

Sammanfattning och överväganden utifrån delrapport 1-3 avseende granskning av kvalitet, kvantitet och samhällsnytta

Ernst & Young har på revisorernas uppdrag granskat hur Region Skåne styr utifrån mål för kvalitet och kvantitet samt hur detta relateras till samhällsnyttan.

Granskningen har genomförts som tre delprojekt och tre delrapporter har lämnats:

1. Kollektivtrafikens mål och uppföljning av kvalitet och kvantitet
2. Hälso- och sjukvårdens mål och uppföljning av kvalitet och kvantitet
3. Finns Ithaka? Incitament för att nå hälso- och sjukvårdens mål om kvalitet och kvantitet

I syfte att underlätta revisorernas bedömningar har nedanstående sammanfattning gjorts av väsentliga iakttagelser och revisionskonsultens reflektioner och överväganden.

Sammanfattning

De skilda styrmiljöerna inom kollektivtrafiken och hälso- och sjukvården innebär väsentligt olika förutsättningar för respektive verksamhet att styra på kvalitet och kvantitet samt att relatera detta till samhällsnyttan.

Kollektivtrafikens målformuleringsprocess är väl sammanhållen. Det finns en röd tråd mellan det regionala utvecklingsprogrammet (RUP), Trafikförsörjningsplanen, Skånetrafikens verksamhetsplan och avtalen med de olika trafikentreprenörerna. Uppföljningen stödjer målstrukturen. Det finns också relativt väl utvecklade kopplingar mellan definierad samhällsnytta, målen för verksamheten och uppföljningen. Både volymer (linjetäckning och turtäthet) och kvalitetsaspekter är tydligt angivna i avtal och andra styrdokument. Incitamentsersättningar och viten för att styra mot bättre kvalitet och fler resande förstärker detta.

Sjukvårdens målformuleringsprocess är mångfacetterad och svårare att överblicka. Organisationens storlek och verksamhetens komplexitet bidrar till att sjukvårdens mål kring kvalitet och kvantitet (volymer) är relativt övergripande. Regionen har under senare år prioriterat budgetbalans och långsiktiga strukturförändringar i vården. Sjukvårdsdistrikten har använt måltal för produktionen i sin planering, men anslagsstyrningen tillsammans med besparingar har inneburit att dessa måltal för produktionen fått mindre betydelse. Tydligheten har ökat genom de preciserade volymer som angivits av HSN för planerade operationer från och med 2005 och de övergripande produktionskrav på respektive förvaltning, som anges i det samlade uppdraget från 2006.

Regionens och HSN:s budget handlar i stora stycken om att bädda för valda strategier att förbättra vårdens effektivitet och tillgänglighet, framför allt inom ramen för Skånsk livskraft - vård och hälsa. I jämförelse med kollektivtrafiken är målhierarkin mindre tydlig. Hälso- och sjukvårdslagens relativt tydliga mål svävar över verksamheten och bryts egentligen inte ned, utan utvecklas i en rad parallella strategier. Samhällsnyttan berörs i mycket begränsad utsträckning i hälso- och sjukvårdens planerings- och uppföljningsdokument.

Utvecklingsambitioner

Styrning och uppföljning inom den allmänna kollektivtrafiken är väl utvecklad. Pågående utveckling är främst förknippad med finslipning och önskemål om tydligare prioriteringar mellan de övergripande målen för balans- och bärkraft.

Inom styrningen av hälso- och sjukvården finns en riktning såväl emot större samordning och enhetlighet som att i ökad utsträckning koppla vårdersättningar till genomförd produktion och kvalitet. Regionens mallar för månads- och delårsuppföljningar är enhetliga både i utformning och i tillämpning. För 2006 ges dessutom ett samlat uppdrag till respektive förvaltning med gemensamma mallar för såväl uppdragsbeskrivning som uppföljning. Regionen inför en också ny vårdersättningsmodell från 2006. 40 % av den patientrelaterade ersättningen är rörlig upp till uppdragets volymtak. En mindre del av ersättningen kopplas till uppnådd kvalitet (för stroke). Det senare är ännu mer symboliskt, men framtagandet av kvalitetsindikatorer i nationella projekt kommer sannolikt att påskynda denna utveckling.

Mål för kvalitet

Såväl sjukvården som kollektivtrafiken har mål för kvalitet och säkerhet. Flera mål utgår från patienten eller resenären. Andra är mer inriktade på att genomföra förändringar i organisation, vård- eller reseutbud och strategi. Den senare måltypen präglar i hög grad styrningen av hälso- och sjukvården. Regionens mål för resultat-kvalitet framstår ibland som mindre pregnanta än målen för struktur- och processkvalitet. Ändå är det utifrån den förstnämnda som förbättringsåtgärder motiveras och tar sin början.

Uppföljningen av kvalitetsmålen beror på i hög grad på hur de formuleras. Inriktningsmål, som t ex att vården ska vara av god kvalitet, följs i första hand genom att nämnder och förvaltningar får redogöra för planer, hur de arbetar och vilka åtgärder de vidtagit för att höja kvalitén inom verksamheten. Övergripande värde-mål passar inte in i den populära föreställningsramen att mål ska vara ”tydliga och mätbara”. Uppföljning av dessa kräver både granskning och dialog. Oavsett om det är fråga om inriktningsmål eller specifika kvalitetsmål är krav på återrapportering en viktig drivkraft för att genomföra åtgärder.

Kvalitetsdeklarationen

En annan typ av mål beskrivs i beslutad policy. Region Skåne har en kvalitetsdeklaration. Denna ska gälla för all verksamhet och är starkt knuten till regional utveckling och till ledarskap

Kvalitetsdeklaration tar inte upp målen för hälso- och sjukvården, utan hänvisar endast till TABB-målen¹. Deklarationen säger visserligen att ledningsinstrument ska väljas som är anpassade till verksamhetens inriktning och omfattning. Kvalitetsdeklarationen bör uppdateras så att den tydligare också tilltalar Regionens största verksamhet. Eftersom Socialstyrelsen via föreskrift (SOSFS 2005:12 M) ställer krav på ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården borde kvalitetsdeklarationen vidimera att så sker eller kommer att ske.

Kvalitetsdeklarationen är i nuvarande utformning ett måldokument. Ska den leva vidare bör den också, som namnet antyder, kunna deklarerat den nivå på vilken kvalitetsledningsarbetet befinner sig och är på väg. Deklarationens legitimitet och fortsatta existens bygger också på att alla verksamheter kan känna igen sig i dokumentets formuleringar.

¹ Tillväxt, Attraktivitet, Bärkraft och Balans

Mål för volymer

Volyymmålen handlar om att styra trafik- eller vårdutbudet. Inom hälso- och sjukvården handlar tillgänglighetsmål och vårdgarantier om att optimera vårdflöden och krympa ledtider. Arbetet med indikationer, flödesmodellen och att rensa väntelistor inför vårdgarantin har visat på förbättringsmöjligheter i såväl medicinska som administrativa avseenden.

Skarpa volymmål har varit sparsamma under senare år. Undantaget är de operations- och sjukhusspecifika volymer som angivits av HSN för planerade operationer från och med 2005. För 2006 har dessa kompletteras med övergripande volymkrav på respektive förvaltning utifrån totalt antal DRG-poäng, läkarbesök etc. Omfördelningen av planerade operationer är en del av genomförandet av Skånsk livskraft - vård och hälsa och syftar till att åstadkomma bättre tillgänglighet och kvalitet för patienterna. De övergripande volymkraven på respektive förvaltning handlar om att upprätthålla produktionskrav och produktivitet.

Tillgången till produktionsdata är relativt god och har hittills ofta gett bättre uppföljningsinformation i delårs- och årsredovisningar, än budgetar och verksamhetsplaner gett planeringsinformation.

Hälso- och sjukvårdens samhällsnytta

Samhällsnyttan berörs i mycket begränsad utsträckning i hälso- och sjukvårdens planerings- och uppföljningsdokument. Individnyttan uppfattas oftast som självklar och överväldigande, men samhällsnyttan har fler bottnar. Samhällsnyttan är både kopplad till sjukvårdens behandlingseffekter och till dess roll som trygghetsskapande institution. Vad som bedöms som samhällsnytta varierar dock från tid till annan.

En företeelse som inte berörs i styr- och strategidokument är den förskjutning som skett bland olika patientgrupper under de senaste decennierna. Tidigare var det den arbetande befolkningen, eller i alla fall de i arbetsför ålder, som hade den största nyttan av sjukvårdens insatser. Idag har en förskjutning skett till äldre personer, ofta långt över pensionsåldern. Samtidigt är den ökande medellivslängden endast i mindre utsträckning ett resultat av hälso- och sjukvårdens landvinningar. Snarare är det tvärt om. Det är den ökade medellivslängden, som inneburit att fler sjukdomar hinner debutera hos den åldrande människan, och det är detta som driver pågående konsumtionsförändringar.

I regionens budget och i budget för sektor hälsa och vård har folkhälsa och friskvård lyfts fram. Om människor äter nyttigare, rör på sig mer och avstår från att röka är det av stor betydelse för folkhälsan.

Tidigare utgjorde en väsentlig del av samhällsnyttan att patienten ofta kunde återgå till arbetslivet. I dag ligger samhällsnyttan i första hand att kunna leva mer oberoende, utan eller med mindre stöd från äldreomsorgen/-vården. Individens upplevelse av autonomi och nytta påverkas sannolikt mindre av det som kan sägas vara samhällsnytta eller i vilken ålder patienten är. Däremot innebär utvecklingen att gränsdragningen mellan åtgärdbar sjukdom och ålderdomens naturliga skröplighet hela tiden förskjuts och blir allt svårare att göra.

Ersättningsystem och incitament

En viktig styrningsfråga är i vilken utsträckning nuvarande ersättnings- eller resursfördelningssystem stödjer gällande mål och strategier. Förutsättningarna skiljer sig här kraftigt åt mellan den allmänna kollektivtrafiken och hälso- och sjukvården. Kollektivtrafiken agerar i större grad på marknadens villkor och intäkterna kommer idag endast till 30 % från Regionen.

Den rörliga patientrelaterade ersättningen inom hälso- och sjukvården är en drivkraft för förvaltningsledningarna att fullgöra volymuppdraget. Denna styrvariant kan sägas vara ”anslag med prestationskrav”, eftersom taket är givet och motsvarar det tidigare anslaget. Den nya incitamentsersättningen för att stimulera kvalitet genom teamarbete i strokevården är ännu så länge en viktig en symbolhandling, även om fortsättningen kan bli intressant.

Kollektivtrafikens styrmodell där konkurrensupphandlade trafikoperatörers ersättning regleras i avtal har utvecklats under åren. Ersättningen till trafikföretaget bygger på volymen utförd trafik och en fast ersättning baserad på den dimensionerade vagnparken. Utöver detta kan entreprenören höja ersättningen genom olika incitamentskonstruktioner. Incitamentsersättning används främst för att stimulera förbättrad kvalitet i olika avseenden, t ex bemötande, information och fordonets skick. I dessa fall har en ”normkvalitet” avtalats och om Trafikföretaget når längre ökar ersättningen enligt en förutbestämd trappa. Om Trafikföretaget inte lever upp till gjorda utfästelser utgår viten. De senare utgår t ex vid förseningar eller utebliven redovisning av sådana trafikhändelser.

Finns Ithaka?

Det ekonomiska styrsystemet är särskilt kraftfullt när det gäller att stimulera olika beteenden i organisationen. Nya styrsignaler behöver därför vara väl övertänkta och präglas av försiktighetsprincipen. En jämförelse görs med Odysseus farofyllda resor och det konstateras att resan mot en bättre styrning av hälso- och sjukvården har tagit betydligt längre tid och också varit kantad av faror. Det gäller t ex perioder av mycket snabba oplanerade kostnadsökningar, produktionsflaskhalsar och stora svårigheter att anpassa verksamheten efter tillgängliga resurser.

Balansen mellan anslag och prestationsersättning är inte för alltid given, eftersom konjunkturcykler, teknikskiften, generationsskiften och många andra förändringar innebär att styrförutsättningarna ständigt växlar. Resan är målet och ekonomistyrningens Ithaka tycks inte finnas, utan kräver en ständig optimering utifrån skiftande förutsättningar inom och utanför hälso- och sjukvården.

Lovsånger för olika lösningar och system är många och riskerna ofta ännu fler. Medan Odysseus stoppade vaxproppar i öronen och lät surra sig runt masten för att klara sig undan Sirenernas locktoner, har moderna politiker och sjukvårdsadministratörer ibland varit mer våghalsiga. Inför hälso- och sjukvårdens mycket komplexa verksamhet och styrning är en sund skepsis inför olika patentlösningar ingen nackdel. Att navigera rätt mellan anslag och renodlad prestationsersättning är som att kryssa mellan viddundren Skylla och Karybdis. I renodlad form bjuder anslagsstyrning på starkare kostnadskontroll och prestationsersättning på högre produktion. Prestationsersättning kan dock innebära att totalkostnaderna skjuter iväg, medan den förra kan leda till lägre produktion. Dessutom hanterar ingen av de renodlade modellerna kvalitetsfrågorna tillfredsställande.

De förändringar som nu genomförs i hälso- och sjukvårdens ersättningssystem beaktar försiktighetsprincipen och utgör en naturlig utveckling av nuvarande styrförutsättningar. Nuvarande styrplattform inbjuder till ytterligare utveckling och förbättringar. En gemensam tariff för fast och rörlig patientersättning ger goda möjligheter till jämförelser och en rättvisare prissättning för privata vårdgivare. Denna förändring driver också arbetet kring hur de olika sjukhusens särkostnader ska fångas och strukturuppdragen ska utformas.

Risker

De förändringar i Region Skånes styrmodell som införs från 2006 uppfattas i huvudsak positivt av förvaltningsföreträdare. Riskerna ligger i dagsläget mindre i ersättningssystemet och mer i oklarheter kring nämndernas ansvar och det pressade tidsschemat. Det är olyckligt att frågor om kvittningsrätt mellan logikuppdragen, redovisning och revisionsansvaret för de regionövergripande uppdragen fortfarande är oklara en bit in i 2006. Flera ser också en stor risk i den sena beredningsprocessen, särskilt eftersom de nya DRG-priserna kommer att innebära besparingar för sjukhusen.

Den nya planeringsmodellen innebär att den regiongemensamma vården kräver mer av samlade systematiska genomgångar mellan hälso- och sjukvårdsledningen och varje förvaltning, där väsentliga prioriteringar diskuteras och överenskomms.

En annan utmaning ligger i sjukhusets översättning av de olika logikuppdragen och övriga uppdrag, till enhetliga uppdrag för respektive verksamhet.

Organisatoriska konsekvenser

Sammanfattningsvis innebär den nya styrmodellen förutsättningar för ett fortsatt starkt grepp om kostnadskontrollen och ett bättre grepp om den totala produktionen. Uppenbart är också att styrmodellen och det nya ersättningssystemet ställer andra och större krav på hälso- och sjukvårdsledningens arbetssätt och organisation. Den regiongemensamma vården styrs i allt större utsträckning från HSN, men hälso- och sjukvårdsledningen är fortfarande i huvudsak organiserad för beredning och uppföljning, inte för att samordna och genomföra stora förändringar som sträcker sig över förvaltningsgränserna.

Revisionella reflektioner och överväganden

Granskningen visar både på framsteg och risker i Regionens styrning av hälso- och sjukvården. Betoningen på och styrningen av kvalitets- och volymaspekter har ökat. Inom hälso- och sjukvården har mycket av detta skett inom ramen för förändringarna inom Skånsk livskraft. Inom kollektivtrafiken är den mer etablerade Trafikförsörjningsplanen utgångspunkten.

I de tre delrapporterna finns en stor mängd information och analyser med intresse för revisorerna. Mot bakgrund av genomförda granskningar och redovisade delrapporter görs ett urval och följande revisionella reflektioner och överväganden lyfts fram:

1. Pågående utveckling av ersättningssystemet inom hälso- och sjukvården uppfyller kraven på kostnadskontroll och ger samtidigt incitament för att uppnå gällande uppdragsvolymer. Trots att försiktighetsprincipen får anses vara beaktad har tidsschemat varit ansträngt i genomförandet. De mer principiella problemen ligger i
 - Nämndernas revisionsansvar. Vem ska ansvarsprövas för den regiongemensamma vården: HSN eller distriktsnämnden? Vad ska förvaltningen redovisa för HSN respektive distriktsnämnden?
 - Finns kvittningsrätt mellan en förvaltnings olika logikuppdrag?

Revisorerna bör noga följa denna utveckling och efterfråga tydligare anvisningar från Regionstyrelsen.

2. Kvalitetsmål finns för både patienter och resenärer. Det finns också levande strategier och processer inom hälso- och sjukvården och kollektivtrafiken som syftar till att öka

kvalitén för avnämarna. Incitament för att öka kvalitén inom kollektivtrafiken är väl etablerade. De försök som nu görs inom hälso- och sjukvården är intressanta, men utfallet är ännu svårt att sja om. Även om den nationella utvecklingen tar fart och fler accepterade kvalitetsindikatorer tillkommer, kvarstår frågan om vilken betydelse ekonomiska incitament kommer att ha för att öka kvalitén i vården. Det finns ett avsevärt "moraliskt kapital" bland medarbetarna inom hälso- och sjukvården, som kan beskrivas som viljan att vårda och som har betydligt större betydelse för kvalitén på hälso- och sjukvårdens insatser. Detta lockas i mindre utsträckning fram av ekonomiska incitament och mer av gott ledarskap, tydliga mål för verksamheten och i övrigt sådant som stimulerar den enskilde medarbetaren, t ex möjligheten till kompetensutveckling.

Anslutning till kvalitetsregister och avvikelshantering betonas i olika måldokument. Region Skånes kvalitetsdeklaration lyfts fram, medan begreppet kvalitetssystem inte har samma framtoning. T ex utifrån de nationella krav som uttrycks i Socialstyrelsens föreskrift "Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården".

Revisorerna bör följa utvecklingen av kvalitetsindikatorer och hur ekonomiska incitament kopplas till detta. Revisorerna bör dock försäkra sig om att det som ovan kallas sjukvårdens moraliska kapital, viljan att vårda, omhändertas systematiskt i befintliga ledningssystem och nyttiggörs i verksamheten.

3. De uppdrag som ges till förvaltningarna innehåller övergripande volymmål för produktionen som helhet och specifikt volymen för de planerade operationerna. Jämfört med tidigare är detta ett stort framsteg. Samtidigt är de övergripande volymmålen mer betydelsefulla för att upprätthålla produktiviteten än för att göra rätt saker och att dimensionera de enskilda verksamheternas insatser ändamålsenligt. Det senare överläts till förvaltningarna. I arbetet med de planerade operationerna gjorde SPESAK ett stort arbete när det gällde att beräkna behovet och att föreslå hur volymer skulle fördelas. Det är angeläget att även inom icke kirurgiska områden hitta gemensamma grunder för att bedöma behov och utbud av hälso- och sjukvårdsinsatser.

Det nya ersättningssystemet reglerar förhållandet mellan nämnderna och förvaltningarna. Förvaltningarnas utformning av den interna styrningen har påverkats marginellt av det nya ersättningssystemet. Däremot har den blivit mer komplex, eftersom de många logik- och strukturuppdragen ska sammansmältas i den förvaltningsinterna styrprocessen till enhetliga uppdrag till respektive verksamhet.

Revisorerna bör följa resultatet av de mer preciserade volymangivelserna i styrningen. De bör också efterfråga på vilka sätt det övergripande volymuppdraget kan preciseras ytterligare. Planeras motsvarande inventering av behov och utbudsfördelning som gjordes för planerade operationer inom andra icke opererande områden? Kan SPESAK vara en tillgång även i detta arbete?

Revisorerna bör i ökad grad också följa förvaltningarnas interna styrning. Det gränssnitt mellan förvaltning och central ledning, som uppstått när Regionen budgeterar "på logiker", är inte optimalt. Det uppstår också ett betydande pedagogiskt problem att förklara varför Regionen ska budgetera på logiker när anslagsbindningen sedan sker på förvaltningsnivån, och när logikbudgetering inte är relevant i förvaltningarnas interna styrning.

Revisorerna behöver resonera med HSN om vad som händer när begreppet vårdlogik möter den ofta processorganiserade förvaltningsorganisationen. Vilka värden ser nämnden att budgetering och uppföljning på logiknivå ger?

4. Den regiongemensamma vården styrs i allt större utsträckning från HSN, men hälso- och sjukvårdsledningen är fortfarande i huvudsak organiserad för beredning och uppföljning, inte för att samordna och genomföra stora förändringar som sträcker sig över förvaltningsgränserna.

Även här behöver revisorerna resonera med HSN hur man ser på hälso- och sjukvårdsledningen och hur denna funktion behöver utvecklas för att anpassas till den delvis nya rollen, som följer av förändringarna utifrån Skånsk livskraft – vård och hälsa.

2006-02-17

Ulf-Johan Olson

Ernst & Young