

Granskning "Västra Götalandsregionens tillämpning av God Vård"

Dnr: Rev 48-2009

Genomförd av: EDB Consulting Group AB

Behandlad av Revisorskollegiet den 22 juni 2010



Västra Götalands Regionens tillämpning av God Vård

Revisionsrapport

Jonas Leffler

18/05/2010

Innehållsförteckning

1. Sammanfattning	3
2. Inledning.....	7
3. Beskrivning av HSA:s utredningsuppdrag	9
4. Beskrivning av lokala utvecklingar	12
5. God Vård i ett sammanhang.....	15
6. Tillämpning, utveckling och effekter av God Vård	17
7. Revisionskriterier från budgeten	21
8. Har VGR en effektiv styrning av kvaliteten?	24
9. Avslutande reflektioner om styrsystemen och dess användning.....	28
10. Värdering av framtida granskningsområden utifrån väsentlighet och risk	29

1. Sammanfattning

Revisionen har givet EDB Consulting Group AB i uppdrag att granska hur Västra Götalandsregionen (VGR) realiserat SOSFS 2005:12 (M) och föreskriften God Vård. Uppdraget har inkluderat en risk- och väsentlighetsanalys av de åtgärder som finns beskrivna i det regiongemensamma handlingsprogrammet. En genomgång har gjorts av regionens gemensamma utvecklingsarbete och av utvecklingarna i tre förvaltningar.

Granskningen har funnit att VGR tillämpar God Vård. Den gemensamma utvecklingen bedrivs processorienterat. Utvecklingen har skapat förutsättningar för en gemensam kvalitetsstyrning vilket också förstärkts med det gemensamma handlingsprogrammet.

Den centrala styrning som kommer till uttryck i budgeterna mellan 2005 och 2010 har dock inte realiserats. Det finns flera risker att VGR inte erhåller de styreffekter som God Vård lägger grunden för genom alltför komplex resultatstyrning av kvaliteten med många mått, mål och uppföljningar. En tydligare målstruktur och målsättningsprocess samt ett förbättrat ersättningssystem torde ge en högre styreffektivitet.

Bakgrund

År 2005 gav Socialstyrelsen ut föreskriften ”God Vård” med krav på ett ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet. I den definieras sex kvalitetsdimensioner, *kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, patientfokuserad, effektiv, jämlik och tillgänglig hälso- och sjukvård*. Ledningssystemet skall ge en grund för verksamheten att bedriva god vård.

Regionstyrelsen beslutade i april 2007 att God Vård kvalitetsdimensioner skall utgöra kvalitetsmål i regionen. Med beslutet vidgades synen från att ägarna främst var intresserad av prestation och pengar till att även vara intresserad av kvalitetsfrågor. Budgeterna har från år 2008 använt God Vård som ledstjärna. Frågan är om och hur VGR realiserat God vård?

Utvecklingsinsatser

Initialt utreddes ägaransvaret och ansvarsfördelningen för ledningssystemet i regionens linjeorganisation. Därpå gav regionfullmäktige regionstyrelsen i uppdrag att utarbeta en strategi för den regiongemensamma kvalitets- och verksamhetsutvecklingen. I den föreslås en konkretisering med sex handlingsprogram för God Vårds kvalitetsdimensioner.

I juni 2008 bildas ett utvecklingsråd med uppgift att samordna det regiongemensamma arbetet inom God Vård. De regiongemensamma handlingsprogrammen utvecklas successivt. Handlingsprogrammet för säker vård innebar en satsning på att halvera vårdrelaterade infektioner före utgången 2009. I augusti 2009 vill HSU få de sex handlingsprogrammen presenterade i sin helhet och i april godkände Regionstyrelsen programmet. Handlingsprogrammet innehåller 14 mätbara kvalitetsmål och 39 åtgärder.

Skaraborgs sjukhus (SkaS) utvecklade SkaS-guiden som ett led i den långsiktiga kvalitetsstrategin. Den är en kokbok för offensiv kvalitetsutveckling av vårdprocesserna, där God Vård och även det hälsofrämjande arbetet ingår. Styrkort används för kontinuerlig utvecklingsdialog och uppföljningar av mål och mått. Styrkortet revideras varje år. Den offensiva kvalitetsutvecklingen är ett systematiskt och gigantiskt verksamhetsutvecklingsarbete av hela sjukhuset som tagit 5-6 år.

Sahlgrenska Universitetssjukhus (SU) arbetar efter ”Offensiv kvalitetsutveckling” där kvalitetsfrågorna är en integrerad del i verksamheten. På central nivå följer arbetet en årlig process som styrs av budgeten. Resultatet dokumenteras i en handlingsplan inom kvalitetsområdet. I VGR:s budget finns God Vård delarna beskrivet. Här identifieras regionens måltal. Budgeten och beställningen bildar underlag för sjukhusets mål och handlingsplaner. Här används balanserade styrkort i God Vårds kvalitetsdimensioner.

Frölunda Specialistsjukhus (FSS) startade utvecklingen av kvaliteten från grunden i en städning av alla 900 styrande och redovisande dokument för verksamheten. Till det finns även vårdprocesser med länkar till alla dokument som berörs. FSS har basen av ett ledningssystem, där fundamentet är budget, verksamhetsplanen och balanserade styrkort. Det finns olika delsystem men inget för alla kvalitetsdimensionerna i God Vård. När det finns är ledningssystemet klart.

Tillämpar VGR God Vård?

God Vård används för att sortera in utvecklingar i en gemensam referensram. God Vård är ett koncept som regionen och besökta förvaltningar tagit till sig. God Vård används av ledningar, såväl politiker som tjänstemän för att föra ut budskapet. VGR har även inkluderat det hälsofrämjande arbetet i God Vård. Beställningar av vård innehåller krav i God Vårds kvalitetsdimensioner. Verksamheterna har tillgängliggjort dokumentationen av sina processer. De arbetar med målsättningar och uppföljningar av God Vård. Ja, VGR tillämpar God Vård.

Välgrundat angreppssätt men otydliga utvecklingsmål

Angreppssätten följer ett processororienterat förändringsarbete med stegvisa utvecklingar under lång tid. Det var initialt välgrundat men granskningen bedömer att ett mer behovsstyrt utvecklingsarbete med mer lösningsorienterade inslag borde kommit in tidigare.

Utvecklingsarbetet borde ha ett utvecklingsmål som beskriver när huvuddelen av arbetet är slutfört. Likaså är utvecklingsarbetet gränser – vad ingår och vad ligger utanför - oklart. Med oklara gränser riskerar också begreppet God Vård att bli allt och inget. Det processororienterade arbetet har tagit lång tid. Först våren 2010 finns beslutade åtgärder att verkställa fem år efter skriften och tre år efter regionstyrelsens beslut om God Vård.

Förklaringen torde ligga i att God Vård är en referensram och i det processororienterade angreppssättet.

Erhållna resultat

Den politiska ledningen och tjänstemannaledningen inom regionen tillämpar God Vård. Beställarnas krav innehåller God Vård. Verksamheterna förväntas visa kvalitetsresultat vilket också lär vara accepterat hos verksamhetschefer. Hittills har utvecklingsinsatserna resulterat i:

- *Mål och åtgärder:* Ett handlingsprogram med mätbara kvalitetsmål och förslag på åtgärder för att vidareutveckla God Vård.
- *Organisering:* En organisation utvecklas med samordnare och kontaktpersoner samt ett etablerat utvecklingsråd.
- *Kvalitetsbaserad ersättning:* Kvalitetsbaserade målrelaterade ersättningar finns.
- *Styrkort på förvaltningsnivå:* Kvalitetsmål tillämpas i balanserade styrkort.
- *Dokumenterade och tillgängliga processer:* Städning, utveckling och dokumentering av processer på förvaltningarna.
- *Uppföljning:* Sker lokalt och centralt av kvalitetsresultatet.

God Vård kan ses som en syntes av annan utveckling. Det råder dock delade meningar om God Vård påverkat verksamheternas kvalitet. Regionen har förbättrat sig mer än nationen i övrigt. I vårdbarometern har förväntningarna på erhållen vård har infriats i högre utsträckning och väntetiderna har förbättrats årligen - i vissa fall radikalt. De vårdrelaterade infektionerna har minskat från 11,5 % till 8½%.

Budgetbeskrivningar

I april 2007 uppdrog Regionstyrelsen att *utveckla ett samlat ledningssystem* och i budgeten för 2009 och 2010 skall *ett förslag till ett samlat ledningssystem utvecklas*. Något samlat ledningssystem finns inte än utan delarna utvecklas när åtgärderna i handlingsprogrammet realiserar. För ett samlat ledningssystem behövs riktlinjer för vilka områden som skall dokumenteras, hur de skall beskrivas, ändringshantering vid förbättringsarbetet och på vilket sätt beskrivningarna skall lagras och göras tillgängliga.

Enligt 2008 års budget har regionstyrelsen i uppdrag att *utarbete regiongemensamma krav och riktlinjer* för verksamheternas kvalitetsutvecklingsarbete. Det finns inga direktiv, krav, riktlinjer eller vägledning för verksamheternas kvalitetsutvecklingsarbete.

Enligt 2007 och 2009 års budget skall *lokala insatser kompletteras med regiongemensamma insatser* på områden där det finns en tydlig koncernnytta och i 2010 års budget skall en *tydlig fördelning göras mellan regiongemensamma och lokala frågor*. Den gemensamma koncernnyttan och fördelningen av frågor har inte tydliggjorts annat än indirekt i handlingsprogrammet men de är inte explicita.

Enligt 2010 års budget skall regionkansliet agera som föregångare i det systematiska kvalitetsarbetet inom det egna verksamhetsområdet. De centrala utvecklingsarbetena har bemanats med personal från förvaltningarna. Med denna uppläggning sker en integration nedifrån, vilket medför ett utbyte av erfarenheter, där regionen aldrig blir en föregångare.

I 2010 års budget skall verksamheterna lära av varandra. Det görs bl a av CVU och dess utbildningar, under SU:s kvalitetsdagar och det gemensamma utvecklingsarbetet. Dock finns uttalanden som efterfrågan mer erfarenhetsåtervinning.

Har VGR en effektiv styrning av kvaliteten?

Med God Vård har VGR fått ett administrativt styrinstrument för att styra resultat genom att sätta mål, göra mätningar och uppföljningar på kvalitetsområdet. Dock behöver inte nya styrinstrument automatiskt medföra att styrningen effektiviseras eller blir bättre.

Ersättningssystemet skall stimulera till kvalitetsförbättringar, genom att 3 % av totalersättningen skall vara målrelaterad. Ersättningen uppfattas hämma effektivitetsförbättringar. I en utredning (Dnr 243-2008) fastslås att *”det är tveksamt om den målrelaterade ersättningen med nuvarande tillämpning har den styreffekt som varit avsikten”*. I en rapport (Dnr 270-2005) fokuseras tio principer för målrelaterade ersättningar, där två principer tillämpas, två i delar och sex inte alls. Åtgärd (nr 38) i handlingsprogrammet skall regionala målrelaterade ersättningar användas. Den torde fungera för väntetider men på andra kvalitetsområden behöver resursallokeringen både beakta effektivitetsvinster och behovet av en synlig styrande hand.

Under de senaste åren har det skett en expansion av kvalitetsindikatorer och andra mått, som används i verksamhetsanalysen, i de lokala beställningarna av vården, i kontrollerrundan och i

särskiljda uppföljningar. Med en expansion och en ökad volym kvalitetsmått ökar risken att mängden mått kan medföra att de används fel och ger sneda styreffekter eller att de tappar i betydelse - man ser inte skogen för alla träd. Med ett ökat antal mått behövs en klassifikation och modell för att reda ut sambanden mellan måtten. Då blir det tydligare hur de skall användas. Risken är annars att måtten och målen styr snett eller motverkar varandra. Med många olika uppföljningar riskerar styreffektiviteten att reduceras och det finns också en risk att verkningssgraden av styrsignaler från olika uppföljningar reduceras.

Ett mål får ökad styreffekt om det är relaterat till ett åtagande av ansvarig chef. Emellertid sätts målen på olika sätt. Det saknas en process som säkrar att målsättningen blir ett åtagande.

De regiongemensamma mätbara målen följs upp per nämndeområde. Vid beställningar saknas riktlinjer för hur mätningarna skall gå till och vilka kontroller som skall göras. Vid uppföljningar av utförarnas kvalitet godtas uppgifter utan några kontroller. Däremot gör utförarna kontroller när uppgifter från öppna jämförelser sticker ut eftersom det ofta handlar om mätproblem. När nya mått utvecklas borde datakvaliteten säkras genom inbyggda kontroller.

Det finns en frustration att IT-stöden inte harmonierar med utvecklingen av ledningssystemen. Med en expansion av mät- och kontrollpunkter borde utvecklingen påbörjas parallellt med annat utvecklingsarbete, eftersom en sådan utveckling i regel har långa ledtider. Risken är annars ett glapp uppstår mellan IT och verksamhetens planering. (Revisionsrapport, "De medicinska sektorsråden" 2010-02-12).

Styrsystemens utveckling och användning

När nya styrsystem för kvaliteten utvecklas aktualiseras frågor om vem som använder dem och till vad. Beställarna skall använda målrelaterade indikatorer utifrån ett lokalt befolkningsperspektiv, medan ägarna har ett intresse att kunna göra jämförelser för att säkra en lägsta godtagbar standard. Beställarna driver alltså en differentiering medan ägarna driver en standardisering. Därmed borde ägarna ha ett ansvar för en gemensam plattform för regionens resultatstyrning av kvaliteten medan beställarna efterfrågar och delvis styr utvecklingen av de problemrelaterade målindikatorerna som behöver utvecklas.

Vid resultatstyrning brukar överordnad nivå inte lägga sig i underordnads nivå resultat. På kvalitetsområdet får ägarna ta en allt större del av specialiteterna resultat inom olika förvaltningar. Därmed kommer ansvaret kring kvalitetsfrågorna att aktualiseras - d v s när är det legitimt för ägarna att lägga sig i förvaltningarnas inre angelägenheter?

Vad händer framåt?

Nya lösningar bär alltid med sig fröer till nya problemuppsättningar att hantera. God Vård är en sådan lösning som kan ligga till grund för nya framtida granskningar. God Vård är en struktur där utvecklingar kommer att pågå under många år. Det handlar både om förbättringar av kvaliteten i verksamheten och om en vidareutveckling av konceptet God Vård. Det torde vara fyra typer av avtryck God Vård ger framåt.

- De mätbara målen i det handlingsprogrammet skall mätas och följas upp.
- Åtgärderna i handlingsprogrammet skall genomföras.
- Kvalitetsstyrningen kommer att utvecklas.
- Kvalitetseffekterna i verksamheten borde bli tydligare och synas.

Områden för framtida granskningar är framförallt relaterade till åtgärder i handlingsprogrammet men också till fördjupningar av områden i denna granskning.

2. Inledning

Revisionen har givet EDB Consulting Group AB i uppdrag att granska hur Västra Götalandsregionen (VGR) realiserat SOSFS 2005:12 (M) och föreskriften God Vård. Uppdraget har inkluderat en risk- och väsentlighetsanalys av de åtgärder som finns beskrivna i det regiongemensamma handlingsprogrammet.

God Vård

År 2005 gav Socialstyrelsen ut föreskriften ”God Vård” med krav på ett ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet. Tidigare författning fokuserade kvalitetssäkring (1993) och senast kvalitetssystem (1996). Nu handlar det om ledningssystem med de internationellt definierade kvalitetsdimensionerna i verksamheten, *kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, patientfokuserad, effektiv, jämlik och tillgänglig hälso- och sjukvård*.

Enligt föreskriften består ett ledningssystem av:

- Grundprinciper för ledning
- Sätta upp mål i enlighet med God Vårds kvalitetsdimensioner
- Följa upp och utvärdera dessa mål

Grundprinciper för ledning handlar om att skapa en organisationsstruktur, tydliga ansvar och dokumenterade rutiner. Man kan även tänka sig att det berör ledningens mandat och ansvar, vägledningar för ledningens agerande vid avvikelser från formaliserade rutiner och vid målstyrning. De dokumenterade rutinerna är relaterade till SOSFS (2005:12). De kan beskrivas i flöden, med regler, styrande PM och instruktioner.

Mål och uppföljning bygger på en traditionell målstyrning och torde innefatta målsättningsprocessen, mätningen, och uppföljning med analys och åtgärder.

Ledningssystemet ger en grund för att värdera om verksamheten bedriver god vård. Det skall användas på ett systematiskt sätt så att kvaliteten och patientsäkerheten i verksamheten fortlöpande utvecklas och säkras. Systematiken innebär bl a att förbättringsarbetet bedrivs och dokumenteras på ett enhetligt sätt, utifrån tidigare beskrivna rutiner. För att uppnå goda resultat behöver kvalitetsarbetet integreras i det löpande vårdarbetet och för att uppfylla lagstiftningen behöver ledningssystemet beakta uppsatta mål, utförandet av vården, tillgängliga resurser och resultat. Frågan är om VGR realiserat God vård?

Regionstyrelsen fattade beslut i april 2007 att de sex kvalitetsdimensionerna i God Vård skall utgöra kvalitetsmål i regionen. Budgeterna har från år 2008 använt Socialstyrelsens ”God Vård” som ledstjärna för att utveckla ett samlat ledningssystem för God Vård. Frågan är hur utvecklingsarbete bedrivits?

Syfte

Syftet är att belysa om och hur God vård realiserats i VGR. Det kan brytas ned i tre delsyften:

- Finns ett välgrundat angreppssätt för de initiativ som tagits?
- Har utvecklingsarbetet bedrivits systematiskt och integrerat för att realisera God Vård?
- Vilka effekter har resultaten av utvecklingsarbetet givet?

I uppdraget har även ingått att göra en risk- och väsentlighetsanalys av föreslagna åtgärder i det gemensamma handlingsprogrammet för God Vård.

Avgränsningar

Granskningen berör hälso- och sjukvården, inte tandvården, även om den omfattas av God Vård. Fokus i granskningen ligger på regionledningens aktiviteter inom God Vård. Exempel görs från utförarstyrelser och beställarnämnder.

Revisionskriterier

Revisionskriterierna för denna granskning finns i Socialstyrelsens föreskrift God Vård. Andra kriterier finns i uppdragets formulerade frågeställningar samt i budgeterna och dess formulerade uppdrag.

Granskningens genomförande

Granskningen har genomförts enligt en sekvens av inläsning av utredningsmaterial och budgetar som sammanfattats. Dessa har bildat grunden för de inledande frågorna som ställdes till de personer som lett utredningarna på HSA. Flertalet ansvariga för respektive handlingsprogram har intervjuats och några personer från analysenheten inom HSA. Därefter har sjukhusdirektörerna på SkaS och Frölunda Specialistsjukhus, kvalitetsdirektören på SU, hälso- och sjukvårdschefen för Östra Skaraborg, samt hälso- och sjukvårdsdirektören intervjuats. Ytterligare kontrollfrågor har ställts i samband med analys och sammanställning av resultat.

Intervjufrågor har utvecklats från tidigare gjorda intervjuer. Samtliga initiala intervjuer är bandupptagna, genomlyssnade och nedskrivna. Beskrivningar har skickats till berörda för godkännande.

3. Beskrivning av HSA:s utredningsuppdrag

VGR:s grundprinciper för ledning av verksamheter

VGR har sedan tidigare arbetat med att styra upp beslutsgången för utvecklingsinsatser. Problemet var för lite samordning, där många tog initiativ som inte var finansierade.

”De fanns en tradition att var och en uppfann sitt eget projekt och väldigt lite ledning och fördelning av arbetet och det fanns en tro att när det här pappret har lämnat skrivbordet så är det klart”.

Den enkla grundprincipen är att lagt kort ligger och att man gör det man blivit ålagd att göra. Förhållningssättet kan ställas mot det anarkistiska sättet att utveckla vården.

Den andra grundprincipen bygger på krattan. En särskiljning görs mellan utrednings- och resursansvar. En utredning görs efter beställning. När förslagen läggs fram skall frågan återföras till beslutslinjen, där det finns ett tydligt beslutsrum. Därefter görs en tidsplan och en resursfördelningsplan som möjliggör att beslutet genomförs. Efter ett resursgivande beslutet görs en uppföljning i linjen. (Grundprincipen finns i Dnr RSK 698-2006 ”Regional struktur för uppföljning av Hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet i VGR”).

Ordnat införande är en annan princip för gemensamma beslut om t ex ny apparatur, metoder, läkemedel och system i verksamheten.

En fjärde princip är triangeln. Ägarkontorets styrform är att utfärda ägardirektiv mot utförare och beställare. Det enklaste sättet är att integrera direktiven i budgethandlingarna.

Ägarna skall vägleda, stödja och följa upp. Resultatet är viktigt, vilket innebär att uppföljningen blir ett tyngre ben än utvecklingsbenet. Uppföljningarna sker löpande i kvartalsrapporterna och som beredning av kontrollerrundan, samt i verksamhetsanalysen.

Regiongemensam utveckling

En av de första gångerna God Vård diskuterades var på ett sjukvårdsledningsmöte i Borås 2006.

”På den tiden sa man att vi har en fullständigt osynlig ägare. Då tog vi tag i God Vård och hittar en strategi för att implementera 2005:12. Det är den resan har vi gjort nu under 3 år. I börjans fanns en frustration om vad står God Vård för, vem gör vad etc”?

Initialt utreddes ägaransvaret och ansvarsfördelningen för ledningssystemet i regionens linjeorganisation. Till utredningen fanns 16 åtgärdsförslag. Utifrån denna utredning fastställde regionstyrelsen i april 2007 att God Vårds kvalitetsdimensioner skall utgöra regionens kvalitetsmål.

”Innan 2007 var den allmänna bilden att ägaren främst var intresserad av pinnar och pengar. Prestation, produktivitet, kostnadskontroll och ekonomisk balans men inga verksamhetsmått. Med det nya beslutet ville man från ägarna ta ett bredare grepp och föra in allmänna kvalitetsfrågor. Politiken ville lyfta fram kvalitetsfrågorna”.

Beslut fattas också att:

- Beställarnämnderna får i uppdrag att beställa kvalitet och patientsäkerhet.
- Utförarstyrelserna får i uppdrag att utveckla handlingsplaner inför budgetåret 2008.
- Regiondirektören får i uppdrag att utveckla ett samlat ledningssystem för regionens hälso- och sjukvård.

Därpå gav regionfullmäktige regionstyrelsen i uppdrag att utarbeta en strategi för den regiongemensamma kvalitets- och verksamhetsutvecklingen. Arbetet initierades i juni 2007. I utredningen definieras begreppen kring God Vård och ansvarsfördelningen för kvalitet och verksamhetsutveckling och en modell för systematiskt kvalitetsarbete utvecklades. Utredningen föreslår att strategin skall konkretiseras med handlingsprogram för God Vårds kvalitetsdimensioner. Handlingsprogrammen skall tas fram stegvis.

I samband med strategiarbetet gjordes en kartläggning av utförarnas och beställarnas behov av gemensamma insatser. Behoven handlade främst om utbildning, seminarier och nätverkande. En del framhöll också IT-stöd för uppföljning, regiongemensamma kvalitetsindikatorer samt ökad tydlighet i ansvarsfördelning och styrning.

I juni 2008 bildas ett utvecklingsråd med uppgift att samordna det regiongemensamma arbetet inom God Vård. Rådet skall utarbeta en årlig verksamhetsplan, följa upp utförarnas och beställarnas kvalitets- och verksamhetsutvecklingsarbete samt vid behov initiera regiongemensamma insatser.

De regiongemensamma handlingsprogrammen utvecklas successivt. Handlingsprogrammen utvecklades i arbetsgrupper och de integrerades senare i ett gemensamt handlingsprogram.

Handlingsprogrammet för säker vård behandlades i HSU i april 2008. Patientsäkerhetsarbetet inriktas i enlighet med SKL:s nationella satsning på sex områden för att minska vårdrelaterade infektioner. De nationella målen *”att halvera vårdrelaterade infektioner före utgången 2009”* antogs. Det skall även finnas ett IT-stöd för uppföljning år 2009. Sedan flera år finns ett IT-stöd men med lokala installationer. Dock är leveransen av en ny version med gemensam installation försenad.

Vård i rimlig tid handlar om konkreta målsättningar relaterade till vårdgarantin - att alla patienter skall ges vård inom vårdgarantitiden. Ytterligare specificeringar görs för olika typer av väntetider. Det gäller bl a sjukvårdsrådgivningens telefonsamtal, primärvårdens öppettider och akutmottagningarnas väntetider. Sedan flera år finns en regional väntetidssamordnare och system för att mäta och följa upp väntetider. Dessa har också vidgats till att gälla ovanstående väntetider och tider inom cancervården och fler mottagningstyper.

Patientfokuserad vård handlar om bemötandet, att vården ges med respekt och lyhördhet för individens behov, att information beaktar personens integritet, samt individens rätt till delaktighet och självbestämmande. En del av arbetet var att införa den nationella patientenkäten, dvs ett gemensamt verktyg för att mäta målen. Tidigare fanns fyra olika patientenkäter inom VGR vilket nu reducerats till en nationell utvecklad enkät som möjliggör jämförelser inom regionen och nationellt.

Vård i rimlig tid och patientfokuserad vård behandlades i utvecklingsrådet och togs upp i HSU i maj 2009. Förslagen återremitterades. *”De främsta grunderna till detta är att det i pro-*

grammen inte anges att de även gäller Tandvårds- och Handikappförvaltningarna. Ytterligare ett skäl är att HSU inte vill låsa programmen med tidsangivelser” (Utvecklingsrådets protokoll 20090612).

År 2008 lades ett förslag fram för att skapa ett Centrum för jämställd vård, med uppgift att göra analyser och sprida kunskap om hälso- och sjukvårdens genusperspektiv. Utvecklingen av jämlik vård har ett bredare perspektiv och handlar om vård på lika villkor utan otillbörliga utgångspunkter avseende personliga egenskaper såsom kön, födelseland, funktionshinder, sexuell läggning eller ålder. Handlingsprogrammet för jämlik vård bygger på att skapa ett jämlikt bemötande och en vård efter behovs- och solidaritetsprincipen - att den med störst behov (sjukast) skall prioriteras. En könsuppdelad statistik har införts.

Effektiv vård skall tillämpas som ett förbättringsarbete på tre till fyra stora vårdprocesser med stora skillnader i resultat mellan olika sjukhus. Tanken är att utveckla en best practice. Våren 2009 förankrades idén och hösten 2009 remitterades programmet och fick positiva kommentarer. Det behandlades i utvecklingsrådet på majmötet 2009.

Utredningar gjordes om regionens kunskapsstyrning både för att fånga attityder till och tillämpning av kunskapsstyrning och att utveckla en mer kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård i regionen. Det skall ske genom att översätta kunskapsunderlag (t ex SKL:s öppna jämförelser, verksamhetsanalyser från Strategiska analysenheten, rekommendationer och riktlinjer från nationella organ) till styrsignaler. De menar att *”arbetet med kunskapsstyrningen är mer oplanerat och osystematiskt än vad det bör vara”*.

I augusti 2009 vill HSU få ett gemensamt handlingsprogram. I oktober informeras utvecklingsrådet att en gemensam sammanställning av samtliga utvecklingsarbeten för 2010 och 2011 kommer att tas fram. I mars 2010 godkände HSU handlingsprogrammet och i april godkände Regionstyrelsen programmet.

Handlingsprogrammet innehåller sex övergripande inriktningsmål och 14 mätbara kvalitetsmål. De är baserade på nationella indikatorer för God Vård. De mätbara målen skall i första hand följas upp på respektive nämndeområde. 39 åtgärder är föreslagna.

I det gemensamma handlingsprogrammet har ett hälsofrämjande synsätt integrerats i de sex övergripande kvalitetsmålen. Det bygger på att stödja och påverka människors levnadsvanor. Information om hälsofrämjande levnadsvanor skall ges samma plats som samtal om läkemedel och annan behandling.

Åtgärderna i handlingsprogrammet är strukturerade utifrån de faktorer som är viktiga förutsättningar för en utveckling av God Vård. Många åtgärder handlar om utbildning och infrastruktur. Det är åtgärder som både är pågående projekt och som skall initieras. Målen skall nås 2011 och även åtgärderna skall vara genomförda samma år eller år 2010. Utförare och beställare följer upp handlingsprogrammet i sina verksamheter och ägarna ansvarar för den regiongemensamma uppföljningen som fördelas mellan hälso- och sjukvårdsdirektörens olika råd.

4. Beskrivning av lokala utvecklingar

Utvecklingsdialogen om förvaltningarnas utvecklingsinsatser

Parallellt med den regiongemensamma utvecklingen initierade regionstyrelsen 2007 en utveckling av 18 lokala handlingsprogram för att utveckla ledningssystem. Då 2007 uppfattade man på regionnivå att förvaltningarna drev många utvecklingsarbeten men att de just hade börjat tänka i God Vård banor.

Två år senare 2009 gjordes en uppföljning i form av en utvecklingsdialog. Här konstateras att flera förvaltningar har genomfört ett systematiskt arbete med kvalitets- och verksamhetsutveckling och att de utvecklar eller har utvecklat ledningssystem där God Vård är en viktig del.

Enligt rapporten (Utvecklingsdialog om God Vård i regionens hälso- och sjukvård, 2009 - Arbetsmaterial) framför förvaltningarna en tydligare ägarstyrning med regiongemensamma mål och uppföljningar eftersom de driver det lokala utvecklingsarbetet. Vidare behövs regiongemensamma verktyg för mätning, en regiongemensam chefsutbildning, samt stöd och erfarenhetsutbyte.

Skaraborgs Sjukhus

Skaraborgs sjukhus (SkaS) arbetar med balanserat styrkort och har sedan tidigare utvecklat en strategikarta som beskriver sambanden mellan olika dimensioner i styrkortet. Det görs genom att identifiera kritiska framgångsfaktorer, d v s det som skall uppnås ur ett patient-, process-, medarbetar- och ekonomiskt perspektiv. Strategikartan är förankrad bland alla chefer i hela sjukhusorganisationen. I den ingår alla parametrar i God Vård redan innan författningen hade kommit.

SkaS-guiden utvecklades som ett led i den långsiktiga kvalitetsstrategin. Den är en kokbok för offensiv kvalitetsutveckling av vårdprocesserna, där God Vård och även det hälsofrämjande arbetet är integrerat. I processarbetet byggs patientsäkerheten in med avvikelsehantering men framförallt förebyggande aktiviteter såsom riskanalys. Ett mål för arbetet är att beskriva procedurer och rutiner så att alla kan stoppa en process om de upptäcker en avvikelse/säkerhetsrisk. Betydelsen av att följa procedurer följer flygets säkerhetstänkande.

SkaS tillämpar offensiv kvalitetsutveckling där olika koncept såsom Lean för att effektivisera processer och Six Sigma för problemlösning används. Styrkortet används för kontinuerlig utvecklingsdialog och uppföljningar av mål och mått. Styrkortet revideras varje år. Den offensiva kvalitetsutvecklingen är ett systematiskt och gigantiskt verksamhetsutvecklingsarbete av hela sjukhuset som tagit 5-6 år. Svårigheten ligger i att integrera förbättringsarbetet i det ordinarie arbetet.

Det finns både mål-, mät- och uppföljningssystem för kvaliteten. Systemet är betydligt finmaskigare än vad God Vård förespråkar. För säker vård, vård i rimlig tid, patientfokuserad vård och jämlik vård finns en tydlig uppföljning. En tydlig processorientering är en förutsättning för kunskapsbaserad vård där även MiniHTA används som ett arbetsredskap – både för att föra in och mönstra ut metoder. Här pågår ett uppdrag för kontroll av in- och utmönstring, då det kan finnas en inbyggd konflikt mellan ordnat införande och starka intressen från professionen att utveckla nya metoder. Effektiv vård relateras till processarbetet. Väntetider och vårdrelaterade infektioner och även övriga processresultat är tänkt att läggas ut på nätet.

Kravet på verksamheten är att hela tiden förbättra sig. Öppna jämförelser är till stor hjälp men inte tillräckligt drivande. Den egna förbättringen över tid med fortlöpande åtgärder för förbättring är ett mer drivande arbetssätt. Det finns en risk att mätningarna i God Vård inte fokuserar aktuella kvalitetsproblem. Därför har de processer som utvecklas även egna mått och mål som följs upp.

Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Sahlgrenska Universitetssjukhus (SU) arbetar efter ”Offensiv kvalitetsutveckling”. Den beskriver ett arbetssätt där kvalitetsfrågorna är en integrerad del i verksamheten. Även SU använder koncept som Lean, Six Sigma och Genombrottsmetoden.

Många kliniker på Sahlgrenska tog sig an föreskriften God Vård när den kom. På central nivå följer arbetet en årlig process som styrs av budgeten. Resultatet dokumenteras i en handlingsplan inom kvalitetsområdet. I VGR:s budget finns God Vård delarna beskrivet. Här identifieras regionens måttal t ex andel vårdrelaterade infektioner och väntetider. Budgeten och beställningen bildar underlag för sjukhusets mål och handlingsplaner. Här används balanserade styrkort i God Vårds kvalitetsdimensioner.

I handlingsplanen finns en strategisk karta. I den beskrivs huvudmålen och hur olika perspektiv och mål hänger ihop. På sikt torde process-, patient-, ekonomi- och personalperspektiven integreras i en gemensam handlingsplan. Ett steg till en ökad integration har tagits då personer från ekonomi och personal sitter i kvalitetsstyrgruppen.

För de olika kvalitetsdimensionerna finns balanserade styrkort, med strategiska mål, styrtal och mål för 2010 enligt nedan:

- För Säker vård skall vårdrelaterade infektioner förbättras 1 % och ligga under 7,1 % (sammanvägt all somatisk vård inkl psykiatri).
- Måttal vad gäller Kunskapsbaserad vård handlar om att ligga över riksgenomsnittet i öppna nationella jämförelser medan kartläggningen är målet för införande och utmönstringen av metoder.
- För Patientfokuserad vård används styrtalen för den gamla enkäten som mål och att alla 68 verksamhetsområdena skall arbeta med patient dialog.
- För Effektiv vård är patientresultaten från nationella kvalitetsregister viktiga. Effektiviteten är dock formulerad utifrån processavvikelse medan styrtalet är att 90 % av cheferna använder ledningssystemet.
- För Jämlik vård används kvalitetsregistren på verksamhetsnivå. Jämlik vård handlar om vården skall ges till befolkningen på ett jämlikt och respektfullt sätt. Det är ett förhållningssätt som genomsyrar vården i alla kvalitetsdimensioner.
- För Vård i rimlig tid följer styrtalen vårdgarantin och för akutsjukvården finns specifikationer enligt regionens specifikationer, med tid till första vårdkontakt, till läkare och en total genomloppstid.

Med God Vårds kvalitetsdimensioner upplevs verksamheten tydligare och lättare att beskriva. Utvecklingen drivs mer formaliserat och strukturerat. Resultaten bearbetas i Cognoskuber och blir kända när de anslås på klinikerna.

Kvalitetsrapporter följs upp månadsvis för olika verksamhetsområden. Det kan t ex gälla basala hygien- och klädregler som nu är föremål för ständiga mätningar eftersom det är en fokusfråga. När målet 100 % byts fokus till ett nytt område.

Det finns ett enhetligt ledningssystem. Stödrutinerna är dokumenterade och inlagda på intranätet. Mål och uppföljningar bygger på balanserade styrkort. Insamling av uppgifter sker på verksamhetsnivå där vissa uppgifter aggregeras till förvaltningsnivå.

Frölunda Specialistsjukhus

Kvalitetschefen var tydlig med att ett ledningssystem för kvalitet byggs upp av säkra rutiner, och styrande dokument. Därför startade Frölunda Specialistsjukhus (FSS) utvecklingen av kvaliteten från grunden i en städning av alla styrande dokument. För tre år sedan fanns olika dokument för samma rutin. De satt i olika pärmar och hade olika datum. Totalt sätt handlade det om mer än 900 styrande och redovisande dokument för verksamheten. Till det finns även vårdprocesser med länkar till alla dokument som berörs.

Alla dokument är reviderade, godkända, signerade, finns med ett original och de är sökbara på intranätet. Nästa steg är att skapa ett ledningsinformationssystem där uppgifter från de olika kvalitetsdimensionerna kan aggregeras, bearbetas och sammanställas i realtid. Då är ledningssystemet klart.

Förutom rutinerna hanteras avvikelser och som registreras och läggs in i ett system, MedControl. Ett problem är att förändra normerna av vad som är en avvikelse. Erfarenhetsmässigt betraktas ca 5 % postoperativa infektioner som normalt. I FSS system ska varje postoperativ operation betraktas som en avvikelse.

Det finns kontrollrutiner och en klar uppfattning om hur sjukhuset ligger till enligt God Vårds kvalitetsdimensioner:

- För Säker vård följs patienterna upp i MedControl t ex efter operation.
- För den Patientfokuserade vården förs dialoger med patienter, patientenkäter för att mäta förväntningar, patientdagböcker och det finns servicekoncept för att bemöta patienter, göra dem delaktiga och informerade. Det skall vara lätt att ta kontakt.
- Effektiv vård är svårångat i realtid. Här tillämpas en best practice vilket man avläser i kvalitetsregister. Produktivitetsanalyser och användning av KPP (kostnad per patient) kommer att tillämpas vid processutveckling.
- Könsuppdelade uppföljningar är inte heltäckande men görs i patientenkäten, av konsumtion, av väntetid, resultat, avvikelser och resursåtgång.
- För Vård i rimlig tid finns vårdgarantin. Med 40 % ökat remissflöde de senaste åren har väntetiderna ökat.
- I Kunskapsbaserad vård är en läkare ansvarig för respektive process och 2-3 processer per enhet ska kartläggas och utvecklas. Läkaren beslutar om standardisering av metoder. Eftersom det är få som berörs går det snabbt att ställa om. Utrangeringen av gamla metoder sker i samband med att de nya metoderna införs.

Ett hinder för utveckling av best practice är att den slår över organisationsgränserna. Vid exempelvis höftledsförslitning medför träning att många inte behöver opereras och att de som opereras får ett bättre slutresultat. I en sådan process inkluderas primärvårdens gåskolor men dessa har i många fall lagts ned och kompetensen försvann.

FSS har basen av ett ledningssystem, där fundamentet är budget, verksamhetsplanen och BSC. Det finns olika delsystem men inget för alla kvalitetsdimensionerna i God Vård. När det finns är ledningssystemet klart.

5. God Vård i ett sammanhang

Vad är God Vård ledningssystem?

Det är svårt att fånga vad ett ledningssystem är med direkta frågor. Svaren är olika och blir lätt abstrakta. Även definitioner är relativt abstrakt och behöver tolkas.

”Ledningssystemet är de grundläggande ledningsprinciper och det sammanhållna och systematiska arbetssätt som ledningen väljer att nå uppsatta mål och utvärdera resultat” (Strategiutredningen RSK 520-2007)

Om man relaterar svaren till det arbete som gjorts på besökta sjukhus blir bilden relativt tydlig. Kärnan i ledningssystemet finns i God Vårds kvalitetsdimensioner och i det grundarbete som gjorts lokalt i utveckling och tillgängliggörandet av verksamhetens processer vilka i delar kan relateras till God Vård. Förvaltningarna arbetar mer generellt än de områden som är specificerade i God Vård.

En utveckling av processer är en styrning av själva arbetet som standardiseras. Mål, mätning och uppföljning är en styrning av resultatet - vad som skall åstadkommas. Genom att koppla samman en standardisering av arbetet med resultatet erhålls både en styrning av hur frågor och om vad frågor.

Emellertid sker detta i ett sammanhang. En standardisering av arbetet fungerar vid repetitiva förhållanden och kräver utbildning och metoder medan det behövs ett förhållningssätt och en struktur med ansvarsfördelning för att sätta mål, göra uppföljningar, besluta och vidta förbättringsåtgärder.

God Vård - en referensram och koncept för många samtida utvecklingar

God Vård behandlar inte några nya företeelser eller kvaliteter. Det är en referensram eller koncept för kvalitetsarbetet. En referensram sorterar befintliga processer och pågående utvecklingsarbeten och den kan användas för att identifiera nya behov av utvecklingar. Det blir därför svårt att identifiera vad som kan tillskrivas God Vård och vad som skulle utvecklats ändå.

Utveckling av grundläggande organisationsprinciper på regionnivå, vårdgaranti relaterad till väntetider, patientsäkerhetsarbete, nationella riktlinjer, öppna jämförelser, verksamhetsanalysen, nationell patientenkät är alla exempel på utvecklingar som bedrivs utanför God Vård, men där God Vård blir ett koncept att sortera in dessa utvecklingar i.

De många samtida utvecklingar som sker på olika organisatoriska nivåer kan skapa problem med dubbleringar, svårigheter i sorteringen, i tillämpningen och normeringen. En expansion av kvalitetsindikatorer och andra mått på alla nivåer gör utvecklingen svårstyrd och kan motverka en normerande effekt. För konkreta verktyg som den nationella patientenkäten sker en normering av just det verktyget, medan uppfattningarna om dess betydelse kan variera, vilket innebär att lokala verktyg kan bli mer styrande.

Många utvecklingar på nationell nivå initieras utifrån påtryckningar från underliggande nivåer och de drivs i arbetsgrupper med personer från lokal nivå men på uppdrag från nationell nivå. Arbetet skapar en integration nedifrån. Beslut sker dock uppifrån men först efter en gedigen

remissrunda. Eftersom personer från regional eller verksamhetsnivå deltagit finns kunskapen lokalt. Lokala anpassningar görs löpande till aktuella beslut.

Mönstret av hur man förhåller sig till en situation med många samtida utvecklingar på olika organisatoriska nivåer ger en komplex bild med regionala och lokala anpassningar. Generellt sett är dock anpassningar till osäkerhet dyrt. Eftersom det i stora delar handlar om kända organisationer borde osäkerheten och komplexiteten kunna reduceras med en tydligare fördelning av var olika utvecklingsinitiativ hör hemma och när olika resultat förväntas föreligga.

Föreskriften God Vård skapar en struktur, för att välja ut och paketera de resultat som skall användas för att målsätta och följa upp God Vård. Tyvärr indikerar inte föreskriften God Vård hur denna sortering skall gå till, vilka nationella normer som gäller och vilka som behöver utvecklas inom respektive kvalitetsdimension. Till exempel pågår en nationell utveckling av God Vård indikatorer och den nationella vårdgarantin är redan normerande för tillgänglighetsmålen. På detta sätt kunde utvecklingen av God Vårds styrsystem och dess verktyg få något tydligare konturer.

6. Tillämpning, utveckling och effekter av God Vård

Tillämpar VGR God vård?

Ja, God Vård är ett koncept som regionen och besökta förvaltningar tagit till sig. Kvalitetsdimensionerna är legitima, är enkla och kommunicerbara. God Vård används av myndigheter vid granskningar och som beslutskriterier för riksjukvården vilket stärker legitimiteten. God Vård används av ledningar, såväl politiker som tjänstemän för att föra ut budskapet. VGR har dock gjort ett tillägg och inkluderat det hälsofrämjande arbetet i God Vård. Med God Vård flyttas fokus från enskilda medarbetare till organisation och processer.

VGR har utrett och definierat ansvarsfrågorna inom befintlig struktur både av ledningssystem och för kvalitet och verksamhetsutveckling. VGR har sedan en tid tillämpat olika metaforer för att föra ut enkla och grundläggande principer i utvecklingsfrågor om bl a beslutsfattande och införande. Beställningarna av vård innehåller krav i God Vårds kvalitetsdimensioner som är inarbetade i vårdöverenskommelsen.

Verksamheterna har formaliserat och tillgängliggjort dokumentationen av sina processer och styrdokument. De arbetar med målsättningar och uppföljningar av God Vård, enligt utsago på ett systematiskt sätt. Det är också en påfallande homogen bild som ges trots att sjukhusen är olika till sin storlek, karaktär och uppgift.

Finns ett välgrundat angreppssätt för de initiativ som tagits?

Förenklat kan ett angreppssätt antingen vara lösningsorienterat med fokus på en tydlig struktur, planmässigt agerande och med en lösning som skall införas. Lösningen utvecklas från ett behov som identifieras mellan ett önskat läge och ett nuläge. Eller så kan angreppssättet vara processororienterat med fokus på deltagande, förändringar i människors uppfattningar och därifrån växer lösningen fram. Varje nytt utvecklingssteg kan väljas efter situation. Den processororienterade förändringen passar därför i osäkra situationer medan det omvända gäller för det lösningsorienterade angreppssättet.

VGR:s angreppssätt följer en ”projektfierad” utredningstradition med utredningsdirektiv, en sammankallande utredare, med arbetsgrupp och styrgrupp från HSA ledningsgrupp eller ett befintligt råd. ”Ägaruppdraget” och den ”Gemensamma strategin” initierades utifrån de oklarheter som fanns och som behövde mogna fram. Nya steg valdes utifrån situation. Först stegvis utvecklade handlingsprogram och senare ett gemensamt handlingsprogram.

Angreppssätten följer ett processororienterat förändringsarbete med stegvisa utvecklingar under lång tid. Det var initialt välgrundat utifrån den situation som har beskrivits med olika uppfattningar hos ledningspersoner inom linjen och staben och den då osynliga ägarrollen. Det är också riktigt utifrån ett förändringsarbete där människors uppfattningar behöver förändras.

”Det finns punktvisa intressen för patientsäkerheten. Det handlar om att förändra kulturen och det är ett arbete som bygger på att droppen urholkar stenen... Det har blivit bättre, men vi har en lång väg att gå. Man inser långsamt att det kan spara lidande och pengar”.

Det finns dock en risk att angreppssättet inte leder till ett sammanhängande ledningssystem.

”Man skulle kunna tänka sig att man skapade ett generellt ägardirektiv utifrån God Vård så att man fick ett sammanhängande ledningssystem istället för att arbeta med ledningssystem som man arbetar med ständiga förbättringar. Där man arbetar stegvis enligt propåer från socialstyrelsen och politiker. Istället utveckla den plattform som God Vård ger uttryck för och som också är uttryckt i budgeten”.

De processorienterade inslagen har medfört att utvecklingsarbetet anpassats till situationen, men att detta skett på bekostnad av tydlighet när det gäller innehåll. Granskningen bedömer att ett mer behovsstyrt utvecklingsarbete med mer lösningsorienterade inslag borde kommit in tidigare.

Innehållet i utvecklingsarbetet blev tydligt först i samband med den gemensamma handlingsplanen och de 39 åtgärderna. De åtgärder som är riktade mot samma mål skulle kunna drivas på ett mer lösningsorienterat sätt och styras av ett programråd som håller ihop alla åtgärderna och inte sprida dessa mellan olika råd. Det skulle öka tydligheten i ansvaret och styrningen.

Utvecklingsarbetet har otydliga utvecklingsmål, gränser men rätt planering

Budskapet om God Vård är lätt att legitimera eftersom motsatsen inte är möjlig. Utvecklingsinriktningen är tydlig ”Att implementera God Vård”, men problemet är att God Vård är en referensram och koncept, vilket gör implementeringen otydlig. Likaså bedrivs utvecklingsarbetet såsom ett förbättringsarbete som alltid pågår.

Dock borde utvecklingsarbetet ha ett utvecklingsmål, som beskriver när huvuddelen av arbetet är slutfört. Handlar det om att förändra en kultur, att kravställa God Vårds kvalitetsdimensioner, att skapa ledningsinformation för cheferna att styra utifrån eller är det att genomföra alla de 39 åtgärderna i handlingsprogrammet?

Förklaringen till det diffusa utvecklingsmålet torde ligga i att God Vård är en referensram och koncept, samt i det processorienterade angreppssättet med de små stegens princip. Det saknas en tydlig bild av vad som skall bli utvecklingsarbetets resultat vilket också efterfrågades av förvaltningarna enligt strategirapportens kartläggning.

Angreppssättet ger en otydlighet i utvecklingsarbetet gränser – vad ingår och vad ligger utanför? Utvecklingen av t ex kvalitetsindikatorer är i någon mening God Vård. Men det sker i många samtidiga processer på olika organisatoriska nivåer. Utvecklingsrådets område berör både CVU aktiviteter och God Vård vilket riskerar att alla CVU aktiviteter glider in i God Vård. Till exempel har VGR anställning av logistiker blivit en åtgärds punkt i handlingsprogrammet. Med oklara gränser riskerar också begreppet God Vård att bli allt och inget.

Med tanke på att God Vård ses som en referensram att sortera resultat från andra utvecklingsinsatser behövs en utvecklingsplan på regionnivå som indikerar den regiongemensamma sorteringen av olika pågående utvecklingar. En utvecklingsplan görs för utvecklingsrådet men inte med den sorterande inriktningen.

Planering i ett processorienterat förändringsarbete handlar om att planera i små steg, ha en tydlig utvecklingsinriktning och ha handlingsberedskap. Planering i en lösningsorienterad utveckling handlar mer om struktur, logisk ordning, att eliminera risker, genom att öka planens detaljeringsnivå. VGR har tillämpat rätt planeringssätt i förhållande till angreppssätt.

Det processororienterade arbetet har tagit lång tid. Det är först våren 2010 som förslag finns till beslutade åtgärder att verkställa, fem år efter skriften och tre år efter beslutet om God Vård. Att det tog lång tid på regionnivå tycks dock inte ha påverkat förvaltningarna. De har inte "väntat in" utan utvecklingarna har skett parallellt.

God Vård långsiktiga utveckling och erhållna resultat

Den politiska ledningen och tjänstemannaledningen inom regionen tillämpar God Vårds budskap och struktur, regionens verksamhetsanalys och enskilda kvalitetsmätningar i God Vård kvalitetsdimensioner uppmärksammas massmedialt. Beställarnas krav innehåller God Vård kvalitetsdimensioner. Det innebär att utvecklingen inte är någon dagslända utan en utveckling som gradvis märks i VGR.

En del i det långsiktiga arbetet handlar om att förändra inarbetade mönster. Det är inte så påtagligt, men som vittnar om ett förändrat synsätt på verksamheten.

"Frågade någon för 10 år sedan om vi är bättre än ett annat sjukhus, svarade vi att klart vi är bättre, vi är forskare, internationella, klart vi är duktigare. Men vi hade inga siffror som visade att vi var bättre. Vi hade inga mått att visa våra resultat. Förr var intresset inte så stort, men nu är det inte konstigt att ställa frågan".

Citatet visar ett förändrat synsätt. Verksamheterna förväntas kunna visa ett resultat. Här har det skett en utveckling både i verksamhetens verktyg och i chefers uppfattningar. Utvecklingsarbetena på region och förvaltningsnivå är en pågående utveckling av att paketera och ta nya initiativ för att vidareutveckla God Vård. Hittills har utvecklingsinsatsernas resulterat i:

- *Mål och åtgärder:* Utvecklingsarbetet på regional nivå har hittills resulterat i ett beslutat gemensamt handlingsprogram med inriktningsmål, mätbara kvalitetsmål och förslag på en mängd åtgärder, som skall vidareutveckla God Vård.
- *Organisering:* På regional nivå har CVU flyttats till HSA och ett centrum för Jämställd vård bildats. Ett utvecklingsråd för förbättringsfrågor och tillika "rådgivande styrelse" för CVU har bildats och prioriterings- och sektorsråden har engagerats som styrgrupper för några av kvalitetsdimensionerna. Till åtgärderna hör att utse regionala samordnare och lokala kontaktpersoner för den vidare utvecklingen.
- *Kvalitetsbaserad ersättning:* Kvalitetsdimensionerna finns med i de målrelaterade ersättningarna som beställarna kommer överens om med utförarna.
- *Handlingsprogram för patientsäkerheten:* Ett gemensamt handlingsprogram genomförs med målsättning och uppföljning av vårdrelaterade infektioner.
- *Styrkort på förvaltningsnivå:* God vård har fått genomslag hos ledningarna på besökta förvaltningar. Kvalitetsmål har utvecklats och tillämpas i balanserade styrkort. Med fler mätningar av t ex hygien, väntetider, patientuppfattningar och uppföljningar av kvalitetsrelaterade parametrar på klinisknivå, torde God Vård tränga längre ned i verksamheten.
- *Dokumenterade och tillgängliga processer:* Städning, utveckling, dokumentering och tillgängliggörande av processer och dokument torde vara det stora och mest resurstunga arbetet som skett på förvaltningarna.
- *Uppföljning:* Utvecklingsdialog har genomförts om utvecklingsinsatserna med förvaltningarna och i kontrollerrundan följs kvalitetsdimensioner upp två gånger om året med respektive förvaltning.

Tidigare har granskningen gjort en värdering att utvecklingsarbetet tagit lång tid, med få konkreta lösningar. Utvecklingen skall dock ses på sikt och ställas i relation till resursinsatsen. Resursinsatsen är svårvärderad eftersom den dels är integrerad med annat arbete och dels är utvecklingen av God Vård mer en syntes av annan utveckling. Förädlingsnivån är låg. Resultatet bedöms dock långsiktigt lägga en god grund för ett fortsatt utvecklingsarbete.

Förbättringar, men oklart i vilken utsträckning

Det yttersta syftet med God Vård är att förbättra kvaliteten i vården. Medlet är ett ledningssystem som styr verksamheten mot successiva förbättringar av kvaliteten i aktuella dimensioner. Frågan är om det märks effekter på dess yttersta syfte? Enligt utsago råder det delade meningar om detta.

”Att det sedan blivit bättre för patienten vet vi inte ännu, men det finns en övertygelse att jämförelser driver resultatförbättringar”.

”God vård har givet effekter i verksamheten. Dels genom ett ökat fokus och bättre kontroll och dels genom ett bättre utfall”.

Utifrån öppna jämförelser har regionen förbättrat sig mer än nationen i övrigt. I vårdbarometern som bygger på patientinterjvuer har mätningar gjorts sedan 2002. Tillgängligheten uppfattas bli bättre över tid och även förväntningarna på erhållen vård har infriats i högre utsträckning över åren. (Verksamhetsanalys 2008 s113). Väntetiderna relaterat till vårdgarantin startade 2005 och här är utvecklingen densamma. Resultatet har förbättrats årligen - i vissa fall radikalt. Dock finns återkommande säsongscykler med toppar under vintern och efter sommaren, som inte åtgärdats.

I det nationella målet skall de vårdrelaterade infektionerna minska till hälften. I punktprevalensmätningar har de vårdrelaterade infektionerna minskat från 11,5 % till 8½%. Varje % bedöms spara 800 tkr men besparingarna är framräknade och de syns inte i någon rapportering.

7. Revisionskriterier från budgeten

Budgetbeskrivningar

Kvalitetsutvecklingsarbetet har funnits med under en följd av år i VGR:s budget. Den har poängterat att grunden för kvalitetsarbetet ligger hos de anställda och att ett framgångsrikt utvecklingsarbete präglas av helhetstänkande och långsiktighet med krav på kompetens, servicetänkande och administrativa system. Kvalitetsutveckling är ett chefsansvar medan regionens ansvar är att understödja och aktivt sprida kunskap om genomförda och pågående arbeten.

Under åren 2005 till 2010 har betydelsen av regiongemensamma insatser vuxit. Från budgeten 2008 har God Vård nämnts. Utvecklingen har gått mot ökad grad av målstyrning och förtydliganden av God Vårds måldimensioner. I budgeten finns ett flertal kriterier som berör arbetsätt, regionens roll och vilka resultat som skall uppnås. Kriterierna har valts så att de speglar utvecklingen av God Vård.

Samlat ledningssystem

I april 2007 uppdrog Regionstyrelsen att *utveckla ett samlat ledningssystem* där olika perspektiv integreras. Enligt budgeten för 2009 och 2010 skall *ett förslag till ett samlat ledningssystem utvecklas* för regionens hälso- och sjukvård i enlighet med Socialstyrelsens föreskrift och regionstyrelsens beslut.

Vad är ett samlat ledningssystem? Det skall inte vara ett system per dimension, utan integrerat, som innehåller God Vårds kvalitetsdimensioner. Det torde också vara så att flera lokala system skall kunna samlas till ett gemensamt.

Något samlat ledningssystem enligt ovanstående mening finns inte. Det finns lokala ledningssystem och regionala ledningssystem för regionens hälso- och sjukvård, men det saknas ett samlat system. Verktyg för sökning, uttag och sammanställning av uppgifter i de olika dimensionerna är inte samlat. Bilden är att det finns många olika.

”Den koncerngemensamma uppgiften att standardisera resultat för kvaliteten i verksamheten och utveckla verktygen för att mäta, koda, sammanställa och beräkna resultaten, som lägger grunden för ett ledningssystem har endast i delar genomförts”.

Däremot har steg tagits på vägen inom säkerhetsområdet. Här finns rutiner och ett gemensamt IT-stöd håller på att utvecklas för avvikelshantering. Inrapportering av väntetider sker genom en manuell registrering från det patientadministrativa systemet till en excelmall. Uppgifterna bearbetas därefter i Cognos. På sikt skall en väntetidsdatabas utvecklas.

Med handlingsplanens förslag till mål som är mätbara finns ett samlat resultat med olika kvalitetsdimensioner. Men det saknas ett samlat ledningsinformationssystem som visar resultatuppgifter och som möjliggör analyser utifrån de grunddata som resultaten baseras på.

I föreskriften God Vård anges de områden som omfattas av föreskriften. I ”Ågaruppdraget” ställdes krav på ledningssystem för dessa områden. För ett samlat ledningssystem behövs riktlinjer för vilka områden som skall dokumenteras, hur de skall beskrivas, ändringshantering vid förbättringsarbetet och på vilket sätt beskrivningarna skall lagras och göras tillgängliga.

Regionen har ej gemensamma krav och riktlinjer

Enligt 2008 års budgetdirektiv har regionstyrelsen i uppdrag att *utarbete regiongemensamma krav och riktlinjer* för verksamheternas kvalitetsutvecklingsarbete. ”Ägaruppdraget” föreslog att förvaltningarna skulle utveckla lokala handlingsprogram. Dock fanns inga direktiv, krav, riktlinjer eller vägledningar som t ex: ”Börja med att se över kvaliteten i styrande dokument”, ”dokumentera de områden som finns i God Vård” eller ”fokusera på hygienrutinerna” för verksamheternas kvalitetsutvecklingsarbete.

”Nej, jag kan inte gå tillbaka till något dokument som beskrev vad och hur vi skulle göra”.

”Lite vägledning finns i ägardirektivet, men annars har vi kört själva”.

SU har en årlig handlingsplan för kvalitet och i övrigt initierades eller anpassades pågående utvecklingsarbete till God Vård. De utvecklingsdialoger som gjorts har sammanställts men inte heller här finns några krav eller riktlinjer för förvaltningarnas fortsatta arbete.

Utvecklingsåtgärder där det finns koncernnytta

Enligt 2007 års budget skall *lokala insatser kompletteras med regiongemensamma insatser*. De skall göras på områden där det finns en tydlig koncernnytta och det exemplifieras med några områden som t ex logistik och medicinsk revision. Denna riktlinje finns också år 2009. I 2010 års budget skall en *tydlig fördelning göras mellan de frågor som är regiongemensamma och de som skall hanteras lokalt*.

I utvecklingen av God Vård har inte utvecklingsområden för den gemensamma koncernnyttan tydliggjorts. Förvaltningarnas behov av stöd identifierades i ”Strategiutredningen” men koncernnyttan har inte varit i fokus. Regionens handlingsprogram för Säker vård år 2008 och det gemensamma handlingsprogrammet år 2010 indikerar dock områden för en sådan utveckling.

Koncernnyttan kan motiveras bl a för att:

- Harmonisera mål för att möjliggöra en likartad styrning anpassad efter förvaltningarnas uppdrag.
- Tillämpa en best practice.
- Utnyttja skalfördelar t ex genom att slå ut utvecklingskostnaden på hela regionen.

Poängen med en harmonisering av styrningen är att kunna göra jämförelser inom regionen. Bedrivs utvecklingsarbeten enbart lokalt kan lokala variationer skapas som försvårar jämförelser. Med jämförelser underlättas styrningen och många menar att den driver utvecklingen. Den underlättar också en säkring om att det finns en lägsta ambitionsnivå i kvalitetsarbetet.

Ett annat område är att tillämpa en best practice. Det handlar i regel om att jämföra och värdera metoder eller processer för att de med bäst resultat införs i alla förvaltningar. Det har t ex tillämpats i regionens hjärtsjukvård. Regionens utveckling av ”ordnat införande” illustrerar sättet att göra det på. I det gemensamma handlingsprogrammet skall tre till fyra stora huvuddiagnoser utvecklas enligt en best practice.

Skalfördelar finns inom många områden. Främst berörs investeringar där man kan slå ut utvecklingskostnaden på flera t ex inom infrastruktur. Det ger också möjligheter att skapa en gemensam plattform. Det kan också handla om gemensamma utbildningar. De ger en gemensam referensram och möjlighet till erfarenhetsutbyte mellan förvaltningarna.

Det finns alltså flera motiv och områden med en tydlig koncernnytta. Det handlar om att öka styreffektiviteten genom att skapa jämförbarhet och kommunicerbarhet, spara investeringskostnader genom att utnyttja skalfördelar och erhålla kunskapsutbyte i gemensamma utbildningar, samt att tillämpa de effektivaste processerna i alla verksamheter.

Innehållet i koncernnyttan och den tydliga fördelningen av regiongemensamma respektive lokala frågor har tydliggjorts indirekt i handlingsprogrammet men de är inte explicita.

Regionkansliet är ej föregångare

Enligt 2010 års budget skall regionkansliet agera som föregångare i det systematiska kvalitetsarbetet inom det egna verksamhetsområdet. HSA har påtalat betydelsen av God Vård och skapat dialog och agerat spindel i utvecklingsfrågor.

De centrala utvecklingsarbetena har bemannats med personal från förvaltningarna. Representerarna bidrar med lokala perspektiv och idéer samtidigt som de fångar signaler för de lokala utvecklingsarbetena. Konsekvensen är att man lokalt fångar signaler tidigt.

”Ofta kommer de på remisser och då ser vi om det är något och då är vi snabba att reagera”.

”Nu har ju ett arbete med handlingsplaner jobbat fram från VGR, som skall tas så småningom, men det är ju inget nytt utan vi har redan jobbat in det i vårt arbetssätt. Vi har ju lagt input i det”.

Utvecklingen är upplagd med en integration nedifrån. Den skall ställas mot en integration uppifrån där regionens representanter deltar i de lokala utvecklingsarbetena. Det innebär att regionen inte är föregångare i den bemärkelsen att det hunnit längst i kvalitetsarbetet utan gången är den att initiativet inom God Vård ger en ägarsignal till förvaltningarna att agera. Med denna uppläggning kommer heller aldrig regionen att vara föregångare. Med en integration uppifrån kunde situationen varit den omvända.

Erfarenhetsåtervinning finns men den kan utvidgas

I 2010 års budget skall verksamheterna lära av varandra när förändringar eller projekt har varit framgångsrika. Under tidigare budgetar poängteras regionkansliets roll att aktivt sprida kunskap om genomförda och pågående arbeten.

Det görs bl a av CVU och dess utbildningar, under SU:s kvalitetsdagar och det gemensamma utvecklingsarbetet. Det finns exempel att mötena både ger ett lärande och att lösningar sprids. Även i handlingsprogrammet finns flera aktiviteter som stödjer erfarenhetsåtervinning. Det finns dock uttalanden som dels pekar på att det finns en efterfrågan och dels att erfarenhetsåtervinningen går att förbättra.

8. Har VGR en effektiv styrning av kvaliteten?

Ledningskapacitet och styrbehov

Man brukar säga att ledningskapaciteten skall stå samklang med styrbehovet. Administrativa styrinstrument är en del av ledningskapaciteten medan styrbehovet är relaterat till omgivningens tryck på verksamheten och beroendeförhållanden som behöver koordineras. Minskade beroenden reducerar styrbehovet och ett ökat tryck t ex vid besparingar ökar styrbehovet.

Är ledningskapaciteten större än behovet sker en överstyrning. Indikatorer är att ledningen styr och ställer i frågor som underställda chefer inte bör eller vill bli styrda i. Är styrbehovet större än ledningskapaciteten hinner inte ledningen med alla frågor som borde samordnas.

Effektiviteten i styrningen kan utifrån ovanstående synsätt ses som den resursinsats som behövs för att uppnå en balans mellan behov och resurser för styrning. Behovet kan anses öka om det finns kvalitetsproblem medan det minskar vid god kvalitet.

Med God Vård har VGR fått ett administrativt styrinstrument för att styra resultat genom att sätta mål, göra mätningar och uppföljningar på kvalitetsområdet. Det ökar ledningskapaciteten, vilket förhoppningsvis också leder till en förbättrad kvalitet. Dock behöver inte nya styrinstrument automatiskt medföra att styrningen effektiviseras eller blir bättre. Det beror på sammanhang och användning. Frågan är om instrumentet används på ett effektivt sätt?

Olika grad av styrning

Med öppna jämförelser, vårdgarantin kopplad till mätningar av väntetider görs direkta mätningar av vårdens kvaliteter. Beroende hur dessa mätningar används nås olika styreffekter. Man kan tänka sig en skala med tre nivåer:

- Med God vård blir ett antal kvalitetsdimensioner uppmärksammade av ledning. (Är resultatet uppseendeväckande kan uppmärksamheten i massmedia dock ge en stor styreffekt). Uppmärksamheten skapar alltså en styreffekt i sig.
- Med God Vård görs mätningar som kopplas till mål och uppföljningar. Med uttryckta mål skapas en förväntan som skall tillgodoses. Det blir en något starkare styrsignal jämfört med att mätresultaten uppmärksammas.
- Ytterligare ett steg på skalan är när målen diskuteras och kopplas till en överenskomelse och ett åtagande från en chef. Då kan ett ansvar utkrävas vid en uppföljning.

Problem uppstår vid mer komplexa förhållanden t ex när;

- man inte riktigt vet vilka åtgärder som leder till bättre kvalitet,
- det är många mål som skall uppnås utan att samband är klarlagda mellan dem,
- det är många olika uppföljningar,
- mätningar inte har tillräcklig kvalitet.

Ersättningssystemet uppfattas som kontraproduktivt för effektiviteten

Ersättningssystemet är ett sådant styrsystem som skall stimulera till kvalitetsförbättringar, genom att 3 % av totalersättningen skall vara målrelaterad. Uppnås överenskomna mål faller ersättningen ut. Andra delar är prestationsbaserade utifrån DRG viktade vårdkontakter, besök, vård dagar eller vårdtillfällen, och en fast ersättning. Ersättning kan också finnas för riktade uppdrag.

Prestationsersättningen styr inte fullt ut mot God Vård utifrån att den inte beaktar kvalitetsutveckling och den medicinska tekniska utvecklingen. Prestationsersättningen liksom den målrelaterade ersättningen uppfattas hämma effektivitetsförbättringar av förvaltningarna. Det finns flera exempel på detta:

”Har man dagssjukvård och öppenvård straffas man”.

”Vi gör fler teambesök, där det räcker med ett besök. Det tappar vi poäng på”.

”Vi ökade dagkirurgiska ingreppen och minskade slutenvårdsingreppen. Det är olönsamt”.

Den målrelaterade ersättningen uppfattas av sjukhusen som ett bestraffningssystem eftersom pengarna tas från den befintliga ramen. Därför är sjukhusen måna om att målsättning ligger på nivåer som de säkert klarar. I en utredning (Dnr 243-2008) om målrelaterade utvecklingsmodeller för sjukhusvård fastslås att *”det är tveksamt om den målrelaterade ersättningen med nuvarande tillämpning har den styreffekt som varit avsikten”*.

I samma utredning fann man att ersättningsmodellen tillämpas men att riktade uppdrag och målrelaterade ersättningar används olika vilket försvårar jämförelser. Sjukvårdsöverenskomelserna för 2009 och 2010 har kopplats till över 150 mål, där flertalet förekommer endast en gång.

I en rapport (Dnr 270-2005) fokuseras tio principer för målrelaterade ersättningar. Vid en genomgång tillämpas två principer, två i delar och sex inte alls. Det finns principer om incitament, om få och stabila indikatorer, med regionala målnivåer och om att uppgifter om utfallet skall finnas under avtalsåret. Det skall även finnas adekvata informationssystem med säkra data. Principer som inte tillämpas.

I handlingsprogrammet finns en åtgärd (nr 38) att målrelaterade ersättningar skall användas, men att det skall vara regionala måltal. Åtgärden löser inte hela problemet. Den fungerar för väntetider men på andra kvalitetsområden torde resursallokeringen både behöva beakta effektivitetsvinster och behovet av en synlig hand för styrande åtgärder. Instrumentella incitament är omtvistade och effekten riskerar att avta i ett längre perspektiv. Belöningar blir ett krav med negativ effektiv när de uteblir.

Mängden mål utan klarlagda målsamband reducerar styreffekten

Under de senaste åren har det skett en expansion av kvalitetsindikatorer. Öppna jämförelser expanderar på fler områden då varje specialitet vill synas. Det innebär att sjukhusen med olika specialiteter får ett antal mål på verksamhetsnivå att följa upp.

”Öppna jämförelser lusläser vi, gör sammanställningar och därefter går vi ut och frågar”.

På regional nivå styr de nationella arbetena för att möjliggöra nationella jämförelser. Här sker en selektion av de nationella indikatorerna. Det blir regionala kvalitetsindikatorer och ett urval görs för de som blir målrelaterade. Regionen tillhandahåller en förteckning över de indikatorer som skall användas i uppföljningsarbetet. De används i verksamhetsanalysen och i de lokala beställningarna av vården. Måtten för väntetider har expanderat med bl a fler typer av mottagningar och nya områden som sjukvårdsupplysning, cancervård och akutsjukvård.

Beställarna utvecklar egna målrelaterade mått utifrån lokala förutsättningar och problem. Enheter inom HSA, i andra städer, i projekt och i verksamheterna utvecklas ytterligare indikatorer.

rer för olika typer av uppföljningar. Med det nya handlingsprogrammet finns inriktningsmål och 14 mätbara mål.

Med många mål - totalt finns 169 mål och det sjukhus som har flest har 68 mål - och med en ökad volym kvalitetsmått ökar risken att mängden mål och indikatorer används fel och ger sneda styreffekter eller att de tappar i betydelse - man ser inte skogen för alla träd.

”Antal läkarbesök eller pinnar” är exempel på mått som kan ge sneda styreffekter då de relateras till använda resurser istället för uppnådda resultat. Men sneda styreffekter kan även uppträda när indikatorer blir ett mål i sig. Ett exempel är den s k ”färgräkningsfällan” i öppna jämförelser där det finns en politisk ambition att VGR skall ligga på den övre hälften. Även SU har detta mål. Jämförelser kan driva utvecklingen - ingen vill komma sist. Öppna jämförelser bygger dock på indikatorer som skall användas som ett signalsystem för djupare analys. Det är en relativ skala och beaktar inte absoluta värden. Här finns en risk att VGR hamnar i färgräkningsfällan vilket kan ge sneda styreffekter.

Med ett ökat antal mått behövs en struktur för att klassificera måtten och en modell för att reda ut sambanden mellan dem - hur de påverkar och samspelar med varandra. Då underlättas värderingen av måtten och det blir tydligare hur de skall användas. Risken är annars stor att måtten och målen styr snett, motverkar varandra eller tappar i betydelse.

Antalet olika uppföljningar reducerar styreffektiviteten

Det finns två ben som följer upp förvaltningarnas resultat. Det är politiker och tjänstemän hos beställarna och politiker och tjänstemän hos ägare och utförare både på förvaltningsnivå och på regionnivå. Uppföljningarna på beställningssidan kan se lite olika ut men i grunden följs avtalen (volym) upp per månad, medan kvalitetsindikatorerna följs upp per år. Ägarna följer upp med kontrollrundan, (där även beställarna är med) kvartalsrapporten och verksamhetsanalysen.

Från förvaltningsperspektiv blir rapporteringen en upprepning fast med olika detaljeringsnivå. Förutom att styreffektiviteten kan ifrågasättas riskerar också verkningsgraden av styrsignaler från olika uppföljningar att reduceras.

Varierad målsättningsprocess reducerar styreffekten

Ett mål får ökad styreffekt om det är relaterat till ett åtagande av ansvarig chef. För en sådan koppling är målsättningsprocessen viktig d v s hur det går till att sätta mål och hur denna dialog förs. Med ett stort antal mål av olika karaktär bär målen också med sig sin egen historia.

Måltalen kan erhållas från en nationell konsensus. För den nationella patientenkäten finns t ex en nationell norm på 80 % och det finns ett nationellt mål att halvera vårdrelaterade infektioner. En nationell norm kan behandlas inom regionen med förankring hos sektorsråden och remisser till sjukhusens referenspersoner. Är målen ersättningsgrundande sänks normen. Andra mål är ägardrivna, de kan vara relaterade till bonus och det finns mål som är utvecklade av arbetsgrupper t ex i det gemensamma handlingsprogrammet eller framtagna på annat sätt.

Det finns ingen process som säkrar att målsättningen blir ett åtagande mellan de som skall nå målet och de som sätter målet. Därmed minskar styreffekten. Därför borde det finnas en process för hur målsättningsarbetet skall gå till så att målen blir ett åtagande.

Datakvalitet

De regiongemensamma mätbara målen i handlingsprogrammen kommer i första hand att följas upp per nämndeområde d v s av beställarna. Vid beställningar saknas riktlinjer för hur mätningarna skall gå till och vilka kontroller som skall göras för att säkra att uppgifterna är korrekta. Mätningar av väntetider är dock definierade men sker genom manuella registreringar från ett system till ett annat.

Vid uppföljningar av utförarnas kvalitet godtas uppgifter utan att några krav på kontroller ställs på uppgifterna. Däremot gör utförarna själva kontroller när uppgifter från öppna jämförelser eller verksamhetsanalysen sticker ut eftersom avvikelser ofta handlar om mätproblem.

”Utfallet beror ofta på hur man mäter. Vi kollar alltid hur vi mäter. Vi hade t ex mer slutenvård. Det berodde på att vi var det enda sjukhuset som inte hade 24 timmars platser”.

När regionen utvecklar mått skall dessa kopplas till standardiserade mätförfaranden och rapporteringar så att uppgifterna är jämförbara. Datakvaliteten borde vara säkrad genom inbyggda kontroller i lösningen. Med en säker datakvalitet ges möjlighet att styra genom att endast engagera sig i avvikelser. På detta sätt ökar kapaciteten och möjligheten till en utökad kontroll utan att tillföra mer resurser.

IT-stöd sent i utvecklingen

Det finns en frustration att IT-stöden inte harmonierar med utvecklingen av ledningssystemen. Konsekvensen är rudimentära lösningar där expansionen av mät- och kontrollpunkter direkt påverkar kostnaderna för att samla in och bearbeta uppgifterna. Dels påverkas datakvaliteten negativt och dels kommer kostnaderna för kontrollen att snart överstiga nyttan.

Med en expansion av mät- och kontrollpunkter borde utvecklingen av ett sammanhållet ledningsinformationssystem ha påbörjats parallellt med annat utvecklingsarbete, eftersom en sådan utveckling i regel har långa ledtider. Granskningen av hjärtjournalen visar ett glapp mellan IT och verksamhetens planering. (Revisionsrapport, ”De medicinska sektorsråden” 2010--02-12). Risken är att detta glapp återupprepas.

9. Avslutande reflektioner om styrsystemen och dess användning

Reflektion om riktlinjer för styrsystemens utveckling

I utvecklingen av God Vård har först ansvaret för ledningssystemet specificerats och därefter har ansvaret för kvalitetsutvecklingen och verksamhetsutvecklingen definierats. Granskningen har kritiserat att fördelningen mellan gemensamma och lokala frågor inte tydliggjorts på annat sätt än i handlingsprogrammet. Principer har inte utvecklats för hur frågor skall sorteras mellan ägare, beställare och utförare.

När nya styrsystem för kvaliteten utvecklas aktualiseras frågor om vem som använder dem och hur de skall utformas. Beställarna skall använda målrelaterade indikatorer utifrån ett lokalt befolkningsperspektiv och de specifika problem som de vill fokusera, medan ägarna har ett intresse att kunna göra jämförelser för att säkra att alla får en likvärdig vård i regionen. Beställarna driver alltså en differentiering medan ägarna driver en standardisering.

Ägarna kan besluta om vilka gemensamma indikatorer som skall följas upp och ansvara för regiongemensam infrastruktur som gemensamma databaser och sökverktyg (DNR RSK 698 - 2006). Utifrån ovanstående resonemang borde en gemensam plattform utvecklas för regionens resultatstyrning av kvaliteten. Det är från den som resultaten skall definieras och det är dessa parametrar som förvaltningarna skall visa upp för ägarna. Beställarna kompletterar sedan med ett lokalt perspektiv i överenskommelser och avtal. Rimligt är att de efterfrågar och delvis styr utvecklingen av de problemrelaterade målandikatorerna som behöver utvecklas så att måttkvaliteten, instruktioner och koder följer en standard.

Reflektion om ansvaret för hur styrsystemen skall användas

Vid resultatstyrning brukar överordnad nivå inte lägga sig i underordnads nivåns resultat. Det bygger på att resultaten kan aggregeras. Principen är utvecklad och ibland omstridd vid resultatstyrning inom koncerner. Den förstärks när förvaltningarna har egna styrelser. Den tycks också gälla i VGR.

”Koncernmålet är gemensamma, men hur vi når målen är en förvaltningssak.

Med öppna jämförelser och fler kvalitetsindikatorer får ägarna ta en allt större del av specialiteterna resultat inom olika förvaltningar. Det är en konsekvens av att många kvalitetsindikatorer är specialitetsrelaterade. Information öppnar upp för ägarna att lägga sig i den enskilda förvaltningens inre angelägenheter. Vid resultatstyrning på det ekonomiska området finns möjlighet att välja aggregeringsnivå och därför uppstår inte samma dilemma som på kvalitetsområdet.

Därmed kommer behovet av att uttrycka ansvaret kring kvalitetsfrågorna att aktualiseras - d v s när är det legitimt för ägarna att lägga sig i förvaltningarnas inre angelägenheter? Är det vid specifika problem, när kvaliteten inte når en lägsta godtagbar nivå, vid generella svaga punkter som berör fler än en förvaltning eller är det vid löpande uppföljningar i kontrollerrundan?

Nya lösningar bär alltid med sig fröer till nya problemuppsättningar att hantera. God Vård är en sådan lösning som kan ligga till grund för nya framtida granskningar.

10. *Framtida granskningsområden utifrån väsentlighet och risk*

Vad händer framåt?

God Vård är en struktur där utvecklingar kommer att pågå under många år. Det handlar både om förbättringar av kvaliteten i verksamheten och om en vidareutveckling av konceptet God Vård. Det torde vara fyra typer av avtryck God Vård ger framåt.

- De mätbara målen i det handlingsprogrammet skall mätas och följas upp.
- Åtgärderna i handlingsprogrammet skall genomföras.
- Kvalitetsstyrningen kommer att utvecklas.
- Kvalitetseffekterna i verksamheten borde bli tydligare och synas.

Områden för framtida granskningar är framförallt relaterade till åtgärder i handlingsprogrammet men också till fördjupningar av områden i denna granskning.

Åtgärder i det gemensamma handlingsprogrammet

I det regiongemensamma handlingsprogrammet inom God Vård finns förslag på 39 åtgärder som är strukturerade i insatsområden med olika karaktär - från vad chefer skall fokusera till stora och komplexa investeringar.

- *Chefskap - ledarskap och medarbetarskap*: Det är en åtgärd som handlar om att chefer skall leda och vidareutveckla God Vård genom att ange mål, skapa förutsättningar för förbättringsarbete, stödja och följa upp. Ett arbete som de gör redan idag.
- *Kunskapsstöd*: Innehåller 13 åtgärder, som till övervägande delen består av utbildningar och seminarier. Dock finns här en åtgärd riktad mot att förbättra effektiviteten. Regionen skall utveckla en best practice och införa tre till fyra stora huvuddiagnosgrupper/vårdprocesser, där det finns stora regionala skillnader.
- *Kompetensförsörjning*: Innehåller fyra åtgärder, som berör utbildningar och förstärkning av kompetens.
- *Ansvarsfördelning*: Innehåller 8 åtgärder främst om att organisera och att skapa nya funktioner för God Vård arbetet, men även aktiviteter som upprättande av patientsäkerhetsberättelse och plan för att motverka diskriminering. Sjukhusen skall utarbeta produktionsplaner i syfte att uppnå fastställda vårdgarantier och ledtider.
- *Infrastruktur*: Den berör IT-stöd och här finns 11 åtgärder, bl a utveckling av tidbokningssystem, utveckling av kliniska beslutsstöd och avvikelshanteringssystem.
- *Resursfördelning*: Det handlar om målrelaterade ersättningar och att ekonomiska och personella resurser skall användas för att genomföra åtgärderna.

För framtida granskningar handlar väsentligheten om var i verksamheten insatserna sker, dess omfattning och resursinsats medan risken är relaterad till sannolikheten att något går fel och dess konsekvens. I många fall kan risken handla om *hur* åtgärderna utförs.

Förslag till granskningar

Föreslagna områden är styrande antingen för verksamheterna eller i utvecklingen av God Vård. Förslagen är presenterade i en bedömd prioriteringsordning.

Granskning av "Åtgärd 22. Utarbeta produktionsplaner inom sjukhusen". Beroende på ambition och hur åtgärden konkretiseras kan utvecklingen av produktionsplaner för sjukhusen bli

den väsentligaste, troligen dyraste och mest riskfyllda åtgärden av alla. Den största risken är dock att åtgärden inte realiseraras.

Den handlar om att alla sjukhusförvaltningarna skall utarbeta produktionsplaner för att uppnå fastställda vårdgarantier och ledtider. Kostnaden för att utveckla planeringsstöd och att göra planer är höga. Det är ett komplext arbete med många ingående parametrar vilka behöver finnas på plats. Det finns ingen marknad med produktionsplaneringssystem för sjukhus med färdiga produkter att köpa - de torde behöva utvecklas. Därför torde åtgärden vara ett flerårsprojekt. Dock är tidsramen satt till 2010. Både planeringen och planerna kan innebära stora förändringar i verksamheten med positiva och negativa inslag.

Granskning av "Åtgärd 11. Utveckla och införa tre till fyra vårdprocesser som bildar best practice". Utveckling och införande av tre till fyra stora huvuddiagnoser/vårdprocesser där samtliga aktörer ingår för att skapa en best practice för VGR är ett stort arbete som kan medföra stora förändringar. Det är en normering från aktuella sektorsråd som sträcker sig över hela regionen.

Införandet av en best practice kan bli ett vägledande koncept för att driva gemensamma utvecklingar inom regionen. Åtgärden har en stor betydelse och potential men också en hög risk både i utvecklingsarbetet - att komma fram till en best practice och att införa den. Konsekvenserna ligger både på normeringsområdet och i patientsäkerheten.

Åtgärd 21. Utförarförvaltning skall etablera funktioner för kunskapsbaserad vård som vägleder, stödjer implementeringen av nya kunskapsunderlag/metoder och som gör uppföljningar, är ett näraliggande område som kan ingå i samma granskning som åtgärd 11.

Granskning av "Åtgärd 38. Målrelaterade ersättningar". Målrelaterade ersättningar skall fortsätta att användas för att stimulera utvecklingen av God Vård trots att granskningen visar att det finns en stor osäkerhet om dess styreffekter på effektiviteten.

Granskning av Regionstyrelsen uppdrag 2007 och enligt budgeten för 2009 och 2010 att *"Utveckla ett samlat ledningssystem"* där olika perspektiv integreras är inte slutfört. Granskningen bör beskriva ett samlat ledningssystem och tydliggöra om regionen har en plan för när det skall bli klart, samt vilka aktiviteter och resurser som skall användas för att utveckla det.

Det behövs en *utveckling av IT-verktyg för ett ledningsinformationssystem både lokalt och för att sammanställa och analysera de 14 mätbara kvalitetsmålen* som skall gälla för 2010 och 2011. Någon sådan utveckling finns inte med i handlingsprogrammets åtgärder. Istället skall en strategi utvecklas för IT-stöd för God Vård. Granskningen handlar om hur VGR tar sig an uppgiften att skapa ett ledningsinformationssystem.

Granskning av "Vilka styreffekter har God Vård?". God Vård är ett koncept och styrinstrument, som skall leda till en bättre vård. Än är det dock svårt att uttala sig om God Vård haft några effekter i verksamheten. Granskningen har pekat på olika risker och förhållanden som kan hämma styreffektiviteten. En fördjupning av dessa förhållanden och en granskning av några verksamheter kan spegla om och i så fall vilka effekter God Vård ger i verksamheten. Granskningen av lokala verksamheter kan relateras till åtgärd 1, som kan formuleras *"Hur märks God Vård på en klinik? Målsättning, förbättringsarbete och uppföljningar"*.

Svårigheten med en sådan granskning är dock att särskilja vad som kan tillskrivas God Vård och vilka andra förhållanden som påverkar i positiv eller negativ riktning. Men genom att granska både den övergripande styrningen och verksamhetsnivån kan kopplingar göras mellan nivåerna vilket indikerar styreffekterna. Granskningsområdet är en grundfråga eftersom svaret indikerar värdet av God Vård d v s om VGR använder resurserna på ett ändamålsenligt sätt.

Därutöver finns de *åtgärder 34-37 som är relaterade till en utveckling av IT-stöd för tidbokning*. Det är åtgärder som öppnar upp verksamheten och kan tvinga fram förändringar av dess resursupplägg och längre schemalägningsperioder. Utveckling av IT-stöd är dels kostnadskrävande att specificera, upphandla och dels riskfyllda att införa.

Granskning av åtgärd 31 *Utveckling av ett generellt kliniskt beslutsstöd* tillhör samma kategori som ovan - dock är det ett stort projekt. På sikt är utvecklingen av ett generellt kliniska beslutsstöd en väsentlig utveckling men med hög risk. Eftersom en pilottest av hjärtjournal skall göras först lär det dröja innan någon gemensam utveckling sker på området. Ett allt större problem torde vara att det redan pågår utvecklingar lokalt som kan försvåra en gemensam utveckling.

Därutöver finns två mindre granskningsförslag. Ett berör åtgärd 15 att *"God Vård skall vara en del av utbildningen av nyanställda"*. Genomförs detta och vad är dess innehåll? VGR har anställt logistiker för att effektivisera vårdprocesser åtgärd 12. Logistiken ligger kanske inte i hjärtat av God Vård, men det är ett nytt grepp där man kan undra vad det blev av dem?

Bilaga 1

Intervjuperson

Ing-Marie Bergbrant, Kvalitetsdirektör SU
 Gösta Carlsson, Centrum för Verksamhetsutveckling, HSA
 Bo Hallin, Hälso- och sjukvårdsstrateg, HSA
 Annette Lundahl, Ersättningsmodeller, HSA
 Karl-Henrik Lundell, Socialstyrelsen
 Peter Lönnroth, Bitr hälso- och sjukvårdsdir
 Sylvia Mäate, Jämställd vård, HSA
 Birgitta Molin-Mellander, Sjukhusdirektör SkaS
 Gunnar Numeus, Väntetider, HSA
 Gunbrith O Palo, Hälso- och sjukvårdschef
 Lars-Olof Rönnqvist, Hälso- och sjukvårdsdir
 Marie Röllgårdh, Chef Analysenhet, HSA
 Susanne Tedsjö, Patientfokuserad vård, HSA
 Jarl Torgesson, Regionläkare, HSA
 Thomas Wallén, Sjukhusdir FSS

Refererade skrifter

Budgeten 2005-2010 - utdrag
 DNR 243-2008 Regiongemensamma ersättningsmodeller för sjukhusvård
 DNR RSK 591-2006 Ägaruppdrag ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet
 DNR 270-2005 "Hur skall den målrelaterade ersättningen utvecklas"?
 DNR RSK 698-2006 "Regional struktur för uppföljning av Hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet i VGR"
 God Vård, 2005, Socialstyrelsen
 Regiongemensam kunskapsstyrning för God Vård, oktober 2008, rapport
 Revisionsrapport, "De medicinska sektorsråden" 2010-02-12
 RSK 232-2010 Handlingsprogram för God Vård 2010-2011
 RSK 644-2008 Beredning och beslutsprocess för framtida val och revideringar av regiongemensamma indikatorer samt regionala måltal
 RSK 520-2007 Strategi för regiongemensam kvalitets- och verksamhetsutveckling
 SOSFS 2005:12
 Utvecklingsdialog om God Vård i regionens hälso- och sjukvård, arbetsmaterial
 Utvecklingsrådets protokoll för 2008
 Utvecklingsrådets verksamhetsplan 2008
 Verksamhetsanalys 2008, Regionkansliet 2009.

Underlag ej refererade

Karlberg I, Patel H, 2008, Kunskapsstyrd vård, Kompendiet, Göteborg
 Kvalitetsutveckling och Patientsäkerhet, Handlingsplan 2010, Sahlgrenska
 Universitetssjukhuset
 Lägesrapport, Väntetider och tillgänglighet, mars 2010
 Regiongemensamt handlingsprogram för jämlik vård, Arbetsmaterial
 Regiongemensamt handlingsprogram för patientfokuserad vård, Arbetsmaterial
 RSK 517-2008 Etablering av utvecklingsråd för regiongemensam kvalitets- och verksamhetsutveckling
 RSK 520-2007 Regiongemensamt handlingsprogram för säker vård 2008-2010

RSK 520-2007 Regiongemensamt handlingsprogram för God Vård i rimlig tid

RSK 520-2007 Regiongemensamt handlingsprogram för effektiv vård

RSK 755-2007 Kunskapscentrum för jämställd vård

SkaS-guiden, 2008

Öppna Jämförelser, stimulans och förbättringar, socialstyrelsen och SKL, 2007

Överenskommelse Handikappverksamhet, Hälso- och sjukvårdsnämnden Östra Skaraborg, 2010

Överenskommelse Primärvården, Hälso- och sjukvårdsnämnden Östra Skaraborg, 2010