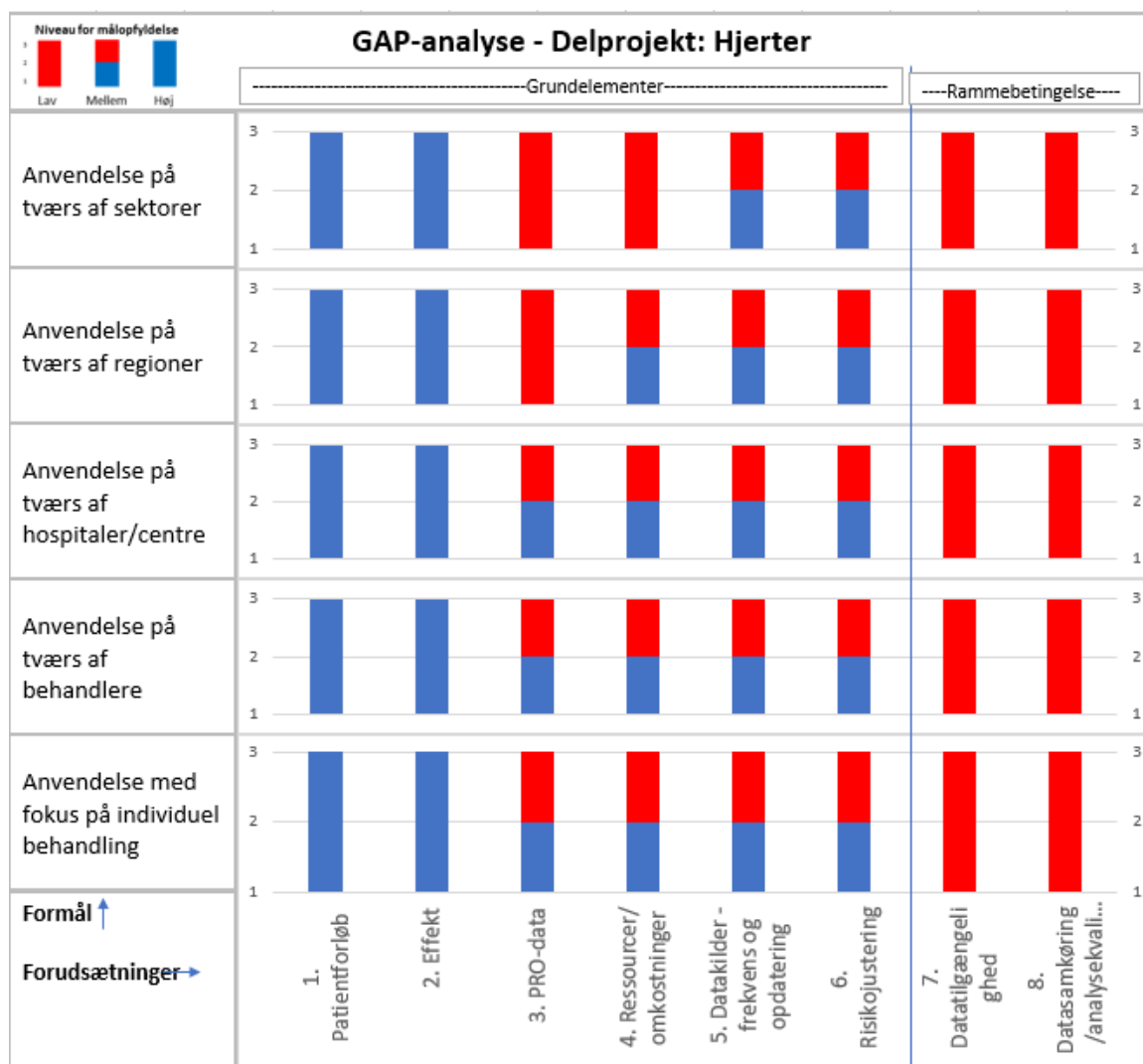
Delprojektet identificerede de ressourcetræk, der er relevante for patientforløbet hvad angår hospitalsaktivitet. Det var ikke muligt at identificere ressourcer i andre sektorer, selv om det vil være relevant særligt for genoptræning og for kontakt til praktiserende læger. Der blev identificeret omkostninger, men disse er kun i begrænset omfang tilgængelige. Rigshospitalet har et veludviklet set-up til at beregne omkostninger, men dette foreligger umiddelbart ikke for andre hospitaler. Forudsætningerne er derfor kun halvt opfyldt for de regionale ressourcer og forudsætningerne er ikke opfyldt for anvendelse på tværs af sektorer.

Datakilder, frekvens og opdatering. Der blev taget udgangspunkt i data fra RKKP koblet med data fra Sundhedsdatastyrelsen. Det betyder, at frekvenser og opdateringshastigheder afhænger af, hvor hurtigt klinikere og ledere kan få adgang til data via RKKP/SDS. Data kan med andre ord ikke kan være tidstro i samme omfang, som hvis der var tale om at trække data fra egne kildesystemer. Forudsætningen er derfor kun halvt opfyldt.

Risikojustering. Der blev aftalt en metode for risikojustering, herunder brug af kendte metoder (Euroscore II og Charlson index). Det udestår at teste metoden på data, hvilket ikke har været muligt. Det vurderes, at denne forudsætning kun er delvist opfyldt.

Datatilgængelighed. Der er ikke adgang til data og således heller ikke mulighed for datasamkøring for effektbaseret måling for delprojektets løsning. Derfor er målet ikke opfyldt for hverken datatilgængelighed eller -samkøring.

Figur 7. Gap-analyse for Hjerter



Note: Analysen er baseret på den effektbaserede måling, der er udviklet i delprojektledelsen, forankret på Hjertecentret på Rigshospitalet i Region Hovedstaden. Vurdering af formål tager derfor udgangspunkt i Hjertecenteret. Se i øvrigt note til figur 2.

Hofte/Knæ

Delprojektet var forankret i Ortopædkirurgisk Afdeling på Aalborg Universitetshospital, Farsø. Afdelingen har i flere år arbejdet med udvikling af værktøjer til beslutningsstøtte og prædiktions, herunder indsamling af PROM-data til at afklare den rette behandling for patienter, der potentielt skal have en hofte- eller knæalloplastik. Projektet havde til formål at skabe viden om, hvorvidt behandlingen understøtter patienternes behov bedst muligt og at afdække potentialer og optimering i behandling og pleje.

Gap-analysen for Hofte/knæ er vist i figur 8 nedenfor. Nedenfor redegøres for indplacering i gap-analysen for hver af de 8 forudsætninger.

Det skal i den forbindelse bemærkes, at gap-analysen giver et statusbillede december 2018. Delprojektet udvikler løbende løsninger, der øger anvendelsesområde og erfaringer efterhånden som løsningerne ibrugtages, hvorfor antallet af forudsætninger, hvor målsætningen nås, stiger over tid.

Patientforløb. Forløbet blev afgrænset til patienter over 18, der skal have foretaget en hofte og knæalloplastik. Disse patienter følges i 2 år efter operationen. Patientforløbet dækker den samlede relevante aktivitet knyttet på behandling og opfølgning i relation til hofte og knæoperationer. Målet for patientforløb er derfor opfyldt.

Den regionale ekspertgruppe valgte 8 effektmål, der giver et balanceret billede af effekten af behandlingen. Der var enighed i ekspertgruppen om valg af effektmål og to af disse kan trækkes fra PAS systemet og de resterende 6 fra PRO. Effektmålene blev valgt med udgangspunkt i den regionale behandling og pleje og målet er opfyldt i forhold til de regionale formål. Der er ikke drøftet en fyldestgørende effektmålsløsning på tværs af sektorer. De nuværende effektmål vil kunne anvendes tværsektorielt, men bør udvikles med fokus på at inkludere tværsektorielle aktiviteter. Derfor vurderes målsætningen kun at være delvist opfyldt for effektmål på tværs af sektorer.

Region Nordjylland indsamler PRO-data for hofte/knæpatienter. PRO-løsningen er tilgængelig for alle regioner og enkelte regioner har påbegyndt indsamling af data, men løsningen er ikke fuldt igangsat. Ambitionen om PRO-data er opfyldt for arbejdet i Region Nordjylland, men kun delvist opfyldt på tværs af regioner og der er endnu ikke PRO-løsning på tværs af sektorer, hvorfor målet ikke er opfyldt i dette tilfælde.

Delprojektet identificerede de ressourcetræk, der er relevante for patientforløbet for hospitalsaktiviteten samt genoptræning i regional og kommunal regi. Imidlertid var det ikke muligt at indsamle data for konkrete ressourceopgørelser i andre sektorer end regionalt, da disse endnu ikke systematisk indsamles. Der har i projektet ikke været arbejdet med omkostninger endnu. Ambitionen for ressourcetræk er derfor delvist opfyldt for de 4 regionale formål og ikke opfyldt på tværs af sektorer.

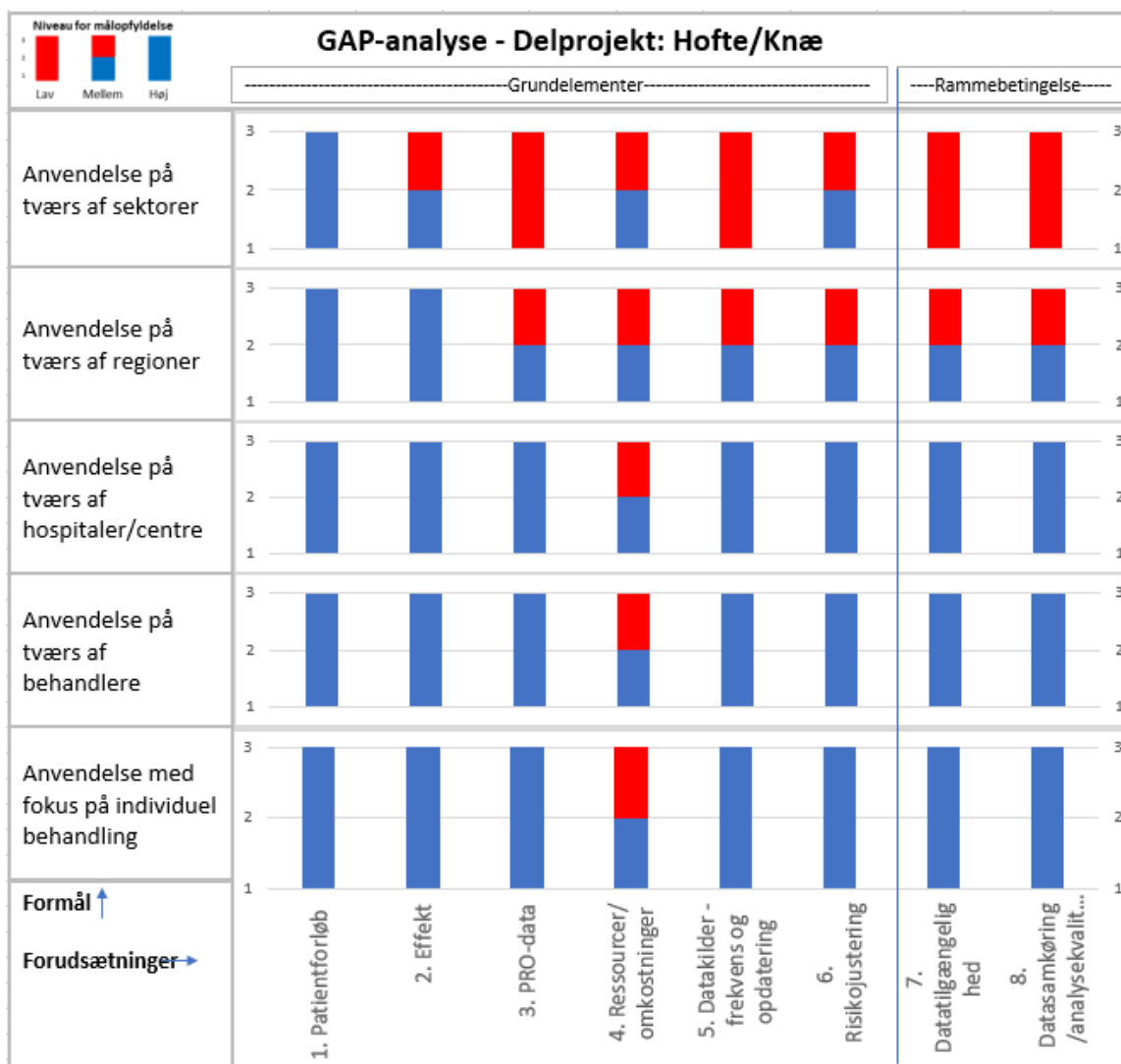
Datakilder, frekvens og opdatering. PRO-data indsamles i tilknytning til behandlingen og er tilgængelig for klinikerne i deres daglige arbejde med patienterne og er tilgængelige til alle øvrige formål. De supplerende PAS data er også tilgængelige, såfremt de trækkes fra egne systemer. Datakilderne kan dermed sikre den nødvendige hyppige frekvens og tidstro opdatering af data adgang. Derfor er målet opfyldt for alle formål inden for Region Nordjylland, men dog kun halvt opfyldt på tværs af regioner, da kun enkelte regioner har adgang til samme data, og målet er ikke opfyldt på tværs af sektorer, idet der ikke er datakilder i kommuner og praksis, der kan anvendes på nuværende tidspunkt.

Risikojustering. Der blev aftalt en metode for risikojustering og den er testet på de faktiske data, hvorfor målet er opfyldt inden for Region Nordjylland. Risikojustering af data blev dog ikke testet på tværs af regioner og sektorer, hvorfor målopfyldelsen kun er halvt opfyldt for disse formål.

Datatilgængelighed. Projektet anvender data fra Region Nordjyllands PAS system koblet med PRO-data fra Procordo. Data er tilgængelige til brug for alle formål, dog kun i begrænset omfang på tværs af regioner, idet ikke alle indsamler PRO-data og er ikke mulige at anvende på tværs af sektorer. Projektet har godkendelse til at kunne datasamkøre for så vidt angår anvendelse i Region Nordjylland, herunder at visse dele af projektet er godkendt som forskningsprojekt. Formålet er dermed fuldt opfyldt for datatilgængelighed og datasamkøring for anvendelse i Region Nordjylland, men kun delvist opfyldt for anvendelse på tværs af regioner.

Projektet har ikke dataerfaring tværsektorielt, eftersom delprojektet har fokuseret på de regionale aktiviteter.

Figur 8. Gap-analyse af Hofte/knæ



Note: Analysen er baseret på den effektbaserede løsning, der testes og afprøves i delprojektledelsen, forankret på Aalborg Universitetshospital, Farsø i Region Nordjylland. Vurdering af formål tager således udgangspunkt i Ortopædkirurgisk Afdeling i Farsø. Se i øvrigt note til figur 2.

Prostatakræft

Oprindeligt ønskede delprojektet for prostatakræft at fokusere på både lokaliseret og avanceret (spredt) prostatakræft. Delprojektet besluttede dog undervejs – af hensyn til at skabe en løsning inden for VBS-projektets levetid - at fokusere på lokaliseret prostatakræft, der behandles med operation. Delprojektet arbejdede videre med de oprindelige effektmål og fokuserede omfanget af mål i relation til den nye smallere definition af patientforløbet.

Gap-analysen for Prostatakræft er vist i figur 9 nedenfor. I det følgende redegøres for indplacering i gap-analysen for hver af de 8 forudsætninger:

Patientforløb. For delprojekt prostatakræft skete der nogle ændringer i patientforløbet i forhold til de oprindelige ønsker. Ekspertgruppen fandt oprindeligt en form, der dækkede alle behandlinger relateret til lokal prostatakræft (medicinsk, såvel som operation). Region Syddanmark arbejdede efterfølgende videre med projektet og definerede et forløb alene med lokaliseret prostatakræft behandlet med operation. Dette er således en delmængde af det oprindelige patientforløb og forudsætningen er delvist opfyldt.

Mål for effekt blev defineret i fællesskab i ekspertgruppen og der var enighed om løsningen. Alle effektmål er tilgængelige, hvorfor forudsætningen er opfyldt også til anvendelse på tværs af sektorer.

Der er PRO-data tilgængelig for tre af de fem regioner. Derfor er forudsætningen opnået i Region Syddanmark for anvendelse i individuel behandling, på tværs af behandlere samt på tværs af afdelinger/hospitaler. Forudsætningen er imidlertid kun delvist opfyldt for PRO-data på tværs af regioner, da to regioner fortsat mangler data. PRO-data er som udgangspunkt ikke tænkt tværsektorielt, hvorfor der ikke er målopfyldelse i relation hertil.

Ressourcetræk. Patientforløbet definerer hvilke ressourcer, der skal trækkes. Det er muligt at trække disse informationer fra kildesystemerne inden for og på tværs af regionerne eller via LPR. Der blev dog ikke defineret omkostninger for patientforløbet. Derfor er målsætning halvt opnået for det regionale niveau. På tværs af sektorer er der ikke defineret hverken ressourcer eller omkostninger, hvorfor forudsætningen ikke er opfyldt.

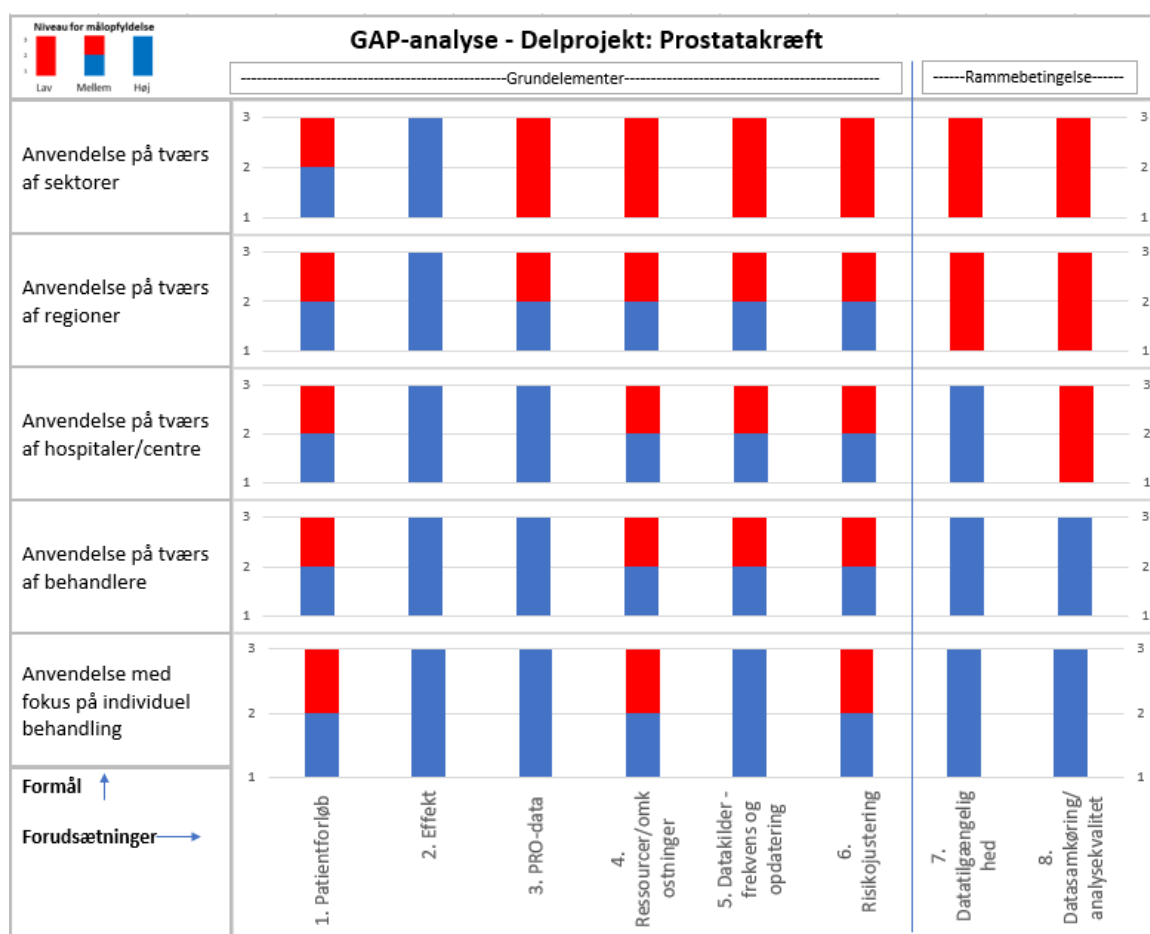
Datakilder, frekvens og opdatering. Data er tilgængelig i kildesystemer til brug for klinikkens arbejde i realtid (eller så tæt på realtid som muligt). Derfor er målet fuldt opfyldt for anvendelse i den individuelle behandling. Til brug for anvendelse på tværs af behandlere og på tværs af afdelinger er der brug for aggregerede data, som forudsætter manuel håndtering på de enkelte hospitaler førend disse kan anvendes. Til anvendelse på tværs af regioner er data ligeledes opdateret via LPR eller tilsvarende systemer. Det er umiddelbart ikke relevant at tale om datakilder på tværs af sektorer, da dette ikke er afdækket.

Risikojustering. Der blev udarbejdet en metode for risikojustering af RKKP, der vil kunne anvendes til justering inden for alle formål, forudsat at der er data tilgængeligt. Denne metode skal der imidlertid videre arbejdes med, herunder i forhold til, hvordan data skal præsenteres. Forudsætningen om at sikre relevant risikojustering er derfor delvist opfyldt.

Datatilgængelighed. For anvendelse inden for hospitalet/regionen er data (i aggregeret format) fuldt tilgængelige, om end det forudsætter at data trækkes via databehandlere i de respektive afdelinger. For anvendelse på tværs af regioner er data ikke tilgængelige i den nuværende løsning. Ligeledes er der ingen data tilgængeligt på tværs af sektorer.

Datasamkøring. Effektmålsdata kan fuldt samkøres i forbindelse med den individuelle behandling og det er muligt via databehandlere i afdelingerne at sammenkøre data til aggregerede analyser inden for afdelingen. Skal analysen laves på tværs af afdelinger (inden for Region Syddanmark) er der i den konkrete løsning ikke givet tilladelse til at sammenkøre data, men alene en mulighed for at sammenligne resultaterne på tværs af afdelinger. Det er derudover ikke muligt at sammenkøre data på tværs af regioner eller sektorer, idet registrene ikke umiddelbart må sammenkøres. Forudsætningen er således ikke opfyldt til formål på tværs af afdelinger, regioner og sektorer.

Figur 9. Gap-analyse for Prostatakræft



Note: Analysen er baseret på den effektbaserede løsning, der testes og afprøves i delprojektledelsen, forankret på Odense Universitetshospital i Region Syddanmark. Vurdering af formål tager således udgangspunkt i Onkologisk Afdeling og Urologisk Afdeling på Odense Universitetshospital. Se i øvrigt note til figur 2.

4. METODEBESKRIVELSE FOR UDARBEJDELSE AF GAP-ANALYSERNE

I det følgende redegøres for metode, proces og indhold i gap-analyserne. Figur 10 viser den overordnede proces fra behovsaflarung over definitionen af formål, forudsætninger og ambitionsniveauer til udarbejdelse af gap-analyse for hvert delprojekt. Gap-analyserne er dokumenteret i figurer, der med farvemarkering tydeligt angiver gap'et for hvert enkelt delprojekt. Herved skabes overblik over:

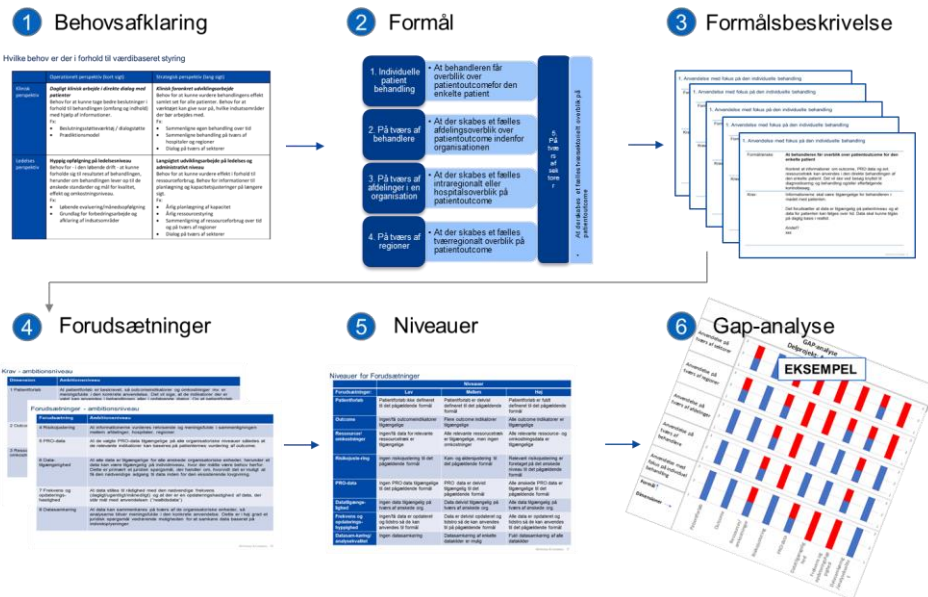
- Hvor langt det pågældende delprojekt er i arbejdet med værdibaseret sundhed
- Samlet overblik på tværs af delprojekterne
- Grundlag for hvilke indsatser der fremadrettet skal arbejdes med, for at opfylde visionen for værdibaseret sundhed

Indholdet i processen er kort beskrevet i boks 1 nedenfor og efterfølgende uddybes hvert delelement.

Figur 10. Proces til konkretisering af gap-analysen

Gap-analysen – konkretisering

Konkretiseringen af gap-analysen går gennem følgende 6 trin.



Boks 1. Gap-analysens trin – forklaring til figur 10

1. Behovsafklaring

I dialog med delprojekterne afklarede konsulentteamet de overordnede behov relateret til effektbaserede målinger. Dette blev udmøntet i 2*2 behovsmatricen relateret til de to dimensioner:

1. Klinisk vs. ledelsesmæssig dimension
2. Strategisk vs. operationel dimension

2. Formål

Matricen er nyttig til at strukturere dialogen om anvendelse af effektbaserede målinger. Det viste sig dog nødvendigt at specificere behov/anvendelse i fem konkrete formål:

- Anvendelse på tværs af sektorer
- Anvendelse på tværs af regioner
- Anvendelse på tværs af afdelinger i en region/et hospital/et center
- Anvendelse på tværs af behandlere inden for en organisation (en afdeling)
- Anvendelse med fokus på den individuelle behandling.

De fem formål blev anvendt i hvert delprojekt til dels at strukturere dialogen, dels at afklare, hvordan delprojekterne kan brede værdibaseret sundhed ud til at indbefatte alle formål.

Gap-analysen har taget udgangspunkt i delprojektets erfaringer, herunder den konkrete anvendelse, der eventuelt har fundet sted, på den/de afdelinger der var direkte tilknyttet delprojektet.

3. Formålsbeskrivelser

Til trods for delprojekternes forskellighed var der generel konsensus om formålene. Disse blev drøftet med delprojekterne med særligt fokus på at afdække, hvilke forudsætninger, der er for at kunne understøtte formålene med en værdibaseret sundhedsmodel. En del af dette var, om der er særlige sygdoms- eller specialeafhængige forhold, der skal tages hensyn til eller om der kan udvikles mere generiske løsninger.

4. Forudsætninger

Med henblik på at strukturere gap-analysen blev der fastlagt otte forudsætninger, som skal være opfyldt for at delprojekterne har opfyldt visionen for så vidt angår de tekniske forudsætninger. Disse forudsætninger er som udgangspunkt generiske på tværs af delprojekterne med henblik på at opnå en fælles referenceramme, og i forhold til vurdering af udbredelsen af VBS til andre patientforløb. Alle otte forudsætninger bliver vurderet for hvert af de fem formål.

5. Niveau for om forudsætningerne er opfyldt

For at afklare gap'et mellem visionen for VBS projektet og hvor delprojekterne er i dag blev der arbejdet der med tre niveauer for opfyldelse af de konkrete forudsætninger; "høj", "mellem" og "lav". Denne metode blev valgt for både at sikre overblik og ensartethed samt opnå et relevant informationsniveau.

6. Gap-analysens struktur

Med udgangspunkt i de fem formål og de otte forudsætninger blev selve gap-analysen herefter udarbejdet for hvert delprojekt.

Niveauet som det enkelte delprojekt lå på for de fem formål i forhold til de otte forudsætninger blev fastsat i samspil med delprojektledelserne og ekspertgrupperne. Dette var bl.a. omdrejningspunktet for workshops med ekspertgrupperne i efteråret 2018.

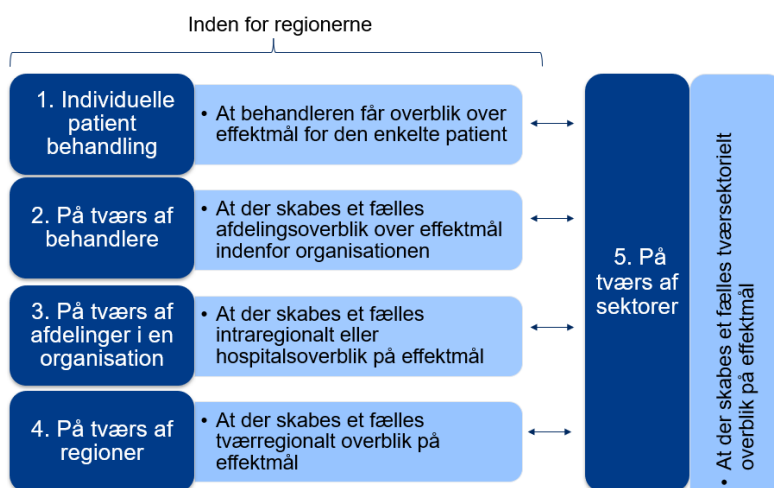
Formål og formålsbeskrivelser

For at afgrænse og konkretisere dialogen om gap blev behovene specificeret i fem konkrete formål.

Figur 11 nedenfor viser den organisatoriske sammenhæng mellem disse fem formål. Hvor formålene med effektbaserede målinger afspejles på fire (organisatoriske) niveauer i de regionale opgaver, viser figuren, at det tværsektorielle samarbejde i virkeligheden kan spille sammen med samtlige regionale formål. Det er både relevant at tænke tværsektorielt samspil i behandlingen af den enkelte patient og i vurderingen af den overordnede behandling på tværs af regionerne.

Figur 11. Skematisk oversigt over formål med effektbaserede målinger

Gap-analysen - formål inden for regioner og på tværs af sektorer



Formålsbeskrivelserne er uddybet i det følgende.

Formålsbeskrivelse 1. Anvendelse til individuel patientbehandling

Formål: At behandleren får overblik over effektmål for den enkelte patient. Konkret forstået som at informationer om effekt, PRO-data og evt. ressourcetræk kan anvendes i den direkte behandling af den enkelte patient. Det vil ske ved besøg knyttet til diagnosticering og behandling og/eller efterfølgende kontrolbesøg.

Krav: Informationerne skal være tilgængelige for behandleren i mødet med patienten. Det forudsætter, at data er tilgængelig på patientniveau og at data for patienten kan følges over tid. Data skal kunne tilgås på daglig basis i realtid.

Formålsbeskrivelse 2. Anvendelse på tværs af behandlere

Formål: At der skabes et fælles afdelingsoverblik over effektmål. Konkret at informationer om effektmål, PRO-data og ressourcetræk kan anvendes til at vurdere behandlingen inden for et afsnit herunder eventuelt at kunne se på tværs af behandlere.

Krav: Informationerne skal løbende være tilgængelig for ledelsen og for medarbejdere til fx tavlemøder eller andre løbende dialoger. Det forudsættes, at data er tilgængelige for den enkelte afdeling, eventuelt kan identificeres fordelt på behandlere samt at data kan følges over tid. Data skal gerne kunne tilgås på ugentlig (måske daglig) basis.

Formålsbeskrivelse 3. Anvendelse på tværs af afdelinger/hospitaler

Formål: At der skabes et fælles intraregional eller hospitalsoverblik på effektmål. Konkret forstået som at informationer om effekt, PRO-data og ressourcetræk kan anvendes til at vurdere de enkelte afsnit/enheder inden for et center/hospital. Det væsentlige er at kunne følge effekten over tid og på tværs af enheder samt se på konsekvensen af behandlingen.

Krav: Informationerne skal løbende være tilgængelige for direktion og administration samt for de kliniske afdelinger til brug for dialog (tavlemøder, andet). Det forudsætter, at data er tilgængelige for hospitalet/centeret og kan identificeres pr afsnit samt at data kan følges over tid. Data skal gerne kunne tilgås på ugentlig eller månedlig basis.

Formålsbeskrivelse 4. Anvendelse på tværs af regioner

Formål: At der skabes et fælles tværregionalt overblik på effektmål. Konkret at informationer om effekt, PRO data og ressourcetræk kan anvendes til at vurdere behandlingen mellem regioner. Formålet er at se på, hvordan de enkelte regioner klarer sig i forhold til hinanden samt se på udviklingen over tid.

Krav: Informationerne skal være tilgængelige for regionens medarbejdere og for hospitaler/afdelinger til brug for den løbende dialog om drift og udvikling af behandling og pleje. Det forudsætter, at data er tilgængelige på tværs af regioner og kan identificeres ned på hospital/afdeling samt at data kan følges over tid. Data skal kunne tilgås på månedlig basis.

Formålsbeskrivelse 5. Anvendelse på tværs af sektorer

Formål: At der skabes et fælles tværsektorielt overblik over effektmål – enten i den direkte behandling eller på overordnet niveau. Konkret betyder det at informationer om effekt, PRO-data og ressourcetræk kan anvendes til at vurdere

behandlingen på tværs af sektorer. Formålet er at se, hvordan behandlingen påvirker alle sektorer og se på konsekvensen af forskellige behandlinger – og mulige løsninger. Derudover skal der kunne arbejdes med udviklingen over tid for at kunne identificere effekten af indsatserne.

Krav: Informationer skal være tilgængelig for alle aktører på tværs af sektorer (regioner, kommuner og praktiserende læger) og kunne anvendes i den løbende dialog på tværs i fx dialog om behandling og/eller i regi af sundhedsaftaler og lignende. Det forudsætter, at data er tilgængelige på tværs af sektorer og kan identificeres på de enkelte enheder (regionale, kommunale, praksis) samt at data kan følges over tid. Data skal kunne tilgås med den frekvens, som er nødvendig afhængigt af formål.

Forudsætninger

Forudsætningerne for at etablere effektbaserede målinger er konkretiseret i otte punkter. Ambitionsniveauet for disse otte punkter er beskrevet i tabel 1 nedenfor. Det er forventningen, at ambitionsniveauet skal kunne opnås for hvert af de ovenstående 5 formål.

Tabel 1. Forudsætninger for udvikling af effektbaserede målinger

Forudsætninger	Ambitionsniveau
1 Patientforløb	At patientforløb er beskrevet, så effekt, indikatorer og omkostninger mv. er meningsfulde i den konkrete anvendelse. Det vil sige, at de indikatorer, der er valgt, kan anvendes i behandlingen eller i opfølgende dialog samt at patientforløb spænder over det ønskede tidsrum. En uhensigtsmæssig afgrænsning af patientforløbet skal fx ikke give anledning til fejlfortolkninger ved vurdering af behandlingseffekt.
2 Effekt	At alle valgte indikatorer kan defineres og baseres på eksisterende datakilder, så det (i teorien) er muligt at skaffe data. At alle valgte indikatorer kan bidrage til at give svar på, om man lykkes med behandling og pleje relateret til det pågældende patientforløb.
3 PRO-data*	At de valgte PRO-data er tilgængelige på alle organisatoriske niveauer, så de relevante indikatorer kan baseres på patienternes vurdering af effekt.
4 Ressource/ Omkostninger	At alle valgte ressourcetræk og omkostninger kan defineres og baseres på eksisterende datakilder, så det (i teorien) er muligt at skaffe data. At alle valgte ressourcer og omkostninger kan bidrage til at give svar på om man lykkes med behandling og pleje relateret til det pågældende patientforløbet.
5 Frekvens og opdaterings- hastighed	At data stilles til rådighed med den nødvendige frekvens (dagligt/ugentligt/månedligt) og at der er en opdateringshastighed af data, der står mål med anvendelsen ("realtidsdata").
6 Risikojustering	At informationerne vurderes retvisende og meningsfuldt i sammenligningen mellem afdelinger, hospitaler, regioner.
7 Data- tilgængelighed	At alle data er tilgængelige for alle ønskede organisatoriske enheder, herunder at data kan være tilgængelig på individniveau, hvor der måtte være behov herfor. Dette er primært et juridisk spørgsmål, der handler om, hvorvidt det er muligt at få den nødvendige adgang til data inden for den eksisterende lovgivning.
8 Datasamkøring	At data kan sammenkøres på tværs af de organisatoriske enheder, så analyserne bliver meningsfulde i den konkrete anvendelse. Dette er i høj grad et juridisk spørgsmål vedrørende muligheden for at samkøre data baseret på individoplysninger.

*) PRO-data dækker både over patientrapporterede oplysninger eller sundhedsprofessionelle medarbejders indsamlede patientoplysninger.

Niveauer for gap-opfyldelse

Hver forudsætning er vurderet på en skala fra 1-3. Denne afspejler om ambitionsniveauet eller målet er fuldt opfyldt (3), delvist opfyldt (2) eller ikke opfyldt (1). Dette er foretaget for samtlige forudsætninger og samtlige fem formål. Vurderingskriterierne fremgår af tabel 2.

Tabel 2. Niveauer til vurdering af om forudsætninger for effektbaserede målinger er opfyldt

Forudsætninger:	Niveauer		
	1. Lav (ikke opfyldt)	2. Mellem (delvist opfyldt)	3. Høj (fuldt opfyldt)
1 Patientforløb	Patientforløbet er ikke defineret til det pågældende formål	Patientforløbet er defineret, men dækker kun en mindre del af den ønskede behandlingsfelt.	Patientforløb er fuldt defineret til det pågældende formål. Ingen bias og/eller suboptimering.
2 Effekt	Ingen/få indikatorer tilgængelige	Flere indikatorer tilgængelige	Alle indikatorer er tilgængelige
3 PRO-data*	PRO spørgsmål er ikke defineret og PRO data er ikke indsamlet	Der er defineret PRO spørgsmål og indsamling af PRO er igangsat	Der er defineret PRO spørgsmål, indsamling af PRO pågår og data er tilgængelig
4 Ressourcer/ Omkostninger	Ingen/få data for relevante ressource-træk er tilgængelige	Alle relevante ressource-træk er tilgængelige, men ingen omkostninger	Alle relevante ressource- og omkostningsdata er tilgængelige
5 Datakilder - frekvens og opdaterings-hyppighed	Ingen/få data er opdateret og tidstro så de kan anvendes til formål	Data er delvist opdateret og tidstro så de kan anvendes til på pågældende formål	Alle data er opdateret og tidstro så de kan anvendes til det pågældende formål
6 Risikojustering	Der er ikke defineret eller drøftet relevant risikojustering	Der er defineret relevant risikojustering, men den er ikke afprøvet	Der er defineret relevant risikojustering og metoden er afprøvet
7 Data-tilgængelighed	Ingen data er tilgængelig på tværs af ønskede org.	Data delvist tilgængelig på tværs af ønskede org.	Alle data tilgængelig på tværs af ønskede org.
8 Datasamkøring/ analysekvalitet	Ingen datasamkøring	Datasamkøring af enkelte datakilder er mulig	Fuld datasamkøring af alle datakilder

*) PRO-data dækker både over patientrapporterede oplysninger eller sundhedsprofessionelle medarbejders indsamlede patientoplysninger.