

Landstingsstyrelsens förslag till beslut

Förslag till övergripande uppföljningsmodell för hälso- och sjukvården i Stockholms läns landsting

Föredragande landstingsråd: Inger Ros

Ärendet

I ärendet lämnas förslag till att införa en övergripande uppföljningsmodell för hälso- och sjukvården i Stockholms läns landsting.

Förslag till beslut

Landstingsstyrelsen föreslår landstingsfullmäktige besluta

att godkänna föreslagen modell som grund för den övergripande uppföljningen av hälso- och sjukvården i Stockholms läns landsting

Landstingsstyrelsen har, under förutsättning av landstingsfullmäktiges beslut, för egen del beslutat att uppdra åt landstingsstyrelsens förvaltning att beskriva en process för att i samverkan med representanter för offentligt finansierad vård och de politiska partierna ta fram indikatorer och mått för respektive uppföljningsdimension, att uppdra åt landstingsstyrelsens förvaltning att återkomma till landstingsstyrelsen med förslag på var ansvaret för vidareutveckling av uppföljningsmodellen skall placeras långsiktigt.

Grundtanken med en övergripande uppföljningsmodell för hela hälso- och sjukvården är att utifrån forskningens kunskapsläge och vårdgivarnas professionella erfarenheter identifiera en stabil bas för långsiktig uppföljning av resultat- och kvalitetsutveckling.

Modellen hanterar två skilda dimensioner av uppföljning:

- hur hälso- och sjukvårdssystemet med dess olika aktörer fungerar som en helhet gentemot befolkning och patienter
- hur olika enskilda vårdgivare fungerar i relation till patienten inom hälso- och sjukvårdssystemet

Vidare pekar modellen på möjligheten att såväl förena som skilja på den uppföljning som behövs utifrån det politiska systemets behov och den uppföljning som baseras på forskningens kunskapsläge och vårdgivarnas professionella erfarenheter. Modellen tar sin utgångspunkt i hälso- och sjukvårdslagen samt aktiviteter inom landstinget som exempelvis Värdegrunden, men har även konstruerats utifrån internationella erfarenheter.

Behandling i landstingsstyrelsen

Landstingsrådsberedningen behandlade ärendet den 11 augusti 2004.

Landstingsstyrelsen behandlade ärendet den 24 augusti 2004.

Ärendet och dess beredning

Hälso- och sjukvårdsutskottet har den 15 juni 2004, enligt landstingsdirektörens förslag, föreslagit landstingsstyrelsen *dels* föreslå landstingsfullmäktige besluta *att* godkänna föreslagen modell som grund för den övergripande uppföljningen av hälso- och sjukvården i Stockholms läns landsting

dels - under förutsättning av landstingsfullmäktiges beslut - för egen del besluta *att* uppdra till förvaltningen att beskriva en process för att i samverkan med representanter för offentligt finansierad vård och de politiska partierna ta fram indikatorer och mått för respektive uppföljningsdimension, *att* uppdra till förvaltningen att återkomma till landstingsstyrelsen med förslag på var ansvaret för vidareutveckling av uppföljningsmodellen skall placeras långsiktigt.

Landstingsdirektörens tjänsteutlåtande den 2 juni 2004 bifogas (bilaga)

Ägarutskottet har den 15 juni 2004, enligt landstingsdirektörens förslag, föreslagit landstingsstyrelsen *dels* föreslå landstingsfullmäktige besluta *att* godkänna föreslagen modell som grund för den övergripande uppföljningen av hälso- och sjukvården i Stockholms läns landsting

dels - under förutsättning av landstingsfullmäktiges beslut – för egen del besluta *att* uppdra till förvaltningen att beskriva en process för att i samverkan med representanter för vården och de politiska partierna ta fram indikatorer och mått för respektive uppföljningsdimension, *att* uppdra till förvaltningen att återkomma till landstingsstyrelsen med förslag på var ansvaret för vidareutveckling av uppföljningsmodellen skall placeras långsiktigt.

Landstingsdirektörens tjänsteutlåtande den 2 juni 2004 likalydande tjänsteutlåtandet i hälso- och sjukvårdsutskottet.

Bilaga

Landstingskontorets tjänsteutlåtande

Beställarkontorets synpunkter

Vid HSU konferensen den 27 – 28 januari 2004 presenterades en övergripande uppföljningsmodell som skiljde på det ”vetenskapliga rummet” och det ”politiska rummet”. Hypotesen är att det går att identifiera en minimal, men stabil, bas att bygga den långsiktiga uppföljningen på som är oberoende av politisk majoritet, men som samtidigt beaktar det politiska systemets behov.

Syftet med att presentera uppföljningsmodellen på HSU konferensen var att pröva de politiska förutsättningarna att tillföra ett nytt angreppssätt för att stärka uppföljningen. Kunskapsutvecklingen har gått starkt framåt, inte minst internationellt, när det gäller att fånga in den komplexa verksamhet som hälso- och sjukvården utgör. Idag råder stor acceptans för att bra uppföljning är en viktig förutsättning för att systematiskt kunna förbättra hälso- och sjukvårdssystemet. Kravet på att förbättra uppföljningen har också framförts av revisorerna de senaste åren.

Detta ärende baseras på den redovisning och den dialog som genomfördes på HSU konferensen.

Grundtanken med modellen är att utifrån forskningens kunskapsläge och vårdgivarnas professionella erfarenheter identifiera en minimal, men stabil, bas att bygga den långsiktiga uppföljningen utifrån samtidigt som man beaktar de förtroendevaldas specifika behov av uppföljning.

De två skilda dimensioner av uppföljning som modellen är tänkt att hantera är:

- hur hälso- och sjukvårdssystemet med dess olika aktörer fungerar som en helhet gentemot befolkning och patienter
- hur olika enskilda vårdgivare fungerar i relation till patienten inom hälso- och sjukvårdssystemet

De åtta områden som beskrivs nedan har konstruerats genom en sammanslagning av den del av det engelska uppföljningssystemet som syftar till att följa upp hur hälso- och sjukvårdssystemet som en helhet fungerar samt arbete som gjorts i USA. Det amerikanska arbetet handlar om sjukvården viktigaste förbättringsområden och som ur uppföljningsperspektiv främst

syftar till att från nationell nivå kunna följa upp hur olika enskilda vårdgivare fungerar inom systemet.

I den indelning i åtta områden som görs i denna grundmodell är det således en sammanslagning från två modeller som är det föreslagna resultatet. Denna blandform återfinns även i beskrivningen av de olika områdenas innehåll nedan, kompletterat med lokala inslag.

Beskrivning av områdenas innehåll

Hälsoläge	Hälsoläget beskriver graden av hälsa definierat som ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte endast frånvaron av sjukdom. (WHO)
Jämlig hälso- och sjukvård	Jämlig hälso- och sjukvård innebär att en persons behov av vård ska styra erbjudandet oavsett kön, ålder, funktionshinder, social position, etnisk eller religiös tillhörighet eller sexuell identitet.
Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård	Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård skall främja hälsoutveckling och bygga på evidensbaserad kunskap samt formas för att möta den individuella patientens behov på bästa möjliga sätt.
Säker hälso- och sjukvård	Säker hälso- och sjukvård innebär att skador undviks genom ett aktivt riskpreventivt arbete.
Effektiv hälso- och sjukvård	Effektiv hälso- och sjukvård innebär att hälso- och sjukvårdens måluppfyllelse relateras till använda resurser.
Patientfokuserad hälso- och sjukvård	En patientfokuserad hälso- och sjukvård innebär att vården ges med kontinuitet, respekt och lyhördhet för individens specifika behov, förväntningar och värderingar.
Hälso- och sjukvård i rimlig tid	Hälso- och sjukvård i god tid innebär att hälso- och sjukvården utförs på ett sådant sätt att individens, hälso- och sjukvårdens samt övriga samhällets värderingar av tid avvägts på ett rimligt sätt
Effekter på hälsan	Beskrivning och analys av resultat av insatta åtgärder som hälso- och sjukvårdssystemet har åstadkommit för att förbättra hälsoläget

Ver 0.7, 2004-04-14 bh

En del i uppföljningsmodellen är den ”objektiva kunskapen”, dvs kunskaps-generering som så långt som möjligt inte påverkas av värderingar.

I England och Kanada betonas också att bedömaren inte skall vara den som finansierar eller tillhandahåller hälso- och sjukvården. Trovärdighet och intressekonflikter talar emot en sådan lösning (pm s 18-19). Denna del symboliserar därför också en roll som är så neutral som möjligt i förhållande till rollen som finansiär respektive ägare.

Grundtanken är att denna aspekt av uppföljningsmodellen enbart skall byggas upp utifrån forskningens kunskapsläge och vårdgivarnas professionella erfarenheter, men att det sker inom dessa åtta områden och med Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) som bas. Strategin blir att successivt bygga på med lämpliga indikatorer i modellen när det finns konsensus bland forskare och vårdgivare enligt en på förhand fastlagd process. När en ny indikator tillförs modellen ska man på ett väl underbyggt sätt visa att den nya indikatorn speglar en viktig aspekt av den verklighet som modellen försöker fånga och samtidigt visa att indikatorn ger ett viktigt tillskott till helheten. Kriterier för val av indikatorer för båda uppföljningsdimensionerna skall utarbetas. Indikatorerna skall vara väl definierade i samband med att de tillförs modellen.

Den andra delen är en symbol för den funktion som förvaltningen idag representerar, dvs en funktion som hanterar all ”kunskap” inbegripet den som prioriteras med utgångspunkt från värderingar och andra politiska prioriteringar.

Denna del påverkas av den övergripande uppföljningsmodellen genom att åtta uppföljningsområden tillförs. Vidare påverkas den av kravet att båda uppföljningsdimensionerna skall hanteras i den löpande operativa uppföljningen.

Hypotesen är att den övergripande uppföljningsmodellen kommer att bidra till att utvecklingen av båda delarna av uppföljningen påskyndas. För att modellen skall bidra till att utveckla uppföljningen, i synnerhet den långsiktiga, förutsätts ett aktivt och kontinuerligt utbyte av såväl kunskap, erfarenheter som konkreta uppföljningsresultat.

En tillämpning av den övergripande uppföljningsmodellen kommer på sikt att bidra till att de förtroendevalda kommer att få bättre tillgång till standardiserad information om hur hälso- och sjukvårdssystemet fungerar som helhet. Redan på kort sikt bör den övergripande uppföljningsmodellen bidra till bättre tillgång till mer standardiserade underlag för att jämföra hur enskilda vårdgivare fungerar inom systemet. Redan under 2004 kommer man att ha möjlighet att fylla på med indikatorer för att bättre täcka in de åtta olika områdena.

Denna uppdelning i två skilda delar en som är långsiktig med stabila indikatorer och mått och en som tar hänsyn till vid varje tid satta mål och prioriteringar bör möjliggöra en stabilare utveckling av den långsiktiga uppföljningen utifrån hälso- och sjukvårdslagen och också stärka den löpande uppföljningen, utan att det inkräktar på den uppföljning som de politiska organen vid varje tid prioriterar.

Hänsyn har tagits till andra aktiviteter som exempelvis ”Värdegrund som för hälso- och sjukvården i Stockholms läns landsting”, pågående avtalsutveckling, utvecklingen av nya ersättningssystem och kunskapsutredningens arbete samt pågående kvalitetsutvecklingsarbete.

PM

Stabilisering av den långsiktiga uppföljningen

- Förslag till övergripande uppföljningsmodell
för hälso- och sjukvården i SLL

Innehållsförteckning

Bakgrund	9
Inledning	11
Hur olika enskilda vårdgivare fungerar i relation till patienten inom systemet.....	11
Hur systemet med dess olika aktörer fungerar som helhet gentemot befolkning och patienter.....	13
Likheter i utvecklingen av uppföljningen trots skilda sjukvårdssystem.....	14
Summering	15
Var befinner sig Sverige och vad kan SLL ta utgångspunkt i?	16
Den övergripande uppföljningsmodellens huvudkomponenter	18
Konstruktion av grundkomponenterna i uppföljningsmodellen	18
Den ”Första sidan”	22
Den ”Andra sidan”	24
Schematisk bild av uppföljningsmodellen.....	26
Strategi för utveckling av uppföljningsmodellen.....	27
Bedömarens bör inte vara finansiär eller vårdgivare.....	27
Bygg långsamt på den ”Första sidan” för att säkerställa den långsiktiga stabiliteten.....	30
Den löpande avtalsuppföljningen i relation till den övergripande uppföljningen.....	30
Uppföljningsmodellen relaterat till BKV/HSU:s styrmodell.....	31
Kortfattad beskrivning av styrmodellens innehåll	32
Kopplingen mellan verksamhetsstyrningsmodell och uppföljningsmodell	34
Uppföljningsmodellens påverkan av andra utvecklingsaktiviteter	35

Bakgrund

Vid HSU konferensen den 27 – 28 januari 2004 presenterades en övergripande uppföljningsmodell som skiljde på det ”vetenskapliga rummet” och det ”politiska rummet”, i denna pm kallas det förstnämnda ”Första sidan” och det sistnämnda det ”Andra sidan”. Hypotesen är att det går att identifiera en minimal, men stabil, bas att bygga den långsiktiga uppföljningen på som är oberoende av politisk majoritet, men som samtidigt beaktar det politiska systemets behov.

Syftet med att presentera uppföljningsmodellen på HSU-konferensen var att pröva de politiska förutsättningarna för att påbörja en långsiktig utveckling av uppföljningen som syftar till att förena, men samtidigt skilja på den uppföljning som behövs utifrån det politiska systemets behov och den uppföljning som tar sin utgångspunkt i hälso- och sjukvårdslagen och baseras på forskningens kunskapsläge och vårdgivarnas professionella erfarenheter. Detta ärende som baseras på den redovisning och den dialog som genomfördes på HSU konferensen.

Under de senaste åren kan man notera ett märkbart högre intresse, nationellt såväl som internationellt för att förbättra uppföljningen inom hälso- och sjukvårdssektorn. Kunskapsutvecklingen har gått starkt framåt, inte minst internationellt, när det gäller att fånga in den komplexa verksamhet som hälso- och sjukvården utgör. Idag råder stor acceptans för att bra uppföljning är en viktig förutsättning för att systematiskt kunna förbättra hälso- och sjukvårdssystemet. Kravet på att förbättra uppföljningen har också framförts av revisorerna de senaste åren.

I denna pm belyses olika aspekter av varför SLL koncernen kan ha nytta av en övergripande uppföljningsmodell.

Hypotesen är att modellen på sikt kan bidra till att stabilisera uppföljningen så att jämförbarhet och utvärdering blir möjlig samtidigt som de demokratiska behoven tas tillvara.

Uppföljningsmodellens huvudkomponenter är:

- den ”Första sidan”
- den ”Andra sidan”

De båda sidorna förenas i Hälso- och sjukvårdslagen.

Vidare är det två skilda dimensioner av uppföljning som modellen är tänkt att hantera

- hur hälso- och sjukvårdssystemet med dess olika aktörer¹ fungerar som en helhet gentemot befolkning och patienter
- hur olika enskilda vårdgivare fungerar i relation till patienten inom hälso- och sjukvårdssystemet

Grundtanken med modellen är att utifrån forskningens kunskapsläge och vårdgivarnas professionella erfarenheter utmönstra en minimal, men stabil, bas att bygga den långsiktiga uppföljningen utifrån samtidigt som man beaktar de förtroendevaldas specifika behov av uppföljning.

I detta ärende berörs också hur den idag befintliga uppföljningen på den ”Andra sidan”, som svarar mot de förtroendevaldas behov, skall fortsätta att vidareutvecklas.

Inledningsvis görs en kort exposé från de senaste åren som visar att det är olika behov som drivit på utvecklingen av nationella standarder som möjliggör jämförelse och utvärdering ur ett system- och befolkningsperspektiv och att det parallellt också vuxit fram ett ökat intresse för uppföljning av hur olika enskilda vårdgivare fungerar i relation till patienten inom ett hälso- och sjukvårdssystem. Eftersom uppföljning ur ett systemperspektiv är mindre vanligt i sjukvården görs ett försök att inledningsvis visa att dessa två dimensioner av uppföljning är just två skilda dimensioner och inget annat. Detta görs genom att översiktligt granska hur uppföljningen i det engelska, kanadensiska och amerikanska hälso- och sjukvårdssystem utvecklats under senare år.

Ibland kan det vara svårt att identifiera vilken av ovannämnda två uppföljningsdimensionerna som berörs. Ett skäl till detta kan vara att sjukvården har en lång tradition av att sätta den enskilda individen i centrum när det handlar om att bota, lindra eller trösta. Något annat skulle inte vara möjligt. Däremot är erfarenheten av att se på hälso- och sjukvården som ett system mindre. Varje medarbetare förstår att de är en del av ett större system, som exempelvis den egna vårdavdelningen, som i sin tur är en del av en klinik, som ingår i en division och som är en del av ett sjukhus osv. Men att se på vårt arbete utifrån ett systemperspektiv, det vill säga hur aktörerna interagerar och fungerar tillsammans som en helhet och vilka effekter det får för patienten och befolkningen är flertalet av oss mindre vana vid och det slår igenom också när det gäller uppföljning.

¹ Begreppet aktör innefattar utöver vårdproducent även övriga aktörer som finns inom hälso- och sjukvårdssystemet.

I denna pm görs ingen fördjupad analys av systemperspektivet, utan beskrivningen begränsas till att visa på skillnader mellan dessa två perspektiv som man kan studera tillvaron utifrån.

Inledning

Hur olika enskilda vårdgivare fungerar i relation till patienten inom systemet

Två viktiga orsaker har drivit på kunskapsutvecklingen i denna dimension av uppföljning:

Behovet att styra de enskilda vårdgivarna.

Viljan att öka befolkningens tillgång till bättre kunskapsunderlag inför eget val av vårdgivare.

I det förstnämnda fallet, styrning, förefaller den egentliga drivkraft som påverkat utvecklingen av uppföljningen vara pengar, både brist på pengar och en undran vilket värde pengarna egentligen skapar.

I England som har haft en låg kostnad för hälso- och sjukvården i jämförelse med många andra länder, om jämförelsen görs som andel av BNP, pågick en längre debatt om "kronisk underfinansiering". Regeringens svar blev en femårig expansionsplan, "The NHS Plan". Denna plan, som börjat genomföras, innebär en årlig expansion på 7,5%. Hälso- och sjukvårdsdepartementets motkrav är mätningar mot uppföljningsbara mål som kopplats mot expansionsplanen, men även till de nationella riktlinjerna för vård av sjukdomar som berör stora patientgrupper (National Service Frameworks).

I England arbetar man på nationell nivå med båda dimensionerna av uppföljning som vi inledningsvis tagit upp, dels på systemnivå dels där fokus ligger på de olika enskilda vårdgivarna inom hälso- och sjukvårdssystemet. I det sistnämnda fallet är syftet från regeringens och departementets sida framförallt att sätta press på ledningarna. Det gör man genom att jämföra och rangordna de olika vårdgivarna. Den andra publicerade rangordningen gjordes i juli 2002 och gällde områdena akutsjukhus, sjukhus med planerad verksamhet samt ambulanssjukvård.

Rangordningen bygger på tre olika källor:

1. Information från den samlade uppföljningen genom "performance indicators" (se nedan)
2. Resultat baserade på mål som är särskilt prioriterade av regeringen
3. Rapporter från granskningsorganisationen Commission for Health Improvement, CHI.

I England läggs allt större vikt vid denna uppföljning av enskilda vårdgivares effektivitet och man knyter alltmer sanktioner och positiva incita-

LS 0404-0819

ment till resultaten av uppföljningen för att säkerställa att man av varje enskild aktör verkligen får ut effekter av de nya resurser som regeringen lägger in i hälso- och sjukvårdssystemet.

När det gäller den andra orsaken, att ge befolkningen bättre beslutsstöd vid egna vårdval, utnyttjar man i exempelvis England webb- och datateknik för att producera lättillgängliga presentationer för såväl allmänhet som vårdgivare. Syftet är bl a att allmänhet och patienter lätt ska kunna söka information om det sjukhus man av olika skäl är intresserad av. Med hjälp av ökad öppenhet försöker man stimulera den enskilda vårdgivaren att bli bättre. Den bakomliggande tanken tycks vara att ett transparent system tenderar till att utvecklas mer positivt, i förhållande till ett slutet system där vårdgivarna inte behöver visa upp sina resultat.

USA är känt som föregångslandet när det gäller att offentliggöra medicinska resultat för den enskilda vårdgivaren. I slutet av 1980-talet publicerade t ex den federala myndigheten som ansvarar för Medicare & Medicaid data om dödligheten på olika sjukhus i landet. I New York gick man ännu längre redan i början av 1990-talet och publicerade data om dödligheten bland patienter hos enskilda kirurger.

1999 publicerade Institute of Medicine en rapport om misstag i sjukvården, där man hävdade att uppemot 100 000 patienter om året avlider av dessa misstag. Institute of Medicine identifierade i denna rapport också de sex viktigaste förbättringsområdena inom sjukvården. Identifieringen av förbättringsområdena hade föregåtts av ett konsensusförfarande mellan forskare och kliniker. Denna rapport startade en intensiv debatt som bland annat resulterade i ett ökat intresse för uppföljning.

Jämförelser och utvärdering i USA beskrivs ofta som ett stöd för köpare och patienter vid val mellan olika sjukvårdsförsäkringar och vårdgivare. Rapporteringen av resultat blir ett konkurrensmedel för marknadens vårdgivare. En annan dimension som lyfts fram är att köparna skall bli skickligare att "beställa" hög kvalitet. Kvalitetsutvecklingen stimuleras genom att man ibland kopplar ekonomiska incitament till resultaten, det vill säga till utfall i indikatorerna.

Huvudinriktningen i USA kan beskrivas som att den idag framförallt drivs utifrån perspektivet att kunna jämföra hur olika vårdgivare fungerar i relation till patienten inom hälso- och sjukvårdssystemet. Fokus i USA har framför allt varit på den kliniska kvaliteten på enskilda sjukhus och väldigt marginellt på hälso- och sjukvårdssystemets kvalitativa utveckling.

Hur systemet med dess olika aktörer fungerar som helhet gentemot befolkning och patienter

Att förstå hur systemet som helhet fungerar är en viktig förutsättning för att kunna genomföra systematiska förbättringar som leder till ökad systemeffektivitet. Ett annat skäl som drivit på kunskapsutvecklingen är önskan om att kunna redovisa för dem som betalar hur väl systemet som helhet fungerar.

I september 2000, utan den kanadensiska regeringens medverkan, kom provinsguvernörerna överens om en gemensam sjukvårdspolitisk deklARATION, som innehöll följande två punkter:

- stödja kvalitetsutveckling och effektivisering i sjukvården genom att sprida information om best practice. Man förbättrar härigenom kunskapsunderlaget när patienter, regeringar och vårdgivare skall göra sina val och fatta beslut.

- regelbundet och med likformigt innehåll rapportera till Kanadas medborgare om hälsoläget, sjukvårdens resultat, om effektivitet och måluppfyllelse i den offentligt finansierade sjukvården och om de åtgärder som vidtas för att förbättra sjukvården.

Ett viktigt motiv för denna deklARATION var att etablera en möjlighet till ansvarsutkrävande mellan den ansvariga ledningen i varje provins och dess befolkning. I den andra punkten ovan är huvudmålet just att utvärdera hur hälso- och sjukvårdssystemet som en helhet fungerar med dess olika aktörer i relation till befolkningens och patienternas behov och förväntningar och delge befolkningen dessa resultat. Den första punkten i deklARATIONEN syftar framförallt till att identifiera de bästa enskilda vårdgivarna och synliggöra hur de arbetar. Grundtanken är att andra vårdgivare skall ta efter. Ett minst lika viktigt syfte är att befolkningen ska få bättre kunskapsunderlag om hur väl olika vårdgivare fungerar inför egna vårdval.

Detta initiativ från provinserna resulterade bland annat i att sjukvårdsministrarna i sin tur tillsatte en gemensam kommitté, där det federala hälso- och sjukvårdsdepartementet och provinsernas representanter ingick. Efter förslag och remisser kom man i slutet av 2001 överens om vilken indikatoruppsättning som skulle ligga till grund för rapporteringen som gjordes 2002. Nyttoeffekten ur ett systemperspektiv var inledningsvis den viktigaste drivkraften för en förbättrad uppföljning i Kanada, dvs hur hälso- och sjukvårdssystemet med dess olika aktörer fungerar som en helhet gentemot befolkning och patienter. Detta är dock inte huvudmotivet idag.

I England finns också, som ovan nämnts, en nationell modell för uppföljning av hur väl hälso- och sjukvårdssystemet som helhet fungerar. Uppföljningen sker med hjälp av ett antal ”performance indicators” som möjligen kan över-

LS 0404-0819

sättas till mått på prestanda som på olika sätt mäter systemeffektiviteten. Ambitionen är således att försöka bedöma systemeffektiviteten i systemet som helhet, det vill säga att kunna bedöma hur väl hälso- och sjukvårdssystemets olika komponenter fungerar och utvecklas tillsammans utifrån befolkningens och patienternas behov och förväntningar.

I USA finns det ingen nationellt sammanhållen modell som möjliggör utvärdering av hälso- och sjukvårdssystemet som helhet som i England och Kanada. Skälet till detta kan vara att det i USA finns flera olika hälso- och sjukvårdssystem och att det är en blandning av federala och delstatliga roller med en påtaglig mångfald i utbudet, vilket försvårar ett systemtänkande, åtminstone på nationell nivå.

Även om mångfalden i utbudet är stort i USA så har initiativ tagits för att försöka utveckla nationella standarder. Den federala hälso- och sjukvårdsministern Thompson, sjukvårdsdepartementet och det tunga organet Centers for Medicare & Medicaid Service i december 2002 gav sitt stöd till en uppmaning till samtliga USA:s akutsjukhus att delta i rapportering av tio indikatorer som gäller vård vid hjärtinfarkt, hjärtsvikt och lunginflammation. Detta var en viktig signal för att få acceptans för att nationella standarder för uppföljning nu behöver utvecklas. Denna ansats tyder dock på att huvudinriktningen fortfarande är utifrån dimensionen hur enskilda vårdgivare fungerar i relation till patienten inom hälso- och sjukvårdssystemet och inte ur ett systemperspektiv för att kunna utvärdera hälso- och sjukvårdssystemet som en helhet.

Likheter i utvecklingen av uppföljningen trots skilda sjukvårdssystem

NHS i England är en statlig centraliserad sjukvårdsorganisation, medan Kanada har ett decentraliserat system där de självstyrande provinserna har en dominerande roll. Hälso- och sjukvårdssystemet i USA är mycket mer mångfasetterat och består av flera oberoende system som har en mer marknadsorienterad profil. Dessa tre sjukvårdssystem är således uppbyggda utifrån olika förutsättningar och systemen skiljer sig också åt i grundkonstruktion.

Trots olikheterna i hälso- och sjukvårdssystemens konstruktion återfinns en likhet i den gemensamma ambitionen att vilja påverka vårdgivarnas kvalitet och effektivitet bl a genom att publicera sjukvårdsinformation. Denna ambition har funnits en längre tid i USA, men de senaste åren har även Kanada och England börjat tillämpa samma angreppssätt.

En annan gemensam nämnare är att behovet av gemensam standardiserad information för att kunna göra jämförelser och utvärderingar tycks växa

LS 0404-0819

fram samtidigt i England, Kanada och USA, vid inledningen av 2000-talet, trots att hälso- och sjukvårdssystemen är helt olika till sin konstruktion. Samma behov har kommit upp på agendan, utöver dessa exempel, i ett antal länder världen över under samma tidsperiod, bland annat i Sverige. Det har varit enklare att påbörja denna informationsstandardisering i det mer centralstyrda engelska hälso- och sjukvårdssystemet, medan standardiseringsarbetet i USA har stött på betydande svårigheter eftersom det är ett mer decentraliserat och mångfacetterat system. Däremot har betoningen av vilken uppföljningsdimension som varit i fokus, systemet som helhet eller jämförelser av vårdgivare inom systemet, skilt sig mellan länderna när man talat om behovet av standardiserad information som möjliggör jämförelse och utvärdering.

En annan gemensam nämnare som tycks påskyndat intresset för bättre uppföljning är frågan om hur mycket sjukvården får kosta. I USA har problemet varit att hälso- och sjukvården tagit allt mer resurser, relaterat till andel av BNP, utan att befolkningen och "beställarna" har kunnat se vilket mervärde de allt större resurserna gett. I England har det funnits en relativt stor konsensus om att hälso- och sjukvårdssystemet varit underfinansierat, vilket resulterat i att staten gått in med en femårig plan för att skjuta till mer ekonomiska resurser så att hälso- och sjukvården får en större andel relaterat till BNP. I Kanada kom initiativet först från provinserna gemensamt för att etablera ett uppföljningssystem för att etablera en möjlighet till ansvarsutkrävande mellan den ansvariga ledningen i varje provins och dess befolkning. Huvudinriktningen förändrades i och med Kirby- och Romanow-kommissionernas förslag och den i början av 2003 presenterade handlingsplanen för den kanadensiska hälso- och sjukvården. Där uttrycktes utökade krav på att utkräva ansvar och skärpt övervakning av sjukvårdssystemet bl a som en konsekvens av att mer federala medel skulle tillföras hälso- och sjukvårdssystemet. Denna utveckling tycks resultera i att uppföljning om hur olika enskilda vårdgivare fungerar i relation till patienten inom hälso- och sjukvårdssystemet får en allt mer framträdande roll, i förhållande till systemperspektivet som var det ursprungliga i Kanada.

Summering

Denna korta exposé visar att det är olika behov som drivit på utvecklingen av nationella standarder som möjliggör jämförelse och utvärdering ur ett system- och befolkningsperspektiv, dvs hur hälso- och sjukvårdssystemet med dess olika aktörer fungerar som en helhet gentemot befolkning och patienter.

Att det parallellt och utifrån andra behov också vuxit fram ett ökat intresse för uppföljning av hur olika enskilda vårdgivare fungerar i relation till patienten inom hälso- och sjukvårdssystemet. Ambitionen har varit att visa

LS 0404-0819

att dessa två olika dimensioner av uppföljning är just två skilda dimensioner och inget annat.

Ambitionen har också varit att visa att behovet förefaller vara stort att kunna göra jämförelser och utvärderingar ur ett system- och befolkningsperspektiv, oberoende av olikheterna i hälso- och sjukvårdssystemen, men att man kommit olika långt i de olika hälso- och sjukvårdssystemen.

I de redovisade exemplen har kunskapsutvecklingen inom uppföljningsområdet granskats utifrån nationell nivå. Dessa erfarenheter kan appliceras även på regional nivå. Det som ur SLL perspektiv är mer intressant är att utvärdera hur väl hälso- och sjukvårdssystemet fungerar i länet, gärna i jämförelse med andra läns hälso- och sjukvårdssystem. Exemplen har valts på nationell nivå för att synliggöra det beroende som finns mellan den nationella nivån och den lokala nivån, när det handlar om jämförelser och utvärdering för de dimensioner av uppföljning som denna pm berör.

Var befinner sig Sverige och vad kan SLL ta utgångspunkt i?

Socialstyrelsen, SBU, Landstingsförbundet, landstingen, landstingens revisorer m fl svarar tillsammans för en avsevärd löpande rapportering av uppföljningsinformation. Det finns onekligen mycket att hämta. Men faktum kvarstår, det finns idag ingen nationellt samordnad insamling av sjukvårdsdata som möjliggör jämförelse och utvärdering av hälso- och sjukvårdssystemets kvalitet och effektivitet, varken på landstingsnivå eller nationellt. Däremot pågår det mycket utvecklingsarbete för att förbättra uppföljningen av olika vårdgivare genom t ex InfoVu projektet som är ett samarbete mellan Socialstyrelsen, Landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet, med hjälp av de nationella kvalitetsregistren, NYSAM- nyckeltalsamverkan mellan ett antal landsting mfl. Denna uppföljning handlar i huvudsak om att skapa förutsättningar för jämförelser mellan hur olika enskilda vårdgivare fungerar i relation till patienten inom hälso- och sjukvårdssystemet och täcker således inte in systemperspektivet.

Slutsatsen är att det inte finns några färdigutvecklade modeller med vidhängande indikatorer som kan appliceras på SLL:s hälso- och sjukvårdssystem om vi vill utvärdera på systemnivå. Det bästa bidraget för att på sikt kunna jämföra och utvärdera SLL:s hälso- och sjukvårdssystem i förhållande till andra landsting eller till andra länders är därför förmodligen att delta och försöka bidra till den utveckling som nu påbörjats i Sverige såväl som i andra länder.

Systemperspektivet borde vara en viktig dimension ur det politiska systemets perspektiv. De olika majoriteterna har ofta skilda uppfattningar om hur

LS 0404-0819

hälso- och sjukvårdssystemet skall vara uppbyggt för att skapa störst värde för befolkningen och patienten, varför uppföljning ur ett systemperspektiv bör vara extra intressant för SLL, eftersom majoriteterna ofta skiftar.

Att en ny majoritet vill att de områden man satsar på, också följs upp, är självklart och så måste det givetvis vara även i fortsättningen. Däremot bör det inte påverka uppföljningen av hur hälso- och sjukvårdssystemet som en helhet fungerar eller den övergripande uppföljning som handlar om hur olika enskilda vårdgivare fungerar inom hälso- och sjukvårdssystemet. Förslaget till övergripande uppföljningsmodell för SLL är en möjlig väg att stärka den långsiktiga uppföljningen.

Den övergripande uppföljningsmodellens huvudkomponenter

Modellens huvudkomponenter är:

- den "Första sidan"
- den "Andra sidan"

De båda sidorna förenas i Hälso- och sjukvårdslagen.

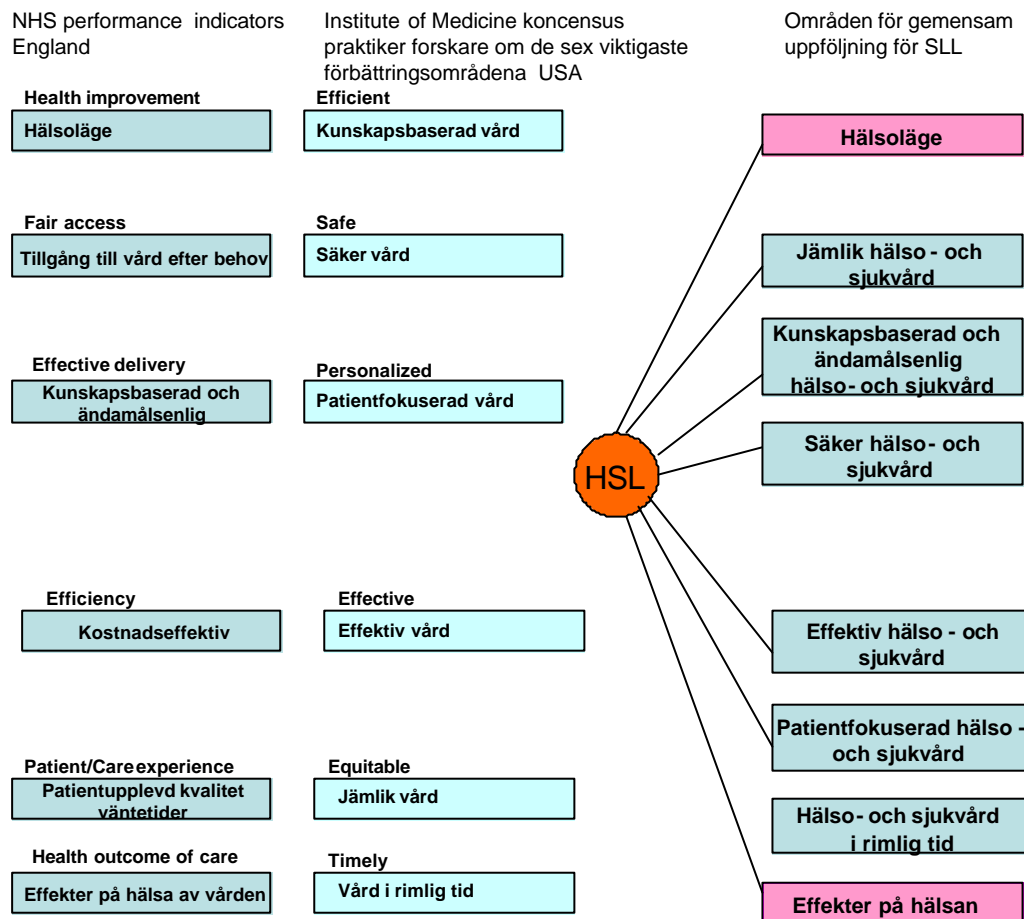
Vidare är det två skilda dimensioner av uppföljning som modellen är tänkt att hantera

- hur hälso- och sjukvårdssystemet med dess olika aktörer fungerar som en helhet gentemot befolkning och patienter
- hur olika enskilda vårdgivare fungerar i relation till patienten inom hälso- och sjukvårdssystemet

Konstruktion av grundkomponenterna i uppföljningsmodellen

Den naturliga basen som är oberoende av politisk majoritet är hälso- och sjukvårdslagen och det är också den gemensamma bas som Svensk hälso- och sjukvård vilar på. Hälso- och sjukvårdslagen har därför bedömts vara en lämplig komponent att lägga som grund och sammanhållande länk i den övergripande uppföljningsmodellen.

Eftersom kunskapen, i synnerhet på systemnivå, nationellt är begränsad, har erfarenheter från England, USA och Kanada varit utgångspunkten. I detta inledande arbete har utgångspunkt tagits i vad man utifrån forskningens kunskapsläge och vårdgivarnas professionella erfarenheter gjort i England inom ramen för NHS performance indicators. Vidare vad man i USA gjort inom ramen för Institute of Medicine arbete "Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st Century".



Ver 0.7, 2004-03

För att utmönstra en minimal, men stabil, bas att bygga den långsiktiga uppföljningen utifrån krävs inledningsvis att de olika aktörerna inom SLL är eniga om att den föreslagna indelningen i åtta huvudområden är en relevant indelning om man vill följa och utvärdera hur hälso- och sjukvården förändras över tid.

Vidare bör aktörerna vara överens om att dessa åtta områden täcker vad Hälso- och sjukvårdslagen kräver.

Det är också viktigt att aktörerna är överens om att det är relevant att skilja på de två dimensionerna av uppföljning som behandlas i denna pm.

När man på övergripande nivå följer upp utifrån systemdimensionen och även när man vill följa upp hur enskilda vårdgivare agerar inom ett system så kan man inte arbeta med för många indikatorer för då mister man lätt

LS 0404-0819

överblicken. Därför måste man acceptera att under denna yta finns ett stort djup av information som man måste lämna därhän.

En annan förutsättning för att kunna bedöma ett system och i synnerhet dess enskilda vårdgivare, är att det finns fungerande beskrivningssystem, vilket i vårt fall handlar om beskrivningssystem för vårdens olika tjänster. Vi behöver veta tjänsternas kostnader och det behöver finnas etablerade och accepterade metoder för att fånga användarnas behov och förväntningar samt deras bedömning av värdet av tjänsterna. Det finns en bas att bygga på inom SLL och det pågår ett förbättringsarbete i denna riktning. Det som inte fungerar väl inom SLL är kopplingen mellan tjänstebeskrivningarna och kostnaderna i uppföljningssystemen.

Dessa ovannämnda åtta områden är en sammanslagning av den del av det Engelska uppföljningssystemet som syftar till att följa upp hur hälso- och sjukvårdssystemet som en helhet fungerar samt arbetet som gjorts i USA som handlar om sjukvården viktigaste förbättringsområden och som utifrån uppföljningsperspektiv framförallt syftar till att få igång en nationell möjlighet att följa upp hur olika enskilda vårdgivare fungerar inom systemet.

I den indelning i åtta områden som görs i denna grundmodell som föreslås bilda bas för SLLs uppföljningsmodell är det således en sammanslagning från två modeller som härrör från två skilda uppföljningsdimensioner som är det föreslagna resultatet. Denna blandform återfinns även i beskrivningen av områdena nedan, kompletterat med lite lokala inslag.

Beskrivning av områdenas innehåll

Hälsoläge	Hälsoläget beskriver graden av hälsa definierat som ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte endast frånvaron av sjukdom. (WHO)
Jämlik hälso- och sjukvård	Jämlik hälso- och sjukvård innebär att en persons behov av vård ska styra erbjudandet oavsett kön, ålder, funktionshinder, social position, etnisk eller religiös tillhörighet eller sexuell identitet.
Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård	Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård skall främja hälsoutveckling och bygga på evidensbaserad kunskap samt formas för att möta den individuella patientens behov på bästa möjliga sätt.
Säker hälso- och sjukvård	Säker hälso- och sjukvård innebär att skador undviks genom ett aktivt riskpreventivt arbete.
Effektiv hälso- och sjukvård	Effektiv hälso- och sjukvård innebär att hälso- och sjukvårdens måluppfyllelse relateras till använda resurser.
Patientfokuserad hälso- och sjukvård	En patientfokuserad hälso- och sjukvård innebär att vården ges med kontinuitet, respekt och lyhördhet för individens specifika behov, förväntningar och värderingar.
Hälso- och sjukvård i rimlig tid	Hälso- och sjukvård i god tid innebär att hälso- och sjukvården utförs på ett sådant sätt att individens, hälso- och sjukvårdens samt övriga samhällets värderingar av tid avvägts på ett rimligt sätt
Effekter på hälsan	Beskrivning och analys av resultat av insatta åtgärder som hälso- och sjukvårdssystemet har åstadkommit för att förbättra hälsoläget

Ver 0.7, 2004-04-14 bh

En initial granskning visade att dessa åtta områden förefaller täcka in Hälso- och sjukvårdslagen väl. Här behöver givetvis ett fördjupat uppföljningsarbete göras för att säkerställa att slutsatsen håller även när modellen tillämpas operativt. Den övergripande beskrivning som gjorts av de åtta områdena måste givetvis i nästa steg ersättas av definitioner, dvs om fullmäktige antar modellen. När definitionerna för de åtta områdena utarbetas och fastställs är det av central betydelse att alla berörda aktörer, beställare, ägare, koncernledning, vårdproducenter, förtroendevalda, m fl involveras. Delaktigheten är en viktig förutsättning för att skapa långsiktig trovärdighet, men definitionerna behövs också för att få stringens i det fortsatta arbetet.

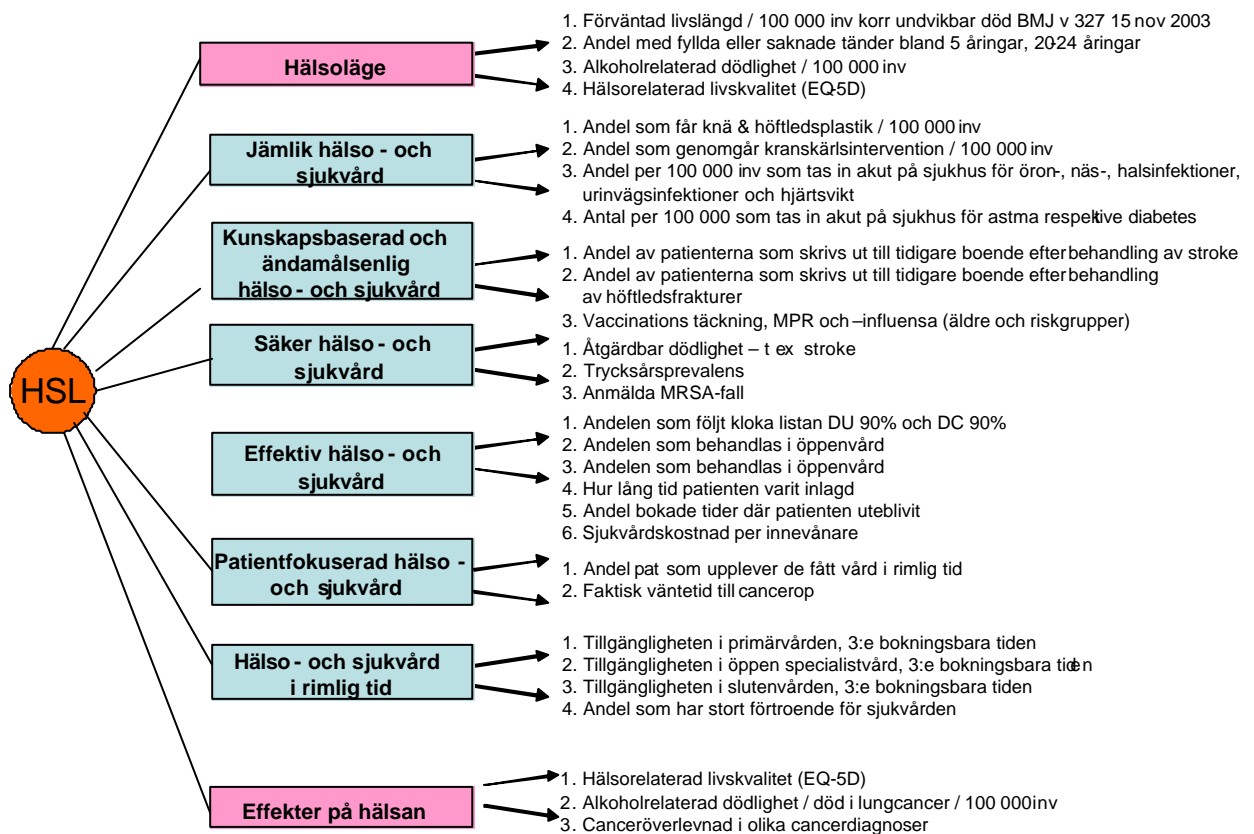
Den "Första sidan"

Den "Första sidan" är en symbol för den "objektiva kunskapen", dvs kunskapsgenerering som så långt som möjligt inte påverkas av värderingar. I England och Kanada betonas också att bedömaren inte skall vara den som finansierar eller tillhandahåller hälso- och sjukvården, trovärdighet och intressekonflikter talar emot en sådan lösning (s 18-19). Den "Första sidan" symboliserar därför också en roll som är så neutral som möjligt i förhållande till rollen som finansiär respektive ägare.

Grundtanken med den "Första sidan" är att denna del av uppföljningsmodellen enbart skall byggas upp utifrån forskningens kunskapsläge och vårdgivarnas professionella erfarenheter, men att det sker inom dessa åtta områden och med Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) som bas. Denna sida ska utvecklas oberoende av den aktuella politiska prioriteringen.

Den "Första sidan"

Exempel på internationellt etablerade mått



LS 0404-0819

Ovannämnda exempel på indikatorer är just bara exempel. Vilka indikatorer som initialt skall ingå på den "Första sidan" kan först fastställas efter att man fastställt hur processen skall se ut för val av indikatorer och när man fastställt vilka kriterier som skall gälla för val av indikatorer för respektive dimension av uppföljning som behandlas i denna pm.

Strategin för den "Första sidan" blir att successivt bygga på med lämpliga indikatorer i modellen när det finns konsensus bland forskare, andra experter och vårdgivare enligt en på förhand fastlagd process. När en ny indikator tillförs modellen ska man på ett väl underbyggt sätt visa att den nya indikatorn speglar en viktig aspekt av den verklighet som modellen försöker fånga och samtidigt visa att indikatorn ger ett viktigt tillskott till helheten. Indikatorerna skall vara väl definierade i samband med att de tillförs modellen. Ett ödmjukt förhållningssätt blir en nödvändighet eftersom det är en komplex verklighet som indikatorernas mått skall representera.

Denna komplexa verklighet har man i England och Kanada försökt hantera. Granskar man vad man gör i England och Kanada så förefaller det som om den variabeluppsättning som man testat att använda till viss del är den samma när man följer upp båda av ovannämnda dimensioner. Det är möjligt att vissa indikatorer kan fungera i båda dimensionerna. Att enbart summera med utgångspunkt i delarna i ett system och den vägen försöka fånga ett systems funktionsförmåga, ger sannolikt ett för begränsat förklaringsvärde, eftersom helheten oftast är skild från summan av de enskilda delarnas funktionsförmåga. Till detta kommer att fler aktörer än vårdgivare ingår när man är på systemnivå. Detta betyder att det ligger en inbyggd fara i att tänka i termer av att kunna arbeta med aggregerad information från delarna i ett system och med hjälp av aggregerad information försöka fånga helheten av systemets funktionsförmåga.

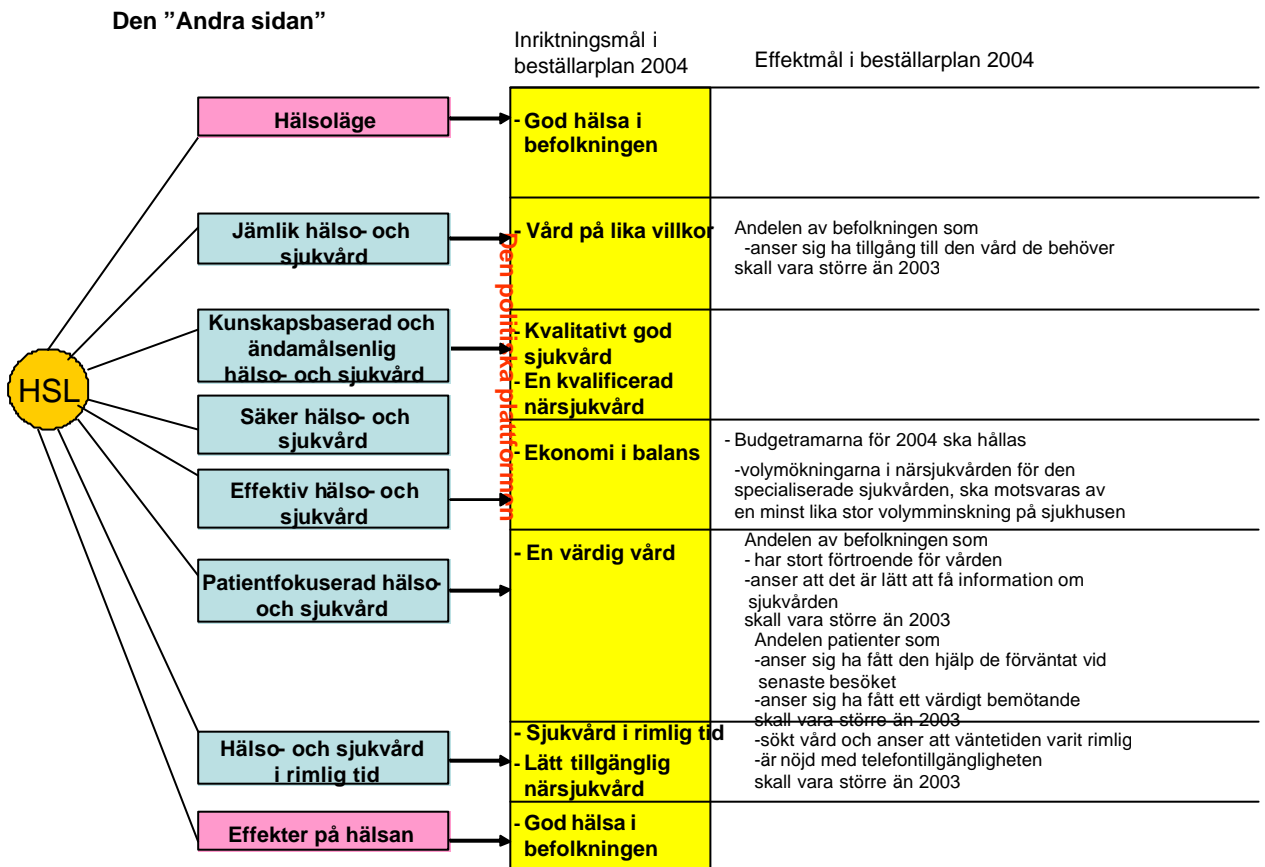
Inom SLL är tanken att man på den "Första sidan" ska arbeta med båda uppföljningsdimensionerna, men att dimensionerna hålls isär.

Den ”Andra sidan”

Den ”Andra sidan” är en symbol för den funktion som förvaltningen idag representerar, dvs en funktion som hanterar all ”kunskap” inbegripet den som prioriteras med utgångspunkt från värderingar och andra politiska prioriteringar.

Den ”Andra sidan” påverkas av den övergripande uppföljningsmodellen genom att åtta uppföljningsområden tillförs. Vidare påverkas den ”Andra sidan” av kravet att båda uppföljningsdimensionerna skall hanteras i den löpande operativa uppföljningen. Hypotesen är att den övergripande uppföljningsmodellen kommer att bidra till att utvecklingen av uppföljningen påskyndas. På lite länge sikt bör utvecklingen av den ”Första sidan” stimulera och påskynda utvecklingen av uppföljningen på den ”Andra sidan” och vice versa. För att modellen skall bidra till att utveckla uppföljningen, i synnerhet den långsiktiga, förutsätts ett aktivt och kontinuerligt utbyte av såväl kunskap, erfarenheter som konkreta uppföljningsresultat mellan de båda sidorna.

En tillämpning av den övergripande uppföljningsmodellen kommer på sikt att bidra till att de förtroendevalda kommer att få bättre tillgång till standardiserad information om hur hälso- och sjukvårdssystemet fungerar som helhet. Redan på kort sikt bör den övergripande uppföljningsmodellen bidra till bättre tillgång till mer standardiserade underlag för att jämföra hur enskilda vårdgivare fungerar inom systemet. Redan under 2004 kommer man på den ”Andra sidan” att ha möjlighet att fylla på med indikatorer för att bättre täcka in de åtta olika områdena.



2004-06-02 Hartvig

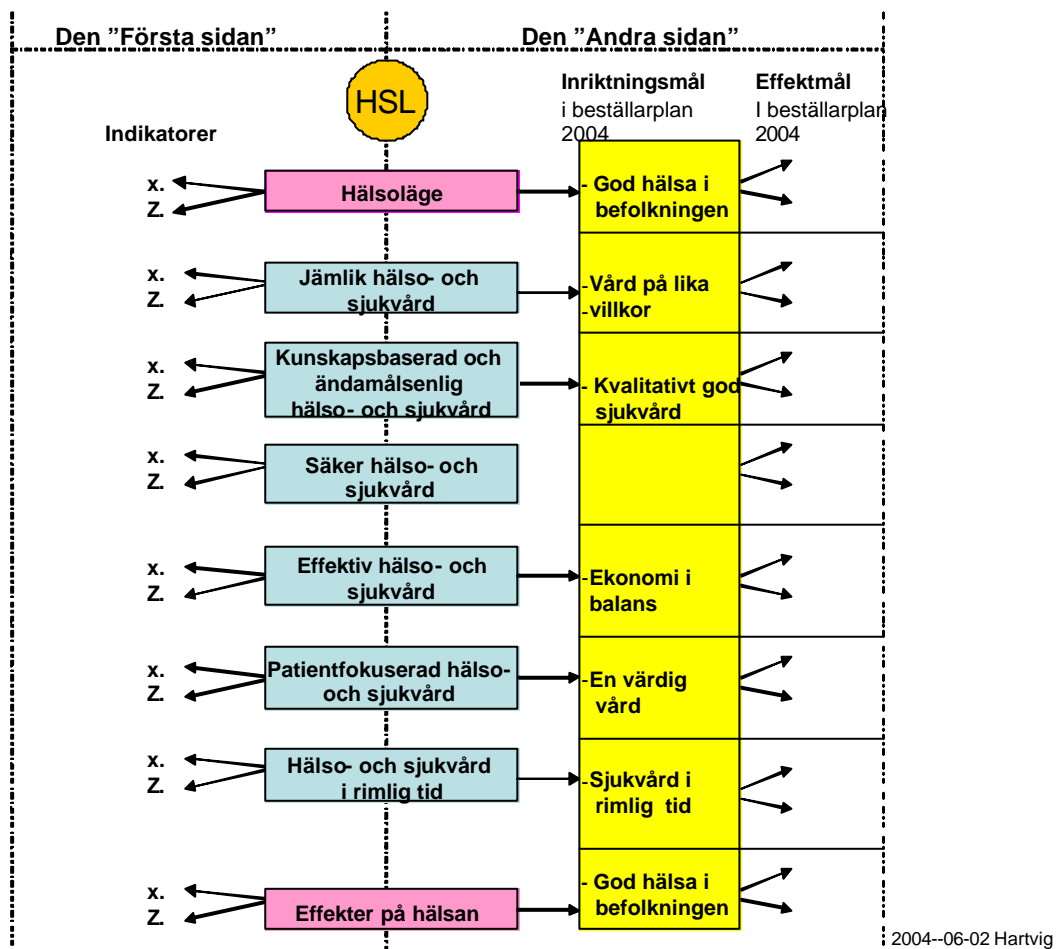
I figuren ovan illustreras den "Andra sidan" där de förtroendevalda även i fortsättningen, utifrån nuvarande styrmodell, föreslår och beslutar vilka inriktningsmål man prioriterar samt där man i samverkan med tjänstemännen kommer överens om lämpliga effektmål som skall följas upp. Det är viktigt att notera att den övergripande uppföljningsmodellen inte avgränsar de politiska områdena till att handla om enbart dessa åtta områden. Däremot utgör dessa åtta områden en central bas för att strukturera upp informationsinsamlingen för att förbättra uppföljning och resultatanalys. I figuren ovan illustreras hur nuvarande beslutade inriktningsmål och effektmål i beställarplanen för 2004 går att placera in i föreslagna åtta uppföljningsområden. Den nuvarande majoriteten har påbörjat ett arbete med att förtydliga inriktningsmålen. Detta arbete är ett viktigt bidrag för att förbättra och stärka uppföljningen på den "Andra sidan".

Denna uppdelning på den "Första sidan" och den "Andra sidan" bör möjliggöra en stabilare utveckling av den långsiktiga uppföljningen utifrån hälso-

och sjukvårdslagen och samtidigt stärka den löpande uppföljningen på den "Andra sidan", utan att det inkräktar på den uppföljning som de politiska organen vid varje tid prioriterar.

Schematisk bild av uppföljningsmodellen

Den övergripande uppföljningsmodellen



Strategi för utveckling av uppföljningsmodellen

En viktig framgångsfaktor blir att de indikatorer som växer fram på den ”Första sidan”, och som skall spegla respektive uppföljningsområde och helheten, upplevs trovärdiga ur de olika aktörernas perspektiv. Det behöver utvecklas en process samt kriterier för val av indikatorer för respektive uppföljningsdimension som säkerställer att vårdgivarna, beställarna, ägarna och inte minst de förtroendevalda känner förtroende för resultaten av uppföljningen.

Med tanke på att man bara är i början av att bygga upp kunskap hur man skall följa upp systemdimensionen, bör man vara inställd på att det kommer att krävas ett antal år innan jämförbarhet och utvärdering av hälso- och sjukvårdssystem inom landet och mellan länder är möjligt, eftersom något nationellt arbete i Sverige inte tycks vara igång än.

Bedömaren bör inte vara finansiär eller vårdgivare

Erfarenheter från England, Kanada och USA visar på några tydliga tendenser som bör beaktas och som har relevans även för ett landsting.

I England var det initialt hälso- och sjukvårdsdepartementet som ansvarade för ”performance indicators” och ”rating”. 2003 övergick ansvaret från departementet till ”Commission for Health Improvement”, CHI. Från i år har CHI fått utökat ansvar och ombildats till ”Commission for Health Audit and Inspection” CHAI. Departementet anger givetvis även fortsättningsvis de prioriterade områdena för uppföljning som används vid rangordningen, (se ovan). Det intressanta är argumenten:

- man vill ha ett tydligt avstånd mellan granskaren och de granskade
- man vill bygga upp en auktoritativ organisation som står fri från departement och regering.

I Kanada identifierade Kirby- och Romanowkommissionerna fyra framgångsfaktorer för att utvärderingarna skulle lyckas:

- utvärderingen måste göras av en organisation som är oberoende av regeringsmakterna. Bedömaren skall inte vara den som finansierar och tillhandahåller sjukvården. Trovärdighet och undvikande av intressekonflikt är argument för detta.
- denna oberoende utvärdering skall göras på nationell, men inte enbart på federal nivå. Med ”nationell” menas att utvärderingsfunktionen skall vara

LS 0404-0819

gemensamt skapad av och rapporteras till båda politiskt sjukvårdsansvariga nivåerna.

- den organisation som gör utvärderingen skall vara oberoende och på armlängds avstånd från, men finansierad av den federala regeringen.
- den utökade utvärderingsaktiviteten skall bygga på hittills gjorda insatser, av till exempel Canadian Institute för Health Information” CIHI, och Canadian Council for Health Service Accreditation, CCHSA. Men eftersom de existerande organisationerna inte kan leva upp till den nya och högre ambitionen måste något nytt skapas.

Vi kan av detta inte dra någon säker slutsats för Sverige och SLL, men dessa exempel visar ändå på en riktning som är möjlig även i Sverige. Det svenska hälso- och sjukvårdssystemet är relativt likt det kanadensiska ur styrsynpunkt och det finns många tecken som tyder på att staten kommer att behöva gå in med resursförstärkningar eftersom många landsting har stora ekonomiska bekymmer. Om detta sker ökar det sannolikheten för att mer initiativ kommer att tas på den nationella nivån som driver på utvecklingen av nationella standarder som möjliggör jämförelse och utvärdering ur ett system- och befolkningsperspektiv och i synnerhet som bidrar till utvecklingen av standarder för uppföljning av hur olika enskilda vårdgivare fungerar inom systemet, på samma sätt som skett i England och Kanada.

I både England och Kanada betonar man således starkt att bedömaren inte skall vara den som finansierar och tillhandahåller sjukvården. Trovärdighet och intressekonflikt talar emot en sådan lösning. En neutral bedömare skapar bättre förutsättningar för dialog kring resultaten, vilket underlättar förbättringsarbetet.

Översatt till SLL innebär det att ansvaret för vidareutvecklingen av uppföljningsmodellen och valet av indikatorer bör läggas på en oberoende aktör, dvs någon som inte står för finansiering eller är vårdgivare. Här kan man tänka sig ett antal olika lösningar.

Ett alternativ skulle vara att innanför den nya kunskapsorganisationens ram lägga ut ett uppdrag att svara för uppföljningen av den ”Första sidan” i ovan nämnda två uppföljningsdimensioner samt leverera resultaten enligt en i förväg bestämd tidplan till koncernledning och BKV. Det är också möjligt att lägga ut uppdraget att vidareförädla modellen.

Ett annat alternativ skulle kunna vara att lägga ut ansvaret till mer neutrala aktörer, i betydelsen att de inte är finans iärer eller ägare, för ett eller flera av de åtta uppföljningsområden som utgör basen på den ”Första sidan”. Uppdraget blir att svara för att följa kunskapsutvecklingen internationellt

LS 0404-0819

och nationellt när det gäller vilka indikatorer som bör användas inom aktuellt område. I uppdraget skulle också kunna ingå att svara för uppföljningen inom området och leverera resultaten enligt en i förväg bestämd tidplan till koncernledning och BKV. Det skulle kunna vara aktörer som härbärgeras i den nya kunskapsorganisationen, KI, m fl.

Ett tredje alternativ är att man lägger samordningsansvaret för att följa kunskapsutvecklingen internationellt och nationellt när det gäller vilka indikatorer som bör användas inom de åtta olika områdena internt på BKV och som också ansvarar för att uppföljningen blir genomförd och rapporterar resultaten enligt en i förväg uppgjord tidsplan inom BKV. Men i en sådan lösning blir det än mer viktigt att ansvaret och förslagen om vilka indikatorer som bäst representerar på de åtta olika områdena läggs på mer neutrala aktörer, om vi skall ta lärdom av erfarenheterna från England och Kanada. Att fördela ut ansvaret för de olika områdena bör förbättra möjligheterna att få tillräckligt djup i kunskaperna och inte minst ökad trovärdighet. I nuvarande organisation är sannolikt MOA inom BKV mest lämpad för ett sådant samordningsuppdrag.

Dock bör noteras att det sistnämnda alternativet inte stöds av de erfarenheter man gjort i England och Kanada, eftersom BKV fungerar som finansiär. På motsvarande sätt är inte ägaren lämpad att ansvara för denna typ av uppföljning, eftersom ägaren är en part som tillhandahåller sjukvård.

Sedan kan givetvis ovannämnda alternativ kombineras på olika sätt.

Slutsatsen är, trots ovannämnda erfarenheter och argument, att samordningsuppdraget av praktiska skäl inledningsvis läggs internt på BKV. Det bör dock redan från början göras klart att målet är att uppdraget så snart som möjligt placeras så neutralt som möjligt i förhållande till finansiär respektive ägarroll.

En annan viktig framgångsfaktor när man börjar utveckla den ”Första sidan” är att säkerställa att man har en tydlig process hur valet av indikatorer skall ske samt att processen är väl dokumenterad. Vidare att man utarbetar tydliga kriterier som skall ligga till grund för val av indikatorer och mått för respektive uppföljningsdimension och att dessa är väl dokumenterade och kända.

Bygg långsamt på den ”Första sidan” för att säkerställa den långsiktiga stabiliteten

SLL bör noggrant följa vad som sker på nationell nivå och också delta aktivt för att påverka utvecklingen. SLL bör inte gå för snabbt fram, eftersom SLL är en del av det nationella hälso- och sjukvårdssystemet och därmed beroende av den utveckling av uppföljningen som förhoppningsvis kommer igång på nationell nivå, även ur ett systemperspektiv.

Den viktigaste framgångsfaktorn för den ”Första sidan” är sannolikt att verkligen hålla fast vid att valet av indikatorer tar sin utgångspunkt i forskningens kunskapsläge och vårdgivarnas professionella erfarenheter och att man låter andra faktorer stå tillbaks även om de i stunden kan kännas mycket berättigade. Vidare blir det viktigt att valet av indikatorer samordnas med det arbete som sker på nationell nivå. Detta görs sannolikt effektivast genom ett aktivt deltagande från SLL i kunskapsbyggandet på den nationella och internationella arenan.

Den löpande avtalsuppföljningen i relation till den övergripande uppföljningen

Den löpande uppföljningen av de enskilda vårdgivare som har avtal med SLL är givetvis mycket mer omfattande och detaljerad än den övergripande uppföljning som denna pm handlar om.

Det finns dock tydliga kopplingspunkter där den löpande avtalsuppföljningen och den övergripande uppföljningen som berörs sammanfaller. Det är i de fall där det finns flera vårdgivare som har likvärdiga avtal och då handlar det om uppföljning utifrån dimensionen hur olika enskilda vårdgivare fungerar i relation till patienten inom systemet.

Här är det givetvis viktigt att uppföljningen av olika vårdgivare baseras på samma indikatorer för att jämförbarhet skall vara möjlig. Här pågår ett aktivt arbete för att förbättra standardiseringen av avtal och uppföljningskrav så att det går enklare att jämföra och utvärdera hur olika enskilda vårdgivare fungerar inom SLL:s hälso- och sjukvårdssystem. Nya avtalsmallar håller på att arbetas fram, gemensamma uppdragsbeskrivningar och uppföljningsmallar inom de områden där det finns många vårdgivare utarbetas successivt. En överenskommelse inom BKV att göra en gemensam mätning av telefontillgängligheten har nyligen fullbordats etc.

Vidare pågår ett antal nationella aktiviteter i denna uppföljningsdimension som kan påverka vilka indikatorer vi framöver väljer för att göra uppföljningar i denna dimension. Syftet är att skapa förutsättningar för att kunna jämföra och utvärdera de vårdgivare SLL har avtal med, jämfört med

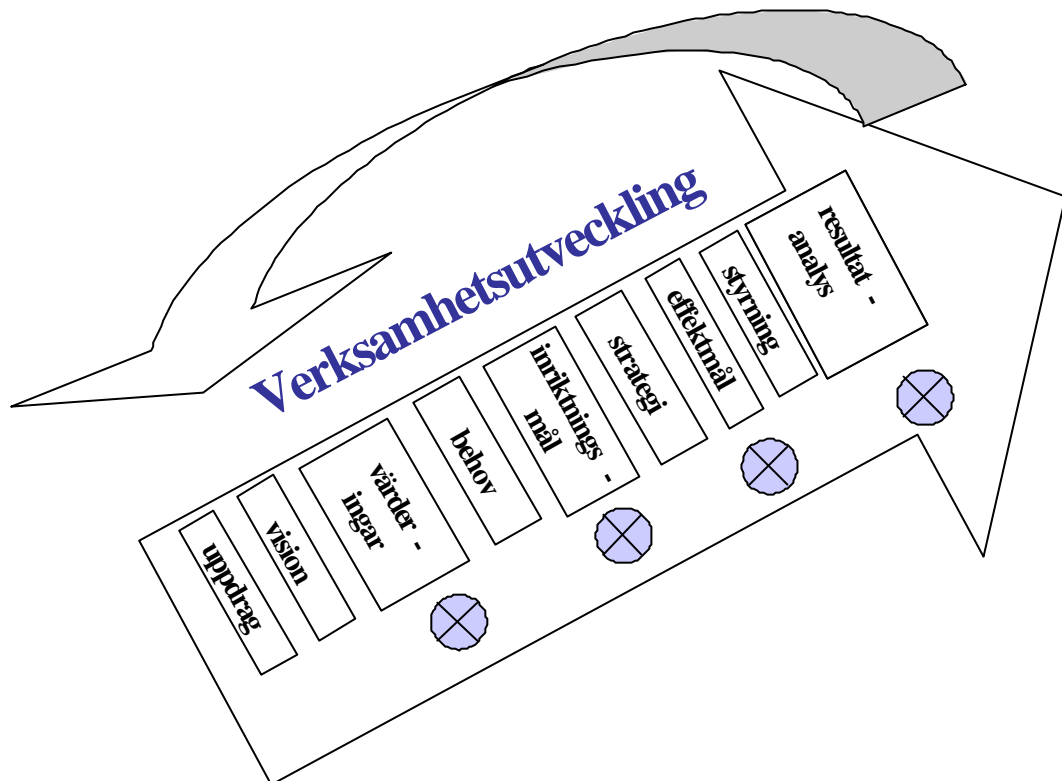
motsvarande vårdgivare som verkar i andra län och på sikt kanske även jämfört med vårdproducenter i andra länder.

I den mån indikatorerna som följs upp i avtalen är desamma som behövs för att följa upp hur hälso- och sjukvårdsystemet som en helhet fungerar, så kan även denna dimension på sikt få en koppling till vilka krav på uppföljning som ställs i avtalen.

Uppföljningsmodellen relaterat till BKV/HSU:s styrmodell.

Den verksamhetsstyrningsmodell som använts de senaste åren påverkas inte av den nu föreslagna övergripande uppföljningsmodellen. Modellen bör snarare ses som ett förtydligande av vilka uppföljningsområden som skall belysas i den sista komponenten i verksamhetsstyrningsmodellen, dvs resultatanalysen.

Kortfattad beskrivning av styrmodellens innehåll



Även i fortsättningen kan det vara en fördel med ett tydligt Uppdrag som beskriver organisationens uppgift. Visionen kan också fylla en viktig funktion i fortsättningen för att skapa en bild av vilka resultat organisationen långsiktigt eftersträvar att uppnå. Visionen är den första styrkomponenten i verksamhetsstyrningsmodellen. I tredje komponenten i verksamhetsstyrningsmodellen beskrivs vilka värderingar som skall vara vägledande när man väljer metoder för att lösa uppdraget och börja färden mot slutmålet. I den fjärde komponenten Behov samlas mer detaljerade fakta in om förutsättningarna för att lösa uppdraget och närma sig visionen, närmare bestämt:

- hur ser behoven ut (behovsbeskrivningar och behovsanalyser)
- hur ser efterfrågan ut (beskrivning och analys av efterfrågan)
- hur ser utbudet ut (utbudsbeskrivningar och utbudsanalyser)
- är det någon annan som gör något som bör beaktas (omvärldsanalys)
- hur mycket pengar finns
- vilka prioriteringar behöver göras

LS 0404-0819

Om vi följer modellen vet vi nu hur uppdraget ser ut (uppdrag), vi vet vart vi ska (visionen), vi vet hur spelreglerna ser ut (värderingar) och vi har samlat in fakta om förutsättningarna för att lösa uppdraget (behov), det är nu dags att börja lägga ut kursen. Det gör vi i verksamhetsstyrningsmodellens femte komponent med hjälp av Inriktningsmål.

Inriktningsmålen är ett stöd för att säkerställa att uppdraget löses och utvecklas i den riktning som leder mot ett förverkligande av visionen. För att få en mer framåtriktad styrning inkluderas i den femte komponenten metodiken med balanserade styrkort.

Utåt; Det är här inriktningsmål mot kund placeras. I detta perspektiv har inriktningsmålen fokus på förbättringar för dem som uppdraget skall skapa värde för, i beställarorganisationens fall befolkningen, i olika roller som invånare, patienter, anhöriga och närstående samt skattebetalare.

Inåt; Det är här interna inriktningsmål placeras. I detta perspektiv har inriktningsmålen fokus på hur beställarorganisationen, skall förbättra sitt sätt att arbeta för att lösa sitt uppdrag och vilka förbättringar som skall genomföras i de interna processerna.

Bakåt; Det är här finansiella inriktningsmål placeras. I resursanvändnings perspektivet är fokus på inriktningsmålen hur vi använder de resurser vi förfogar över samt vilka förbättringar som skall genomföras.

Framåt; Det är här de utvecklingsinriktade inriktningsmålen placeras. I detta perspektiv har inriktningsmålen fokus på vilken utveckling vi skall satsa på framåt för att närma oss visionen.

I den sjätte komponenten i modellen identifieras vilka Strategier organisationen skall välja för att nå de olika inriktningsmålen.

I den sjunde komponenten identifierar man ett antal fasta positioner, Effektmål, som används för att mäta mot.

Om man följer modellen vet man nu hur uppdraget ser ut (uppdrag). Vi vet vart vi ska på sikt (visionen). Vi vet hur spelreglerna ser ut (värderingar). Vi har samlat in fakta om förutsättningarna för att lösa uppdraget (behov). Vi har lagt ut kursen med hjälp av inriktningsmålen (inriktningsmål), vi har valt strategier (strategier) för att nå de olika inriktningsmålen och vi har enligt modellen också identifierat hur vi skall följa upp att valda strategier verkligen leder till förväntade effekter med hjälp av effektmålen (effektmål).

I den åttonde komponenten som heter Styrning ska organisationen enligt modellen beskriva de konkreta åtgärder som man tänker vidta samt redovisa

vilka verktyg och metoder man tänker använda för att säkerställa att man har styrmetoder som passar till de strategier organisationen valt för att närma sig inriktningsmålen.

I den nionde och sista komponenten Resultatanalysen skall man besvara frågan hur varje enskild komponent styr, men den viktigaste analysen är hur de olika komponenterna styr tillsammans.

Detta är den styrmodell förvaltningen arbetat efter de senaste åren. Styrmodellen bör utsättas för samma årliga omprövning som andra metoder och modeller förvaltningen använder för att säkerställa att den tillför nödvändigt värde.

Kopplingen mellan verksamhetsstyrningsmodell och uppföljningsmodell

Uppföljningsmodellens viktigaste bidrag är till verksamhetsstyrningsmodellens sista komponent, Resultatanalysen. Den övergripande uppföljningsmodellen tillför en mer differentierad beskrivning genom de åtta olika områden (sid 13) som tar sin utgångspunkt i hälso- och sjukvårdslagen och som bör beaktas vid uppföljning och resultatanalys.

Om man sätter in dessa olika områden i de fyra perspektiv utifrån det balanserade styrkortet så ser det ut på följande sätt:

Områdena i relation till balanserad styrning

Hälsoläge	Befolkningsperspektivet
Jämlik hälso- och sjukvård	Befolkningsperspektivet
Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård	Utvecklingsperspektivet
Säker hälso- och sjukvård	Utvecklingsperspektivet
Effektiv hälso- och sjukvård	Resursperspektivet
Patientfokuserad hälso- och sjukvård	Befolkningsperspektivet
Hälso- och sjukvård i rimlig tid	Befolkningsperspektivet
Effekter på hälsan	Befolkningsperspektivet

LS 0404-0819

Det perspektiv som inte finns representerat bland de åtta områdena är det interna perspektivet. Detta bör inte ha någon avgörande betydelse, eftersom det interna perspektivet framför allt berör tjänstemannaorganisationens eget förbättringsarbete av de interna processerna.

Uppföljningsmodellens påverkan av andra utvecklingsaktiviteter

I organisationen pågår ett antal aktiviteter som exempelvis den beslutade "Värdegrund för hälso- och sjukvården i Stockholms läns landsting" vilket ska beaktas i komponenten som handlar om värderingar i styrmodellen. Den indelning av åtta strategiska uppföljningsområden påverkas av värdegrunden när de åtta områdena slutligen definieras. Värdegrunden bygger på Hälso- och sjukvårdslagen, vilket även föreslås vara basen för den övergripande uppföljningsmodellen.

När det gäller projektet avtalsutveckling så används sex av uppföljningsområdena i avtals- och uppföljningsmallar, övriga två uppföljningsområden är endast relevanta ur ett systemperspektiv.

I flera av avtalen med sjukhus används redan modellens uppföljningsområden.

När det gäller utvecklingen av ersättningsmodeller inklusive målrelaterad ersättning, tillämpas samma områden som ingår i den övergripande uppföljningsmodellen. Ersättningsmodeller är en del av komponenten styrning i styrmodellen.

Pågående kvalitetsutvecklings arbetet i förvaltningen passar väl ihop med föreslagen övergripande uppföljningsmodell.

Lage är en metod för att samla in information och bedöma om vårdproducenten har något kvalitetssystem och den informationen behövs utifrån den övergripande uppföljningsmodellen även fortsättningsvis.

Den övergripande uppföljningsmodellen bygger på och har så långt möjligt integrerat andra utvecklingsaktiviteter i förvaltningen.

Kunskapsutredningen är en annan förutsättning som beaktats eftersom syftet med den är att samla SLL:s utvecklingskapacitet som en koncernövergripande stödprocess, som skall stödja såväl beställare som vårdgivare. I detta ärende är utgångspunkten att den nya kunskapsorganisationen blir en neutral aktör i förhållande till rollen som finansiär respektive ägare och därmed en lämplig aktör att handha den "Första sidan".