

Uppföljning av målrelaterad ersättning i sjukhusvård och primärvård 2008

1. Bakgrund

Regionens ersättningsmodeller måste kontinuerligt utvecklas så att de i ökande grad uppfyller målen för hälso- och sjukvården som de uttrycks i hälso- och sjukvårdslagen samt i de politiska beslut som fattas i Västra Götalandsregionen. Regionfullmäktige fastställde 2005 och 2006 två rapporter att ligga till grund för det kontinuerliga utvecklingsarbetet av en regiongemensam Ersättningsmodell för Sjukhusvård, vilken tillämpas vid samtliga sjukhus. Regionfullmäktige har även fattat beslut om Ersättningsmodell för Psykiatri samt om en regiongemensam ersättningsmodell för primärvård. Målrelaterad, eller målstyrd, ersättning infördes som en ny komponent i ersättningsmodellerna genom nämnda beslut. Denna ersättningsform syftar till att understödja att vårdgivaren arbetar mot utvalda mål.

Hittills har målrelaterad ersättning utgjort en mycket liten del av den totala ersättningssumman. Hälso- och sjukvårdsutskottet beslutade i december 2007 att ställa sig bakom en rapport om utveckling av den målrelaterade ersättningen och föreslog samtidigt regionstyrelsen att besluta att den målrelaterade ersättningens andel av totalersättningen successivt höjs fram till år 2010 till minst 3 procent av den totala ersättningen. En del av innehållet i den målrelaterade ersättningskomponenten kommer med stor sannolikhet att vara regionalt enhetlig, bland annat på grund av att den förutsätter tillgång till adekvata informationssystem och säkra databaser som ger tillgång till aktuella data.

De mål som gäller för det regionövergripande arbetet med ersättningsmodeller är att dessa ska styra på ett sådant sätt att de verkar för rätt kvalitet, god tillgänglighet, bra bemötande och valfrihet. Struktur- och verksamhetsutveckling samt utveckling av närsjukvård ska stödjas. Om detta inte är möjligt ska systemet åtminstone inte hindra eller motverka önskvärda förändringar. Styrningen av hälso- och sjukvården kan förbättras bland annat genom att kvalitets- och patientsäkerhetsfrågorna får ökad uppmärksamhet. Målrelaterad ersättning är inte ensam en tillräcklig faktor för att åstadkomma detta. Den omgivande miljön måste stödja inriktningen, exempelvis genom offentlig rapportering och utbildning.

2. Uppdrag

Uppföljning av hur regionens ersättningsmodeller utvecklas behöver ske kontinuerligt. I uppföljningen ska ingå en bedömning av om tillämpningen medför att de målsättningar som angivits uppfylls. De övergripande målen är rätt kvalitet, god tillgänglighet, bra bemötande och valfrihet. Ersättningsmodellerna ska dessutom stödja, eller åtminstone inte motverka, struktur- och verksamhetsutveckling samt utveckling av närsjukvård.

Inom ramen för detta uppdrag ska uppföljningen fokuseras på hur målrelaterad ersättning använts i överenskommelser och avtal, bland annat hur stor andel av den totala ersättningen som utgörs av målrelaterad ersättning samt till vilka mål och målnivåer ersättningen kopplats. Om möjligt bör även effekter av ersättningsformens införande belysas.

Uppdraget innebär att;

- Formulera en enkät med ett mindre antal frågor, vilken skickas ut för att besvaras av regionens fyra beställarkanslier, fem primärvårdsområden och samtliga sjukhus.
- Bearbeta och analysera svaren.
- Beskriva hur målrelaterad ersättning använts i överenskommelser och avtal avseende sjukhusvård och primärvård 2008 samt vilka likheter och skillnader som finns inom regionen.
- Om möjligt belysa effekter av ersättningsformens införande.

Arbetet, i form av planering, analys och sammanställande av föreliggande tjänsteutlåtande, har genomförts inom regionkansliet. Var och en av berörda förvaltningar, det vill säga de fyra hälso- och sjukvårdskanslierna, fem primärvårdsområden och samtliga sjukhus, har utsett en kontaktperson, som varit mottagare av den enkät som skickats ut. Kontaktpersonerna framgår av de enkäter som redovisas i bilagor 1 och 2.

3. Överväganden

Uppföljningen visar att målrelaterad ersättning kopplats till en flora av mål i de överenskommelser som tecknats avseende vård vid vårdcentraler och sjukhus i Västra Götalandsregionen 2008. Flertalet av de mål som använts förekommer dessutom endast i överenskommelse med en vårdgivare. Olikheter har uppkommit när parterna valt olika indikatorer, trots att man synbart utgått från likartade mål, men också när man i olika områden valt att prioritera olika mål för just denna form av styrning.

Det kan vara på sin plats att upprepa några av de rekommendationer som ges i en rapport om målrelaterad ersättning som godkändes av hälso- och sjukvårdsutskottet i slutet av år 2007. Rapporten fokuserar i första hand frågan hur man ska koppla ersättningssystemet till strävanden att förbättra patientsäkerhet samt medicinsk och patientupplevd kvalitet, men de rekommendationer som anges kan mycket väl avse målrelaterad ersättning generellt. Eftersom rapporten blev klar först efter det att förhandling av överenskommelser för 2008 hade slutförts kan antas att innehållet haft marginell påverkan på den utveckling av målrelaterad ersättning som redovisas i föreliggande rapport. Den har däremot använts som en viktig utgångspunkt i bedömningen och för de synpunkter som framförs.

”Det är bättre att successivt bygga upp ett stabilt system än att tvingas till reträtt en eller flera gånger. Arbetsgruppen förordar därför att beställare och utförare ... initialt *väljer ut ett fåtal*

indikatorer som ska utgöra grunden för ekonomisk ersättning. Det *krävs kontinuitet och ut-hållighet*, samma indikatorer bör användas under flera år. I första hand ska parterna välja bland de indikatorer som finns i den regionala indikatorförteckningen. Om förteckningen saknar lämplig indikator kan parterna komma överens om en lokalt framtagen indikator.”

”Oavsett detaljutformning bör den målrelaterade ersättningen premiera dels utförare som uppnår en fastställd grundnivå och dels utförare med en redan hög kvalitetsnivå.”

”För att en indikator ska kunna användas som ersättningsgrund fordras också att både utförare och beställare ska kunna få fram uppgifter om utfallet under avtalsåret. Informationssystem, som ger tillgång till *aktuella* data, måste därför byggas upp.

Om indikatorutfallet endast kan avläsas en gång per år uppträder flera olägenheter:

- Det interna kvalitetsarbetet saknar uppgifter som ger feed-back
- Inaktuella uppgifter kan medföra att ersättningen kopplas till redan passerade målnivåer; ersättningen innehåller därmed inte kvalitetsincitamentet som svarar mot dagens situation
- Utan aktuella indikatorresultat kan verksamheten inte värdera sannolikheten för att målnivån kan uppnås. Det blir då omöjligt att göra ekonomiska prognoser, vilket kan leda till stora problem om den målrelaterade ersättningen utgör en relativt stor del av totalersättningen.”

Den uppföljning som nu genomförts av hur målrelaterad ersättning har tillämpats i överenskommelser avseende vårdcentral- och sjukhusvård 2008 sammanfattas nedan. Det är i huvudsak denna del av ersättningsmodellerna som kan användas för styrning mot de mål politikerna väljer att fokusera, i de fall då det ekonomiska styrmedlet bedöms lämpligt. Det kan också utläsas i enkätsvaren att införande av ersättningsformen är en bidragande faktor till att fokuseringen på kvalitetsarbete, och då framförallt på registrering i kvalitetsregister, ökat. Flera påpekar att det är viktigt att komma ihåg att ekonomi är ett av flera tillgängliga styrmedel och att det finns andra som ger god effekt. Några påpekar också att det är viktigt att välja indikatorerna med omsorg, då styreffekten är avsevärd. Då flera av regionens utförare redovisar underskott eller fått kämpa hårt för en ekonomi i balans är de ofta beroende av att nå de mål som ger målrelaterad ersättning. Detta skulle kunna medföra att utföraren satsar en oproportionerligt stor del av sina resurser för att uppfylla målen, vilket gör att andra viktiga delar av vården kan bli eftersatta. Vi har emellertid ännu inte sett några tecken på att så skett.

Sammanställningen väcker dessutom ytterligare ett antal funderingar, bland annat:

- I den rapport som HSU ställde sig bakom i december 2007 anges att man bör använda ”ett begränsat antal” mått. Vad betyder det? Hur många är det?
- I den rapport som HSU ställde sig bakom i december 2007 anges att det är viktigt att det finns adekvata informationssystem där uppgifter om utvecklingen kan hämtas löpande. Det är osannolikt att detta finns för samtliga använda indikatorer.
- Hur mycket av de olikheter som beskrivs nedan beror på reella skillnader i förutsättningar och vad beror på bristande samarbete och kommunikation?

Det är viktigt att komma ihåg att utvecklingen av den målrelaterade ersättningen fortfarande är i sin linda. Det kan inte förväntas att den optimala konstruktionen finns på plats direkt. De olikheter som uppmärksammas i det följande förklaras sannolikt till viss del av ett sökande i utvecklingsfasen. Vid de muntliga avstämningar som genomförts efter sammanställning av uppföljningsresultatet har flera inblandade aktörer framfört att det nu är dags att ta initiativ för bättre regional samordning i frågan. Många menar att det vore önskvärt med en fast grund att

stå på, med ett antal regiongemensamma indikatorer och måltal. Dessa bör då fokusera också andra frågor än medicinsk kvalitet. Det påpekas att det är viktigt att det också finns möjlighet att komplettera med ett fåtal lokala indikatorer och måltal, bland annat i de fall då det finns tydliga brister som bedöms kunna mildras genom inslag av målrelaterad ersättning i ett enskilt område.

3.1 Primärvård

De enkätsvar som inkommit avseende uppföljning av målrelaterad ersättning i primärvård har i huvudsak fokuserat på de överenskommelser som nytecknats inför 2008 avseende vårdcentralverksamhet i egen drift. I Fyrbodal tecknas fleråriga överenskommelser och för ett antal vårdcentraler har någon omförhandling inte varit aktuell inför 2008. Eftersom dessa överenskommelser beskrivits i tidigare genomförd uppföljning och andelen målrelaterad ersättning dessutom är lägre än vad som är fallet i de nytecknade överenskommelserna gjordes valet att inte ta med dem i föreliggande uppföljning.

I enkätsvaren berörs inte målrelaterad ersättning i överenskommelser avseende annan primärvårdsverksamhet än vårdcentralverksamhet. Det kan också konstateras att hälso- och sjukvårdskanslierna endast i ett fall lämnat någon beskrivning av om och i så fall hur målrelaterad ersättning tillämpas i avtal med privata vårdgivare. För HSN 4 anges tydligt att samma villkor för målrelaterad ersättning gäller för vårdcentralerna i offentlig och privat drift.

Indikatorer

Vilka indikatorer som man valt att koppla till målrelaterad ersättning varierar i olika delar av regionen. En schematisk sammanfattning av vilka indikatorer som använts i de överenskommelser som tecknats med de fem primärvårdsförvaltningarna framgår i tabell i bilaga 3. För Primärvården Södra Bohuslän sker redovisningen uppdelad på den överenskommelse som tecknats med HSN 4 och den som tecknats med HSN 7, eftersom skillnaderna mellan dessa är påtagliga.

Sammanställningen i bilaga 3 innehåller 37 olika mål. Av dessa återfinns 26 endast i överenskommelser med en av primärvårdsstyrelserna. I tabellen kan utläsas att det förekommer åtminstone två former av olikheter i målformuleringen. En olikhet är när parterna utgått från likartade mål, men där valet fallit på olika indikatorer. Den andra är när man i olika områden uppenbarligen väljer att prioritera olika mål.

Ett exempel på den förstnämnda formen av olikhet är uppföljning av HbA1c hos diabetiker. Ett av de två områden som kopplat målrelaterad ersättning till detta mål har valt att koppla ersättningen till en ökad redovisning av HbA1c, medan man i det andra området istället kopplar ersättningen till en ökad andel patienter med HbA1c < 6,5 %.

Ett exempel på den andra formen av olikhet är mål kopplade till jämlik vård. I de överenskommelser där Primärvården i Södra Bohuslän är en part har målrelaterad ersättning kopplats till flera indikatorer i syfte att följa upp skillnader i tillgång till vård utifrån kön, etnicitet och funktionshinder, vilket inte förekommer någon annanstans. Ett annat exempel är målet ökad samverkan. I Södra Bohuslän och Sjuhärad har man valt att koppla målrelaterad ersättning till detta mål, men inte i övriga områden. I Sjuhärad har man då valt att fokusera vårdkedjor och gränsöverskridande processkartläggningar, medan man i Södra Bohuslän snarare fokuserar en generellt bättre samverkan kring barn och unga.

Att mål avseende exempelvis jämlikhet, samverkan och tillgänglighet inte finns med i förteckningen ovan för vissa områden beror sannolikt inte på att man där anser dem vara oviktiga, men man har valt att använda andra styrmedel än de ekonomiska för att fokusera dem.

Andel målrelaterad ersättning

Andelen målrelaterad ersättning i överenskommelser avseende vårdcentralsverksamhet i egen regi år 2008 varierar mellan 0,7 och 4,6 %. En hälso- och sjukvårdsnämnd (HSN 4) har fattat beslut om att den målrelaterade ersättningen i överenskommelser avseende primärvård ska utgöra minst 10 % år 2010.

Det tycks finnas oklarheter i gränsdragningen mellan målrelaterad ersättning och prestationsersättning respektive abonnemang. En överenskommelse anger att målrelaterad ersättning utfaller med angivet belopp per ny förskrivning av Fysisk aktivitet på Recept. En annan överenskommelse innehåller uppgift om att målrelaterad ersättning utfaller med angivet belopp per besök hos beteendevetare utöver överenskommen volym. Det förekommer också skrivningar om att primärvården är garanterad en angiven ”golversättning” inom den målrelaterade ersättningen oavsett vilket mätresultatet blir. Sådana konstruktioner försvårar uppföljning och jämförelser av andel målrelaterad ersättning i olika överenskommelser.

Praktisk tillämpning

Om jämförelsen inkluderar också den praktiska tillämpningen i form av antal mättillfällen per år, vid vilka målnivåer ersättningen faller ut samt hur den målrelaterade ersättningen beräknas är de inomregionala skillnaderna än större än vad som framgår i tabellen.

Det kan konstateras att utbetalningen av målrelaterad ersättningen i några fall är helt beroende av en årlig mätning, vilken sker i slutet av året. Detta innebär att utförarens möjlighet att använda pengarna för verksamhetsutveckling är marginell.

I de flesta fall har två eller tre målnivåer kopplats till varje mål. Tröskelnivån, den nivå vilken man måste nå upp till för att få någon ersättning alls, är då satt så att en något större grupp av vårdcentraler når den. Den högsta ersättningsnivån är satt så att det skall vara en utmaning och förbättring för alla vårdcentraler att nå den. I vissa fall finns endast en målnivå, vilken satts utifrån befintliga, regionövergripande, mål. Huvuddelen av den målrelaterade ersättning som kan utgå har finansierats inom den ersättning som sedan tidigare överenskommelser varit kopplad till primärvårdens uppdrag. I några fall har den högsta ersättningsnivån finansierats genom omfördelning från andra verksamhetsområden, då man ansett att den innebär ett utökad uppdrag.

Målnivån är ofta ett faktiskt tal, men i vissa fall anges den istället som en förbättring av det egna utgångsvärdet. Målnivåerna kan variera mellan olika områden, då de ofta baseras på utgångsläget. Den målrelaterade ersättningen anges oftast som ett fast belopp, lika för samtliga vårdcentraler i området oavsett storlek. I ett område har man valt att istället koppla den möjliga målrelaterade ersättningen till antalet listade.

Målformulering

I flertalet områden anges att målen har tagits fram i ett gemensamt utvecklingsarbete med företrädare för ansvarig beställare och för berört primärvårdsområde. I ett område uppges att målen valdes med utgångspunkt i beställarnas förslag, utan någon längre diskussion, till följd av att frågan togs upp först sent i förhandlingen. Beställarna uppger genomgående att målen valts utifrån frågor som hälso- och sjukvårdsnämnderna har prioriterat i sina måldokument

samt till följd av regionala och nationella beslut. Eftersom de regionala och nationella besluten är lika för alla och skillnaderna mellan de lokala måldokumenterna, vid en första anblick, är marginella, finns det sannolikt andra, underliggande, skäl till varför man väljer att föreslå vissa indikatorer framför andra.

Det är naturligt att målrelaterad ersättning kopplas till uppföljning av förhållanden där parterna bedömer att det finns behov och möjlighet till förbättringar. Eftersom det sannolikt varierar var de största bristerna bedöms finnas är det inte konstigt att man valt att fokusera olika mål i olika delar av regionen. Att skillnaderna är så påtagliga måste dock anses både överraskande och anmärkningsvärt.

Några kommentarer från enkätsvaren

- För att en målrelaterad ersättning ska få genomslag är det viktigt att det är lätt att mäta och följa upp målet.
- I många fall saknas relevanta mått och mätmetoder, vilket innebär en svårighet.
- Det är viktigt att tidigt definiera mätmetod, mättillfällen, utbetalningstillfällen m.m. Ju mer av ersättningen som ligger målrelaterat desto viktigare blir det att mäta, värdera och utbetala ersättning löpande.
- Är den målrelaterade ersättningen nivåhöjande? Det vill säga vågar verksamhetsansvariga använda den till mer långsiktiga satsningar?
- Det är inte bara hur och på vilka grunder som ersättningen utbetalas som styr. Också praktiska faktorer såsom vakanta läkartjänster, patienttryck och vårdtyngd spelar roll.

3.2 Sjukhusvård

Samtliga offentligt drivna sjukhus i Västra Götalandsregionen har besvarat en enkät med frågor avseende de ersättningsmodeller som tillämpas för somatisk och psykiatrisk sjukhusvård. I enkäten ingår några frågor avseende målrelaterad ersättning, vilka i huvudsak redovisas och analyseras i detta dokument. Svaren på övriga frågor sammanställs i en separat rapport, med titeln "Uppföljning av regiongemensamma ersättningsmodeller för sjukhusvård" (dnr 243-2008).

Det faktum att frågorna avseende målrelaterad ersättning här utgör en mindre andel av en mer omfattande enkät har sannolikt bidragit till att de avlämnade svaren från sjukhusen är betydligt mer kortfattade än de som primärvården lämnat. Sjukhusens kontaktpersoners svar har å andra sidan följts upp med intervjuer.

Indikatorer

Vilka indikatorer som man valt att koppla till målrelaterad ersättning varierar i olika delar av regionen. En schematisk sammanfattning av vilka indikatorer som använts i de överenskommelser som tecknats med de sju sjukhusen eller sjukhusgrupperna framgår i tabell i bilaga 4.

Sammanställningen i bilaga 4 innehåller 162 olika mål. Av dessa återfinns 121 endast i överenskommelse med ett av sjukhusen, men inte i övriga. Antalet mål som förekommer i respektive överenskommelse varierar från 10 till 59. För några sjukhus beror det stora antalet mål till vilka målrelaterad ersättning kopplats på att målnivån anges som att minst ett angivet antal av en större mängd mål ska redovisas eller vara uppfyllda.

I tabellen kan utläsas att det förekommer åtminstone två former av olikheter i målformuleringen. En olikhet är när parterna utgått från likartade mål, men där valet fallit på olika indikatorer. Den andra är när man i olika områden uppenbarligen väljer att prioritera olika mål.

Exempel på det förstnämnda är mål kopplade till vårdgarantin, där man i några fall valt att ange målsättningen i form av andelen väntande som inte passerar gränserna för vårdgarantin, medan man i andra istället anger målet i form av antalet patienter som väntat längre än vårdgarantitiden. I något område har man valt att inte använda vårdgarantin som en bas för målrelaterad ersättning, då den anses vara en förutsättning som alla förväntas uppnå.

Ett exempel på den andra formen av olikhet är mål kopplade till hälsofrämjande vård. I överenskommelsen med Kungälvss sjukhus har målrelaterad ersättning kopplats till flera indikatorer avseende förebyggande av övervikt samt bruk av tobak och alkohol, vilket inte förekommer någon annanstans.

Att mål avseende exempelvis hälsofrämjande sjukvård och jämlikhet inte finns med i förteckningen för vissa sjukhus beror sannolikt inte på att man anser dem vara oviktiga, men man har i dessa områden valt att använda andra styrmedel än de ekonomiska för att fokusera dem.

Andel målrelaterad ersättning

Andelen målrelaterad ersättning i överenskommelser avseende sjukhusvård i egen regi år 2008 varierar mellan 0,3 och 2,6 %. Av de sjukhus som bedriver psykiatrisk vård har flertalet genomfört regionfullmäktiges beslut om ersättningsmodell för psykiatrisk vård, vilket bland annat innebär att 3 % av den totala ersättningen för denna verksamhet ska vara målrelaterad.

Det finns information som tyder på att det finns oklarheter i gränsdragningen mellan målrelaterad ersättning och abonnemang. Exempel på detta är när någon andel av den målrelaterade ersättningen utbetalas utan att ens ett lägsta tröskelvärde behöver uppnås. Sådana konstruktioner försvårar uppföljning och jämförelser av andel målrelaterad ersättning i olika överenskommelser.

Praktisk tillämpning

Om jämförelsen inkluderar också den praktiska tillämpningen i form av antal mättillfällen per år samt vid vilka målnivåer ersättningen faller ut är de inomregionala skillnaderna än större än vad som framgår i tabellen.

Det kan konstateras att utbetalningen av målrelaterad ersättning i flera fall är helt beroende av en årlig mätning, vilken sker i slutet av året. Detta innebär att utförarens möjlighet att använda pengarna för verksamhetsutveckling är marginell. Dessutom saknas ofta en tydlig beskrivning av hur måluppfyllelsen ska mätas och vad som påverkar när resultatet ska värderas.

Målen är, i betydligt större utsträckning än vad som är fallet inom primärvården, knutna till sjukhusens rapportering till nationella register eller till redovisning av en rapport på ett visst ämne. För tre av sjukhusen används sammansatta mål, där målrelaterad ersättning faller ut om minst en angiven andel av ett större antal mål har redovisats eller uppnåtts.

Många mål har endast en målnivå, vilken satts utifrån befintliga, regionövergripande, mål. Några mål har två eller tre målnivåer kopplade till sig. Tröskelnivån, den nivå vilken man måste nå upp till för att få någon ersättning alls, är då satt med utgångspunkt i senast genomförda mätning. Den högsta ersättningsnivån är satt så att det skall vara en utmaning och för-

bättring att nå den. Den målrelaterade ersättning som kan utgå har som regel helt finansierats inom den ersättning som sedan tidigare överenskommelser varit kopplad till sjukhusens uppdrag.

Målnivån är ofta ett faktiskt tal, men i vissa fall anges den istället som en förbättring av det egna utgångsvärdet. Målnivåerna kan variera mellan olika områden, då de ofta baseras på utgångsläget. I ett fall har målnivåerna, på sjukhusets initiativ, inriktats mot sjukhusets intention att vara ett nationellt föredöme.

Målformulering

I flertalet områden anges att målen har tagits fram i ett gemensamt utvecklingsarbete med företrädare för ansvarig beställare och berört sjukhus. Beställarna uppger genomgående att målen valts utifrån frågor som hälso- och sjukvårdsnämnderna har prioriterat i sina måldokument samt till följd av regionala och nationella beslut. Eftersom de regionala och nationella besluten är lika för alla och skillnaderna mellan de lokala måldokumenterna, vid en första anblick, är marginella, finns det sannolikt andra, underliggande, skäl till varför man väljer att föreslå vissa indikatorer framför andra.

Det är naturligt att målrelaterad ersättning kopplas till uppföljning av förhållanden där parterna bedömer att det finns behov och möjlighet till förbättringar. Eftersom det sannolikt varierar var de största bristerna bedöms finnas är det inte konstigt att man valt att fokusera olika mål i olika delar av regionen. Att skillnaderna är så påtagliga måste dock anses både överraskande och anmärkningsvärt.

4. Ärendets beredning

Var och en av de berörda förvaltningarna, det vill säga de fyra hälso- och sjukvårdskanslierna, fem primärvårdsområden och samtliga sjukhus, har utsett en kontaktperson. Dessa har varit mottagare och ansvarat för besvarandet av den enkät som använts. I några fall har följdfrågor behövt ställas för att säkerställa en riktig tolkning av svaren. Dessa har då riktats till kontaktpersonerna, antingen vid planerade möten eller vid kontakt via telefon eller e-post. I vissa fall har kompletterande information sökts i gällande överenskommelser.

Den regionala styrgruppen för terminologi-, klassifikations- och ersättningsfrågor (TEK) har utgjort referensgrupp under uppdragets genomförande. Gruppen fick den 11 mars information om uppdraget och gavs möjlighet att påverka utformningen av enkäten. Den 13 maj informerades gruppen om enkätsvaren och om de slutsatser som kunnat dras samt gavs möjlighet att påverka innehållet i rapporten. Avstämning har även skett i hälso- och sjukvårdens ekonomichefsgrupp den 30 april.

Förvaltningarnas kontaktpersoner fick tillgång till ett utkast till rapport den 9 maj och gavs tillfälle att lämna synpunkter på denna inom tio kalenderdagar. Inkomna synpunkter har vägts samman och, i möjligaste mån, inarbetats i rapporten. Rapporten redovisades för beredningsgruppen den 29 maj.

5. Förslag till beslut

Av uppföljningen framgår att målrelaterad ersättning kopplats till en flora av mål i de överenskommelser som tecknats avseende vård vid vårdcentraler och sjukhus i Västra Götalands-

regionen 2008. Eftersom regionala och nationella mål är lika för alla och skillnaderna mellan lokala måldokument är marginella, finns det sannolikt andra, underliggande, skäl till varför man väljer vissa indikatorer framför andra.

Det är i huvudsak denna del av ersättningsmodellerna som kan användas för styrning mot de mål politikerna väljer att fokusera, i de fall då det ekonomiska styrmedlet bedöms lämpligt. Ekonomi är ett av flera tillgängliga styrmedel och det finns andra som ger god effekt. Det är också viktigt att välja indikatorerna med omsorg, då styreffekten kan vara avsevärd.

En bättre regional samordning i frågan är önskvärd, bland annat på grund av att den målrelaterade ersättningen förutsätter tillgång till adekvata informationssystem och säkra databaser som ger tillgång till aktuella data. Detta kan uppnås genom att bygga en grund med ett antal regiongemensamma indikatorer och måttal, vilka tillämpas över ett antal år och fokuserar också andra frågor än medicinsk kvalitet. Det är viktigt att det finns möjlighet att komplettera med ett fåtal lokala indikatorer och måttal, bland annat i de fall då det finns tydliga brister som bedöms kunna mildras genom inslag av målrelaterad ersättning, i ett enskilt område.

Primärvård

När den planerade utvecklingen av Medborgarnas Primärvård fullföljs kommer det med stor sannolikhet att innebära att ett fåtal relevanta och mätbara mål, med därtill kopplade målnivåer, används som bas för den målrelaterade ersättningen i hela regionen. Därmed underlättas också utvecklingen av fungerande informationssystem som kan förse utförare, beställare och ägare med aktuell information löpande under året. Några beslut utöver detta föreslås inte vad gäller målrelaterad ersättning inom primärvården. Det förtjänar emellertid att poängteras att utvecklingen av välfungerande IT-stöd, som görs tillgängligt för alla parter, är en förutsättning för att det ska vara rationellt och effektivt att avsätta 10 % av den totala ersättningen till mål- och resultatstyrd ersättning.

Sjukhusvård

För närvarande pågår ett arbete att konkretisera det ägaruppdrag om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i regionens hälso- och sjukvård, som utarbetats med utgångspunkt i Socialstyrelsens föreskrift (SOSFS 2005:12) och som regionstyrelsen fattade beslut om i april 2007. För vart och ett av de sex övergripande kvalitetsmålen, Säker vård, Patientfokuserad vård, Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård, Jämlig vård, Effektiv vård och Vård i rimlig tid, formuleras ett handlingsprogram, vilka bland annat innehåller regiongemensamma mål och åtgärder som ska genomföras i regionens hälso- och sjukvård de närmaste åren. Dessa mål bör vara en viktig utgångspunkt för arbetet med målrelaterad ersättning. Det kan eventuellt finnas skäl att komplettera bilden med ytterligare något perspektiv. Ett välfungerande IT-stöd, tillgängligt för alla parter, är en förutsättning för en lyckad utveckling av målrelaterad ersättning.

2008-06-18

Regionkansliet
Hälso- och sjukvårdsavdelningen

Lars-Olof Rönnqvist

Marie Röllgårdh

Uppföljning av ersättningsmodeller för sjukhusvård

Regionfullmäktige fastställde 2005 och 2006 två rapporter att ligga till grund för det kontinuerliga utvecklingsarbetet av en regiongemensam Ersättningsmodell för Sjukhusvård, vilken tillämpas vid samtliga sjukhus. Regionfullmäktige har även fattat beslut om Ersättningsmodell för Psykiatri, vilken enligt beslutet ska tillämpas i de överenskommelser som tecknas senast 2008.

Uppföljning behöver ske av hur ersättningsmodellerna för somatisk och psykiatrisk sjukhusvård utvecklas, samt om tillämpningen medför att de målsättningar som angivits uppfylls. Målen är rätt kvalitet, god tillgänglighet, bra bemötande och valfrihet. Ersättningsmodellerna ska dessutom stödja, eller åtminstone inte motverka, struktur- och verksamhetsutveckling samt utveckling av närsjukvård.

Uppföljningen ska särskilt belysa hur målrelaterad ersättning använts i överenskommelser och avtal, bland annat hur stor andel av den totala ersättningen som utgörs av målrelaterad ersättning samt vilka mål och målnivåer ersättningen är kopplad till.

Denna enkät tillsänds de kontaktpersoner som respektive förvaltningschef har utsett enligt den uppdragshandling som fastställdes den 3 mars 2008. Enkäten ska vara besvarad och insänd senast den 4 april till anneth.lundahl@vgregion.se. Dialogmöten kommer därefter att genomföras under april månad. En preliminär tidplan bifogas denna enkät.

Sändlista:

Peter Hermansson Maria Gabrielsson-Fredriksson Lennart Ryler	<u>Uppföljningsgrupp Södra Älvsborg</u> Hälso- och sjukvårdsnämndernas kansli i Borås Alingsås sjukhus Södra Älvsborgs Sjukhus
Carina Samuelson Göran Spånberg Anders Hillberg Peter Tellberg	<u>Uppföljningsgrupp Göteborg</u> Hälso- och sjukvårdsnämndernas kansli i Göteborg Frölunda SpecialistSjukhus Kungälv sjukhus Sahlgrenska Universitetssjukhuset
Börje Neuman Eva Sundström	<u>Uppföljningsgrupp Skaraborg</u> Hälso- och sjukvårdsnämndernas kansli i Mariestad Skaraborgs Sjukhus
Anna Verdoes Sven Florström	<u>Uppföljningsgrupp Fyrbodal</u> Hälso- och sjukvårdsnämndernas kansli i Uddevalla NU-sjukvården

1. Allmänt om Ersättningsmodeller för sjukhusvård

- a) Gör en kortfattad nulägesbeskrivning av den ersättningsmodell som tillämpas i gällande överenskommelse.

- b) Beskriv på vilka grunder de vårdvolymmer som anges i ersättningsbilagan har baserats.

- c) På vilka grunder baseras ersättningsnivåerna i ersättningsbilagan?

- d) Har det skett några justeringar mellan de olika ersättningsformerna i modellen (riktade uppdrag, fast ersättning, rörlig ersättning och målrelaterad ersättning), utöver dem som beskrivs nedan, under de senaste tre åren?

- e) Om svaret på frågan ovan är ja, beskriv vilka förändringar som skett, skälen till dessa samt inför vilket år de genomfördes.

2. Ersättningsmodell för psykiatrisk sjukhusvård

- a) På vilket sätt har regionfullmäktiges beslut om ersättningsmodell för psykiatrisk sjukhusvård genomförts?

- b) Beskriv på vilka grunder fördelningen mellan fast och rörlig ersättning för sluten respektive öppen psykiatrisk sjukhusvård fastställts.

3. *Målrelaterad ersättning*

- a) Till vilka mål har målrelaterad ersättning kopplats i nu gällande överenskommelse?

- b) Hur och varför valdes just dessa mål?

- c) Beskriv på vilka grunder målnivåerna för målen ovan fastställts.

- d) Hur stor andel av den totala ersättningen i överenskommelsen kan utgå i form av målrelaterad ersättning?

4. *Ersättningsmodellernas styregenskaper*

- a) På vilket sätt bidrar ersättningsmodellerna för sjukhusvård, i dess nuvarande form, till att politiskt fastställda mål uppfylls?

- b) Förs dialog om styrning mot politiska mål i överenskommelsearbetet, och speciellt i arbetet med ersättningsbilagan? Exemplifiera om möjligt.

5. *Övriga funderingar och synpunkter – fri text*

Uppföljning av målrelaterad ersättning i primärvård

En regiongemensam ersättningsmodell för primärvård fastställdes av regionfullmäktige våren 2006. Målrelaterad ersättning infördes som en ny komponent i ersättningsmodellen. Denna ersättningsform syftar till att understödja att vårdenheten arbetar mot uppsatta mål. Dess andel av den totala ersättningen förväntas öka över tid.

Uppföljning behöver ske av hur beslutet har genomförts. Uppföljningen ska fokuseras på hur målrelaterad ersättning använts i överenskommelser och avtal, bland annat hur stor andel av den totala ersättningen som utgörs av målrelaterad ersättning samt vilka mål och målnivåer ersättningen är kopplad till.

Denna enkät tillsänds de kontaktpersoner som respektive förvaltningschef har utsett enligt den uppdragshandling som fastställdes den 3 mars 2008. Enkäten ska vara besvarad och insänd senast den 11 april till anneth.lundahl@vgregion.se.

Sändlista:

Stefan Bengtsson Lena Andersson	<u>Uppföljningsgrupp Södra Älvsborg</u> Hälso- och sjukvårdsnämndernas kansli i Borås Primärvården Södra Älvsborg
Ove Sjöström Jan Aaby-Eriksson Jörgen Hohlfälth	<u>Uppföljningsgrupp Göteborg</u> Hälso- och sjukvårdsnämndernas kansli i Göteborg Primärvården Göteborg Primärvården Södra Bohuslän
Börje Neuman Maria Berghem	<u>Uppföljningsgrupp Skaraborg</u> Hälso- och sjukvårdsnämndernas kansli i Mariestad Primärvården Skaraborg
Carina Hansson Joakim Borgh	<u>Uppföljningsgrupp Fyrbodal</u> Hälso- och sjukvårdsnämndernas kansli i Uddevalla Primärvården Fyrbodal

1. Målrelaterad ersättning

- a) Till vilka mål har målrelaterad ersättning kopplats i nu gällande överenskommelse?

- b) Hur och varför valdes just dessa mål?

- c) Beskriv på vilka grunder målnivåerna för målen ovan fastställts.

- d) Hur stor andel av den totala ersättningen kan utgå i form av målrelaterad ersättning?

2. Ersättningsmodellen styregenskaper

- a) På vilket sätt bidrar ersättningsmodellen för primärvård, i dess nuvarande form, till att politiskt fastställda mål uppfylls?

3. Övriga funderingar och synpunkter – fri text

Sammanfattning av målrelaterad ersättning i överenskommelser avseende vårdcentralsverksamhet

Indikator	Göteborg	Fyrbodalen	S Älvsborg	Skaraborg	S Bohuslän HSN 7	S Bohuslän HSN 4
Andel målrelaterad ersättning %	0,7	1,6	1,0	1,0	0,8	4,6
Totalt antal mål	3	10	7	6	14	18
Vård i rimlig tid						
Telefontillgänglighet samma dag		X		X		X
Telefontillgänglighet – återuppringning vid utlovad tid		X				
Läkarbesök inom 7 dagar		X	X	X		X
Beteendevetärbesök inom 7 dgr		X				
Väntetid till beteendevetare						X
Kunskapsbaserad vård						
Antal registreringar i Diabetesregister	X ¹			X	X	
Andel registrering i Diabetesregister		X	X			X
Diabetiker med fast läkarkontakt						X
Redovisning av HbA1c						X
Patienter med HbA1c < 6,5 %				X		
Antal registreringar kvalitetsregister KOL, hypertoni, hjärta-kärl					X	
Diagnosregistrerade läkarbesök	X		X	X		X
Halsfluss behandlad med Penicillin V				X		
Effektiv vård						
Täckningsgrad – läkarbesök Vid egen vc	X	X				
Samverkan med sjukhus– Genomlysning av gränssnitt			X			
Samverkan med sjukhus och kommuner– processkartläggning äldre			X			
Förbättrad samverkan VästBUS					X	
Förbättrad samverkan med BUP					X	
Jämlik vård						
Redovisning HbA1c kvinnor/män						X
Kartläggning jämställdhet					X	
Lägesbeskrivning av arbete ur köns-, etnicitets- o handikappsynvinkel						X
Kvinnor/män som sökt vård hos Beteendevetare					X	X
Kvinnor/män som fått vård hos Beteendevetare					X	X

¹ Denna indikator finns i den överenskommelse som HSN 11 tecknat med Primärvården Göteborg, men inte i de överenskommelser som HSN 5 och 12 har tecknat

Indikator	Göteborg	Fyrbodalen	S Älvsborg	Skaraborg	S Bohuslän HSN 7	S Bohuslän HSN 4
Patientfokuserad vård						
Patientenkät psykisk ohälsa					X	X
Föräldragrupper – kontinuitet m.m.						X
Respektfullt bemötande i Receptionen						X
Hembesök hos personer > 65 år		X				
Hälsofrämjande vård						
Förskrivning av FaR			X		X	X
Uppföljning av FaR			X			
Influensavaccinering äldre		X				
Övrigt						
Kompetensutveckling Beteendevetare		X				
Fler besök hos beteendevetare					X	
Kontaktsak besök beteendevetare					X	X
Geografisk fördelning av ST		X				
Uppföljning inkontinensprodukter					X	
Uppföljning vård av runda barn					X	
Inrapportering besök på barn-medicinska mottagningen					X	

Sammanfattning av målrelaterad ersättning i överenskommelser avseende sjukhusvård

Indikator	SU	Kungälv	FSS	SkaS	SÄS	Alingsås	NU
Andel målrelaterad ersättning %	0,9	0,7	0,3	2,6	0,4	0,6	0,7
Totalt antal mål	30	59	12	21	44	32	10
Vård i rimlig tid							
Andel väntande som inte passerar gränsen för vårdgarantin för mottagningsbesök				X		X(2)	
Antal patienter som väntat längre än vårdgarantitiden på ett första planerat besök	X					X(2)	
Andel väntande som inte passerar gränsen för vårdgarantin för behandling				X		X(2)	
Antal patienter som väntat längre än vårdgarantitiden på en behandling	X					X(2)	
Vårdgarantin ska uppfyllas inom geriatrik, medicin, kirurgi, ortopedi och urologi		X					
Väntetider till höftplastik						X(2)	
Antalet personer som behandlas med Subutex ska fördubblas							X
Antal väntande >90 dagar till ett första planerat besök inom allmänpsykiatri	X						
Antal väntande >90 dagar till ett första planerat besök inom neuropsykiatri (vuxna)	X						
Antal väntande >90 dagar till ett första planerat besök vid beroendekliniken	X						
Antal väntande >90 dagar till behandling vid beroendekliniken	X						
Redovisning av andel patienter inom vuxenpsykiatri som har fått vård inom 90 dagar		X					
Antal väntande >30 dagar till ett första planerat besök inom BUP	X						
Antal väntande >30 dagar till ett första planerat besök inom neuropsykiatri (barn)	X						
Redovisning av andel patienter inom BUP som har fått vård inom 30 dagar		X					
Redovisning av snabbare omhändertagande vid sjukhusets akutmottagning		X					
Rutiner för kontroll av väntetider på akutmottagningen		X					
Vistelsetid på akutmottagningen						X(2)	
Väntetid för bröstsmärta på akuten						X(2)	
Väntetid till operation av höftfraktur efter ankomst till sjukhus	X	X					
Andel höftfrakturpatienter som opereras inom 24 timmar				X(3)	X	X	
Kunskapsbaserad vård							
<u>Hjärtsjukvård</u>							
Andel hjärtpatienter som rapporteras till RIKS-HIA		X					X
28-dagarsdödlighet efter hjärtinfarkt <80 år				X(3)			

Indikator	SU	Kungälv	FSS	SkaS	SÄS	Alingsås	NU
Andel hjärtinfarktpatienter behandlade med reperfusion		X			X		
Reperfusion/trombolys vid hjärtinfarkt						X(2)	
Andel hjärtinfarktpatienter behandlade med lipidsänkare		X			X(1)	X(2)	
Andel genomförda/planerade kranskärlsröntgen vid akut icke-ST-höjningsinfarkt		X					
Patienter med icke-ST-höjningsinfarkt som genomgår kranskärlsröntgen					X(1)	X(2)	
Andel patienter som får PCI direkt vid akut ST-höjningsinfarkt					X(1)		
Andel patienter <80 år med akut ST-höjningsinfarkt eller nytillkommet vänstergrenblock som genomgått primär PCI	X						
Andel patienter med icke-ST-höjningsinfarkt som vid utskrivningen behandlas med clopidogrel		X			X(1)	X(2)	
Diabetes							
Andel diabetespatienter som registreras i Diabetesregistret NDR		X	X				X
Andel diabetespatienter med HbA1c < 6,5 %		X					
Andel diabetespatienter med HbA1c < 6,1 %			X				
Andel diabetespatienter med HbA1c < 6,0 %		X			X(1)		
Diabetespatienter med debutålder <30 år med HbA1c <6 %						X(2)	
Uppnått genomsnittsvärde för HbA1c <7,0 %, vuxendiabetiker				X(3)			
Förbättrat genomsnittsvärde för HbA1c, barn				X(3)			
Andel diabetespatienter med rekommenderat blodtryck <130/80 mmHg		X	X		X(1)		
Diabetespatienter med debutålder <30 år med blodtryck <130/80 mmHg						X(2)	
Andel diabetespatienter med rekommenderat S-kolesterol =< 4,5 mmol/l			X				
Diabetespatienter som genomgår ögonbottenkontroll vartannat år					X(1)		
Diabetespatienter med debutålder <30 år som genomgår ögonbottenkontroll vartannat år							
Stroke							
Andel strokepatienter rapporterade till Riks-Stroke		X			X	X	X
Andel stroke- och TIA-patienter som vårdas på strokeenhet		X					
Strokepatienter som vårdas på strokeenhet	X				X(1)	X(2)	
Andel patienter som har vårdats för stroke på strokeenhet som registrerats i Riks-Stroke	X						
Patienter som avlider inom 28 dagar efter stroke				X(3)	X(1)	X(2)	
ADL-beroende 3 månader efter utskrivning av ADL-beroende före insjuknande		X					
Strokepatienter som är ADL-beroende tre månader efter akutfasen					X(1)	X(2)	
Andel patienter som inte är ADL-beroende tre månader efter stroke				X(3)			
Andel insjuknande i ischemisk stroke/ hjärninfarkt som uppfyller kriterierna för trombolys, som fått trombolysbehandling		X					

Indikator	SU	Kungälv	FSS	SkaS	SÅS	Alingsås	NU
Utbildningsinsatser om stroke och TIA i primärvården där sjukhuset medverkat		X					
<u>Höftplastik</u>							
Andel patienter som har rapporterats till Nationalregistret för höftplastiker		X	X				X
Andel patienter med implantatöverlevnad 10 år för pat. med höftledsplastik, alla diagnoser		X					
Andel patienter med implantatöverlevnad 5 år för patienter opererade med höftledsplastik		X					
Höftfrakturpatienter som får trycksår under vårdtiden					X(1)	X(2)	
<u>Ögon</u>							
Andel patienter som rapporterats till Nationella kataraktregistret			X				
Andel kataraktopererade patienter med synskärpa <0,5 på bästa ögat				X(3)			
Andel patienter med synskärpa i överensstämelse med förväntad slutlig refraktion			X				
<u>Smärta</u>							
VAS mätning (visuell analog smärta) vid postoperativ vård på UVA		X					
Smärtanalys för patienter med kronisk smärta		X					
<u>Kirurgi</u>							
Femårsöverlevnad i ändtarmscancer		X			X(1)	X(2)	
Bröstcancerpatienter som lever fem år efter diagnos					X(1)		
Rektalcancer – en månads överlevnad				X(3)			
Andel patienter med ljumskbräck som rapporterats till Nationella bräckregistret			X				X
Andel återfall i ljumskbräck 5 år efter operation		X	X		X(1)	X(2)	
Andel patienter som har rapporterats till Kvalitetsregistret efter tonsillektomi			X				
Andel patienter med tonsillektomi som drabbas av komplikationer inom 6 månader			X				
<u>Dialys</u>							
Dialyspatienter som får färre än tre dialyser per vecka					X(1)		
Patienter med peritonealdialys					X(1)		
Hemodialyspatienter med fungerande AV-fistel					X(1)		
Predialyspatienter med blodtryck under 130/80					X(1)		
Hemodialyspatienter med Kt/V över 1,2					X(1)		
Andel hemodialyspatienter med sänkning av urinämne i blod >70 %					X		
Andel patienter med tre hemodialysbehandlingar/vecka som uppnår behandlingsmålet sänkning av urinämne (urea) i blod >70 %	X			X(3)			
<u>Psykiatri</u>							
Andel schizofrenipatienter med skriftlig vårdplan					X(1)		
Andel patienter med skriftlig vårdplan					X		
Andel patienter med F20-diagnos inom allmänpsykiatrisk slutenvård som har en skriftlig vårdplan	X						
Andel patienter inom beroendeklinikens slutenvård som har en skriftlig vårdplan	X						

Indikator	SU	Kungälv	FSS	SkaS	SÅS	Alingsås	NU
Andel patienter inom neuropsykiatrisk slutenvård som har en skriftlig vårdplan	X						
Andel patienter inom neuropsykiatrisk slutenvård som har en skriftlig vårdplan som uppfyller kvalitetsnormen	X						
Andel diagnossatta vårdkontakter		X			X		
Andel vårdkontakter i allmänpsykiatrin i sluten resp öppen vård med specifik diagnos	X						
Andel vårdkontakter vid beroendekliniken i sluten resp öppen vård med specifik diagnos							
Andel vårdkontakter inom neuropsykiatrin i sluten resp öppen vård med specifik diagnos							
Andel patienter med GAF-värde registrerat i journalen		X					
Andel patienter i den öppna allmänpsykiatriska vården som bedömts med GAF under den senaste 12-månadersperioden	X						
Andel patienter på BUP där GAF-skattning har gjorts				X(3)			
GAF-skattning i psykiatrisk öppenvård. Förbättring efter behandling av depression				X(3)			
Förbättring vid GAF-skattning av intagna patienter på beroendeenheten, vuxenpsykiatrin				X(3)			
Andel F20 patienter i aktiv behandling som är med i Kvalitetsstjärnan		X					
Andel patienter inom vuxenpsykiatrin för vilka kvalitetsstjärnan använts som skattningsverktyg							X
Andel patienter inom BUP som rapporteras till kvalitetsregister Kvalitetsstjärnan	X						
Andel nya patienter på BUP som registreras i BUP-stjärnan		X					
Andel ätstörningspatienter som är registrerade i RIKSÅT		X			X		
Andel nya patienter med ätstörningsdiagnos som registreras i RIKSÅT inom psykiatrisk öppenvård				X(3)			
Registrering i BUSA		X			X		
Registrering i BIPOLÄR		X			X		
Registrering i PsykosR		X					
Andel patienter i rättspsykiatrisk vård som rapporteras till Rättspsykiatriskt kvalitetsregister	X						
Övrigt							
Diagnostiserade patienter med osteoporos					X(1)		
Antal bentäthetsmätningar under året					X(1)	X(2)	
Andel nybesök där AUDIT har genomförts					X		
Andel diagnossatta somatiska läkarbesök					X	X	
Sänkning av frekvensen planerade kejsarsnitt				X(3)			
Warfarinprocessen INR inom önskat intervall				X(3)			
Effektiv vård							
Överföring från slutna till öppna vårdformer i psykiatrin							X
Samverkan med sjukhus- Genomlysning av gränssnitt					X	X	

Indikator	SU	Kungälv	FSS	SkaS	SÅS	Alingsås	NU
Samverkan med sjukhus och kommuner– processkartläggning äldre					X	X	
Vård i livets slutskede, slutet och öppen vård, utvecklingsområden i samverkan		X					
Beskrivning av utvecklingen av akuta patientströmmar, primär- och slutenvård		X					
Beskriv samverkan mellan psykiatriska kliniken, primärvården och kommunen		X					
Andel patienter med psykosdiagnos som ska ha skriftlig vårdplan		X					
Antal utförda utredningar inom NPT		X					
Framtagning och färdigställande av vårdprogram inom psykiatrisk vård		X					
Förekomst av färdiga vårdprogram i psykiatrin		X					
Implementering av vårdprogram lokalt i psykiatrin		X					
Antal godkända tvärprofessionella standardvårdplaner						X(2)	
Andel oplanerade återinskrivningstillfällen inom 28 dagar av totala antalet vårdtillfällen inom allmänpsykiatri	X						
Andel oplanerade återinskrivningstillfällen inom 28 dagar av totala antalet vårdtillfällen inom neuropsykiatri	X						
Komplettering utifrån handlingsplaner 2007 avseende VästBUS	X						
Vuxenpsykiatrin ska under 2008 genomföra en enkätundersökning gentemot kommunerna	X						
Minst angivet antal besök/timmar ska genomföras utanför centralsjukhusen							X
Ökat antal psykiatriska öppenvårdsbesök i Dalsland							X
Säker vård							
Andelen patienter med postoperativa sårinfektioner ska minska		X					
Sjukhuset ska ha dokumenterade rutiner för avvikelserapportering		X					
Rapportering om suicid		X					
Nydiagnostiserade patienter med MRSA					X(1)	X(2)	
Antalet anmälda och ersättningsberättigade vårdskador som har anmälts till Personskaderegleringen					X		
Andel antibiotikabehandlade vårdrelaterade infektioner (VRI) av ineliggande patienter				X(3)			
Mäta rätt bedömda operationsindikatorer verifierade med PAD inom verksamhetsområde				X(3)			
Systematiskt patientsäkerhetsarbete avseende avvikelserapporter, händelse- och riskanalyser				X(3)			
Jämlik vård							
Andel patienter med akut ST-höjningsinfarkt eller vänster grenblock som genomgått PCI, fördelat på kvinnor och män		X					
Väntetider för män respektive kvinnor					X(1)		
Analys av resultat i Riks-HIA för män respektive kvinnor					X(1)		

Indikator	SU	Kungälv	FSS	SkaS	SÅS	Alingsås	NU
Patientfokuserad vård							
Patientenkät inom medicin och vuxenpsykiatri visat att minst 90 % av patienterna är nöjda				X			
Andel patienter (fördelat på klinik och på män och kvinnor) som är nöjda med bemötandet på sjukhuset		X					
Redovisning av patientupplevelse av vårdkontakten inom psykiatri – andel nöjda med bemötandet		X			X		
Patienter med lokaliserad prostatacancer som har fått kurativt syftande behandling					X(1)	X(2)	
Patienternas självskattade hälsovinst enligt EQ5D-index			X				
Höftfrakturpatienter som vid fyramånaderskontrollen fortfarande kan gå ensamma inomhus					X(1)	X(2)	
Höftfrakturpatienter som skrivs ut till ursprungligt boende					X(1)	X(2)	
Höftfrakturpatienter som är fria från eller har lindrig smärta 4 månader efter operation					X(1)	X(2)	
Andel patienter som anser sitt hälsotillstånd vara ganska/mycket gott tre månader efter stroke		X					
Redovisning från allmänpsykiatri hur regionens riktlinjer avseende barnperspektivet i vuxenvården har implementerats	X						
Redovisning från beroendekliniken hur regionens riktlinjer avseende barnperspektivet i vuxenvården har implementerats	X						
Enkätundersökning inom allmänpsykiatri, beroendeklinik och neuropsykiatri. Förbättring i förhållande till enkätundersökning 2007.	X						
Hälsofrämjande vård							
Ökad andel hälsofrämjande aktiviteter utifrån de indikatorer som utarbetats av Svenska nätverket för hälsofrämjande sjukhus		X					
Varje klinik ska redovisa minst en hälsovinstmätning på patientgrupp		X					
Antal patienter som har fått ett kort samtal om livsstil och levnadsvanor		X					
Redovisa utvecklingen av FaR		X					
Antal patienter som har tillfrågats om tobaksvanor – ökande		X					
Antal rökare som har fått erbjudande om rökslutarstöd - ökande		X					
Antal rökare som har slutat röka i samband med operation - ökande		X					
Redovisa utveckling av alkoholförebyggande arbete		X					
Antal patienter med BMI>30		X					
Övrigt							
Andel nyfödda med personnummer i Vega					X		
Rapportering av klinikvårdtillfällen						X(2)	
Rapportering av antal inkommande och antal returnerade remisser från primärvården till allmänpsykiatri	X						

Indikator	SU	Kungälv	FSS	SkaS	SÅS	Alingsås	NU
Andel vårdtillfällen (utskrivna patienter 2008) inom psykiatrisk vård där uppgift om psykiatrisk vårdform rapporterats i Vega	X						
Redovisning av verksamhetsbeskrivning avseende SLÖP inom vuxenpsykiatri	X						

- (1) SÅS får målrelaterad ersättning om minst 80 % av de indikatorer som markerats redovisas
- (2) AL får målrelaterad ersättning om minst 80 % av de indikatorer som markerats redovisas
- (3) SkaS får maximal målrelaterad ersättning om angivna målsättningar för minst 14 av totalt 18 indikatorer har uppnåtts. Avdrag görs från maximal ersättning för varje därutöver ej uppnått mål.