

Prosjektrapport

Ventetid i BUP, VOP og TSB - Kartlegging av utfordringer og råd om tiltak

Innhold

| | | |
|-------|--|----|
| I. | Innledning..... | 3 |
| II. | Bakgrunn | 4 |
| III. | Mandat | 5 |
| IV. | Prosjektavgrensning | 5 |
| V. | Arbeidsgruppe & Prosjektgruppe..... | 5 |
| VI. | Arbeidet fram mot en rapport – svar på mandatet | 6 |
| VII. | Pågående tiltak..... | 7 |
| VIII. | Sammendrag av funn og tiltak | 7 |
| 1. | Betydning av kort ventetid..... | 7 |
| 2. | Nye henvisninger..... | 8 |
| 2a) | Data – Pågangen av nye henvisninger..... | 8 |
| 2b) | Organisering av inntaksprosessen..... | 8 |
| 2c) | Vurdering og prioritering..... | 8 |
| 2d) | Manglende informasjon i henvisningen/ avviste henvisninger | 9 |
| 2e) | Planlegging av første konsultasjon/inntakssamtale..... | 9 |
| IX. | Styringsdata – tilgang og bruk..... | 11 |
| X. | Utredning og behandling..... | 13 |
| XI. | Rekruttering og vakanser | 14 |
| XII. | Kapasitetsproblemer | 15 |
| XIII. | Avtalespesialister..... | 16 |
| XIV. | Samarbeid med henvisende instanser/andre samarbeidspartnere..... | 16 |
| XV. | Konklusjon | 17 |

I. Innledning

Anbefalinger og forslag til tiltak i denne rapporten er basert på kartlegging av data fra de største poliklinikkene innen Voksenpsykiatri, Barne- og ungdomspsykiatri og Tverrfaglig spesialisert rusbehandling i regionen, møter med lederne for samtlige poliklinikker & Helseforetakene og diskusjoner i prosjektgruppa.

Prosjektet startet opp primo mai 2018. Det har ikke vært tid til nødvendige prosesser for å kunne si at prosjektgruppa står bak anbefalinger og forslag til tiltak. Men prosjektdeltakerne har hatt mulighet for å komme med innspill som er forsøkt innarbeidet i rapporten.

Det er derfor viktig å presisere at undertegnede - sammen med representanter fra Regionalt senter for helsetjenesteutvikling- står ansvarlig for anbefalinger og råd.

I arbeidet med å svare ut mandatet og utarbeide rapporten, har vi møtt engasjerte og kompetente ledere fra alle poliklinikkene og de tre foretakene. De har bidratt til at det har vært mulig å svare ut mandatet innenfor svært korte tidsfrister. Samtlige poliklinikker har fortalt om tiltak de er stolte av og som kan være eksempel til etterfølgelse for andre. Vi som har utarbeidet rapporten, har opplevd nytten av å komme så nært på daglig drift og dilemma man står oppe i når det gjelder kryssende interesser og målkrav i hverdagen.

Vi håper anbefalinger og forslag til tiltak i rapporten kan bidra til fortsatt kvalitetsutvikling i regionen.

Jeg vil takke prosjektgruppa og de vi har møtt fra HMR, HNT, STOH og HMN RHF for positive bidrag.

Trondheim 15. juni 2018

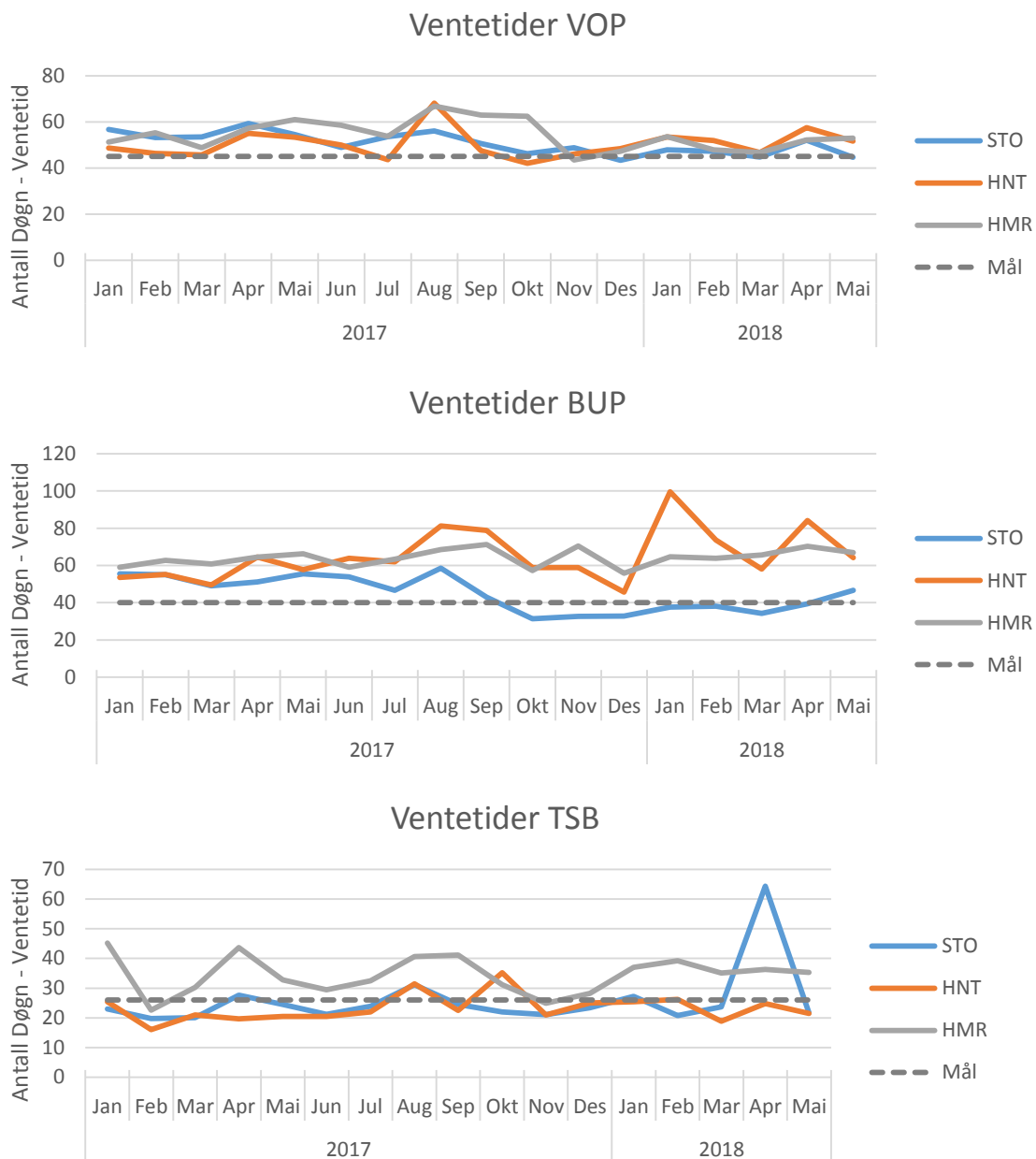
Tor Åm

II. Bakgrunn

Etter oppfordring fra styrene i HMR og HNT og styrebehandling av sak 45/18 i RHF-styret, besluttet dm. dir. i Helse Midt-Norge (HMN) å opprette en regional gruppe som skal bistå helseforetakene i å nå definerte målkrav knyttet til Den gyldne regel, jfr. «Styringskrav og rammer for 2018» fra HMN til HF-ene i regionen:

- Høyere vekst innen PH/TSB enn somatikk målt i gjennomsnittlig ventetid og kostnader
- Økning i aktivitet sammenlignet med 2017 (polikliniske opphold)
- Krav til gjennomsnittlig ventetid:
 - PH voksne <45 dager
 - PH barn og unge <40 dager
 - TSB <26 dager
- Reduksjon i gjennomsnittlig ventetid fra 2017

Tabell 1. Utviklingen i ventetid 2017-2018 (VOP, BUP, TSB)



III. Mandat

- Gruppen skal skaffe en oversikt over pågående tiltak på hvert enkelt foretak inklusive innføring av pakkeforløp for å nå definerte målkrav.
- Gruppen skal kartlegge evt. flaskehals for måloppnåelse.
- Videre skal gruppen peke på mulige tiltak for å sikre måloppnåelse:
 - Tiltak på det enkelte foretak
 - Tiltak i samarbeid mellom helseforetakene
 - Tiltak på regionalt nivå
 - Tiltak mellom HF og kommunene

Gruppen skal prioritere tiltak som kan sikre måloppnåelse mht. ventetider.

IV. Prosjektavgrensning

Det er mange som bidrar til at en pasient med et helseproblem får riktig hjelp. Kommunale tiltak er ofte det første som kobles inn. En andel av pasientene trenger i tillegg behandling fra spesialisthelsetjenesten. For at kapasiteten i spesialisthelsetjenesten skal være god nok for pasienter med problemer innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling og psykisk helse, voksenpsykiatri og barne- og ungdomspsykiatri, har Helsedepartementet de siste årene satt fokus på dette ved å stille tydelige krav til helseforetakene. Et prioritert tiltak for å nå dette målet er å etterleve Den gyldne regel. Denne regelen inneholder indikatorer for bedring av tilbudet knyttet til krav om kort ventetid, aktivitet og kostnad – sammenlignet med innsatsen på det somatiske området. **I denne rapporten fokuseres det på ventetid som hovedindikator på et godt tilbud.**

Med ventetid i denne rapporten menes tid fra mottak av henvisning til første polikliniske konsultasjon (kalt inntakssamtale) for pasienter som er gitt rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten.

Vi har kartlagt holdninger/ synspunkt på om kort ventetid oppleves som viktig i den kliniske hverdagen og faktorer som kan påvirke ventetiden.

Det store volumet av nyhenvisninger med ventetid til et HF er polikliniske henvisninger fra eksterne instanser. Derfor fokuserer dette prosjektet på polikliniske nyhenvisninger. I prosjektet har vi sett spesielt på inntaksprosessen hvor pasienter gis «rett til helsehjelp» eller «ikke rett til helsehjelp» («avslag») og hvordan pasienter settes opp til inntakssamtale, siden det er her ventetiden oppstår. Men vi har også kartlagt en rekke andre momenter i det polikliniske arbeidet som påvirker ventetiden.

V. Arbeidsgruppe & Prosjektgruppe

Gruppen har vært ledet av samhandlingsdirektør Tor Åm, St. Olavs hospital.

De tre helseforetakene har oppnevnt deltagere i prosjektgruppen med kompetanse fra fag og økonomi innenfor både Voksenpsykiatri (VOP), Barne- og ungdomspsykiatri (BUP) og Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).

Deltagere i prosjektgruppen:

Representanter fra Helse Møre og Romsdal:

Henrik Erdal, Marius Nustmyr Helberget, Ole Lorvik, Eirik Molvær, Kari Marie Remø Nesset, Karl-Arne Remvik, Marit Jorunn Rogne, Manuela Strauss og Anne Brit Krøvel Valsnes

Representanter fra Helse Nord-Trøndelag:

Åsmund Bang og Tore Tofte

Representanter fra St. Olavs hospital HF:

Bente Alfnes, Sissel Hovland Nordaune, Morten Møller Olsø, Kristin Holum Smedsrud og Eli Aassve

Representanter fra Regionalt senter for helsetjenesteutvikling (RSHU):

Anders Gullhav, Berit Langås, Daniel Løvland, Johan Skomsvoll, Joseph Schultz, Kristian Thun og Randolph Vågen.

Representant fra Helse Midt-Norge RHF (HMN):

Gaute H. Nilsen

Arbeidsgruppen har bestått av prosjektleder og deltakerne fra RSHU. Arbeidsgruppen (omtalt som «vi» i teksten) står ansvarlig for rapporten og anbefalingene i denne.

VI. Arbeidet fram mot en rapport – svar på mandatet

Deltakerne i prosjektgruppen har hatt ukentlige Skype-møter fra 8/5 – totalt 6 møter. Møtenes varighet har vært fra 90 minutter og ned til 15 minutter. Møtene har vært brukt til å planlegge hvordan mandatet kunne svares ut fram mot fristen 15/6, disposisjon og innhold i rapporten.

Sekretariatet startet prosessen med innsamling av data fra de ulike foretakene. Her ble det fokusert på aktivitet som har potensiale for innvirkning på ventetider. Gruppen analyserte denne informasjonen og brukte data til å sammenligne ulike poliklinikker for å se hvor det er forskjeller og likheter. Data ble levert av de ulike poliklinikkene, hentet ut fra NPR og fra Nimes. Vi har sett på data fra 2016 og 2017 fordi 2018 er et vanskelig år på grunn av overgangen fra BUP-data og RUS-data til PAS/ Doculive.

I perioden 29/5 – 14/6 har det vært avholdt 1,5 – 2 timers møter med samtlige poliklinikker innen TSB, VOP og BUP fra de tre foretakene.

Prosjektgruppens leder, sekretariatet fra RSHU og representanten fra HMN har deltatt i møtene med de berørte poliklinikkene der representanter fra HF-ene også har deltatt.

I møtene har vi gått gjennom en sjekkliste med diskusjonspunkter, se vedlegg (Tabell 5). **Vi har diskutert hvorfor kort ventetid er viktig og hvordan ventetid kan påvirkes.**

Hovedfokus har vært inntaksprosessen i de ulike poliklinikkene, men vi har også diskutert andre områder som påvirker arbeidet i den enkelte poliklinikk og ventetider. Vi har forsøkt å få fram eksempler på hva man er stolt av i den enkelte poliklinikk som andre kan lære av og hva man ser på som de største utfordringene i det daglige arbeidet.

Samtlige poliklinikker har fortalt om utfordringer i hverdagen mht. dilemmaet god kvalitet på tilbudet til den enkelte pasient inne i utredning/ behandling versus hensynet til pasienter som venter på et tilbud. Samtlige poliklinikker har fortalt om tiltak de er stolte av og som kan være eksempel til etterfølgelse for andre.

Rapporten er utarbeidet ut fra analyse av data fra de ulike poliklinikkene, dialogen med poliklinikkene, diskusjoner i prosjektgruppa og oversikt over pågående tiltak. Oppsummering og forslag til oppfølging er diskutert i prosjektgruppa, men må stå for arbeidsgruppas regning.

VII. Pågående tiltak

Vi viser til vedlegg (Tabell 2, 3 og 4) hvor vi har forsøkt å oppsummere pågående tiltak i de tre HF-ene for å nå målsetningene i Den gylne regel. Oppsummeringen er basert på rapporter tilsendt HMN fra hvert enkelt HF med frist 1. april 2018. I tillegg har vi mottatt supplerende informasjon som del av prosjektet.

Alle tre HF-er peker på utfordringer knyttet til pasientflyt/logistikk, økning i henvisningsmengde, rekruttering og kapasitet, og har tilgang på gang mht. utfordringsbildet

VIII. Sammendrag av funn og tiltak

I denne delen av rapporten vil vi beskrive funn fra innsamlede data og dialogmøtene med de ulike poliklinikkene i regionen.

1. Betydning av kort ventetid

Funn:

Når det gjelder ventetid, fokuserer poliklinikkene på å unngå fristbrudd i henhold til faglig prioritering bestemt av prioriteringsveilederen. Men det er ulik oppfatning blant poliklinikkledere og ansatte på poliklinikkene om viktigheten av kort ventetid, så lenge ventetiden er innenfor faglig frist. Det beskrives et dilemma der kravet til kort ventetid for de som venter må holdes opp mot hensynet til de som er inne i et forløp.

- Argumenter som framheves for viktigheten av kort ventetid er at tidlig inntak gir raskere behandling og medfører mer tilfredse pasienter og behandlere, opplevd kvalitet er noe annet enn hva nasjonale prioriteringsveiledere fokuserer på, kort ventetid gir større rom for fleksibilitet og skreddersøm rundt den enkelte pasient, mindre administrasjon og kortere forløp.
- Argumenter mot viktigheten av kort ventetid vi har hørt, er at tid til andre samtale i pasientforløpet kan bli lengre, at kort ventetid gir kort tid til forberedelse for pasient og kliniker og at for kort ventetid kan bidra til å øke pågangen av henvisninger.

Representanter fra BUP-området viser til landsdekkende tilsyn fra 2014 og 2016 der tilsynsmyndighetene har satt fokus på sammenhengende pasientforløp, dvs at timene i et forløp ikke blir satt opp med for lange mellomrom (maks 14 dager). Dermed har man fokus på at 1. time må følges opp med flere sammenhengende timer. Dette er et godt eksempel på dilemmaet som beskrives innledningsvis på dette punktet.

Tiltak 1: Utvikle en kultur for viktighet av kort ventetid

Før vi setter fokus på hvordan man kan oppnå kortere ventetid, er det viktig å se på hvorfor kort ventetid er viktig.

Rask tilgang til helsetjenester er en kritisk faktor for å behandle rusproblem og psykiske lidelser¹. Forskning har vist at lange ventetider for pasienter innen psykisk helsevern, kan føre til stress for pasienten og forverre arbeidsmessig og sosial dysfunksjon, til tap for både pasienten og samfunnet².

¹ Kowalewski, K., McLennan, J. D., & McGrath, P. J. (2011). A preliminary investigation of wait times for child and adolescent mental health services in Canada. *Journal of Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 20(2), 112-119; Reid, G. J., & Brown, J. B. (2008). Money, case complexity, and wait lists: perspectives on problems and solutions at children's mental health centers in Ontario. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 35(3), 334-346.

² Brown, S. A., Parker, J. D., & Godding, P. R. (2002). Administrative, clinical, and ethical issues surrounding the use of waiting lists in the delivery of mental health services. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 29(2), 217-228. Williams, M. E., Latta, J., & Conversano, P. (2008). Eliminating the wait for mental health services. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 35(1), 107-114.

Nasjonale faglige prioriteringsveiledere gir råd mht. faglig kvalitet, ikke nødvendigvis opplevd kvalitet hos pasient og pårørende. Når Stortinget nå legger vekt på å utvikle «Pasientenes helsetjeneste», er det nettopp fordi opplevd kvalitet må hensyntas i tillegg til rent faglige vurderinger.

Som vist over, har vi i samtalene med de ulike poliklinikkene hørt ulike holdninger til om kort ventetid er viktig så lenge man holder seg innenfor nasjonale prioriteringsveiledere.

Vi vil poengtere viktigheten av at leder kommuniserer hvorfor kort ventetid er viktig – ikke bare for å oppfylle politiske krav men for å sikre kvalitet på tilbudet. Om leder signaliserer til sine ansatte at kravet til ventetid ikke er faglig viktig, er det liten grunn til å tro at man vil klare å få ventetiden ned til målkrav som er satt.

Leder må skape forståelse hos sine ansatte for at kort ventetid er viktig både for pasienter, samfunnet og ansatte.

2. Nye henvisninger

Funn

2a) Data – Pågangen av nye henvisninger

Det er ulikheter mht. hvordan sesongvariasjoner og variasjon fra uke til uke, oppleves mellom BUP, VOP og TSB. Spesielt BUP merker varierende pågang som følger skoleåret. Dette skaper tidvis store variasjoner i antall henvisninger som mottas. Slike variasjoner kan være med på å gi økt venteliste, selv om antall henvisninger over året ikke øker. Variasjonene medfører utfordringer til kapasitet, som igjen kan påvirke ventetider.

2b) Organisering av inntaksprosessen

Denne rapporten har ingen mål om å gi en fullstendig beskrivelse av organiseringen av poliklinikkene, men vil fokusere på organisatoriske forskjeller som har kommet fram i møtene og som kan ha effekt på ventetid. Det finnes ingen enhetlig mal for hvordan poliklinikker skal organiseres. Organiseringen av poliklinikkene er ulik og tilpasset lokale forhold.

Poliklinikkledere/seksjonsledere har ansvar for faglig ledelse og styring av poliklinikkens aktivitet og ressurser. Noen poliklinikker benytter egne driftscoordinatorer som styrer aktiviteten og ressursene.

I RSHUs analyser ble det avdekket at det kan være store svingninger i antall førstegangssamtaler en enkelt poliklinikk gjør fra uke til uke. Dette forklares av klinikkene ved at det er forskjellige praksiser i håndtering, og planlegging av disse samtalene, hvor noen har faste ukentlige timer, mens andre planlegger disse ut i fra behov og henvisningsmengde.

2c) Vurdering og prioritering

Det finnes ingen fast mal for hvordan en inntaksprosess skal organiseres, noe som skaper store variasjoner fra poliklinikk til poliklinikk.

Alle poliklinikker benytter seg av vurderingsteam/inntaksteam. Disse er organisert ulikt i de forskjellige klinikkene. Her er det forskjeller mellom poliklinikkene i hvordan disse vurderingsteamene er satt sammen med henhold til størrelse – fra et par personer til større team. Avhengig av poliklinikkens størrelse er det også variasjoner på hvor ofte disse vurderings/inntaksteamene vurderer henvisninger. Det ble i våre møter med poliklinikkene rapportert en spredning fra én dag i uka til møter hver dag. Noen har team hvor deltakerne roterer inn og ut jevnlig, mens andre har faste personer ansvarlige for dette.

I noen poliklinikker tildeles pasienter time til behandler som del av disse møtene, mens andre har praksis for å gjøre dette i egne møter, eller ved at en merkantil eller faglig ansvarlig fordeler pasienter til behandler ut i fra ledige timer.

Avslagsprosjenter varierer mye mellom poliklinikker. Mange poliklinikker var tydelige på at de gav rett til behandling der de var usikre, jfr. punkt 2d.

2d) Manglende informasjon i henvisningen/ avviste henvisninger

I samtalene med poliklinikklederne, kom det fram at det ikke sjelden er et problem at fastleger sender henvisninger som ikke inneholder nok informasjon for å vurdere rett til behandling. Her hørte vi om vanskelige valg knyttet til om man skal la pasienten vente lengre mens man prøver å få mer informasjon fra lege, om man skal avslå søknaden på det grunnlaget man har mottatt, eller om man skal gi rett til behandling, til tross for manglende informasjon.

Noen poliklinikker rapporterer at de har valgt å ta inn nesten alle pasienter til inntakssamtale, slik at de bedre kan kartlegge pasientens faktiske behov. Ingen poliklinikker gir tilbakemelding på henvisningens innhold opp mot anbefalinger i Norsk elektronisk legehåndbok (NEL) som 95% av allmennlegene bruker aktivt som beslutningsstøtte i daglig klinisk virksomhet. NEL har innebygde maler for mange diagnosegrupper mht. hvem som bør henvises og hva henvisningen bør inneholde.

2e) Planlegging av første konsultasjon/inntakssamtale

Praksis ved oppsett av første avtale for en ny pasient vurdert til å ha rett på spesialisthelsetjeneste skjer i noen poliklinikker ved at pasienten settes opp på første ledige time; i andre poliklinikker ved at pasienten settes opp nært frist gitt i vurderingsmøte som igjen er avledet av oppgitt frist fra nasjonale prioriteringsveiledere.

I samtalene med noen av poliklinikklederne kan det høres ut som om nasjonale prioriteringsveiledere blir lest som «anbefalt frist» mer enn som «maksimal frist» for første samtale.

De fleste poliklinikkene rapporterer at de setter opp nye pasienter til time nært fristen fra veilederen.

Booking av time gjøres enten av merkantilt personell, eller av behandler selv. Her er det varierende praksis mellom poliklinikkene. Noen poliklinikker benytter en «hybridmodell» der jobben er fordelt mellom merkantil og behandler. Dette gjelder også for ombooking av møter hvor avtaler må flyttes eller avlyses.

Flere klinikker hadde faste tidspunkter hver uke som behandlere setter av til inntak av nye pasienter. Dette var som regel 1 time per behandler ukentlig.

Tiltak

Tiltak 2: Økt antall inntak av nyhenviste pasienter pr uke

For poliklinikker som har omtrent like mange nyhenviste i snitt pr uke som antall epikriser/ utskrivelser pr uke og lang ventetid, er det nødvendig midlertidig å øke inntaket av pasienter som venter om ventetiden skal gå ned. Man må øke kapasiteten slik at man tar inn flere pasienter fra ventelista enn antall nyhenviste pr uke. Aktivitet må da også økes i samme periode for å gi de nye pasientene som er tatt inn i utredning/behandling et godt forløp.

Tiltaket kan implementeres på ulike måter, og det er nødvendig å tilpasse implementering til de lokale forholdene. Aktuelle måter å gjennomføre tiltaket på kan være å etablere kveldspoliklinikk, få bistand fra klinikere fra andre poliklinikker/ klinikker/ foretak eller å benytte seg av private tilbud/innleie fra private firma i større grad – der dette er mulig. Gjennomføring av tiltaket vil som regel kreve ekstra ressurser i en avgrenset periode.

For at den reduserte ventelista og ventetiden skal vedvare, er det viktig at det innføres bedre kontroll og styring av inntaksprosessen og behandleres pasientportefølje.

Tiltak 3: Planlegging av inntakssamtaler

Inntakssamtale til første ledige inntakstime. Vi anbefaler en gradvis omlegging fra å planlegge inntakssamtale med nye pasienter ut mot fristen satt av prioriteringsveilederen til å planlegge inntakssamtale til *første ledige time*. Dette må kombineres med å *sette av et bestemt antall timer til inntakssamtaler hver uke*. Antall timer til inntakssamtaler som planlegges og gjennomføres over en periode må minst tilsvare mengden av nyhenvisninger i tilsvarende periode om ventetiden ikke skal øke over tid.

Dersom ventelista er kort, vil man ved å sette opp inntakssamtale til første ledige time få kortere ventetider enn om man setter opp time mot fristen. Sannsynligheten for fristbrudd vil også bli redusert. Dersom ventelista er lang, vil man ikke få en slik positiv effekt. Derfor er tiltak 2 over viktig å gjennomføre.

Booking av inntakssamtale til første ledige time bør gjennomføres ved å la merkantil få tilgang til å booke inntakssamtalene i behandlerens kalender (se tiltak 4: Merkantil booking av time).

Jevnt antall inntakssamtaler hver uke. Det er viktig at antall ukentlige inntakssamtaler er så likt som mulig fra uke til uke. Et jevnt inntak av nye pasienter vil bidra til at arbeidsmengden vil variere mindre enn om pasienter systematisk settes opp mot frist.

For å gjennomføre dette kreves det bedre styring og planlegging av behandleres aktiviteter (se også tiltak 8: Ressursstyring i poliklinikk). Styring av Leder bør legge en plan for hvilke behandlere som gjennomfører inntakssamtaler i de neste ukene/månedene på en slik måte at det totale inntaket for poliklinikken er på et høyt nok nivå til å gi en akseptabel ventetid.

Tiltak 4: Merkantil booking av time

Bruk av kalender. *Vi anbefaler at all booking og organisering av pasientmøter gjøres av merkantilt personell, slik at man frigjør mer tid til klinisk aktivitet for hver enkelt behandler.*

I de tilfeller hvor pasient avlyser eller ber om å endre tidspunkt for møter vil dette bli merkantiles jobb å finne ny time, som passer i behandlerens kalender. Dette er en ressurskrevende oppgave, som trekker mye tid ut av behandler hver dag, om dette gjøres av behandler selv. Dette er viktig for å utnytte fagressursene best mulig og frigjøre tid til pasientbehandling.

Faste timer. I tillegg til avsatte ukentlige timer til inntakssamtaler, kan man planlegge faste timer for møter med tverrfaglige team, noe som ellers kan være vanskelig å booke i en travel hverdag med tette kalendere. Avsatt fast tid til tverrfaglige møter i utredning vil ha positiv effekt på utredningstiden.

Tiltak 5: Bedre dialog om henvisninger

Det ble avdekket i dialogmøtene at poliklinikkene i liten/ingen grad sender klager på mangelfulle / dårlige henvisninger. Ingen poliklinikker rapporterte at de brukte informasjon i Norsk Elektronisk Legehåndbok (NEL) som vurderingsgrunnlag når henvisninger ble vurdert. NEL er et viktig arbeidsredskap for det store flertall av allmennleger. NEL tar fortløpende inn referanser til nasjonale veiledere. Vi anbefaler at ledere for poliklinikker gjør seg mer kjent med dette beslutningsverktøyet som det store flertallet av allmennleger bruker. Kunnskap om føringer/ anbefalinger i NEL kan være

et nyttig verktøy i behandleres kommunikasjon med henvisende leger. Dette kan bidra til å øke kvaliteten på mottatte henvisninger, som er bedre for ventetid, pasientens forløp, og ikke minst gir behandlere bedre grunnlag for å gi gode faglige vurderinger. Opplever våre fagmiljø at det er mangler i NELs råd til allmennlegene, så bør det være mulig å påvirke NEL.

Tiltak 6: Harmonisering av praksis mht. dårlige henvisninger/ avslag

Helsedirektoratets retningslinjer om lov og forskrift for prioriteringsveilederne sier i kapittel 4.1 – avsnitt nummer 8: «Henvisninger som er mangelfulle kan imidlertid ikke returneres til henvisende instans uten noen form for vurdering.» *Alle pasienter skal med andre ord rettighetsvurderes, uansett kvaliteten av henvisningen.* Dette betyr at den tid behandler benytter til å hente inn manglende informasjon vil påvirke ventetid. Høyere kvalitet på henvisninger vil gi pasienter en bedre, og mer rettferdig vurdering og kortere ventetid.

Hvordan forskriftens kapittel 4.1-avsnitt 8 praktiseres, bør diskuteres internt på den enkelte poliklinikk, mellom poliklinikkene i det enkelte foretak og mellom foretakene. Ensartet praksis kan påvirke ventetiden.

Tiltak 7: Oppfølging av funn i Riksrevisjonens rapport mht innholdet i henvisninger

Riksrevisjonen kom i januar 2018 med en rapport der de påviste at det i svært liten grad finnes noen læringsløyfe mellom spesialisthelsetjenesten og fastlegene mht. innholdet i henvisninger, frekvensen av henvisninger etc. Vi tilrår at det regionalt settes i gang et prosjekt for å sikre oppfølging av funn i Riksrevisjonens rapport.

IX. Styringsdata – tilgang og bruk

Funn

I møtene med de ulike poliklinikkene har vi kartlagt tilgang til, samt bruk av styringsdata i den daglige driften av poliklinikkene. 2018 har vært et svært vanskelig år for BUP og TSB i og med at BUP-data og RUS-data er skiftet ut med PAS/ Doculive. Dette har gjort at tilgangen til styringsdata midlertidig er blitt vanskeliggjort og mye tid er brukt på implementeringen som ellers kunne vært brukt til klinisk arbeid. Uavhengig av dette, er det ingen tvil om at styringsdata brukes i svært varierende grad. Bruken varierer internt i det enkelte HF og mellom HF-ene i regionen.

Noen poliklinikker var klare på at de hadde tilgang på det de behøvde av styringsdata, mens andre hadde svært lite eller omtrent ingen tilgang på styringsdata. Alle poliklinikkene hadde et sterkt ønske om tilgang til styringsdata, og tilstrekkelig informasjon angående sine egne klinikker.

Der data var tilgjengelig, var måten den ble brukt på ulikt fra poliklinikk til poliklinikk. Noen poliklinikker hadde konkrete måltall i forhold til hver enkelt behandler, mens andre hadde måltall på et mer overordnet nivå per poliklinikk. Flere poliklinikker refererte til et måltall på at hver behandler skulle ha 550 konsultasjoner per år, det vil si 2,5 behandlinger i gjennomsnitt per virkedag. Dette er et generelt styringstall som kommer fra regionen, og som ikke har utgangspunkt i hver enkelt poliklinikk. Målingene for denne typen data varierte fra daglige parametere til lengre tidshorisonter som uke, måned, og år. Ingen klinikker hadde styringstall som ble justert fortløpende/regelmessig i forhold til aktivitet eller mål på klinikknivå.

I møtene med de ulike poliklinikkene har det framkommet konkrete ønsker mht. hvilke data ledelsen ønsker å ha tilgang til slik at de kan ta bedre beslutninger med hjelp av god data/informasjon.

Eksempler på etterspurte data:

- Fordeling av diagnoser, antall konsultasjoner per diagnose

- Antall epikriser, inntak, henvisninger per uke/måned
- Oversikt over behandlernes aktiviteter
 - antall inntak per behandler per uke/måned
 - antall epikriser/avslutninger
 - pasientportefølje (diagnoser, ansiennitet)

Det ble rapportert manglende tillit på data fra flere poliklinikker. Det ble vist til at offisielle tall ikke lignet deres egne interne tall. Vi fant også at kodingspraksisen var ulik i regionen. Her var det tilfeller hvor avslag ikke ble registrert hos NPR på grunn interne rutiner/problemer med samkjøring av avdelingskoder. Det er også problemer med fremstillingen av data i NPR. Helsedirektorater/NPR har nylig (Mai 2018) endret hvordan poliklinikker er organisert i NPR sine fremstillinger av data. Dette betyr at data som kommer i fra NPR ikke er kjent hos de ulike HF-ene, og at man mister historiske data.

Tiltak

Se tiltak 3: Planlegging av inntakssamtaler

Dette tiltaket er tett knyttet til styringsdata, og hvordan man benytter seg av dette. Gode styringsdata vil lette dette tiltaket gjennom å gi leder den informasjonen som trengs for å benytte seg av styringsdata som kan vise til hvilke aktivitetsnivåer man må ha/oppnå for å nå spesifikke målsetninger.

Tiltak 8: Ressursstyring i poliklinikk

Den viktigste ressursen i en poliklinikk er behandlerne. Mangel på styring kan lede til redusert kvalitet i forløp, for eksempel på grunn av uønsket variasjon i tid mellom konsultasjoner, for store pasientporteføljer og unødvendig lange forløp. Funnene viste at noen ledere fordelte nyhenvisninger basert på kapasitetstall fra hver behandler, mens andre lot behandlere velge. Vi så at de som styrte sine behandlere basert på kapasitetstall (f.eks. antall pasienter/konsultasjoner per behandler per uke) hadde mer kontroll over behandlernes pasientportefølje (f.eks. hvilken behandler har nok pasienter, eller hvilke pasienter som bør avsluttes) og at dette fører til mindre variasjon i ventetid.

For å gi leder mulighet til å effektivt styre ressursene i poliklinikk, er det kritisk viktig at god informasjon er tilgjengelig. Analyseverktøy kan gi oversikt over dette. Dette forutsetter god datakvalitet. Se tiltak 9: Tilgang til styringsdata.

Tiltak 9: Tilgang til styringsdata - Regionale datasett og kvalitetssikring.

Vi foreslår at det utvikles regionale datasett for hensiktsmessige måltall som kan brukes som beslutningsstøtte for ledere ved de ulike poliklinikkene. For at tallene skal kunne gi god beslutningsstøtte, kreves det at dataene er korrekte og registrert riktig. Fra diskusjonene med de ulike HF-ene ser vi at praksisen i regionen er ulik, og vi mener det er nødvendig med en harmonisering av kodingspraksisen i regionen. Tall som sendes til NPR som ikke stemmer med faktisk aktivitet, må tas tak i av regionen, og det må samarbeides for å løse problemet. Det er svært uheldig at regionens faktiske situasjon framstilles på feil måte pga feil data.

Det er grunn til å tro at mye av behandlingsskapasiteten er bundet opp til lange forløp. RSHU bør framstille fordelingen mellom antall konsultasjoner i utredning versus behandling og ulikheter i utrednings-/ behandlingssforløp. Dette bør inngå i oversikten knyttet til et regionalt datasett.

Vi anbefaler at HMN i samarbeid med helsedirektoratet sørger for at de tilgjengelige dataene som benyttes til rapportering, her da for eksempel ventetid, må standardiseres, og gjøres sammenlignbart

mellom klinikker. Ved nylige endringer i NPR sine fremstillinger av data gjøres dette vanskeligere for både regionene generelt, og også for de enkelte poliklinikkene. Her må ting gjøres standardisert og bidra til bedre styring, og ikke skape mer tvil om de tallene som man bruker til å måle en så viktig parameter som ventetid.

Vi anbefaler at data gjøres tilgjengelig og benyttes innad i hver poliklinikk for å utvikle sine egne styringstall tilpasset egne mål og aktivitetsnivå.

Regionalt er det flere verktøy tilgjengelige, men bruken varierer mellom klinikker. Mange av de dataene som er ønsket av poliklinikkene, er data som er tilgjengelig i Nimes. Det var få klinikker som brukte dette som et verktøy, eller fikk data ut herfra, fra andre i regionene. Vi anbefaler at hvert HF tar kontakt med de ulike poliklinikkene og gjør en gjennomgang av hvilken type data som er tilgjengelig for lederne i de ulike poliklinikkene. Sannsynligvis vil man finne at mye av det som ble etterspurt i dialogmøtene, er lett tilgjengelig og kan produseres på fast basis.

Innføre eSP. Vi anbefaler en innføring av eSP (*Elektroniske Standardiserte Pasientforløp*) når de nye pakkeforløpene innen psykisk helse blir lansert. Dette er et verktøy som kan benyttes av både leder og behandler for lettere å se helheten i pasientforløp og forbedre hver enkelt pasients forløp. Dette er noe som må introduseres i regi av HMN.

X. Utredning og behandling

Funn

Analysen av data gjort i forkant av dialogmøtene, viste at det var forskjeller mellom poliklinikkene i antall gjennomsnittlige konsultasjoner per år, per pasient innenfor henholdsvis VOP, TSB og BUP.

Både korttidspoliklinikk og tidlig avklaring benyttes av flere poliklinikker. De som har slike tilbud, rapporterer at slike tilbud fører til større grad av «skreddersøm» rundt den enkelte pasients behov.

Noen av poliklinikkene rapporterer at de gjennomfører tverrfaglige møter for å diskutere evaluering av pasientbehandling. Hvor ofte disse møtene holdes, og hvor store grupper som møtes varierer mellom poliklinikkene. Noen mener å ha veldig gode resultater fra disse møtene mens andre har sagt at ved for mange deltakende, mister møtet litt av sin effekt.

Det rapporteres at gode evalueringsmøter sikrer at pasienter som har lite nytte av behandlingen, kan tilbys noe annet, noe som igjen vil påvirke tidspunkt hvor det er riktig faglig å avslutte behandlingsforløpet.

Det er oppgis å være ulik praksis for overføring av pasienter mellom enheter og HF, når det er samme lidelse/samme henvisning som ligger til grunn. Noen avslutter henvisningsperioden, og sender saken som ny til ny enhet, mens andre overfører pasienten til ny enhet.

Innenfor TSB er det ulik praksis for oppstart av helsehjelp for pasienter som er gitt rett til døgnopphold. I et HF starter helsehjelp ved innleggelsestidspunktet, i et annet HF starter helsehjelp ved innledende poliklinisk oppfølging i forkant av innleggelsen. Dette påvirker ventetid, da ventetid avsluttes når helsehjelp starter.

Tiltak

Se tiltak 8: Ressursstyring i poliklinikk

Leders oversikt og styring over utredning og behandling, ved hjelp av god kommunikasjon og tilgjengelig informasjon, vil bidra til å forbedre både pasientens, og behandlernes hverdag. Jevnlige samtaler og gjennomgang av pasientporteføljer bør også gjøres. Dette, sammen med utredningsmøter, er verktøy som kan hjelpe å sikre både behandlers pasientmengde, samt om behandlinger møter pasientens behov, eller om det må gjøres endringer/justeringer i pasientforløpet.

Tiltak 10: Evalueringsspunkt i pasientforløp

Poliklinikkene bør sikre jevnlig tverrfaglige evalueringer av individuelle pasientforløp. I poliklinisk arbeid vil mange behandlere arbeide alene med en god del av pasientene og mangle støtte til valg av behandlings innhold og lengde som en har i behandlingsformer der flere behandlere er involvert samtidig. Felles evaluering av behandlingen vil bidra til mer enhetlig behandling og mindre slitasje på ansatte.

For å sørge for at pasientene får rett behandling og at forløp avsluttes til rett tid, er det viktig at det gjennomføres regelmessige evalueringsmøter hvor pasientbehandlingen i enkeltsaker vurderes og hvor videre behandlingsplan eller avslutning er viktige beslutninger. Slike evalueringsmøter kan settes opp i behandleres kalender, og poliklinikkleder/teamleder kan ha ansvaret for at alle saker i poliklinikken/teamet diskuteres med jevne mellomrom.

Tiltak 11: Differensiering av forløp gjennom tidlige avklaringsmøter eller korttidspoliklinikk-tilbud

Poliklinikkene bør vurdere muligheten for å etablere tilbud som sikrer at pasienter får tilpassede tilbud.

Tiltak 12: Harmonisering av registreringspraksis ved overføring av pasienter internt i spesialisthelsetjenesten

Det anbefales lik praksis i alle enheter, hvor overføring til ny enhet benyttes når det gjelder samme lidelse, og det ikke blir riktig å avslutte henvisningsperioden. Dette vil forenkle arbeid hos mottakende enhet, og sikrer at pasienten ikke urettmessig blir rettighetsvurdert flere ganger for samme lidelse. Epikrise kan likevel skrives av enhet som overfører pasienten. I tillegg unngår man ulikhet i telling av nyhenviste, hvor dette tallet blir kunstig høyt hvor pasienter skulle vært overført, i stedet blir med i antall nyhenviste.

Tiltak 13: Harmonisering av registreringspraksis ved oppstart av helsehjelp i TSB

Regionen bør gjennomgå regelverket og utarbeide retningslinjer for lik praksis i alle tre HF, jft. siste avsnitt under funn.

XI. Rekruttering og vakanser

Funn

Samtlige HF rapporterer om rekrutteringsvansker. Det er spesielt vanskelig å rekruttere spesialistkompetanse (psykiatere, psykologspesialister og spesialpedagoger). Et problem er at kommunene tilbyr høyere lønn til spesialister.

Noen poliklinikker bruker i større grad høyskoleutdannede personell, i stedet for psykologer og psykiatere.

Flere poliklinikker rapporterer om til dels mange vakante stillinger. Dette gjør poliklinikkene sårbare i forhold til sykdom, permisjoner, og tap av ansatte.

Tiltak

Se tiltak 4: Merkantil booking av time

Dette tiltaket har også svært stor potensiell innvirkning på poliklinikker som har vansker med rekruttering og vakanser. Der hvor det er mangel på psykologer og spesialister er det viktig at deres tid prioriteres til klinisk aktivitet. Der hvor behandlere gjør store deler administrert arbeid selv, som booking av timer, utsending av brev til pasienter, og andre slike oppgaver, går mye potensiell behandlingstid bort til annet arbeid.

Tiltak 14: Regional utdannings- og rekrutteringsplan

Vi anbefaler at det utarbeides en regional utdannings/ rekrutteringsplan og plan for håndtering av vakanser. I et regionalt perspektiv finnes det ledige lønnsmidler som burde kunne benyttes til å ansette flere faste spesialister som forplikter seg til å dekke vakanser regionalt som del av sin jobb. I en slik plan bør man vurdere balansen mellom høyskoleutdannet personell og psykologer/psykiatere.

Tiltak 15. Tettere faglig fellesskap – bedre arbeidsmiljø – felles internundervisning

XII. Kapasitetsproblemer

Funn

Gjennom analysen av data for poliklinikkene, ser vi at de fleste poliklinikker har det som kalles en «steady state-situasjon», der antall utskrivelse fra poliklinikk/ epikriser er omtrent på samme nivå som antall nyhenviste. I praksis tar poliklinikkene unna henvisningene etter hvert. Problemet er at de har opparbeidet seg en kø av nyhenviste som venter på første time.

Vi ser også poliklinikker som har data som tyder på mer permanente kapasitetsproblemer. Her ligger antall nyhenvisninger over antall epikriser. Dette medfører en kontinuerlig økning i antall ventende pasienter, og da også en økning i ventetid, dersom ingen andre endringer blir gjort.

Tiltak

Se tiltak 4: Merkantil booking av time

Dette tiltaket har også svært stor potensiell innvirkning på poliklinikker som har problemer med kapasitet. Der hvor kapasitetsproblemene ligger i tilgjengelighet til behandlingstid, kan merkantil assistanse løse opp behandlerens tid til klinisk arbeid. Der hvor behandlere gjør store deler administrert arbeid selv, som booking av timer, utsending av brev til pasienter, og andre slike oppgaver, går mye potensiell behandlingstid bort til annet arbeid.

Se tiltak 8: Ressursstyring i poliklinikk

Lederens styring ressurser i poliklinikken kan benyttes til å kontrollere kapasitetsproblemer. God styring av ressurser vil føre til mer effektiv utnyttelse av disse ressursene, og vil hjelpe lederen å prioritere hvordan disse best benyttes, ut fra behov.

Se tiltak 9: Tilgang til styringsdata

Kapasitetsproblemer krever god styring av eksisterende ressurser, og hvordan disse benyttes for å imøtekomme aktivitet. Her kreves det god styringsdata slik at leder har den oversikten og informasjonen som trengs for å planlegge, og for å gjøre best mulige valg for å holde kapasitet høy.

Se tiltak 2: Økt antall inntak av nyhenviste pasienter per uke

Poliklinikker med en steady-state situasjon men med en oppbygget kø av ventende nyhenviste, bør øke kapasiteten midlertidig gjennom ekstra innsats fra egne ansatte, bistand fra andre fagmiljø eller kjøp av private tjenester.

Tiltak 15: Økning i permanent kapasitet

Om man har tatt i bruk alle tiltak beskrevet i denne rapporten og kapasiteten fortsatt ikke er stor nok i forhold til pågangen av henvisninger, så må kapasiteten økes permanent gjennom flere stillinger. I slike tilfeller trengs det ressurstilførsel.

XIII. Avtalespesialister

Funn

Ingen av poliklinikkene vi har vært i kontakt med, har rapportert et utstrakt samarbeid eller nytte av avtalespesialister i deres opptaksområde. Mange av poliklinikkene rapporterer imidlertid at de ønsker et godt samarbeid her, men at dette ikke har fungert i praksis der det har blitt forsøkt. Det finnes eksisterende lokale avtale hvor avtalespesialistene tar et bestemt nummer av pasienter fra ventelistene til de samarbeidene poliklinikkene årlig.

Tiltak

Tiltak 16: Lokale avtaler HF-Avtalespesialist

Vi tilrår at det enkelte HF samarbeider regionalt og eventuelt nasjonalt for å få på plass lokale avtaler mellom den enkelte avtalespesialist og HF om felles inntak og avtaler om arbeidsfordeling – håndtering av ø-hjelpspasienter og elektive pasienter. Slike ambisiøse planer for integrering av avtalespesialistene i spesialisthelsetjenesten, må understøttes nasjonalt.

XIV. Samarbeid med henvisende instanser/andre samarbeidspartnere

Funn

Det er stor variasjon mellom poliklinikkene i samarbeidet de har lokalt. I dialogmøtene har vi hørt om en rekke ulike typer samarbeid som er opprettet i regionene blant de forskjellige poliklinikkene, for eks:

- Gjør felles konsultasjoner med Barnevernet (BUP)
- Samarbeid med NAV om «Raskere tilbake»
- Faste møter med fastlegekontor i opptaksområdet
- Tilbud om felles konsultasjoner med pasienter hos fastlegen
- «Pre-konsultasjoner» før henvisning
- Faste ressurser tilgjengelig på videregående skoler

Tiltak

Se tiltak 5: Bedre dialog om henvisninger

NEL er et verktøy som kan styrke samarbeidet mellom fastlege og poliklinikkene. Ved å ha NEL som et felles verktøy til å sikre faglighet, og bedret vurdering, vil dette være lønnsomt både for behandler, lege, og pasient.

Tiltak 17: Samarbeid med henvisende instanser med mål om å sikre rett pasient på rett sted til rett tid

Vi er ikke i tvil om at tilbud som beskrevet over påvirker ventetid indirekte ved å dempe antall individuelle henvisninger til spesialisthelsetjenesten, jfr. Strategi 2030. Alle HF bør stille krav om utadrettet virksomhet med mål om å dempe veksten i antall henvisninger fra 1. linjetjenesten.

Samarbeid på systemnivå. Det bør finnes dialogarenaer der våre poliklinikk-ledere møter ansvarlige ledere fra 1. linjetjenesten (Blant annet Barnevern, Rus, Psykiatri, Pleie- og omsorg, NAV, Kommuneoverleger) for å sikre nødvendig samarbeid.

Samarbeid på individnivå. Det bør finnes systemer for å sikre dialogen mellom den enkelte henviser og mottagende enhet. Alle behandlere bør mestre bruken av dialogmeldinger mellom fastleger, pleie- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjeneste.

Tiltak 18: Nytt finansieringssystem

Finansieringssystemene for spesialisthelsetjenesten bør stimulere til samhandling, fordeling av oppgaver (rett pasient på rett sted til rett tid) og felles innsats mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten om tiltak som kan dempe behovet for helsetjenester i årene som kommer. Nasjonale myndigheter bør engasjeres i utviklingen av et finansieringssystem som legger til rette for slik aktivitet.

XV. Konklusjon

Måloppnåelse og hvor nært hver poliklinikk er sine ventetidsmål varier en god del, som illustrert i linjografene (se tabell 1). Denne variasjonen gjør det vanskelig å gi en prognose som gjelder alle poliklinikker på lik måte. Det vil være svært utfordrende å møte måltallene som er satt for året 2018. Da vi allerede er inne i juni måned, og ventetidene mange steder fortsatt ligger over kravene, vurderer vi det som lite realistisk å møte de gjennomsnittlige måltallene for ventetid i 2018 for en del av poliklinikkene.

Det vi tror er et realistisk mål, dersom våre tiltak følges, er at de fleste poliklinikkene kan forbedre sin ventetid og ha måltall ved slutten av året som for den enkelte måneden (ikke årlig gjennomsnitt) er innen målet. Det er optimistisk, men realistisk å klare dette, dersom man jobber konkret mot dette innad i hver poliklinikk. På kort sikt betyr dette at man gjennom sommeren og høsten må følge opp foreslåtte tiltak:

- Økt antall inntak av nyhenviste pasienter per uke
- Planlegging av inntakssamtaler
- Ressursstyring i poliklinikk

Oppsummering av anbefalte tiltak i rapporten:

| | |
|-----|--|
| 1. | Utvikle en kultur for viktigheten av kort ventetid |
| 2. | Økt antall inntak av nyhenviste pasienter |
| 3. | Planlegging av inntakssamtaler |
| 4. | Merkantil booking av time |
| 5. | Bedre dialog om henvisninger |
| 6. | Harmonisering av praksis mht dårlige henvisninger/ avslag |
| 7. | Oppfølging av funn i Riksrevisjonens rapport mht innholdet i henvisninger |
| 8. | Ressursstyring i poliklinikk |
| 9. | Tilgang til styringsdata - Regionale datasett og kvalitetssikring |
| 10. | Evalueringspunkt i pasientforløp |
| 11. | Differensiering av forløp gjennom tidlige avklaringsmøter eller korttidspoliklinikk-tilbud |
| 12. | Harmonisering av registreringspraksis ved overføring av pasienter internt i spesialisthelsetjenesten |
| 13. | Harmonisering av registreringspraksis ved oppstart av helsehjelp i TSB |
| 14. | Regional utdannings- og rekrutteringsplan |
| 15. | Økning i permanent kapasitet |
| 16. | Lokale avtaler HF-Avtalespesialist |
| 17. | Samarbeid med henvisende instanser med mål om å sikre rett pasient på rett sted til rett tid |
| 18. | Nytt finansieringsystem |

Vi tilrår følgende oppfølging av denne rapporten:

1. Rapporten bør sendes på høring med kort svarfrist.
2. Etter en høringsrunde bør forslag til tiltak følges opp regionalt
3. Hvert HF bør følge poliklinikkene mht. plan av 1. april og evt. justeringer av planene basert på denne rapporten for å sikre måloppnåelse for 2018. Om målkrav er urealistisk, bør det settes nye realistiske - men ambisiøse mål.
4. RHF/ HF-ene bør utvikle datasett for VOP, BUP og TSB for kontinuerlig lederoppfølging.
5. RHF/ HF-ene bør utarbeide en regional veileder for ledere av poliklinikker mht. ledelse og styring. En slik veileder bør følges opp gjennom et regionalt program for lederutvikling for poliklinikkledere.
6. Det bør utarbeides regionale forløp i samarbeid med kommunene - der slike forløp mangler. Forløpene bør følges gjennom eSP
7. Alle HF bør stille krav om at den enkelte poliklinikk har utadrettet virksomhet med mål om å dempe veksten i antall henvisninger fra 1. linjetjenesten.
8. Det bør iverksettes et regionalt prosjekt som sikrer oppfølging av funn i Riksrevisjonens rapport fra 2018 om kvalitet på henvisninger.
9. Hvert HF bør vurdere forslag til tiltak 1-18 for å se om noe bør følges opp lokalt.
10. Det bør avsettes nødvendige ressurser for å følge opp forslag i rapporten.

Vedleggsliste:

- Pågående tiltak i HF-ene (tabell 2 – 4)
- Diskusjonspunkter (tabell 5)