

# VERKSAMHETSBERÄTTELSE

Ett viktigt instrument för effektivare sjukvård

**Ögonklinikerna har genom kontinuerlig verksamhetsuppföljning funnit ett viktigt instrument för att på ett metodiskt sätt beskriva och följa upp sin verksamhet. Jämförande studier mellan klinikerna har lett till diskussion och självrannsakan inom specialiteten med bättre resurshushållning som resultat.**

Spri och Sveriges ögonläkarförening inledde 1987 ett samarbete i syfte att utveckla arbetssätt och metoder för kontinuerlig verksamhetsuppföljning inom ögonsjukvården. En första insamling och bearbetning av data genomfördes 1989 avseende verksamhetsåret 1988. Motsvarande gjordes sedan för 1989, 1990 och 1991. Resultaten återrapporterades till medverkande enheter i form av projekt-PM för respektive år. En utvidgad analys av materialet för åren 1988–1991 redovisades 1992 i en Spri-rapport »Ögonsjukvården 1988–1991: resultat och erfarenheter av utvecklingsarbete med kontinuerlig verksamhetsuppföljning».

Syftet med verksamhetsuppföljning är att vara ett kontinuerligt stöd och en informationskälla för klinikerna. Materialet avses bl a ligga till grund för diskussion och »revision» inom specialiteten, vilket i sin tur kan leda till bättre och effektivare resursutnyttjande.

Under åren 1992–1994 har, i specialföreningens regi, data samlats in, bearbetats och presenterats för medver-

kande kliniker i form av ett 60-tal diagram avseende resurstillgång, operationsverksamhet etc.

Med denna artikel vill vi peka på några av de förändringar som har skett inom ögonsjukvården under de senaste åren och även visa på betydelsen av att en specialitet systematiskt och fortlöpande följer upp sin verksamhet med effektivare resursutnyttjande som resultat.

## Förbättringar under utvecklingsarbetet

Påtagliga förändringar har skett under den relativt korta tid som utvecklingsarbetet pågått. Variationen mellan klinikerna har minskat, en förskjutning av medelvärdena i önskvärd riktning kan observeras. Även om det fortfarande finns stora och svårförklarliga skillnader mellan jämförbara enheter, finns det tecken på ökad produktivitet och effektivitet.

Från 1988 till 1993 minskade antalet vårdplatser kontinuerligt. Mellan åren 1993 och 1994 planade trenden ut; bilden är dock inte helt entydig för de senaste åren.

Tio kliniker reducerade antalet vårdplatser (per 100 000 invånare). Förvånansvärt är att några kliniker ökade antalet vårdplatser (per 100 000 invånare) i genomsnitt med drygt 1,3 vårdplatser. Är det så att den tidigare neddragningen av vårdplatser resulterade i överbeläggning och att platserna infördes igen? Eller saknades det incitament bland dessa tre kliniker att minska antalet vårdplatser?

En starkt bidragande orsak till att antalet vårdplatser har minskat de senaste åren torde vara tillkomsten av nya operationsmetoder som möjliggjort polikliniska operationer i högre grad, men även effektiviseringskrav har sannolikt påverkat utvecklingen.

Från 1988 till 1994 har medelvårdtiden inte förändrats nämnvärt utan kvarstår vid ett genomsnitt på tre dagar. En förklaring till detta kan vara att en allt större andel av patienterna tas om hand i öppna vårdformer, vilket innebär att patienterna i slutenvård är relativt sett mer vårdkrävande än tidigare. Detta talar för att medelvårdtiden kommer att

förbli cirka tre dagar med de operationsmetoder som finns tillgängliga idag.

## Fler ambulanta kataraktoperationer

Ett av de vanligaste kirurgiska ingreppen i Sverige, kataraktoperationen, utförs allt oftare ambulantly, dvs i öppen vård. Alla kliniker noterade en oförändrad eller ökad andel ambulanta kataraktoperationer under perioden 1988–1991. Den största ökningen var för en av klinikerna från 0 till 81,6 procent. Två kliniker utförde fortfarande år 1991 alla kataraktoperationer i slutenvård medan de övriga gjorde en viss del av operationerna ambulantly. I genomsnitt utfördes detta år 52 procent av operationerna i öppen vård. Andelen ambulanta kataraktoperationer har därefter ökat ytterligare, och år 1994 utfördes i genomsnitt 79 procent av operationerna ambulantly (Tabell I).

Definitionsproblem kan föreligga när andelen ambulanta operationer redovisas. Är det rimligt att vissa kliniker utför alla operationer i öppen vård? En förklaring till detta kan vara att vissa kliniker inte inkluderar sängplatser på patienthotell som vårdplatser medan andra gör det. Här måste ske ett förtydligande vid insamling av verksamhetsdata.

## Trend mot ambulanta skelningsoperationer

Skelningsoperationer är ett annat ingrepp som allt oftare utförs ambulantly. Andelen ambulanta skelningsoperationer varierar dock kraftigt mellan klinikerna. Variationen låg 1993 mellan 0 och 100 procent med ett genomsnitt på ungefär 40 procent (elva kliniker hade inte lämnat uppgifter). Tio kliniker utförde alla skelningsoperationer i slutenvård. Under 1994 låg variationen mellan 26 och 100 procent med ett genomsnitt på drygt 75 procent. Utvecklingen mot ambulanta skelningsoperationer har varit snabb, och det finns potential för att fler kliniker kommer att följa trenden. Ur såväl humanitär- som kostnadseffektivitetssynpunkt är det av stort värde att utvecklingen mot ökad andel ambulanta skelningsoperationer fortgår.

## Författare

CAROLINA EKFELODT  
fil mag

ANN MANSVIK  
ekon mag; båda utredare vid Spri,  
Stockholm

KLAS GÖRAN BREGE  
chefsöverläkare, Mälarsjukhuset,  
Eskilstuna

WILLIAM THORBURN  
chefläkare, Norrlands Universitets-  
sjukhus, Umeå.

**ANNONS**

**Tabell I.** Jämförelsetal för ögonklinikerna 1988, 1991 och 1994. Medelvärden.

	1988	1991	1992	1993	1994
Antal disponibla vårdplatser (sjudygns)	7,6	5,2	4,6	3,3	3,3
Medelvärdetid, dagar	3,4	3,4	3,2	3,0	3,1
Andel ambulanta kataraktoperationer, procent	24	52	64	73	79

Källa: Sveriges ögonläkarförening och Spri, 1988, Sveriges ögonläkarförening 1991, 1992, 1993 och 1994.

**Tabell II.** Jämförelsetal för ögonklinikerna 1994.

	Lägst, procent	Medel, procent	Högst, procent
Andel ambulanta av alla skelningsoperationer	26	79	100
Andel kataraktoperationer med fakoteknik	0	33	94
Andel kataraktoperationer i narkos	0,3	3,5	10,4

Källa: Sveriges ögonläkarförening, 1994.

När ny teknologi introduceras sker en ojämn etablering vid klinikerna. Ett exempel är den nyligen upptagna fakotekniken vid kataraktoperationer, vilket framgår av Tabell II.

### Användande av narkos påverkar ekonomin

Användandet av narkos medför att extra resurser tas i anspråk dels under operationen, dels vid uppvaknandet. Några kliniker nyttjar oftare narkos än andra vid kataraktoperationer. Den genomsnittliga andelen kataraktoperationer som utfördes i narkos 1992 var 2,7 procent med en spridning mellan 0,2 och 7,7 procent. Motsvarande värde för 1993 var 4,0 procent, med en spridning mellan 0,5 och 12,2 procent och för 1994 3,5 procent med en spridning mellan 0,3 och 10,4 procent.

Att andelen kataraktoperationer i narkos var högre under 1993 och 1994 än 1992 kan vara en slumpmässig variation vid de små volymer som det trots allt är frågan om. Tydligt är dock att spridningen inte har minskat mellan klinikerna. Lokala behandlingstraditioner spelar sannolikt en stor roll för detta. Det är viktigt att beakta de ekonomiska aspekterna vid användandet av narkos, den stora spridningen har otvivelaktigt en ekonomisk inverkan. Naturligtvis skall narkos användas vid behov, men för flertalet patienter innebär lokalbedövning mindre påfrestningar.

### Utrymme för fortsatt utveckling

Mycket tyder på att det kommer att ställas allt högre krav på hälso- och sjukvården att redovisa vad som »produceras», vilken kvalitet som uppnås och vad det kostar. Vad gäller prestationsredovisning ligger ögonsjukvården – tillsammans med ett par andra specialiteter – långt framme. Specialiteten har under flera år skaffat sig er-

farenhet av att samla in och redovisa verksamhetsdata. Utvecklingsarbetet har medfört att data blivit mer enhetliga när det gäller definitioner och därmed kan jämföras med större säkerhet. Tidigare exempel i artikeln visar på en del av de förbättringar som har skett under senare år men också på att det finns utrymme kvar för förändringar inom specialiteten.

Verksamhetsuppföljningen bör förutom »strukturkvalitet» även inkludera indikatorer på process- och resultatkvalitet, dvs avseende de utförda prestationernas egenskaper och hur dessa upplevs av patienterna respektive inverkan på patienternas hälsa, funktionsförmåga och livskvalitet.

I stället för att använda traditionella verksamhetsmått har kvalitetsindikatorer utvecklats genom systematisk inrapportering under de senaste två åren. Utvärdering för fortsatt utveckling, bredare förankring och därmed inrapportering från flera kliniker pågår. Det bör betonas att syftet med kvalitetsindikatorer inte är att rangordna och betygsätta klinikerna utan att identifiera och ge vägledning inom de områden där det finns utrymme för kvalitetsförbättring. Utvecklingen av kvalitetsdata är en grannliga uppgift, och deltagande kliniker måste känna ett förtroende att uppgifterna inte missbrukas. Genom att återföra den enskilda klinikens egna resultat tillsammans med ett nationellt medelvärde och spridningsmått minskas risken för att friserade primärdata lämnas.

Ett problem vid bedömning av resursförbrukning är landstingens mycket divergerande redovisningssystem, vilket hittills har gjort direkta jämförelser av totala kostnader omöjliga. Som kostnadsindikator har därför personalkostnaderna använts, vilka är en säkrare variabel vid jämförelser.

Viktigt är att i fortsättningen även inkludera de privata ögonläkarnas verksamhet och kostnader. På så sätt skulle materialet omfatta den totala ögonsjukvården inom landstingen och nationellt, vilket skulle ge en mer korrekt bild. Säkrare jämförelser skulle då också kunna göras mellan olika landsting och regioner.

Effektivare behandlingsmetoder i form av ny teknologi, t ex fakoteknik, vinner ökad spridning och har påverkat ögonsjukvården. Lasertekniken innebär att ett flertal ögonsjukdomar kan behandlas utan kirurgiskt ingrepp, vilket påtagligt har påverkat behovet av slutenvård. Sannolikt kan fortsatt teknologisk utveckling innebära nya behandlingsmöjligheter som ytterligare förändrar behoven av slutenvård.

Sammanfattningsvis har ögonsjukvården genom sin specialistförening efter initialt utvecklingsarbete tillsammans med Spri visat att det med aktivt arbete och relativt enkla metoder är möjligt att på ett metodiskt sätt följa upp verksamheten och genom detta visa på möjligheter till och ge stimulans för ett effektivare resursutnyttjande.

### Referenser

1. Eckerlund I, Brege KG, Petrelius A, Philipson B. Ögonsjukvården 1988: jämförande studie grundad på försök med verksamhetsberättelser för ögonkliniker och ögonmottagningar. Stockholm: Spri, 1990.
2. Eckerlund I, Brege KG, Thorburn W. Ögonsjukvården 1988–1991: resultat och erfarenheter av utvecklingsarbete med kontinuerlig verksamhetsuppföljning. Stockholm: Spri, 1992. Spri rapport 334.
3. Spri. Dagmar 50: Ögonsjukvården. Stockholm, Spri, 1991. Spri rapport 312.
4. Ögonsjukvården 1992: redovisning av utvecklingsarbete med kontinuerlig verksamhetsuppföljning. Stockholm: Sveriges ögonläkarförening, 1993.
5. Ögonsjukvården 1993: redovisning av utvecklingsarbete med kontinuerlig verksamhetsuppföljning. Stockholm: Sveriges ögonläkarförening, 1994.
6. Ögonsjukvården 1994: redovisning av utvecklingsarbete med kontinuerlig verksamhetsuppföljning. Stockholm: Sveriges ögonläkarförening, 1995.