

Revisorerna i Region Skåne

Granskning av incitament till god kvalitet

**Rapport
2006-12-12**

***Michael Arthursson
Dag Boman
Mari Månsson
Bosse Lundgren***

INNEHÅLL

1	SAMMANFATTNING	3
2	GRANSKNINGENS INRIKTNING OCH OMFATTNING	5
2.1	BAKGRUND	5
2.2	UPPDRAGET.....	5
2.3	UPPDRAGETS GENOMFÖRANDE	6
3	ÖVERGRIPANDE BILD AV KVALITETSARBETET	7
3.1	NATIONELL NIVÅ.....	7
3.2	REGION SKÅNE.....	10
3.3	STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING	11
3.4	VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN.....	13
4	HUVUDFRÅGORNA I GRANSKNINGEN	15
4.1	ÖVERGRIPANDE ARBETE MED DEFINITIONERNA FÖR GOD KVALITET	15
4.2	INCITAMENT TILL GOD KVALITET	17
4.3	ERSÄTTNINGSSYSTEMET	19
4.4	VÅRDGARANTIN.....	21
4.5	FÖRSLAG TILL FÖRBÄTTRINGAR	23
5	REFERENSER	25
5.1	INTERVJUER	25
5.2	DOKUMENTATION	25

1 Sammanfattning

Uppdrag

Revisorerna i Region Skåne har uppdragit åt Micartur AB att genomföra en granskning av incitament till god kvalitet i Region Skåne. Syftet har varit att ge revisorerna ett underlag för att bedöma om arbetet med att utveckla incitament för god kvalitet organiseras, planeras och genomförs på ett sätt som kan ge det resultat som förväntas och är önskvärt.

Metod

Genomförandet av granskningen har omfattat studier och analys av dokumentation bl a politiska beslut, styrdokument, uppföljningar mm i Skåne och nationellt.

Djupintervjuer har genomförts med 11 personer som representerar vården i två distrikt samt med hälso- och sjukvårdsledningen. Dessutom har strukturerade intervjuer genomförts med 12 personer som representerar primärvård och sjukhusvård. Material har sammanställts som redovisar dels arbetet med kvalitet i hälso- och sjukvården på nationell nivå, dels kvalitetsarbetet i Stockholms läns landsting och Västra Götalandsregionen. Dessutom har en workshop genomförts med cheferna i hälso- och sjukvården.

Arbetet med granskningen har bedrivits under september-december 2006.

Resultat

Linjeorganisationen har ansvaret för kvalitets- och verksamhetsutveckling inom Region Skåne. Kvalitetsarbetet ska vara en integrerad del av ledningsarbetet.

Det pågår ett omfattande utvecklingsarbete med kvalitetsfrågor inom hälso- och sjukvården i Skåne. Arbetet omfattar bl a följande områden:

- Arbete med *kvalitetsregister*. Kraven ökar på att verksamheten ska vara med i nationella kvalitetsregister. Sjukhusen ska också kunna rapportera sin täckningsgrad. Region Skåne har valt att fokusera på sex kvalitetsregister 2007
- Arbete med *de nationella kvalitetsområdena*. Socialstyrelsen har fastställt sex områden för kvalitetsarbetet inom hälso- och sjukvården. Det innebär att vården ska vara kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, patientfokuserad, effektiv, jämlik och ges i rimlig tid. I uppdragen till förvaltningarna för 2007 finns samtliga sex kvalitetsområden med.
- Utveckling av *ersättningssystemet*. Ett syfte med denna utveckling är att ge ekonomiska incitament för kvalitet. De två områden som framför allt prövas 2006 är strokeprocessen och hälsoinriktade insatser.

När det gäller granskningens huvudfråga om *incitament* har regionen inte arbetat systematiskt för att gynna en önskvärd kvalitetsutveckling. De inslag av ekonomiska incitament till kvalitet som prövas i ersättningssystemet bedöms ha svag styreffekt.

Samtidigt har andra incitament än de ekonomiska stor betydelse. Det gäller bland annat tydliga mål och systematisk uppföljning och återkoppling från ledningsnivå.

Det kvalitetsarbete som drivits fram till de senaste åren har bl a utmärkts av följande:

- Hög grad av decentralisering och för olika verksamheter unika koncept och system.
- Kvalitetsuppföljningen har i hög grad varit ett ansvar för förvaltningarna inom vården, exempelvis sjukhusen, och den regiongemensamma uppföljningen har varit begränsad, bland annat när det gäller patientupplevd kvalitet.

- Det har saknats tydliga övergripande mål för kvalitetsarbetet och tydlig koppling mellan incitament, såväl ekonomiska som andra incitament, och kvalitet.

Region Skåne följer i egen regi upp effekterna av *vårdgarantin*, dock inte frågor som rör kvalitativa förändringar såsom medicinska effekter av ökad produktivitet eller effekter för prioriterade vårdbehov. Sådana aspekter ska följas upp nationellt av Socialstyrelsen. Det har dock inte hittills framkommit några konkreta indikationer på att vårdgarantin skulle ha lett till sämre kvalitet i vården.

Det finns få mål för kvalitetsutvecklingen i regionen som är specifika, relevanta och mätbara. Det är svårt att bilda sig en uppfattning om de målkonflikter mellan hög produktivitet och hög kvalitet som ofta diskuteras i regionen. Det saknas regiongemensamma uppföljningar som fokuserar denna problematik.

Utvecklingen av kvalitetsarbetet i regionen går dock mot ökande inslag av regiongemensamma begrepp och system. Det gäller bl a förberedelse för en återkommande regiongemensam uppföljning av patientupplevd kvalitet.

Arbetet med kvalitetsregistren kommer att utvecklas under de kommande åren. Arbetet följs av en särskild regiongemensam arbetsgrupp.

I utvecklingen av incitament för kvalitet i hälso- och sjukvården i Skåne bedömer vi att följande områden är viktiga:

1. **Mål och mått.** Det behövs tydliga regiongemensamma mål för kvalitetsarbetet. Kommunikation och uppföljning av målen är viktiga drivkrafter för kvalitetsutvecklingen. Utifrån de gemensamma målen behövs tydliga mått och konkreta verktyg som kan tillämpas i den kliniska verksamheten. Det gäller bl a omsättning av resultat som genereras av kvalitetsregistren.
2. **Patientfokus.** Det finns en utbredd insikt om behovet av att i ökad utsträckning fokusera på patientupplevd kvalitet. Granskningen visar tydligt vilken betydelse återkoppling från patienterna kan ha för kvalitetsarbetet. Den planerade regiongemensamma uppföljningen av patientupplevd kvalitet bör genomföras så snart som möjligt och bli ett återkommande instrument för kvalitetsstyrningen.
3. **Ersättningssystemet.** Erfarenheterna från de hittillsvarande pilotområdena med ersättning för strokeprocessen och hälsoinsatser, samt arbetet med regiongemensam uppföljning och utveckling av tydliga mål och mått, bör ligga till grund för utveckling av ersättningssystemet. Det är angeläget att koppla uppdragsbeskrivningar till ersättningsmodellen, med tydliga konsekvenser i form av t ex minskad uppdragsvolym vid brister i kvalitetsarbetet. En hög täckningsgrad i kvalitetsregistren bör säkerställas.
4. **Ledarskap.** Det behövs utvecklat ledarskap i kvalitetsfrågorna med bl a tydliga mål och feedback till verksamheter och enskilda medarbetare. I detta ingår att ge en snabbare återkoppling om utvecklingen till medarbetarna. En viktig ledarfråga är att föra ut och fördjupa arbetet inom verksamheten med de sex nationella kvalitetsområdena.

2 Granskningens inriktning och omfattning

2.1 Bakgrund

Revisorerna har under 2005 genomfört en granskning avseende "Region Skånes riskbedömningar i samband med införandet av Skånsk Livskraft – vård och hälsa", rapport nr 67 2005. Syftet med granskningen var bland annat att peka ut riskområden där kvalitetsbrister kan uppstå. Av rapporten framkom bland annat att det är tveksamt i vilken utsträckning regionens verksamheter ges incitament till god kvalitet.

Av rapporten framgår bl a följande:

Det är tveksamt i vilken utsträckning verksamheten idag *ges incitament i avtal och uppdragsbeskrivningar* och/eller i krav på redovisning av nyckeltal/indikatorer till god kvalitet. Det är till och med möjligt att de ekonomiska incitamenten står i motsats till att ge god kvalitet i vården. Avtal och uppdragsbeskrivningar är under omarbetning, men det kan finnas anledning att rikta uppmärksamhet mot denna fråga.

Distriktsnämnderna tillämnar avtal som ger incitament till höga produktionsvolymerna. Samtidigt har man mycket blygsamma krav på rapportering av verksamhetens innehåll t.ex. medicinska resultat. Betydelsen av att uppdragsgivaren ger verksamheten ändamålsenliga incitament kan inte nog poängteras. En utveckling till att ge incitament för förbättrad kvalitet och då i synnerhet medicinsk resultat kvalitet synes angelägen.

Den huvudsakliga styrningen av vården i avtal och uppdragsbeskrivningar är kopplad till produktion av vård. Det finns dock önskemål om ökad uppmärksamhet att styra verksamheten till att ge kvalitet och medicinska resultat, exempelvis genom utveckling av de balanserade styrkorterna. Det nya ersättningssystemet med 60 procent fast ersättning och 40 procent rörlig ersättning för att styra mot högre produktion av vård anses gynna akutsjukhusen. Effekterna av hur fördelningen sker mellan dels sjukhus och vårdlogiker tycks oklara.

Farhågor har framkommit att *det nuvarande produktionsinriktade ersättningssystemet* kan innebära en medveten eller omedveten selektion av patienter och ingrepp som genererar högre ersättning. Det är en anledning till att man har diskuterat att införa kvalitetsincitament och en utveckling av de balanserade styrkorterna skulle kunna vara en väg att gå. Någon av de intervjuade ansåg att prioriteringar inom vården inte utgjorde något problem, eftersom regelsystem och prioriteringsanvisningar ändå följs. Några väntetider för cancerpatienter eller andra personer i behov av akut vård ansågs inte finnas enligt den intervjuade.

2.2 Uppdraget

Syftet med uppdraget har varit att ge revisorerna i Region Skåne ett underlag för att bedöma om arbetet med att utveckla incitament för god kvalitet organiseras, planeras och genomförs på ett sätt som kan ge det resultat som förväntas och är önskvärt.

Huvudsakliga frågeställningar som har undersökts är:

1. Hur arbetar Region Skåne övergripande med de definitioner för god kvalitet som finns på nationell nivå?
2. I vilken utsträckning ges verksamheten incitament till god kvalitet?

3. Hur ger ersättningssystemet incitament för god kvalitet?
4. Kan vårdgarantin ge önskade effekter för god kvalitet?

Granskningen har avgränsats till att förutom det regionövergripande perspektivet även omfatta fyra av regionens sjukhus och tio vårdcentraler.

2.3 Uppdragets genomförande

Genomförandet av granskningen har omfattat följande huvudsakliga delar:

1. Studier och analys av *dokumentation*. Det gäller bl a politiska beslut, styrdokument, uppföljningar mm. Dokumenten finns specificerade sist i rapporten.
2. *Djupintervjuer* med 11 personer. De intervjuade personerna representerar hälso- och sjukvårdsledningen samt Utvecklingscentrum, distriktsnämndskanslier, sjukhus och primärvård i Nordvästra och Mellersta sjukvårdsdistriktet.
3. *Strukturerade intervjuer* med 12 personer som representerar primärvård och sjukhus runt om i Skåne. Till skillnad från djupintervjuerna har de strukturerade intervjuerna innehållit fasta svarsalternativ, vilket gör det möjligt att kvantifiera intervjurens resultat. Respondenterna har även givits möjligheter att lämna kommentarer till svaren.
4. Sammanställning av information om kvalitetsarbetet i hälso- och sjukvården på *nationell* nivå samt i *Stockholms läns landsting och Västra Götalandsregionen*.
5. *Workshop* med förvaltningscheferna i hälso- och sjukvården samt hälso- och sjukvårdsledningen i Region Skåne. Syftet med workshopen var att diskutera huvudfrågorna i granskningen och att identifiera kritiska frågeställningar för incitament till god kvalitet inom hälso- och sjukvården i Skåne.
6. *Sammanställning och analys* av fakta och slutsatser från dokumentstudier och intervjuer samt workshop. Sammanställningen och analysen har resulterat i denna skriftliga rapport som behandlar de frågeställningar som beskrivits i förfrågningsunderlag och projektplan.

Tjänstemän inom hälso- och sjukvårdsledningen har fått möjlighet att faktagranska texter som berör beskrivningen av kvalitetsarbetet inom Region Skånes hälso- och sjukvård.

Granskningen har genomförts av Michael Arthursson, projektledare, Dag Boman, kvalitetsansvarig, Mari Månsson och Bosse Lundgren. Projektet har genomförts i nära samråd med uppdragsgivaren. Kontaktperson för uppdragsgivaren har varit Eva-Tency Nilsson på Revisionskontoret och Lars-Åke Rudin inom hälso- och sjukvårdsledningen.

Arbetet med rapporten har bedrivits under september-december 2006.

3 Övergripande bild av kvalitetsarbetet

3.1 Nationell nivå

Kvalitet i hälso- och sjukvården – nationellt perspektiv

Socialstyrelsen har i uppdrag att utarbeta evidensbaserade riktlinjer för vård och behandling av sjukdomar som rör många människor och tar omfattande samhällsresurser i anspråk. Socialstyrelsen har utarbetat föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (SOSFS 2005:12). Detta beskrivs i skriften "God Vård" ..

Definitionen av god kvalitet i hälso- och sjukvården bygger i "God Vård" på sex kvalitetsområden.

Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård

Vården ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet och möta den individuella patientens behov på bästa möjliga sätt.

Säker hälso- och sjukvård

Vårdskador ska förhindras genom ett aktivt riskförebyggande arbete.

Patientfokuserad hälso- och sjukvård

Vården ska ges med respekt och lyhördhet för individens specifika behov, förväntningar och värderingar, och dessa vägs in i de kliniska besluten.

Effektiv hälso- och sjukvård

Tillgängliga resurser utnyttjas på bästa sätt för att uppnå uppsatta mål. Vården utformas och ges i samverkan mellan vårdens aktörer baserat på tillståndets svårighetsgrad och kostnadseffektiviteten för åtgärderna.

Jämlik hälso- och sjukvård

Vården tillhandahålls och fördelas på lika villkor för alla.

Hälso- och sjukvård i rimlig tid

Ingen patient ska behöva vänta oskälig tid på de vårdinsatser som patienten har behov av.

För att kontinuerligt och långsiktigt utveckla och säkerställa vårdens kvalitet skall vårdgivarna inrätta ett ledningssystem för kvalitet och säkerhet. Kravet på ledningssystem innebär att det ska finnas en organisatorisk struktur, ett uttalat och tydligt ansvar, dokumenterade rutiner, identifierade processer samt rutiner för uppföljning¹.

I det systematiska kvalitetsarbetet bör vårdgivare och verksamhetschefer arbeta integrerat med uppsatta mål kopplat till utförandet av vården, tillgängliga resurser och systematisk uppföljning av resultat och kvalitet i vården.

Öppna jämförelser

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och Socialstyrelsen har börjat publicera samlade jämförelser av sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Jämförelserna ska vara återkommande och åtagandet vara långsiktigt. Jämförelserna avser flera olika perspektiv på kvalitet och effektivitet och baseras på nationella indikatorer redovisade på landstingsnivå.

Jämförelserna är en del av en nationell strategi för *God Vård*. Syftet är att stimulera till fördjupade analyser och värderande diskussioner både inom sjukvårdshuvudmännen och i den öppna debatten. Syftet är vidare att stimulera sjukvården till förbättringar och effektiviseringar. Jämförelserna ska successivt utvecklas och förbättras. Det betonas att rapporteringen tillsvidare inte ger en täckande eller representativ bild av den svenska hälso- och sjukvården.

¹ God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen 2006.

De indikatorer som valts ska spegla viktiga aspekter av hälso- och sjukvården och berör stora patientgrupper. De jämförelseperspektiv som valts är:

- Medicinska resultat
- Patienterfarenheter
- Tillgänglighet
- Kostnader

En första rapport publicerades våren 2006². Av rapporten framgår t ex att Region Skåne i ett riksperspektiv har goda medicinska resultat inom förlossningsvård, hjärtsjukvård, diabetes och stroke, men sämre medicinska resultat inom ortopedi, läkemedelsanvändning och överlevnad vid cancersjukdom. Utfallet av ”patienterfarenheter” är sämre för ett flertal indikatorer, medan tillgängligheten är god liksom kostnader per invånare och kostnader för produktion.

Kvalitetsregister

Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting samverkar i den sk Beslutsgruppen för de Nationella Kvalitetsregistren, där även Svenska läkaresällskapet och Svensk sjuksköterskeförening medverkar. Det finns i nuläget 57 register som erhåller ekonomiskt stöd via Beslutsgruppen. Registren utvecklas och drivs av representanter för de yrkesgrupper som själva ska använda dem.

Alla Nationella Kvalitetsregister innehåller individbaserade uppgifter om diagnos, behandling och resultat. Registren används på verksamhetsnivå men även i allt större utsträckning inom planerings- och ledningsarbete. Allt fler register innehåller data om patientupplevd kvalitet och livskvalitet utöver medicinska uppgifter. Tekniska möjligheter finns idag att integrera de Nationella Kvalitetsregistren med olika journalsystem³.

Genom att registren är nationella uppnås en enhetlighet om vad som indikerar god vård och man kan jämföra olika verksamheter. De Nationella Kvalitetsregister som skapats står till förfogande för alla verksamheter som löpande vill följa upp sin egen effektivitet och den nytta man skapar för patienterna.

Under de senaste åren har *tre kompetenscentra* för de nationella registren tillskapats. Kompetenscentra ska verka för att nya register upprättas, verka för att nyttja samverkansfördelar mellan register till exempel vid teknisk drift, stöd till kliniskt förbättringsarbete med hjälp av registerdata mm.

Uppsala Clinical Research Centre är ett av dessa kompetenscentra. De har låtit analysera kvalitetsindikatorer, kvalitetsindex och deras betydelse för vårdresultaten. De redovisar flera intressanta resultat⁴:

- Följsamheten till behandlingsriktlinjerna varierar, men den genomsnittliga följsamheten förbättras.
- De genomsnittliga behandlingsresultaten förbättras med ändrad vård.
- De enskilda sjukhusens vårdkvalitet mätt som kvalitetsindex relation till nya behandlingsmål förbättras
- Enskilda sjukhus vårdkvalitet mätt som kvalitetsindex är relaterade till vårdens resultat – patienternas hälsa.

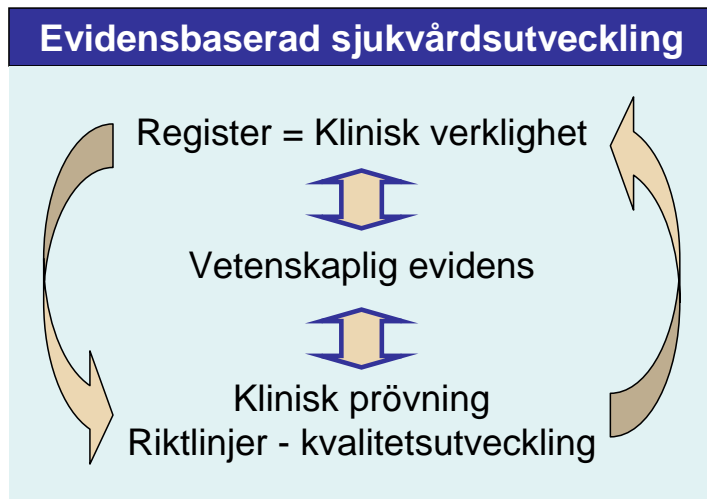
² Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet

³ SKL, Nationella Kvalitetsregister inom hälso- och sjukvård 2005, Stockholm 2005

⁴ Lars Wallentin, Kvalitetsindikatorer, kvalitetsindex och deras betydelse för vårdresultaten, Uppsala Clinical Research Centre, Linköping, Kvalitetsregisterkonferens, 11 okt, 2006

Slutsatserna är således att de sjukhus som arbetar enligt behandlingsriktlinjerna åstadkommer en bättre vård för patienten. Studien visar även att det på sjukhusen i hela landet finns ett växande intresse av att tillämpa de evidensbaserade rekommendationerna.

Sambandet mellan kvalitetsregister och kvalitetsutveckling beskrivs enligt följande⁵:



Vårdgarantin⁶

En kvalitetsdimension som numera följs upp nationellt är hälso- och sjukvårdens tillgänglighet. Den nationella vårdgarantin trädde i kraft den 1 november 2005 efter ett avtal mellan staten och dåvarande Landstingsförbundet. Vårdgarantin gäller fr.o.m. den 1 november 2005. Vårdgarantin innebär ett åtagande för landstingen att erbjuda behandling inom 90 dagar från det att beslut om behandling fattats. Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att följa upp överenskommelsen.

Alla landsting har rapporterat in uppgifter till Socialstyrelsen under våren 2006. En slutsats som Socialstyrelsen drar är att vårdgarantin har varit en drivkraft för systematiskt förbättringsarbete i samtliga landsting. Detta för att öka tillgängligheten till vården.

Effekter som kunnat utläsas av databasen "Väntetider i Vården" är att det totala antalet patienter som väntar på en behandling och på antalet patienter som har väntat längre än 90 dagar inledningsvis minskade. Under den senaste mätningen ökade de ånyo, vilket Socialstyrelsen sätter samman med semesterperioden. Samma är utvecklingen för besök hos specialistläkare.

Socialstyrelsens aviserar att en väsentlig del i det fortsatta uppföljningsarbetet blir att, förutom att följa hur landstingen uppfyller vårdgarantin, se hur de medicinska indikationerna utvecklas, implementeras och tillämpas i verksamheterna.

⁵ Lars Wallentin, Kvalitetsindikatorer, kvalitetsindex och deras betydelse för vårdresultaten, Uppsala Clinical Research Centre, Linköping, Kvalitetsregisterkonferens, 11 okt, 2006

⁶ Den nationella vårdgarantin, Socialstyrelsens uppföljning, delrapport 2006, november 2006

3.2 Region Skåne

Regionfullmäktige har i november 2006 fattat beslut om en ändrad politisk organisation för den nya mandatperioden där bl a distriktsnämnderna inom hälso- och sjukvården avskaffas. Denna rapport bygger dock på den organisation som gällt t o m 2006.

Organisation och styrning av kvalitetsarbetet

Linjeorganisationen har ansvaret för kvalitets- och verksamhetsutveckling inom Region Skåne. Kvalitetsarbetet ska vara en integrerad del av ledningsarbetet⁷. Ledningsorganisationerna inom koncernadministrationen (t ex hälso- och sjukvårdsledningen) har till uppgift att driva på och skapa förutsättningar så att förvaltningarna (t ex sjukhusen och primärvårdsförvaltningarna) kan genomföra de politiska ambitionerna och förväntningarna i det dagliga arbetet. Tidigare har det funnits en central kvalitetssamordnare, men utvecklingscentrum har nu ansvaret för att ge stöd till organisationen i kvalitets- och utvecklingsarbetet.

I Region Skånes budget för 2006⁸ betonas att styrningen ska baseras på befolkningens behov av tillgänglighet och god hälso- och sjukvård. Arbete pågår med en ny styrmodell. Detta innefattar utveckling av nya ersättningsformer och incitament för att uppnå önskvärda beteenden och effekter.

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar om de uppdrag som utgår till förvaltningarna från ett samlat Skåneperspektiv. Distriktsnämnderna har haft ansvar för att utforma och följa upp uppdragen avseende närsjukvården. Hälso- och sjukvårdsnämnden ansvarar för att utforma uppdrag för samliga verksamheter som inte är närsjukvård. Förvaltningschefen har ansvaret för den egna förvaltningens drift och resultat.

För att inte vårdgivaren ska få uppdrag från olika uppdragsgivare, har distriktsnämnderna haft uppdraget att samordna samlade uppdraget till respektive vårdgivare.

Uppdragen ska, enligt budgeten, utformas enligt en gemensam struktur. I uppdragen ska krav på volymer och kvalitet tydligt anges men också riktlinjer för hur uppdraget ska utföras. Resultaten ska vara både kvalitativa och kvantitativa. Resultaten ska vara möjliga att följa upp och ligga till underlag för den dialog som måste föras mellan uppdragsgivaren och vårdgivaren. Den nämnd som lämnar uppdraget ska också löpande följa upp och analysera de eventuella avvikelser som uppstår.

Utvecklingsarbete i kvalitetsfrågor

I de djupintervjuer som har genomförts framkommer att utvecklingsarbete pågår inom flera avseenden när det gäller kvalitetsfrågor inom hälso- och sjukvården i Skåne.

Kraven ökar på att verksamheten ska vara med i *nationella kvalitetsregister*. Tidigare har detta varit upp till sjukhusen själva. Kravet nu är att sjukhusen ska delta i de 57 nationella kvalitetsregister som finns. Sjukhusen ska också kunna rapportera sin täckningsgrad.

En arbetsgrupp – skånsk kvalitetskraft- har tillsatts för att främja arbetet och samarbetet med *kvalitetsregister inom hälso- och sjukvården i Skåne*.

⁷ Beslut av regiondirektören 2006-04-20

⁸ Budget för Region Skåne 2006

Region Skåne har valt att fokusera på sex kvalitetsregister 2007:

- Nationella diabetesregistret
- RIKS-HIA
- Riks-Stroke
- RIKSHÖFT
- Nationalregistret för höftledsplastiker
- Nationella knäplastikregistret

Registren är utvalda för att representera stora områden, både akut och planerad vård, både kirurgi och medicin, både primärvård och specialiserad vård.

Uppdragen till förvaltningarna har blivit mer ambitiösa inför 2007 bl a när det gäller de sex nationella kvalitetsområden som Socialstyrelsen preciserat i God Vård. Detta beskrivs utförligare i avsnittet om definitionerna för god kvalitet.

Det pågår ett arbete med utveckling av *ersättningssystemet* för hälso- och sjukvården, bl a i fråga om att ge ekonomiska incitament för kvalitet. De två områden som framför allt prövas 2006 är strokeprocessen och hälsoinriktade insatser. Detta beskrivs utförligare i avsnittet om ersättningssystem.

Det pågår ett arbete för att ta fram ett regiongemensamt system för *uppföljning av patientupplevd kvalitet*. Diskussioner förs med bl a Aalborg och Västra Götalandsregionen om gemensamma utgångspunkter för ett uppföljningssystem.

Utvecklingsarbete bedrivs också bl a inom följande områden⁹:

- *Genombrottsmetodiken* - ett handledarlett förbättringsprogram för sjukvårdsteam som jobbar närmast vårdtagarna.
- *Bra mottagning* – ett patientfokuserat förbättringsarbete med inriktning på tillgänglighet och vårdmiljö
- *Systemiska möten* - en metod där individerna i komplexa organisationer ”lär sig att prata samma språk” på alla nivåer inom systemet.
- Ett *gemensamt triagesystem* i Region Skåne - med målet att bidra till en säker vård av god kvalitet och med hög tillgänglighet genom samsyn och samverkan kring akut medicinskt omhändertagande¹⁰

3.3 Stockholms läns landsting

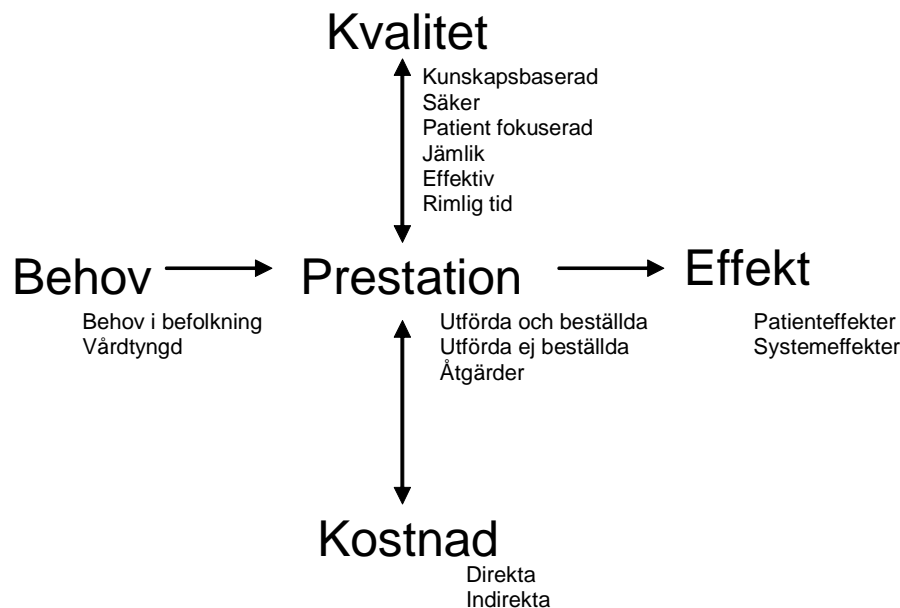
Ansvaret för kvalitetsarbetet i Stockholms läns landsting (SLL) ligger på *Beställare Vård* (BV). BV beställer behovsbaserad hälso- och sjukvård där den utförs bäst och billigast och har ansvaret för att arbeta med vårdtjänsternas innehåll, avtal och uppföljning.

En av BV:s avdelningar arbetar med strategisk leverantörsuppföljning och analys av vårdens producenter. Att följa upp leverantörerna utifrån ett kvalitetsperspektiv innebär att beställaren försäkras sig om att leverantören har ett system och ett systematiskt arbetssätt kring kvalitets-

⁹ www.skane.se/utvecklingscentrum

¹⁰ Hälso- och sjukvårdsnämnden, 21 juni 2006

arbetet. För närvarande håller avdelningen för leverantörsanalys på att ta fram nyckeltal för en leverantörsdatabas, enligt nedanstående modell:



Resultaten i databasen kommer att bli publika för politiker, allmänhet m fl och kommer att kunna ligga till grund för systematiska jämförelser mellan leverantörer på varje specificerat uppdrag. Databasen/nyckeltalen kommer också att kunna vara tillämpliga för att utforma ekonomiska styrmedel och instrument för kvalitetsmål. Ansatsen har tillsvidare prövats inom husläkarverksamheten, geriatrik och psykiatri. I nästa steg ska den implementeras bland sjukhusen.

Enheten för kvalitetsutveckling finns inom Forum för kunskap och gemensam utveckling. Enheten arbetar på uppdrag från BV och producenter bl a genom att ta fram metoder och modeller för kvalitetsutveckling för producenter och man stödjer BV att utveckla och följa upp kvalitetsmått. Enheten arbetar med nära koppling till det medicinska programarbetet (MPA)

Fokus för kvalitetsarbetet i SLL är de kvalitetsegenskaper, som enligt socialstyrelsens föreskrifter, kännetecknar *God Vård*. De nationellt definierade kvalitetsegenskaperna har introducerats vid samtliga upphandlingar.

Generellt tillämpar SLL en målrelaterad ersättning om 2 – 3 procent av den totala ersättningen. En ambition inom SLL är att åstadkomma en starkare koppling mellan ersättningen och målen i uppdragen.

År 2004 beslutade Landstingsfullmäktige om en övergripande uppföljningsmodell för hälso- och sjukvården. Syftet är bl a att:

- Möjliggöra en uppföljning som är stabil över tid
- Bidra till att skapa förutsättningar för effektivare styrning av resurser inom hälso- och sjukvården
- Bidra till att möjliggöra öppna och tillgängliga redovisningar av hälso- och sjukvårdens kvalitet på befolkningsnivå till olika intressenter (befolkning, patienter, tjänstemän, politiker m fl)

Sammanfattningsvis avsätter SLL relativt stora resurser för att åstadkomma en enhetlig styrning och uppföljning av all vård i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter. Inriktningen är snarare att åstadkomma en så stor tydlighet i uppdrag och leverantörsuppföljning som möjligt, än att utforma specifika ekonomiska ersättningar för kvalitetsmålen. Det är ett samlat grepp som eftersträvas för att säkra inriktning, volymer och kvalitet.

3.4 Västra Götalandsregionen

Ett övergripande mål för Västra Götalandsregionen är att till befolkningen tillhandahålla kostnadseffektiv hälso- och sjukvård på lika villkor med hög kvalitet i såväl de medicinska insatserna som i alla övriga sammanhang.

Till uppgiften hör att fastställa övergripande mål för kvalitet och patientsäkerhet och därefter följa upp och utvärdera resultaten. Som stöd för detta arbete finns bland annat:

- Socialstyrelsen rekommendation kring ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (SoSFS 2005:12)
- Nationella och regionala medicinska kvalitetsindikatorer
- Nationella och regionala kvalitetsregister
- Regionalt system för avvikelserapportering
- Patientenkäter

Ett inslag i kvalitetsarbetet är att sprida kunskap om sådana metoder, tekniker och behandlingar som har vetenskapligt bevisat värde och att finna tillvägagångssätt som gör att dessa omsätts i praktiken.

Ansvarsförhållanden

Västra Götalandsorganisationen har en decentraliserad organisation där de 12 lokala hälso- och sjukvårdsnämnderna har det yttersta ansvaret bl a för uppdrag till sjukhus och närsjukvård och vilka kvalitetskrav som ställs i samband med uppdragen. De lokala hälso- och sjukvårdsnämnderna får administrativt stöd från fyra regionala hälso- och sjukvårdskanslier.

Inom Västra Götalandsregionen finns flera enheter som arbetar med utvärdering och analys av olika behandlingar, effekter av organisationsförändringar och ändrade rutiner. Detta görs främst med utgångspunkt från patientnyttan, men en strävan är att det i större omfattning också ske ur ett hälsoekonomiskt perspektiv.

Sahlgrenska Universitetssjukhuset har en särskild roll som motor för FOU-frågor inom regionen. Detta ställer krav på en kontinuerlig dialog mellan regionledningen och sjukhuset. Detta för att säkerställa att sjukhuset befinner sig i frontlinjen och gemensamt verka för ett regionalt utnyttjande av den kompetens som finns inom universitetssjukhuset. Sahlgrenska arbetar bl a med "kvalitetsveckan" som bl a har till syfte att presentera lokala och sjukhusgemensamma forsknings- och utvecklingsinsatser med fokus på kvalitetsdimensionen. Sedan 2005 delas också ett särskilt kvalitetspris ut.

En *omfattande översyn* pågår under 2006 av hur arbetet med kvalitetsfrågor i Västra Götalandsregionen ska organiseras och styras.

Utvecklingsområden

Ett område som är under utveckling är kvaliteten i *sjukvårdens arbetsorganisation*, dess flöden och processer. Detta sker med stöd av olika metoder, t ex *Balanserat styrkort* för övergripande styrning och ledning eller *Genombrottet* som hjälp vid förbättringsarbete i vardagsrutiner.

I regionen pågår utveckling av *ersättnings- och beskrivningssystemen* inom hälso- och sjukvården. Utvecklingen av ersättningsmodellen går mot ett ökat inslag av *målrelaterad ersättning* där exempelvis ersättning utgår om ett definierat kvalitetsmål uppnås.

Vård på lika villkor är grundläggande för Västra Götalandsregionens verksamhet. För att göra denna likabehandlingsprincip möjlig, har regionen genomfört ett antal viktiga åtgärder:

- framställt *riktlinjer för prioriteringen* gällande behandling av de vanligast förekommande sjukdomstillstånden.
- utformat ett stort antal *vårdprogram*.
- fastställt en gemensam *rekommendationslista för läkemedel*.

Inom regionen ska man arbeta med att tillämpa dessa riktlinjer, se till följsamheten och i samverkan fortsätta utvecklingen.

Ett viktigt inslag för att uppnå en hög klinisk kvalitet är *patientsäkerhet*. Grunden för en ökad patientsäkerhet finns att hämta i ett väl fungerande avvikelshanteringssystem som kan ge stöd för en kontinuerlig förbättring. Varje förvaltning skall årligen redovisa utvecklingen av patientsäkerheten.

Särskilda insatser ska ske som uppmuntrar medborgarna till ökad egenvård, bidrar till att bygga upp *den enskilde patientens kunskap*, och som på ett enkelt sätt kan vägleda patienten till rätt ställe i vården.

4 Huvudfrågorna i granskningen

Denna utredning har syftat till att belysa fyra huvudfrågeställningar. Dessa är:

1. Hur arbetar Region Skåne övergripande med de definitioner för god kvalitet som finns på nationell nivå?
2. I vilken utsträckning ges verksamheten incitament till god kvalitet?
3. Hur ger ersättningssystemet incitament för god kvalitet?
4. Kan vårdgarantin ge oönskade effekter för god kvalitet?

I det följande redovisas viktigare iakttagelser och bedömningar i anledning av dessa frågor. I ett sista avsnitt 4.5 beskrivs sammanfattande slutsatser och lämnas förslag till förbättringar.

De diagram som visas i kapitel 4 bygger på en sammanställning av resultatet av de 12 strukturerade intervjuer som genomförts som en del av granskningen.

4.1 Övergripande arbete med definitionerna för god kvalitet

Socialstyrelsens riktlinjer för ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården har tidigare beskrivits¹¹. Region Skåne har tagit in begreppen från Socialstyrelsens ”God Vård” (nationella kvalitetsområden) i uppdragen till förvaltningarna inom hälso- och sjukvården i Region Skåne från och med 2007.

Exempel på hur detta finns i uppdragen är följande:

1. *Kunskapsbaserad hälso- och sjukvård:* Samtliga förvaltningar ska, för de verksamheter de driver, redovisa anslutning och täckningsgrad i Nationella Kvalitetsregister. Förvaltningarna ska medverka i ett utvecklingsarbete med syfte att öka täckningsgraden samt definiera ett antal resultatmått.
2. *Säker hälso- och sjukvård:* Förvaltningarna ska arbeta aktivt med läkemedelsområdet och delta i de aktiviteter som initieras av hälso- och sjukvårdsledningen.
3. *Patientfokuserad hälso- och sjukvård:* Förvaltningarna ska särskilt uppmärksamma behovet av utbildningsinsatser i bemötande och kommunikation.
4. *Effektiv hälso- och sjukvård:* Förvaltningarna ska aktivt medverka i arbetet med att utveckla processer och projektarbetet ska vara förankrat i förvaltningsledningarna.
5. *Jämlig hälso- och sjukvård:* Förvaltningarna ska samarbeta med hälso- och sjukvårdsledningen i en analys av skillnader i sjukvårdskonsumtion, sjukdomsförekomst och dödlighet mellan olika samhällsgrupper.
6. *Hälso- och sjukvård i rimlig tid:* Förvaltningarna ska aktivt medverka i arbetet med vårdgarantin, ha en vårdgarantiansvarig samt en tillgänglighetskoordinator.

Dessutom finns ytterligare ett område med i uppdragen, hälsoinriktad hälso- och sjukvård.

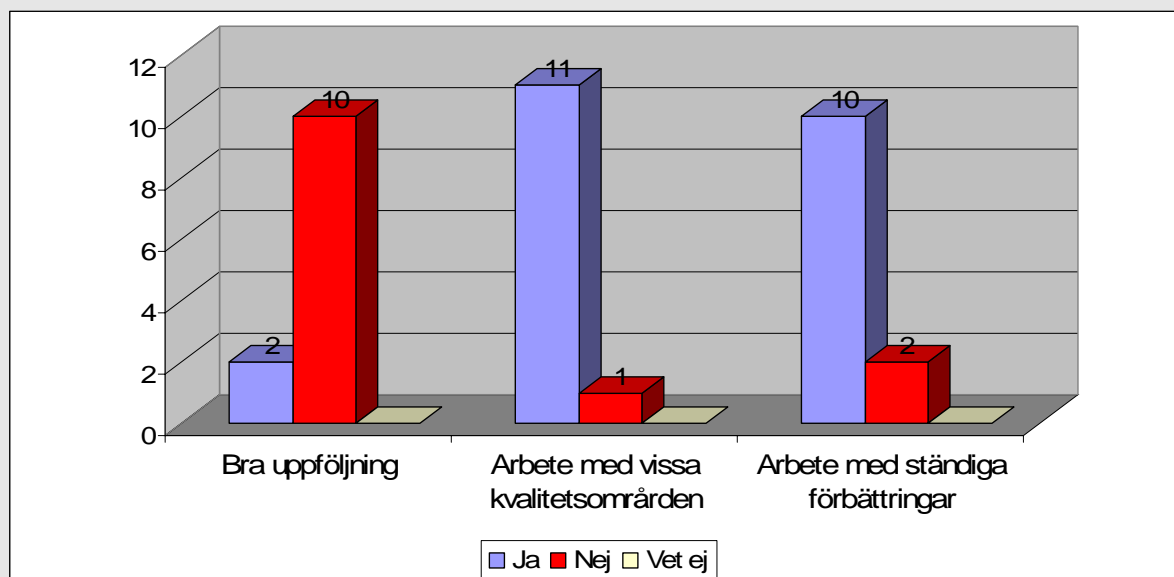
Arbets sättet och uppdragen innebär att ledningen för hälso- och sjukvården använder samma terminologi som den nationella nivån när det gäller kvalitetsområdena. Man kommer att följa upp samtliga kvalitetsområden när man följer upp uppdragen till förvaltningarna.

¹¹ God Vård, Socialstyrelsen, 2006

Arbetet med uppdrag och målformuleringar har inte kommit så långt att det går att följa upp inom samtliga sex kvalitetsområden. Det tar tid att få fullt genomslag för dessa definitioner, enligt intervjuer. I flera intervjuer nämns att säkerhet och tillgänglighet är två aspekter som genomsyrar arbetet.

Av såväl djupintervjuer som strukturerade intervjuer framgår att medvetenheten om de nationella kvalitetsområdena inte är så stark i organisationen. Av nedanstående diagram framgår att man vid flertalet intervjuade verksamheter arbetar systematiskt med vissa, men inte alla, av de nationellt definierade kvalitetsområdena.

Strukturerade intervjuer: Hur arbetar Regionen med de nationella definitionerna och målen för god kvalitet?



Bedömning

Av intervjuer och workshop har det framgått att det har funnits ett betydande behov att införa en enhetlig terminologi och begreppsapparat för kvalitetsutveckling inom regionen. Beslut har fattats om att tillämpa Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet. De nationella definitioner som ingår där har börjat tillämpas i regionen, men genomslaget är tillsvidare inte så starkt.

Många respondenter uppger i de strukturerade intervjuerna att de arbetar med ständiga förbättringar när det gäller de nationella kvalitetsområdena, samtidigt som mycket få anser att uppföljningen på detta område är bra. Detta kan i hög grad bero på att de nationella kvalitetsområdena är en relativt ny företeelse. Det är ändå viktigt att påpeka att ett framgångsrikt förbättringsarbete måste innehålla en systematisk uppföljning.

Det är viktigt att de riksgemensamma definitionerna snabbt sprids och får genomslag i hälso- och sjukvårdsorganisationen. För att uppnå detta krävs ett systematiskt arbete med uppdrag, uppföljning, kommunikationsinsatser och dialog om hälso- och sjukvårdens kvalitetsutveckling.

4.2 Incitament till god kvalitet

En huvudfråga i arbetet med denna rapport är om det finns incitament till god kvalitet i hälso- och sjukvården i Skåne. I tidigare revisionsrapporter har frågan ställts om verksamheten idag ges incitament i avtal och uppdragsbeskrivningar och/eller i krav på redovisning av nyckeltal/indikatorer till god kvalitet. Det anses i en revisionsrapport¹² till och med möjligt att de ekonomiska incitamenten står i motsats till att ge god kvalitet i vården.

Vad är incitament?

Incitament kan med ett annat ord uttryckas som drivkrafter. Incitament i vård eller annan verksamhet kan fungera som förstärkare av de mål och uppdrag som finns för verksamheten. Incitament kan vara såväl positiva och negativa, dvs det kan finnas incitament som motverkar att man når de mål som satts upp för verksamheten. Om incitament ska användas som styrinstrument förutsätter detta tydliga mål och uppdrag.

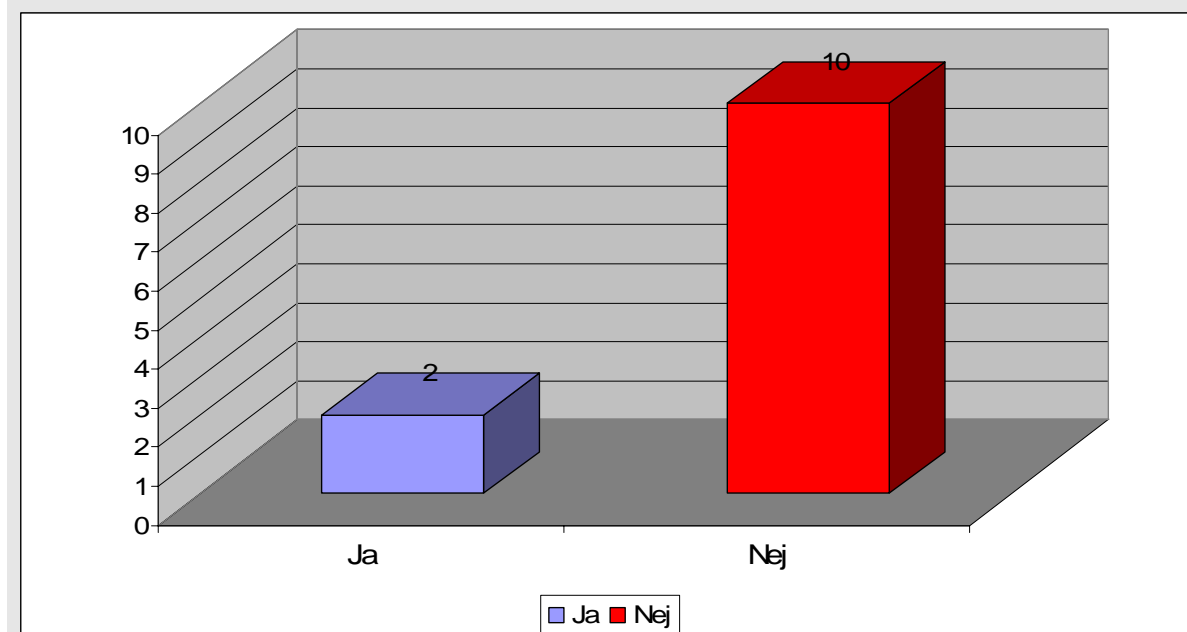
Det är svårt att skapa styr- och ersättningssystem som innehåller incitament som styr mot målen. Detta beror bl a på att målkonflikter är vanliga inom hälso- och sjukvården. Det gäller t ex frågan om hur mycket sjukvårdsinsatser som ska utföras. Det beror även på svårigheterna att mäta och fastställa samband vilka effekter sjukvårdens insatser har för individens och befolkningens hälsa.

Begränsade ekonomiska incitament

Såväl studier av styrdokument, tidigare studier, genomförda intervjuer och en workshop med cheferna inom hälso- och sjukvården leder till slutsatsen att de ekonomiska incitamenten för god kvalitet är svaga inom hälso- och sjukvården i Skåne.

Det är vanligt att associera begreppet ”incitament” med ekonomiska styrmedel. Svaret på frågan om det finns incitament till kvalitet inom sjukvården bekräftar att så är fallet.

Strukturerade intervjuer: Finns starka incitament till god kvalitet i verksamheten idag?



¹² Rapport nr 67 2005 - Granskning av Region Skånes riskbedömningar i samband med införandet av Skånsk Livskraft - vård och hälsa

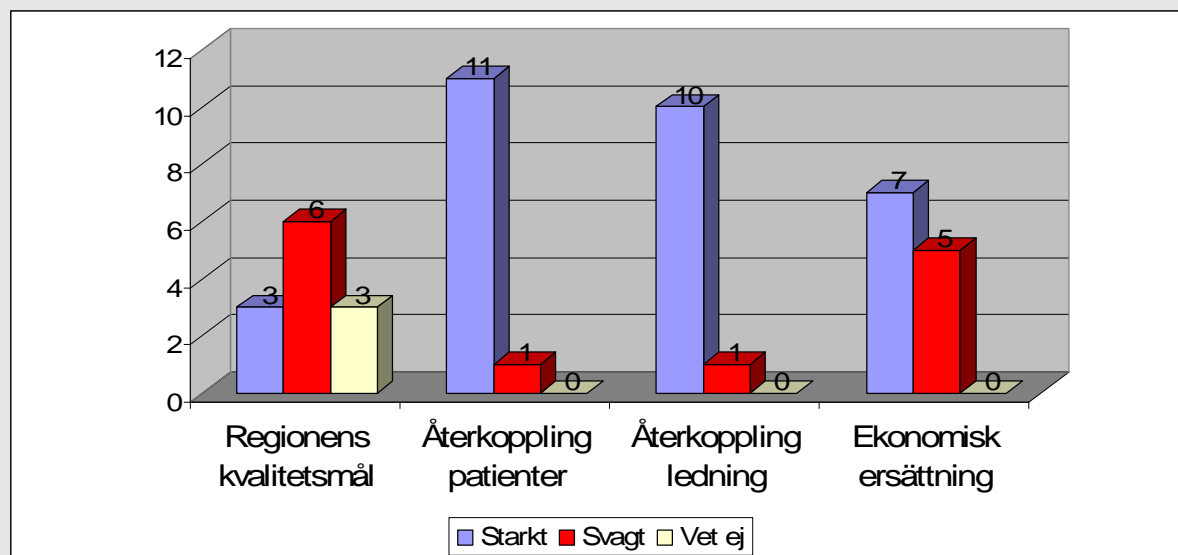
Andra incitament

I de intervjuer som genomförts framförs samtidigt att det finns en rad andra incitament för kvalitet i hälso- och sjukvården än de rent ekonomiska. Gemensamt för sådana icke-monetära incitament är att de bygger på *öppenhet, uppmärksamhet, kunskap och yrkesstolthet*. Exempel på incitament som inte är kopplade till ekonomiska instrument som nämns i intervjuer är:

- Ett bra rykte för sjukhus och andra verksamheter
- Öppna redovisningar av vårdresultat på olika sjukhus
- Synliggörande av excellence
- Utbildning i kvalitetsfrågor
- Uppföljning och återkoppling från ledning
- Kvalitetsdagar
- Kvalitetspris

I de strukturerade intervjuerna ställs frågan om vilka av ett antal föreslagna incitament som är starkast. Återkoppling från patienter respektive ledning lyfts fram i betydligt högre grad än ekonomiska incitament (se nedanstående diagram).

Strukturerade intervjuer: Svar på frågan: Vilka är de viktigaste incitamenten?



Bedömning

Det är en utbredd åsikt att det finns svaga incitament för kvalitetsutveckling i Region Skånes hälso- och sjukvård. Det gäller i all synnerhet de ekonomiska styrmedlen. Däremot ger många uttryck för att icke-ekonomiska styrmedel förekommer och att de kan ge starka incitament för vilken kvalitet som uppnås i verksamheten.

Det finns få mål för kvalitetsutvecklingen i regionen som är specifika, relevanta och mätbara. Det är svårt att bilda sig en uppfattning om de målkonflikter mellan hög produktivitet och hög kvalitet som ofta diskuteras i regionen. Det saknas regiongemensamma uppföljningar som fokuserar denna problematik.

Patientupplevd kvalitet är en prioriterad politisk fråga, men det saknas en regiongemensam uppföljning av detta. På förvaltningsnivå genomförs uppföljning av patientupplevd kvalitet.

Enskilda verksamheter, förvaltningar och sjukhus driver ett aktivt kvalitetsarbete. Eftersom de regiongemensamma systemen saknar genomarbetade incitament för kvalitet, är kvalitetsarbetet i hög grad beroende av lokala ledningsfrågor. Uppföljning och återkoppling från patient och ledning utpekade som de viktigaste drivkrafterna för att uppnå en god kvalitet.

Den typ av öppna redovisningar och jämförelser som växer fram, inte minst nationellt, skapar incitament för kvalitetsutveckling.

Det etiska förhållningssättet inom professionen är en grundläggande förutsättning och ett starkt incitament för hälso- och sjukvårdens kvalitet.

4.3 Ersättningsystemet

En ny intern vårdersättningsmodell för Region Skåne togs i bruk 1 januari 2006. Den grundas på beslut i Regionfullmäktige i Budget för år 2006¹³, samt i beslut i Regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden i oktober 2005¹⁴. Till grunden för besluten låg en särskild utredning ”Skåneintern vårdersättningsmodell 2006”.¹⁵

Avsikten var att få en mer uttalad *prestationsinriktning* än tidigare modell, men med beaktande av totalkostnadskontroll. Utgångspunkten var vidare att skapa *effektiva incitament* genom att knyta an till verksamhetens mål och uppföljningar, få en mätare på effektiviteten i det arbete som utförs och ge möjligheter till jämförelser såväl internt som externt.

Ersättningskonstruktion och utformning ska vara enhetlig för Region Skåne. Ersättningskonstruktion ska uppfylla krav på jämförbarhet och transparens. Ersättningen utgörs av:

- Patientrelaterad ersättning samt
- Ersättning för strukturåtaganden, bl a FoU och jourkostnader inom akutuppdraget

Den patientrelaterade ersättningen ska innehålla en högre del fast kostnadsersättning och en lägre del rörlig prestationsrelaterad ersättning. Kostnaderna för strukturåtaganden ersätts genom särskilda ersättningar som kan vara fasta, rörliga eller en kombination av båda.

För närsjukvården gäller att ersättningen ska utgå från såväl den patientrelaterade som strukturrelaterade modellen. Ersättning för strukturåtaganden kan bland annat baseras på jourresurser kopplade till närsjukvårdens akutmottagning.

Den specialiserade planerade vården ersätts enligt den patientrelaterade modellen. Ersättning kan utgå från i förväg planerade volymer för specifika åtgärder eller diagnoser.

Regionstyrelsens beslut i oktober 2005 omfattade att bedriva utvecklingsverksamhet med att koppla ekonomiska incitament till kvalitetsutvecklingen inom två områden:

- Resultatersättning för processen stroke, samt

¹³ BUDGET FÖR ÅR 2006 med plan för år 2007 – 2008, RF 2005-06-27–28 §42

¹⁴ Regionstyrelsen protokoll 2005-10-12.

¹⁵ Skåneintern vårdersättningsmodell 2006, - Ersättningsgruppens förslag, Slutrapport, 2005-10-12

- Incitament för hälsoinriktat arbete.

Besluten om ersättningsmodell ger principiellt utrymme för att använda incitamentsbaserade ersättningar inom samtliga logiker. Sådana incitament kan baseras på produktivitet eller på kvalitet - exempelvis förmågan att korta köer, öka tillgänglighet eller nöjda patienter. Incitament kan även avse förebyggande insatser.

Tillämpning i praktiken

Ekonomiska incitament har börjat tillämpas i sjukhusmodellen i fråga om hälsofrämjande insatser och ingår i uppdragen till såväl sjukhus som primärvård. Försök med ekonomiska incitament till strokeprocessen har inletts.

I den generella kravspecifikationen för familjeläkarmodellen framgår att lokal försöksverksamhet med *målrelaterad ersättning* kan ske inom ramen för områdesansvarersättningen.

Ersättningen för hälsofrämjande insatser har fått ett svagt genomslag inom sjukhusen, framförallt med motiveringen att ersättning är lägre än klinikernas kostnader. Inom primärvården är denna ersättning mer utbredd. Även för närsjukvården finns dock åsikten att ersättningen är för liten för att den ska få annat än en marginell betydelse.

Arbetet med strokeprocessen ådrar sig stort intresse, men det finns metodutvecklingsbehov innan modellen är klar för skarp tillämpning.

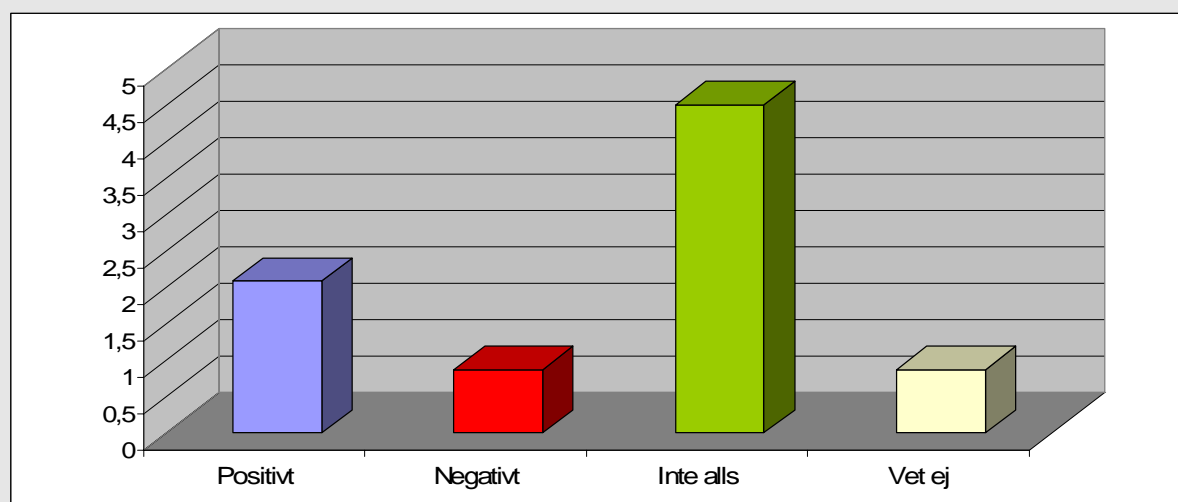
Målrelaterad ersättning tillämpas bland annat av Nordvästra sjukvårdsdistriktet. Ersättning på förvaltningsnivå kan utgå bl a för resultat i patientenkät, samtal om rökning, följsamhet till läkemedelslista mm. Ingen samordning sker mellan distrikten ifråga om de målrelaterade ersättningarna.

En utbredd bedömning bland de personer som intervjuats är att de ekonomiska styrmedlen inte ger incitament för en kvalitetsutveckling. Exempel på synpunkter som lämnats är:

- ”Felaktiga priser hindrar ersättningarna att fungera som motor för kvalitetsförbättring.”
- ”Ersättningssystemen är för trubbiga för att ge incitament för kvalitet.”
- ”Inga ekonomiska morötter är kopplade till ”God Vård” – de nationella kvalitetsmålen.”

Resultatet av de strukturerade intervjuerna visar att en stor del av de intervjuade anser att ersättningssystemet inte alls påverkar de kvalitetskriterier som använts (se diagram nedan).

Strukturerade intervjuer: Svar på frågan: Hur påverkar ersättningssystemet god kvalitet?



Det finns uppfattningar om att den ekonomiska ersättningen är kontraproduktiv visavi de mål som ska uppnås. Framförallt får primärvårdens ersättningssystem mycket kritik.

Kvalitetsregister kan få en stor betydelse

När respondenterna ser framåt är det bland annat möjligheterna med kvalitetsregister som uppmärksammas. De kan komma att få en stor betydelse av utformningen av ersättningssystemet i framtiden.

Bedömning

Ersättningssystemet för hälso- och sjukvården har mycket begränsade incitament för god kvalitet. Effekterna av de ekonomiska incitamenten för strokeprocessen och hälsofrämjande samtal har ännu inte kunnat följas upp. Det är dock en utbredd uppfattning att utformningen av dessa incitament än så länge har svag styreffekt.

Det finns ingen klar gemensam hållning bland de personer som intervjuats om det ändamålsenliga att styra kvalitetsarbetet genom ekonomiska incitament.

En utvärdering av de hittillsvarande inslagen av incitament, gemensam uppföljning av patientupplevd kvalitet liksom utveckling av tydliga uppföljningsbara mått bör föregå ökat inslag av incitament för kvalitet i ersättningssystemet.

4.4 Vårdgarantin

Den nationella vårdgarantin baseras på en överenskommelse som slöts mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2005. Vårdgarantin kompletterar den nationella besöksgaranti som infördes 1997.

Sammantaget innebär det att sjukvården ska erbjuda:

- hjälp per telefon eller via besök samma dag i primärvården
- läkarkontakt om så erfordras inom 7 dagar, i primärvården
- besök inom 90 dagar efter remiss till specialistvården.
- behandling inom 90 dagar från det att beslut om behandling har fattats.

Landstingen ska årligen rapportera till Socialstyrelsen hur vårdgarantin uppfylls samt vilka åtgärder som vidtagits. SKL driver ett nationellt genomförandeprojekt som ska stödja garantins genomförande.

Region Skånes genomförande baseras på beslut i Hälso- och sjukvårdsnämnden¹⁶. I beslutet betonas att Region Skåne ska knyta an till det nationella projektet, att regionalt samordnade planeringslistor för vård och behandling ska upprättas samt att patienter som inte kan ges vård eller behandling enligt vårdgarantin ska erbjudas vård av annan vårdgivare.

Tillgängligheten och hur den förändras ska redovisas inom respektive vårdlogik i tertiäruppföljningar och årsredovisning¹⁷. Varje förvaltning ska ha en ansvarig för genomförandet av vårdgarantin knuten till förvaltningsledningen. En projektgrupp har etablerats inom hälso- och sjukvårdsledningen. Prioriterade arbetsuppgifter är bland annat att implementera gemensamma medicinska indikationer för behandling samt förbättra administrationen av väntande.

¹⁶ Hälso- och sjukvårdsnämnden, Övergripande handlingsplan för att förbereda införandet av en nationell vårdgaranti och en fortsatt satsning på förbättrad tillgänglighet i hälso- och sjukvården i Region Skåne. HSN/050022, 2005-03-08.

¹⁷ BUDGET FÖR ÅR 2006 med plan för år 2007 – 2008, RF 2005-06-27–28 §42

Tillämpning och erfarenheter

Enligt den senaste redovisade statistiken har tillgängligheten förbättrats från augusti 2005 till oktober 2006 inom samtliga uppföljda specialiteter när det gäller behandling. Mönstret är det samma för mottagningsbesök, men läget har försämrats inom några områden, bl a handkirurgimottagning och ögonmottagning. Under perioden januari – oktober 2006 är det knappt 1 000 patienter som hänvisats från de skånska sjukhusen för behandling och knappt 500 för mottagningsbesök. De flesta hänvisade patienterna återfinns inom ögon, ortopedi och kirurgi. Samtidigt har Skånska sjukhus tagit emot 75 vårdgarantipatienter från övriga landsting.¹⁸

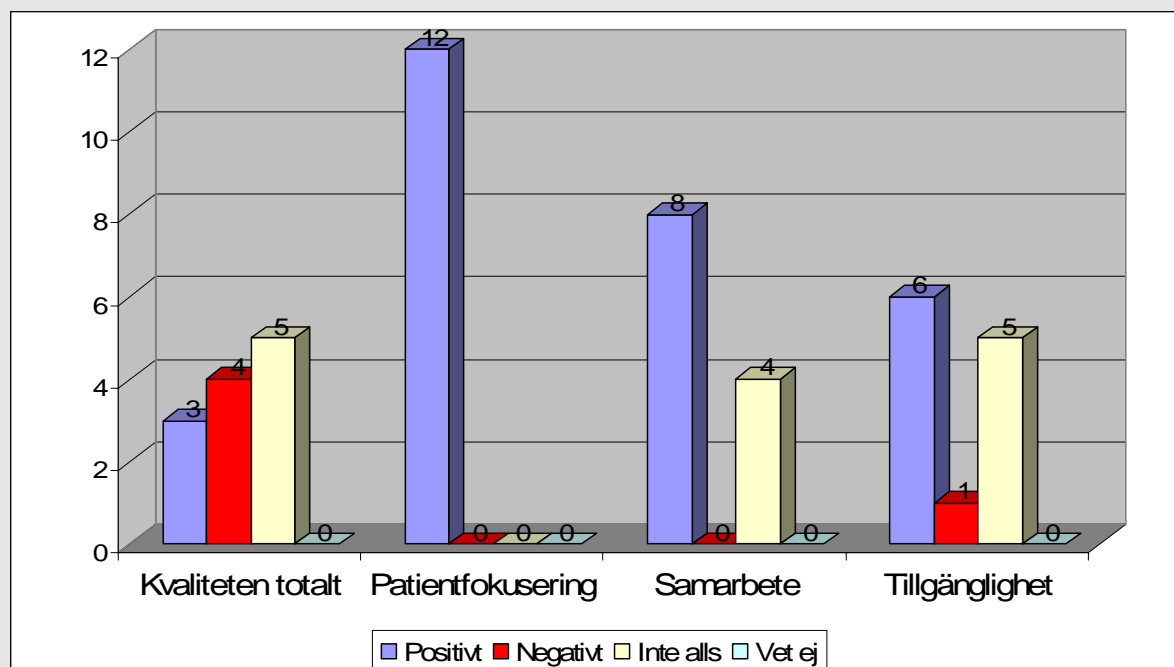
Merparten av de personer som intervjuats har åsikten att det är för tidigt att uttala sig om vårdgarantins effekter på kvaliteten. Även andra åtgärder som vidtagits, t ex det nya ersättningsystemet, påverkar utvecklingen.

Det förs en diskussion om eventuella målkonflikter kopplat till vårdgarantin. En sådan är frågan om en ökad produktivitet går ut över kvaliteten. En annan diskussion är huruvida det finns en risk för en undanträngningseffekt för prioriterade patienter, eller att kontinuiteten försämras (när patienten hänvisas till ett annat sjukhus). Flertalet intervjuade har inte fått signaler om negativa kvalitetskonsekvenser av vårdgarantin. Region Skåne gör ingen uppföljning av dessa aspekter utan hänvisar till den uppföljning som sker i Socialstyrelsens regi.

Flera intervjuade uppmärksammar att vårdgarantin medverkar till bättre samverkan och bättre administration av väntande patienter.

Resultaten av de strukturerade intervjuerna indikerar att vårdgarantin har starkast positiv effekt vad avser: patientfokusering i vården, utveckling av samarbete, tillgängligheten i vården och utveckling av metoder. Bedömningen är splittrad huruvida kvaliteten i vården totalt påverkas. En majoritet säger ”inte alls”. Osäkerhet om vårdgarantin har någon effekt kan spåras även när det gäller säkerheten i vården, jämlikheten i vården och effektiviteten i vården.

Strukturerade intervjuer: Hur påverkar vårdgarantin olika aspekter av kvaliteten i vården?



¹⁸ Vårdgaranti- och tillgänglighetsarbetet i Region Skåne, Lägesbild nov 2006, Åsa Berling 2006-11-22

Bedömning

Det har inte framkommit några tydliga indikationer i granskningsarbetet på att vårdgarantin skulle ha medfört negativa effekter för kvaliteten i sjukvården i region Skåne. Det finns dock anledning för regionen att uppmärksamma risken för detta i det fortsatta arbetet, liksom att noga följa Socialstyrelsens samlade uppföljning av vårdgarantins effekter.

Det är värt att uppmärksamma att samtliga respondenter anser att vårdgarantin medfört ökad patientfokusering i verksamheten. Detta ökade fokus i verksamheten kan utgöra grund för att arbeta med incitament kopplade till patientupplevd kvalitet.

4.5 Förslag till förbättringar

Region Skåne har goda förutsättningar att arbeta aktivt med kvalitetsfrågorna. Det finns flera styrkor med kvalitetsarbetet i regionen.

Det finns mycket kunskap om kvalitetsfrågor och metodik i Region Skånes organisation. Arbetet kan bedrivas utifrån tydliga roller för politiker och tjänsteman, med bred politisk uppslutning för kvalitetsarbetet och samsyn mellan förvaltningarna.

Regionens två universitetssjukhus ger förutsättningar för en stark vetenskaplig förankring i kvalitetsarbetet. Det finns ett omfattande kontaktnät såväl nationellt som internationellt. Många i Region Skånes organisation driver frågan om kvalitetsregister.

Det pågår ett omfattande utvecklingsarbete med kvalitetsfrågor inom hälso- och sjukvården i Skåne. Utvecklingsarbetet omfattar bl a *kvalitetsregister*, *de nationella kvalitetsområdena* och utveckling av *ersättningsystemet*.

När det gäller granskningens huvudfråga om *incitament* har regionen inte arbetat systematiskt för att gynna en önskvärd kvalitetsutveckling. De inslag av ekonomiska incitament till kvalitet som prövas i ersättningsystemet bedöms ha svag styreffekt.

Samtidigt har andra incitament än de ekonomiska stor betydelse. Det gäller bland annat tydliga mål och systematisk uppföljning och återkoppling från ledningsnivå.

Det kvalitetsarbete som drivits fram till de senaste åren har bl a utmärkts av följande:

- Hög grad av decentralisering och för olika verksamheter unika koncept och system.
- Kvalitetsuppföljningen har i hög grad varit ett ansvar för förvaltningarna inom vården, exempelvis sjukhusen, och den regiongemensamma uppföljningen har varit begränsad, bland annat när det gäller patientupplevd kvalitet.
- Det har saknats tydliga övergripande mål för kvalitetsarbetet och tydlig koppling mellan incitament, såväl ekonomiska som andra incitament, och kvalitet.

Region Skåne följer i egen regi upp effekterna av *vårdgarantin*, dock inte frågor som rör kvalitativa förändringar såsom medicinska effekter av ökad produktivitet eller effekter för prioriterade vårdbehov. Sådana aspekter ska följas upp nationellt av Socialstyrelsen. Det har dock inte hittills framkommit några konkreta indikationer på att vårdgarantin skulle ha lett till sämre kvalitet i vården.

Det finns få mål för kvalitetsutvecklingen i regionen som är specifika, relevanta och mätbara. Det är svårt att bilda sig en uppfattning om de målkonflikter mellan hög produktivitet och hög kvalitet som ofta diskuteras i regionen. Det saknas regiongemensamma uppföljningar som fokuserar denna problematik.

Utvecklingen av kvalitetsarbetet i regionen går dock mot ökande inslag av regiongemensamma begrepp och system. Det gäller bl a förberedelse för en återkommande regiongemensam uppföljning av patientupplevd kvalitet.

I utvecklingen av incitament för kvalitet i hälso- och sjukvården i Skåne bedömer vi att följande områden är viktiga:

1. **Mål och mått.** Det behövs tydliga regiongemensamma mål för kvalitetsarbetet. Kommunikation och uppföljning av målen är viktiga drivkrafter för kvalitetsutvecklingen. Utifrån de gemensamma målen behövs tydliga mått och konkreta verktyg som kan tillämpas i den kliniska verksamheten. Det gäller bl a omsättning av resultat som genereras av kvalitetsregistren.
2. **Patientfokus.** Det finns en utbredd insikt om behovet av att i ökad utsträckning fokusera på patientupplevd kvalitet. Granskningen visar tydligt vilken betydelse återkoppling från patienterna kan ha för kvalitetsarbetet. Den planerade regiongemensamma uppföljningen av patientupplevd kvalitet bör genomföras så snart som möjligt och bli ett återkommande instrument för kvalitetsstyrningen.
3. **Ersättningssystemet.** Erfarenheterna från de hittillsvarande pilotområdena med ersättning stroke och hälsoinsatser, samt arbetet med regiongemensam uppföljning och utveckling av tydliga mål och mått, bör ligga till grund för utveckling av ersättningssystemet. Det är angeläget att koppla uppdragsbeskrivningar till ersättningsmodellen, med tydliga konsekvenser i form av t ex minskad uppdragsvolym vid brister i kvalitetsarbetet. En hög täckningsgrad i kvalitetsregistren bör säkerställas.
4. **Ledarskap.** Det behövs utvecklat ledarskap i kvalitetsfrågorna med bl a tydliga mål och feedback till verksamheter och enskilda medarbetare. I detta ingår att ge en snabbare återkoppling om utvecklingen till medarbetarna. En viktig ledarfråga är att föra ut och fördjupa arbetet inom verksamheten med de sex nationella kvalitetsområdena.

5 Referenser

5.1 Intervjuer

Djupintervjuer

- Ingrid Ahlinder, läkare och verksamhetschef på vårdcentralen Filborna
- Margareta Albinsson, utvecklingsledare, Utvecklingscentrum
- Bengt G Bengtsson, chef inom primärvården i Mellersta distriktet och distriktsläkare
- Michael Freitag, verksamhetschef för invärtesmedicin på Helsingborgs lasarett
- Rita Jedlert, biträdande hälso- och sjukvårdsdirektör i Region Skåne
- Ove Johansohn, sjukvårdsstrateg på nordvästra sjukvårdsdistriktet
- Lars Linnersten, medicinsk rådgivare på kansliet för mellersta distriktsnämnden
- Thomas Lundquist, ekonomichef på Helsingborgs lasarett
- Solverig Månsson, utvecklingschef på UsiL
- Lars-Åke Rudin, chef för uppföljning, styrning och analys i hälso- och sjukvårdsledningen
- Stefan Rydén, medicinsk rådgivare i Hälso- och sjukvårdsledningen för Region Skåne

Strukturerade intervjuer

- Ingrid Ahlinder, läkare och verksamhetschef på vårdcentralen Filborna
- Irene Axman Andersson, vårdutvecklare, Lasarettet i Trelleborg
- Cecilia Erwander, läkare och verksamhetschef på vårdcentralen i Staffanstorp
- Magnus Kåregård, läkare och verksamhetschef för vårdcentralen Östermalm
- Tomas Kärrholt, verksamhetschef och läkare på Vårdcentralen Eden
- Pia Lundbom, utvecklingschef, Kristianstads sjukhus
- Kerstin Lindell, distriktssköterska och chef vid vårdcentralen Sjöcrona i Höganäs
- Lena D. Nilsson, vårdutvecklare, Lasarettet i Ystad.
- Nils.I.Nilsson, chefläkare, primärvården Skåne
- Marie.J.Olsson, verksamhetschef för vårdcentralen Lunden
- Per Simonsson, läkare och områdeschef, laboratoriemedicin UMAS
- Lars-Olof Tobiasson, chefläkare, primärvården Skåne

Andra landsting/regioner

- Christina Torstensson, Avdelningschef, Beställare vård, SLL
- Lillemor Bergman, planeringsledare, Västra Götalandsregionens regionkansli

Workshop

- Hälso- och sjukvårdsledningen och chefer inom hälso- och sjukvården den 29 november 2006

5.2 Dokumentation

Region Skåne, Hälso- och sjukvårdsnämnden, 21 juni 2006

Region Skåne, Hälso- och sjukvårdsnämnden, Övergripande handlingsplan för att förbereda införandet av en nationell vårdgaranti och en fortsatt satsning på förbättrad tillgänglighet i hälso- och sjukvården i Region Skåne. HSN/050022, 2005-03-08.

Region Skåne, hälso- och sjukvårdsledningen, Etablering av ett utvecklingscentrum, december 2004

Region Skåne, Nämnden för Mellersta Skånes sjukvårdsdistrikt Uppföljning av nämndsbeslut budgetår 2006

- Region Skåne, Nordvästra sjukvårdsdistriktet, delårsrapporter och uppföljningar 2006
- Region Skåne, Budget för år 2006 med plan för år 2007 – 2008, RF 2005-06-27–28 §42
- Region Skåne, Vårdgaranti- och tillgänglighetsarbetet i Region Skåne, Lägesbild nov 2006, Åsa Berling 2006-11-22
- Region Skåne, Regiondirektören, Ansvarsfördelning avseende verksamhets- och kvalitetsutveckling inom Region Skåne, april 2006
- Region Skåne, Regionstyrelsen protokoll 2005-10-12.
- Region Skåne, Revisionen, Dokumentation från seminarium kring styrning och ansvarsutkrävande, oktober 2006
- Region Skåne, Skåneintern vårdersättningsmodell 2006, - Ersättningsgruppens förslag, Slutrapport, 2005-10-12
- Region Skåne Rapport nr 67 2005 - Granskning av Region Skånes riskbedömningar i samband med införandet av Skånsk Livskraft - vård och hälsa
- Region Skåne, UsiL, Månadsrapporter 2006
- Socialstyrelsen, God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården, 2006
- Socialstyrelsen, Den nationella vårdgarantin, Socialstyrelsens uppföljning, delrapport 2006
- Stockholms läns landsting, Övergripande uppföljningsmodell för hälso- och sjukvården i Stockholms läns landsting, 2006 06 19, LS 0505-0807
- Stockholms läns landsting, Fokusrapport – Kvalitetsparagraf i akutsjukhusavtalen för 2003 -Hur blev det och hur går vi vidare?, 2003
- Sveriges kommun och landsting, Socialstyrelsen, Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet, 2006
- Sveriges kommun och landsting, Nationella Kvalitetsregister inom hälso- och sjukvård 2005, Stockholm 2005
- Sveriges kommun och landsting, Nationella medicinska indikationer – lägesrapport december 2005
- Västra Götalandsregionen, Budget 2006
- Västra Götalandsregionen, Lägesrapport om tillgänglighet och väntetider, september 2006
- Västra Götalandsregionen, Hälso- och sjukvård i Västra Götaland, Verksamhetsanalys 2005
- Västra Götalandsregionen, Att börja på ny kula, januari 2006
- Västra Götalandsregionen, Årsredovisning 2005
- Wallentin, Lars, Kvalitetsindikatorer, kvalitetsindex och deras betydelse för vårdresultaten, Uppsala Clinical Research Centre, Linköping, Kvalitetsregisterkonferens, 11 okt, 2006

Webbplatser

www.skane.se

www.vgregion.se

www.sll.se

www.skl.se

www.socialstyrelsen.se