

# Praktiske forbedringer basert på DRG-analyse

hva har vi gjort?

# Urban Jürgensen



- 40-talist
- Dansk (fast icke rökare)
- Specialist i Gynekologi och obstetrik 1980
- Klinikchef K.K. Eksjö sedan 1994
- Obstetrik och ”minimal invasiv kirurgi”

# Bakgrund.

- Sydöstra sjukvårdsregionen införde DRG – registrering på alla kliniker f.o.m. 1 januari 1996.
- Den regionala medicinska programgruppen beslutade i början på 1997 att se över om detta materialet kunde användas till något praktiskt.

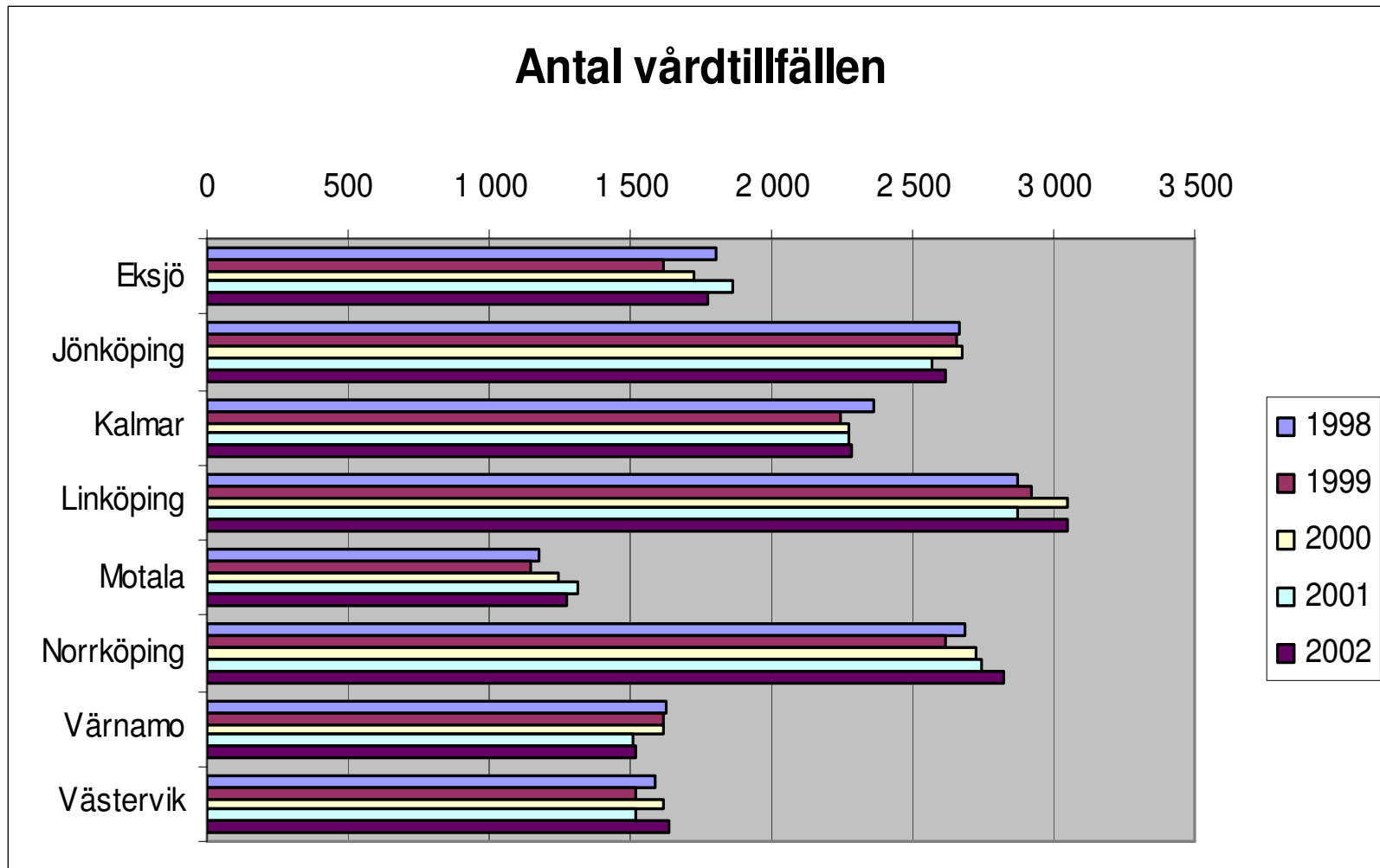


Sydöstra  
sjukvårdsregionen

# Deltagare 2004

- Christina Gunnervik, Värnamo
- Owe Gustafsson , Kalmar
- Kerstin Jonsson, Norrköping
- Urban Jürgensen, Eksjö
- Svante Kjellberg, Linköping
- Raymond Lenrick, Jönköping
- Ditte Pehrsson-Lindell, Motala
- Elisabet Sinnerstad, Västervik
- Monica Qvarfordth, Samverkansnämnden
- Krister Johansson, Samverkansnämnden

# Klinikernas storlek.



**Totalt cirka 17000 vårdtillfällen per år**







balanced score card

DRG

Business reengineering

Quality control



# Överlevnadsstrategi 1



# Överlevnadsstrategi 2

- Topphemliga kursen från ledarskapsutbildningen:

”Bortförklaringskursen”

DRG är icke ett betalningssystem!

DRG är ett instrument för analys och jämförelse  
av modern hälso- och sjukvård

# Benchmarking



- Identifiera skillnader i klinisk praxis
- Analysera skillnaderna
- Lära av den bästa

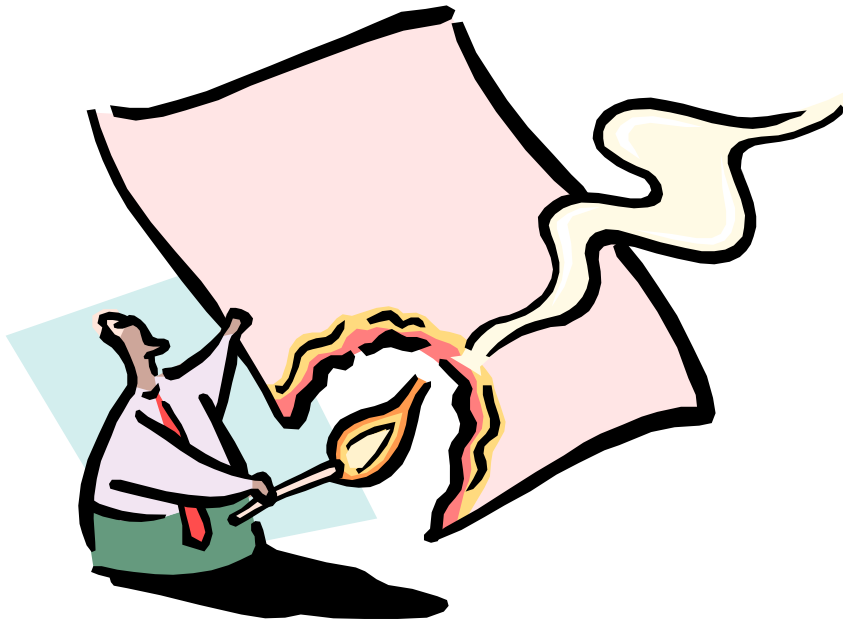
# Benchmarking



- Top - down



# Jämföra.....



- Vi vill egentligen inte jämföras, om inte vi är övertygade om att vi är bäst
- Tänk om vi behöver förändra oss, det är så besvärligt.....
- Tänk om det drabbar vår ekonomi...



# ”Hultsfred modellen”

## Bottom – up

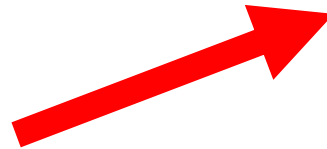
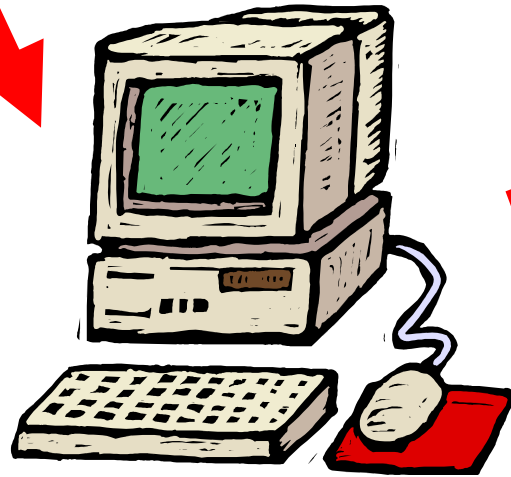


- Alla I gruppen är aktiva gynekologer med dagligt klinisk arbete.
- Analys av eventuella skillnader kan starta direkt
- Med hög sannolikhet är det någon i gruppen som vet hur man gör det bäst

# Syfte.

- Syftet är att med hjälp av våra DRG databaser för slutenvård, göra jämförelser mellan kvinnoklinikerna i Sydöstra sjukvårdsregionen, analysera orsaker till oförklarade skillnader i utfall, och komma överens om måtvärden att sträva mot.
- Säkra kvaliteten på vår diagnossättning.
- Säkra att våra data är korrekta.

GIGO.....



# Varför analysera vårdtid

# Varför analysera vårdtid

**Kort vårdtid**

**=**

**Hög kvalitet**

# Vad får patienter till att gå hem tidigare

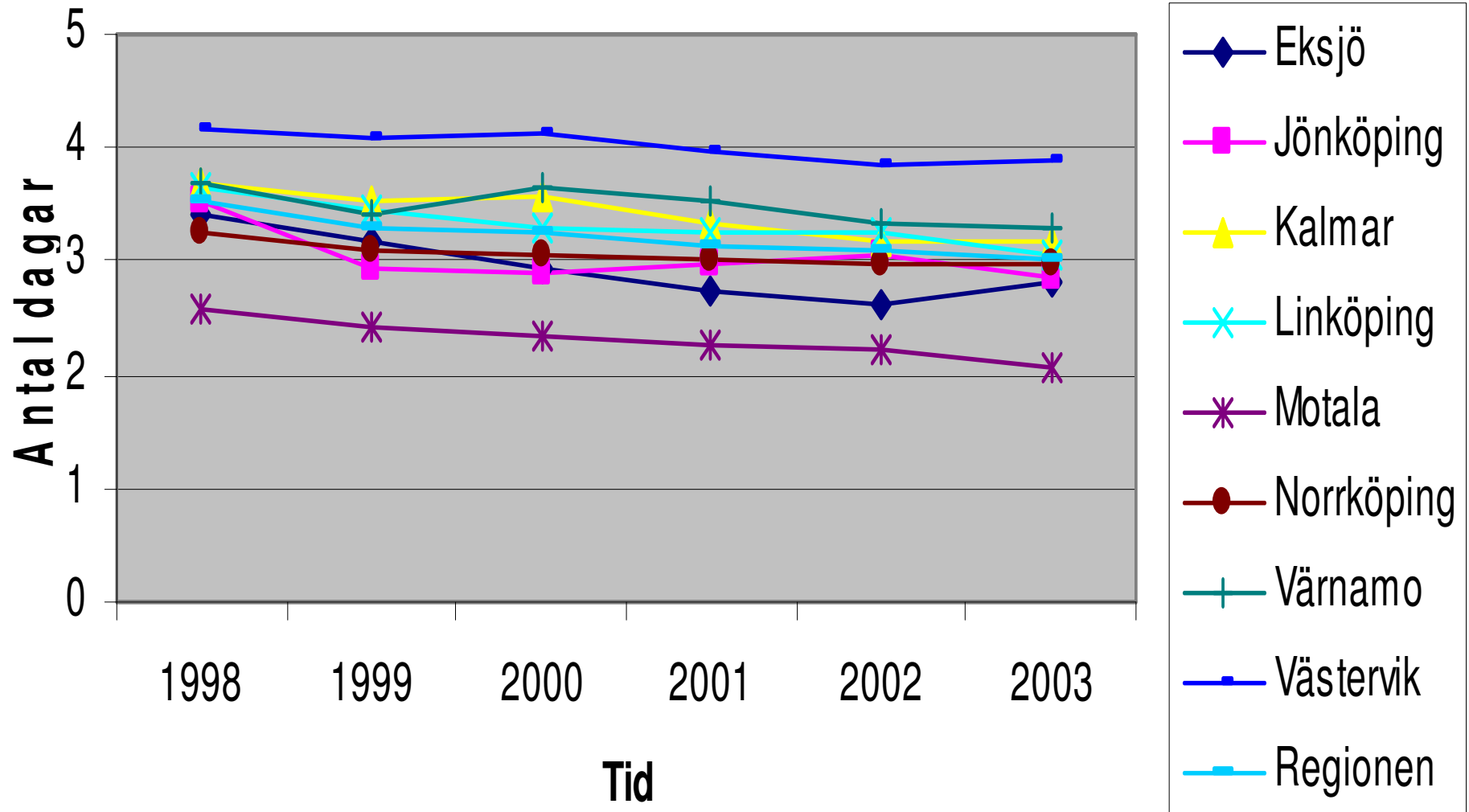
- Ordentlig information innan intagningen
- Perfekt smärtlindring
- Tidig mobilisering
- Låg frekvens av komplikationer som
  - Reoperationer
  - Blödning
  - Infektioner
- Hög procent minimal invasiv kirurgi



# Analysen.

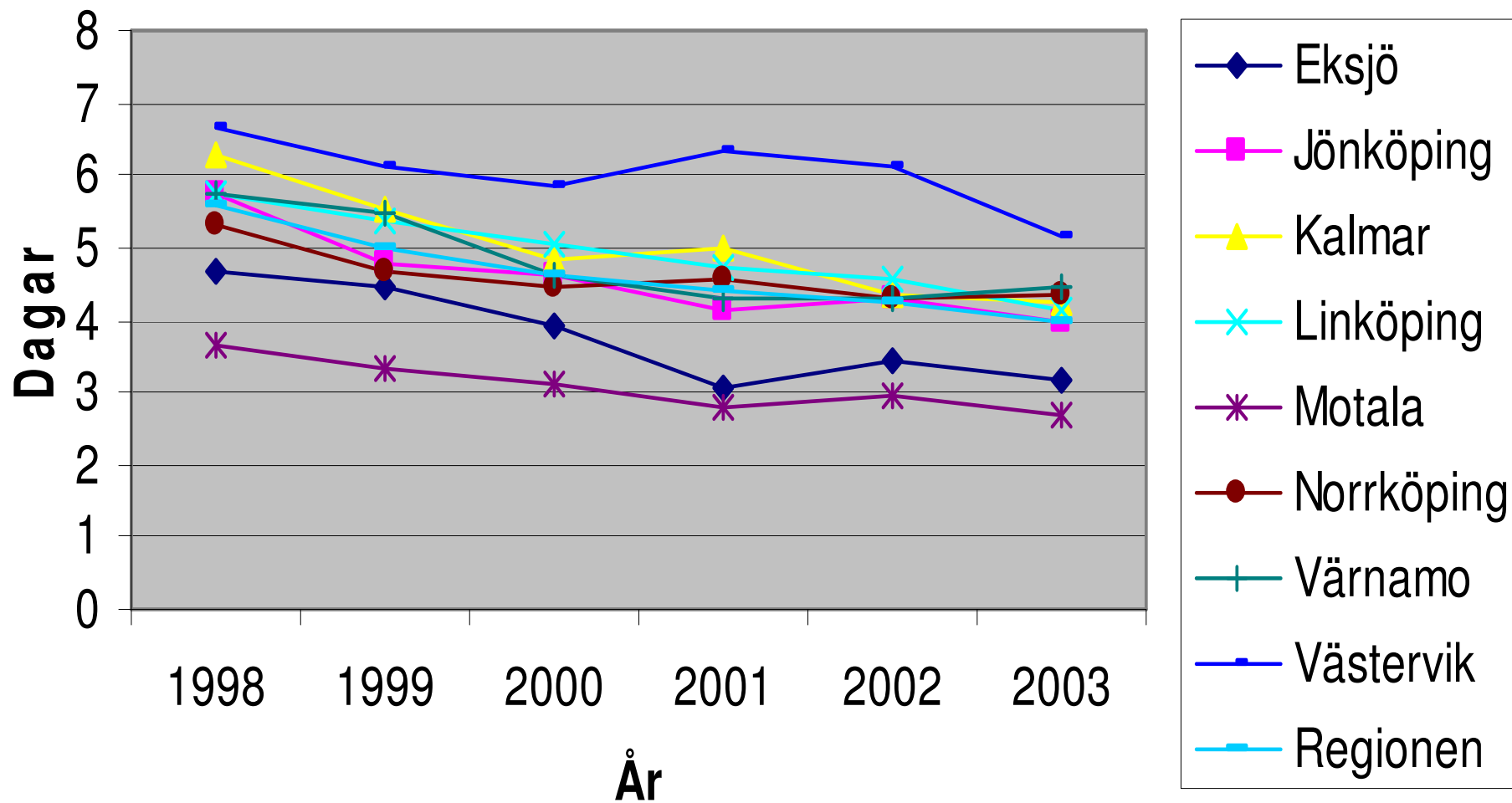
- DRG med minst 400 vårdtillfällen per år i regionen.
- Materialet trimmat för vårdytterfall
- Ytterfallens vårdtider fram till trimningsgränsen är medräknade.
- Vårdfall med in- och utskrivning samma dygn räknas som 1,0 vårddag.

# Medelvårstid i dagar





# Medelvårdtid för kejsarsnitt utan komplikationer, DRG 371

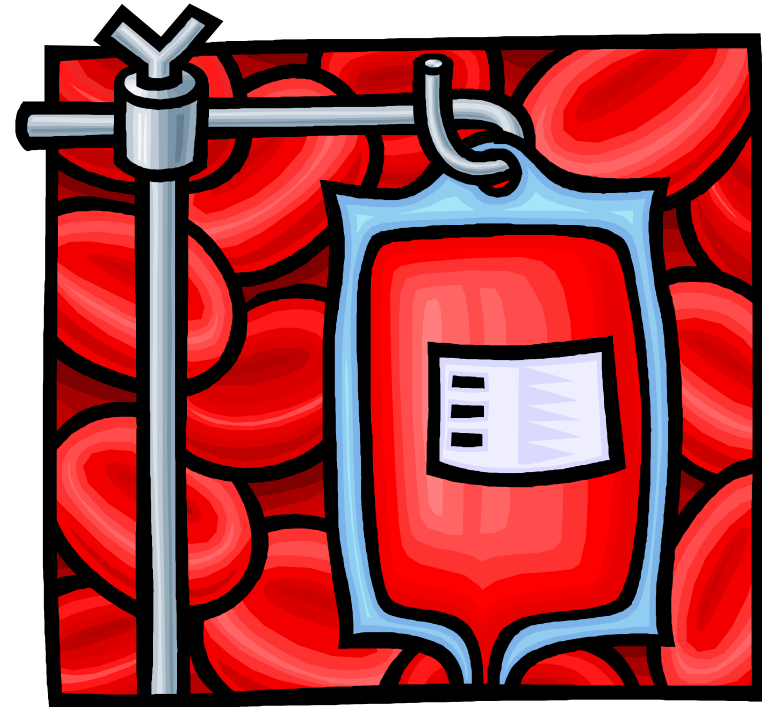


## DRG 356, Prolaps m. operation

<b>Kvinnoklin</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>
Eksjö	4,16	4,58	4,15	3,66	3,41	2,53
Jönköping	3,66	2,75	2,81	2,71	2,63	2,55
Kalmar	5,49	5,26	5,04	4,24	4,36	3,96
Linköping	4,04	3,81	3,98	3,65	2,80	2,72
Motala	3,44	3,10	3,11	2,98	2,52	2,12
Norrköping	4,91	4,34	4,82	4,42	3,92	1,85
Värnamo	5,30	5,04	4,74	3,64	3,36	2,97
Västervik	7,10	5,63	5,42	4,78	3,98	3,16
<i>Regionen</i>	4,72	4,28	4,27	3,77	3,37	2,60

# Kvalitet.

- Blödning > 1000 ml vid kejsarsnitt.  
Vi hade 2002 en frekvens på 5,7%, är det bra eller dåligt?
- Blödning > 1000 ml vid normal förlossning.  
4,2% är det bra eller dåligt?





# 2002

<b>Kvinnoklinik</b>	Antal kejsarsnitt DRG 370 och 371	Antal patienter med blödning >1000ml	Procent 2002
Eksjö	106	6	5,7%
Jönköping	271	52	19,2%
Kalmar	167	10	6,0%
Linköping	314	27	8,6%
Motala	146	11	7,5%
Norrköping	263	15	5,7%
Värnamo	107	9	8,4%
Västervik	121	8	6,6%
<b>Regionen</b>	<b>1495</b>	<b>138</b>	<b>9,2%</b>
<i>Målvärde &lt;6%</i>			

# 2002

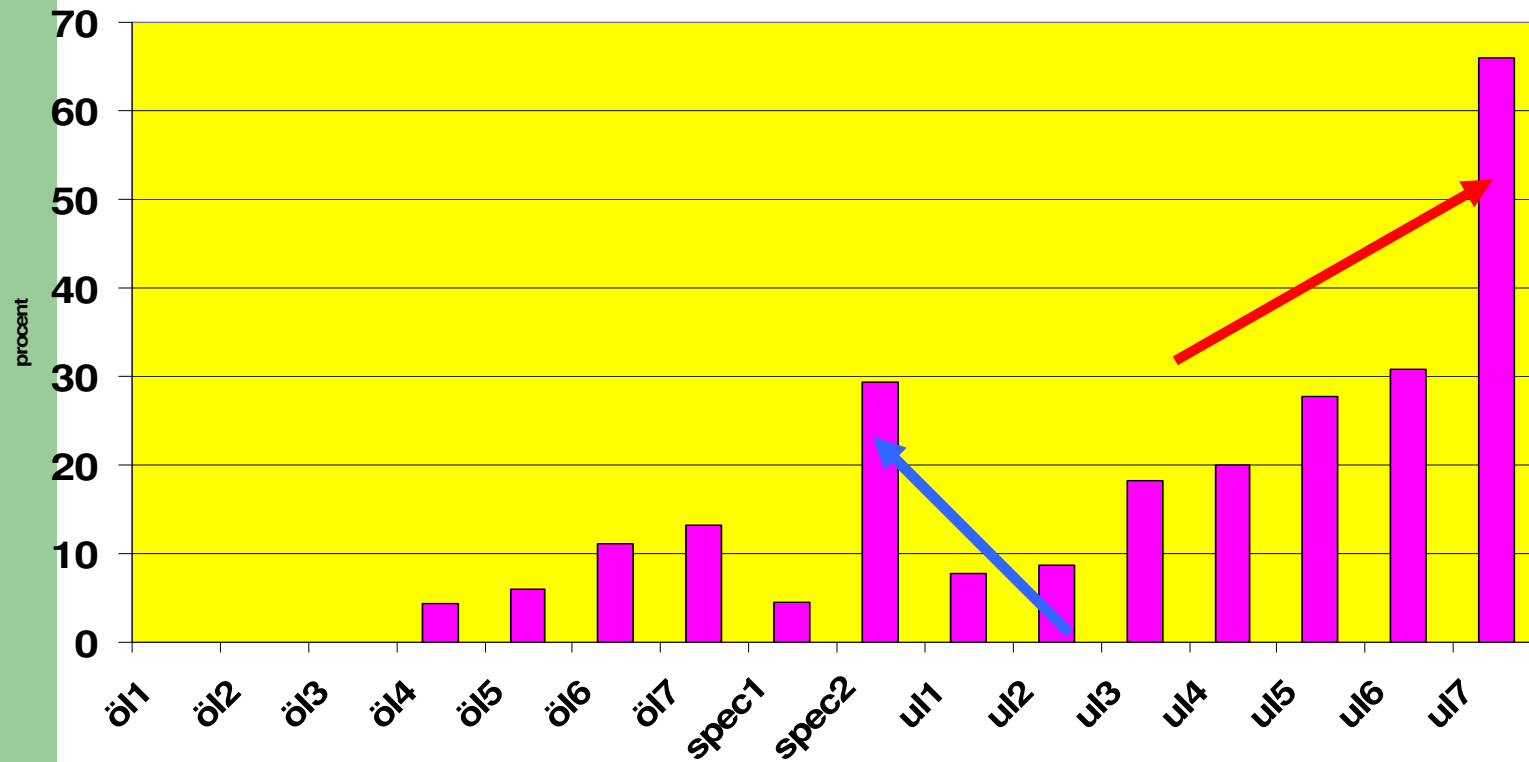
<b>Kvinnoklinik</b>	Antal vaginal förlossning DRG 372 och 373	Antal patienter med blödning >1000ml	Procent 2002
Eksjö	891	37	4,2%
Jönköping	1393	54	3,9%
Kalmar	1063	48	4,5%
Linköping	1476	48	3,3%
Motala	610	27	4,4%
Norrköping	1389	65	4,7%
Värnamo	745	27	3,6%
Västervik	763	26	3,4%
<b>Regionen</b>	<b>8330</b>	<b>332</b>	<b>4,0%</b>
<i>Målvärde &lt;4%</i>			

# Blödning vid kejsarsnitt

KK Ryhov 2002



# Andel kejsarsnitt med blödning > 1000 ml per läkare



## hur minska frekvensen kejsarsnitt med blödning > 1000 ml

- fortsatt träning av operatörer
- bakjour assisterar under akuta kejsarsnitt?
- spontan placentavgång?
- starta oxytocindropp direkt när barnet tas ut
- ej för långa hysterotomier (mest blödning i kanterna)
- sträva efter att sluta hysterotomi snabbt

Hur gick det sen??

# Hur gick det sen??

Blödning >1000 ml vid vaginal förlossning		
<b>Kvinnoklinik</b>	Procent 2002	Procent 2003
Eksjö	4,2%	3,0%
Jönköping	3,9%	4,6%

# Hur gick det sen??

Blödning >1000 ml vid vaginal förlossning		
<b>Kvinnoklinik</b>	Procent 2002	Procent 2003
Eksjö	4,2%	3,0%
Jönköping	3,9%	4,6%
Blödning > 1000 ml vid kejsarsnitt		
<b>Kvinnoklinik</b>	Procent 2002	Procent 2003
Eksjö	5,7%	12,2%
Jönköping	19,2%	22,3%



# ”Bortförklaringskursen”

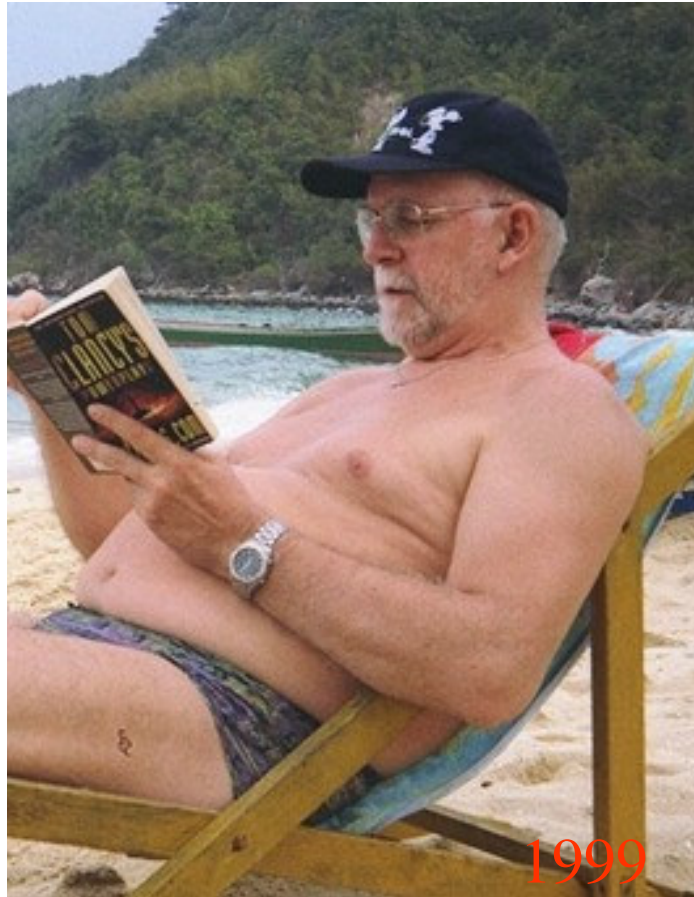
- Även ”småchefer” kan ha gått kursen.
- Alltså nya tag och använd ”Hultsfreds modellen”



# Konklusion

- Utan jämförelser kan man inte utveckla vården.
- Benchmarking "bottom – up" eller "Hultsfreds modellen" ger resultat direkt
- "Top – down" jämförelser resulterar oftast i bortförklaringar.
- Gå hem och använd vår metod inom andra specialiteter.

Vårt motto: "Allt kan förbättras"



**Tack för ordet...**



BESKRIVNING AV  
KVINNOSJUKVÅRDEN  
I SYDÖSTRA  
SJUKVÅRDSREGIONEN  
UR ETT DRG PERSPEKTIV

---

JÄMFÖRELSE AV DATA FÖR 1998-2002

MAJ 2003

Våra DRG-rapporter finns på:  
<http://e.lio.se/Svn/Regprogram/>