

Rapport

Datum 2015-03-20

Diarienummer HS XXX-ÅÅÅÅ

Hälso-och sjukvårdsavdelningen

Handläggare: Peter Amundin

Telefon: 070-603 05 38

E-post: peter.amundin@vgregion.se

Benchmarking III

En jämförelse mellan regionens sjukhus inom kvinnosjukvården

Innehåll

1	Sammanfattning	3
2	Inledning.....	4
2.1	Bakgrund	4
2.2	Syfte.....	4
2.3	Arbetsgrupp	5
2.4	Angränsande arbeten	5
3	Metod	5
4	Resultat.....	7
4.1	Översikt av kvinnosjukvården i Västra Götalandsregionen	7
4.2	Inskrivning vid neonatalavdelning (MDC-Q)	11
4.3	Kostnadsytterfall inom neonatalvården	12
4.4	Sjukdomar i kvinnliga könsorgan (MDC-O).....	13
4.4.1	Produktion inom slutna kvinnosjukvård	13
4.4.2	Registrering av bi-diagnoser och dess konsekvenser	14
4.4.3	Medelvårdtider inom kvinnosjukvård, förlossning och nyföddhetsvård	17
4.5	Andel återinskrivna inom 30 dagar (MDC-O, MDC-P och MDC-Q).....	19
4.6	Fördelning av vårdepisodkostnad på vårdavdelning respektive utanför vårdavdelning inom MDC-Q	20
4.7	Besök inom specialiserad öppenvård för nyfödda.....	21
4.8	Kirurgiska aborter och registrering av obstetriska ultraljud.....	22
4.9	DRG-ersatta besök inom specialiserad öppenvård för kvinnosjukvård	23
4.10	Kostnader utanför vårdavdelningen inom specialiserad öppenvård för kvinnosjukvård	24

1 Sammanfattning

Det regionala benchmarkingarbetet har i sin tredje omgång valt att fokuserat på kvinnosjukvården i Västra Götalandsregionen. Ett avgränsat område har möjliggjort djupare analyser i jämförelse med tidigare benchmarkingrapporterna. Rapporten lyfter fram och belyser de mest påtagliga skillnaderna, resonerar kring möjliga förklaringar, förklarar konsekvenser av dessa skillnader samt ger också förslag på hanteringsordning kring respektive skillnad för att nå en ökad likriktning i regionen. Resultatet från denna jämförelse sammanfattas i ett antal områden där skillnader har kunnat pekats ut.

- Inom nyföddhetsvården har SkaS en högre andel nyfödda inskrivna i slutenvården än vad som ses vid övriga sjukhus i regionen. Bakgrunden är annan praxis för observation av nyfödda samt andra administrativa rutiner.
- Inom nyföddhetsvården har SÄS en hög andel s.k. kostnadsytterfall och NU en andel som är lägre än förväntat.
- SkaS har längre medelvårdtider för kvinnor som vårdats för sjukdomar i de kvinnliga könsorganen, även då hänsyn tagits till casemix index.
- De olika sjukhusförvaltningarna i regionen har olika praxis i hur bi-diagnoser registreras.
- För patienter som behandlats för sjukdomar i de kvinnliga könsorganen har NU och SkaS en relativt hög återinskrivningsfrekvens jämfört med de övriga sjukhusen. För graviditet/förlossning och nyföddhetsvård har NU högst andel återinskrivna.
- Det finns skillnader mellan sjukhusen i hur kostnader fördelas till vårdavdelningen respektive utanför vårdavdelningen.
- Vid SU registreras ett stort antal besök inom öron-näsa-halssjukvården, vilket man inte ser vid övriga sjukhus. Skillnaden speglar olika praxis i hur hörselscreening för nyfödda organiseras.
- SÄS utför en påtagligt låg andel kirurgiska aborter jämfört med de övriga sjukhusen. SÄS redovisar också låg andel registrerade obstetriska ultraljud.
- SÄS har en lägre andel registrerade DRG-ersatta besök än förväntat jämfört med övriga sjukhus.
- Det finns skillnader mellan sjukhusen avseende möjligheten att beskriva kostnaden utanför vårdavdelningen för såväl läkemedel och anestesi.

Det kan ofta finnas flera olika förklaringar till de skillnader som lyfts fram. Det kan röra sig om skillnader i hur åtgärder registreras i sjukhusens administrativa system, organisatoriska skillnader, men också om faktiska skillnader i hur vården utförs. Utan att lägga någon värdering i vad som är rätt eller fel är det viktigt att vi i regionen strävar efter en regional enhetlighet för ökad jämförbarhet, lika vård och effektiva processer.

Alltför många jämförelser blir svårbedömda eftersom kvaliteten i våra data är ojämn. Förbättrade möjligheter till korrekta jämförelser mellan regionens sjukhus är därför en viktig del för fortsatt förbättringsarbete. Att på detta sätt arbeta med att lyfta fram skillnader är en viktig del för att lyckas med det. I denna rapport fokuserar vi på kvinnosjukvården men att arbeta vidare på liknande sätt inom andra områden tror vi skulle vara värdefullt för regionen.

Tidigare rapporter har framförallt vänt sig till sjukhusledningarna. En förhoppning från benchmarkinggruppens sida är att denna rapport blir mer användbar i verksamheten.

2 Inledning

Anledningen till att arbetet avgränsats till kvinnosjukvården är bl.a. att det förekommer andra aktuella arbeten inom detta område, såväl regionala som nationella, och vi tror att dessa olika fördjupningar kompletterar varandra på ett bra sätt. Då ansatsen var att kunna gå mer på djupet växer mängden data snabbt och därför var det viktigt med en tydlig avgränsning.

2.1 Bakgrund

Arbetet med benchmarking av regionens sjukhus är ett uppdrag av regiondirektören. Detta har resulterat i två tidigare rapporter, baserade på 2011 respektive 2012 års data. Det finns en tydlig önskan från regionledningen, både från politisk- och tjänstemannanivå, att benchmarkingarbetet ska fortsätta.

Denna tredje tappning av benchmarkingarbetet (Benchmarking III) baseras huvudsakligen på data från 2013. I de fall det kan finnas tillfälliga variationer eller andra tidssamband som kan påverka resultat och tolkning, har vi kompletterat analyserna med siffror från 2012 och från 2014 (i de fall sådana funnits tillgängliga). Vi har denna gång också tillämpat ett något annorlunda arbetssätt. Benchmarkinggruppen har denna gång fokuserat arbetet på kvinnosjukvården. Förlossningsvården nämns, men vi har inte gjort några djupare analyser av förlossningsvården som sådan då denna redovisas i rapporten "Förlossningsvården i Västra Götaland 2002-2013". En lärdom av de två tidigare rapporterna har varit att det krävs mer av sjukhusspecifika analyser för att resultaten lättare ska tas omhand av verksamheterna. Sådana sjukhusspecifika analyser kan vara baserade på mer övergripande områden, där nästa steg innebär fördjupade analyser av identifierade områden. Detta arbetssätt innebär att fokus flyttas från direkta jämförelser mellan sjukhusen till möjliga orsaker till skillnaderna.

Att kunna visa analyser och förbättringsområden för en enskild förvaltning/klinik, ur deras perspektiv och utifrån deras specifika förutsättningar är ett sätt för benchmarkingarbetet att få en bättre lokal förankring där verksamheten förhoppningsvis får lättare att använda sig av resultaten i sin egen verksamhet.

Benchmarkinggruppen har delats upp i två delar där en mindre arbetsgrupp haft som uppgift att ta fram data, göra de huvudsakliga analyserna och sammanställa arbetet i denna rapport. Den större grupperingen har istället mer fungerat som en referensgrupp i arbetet då här finns en gedigen verksamhetskunskap som är viktig att ta tillvara på. Referensgruppen bidrar givetvis också till analyserna.

2.2 Syfte

Ett viktigt syfte med benchmarkingrapporten är att belysa och om möjligt finna förklaringar till skillnader i utfall, praxis och rutiner inom sjukvården i regionen. Det betyder att vi primärt inte värderar vad som är rätt eller fel, bra eller dåligt, utan lyfter fram olikheterna i syfte att det ska leda till likartade rutiner och minskade inomregionala skillnader i kvalitet och utfall.

2.3 Arbetsgrupp

I denna omgång av benchmarkingarbetet har vi delat in benchmarkinggruppen i en mindre arbetsgrupp och en större referensgrupp.

Arbetsgruppen har bestått av:

Peter Amundin, Stabschef (HSA) sammankallande
Kristina Westerberg, Ekonom (HSA/SkaS)
Mikael Kjerfve, Statistiker (HSA)
Bill Hesselmar, Regionläkare (HSA)
Margareta Olofsson, HR-strateg (HR Strategiska avdelningen)

Referensgruppen:

Björn Hamborg, Chefläkare (KS)
Stefan Håkansson, Chefläkare (SkaS)
Lars Levin, Produktionscontroller (SÄS)
Ann-Charlotte Mårdby, Projektledare (SU)
Sven Florström, Ekonomichef (NU)
Lennart Ryler, Controller (Regionkansliets ekonomiavdelning)

Referensgruppen har vid några tillfällen fått till sig frågeställningar som man har stämt av inom sina respektive förvaltningar. Det ska dock poängteras att denna grupp är sammansatt utifrån sina kompetenser snarare än som representant för sin förvaltning.

Rapporten har stämts av med sektorsrådet i kvinnosjukvård.

2.4 Angränsande arbeten

- Förlossningsvården i Västra Götalandsregionen 2002-2013
- Värdebaserad vård (SVEUS, 6 landsting inkl VGR) vår 2015
- SU:s arbete med värdebaserad vård

3 Metod

Beräkningar har gjorts på data för slutenvård och öppenvård i den regionala vårddatabasen, VEGA exklusive köpt vård. VEGA är Västra Götalandsregionens vårddatabas. Den har skapats för att möta behovet av att följa upp vårdkonsumtionen för invånarna i Västra Götaland.

Vega omfattar information om vård för såväl offentlig som privat bedriven primärvård, sjukhusvård och specialistvård, inom och utom regionen.

För kostnadsuppgifter har även data från den regionala KPP-databasen används.

Slutenvård

I urvalet för kvinnosjukvården inom slutenvården ingår de medicinska områdena kvinnosjukvård, graviditet och förlossning där sjukhusvårdtillfällen som kodas med DRG i MDC grupperna:

O - Sjukdomar i kvinnliga könsorgan,

P - Graviditet, förlossning och barnsängstid och
Q - Nyfödda och vissa perinatale tillstånd.

Öppenvård

Urvalet för kvinnosjukvården inom öppenvården avser besök av kvinnor på specifika medicinskt verksamhetsområden (MVO).

MVO:

- 024 – Ungdomsmottagningsvård,
- 431 – Gynekologisk vård,
- 435 – Reproduktionsmedicin,
- 441 – Förlossningsvård (BB),
- 451 – Obstetrisk och gynekologisk vård och
- 751 – Onkologisk vård, gynekologisk.

Definitioner av begrepp och variabler

Följande jämförelser mellan sjukhusförvaltningarna under 2013 redovisas och skillnader beskrivs och diskuteras:

Begrepp/Variabel	Beskrivning
Vårdtillfälle	Vårdtillfälle – En patient som blivit inskriven på ett sjukhus (slutenvård)
Sjukhusvårdtillfälle	Gruppering av ett eller flera vårdtillfällen som avgränsas av in- och utskrivning inom ett sjukhus eller en sjukhusgrupp
Besök	Besök – En patient besökt sjukhuset men inte blivit inskriven (specialiserad öppen vård)
DRG ¹	DRG (diagnosrelaterade grupper/ Diagnosis Related Groups) är ett system för att beskriva sjukhusens patientsammansättning. DRG grupper baseras på likheten i förhållandena medicinska tillstånd och tjänster som man använder för att tilldela faktureringsavgifter. För att kunna beskriva verksamheten på ett överskådligt sätt delas vårdkontakterna in i cirka 1 200 grupper för slutenvård, öppenvård och psykiatrisk vård. Varje DRG inom en viss kategori ingår även en numerisk vikt som speglar den genomsnittliga kostnaden som krävs för att ta hand om patienten.
MDC	DRG är indelat i 29 kapitel som kallas MDC (Major Diagnostic Categories).
MVO	Medicinskt verksamhetsområden. Typ av verksamhet men även Organisatorisk enhet då dessa inte är uppdelade.
KPP	KPP (kostnad per patient) är en metod för beräkning av kostnaden för varje enskild patient och vårdkontakt. Även utförda vårdtjänster och kostnaden för var och en av dem redovisas. En metodik för mätning av individuell resursförbrukning har utvecklats och numera görs samma beräkningar för all somatisk sjukhusvård. KPP är infört på sjukhusen i Västra Götalandsregionen både för sluten-

¹ För mer information om DRG och MDC se
<http://www.socialstyrelsen.se/klassificeringochkoder/norddrg/vadardrg>

	respektive öppen vård.
Ålderstruktur	Redovisar antalet patienter i åldersgrupper.
Casemix index	Komplexiteten i slutenvården kan dels mätas som antalet DRG-vikt per vårdtillfälle (Case Mix index, CMI).
Mycket komplicerade, komplicerade och ej komplicerade DRG	Vårdtillfällen delas in i mycket komplicerade, komplicerade och ej komplicerade (DRG). Ett vårdtillfälle får ett DRG-komplicerad beroende på huvud- och bidiagnoser och åtgärder men för vissa DRG påverkar även utskrivningssätt och antal vård dagar.
Antal diagnoser per vårdtillfälle/besök	Antalet diagnoser patient fått vid vårdtillfället.
Vårdtider	Antal dagar mellan inskrivning och utskrivning.
Återinskrivningar	De patienter som återinskrivs till sjukhus inom 30 dagar efter det senaste utskrivningsdatumet.
Kostnadsytterfall	Vårdtillfällen där kostnaden överstiger den s.k. kostnadsytterfallsgränsen för DRG-gruppen. Detta sker när vårdtillfället kräver mycket mer resurser än vanlig vårdtillfälle för denna DRG-grupp på grund av t ex komplikationer.
Kostnader	Kostnadsredovisning via KPP och dess komponenter
DRG-satt vård	Redovisar om ett besök har fått en DRG-kod eller inte.

4 Resultat

4.1 Översikt av kvinnosjukvården i Västra Götalandsregionen

I nedanstående tabeller och figurer presenteras ett antal bakgrundsvariabler för att ge en översiktlig bild av kvinnosjukvård, graviditet och förlossning i Västra Götalandsregionen. Dessa tabeller kan till viss del också innefatta personer folkbokförda i Västra Götaland men som får vård vid privata enheter eller utanför regionen.

De mindre sjukhusen med små volymer finns med i dessa inledande tabeller för att ge en komplett bild av omfattningen men redovisas inte i de senare delarna av rapporten där skillnaderna analyseras.

Förvaltning	MDC			
	O - Sjukdomar i kvinnliga könsorgan	P - Graviditet, förlossning och barnsängstid	Q - Nyfödda och vissa perinatale tillstånd	Totalsumma
ALS	22	1		23
FSS	5			5
HALLAND	22	384	10	416
KS	16	2		18
LUNDBY	12			12
NU	718	4 613	501	5 832
RIA m.fl.	32	169	15	216

SkaS	525	3 145	827	4497
SU	2 378	11 954	1 084	15 416
SÄS	610	3 460	366	4 436
Totalsumma	4 351	23 728	2 803	30 882

Tabell 1: Antal sjukhusvårdtillfällen för kvinnosjukvård, graviditet/förlossning och nyföddhetsvård i Västra Götalandsregionen 2013 redovisade per förvaltning och MDC.
RIA = Riksavtalet för utomlänsvård

Förvaltning	Totalt antal besök	Antal läkarbesök
ALS	4 193	2 842
ANS	7 132	3 306
FSS	7 493	6 257
HALLAND	2 539	2 012
LUNDBY	7 030	5 363
NU	30 438	21 581
PLEX m.fl.	72 138	67 293
RIA m.fl.	2 620	2 620
SkaS	27 677	17 545
SU	92 796	57 690
SÄS	23 031	15 480
Specialistvård inom primärvården*	13 824	11 104
Totalsumma	290 911	213 093

Tabell 2: Antal besök inom den specialiserade öppenvården för kvinnosjukvård, graviditet/förlossning och nyföddhetsvård i Västra Götalandsregionen 2013 redovisade per förvaltning

PLEX = Rapporteringssystem innehållande privata öppenvårdsmottagningar

RIA = Riksavtalet för utomlänsvård

*)Gynekologiska mottagningar inom beställd primärvård

MDC / Förvaltning	Totalt antal besök	Antal läkarbesök
O - Sjukdomar i kvinnliga könsorgan	52 364	51 685
ALS	2 229	2 205
ANS	2 563	2 474
FSS	4 821	4 807
LUNDBY	4 313	4 260
NU	7 711	7 631
SkaS	7 597	7 457
SU	16 888	16 610
SÄS	6 242	6 241
P - Graviditet, förlossning och barnsängstid	68 337	45 454
ALS	296	220

ANS	210	125
FSS	516	351
LUNDBY	283	140
NU	12 171	7 974
SkaS	8 698	4 694
SU	39 363	26 145
SÄS	6 800	5 805
Totalsumma	120 701	97 139

Tabell 3: Antal besök och läkarbesök inom den specialiserade öppenvården för kvinnosjukvård, graviditet/förlossning och nyföddhetsvård i Västra Götalandsregionen 2013 i egen regi plus Lundby sjukhus redovisade per förvaltning och MDC.

Nyföddhetsvård (MDC-Q) är inte med i tabellen då dessa besök i första hand sker på BVC och inte inom öppenvården för kvinnosjukvård.

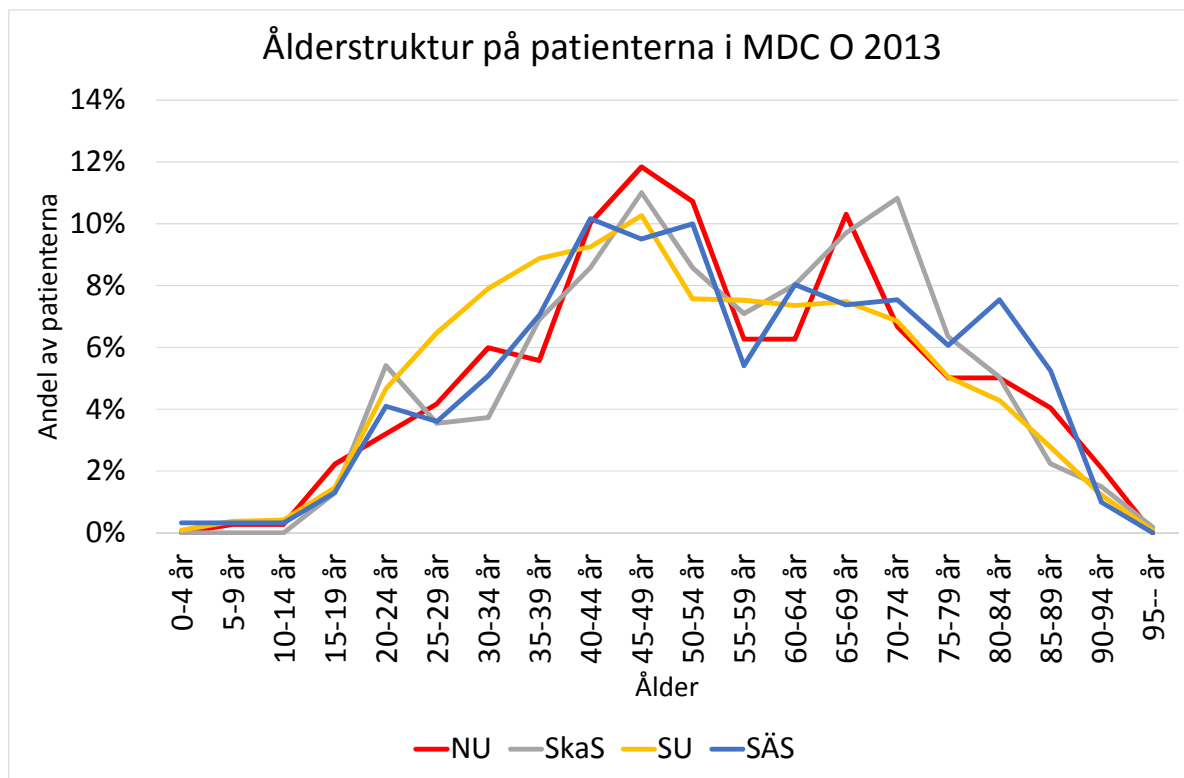


Diagram 1: Åldersstruktur för sjukdomar i kvinnliga könsorgan (MDC-O) i Västra Götalandsregionen 2013 redovisade per förvaltning och femårsåldersgrupp.

Generellt sett ses två toppar, den första i 40-55 årsåldern ses vid samtliga sjukhus medan den andra, i 60-70 årsåldern, inte är lika generell. Dessutom behandlar SU relativt sett fler yngre kvinnor.

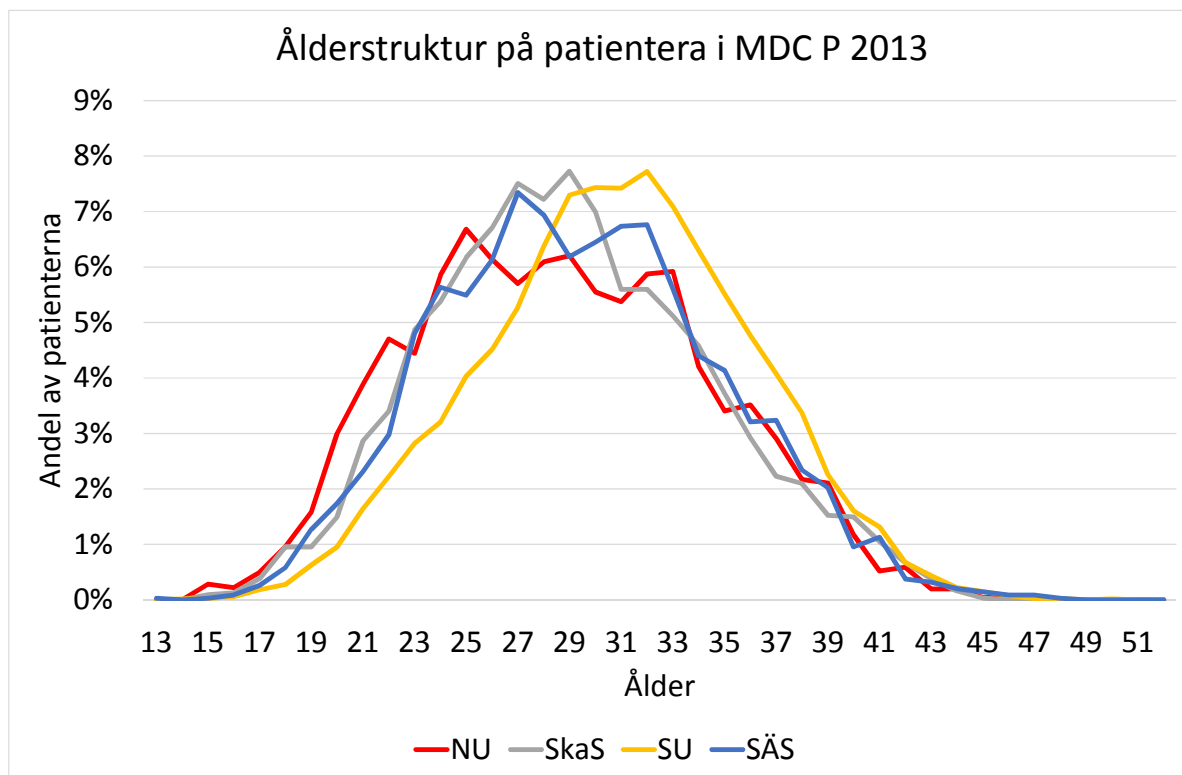


Diagram 2: Åldersstruktur för graviditet, förlossning och barnsängstid (MDC-P) i Västra Götalandsregionen 2013 redovisade per förvaltning och ålder. Generellt sett har mödrarna vid SU en något högre genomsnittlig medelålder.

Förvaltning	Värden		
	Antal vårdtillfällen	Summa vårdtid Dagar	Medelvårdtid dagar
O - Sjukdomar i kvinnliga könsorgan	4 231	12 630	3,0
NU	718	2 060	2,9
SkaS	525	2 398	4,6
SU	2 378	6 301	2,6
SÄS	610	1 871	3,1
P - Graviditet, förlossning och barnsängstid	23 172	57 573	2,5
NU	4 613	11 669	2,5
SkaS	3 145	6 927	2,2
SU	11 954	31 189	2,6
SÄS	3 460	7 788	2,3
Q - Nyfödda och vissa perinatale tillstånd	2 778	25 484	9,2
NU	501	4 305	8,6
SkaS	827	4 099	5,0
SU	1 084	13 393	12,4
SÄS	366	3 687	10,1

Tabell 4: Antal sjukhusvårdtillfällen, summa vårdtid och medelvårdtid för kvinnosjukvård, graviditet/förlossning och nyföddhetsvård i Västra Götalandsregionen 2013 redovisade för fyra förvaltningar per MDC.

4.2 Inskrivning vid neonatalavdelning (MDC-Q)

Identifierad skillnad

Inom MDC-Q har SkaS en högre andel nyfödda inskrivna i slutenvården än vad som ses vid övriga sjukhus i regionen.

I tabell 5 framgår detta genom att SkaS har fler sjukhusvårdtillfällen jämfört med NU och SÄS, samtidigt som de har ett lägre casemix index (CMI) vilket indikerar att gruppen nyfödda barn som vårdas vid SkaS är friskare/lindrigare sjuka än motsvarande grupp vid de övriga sjukhusen.

	Antal vård- tillfällen	Casemix index (CMI)	Procentuell avvikelse från VGR-snittet
Q - Nyfödda och vissa perinatale tillstånd	2778	2,1	
NU	501	2,04	-2 %
SkaS	827	1,17	-44 %
SU	1084	2,88	37 %
SÄS	366	1,95	-7 %

Tabell 5: Antal sjukhusvårdtillfällen, CMI och procentuell avvikelse från CMI-snittet för kvinnosjukvården i Västra Götalandsregionen 2013.

I tabell 6 framgår skillnaden än tydligare då man enbart ser till andelen inskrivna med DRG-klassificeringen Q60N=Normal nyfödd. Motsvarande skillnad ses också för DRG-klassen Q55N=Nyfödd med födelsevikt 2500 gram eller mer, med annat signifikant problem.

	NU	SkaS	SU	SÄS
Totalt antal förlossningar	3 254	2 481	9 863	2 819
Q55N - Nyfödd, födelsevikt 2500 g eller mer, med annat signifikant problem	105	183	150	63
Q60N - Normal nyfödd	9	92	21	10
Totalt antal inskrivna	114	275	171	73
Andel inskrivna	3,5 %	11,1 %	1,7 %	2,6 %

Tabell 6: Antal förlossningar, totalt antal inskrivna och andelen inskrivna i Västra Götalandsregionen 2013

Möjliga förklaringar

Vid kontakt med sektorsrådet för kvinnosjukvård framkommer att den större andelen ”friska” nyfödda som skrivs in i slutensjukvården vid SkaS beror på att barnen i högre grad än vid övriga sjukhus skrivs in för observation vid långvarig vattenavgång samt vid GBS-kolonisering. Därtill skrivs barnen i högre grad in i slutenvården vid behov av provtagning, samt då intern- eller extern remiss utfärdas. Inskrivning i slutenvården innebär inte nödvändigtvis att barnen fysiskt vårdas på nyföddhetsavdelningen, utan barnet är oftast kvar hos modern på BB-avdelning i de fall då inskrivningsförfarandet är av mer administrativ natur. Vid behov av observation av i övrigt friska nyfödda barn, liksom vid behov av provtagning och remiss, tillämpar således SkaS i viss mån en annan praxis än vad regionens övriga sjukhus tillämpar.

Konsekvens

Skillnader i inskrivningspraxis gör att bilden av de olika neonatalavdelningarna i regionen blir missvisande. Bilden av SkaS neonatalavdelning visar visserligen att volymen är hög, men barnen är ”lindrigare sjuka” och de har kortare vårdtid, medan barnen vid regionens övriga neonatalavdelningar förefaller ”betydligt sjukare”. Motsvarande gäller kostnadsaspekten eftersom kostnaderna fördelas på antalet vårdtillfällen vilket innebär att kostnaderna för ett vård dygn vid neonatalavdelningen på SkaS blir felaktigt låg eftersom en högre andel barn egentligen inte vårdas på nyföddhetsavdelningen på grund av sjukdom. Denna bild speglar förstås inte verkligheten på ett korrekt sätt.

Ur medicinsk synpunkt finns två frågor att beakta:

- 1) Är observationsrutinerna för långvarig vattenavgång och GBS-kolonisering vid SkaS de mest optimala? Skall i så fall övriga sjukhus tillämpa dessa rutiner eller skall SkaS anpassa sina övervakningsrutiner till de som tillämpas på övriga sjukhus?
- 2) Medför ”inskrivning av administrativa skäl”, så som de tillämpas på SkaS vid till exempel provtagning och behov av remiss, ökad medicinsk säkerhet i hanterandet av provsvar och remissvar? Borde denna rutin i så fall också tillämpas på regionens övriga sjukhus?

Rekommendation

Vi kan inte se att det finns något klart ”rätt eller fel” i denna fråga, men mot bakgrund av ovanstående resonemang vore det önskvärt med likartad praxis inom regionen, Oavsett vilken metod man väljer bör sjukhusen i regionen använda likartade system. Vår rekommendation är att sektorsråden för kvinnosjukvård och barnsjukvård skapar regiongemensamma rutiner.

4.3 Kostnadsytterfall inom neonatalvården

Identifierad skillnad

SÄS utmärker sig med en högre andel kostnadsytterfall och NU med en andel som är lägre än förväntat. Detta kan delvis förklaras av att SÄS och SU vårdar barn med lägre gestationsålder än vad som görs vid NU och SkaS, men detta har sannolikt bara marginell effekt. Vid NU vårdas barn från gestationsvecka 28, SÄS vecka 27, SU vecka 22 och vid SkaS vecka 32. (källa: SFOG Kvinnoklinikernas årsrapport 2013)

Ett kostnadsytterfall är en vårdkontakt som kostar betydligt mer än genomsnittet för gruppen. För varje DRG-kod fastställs varje år en unik ytterfallsgräns baserat på de två senaste årens KPP-data.

	Antal vårdtillfällen	Antal kostnadsytterfall	Andel kostnadsytterfall
Q - Nyfödda och vissa perinatala tillstånd	2 834	202	7,1 %
NU	495	13	2,6 %
SkaS	827	36	4,4 %
SU	1 153	111	9,6 %
SÄS	359	42	11,7 %

Tabell 7: Antal sjukhusvårdtillfällen och antal kostnadsytterfall för kvinnosjukvården i Västra Götalandsregionen 2013. Källa: KPP-databasen

Möjliga förklaringar

Som vi ovan angivit kan en del av skillnaden bero på att barnen har olika gestationsålder vid de olika sjukhusen. En fördjupad analys visar dock att SÄS höga KPP-kostnader förklaras av höga standardkostnader, dvs. hög kostnad per vård dygn. SÄS högre kostnadsnivå beror på felaktiga fördelningar som påverkar kostnadsredovisningen negativt genom att fördelningsnycklar felaktigt fördelat kostnader till neonatalavdelningen. Utöver detta har SÄS bemanningsmässigt haft det besvärligt när det gäller barnläkare främst kopplade till neonatalverksamheten, vilket medfört dyra lösningar med bemanningsföretag för att klara den medicinska säkerheten.

Den låga andelen kostnadsytterfall vid NU-sjukvården kan indikera en bättre kvalitet på den medicinska registreringen där man varit mer noggrann med att registrera bidiagnoser, vilket gör att vårdtillfället i högre grad kodas till rätt DRG-grupp. Ett kostnadsytterfall är som ovan angivits en vårdkontakt som kostar betydligt mer än genomsnittet för gruppen. Om inte samtliga relevanta åtgärder och diagnoser registreras för vårdtillfället finns en risk att det grupperas till fel DRG-grupp, dvs. ett DRG som har en lägre vikt och ytterfallsgräns än det DRG som vårdtillfället borde grupperats till. Detta gör att det finns en ökad risk för vårdtillfället att bli ett så kallat "falskt" kostnadsytterfall.

Konsekvens

Skillnader mellan sjukhusen avseende den medicinska registreringen samt olikheter i arbetet med kostnadsfördelning innebär att jämförelser mellan sjukhusen kan bli missvisande och att beslut fattas på felaktiga grunder.

Rekommendation

En likformighet i registreringen av relevanta bi-diagnoser inom regionen är önskvärd. För att möjliggöra detta kan t.ex. verksamheterna enas om vilka relevanta bi-diagnoser som bör registreras. Sjukhusen skulle också i högre grad kunna skicka medicinska sekreterare på den av regionen upphandlade DRG-utbildningen. Ett regionalt arbete pågår också för att öka kvalitén på totalkostnadsbokslutet, så att t.ex. fördelningsnycklar används på ett enhetligt sätt, vilket också förbättrar möjligheten till jämförelser mellan sjukhusen.

4.4 Sjukdomar i kvinnliga könsorgan (MDC-O)

4.4.1 Produktion inom slutna kvinnosjukvård

Identifierad skillnad

Det redovisade antalet kvinnor som vårdats på SkaS för sjukdomar i kvinnliga könsorgan (MDC-O) var 2013 relativt lågt, och betydligt lägre än 2012. Därtill redovisar SkaS ett högre Case Mix Index (CMI) för de vårdade kvinnorna. Tolkningen av dessa siffror är att antalet kvinnor som vårdats på SkaS för sjukdomar i kvinnliga könsorgan är färre än tidigare år, och färre än förväntat i jämförelse med övriga sjukhus i regionen, men att de som vårdas vid SkaS har svårare eller mer komplicerad sjukdom.

	Antal vård- tillfällen	Casemix index (CMI)	Procentuell avvikelse från VGR-snittet
O - Sjukdomar i kvinnliga könsorgan	4 242	1,12	
NU	718	1,16	3 %
SkaS	525	1,21	8 %
SU	2 378	1,1	-2 %
SÄS	610	1,1	-2 %

Tabell 8: Antal sjukhusvårdtillfällen, CMI och procentuella avvikelser från CMI-snittet för kvinnosjukvården i Västra Götalandsregionen 2013.

Möjliga förklaringar

Under 2012-2013 gjordes en omorganisation vid SkaS där klinikerna i Lidköping och Skövde slogs samman, vilket resulterade i att den sammanslagna enheten totalt sett fick färre vårdplatser. Denna omorganisation, vilken också innefattar överföring av vissa patientgrupper till dagkirurgi, är sannolikt en viktig förklaring till den lägre volymen på SkaS 2013.

Omorganisationen innebar att patienter som skulle opereras för livmoderframfall, och en del patienter som skulle genomgå hysterektomi (borttagande av livmodern), under 2013 istället opererades på Carlanderska sjukhuset. Då dessa ingrepp har en relativt låg DRG-vikt medför detta att medelvärdet för SkaS CMI blir högre (1,21) inom MDC-O. Under 2014 har produktionen på SkaS ökat, men når inte 2012 års produktion (2012 = 731, 2013 = 525, 2014 = 579). Produktionsökningen under 2014 ses enbart för gruppen med okomplicerad DRG, vilket stämmer väl med rapporterna från SkaS som meddelar att det fungerat bra med att överföra framfallsoperationer till dagkirurgi. Ej heller har man under 2014 behövt skicka patienter till andra sjukhus för operation.

Konsekvens

Vi kan se att volymminskningen vid SkaS 2013 efter omorganisationen till viss del varit tillfällig, och att produktionen åter ökat 2014. Eftersom vissa diagnosgrupper överförts till dagkirurgi, och då man under 2014 inte behövt skicka patienter till andra sjukhus för vård eller operation, får man förmoda att nuvarande produktionsvolym är tillräcklig.

Rekommendation

Då omorganisationen inneburit, och eftersträvat, en lägre produktionsvolym inom slutensjukvården vid SkaS för MDC-O föreslås SkaS fortsätta bevaka att organisationsförändringarna inte innebär längre väntetider, ökad andel återinskrivna, eller andra oväntade negativa konsekvenser.

4.4.2 Registrering av bi-diagnoser och dess konsekvenser

Identifierad skillnad

De olika sjukvårdsförvaltningarna i regionen har olika praxis i hur bi-diagnoser registreras. Inom kvinnosjukvården registreras till exempel bi-diagnoser mer ofta inom NU-sjukvården jämfört med övriga sjukhus. Registrering av bi-diagnoser skall göras då de på något sätt påverkar vården av patienten, eller då en bi-diagnos påverkat riskbedömningen.

	Antal vård- tillfällen	Antal Diagnoser	Genomsnittligt antal diagnoser
O - Sjukdomar i kvinnliga könsorgan	4 240	8 792	2,1
NU	718	2 121	3,0
SkaS	535	1 012	1,9
SU	2 377	4 561	1,9
SÄS	610	1 098	1,8
Q - Nyfödda och vissa perinatala tillstånd	1 185	3 209	2,7
NU	212	589	2,8
SkaS	367	602	1,6
SU	457	1 597	3,5
SÄS	149	421	2,8

Tabell 9: Antal sjukhusvårdtillfällen, antal diagnoser och genomsnittligt antal diagnoser per sjukhusvårdtillfälle i Västra Götalandsregionen 2013

Det finns oftast en koppling mellan antal diagnoser och andelen komplicerade enligt DRG-klassificeringen. Inom MDC-O har t.ex. NU flest diagnoser per sjukhusvårdtillfälle och högst andel komplicerade DRG:n.

	Antal vård- tillfällen	Antal komplicerade DRG	Andel komplicerade DRG
O - Sjukdomar i kvinnliga könsorgan	4 231	584	14 %
NU	718	138	19 %
SkaS	525	84	16 %
SU	2 378	292	12 %
SÄS	610	70	11 %
P - Gravitet, förlossning och barnsängstid	23 172	4 977	21 %
NU	4 613	1 044	23 %
SkaS	3 145	538	17 %
SU	11 954	2 754	23 %
SÄS	3 460	641	19 %

Tabell 10: Antal sjukhusvårdtillfällen, antal komplicerade DRG och andel komplicerade DRG i Västra Götalandsregionen 2013

Möjliga förklaringar

Vid kontakt med sektorsrådet för kvinnosjukvård framkommer att det inom regionen finns delade meningar om när och hur en bi-diagnos skall anses ha betydelse för vården, och om den i så fall skall registreras. I huvudsak diskuteras huruvida välbehandlad hypertoni skall medräknas som bi-diagnos av betydelse?

I Socialstyrelsens rekommendation för klassificering av bi-diagnos (Socialstyrelsen, version 4, 2012-4-18, rev. 2012-06-08):

Endast sådana diagnoser som haft relevans för vården bör registreras. Om en diagnos har föranlett utredning eller någon form av behandling bör den registreras, annars inte.

Bi-diagnoser kan till exempel vara tillstånd som:

- inneburit en klinisk utvärdering och bedömning
- medfört behandling
- förlängt vårdtiden
- medfört ökad vårdtyngd
- utgör riskfaktor
- varit komplikationer till behandling
- kan ha betydelse för den framtida hälsoutvecklingen (till exempel hos nyfödda)
- väsentliga obduktionsfynd

Så här skriver Svensk Förening för Anestesiologi och Intensivvård (SFAI) om ASA:

Under de senaste åren har önskemål framförts om förtydligande av hur man skall bedöma vilken ASA-klass patienten tillhör. Det finns en mängd skiftande och olika ”tolkningar med exempel” av hur ASA-klassifikationer skall göras. På ASA:s hemsida anges efter definitionen av ASA-klassifikationen: ”There is no additional information that will help you further define these categories”. Det finns en *ASA relative value guide* men den ger endast ekonomisk information. Detta innebär att patienten får bedömas utifrån den kortfattade definition som finns. Trots att det finns stor interindividuell variation i bedömningarna, så har ASA-klassifikation ett stort prediktivt värde.

Vi är väl medvetna om att ASA-klassifikationen har brister, men den är viktig då den bland annat möjliggör jämförelser mellan länder och över tid.

GI/121209

ASA:s definition:

Klass I är: Helt frisk patient

Klass II är: Lindrig systemsjukdom

I fallet med välbehandlad hypertoni får man förmoda att sådant tillstånd inte inneburit någon extra behandling eller förlängd vårdtid. Däremot kan tillståndet innebära en ökad risk, det vill säga att narkosläkarna ändrar sin riskbedömning från ASA 1 till ASA 2. Även om välbehandlad hypertoni måste ses som en ringa riskökning är det tillfrågade anestesilogers åsikt att välbehandlad hypertoni innebär att de skulle ändra riskbedömningen från ASA 1 till ASA 2. Mot denna bakgrund förefaller det rimligt att välbehandlad hypertoni registreras som bi-diagnos så som görs inom NU-sjukvården. Ett alternativ vore att tillstånd som innebär riskökning från ASA 1 till ASA 2 aldrig medräknas som bi-diagnos, såvida det i det enskilda fallet inte påverkat vårdepidemien.

Konsekvens

Registrerade bi-diagnoser har betydelse för vilken DRG-grupp patienten får, och får sålunda betydelse för den opererande enhetens patientsammansättning och Case Mix Index (CMI). En enhet som oftare registrerar bi-diagnoser får därför bilden av att vårda mer komplicerade patienter än en enhet som sällan registrerar bi-diagnoser. I princip kan man säga att fler bi-diagnoser leder till en DRG-kod med högre vikt, vilket i sin tur innebär en högre ersättning.

Frånsett ersättningsaspekten innebär olika praxis att sjukhusens verksamheter inte kan jämföras då nuvarande registrering ger en missvisande bild av de olika sjukhusens verksamhet.

Rekommendation

En likformighet i registreringen av bi-diagnoser inom regionen är önskvärd. Kan Rakelgruppen bistå sektorsrådet så att praxis ensas?

4.4.3 Medelvårdtider inom kvinnosjukvård, förlossning och nyföddhetsvård

Identifierad skillnad – kvinnosjukvård (MDC-O)

I gruppen sjukdomar i kvinnliga könsorgan (MDC-O) utmärker sig SkaS genom längre medelvårdtider (4,6 dagar) jämfört med medelvärdet om tre dagar för regionen som helhet. Vi har närmare granskat de 20 vanligaste diagnoserna med volymer mellan 47-500 patienter, och av dessa har SkaS längre vårdtid för 16 diagnoser.

	Antal vårdtillfällen	Medelvårdtid dagar
O - Sjukdomar i kvinnliga könsorgan	4 231	3,0
NU	718	2,9
SkaS	525	4,6
SU	2 378	2,6
SÄS	610	3,1

Tabell 11: Antal sjukhusvårdtillfällen och medelvårdtid inom MDC-O i Västra Götalandsregionen 2013.

Möjliga förklaringar

Det finns flera möjliga förklaringar till skillnaden i medelvårdtid. En förklaring är att SkaS i högre grad än övriga skriver in patienterna dagen före operationsdagen (SkaS 26 %, NU 9 %, SU 11 % och SÄS 1 %). Justerar man för denna skillnad i inskrivningsätt kvarstår dock skillnad i medelvårdtid, vilket betyder att inskrivningsrutin inte ensamt förklarar den längre medelvärdtiden vid SkaS. Vi har tidigare visat att SkaS inom MDC-O har ett högre CMI-värde än övriga sjukhus då mindre vårdtunga patienter under 2013 i stället opererats på Carlanderska sjukhuset. En logisk förklaring av detta skulle vara att en koncentration av mer vårdtunga patienter leder till längre medelvårdtid, men detta är inte heller hela förklaringen. När vi analyserar komplicerade och okomplicerade DRG-grupper var för sig kvarstår till stor del skillnaden. Medelvårdtid för okomplicerade DRG:n: SkaS 3,8 dagar jämfört med NU 2,3 dagar, SU 2,3 dagar och SÄS 2,4 dagar. För komplicerade DRG:n gäller: SkaS 8,7 dagar, SÄS 8,3 dagar, SU 5,4 dagar och NU 5,2 dagar.

Under 2014 har rutinerna förändrats på SkaS så att fler patienter skrivs in operationsdagen. Inskrivning dagen före operation görs framförallt för äldre eller långväga patienter, samt för de patienter som opereras tidigt på morgonen. Trots dessa förändringar i inskrivningsrutin kvarstår inom MDC-O längre medelvårdtider för SkaS 2014. För patienter med

okomplicerade DRG redovisar SkaS 3,2 dagar mot övriga sjukhus 1,8 - 2,3 dagar. För komplicerade DRG är motsvarande siffra 8,7 dagar, mot 4,6 – 6,6 dagar för övriga sjukhus.

Identifierad skillnad – Gravitet, förlossning och barnsängstid (MDC-P)

Inom MDC-P uppvisar SkaS och SÄS de kortaste medelvårdtiderna.

	Antal vård- tillfällen	Medel- vårdtid dagar
P - Gravitet, förlossning och barnsängstid	23 172	2,5
NU	4 613	2,5
SkaS	3 145	2,2
SU	11 954	2,6
SÄS	3 460	2,3

Tabell 12: Antal sjukhusvårdtillfällen och medelvårdtid inom MDC-P i Västra Götalandsregionen 2013.

Möjliga förklaringar

I rapporten Förlossningsvården i Västra Götalandsregionen 2002-2013 skriver man att SkaS har flest normalförlösta förstföderskor med en vårdtid på 0-2 vård dagar. Även SÄS har stor andel med korta vårdtider. Båda sjukhusen förklarar att framgångarna med fungerande korta vårdtider bygger på en trygghet och snar uppföljning av barn och mor inom första veckan efter förlossningen.

Identifierad skillnad – Nyfödda och vissa perinatale tillstånd

Inom MDC-Q uppvisar SkaS kortast medelvårdtid.

	Antal vård- tillfällen	Medel- vårdtid dagar
Q - Nyfödda och vissa perinatale tillstånd	2 778	9,2
NU	501	8,6
SkaS	827	5,0
SU	1 084	12,4
SÄS	366	10,1

Tabell 13: Antal sjukhusvårdtillfällen och medelvårdtid inom MDC-Q i Västra Götalandsregionen 2013.

Möjliga förklaringar

Den kortare medelvårdtiden för nyfödda vid SkaS förklaras av att man tillämpar en annan praxis jämfört med övriga sjukhus, då SkaS i högre grad än övriga skriver in nyfödda barn på nyföddhetsavdelningen för observation, då remiss utfärdas, eller då behov av provtagning föreligger (se ovan, 4.2).

Konsekvens

Kostnaderna är direkt korrelerade till vårdtiden, och medelvårdtider tillsammans med Case Mix Index speglar vårdtyngd. En likartad registrering och likartade administrativa rutiner är därför nödvändiga för att varje enhet skall beskrivas på rätt sätt.

Rekommendation

Vårdtid kvinnosjukvård SkaS: Trots förändrade inskrivningsrutiner under 2014 kvarstår längre medelvårdtider vid SkaS för patienter inom såväl okomplicerade- som komplicerade DRG-grupper. Ytterligare översyn av vårdtiderna föreslås; är dessa de mest optimala utifrån patientsammansättning och geografiska förutsättningar?

Vårdtid graviditet och förlossning: Vårdtiden för förstföderskor är kort vid SkaS, och även vid SÄS, vilket man förklarar bero på snar och effektiv uppföljningsrutin veckan efter förlossningen. Har denna metod varit medicinskt säker för mor och barn? Är det en rutin som i så fall skulle kunna tillämpas på samtliga av regionens förlossningsenheter?

Vårdtid nyfödda och vissa perinatale tillstånd: Generellt kort medelvårdtid på SkaS vilket egentligen inte speglar enhetens neonatalavdelningens verksamhet utan beror på administrativa rutiner och annan övervakningspraxis. Diskuteras närmare under punkt 4.2. Enhetlighet inom regionen bör eftersträvas.

4.5 Andel återinskrivna inom 30 dagar (MDC-O, MDC-P och MDC-Q)

Identifierad skillnad

SkaS och NU har generellt hög andel återinskrivna inom MDC-O. NU har dessutom hög andel återinskrivna inom MDC P och Q.

	Antal återinskrivningar inom 30 dgr	Andel återinskrivningar inom 30 dgr
O - Sjukdomar i kvinnliga könsorgan	265	6 %
NU	67	9 %
SkaS	55	10 %
SU	97	4 %
SÄS	38	6 %
P - Graviditet, förlossning och barnsängstid	1807	8 %
NU	518	11 %
SkaS	239	8 %
SU	755	6 %
SÄS	295	9 %
Q - Nyfödda och vissa perinatale tillstånd	149	5 %
NU	39	8 %
SkaS	49	6 %
SU	48	4 %

SÄS	13	4 %
-----	----	-----

Tabell 14: Antal och andel oplanerade återinskrivningar i Västra Götalandsregionen 2013

En statistisk analys visar att inom MDC-O har SkaS och NU en signifikant (statistiskt säkerställd) högre andel återinskriva än VGR-genomsnittet.

Inom MDC-P gäller att NU har en signifikant (statistiskt säkerställd) högre andel återinskriva än VGR-genomsnittet.

Möjliga förklaringar

SkaS har längre medelvårdtider inom MDC-O, men det innebär inte automatiskt en lägre andel återinskrivna. Betydelsen av deras högre CMI är svårtolkat, då det kan indikera såväl en högre andel svårt sjuka/komplicerade patienten, liksom ökad vårdtyngd uppkomna till följd av komplikationer under vårdtiden.

NU-sjukvården har diskuterat ”öppen retur av patienter med cancerdiagnos” som en möjlig förklaring till hög återinskrivningsfrekvens inom gruppen MDC-O. Detta är dock en tveksam förklaring då samma rutin tillämpas på de övriga sjukhusen.

Konsekvens

Hög återinskrivningsfrekvens inom 30 dagar kan ha naturliga förklaringar, men det kan också indikera brister i vård, utskrivningsrutiner och planerat uppföljning.

Rekommendation

Orsakerna till den högre återinskrivningsfrekvensen vid NU och SkaS kan inte enkelt analyseras i de administrativa registren. Sådan granskning behöver göras på individnivå i samarbete med ämnesansvarig läkare ifall orsakerna skall kunna kartläggas.

4.6 Fördelning av vårdepisodkostnad på vårdavdelning respektive utanför vårdavdelning inom MDC-Q

Identifierad skillnad

I tabell 15 beskrivs skillnader i hur kostnader fördelas till vårdavdelningen respektive utanför vårdavdelningen. Tabellen visar att SÄS har en hög standardkostnad* och att SU har en hög andel av sina kostnader utanför vårdavdelningen**.

*) Kostnaden på vårdavdelningen benämns *standardkostnad*. Standardkostnad för slutenvård är den kostnad som ”patienten” tilldelas för de vårddagar den upptar en sängplats på vårdavdelningen. Den totala kostnaden varierar beroende på hur länge och på vilken avdelning patienten är inskriven. Standardkostnaden för öppenvården är den kostnad som ”patienten” tilldelas för ett läkarbesök eller sjukvårdande behandling. Standardkostnaden består till största delen av personalkostnader, hyror, kapitalkostnader samt gemensamma kostnader som exempelvis sjukhusadministration och gemensam service.

***) Utöver standardkostnaden tillkommer även kostnader för röntgen, operation, IVA, lab med mera. Dessa kostnader betecknas i tabellen nedan som kostnader utanför vårdavdelningen. Ett annat namn på dessa är vårdtjänster. Vårdtjänsterna knyts till den enskilda vårdkontakten med hjälp av personnummer och händelsedatum. I tabell 15 består

kostnad utanför vårdavdelningen inom MDC-Q främst av ospecificerade övriga kostnader (40 %) och IVA (30 %).

	Kostnad både på och utanför vårdavdelningen	Kostnad på vårdavdelningen	Kostnad utanför vårdavdelningen	Andel utanför vårdavdelningen
Q - Nyfödda och vissa perinatale tillstånd	129 015 kr	88 485 kr	40 530 kr	31 %
NU	92 602 kr	90 308 kr	2 294 kr	2 %
SkaS	67 688 kr	66 764 kr	924 kr	1 %
SU	183 244 kr	87 019 kr	96 225 kr	53 %
SÄS	146 328 kr	140 718 kr	5 610 kr	4 %

Tabell 15: Fördelning av kostnader på vårdavdelningen respektive utanför vårdavdelning inom MDC-Q i Västra Götalandsregionen 2013. Källa: regionala KPP-databasen

Möjliga förklaringar

Den höga kostnaden på vårdavdelningen på SÄS beror, som tidigare beskrivits, på den felaktiga fördelningen i totalkostnadsbokslutet samt på behov av bemanningsläkare. Den höga kostnaden utanför vårdavdelningen på SU har troligtvis sin förklaring i dyr vård för mycket förtidigt födda barn som inte finns på andra sjukhus inom VGR.

Konsekvens

Den allvarligaste konsekvensen är risken att slutsatser baseras på felaktiga kostnadsdata. Korrekta kostnadsdata är också viktiga variabler i beräkningarna av Värdebaserad vård.

Rekommendation

Vårdkostnader bör beräknas på ett likartat sätt inom regionen. Ett nytt gemensamt KPP-system håller på att upphandlas för samtliga offentligt finansierade sjukhus inom VGR. Målsättningen med detta system är att erhålla KPP-data med hög kvalitet och detaljeringsgrad till en lägre resursinsats än idag. Tillsammans med en ökad tillgänglighet på en mer verksamhetsnära nivå ska detta bidra till ett ökat användande av KPP-data vid analyser och beslut på olika nivåer inom VGR.

Utöver ett nytt KPP-system måste också kvalitén på arbetet med totalkostnadsbokslutet förbättras. I samband med beslut om upphandling av nytt KPP-system översände branschledningen Hälso- och sjukvård ärendet om KPP till Koncernledningsgrupp Hälso- och sjukvård för fortsatt beredning av hur verksamhetsprocesser och arbetsrutiner kan tillämpas på likartat sätt inom Västra Götalandsregionen. Detta är en förutsättning för att få jämförbar KPP.

4.7 Besök inom specialiserad öppenvård för nyfödda

Identifierad skillnad

I tabell 16 ses att det vid SU också registreras ett stort antal besök inom öron-näsahalssjukvården, vilket man inte ser vid övriga sjukhus. Detta antyder någon skillnad i praxis inom regionen.

MDC	NU	SkaS	SU	SÄS
-----	----	------	----	-----

C - Sjukdomar i öra, näsa, mun och hals	7	6	4 184	4
---	---	---	-------	---

Tabell 16: Antal besök inom den specialiserade öppenvården för patienter som vanligtvis är kopplade till graviditet och förlossning (MDC-P) i Västra Götalandsregionen 2013.

Möjliga förklaringar

Vid samtal med SU, och genom analys av diagnoskoder och åtgärds-koder framkommer att skillnaden beror på olika registreringspraxis och rutiner för hörselscreening av nyfödda. Vid SU görs vanligtvis hörselscreeningen under BB-tiden. I de fall hörselscreening av något skäl ej kunnat göras under BB-tiden så kallas barnet till ett separat undersökningstillfälle. Vid de övriga sjukhusen görs liksom på SU hörselundersökningen på BB, och i samband med PKU-testet ifall hörselundersökningen inte kunnat göras innan hemgång. De få registrerade ÖNH-besöken vid de övriga sjukhusen är troligtvis extra besök som tillkommit efter att man hittat något avvikande i den ordinarie screeningen.

Konsekvens

Registreringsmässigt saknar denna skillnad i praxis sannolikt betydelse, men då vi fått indikationer på att andelen barn som genomgår hörselscreening vid SU är några procentenheter lägre än regiongenomsnittet, förefaller det rimligt att ifrågasätta rutinen.

Rekommendation

Är det möjligt för SU att tillse att nyfödda barn genomgår hörselscreening enligt samma rutiner som övriga sjukhus tillämpar, det vill säga på BB eller i samband med PKU-provet? Nuvarande rutin, där det nyfödda barnet kallas till separat besök för hörselscreening förefaller mindre effektivt.

4.8 Kirurgiska aborter och registrering av obstetriska ultraljud

Identifierad skillnad

I tabell 17 framgår att SÄS utför påtagligt få kirurgiska aborter jämfört med de övriga sjukhusen. Tabellen visar också låg andel registrerade obstetriska ultraljud vid SÄS.

	NU	SkaS	SU	SÄS
P - Graviditet, förlossning och barnsängstid				
P220 - Kirurgisk abort, öppenvård	248	158	847	39
P760 - Obstetriskt ultraljud, besök	3 472	3 327	11 243	57

Tabell 17: Antal besök inom den specialiserade öppenvården för kvinnosjukvården i Västra Götalandsregionen för MDC-P 2013 per DRG.

Möjliga förklaringar

Antalet kirurgiska aborter vid SÄS är påtagligt få i jämförelse med antalet kirurgiska aborter vid övriga sjukhus i regionen. För att få en mycket grov uppskattning om förväntad abortfrekvens (kirurgiska och medicinska) har vi analyserat antalet aborter i förhållande till antalet förlossningar, och här skiljer sig inte SÄS från övriga sjukhus (NU 35 %, SkaS 46 %, SU 46 % och SÄS 38 %). Analyseras antalet kirurgiska aborter i relation till totala antalet aborter, skiljer sig däremot SÄS mot regionens övriga sjukhus. För att minska risken för tillfälliga variationer har vi analyserat perioden 2013-februari 2015, och för denna tidsperiod

är andelen kirurgiska aborter 17 % vid NU, 11 % vid SkaS, 18 % vid SU, och 2,6 % vid SÄS. Det förefaller således som att andelen kirurgiska aborter vid SÄS är lägre än vid regionens övriga sjukhus. Är denna låga frekvens sann? Är registreringen korrekt?

De låga antalet registrerade obstetriska ultraljud vid SÄS beror på olika praxis inom regionen. Vid SÄS registreras de ultraljudsundersökningar som görs i samband med screening under graviditet enbart i ett system (Obstetrix), vid övriga sjukhus i två system (Obstetrix och Elvis).

Konsekvens

Hur stor andel de kirurgiska aborterna skall utgöra av totala antalet aborter är inget Benchmarkinggruppen kan ha synpunkter om, men skillnaden är intressant.

För regionala analyser och jämförelser krävs att registrering sker i Elvis, oavsett annan registrering. Man ska dock vara observant på att ändrad praxis påverkar volymer och priser i vårdöverenskommelsen, varför en eventuell förändring bör ske i samband med ett årsskifte.

Rekommendation

Som ovan angivits är den påtagligt låga andelen kirurgiska aborter vid SÄS intressant. Då skillnaden mot övriga sjukhus är påtaglig rekommenderas SÄS kontrollera att registreringen av kirurgiska aborter är korrekt. Ifall registreringen är korrekt, är då denna låga andel kirurgiska aborter eftersträvansvärd, en nivå som på sikt också kommer att gälla vid regionens övriga sjukhus?

Ultraljudsundersökningar bör registreras på ett likartat sätt inom regionen, och då helst system som möjliggör regionövergripande analyser. Önskvärt vore att sektorsrådet beslutar vilken rutin som ska gälla. Frågan kan med fördel hänvisas till KlassReg som bereder ärendet inför beslut i RAKEL. I beredningsfasen inhämtar KlassReg information från sektorsrådet och från olika systemförvaltningar.

4.9 DRG-ersatta besök inom specialiserad öppenvård för kvinnosjukvård

Identifierad skillnad

Av tabell 18 framgår att SÄS har en andel registrerade DRG-ersatta besök som är lägre än förväntat jämfört med övriga sjukhus.

Förvaltning	Antal besök	Antal besök, DRG ersatt vård	Andel besök, DRG ersatt vård
ALS	4 193	920	22 %
ANS	7 132	0	0 %
FSS	7 493	1 929	26 %
LUNDBY	7 030	1 951	28 %
NU	30 438	8 447	28 %
SkaS	27 677	6 930	25 %
SU	92 796	21 506	23 %

SÄS	23 031	2 744	12 %
Totalsumma	199 790	44 427	22 %

Tabell 18: Antal besök och antal och andel DRG ersatta besök inom den specialiserade öppenvården för kvinnosjukvården i Västra Götalandsregionen 2013.

Möjliga förklaringar

SÄS har en låg andel DRG-ersatt öppenvård vilket kan förklaras av en underregistrering. (Denna skillnad kvarstår enligt preliminära data även 2014.) I tre av de fyra så kallade KVÅ-kapitlen med högst volym för kvinnosjukvården har SÄS en lägre andel DRG-ersatt öppenvård. Dessa var:

- KVÅAB - Utredande åtgärder (nya KVÅ),
- L - Operationer på kvinnliga könsorgan och
- X - Diagnostiska åtgärder i anslutning till kirurgisk verksamhet.

I kapitlet KVÅDE - Behandlande åtgärder (nya KVÅ) ligger SÄS i nivå med de andra förvaltningarna.

Konsekvens

I de fall ersättningstaket inte nås kan en lägre andel DRG-ersatta besök få till följd att sjukhuset får lägre ersättning. För regionala analyser och jämförelser krävs en enhetlig registrering inom regionen.

Rekommendation

Enhetliga registreringsrutiner bör tillämpas inom regionen. Frågan kan med fördel hänvisas till KlassReg som bereder ärendet inför beslut i RAKEL. I beredningsfasen inhämtar KlassReg information från sekorsrådet.

4.10 Kostnader utanför vårdavdelningen inom specialiserad öppenvård för kvinnosjukvård

Identifierad skillnad

Stora skillnader ses i kostnaderna utanför vårdavdelningen för såväl läkemedel och anestesi.

	Opera- tion	Mtrl	Läkm/ bil	Anestesi	UVA	Rtg	klin. kem	klin. fys	Lab bakt	Lab Övr	Patologi/ cytologi/ genetik	Blod	KVA	Övrigt	Summa
ALS	341	0	0	31	0	31	21	0	0	0	0	0	0	65	489
NU	122	0	0	107	38	42	16	5	9	25	47	4	0	0	415
SkaS	112	11	66	62	92	57	28	2	30	3	123	8	0	1	596
SU	169	2	0	0	25	27	30	6	5	26	8	5	0	0	303
SÄS	73	16	94	10	5	44	22	0	11	0	104	5	7	0	391

Tabell 19: Kostnaden per patient utanför vårdavdelningen fördelade efter kostnadsslag inom den specialiserade öppenvården för kvinnosjukvården i Västra Götalandsregionen 2013.

Förklaringar:

Mtrl = Kostnad för dyra material

Läkm/bil = Kostnad för dyra rekvisitionsläkemedel

UVA = Kostnad för uppvak (Postop)

Rtg = Kostnad för röntgenundersökning

Klin kem = Kostnad för kemlab

Klin bakt = Kostnad för baktlab

KVA = Kostnad för specialkalkylerade åtgärder (KVÅ-koder)

Möjliga förklaringar

Avseende kostnaden för dyra rekvisitionsläkemedel så knyter SkaS och SÄS detta till respektive öppenvårdsbesök, de ingår således inte i standardkostnaden. SU registrerar istället en patientunik kostnad för vissa dyra läkemedel i särskild modul i sitt patientadministrativa system. För övriga sjukhus ingår läkemedelskostnaden i standardkostnaden.

Skillnader i kostnader för anestesi är svåra att analysera då SU inkluderar dessa i operationskostnaden.

En jämförelse av laboratoriekostnader försvåras av att SkaS använder sig av privata tjänster för laboratorieanalyser (Unilabs).

Brister eller avsaknad av information från försystemen till KPP är andra orsaker som försvårar jämförelser. Önskvärt vore att fler kostnader matchades mot patient (patientunik kostnad) för att minska den schablonfördelade standardkostnaden (kostnad på vårdavdelningen eller besöket).

Konsekvens

Jämförelserna i detta avsnitt behandlar relativt små kostnadsposter och kan därför tyckas mindre viktiga. Vill man göra kostnadsanalyser på denna lägre nivå, och kunna svara på frågan vad vissa patientgrupper kostar, är det dock väsentligt att även dessa kostnader redovisas på ett enhetligt sätt.

Rekommendation

Informationen från försystem samt underlag för kostnadsfördelning behöver förbättras så att kostnaderna kan fördelas och redovisas på ett adekvat och regiongemensamt sätt. Ett nytt KPP-system kommer att upphandlas, men kvaliteten är liksom tidigare helt beroende av kvaliteten på data i de försystem som KPP-systemet hämtar sina uppgifter ifrån.