

Regiongemensamma ersättningsmodeller för sjukhusvård

Uppföljning och förtydligande

1. Sammanfattning och förslag till beslut

De beslut som regionfullmäktige har fattat om Ersättningsmodell för sjukhusvård och Ersättningsmodell för Psykiatri tillämpas i stort sett vid samtliga sjukhus i regionen. Det kan konstateras att ersättningsmodellerna har potential att styra mot de angivna målen rätt kvalitet, god tillgänglighet, bra bemötande och valfrihet. Eftersom den målrelaterade komponenten i ersättningsmodellen ännu inte utvecklats i tillräcklig omfattning är emellertid styrningen mot dessa mål marginell.

Ersättningsmodellerna styr idag mot god registrering av vårdkontakter och ibland mot förbättrad produktivitet. Modellerna innebär även kostnadskontroll, åtminstone för beställaren. Dessa mål fokuserades när basen av de nu tillämpade ersättningsmodellerna utvecklades. De är viktiga och bör inte åsidosättas.

Det bedöms möjligt att behålla de styreffekter som nuvarande ersättningsmodeller har och samtidigt söka förstärka styrningen mot rätt kvalitet, god tillgänglighet, bra bemötande och valfrihet, genom att arbeta aktivt med att utveckla användandet av den målrelaterade delen i ersättningsmodellen. Ett välfungerande IT-stöd, tillgängligt för alla parter, är en förutsättning för en lyckad utveckling av målrelaterad ersättning.

De ersättningskomponenter som avser riktade uppdrag och målrelaterad ersättning, används idag på olika sätt vid olika sjukhus. Den största avvikelser inom riktade uppdrag avser vilken ersättningsform som tillämpas för akutmottagningarna. Denna verksamhet bör från år 2011 ersättas genom ett riktat uppdrag.

För att förbättra styreffekten av den målrelaterade ersättningen är det nödvändigt med förtydliganden och justeringar i gällande regelverk. Det måste därför säkerställas att:

- ✓ det för varje använd indikator finns en enhetlig definition av täljare och nämnare och gärna även vilken mätperiod som ska tillämpas
- ✓ det för varje använd indikator är möjligt att utläsa resultatet löpande under året (helst åtminstone varje kvartal)
- ✓ de regionala indikatorerna används i överenskommelser med samtliga sjukhus där den beskrivna verksamheten bedrivs
- ✓ det finns möjlighet att, utöver de regionala indikatorerna, lägga till ett fåtal, förslagsvis fem, lokala indikatorer, med samma krav på tydlighet i definition och tillgänglighet till mätdata
- ✓ merparten av den målrelaterade ersättningen bör tillfalla den verksamhet/klinik som kan påverka resultatet för en indikator

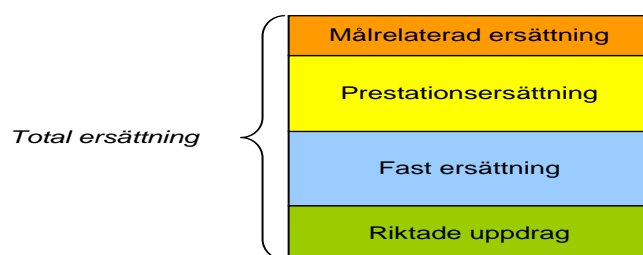
För förbättrad styreffekt bör en trappstegsmodell användas genomgående för målrelaterade indikatorer. Tröskelnivån, den nivå vilken man måste uppnå för att få någon ersättning alls, bör sättas med utgångspunkt i senast genomförda mätning. Den högsta målnivån ska utgöra en utmaning och en tydlig förbättring. Denna nivå bör innebära en belöning, det vill säga tillskott av medel och inte omfördelning av befintliga. För att det sistnämnda ska vara möjligt fordras förändringar i nu tillämpade finansieringsprinciper. Det kan finnas undantag från de angivna principerna för målnivåerna inom trappstegsmodellen, exempelvis då ett sjukhus redan innan årets början har uppnått de regionala målnivåerna.

2. Bakgrund

Regionens ersättningsmodeller för hälso- och sjukvård utvecklas kontinuerligt för att i ökande grad bidra till uppfyllelse av de mål som framgår i hälso- och sjukvårdslagen samt i politiska beslut som fattas i Västra Götalandsregionen. Regionfullmäktige fastställde 2005 och 2006 två rapporter att ligga till grund för utvecklingen av den Ersättningsmodell för (somatisk) Sjukhusvård, vilken ska tillämpas vid samtliga sjukhus i Västra Götalandsregionen. Regionfullmäktige har även fattat beslut om Ersättningsmodell för Psykiatri. Målrelaterad ersättning infördes som en ny komponent i ersättningsmodellerna genom nämnda beslut.

De regionövergripande ersättningsmodellerna ska styra mot rätt kvalitet, god tillgänglighet, bra bemötande och valfrihet. Struktur- och verksamhetsutveckling samt utveckling av när-sjukvård ska stödjas eller åtminstone inte motverkas. Styrningen av hälso- och sjukvården kan förbättras bland annat genom att kvalitets- och patientsäkerhetsfrågorna får ökad uppmärksamhet.

Ersättningsmodellerna för sjukhusvård bygger på en grundmodell bestående av fyra komponenter, vilken illustreras i följande figur;



1. *Ersättning avseende riktade uppdrag*, kan utgå för uppdrag som inte har direkt samband med den patientrelaterade hälso- och sjukvården, såsom forskning och utveckling, men också för uppdrag som det av olika skäl är svårt eller olämpligt att prestationsersätta, såsom ambulansvård, köpt vård och hjälpmedel. Uppdragen finansieras via anslag, men ingår inte i andelen fast ersättning enligt nedan, utan behandlas för sig.
2. *Fast ersättning* förväntas fördela den ekonomiska risken mellan beställare och utförare och ska täcka en rimlig andel av sjukhusets fasta kostnader. 50/50-modellen avser den procentuella fördelningen mellan fast ersättning och prestationsersättning för somatisk vård. Fördelningen mellan ersättningsformerna är en annan för psykiatrisk vård.
3. *Prestationsersättning* är ersättning för utförda vårdkontakter och är ämnad att stimulera verksamheternas produktion. Ersättning utgår när så är möjligt för vårdkontakter som viktats med Nord-DRG som grund. Annars utgår ersättning per besök, per vård dag eller per vårdtillfälle.
4. *Målrelaterad ersättning* syftar till att ekonomiskt understödja att sjukhuset arbetar mot utvalda mål.

De tre förstnämnda komponenterna i ersättningsmodellen har använts för att ersätta sjukhusvård i Västra Götalandsregionen, i princip utan förändring, sedan början av 2000-talet. Denna tidigare ersättningsmodell utvecklades i syfte att främja kostnadskontroll, ökad produktivitet samt förbättrad registrering i regionens vårddatabas. Den målrelaterade ersättningen tillkom, genom regionfullmäktiges beslut 2005, som en fjärde komponent i modellen i syfte att dessutom styra mot rätt kvalitet, god tillgänglighet, bra bemötande och valfrihet.

Målrelaterad ersättning har hittills utgjort en mycket liten del av den totala ersättningen. Hälso- och sjukvårdsutskottet ställde sig i december 2007 bakom en rapport om utveckling av den målrelaterade ersättningen och regionstyrelsen beslutade strax därefter att den målrelaterade delen av den totala ersättningen senast år 2010 ska uppgå till minst 3 procent. En del av innehållet i den målrelaterade ersättningskomponenten kommer sannolikt att vara regionalt enhetlig, bland annat då den förutsätter tillgång till adekvata informationssystem och säkra databaser som ger tillgång till aktuella data.

Till grundmodellen för ersättning av sjukhusvård hör också beslut att ersättning utgår upp till ett fastställt belopp, det platta taket, samt att ersättningen utgår till sjukhuset som helhet. Det sistnämnda innebär att det är sjukhusledningen som avgör hur de resurser sjukhuset får i ersättning fördelas till olika kliniker och verksamheter.

Under våren 2008 genomfördes en uppföljning av hur de beslutade ersättningsmodellerna för sjukhusvård tillämpats i överenskommelser för 2008. Uppföljningen visade att de beslutade modellerna i princip tillämpas vid samtliga sjukhus i regionen, men att framför allt de delar som avser riktade uppdrag och målrelaterad ersättning används på olika sätt. En slutsats som framfördes var att variationen försvårar jämförelser mellan sjukhusen och att det kan finnas behov av förtydligande av när och hur de olika delarna i ersättningsmodellen bör tillämpas.

3. Uppdrag

Uppföljning av hur regionens ersättningsmodeller utvecklas behöver ske kontinuerligt. I uppföljningen ska ingå en bedömning av om tillämpningen medför styrning mot de målsättningar som angivits. Det är bland annat viktigt att ha god överblick över hur den målrelaterade ersättningskomponenten utvecklas vid sidan av övriga delar i ersättningsmodellen.

Uppdraget innebär att;

- Följa upp tillämpningen av ersättningsmodellerna för sjukhusvård i de överenskommelser som tecknats inför 2009
- Ta fram förslag till förtydligande av när och hur de olika delarna i ersättningsmodellerna bör tillämpas
- Ta fram förslag till hur den målrelaterade ersättningen bör utvecklas för att i ökad utsträckning bidra till styrningen mot angivna mål

Det inledande arbetet, i form av planering, analys och sammanställande av den delrapport som redovisades i juni 2009, genomfördes i huvudsak inom regionkansliet. Innehållet i delrapporten baserades bland annat på enkätsvar från de fyra hälso- och sjukvårdskanslierna och samtliga sjukhus.

3.1 Arbetsgrupp

De slutsatser och förslag till förtydliganden som inarbetats i föreliggande rapport har tagits fram i en arbetsgrupp bestående av Juhani Vekselius (SU), Annika Mårtensson (SÄS), Sven Florström (NU), Eva Sundström (SkaS), Anders Hillberg (Kungälv), Maria Gabrielsson-Fredriksson (Alingsås), Lis Nilsson (FSS), Carina Tomtlund (Hsk Borås), Börje Neuman (Hsk Mariestad), Lars-Erik Hansson (Hsk Uddevalla), Ann-Marie Bodin (Hsk Göteborg) samt Staffan Björck och Annet Lundahl (regionkansliet). Den sistnämnda har varit ordförande och huvudförfattare till rapporten.

4. Överväganden

Uppföljning av hur de beslut regionfullmäktige fattat om Ersättningsmodell för Sjukhusvård och Ersättningsmodell för Psykiatri tillämpats i överenskommelser avseende sjukhusvård 2009, och i några delar 2010, sammanfattas nedan. Besluten har i stort sett genomförts och tillämpas vid regionens sjukhus. Det kan emellertid konstateras att ersättningsmodellerna, och då framförallt de delar som avser riktade uppdrag och målrelaterad ersättning, används på olika sätt vid olika sjukhus. Denna rapport innehåller därför några utdrag ur befintliga regelverk och förtydliganden av när och hur de olika delarna i ersättningsmodellen ska tillämpas.

Ersättningsmodellerna styr mot registrering av vårdkontakter samt mot kostnadskontroll, åtminstone för beställaren. När beställd volym överstiger tidigare konsumtion sker även styrning mot förbättrad produktivitet. Nämnda mål fokuserades när basen av de nu tillämpade ersättningsmodellerna utvecklades. De är viktiga och bör inte åsidosättas.

Det bedöms möjligt att förstärka styrningen mot de senare angivna målen - rätt kvalitet, god tillgänglighet, bra bemötande och valfrihet - genom ett aktivt arbete för ökat användande av kvalitetsindikatorer, eventuellt förstärkt genom den målrelaterade delen i ersättningsmodellen. Det är viktigt att komma ihåg att ett välfungerande IT-stöd, tillgängligt för alla parter, är en förutsättning för en lyckad utveckling av målrelaterad ersättning.

Uppföljningen visar att målrelaterad ersättning, i sjukhusöverenskommelser för 2009 och 2010, liksom tidigare år, har kopplats till ett stort antal mål. Flertalet av dessa förekommer endast i överenskommelse med en vårdgivare.

5. Uppföljning av ersättningsmodeller för sjukhusvård

Den beslutade grundmodellen för ersättning av somatisk och psykiatrisk vård består av fyra delar; riktade uppdrag, verksamhetsanslag, prestationsanslag och målrelaterad ersättning. Ersättning utgår till sjukhuset som helhet, vilket innebär att sjukhusledningen avgör hur de resurser sjukhuset får i ersättning ska fördelas till olika kliniker eller verksamheter. Ersättning utgår upp till ett fastställt belopp, det platta taket. Sjukhuset kan inte påräkna någon ersättning utöver ersättningstaket, såvida detta inte avtalats i särskild ordning. Denna modell tillämpas vid samtliga sjukhus i regionen. Hur den överenskomna ersättningen till sjukhusen fördelar sig på de fyra delarna i överenskommelser för 2009 framgår i tabellen nedan.

Sjukhus	SU	NU	SkaS	SÅS	Kungälv	Alingsås	FSS
Total ersättning, tkr	9 614 391	3 311 775	2 956 148	2 565 891	777 331*	414 205	177 513*
varav R- och H-vård	2 718 958	-	-	44 442	-	-	-
Läkemedel, tkr	784 129	285 195	247 200	188 490	39 185	23 351	27 040
Läkemedel, %	8,2	8,6	8,4	7,3	5,0	5,6	15,2
Riktade uppdrag, tkr	1 094 166	507 246	213 348	298 234	57 940	45 554	2 219
Riktade uppdrag, %	11,4	15,3	7,2	11,6	7,4	11,0	1,2
varav R- och H-vård	777 253	-	-	-	-	-	-
Verksamhetsanslag, tkr	3 818 043	1 261 352	1 219 690	1 038 855	361 590	172 650	73 998
Verksamhetsanslag, %	39,7	38,1	41,2	40,5	46,5	41,7	41,7
varav R- och H-vård	970 847	-	-	22 221	-	-	-
varav Vuxenpsykiatri	512 830	194 450	178 123	187 620	105 320	-	-
Prestationsersättning, tkr	3 818 043	1 231 777	1 195 910	1 025 312	311 493	172 650	73 998
Prestationsersättning, %	39,7	37,2	40,5	40,0	40,1	41,7	41,7
varav Vuxenpsykiatri	512 830	132 362	109 343	145 071	36 610	-	-
Målrelaterad ersättning, tkr	100 000	26 265	80 000	25 000	15 000	6 000	516
Målrelaterad ersättning, %	1,0	0,8	2,7	1,0	1,9	1,4	0,3

* Vid summering av delsummorna för Kungälv sjukhus och FSS erhålls summor som överstiger angivet totalbelopp. Detta då vissa belopp redovisas dubbelt, såväl inom målrelaterad ersättning som inom verksamhetsanslag respektive prestationsersättning

Det är värt att notera att de ersättningsbilagor som biläggs överenskommelser med sjukhusen har olika struktur. För SU och FSS är det till exempel inte möjligt att utläsa fördelningen mellan verksamhetsanslag och prestationsersättning ur dessa. Angivna belopp i tabellen ovan har därmed ibland fått beräknas utifrån antaganden.

I avsnitten nedan beskrivs och analyseras de olika delarna i ersättningsmodellerna närmare. Varje avsnitt inleds med utdrag ur de rapporter avseende ersättningsmodeller för sjukhusvård som fastställts politiskt i Västra Götalandsregionen, framförallt Sjukhusens ersättningssystem (Dnr 583-2004, mars 2005).

5.1 Riktade uppdrag

För de riktade uppdragen utgår ersättning i form av ett överenskommet abonnemang, det vill säga fast ersättning. De riktade uppdragen kan omfatta mindre eller större delar av ett sjukhus verksamhet. Om endast ekonomiskt mindre betydelsefulla delar omfattas kan lokala variationer tillåtas mellan sjukhusen. Ibland utgår denna ersättning efter framställan från utföraren,

till exempel då ny verksamhet ska startas eller en beställd utredning genomförs. I ersättningsbilagan anges de sistnämnda oftast under en egen rubrik, Särskild framställan.

En förändring jämfört med den uppföljning som genomfördes av tillämpningen av sjukhusens ersättningsmodeller i överenskommelser för 2008 är att ersättningen för läkemedel särskiljts från övriga riktade uppdrag i sammanställningen ovan. Andelen av den totala ersättningen till sjukhusen som, enligt överenskommelser för 2009, utgått i form av riktade uppdrag varierar, totalt sett, mellan 12,4 och 23,9 %. Skillnaden har därmed minskat något sedan uppföljningen 2008, men det finns fortsatt skillnader i vad som betraktas som riktade uppdrag i olika delar av regionen. I flera enkätsvar anges att en del riktade uppdrag från 2009 övergått till ordinarie ersättningsform. Denna korrigering har dock inte påverkat ovanstående andelar nämnvärt, vilket kan bero på att ersättningen för läkemedelsförskrivning samtidigt ökat.

Andelen av den totala ersättningen till sjukhusen som 2009 kunnat utgå som ersättning för förskrivning av läkemedel inom läkemedelsförmånen varierar mellan 5,0 och 15,2 %, där andelen vid Frölunda Specialistsjukhus är långt högre än vid övriga sjukhus. Detta förklaras av sjukhusets specifika uppdrag. Andelen av den totala ersättningen till sjukhusen som avser övriga riktade uppdrag varierar mellan 1,2 och 15,3 %. Här står FSS istället för det lägsta värdet, vilket bland annat beror på att flertalet av de riktade uppdrag som förekom 2008 nu ingår i ordinarie ersättningsformer då de inte längre betraktas som verksamhet i utveckling. NU-sjukvården har högst andel ersättning i form av riktade uppdrag 2009, liksom 2008. Detta trots att Sahlgrenska Universitetssjukhusets ersättningsbilaga innehåller riktade uppdrag för Sista utposten samt Forskning och utbildning. Den andel av NU-sjukvårdens ersättning som utgår för riktade uppdrag har dessutom ökat mellan åren. Ett skäl till detta är att ytterligare ett utvecklingsuppdrag, det så kallade MÅVA-konceptet, tillkommit utan att något annat uppdrag upphört eller överförts till ordinarie ersättningsformer.

En sammanställning av vilka verksamheter som ersätts som riktade uppdrag vid regionens sjukhus framgår i bilaga 2. I bilagan framgår inte omfattningen på respektive verksamhet, utan endast huruvida den ersätts som ett riktat uppdrag eller efter särskild framställan.

För några verksamheter ersätts regionens sjukhus i princip genomgående med riktade uppdrag. Förutom läkemedelsförskrivning gäller detta bland annat ersättning för kostnadsansvaret för sjukhusens förskrivning av hjälpmedel enligt hjälpmedelshandboken samt för köpt vård, vilket avser sjukhusens kostnadsansvar för den vård som invånarna i Västra Götaland får hos vårdgivare, i regel utanför regionen, efter remiss från ett inomregionalt sjukhus. Ambulanssjukvård och liggande sjuktransporter betraktas också de genomgående som riktade uppdrag. Denna verksamhet bedrivs inte vid Frölunda specialistsjukhus eller Alingsås lasarett.

Till riktade uppdrag förs också verksamheter som inte bedöms ha direkt koppling till prestationer, såsom

- Kompetenscentrum, konsultverksamheter och team, vilka finns för att stödja verksamheterna på ett eller flera sjukhus
- Öppna verksamheter, ofta inom psykiatri, där behandlingen inte i första hand är individbaserad utan fokuserar grupper
- Egna behandlingshem där vårdtiderna är långa

I överenskommelser med flera sjukhus i regionen har man även valt att betrakta satsningar och nya beställningar som riktade uppdrag under det första året. Anledningen uppges vara att skapa ekonomiskt utrymme för att bygga upp verksamheten under ett år och samtidigt få möj-

lighet att följa upp vilka volymer som produceras, för att använda detta som underlag för prestationsersättning kommande år. Det är inte ovanligt att verksamheter fortsätter att ersättas med abonnemang under ett antal år efter start.

Tre av regionens sjukhus, NU-sjukvården, SÄS och Alingsås Lasarett, får ersättning för sina akutmottagningar i form av riktade uppdrag. En anledning uppges vara att verksamheten är svår att styra för sjukhusen. En annan att minska det ekonomiska incitamentet att producera fler besök vid akutmottagningarna, i syfte att ytterligare stimulera en utveckling mot att de besök som kan ske inom primärvården i ökad utsträckning ska hänvisas dit.

Skillnader kan noteras även för andra uppdrag. Ett exempel är mammografiverksamheten som vid NU-sjukvården ersätts som riktat uppdrag, och vid övriga sjukhus ingår i den verksamhet som ersätts genom verksamhetsanslag och prestationsersättning.

Den stora variationen i tillämpningen av riktade uppdrag kan bidra till svårigheter att jämföra sjukhusens kostnadsläge.

5.2 Verksamhetsanslag och prestationsersättning i somatisk vård

Inom somatisk vård ska generellt 50/50 fördelning tillämpas mellan verksamhetsanslag och prestationsersättning. Verksamhetsanslaget ska alltså vara lika stort som den prestationsersättning som utfaller när sjukhuset producerar de volymer som anges i överenskommelsen. Från 2009 finns ett undantag från denna regel, då tillkommande volym utöver planerat antal förlossningar vid respektive sjukhus enligt regionbeslut ska prestationsersättas med 75 % av gällande fullpris.

Inom sluten somatisk vård får varje vårdtillfälle en åtgärdsrelaterad kod i enlighet med DRG-systemet. Varje kod är värd ett antal poäng, enligt en årligen beräknad regional viktlista. Sjukhusen ersätts med ett sjukhusspecifikt pris per DRG-poäng. För särskilt kostsamma eller vårdkrävande patienter får sjukhuset därutöver så kallad ytterfallsersättning. Denna baseras vid flertalet sjukhus på vårdtid, men vid tre sjukhus är basen som regel kostnad per patient.

Prestationsersättning för dagkirurgisk verksamhet och viss annan somatisk öppenvård sker baserat på en åtgärdsrelaterad viktlista, NordDRG. Priset per poäng enligt NordDRG är sjukhusspecifikt och identiskt med priset per DRG-poäng. För den somatiska öppenvård som ännu inte ingår i NordDRG baseras prestationsersättningen på läkarbesök och övriga besök.

Det är värt att notera att de kommentarer och slutsatser som framförs fortsättningsvis i detta avsnitt generellt också gäller ersättningen av den psykiatriska vården, vilken behandlas nedan i avsnitt 5.3.

5.2.1 Vårdvolymer i ersättningsmodellen

Vårdvolymer i ersättningsbilagan för 2009 uppges i flertalet överenskommelser baseras på av invånare i Västra Götaland konsumerade volymer 2007 alternativt vid överenskommelse-tillfället prognostiserad konsumtion för 2008. I några fall uppges volymerberäkningen istället utgå från tidigare års beställning.

Oavsett bas har justeringar sedan gjorts för förväntade förändringar i uppdraget, bland annat till följd av befolkningsutveckling, förändrad bedömning av befolkningens behov av vård eller planerade förskjutningar från slutenvård till öppenvård. Dessutom görs tekniska juster-

ingar, till följd av exempelvis nya koder och andra förändringar i viktlistorna för DRG och NordDRG.

Vikten av att träffa exakt rätt i beställningen av vårdvolymer anses av flera ha minskat sedan sjukhusen övertog ansvaret för att genomföra vårdgarantin. Eftersom sjukhusen ansvarar för att alla vårdtagare får vård inom angivna garantitider är det av underordnad betydelse hur mycket vård som behöver produceras för att detta ska vara fallet. Detta skulle kunna tolkas som att prestationsersättningens styreffekter fått minskad betydelse. Det finns emellertid samtidigt de som hävdar att ersättningsmodellen inte styr mot förbättrad produktivitet om den beställda volymen inte överstiger föregående års konsumtion samt att det finns en målkonflikt mellan ett absolut ersättningstak och vårdgarantin.

5.2.2 Å-priser i ersättningsmodellen

I uppföljning av överenskommelser 2008 ställdes frågan på vilka grunder ersättningsnivåerna i ersättningsbilagan baseras. Det vanligaste svaret var att beräkningen utgått från den totala resurs som hälso- och sjukvårdsnämnderna avser använda till länssjukvård vid det aktuella sjukhuset. Priserna i överenskommelsen tas sedan i princip fram genom att man delar den totalt tillgängliga resursen med överenskomna volymer.

Om prestationsersättning ska utgöra en styrande faktor i ersättningsmodellen är det viktigt att den bedöms vara rättvis. Detta innebär att det bör finnas ett samband mellan ersättningsnivån och en realistisk kostnadsnivå, eller att det klart framgår varför så inte är fallet. Sjukhusens totaltkostnadsbokslut bör därför utgöra ett viktigt hjälpmedel i beräkningen av å-priser..

5.3 Verksamhetsanslag och prestationsersättning för vuxen-psykiatrisk sjukhusvård

I regionfullmäktiges beslut om Ersättningsmodell för Psykiatri framgår bland annat:

- Inom slutenvården utgör den fasta ersättningen 70-90 % av den totala ersättningen
- Inom öppenvården utgör den fasta ersättningen 30-50 % av den totala ersättningen
- Ca 3 % av den totala ersättningen avsätts för målrelaterad ersättning

Prestationsersättningen inom den psykiatriska slutenvården ska till 90 % utgå per vård dag och till 10 % per vårdtillfälle. För psykiatrisk öppenvård baseras prestationsersättningen på läkarbesök och övriga besök. Beställningen av rättspsykiatri hanteras från 2009 separat och ersätts inte enligt fastställd ersättningsmodell.

I den uppföljning som gjordes av överenskommelser 2008 ställdes bland annat frågor om hur beslutet genomförts. I uppföljning av överenskommelser 2009 efterfrågas förändringar jämfört med 2008. Av svaren kan utläsas att den fasta ersättningen för den psykiatriska slutenvården nu varierar mellan 75 och 90 % av den totala ersättningen. Inom öppenvården varierar den fasta ersättningen mellan 30 och 50 % av den totala ersättningen. Andelen fast ersättning per sjukhus framgår i tabell nedan. De sjukhus som inte ingår i tabellen bedriver inte vuxen-psykiatrisk verksamhet

Sjukhus	SU	NU	SkaS	SÄS	Kungälv
Andel fast ersättning psykiatrisk slutenvård	75 %	90 %	80 %	80 %	90 %
Andel fast ersättning psykiatrisk öppenvård	45 %	30 %	40 %	40 %	50 %

För de två sjukhus som får högst andel fast ersättning för psykiatrisk slutenvård uppges skälet vara viljan att understödja en utveckling av arbetsformerna inom psykiatrin som medför ökad andel öppenvård och minskad slutenvård. För ett av dessa båda sjukhus har man, med samma motivering, valt att fastställa den fasta ersättningen för psykiatrisk öppenvård till miniminivån 30 % av den totala ersättningen. För flera övriga sjukhus uppges att man vill ta ett steg i taget och utvärdera konsekvenserna av genomförda förändringar innan man fattar beslut om att ta nästa steg mot en högre andel fast ersättning för slutenvården och en lägre andel för öppenvården. Ett sjukhus framför att det är lämpligt med en hög andel fast ersättning för slutenvård, då vårdplatserna ska finnas oavsett tillfälliga svängningar i sökmönster och då det är relativt svårt att anpassa antalet på kort sikt. Vid ett sjukhus har man valt att låta andelen fast ersättning för psykiatrisk öppenvård vara oförändrad på 50 %. Ett skäl till detta uppges vara oro att samverkan med vårdgrannarna kan bli lidande om fokuseringen på prestationer ökar, då ett syfte med ökad andel rörlig ersättning är att stimulera produktion i form av fler besök.

Vid de sjukhus som bedriver psykiatrisk vård kan 3 % av den totala ersättningen för denna vård utgå i form av målrelaterad ersättning, med ett undantag. Denna fråga återkommer i avsnitt 5.4 nedan.

Regionfullmäktiges beslut om Ersättningsmodell för Psykiatri bedöms, med utgångspunkt i ovanstående, i princip vara genomfört vid regionens sjukhus.

5.4 Målrelaterad ersättning

Målrelaterad ersättning infördes som en komponent i Västra Götalandsregionens ersättningsmodell för sjukhusvård genom beslut i mars 2005 och innebär att en del av ersättningsutrymmet ska avsättas för att stödja arbetet med att uppnå utvalda mål. Ett syfte med införandet av en sådan komponent var att möta den kritik som riktats mot att ersättningsmodellen dittills förbisett andra mål än de som handlar om produktionsvolym. Målrelaterade ersättning ska bland annat stödja arbetet att fokusera vårdkvalitet och tillgänglighet.

En snabb övergång till en modell med stor andel målrelaterad ersättning är svår att realisera då uppfyllelsen av önskvärda mål ofta är svår att mäta. Införandet av ersättningskomponenten bör kunna bidra till att arbetet med att utveckla valida indikatorer får ökad prioritet. Det är viktigt att ta tillvara erfarenheter som har gjorts på andra håll i landet, internationellt och i nationell samverkan.

Några krav som måste ställas på de indikatorer som används är att de är mätbara, relevanta (det vill säga vara av betydelse för den verksamhet man avser följa) och valida (det vill säga mäta det den avser att mäta). Resultatet måste dessutom vara möjligt att tolka och påverka.

5.4.1 Andel målrelaterad ersättning 2009

Andelen målrelaterad ersättning i överenskommelser avseende sjukhusvård år 2009 varierar mellan 0,3 och 2,7 %. För samtliga sjukhus utom ett har andelen ökat mellan år 2008 och 2009, i linje med regionens långsiktiga målsättning. För Frölunda Specialistsjukhus, som har lägst andel av den totala ersättningen målrelaterad såväl 2008 som 2009, gäller en tvåårig överenskommelse dessa båda år. Man anger att andelen målrelaterad ersättning kommer att öka väsentligt i den överenskommelse som tecknas inför 2010. Kommentarer avseende den faktiska tillämpningen av målrelaterad ersättning i överenskommelser för 2010 framgår nedan i avsnitt 5.4.4.

Flera av sjukhusen har i sina enkätsvar framfört att det kan innebära ett ökat ekonomiskt risktagande för utförarna när den målrelaterade ersättningens andel av den totala ersättningen ökar. Detta gäller speciellt om målnivåerna innebär ökade krav. En orsak är att en ökad andel målrelaterad ersättning som regel finansieras genom omfördelning inom respektive sjukhus tidigare ersättningsutrymme. Ytterligare ett skäl är att utfallet för flera valda indikatorer blir klart sent på året och att det ofta är svårt att bedöma huruvida sjukhusen kan räkna med att nå angivna mål eller inte i sina resultaträkningar. Den påtalade risken bedöms dessutom öka i ekonomiskt svårare tider, då sjukhusen förväntas göra effektiviseringar och samtidigt åstadkomma förbättrad kvalitet och tillgänglighet.

I några överenskommelser för 2009 har försök gjorts att mildra dessa konsekvenser. Kungälvssjukhus och Frölunda Specialistsjukhus får en del av den målrelaterade ersättningen utbetald löpande under året. Utbetalningens storlek har baserats på en bedömning av hur stor andel av målen som sjukhuset säkert bedöms klara. Om måluppfyllelsen skulle bli lägre än denna bedömning krävs återbetalning. Skaraborgs sjukhus får hela den målrelaterade ersättningen utbetald under året. I detta fall krävs återbetalning om måluppfyllelsen inte blir fullständig. En hälso- och sjukvårdsnämnd har sökt och fått tillåtelse att använda delar av sitt egna kapital för att finansiera en ökad andel målrelaterad ersättning kopplad till högre kvalitetskrav.

5.4.2 Indikatorer

Vilka indikatorer som används för målrelaterad ersättning varierar i olika delar av regionen. En schematisk sammanfattning av indikatorer i 2009 års överenskommelser med de sju sjukhusen eller sjukhusgrupperna framgår i bilaga 3.

Sammanställningen innehåller 163 olika indikatorer, att jämföra med 162 vid uppföljning föregående år. Av dessa återfinns 19 (nitton) i flera överenskommelser. 144 indikatorer förekommer alltså endast i överenskommelse med ett av sjukhusen. Vid uppföljning av överenskommelser för 2008 var motsvarande tal 121. I några överenskommelser har en tydlig omarbeting av använda indikatorer skett inför 2009. I några fall tycks försök till likriktning ha gjorts, oftast utifrån regional förteckning av kvalitetsindikatorer. Några förekommande indikatorer med snarlik formulering, har betraktats som olika om det inte tydligt kunnat utläsas att det som efterfrågas är identiskt.

Antalet mål som förekommer i respektive överenskommelse varierar mellan 11 och 47. Skillnaden mellan ytterligheterna har därmed minskat något jämfört med 2008, då motsvarande tal var 10 och 59. I några överenskommelser har emellertid antalet indikatorer ökat markant. 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. Detta kan vara ytterligare ett sätt att parera den ekonomiska risk som beskrivits i avsnitt 4.4.1 ovan.

Antalet mål som specifikt avser vuxenpsykiatri varierar, i överenskommelser med sjukhus som bedriver denna verksamhet, mellan 2 och 16.

Det förekommer åtminstone två former av olikheter i formuleringen av indikatorer. I vissa fall har parterna utgått från likartade mål, men valet har fallit på olika indikatorer. I andra har man i olika områden valt att prioritera olika mål. Ett exempel på det förstnämnda är mål kopplade till vårdgarantin, där målsättningen i några överenskommelser anges i form av andel väntande som får vård inom vårdgarantin, medan den i andra istället anges i form av antal patienter som väntat längre än vårdgarantitiden. I några områden har man valt att inte använda vårdgarantin som en bas för målrelaterad ersättning. Detta då den anses vara en förutsättning som alla för-

väntas uppnå. En likriktning av denna typ av olikhet skulle minska det totala antalet använda indikatorer radikalt.

Ett exempel på den andra formen av olikhet är indikatorer kopplade till hälsofrämjande och förebyggande vård. I överenskommelsen med Kungälvss sjukhus har målrelaterad ersättning kopplats till flera indikatorer avseende förebyggande av övervikt samt bruk av tobak och alkohol, vilket förekommer i liten omfattning i tre andra överenskommelser och inte alls i tre. Ytterligare exempel på denna form av olikhet syns i överenskommelsen med NU-sjukvården, där man använt den målrelaterade ersättningen för att stimulera ökad tillgång till specialiserad öppenvård i närmiljön, framför allt i de glest befolkade kommunerna i Dalsland respektive norra Bohuslän, samt för att stimulera ökad användning av nya behandlingsmetoder. Att mål avseende dessa perspektiv 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.

I flera överenskommelser är delar av den målrelaterade ersättningen kopplad till redovisning av olika utredningar eller uppdrag och inte till faktiska målnivåer. Hanteringen är då snarlik den som finns för ersättning efter särskild framställan (se ovan under 5.1 Riktade uppdrag).

Enligt enkätsvaren har indikatorerna tagits fram som en del i förhandlingen genom ett gemensamt utvecklingsarbete med företrädare för ansvarig beställare och berört sjukhus. På frågan om vilka utgångspunkter man haft vid val av indikatorer har flertalet angivit att valet baserats på politisk prioritering, regionalt och lokalt. Några har också lyft fram regionövergripande principer kring bland annat God vård, vårdgarantin och hälsofrämjande sjukhus som centrala. Några dokument som nämnts särskilt är;

- Regional förteckning av kvalitetsindikatorer
- Regionala måltal för utvalda indikatorer
- ”Ägaruppdrag Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet”,
- ”Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet” och
- Hälso- och sjukvårdsnämndernas behovsgruppsarbete och måldokument

I enkätsvaren från Skaraborg har både beställare och utförare lyft fram att det varit viktigt vid val av indikatorer att en så stor del av sjukhuset som möjligt ska beröras och kunna ta del av den målrelaterade ersättningen. Från Frölunda Specialistsjukhus uppges att man valt att fokusera diagnosgrupper som är vanligt förekommande inom sjukhuset och där det finns hög anslutning till nationella kvalitetsregister.

Det är naturligt att målrelaterad ersättning kopplas till uppföljning inom områden där parterna bedömer att det finns behov av och möjlighet till förbättringar. Eftersom det sannolikt varierar var bristerna bedöms finnas är det inte konstigt att man valt olika indikatorer i olika delar av regionen. Däremot är det överraskande att skillnaderna är så påtagliga och inte tycks minska över tid.

5.4.3 Målnivåer

I använd enkät (bilaga 1) ingår frågan på vilka grunder målnivåer för valda indikatorer fastställts. Svaren indikerar att senast kända utfall för respektive sjukhus varit en viktig utgångspunkt. Ofta har målnivån sedan fastställts efter en bedömning av möjliga och relevanta förbättringar jämfört med detta utfall, medan man i något fall helt enkelt formulerat målnivån som förbättring av eget resultat.

Regionala direktiv nämns som en annan viktig utgångspunkt. Flera uppger att det är viktigt att fastställda målnivåer är möjliga att uppnå. I överenskommelsen med Frölunda Specialistsjukhus har man valt att sätta ribban högre och siktar mot att nå en kvalitetsnivå som innebär att sjukhuset är bland de 25 % bästa i Sverige.

För flertalet använda indikatorer finns endast en målnivå, medan några har två eller flera målnivåer kopplade till sig. I överenskommelsen med Kungälvssjukhus används från och med år 2009 en trappstegsmodell med två eller tre steg för bedömning av måluppfyllelse kopplad till kvalitetsindikatorer. Denna beskrivs i huvudsak som följer:

1. Nivå 1 = ”basnivå”, uppgår till 75 % av det reserverade beloppet för kvalitetsindikatorer. Beloppet utbetalas löpande under året inom verksamhetsanslag och prestationsersättning. Resultatet för kvalitetsindikatorerna ska vara lägst det genomsnittliga värdet för åren 2004, 2005 och 2006.
2. Nivå 2 = resultatet ska vara lägst som utfall 2007. Uppgår till 15 % av den reserverade ersättningen.
3. Nivå 3 = resultatet ska vara bättre än utfall 2007 eller samma som för de regionala målen. Uppgår till 10 % av den reserverade ersättningen.

För psykiatrin utgör nivå 1 och 2 tillsammans basnivå. För målrelaterad ersättning kopplat till vårdgaranti gäller andra målnivåer, där nivå 3 motsvarar en måluppfyllelse om 100 %.

Vidare utveckling av trappstegsmodell för målrelaterad ersättning är positiv och önskvärd. För att åstadkomma någon verklig styreffekt är det viktigt att spänna bågen och använda målnivåer som innebär en förbättring jämfört med nuläget. I exemplet ovan kan åtminstone de två lägre målnivåerna istället innebära en försämring.

5.4.4 Målrelaterad ersättning 2010

Det finns alltså skillnader i tillämpningen av målrelaterad ersättning vid olika sjukhus, såväl i överenskommelser för 2008 som 2009. Då en del av variationen skulle kunna åtgärdas med kommunikation och relativt små anpassningar har rapporten kompletterats med en studie av hur denna ersättningskomponent tillämpats i överenskommelser för 2010. En schematisk sammanfattning av indikatorer i 2010 års överenskommelser med de sju sjukhusen eller sjukhusgrupperna framgår i bilaga 4.

Andelen målrelaterad ersättning varierar detta år mellan 2,6 och 3,0 %. Andelen har således ökat mellan år 2009 och 2010, i linje med regionens långsiktiga målsättning. Beslutet att minst 3 procent av den totala ersättningen ska vara målrelaterad senast år 2010 uppfylls av samtliga sjukhus utom två.

Tolkningen av indikatorer har varit något mindre bokstavstrogen i sammanställningen 2010 än de tidigare. Indikatorer med snarlik formulering har betraktats som lika om det kunnat antas att det som efterfrågas är ungefär detsamma. Sammanställningen innehåller, trots detta, 171 olika indikatorer, vilket är 6 fler än vid uppföljning 2009. Av dessa återfinns 40 i flera överenskommelser. 131 indikatorer förekommer alltså endast i överenskommelse med ett av sjukhusen, vilket är något färre än 2009. Viss anpassning till regional förteckning av kvalitetsindikatorer har skett.

Antalet mål som förekommer i respektive överenskommelse 2010 varierar mellan 23 och 68. Skillnaden mellan ytterligheterna har därmed ökat. 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.

Samtliga sjukhus får nu hela eller delar av den målrelaterade ersättningen utbetald under året. Slutreglering sker, utifrån grad av måluppfyllelse, efter mätning.

5.4.5 Praktisk tillämpning

Det är sällsynt att det i överenskommelsen eller annan tillgänglig dokumentation finns någon tydlig beskrivning av hur resultatet ska mätas och vad som påverkar när måluppfyllelsen ska värderas. Detta är en faktor som hittills kan ha fokuserats i alltför liten omfattning. Lika viktigt som att formulera indikatorer är att definiera mätetal, datakälla och värderingsgrund.

Utbetalning av målrelaterad ersättning är i flera fall helt beroende av en årlig mätning, oftast i slutet av året. Detta kan göra det svårt att i förväg bedöma måluppfyllelsen och prognostisera dess ekonomiska påverkan, vilket i sin tur innebär att styreffekten av en sådan indikator kan ifrågasättas.

En ökad andel målrelaterad ersättning, finansierad inom en totalt sett oförändrad resurs, kan innebära ett ökat ekonomiskt risktagande för utförarna. Flera menar att detta kan medföra en konflikt mellan kostnadskontroll samt god kvalitet och tillgänglighet. Det finns en risk att en påtvingat ökad andel målrelaterad ersättning, inom befintligt utrymme, leder till användning av indikatorer och målnivåer som ger en någorlunda säker hemtagning för sjukhusen. Detta kan i så fall leda till att effekten av den målrelaterade ersättningen minskar snarare än ökar.

Det finns olika uppfattning om vilken livslängd enskilda indikatorer bör ha. I ett enkätsvar anges att en viktig faktor vid val av indikatorer för målrelaterad ersättning 2009 varit att skapa en långsiktighet och inte ändra för mycket från år till år. I ett annat enkätsvar anges istället att indikatorer bör kopplas till målrelaterad ersättning under en begränsad tid.

Det är viktigt att komma ihåg att utvecklingen av målrelaterad ersättning fortfarande är i sin linda. De olikheter som uppmärksammas i föreliggande rapport förklaras sannolikt till viss del av ett sökande i utvecklingsfasen. Flera parter har efterfrågat initiativ för bättre regional samordning i frågan och menar att det vore önskvärt med en fast grund att stå på, med ett antal regiongemensamma indikatorer och måltal. De regionala indikatorerna bör då fokusera också andra frågor än medicinsk kvalitet, bland annat en strukturell utveckling från slutenvård till specialiserad öppenvård och från sjukhusvård till specialiserad vård i hemmet och primärvård. Det är viktigt att det 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.

5.5 Ersättningsmodellernas styregenskaper

De regionala ersättningsmodellerna för hälso- och sjukvård ska i första hand styra mot rätt kvalitet, god tillgänglighet, bra bemötande och valfrihet. Enkätsvar som avlämnades i samband med uppföljning av överenskommelser för 2008 gav en samstämmig bild, att tillämpade ersättningsmodeller för närvarande styr mot kostnadskontroll, förbättrad produktivitet och en god registrering av vårdkontakter. Detta beror sannolikt på att riktade uppdrag, verksamhetsanslag och prestationsersättning, fått det genomslag som varit avsett.

Nu finns en allt mer påtaglig tveksamhet att ersättningsmodellerna faktiskt styr mot kostnads-kontroll eller förbättrad produktivitet. Modellerna innebär kostnadskontroll för beställaren, men det ifrågasätts om de har någon entydig effekt i denna riktning för sjukhusen. Flera representanter för sjukhusen menar dessutom att det platta taket i kombination med att beställda volymer som regel inte innebär någon utökning jämfört med tidigare år innebär att ersättningsmodellen inte längre styr mot förbättrad produktivitet.

Det faktum att ersättning till sjukhusen betalas till sjukhusgrinden bidrar till att det är svårt att bedöma vilka styreffekter ersättningsmodellerna faktiskt har. Det anges i och för sig i tidigare nämnda rapport om Sjukhusens ersättningssystem att det ska finnas en tydlig koppling internt inom sjukhuset mellan sjukhusets ersättning samt produktion och resultat på verksamhetsnivå, men flera påpekar att det platta taket medför svårigheter att konstruera ett internt styrsystem som förmedlar i överenskommelserna eftersträvade styrsignaler ut i organisationen. Fastställda ersättningsmodeller blir därmed ett sätt att fördela pengarna, medan det i realiteten är andra saker som styr. En tydlig koppling mellan ersättningsmodellen och andra medel i styrmodellen är därmed en förutsättning för att lyckas styra mot angivna mål.

Flera uttrycker tveksamhet att nuvarande modell är tillräckligt långsiktig och om vi säkrar framtidens sjukvård med nuvarande arbetssätt. Längre överenskommelser efterfrågas och bör eftersträvas, men förutsätter att grunden, i form av exempelvis gränssnitt mellan sjukhus och primärvård samt mellan regionens sjukhus, är någorlunda stabil och förutsägbar. Flera förslag till fortsatt utveckling av ersättningsmodellerna har framförts, bland annat att vid något sjukhus pröva att tydligare styra mot effektivitet. Det är även nödvändigt att framtida styrmodeller stimulerar, eller åtminstone inte motverkar, en fortsatt medicinskt teknisk och strukturell utveckling i den riktning som politiska beslut stakat ut.

Det har i flera studier belysts att organisationer anpassar sig till använda styrmodeller över tid, vilket medför att det kan vara nödvändigt att förändra för att behålla styreffekterna.

6. Förtydliganden av tidigare fastställda regelverk

Hur fastställda ersättningsmodeller för sjukhusvård tillämpats i överenskommelser för 2009 samt, i vissa delar, 2010 redovisas i kapitel 5 ovan. Uppföljningen visar att framför allt de komponenter som avser riktade uppdrag och målrelaterad ersättning används på olika sätt vid olika sjukhus. Det finns därför behov att upprepa och förtydliga delar av tidigare fastställda regelverk som anger när och hur de olika delarna i ersättningsmodellerna ska tillämpas.

I det beslut där gällande modell för ersättning till sjukhusen först presenterades (Dnr 583-2004) anges att det inte är möjligt att i detalj precisera gränsen mellan det regiongemensamma och det som bör vara möjligt att avtala lokalt, men att den regiongemensamma kärnan bland annat består av;

- Den relativa fördelningen mellan fast och prestationsrelaterad ersättning
- Prestationsersättningsmodellen med DRG som grund
- Regelverk relaterade till prestationsbaserad ersättning inom slutet och öppen vård
- Nationella och regionala beskrivningssystem
- Regiongemensamma indikatorer för den målrelaterade delen
- Abonnemang som omfattar betydande delar av sjukhusens ekonomi
- Regler för hur eventuella avsteg från den regiongemensamma kärnan ska processas och beslutas

6.1 Riktade uppdrag

För de riktade uppdragen utgår ersättning i form av ett överenskommet abonnemang, det vill säga fast ersättning. Abonnemang innebär att utföraren får ersättning oavsett hur mycket eller hur lite som utförs. Ett sådant kan ges för viss vård, under förutsättning att gränssnittet gentemot den prestationsersatta verksamheten är tydligt. De kan också utgå upp till angivet belopp efter framställan från utföraren, till exempel då en ny verksamhet ska starta eller en beställd utredning genomförs. I ersättningsbilagan anges de sistnämnda oftast under en egen rubrik, Särskild framställan.

Riktade uppdrag bör i första hand tillämpas för verksamhet som inte har direkt koppling till patientrelaterad hälso- och sjukvård. Till dessa kan också föras verksamheter där det, av något skäl, bedöms vara svårt eller olämpligt att basera ersättningen på prestation. De riktade uppdragen kan omfatta mindre eller större delar av ett sjukhus verksamhet. Lokala variationer kan tillåtas mellan sjukhusen om endast ekonomiskt mindre betydelsefulla delar omfattas. Om däremot större delar av sjukhusens ekonomi omfattas bör principerna vara desamma i hela regionen.

6.1.1 Förtydligande av gällande regelverk

Det finns skillnader i vad som betraktas som riktade uppdrag i olika delar av regionen. En kvarstående fråga är hur stor andel av sjukhusets ekonomi som en verksamhet får omfatta om den ersätts genom riktat uppdrag vid något eller några sjukhus och genom verksamhetsanslag och prestationsersättning vid andra.

Det bedöms vara både svårt och olämpligt att fastställa en absolut gräns för när en verksamhet omfattar ”en större del av sjukhusens ekonomi”. Beslut behöver därför fattas från fall till fall, när olikheter uppkommer. Akutmottagningarna bedöms vara alltför omfattande för att olika ersättningsprinciper ska få tillämpas vid olika sjukhus, varför likriktning är nödvändig.

Arbetsgruppen rekommenderar att samtliga akutmottagningar från år 2011 ersätts genom ett riktat uppdrag. Det huvudsakliga argumentet för detta är att det ligger i linje med beslut om utveckling av hälso- och sjukvården, där framgångsfaktorerna härleds till strukturella åtgärder för att skapa en ändamålsenlig närsjukvård, ökad tillgång till planerad vård och koncentration av akutvården. En hög andel fast ersättning anses vara att föredra, då akutmottagningen ska vara tillgänglig oavsett tillfälliga svängningar i sökmönster. En förändring i denna riktning bedöms även underlätta jämförelser avseende mer planerbar vård mellan akutsjukhusen och övriga sjukhus.

Arbetsgruppen är inte enig i frågan. Som argument mot framförs annan bland annat befarade svårigheter att fastställa storleken på det riktade uppdraget samt risk för övervältring av delar av akutuppdraget på andra öppenvårdsmottagningar eller på primärvården..

6.2 Mårelaterad ersättning

Mårelaterad ersättning är den senast tillkomna komponenten i de ersättningsmodeller som ska tillämpas i Västra Götalandsregionen. Det är denna komponent som bedöms kunna bidra till att förstärka den ekonomiska styrningen mot de politiskt prioriterade målen rätt kvalitet, god tillgänglighet, bra bemötande och valfrihet.

6.2.1 Utgångspunkt i kvalitetsutveckling

Kvalitetsutveckling i bred bemärkelse bör vara utgångspunkten för målrelaterad ersättning. De indikatorer som används för målrelaterad ersättning bör utgå ifrån de preciserade inriktningensmål som finns i det regionala handlingsprogrammet för Säker vård (RSK 520-2007), vilket är en vidareutveckling av ”Ägaruppdraget ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet”. De bör således bygga på följande perspektiv:

- *Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård*, vilket innebär att vården ska främja hälsoutveckling och bygga på evidensbaserad kunskap och formas för att möta den individuella patientens behov på bästa möjliga sätt
- *Säker hälso- och sjukvård*, vilket innebär att skador i samband med vård undviks genom ett aktivt förebyggande arbete
- *Patientfokuserad hälso- och sjukvård*, vilket innebär att vården ges med respekt och lyhördhet för individens specifika behov, förväntningar och värderingar
- *Effektiv hälso- och sjukvård*, med vilket avses att vården utformas och ges i samverkan med övriga vårdaktörer så att patienten upplever vården som en helhet samt att onödigt förbrukning av alla slags resurser undviks
- *Jämlig hälso- och sjukvård*, vilket innebär att vården tillhandahålls och fördelas på lika villkor
- *Jämställd hälso- och sjukvård*, vilket innebär att vården ges med hänsyn till kvinnors och mäns olika villkor och därmed olika behov av hälso- och sjukvårdens insatser
- *Hälso- och sjukvård i rimlig tid*, vilket innebär att inga patienter ska behöva vänta oskälig tid på de vårdinsatser som de har behov av
- *Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser*, vilket innebär att de insatser som erbjuds invånarna ska främja hälsan och resultera i förbättrad eller bibehållen hälsa, funktionsförmåga och/eller en förbättrad livssituation.

6.2.2 Hur ska den målrelaterade ersättningen utvecklas?

Rapporten ”Hur ska den målrelaterade ersättningen utvecklas?” (Dnr 270-2005) fokuserar i första hand frågan hur man ska koppla ersättningssystemet till strävanden att förbättra patientsäkerhet samt medicinsk och patientupplevd kvalitet, men givna rekommendationer kan avse målrelaterad ersättning generellt.

Enligt rapporten ska bland annat följande principer, i möjligaste mån, tillämpas:

- Den målrelaterade ersättningen bör konstrueras så att *bonus utfaller när utföraren uppnår ett överenskommet mål*. Negativa incitament, det vill säga bortfall av avtalad ersättning, bör endast användas om utföraren inte når upp till en acceptabel grundnivå.
- Initialt bör *ett fåtal indikatorer* utgöra grunden för ekonomisk ersättning.
- Det *krävs kontinuitet och uthållighet*, samma indikatorer bör användas under flera år.
- *Indikatorer ska i första hand väljas ur den regionala indikatorförteckningen*. Om lämplig indikator saknas där kan parterna komma överens om en lokalt framtagen.
- Den målrelaterade ersättningen bör *premiära både utförare som uppnår en fastställd grundnivå och utförare med en redan hög kvalitetsnivå*.
- Vården ska ges på lika villkor i hela regionen. Målrelaterad ersättning med inriktning mot medicinsk kvalitet och patientsäkerhet ska därför i första hand utgå från *regionalt fastställda målnivåer*.
- För att möjliggöra en meningsfull uppföljning ska uppgifter om enheternas *aktuella prestationsnivå* finnas att tillgå.
- För att en indikator ska kunna användas som ersättningsgrund fordras att både utförare och beställare ska kunna få fram *uppgifter om utfallet under avtalsåret*.

- För varje indikator som används ska det säkerställas att det finns *adekvata informationssystem* och säkra databaser, som ger tillgång till *aktuella* data.
- Incitament av ekonomisk art bör samordnas med styrning och stöd av icke-ekonomisk natur.

6.2.3 Principiell diskussion

Vid en bedömning av gällande ersättningsbilagor med utgångspunkt i de principer som framgår i rapporten om hur den målrelaterade ersättningen ska utvecklas kan konstateras att de flesta av principerna inte är genomförda. Vid de möten som genomförts i syfte att följa upp tillämpningen av ersättningsmodeller för sjukhusvård har bland annat följande kommentarer, med fokus på målrelaterad ersättning, framförts:

- ✓ Det tar en hel del tid i anspråk att sammanställa material inför mätning och tolkning av resultat kopplade till de målrelaterade indikatorerna, även när det är möjligt att hämta data ur tillgängliga register.
- ✓ Målrelaterad ersättning kopplad till kvalitetsindikatorer kan bidra till att sjukhus som har kvalitetsbrister, vilka det eventuellt behövs särskilda satsningar för att komma till rätta med, går miste om ersättning de tidigare fått. ”Det kan vara svårt att effektivisera bort en kvalitetsbrist”.
- ✓ Redovisning av kvalitetsmått i bland annat Öppna jämförelser och Verksamhetsanalysen bidrar till att verksamheten fokuserar kvalitetsmåten. ”Ingen vill vara sämst i klassen”.
- ✓ Det är tveksamt om det är känt ute i verksamheten vilka indikatorer som är målrelaterade – det är snarast en fråga för sjukhusledningen.
- ✓ Det finns ibland pedagogiska svårigheter att kommunicera nationella indikatorer och mål parallellt med regionala eller lokala indikatorer och mål – särskilt om indikatorerna är snarlika men inte identiska, till exempel vårdgarantin.

Det är viktigt att uppmärksamma att anslutningsgraden till olika kvalitetsregister påverkar resultatet för enskilda indikatorer. En högre anslutningsgrad kan, i vissa fall, leda till lägre utfall i enskilda kvalitetsindikatorer. Utvecklingen av målrelaterad ersättning får inte medföra ekonomiska incitament att minska rapporteringen till nationella kvalitetsregister.

I samband med redovisning av delrapport inom detta uppdrag ställde sig ledamöterna i hälso- och sjukvårdsutskottet positiva till följande principer för fortsatt utveckling av målrelaterad ersättning för kvalitet:

- Hög anslutningsgrad till viktiga kvalitetsregister
- Kärna av regiongemensamma indikatorer
- Begränsat antal lokala indikatorer
- Glidande skala från minsta acceptabla nivå till maxnivå
- Finansieringsprinciper; befintliga och nya pengar
- God vård perspektiven i fokus (gemensam uppföljningsplan)
- Utgångspunkt i befintliga system
- Långsiktig plan för utveckling och utvärdering
- Genomgripande, representativ, beredningsprocess

6.2.4 Förtydliganden av gällande regelverk

Bland annat de kommentarer som sammanfattas i föregående avsnitt har lett fram till konstaterandet att det är tveksamt om den målrelaterade ersättningen, med nuvarande tillämpning, har den styreffekt som varit avsikten. Om denna ersättningskomponent ska bidra till styrning i den omfattning som varit avsikten är det alltså nödvändigt med förtydliganden och eventuellt

justeringar i gällande regelverk. Arbetsgruppen menar att korrigeringar behöver göras inom de områden som framgår i det följande. Med regionala indikatorer avses genomgående sådana som det fastställs regionala måltal för.

För att en indikator ska kunna användas för målrelaterad ersättning är det nödvändigt att mätmetoden är noga definierad. Detta innebär att det måste finnas en enhetlig definition av täljare och nämnare och gärna även vilken mätperiod som ska tillämpas. Detta gäller även regionala indikatorer.

För att en indikator ska kunna användas för målrelaterad ersättning är det vidare nödvändigt att resultatet kan utläsas löpande under året (helst varje kvartal). Detta gäller även regionala indikatorer. Om kvalitetsregister med långt eftersläp ska användas som bas för indikatorer måste detta problem först uppmärksammas och lösas. I flertalet kvalitetsregister är det möjligt för varje deltagande enhet att löpande komma åt sina egna inlevererade data. Det bör framgå i samtliga överenskommelser när sjukhuset ska leverera utdrag ur registret till beställaren.

Vid utarbetande av regionala indikatorer måste hänsyn tas till existerande nationella, om det inte finns goda skäl för ett annat val.

De regionala indikatorerna ska användas i överenskommelser med samtliga sjukhus där den beskrivna verksamheten bedrivs. De regionala indikatorerna bör inkludera samtliga perspektiv inom God Vård, men även indikatorer som stimulerar en önskad medicinskteknisk och strukturell utveckling.

Utöver de regionala indikatorerna ska det finnas möjlighet att lägga till ett fåtal, förslagsvis fem, lokala indikatorer, med samma krav på tydlighet i definition och tillgänglighet till mätdata.

För att förbättra styreffekten bör merparten av den målrelaterade ersättningen tillfalla den verksamhet/klinik som kan påverka resultatet för en indikator.

För förbättrad styreffekt bör det vara en ambition att en trappstegsmodell används för de målrelaterade indikatorerna. Tröskelnivån, den nivå vilken man måste nå upp till för att få någon ersättning alls, bör då sättas med utgångspunkt i senast genomförda mätning. Den högsta målnivån ska utgöra en utmaning och en tydlig förbättring. Det måste emellertid finnas viss flexibilitet i fastställandet av målnivåer, bland annat då en utförare redan innan årets ingång har överträffat fastställda regionala målnivåer. Om förbättring eftersträvas bör målrelaterad ersättning, i ökad utsträckning, utformas som belöning, det vill säga genom tillskott av medel och inte omfördelning av befintliga. Detta skulle kunna ske genom att regionfullmäktige i sitt budgetbeslut öronmärker medel som ska användas för målrelaterad ersättning utöver förväntad nivå eller genom att det blir möjligt att överenskomma om sådana målnivåer utan att hälso- och sjukvårdsnämnderna blir återbetalningsskyldiga om målen skulle uppnås. Det kvarstår härvid att definiera vad som är förväntad nivå.

7. Ärendets beredning

Uppdraget har genomförts i två steg, där det första avsett uppföljning av tillämpningen av ersättningsmodeller för sjukhusvård i överenskommelser för 2009 och det andra fokuserat på förtydliganden av gällande beslut, i de delar sådana bedömts vara nödvändiga.

Arbetet inleddes hösten 2008, då var och en av de berörda förvaltningarna, det vill säga de fyra hälso- och sjukvårdskanslierna och samtliga sjukhus, utsåg en kontaktperson. Dessa hade ansvar för att besvara den enkät som togs fram för uppföljning av hur ersättningsmodellerna för sjukhusvård tillämpats i överenskommelser för 2009. Enkätens innehåll framgår i bilaga 1. Enkätsvaren ställdes samman inom regionkansliet. En sammanfattning av uppföljningen framgår i kapitel 5 ovan.

Den regionala gruppen för terminologi-, klassifikations- och ersättningsfrågor (TEK) fick den 16 september 2008 information om uppdraget och den 19 maj 2009 om enkät svar och utkast till delrapport avseende uppföljning av tillämpade ersättningsmodeller för sjukhusvård. Motsvarande avstämning skedde i sjukvårdsgruppen den 11 juni och i hälso- och sjukvårdens ekonomichefsgrupp den 12 juni 2009.

Förvaltningarnas kontaktpersoner fick tillgång till ett utkast till ovan nämnda delrapport den 20 maj och gavs tillfälle att lämna synpunkter på denna bland annat vid ett möte den 5 juni. Inkomna synpunkter vägdes samman och inarbetades, i möjligaste mån, i den delrapport som redovisades för hälso- och sjukvårdsutskottet den 24 juni 2009. Utskottet gav vägledning inför det fortsatta arbetet i form av några principer för fortsatt utveckling av den målrelaterade ersättningen.

En arbetsgrupp med representanter för ägare, beställare och utförare har därefter samlats vid tre tillfällen för att diskutera frågan och formulera förtydliganden av riktade uppdrag och målrelaterad ersättning. Gruppen valde att komplettera rapporten med uppföljning av målrelaterad ersättning i överenskommelser för 2010.

Avrapportering av arbetsläget har skett vid sektorsrådets ordförandekonferens den 28 januari 2010, för hälso- och sjukvårdens ekonomichefsgrupp den 12 februari 2010 och den ombildade regionala arbetsgruppen för klassifikationer och ersättningsmodeller (RAKEL) den 4 mars 2010. Slutrapporten presenteras för hälso- och sjukvårdsutskottet den 24 mars 2010.

2010-03-24

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 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.

Den uppföljning av ersättningsmodellerna som genomfördes under våren 2008, visade att ersättningsmodellen, och då framförallt de delar som avser riktade uppdrag och målrelaterad ersättning, används på olika sätt vid olika sjukhus. Variationen försvårar bland annat jämförelser mellan sjukhusen, vilket gör att det finns behov av förtydligande av när och hur de olika delarna i ersättningsmodellen bör tillämpas.

Arbetet inleds med en enkät med syfte att följa upp tillämpningen av ersättningsmodellerna för sjukhusvård i de överenskommelser som tecknas inför 2009, för att klargöra i vilken omfattning ovan nämnda variation kvarstår. Enkäten tillsänds de kontaktpersoner som respektive förvaltningschef har utsett enligt den uppdragshandling som fastställdes den 9 september 2008. Enkäten ska vara besvarad och insänd till anneth.lundahl@vgregion.se senast den 19 februari. De kontaktpersoner som representerar hälso- och sjukvårdskanslierna ombeds bifoga samtliga överenskommelser, inklusive aktuell ersättningsbilaga, som tecknats med nämnda sjukhus avseende 2009.

Sändlista:

Hsk Borås	Carina Tomtlund
Hsk Mariestad	Börje Neuman
Hsk Uddevalla	Lars-Erik Hansson
Hsk Göteborg	Ann-Marie Bodin
SU	Juhani Vekselius
SÄS	Annika Mårtensson
NU	Sven Florström
SkaS	Eva Sundström
Kungälv	Anders Hillberg
Alingsås	Maria Gabrielsson-Fredriksson
FSS	Lis Nilsson

1. Allmänt om Ersättningsmodeller för sjukhusvård

- a) 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, mellan de överenskommelser som tecknats inför år 2008 respektive 2009?

- b) Om svaret på frågan ovan är ja, beskriv vilka förändringar som skett samt skälen till dessa.

- c) Har det skett några förändringar vad gäller på vilka grunder de vårdvolymer som anges i ersättningsbilagan har baserats, mellan de överenskommelser som tecknats inför 2008 respektive 2009? Ange i så fall vilka och skälen till dessa.

2. Ersättningsmodell för psykiatrisk sjukhusvård

- a) Har det skett någon förändring i tillämpningen av ersättningsmodell för psykiatrisk vård mellan de överenskommelser som tecknats för 2008 respektive 2009.

- b) Om svaret på frågan ovan är ja, beskriv vilka förändringar som skett och skälen till dessa.

3. Målrelaterad ersättning

a) Hur och varför valdes de mål för vilka målrelaterad ersättning kan utgå 2009?

b) Beskriv på vilka grunder målnivåerna för målen enligt ovan fastställts.

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

4. Övriga funderingar och synpunkter – fri text

Bilaga 2

Sammanfattning av riktade uppdrag i överenskommelser avseende sjukhusvård 2009

Riktade uppdrag och särskild framställan	SU	NU	SkaS	SÅS	Kungälv	Alingsås	FSS
Andel av totalersättning % (inkl läkemedel)	19,6	23,9	15,6	18,9	12,4	16,6	16,4
Riktade uppdrag							
Akuttagningar		X		X		X	
Ambulansverksamhet (inkl SOS Alarm)	X	X	X	X	X		
Arbetslivsrehabilitering		X					
Avancerad vård i hemmet					X		
Barnens hus	X						
Behandlingshem psykiatri				X	X		
BUP Kungshöjd	X						
Dyk- och tryckkammare		X					
Etablering obesitasverksamhet barn	X						
Flyktingbarnteam	X						
Fotvård					X		
HIV/AIDS	X						
Hjälpmedel	X	X	X	X	X	X	
Hygiensjuksköterska Göteborgs stad	X						
Hälsofrämjande sjukhus						X	
Hörselscreening nyfödda				X			
Jourcentral		X		X		X	
Katastrof och beredskap		X					
Klinisk farmakologi	X						
Klinisk genetik (regionvård)	X						
Klinisk nutrition	X						
Kompetenscentrum neuropsykiatri	X						
Konsultverksamhet närsjukvård				X			
Käkkirurgi		X					
Köpt vård	X	X	X	X	X	X	
Läkemedelsförskrivning (receptläkemedel)	X	X	X	X	X	X	X
Mammografi		X					
MAVA ¹		X					
Metadonbehandling (Regionvård)	X						
Miljömedicinskt centrum (Regionvård)	X						
Mini-Maria	X						
Mobilt team Öckerö	X						
Neuropsykiatriskt team (NPT)					X		
OBS-platser		X					
Omställningsbidrag	X			X			
Palliativ vård		X		X	X		
Processledare (hälsofrämjande sjukvård)				X			
Projektledare (närsjukvård)							X
Psykiatri – skola med behandlingsinslag		X			X		
Psykiatriutredning (SLÖP)					X		
Psykiatriskt beroendeteam (dubbeldiagnos)					X		
Psykoterapi		X					
Regiondagar	X						
Regionmuseum				X			
Rehabiliteringsvistelser	X	X	X	X			
Resursvårdcentral							X

¹ Nytt uppdrag 2009

Riktade uppdrag och särskild framställan	SU	NU	SkaS	SÄS	Kungälv	Alingsås	FSS
Riktade lönesatsningar		X					
Samordnare FYSS/FaR				X			
Screening Bukaortaneurysm	X	X		X	X		
Sista utposten + FoU	X						
Sjuktransporter	X	X		X	X		
Strokeforum	X						
Subutexbehandlingar		X					
Tarminfektioner (ESBL)	X						
Transport över länsgränserna	X					X	
Valfrihetsvård			X				
Västbus	X						
Yrkesmedicin, YMK	X						
Projekt ITVA Förbättrat omhändertagande av äldre (80+)						X	
Projekt Remisshantering		X					
Projekt Styrning av akutflöden			X				
Särskild framställan							
Hjärtsjukvård	X						
Klinisk genetik (Regionvård)	X						
Mammografi	X						
Palliativ vård	X		X				
Regional enhet funktionshinder (öppenvård)	X						
Screening Bukaortaneurysm			X				

Sammanfattning av målrelaterad ersättning i överenskommelser avseende sjukhusvård 2009

INDIKATOR	SU	Kungälv	FSS	SkaS	SÄS	Alingsås	NU
Andel målrelaterad ersättning %	1,0	1,9	0,3	2,7	1,0	1,4	0,8
Totalt antal mål	40	47	12	23	43	18	11
varav avseende vuxenpsykiatri (markerat P)	16	11	-	2	6	-	4
HÄLSO- OCH SJUKVÅRD I RIMLIG TID							
Andel väntande som inte passerar gränsen för vårdgarantin		X		X			
Andel höftfrakturpatienter som opereras inom 24 timmar *	X	X		X(3)	X(1)	X	X
Andel patienter som får en första läkarkontakt på akutmottagningen inom 30 minuter, måndag-torsdag kl 8-20 fredag kl 8-16					X		
Andel patienter som fått vård inom 90 dagar inom vuxenpsykiatri, P		X					
Andel patienter som fått vård inom 30 dagar på BUP		X					
Antal väntande >90 dagar till behandling	X						
Antal väntande >90 dagar till ett första planerat besök	X						
Antal väntande >90 dagar till ett första planerat besök inom vuxenpsykiatri (fördelat på allmänpsykiatri, neuropsykiatri och beroendekliniken) P	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						
Förbättrad tillgänglighet på akutmottagningen				X(3)			
Kartläggning och analys av könsskillnader i väntetider till besök och behandling					X		
Medianväntetid till ett första besök på BUP					X		
Mätning av tid mellan första besök och behandling på BUP, samt därefter handlingsplan för hur tiden kan förkortas					X		
Snabbare omhändertagande vid sjukhusets akutmottagning		X					
Utveckla rutiner och redovisa genomförda förbättringar för ett effektivt omhändertagande av patienter på akutmottagningen						X	
KUNSKAPSBASERAD OCH ÄNDAMÅLSENLIG HÄLSO- OCH SJUKVÅRD							
Cancersjukvård							
Andel melanom som primärt är histologiskt radikalt exciderade				X(3)			
Andel reoperationer inom 30 dagar efter primäroperation av ändtarmscancer	X				X(1)		X
Femårsöverlevnad i bröstcancer	X						
Femårsöverlevnad i ändtarmscancer	X						
Medelstorlek vid operation av bröstcancer	X						
Minskad ledtid för ÖNH cancer				X(3)			

INDIKATOR	SU	Kungälv	FSS	SkaS	SÅS	Alingsås	NU
Rektalcancer – en månads överlevnad				X(3)			
<u>Diabetes</u>							
Andel diabetespatienter som registreras i Diabetesregistret NDR		X	X				
Andel diabetespatienter med HbA1c < 6,0 %		X	X				
Andel diabetespatienter med rekommenderat målblodtryck <130/80 mmHg		X	X				
Andel diabetespatienter med rekommenderat S-kolesterol =< 4,5 mmol/l			X				
Andel patienter med diabetes med debutålder <30 år som genomgår ögonbottenkontroll vart annat år					X(1)	X(2)	
Förbättrat genomsnittsvärde för HbA1c, barn				X(3)			
Uppnått genomsnittsvärde för HbA1c <6,9 %, vuxendiabetiker				X(3)			
<u>Dialysvård</u>							
Andel dialyspatienter som får färre än tre dialyser per vecka					X(1)		
Andel av patienter som når mål (standardiserat Kt/V >=2) för dialysdos				X(3)			
Andel bloddialyspatienter med AV (arteriovenös)-fistel eller AV-graft							X
Andel patienter med tre hemodialysbehandlingar/vecka som uppnår behandlingsmålet sänkning av urinämne (urea) i blod >70 % *	X				X(1)		
<u>Förlossningsvård</u>							
Andel normala förlossningar av totalt antal förlossningar					X(1)		
Andel perinealbristningar av grad III och IV vid vaginal förlossning	X				X(1)		
Andel kejsarsnitt av totalt antal förlossningar				X(3)			
<u>Hjärtsjukvård</u>							
30-dagarsdödlighet efter hjärtinfarkt <80 år				X(3)			
Andel hjärtpatienter som rapporteras till RIKS-HIA		X					
Andel patienter med hjärtinfarkt som behandlas med lipidsänkare *		X		X(3)		X(2)	
Andel patienter < 80 år med hjärtinfarkt som behandlas med lipidsänkare enligt riktlinjer *	X				X(1)		
Andel patienter <80 år som får reperfusion vid ST-höjning eller vänstergrenblock *	X				X(1)		
Andel patienter som får reperfusion vid ST-höjning eller vänstergrenblock		X		X(3)			
Reperfusion/trombolys vid hjärtinfarkt *						X(2)	
<u>Kirurgi</u>							
Andel patienter med ljumskbråck som rapporterats till Nationella bräckregistret			X				
Andel patienter som drabbas av recidivbråck inom 5 år			X				
Andel patienter som har rapporterats till Kvalitetsregistret efter tonsillektomi			X				
Andel patienter med tonsillektomi som drabbas av komplikationer inom 6 månader			X				

INDIKATOR	SU	Kungälv	FSS	SkaS	SÅS	Alingsås	NU
<u>Läkemedel</u>							
Andel omeprazol av totala perorala PPI					X(1)		
Andel gabapentin hexal av totala gabapentin					X(1)		
Andel lamatrigin actavis av totala lamatrigin					X(1)		
Andel simvastatin av total förskrivning av statiner mätt i DDD						X(2)	
Andel patienter som erhåller tromboshämmande behandling med Clopidogrel vid icke ST-höjnings infarkt							X
Andel clopidogrelbehandlade patienter vid icke-ST-höjningsinfarkt (avser <80 år)		X					
Andel hjärtinfarktpatienter behandlade med blodfettsänkande medel 12- 18 månader efter infarkten							X
<u>Ortopedisk vård</u>							
Andel patienter som har rapporterats till Nationalregistret för höftplastiker			X				
Andel patienter med höftfraktur som rapporteras till Riks-Höft	X	X			X(1)	X(2)	
Andel patienter med implantatöverlevnad 10 år av patienter med höftledsplastik, alla diagnoser		X					
Höftfrakturpatienter som får trycksår under vårdtiden					X(1)	X(2)	
<u>Psykiatrisk vård, barn</u>							
Andel patienter inom BUP med genomförd uppföljningsstjärna					X		
Andel nya patienter på BUP som registreras i BUP-stjärnan		X					
Andel patienter inom BUP som rapporteras till kvalitetsregister Kvalitetsstjärnan	X						
<u>Psykiatrisk vård, vuxna (samtliga P)</u>							
Andel patienter med schizofreni med skriftlig vårdplan					X(1)		
Andel patienter inom psykiatrin med skriftlig vårdplan					X(1)		
Andel patienter med F20-diagnos inom allmänpsykiatrisk slutenvård som har en skriftlig vårdplan	X						
Andel patienter inom beroendeklinikens respektive neuropsykiatrins slutenvård som har en skriftlig vårdplan	X						
Andel patienter inom neuropsykiatrisk slutenvård som har en skriftlig vårdplan som uppfyller kvalitetsnormen	X						
Andel diagnossatta läkarbesök inom psykiatrin					X(1)		
Andel nybesök inom psykiatrin av patienter över 15 år där AUDIT, screening av högrisk-konsumenter av alkohol, har genomförts					X(1)		
Andelen patienter som behandlas med kognitiv terapi vid de allmänpsykiatriska öppenvårdsmottagningarna ska öka.							X
Andel vårdkontakter i vuxenpsykiatrin i slutet respektive öppen vård med specifik diagnos – fördelat på allmänpsykiatri, neuropsykiatri och beroendeklinik	X						

INDIKATOR	SU	Kungälv	FSS	SkaS	SÅS	Alingsås	NU
Andel vårdkontakter inom psykiatri med specifik diagnos		X					
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 F20 patienter i aktiv behandling som är med i Kvalitetsstjärnan		X					
Andel patienter inom vuxenpsykiatri för vilka kvalitetsstjärnan använts som skattningsverktyg - vid påbörjad och avslutad behandling och vid längre behandling minst en gång per år							X
Andel patienter inom neuropsykiatri som rapporteras till kvalitetsregister Svedem	X						
Andel ätstörningspatienter som är registrerade i RIKSÅT		X					
Förbättring vid GAF-skattning av intagna patienter på beroendeenheten, vuxenpsykiatri				X(3)			
GAF-skattning i psykiatrisk öppenvård. Förbättring efter behandling av depression				X(3)			
Handlingsplan för hur beroendekliniken i ett 3-årsperspektiv implementerar adekvata delar i nationella riktlinjer för missbruksvård	X						
<u>Smärta</u>							
Smärtanalys för patienter med kronisk smärta		X					
<u>Stroke</u>							
30-dagarsdödlighet efter stroke				X(3)			
ADL-beroende 3 månader efter utskrivning av ADL-beroende före insjuknande		X					
Andel strokepatienter rapporterade till Riks-Stroke *	X	X			X(1)	X(2)	
Andel stroke- och TIA-patienter som vårdas på strokeenhet		X					
Andel strokepatienter vårdade på strokeenhet							X
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					
<u>Ögon</u>							
Andel patienter som rapporterats till Nationella kataraktregistret			X				
Andel katarakterade patienter med synskärpa <0,5 på bästa ögat				X(3)			
Andel patienter med synskärpa i överensstämmelse med förväntad slutlig refraktion			X				
<u>Övrigt</u>							
Andel diagnossatta läkarbesök inom somatiken					X(1)		
Warfarinprocessen INR inom önskat intervall				X(3)			
Ta fram en ny handlingsplan inom området "Väld i nära relationer"						X	

INDIKATOR	SU	Kungälv	FSS	SkaS	SÅS	Alingsås	NU
EFFEKTIV HÄLSO- OCH SJUKVÅRD							
Andel operationer av ljumsnbräck utförda i dagkirurgi						X(2)	
Antal oplanerade återinläggningar av multistju- ka äldre inom 30 dagar					X		
Den genomsnittliga vårdtiden inom den all- mänpsykiatriska slutenvården ska minska med 5 procent jämfört med 2008, P							X
Antal nettovård dagar i förhållande till antal disponibla vårdplatser inom allmänpsykiatri, neuropsykiatri, BUP och beroendevård, P	X						
Modell för effektivisering av flödet och kortare väntetider till neuropsykiatrisk mottagning på BUP					X		
Vård i livets slutskede, slutet och öppen vård, utvecklingsområden i samverkan		X					
Beskrivning av utvecklingen av akuta patient- strömmar, primärvård, sjukhusvård och kom- munal hälso- och sjukvård		X					
Beskriv utvecklingen av samverkan mellan psykiatriska kliniken, primärvården och kom- munen, P		X					
Andel patienter med psykosdiagnos som har skriftlig vårdplan, P		X					
Antal utförda utredningar inom NPT		X					
Framtagning och färdigställande av vårdpro- gram inom psykiatrisk vård, P		X					
Förekomst av färdiga vårdprogram i psykiatri P		X					
Lokal implementering av vårdprogram för psykiatri, P		X					
Komplettering utifrån handlingsplaner 2007 avseende VästBUS	X						
Redovisning av genomförda uppföljningsmö- ten mellan Vuxenpsykiatri och kommunerna med anledning av enkätundersökning 2008, P	X						
SÄKER HÄLSO- OCH SJUKVÅRD							
Andel patienter med vårdrelaterade infektioner		X					
Andel antibiotikabehandlade vårdrelaterade infektioner (VRI) av inläggande patienter				X(3)			
Andel kliniker med handlingsplan för patient- säkerhetsarbetet upprättad utifrån patientsäker- hetsdialoger					X		
Följer och analyserar användning av cefalospo- riner, kinoloner och parenterala bredspektrum- antibiotika inom slutenvården	X						
Antal och andel patienter med vårdrelaterade infektioner (VRI)					X		
Antal registrerade avvikelserapporter, patient- ärenden		X					
Minskad användning av cefalosporiner					X		
Mätning av VRI (vårdrelaterad infektion)	X				X	X	
Mätning av följsamhet till klädregler						X	
Rapportering av antal inkommande och antal returnerade remisser från primärvården till allmänpsykiatri, P	X						
Systematiskt patientsäkerhetsarbete avseende avvikelserapporter, händelse- och riskanalyser				X(3)			

INDIKATOR	SU	Kungälv	FSS	SkaS	SÅS	Alingsås	NU
PATIENTFOKUSERAD HÄLSO- OCH SJUKVÅRD							
Andel patienter som i patientenkät anger att de är helt eller delvis nöjda med den vård de erhållit				X			
Andel patienter (fördelat på klinik och på män och kvinnor) som är nöjda med bemötandet på sjukhuset		X					
Andel patienter inom psykiatrins öppenvård som i enkät uppgett att de är nöjda med bemötandet, P					X(1)		
Andel patienter inom psykiatrins öppenvård som i enkät uppgett upplevd delaktighet, P					X(1)		
Andel patienter inom psykiatrins öppen- och slutenvård som i enkät uppgett att de är nöjda med bemötandet respektive delaktigheten, P		X					
Andel patienter med lokaliserad prostatacancer som fått kurativt syftande behandling					X(1)	X(2)	
Andel patienter som anser sitt hälsotillstånd vara ganska/mycket gott tre månader efter stroke		X					
Antal trygg VE-utredningar					X		
Förbättrat omhändertagande på akutmottagning				X(3)			
Genomförande av enkät om bemötande på akutmottagning					X		
Handlingsplan med förbättringsåtgärder utifrån patientenkät inom allmänpsykiatri, beroendeklinik och neuropsykiatri 2008, P	X						
Handlingsplan (med tidplan) som syftar till att ta fram förbättrade rutiner för omhändertagande av äldre på akutmottagningen					X		
Kartläggning och analys av könsskillnader i förskrivning av läkemedel					X		
Minst angivet antal öppenvårdsbesök ska genomföras utanför centralsjukhusen							X
Patienternas självskattade hälsovinst, efter höftplastik, enligt EQ5D-index			X				
Patientnöjdindex inom somatisk slutenvård	X						
Patientnöjdindex inom somatisk öppenvård	X						
Redovisning av hur kontakt med brukare inom beroendevården på ett strukturerat sätt tas om hand på enhetsnivå respektive övergripande P	X						
Redovisning av insatser för anhörigstöd inom neuropsykiatri i form av grupper / brukarråd P	X						
Verksamhetsområden med personal utbildad inom barnperspektivet i vuxenvården och med kunskap om regionens riktlinjer	X						
Ökat antal psykiatriska öppenvårdsbesök i Dalsland, P							X
HÄLSOFRÄMJANDE HÄLSO- OCH SJUKVÅRD							
Andel barn och ungdomar med nydebuterad diabetes som har en checklista för vård och behandling					X(1)		
Antal patienter med BMI>30		X					
Antal patienter som har fått ett kort samtal om livsstil och levnadsvanor		X					

INDIKATOR	SU	Kungälv	FSS	SkaS	SÅS	Alingsås	NU
Antal utskrivna recept på fysisk aktivitet		X			X	X	
Antal patienter som har tillfrågats om tobaksvanor		X					
Antal rökare som har fått erbjudande om rökslutarstöd		X					
Antal rökare som har slutat röka i samband med operation		X					
Handlingsplan avseende sjukhusets hälsofrämjande uppdrag, samt vidtagna åtgärder kopplade till denna	X						
Handlingsplan (med tidplan) för utveckling av det hälsofrämjande arbetet utifrån behov som tydliggörs under implementeringen av FaR					X		
Journalföra BMI på personer som skrivs in i slutenvård - redovisning						X	
Projektanställning av processledare för att driva arbetet att införa och införliva ett hälsofrämjande synsätt						X	
Redovisa utveckling av alkoholförebyggande arbete		X					
Utbildning för patienter och närstående samt befolkningen om aktuella ämnen					X		
Utbildning till patient och närstående inom strokeområdet - rapport						X	
Varje klinik ska redovisa minst en hälsovinstmätning på patientgrupp		X					
Varje klinik ska genomföra patientinriktad aktivitet för minskad rökning		X					
Vidareutveckling av hälsofrämjande aktiviteter utifrån de indikatorer som är utarbetade av Svenska nätverket för hälsofrämjande sjukhus		X					
ÖVRIGT							
Andel nyfödda med personnummer i Vega					X(1)		
Andel vårdtillfällen inom psykiatrisk vård som åtföljs av 1-12 koder (KVÅ), P	X						
Andel öppenvårdsbesök inom psykiatrisk vård som åtföljs av 1-3 koder (KVÅ), P	X						
Redovisning av arbetet med att skapa fysisk tillgänglighet i befintliga miljöer enligt regions standards och riktlinjer	X						

* Regional indikator (ytterligare genomgång av förteckningen behöver ske för komplettering av *)

P Indikator avseende vuxenpsykiatrisk verksamhet

(1) SÅS får målrelaterad ersättning om målen för minst 50 % av de indikatorer som markerats uppnås

(2) Alingsås lasarett får målrelaterad ersättning om målen för minst 50 % av de indikatorer som markerats nås

(3) SkaS får maximal målrelaterad ersättning om angivna målsättningar för minst 17 av totalt 21 indikatorer har uppnåtts. Avdrag görs för varje därutöver ej uppnått mål.

Sammanfattning av målrelaterad ersättning i överenskommelser avseende sjukhusvård 2010

INDIKATOR	SU	Kungälv	FSS	SkaS	SÄS	Alingsås	NU
Andel målrelaterad ersättning %	3,0	3,0	3,0	3,0	2,6	3,0	2,6
Totalt antal mål	42	58	26	23	68	30	36
varav avseende vuxenpsykiatri (markerat P)	10	9	-	2	10	-	4
HÄLSO- OCH SJUKVÅRD I RIMLIG TID							
Andel patienter inom somatiken som inte passerat gränsen för vårdgarantin för första besök					X		
Andel väntande till mottagningsbesök som inte har passerat gränsen för vårdgarantin		X	X	X		X	
Antal väntande över regionalt fastställda garantitider, till ett första planerat besök inom somatisk vård	X						
Andel väntande till behandling som inte har passerat gränsen för vårdgarantin		X	X	X		X	
Andel patienter inom somatiken som inte passerat gränsen för vårdgarantin för behandling					X		
Antal väntande, över regionalt fastställda garantitider, till behandling	X						
Andel höftfrakturpatienter som opereras inom 24 timmar *	X	X		X(3)	X	X(2)	X(5)
Andel patienter som får vård inom angiven tid på akutmottagning (TTT, TTD och TGT)				X(3)	X	X	
Andel patienter som väntat mindre än angiven tid på en triagebedömning/första kontakt på akutmottagning (TTT)	X	X					X(4)
Andel patienter som väntat mindre än angiven tid för att träffa läkare på akutmottagning (TTD)	X	X					X(4)
Andel patienter som färdigbehandlas på akutmottagningen inom angiven tid (TGT)	X	X					X(4)
Väntetid till coloscopiundersökningar							X(4)
Väntetid till ultraljudsundersökning av hjärtat							X(4)
Tid till bedömningsbesök vid välgrundad misstanke om cancer		X					X(4)
Andelen nybesök hos läkare inom somatiken ska öka							X(4)
Andel patienter som läggs in med pneumoni som får antibiotika inom 1 timme från ankomst till sjukhuset					X		
Andel patienter med sepsis som får läkemedel inom en timme från ankomst till AVC					X		
Andel patienter med brösttumör opererade inom 4 veckor från operationsbeslut					X		
<u>Psykiatri</u>							
Väntetid till undersökning, konsultinsats eller behandling inom BUP ska inte överstiga 60 dagar							X(4)
Andel patienter som fått första besök till vuxenpsykiatri inom gränsen för vårdgarantin, P		X			X		

INDIKATOR	SU	Kungälv	FSS	SkaS	SÅS	Alingsås	NU
Antal väntande över regionalt fastställda garantitider, till ett första planerat besök (fördelat på allmänpsykiatri, neuropsykiatri och beroendekliniken) P	X						
Andel nya patienter som väntat kortare tid än vårdgarantin på neuropsykiatrisk utredning					X		
Andel patienter inom BUP som väntat kortare tid än vårdgarantin på första besök					X		
Andel patienter inom BUP som väntat kortare tid än vårdgarantin på fördjupad utredning eller behandling					X		
Andel patienter som har fått ett första besök vid BUP inom 30 dagar		X					
Antal väntande över regionalt fastställda garantitider, till ett första planerat besök, fördjupad utredning respektive behandling inom BUP	X						
KUNSKAPSBASERAD OCH ÄNDAMÅLSENLIG HÄLSO- OCH SJUKVÅRD							
<u>Diabetesvård</u>							
Andel diabetespatienter som rapporteras till Nationella Diabetesregistret NDR		X	X				
Andel diabetespatienter, debut < 30 år med HbA1c < 6,0 % *	X	X	X	X(3)	X	X(2)	X(5)
Andel diabetespatienter, debut < 30 år blodtryck ≤ 130/80 *	X	X	X		X	X(2)	X(5)
Andel diabetespatienter, debut < 30 år med rekommenderat S-kolesterol =< 4,5 mmol/l *	X	X	X		X	X(2)	X(5)
Förbättrat genomsnittsvärde för HbA1c, barn				X(3)			
<u>Njursjukvård</u>							
Andel patienter med kronisk hemodialysbehandling som når mål standardiserat Kt/V >2 för dialysdos					X		
Dialysdos mätt som Kt/V för hemodialyspatienter med dialys tre gånger i veckan					X		X(5)
Andel patienter i hemodialys med AV (arteriovenös)-fistel eller AV-graft *	X				X		
Andel patienter med tre hemodialysbehandlingar/vecka som uppnår behandlingsmålet sänkning av urinämne (urea) i blod >70 %	X						
Andel patienter i hemodialys som uppnår behandlingsmål för dialysdos *				X(3)			
<u>Förlossningsvård</u>							
Andel kejsarsnitt av totalt antal förlossningar				X(3)			
<u>Gynekologi</u>							
Andel av operationer för benign hysterektomi som registrerats i gynopregistret *	X				X		
Andel kvinnor som genomgår medicinsk abort av det totala antalet aborter							X(5)
Andel patienter som rapporteras till prolapsregistret			X				
<u>Hjärtsjukvård</u>							
Andel hjärtpatienter som rapporteras till RIKS-HIA		X					

INDIKATOR	SU	Kungälv	FSS	SkaS	SÅS	Alingsås	NU
Andel patienter med hjärtinfarkt som behandlas med lipidsänkare *	X	X		X(3)	X	X(2)	
Andel patienter som får reperfusion vid hjärtinfarkt med ST-höjning *	X	X		X(3)		X(2)	X(5)
Andel kranskärlsröntgade vid icke-ST-höjningsinfarkt *	X	X		X(3)	X	X(2)	X(5)
Andel patienter som får Clopidogrel vid utskrivning vid icke-ST-höjningsinfarkt *	X	X		X(3)	X	X(2)	X(5)
Andel patienter som får ACE-hämmare/A2-antagonister vid utskrivning efter hjärtinfarkt *	X	X		X(3)	X	X(2)	
Andel hjärtinfarktpatienter behandlade med blodfettsänkande medel 12- 18 månader efter infarkten							X(5)
<u>Kirurgi</u>							
Andel patienter som rapporterats till Nationella bräckregistret			X				
Andel patienter som rapporteras till registret för Gallstenskirurgi			X				
Relativ risk för omoperation inom 5 år efter ljumskbräcksoperation *		X	X	X(3)	X	X(2)	
Andel reoperationer inom 30 dagar efter primäroperation av ändtarmscancer							X(5)
<u>Läkemedel</u>							
Andel omeprazol av protonpumpshämmare, specialiserad vård *	X	X			X	X(2)	X (5)
Andelen behandlade med lågkostnadsstatin vid blodfettsänkande behandling							X (5)
<u>Ortopedisk vård</u>							
Täckningsgrad Riks-Höft *	X	X	X		X	X(2)	
Andel patienter som rapporteras till nationella knäregistret			X				
Andel patienter som rapporteras till Korsbandsregistret			X				
Andel patienter med implantatöverlevnad 10 år av patienter med höftledsplastik, alla diagnoser		X					
Höftfrakturpatienter som får trycksår under vårdtiden						X	
Omoperation inom två år efter total höftledsplastik			X				
<u>Stroke</u>							
ADL-beroende 3 månader efter utskrivning av ADL-oberoende före insjuknande		X					
Täckningsgrad Riks-Stroke *	X	X			X	X(2)	X (5)
Andel strokepatienter vårdade på strokeenhet *	X	X			X	X(2)	X (5)
Andel patienter som inte är ADL-beroende tre månader efter stroke				X(3)			
Andel patienter som fått blodförtunnande behandling efter stroke med förmaksflimmer *							X (5)
Andel patienter med hjärninfarkt och förmaksflimmer som efter insjuknandet behandlats med antikoagulantia i tablettform *	X	X			X	X(2)	

INDIKATOR	SU	Kungälv	FSS	SkaS	SÅS	Alingsås	NU
<u>Ögon</u>							
Andel patienter som rapporterats till Nationella kataraktregistret			X				
Andel katarakterade patienter med synskärpa <0,5 på bästa ögat			X				
Skillnad mellan planerad och slutlig refraktion efter kataraktoperation					X		
<u>Öron Näsa Hals (ÖNH)</u>							
Anslutningsgrad ÖNH-registret. Septumplastik och tonsillektomi *	X				X		
Andel patienter som har rapporterats till ÖNH-registret, tonsillektomi			X				
Andel patienter med tonsillektomi som drabbas av komplikationer inom 6 månader			X				
Minskad ledtid för ÖNH cancer				X(3)			
<u>Intensivvård</u>							
Andel intensivvårdsvårdtillfällen registrerade i Svenskt intensivvårdsregister *	X	X			X	X(2)	
<u>Neurologi</u>							
Andel patienter med MS som registrerats i Svenskt MS register *	X		X	X(3)	X		X (5)
Rapportering av patienter till register för primära CNS-tumörer			X				
<u>Reumatologi</u>							
Andel patienter med RA som registrerats i svenskt RA-register *	X			X(3)	X	X(2)	
<u>Dermatologi</u>							
Andel patienter som rapporteras i PSOREG-psoriasisregistret för systembehandling			X				
<u>Psykiatrisk vård, barn och vuxna</u>							
Andel diagnossatta läkarbesök och vårdtillfällen, VUP och BUP *		X		X(3)	X		
Andel nybesök inom psykiatrin av patienter över 15 år där AUDIT har genomförts, BUP respektive VUP					X		
Andel ätstörningspatienter som är registrerade i RIKSÄT, BUP respektive VUP		X			X		
Andel uppföljningsbara patienter som är registrerade i BiPolär, BUP respektive VUP					X		
Andel uppföljningsbara patienter som är registrerade i BUSA, BUP respektive VUP					X		
<u>Psykiatrisk vård, barn</u>							
Andel diagnossatta besök och vårdtillfällen	X						
Andel patienter i den slutna respektive öppna vården som bedömts med GAF under den senaste 12-månadersperioden	X						
Andel öppenvårdsbesök respektive vårdtillfällen som åtföljs av KVÅ-kod	X						
Andel patienter inom BUP med genomförd uppföljningsstjärna					X		

INDIKATOR	SU	Kungälv	FSS	SkaS	SÅS	Alingsås	NU
Andel nya patienter inom BUP som registreras i BUP-stjärnan		X					
<u>Psykiatrisk vård, vuxna (samtliga P)</u>							
Andel patienter som behandlas med kognitiv terapi vid de allmänpsykiatriska öppenvårdsmottagningarna							X (5)
Andel patienter med diagnoser enligt rehabiliteringsgarantin som behandlas med kognitiv beteendeterapi – fördelat på allmänpsykiatri, neuropsykiatri och beroendeklinik	X						
Andel vårdkontakter i vuxenpsykiatri i slutna respektive öppna vård med specifik diagnos – fördelat på allmänpsykiatri, neuropsykiatri och beroendeklinik	X						
Andel patienter i den allmänpsykiatriska slutna respektive öppna vården som bedömts med GAF under den senaste 12-månadersperioden	X	X			X		
Andel öppenvårdsbesök respektive vårdtillfällen inom psykiatrisk vård som åtföljs av KVÅ-kod – fördelat på allmänpsykiatri, neuropsykiatri och beroendeklinik	X						
Andel av schizofrenipatienterna (F20) i aktiv behandling som är med i Kvalitetsstjärnan		X					
Användning av kvalitetsstjärnan, med dess 4 dimensioner (P)							X(5)
Andel uppföljningsbara patienter som rapporteras till Psykosregistret					X		
Andel patienter vid beroendekliniken som rapporterats till Beroenderegistret	X						
Förbättring vid GAF-skattning av intagna patienter på beroendeenheten, vuxenpsykiatri				X(3)			
GAF-skattning i psykiatrisk öppenvård. Förbättring efter behandling av depression				X(3)			
Redovisning av hur beroendekliniken i ett 3-årsperspektiv implementerar adekvata delar i nationella riktlinjer för missbruksvård	X						
Redovisning av hur neuropsykiatrin implementerar adekvata delar i nationella riktlinjer för vård och omsorg om personer med demens	X						
Implementering av nya nationella riktlinjer för depression och ångestsyndrom		X					
Psykiatri skall, för de personer som har behov av det, arbeta med ”case management-metoden” för samordning av insatser							X(5)
Påbörjade, färdigställda resp implementerade regionala vårdprogram		X					
Handlingsplan för breddinförande av QAPS					X		
<u>Barn- och ungdomsmedicin</u>							
Registrering och uppföljning av ”feta” barn i det nationella kvalitetsregistret ”Boris”							X(5)
EFFEKTIV HÄLSO- OCH SJUKVÅRD							
Andel prolapsoperationer utförda i dagkirurgi			X				
Andel operationer av ljumskbräck utförda i dagkirurgi			X				
Kvalitetsbristberäkning vid fallolycka						X	

INDIKATOR	SU	Kungälv	FSS	SkaS	SÅS	Alingsås	NU
Mätning ofullständiga remisser inom ortopedi						X	
Utvecklingsarbete i enlighet med intentionerna i närvårdsplanen inom SIMBA-området för att styra patienterna till rätt vårdnivå		X					
Positiv balans mellan antal opererade och antal operationsanmälda för artros					X		
Vård i livets slutskede, slutet och öppen vård, utvecklingsområden i samverkan		X					
<u>Psykiatri</u>							
Antalet konsultinsatser från BUP till primärvård, elevhälsa, socialtjänst osv skall öka							X(5)
Samverkan mellan psykiatriska kliniken, primärvården och kommunen, P		X					
Andel psykospatienter med skriftlig vårdplan, P		X					
Utveckling av struktur och metod för uppföljning av vårdplan för andra patientgrupper, P		X					
Andel patienter inom psykiatrin som har skriftlig vårdplan, P					X		X(5)
Andel öppenvårdsmottagningar inom VUP som kan erbjuda sjukgymnastisk behandling					X		
Andel patienter som har en skriftlig vårdplan – fördelat på allmänpsykiatrins, beroendeklinikens respektive neuropsykiatrins slutenvård	X						
Andel patienter inom neuropsykiatrisk slutenvård som har en skriftlig vårdplan som uppfyller kvalitetsnormen	X						
Andel patienter inom BUPs slutenvård som har en skriftlig vårdplan	X				X		
Funktionsutredning av arbetsterapeut – antal genomförda per VUP-mottagning					X		
Kommunikation om akuta mobila uppdrag samt uppdrag för äldrepsykiatriskt team per kommun					X		
SÄKER HÄLSO- OCH SJUKVÅRD							
Andel patienter med vårdrelaterade infektioner	X	X			X	X	
Andel patienter med sekretorisk otitis media som gjort preoperativa audiogram					X		
Andel patienter med förhöjda BNP/BT-värden remitterade för ekokardiografi som undersöks inom 8 veckor					X		
Minskad användning av cefalosporiner					X		
Andel av personalen som uppfyller kriterier för basala hygienrutiner inom somatiken							X
Antal registrerade avvikelserapporter, patientärenden		X					
Följsamhet till klädregler						X	
Följsamhet till vårdhygienisk standard					X		
Genomförande av förbättrade rutiner för äldre på AVC					X		
PATIENTFOKUSERAD HÄLSO- OCH SJUKVÅRD							
Andel patienter som i patientenkät anger att de är helt eller delvis nöjda med den vård de fått				X			

INDIKATOR	SU	Kungälv	FSS	SkaS	SÅS	Alingsås	NU
Andel patienter som är nöjda med den vård som de fått vid akutkliniken		X					
Andel patienter inom öppen respektive slutenvård som är nöjda med bemötande på sjukhuset		X					
Andel patienter inom öppen respektive slutenvård som är nöjda med delaktigheten		X					
Deltagande i nationell patientenkät		X					X(5)
Antal genomförda sjukhustäckande patientenkäter			X				
Andel patienter som i patientenkät anger uppfyllda förväntningar (angiven nivå)			X				
Utvidgad tillämpning av tid till behandling vid besöket				X			
Genomförande av lokal handlingsplan för palliativ vård							X(5)
Andel patienter i somatisk slutenvård som fått depressionsdiagnos					X		
Andel enheter som identifierat och analyserat förbättringsområden utifrån svar i patientenkät					X		
Antal trygg VE-utredningar för äldre					X		
Minst angivet antal öppenvårdsbesök ska genomföras på lokalsjukhusen							X(4)
Möjlighet för patienter att beställa tid, avboka/omboka besök samt förnya recept via Internet							X(4)
Psykiatri							
Arbete med suicidprevention utifrån nya riktlinjer, VUP och BUP					X		
Andel patienter inom psykiatrins öppen- respektive slutenvård som i enkät uppgett att de är nöjda med bemötandet, P		X					
Andel patienter inom psykiatrins öppen- respektive slutenvård som i enkät uppgett att de är nöjda med delaktigheten, P		X					
Andel öppenvårdsmottagningar (VUP) som erbjuder formaliserad patient- och / eller närståendebildning					X		
Andel patienter inom BUPs öppenvård som i patientenkät uppgett att de är nöjda med bemötande och delaktighet					X		
Etablering av patientskolor för ätstörning, ångest, depression					X		
HÄLSOFRÄMJANDE HÄLSO- OCH SJUKVÅRD							
Motiverande samtal, patientsamtal om livsstil och levnadsvanor		X					
Antal utskrivna recept på fysisk aktivitet		X			X	X	
Andel nyttjade FaR efter hjärthändelse					X		
Påbörja arbete med AUDIT på ytterligare två kliniker – uppföljning antal genomförda					X		
Sjukhuset ska arbeta för att minska riskbruk av alkohol genom samtal och information riktat till patienter		X					
Rökstopp inför operation – information och effekt		X			X	X	
Utveckling av system för uppföljning av levnadsvanor och samtal kring dessa		X					

INDIKATOR	SU	Kungälv	FSS	SkaS	SÅS	Alingsås	NU
Genomföra handlingsplan för utveckling av det hälsofrämjande arbetet riktat mot patienter med särskilda behov					X		
Handlingsplan för att förhindra fallolyckor bland äldre						X	
Införande av läkemedelsavstämning						X	
Journalföring av patienter med BMI >30		X					
Redovisa sjukhusets arbete för att minska riskbruk av alkohol		X					
Handlingsplan för genomförande av regionalt program mot övervikt och fetma samt förslag till uppföljning av efterlevnad					X		
Andel patienter på diabetesmottagningen som utövar fysisk aktivitet					X		
Varje klinik inom somatiken ska årligen genomföra minst en hälsovinstmätning på patientgrupp		X					
Varje klinik ska genomföra patientinriktad aktivitet för minskad rökning		X					
Vidareutveckling av hälsofrämjande aktiviteter utifrån de delmål och indikatorer som är utarbetade av Svenska nätverket för hälsofrämjande sjukhus		X					
JÄMLIK VÅRD							
Redovisning av könsuppdelat resultat för indikatorer, analys vid skillnad i måluppfyllelse			X				
Förskrivning av läkemedel inom hjärtsjukvården ur ett jämställdhetsperspektiv						X	

* Regional indikator i sammanställning från april 2009

P Indikator avseende vuxenpsykiatrisk verksamhet

- (2) Alingsås lasarett får målrelaterad ersättning om målen för minst 50 % av de indikatorer som markerats nås
- (3) SkaS får maximal målrelaterad ersättning om angivna målsättningar för minst 15 av totalt 19 indikatorer har uppnåtts. Avdrag görs för varje därutöver ej uppnått mål.
- (4) NU får målrelaterad ersättning om målen för minst 3 av 10 indikatorer för tillgänglighet uppnås. Maximal målrelaterad ersättning utgår om minst 9 av målen uppnås.
- (5) NU får målrelaterad ersättning om målen för minst 7 av 25 indikatorer för kvalitet uppnås. Maximal målrelaterad ersättning utgår om minst 21 av målen uppnås.

Tolkningen av indikatorerna har varit något mindre bokstavstrogen vid denna granskning än vid dem som skett tidigare. Bland annat har den skrivning som anges i beslut om regionala indikatorer för 2009 använts, även när formuleringen i sjukhusöverenskommelsen inte varit identisk.

Sammanställningen innehåller totalt 171 mål, varav 131 förekommer i endast en överenskommelse.

SkaS och NU får hela det belopp som är avsatt för målrelaterad ersättning utbetalt under året med en tolfedel per månad. Slutreglering sker i samband med avstämning av måluppfyllelse.

För SÅS och Alingsås lasarett ingår hela det belopp som är avsatt för målrelaterad ersättning i priserna. Återbetalning sker efter mätning om målen inte skulle uppnås.

Vid FSS ingår 75 % av det belopp som är avsatt för målrelaterad ersättning i priserna. Återbetalning sker efter mätning om målen inte skulle uppnås. 25 % av avsatt belopp utbetalas efter mätning.

Vid Kungälv sjukhus ingår 60 % av det belopp som är avsatt för målrelaterad ersättning i priserna, medan 40 % av avsatt belopp utbetalas, utifrån grad av måluppfyllelse, efter mätning.

Det förekommer att mätning sker vid flera tillfällen under året.