

TILLFÖRLITLIGA PRODUKTIONSRAPPORTER



SEPTEMBER 2002

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

SAMMANFATTNING	4
INLEDNING OCH BAKGRUND	9
UPPDRAGET	10
SJUKHUSENS PRESTATIONSRAPPORTER	12
VILKA VARIABLER SOM AVSES	12
HUR INSAMLINGEN AV UPPGIFTER GÅR TILL	12
DE VIKTIGASTE PROBLEMMÖRÅDENA	13
<i>Rapporterat utfall är till en del en prognos</i>	13
<i>Diagnossättning och redovisning av utförda åtgärder</i>	14
<i>Avgränsningen mellan öppen och sluten vård</i>	14
<i>Sjukhusvårdtillfällen, klinikvårdtillfällen och vanliga vårdtillfällen</i>	15
<i>Sjukhusanknuten öppenvård</i>	17
<i>Övrigt</i>	18
ARBETSGRUPPER OCH PROJEKT MED BETYDELSE FÖR TILLFÖRLITLIGHET I RAPPORTER	18
<i>Beskrivnings- och ersättningssystem inom öppenvården (BESIS)</i>	18
<i>Den regionala vårddatabasen</i>	19
<i>Arbetsgruppen för begrepp och termer</i>	19
<i>MEKUS</i>	22
<i>Fortlöpande dialog i lokala arbetsgrupper</i>	22
<i>Projektet "Produktivitetens utvecklingen inom regionens verksamheter"</i>	22
PRESTATIONSRAPPORTER INOM PRIMÄR- OCH PRIVAT VÅRD	24
VILKA VARIABLER SOM AVSES	24
HUR INSAMLING AV UPPGIFTER GÅR TILL	25
<i>Offentlig primärvård</i>	25
<i>Vårddatainsamling från privat vård</i>	27
DATASYSTEM FÖR INHÄMTANDE AV PRODUKTIONSSTATISTIK	29
<i>Datasytemen och ledtider</i>	30
DE VIKTIGASTE PROBLEMMÖRÅDENA	31
<i>Olika klassificering av prestationer</i>	31
<i>Effekt av blandning av produktions- och konsumtionsstatistik</i>	34
<i>Redovisning av produktion för icke-VGR patienter</i>	34
<i>Rapporterat utfall är till en del en prognos</i>	35
<i>Redovisning av jourcentralbesök</i>	35
<i>Speciella områden – 4S</i>	35
<i>Ersättningssystemen och kvalitet på prestationsredovisning</i>	35
<i>Förändrade definitioner av läkarbesök</i>	36
<i>Låsa eller uppgradera prestationsredovisningar</i>	37
<i>Ledtider och rapporteringsintervall</i>	37
<i>Övrigt, direkta fel, misstag</i>	38
ARBETSGRUPPER OCH PROJEKT MED BETYDELSE FÖR TILLFÖRLITLIGHET I RAPPORTER	38
<i>Primärvårdens databas och verktyg för åtkomst av data</i>	38
<i>Kontinuerligt kvalitetsarbete</i>	38
<i>Begrepp och termer</i>	39
<i>Den regionala vårddatabasen</i>	39
<i>Bakgrund och syfte</i>	39
<i>Datainsamling</i>	39
<i>Utveckling, lösning på kort och lång sikt</i>	40
<i>Pågående aktiviteter</i>	40
<i>Ledtidsprojektet</i>	41
<i>Styrgruppen för primärvårdens prestationsredovisning</i>	41

SLUTSATSER OCH FÖRSLAG FRÅN ARBETSGRUPPEN	42
SLUTSATSER OCH FÖRSLAG OM REDOVISNING AV SJUKHUSDATA	42
<i>Sjukhusens öppenvård</i>	42
<i>Sjukhusvårdtillfällen</i>	42
<i>Diagnossättning</i>	43
<i>Avgränsning öppen/sluten vård</i>	43
SLUTSATSER OCH FÖRSLAG FRÅN ARBETSGRUPPEN AVSEENDE PRIVAT- OCH PRIMÄRVÅRDSDATA.....	44
<i>Tillämpning av gemensamma definitioner</i>	44
<i>SOCSAM-området 4 S</i>	44
SLUTSATSER OCH FÖRSLAG, ÖVERGRIPANDE SYNPUNKTER	45
<i>Regional kompetens för statistik, analys och ersättningsfrågor</i>	45
<i>Skattningar av prestationer</i>	45
<i>Ledtider och rapporteringsintervall</i>	46
<i>Källhänvisning</i>	46
<i>Uppdatering av data</i>	46
BILAGOR 1-3	

SAMMANFATTNING

En av de viktigaste förutsättningarna för skapandet av underlag för beslut i frågor som rör hälso- och sjukvårdens utveckling är tillförlitliga uppgifter om vad som presteras inom vården. Socialstyrelsen har påpekat att aktiva prioriteringar och medveten resursanvändning ställer högre krav på kunskapsunderlag än vad vi har idag.

Det har funnits en osäkerhet om tillförlitligheten och vissa felaktigheter i de prestationsuppgifter som sammanställs under löpande verksamhetsår på regional nivå. Detta har föranlett hälso- och sjukvårdsstyrelsen att i budget för 2002 ge förvaltningen i uppdrag att ta initiativ till att tillsammans med utförarna och regionstyrelsens kansli utveckla formerna för produktionsrapporter, så att dessa blir mer tillförlitliga. Vidare har hälso- och sjukvårdsstyrelsen 2001-06-26 beslutat att uppdraga åt hälso- och sjukvårdsdirektören att i samverkan med berörda förvaltningar ytterligare utveckla kvaliteten i produktions/konsumtionsrapporteringen

Hälso- och sjukvårdsdirektören har därför tillsammans med regionens ekonomidirektör givit ett uppdrag (bilaga 1) till en särskild arbetsgrupp att:

- beskriva hur de statistiska uppgifterna tas fram och sammanställs,
- bedöma tillförlitligheten av uppgifterna samt identifiera de viktigaste felkällorna,
- beskriva pågående arbete med förbättringar samt
- redovisa förslag till åtgärder för att öka tillförlitligheten i prestationsredovisningen som ges under verksamhetsåret.

Arbetet har bedrivits som ett samarbete mellan hälso- och sjukvårdsstyrelsens och regionstyrelsens kansli med medverkan från de lokala hälso- och sjukvårdskanslierna och primärvårdskanslierna. Arbetet har bedrivits uppdelat i frågor som dels gäller prestationer inom primär- och privat vård och dels sjukhusens prestationer. De båda arbetsgruppernas resultat redovisas nedan.

Arbetsätt och huvudsakliga synpunkter

Arbetet har bedrivits i två grupper som behandlat sjukhusvård respektive primär- och privat vård. Rapporteringen från sjukhusen karakteriseras av ett rapporteringssätt med etablerade rutiner, vilket gör att direkta felaktigheter inte upplevs som något problem. Det som har varit föremål för arbetsgruppens överväganden har istället varit systematiska skillnader mellan sjukhusen, där orsaken är olika traditioner för rapporteringen. När det gäller primär- och privat vård är det framförallt den stora komplexiteten och dataflöde från många vårdgivare som erbjuder svårigheter att uppnå hög tillförlitlighet. Sjukhusvården har haft fördelen av att arbeta längre tid efter gemensamma riktlinjer och sannolikt har kopplingen mellan prestation och ersättning påverkat kvaliteten i redovisningen på ett annat sätt än inom övrig vård. Berörda har erbjudits lämna synpunkter på rapporten (bilaga 2 och 3).

Sjukhusens prestationsrapporter

Med de krav som finns på snabbhet i rapporteringen blir, med nödvändighet, en del av uppgivna prestationer skattade och inte verkligt utfall. Vi har funnit att denna del varierar mellan sjukhusen men säkerheten i skattningarna upplevs som god. Däremot bör frågan vara föremål för uppföljning i avtalsarbetet gentemot sjukhusen.

Erfarenheter från andra håll visar att andelen vårdepisoder som inte får rätt diagnos är förhållandevis vanligt. Arbetsgruppen finner det väsentligt att det fortsatt sker ett systematiskt re-

gionalt arbete som syftar till god klassificeringskvalitet. Idag bedrivs sådant arbete bland annat genom den s.k. MEKUS-gruppen i form av bland annat nationell och internationell kunskapsbevakning inom området samt utbildnings och analysverksamhet.

Inom regionen har redovisningen av vårdtillfällen inom den somatiska vården utvecklats mot att i ökande utsträckning ske som så kallade sjukhusvårdtillfällen. Det innebär sammanslagning av flera vårdtillfällen till ett, om de inneburit vård i en följd av en patient vid olika kliniker inom en administrativ sjukhusgrupp. Det innebär införande av ett prestationsmått som inte överensstämmer med den nationella definitionen och som saknar regional definition. Det försvårar nationella och inomregionala jämförelser samt jämförelser bakåt i tiden. Förändringen medför enligt arbetsgruppen särskilda överväganden

Det finns betydande skillnader i vad som ingår i öppenvårdsbesök vid sjukhusen. Erfarenheter från det projekt som skall införa ett nytt beskrivningssystem bör vara underlag för förbättringar men huvudparten av skillnader kan åtgärdas genom några enstaka riktade förändringar varför de bör åtgärdas redan nu.

Det finns skillnader i praxis mellan sjukhusen i gränsdragningen mellan öppen och sluten vård som gör att det finns ett behov att förtydliga den regionala definitionen av vårdtillfälle i detta avseende.

Prestationsrapporter inom primär- och privat vård

Datainsamlingen från primärvård och privat vård karakteriseras av insamling från ett mycket stort antal vårdgivare/vårdenheter.

Arbetsgruppen har översiktligt kartlagt dataflödet från enskild vårdcentral till regionens koncernrapporteringsystem samt kartlagt de viktigaste felkällorna. Arbetsgruppen kan konstatera att det pågår förbättringsarbete på olika sätt som gör att tillförlitligheten har ökat påtagligt under det senaste året.

De mest betydande felkällorna är att olika definitioner använts samt direkta fel eller misstag till följd av det stora manuella inslaget. Arbetsgruppen har definierat prestationer för innevarande år samt utarbetat förslag till framtida klassificering av prestationer. Insamlingen och sammanställningen av uppgifter är vidare mycket komplex och hanteringen av uppgifterna kräver ett stort inslag av manuell hantering. Det medför att konsumtionsstatistiken kan bli fullständigt korrekt först när den regionala vårddatabasen utvecklas färdigt samt när anslutningsgraden av framförallt de privata vårdgivarna ökar.

Förslag från arbetsgruppen

Arbetsgruppen konstaterar att det pågår en mängd parallella aktiviteter som samverkar till ett kontinuerligt förbättringsarbete i beskrivningen av vårdens prestationer. Arbetsgruppen vill ändå avge en del förslag.

Förslag om redovisning av sjukhusdata

Sjukhusens öppenvård

Det finns betydande skillnader i hur den sjukhusanknutna öppna vården redovisas vid de olika sjukhusen men arbetsgruppen föreslår att

- Utvecklingen av kvaliteten i redovisning av den sjukhusanknutna öppna vården får utvecklas vidare, framförallt efter att erfarenheter vunnits av det projekt som utvecklar ett nytt beskrivningssystem för denna vård.

Arbetsgruppen vill dock lämna förslag avseende orsakerna till de största skillnaderna i redovisningen av öppenvårdsprestationer med inriktning att dessa ändringar införes från årsskiftet 2003-2004 för att kunna beaktas i arbetet med avtal för sjukhusen och föreslår därför att hälso- och sjukvårdsstyrelsen beslutar att

- Besök på en sjukhusmottagning som leder till inskrivning på sjukhus skall registreras i regionens vårddatabas men inte redovisas som en särskild prestation eller vara ersättningsgrundande i överenskommelser om vård eller anges i fakturering, utan prestationen skall anses vara en del av det samtidiga vårdtillfället.
- Dialys alltid klassificeras som sjuksköterskebesök, även om det sker på läkarordination och ibland fordrar läkarmedverkan.
- Besök som enbart syftar till blodprov för kontroll och ordination av antikoagulationsbehandling inte redovisas som ett öppenvårdsbesök eller är grund för ersättning till sjukhusen.
- Primärvårds- eller jourcentralbesök på sjukhus, skall snarast, redovisas som en prestation inom primärvården och inte som en prestation för sjukhuset

Vårdtillfällen

Rapporteringen av prestationer från regionen till Socialstyrelsen och andra nationella intressenter bör ske på samma sätt som från sjukhus i övrigt i Sverige. Därför föreslås att hälso- och sjukvårdsstyrelsen beslutar att

- Såväl vårdtillfällen som sjukhusvårdtillfällen tas omhand på regional nivå för analysändamål.
- Att rapportering av vårdtillfällen till den nationella statistiken så snart som möjligt anpassas till den gemensamma nationella definitionen
- Att arbetsgruppen för begrepp och termer ger förslag till terminologi beträffande olika typer av vårdtillfällen.

I den löpande sammanställningen och uppföljningen av prestationer samt ekonomiskt utfall bör i första hand ersättningsgrundande vårdtillfällen redovisas.

Diagnossättning

Erfarenhet från andra håll visar att det är vanligt med felaktiga diagnoser i den slutna vården. Arbetsgruppen finner det därför väsentligt att det sker ett systematiskt regionalt arbete som syftar till god klassificeringskvalitet och ställer sig bakom det initiativ som tagits för den studie som syftar till granskning av diagnossättningskvalitet.

Avgränsning öppen/sluten vård

För att öka jämförbarheten mellan regionens sjukhus föreslår arbetsgruppen att hälso- och sjukvårdsstyrelsen beslutar att

- Den av arbetsgruppen för begrepp och termer föreslagna förtydligandet av definitionen av vårdtillfällen, bör genomföras vid årsskiftet 2003-2004.

Förslag från arbetsgruppen avseende privat- och primärvårdsdata

Insamlandet av data om prestationer från primärvård och privat vård är en process som förändras kontinuerligt. Flera förändringar har skett sedan detta projekt föreslogs, vilket redovisats. Det finns också flera pågående projekt som övervakar och påverkar kvaliteten i redovisningen från primärvård, främst inom primärvårdsorganisationen själv. Vi har visat att den tillförlitligheten ökat avsevärt, vilket visat sig genom att skillnaden mellan redovisning av produktion och konsumtion av primärvårdsbesök minskat påtagligt.

Tillämpning av gemensamma definitioner

Olika tillämpning av definitioner svarar för den största delen av de felaktigheter som observerats avseende primärvårdsdata. Arbetsgruppen har utarbetat riktlinjer för klassificering av prestationer som innebär en tillämpning av Landstingsförbundets nya verksamhetsindelning (VI 2000) och föreslår att hälso- och sjukvårdsstyrelsen beslutar att

- den föreslagna anpassningen till Landstingsförbundets verksamhetsindelning antas för tillämpning från och med år 2003.

SOCSAM-området 4 S

Kansliet för vården i 4S bör snarast ges möjlighet att ta del av sammanställningar av den egna vårdkonsumtionen. Kansliet, kan inte ges åtkomst till vårddatabasen, som hanteras inom regionens intranät. Därför föreslår arbetsgruppen att regionen förser 4-S kansliet med en stående rapportering av de konsumtionsuppgifter de behöver från regionens vårddatabas om 4-S kansliet så begär.

Redovisning av data, övergripande slutsatser och förslag

Regional kompetens för statistik, analys och ersättningsfrågor

Arbetsgruppen konstaterar att det är otydligt var frågor som rör kvalitet och regler för redovisning av vårdens prestationer hör hemma. Arbetsgruppen har uppfattningen att likartade funktioner inom området bör ha en ökad samverkan där ett av flera sätt kan vara att kompetens sammanförs i en ny organisatorisk enhet.

Arbetsgruppen föreslår att

- Arbetsgruppens synpunkter hänskjuts till den översyn som pågår av den centrala administrationen i regionen.

Skattningar av prestationer samt källhänvisning

Arbetsgruppen konstaterar att angivande av definition och källhänvisning kan och bör anges i högre utsträckning än idag. Vid sammanställningar av data bör källa anges i så hög utsträckning, som det är praktiskt möjligt. I de flesta uppgifter under löpande verksamhetsår ingår någon form av skattning. Det är inte alltid praktiskt möjligt att ange när skattningar har använts men däremot bör det alltid anges om det gör uppgiften osäker och som läsaren inte lätt kan inse. Det finns skäl att sträva efter att skattningarna skall omfatta så små volymer som möjligt. Arbetsgruppen föreslår att:

- Frågan om skattningarnas storlek uppmärksammas i dialogen mellan beställare och utförare.

Låsa eller uppgradera prestationsredovisningar

Arbetsgruppen har konstaterat att uppdateringar, korrigeringar i efterhand, av data kan ge besvärande jämförelseproblem, när uppdaterade data jämförs med nyare inte lika kompletta data, vilket är lätt att förbise om ambitionen är att ge så korrekta data som möjligt. Korrigeringar i efterhand måste därför alltid anges när det påverkar en jämförelse mellan äldre och aktuella värden.

Ledtider och rapporteringsintervall

Ledtider har en avgörande betydelse för tillförlitligheten av uppgifter om prestationer.

Arbetsgruppen föreslår att:

- den komplicerade avvägningen mellan hög aktualitet av prestationsuppgifter och de effekter detta har på kvaliteten av uppgifter som bland annat belysts i detta arbete bör hantearas inom ramen för det så kallade ledtidsprojektet ”projekt – ökad kvalitet och mer tid för analys – bokslutsarbetet i Västra Götaland”.

TILLFÖRLITLIGA PRODUKTIONSRAPPORTER

INLEDNING OCH BAKGRUND

Det är en omfattande uppgift att sammanställa övergripande data om prestationer i vården i regionen. Det innebär att system måste etableras för en kontinuerlig leverans av tillförlitliga produktionsdata från vårdgivares prestationer gentemot de 1,5 miljoner invånarna i regionen. Förväntningar finns att regionövergripande rapporter om aktiviteter kan presenteras en mycket kort tid efter det att sista prestationen är utförd. Under förra året framstod det som klart att det fanns vissa brister i framförallt prestationsuppgifter för den öppna vården i regionen.

I budget för hälso- och sjukvårdsstyrelsen 2002 konstateras ”att under regionens första år har tillförlitlig produktionsstatistik från utförarna, under löpande år, varit bristfällig på många håll. Förvaltningen ges därför i uppdrag att ta initiativ till att tillsammans med utförarna och regionstyrelsens kansli utveckla formerna för produktionsrapporter, så att dessa blir mer tillförlitliga.” Hälso- och sjukvårdsstyrelsen återkom 2001-06-26 med ett beslut att uppdraga åt hälso- och sjukvårdsdirektören att i samverkan med berörda förvaltningar ytterligare utveckla kvaliteten i produktions/konsumtionsrapporteringen.

Frågan om tolkning och tillförlitlighet av prestationsuppgifter i delårsboksluten har berörts i två underhandsrapporter under 2001. Till HSS sammanträde 26/6-2001 presenterades rapporten ”Delårsbokslut per april 2001 – fördjupad analys av produktionsdata” som föranletts av den osäkerhet om data som till stor del kunde tillskrivas den korta tiden mellan verksamhetsperiodens slut och rapporteringstiden. I rapporten ”Rapportering av produktion/konsumtion av primärvård i regionen” identifieras de huvudsakliga felkällorna i insamling och sammanställning av data från primär- och privatvård. Det aktuella uppdraget är en fortsättning av dessa analyser.

Redan på detta stadium kan konstateras att tillförlitliga prestationsdata är ett kontinuerligt arbete och inte en uppgift som löses vid ett tillfälle. Det kan också noteras att Västra Götalandsregionen inte har särskilda problem, jämfört med övriga riket, utan tvärtom har en utveckling av allt tillförlitligare system för slutenvård, sjukhusens öppenvård och primärvård.

Uppgifter om prestationer inom sjukvården har sedan länge insamlats och sammanställts för en mängd ändamål. Inom Västra Götaland har de tidigare skilda landstingen haft olika traditioner och rutiner för datainsamling, men det finns ändå en betydande samstämmighet eftersom data insamlas enligt författning eller överenskommelse till nationella register från primärvård, slutenvård, sjukhusanknuten öppenvård och dagkirurgi. Inom Västsverige finns sedan länge ett samarbete beträffande slutenvårdsdata, vilket lett till en västsvensk databas av mycket hög standard. Samarbetet har syftat till utveckling och anpassning av DRG systemet och för beräkning av kostnader inom vården. Längst tradition har insamlingen av slutenvårdsuppgifter till Socialstyrelsens slutenvårdsdatabas, vilket också bidragit till att likformigheten i datainsamlingen är störst inom slutenvården.

Frånsett de krav på uppgifter om prestationer i vården som finns från externa intressenter, som Socialstyrelsen och Landstingsförbundet, finns det ett självklart intresse och krav från såväl utförare, som beställare och finansierare/ägare, att kunna följa prestationsutvecklingen inom vår-

den, inte minst med hänsyn taget till en kostnad för hälso- och sjukvården i regionen på över 20 miljarder kronor per år. Kravet på tillförlitlighet i data ökar också påtagligt när insamlingen inte längre enbart syftar till att användas inom den egna verksamheten, utan när data skall kunna användas till att sinsemellan jämföra hur olika utförare utvecklas i förhållande till varandra. I regionen pågår till exempel ett projekt som avser att jämföra produktiviteten i regionen vid, i första hand, sjukhusen där likformigheten i uppgiftslämnandet är av avgörande betydelse för kvaliteten i slutsatser (se sidan 22). Bildandet av regionen har således skärpt kraven på att data insamlas på ett likartat sätt och samtidigt i hela regionen.

Föreliggande arbete innebär ett fullföljande av initiativet till att utveckla formerna för produktionsrapporter så att de blir mer tillförlitliga som en följd av hälso- och sjukvårdsstyrelsens beslut. Tillförlitligheten och jämförbarheten av data om vårdens prestationer övervakas, analyseras och utvecklas i många andra projekt och arbetsgrupper vilket föreliggande rapport beskriver i en översikt. Flera av dessa har tidigare pekat på behov av förbättringar och ökad likformighet i rapportering.

UPPDRAGET

Från hälso- och sjukvårdsdirektören och regionens ekonomidirektör utgår ett uppdrag till enheten för analys och utvärdering vid hälso- och sjukvårdsstyrelsens kansli och ekonomiavdelningen vid regionstyrelsens kansli att ta initiativ till att förbättra tillförlitligheten i rapporter om prestationer i sjukvården (bilaga 1). Uppdraget avser i första hand regionövergripande data som skall sammanställas under verksamhetsåret samt att:

- beskriva hur de statistiska uppgifterna tas fram och sammanställs,
- bedöma tillförlitligheten av uppgifterna samt identifiera de viktigaste felkällorna,
- beskriva pågående arbete med förbättringar samt
- redovisa förslag till åtgärder för att öka tillförlitligheten i prestationsredovisningen som ges under verksamhetsåret.

Föreliggande rapport avser rapportering av projektet som syftar till att utveckla kvaliteten i redovisningar av prestationer inom sjukvården i Västra Götalandsregionen.

Arbetsätt

Arbetet som startat december 2001 har bedrivits i samarbete mellan hälso- och sjukvårdsstyrelsens kansli och ekonomiavdelningen vid regionstyrelsens kansli samt med deltagare från de lokala hälso- och sjukvårdskanslierna samt primärvårdskanslierna. Vi har konstaterat att problemställningarna skiljer sig avsevärt mellan det som gäller för sjukhusvården och övrig vård - framförallt primärvård. Vi har därför bedrivit arbetet i två grupperingar. En som arbetat med öppen vård – primärvård och en som arbetat med slutenvårdsdata och den sjukhusanknutna öppenvården. Berörda har erbjudits lämna synpunkter på en remissversion av rapporten (bilaga 2 och 3).

Deltagare

I arbetet med denna rapport har deltagit Lena Johansson och Peter Olsson vid ekonomiavdelningen, regionstyrelsens kansli, Staffan Björck, analys- och utvärderingsenheten och Jan Maesel, epidemiologienheten vid hälso- och sjukvårdsstyrelsens kansli.

Primärvårdsgrupp: Ingeborg Turesson, Rita Harring och Lars Björkman från primär- och tandvårdsförvaltningen. Birgit Thörnqvist, Anna Verdoes, Stefan Svallhage och Kari Harvonen från de lokala hälso- och sjukvårdskanslierna.

Sjukhusgrupp: Mats Johansson, Anna Karlsson och Annika Karlqvist från beställar- och utvecklingsavdelningen vid hälso- och sjukvårdsstyrelsens kansli.

SJUKHUSENS PRESTATIONSRAPPORTER

Vilka variabler som avses

De uppgifter som avses är de basdata som tydligast beskriver sjukhusens produktion och som är huvudsakligen ersättningsgrundande. De ”basala” uppgifterna är:

- DRG-ersatta vården: vårdtillfällen och DRG-poäng.
- Högspecialiserad vård.
- Dagkirurgiska besök.
- Läkarbesök.
- Övriga besök.
- Psykiatri, vårdtillfällen, vårddagar, besök.
- Medicinsk rehab, thoraxeftervård, barn- och ungdomsrehab, barnpsykiatri – vårddagar.
- Definierade uppdrag inom tillgänglighetsområden, t.ex. behandlingar, operationer, besök etc

Hur insamlingen av uppgifter går till

Grunden för registreringen är det arbete som sker på respektive arbetsplats – där patienten tas emot. Slutresultatet kan aldrig bli bättre än vad som sker där. Vem har hand om inmatningen i de patientadministrativa systemen och har den individen adekvat utbildning för sin uppgift? Hur levande är det regelverk för registrering som finns och vilken kontroll sker av att praxis är god? Den typen av frågeställningar kommer vi inte att beröra vidare, men kvaliteten i registreringen torde i stor utsträckning påverkas av, i vilken utsträckning utföraren får tillbaka sammanställda data, och vilka konsekvenser registrering eller utebliven sådan får för den egna verksamheten.

Vidare bearbetning och sammanställning av data görs på två principiellt olika sätt.

Aggregerad redovisning.

Data levereras i sammanställd form, där sammanställningen görs av sjukhusen själva. Sammanställningen är ett fakturaunderlag och utgör grund för ersättningarna till sjukhusen. Dessa data innehåller också en skattad del, där skattningen görs av sjukhusen själva.

Individspecifik redovisning.

Utöver prestationsredovisning, i form av fakturaunderlag, levereras individspecifika data på fil. Genom kryptering av personnummer kan uppgifter knytas till en enskild individ som inte kan identifieras. Dessa data utgör grunden till den regionala vårddatabasen. Från denna källa kan sammanställningar och analyser av t.ex. vårdkonsumtion göras. Leveransen av individspecifika data regleras delvis i avtalen med sjukhusen. Avtalen har något olika lydelse, beroende på vilket sjukhus som avses. Generellt sägs i avtalen, i avsnitten om statistik, att data skall levereras till regionens vårddatabas och att sjukhusen ansvarar för kvalitetssäkring av levererade data. Data skall således levereras enligt den filspecifikation som gäller vid varje tillfälle. För närvarande avser filspecifikationen 134 variabler. Filspecifikationen har inte fastställts genom ett regionalt beslut utan utarbetats inom vårddatabasprojektet, vilket innebär att framtagandet skett i dialog med sjukhusen.

Regelverk för rapportering

För praktiskt handhavande finns tillämpningsregler utfärdade av beställar- och utvecklingsavdelningen i handlingen ”Utbetalningar av ersättningar till sjukhusen år 2001, tillämpningsregler”, som är fastställd för år 2001. Tillämpningsreglerna avhandlar främst sådant som praktiskt medger utbetalning av ersättningar och hänvisar vidare till regionens förteckning över begrepp och termer (B&T 99). B&T 99 är resultatet av ett regionövergripande terminologiarbete, som bland annat syftar till enhetliga och tydliga definitioner av termer som även skall utformas på sådant sätt att de inte står i konflikt med det nationella regelverket. B&T-99 är efter beredning i B&T överlämnad av hälso- och sjukvårdsdirektören till sjukvårdsdirektörer, primärvårdsdirektörer och funktionschefer inom beställarorganisationen ”för tillämpning vid samtliga sjukhus och andra vårdenheter i Västra Götaland”. B&T-99 finns tillgänglig på regionens web-sida, däremot saknas det en rutin för att lägga till och certifiera och publicera nya termer.

Sättet på vilket sjukhusen skall leverera uppgifter om sina prestationer är inte reglerat i detalj, utan snarare har ett arbetssätt utarbetats som lett till den tillämpning som finns idag.

Utöver den regionala redovisningen så är alla sjukhus även skyldiga att leverera data till den nationella statistiken, på det sätt som Socialstyrelsen anger. Dessa leveranser skall i fortsättningen ske från den regionala vårddatabasen för sjukhusen gemensamt. Det medför, att förutom det regionala regelverket, så är ett nationellt regelverk tillämplbart med nationella begrepp och termer. I det nationella registret finns kompletta data för samtliga landsting från 1987.

De viktigaste problemområdena

När det gäller tillförlitligheten hos data om prestationer inom slutenvården finns det några områden som kan diskuteras.

Rapporterat utfall är till en del en prognos

Rapporteringen baseras på sjukhusens uppgifter om sin produktion. Redovisningen baseras, när det gäller den DRG-ersatta vården på avslutade vårdtillfällen som är diagnossetta. Vårdtillfällen som inte hunnit få någon diagnos kan inte DRG-grupperas. Det blir ett antal sådana vårdtillfällen, eftersom redovisning skall ske 10 dagar efter avslutad månad. Den sammanlagda DRG-poängen av dessa kan ändå uppskattas med tämligen god precision, utifrån antalet vårdtillfällen och vad genomsnittlig DRG-vikt brukar vara. Avvikelsen torde maximalt uppgå till en procent och har hittills inte uppfattats som något egentligt problem.

Innan geriatrik och rehabilitering har DRG-ersatts (t.om. 2001), har de haft en högre tillförlitlighet, eftersom alla vårdtillfällen (även pågående) rapporteras från de patientadministrativa systemen, eftersom rapportering inte behöver invänta diagnosättning, utan endast registrering av in- och utskrivning. I nedanstående tabell framgår, av sjukhusen redovisade ersättningsgrundande vårdtillfällen, baserat på DRG och ingående bedömd del, juni 2001 (enligt faktura-underlaget).

Tabell över redovisad och skattad del av produktion av vårdtillfällen. Skattningen kan vara negativ om den innebär en minskning av tidigare bedömd del.

	Faktiskt redovisat antal	Bedömt antal
SU	45 034	200
NU-sjukvården	18 146	1 817
SÄS		
Skaraborgs sjukhus	17 802	2 100
Kungälv's sjukhus	3 937	0
Alingsås sjukhus	3 136	-5

Hur stor del som är skattad kan bero på hur moderna system och utrustning är för registrering, och därmed hur enkelt det är att tömma systemen på data.

Ersättningen till sjukhusen baseras enbart på faktiskt redovisad del och inte bedömda data. Därmed är problematiken ett större problem för producenten. Om ersättningen är 100% prestationsbaserad, jämfört med dagens 50/50 system, blir problematiken större.

Diagnossättning och redovisning av utförda åtgärder

När det gäller klassificering av en patients sjukdom, det vill säga själva diagnossättandet, så ansvarar läkaren för det vid patientens utskrivning. Valet av diagnos sker från bland annat ca 12 000 diagnoser och från ca 600 operationskoder som kan kombineras med bidiagnoser till ett mycket stort antal kombinationer. Detta är den viktigaste åtgärden för att prestationen skall beskrivas och ersättas rätt, men samtidigt är detta den kanske svagaste länken i hela rapporteringskedjan. Felaktigheter här påverkar patientens DRG-grupp och i sin tur patientens DRG-vikt och därmed sjukhusets ersättning. Felaktigheter leder också till en felaktig uppskattning av utförda operationer. Diagnosgranskning i andra landsting har visat att fel huvuddiagnos anges i ca 20% av alla vårdtillfällen, vilket i sin tur leder till felaktig DRG-grupp i hälften av dessa fall. MEKUS (regionens "Medicinska Expertgrupp för Klassificering och Uppföljningsfrågor i sjukvården), med uppgift att verka för hög kvalitet i registrering av den DRG-ersatta vården, har beslutat att göra en regional journalgranskning av diagnosregistreringen för att öka kvaliteten i diagnossättandet. Diagnosgranskning är en kvalificerad och kostsam åtgärd som bara kan täcka en mycket liten del av vad som registreras. Däremot torde det vara ett värdefullt underlag för utvecklingsarbete och utbildningsinsatser. MEKUS-gruppen bedriver ett arbete efter flera linjer som beskrivs på sidan 22.

En fråga som bör följas upp ytterligare är hur stor effekt en mer ambitiös registrering av bidiagnoser har för genomsnittlig DRG-vikt. Antalet registrerade bidiagnoser skiljer påtagligt mellan regionens sjukhus.

Avgränsningen mellan öppen och sluten vård

Definitionen av ett vårdtillfälle i regelverket är något otydlig, eftersom det saknas en definition av hur länge en patient skall vårdas på sjukhus, för att vården skall klassas som sluten vård. Därför finns det utrymme för olika praxis vid de olika sjukhusen och klinikerna.

Ett exempel på detta är att sjukhusen skiljer sig, när det gäller vårdtillfällen, med noll vård-dagar. Det är vårdtillfällen där en patient skrivs in och ut samma dag. Sådana 0-dags-vårdtill-fällen är dubbelt så vanliga för personer i Storgöteborg som för personer i den övriga regi-onen. Det beror sannolikt mest på att ett större antal vårdtillfällen klassificeras som slutenvård

vid SU. Tabellen nedan visar hur många vårdtillfällen med viss vårdtid som gavs till invånarna i områden av regionen 1999. Analyserna är gjord från de västsvenska DRG-databaserna samt den regionala vårddatabasen för 2001.

Antal vårdtillfällen per 1000 individer med 0 och en vårddag, 1999.

Vårdtid, dagar	0 dagar	1 dagar
Storgöteborg	20	37
NU-området	11	39
S Älvsborg	11	36
Skaraborg	11	37
Kungälvsomr	14	32

Skillnaden kan framförallt hänföras till patienter som opererats. Skillnaden i registreringspraxis håller också på att utjämnas. I tabellen nedan redovisas antal vårdtillfällen med 0 vårddagar för de olika sjukhusen och som har minst en åtgärdskod.

	SU	NU	SÅS (inkl Alingsås)	SkaS	KS
1999	6425	505	817	314	160
2000	4261	558	861	334	220
2001	4444	595	751	323	41

I de flesta fall är dessa prestationer dagkirurgi. Ett annat problem med denna redovisning är att den förändras över tid. Framförallt mellan 1999 och 2000. Den påverkar bedömningen av SUs produktion, eftersom denna minskning motsvarar över en procent av SUs vårdtillfällen. En analys av ortopedin vid SU (kod 311) visar att 1999 presterades 2344 vårdtillfällen med 0 vårddagar och år 2000 1053 st vilket är en kraftig minskning. Vårdtillfällena utgjorde 1999 24,1 % av den ortopediska produktionen och år 2000 13,6%. Mellan samma år sker en motsvarande ökning av de dagkirurgiska ingreppen. Förändrad klassificering är således ett observandum vid jämförelser av prestationer mellan olika år.

Sjukhusvårdtillfällen, klinikvårdtillfällen och vanliga vårdtillfällen

Ett vårdtillfälle definieras enligt regionens förteckning av begrepp och termer på följande sätt: Vårdtillfälle avgränsas av in- och utskrivning inom ett medicinskt verksamhetsområde (klinik/basenhets/motsvarande). Utskrivning skall ligga till grund för beräkning av antalet vårdtillfällen under året. Vårdtillfället avgränsas utifrån Socialstyrelsens och Landstingsförbundets årliga gemensamma förteckning över sjukvårdsinrättningar och medicinska verksamhetsområden.

Begreppet sjukhusvårdtillfälle finns inte definierat i regionens förteckning av begrepp och termer eller i annat regelverk, men med sjukhusvårdtillfälle menas ett vårdtillfälle där flera vårdtillfällen lagts samman till ett, om de rör samma patient som flyttat mellan kliniker. Beteckningen sjukhusvårdtillfällen är således en administrativ konstruktion som avser en vård episod som är ersättningsgrundande (DRG-ersatt vård). SU och SkaS har som prestation redovisat sjukhusvårdtillfällen och övriga sjukhus har redovisat vårdtillfällen. Ibland kallas vårdtillfällen för klinikvårdtillfällen för att undvika förväxling.

Sjukhusvårdtillfällen kan räknas fram på olika sätt för olika sjukhus och definitionen av sjukhusvårdtillfälle kan dessutom förändras från ett år till nästa. Definitionen påverkar redovisningen av hur många vårdtillfällen ett sjukhus utför.

Sammanlagning av vårdtillfällena till sjukhusvårdtillfällena är inom regionen avtalat med sjukhusen därför att avsikten är att den hela sjukhusepisoden skall vara grund för ersättning till sjukhusen och inte påverkas av sjukhusets interna indelning i olika specialiteter.

Sammanlagningen av vårdtillfällena före redovisning har dock inte gällt psykiatri, geriatrik, rehab och BUP, dvs verksamheter som hittills ersatts på annat sätt än med ersättning per DRG-poäng. Konstruktion av sjukhusvårdtillfällena berör endast de 5-10% av vårdtillfällena som är föremål för omflyttningar inom sjukhuset eller mellan sjukhus inom samma sjukhusgrupp.

För inrapportering till Socialstyrelsens patientregister skall den definition användas som antagits och som överensstämmer med den som finns i vår region, men från VGR har ändå rapporterats sjukhusvårdtillfällena, vilket ger en underskattning av produktionen i VGR i nationell statistik. Socialstyrelsen känner inte till att andra sjukhus än de i Västra Götaland levererar sjukhusvårdtillfällena till den nationella statistiken.

Från och med 2002 ersätts inte geriatriken separat utan den kommer också att ingå i de rapporterade sjukhusvårdtillfällena, liksom medicinsk rehabilitering men det sistnämnda bara vid SÄS. Det är en förändring som kan medföra fördelar eftersom ersättning av en sådan hel episod ger ett incitament att hålla nere antalet omflyttningar av patienter eftersom de enskilda vårdtillfällena inte ger särskild ersättning som tidigare.

Tabellen nedan visar hur många procent färre vårdtillfällena det blir om sjukhusvårdtillfällena skapas av all somatisk vård jämfört med dagens redovisning. Tabellen visar således, procentuellt, hur mycket färre antalet vårdtillfällena blir om sjukhusen istället för tidigare rapportering rapporterar sammanlagning av all somatisk vård till sjukhusvårdtillfällena.

	1998	1999	2000	2001
SU	-8,3	-9,4	-5,7	-5,4
NU	-4,5	-4,4	-4,7	-5,5
SÄS	-5,2	-5,4	-7,1	-6,1
SkaS	-2,6	-1,9	-2,3	-1,8
Kungälv	-4,3	-4,0	-3,7	-4,1

Om vårdtillfällena samlas in så kan alltid olika sorters sjukhusvårdtillfällena eller mått på patientens hela tid på sjukhuset konstrueras i efterhand. Därmed underlättas en mer detaljerad analys av enskilda medicinska verksamhetsområden på en regional eller nationell basis. Det blir också möjligt att analysera förändringar över tid utan betydande arbetsinsatser. I den månatliga redovisningen av data måste redovisningen av de ersättningsgrundande vårdtillfällena ske. Det är dock arbetsgruppens uppfattning att VGR bör eftersträva största möjliga jämförbarhet mellan sjukhus inom och utom regionen varför rapporteringen till Socialstyrelsen och andra nationella intressenter därför bör ske enligt de definitioner som gäller och därmed harmonieras med data från övriga riket. Arbetsgruppen föreslår vidare att ett regionalt omhändertagandet av vårdtillfällena organiseras för regionens sjukhus för bland annat vidare leverans till Socialstyrelsen och för egna analyser.

Termen sjukhusvårdtillfällena är inte definierad i regionens begrepp och termförteckning. Kunskapen om begreppets innebörd och felkällor är sannolikt inte spridd och termen kan förväxlas med ett vårdtillfälle på sjukhus. Det är möjligt att det finns andra beteckningar som bättre visar att det rör sig om en bearbetad variant av vårdtillfälle. T.ex. "DRG vårdtillfällena" eller

”ersättningsgrundande vårdtillfällen”. Begreppet sjukhusvårdtillfälle är så ofta använt att arbetsgruppen för begrepp och termer bör ta ställning till lämpligaste språkbruk och definition.

Sjukhusanknuten öppenvård

Registreringen av öppen vård vid sjukhusen sker på olika sätt. Det finns sannolikt också skillnader mellan kliniker. Dessa olikheter försvårar jämförelser. Det kan också finnas förändringar i registreringspraxis mellan olika verksamhetsår, som gör att jämförelser mellan olika år kan bli problematiska även om de gäller samma sjukhus.

Det har inte funnits en gemensam sammanhållen databas för den öppna vården i regionen eller Västsverige. Data har således inte samlats in och redovisats på sådant sätt att kvaliteten och jämförbarheten har kunnat utvecklas på det sätt som har skett för den slutna vården. Bortfall av väsentliga data, främst diagnoser, är mycket mer vanligt än inom slutenvården. Det kan också finnas stora skillnader mellan om ett besök skall registreras som läkarbesök, sjuksköterskebesök eller inte alls. Sjukhusen levererar dock nu data till den regiongemensamma vård-databasen vilket skapar möjligheter till ett utvecklingsarbete.

Exempel på olikheter/felaktigheter:

Olikheterna i redovisning har inte kartlagts i någon riktad granskning, men tillförlitligheten av sjukhusens öppenvårdsdata har ändå berörts i några sammanhang. MEKUS-gruppen konstaterar i sin rapport 1997, att med nuvarande redovisning av den sjukhusanknutna öppna vården, kan varken relevanta analyser eller jämförelser göras mellan regionens sjukhus. MEKUS konstaterar att för det fordras en utveckling inom flera områden.

En annan jämförelse av öppenvårdsredovisningar finns i rapporten Skaraborgs Sjukhus - Södra Älvsborgs Sjukhus - en jämförelse mellan två sjukhusgrupper, nov 1999. I den kunde den sjukhusanknutna vården jämföras först efter korrigeringar i flera avseenden.

I en analys av kostnads- och prestationsutvecklingen vid sjukhusen 1992-1998 redovisas stora förändringar från år till år. Det som i rapporten klassades som ”övriga besök” kunde till exempel öka med 40% från ett år till ett annat eller minska med 20%. Det är inte rimligt att tro att så stora variationer beror på faktiska variationer i vad som presterats, utan att de snarare är stora skillnader i registreringsrutiner.

En analys kan göras från de data som nu sammanställs i regionens vårddatabas.

Vid en preliminär analys av sjukhusens öppenvårdsdata för år 2000 hittas ett flertal olikheter eller oklarheter. T.ex.

- Dialys genomförs så gott som alltid av sjuksköterska. Ibland sker dock läkarkontakt i samband med dialys, eftersom dialys på sjukhus enbart utförs på läkarordination och ibland fordras läkarnärvaro. Dialysbehandling klassificeras dock antingen som läkarbesök eller sköterskebesök, beroende på vid vilket sjukhus registreringen sker.
- Omfattningen av sjuksköterskebesök skiljer så mycket att det är rimligt att anta att registreringskillnader kan förklara den största variationen.
- Ibland ingår jourcentralsbesök i sjukhusens redovisningar av sina prestationer såsom för NU-sjukvården och SÄS och ibland inte, som vid SkaS.

- Ett sjukhus har 95% av regionens gruppbesök, ca 33 000 st. Det är en skillnad som bara kan förklaras av skillnader i registrering.
- I redovisade läkarbesök kan ibland ingå akutbesök som leder till inläggning och ibland inte, vilket påverkar ersättningen till sjukhusen.

En olikhet är att besök för kontroll av antikoagulantibehandling kan redovisas som en prestation (sköterskebesök eller läkarbesök) som även ersätts, medan prestationen inte redovisas av andra sjukhus. Det rör sig om ett mycket stort antal besök. Det är också sannolikt att det förekommer dubbelregistreringar i olika omfattning. T.ex. om flera vårdgivare deltar vid ett besök och registrerar prestationen var för sig.

Som tidigare nämnts påverkar avgränsningen mellan öppen och sluten vård omfattningen av den öppna vården.

Således kan ett sjukhus redovisa väsentligt fler besök, och ersättas för fler besök, i öppen vård än ett annat sjukhus som istället kan ha en annan högre ersättning per besök för sina prestationer. Det gör att jämförbarheten av såväl besök, som ersättning blir dålig.

Mycket av denna problematik bearbetas inom projektet ”Beskrivnings- och ersättningssystem inom öppenvården”, men vi föreslår ändå några ställningstagande redan på detta stadium med harmonisering av de största olikheterna i redovisningen av öppenvårdsprestationer.

Övrigt

Det finns naturligtvis många andra orsaker till fel i rapportering. Det kan röra sig om tillfälligt slarv eller att missförstånd uppstår om vem som skall rapportera. Det är förstås omöjligt att helt förhindra handhavandefel, med tanke på det komplicerade åtagande det är att sammanställa uppgifter om över 250 000 vårdtillfällen per år, men direkta fel och misstag måste förstås vara så få som möjligt. Det är uppenbart att felfinnande underlättas av stabila arbetsförhållanden och kontinuitet i relationen mellan uppgiftslämnare och mottagare.

Sammanfattning

Den sjukhusanknutna öppna vården är av betydande omfattning, kostnaden för regionen uppgår till ca fyra miljarder. Trots det kan verksamheten bara fångas översiktligt i de beskrivningar som sjukhusen själva ger. Beroende på olika traditioner är olikheterna i sjukhusens redovisningar stora. Det finns inga skäl att tro att redovisningen skulle vara sämre än i andra delar av landet, men skapandet av regionen förstärker behovet av att redovisningen anpassas till en standard som medger jämförbarhet inom och utom regionen. Det pågående projektet med införandet av ett nytt beskrivningssystem för öppenvården ger en mycket god grund för utvecklandet av förbättrad kvalitet i prestationsredovisningar.

Arbetsgrupper och projekt med betydelse för tillförlitlighet i rapporter

Beskrivnings- och ersättningssystem inom öppenvården (BESIS)

I slutet av 1999 startades ett projekt för beskrivnings- och ersättningssystem inom den sjukhusanknutna öppenvården i regionen (<http://www.vgregion.se/besis/>).

Målet för projektet har varit:

- att utveckla en enhetlig produktbeskrivning för den sjukhusanknutna somatiska öppna vården,
- att ta fram en enhetlig ersättningsmodell för sjukhusens öppna vård med utgångspunkt från kriterierna resurshomogenitet och klinisk meningsfullhet och
- att föreslå ett rapporterings- och uppföljningssystem för den öppna sjukhusvården.

Arbetet med att skapa ett beskrivningssystem har varit framgångsrikt och införandet har redan inletts och mot slutet av 2002 kommer systemet att tillämpas vid alla sjukhus och specialistmottagningar i Västra Götaland. Det finns också ett intresse från Stockholms läns landsting att använda systemet. Detta nya beskrivningssystem har sådan likformighet i registreringen och sådan detaljeringsgrad att det ger goda förutsättningar för jämförelser inom och mellan sjukhus.

Den regionala vårddatabasen

Den regionala vårddatabasen syftar till att samla in och lagra data om all vård i regionen. Det arbetet beskrivs under avsnittet primärvårdsdata på sidan 39.

Arbetsgruppen för begrepp och termer

Regionövergripande terminologiarbete

I regionen pågår ett regionövergripande terminologiarbete genom Arbetsgruppen för begrepp och termer för uppföljning av hälso- och sjukvårdens verksamhet och ekonomi (B&T). Syftet är att arbeta fram en gemensam terminologi för uppföljning av hälso- och sjukvårdens verksamhet och ekonomi i Västra Götalandsregionen (VGR) samt att bevaka att den används. Arbetet leds i enlighet med hälso- och sjukvårdsdirektörens beslut¹ av Epidemiologienheten vid Hälso- och sjukvårdsstyrelsens kansli i samarbete med Analys- och utvärderingsenheten och skall ske samordnat dels med pågående nationella och internationella aktiviteter inom området, dels med regionens arbete med informationsstruktur och angränsande regionala projekt såsom vårddatabas-, kö- och väntetids-, KPP- (kostnad per patient) och öppen-vårdsprojektet. I den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården² betonas nödvändigheten av att intensifiera termarbetet för att främja säkerhet och effektivitet i informationsförsörjningen.

Regional termförteckning

I VGR finns sedan 1999 en fastställd Förteckning över termer för uppföljning av hälso- och sjukvårdens verksamhet och ekonomi (B&T-99)³, som enligt gällande budgetöverenskommelser skall tillämpas av samtliga berörda vårdenheter i regionen. B&T-99 eller ”den gröna”, som den ibland kallas efter färgen på omslagssidan, finns tillgänglig på regionens web-sida (www.vgregion.se/begrepp&termer) och innehåller definitioner, regelverk, koder m.m. för ett antal vård- och patientadministrativa termer, koder och klassificering av vårdgivare, regionala koder för in- och utskrivning av patienter, samt kommentarer. Ansvar för implementering av

¹ Regionalt terminologiarbete – fortsatt arbete med begrepp och termer. Västra Götalandsregionen, Hälso- och sjukvårdsstyrelsens kansli. Hälso- och sjukvårdsdirektören. HSDP 2000-04-03.

² Nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården. Regeringens proposition 1999/2000:149

³ Begrepp och termer 99 – begrepp, termer, definitioner, koder m.m. för uppföljning av hälso- och sjukvårdens verksamhet och ekonomi i Västra Sjukvårdsregionen. Västra Götalandsregionen, Hälso- och sjukvårdsstyrelsens kansli, Hälso- och sjukvårdsdirektören, 1999-01-27.

B&T-99 ligger primärt på linjeorganisationen. Uppgiften för B&T vad gäller implementeringen är i första hand att uppmärksamma problem rörande begrepp och termer som är av väsentlig betydelse för datakvaliteten och om möjligt anvisa vägar för att lösa dem. Under våren år 2002 har en revidering och komplettering av B&T-99 påbörjats.

Gemensam terminologi och god datakvalitet

Gemensam terminologi möjliggör en meningsfull dialog om verksamhetens omfattning, inriktning och resultat. Terminologin är även viktig för att se om de politiska målen uppfyllts i enlighet med intentionerna. Rättvisande och jämförbara grunddata om regionens hälso- och sjukvård förutsätter gemensam terminologi samt etablerade rutiner för underhåll och förvaltning av denna. För VGR är det viktigt att

- beslutade termer används rätt,
- hålla en regional termkatalog uppdaterad och tillgänglig,
- kunskap och erfarenhet av terminologiarbete finns att tillgå.

Begrepp och termer skall vara enhetligt definierade och de som registrerar, levererar, tillhandahåller, använder och tolkar data skall använda samma definitioner och ha tillgång till samma regelverk. Åtgärder av olika slag måste vidtas för att komma till rätta med kvarstående brister beträffande tillämpning av begrepp och termer för uppföljning av hälso- och sjukvårdens verksamhet och ekonomi i VGR. I en särskild rapport⁴, som finns tillgänglig på regionens hemsida, har B&T presenterat några förslag till sådana åtgärder varav förslaget om tidsmässig precisering avseende inskrivning i slutna vård redovisas (sid. 36). Rapporten innehåller härutöver bl.a. förslag som syftar till att åstadkomma tillförlitliga och jämförbara data om regionens hälso- och sjukvård i koncernrapporteringsystemet samt i den regiongemensamma vårddatabasen:

Prestationer i koncernrapporteringsystemet

Syftet med delårsbokslut och månadsrapporter är att ge Regionfullmäktige och Regionstyrelsen information om regionens verksamhet, resultat och ekonomiska ställning som underlag för politiska beslut⁵. Skiljaktigheter föreligger beträffande innehållet i de prestationstal som nu rapporteras till regionledningen; för att möjliggöra jämförelser bör krav ställas på en större enhetlighet i registrering och rapportering av prestationstal. För ökad tydlighet och jämförbarhet i redovisningen av öppenvårdsprestationer till regionledningen krävs bl a

- enhetliga principer för vilka prestationer som rapporteras/ersätts/budgeteras inom primärvård respektive specialiserad vård,
- förtydliganden beträffande vad som skall ingå i rapporteringen av ”besök”,
- enhetlighet vad gäller indelning av rapporterade besök för primärvård respektive specialiserad vård,
- förtydliganden beträffande syftet med rapporteringen av prestationer till regionledningen avseende primärvård respektive specialiserad vård.

För att mål om bibehållen ”total vårdvolym” skall kunna följas upp löpande krävs i princip en mer heltäckande uppföljning, som även innefattar prestationer som idag inte ersätts.

⁴ Begrepp och termer för uppföljning av hälso- och sjukvårdens verksamhet och ekonomi. Arbetsgruppen för begrepp och termer för uppföljning av hälso- och sjukvårdens verksamhet och ekonomi. Hälso- och sjukvårdsstyrelsens kansli. Analys- och utvärderingsenheten. Epidemiologiska enheten 2001; 3(3).

⁵ Ekonomiinformation nr 1/2001. Regionstyrelsens kansli, Ekonomiavdelningen.

Den regiongemensamma vårddatabasen

För att få tillgång till data av god kvalitet och samtidigt hålla nere kostnaderna för informationshanteringen måste antalet variabler i VDB vara begränsat. Vidare måste erforderliga åtgärder vidtas för att skapa ett rättvisande och jämförbart datainnehåll. Registerdata kan vid behov kompletteras med riktade studier. Det är en strategiskt viktig fråga att rätt avväga vilka variabler som skall följas kontinuerligt - konsten är att inte samla in för mycket data.

VDB skall kunna användas av många bl a för att göra jämförelser mellan vårdenheter och hälso- och sjukvårdsnämndsområden. Dagens förhållande, där vad en variabel står för kan variera från en vårdenhet till en annan, gör att sådana jämförelser blir mycket svårvärderade. Man måste tydligt kunna tala om vad variablerna innehåller; om variabeln inte står för det som avsetts, bör det klart framgå av filbeskrivning/variabelförteckning på vilket sätt variabelns innehåll avviker. En specificerad förteckning av variablerna i vårddatabasen bör utarbetas där följande krav tillgodoses

- definitionerna av de begrepp som ligger bakom variablernas bestämning skall anges i klartext (exempelvis de olika slagen av besök),
- variablernas värdeförråd skall ges en beskrivning så att relationerna mellan de i VDB använda begreppen och termerna tydliggörs,
- föreslagna modifieringar gentemot B&T-99 skall tydligt framgå (exempelvis vad gäller hemsjukvårdsbesök),
- förtydliganden skall ske för att säkerställa ett enhetligt innehåll i VDB (t.ex. vad gäller konsultbesök och läkarbesök i samband med inskrivning).

I maj månad år 2001 påbörjades ett arbete för att åstadkomma en variabelförteckning i enlighet med B&Ts önskemål ovan.

Behov av nationell samordning

Regiondirektören och hälso- och sjukvårdsdirektören har i gemensam skrivelse 2001-11-13 till Socialstyrelsen/Landstingsförbundet påtalat behovet av nationell samordning av vårdadministrativa begrepp och termer. Skrivelsen har följande lydelse:

”Frågor rörande gemensam terminologi och datakvalitet är strategiskt viktiga för uppföljning och ledning av hälso- och sjukvårdsverksamheten. För att få tillgång till enhetliga data i den nationella hälso- och sjukvårdsstatistiken krävs samordning av terminologiarbete. Detta är av yttersta vikt för planering, jämförelser och ekonomiska prioriteringar. De senaste åren har flera landsting presenterat egna arbeten kring begrepp och termer inom hälso- och sjukvården. I bifogad rapport (B&Ts rapport 2001-06-20) beskrivs arbetet med begrepp och termer för uppföljning av hälso- och sjukvårdens verksamhet och ekonomi i Västra Götalandsregionen. Rapporten har behandlats i Västra Götalandsregionens sjukvårdsgrupp som ställer sig bakom arbetet och betonar vikten av att det fortsätter. Förslaget till svensk version av den europeiska förstandarden CONTSYS (begreppssystem för kontinuitet i vården) presenterades i oktober 2001. Det är ett arbete som Socialstyrelsen har genomfört tillsammans med Västra Götalandsregionen, Landstinget i Östergötland, Stockholms läns landsting och Landstingsförbundet. Hur dessa resultat skall kunna tas till vara i ett nationellt perspektiv är också en viktig fråga inom ramen för ett nationellt samarbete om hälso- och sjukvårdens begrepp och termer. Vi anhåller om att det nationella arbetet, det s k regelverksprojektet som Landstingsförbundet ansvarade för i samarbete med Socialstyrelsen snarast återupptas.”

Enligt underhandsbesked från Landstingsförbundet under våren år 2002 kan ett "pånyttfött" nationellt regelverksprojekt komma att starta under hösten år 2002.

MEKUS

MEKUS är en förkortning av Medicinsk Expertgrupp för Klassificering och Uppföljningsfrågor i sjukvården. Mekus har ett huvudansvar för den medicinska uppföljningen av förefintliga klassificeringssystem och skall verka för enhetlighet i diagnos- och operationsklassificering vid sjukhusen i regionen. Utöver dessa uppgifter har gruppen genomfört en omfattande utbildningsinsats rörande patientklassificering, DRG och ersättningsmodeller. En ytterligare satsning på utbildning har gjorts tillsammans med Förvaltningshögskolan vid Göteborgs universitet i form av en 20-poängsutbildning i patientklassificering och vårddokumentation för läkarsekreterare. Vidareutbildade läkarsekreterare förväntas få en betydande kvalitetshöjande roll när det gäller klassificering av prestationer.

MEKUS har nyligen publicerat sin femte rapport i vilken man sammanfattningsvis föreslår ett fortsatt utvecklande av valida grunddata för uppföljning och jämförelser mellan kliniker, sjukhus och andra vårdenheter.

Fortlöpande dialog i lokala arbetsgrupper

Regelbundna träffar i arbetsgrupper som har uppstått genom behovet av avstämningar av praxis har haft en avgörande betydelse för kvaliteten och likformigheten i insamlade data. I samband med bildandet av regionen 1999 önskade beställar- och utvecklingsavdelningen få en vårddatafil som fakturaunderlag från sjukhusen, istället för detaljerade datalistor med uppgifter om den ersatta vården. Utifrån de vårddatafiler som fanns för sjukhusen i regionen skapades en variabellista. Senare inkluderades även krav från Socialstyrelsen i avsikten att försöka samla in data för att tillgodose beställarens, ägarens och myndigheters krav i en och samma insamling. Ett motiv var även att öka kvaliteten genom att t ex samma siffror skulle förekomma i olika sammanhang. Tillsammans med någon/några representant/er från resp HSK-kansli och nuvarande IT-centrum började beställar- och utvecklingsavdelningen i början av 1999 att träffa representanter för resp sjukhus. Dessa träffar skedde individuellt eller i grupp, oftast med en ekonom, med ansvar för sjukhusets fakturering och en representant från sjukhusets IT-funktion. Träffarna skedde till en början ca en gång per månad, medan nu efter tre år sker de ungefär en gång per kvartal.

Frågor som tas upp i dessa grupper :

- sammanföra olika erfarenheter. B l a hade sjukhusen olika erfarenhet av denna typ av dataleveranser i starten,
- öka enhetligheten och skapa så korrekta uppgifter som möjligt,
- krav på förändringar som uppstår bland annat på grund av ändrade regelverk eller organisation

Frågor som har lösts genom dessa träffar är till exempel insamlandet av krypterade individnummer, för att ge möjlighet till utvidgade konsumtionsanalyser och analys av vårdkedjor, uppgifter från alla enheter t ex BUP, uppgift om dagar som primärkommun betalar för etc. Andra exempel är enhetlig kodning av kliniker, kommundillhörighet, vårdgivarkategorier m fl, rätt beräknad vårdtid och fakturerat belopp.

Projektet ”Produktivitetsutvecklingen inom regionens verksamheter”

I regionfullmäktiges budget för 2002 konstateras att produktivitetsutvecklingen i regionens verksamheter måste kunna beskrivas på ett tydligt och enhetligt sätt. I hälso- och sjukvårds-

styrelsens budget ges samtidigt förvaltningen i uppdrag, att tillsammans med regionstyrelsens kansli, genomföra en utredning kring produktivitetens utvecklingen vid regionens sjukhus. En sådan utredning har påbörjats under våren 2002 och beräknas vara klar under 2002.

Utredningen avser att beskriva insatsen av personal och de kostnader som sjukhusen i regionen haft i relation till hur prestationerna utvecklats under åren 1998 till och med 2001. Förutsättningarna för sådana jämförelser mellan sjukhus i regionen torde vara bättre än på många andra håll, men erfarenheter hittills från det projektet visar att det finns problem i jämförbarheten av prestationsdata som synliggörs vid försök till jämförelser. Framförallt finns det skillnader mellan sjukhusen som försvårar jämförelser mellan dessa men det finns även förändringar i registreringspraxis som försvårar jämförelser över tid för enskilda sjukhus. En särskild grupp arbetar för närvarande inom projektet med bearbetning av uppgifter för att öka jämförbarheten i data mellan sjukhusen. Det är sannolikt att även det projektet tillför väsentlig kunskap om kvaliteten i redovisningen av prestationer.

PRESTATIONSRAPPORTER INOM PRIMÄR- OCH PRIVAT VÅRD

Under år 2001 framkom brister i sammanställningar som gjordes avseende primärvårdens produktion åt invånarna och nämndernas redovisning av invånarnas konsumtion av primärvård i månadsrapporter och delårsbokslut. De läkarbesök som primärvården rapporterade översteg de som hälso- och sjukvårdsnämnderna rapporterade med ca 14%, vilket är orimligt. En ännu större skillnad mellan dokumenten finns när det gäller antalet sjuksköterskebesök, där det konsumerades 18% fler besök än det producerades i regionen.

I rapporten ”Rapportering av produktion/konsumtion av primärvård i regionen - information HSS 30-31/10 2001” konstateras att det finns ett flertal orsaker till skillnader i redovisningen till regionstyrelsens och hälso- och sjukvårdsstyrelsens månadsrapporter och delårsbokslut, avseende produktion och konsumtion av primärvård. Det finns två dominerande felaktigheter:

- Sjuksköterskebesök klassificeras olika beroende på vem som gör klassifikationen.
- För läkarbesök finns det ett verifierat bortfall av besök i konsumtionsstatistiken och osäkerhet – kanske överskattning - beträffande produktionsstatistiken.

Övriga systematiska skillnader har, trots deras potentiella betydelse, mindre effekt.

Vilka variabler som avses

De uppgifter som avses med denna rapport är främst de basdata som tydligast beskriver produktionen och som är eller kan komma att vara ersättningsgrundande. De basala uppgifterna är de variabler som inrapporteras till koncernredovisningssystemet Frango och dessa är för närvarande:

Inom primärvård och privat vård:

- Allmänläkarbesök.
- Läkarbesök inom övriga specialiteter.
- Läkarbesök inom MVC/BVC.
- Sjuksköterske/distriktssköterske besök.
- Sjukgymnast.
- Övriga besök.

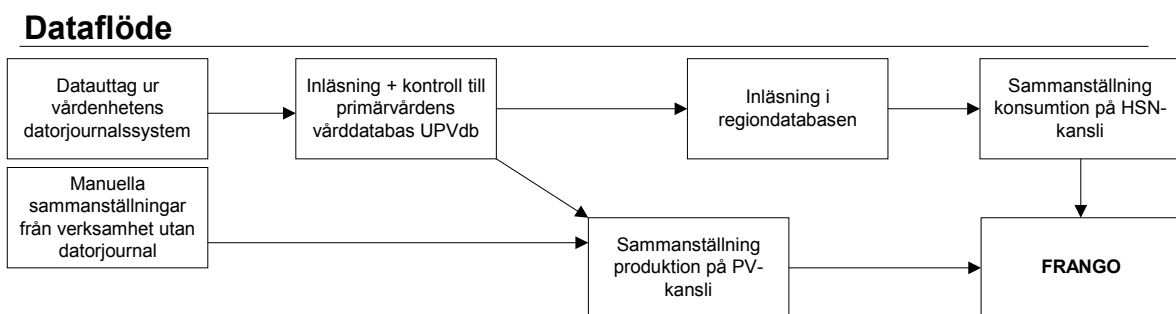
Hur insamling av uppgifter går till

Offentlig primärvård

Grunden för registreringen är det arbete som sker i samband med mötet mellan vårdgivare och patient. Slutresultatet kan aldrig bli bättre än vad som sker där. Vilka rutiner finns i praktiken för inmatning av data? Sker det i direkt anslutning till patientkontakten? Den typen av rutiner kommer vi inte att beröra vidare, men kvaliteten i registreringen torde i stor utsträckning påverkas av hur utföraren får tillbaka sammanställda data och vilka konsekvenser registrering eller utebliven sådan får.

Hälso- och sjukvårdskanslierna inhämtar och sammanställer registrerade uppgifter på ett komplext sätt som är beskrivet på följande bilder. De huvudsakliga system som genererar filerna beskrivs i kommande avsnitt. Vidare framgår av figuren (sidan 26) att utöver detta måste betydande mängder data inhämtas i mer manuell form på ett sätt som ser olika ut för de olika kanslierna. Verksamhet som till största delen inte finns med som datafiler är framförallt MVC/BVC, vars verksamhet är av betydande omfattning. Kvaliteten i den manuella delen beror till stor del på det samarbete och den kontinuitet som utvecklas mellan de inblandade i rapporteringskedjan. Det finns inte detaljerade manualer över hur detta skall ske och här finns ett behov av avstämningar så att hanteringen är likartad. En målsättning är att allt större del av vården skall inkluderas i de prestationer som inhämtas i form av datafiler.

Vi har inte sammanställt insamlingen och bearbetningen av data inom utförarorganisationen på samma sätt men översiktligt framgår den av nedanstående figur.



Även om förloppet är tillsynes enkelt är processen delvis lika komplex som den som sker till hälso- och sjukvårdskanslierna och kan inrymma liknande mått av felkällor. Från primärvårdskanslierna rapporteras produktionen i aggregerad form från respektive primärvårdsområde till ekonomiavdelningen vid regionstyrelsens kansli. Data rapporteras i koncernrapporteringssystemet Frango som således inte innehåller några individspecifika data.

Figuren på nästa sida visar schematiskt hur sammanställningen av konsumtionsdata sker vid de fyra hälso- och sjukvårdskanslierna.

Offentlig primärvård Fil UPV	Offentlig primärvård Fil Jour SU/MS	Offentlig primärvård Fil Jour NU	Offentlig primärvård Fil Jour SÅS	Privat primärvård Fil PLEX
--	---	--	---	--------------------------------------

Offentlig primärvård
Sammanställa uppgifter från PV Södra Ålvsborg MVC, BVC, UM, SAMREHAB Från 3 st Pvomr

Privat primärvård
Sammanställa uppgifter från 43 vårdgivare med vårdavtal (Produktion)

Offentlig primärvård Fil UPV	Offentlig primärvård Fil Jour SU/MS	Offentlig primärvård Fil Jour NU	Offentlig primärvård Fil Jour SÅS	Privat primärvård Fil PLEX
--	---	--	---	--------------------------------------

Offentlig primärvård
Sammanställda uppgifter från Södra Bohuslän per kommun (produktion) MVC UM

Offentlig primärvård
Sammanställda uppgifter från GBG PV (konsumtion) MVC BVC Nordhemspol Missbruksenhet

Privat primärvård
Fil från 13 vårdgivare

Privat primärvård
Sammanställda uppgifter från 4 vårdgivare (konsumtion)

Privat primärvård
Sammanställda uppgifter från 5 vårdgivare (produktion)

Offentlig primärvård
Sammanställda uppgifter från resp kommun i Södra Bohuslän (produktion) BVC

Privat primärvård
Sammanställda uppgifter från 2 vårdgivare (produktion) BVC

HSK BORÅS

HSK GÖTEBORG

FRANGO

HSK MARIESTAD

HSK UDDEVALLA

Offentlig primärvård
Sammanställa uppgifter från PV Skaraborg. Statistikfil. (Individdata fr o m jan 2003) Konsumtion

Privat primärvård
Sammanställa uppgifter från 2 vårdgivare med vårdavtal (Produktion)

Privat primärvård
Statistikfil från 1 vårdgivare med vårdavtal (Produktion)

Privat primärvård
Sammanställda uppgifter från 11 vårdgivare med samverkansavtal (Konsumtion)

Privat primärvård
Fil från 5 vårdgivare (5 vårdcentraler)

Offentlig primärvård
Sammanställda uppgifter från Pv fyrbodal per kommun (konsumtion)

Privat primärvård
Sammanställda uppgifter från 17 fotvårdare+ 1 läkare (konsumtion)

Privat primärvård
Sammanställda uppgifter från 4 vårdgivare med vårdavtal (konsumtion)

Offentlig primärvård Fil UPV	Offentlig primärvård Fil Jour SU/MS	Offentlig primärvård Fil Jour NU	Offentlig primärvård Fil Jour SÅS	Privat primärvård Fil PLEX
--	---	--	---	--------------------------------------

Offentlig primärvård Fil UPV	Offentlig primärvård Fil Jour SU/MS	Offentlig primärvård Fil Jour NU	Offentlig primärvård Fil Jour SÅS	Privat primärvård Fil PLEX
--	---	--	---	--------------------------------------

Utöver ovan redovisade indata tillkommer de uppgifter som hämtas från manuellt rapporterad statistik eller faktureringsunderlag. Uppgifterna bör rapporteras mellan hälso- och sjukvårdskanslierna

Vårddatainsamling från privat vård

Som framgår av ovanstående bild sker inhämtandet av uppgifter, avseende privat primärvård, på ett betydligt mer komplext sätt än för offentliga primärvården. Den viktigaste källan är databasen PLEX. PLEX är ett system som administrerar utbetalningar till privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster. Registreringen i PLEX medger tillförlitlig redovisning av såväl konsumtion som produktion. Konsumtionen kan anges per område, såsom nämnd och kommun för de vårdgivare som finns med. Syftet med PLEX är att beräkna, ge underlag för utbetalning samt att ge underlag till fakturering av andra huvudmän. Underlaget är de kvitton som vårdgivarna utfärdar i samband med besöket. En kopia på kvittot lämnas till Ekonomiservice på HSK Göteborg, antingen som en papperskopia som sedan scannas eller som en internetfil. Samtidigt som körningen görs för utbetalning av ersättning till vårdgivarna uppdateras PLEX-databasen. Uppgifterna i databasen innehåller förutom alla uppgifter på kvittot även ett antal bearbetade uppgifter.

Ett urval av uppgifterna om samtliga kontakter i PLEX-databasen levereras till vårddatabasen efter varje körningstillfälle, som sker i slutet av varje månad. PLEX är för närvarande under omarbetning, bl a på grund av det nya läkarvals- och ersättningsystemet.

Det finns också privat vård som inte registreras i PLEX. Varje kansli har ett betydande antal vårdgivare som lämnar de uppgifter som avtalats, antingen som en fil eller som manuellt sammanställda uppgifter. Ur filerna kan korrekt konsumtionsstatistik tas fram. Det senaste året har allt fler nya avtal med större krav på vårddatarapportering ingåtts med privata vårdgivare. Dessa datafiler kräver ett stort arbete på varje lokalt kansli i form av kvalitetsgranskning m.m. Filerna planeras att under året föras över till regionens vårddatabas. De vårdgivare som lämnar manuellt sammanställda uppgifter redovisar dessa, antingen som produktions- eller konsumtionsuppgifter. Ett arbete pågår att få samtliga vårdgivare att lämna uppgifter på fil enligt fastställda filspekifikationer, vilket innebär att några manuella sammanställningar från vårdgivare inte kommer att ske, utan alla uppgifter lämnas på fil. Denna vårddata som hanteras på resp kansli har hittills inte rapporterats mellan kanslierna.

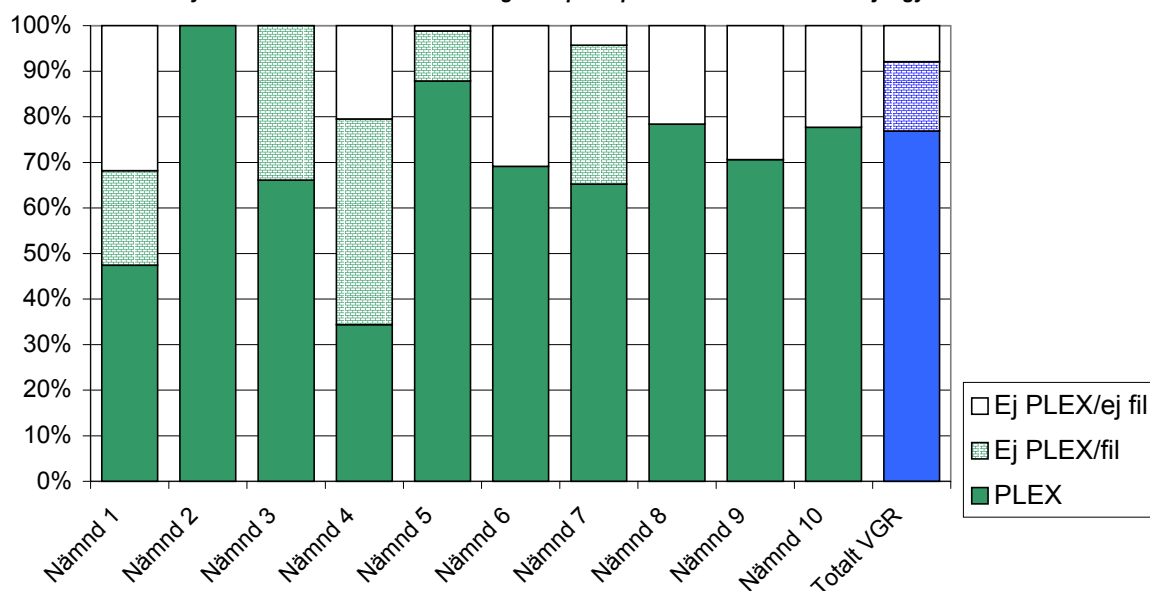
I tabellen nedan redovisas i vilken form och i hur stor andel prestationsuppgifterna redovisas. Över 90 procent av data rapporteras i form av datafiler men med variation mellan de olika kanslierna.

HSN 5 (Göteborg) har i särklass högst utnyttjandegrad av PLEX. På sikt skall all privat vård registreras i den regionala vårddatabasen, som då blir samlad källa för konsumtions- och produktionsstatistiken även för dessa vårdgivare. Idag kan vårddatabasen inte användas för detta ändamål utan sammanställningen görs på det komplicerade sätt som bilden på sidan 26 anger. I tabellen nedan är angivet hur stor andel av samtliga besök under år 2001 som finns rapporterade på datormedium och inte.

<u>Nämnd</u>	I Plex	Ej i Plex I filer	Ej i filer	Summa	Totalt
	1. Norra Bohus	26 921	11 799	18 079	29 878
2. Dalsland	25 709			25 709	25 709
3. Trestad	93 410	48 000		48 000	141 410
4. Mellersta Bohus	45 624	59 721	27 200	86 921	132 545
5. Göteborg	829 711	103 466	11 008	114 474	944 185
6. Mitten Älvsborg	11 970		5 363	5 363	17 333
7. Södra Bohus	103 048	48 230	6 779	55 009	158 057
8. Sjuhärad	126 608		34 932	34 932	161 540
9. Västra Skaraborg	56 156		23 361	23 361	79 517
10. Östra Skaraborg	51 855		14 909	14 909	66 764
Summa	1 371 012	271 216	141 631	412 847	1 783 859

Vårddatainsamling från privat vård

Andel av samtliga besök från privat vård per HSN, totalt och rapporteringsätt 2001.
 PLEX-systemet administrerar utbetalningar till privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster



Figuren ovan visar för de olika nämndområdena hur registreringen sker.

Det är således en varierande del som fortfarande inte redovisas som en datafil. Denna del minskar snabbt. Hälso- och sjukvårdsnämnderna begär i takt med att avtalen förnyas att datafiler skall inlämnas.

Det synes gynnsamt att allt fler privata vårdgivare levererar data som en datafil. Här finns emellertid ett kapacitetsproblem. Dessa filer måste omhändertas, kvalitetsgranskas och anpassas för att kunna tas omhand och inkorporeras i regionens vårddatabas. I dagläget hinner kanslierna däremot inte med att dela med sig av uppgifter om konsumtion för invånare från andra nämndområden än sina egna. Denna lilla del av vårddata synes därför mer resurskrävande än vad som svarar mot volymen, men å andra sidan är denna del mycket väsentlig för att ge en korrekt och komplett bild av konsumtionen. Utförarorganisationen har kompetens

och kapacitet för insamling av filer men deras tjänster är förbehållna den egna produktionen. Rimligen är omhändertagandet av filer en fråga för vårddatabasprojektet, att på sikt ta omhand denna del. Det innebär en väsentlig kvalitetsförbättring när dessa data finns i den regionala vårddatabasen.

Datasystem för inhämtande av produktionsstatistik

Insamlingen av data från de områden som utgjort de tidigare landstingen har inte samma förutsättningar utan har styrts av olika traditioner inom de tidigare landstingen. De gamla landstingsområdena har haft olika journalsystem och datorisering av ekonomisystem och journalföring har skett i olika takt och med olika rutiner. När det gäller den fortsatta utvecklingen finns det beslut från de tidigare landstingen att bara de två kommersiellt tillgängliga journalsystemen Medidoc eller Profdoc skall användas av den offentliga primärvården i regionen. Dessutom har de tidigare fyra primärvårdsdirektörerna i regionen ställt sig bakom inriktningen i ett utredningsförslag, som innebär att de datoriserade journalsystemen skall vara källa för produktionsstatistik och data i vårddatabaser. Detta har i januari 2002 bekräftats av primär- och tandvårdsledningen och ett projekt har startats för att, där så är möjligt, snarast införa enhetliga rutiner med journalen som bas.

Medidoc finns i Göteborgs primärvård samt i 10 kommuner i det tidigare Bohuslandstinget. Profdoc finns i fyra kommuner i det tidigare Bohuslandstinget. Profdoc finns även i det tidigare Älvsborgs och Skaraborgs landsting. För närvarande pågår ett utvecklingsarbete avseende tömning av data från journalsystemen till primärvårdens och regionens vårddatabas. Denna rutin är tagen i drift i delar av regionen, där en ”leverans” av produktionsdata sker till den så kallade UPV-databasen som innehåller data på individnivå och som ägs av primärvårdsorganisationen i regionen. Samma data exporteras till den regiongemensamma vårddatabasen. Tömningen från journalsystemen sker automatiskt i Göteborg och med en rutin som sköts lokalt i övrigt. Data från barnvårdscentraler och mödravårdscentraler omfattas inte av de nämnda systemen. Mödravården har utsett ett särskilt program, men de flesta enheter använder inte det. Datainsamling sker på annat sätt som besöksstatistik. Klassificeringen av besök på dessa enheter klassificeras på olika sätt i regionen.

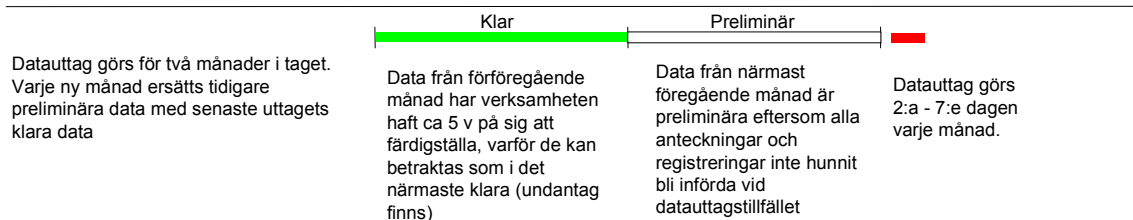
Skaraborg lämnar fortfarande data via sitt kassasystem, medan Älvsborg just nu är i en övergångsfas mellan ”kassasystem” och journalsystem. Det är frågan om ett principiellt annorlunda redovisningssätt, men namnet kassasystem kan vara en något missvisande beteckning. Sådana kassasystem kan syfta till att vara en renodlad betalningsfunktion, men de kan mycket väl utvecklas mot att även ha som syfte att lämna kvalificerad produktionsstatistik. Den avgörande skillnaden mellan kassa och journalsystem för produktionsstatistik är att inmatning i kassasystemen oftast görs av den som inte utför vårduppgiften, medan vårdgivaren gör registrering i journalsystemen och det är alltså just den vårdgivare som träffar patienten som avgör hur besöket skall registreras. Det är sannolikt att de områden som tillämpar datainsamling direkt från journalsystemen har en högre produktion än de som tillämpar datainsamling från olika kassasystem. Journalsystemen innebär dock en större risk för dubletter, eftersom kompletterande anteckningar i anslutning till ett besök kan generera ett nytt besök av misstag.

Sammanfattningsvis innebär sammanställningen av data av material från ett flertal källor en ökad risk för fel. Det gäller även de enheter som kommit längst i sin datorisering. Till exempel sammanställs konsumtionen för HSN 5 (Göteborg) från datafiler för primärvård (UPV-fil), jourcentralerna vid SU/MS, NU och SÄS, MVC/BVC, missbruksenhet och Nordhems-polikliniken.

Datasytemen och ledtider

Hur primärvårdens inrapportering i Frango sker tidsmässigt redovisas i figuren nedan.

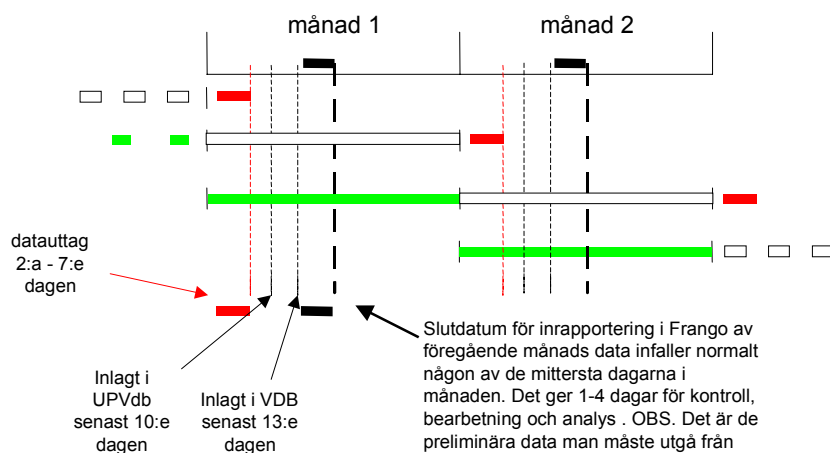
Tidssamband



Nuvarande krav

Kanslierna har 1-4 dagar varje månad för kontroll, bearbetning och analys av preliminära data. I realiteten framtvingas uppskattningar och gissningar för att önskade data skall kunna lämnas i tid

UPVdb: Primärvårdens värddatabas för uppföljning
VDB: Den regionala värddatabasen hos HSS-kansli



Datauttag från den närmast föregående månaden har naturligtvis en stor del brister redan i vad som finns registrerat i databaserna, på grund av eftersläpningen i vad enskild vårdgivare registrerar. Sedan tillkommer den osäkerhet det innebär med en mycket kort tid för analys av de förändringar som skett. Dessa skall rimlighetsbedömas och kanske kontrolleras med den som rapporterat.

När det gäller rapporteringen för den näst sista månaden så har ca 5 veckor förflutit, varför dessa data kan betraktas som långt tillförlitligare. Om istället rapporteringen och analysen hade avsett dessa äldre data så skulle denna månads senare rapportering ge en avsevärt ökad säkerhet, tillförlitligare analyser och bättre arbetsmiljö för de som handlägger sammanställningen. Problemet med den korta tiden för analys är påtalat i rapporten "Delårsbokslut per april 2001 – fördjupad analys av produktionsdata" presenterad vid HSS sammanträde 26/6-2001.

Det finns således motstående intressen av betydelse för vilken eftersläpning i redovisningen som skall väljas. Det påverkar tillförlitligheten och den tid för analys som står till buds. Arbetsgruppen föreslår att den komplicerade sammanvägningen av förhållanden i detta avseende, och de vinster som kan uppnås genom något mindre aktualitet i rapporteringen, hanteras inom ramen för det så kallade ledtidsprojektet "projekt - ökad kvalitet och mer tid för analys - bokslutsarbetet i Västra Götaland".

De viktigaste problemområdena

Det rör sig således om en komplex process när data samlas in, ända från enskild vårdcentral eller enskild privatpraktiker till den samlade redovisningen. Vi har emellertid identifierat några områden där agerande i processen är olika och där förbättringsmöjligheterna är mer påtagliga. De områden vi kommer att diskutera är:

- Olika klassificering av prestationer.
- Blandning av produktions- och konsumtionsstatistik.
- Rapporterat utfall är till del en prognos.
- Olikheter i redovisning av jourcentralbesök.
- Data från 4S-området.
- Dataförlust vid privatisering av offentlig vårdverksamhet.
- Ersättningssystemens effekt på prestationsredovisning.
- Redovisning av produktion av icke-VGR patienter.
- Förändrade definitioner av läkarbesök.
- Låsa eller uppgradera redovisad statistik.
- Ledtider och rapporteringsintervall.
- Övriga fel.

Olika klassificering av prestationer

Som tidigare nämnts är olika klassificering av en prestation en av de viktigaste orsakerna till bristande överensstämmelse mellan olika rapporter av prestationer. Samma prestationer kan hänföras till olika kategorier beroende på, dels vem som gör klassificeringen, dels till vem redovisningen sker. Ett tydligt exempel, med stor betydelse för det samlade resultatet, har varit prestationer inom offentlig primärvård i Göteborg. En betydande skillnad i antalet sjuksköterskebesök har visat sig bero på att primärvården i sin produktionsstatistik klassificerat en mängd besök hos sjuksköterska, inom främst BVC/MVC och missbruksvård, som övriga besök medan de klassificeras som sjuksköterskebesök i konsumtionsstatistiken. Effekten av denna skillnad i klassificering är mycket stor, eftersom det rör Göteborgsstatistiken, som i sin tur har en betydande påverkan på den regionala statistiken. Denna skillnad nu rättad.

Det finns således olikheter i hur definitionen av prestationer tolkas, vilket kan bero på en otydlighet. För att påskynda utvecklingen av likformighet har arbetsgruppen internt utarbetat nedanstående regelverk för inrapportering till koncernredovisningssystemet Frango för 2002. Regelverket har fastställts av ekonomiavdelningen vid regionstyrelsens kansli och har redan distribuerats för tillämpning (Ekonomiinfo nr 7/2002) i väntan på att förslagen i denna rapport antas. Regelverket innebär ingen förändring av nuvarande regelverk utan är mer ett förtydligande av detta.

Regler för rapportering till Frango för 2002:	
Rubrik i Frango	Regelverk
Läkarbesök inom allmänmedicin	Avser alla läkarbesök inom primärvårdsmottagningar, utom MVC/BVC, där ordinarie tjänst kräver specialitetsbevis i allmänmedicin. Besök hos underläkare (AT- och ST-läkare) och stafettläkare på sådan mottagning ingår också. Normalt är detta primärvårdens distriktsläkarmottagningar och jourmottagningar och privata vårdcentraler (motsvarande).
Läkarbesök inom övriga specialiteter	Avser alla läkarbesök, utom MVC/BVC, inom de mottagningar inom primärvårdsförvaltningen där ordinarie tjänst kräver annan specialitet än allmänmedicin (det finns ett flertal barn- och gynnottagningar samt enstaka i andra specialiteter). Besök hos underläkare (AT- och ST-läkare) och stafettläkare på sådan mottagning ingår också. Innefattar också privata mottagningar med motsvarande funktion och innehåll.
Läkarbesök inom MVC/BVC	Alla läkarbesök inom MVC/BVC oberoende av om mottagningen organiseras inom offentlig eller privat primärvård.
Sjuksköterske- och distriktssköterskebesök	Alla besök hos alla olika typer av sjuksköterskor enligt definitioner i Begrepp & Termer 99 (B&T99): barnmorska, diabetessköterska, distriktssköterska, oftalmologassistent, ortoptist, psyksköterska, stomisköterska, uroterapeut, oftalmolog, ögonsköterska samt eventuella ytterligare kategorier där sjuksköterskeutbildning ingår som krav. Urskiljbara besök hos biträden och undersköterskor skall hänföras till Övriga besök.
Sjukgymnastbesök	Alla besök där patienten möter och behandlas av sjukgymnast. Urskiljbara besök hos sjukgymnastbiträde förs under övriga besök.
Övriga besök	Alla besök hos alla övriga vårdgivarkategorier. OBS, provtagningar på laboratorium skall inte ingå. De utgör inte självständiga besök utan är en form av medicinsk service.

Fr.o.m. år 2001 skall landstingen redovisa den nationella statistiken till Landstingsförbundet, enligt en ny modell specificerad i "Verksamhetsindelning för landsting och regioner" (VI 2000). Dess indelning med betoning på verksamheter och inte organisation skiljer sig från tidigare synsätt. Frågan bör ställas på vilket sätt denna nya redovisning skall slå igenom i koncernrapporteringssystemet, där redovisningen bygger på organisation. Om man för den egna kontinuitetens skull inte vill göra några ändringar kan man fortsätta som tidigare.

Arbetsgruppen förutsätter att Landstingsförbundets indelning måste få genomslag och förordar att man gör en justering enligt huvuddragen i VI 2000 för att lyfta in och integrera detta tänkesätt i all rapportering från primärvårdsorganisationen och nämnderna. Huvudlinjen går då mellan primärvård och specialiserad vård för alla vårdgivarkategorier. Då primärvårdens verksamheter är mycket detaljerade i VI 2000 rekommenderas en förenkling för att inte öka antalet inrapporteringsrader till oöverblickbarhet.

VI 2000s beskrivning av olika verksamhetsformer anger inte i detalj hur man skall förfara med besök utförda av stödpersonal, som utför uppgifter på delegation från andra. Av deras registreringsblanketter framgår tydligt att man räknar med att flera olika vårdgivarkategorier kan ha besök i samtliga verksamhetsområden utom i allmänläkarvård, där endast läkarbesök kan registreras. Här förordas därför att stödpersonals (biträden, undersköterskor) besök räknas ihop med de delegerande. Det blir sålunda summa av besök inom verksamhetsområdena som fokuseras, inte besök knutna till vissa vårdgivarkategorier (frånsett särbehandlingen av läkarbesöken).

Regler för rapportering till Frango fr. o. m. 2003. Förslag.	
Rubrik i Frango	Regelverk
Primärvård	Här avses de verksamheter inom primärvårdens organisation, som enligt definitionen i Landstingsförbundets indelning VI 2000 utgör Primärvård.
Besök inom verksamhetsområdena allmänläkarvård, jourverksamhet, hemsjukvård och övrig primärvård hos läkare	Avser alla läkarbesök inom respektive verksamhetsområde. Besök hos underläkare (AT- och ST-läkare) och stafettläkare på sådan mottagning ingår också. Normalt är detta primärvårdens distriktsläkarmottagningar och jourmottagningar.
Besök inom verksamhetsområdena sjuksköterskevård, jourverksamhet, hemsjukvård och övrig primärvård hos sjuksköterska m.fl.	Alla besök hos sjuksköterska inom respektive verksamhetsområde. Som sjuksköterska räknas också distriktssköterska, barnmorska och eventuella andra kategorier, där sjuksköterskeutbildning är ett krav. OBS, urskiljbara besök hos biträden och undersköterskor, som sker på delegation från sjuksköterska, skall räknas hit.
Besök inom verksamhetsområdena mödrahälsovård och barnhälsovård hos läkare	Alla läkarbesök inom respektive verksamhetsområde oberoende av om det är hos primärvårds- eller annan specialistläkare.
Besök inom verksamhetsområdena mödrahälsovård och barnhälsovård hos sjuksköterska m.fl.	Alla besök hos sjuksköterska inom respektive verksamhetsområde. Som sjuksköterska räknas också distriktssköterska och barnmorska. Även besök hos kurator/psykolog inom BVC/MVC ingår. OBS Urskiljbara besök hos biträden och undersköterskor, som sker på delegation från sjuksköterska, skall räknas hit.
Besök inom verksamhetsområdet sjukgymnastik hos sjukgymnast m.fl.	Alla besök där patienten möter och behandlas av sjukgymnast. Urskiljbara besök hos sjukgymnastbiträde, som sker på delegation från sjukgymnast, skall räknas hit.
Övriga besök i primärvård	Alla övriga besök i primärvård hos alla övriga vårdgivarkategorier som inte ingår ovan. OBS, besök för provtagning för laboratorieanalys inkluderas inte.
Specialiserad vård	Här avses de verksamheter inom primärvårdens organisation, som enligt definitionen i Landstingsförbundets indelning VI 2000 utgör Specialiserad vård.
Läkarbesök i specialiserad vård	Avser alla läkarbesök inom de mottagningar där man bedriver specialiserad somatisk eller psykiatrisk mottagningsverksamhet. Besök hos underläkare (AT- och ST-läkare) och stafettläkare på sådan mottagning ingår också. OBS, eventuella hemsjukvårdsbesök ingår här, men skall särredovisas till Landstingsförbundet.
Övriga besök i specialiserad vård	Alla besök hos alla andra vårdgivarkategorier än läkare inom de mottagningar, där man bedriver specialiserad somatisk eller psykiatrisk mottagningsverksamhet. OBS, besök för provtagning för laboratorieanalys inkluderas inte.

Jämfört med nuvarande redovisning i regionens redovisningar innebär den förändrade indelningen oförändrat antal läkarbesök, medan besök för sjuksköterskevård kommer att vara fler än den tidigare redovisningen av sjuksköterskebesök. Övriga besök minskar i motsvarande mån, eftersom t.ex. undersköterskors och biträdens besök som sker på delegation, klassificeras som besök för sköterskevård. Koncernredovisningsystemet Frango innehåller då sådana data att de harmonierar med redovisningen till Landstingsförbundets statistik. Det kan synas vara en nackdel att redovisningen förändras så att jämförelse bakåt försvåras. Emellertid är det synnerligen oklart hur besök hos annan personal än sköterska redovisats tidigare, varför jämförbarheten av dessa data tidigare varit låg. I den regionala vårddatabasen skall dock som tidigare registreras vilken person som faktiskt utför prestationen oberoende av om det skett på delegation eller inte.

Effekt av blandning av produktions- och konsumtionsstatistik

Begreppet vårdkonsumtion beskriver den vård som erhållits med utgångspunkt ifrån det område invånarna bor, t ex kommun eller nämnd. (Rätteligen där invånarna är folkbokförda.). Begreppet vårdproduktion beskriver den vård som utförts med utgångspunkt från var vård-enheten är belägen.

Slutresultatet i redovisningarna i månadsrapporter och delårsbokslut är idag en blandning av produktions- och konsumtionsstatistik. Det beror på hur långt verksamheternas redovisning utvecklats. Vissa områden i regionen redovisar produktionsstatistik som konsumtionsstatistik. HSN i Göteborg och södra och mellersta Bohus har kommit mycket långt, när det gäller korrekt redovisning av konsumtion för sina invånare, oberoende av var den görs i regionen medan andra nämnder endast redovisar konsumtionen inom respektive nämndområde och inte i hela regionen.

Olikheterna i tillvägagångssätt leder till komplicerade konsekvenser, där det faktum att man kommit olika långt i prestationsredovisningen förstärker problemen. Således har göteborgarnas konsumtion inom Älvsborg och Bohus ingått i redovisningen av göteborgarnas konsumtion men inte deras konsumtion hos vårdgivare i Skaraborg. Det medför att göteborgarnas konsumtion till viss del redovisas dubbelt. Göteborgarnas konsumtion i Älvsborg redovisas under HSN 5 (Göteborg), men den redovisas även som konsumtion inom Älvsborg, eftersom de nämnderna använder produktionssiffror som konsumtion. Dessutom medför det att älvsborgarnas konsumtion i Göteborg försvinner, eftersom den varken redovisas inom Älvsborgs eller Göteborgs konsumtion.

Utvecklingen mot prestations- och listningsersättning gör att en prestation måste kunna hänföras till patientens hemort. Det är viktigt att respektive nämnd kan se var konsumtionen för deras invånare sker. Därför måste processen drivas mot att konsumtionsredovisningen förbättras och genomförs på ett likartat sätt inom regionen. En förutsättning är harmonisering av användandet av vårddatabasen och individbaserad registrering av all öppenvård i regionens vårddatabas.

Fr o m slutet av 2001 är dock nämndernas konsumtionsredovisning förbättrad och de har för första gången påbörjat redovisning av konsumtionen inom hela regionen.

Redovisning av produktion för icke-VGR patienter

Några primärvårdskanslier har hittills inte skilt på prestationer för personer från VGR och andra, vilket skall göras enligt instruktionerna. Ofta har man sagt att befintliga system/information inte gjort det möjligt. Samtidigt har en annan del av samma kansli eller förvaltning skrivit räkningar till andra landsting för utförd vård!

För primärvårdens del innebär tillkomsten av primärvårdens vårddatabas ett relativt enkelt instrument att få statistik uppdelad efter patientens adress. Formellt skall folkbokföringsadressen vid besökstillfället gälla. Olika uppdateringsintervall i journalprogrammets kopplingar till befolkningsregistret, dettas storlek och varierande utbildningsgrad hos användarna, gör att det finns en viss osäkerhet om den uppgivna eller datamässigt fångade adressen verkligen är folkbokföringsadressen vid besökstillfället. Denna osäkerhet är inte ny och bör på sikt hantearas som en övergripande strategisk fråga.

Som helhet betraktat, så sker det en snabb utveckling inom detta område. I den senaste rapporteringen har samtliga kanslier börjat att separat redovisa icke VGR patienter.

Rapporterat utfall är till en del en prognos

Den korta tiden mellan avsedd period och rapporteringstidpunkt, gör att en del av utfallet med nödvändighet är skattade uppgifter, på samma sätt som sker för den slutna vården. Inom den slutna vården görs skattningen av producenten. För primärvårdsuppgifter görs skattningen av primärvårds- respektive HSN-kanslierna. Skattningen är inte likartad vid återkommande redovisningstillfällen, utan förändras och görs efter behov. Skattning görs till exempel om det vid ett tillfälle saknas någon verksamhet i rapporteringen och det bedöms att tillförlitliga uppgifter inte går att få fram i tid. Det skulle inte vara möjligt att förse varje uppgift med en angivelse av osäkerhet eller grad av skattning. Detta förfaringssätt ger dock, rätt utfört, endast ett mindre totalt fel jämfört med andra felkällor. Mängden skattade uppgifter bör självfallet försökas minskas. Tillvägagångssättet för förbättring torde vara den fortsatta dialogen mellan uppgiftslämnare och insamlare och stabilitet i den administrativa organisationen.

Redovisning av jourcentralbesök

Jourcentral, som är primärvårdsverksamhet, kan ibland vara lokaliserad på sjukhus. Det gäller till exempel vid NÄL, Uddevalla sjukhus, Borås lasarett och Mölndals sjukhus. Statistikinsamlingen sker via sjukhusens IT system och rapporteras till regionens vårddatabas. Under 2001 noterades att inom HSN 1, 2 och 3 (norra Bohuslän, Dalsland och Trestad) saknades jourcentralbesök inom konsumtionsstatistiken, medan de däremot fanns med inom produktionsstatistiken. För vissa sjukhus finns dessa jourcentralbesök även redovisade i sjukhusens produktion.

Speciella områden – 4S

Det så kallade 4S projektet i Stenungssund är ett s.k. SOCSAM försök. Det innebär en finansiell och politisk samverkan mellan sjukförsäkring, sjukvård och socialtjänst (stat, kommun och region). 4S redovisar inte sina invånares konsumtion av vård på samma sätt som övriga hälso- och sjukvårdsnämnder gör. I rapporteringen under 2001 noterades att en orsak till den differens som fanns mellan produktions- och konsumtionsstatistik, var att 4S inte lyckats sammanställa sin konsumtionsstatistik, medan uppgifterna finns redovisat inom primärvårdens produktion. Det var alltså ett betydande bortfall på konsumtionssidan. Det finns etablerade rutiner för insamling av data till vårddatabasen från 4S-området, medan rutiner för sammanställning inom 4S inte är i paritet med de från övriga nämnder. Orsaken till problemet är bristande åtkomst till registrerade data i regionens vårddatabas och därmed möjlighet att göra de sammanställningar som behövs. Arbetsgruppens förslag är att 4S-kansliet bereds åtkomst till sina data och i väntan på det, ges hjälp med sammanställning av data. Ett sådant arbete har inletts under året i anslutning till de diskussioner som förts i gruppen. Sannolikt bör lösningen vara att automatiserade sammanställningar produceras utifrån vårddatabasen över konsumtionen av befolkningen i området. Övrig manuell sammanställning och bearbetning i enlighet med figuren på sidan 26 får göras av 4 S-kansliet.

Ersättningsystemen och kvalitet på prestationsredovisning

En ny ersättningsmodell kommer successivt att införas för primärvården under 2002. Den bygger på en uppdelning i dels kapitationsersättning, som utgår per listad person, dels besöks-

ersättning, som utgår med visst belopp för vissa besök/kontakter. För vissa uppgifter kan därtill en särskild ersättning utgå med fast summa. Avtalen skiljer sig åt i detaljer mellan olika nämnder och vårdgivare.

Generellt gäller att vårdgivaren skall dokumentera de kontakter han vill ha ersättning för genom en datafil, som visar patientidentitet, besökstyp, vårdgivarkategori, erlagd patientavgift samt orsak till utebliven avgift och eventuellt frikortsnummer.

För att administrera detta pågår uppbyggnad av ett läkarvals- och ersättningssystem. Det skall dels ta emot filen för att beräkna besöksersättningen, dels via filer utbyta information med vårdcentralerna om aktuell listningsstatus och inträffade förändringar. Det är listningsstatus vid månadsskifte, som räknas. Det medför att det är först vid den centrala körningen, som exakt ersättning till en vårdenhet kan beräknas.

Basen för filen för ersättningsberäkningarna skall vara samma som för filen till vårddatabasen, dvs bygga på journalregistreringar. Komplettering måste göras med data från kassamodulen för de besökstyper, där patientavgift skall utgå enligt gällande taxa, fastställd av regionfullmäktige. Observera att bara kontakter avseende sjukvård är aktuella för ersättning. Kontakter avseende övrig vård (hälsovård, intyg och liknande) ersätts i sin helhet via patientavgiften. Journal- och kassamoduler har ingen fast datakoppling i nuvarande system. För att tills vidare kunna koppla ihop dessa, används därför ett system som bygger på ett tillskapat kopplingsfält med vårdenhet, datum, personnummer, vårdgivarkategori och besökstyp som ingående komponenter. Inga dubletter inom dessa variabler är tillåtna.

För att korrigera för tidigare brister och framför allt för att kunna tillgodose de krav som det nya ersättningssystemet ställer, behöver nuvarande registreringar förändras och kompletteras. En obligatorisk miniminivå måste fastställas. Inom den, är det fritt till ytterligare detaljering, för den som så önskar, men alla måste kunna entydigt hänföra sina registreringar till denna miniminivå. Tyvärr har de nya kraven ökat komplexiteten avsevärt, varför det även på minsta nivå blir komplicerat nog.

Primärvården har tillsatt en särskild grupp för att leda och genomföra arbetet med att implementera nya registreringar och nya program för att ta fram data till de filer de nya systemen kräver.

När den nya ersättningsmodellen nu successivt införs, innebär det med all säkerhet också en bättre och mer tillförlitlig prestationsredovisning. Kravet på mätnoggrannhet ökar.

- Utförarna vill inte missa ersättning för faktiskt utförd prestation.
- Beställarna vill vara säkra på att inte betala för mycket.

Förändrade definitioner av läkarbesök

Tidigare har läkarbesök haft en vidare innebörd än idag. Idag skall besöket innefatta ett möte mellan läkare och patient, men tidigare kunde det innefatta annat läkararbete beträffande patient, såsom provtagning, telefonsamtal och brev. Definitionen är enhetlig från regionens bildande men införandet kan vara så långsamt att det försvårar jämförelser över tid.

Låsa eller uppgradera prestationsredovisningar

Syftet med rapportering av delårsbokslut och månadsrapporter är att delge regionfullmäktige och regionstyrelsen löpande information om regionens verksamhet, resultat och ekonomiska ställning som underlag för politiska beslut. Regionfullmäktige har i budgeten och flerårsplanen 2002-2004 betonat vikten av kostnadskontroll. Det anges i budgeten: "En nödvändig förutsättning för att arbetet med kostnadskontroll ska vara framgångsrikt är att system och rutiner för ekonomistyrning och uppföljning fungerar väl och stödjer arbetet".

Rapportering till regionstyrelsens kansli av ekonomiskt utfall, personalstatistik och prestationer m. m. sker ackumulerat i koncernrapporteringssystemet Frango. Det finns olika syften med redovisning av prestationer i t ex Frango och statistikdatabasen Vårddatabasen. Syftet med rapportering av prestationer i månadsrapporter och delårs-/årsbokslut är att regionstyrelsen/regionfullmäktige ska kunna följa prestationsutvecklingen, kopplat till den ekonomiska utvecklingen varje månad. De prestationer som redovisas ska avse samma period som det ekonomiska utfallet. Då ledtiderna är korta vid rapportering till regionstyrelsen/regionfullmäktige förekommer det eftersläpningar i prestationsredovisningen, varför en beräkning till viss del måste ske av prestationsutfallet, på samma sätt som en periodisering eller beräkning sker av det ekonomiska utfallet.

De korta ledtiderna innebär att många uppgifter ska rapporteras samtidigt i Frango, vilket kan förorsaka ytterligare tidsproblem för förvaltningarna. För att underlätta vid inrapporteringen finns fr o m 2002 olika aktualiteter upplagda i Frango, för att samtidigt kunna rapportera såväl ekonomiskt utfall som prestationer. Även personaluppgifterna rapporteras på egen aktualitet.

Prestationsuppgifter som hämtas i Frango uppdateras inte, utan visar bedömt prestationsutfall vid respektive tidpunkt, p g a kopplingen till den ekonomiska redovisningen, medan t ex uppgifterna i Vårddatabasen uppdateras kontinuerligt. Vid användandet av prestationsuppgifter ur t ex Frango eller Vårddatabasen bör det anges vilken källa som används.

Därför kommer det med nödvändighet att alltid vara så att det förekommer olika uppgifter, beroende på i vilket sammanhang uppgifterna redovisas.

Ledtider och rapporteringsintervall

Vanor och erfarenhet ger en god kvalitet på rapporteringen. Idag är arbetet med rapporteringen personbunden vilket medför att den är mycket sårbar vid frånvaro, som semester och annan ledighet. Tidspressen är en annan faktor, som vid lägre frekvens på rapportering, skulle skapa möjligheter att reflektera över materialet som sammanställs.

Tidigare i framställningen har vi visat att tiden för bearbetning och analys av data är mycket kort. Det gör att det kan uppstå osäkerhet om okommenterade datas tillförlitlighet, vilket har lett till tidskrävande förklarande extraarbete mellan de ordinarie rapporteringstillfällena som tar tid från det ordinarie arbetet. Korta ledtider och frekvent rapportering av prestationer kan således vara mycket resurskrävande, vilket måste ställas mot det mervärde som en snabb och osäkrare rapportering medför i motsats till en långsammare och säkrare. I bedömningen måste också vägas in vilka snabba konsekvenser en prestationsförändring har i praktiken. Arbetsgruppen föreslår att den komplicerade sammanvägningen av de motstående intressen som

finns i detta avseende och de vinster som kan uppnås genom något mindre aktualitet i rapporteringen bör hanteras inom ramen för det så kallade ledtidsprojektet ”projekt – ökad kvalitet och mer tid för analys – bokslutsarbetet i Västra Götaland”.

Övrigt, direkta fel, misstag

Vi har identifierat tillfällena när produktion fallit bort i redovisningen. Sådant kan röra sig om tillfälliga misstag eller att missförstånd uppstår om vem som skall rapportera. Det är förstås omöjligt att helt förhindra sådana fel, med tanke på det komplicerade åtagande det är att sammanställa en så stor mängd uppgifter, men direkta fel och misstag måste förstås vara så få som möjligt. Det är uppenbart att felfinnande underlättas av stabila arbetsförhållanden och kontinuitet i relationen mellan uppgiftslämnare och mottagare. Det finns också en betydande förbättringspotential genom den fortgående automatiseringen av datainhämtandet med minskning av den manuella hanteringen.

Arbetsgrupper och projekt med betydelse för tillförlitlighet i rapporter

Primärvårdens databas och verktyg för åtkomst av data

För sin egen uppföljning och för att kunna få underlag för rapporter till olika överordnade organ har primärvården byggt en egen vårddatabas (UPVdb, uttytt Uppföljning, Primärvård via databas). Den skall innehålla individrelaterade, men avidentifierade data med journalen som grund. Tills vidare ingår Skaraborg med data ur deras kassasystem. Beslut har fattats, att under hösten 2002 komplettera med en funktion, för att sammanställa, även de kompletterande manuellt insamlade och aggregerade data, som behövs för en komplett bild av primärvårdsförvaltningens produktion.

Data görs tillgängliga för vårdenheter och kanslier via ett särskilt webbaserat dataverktyg, WebDiver, som tillåter användarna att på egen hand sammanställa och "djupdyka" i materialet.

Se även sidan 29. Datasystem för inhämtande av produktionsstatistik.

Kontinuerligt kvalitetsarbete

Det förekommer en mängd kontakter mellan producenter och de som samlar in och bearbetar vårddata som exemplifierats under avsnittet om sjukhusens data. Detta nuvarande projekt kan sägas vara en sådan aktivitet. En väsentlig del av det pågående projektet är, förutom de slutsatser och rekommendationer som dras, att personer som arbetar med dessa frågor kommer samman och diskuterar problem. Det kan till en del ha bidragit till den förbättring av precisionen i redovisningar som ses. Differensen mellan produktions- och konsumtionsredovisningen blir allt mindre, vilket åskådliggörs i tabellen nedan.

	Differens antal besök	Differens %
Augustirapporten 2001	268 353	9,7
Oktoberrapporten 2001	200 000	5,7
Årsredovisningen 2001	60 000	1,4

Begrepp och termer

I regionen pågår ett regionövergripande terminologiarbete genom arbetsgruppen för begrepp och termer för uppföljning av hälso- och sjukvårdens verksamhet och ekonomi (B&T). Det arbetet beskrivs på sidan 19.

Den regionala vårddatabasen

Bakgrund och syfte

Det finns en lång tradition i västsverige att samla in data om sjukhusens slutenvård. Det har lett till att det skapats en västsvensk DRG-databas av hög kvalitet. På hälso- och sjukvårdsdirektörens uppdrag startades 1999 ett projekt för att skapa en regional vårddatabas med bredare inriktning. Utgångspunkt för arbetet var den bild som framkommit av hur olika de tidigare sjukvårdshuvudmännens lösningar var för insamling, lagring och uttag/rapportering av vård-data och vilka svårigheter detta skulle innebära i ett regionperspektiv. Det fanns också helt 'vita fläckar', dvs verksamheter som inte hade någon insamling på datamedia.

Inriktningen för det arbete som startades upp blev att skapa en samlad databas som tillgodoser beställarorganisationens tillgång till vårddata. Databasen skall utgöra källa för rapportering av vårdkonsumtion och för beskrivning av befolkningens hälsa, utgöra underlag för beställningar av vård och för uppföljning av avtal samt för olika slags specialanalyser.

Detta innebär att databasen bl.a. kan utgöra källa för den rapporteringen av vårdkonsumtion som diskuteras i denna rapport. Med de uppgifter det bestämdes att databasen skulle innehålla utgör den samtidigt en källa för fördjupade analyser av invånarnas vårdkonsumtion. Det kan avse vårdkonsumtion kopplat till vissa sjukdomar/diagnoser eller till vissa operationer/åtgärder. Det skapas också möjlighet att studera vårdkedjor i form av patientgruppers vård inom såväl slutet som öppen sjukhusvård, primärvård och hos privata specialister. Detta möjliggörs genom att all data är individbaserad och att varje individ hela tiden har samma identifikation i form av ett krypterat personnummer.

Det var från början aldrig något uttalat mål att databasen skulle användas för produktionsstatistik men med den utveckling som blivit låter det sig likväl göras, med något undantag.

Datainsamling

Datainsamlingen till databasen omfattar data från regionens samtliga sjukhus, den offentliga primärvården i regionen, från andra sjukvårdshuvudmän köpt vård samt privat specialiserad vård.

Från regionens sjukhus finns data om all produktion vid sjukhusen, dvs även om vård avseende icke Västra Götalänningar. Undantag är Skaraborgs sjukhus som endast levererar data avseende vården för invånare i Västra Götaland.

Data från den offentliga primärvården omfattar hela produktionen, vilket även gäller de privata specialisterna från PLEX-systemet. Primärvårdens data levereras från primärvårdens gemensamma uppföljningssystem, UPVdb vilket ännu inte gäller för Skaraborg.

Från andra sjukvårdshuvudmän köpt vård omfattar förutom vård hos huvudmannens egna utförare även vård hos alla vårdgivare med vilka huvudmannen har avtal.

Data avseende privat primärvård i regionen finns i nuläget inte med i databasen. Aktiviteter pågår för att tillföra denna data till databasen och det kommer att vara löst inom en snar framtid.

Data från privata vårdgivare med egna avtal finns i viss utsträckning med i databasen. Även här pågår aktiviteter för att tillföra den data som saknas. Det handlar både om att få vårdgivarna att leverera data i rätt form som att ta hand om den data som levereras och läsa in den i databasen.

Målet är att databasen skall innehålla data om all vård för invånarna i Västra Götaland samt all produktion av vård hos de egna utförarna. När detta uppnåtts kan databasen utgöra ensam källa för all rapportering av vårdkonsumtion och dagens mer eller mindre komplicerade sammanställning av data från olika filer samt från pappersunderlag kan upphöra.

I databasen finns data för åren 2000, 2001 samt 2002.

Utveckling, lösning på kort och lång sikt

Utvecklingen av vårddatabasen har skett i två steg. Det första steget, den s.k. kortsiktiga lösningen, fokuserade på datainsamling – att få igång regelbundna leveranser av data med hög kvalitet. Det har medfört att det nu finns vårddata av förhållandevis god kvalitet och med god aktualitet. Endast små insatser gjordes avseende tekniska lösningar för åtkomst av data, vilket inneburit att endast en mindre krets av användare har kunnat utnyttja den data som funnits tillgänglig.

Den långsiktiga lösningen, som nu befinner sig i en införandefas, innebär att en teknisk lösning skapas (Data Warehouse) som förenklar användandet högst väsentligt. Moderna verktyg för åtkomst och sökning av data i databasen införs. Detta möjliggör användning av databasen för en betydligt bredare krets. Det är också först nu som all data ligger samlad i en gemensam databas med de möjlighet till sökning över områden (t.ex. sjukhus och primärvård) och tid (flera år) som detta möjliggör.

Under arbetet med att få igång leveranser av data har projektgruppen haft en kontinuerlig dialog med utförarna i syfte att höja kvaliteten i den data som levereras samt för att åstadkomma största möjliga likriktning i innehållet. Detta gäller såväl data från sjukhusen som från primärvård och privata vårdgivare.

Pågående aktiviteter

Aktuella arbetsområden i projektet just nu är bl.a. att slutföra verifieringen av databaslösningen i form av innehåll i databasen och funktion, att komplettera databasen med data från de utförare som ännu inte finns med och att föra ut användandet till de grupper/personer som skall ha, men ännu inte fått, tillgång till databasen.

Det finns därutöver en rad punkter som avser förslag till vidareutveckling och förbättringar av lösningen. Behov av vidareutveckling uppstår också genom andra projekt som pågår eller

startas upp, t. ex. Basis-projektet för produktbeskrivning, ersättningsmodell och uppföljning av den öppna vården vid sjukhusen.

Ledtidsprojektet

Vid ekonomiavdelningen, regionstyrelsens kansli pågår det så kallade ledtidsprojektet. Projektets övergripande målsättning är ”Med ökad kvalitet och mer tid för analys”. Arbetet avser att resultera i flera effekter där det exempelvis pekats på:

- Att implementera förändrade redovisningsprinciper
- Att skapa underlag för benchmarking
- Att eliminera och/eller effektivisera processer och arbetssätt
- Att få underlag för diskussion av förbättrat systemstöd
- Att förbättra rutiner och processer för framtagande av års/delårs/månadsbokslut/uppföljning

En pilotstudie av förankringsprocessen har genomförts och projektet befinner sig i en analysdel med nulägesanalys.

Styrgruppen för primärvårdens prestationsredovisning

Primärvårdsledningen beslutade i januari att inrätta en styrgrupp för att leda arbetet med att utveckla och förbättra primärvårdens produktionsredovisning. Den har representanter från de fem primärvårdsområdena utöver representanter från primärvårdsledningen. Dess första uppgift har varit att utarbeta ett förslag till registrering för primärvårdens produktionsuppföljning, avseende patientrelaterad verksamhet. Det innehåller definitioner och regelverk, avsedda att vara gemensamma inom hela primärvården och oberoende av det underliggande datorsystemet. Arbetet skall också klargöra de rutiner och processer som används vid sammanställning av data till olika intressenter, bl.a. Frango.

Slutsatser och förslag från arbetsgruppen

Arbetsgruppen konstaterar att det pågår en mängd parallella aktiviteter som samverkar till allt bättre tillförlitlighet av rapporter om prestationer. Utvecklingen är snabb och medan detta projektet fortgått har en betydande förbättring skett. Arbetet har inneburit bland annat en beskrivning av de pågående aktiviteterna.

Slutsatser och förslag om redovisning av sjukhusdata

Sjukhusens öppenvård

Det finns betydande skillnader i hur den sjukhusanknutna öppna vården redovisas vid de olika sjukhusen. Denna skillnad beror på skilda traditioner vilket försvårar jämförelser inom och utom regionen. Detta har uppmärksammats sedan tidigare och det pågår ett projekt, "BESIS", som utvecklar ett nytt beskrivningssystem för denna vård. Projektet befinner sig nu i början av genomförandefasen. När det är infört kommer det att ha en avgörande betydelse för tillförlitlighet och jämförbarhet av prestationsredovisningar. Arbetsgruppen föreslår därför att

- Utvecklingen av kvaliteten i redovisning av den sjukhusanknutna öppna vården får utvecklas vidare framförallt efter att erfarenheter vunnits av BESIS.

Arbetsgruppen vill dock ändå lämna förslag till förändringar redan på detta stadium som innebär harmonisering av de största olikheterna i redovisningen av öppenvårdsprestationer. För utförligare motivering avseende punkt tre hänvisas till bilaga 3. Arbetsgruppen föreslår att dessa ändringar införes från årsskiftet 2003-2004 för att kunna beaktas i arbetet med avtal för sjukhusen och föreslår att hälso- och sjukvårdsstyrelsen beslutar att

- Besök på en sjukhusmottagning som leder till inskrivning på sjukhus skall registreras i regionens vårddatabas men inte redovisas som en särskild prestation eller vara ersättningsgrundande i överenskommelser om vård eller anges i fakturering, utan prestationen skall anses vara en del av det samtidiga vårdtillfället.
- Dialys alltid klassificeras som sjuksköterskebesök, även om det sker på läkarordination och ibland fordrar läkarmedverkan.
- Besök som enbart syftar till blodprov för kontroll och ordination av antikoagulationsbehandling inte redovisas som ett öppenvårdsbesök eller är grund för ersättning till sjukhusen.
- Primärvårds- eller jourcentralbesök på sjukhus, skall snarast, redovisas som en prestation inom primärvården och inte som en prestation för sjukhuset

Sjukhusvårdtillfällen

Redovisningen av prestationsuppgifter som rör den slutna vården håller som regel god kvalitet. Det finns dock några områden som identifierats, som innehåller otydligheter i regelverk eller tillämpningar.

Rapporteringen av prestationer från regionen till Socialstyrelsen och andra nationella intressenter bör ske enligt gällande definitioner för att därmed harmonieras med data från sjukhus i övrigt i Sverige. Det är väsentligt att den betydande volymen prestationer i regionen ställs till förfogande för nationella jämförelser. Det är därför arbetsgruppens uppfattning att rapporteringen av vårdtillfällen måste ske enligt gällande definition. Därför föreslås att hälso- och sjukvårdsstyrelsen beslutar att

- Såväl vårdtillfällen som sjukhusvårdtillfällen tas omhand på regional nivå för analysändamål.
- Att rapportering av vårdtillfällen till den nationella statistiken så snart som möjligt anpassas till den gemensamma nationella definitionen
- Att arbetsgruppen för begrepp och termer ger förslag till terminologi beträffande olika typer av vårdtillfällen.

I den löpande sammanställningen och uppföljningen av prestationer samt ekonomiskt utfall bör i första hand ersättningsgrundande vårdtillfällen redovisas.

Diagnossättning

Erfarenhet från andra håll visar att det är vanligt med felaktiga diagnoser i den slutna vården. VGR har under 2001 avsatt medel för att påbörja granskning av journaler för att följa upp hur diagnossättningen sker vid olika sjukhus och verksamheter. Som en förberedelse till denna skall MEKUS ta fram en plan för hur journalgranskning skall genomföras och dokumenteras. Arbetsgruppen ställer sig bakom detta initiativ.

Avgränsning öppen/sluten vård

Såväl den nationella som den regionala definitionen av vårdtillfälle saknar en tidsmässig avgränsning av vilken vård som skall hänföras till slutna eller öppna vård. I t.ex. Stockholms läns landsting tillämpas dock regeln att slutna vård gäller ett vårdförlopp som påbörjats med avsikten att vården skall pågå mer än ett dygn. Motsvarande definition saknas i VGR. Arbetsgruppen anser att det finns ett behov av att definitionen av vårdtillfälle förtydligas för att minska skillnaderna i redovisning mellan sjukhusen.

Arbetsgruppen för begrepp och termer i regionen har redan tidigare identifierat problemet och föreslagit att det till definitionen av ett vårdtillfälle skall fogas en avgränsning i tiden som innebär att slutna vård skall vara ett vårdförlopp med avsikt att pågå mer än 12 timmar och med överskridande av dygnsgräns. Definitionen innehåller en otydlighet i att det delvis är en *avsikt* som styr klassificeringen. Det finns skäl till detta eftersom det till exempel kan vara så att en patient avlider efter mindre än ett dygns vård trots mycket resurskrävande diagnostik och behandling. I detta skede måste avsikten styra snarare än en exakt tidsgräns för att tillförsäkra sjukhuset tillräcklig ersättning. På samma sätt kan misstanke om en allvarlig sjukdom leda till betydande resursanvändning vilket kan leda till att patienten friskförklaras redan samma dag. Även i detta fall bör avsikten leda till klassificering som slutenvård för att leda till korrekt ersättning. Dessa kostnadskrävande insatser klassas med den föreslagna definitionen som slutenvård. I Stockholms läns landsting används definitionen ”avsikt att pågå mer än 24 timmar” vilket vi menar inte fångar de patienter som inkommer på eftermiddagen och utskrivs påföljande förmiddag efter utredning och övervakning.

Arbetsgruppen ställer sig bakom förslaget från arbetsgruppen för begrepp och termer och föreslår att hälso- och sjukvårdsstyrelsen beslutar att

- Den av arbetsgruppen för begrepp och termer föreslagna definitionen bör genomföras vid årsskiftet 2003-2004.

Slutsatser och förslag från arbetsgruppen avseende privat- och primärvårdsdata

Insamlandet av data om prestationer från primärvården är en process som förändras kontinuerligt. Flera förändringar har skett sedan detta projekt föreslogs, vilket redovisats. Det finns också flera pågående projekt som övervakar och påverkar kvaliteten i redovisningen från primärvård, främst inom primärvårdsorganisationen själv. Vi har visat att den tillförlitligheten ökat avsevärt vilket visat sig genom att skillnaden mellan redovisning av produktion och konsumtion av primärvårdsbesök minskat påtagligt.

Arbetsgruppen har konstaterat att sammanställning av uppgifter om konsumtion för HSN område av privat och primärvård är en komplicerad process som innebär insamlande och bearbetning av data från många källor där många steg är manuella för vilka det fordras ingående kunskap och träning. Arbetet är dock så omfattande att det med nuvarande arbetssätt inte är möjligt att kanslierna sinsemellan utbyter så fullständig information att en helt korrekt bild kan uppnås av privat och primärvårdskonsumtionen per HSN-område.

Arbetsgruppen konstaterar att en förutsättning för att kvalitet och tillförlitlighet skall kunna bibehållas på en jämn och hög nivå utan att vara starkt personbunden är att den regiongemensamma vårddatabasen färdigställs och att den utvecklas mot att omfatta all vård.

Tillämpning av gemensamma definitioner

Olika tillämpning av definitioner svarar för den största delen av de felaktigheter som observerats avseende primärvårdsdata. Arbetsgruppen har utarbetat förtydligande av riktlinjer för klassificering av primärvårdsprestationer som vidarebefordrats för omgående tillämpning under år 2002.

Vidare är det i likhet med vad som gäller data för den slutna vården väsentligt att förändringar i nationella regelverk får genomslag i det regionala arbetssättet. Därför har arbetsgruppen utarbetat riktlinjer för klassificering av prestationer som innebär en tillämpning av Landstingsförbundets nya verksamhetsindelning (VI 2000).

Arbetsgruppen föreslår att hälso- och sjukvårdsstyrelsen beslutar att

- den föreslagna anpassningen till Landstingsförbundets verksamhetsindelning antas för tillämpning från och med år 2003.

SOCSAM-området 4 S

Kansliet för vården i 4S bör snarast ges möjlighet att ta del av sammanställningar av den egna vårdkonsumtionen. Kansliet, kan inte ges åtkomst till vårddatabasen, som hanteras inom regionens intranät. Därför föreslår arbetsgruppen att regionen förser 4-S kansliet med en stående rapportering av de konsumtionsuppgifter de behöver från regionens vårddatabas om 4-S kansliet så begär.

Slutsatser och förslag, övergripande synpunkter

Regional kompetens för statistik, analys och ersättningsfrågor

Hur inhämtandet och redovisning av data sker är en dynamisk process där synpunkter från beställar-utförarorganisationen sammanvägs med ägarorganisationens behov av data och utförarnas förmåga att leverera uppgifter. Insamlandet kan därmed gradvis anpassas till situationen. Styrkan med arbetssättet är att det uppnås konsensus mellan alla parter om hur redovisning skall ske. Nackdelen är att regelverket kan bli ett diffust lapptäcke och att olika variationer av ett regelverk kan tillämpas av olika enheter. Det finns risk att ett regelverk kan uppfattas som en rekommendation snarare än ett regelverk.

I Stockholms läns landsting är regler för redovisning tydligare reglerade. För år 2002 finns t.ex. ”regelverk – slutenvård för akutsomatik och geriatrik” utfärdade av Landstingskontoret/vårdersättning 2002-01-01 (tillgängligt på internet). I regelverket konstateras vilka variabler som är obligatoriska att registrera och hur det skall ske. Så finns t.ex. ”regler för avgränsning av vårdtillfälle” som förtydligar gränsen mellan öppen och slutenvård.

Var faktiska regionala beslut om regler avseende vårddata har sin naturliga hemvist är otydligt. I andra sammanhang, bland annat av MEKUS-gruppen, har framförts att kompetens i klassificerings- och ersättningsfrågor bör samlas i en oberoende funktion och ges tydligare ansvar för skapande och övervakning av system för beskrivningar, som är underlag för ersättningar och redovisning av prestationer och därmed besläktade frågor.

Arbetsgruppen har också uppfattningen att likartade funktioner inom området bör ha en ökad samverkan där ett sätt kan vara att kompetens sammanförs i en ny organisatorisk enhet. Det kan gälla områden såsom klassificeringssystem, system för ersättning, produktionsstatistikens utveckling mot enhetlighet. En sådan samlad kompetens kan även ta ett ansvar för att det skapas ett regelverk samt meningsfullhet, enhetlighet och kvalitet i de prestationsuppgifter som insamlas samt kunna genomföra analys av sjukvårdens verksamhetsuppgifter.

Arbetsgruppen föreslår att

- Dessa synpunkter hänskjuts till den översyn som pågår av den centrala administrationen i regionen.

Skattningar av prestationer

I de flesta uppgifter under löpande verksamhetsår ingår någon form av skattning. Även de mest betydelsefulla uppgifterna innehåller i viss mån inte bara verkligt utfall utan även en bedömd del. Skattningar kan ske rutinmässigt för de senast utförda prestationerna men även ske på ett icke förutsägbart sätt för att ge kompletta redovisningar när det uppstår problem med dataleveranser från en vårdgivare. Det är inte praktiskt möjligt att ange när skattningar har använts utan det torde vara underförstått att skattningar används under löpande verksamhetsår. Däremot bör sådan skattning alltid anges som gör uppgiften osäker och som läsaren inte lätt kan inse.

Skattningar av sjukhusens prestationer sker på ett mer förutsägbart sätt och är en nödvändig effekt av den korta tiden mellan prestation och rapportering. Dessa skattningar har haft så god kvalitet att de inte bedömts vara något problem. Det finns ändå skäl att sträva efter att skattningarna skall omfatta så små volymer som möjligt. Arbetsgruppen föreslår att:

- Frågan om skattningarnas storlek uppmärksammas i dialogen mellan beställare och utförare.

Ledtider och rapporteringsintervall

Ledtider har en avgörande betydelse för tillförlitligheten av uppgifter om prestationer. Det finns en oundviklig målkonflikt mellan önskemålet om snabb rapportering och tillförlitligheten av data. För sjukhusdata så medför kortare ledtider framförallt otillräcklig tid för analys och förklaring av avvikelser medan för primärvårdsdata, som insamlas från en stor mängd källor, tillkommer dessutom försämrad möjlighet att korrigera uppenbara felaktigheter i data.

Arbetsgruppen föreslår att:

- den komplicerade avvägningen mellan hög aktualitet av prestationsuppgifter och de effekter detta har på kvaliteten av uppgifter som bland annat belysts i detta arbete bör hanteras inom ramen för det så kallade ledtidsprojektet ”projekt – ökad kvalitet och mer tid för analys – bokslutsarbetet i Västra Götaland”.

Källhänvisning

Arbetsgruppen konstaterar att angivande av definition och källhänvisning kan och bör anges i högre utsträckning än idag. Vid sammanställningar av data bör källa anges i så hög utsträckning, som det är praktisk möjligt. Det är dock inte möjligt att avge någon tydlig rekommendation i vilka sammanhang det behövs eller inte. Ett sammanhang där källhänvisning ofta tillför mervärde är om uppgiften är en sammanställning från en från utförarna levererad datafil.

Uppdatering av data

Arbetsgruppen har konstaterat att uppdateringar, korrigeringar i efterhand, av data kan ge besvärande jämförelseproblem, när uppdaterade data jämförs med nyare inte lika kompletta data, vilket är lätt att förbise om ambitionen är att ge så korrekta data som möjligt. Korrigeringar i efterhand måste därför alltid anges när det påverkar en jämförelse mellan äldre och aktuella värden.