

Kunskapsbaserad sjukvårdsstyrning

En granskning av landstingets tillgång till sjukvårdsdata och av hur uppföljning bedrivs

Landstinget Dalarna

Revisionsrapport 2005-10-27

Genomförd på uppdrag av
revisionen i Landstinget Dalarna

Andreas Endrédi
Ernst & Young AB

1	SAMMANFATTNING	3
1.1	RAPPORTENS BAKGRUND OCH SYFTE	3
1.2	BEDÖMNINGAR.....	3
1.3	FÖRSLAG.....	3
2	INLEDNING	3
2.1	BAKGRUND.....	3
2.2	SYFTE OCH AVGRÄNSNING	4
2.3	RAPPORTENS UNDERLAG.....	5
3	KUNSKAPSBASERAD STYRNING – LANDSTINGETS AMBITIONER	6
3.1	INLEDNING	6
3.2	SJUKVÅRDSDATA FÖR KUNSKAPSBASERAD STYRNING – ÅTTA DIMENSIONER.....	6
4	SJUKVÅRDSDATA & UPPFÖLJNING – LÄGE OCH UTVECKLING	8
4.1	BEFOLKNINGENS HÄLSOLÄGE OCH BEHOV	8
4.2	FÖREBYGGANDE HÄLSO- OCH SJUKVÅRD	10
4.3	BESKRIVNINGSSYSTEM FÖR SJUKVÅRDSTJÄNSTER – PRODUKTION OCH PRODUKTIVITET.....	10
4.4	BEFOLKNINGENS SJUKVÅRDSKONSUMTION.....	14
4.5	KOSTNADER OCH PRODUKTIVITET	16
4.6	VÅRDKVALITET OCH RESULTAT.....	19
4.7	VÄNTETIDER OCH TILLGÄNGLIGHET	21
4.8	PATIENTERNAS SYN PÅ SJUKVÅRDEN.....	23
5	ORGANISATION OCH UPPFÖLJNINGSKAPACITET	25
6	BEDÖMNINGAR OCH FÖRSLAG	26
6.1	VILKEN ÄR UPPGIFTEN - HUR HÖGT SKALL RIBBAN SITTA?	26
6.2	BEDÖMNINGAR OCH SJU FÖRSLAG	26
BILAGA MOTIVERING TILL DE VALDA ÅTTA KUNSKAPSDIMENSIONERNA 1		

1 SAMMANFATTNING

1.1 Rapportens bakgrund och syfte

Detta revisionsprojekt syftar till att bedöma i vilken grad den politisk ledningen och tjänstemannaledningen, på den centrala landstingsnivån, har tillgång till väsentliga data om sjukvården och förmår att använda dessa data i sin löpande styrning. Vi undersöker och belyser i vilken utsträckning landstinget bedriver det man med ett modernt uttryck kan kalla en kunskapsbaserad sjukvårdsstyrning.

Som utgångspunkt för granskningen har vi valt åtta kunskapsdimensioner. De täcker in de kunskapsområden som är relevanta när landstinget vill uppnå den sjukvårdsstyrning som man enligt vår tolkning strävar efter. För att få en referenspunkt till situationen i Dalarna beskriver vi även det nationella utvecklingsläget inom flera av de åtta kunskapsområdena. Vi beskriver då nationella projekt och utvecklingsarbeten som samordnas av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) eller Socialstyrelsen, och även av landsting i samverkan, i Nysam.

1.2 Bedömningar

Vi påtalar i denna granskning en rad förbättringsområden. Det är viktigt att peka på att läget i många avseenden är likartat i Sveriges övriga landsting. Detta är ett uttryck för komplexiteten i uppgiften att styra hälso- och sjukvård. Samtidigt är det vår bedömning att flera av de förbättringsområden vi identifierat, är kritiska faktorer för att landstinget ska lyckas i pågående utvecklingsambitioner.

1.3 Förslag

Förslagen går i huvudsak ut på att Landstinget Dalarna bör:

- Fastställa innehållet i en årlig uppföljning av effektivitet i olika dimensioner och rapportera data i enlighet med de valda indikatorerna på effektivitet
- Etablera rutiner för regelbunden rapportering inom följande kunskapsområden: förebyggande hälso- och sjukvårdsinsatser samt medicinsk kvalitet och resultat
- Införa patientrelaterad redovisning av kostnader och sjukvårdstjänster, KPP

Förslagen beskrivs närmare i avsnitt 6.2.2.

2 INLEDNING

2.1 Bakgrund

Denna rapport handlar om två avgörande förutsättningar för att landstinget skall bli framgångsrikt i sin styrning av hälso- och sjukvården, nämligen

- att man har *tillgång till* relevant uppföljningsinformation om befolkningens hälsotillstånd; om tjänsteproduktionens och vårdkonsumtionens omfattning och karaktär; om tillgänglighet; medicinsk praxis; om produktivitet och kvalitet i produktionen av sjukvårdens olika tjänster, samt

- att lednings- och stabsfunktioner har kapacitet och *förmåga att använda* dessa kunskapsunderlag i den löpande styrningen, i uppdragsdialogen med sjukvårdens chefer, i verksamhetsplanering och vid prioriterings- och resursfördelningsbeslut.

Tillgång på relevanta sjukvårdsdata och förmågan att använda dem vid beslutsfattande och i utvecklingsarbete är två nödvändiga och ömsesidigt beroende förutsättningar för en kunskapsbaserad sjukvårdsstyrning. Aldrig så goda data är meningslösa utan användarkompetens och vice versa. Inte minst är den politiska styrningen beroende av att dessa förutsättningar är rimligt väl uppfyllda.

Granskningen utförs på uppdrag av landstingets revisorer. Revisorerna vill studera förutsättningarna och den konkreta planeringen för att etablera en så kallad kunskapsbaserad styrning av hälso- och sjukvården. Granskningen är ett medvetet led i revisorernas ambition att även främja effektivitet i styrning och ledning, inte bara granska i efterhand.

Revisionen ska på fullmäktiges uppdrag granska styrelsers och nämnders styrning och interna kontroll. Denna granskning fokuserar på ett fundament i landstingsstyrelsens styrning av verksamheten - att ha relevanta och korrekta dataunderlag. Granskningen får härigenom anses ligga väl i linje med revisionens uppdrag.

2.2 Syfte och avgränsning

2.2.1 Syfte

Syftet med granskningen är att

- peka på den *strategiska roll* som tillgången på relevanta data och förmågan att använda dem har
- *definiera vilka slag av sjukvårdsdata som krävs* för att stödja landstingets styrning av sjukvården, både utifrån allmänna utgångspunkter och utifrån landstingets styrambitioner och strategier;
- *beskriva den nationella utvecklingens riktning*, vad avser tillgång till sjukvårdsdata och pågående utvecklingsarbeten, och i ljuset av detta värdera läget i Dalarna
- resa frågan och översiktligt belysa *hur landstinget använder sjukvårdsdata* i sin styrning av hälso- och sjukvården;
- efter gjorda bedömningar ge *förslag på ställningstaganden och föreslå förbättringar*.

2.2.2 Avgränsningar

Frågeställningarna är omfattande och olika avgränsningar har behövts göras. En är att det enbart är hälso- och sjukvården som berörs, inte de övriga uppgifter landstinget har. Vidare har en viktig utgångspunkt varit att vi vill fokusera den styrning som den politiska ledningen och tjänstemannaledningen på den *centrala landstingsnivån* utövar.

Denna avgränsning är lätt att motivera. Det finns i den svenska modellen med landstingen som sjukvårdshuvudmän, en allmän förväntan om att den centrala landstingsnivån i varje landsting skall utöva en betydande styrning.

Å andra sidan har Landstinget Dalarna utformat sin organisation så att viktiga delar av styrnings- och uppföljningsdialog sker *inom* stora enheter som tex. Länssjukvården. Dessutom behöver även sjukvårdens verksamhetschefer ha tillgång till relevanta data, i den interna verksamhetsstyrningen. Vi har varit medvetna om detta, men eftersom vårt fokus ligger på

den centrala landstingsnivåns styrning blir denna typ av data intressanta för vårt syfte först när de blir föremål för central uppföljning och styrning.

Vårt fokus är landstingets uppdrag som den, som utöver befolkningsansvaret i sjukvården, har ansvaret att organisera fram ett effektivt system av hälso- och sjukvårdstjänster. Däremot fokuserar vi inte den rena driftsledningsrollen. *Vi tar inte upp personalrelaterad uppföljning*, som följd av detta.

En viktig avgränsning är att *vi inte berör frågan vad olika jämförelsedata visar*. Vi värderar inte om sjukvården i Landstinget Dalarna är mer eller mindre effektiv än andra landsting i landet. Detta är en helt annan fråga än den vi vill belysa.

2.3 Rapportens underlag

Underlaget för rapportens beskrivningar och förslag är främst:

- en rad olika styrdokument i landstinget, företrädesvis budgetskrivelser, verksamhetsplaner och uppföljningsdokument
- intervjuer med tjänstemän, dels sådana med specialiserad kompetens och med ansvar för till exempel statistikproduktion, dels tjänstemän med ledningsansvar och som har överblickspositioner i styrningen av hälso- och sjukvården. Följande personer / befattningshavare har intervjuats:
 - Landstingsdirektör
 - Ekonomidirektör
 - Utvecklingschef
 - Chef controlleravdelningen
 - Planeringschef Länssjukvården
 - Närsjukvårdschef
 - Samordnare för Psykiatri
 - Landstingets utredare på folkhälsoområdet
 - Handläggare vid landstingets kökansli (rapportering av väntetider)
 - Handläggare med kunskap om rapportering till patientregistret
- samtal och kontakter med ansvariga personer på nationell nivå, således SKL och Socialstyrelsen, avseende läge och utveckling vad gäller tillgången på olika slag av sjukvårdsdata.

Vi har även i några fall ställt formella frågor till ansvariga för vissa nationella datainsamlingar, för att få deras bedömning av i vilken mån Landstinget Dalarna lever upp till sina åtaganden att rapportera uppgifter till dessa.

3 KUNSKAPSBASERAD STYRNING – LANDSTINGETS AMBITIONER

3.1 Inledning

Kapitelrubriken begrepp ”kunskapsbaserad styrning” är ett allmänt uttryck för det vi här vill beskriva, nämligen landstingets ambition att utveckla sin styrning och kunskapsunderlagen för den. Uttrycket är vårt eget, inte landstingets, men svarar väl mot ambitionerna, som vi tolkar dem. Här följer några exempel på hur Landstinget Dalarna uttrycker sina ambitioner:

Vision 2010 (antagen av Landstingsfullmäktige i december 2000),

- ”...allt mer nödvändigt att aktivt styra resurserna så att...”
- ”...utnyttja skattepengarna så effektivt som möjligt.”
- ”...låta patienternas egna önskemål vara styrande...”
- ”...samordna specialiserad vård till färre platser när det innebär kvalitetshöjning och/eller väsentlig kostnadsminskning.”

Årsbudget 2005

- Satsning på förebyggande hälso- & sjukvård - en av strategierna
- Utvecklingsområden: Tillgänglighet / köer, kliniska resultat

I en programförklaring från Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet från juni 2004 presenteras dokumentet *Ett program för att stärka den kunskapsbaserade/evidensbaserade hälso- och sjukvården*. Programmet handlar mest om kunskapsstöd och kunskapsunderlag på klinisk nivå i sjukvården, men en skrivning i det knyter tydligt an till vårt syfte: ”Landstingen och regionerna bör förbättra och utveckla verktyg för systematisk uppföljning och jämförelse av medicinska resultat, kostnader, resursinsatser och praxis samt patientnytta”.

För undvikande av missförstånd - vi menar inte att ”kunskapsbaserad styrning” är något man har eller inte har, eller något som man ”inför” i ett landsting. Detta är inte svart eller vitt. Kunskapsunderlag för styrning och ledning finns i någon mening alltid tillgängliga, men i varierande grad och av varierande kvalitet och relevans.

3.2 Sjukvårdsdata för kunskapsbaserad styrning – åtta dimensioner

Man kan beskriva behovet av sjukvårdsdata och kunskapsunderlag på många sätt, göra olika slag av indelningar. Den indelning vi valt anger åtta olika kunskapsfält eller dimensioner. Ett alternativ hade varit att utgå från det balanserade styrkortets fyra olika perspektiv. Ett annat hade varit att göra ytterligare finfördelningar av kunskapsområden och dimensioner.

Val av rubriker och skärningar utgår från våra erfarenheter av vilken kunskap och uppföljningsinformation som behövs för att styra hälso- och sjukvård. Den valda indelningen är inte heltäckande (exempelvis belyser vi i detta arbete inte personalkostnader och inte heller kostnader för läkemedel). Ändå menar vi att de valda områdena omfattar en betydande och angelägen del av det som en landstingsledning behöver för sin hälso- och sjukvårdsstyrning. Följande åtta områden ingår i denna granskning:

1. Befolkningens hälsoläge och behov
2. Förebyggande sjukvårdsverksamhet
3. Beskrivningssystem för sjukvårdstjänster, produktion & produktivitet
4. Befolkningens sjukvårdskonsumtion
5. Kostnader och produktivitet
6. Vårdkvalitet och resultat
7. Väntetider och tillgänglighet
8. Patienternas syn på sjukvården

I bilaga 1 redovisas fler motiv till att välja dessa åtta områden.

4 SJUKVÅRDSDATA & UPPFÖLJNING – LÄGE OCH UTVECKLING

4.1 Befolkningens hälsoläge och behov

4.1.1 Utveckling på nationell nivå

Majoriteten av Sveriges landsting utför idag enkätundersökningar riktade till den vuxna befolkningen. Undersökningarna används som underlag i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet. Dessa undersökningar använder dock generellt inte standardiserade frågor, vilket medför att regionala jämförelser är svåra att göra.

Statens folkhälsoinstitut (FHI) har i samarbete med representanter för stora delar av landstingssverige utvecklat en nationell folkhälsoenkät. Syftet är att få fram jämförbara folkhälsouppgifter för alla Sveriges landsting och kommuner. I april 2004 gick FHI ut med en folkhälsoundersökning. Enkäter skickades till invånare i landets samtliga landsting. För landstingen i Gävleborg, Dalarna, Halland och Kronoberg, Gotlands kommun samt Västra Götalandsregionen gjordes ett större urval än för övriga landsting. Undersökningen avser personer i åldern 18-84 år i hela Sverige. Resultatet publicerades i oktober 2004. En motsvarande undersökning genomförs även 2005. Landstinget Dalarna deltar även denna gång i den undersökning som bygger på ett större urval.

Regeringen har sedan april 2003 riktat 11 st mål för folkhälsan till FHI. Ett av dessa mål, ”En mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård”, kan anses mer direkt anknyta till landstingens kärnverksamhet. FHI har föreslagit ett flertal indikatorer för att följa upp detta mål. Nedan redovisas de indikatorer som FHI angivit har hög prioritering:

- Sjukdomsförebyggande insatser dokumenterade i årlig verksamhetsredovisning
- Hälsofrämjande insatser dokumenterade i årlig verksamhetsredovisning
- Användning av hälsorelaterade resultatmått i klinisk verksamhet
- Adekvat epidemilogisk och folkhälsovetenskaplig kompetens
- Rökfria lokaler (sjukhus, VC, tandvård)

En huvudindikator har föreslagits, ”Förekomst av hälsobokslut som förutom ekonomisk årsredovisning också redovisar hälsoeffekter på patient- och befolkningsnivå av verksamhetens insatser”. Socialstyrelsen är uppgiftslämnare till FHI avseende denna typ av uppföljning och presenterar under september 2005 en rapport inom detta område. Denna rapport kommer delvis att utgöra underlag för den rapport som FHI presenterar senare i år: ”Folkhälsopolitisk rapport”. I denna rapport ska ingå en uppföljning av angivna mål för folkhälsan.

SKL bedriver sedan 2004, på medlemmarnas initiativ, ett projekt vars syfte är att föra in det hälsofrämjande perspektivet i ledning, styrning och uppföljning av landstingsfinansierad hälso- och sjukvård. En eller flera modeller för hälsobokslut skall tas fram och projektet skall också föreslå gemensamma uppföljningsindikatorer. Landstinget i Uppsala är värmlandsting för arbetet och dessutom deltar Västerbotten, Västernorrland, Dalarna, Halland samt Blekinge. Arbetet med hälsobokslut har en tydlig anknytning till FHIs uppdrag. Projektet är avslutat. En rapport sammanfattar gjorda erfarenheter. Det är idag inte planerat några ytterligare gemensamma insatser utan istället varje enskilt landsting som driver frågan vidare.

Landstingen inom CDUST (efter länsbokstäverna), det vill säga landstingen i Uppsala, Sörmlands, Västmanlands, Värmlands och Örebro län, har etablerat ett samarbete inom området. Landstinget Dalarna och Landstinget Gävleborg har nyligen börjat delta i denna samverkan. Samarbetet ska tillmötesgå de ökade kraven på samhällsmedicinsk kompetens i dagsläget och i framtiden. Det syftar till att stärka och bättre ta till vara varje deltagande landstings specifika resurser och kompetens inom det samhällsmedicinska området, samt att göra samverkansvinster.

Inom ramen för samverkan i CDUST bedrivs ett antal utvecklingsprojekt inom det samhällsmedicinska området. Ett av projekten syftar till att det epidemiologiska materialet skall komma till större användning i planerings- och uppföljningsprocesserna och öka dess nytta för brukaren i prioriteringsarbetet. Projektet, som skulle ha avslutats i mars 2005, har sedermera avstannat på övergripande nivå. Istället har några av de ingående landstingen utarbetat egna underlag som beskriver behovet av hälso- och sjukvård i det egna landstinget.

CDUST-landstingen genomförde under 2004 en egen folkhälsoenkät. Skälet till detta är att man år 2000 genomförde en enkät med samma frågor och önskar få jämförbarhet. Dessutom är enkäten utformad för att ge en större fördjupning än FHIs enkät.

4.1.2 Landstinget Dalarna

Landstinget har under många år haft resurser för att ta fram epidemiologiska planeringsunderlag. På landstingets hemsida har området folkhälsa en egen avdelning. Här finns samlat ett stort antal rapporter. Arbetet inriktas allt mer på att kombinera hälsodata med data som rör patienters erfarenheter av vården. Primärvården, dess arbete och förutsättningar, är den del av landstingets verksamhet som i första hand står i centrum för det epidemiologiska utredningsarbetet.

Det finns flera exempel på övergripande dokument som anger inriktning på landstingets arbete utifrån ett behovsperspektiv. Ett exempel på detta är rapporten ”Behov av hälso- och sjukvård i Bergslagen 2010”. Syftet är bl.a. att tydligare utgå ifrån befolkningens behov av hälso- och sjukvård i planeringen.

Landstinget har sedan 1988 utarbetat ett Hälsopolitiskt program. De folkhälsomål som sattes upp följdes upp i en rapport (112/2000) år 2000. I rapporten konstateras att mycket litet av den önskade utvecklingen förverkligats. Även om inriktningen i detta programmet i huvudsak fortfarande är relevant (tobak och alkohol) så har programmet idag i praktiken en oklar status. Programmet bör bekräftas och eventuellt uppdateras med anledning av genomförd uppföljning.

I en nyligen genomförd allmänläkarenkät framkom att allmänläkarna anser att det förebyggande arbetet kommit i skymundan i det praktiska arbetet. Till stor del kan detta förklaras av tidsbrist vilket medfört att rent sjukvårdande insatser prioriterats.

Landstingets deltagande i SKLs projekt kring att få in hälsofrämjande frågor i styrningen har hittills inte satt några synbara spår i den praktiska styrningen.

Landstingets Verksamhetsplan / budget 2005 innehåller mycket litet av behovsbeskrivning eller analys som underlag för de inriktningar och prioriterade åtgärder som anges. Istället finns underlag för detta i de epidemiologiska utredningar och uppföljningar som genomförts under senare år. Enligt landstingets utredare på folkhälsoområdet har denna typ av utredningar presenterats för och uppmärksammats av landstingets politiska ledning. Härigenom har landstinget bl.a. pekat på intervention inom alkohol- och tobaksområdet som viktiga områden samt lyft fram frågor om fysisk aktivitet och psykisk ohälsa.

Även om rapporter utifrån landstingets deltagande i FHIs befolkningsenkäter publiceras på det interna datanätet och delvis även presenteras för den politiska ledningen är det svårt att se exempel på hur denna information leder till styråtgärder.

4.2 Förebyggande hälso- och sjukvård

4.2.1 Nationell nivå

Det finns idag ingen nationellt förankrad klassifikation eller beskrivning av åtgärder och tjänster inom området förebyggande hälso- och sjukvård. På separata områden finns olika riktlinjer (om till exempel screening) och rapporteringsrutiner, både med knytning till Socialstyrelsen och till läkarkårens specialitetsföreningar. Men ingen samlad nationell insamling av data sker. Det finns därmed heller ingen samlad nationell uppföljning eller utvärdering av folkhälsoåtgärder och deras effekter på de faktorer som påverkar eller bestämmer hälsan. Exempel på sådana åtgärder och verksamheter är:

- förekomst och täckningsgrad avseende olika typer av cancerscreening;
- förekomst och täckningsgrad avseende vaccinationsprogram för barn och influensavaccinering för äldre och individer i riskgrupper
- omfattningen av överviktsmottagningar i primärvården
- ”Hälsotorg” och deras aktiviteter samt effekter.
- förekomst av FAR (Fysisk Aktivitet på Recept)
- etc

4.2.2 Dalarna

På landstingsnivå har vi inte funnit någon sammanhållen redogörelse av förekomst av insatser inom området förebyggande hälso- och sjukvård.

Som nämnts i avsnittet om *Hälsoläge och behov* deltar Landstinget Dalarna som ett av sex landsting i ett nationellt projekt, dels för att upprätta hälsobokslut, dels för att utarbeta kriterier för att mäta hälsoeffekter av olika hälsofrämjande insatser.

Detta utvecklingsprojekt kan bidra till att verksamhetsområdet ges en tydligare beskrivning och att uppföljningsrutiner utvecklas. I nuläget görs ingen strukturerad, samlad och återkommande rapportering av landstingets förebyggande hälso- och sjukvårdsinsatser på landstingsnivå.

Det framstår dock som i högsta grad möjligt och lämpligt att tydligt redovisa de åtgärder / insatser som genomförs med utgångspunkt i epidemiologiska underlag (se avsnittet om Befolkningens hälsoläge och behov). T.ex. vilka insatser har genomförts inom tobaksområdet och vilka effekter har dessa insatser givit?

4.3 Beskrivningssystem för sjukvårdstjänster – produktion och produktivitet

4.3.1 Nationell nivå

Uppföljning av sjukvårdens produktion av tjänster förutsätter att det finns meningsfulla mått för detta. För närvarande pågår i Sverige en utveckling av mera nyansrika sätt att beskriva och

kvantifiera hälso- och sjukvårdens tjänster än de traditionella. De nya beskrivningssystemen har fördelen att de är organisationsoberoende och innehåller uppgifter om det kliniska innehållet i patientens kontakt med vården.

De traditionella måtten har varit *vårdtillfällen*, det vill säga inskrivningar i sluten vård, *vård-dygn* samt *läkarbesök*. Dessa prestationsmått säger inget om vårdinsatsens innehåll eller om patientens sjukdomstillstånd; de bidrar därmed inte mycket till förståelse av sjukvårdens processer. Måtten har stora brister som instrument för verksamhetsuppföljning, men används i brist på alternativ.

Som en del i den nationella handlingsplanen för hälso- och sjukvården pågår vid Socialstyrelsen ett projekt, "Informationsförsörjning och verksamhetsuppföljning i vård och omsorg", InfoVU. Under åren 2001 - 2004 har InfoVU utvecklat och prövat metoder och modeller för verksamhetsuppföljning byggda på individdata, informationsöverföring och öppen resultatredovisning inom vård och omsorg. Visionen för arbetet är: Tillförlitlig och användbar information om vård och omsorg - enkelt tillgänglig för medborgare, medarbetare och beslutsfattare.

De kunskaper, erfarenheter och slutsatser som tagits fram under 2001 - 2004 ska föras ut i verksamheterna och Socialstyrelsen har därför fått ett fortsatt regeringsuppdrag under 2005 för att i samverkan med Sveriges Kommuner och Landsting driva och samordna implementeringsarbetet.

InfoVU 2005 inriktas framför allt på att:

- ytterligare pröva modellen för verksamhetsuppföljning
- utveckla informationsförsörjning och öppen redovisning av information om vård och omsorg nationellt
- informera och förankra bland medborgare, medarbetare och beslutsfattare
- överföra ansvar för olika utvecklingsområden till definierade aktörer.

Uppdraget ska redovisas senast den 31 mars 2006.

Nära kopplat till InfoVU är tre andra regeringsuppdrag. De innebär att Socialstyrelsen ska

- " i samråd med Sveriges Kommuner och Landsting utarbeta nationella kvalitetsindikatorer som ska kunna spegla olika aspekter av kvalitet inom hälso- och sjukvården;
- normera användningen av nationella termer och begrepp;
- ta fram enhetlig informationsstruktur inom hälso- och sjukvård och omsorg, i syfte att skapa en tydlig information som stöder kommunikation och samverkan mellan huvudmän.

Landstingsförbundets (numera egentligen SKLs) verksamhetsstatistik

Landstingsförbundets nya verksamhetsindelning tillämpas från 2001 och avser både prestationer och kostnader. Sjukvården indelas i primärvård, specialiserad sjukvård och psykiatri. Den stora förändringen avseende verksamhetsstatistiken var att primärvårdens vårdkontakter numera finfördelas på olika delverksamheter (MVC, BVC, ssk-besök m m) och att nya vårdkontakttyper infördes, som telefonkonsultationer. Inga uppgifter om diagnos eller individdata ingår.

Landstingsförbundet samlar, utöver för primärvården, även in uppgifter om besökstal i öppen vård i den specialiserade vården och inom psykiatri, både läkarbesök och övriga besök. Uppgifter om den slutna vården hämtar Landstingsförbundet från patientregistret, i de olika sammanställningar av verksamhetsstatistik som man gör.

Värdet av denna Landstingsförbundets statistikinsamling är framförallt att andra öppenvårdsbesök än läkarbesök och att hela primärvården ingår. I nuläget är sannolikt läkarbesöksstatistiken i den specialiserade sjukvården dessutom en bättre källa till besökstal än vad patientregistret är. Men i likhet med Nysam-rapporteringen på motsvarande områden är det fortfarande frågan om ”pinnstatistik”.

Landstingsförbundet är vidare värd för ett nationellt projekt, ”Blomman”, som syftar till att bygga upp en nationell standard för verksamhetsuppföljning inom psykiatri. För närvarande pågår en försöksvis inrapportering av data. Det är oklart om ambitionen är att denna rapportering i framtiden skall vara obligatorisk

Patientregistret

Patientregistret vid Socialstyrelsen är den stora och mest utvecklingsbara källan till beskrivning av sjukvårdens tjänster i slutet och successivt även för öppen vård. Registret innehåller dock inte andra öppenvårdskontakter än läkarbesök. Rapporteringen till patientregistret sker årligen, är obligatorisk och gäller all sjukvård som finansieras av landstingen. En brist är att data från patientregistret blir tillgängliga med påtaglig eftersläpning.

Patientregistret innehåller, utöver traditionella patientadministrativa uppgifter (patientens kön, ålder, kommun etc), för varje vårdkontakt uppgifter om bland annat patientens diagnos och vidtagna kirurgiska åtgärder. Diagnoserna hämtas från en internationellt använd diagnosklassifikation som omfattar ca 10 000 diagnoser, ICD-10.

Sedan 2001 skall i rapporteringen till patientregistret diagnoser sättas på läkarbesök i öppen vård, för alla specialiteter utom för primärvård. Patientregistrets öppenvårdsdel har blivit allt viktigare, men det råder fortfarande en underrapportering av vårdkontakter i öppen vård till patientregistret.

En ytterligare viktig förändring är att en medicinsk åtgärdsklassifikation har arbetats fram, och kommer att ingå i en ny klassifikation, KVÅ - ”Klassifikation av vårdåtgärder”.

DRG-metoden vid beskrivning av sjukvårdstjänster

DRG är ett sätt att beskriva tjänster eller ”produkter”. Uppgifter om i första hand patientens diagnos och sjukvårdens åtgärder gör att vårdtillfällen via DRG-systemet (DiagnosRelaterade Grupper) kan grupperas samman till ca 500 grupper i slutenvård. Sverige och övriga nordiska länder har gemensamt utvecklat en DRG-variant, Nord-DRG. Det finns således en nationell standard på detta område, som förvaltas av Centrum för patientklassificering, CPK, vid Socialstyrelsen.

Fördelen med DRG är att systemets 500 grupper dels är kliniskt relevanta; de säger något om sjukdomstillståndet, dels speglar de vårdtyngd. DRG-systemets grundbult är ett viktsystem, där vårdkontakter åsätts en vikt, som speglar dess resursförbrukning. Kostnadsuppgifter för vårdkontakter hämtas från de landsting som kan rapportera kostnad per patient (KPP), och som rapporterar till KPP-databasen.

Ett stort antal landsting använder i någon eller stor utsträckning DRG-systemet, för antingen verksamhetsbeskrivning och uppföljning, eller som ersättningsmodell för delar av sjukvården.

I analyser av produktivitet används som regel DRG, för att beskriva ”värdet” av sjukvårdsinsatsen.

DRG-modellen för verksamhetsbeskrivning är stadd i utveckling:

- Sedan år 2003 (avseende 2002 års data) grupperas även öppenvård i den nya modellen för gruppering av öppenvård, Nord-DRG-O. Alla läkarbesök med kirurgisk åtgärd rapporterad har grupperats.
- CPK har utvecklat en DRG-liknande gruppering av psykiatriska slutenvårdstillfällen.
- Den medicinska åtgärdsklassifikationen kommer att ge underlag för gruppering även av medicinska (icke-kirurgiska) vårdkontakter i öppenvård.

Att DRG används även vid beskrivning av öppenvård, kommer sannolikt att innebära att mått som ”läkarbesök” och ”dagsjukvård” kommer att ersättas av vårdkontakter som grupperats med DRG-metoden. Den psykiatriska sjukvården är inkluderad i rapporteringen till patientregistret, men saknar en nationell åtgärdsklassifikation. Utveckling av en sådan pågår vid Socialstyrelsen.

De viktigaste slutsatserna är att

- patientregistret kommer att bli den dominerande källan för individbaserad och kliniskt relevant verksamhetsstatistik
- DRG som beskrivningssystem utvecklas och kommer sannolikt att öka i betydelse i sjukvårdssverige.

4.3.2 Dalarna

En kort bakgrundsbeskrivning av *de IT-mässiga förutsättningarna* är på sin plats. Det finns enligt de intervjuade ett behov av att ytterligare utveckla möjligheterna att kunna kombinera information från dagens befintliga system. Landstinget saknar idag ett gemensamt datalager. Ett projekt har startat för att enas om och implementera ett gemensamt databashanteringssystem. Landstinget har idag ett flertal olika system för journalhantering. Det är svårt att utbyta information mellan de olika journalsystemen. Det är oklart om landstinget har några konkreta planer på att implementera ett gemensamt journalsystem. Det som finns är ett mål i landstingsdirektörens dokument ”Verksamhetsplan för Hälso- och sjukvården 2005 – 2008”. Målet tar upp att det ska startas ett projekt för att se över framtida behov av IT-stöd i vården.

Rapportering till patientregistret

Rapportering till patientregistret sker via landstingets patientadministrativa system (ELVIS).

Landstingets systemansvariga menar att kvaliteten i data generellt sett kan beskrivas som god avseende slutenvården, där det finns en tradition. Här ligger landstinget inom den nivå som Socialstyrelsen satt upp som godtagbara avvikelser i rapporteringen. En påtaglig kvalitetshöjning skedde för några år sedan genom aktiv informationskampanj till klinikerna. Uppgifterna rapporteras nu utan förseningar och även öppenvårdsrapporteringen håller god kvalitet utifrån uppsatta krav. Beträffande Länssjukvårdens öppenvårdsuppgifter saknades i 2003 års uppgifter personnummer för 0,4% av de registrerade vårdkontakterna. Uppgift om yttre orsak / dödsfall saknades för 0,5%. I båda fallen accepterar Socialstyrelsen avvikelser på 1,0%. Uppgift om huvuddiagnos saknades för 4,5% vilket kan hänföras dels till bristande

registrering inom reumatologin och avseende konsultationer inom de opererande specialiteterna.

Öppenvårdsregistreringen inom psykiatri är det enda område som har en undermålig rapportering. Detta beror till stor del på att man där inte använder landstingets ELVIS-system. Psykiatri har istället under ca. tio år använt ett eget system där patientadministrativa data kunnat kombineras med kvalitetsdata. Framgent kommer psykiatri att integreras i landstingets gemensamma system och rapporteringen kommer därmed sannolikt att förbättras. Psykiatri har i uppdrag att åstadkomma en registrering enligt lagliga krav. Bristande följsamhet i registreringen till patientregistret avseende öppenvårdsdata inom psykiatri är ett bekymmer som Landstinget Dalarna delar med många landsting.

Användning av DRG

DRG-användningen i Dalarna är begränsad. Beslut finns om att fakturera andra landsting i regionen enligt DRG-modell fr.o.m. 2007. Riktlinjer för detta är under utarbetande. Några direkta planer på att införa en egen DRG-gruppering finns däremot inte. Eventuellt kan dock detta bli en del i den översyn av landstingets DRG-användning som landstingsdirektören planerar. Landstingets ELVIS-system kan med vissa kompletteringar hantera egen DRG-gruppering. Landstinget kan redan nu via patientregistret få tillgång till DRG-grupperade vårddata om den egna verksamheten, men då med viss eftersläpning och med de kvalitetsbrister som följer av central gruppering.

Sammanfattningsvis finns en betydande potential i att i ökad omfattning använda DRG som beskrivningssystem och i verksamhetsuppföljning i Landstinget Dalarna.

Beskrivningssystem inom psykiatri

Psykiatri i Dalarna deltar för närvarande inte i det nationella försöksprojekt som går ut på att etablera en standard för verksamhetsuppföljning inom psykiatri. Istället har Dalarna en framträdande roll i arbetet med att använda funktionalitetsbedömningar inom psykiatri, det sk. GAF-projektet. Arbetet samordnas via NYSAM.

4.4 Befolkningens sjukvårdskonsumtion

4.4.1 Nationell nivå

Med vårdkonsumtion avses de sjukvårdstjänster som en befolkning eller individer i den konsumerar. Konsumtionsjämförelser inom eller mellan landsting är ofta intresseväckande. Sjukvårdstjänsterna kan vara övergripande, som läkarbesök, vård dygn, vårdtillfällen/DRG-poäng, eller mera specifika, som magnetröntgenundersökningar, vård på strokeenhet, kejsarsnitt vid förlossning eller kataraktoperationer.

Det finns goda skäl till att sjukvårdskonsumtionen bör följas upp. Ett är att vårdkonsumtion är en central komponent i analys och värdering av den totala sjukvårdskostnaden för en befolkning. Kostnad per sjukvårdstjänst (produktivitet), multiplicerat med volymen konsumerade tjänster, resulterar i en total sjukvårdskostnad. Höga eller låga totala kostnader kan hänföras till endera eller båda dessa faktorer.

Det är känt att variationer i konsumtion och medicinsk praxis ofta är stora. Läkarna, som med sina beslut avgör vilken vård som skall ges, sätter in olikartade sjukvårdsinsatser för patienter med likartade sjukvårdsbehov. Denna variation väcker dels frågan om hur väl motiverade

sjukvårdens insatser är, dels frågan om befolkningarna i olika geografiska områden verkligen ges en likvärdig vård.

Källan till vårdkonsumtionsjämförelser i slutenvård och dagkirurgi är som regel de vårdkontakter som rapporteras till patientregistret. Patientregistrets vårdkontakter innehåller uppgifter om patienternas hemkommun, vilket är en avgörande aspekt. Landstingsförbundets uppgifter om antalet läkar- och andra besök är däremot produktionsstatistik per landsting. Landsting som behandlar patienter från andra landsting får sin konsumtion överdriven, om man utgår från denna statistik. Felet är dock sannolikt ganska litet.

Hur görs data om vårdkonsumtion och om variationer i vårdkonsumtion tillgängliga på nationell nivå, till stöd för landstingens planering? Någon sammanhållen och tydliggjord strategi tycks inte finnas.

Övergripande data och även uppgifter om konsumtion i en del behandlingar och diagnoser i slutenvård kan man hämta i Landstingsförbundets databas *Sjukvårdsdata i fokus*. Även Landstingsförbundets årliga rapporter *Verksamhet och ekonomi i landstingen* och *Patienter i slutenvård*, med patientregistret som källa, innehåller sådana uppgifter. *Epidemiologiskt centrum*, EPC inom Socialstyrelsen, publicerar på grundval av patientregistret olika bearbetningar och tidsserier om förekomsten av olika diagnoser och sjukdomar i landstingens slutenvårds-konsumtion.

I en del av de olika *nationella kvalitetsregistren* kan man återfinna beskrivningar av konsumtion per landsting av specifika sjukvårdstjänster (till exempel "kataraktoperationer per 1000 invånare över 70 år"), även om registren som regel eller alltid är baserade på vårdgivarnas produktionsstatistik

Landstingsförbundet (nu SKL) avser att årligen publicera uppgifter om de olika landstingens konsumtion av de behandlingar som ingår i den nationella databasen *Väntetider i Vården*. Denna rapportering kan bli ett komplement till statistiken om väntetidens längd för samma behandlingar och kan även stödja en debatt om landstingens prioriteringar mellan sjukdomsgrupper.

4.4.2 Dalarna

Konsumtionsjämförelser per landsting och per kommun finns i viss utsträckning i den nationella statistiken. Därmed finns för Landstinget Dalarna data om vårdkonsumtion tillgängliga. Men vad i övrigt kan sägas om landstingets aktiviteter avseende sjukvårdskonsumtion? I vilken mån lyfter man fram sammanställningar och analyser och låter dessa underlag påverka styrningen?

Även om vårdkonsumtionsjämförelser förekommer i till exempel behovsanalyser / folkhälsorapportering, är vår bild att landstinget inte har någon egen mer sammanhållen och återkommande uppföljning av sjukvårdskonsumtion. Däremot finns det en omfattande och återkommande rapportering av data utöver den nationella, nämligen Nysams, i vilken landstinget deltar.

I Nysam-materialet finns dels en delrapport om vårdkonsumtion, dels även vissa övriga uppgifter som relativt väl kan anses spegla vårdkonsumtion, även om data formellt sett är produktionsdata. I vissa delar (vårdtillfällen, vård dygn, läkarbesök) är vårdkonsumtionsdata samma som eller till sin uppbyggnad snarlik den som återfinns i nationell statistik. Dock är inte patientregistret källa till uppgifterna, utan de rapporteras från landstinget separat till det företag Nysam anlitat som operatör av datainsamlingen.

Nysams rapport om vårdkonsumtion har bland annat sin fördel i det sätt man presenterar jämförelserna på, snarare än att data i sig är unika, även om vissa sådana exempel också finns. Till exempel görs jämförelser inte bara mellan landsting, utan även per kommun: Läkarsök och vårdtillfällen för medicinska och kirurgiska verksamhetsområden redovisas per invånare, även fördelat per producent. Härigenom kan man analysera den sk självförsörjningsgraden. Sedan 2003 års rapport återger man även uppgifter om sköterskesök och sjukgymnastiska behandlingar per invånare. Det finns i Nysamrapporteringen även vissa volymtal på diagnos- eller åtgärdsnivå återgivna, som antalet operationer av vissa slag.

Vad gäller medicinsk service (till exempel radiologiska undersökningar, IVA-timmar, besök på akutmottagning etc), så finns i Nysam en rapportering som avser produktionsstatistik, men som efter tolkning och lokal justering kan antas spegla konsumtion. Dessa uppgifter finns inte i nationell statistik.

Nysams vårdkonsumtionsuppgifter återges som jämförelser per invånare, utan justering för skillnader i behov. Detta medan vissa nationella dataserier, som de i *Sjukvårdsdata i fokus*, ofta återger åldersstandardiserade konsumtionstal. Åldersstandardisering eliminerar de skillnader i konsumtion som beror på att landstingen har olika åldersprofiler på sina befolkningar.

Avseende sjukvårdskonsumtion är Nysam-rapporten på detta tema sannolikt ett av de bättre exemplen i sjukvårdssverige på återkommande jämförelser av vårdkonsumtion.

Dalarna är sedan många år medlem i Nysam. Enligt de intervjuade finns även en rad exempel på att denna typ av uppgifter har använts som underlag för styråtgärder. Exempelvis har jämförelser påvisat relativt hög konsumtion / höga kostnader för landstingets psykiatriska vård. Även nyligen fattade strukturbeslut har tagit utgångspunkt i denna typ av jämförelser.

Inom enskilda verksamheter har vi förstått att vårdkonsumtionsuppgifter tas fram och används. Det har däremot inte framkommit att detta används som styrdata på den centrala landstingsnivån.

4.5 Kostnader och produktivitet

4.5.1 Den nationella nivån

Det finns inga statliga krav på huvudmännen att rapportera de kostnadsdata som behövs för att man skall kunna värdera kostnader och produktivitet i hälso- och sjukvårdens produktion av sjukvårdstjänster. Olika statistikinsamlingar och utvecklingsarbeten, baserade på frivillighet eller överenskommelser, pågår dock.

Källan till övergripande kostnadsjämförelser för samtliga landsting är Landstingsförbundets årliga insamling av kostnadsuppgifter om den sjukvård landstingen finansierar. I rapporteringen inom Nysam fördelar man vissa kostnader (personalkostnader) även ner på specialitetsnivå per landsting. Landstingsförbundets KPP-databas ("Kostnad Per Patient") är den viktiga källan till kostnadsdata på individ-, diagnos- och åtgärdsnivå.

Övergripande jämförelser av sjukvårdskostnader

Landstingsförbundet har dels Statistiska Centralbyråns, SCB:s, uppdrag att samla in data för nationalräkenskaperna, dels medlemmarnas uppdrag att samla in kostnadsuppgifter för jämförelser och analys. 2001 höjdes ambitionerna: De totala kostnaderna i sjukvården fördelas på olika verksamhetsgrenar och man skiljer på kostnader i öppen och sluten vård i de olika

verksamhetsgrenarna. Avsikten är att kostnader skall kunna ställas mot prestationer, på landstingsnivå. Det gängse måttet är landstingens nettokostnader för hälso- och sjukvård och nettokostnaderna per invånare.

Landstingsförbundet publicerar uppgifter om kostnader utifrån bokslut i en årligen återkommande publikation som läggs ut på hemsidan, med ett omfattande tabellmaterial bilagt. Uppgifterna publiceras i början av hösten året efter det verksamhetsår som redovisas. Vissa uppgifter går även in i databasen *Sjukvårdsdata i fokus*.

Den nya verksamhetsindelningen och den redovisning av kostnader som den innebär, gör att jämförelser på landstingsnivå kan göras av kostnader och kostnader per invånare för hela sjukvården, för primärvården, somatisk specialiserad vård, psykiatrisk specialiserad vård och för övrig hälso- och sjukvård, till exempel sjukresor och ambulanssjukvård.

Kostnader och även statsbidrag för läkemedel i öppen vård ingår som regel i nettokostnaderna för primärvården. Ingen särredovisning sker. Dock publicerar Landstingsförbundet både månadsvis och årligen uppgifter om landstingens kostnader för läkemedelsförmånen. Via Apoteksbolaget finns precisionsrik ekonomisk statistik om kostnaderna för läkemedelsförmånen ända ner på preparatnivå.

Produktivitetsjämförelser och Kostnad Per Patient

Med produktivitet avses kostnad per prestation. Det finns idag ingen årligen publicerad nationell statistik om produktivitet och produktivitetsutveckling vid somatiska sjukhus, vårdcentraler eller inom psykiatri. Men utveckling sker, både på nationell nivå och i olika landsting, vilket följande exempel visar.

I Landstingsförbundets KPP-databas återfinns ett kostnadsindex på sjukhusnivå, som årligen uppdateras för de medverkande sjukhusen. Sjukhusen följer den manual som gäller för KPP-redovisning, vilket gör att jämförelserna är av relativt god kvalitet. I KPP-databasen finns även uppgifter om de olika sjukhusens kostnad per DRG. Detta är högtintressant information, men publiceras dock inte och kan heller inte nås (av externa användare) via databasen. Bakgrunden är att de inrapporterande sjukhusen hittills satt upp detta som ett krav.

KPP-databasen innehåller i nuläget enbart sjukhusens slutna vård, detta är drygt 30 procent av rikets samtliga vårdtillfällen. Databasen kommer dock att växa ganska påtagligt de närmaste åren, när fler och fler sjukhus börjar rapportera data. Även psykiatriska kostnadsdata ska inkluderas fr.o.m. innevarande år.

Landstingsförbundets årliga produktivitetsjämförelse publicerades första gången avseende 2001 års verksamhet (i rapporten *Landstingens ekonomi*). Jämförelsen görs per landsting, inte per sjukhus. Jämförelsemåttet är kostnad per DRG-poäng. Jämförelsen avseende 2002 publicerades våren 2003 och innehöll för första gången även data om den öppna specialiserade somatiska sjukvården.

I Stockholms läns landsting (SLL) gör man mer eller mindre regelmässigt produktivitetsjämförelser, över tid och mellan sjukhus. I SLL gör man årligen ett så kallat självkostnadsbokslut per sjukhus. Revisorerna i landstinget har i ett flerårigt projekt jämfört och publicerat data om sjukhusens produktivitet. Samtliga sjukhus i SLL skall ansluta sig till KPP-databasen. Ett projekt om produktivitetsjämförelser pågår.

I Västra Götalandsregionen har flertalet av sjukhusen nu kapacitet att redovisa kostnader per patient i slutna vård. Ett par rapporter om produktivitetsutvecklingen vid några av regionens sjukhus och sjukhusgrupper har publicerats de senaste åren.

Framtiden då? På nationell nivå kan man urskilja två separata utvecklingsspår. I det första sker löpande och årsvisa grova jämförelser av produktivitet inom sjukhusvård på landstingsnivå, i Landstingsförbundets regi. Man kan förmoda att dessa successivt blir allt bättre, eftersom de publiceras och uppmärksammas. Dock är de i en rad meningar grova. Det är vidare en kvalitetsrisk att de enskilda sjukhusen inte kan identifieras.

Det andra spåret utgörs av KPP-databasens successiva tillväxt. I och med att enskilda sjukhus rapporterar data, så finns det anledning att tro att denna databas på sikt blir den viktigaste och bästa källan till jämförelser av produktivitet. Dessutom kan KPP-databasen användas för en rad ytterligare ändamål.

Produktivitet jämförelser inom primärvård

Landstingsförbundet bedriver sedan 1997 ett projekt för jämförelser inom primärvården kallat PIP – Produktivitet I Primärvården. Arbetet med PIP-verktyget anknyter till den nya, och mer finfördelade, verksamhetsindelning som landstingsförbundet tillämpar i den årliga verksamhetsredovisningen sedan 2001. Ett antal landsting har deltagit i projektet, däribland Dalarna. I nuläget är det endast vissa av landstingen som bedriver ett mer aktivt arbete kring att upprätta jämförelser enligt PIP. Vid sidan av Dalarna används PIP i Gävleborg, delar av Västerbotten och i Blekinge som nyligen har påbörjat sitt arbete. Det har funnits tankar på att sammanställa data från de deltagande landstingen på vårdcentralsnivå för att möjliggöra jämförelser. Detta har ännu inte realiserats och några direkta planer åt det hållet finns inte heller idag enligt samordnaren på SKL.

4.5.2 Dalarna

Landstinget kan, i princip, ta fram alla de övergripande kostnadsjämförelser mellan sjukvårdens verksamhetsgrenar, som kan göras med Landstingsförbundets ekonomistatistik som underlag.

Genom att Socialstyrelsen för 2002 och framöver DRG-grupperar både öppen och slutna vård ingår Landstinget Dalarna i den produktivitet jämförelse mellan landsting som Landstingsförbundet publicerar årligen. I och med att landstinget inte DRG-grupperar själv finns det sannolikt brister i denna jämförelse; diagnoser sätts inte med den precision som de skulle ha gjort annars.

Våra slutsatser är att Landstinget Dalarna i nuläget inte har en rutin eller kapacitet att generellt redovisa DRG-baserade produktivitetsdata avseende sin sjukvård. Man har vidare ingen kapacitet att redovisa kostnader per patient enligt KPP-metoden. Det finns i nuläget ingen explicit och konkret plan för införandet av KPP-redovisning. Däremot finns det en allmän ambition att styra sjukvården på ett sätt som förutsätter att man använder den typ av data som KPP-redovisningen ger.

För fullständighetens skull skall påpekas att det i jämförelser inom Nysam på olika delområden finns andra slag av produktivitetsmått, där personalresurser ställs mot prestationer, på till exempel akutmottagningar.

Inom närsjukvården används PIP-verktyget. Årligen upprättas ett s.k. ”PIP-bokslut” där vårdcentralers produktions- och kostnadsdata kan jämföras. Arbetet samordnas av en ekonom inom närsjukvården. Enligt ekonomen rapporterar samtliga enheter sina uppgifter till PIP-bokslutet men det finns ett motstånd kring denna rapportering. Detta förhållande påverkar noggrannheten med vilken uppgifter samlas och rapporteras, och därmed kvaliteten i underlagen. I den tidigare organisationen skedde avrapporteringar till den dåvarande

primärvårdsstyrelsen. I dag är ”beställaren” av, och användningen av, PIP-bokslutet mer otydlig. Den sammanställda rapporten delges närsjukvårdscheferna men blir i nuläget endast föremål för aktiv styrning utifrån respektive närsjukvårdschefers eget val. Någon samlad aktiv styrning på närsjukvårdsnivå, med PIP-bokslutet som underlag, sker inte även om det i dagarna eventuellt kan komma att användas som underlag för resursomfördelningar inom närsjukvården. Uppgifterna från PIP-bokslutet efterfrågas inte heller i den rapportering som sker till landstingsledningen.

Även inom andra delar av hälso- och sjukvården (Medicin/Geriatrik och Psykiatri) finns vissa produktivitetjämförelser. Vi har dock inte förstått att dessa underlag rapporteras och / eller blir föremål för aktiv styrning på den centrala landstingsnivån.

4.6 Vårdkvalitet och resultat

4.6.1 Den nationella nivån

Medicinska kvalitetsregister

Att mäta sjukvårdens resultat är svårt. Idealt borde man mäta resultatet i termer av förbättrad hälsa, som följd av sjukvårdens insatser. Ganska vanligt är istället att man väljer indirekta mått och indikatorer på kvalitet, till exempel så kallade processmått. Exempel på sådana mått är tidsåtgången mellan hjärtinfarktpatientens ankomst till sjukhus och trombolysbehandlingens start. Ett annat är andelen strokepatienter som vårdas på strokeenhet, vilket anses vara förknippat med goda resultat.

Det är i princip möjligt att ur patientregistret utvinna en del både indirekta och grövre kvalitetsmått, som sjukhusmortalitet. Men den viktigaste källan till kvalitetsdata om hälso- och sjukvården är de nationella *medicinska kvalitetsregistren*.

De medicinska kvalitetsregistren är i nuläget ett 50-tal. Ytterligare register tillkommer efter hand. De är uppbyggda på frivillighet och har sin grund i framförallt läkarprofessionens egna drivkrafter att följa upp kvalitet och patientnytta. Landstingsförbundet och Socialstyrelsen har sedan mitten på 1990-talet använt sin finansieringsmakt till att påverka registren i olika riktningar. Tidigare drevs de i hög grad av en forskningsambition, snarare än att vara ett redskap för löpande uppföljning av kvalitet, inklusive patientens värdering av kvaliteten.

Det finns således ingen nationell auktoritet som kräver att kliniker skall medverka i registren, eller kräver av registren att de skall fånga kvalitet på ett visst vis och även publicera data, som till exempel individuella vårdgivares resultat. Detta bidrar till att registren spretar i frågan om öppenhet: Vissa register går medvetet mot en ökad grad av öppenhet, andra håller det som en självklarhet att individuella klinikers resultat bara skall vara kända för dem själva.

För något år sedan arbetade Socialstyrelsen fram ett förslag till kvalitetsindikatorer för svensk sjukvård. En rapport publicerades, men därefter har inget fortsatt arbete kring denna rapport egentligen bedrivits. Frågan ”ägs” för närvarande av det nationella projektet om sjukvårdens informationsförsörjning och verksamhetsuppföljning, Info-VU.

I flera landsting finns det policybeslut om att vårdgivare skall medverka i kvalitetsregister. I Stockholms läns landsting finns det även indikatorset som har officiell status, i det att sjukhusen får viss ersättning om man kan rapportera de data som efterfrågas av beställaren.

Man kan de närmaste åren förvänta sig en ökad öppenhet från registren avseende jämförelser av vårdgivares kvalitet. Socialstyrelsens nye generaldirektör har i media gjort relativt långtgående utfästelser på detta område.

Avvikelser i vården

I Socialstyrelsens föreskrift ”Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården”, SOSFS 2005:12 (M), framgår att ledningssystemet bl.a. ska omfatta avvikelshantering.

Information om avvikelser i vården kan vara en ytterligare källa till information om sjukvårdens kvalitet. På nationell nivå kan information om detta fås både från Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd, HSAN, och från Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag, LÖF.

HSANs beslut tillställs löpande Socialstyrelsen och ger därigenom styrelsen underlag för sin tillsynsverksamhet. Besluten sänds också till landstingens patientnämnder och till några facktidskrifter som publicerar intressantare ärenden. Enskilda landsting kan härigenom få information om eventuella risker i den egna verksamheten att förhålla sig till. Idag används dock inte omfattningen av HSAN-anmälningar och –beslut som underlag för kvalitetsjämförelser på övergripande nivå.

LÖF försäkrar landstingens/regionernas ansvarighet gentemot patienter som skadas i samband med hälso- och sjukvård. Under senare år har antalet anmälningar till patientförsäkringen varit ungefär 9000 per år. Verksamheten genererar också en hel del underlag för skadeförebyggande arbete i sjukvården. Chefläkare, verksamhetschefer i ortopedi, kirurgi och kvinnosjukvård får årsvis tillgång till data om alla skador för respektive sjukhus (motsv) som behandlats av PSR (PersonSkadeReglering) under ett visst antal år bakåt i tiden. Inte heller information från LÖF används idag för att belysa och jämföra kvalitetsproblemens omfattning i svensk sjukvård.

4.6.2 Dalarna

Avseende kvalitetsregistren är läget enligt vad som framkommit i vår faktainsamling:

- man har inte fattat några ledningsbeslut om i vilka register vårdgivarna skall medverka i, eller vilka kvalitetsdata man skall redovisa (det anges visserligen i Budget 2005 att ett prioriterat utvecklingsområde är kliniska resultat men något explicit uppdrag att medverka i kvalitetsregister ges inte)
- landstinget upprättar inte sammanställningar över vilka register klinikerna är med i, eller värderar hur man använder dem i sin interna styrning (detta pågår dock)
- det finns, slutligen, ingen rutin för publicering och värdering av analys av data från kvalitetsregistren.

Att konstatera detta i frankt uttryckta punkter kan tyckas bryskt; läsaren bör komma ihåg att situationen är likartad i de flesta landsting. Vårt perspektiv i denna granskning har varit hur landstingsledningen använder information för sin styrning. Det som ovan konstateras motsäger således inte att enskilda kliniker, vårdcentraler etc. för egen del bedriver ett systematiskt kvalitetsarbete bl.a. med utgångspunkt i sin medverkan i kvalitetsregister.

Att mäta patienters tillstånd (före och efter behandling) enligt den sk GAF-skalan, ger ett mått på behandlingens resultat. Arbetet med GAF har uppenbarligen fått ett visst genomslag. De flesta enheter har en hygglig följsamhet till denna typ av rapportering. Däremot är förbättringsarbetet med anledning av GAF-data idag helt avhängigt av enskilda

verksamhetschefers vilja att förbättra sig. En aktiv styrning där icke önskvärda skillnader i resultat (utifrån GAF) skapar underlag för en tydlig förväntan på verksamhetschefer att förbättra verksamheten har ännu ej etablerats. Inte heller sker någon övergripande rapportering av GAF-data på landstingsnivå.

Inom Närsjukvården upprättas kvalitetsbokslut. Resultaten har däremot inte presenterats eller föranlett styråtgärder på den centrala landstingsnivån.

Landstinget Dalarna saknar idag ett gemensamt system för avvikelshantering. Flera system finns som är olika utbyggda. Sedan i våras finns ett projekt kallat "Patientsäkerhetsprojektet i Landstinget Dalarna". Projektet pågår från 050401 till 070330. Efter projektens slut när alla delar i projektplanen är implementerade är tanken att det framtida utvecklingsarbetet "Patientsäkerhet" övergår till den ordinarie verksamheten med utsedda ansvariga personer. En kravspecifikation är gjord för ett avvikelshanteringssystem. Eventuellt kommer landstinget att samverka med annat landsting som befinner sig i samma fas avseende avvikelshanteringssystem.

Det har inte framkommit att landstinget systematiskt analyserar och använder den information som översiktligt erhålls från HSAN och LÖF.

4.7 Väntetider och tillgänglighet

4.7.1 Nationell nivå

Landstingen arbetar sedan flera år med att förbättra tillgängligheten till vården och med att ge bättre information om väntetiderna vid olika mottagningar och sjukhus. Ett nationellt arbete med detta syfte är Landstingsförbundets projekt *Väntetider i vården*, som startade för fyra år sedan. Därutöver mäter Landstingsförbundet även primärvårdens tillgänglighet.

Väntetider till mottagning och behandling vid sjukhus

På SKLs webbplats redovisas väntetiderna till mottagning och behandling (primärt kirurgiska ingrepp) för samtliga sjukhus. Landsting och regioner rapporterar in sina uppgifter till den centrala databasen och ansvarar själva för att uppgifterna är korrekta och uppdaterade. I databasen ingår ett 20-tal mottagningsverksamheter och lika många slag av behandlingar, t ex starr-, höft- och knäoperationer.

Det har varit svårt att få in uppgifter om hur länge patienterna faktiskt väntar. Att få full jämförbarhet är också ett problem eftersom det är oklart hur prioriteringarna görs vid olika kliniker. I praktiken varierar kraven på hur sjuka patienterna skall vara för att bli uppsatta på väntelista och komma ifråga för behandling. Landstingsförbundet har hösten 2004 startat ett projekt för att formulera vilka indikationer som skall gälla för ett urval av sjukdomstillstånd.

Förutsättningarna för att mäta väntetiderna varierar också mellan landstingen, eftersom de IT-system som skall fånga uppgifterna är olika utvecklade i detta avseende. Databasen har också kritiserats för att de förväntade väntetiderna som uppges inte skulle stämma. Även detta kan till största delen förklaras av att man inte har stabila underlag på klinikerna för att göra dessa prognoser.

Enligt en särskild "tillgänglighetsöverenskommelse" mellan Socialdepartementet och Landstingsförbundet ska alla landsting sedan utgången av 2004 kunna redovisa patienternas *faktiska* väntetider. Tidigare har många rapporterat de *förväntade* väntetiderna, som är en prognos över väntetiden för en patient utan förtur.

I den pågående utvecklingen av väntetidsdatabasen är arbetet med den sk flödesmodellen en viktig del. Med den modellen kan väntetiderna sättas in i sitt sammanhang som en del av vårdprocessen. Härigenom erhålls också bättre kunskap om orsakerna till olika köproble, vilket är viktigt för att kunna minska köer och väntetider.

Flödesmodellen beskriver vad som händer från patientens första kontakt med vården till dess att patienten är färdigbehandlad. För varje patient redovisas hela vårdförloppet med hjälp av följande åtta mätpunkter:

- vårdbegäran från avsändande vårdenhet
- vårdåtagande (bokning) från mottagande/utförande enhet
- första vårdkontakt på utförande enhet
- diagnos ställd
- beslut om behandling
- behandlingsstart
- uppföljning
- avslut

Modellen testas inom ortopedi, psykiatri, kvinnosjukvård, urologi och ögon i flera landsting, bl a i Dalarna. Krav ställs på anpassning av IT-systemen, så att data om dessa mätpunkter löpande kan hämtas ur dem. Utöver att förbättra rapporteringen om väntetider skall flödesmodellen ge mer kunskap om hur vården faktiskt fungerar, till exempel vilka de olika flaskhalsarna är.

Väntetider i primärvården

Landstingsförbundet har i samråd med landstingen, regionerna och Socialstyrelsen beslutat att genomföra nationella mätningar av väntetider i primärvården. Mätningarna är en del av uppföljningen av den Nationella handlingsplanen för hälso- och sjukvården, NHP, i vilken tillgänglighet är ett prioriterat område.

Mätningarna sker inom ramen för projektet Väntetider i Vården och presenteras i en separat del av väntetidsdatabasen. Tanken är att man ska kunna följa utvecklingen av tillgänglighet i primärvården i hela landet.

I ett inledande skede mäts endast den faktiska väntetiden till läkarbesök vid allmänläkarmottagningar. Avsikten är dock att mätningarna av väntetiderna i primärvården successivt ska utvecklas enligt primärvårdens önskemål.

Mätningarna görs två gånger per år under en viss dag och har pågått sedan 2002. Inga uppgifter om enskilda vårdcentraler publiceras. Endast vårdcentralens personal får tillgång till sina egna resultat. Motivet för detta har varit att det krävs goda kunskaper om vilka förhållanden som råder vid den enskilda vårdcentralen, vid jämförelser och bedömningar av uppgifterna. Resultaten kan användas i diskussioner mellan enskilda vårdcentraler och huvudmän om tillgänglighet och naturligtvis även i den egna kvalitetsuppföljningen.

Uppgifter på landstings-, region- och riksnivå publiceras i en rapport en dryg månad efter mättillfället. Rapporten läggs ut på Väntetider i Vårdens och på SKLs webbplatser.

4.7.2 Dalarna

Rapportering till SKLs väntetidsdatabas

Landstinget Dalarna rapporterar sedan länge faktiska väntetider. I sitt vårdadministrativa system (ELVIS) har landstinget skapat heltäckande rutiner och rapportering för fyra av flödesmodellens sju mätpunkter. Landstinget (ortopedin) deltar även i ett försöksprojekt där samtliga sju mätpunkter enligt flödesmodellen följs.

I landstinget sker tertialvis uppföljning från respektive klinik. Via sammanställningar och bearbetningar av landstingets IT-enhet återförs informationen till varje klinik.

Klinikerna rapporterar fullständigt och i tid enligt direktiven med undantag för väntetid till röntgen och till utprovning av hörapparat.

SKLs handläggare har uppgivit att landstinget Dalarna har en god följsamhet i väntetidsrapporteringen. Landstingets handläggare bekräftar att följsamheten avseende sjukhusens rapportering är mycket god medan primärvården ligger på en medelnivå jämfört med andra landsting. Beträffande psykiatrin så ligger den delvis utanför ELVIS-systemet och bygger för dessa delar på manuella rutiner. Psykiatrin är dock på väg att börja använda ELVIS.

Landstingets samordnare av väntetidsdata menar att de största förbättringsområdena avseende väntetidsdata är dels att uppdatera väntelistor (innehåller ibland patienter som inte är aktuella för behandling / operation) dels att öka efterlevnaden till givna regler i registreringen.

Andra tillgänglighetsdata

Inom landstinget diskuteras andra former av tillgänglighetsuppföljningar, tex. telefontillgänglighet till vårdcentraler, tillgång till e-tjänster (tex. möjlighet att beställa tid, kommunicera med vårdcentraler / vårdpersonal, receptförnyelse etc. Landstingets controllerenhet har i uppdrag att ta fram en samlad uppföljningsplan / uppföljningspolicy i vilken denna typ av data eventuellt blir en del. Landstinget har idag ingen samlad och regelbunden uppföljning kring denna typ av tillgänglighetsdata på landstingsnivå.

Användning av väntetidsdata på landstingsnivå

Landstinget rapporterar tertialvis väntetidsdata. Denna typ av data är politiskt efterfrågade. Regelbundna rapporter presenteras såväl samlat som specialitetsvis. Materialet används för närvarande i diskussionen om införandet av den nya vård och behandlingssgarantin. Ännu har inte jämförelser med andra landsting avseende tillgänglighetsdata används för att styra den egna verksamheten.

4.8 Patienternas syn på sjukvården

4.8.1 Nationell nivå

Genom *Vårdbarometern* genomförs sedan september 2001 kvartalsvisa mätningar av befolkningens kunskaper om, erfarenheter av och attityder till hälso- och sjukvården. Årligen telefonintervjuas ungefär 0,5 % av den vuxna befolkningen i de landsting och regioner som deltar i undersökningen. Från starten har fram till oktober 2003 totalt cirka 82 000 respondenter intervjuats.

Vårdbarometern genomförs på uppdrag av de deltagande landstingen som tillsammans med Landstingsförbundet och ett undersökningsföretag arbetat fram och godkänt det frågeformulär som används. Hittills deltar 18 av landets 21 landsting och regioner i Vårdbarometern. Landstinget Dalarna deltar.

Insamlad data lagras i en gemensam databas. Varje landsting har tillgång till sin del. Via hemsidan finns det också möjlighet att jämföra data från enskilda landsting med genomsnittet för samtliga medverkande landsting. Syftet med Vårdbarometern är att ge politiker, tjänstemän och andra beslutsfattare i landsting en bild av hur hälso- och sjukvården uppfattas av befolkningen.

Svenskt vårdkonsumentsindex, VKI, är en undersökning som utförs av Timbro Hälsa på eget initiativ. Undersökningen presenteras i form av en ranking av landets 21 landsting och regioner med avseende på deras konsumentvänlighet. VKI är *inte* en undersökning som beskriver patienters upplevelser av eller attityder till vården. Indexet bygger istället på Timbros egen undersökning av olika förhållanden i landstingen och därmed på Timbros eget urval av variabler för att mäta konsumentvänlighet. Maximalt kan ett landsting erhålla 16 poäng, det bästa landstinget 2005 (Kalmar) enligt denna ranking har fått 9 poäng. Dalarna har fått 4 poäng.

Att vi tar upp VKI i detta sammanhang beror på vårt antagande att graden av konsumentvänlighet borde återspegla sig i patienternas uppfattningar om sjukvården. Denna aspekt borde i varje fall vara intressant för landstingen att studera, till exempel genom att jämföra utfallet enligt VKI med utfallet i Vårdbarometern.

4.8.2 Dalarna

Vi har inte funnit att Landstinget Dalarna genomför egna analyser eller bearbetningar av resultaten från Vårdbarometern, eller att man etablerat någon stabil form och rutin för att rapportera Vårdbarometers resultat. Enligt landstingsdirektören har uppgifter från Vårdbarometern använts i förberedelserna kring landstingets Kommunikationsstrategi för åren 2006 – 2008. Landstinget har också enligt uppgift från en intervju lagt till extrafrågor för intervjuer med befolkningen i Dalarna. Detta signalerar att man har en hög ambitionsnivå. Nyligen har landstinget skaffat en särskild programvara för att kunna göra analyser och jämförelser (med andra landsting) av grundmaterialet i Vårdbarometern.

Landstingets utredare på folkhälsoområdet uppger att landstinget avser att kombinera uppgifter från Vårdbarometern med folkhälsodata. Syftet med detta är att kvalitetssäkra landstingets egna patient- och befolkningsenkäter. Vid sidan av detta är det oklart hur uppgifter från Vårdbarometern kommer till användning i landstingets styrning.

Uppföljningar av patienters upplevelser av vården, som sker i Landstinget Dalarnas regi, genomförs dels på verksamhetens eget initiativ dels som en del av landstingets befolkningsenkäter. Vi har inte funnit att man på landstingsnivå *använder* aggregerad information om patienters erfarenheter eller avvikelser som underlag i styrningen. Ett exempel på detta skulle vara att tidigare uppföljningar av patienterfarenheter används som utgångspunkt för att formulera nivåsattna mål som rör olika aspekter på patienters upplevelser av bemötande, servicenivå etc. Å andra sidan har vi uppfattat att många enheter använder resultatet av de egeninitierade uppföljningarna i sin interna styrning och utveckling. Enligt landstingets utvecklingschef finns planer på att utarbeta en gemensam patientenkät som underlag för att göra aggregerade uppföljningar.

5 ORGANISATION OCH UPPFÖLJNINGSKAPACITET

Landstingets förutsättningar att systematiskt följa upp och styra sjukvården har under snart två år påverkats av den omorganisation som pågått. Förändringarna har inneburit att ett gemensamt huvudkontor har skapats för all landstingsverksamhet.

I det nya huvudkontoret finns följande enheter:

- Ekonomienhet inklusive en controllerfunktion
- Personalenhet
- IT-enhet
- Utvecklingsenhet inkl. hälso- och sjukvård
- Planeringsenhet inkl. allmän enhet

Den nya organisationen är i färd med att finna sina former. Exempelvis har controllerfunktionen bemannats först under försommaren 2005. Förutom en fast bemanning med två medarbetare från ekonomienheten (plus controllerchefen) är avsikten att controllerfunktionen ska samverka med två medarbetare från personalenheten och två från utvecklingsenheten. Till viss del råder fortfarande oklarhet om såväl controllerenhetens som utvecklingsenhetens uppdrag. Landstingsdirektören har nyligen givit uppdrag åt chefen för controllerfunktionen och utvecklingschefen att klargöra vem som ska ansvara för vad och hur samverkan ska ske.

Dessa formella delar bör snarast klaras ut.

Controllerfunktionen genomför för närvarande en inventering av vilka uppföljningsunderlag som finns. I ett nästa skede har utvecklingschefen i uppdrag att utforma en samlad och enhetlig uppföljning.

Vår slutsats är att det i dagsläget är oklart huruvida uppföljningskapaciteten är tillräcklig. Detta förhållande bör klarna när den nya organisationen "har satt sig". Att den uppföljning som idag sker inte är tillräcklig, sett i ett strategiskt styrperspektiv, framstår som uppenbart. Bekymret bör dock till stor del kunna åtgärdas genom:

- Slutförande av påbörjad inventering av befintlig uppföljning
- Klargörande av samlat "uppföljningsuppdrag" (påbörjas snart)
- Klargörande av hur ansvaret för delarna i denna uppföljning fördelas mellan huvudkontorets enheter (pågår)

6 BEDÖMNINGAR OCH FÖRSLAG

6.1 Vilken är uppgiften - hur högt skall ribban sitta?

Innan vi ger oss i kast med att formulera de viktigare av våra bedömningar och ge några förslag, är det befogat att stanna till och reflektera över några frågor, med betydelse för denna granskning och för våra rekommendationer:

- Vad innebär det att bedriva en kunskapsbaserad sjukvårdsstyrning, att aktivt använda uppföljning som underlag för styrning?
- Kan man mäta i vilken mån styrningen är kunskapsbaserad, eller i vilken mån den vilar på andra faktorer, som intresse- och maktkamper, tradition eller annat?
- Perfekta kunskapsunderlag och uppföljningsdata finns inte. Hur högt bör landstinget sätta ribban?

Den första frågan har bland annat med fenomenet ”datakyrkogårdar” att göra. Det finns, vilket påpekats, statistik och kunskapsunderlag i mängder. Även väl strukturerade och relevanta uppföljningsrapporter kan samla damm. Att ha kapacitet att redovisa relevanta data, att ha fungerande rutiner för att göra dem tillgängliga, är en förutsättning för kunskapsbaserad styrning, men är inte det enda viktiga. Lika viktigt är hur olika styrprocesser, till exempel dialogerna kring verksamhetsplanering och budget, går till. Först när kunskapsunderlagen omvandlats till konkreta styrsignaler som leder till agerande i verksamheten har styrningen fått genomslag.

Till den andra frågan. Nej, det finns inga enkla och träffsäkra mått på i vilken mån styrningen i ett landsting är kunskapsbaserad, i meningen baserad på formaliserade statistik- och kunskapsunderlag, om vårdkonsumtion och kostnader, till exempel. Därutöver är ju vårdgivarnas och chefernas erfarenheter viktiga och legitima källor till kunskap och beslutsfattande. Rigid användning av data kan vara lika problematisk som avsaknad av sjukvårdsdata. Det är exempelvis inte självklart att det är bra att ”ligga i mitten” i en jämförelse. Statistiska genomsnitt bör inte med självklarhet tillåtas att bli målsättningar.

Slutligen, det är en grandios uppgift att organisera tillgången på sjukvårdsdata i de dimensioner vi beskrivit, och nyttiggöra dem i praktisk ledning och styrning. Ju högre grad av sofistikerad och nyansrikedom man vill ha, desto större resursinsatser behövs och desto större krav på kompetens. Här finns dock en grundläggande utgångspunkt för att avgöra hur högt ribban ska sitta: Landstinget Dalarna siktar högre än vad dagens kunskapsunderlag medger. Landstingsledningen tycks medveten om detta glapp och arbetar för att fylla det.

6.2 Bedömningar och sju förslag

6.2.1 Tre grundläggande observationer

Vi gör inledningsvis tre grundläggande bedömningar, utifrån de genomförda intervjuerna.

För det första: Landstinget Dalarna har klara ambitioner om att åstadkomma en utvecklad och förbättrad styrning av hälso- och sjukvården. Kärnan i denna ambition är att styrning skall utövas (även) på nivån vårdprocesser och sjukdomsgrupper, inte (enbart) avseende organisatorisk nivå, som sjukhus, kliniker och vårdcentraler. Därtill kommer en allmän

ambition om att underbygga budget- och prioriteringsbeslut med bättre kunskapsunderlag och uppföljningsinformation.

För det andra: Det finns en probleminsikt hos landstingsledningen. Dagens informationsförsörjning, verksamhets- och ekonomiredovisning är inte anpassade till denna mera ambitiösa och utvecklade styrningsambition. Vartefter landstingets nya kansliorganisation finner sina former bör det även klarna huruvida kapaciteten för uppföljning och analys är tillräcklig för styrambitionen.

Ett exempel: Antag att landstingsledningen vill värdera läget för gruppen patienter med diabetes eller hjärtsvikt, och för detta behöver uppgifter om kostnader, patientvolym (och varifrån patienterna kommer), sjukvårdens tjänster (vad utförs och vilken enhet utför) och dessas kvalitet. Data kan med ansträngning tas fram genom manuella sammanställningar och skattningar. Men inget av de tillgängliga informationssystemen är riggade för att löpande kunna leverera data till stöd för landstingsledningens ambition.

För det tredje: Det finns i landstinget bara partiella strategier och handlingsplaner för att utveckla informationsförsörjning och kapaciteten för uppföljning och analys. Om denna situation på lång sikt består, kommer möjligheterna att nå större framgångar i arbetet med de nya och högre styrningsambitionerna att vara begränsade. Man måste kunna försörja sin modell för styrning med relevanta kunskapsunderlag och relevant uppföljningsinformation.

Dessa bedömningar är helt förenliga med att det finns områden där landstinget är i framkant, jämfört med andra landsting. Vi har tidigare pekat på att man fångar uppgifter om väntetider, med hjälp av väl etablerade och välfungerande rutiner.

6.2.2 Förslag

Bakgrund och motiveringar till givna förslag sammanhänger med att en sammanhållen strategi för informationsförsörjning och uppföljning saknas (delvis är detta under utarbetande). En annan utgångspunkt är vår syn att man bör *etablera rutiner* för olika slag av uppföljning; den bör ske återkommande och inte vara baserad på stora engångsinsatser.

Förslagen kan av resursskäl inte genomföras samtidigt eller med stor kraft på för många områden. Men alla kan formuleras i realistiska och genomförbara steg, sådana att en betydande utveckling kan ske, också i medellångt perspektiv på 2-4 år. Det är klokt att skynda långsamt, men genomtänkt. Tidshorisonerna måste tillåtas vara långa när ”infrastrukturen” för en kunskapsbaserad sjukvårdsstyrning skall förbättras.

1. Samlad strategi för uppföljning behöver utarbetas

Uppdrag i denna riktning finns enligt uppgift redan utlagda på berörda enhetschefer vid landstingets huvudkontor. Vi vill understryka betydelsen av att en samlad strategi för uppföljning tas fram och fastställs. Såväl landstingets egen genomgång av befintlig uppföljningsinformation som denna granskning och de nedan presenterade förslagen kan vara utgångspunkter i uppföljningsstrategin.

2. Årlig redovisning av indikatorer på effektivitet

Det finns en rad olika jämförelsedata tillgängliga, ur nationella källor och i jämförelserna inom Nysam. Vi föreslår att landstinget tar fram en modell för en årligen återkommande redovisning och värdering av sjukvårdens effektivitet. En möjlighet är att ta fram jämförande och värderande profiler av det egna landstinget, jämfört med riket eller grupper av andra landsting – avseende förebyggande insatser, vårdkonsumtion, produktivitet, medicinsk kvalitet,

tillgänglighet etc. Ett antal indikatorer för varje område väljs ut. Mål kan formuleras för olika indikatorer och följs upp.

3. Förebyggande hälso- och sjukvård – etablera rutin för rapportering

Idag finns ingen rutin på landstingsnivå för att rapportera vilka förebyggande och hälsofrämjande tjänster som utförs och i vilken omfattning detta sker. Detta gör att denna verksamhet inte följs upp och riskerar att bli osynliggjord. Landstinget föreslås ta fram en sådan rutin och även samlat, på landstingsnivå, redovisa gjorda insatser.

4. Patientrelaterad redovisning av kostnader, sjukvårdens tjänster och vårdtjänster - KPP

Poängen med KPP-redovisning är att man knyter förbrukning av sjukvårdens tjänster och kostnaderna för dessa till patienten. Tillsammans med diagnos- och åtgärdsdata skapar man en grund för en vårdprocessororienterad redovisning. Då skapas bättre möjligheter att följa upp i vilken mån olika vårdprogram följs och vad de kostar. Därutöver kan man även fånga traditionella uppgifter om produktivitet på organisatorisk nivå – kostnad per akutmottagningsbesök, vårddygn, IVA-timme, radiologiska undersökningar, lab prover etc. Vi föreslår att landstinget tar fram en plan för införandet av KPP-redovisning.

5. Etablera Nord-DRG som beskrivningssystem för den somatiska sjukhusvården

Nya beskrivningssystem behöver ersätta mått som vårdtillfälle och läkarbesök. Det enda realistiska alternativet är Nord-DRG. Vi föreslår att Landstinget Dalarna fattar principbeslut om att använda DRG som beskrivningssystem, och understödjer den nödvändiga kompetensutvecklingen för detta.

6. Årlig redovisning av medicinsk kvalitet och resultat på utvalda områden

Väl medvetna om de olika fallgrorpar som ligger i detta, föreslår vi att landstinget i samarbete med berörda verksamhetschefer tar fram årliga kvalitets- och resultatredovisningar, baserade på data i medicinska kvalitetsregister. Dessa redovisningar föreslår vi införlivas i landstingets ordinarie uppföljningsrutiner. Pilotområden kan vara ”mogna” register, med lång erfarenhet och där beredvillighet att redovisa och kompetens att tolka finns tillgänglig. När erfarenheter vunnits kan flera register och patientgrupper omfattas av denna uppföljningsrutin.

7. Nationella uppföljningar av effektivitet – res krav på ambitionshöjning

Alla landsting, men särskilt de mindre, skulle dra stor nytta av ökade nationella aktiviteter. För det första gäller detta samordning av datainsamlingar och etablering av användarvänniga nationella databaser. Särskilt de landsting som är medlemmar i Nysam eller de som uppfattar sig ha höga ambitioner, har goda skäl att rikta krav på staten och SKL att svara för samordning och reglering av datainsamlingar.

För det andra skulle nationella och offentligt publicerade jämförelser av landstingens och vårdgivarnas effektivitet, ge draghjälp åt landstingets interna arbete. Vi föreslår att landstinget formellt tar upp dessa frågor i lämpliga fora på nationell nivå.

BILAGA MOTIVERING TILL DE VALDA ÅTTA KUNSKAPSDIMENSIONERNA

Man kan föra många och långa diskussioner om vem som behöver ha tillgång till vilken information och för vilket syfte. ”Är syftet med uppföljning lärande och utveckling eller extern kontroll?”, är en sådan återkommande fråga. Patienter, politiker, sjukvårdsadministratörerna, verksamhetschefer och sjukvårdens behandlande personal – ja, visst har de alla lite olika behov av data och kunskapsunderlag, för beslut och förändring i olika situationer.

Men vi bortser från dessa något mera finstiltade frågor. Vi syftar till att skapa överblick, och sätter därför fokus på de kunskapsunderlag som i en allmän mening är relevanta vid sjukvårdens styrning – oavsett alla ”när?”, ”varför?” och ”av vem?”

Vi ger här några kommentarer till den indelning vi har valt. Dimensionen *Befolkningens hälsoläge och sjukvårdsbehov* behöver ingen vidare motivering. I princip skall all sjukvårdsplanering ta sin utgångspunkt i befolkningens sjukvårdsbehov.

Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa för hela befolkningen. Det är därför viktigt att lyfta fram den hälsofrämjande och *Förebyggande sjukvårdsverksamheten*. Detta även om den förebyggande sjukvårdens insatser kan vara svåra att både logiskt och praktiskt sett särskilja. Vi vill med denna indelning uppmuntra till att det i Sverige arbetas fram beskrivningssystem för den preventiva sjukvårdens insatser.

För den övriga vården finns delvis *beskrivningssystem* (t.ex. DRG) för att tydligare beskriva innehållet i de producerade *sjukvårdstjänsterna*. Att styra och följa *produktionen* av sjukvårdstjänster är en självklar del i en genomtänkt styrning av sjukvården.

Befolkningens vårdkonsumtion är en självklar uppföljningsdimension och avser både geografi, social ställning och kön. Jämförelser och analys av vårdkonsumtion är ett viktigt instrument i sjukvårdsstyrning och som stöd för prioriteringsdiskussioner – även om ”sanningarna” sällan är självklara. Hälso- och sjukvårdslagens skrivningar om befolkningens lika rätt till vård och att patienter med störst behov har företräde, är en viktig bakgrund.

Kostnader och produktivitet är en självklar dimension. Med produktivitet avses kostnad per prestation eller sjukvårdstjänst. Med kostnader avser vi här kostnaderna för landstingen som huvudmän och hur sjukvårdskostnaden fördelar sig på olika ändamål och delverksamheter. Ett vidare kostnadsbegrepp, samhällsekonomiska kostnader av ohälsa, är ibland motiverat.

Man kan se väntetider, *Väntetider och tillgänglighet*, som en del av kvaliteten i sjukvården, *Vårdkvalitet och resultat*. Men det finns nu en etablerad väntetidsrapportering i Sverige, och frågan är starkt uppmärksam i sjukvårdspolitik. Likaså är det befogat att ha en separat rubrik som avser vårdkvalitet och kliniska resultat – blev patienten hjälpt av sjukvårdens insatser: botad, förbättrad funktion, mindre smärta?

Patientens syn på sjukvården är lika självklart en relevant faktor. Nationellt och lokalt i olika landsting har denna fråga de senaste decennierna allt oftare diskuterats och lyfts fram. När patientens får en starkare ställning i vårdssystemet blir det även naturligt att följa upp hur patienterna värderar vården.