

# Rapportören i centrum

**Kvalitetssäkringsmönster och principer  
för rapportering av väntetidsdata**

Mattias Elg och Bodil Persson

Avdelningen för Kvalitetsteknik  
Linköpings Tekniska Högskola

2003-08-21

## Sammanfattning

Syftet med rapporten är att beskriva hur arbetet med rapportering av väntetidsdata är organiserad samt att ge rekommendationer om hur man kan öka förutsättningar för kvalitetssäkrad data.

Detta studeras genom en multipel fallstudie där sju rapporteringsorganisationer studeras genom intervjuer.

Rapporten beskriver ett urval av rapporteringsorganisationerna. Rapportörens och samordnarens perspektiv på vilka förutsättningar som finns för rapporteringen beskrivs . Denna bild är mångskiftande. Här behandlas resursernas betydelse för rapporteringen, hur direktiven påverkar rapporteringsarbetet, hur datorsystemens utformning påverkar inställningen till rapporteringen och hur olika intressenters inställning till mätningarna får betydelse. En modell innehållande sex övergripande mönster för kvalitetssäkring presenteras. Till denna modell kopplas nio kvalitetssäkringsprinciper som mer handfast redogör för hur man arbetar ute i verksamheterna. Rapporten avslutas sedan med rekommendationer till de som arbetar ute i verksamheterna och till Landstingsförbundet.

# Innehållsförteckning

<b>INLEDNING .....</b>	<b>3</b>
<i>Bakgrund.....</i>	3
<i>Syfte.....</i>	4
<i>Definitioner och begrepp .....</i>	4
<i>Undersökningsfrågor .....</i>	4
<i>Datainsamling.....</i>	5
<b>BESKRIVNING AV RAPPORTERINGSORGANISATIONERNA .....</b>	<b>6</b>
<i>Modell för organisationsbeskrivning .....</i>	6
<i>Organisation A.....</i>	7
<i>Organisation B.....</i>	8
<i>Organisation C.....</i>	9
<i>Sammanfattning .....</i>	10
<b>RAPPORTÖRERS/SAMORDNARES FÖRUTSÄTTNINGAR.....</b>	<b>11</b>
<i>Resurser för genomförande.....</i>	11
<i>Tydlighet i direktiv och definitioner .....</i>	12
<i>Kunskap om väntetidsrapporteringen, ledningsarbete och förståelse för klinisk verksamhet .....</i>	13
<i>Datasytem.....</i>	14
<i>Kontinuitet.....</i>	15
<i>Landstingsförbundets roll/stöd.....</i>	15
<i>Förankring – intressenters syn och förhållningssätt.....</i>	16
<b>ÖVERGRIPANDE MÖNSTER FÖR KVALITETSSÄKRING .....</b>	<b>21</b>
<i>Uppmuntrande kvalitetssäkring/ Övergiven kvalitetssäkring .....</i>	22
<i>Begränsade möjligheter till kvalitetssäkring/ Total inaktivitet .....</i>	23
<i>Aktivt ansvar/ Passivt ansvar.....</i>	24
<b>PRINCIPER FÖR KVALITETSSÄKRING.....</b>	<b>25</b>
<i>Ansvarsaktivering (1).....</i>	25
<i>Lokal visualisering (2).....</i>	25
<i>Återkoppling (3).....</i>	25
<i>Allmän Acceptans (4).....</i>	26
<i>Verksamhetsförståelse (5).....</i>	26
<i>Tillgänglighet till termer och begrepp (6).....</i>	26
<i>Erfarenhetsöverföring (7) .....</i>	26
<i>Efterkontroll (8).....</i>	27
<i>Regionala informationsmöten för erfarenhetsutbyte (9).....</i>	27
<b>REKOMMENDATIONER.....</b>	<b>28</b>
<i>Angreppssätt för förbättring .....</i>	28
<i>Rekommendationer till Landstingsförbundet .....</i>	30
<i>Fortsatta studier.....</i>	31
<b>REFERENSER .....</b>	<b>33</b>
<b>BILAGA 1: TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER.....</b>	<b>34</b>

## Inledning

*I detta avsnitt ges en bakgrund till rapporten innehållande specificering av uppgiften, definitioner av begrepp och en kort beskrivning av datainsamlingen.*

## Bakgrund

Sedan två år tillbaka genomförs nationella mätningar av väntetider regelbundet tre gånger per år av landstingen. En databas (VTDB) har byggts upp av Landstingsförbundet (LF) och uppgifterna redovisas på Internet (se [www.lf.se/vantetider](http://www.lf.se/vantetider)). Mätningarna är fortfarande under utveckling. Även om samtliga landsting medverkar är det ännu långt ifrån alla som har informationssystem som klarar en rapportering enligt den så kallade flödesmodell som legat till grund för utformningen av mätningarna.

Kvaliteten i ett sådant system beror på giltigheten i data. Det centrala i sammanhanget är att det finns en överensstämmelse mellan det som mäts (exempelvis väntetid till mottagning) och måttet som representerar det som mäts. Vidare är det viktigt, då måtten skall presenteras och kanske jämföras ur ett nationellt perspektiv, att centrala direktiv och termer följs. Riskerna finns annars att vi jämför äpplen med päron.

Aktiviteter som avgör hur pass god kvalitet vi har i en organisations mätsystem utgår från registreringen av information, beräkningar, hur data bearbetas och hur den presenteras. Detta bestäms av de olika strukturer (organisatoriska, teknologiska och politiska) och aktörer som utgör systemet i vilket data behandlas. I denna rapport riktar vi in oss på att studera de olika kvalitetssäkringsmönster och -principer aktörer använder inom det nationella systemet för väntetidsrapportering.

När man ställer frågor om hur rapportörer och samordnare arbetar för att säkerställa god kvalitet i de siffror som rapporteras till Landstingsförbundets väntetidsdatabas kan man få det relativt vanliga svaret från en rapportör: *"jag får ju lita på att mina medarbetare har matat in rätt"* eller kanske det lite mer ovanliga svaret från en samordnare att *"...[vi] rensar i väntelistor...skickar brev till patienter...och frågar om dom lever"*. Bilden är ändå tydlig. Kännedomen om vad som skapar kvalitetssäkrad data är vid första anblicken inte så stor, men under intervjuernas gång utvecklas den och förfinas. Samtliga studerade organisationer visar upp en rik – men kanske inte så effektiv – bild av vad det betyder att kvalitetssäkra. Det är denna bild som vi vill förmedla i rapporten.

Rapporten riktar sig till personer som i någon mening är knutna till rapportering av väntetidsdata. I första hand är den skriven så att man skall kunna använda den som ett underlag för diskussioner kring hur rapporteringen kan förbättras. Vi vill också ge en bild av de omgivande faktorer som försvårar eller kanske omöjliggör en 'god' rapportering. I andra hand kan den användas av beslutsfattare och centralt verksamma personer som ett medel för att förstå den problematik som rapportörer och samordnare ställs inför då rapporteringen skall genomföras. Avslutningsvis kan rapporten användas av andra som har ett intresse för hur 'god' kvalitet i data skapas i ett informationssystem. Forskare hänvisas till de vetenskapliga arbeten som genomförts i samband med studien.

## Syfte

*Syftet med rapporten är att beskriva hur arbetet med rapportering av väntetidsdata är organiserad samt att ge rekommendationer om hur man kan öka förutsättningar för kvalitetssäkrad data.*

Sju rapporteringsorganisationer studerades genom intervjuer med samordnare, rapportörer och nätverkare.

## Definitioner och begrepp

Nedan ges definitioner av de viktigaste begreppen som används i rapporten. Några av begreppen kommer sedan att utvecklas längre fram i rapporten.

*Kvalitetssäkring* är aktiviteter som påverkar i vilken utsträckning data stämmer överens med Lf:s definitioner enligt flödesmodellen. Om vissa data anses mer kvalitetssäkra än andra innebär det att sannolikheten att felaktigheter har sluppit igenom anses mindre. Det betyder inte nödvändigtvis att det i ett enskilt fall kommer att förhålla sig så om data kontrolleras. Metoder för kvalitetssäkring inriktar sig på antingen att upptäcka fel i data eller på att kontrollera om data är korrekta.

Ett (*kvalitetssäkrings*)*mönster* beskriver förutsättningarna för både rapporteringen och kvalitetssäkringen av de data som rapporteras.

En *princip* är en delaktivitet i rapporteringsprocessen som på ett eller annat sätt påverkar kvaliteten på data.

En *rapporteringsorganisation* i detta sammanhang består av alla sammankopplade medarbetare som på något sätt är involverade i rapporteringen av information till VTDB, från Landstingsförbundet till rapportören ute i verksamheten. En rapporteringsorganisation behöver inte innefatta ett helt landsting utan det kan syfta på en betydande del av landstinget som har organiserat rapporteringen på samma sätt.

## Undersökningsfrågor

Med utgångspunkt i syftet ovan ska följande undersökningsfrågor besvaras i denna rapport:

- 1) Vilka övergripande kvalitetssäkringsmönster finns i dagsläget?
- 2) Vilka specifika principer finns inom dessa mönster?
- 3) Hur kan förutsättningar för kvalitetssäkrad data ökas?

## **Datainsamling**

Det empiriska materialet till denna studie samlades in under perioden mars till maj 2003. Den huvudsakliga metoden för datainsamling var intervjuer. Totalt intervjuades 15 personer i sju landsting. Intervjuerna var delvis strukturerade och innehöll följande områden:

- En överblick över rapporteringsorganisationen
- Resurser för genomförande
- Förankring av rapporteringen
- Tillgång till information
- Rutiner
- Uttalade valideringsstrategier
- Nyttaspekter
- Information från och kommunikation med Landstingsförbundet

Utöver detta studerades också olika dokument relaterade till uppdraget, som exempelvis interna protokoll för rapportering.

## Beskrivning av rapporteringsorganisationerna

*I detta avsnitt beskrivs några exempel på hur rapporteringen är organiserad. Tanken är att läsaren ska få en överskådlig bild av några rapporteringsorganisationer som kan ligga till grund för det som presenteras senare i rapporten.*

De rapporteringsorganisationer som stödjer rapporteringen av väntetider skiljer sig avsevärt från varandra i vissa avseenden. Nedan beskrivs tre av de sju organisationer som studerats. Vi gjorde bedömningen att det skulle bli för omfattande för läsaren att sätta sig in i samtliga sju och därför begränsades antalet till tre. Anledningen till att just dessa tre valdes ut är för att de visar tre olika tillvägagångssätt vad gäller rapporteringen. De tydliggör därför de viktigaste skillnaderna som återfinns mellan landstingen. Det bör påpekas att en organisationsform inte nödvändigtvis behöver vara giltig för ett helt landsting. Detta eftersom det inte är ovanligt med något olika tillvägagångssätt inom samma landsting. Istället ska beskrivningen ses som den huvudprincip som följs.

### Modell för organisationsbeskrivning

Nedan förklaras de beteckningar som används i organisationsbilderna i de kommande sektionerna.

De aktörer som tas med i organisationsbeskrivningarna är landstingsförbundet, rapportörer samt samordnare på olika nivåer. Dessutom visualiseras de databaser och datasystem som är direkt inblandade i informationshanteringen.

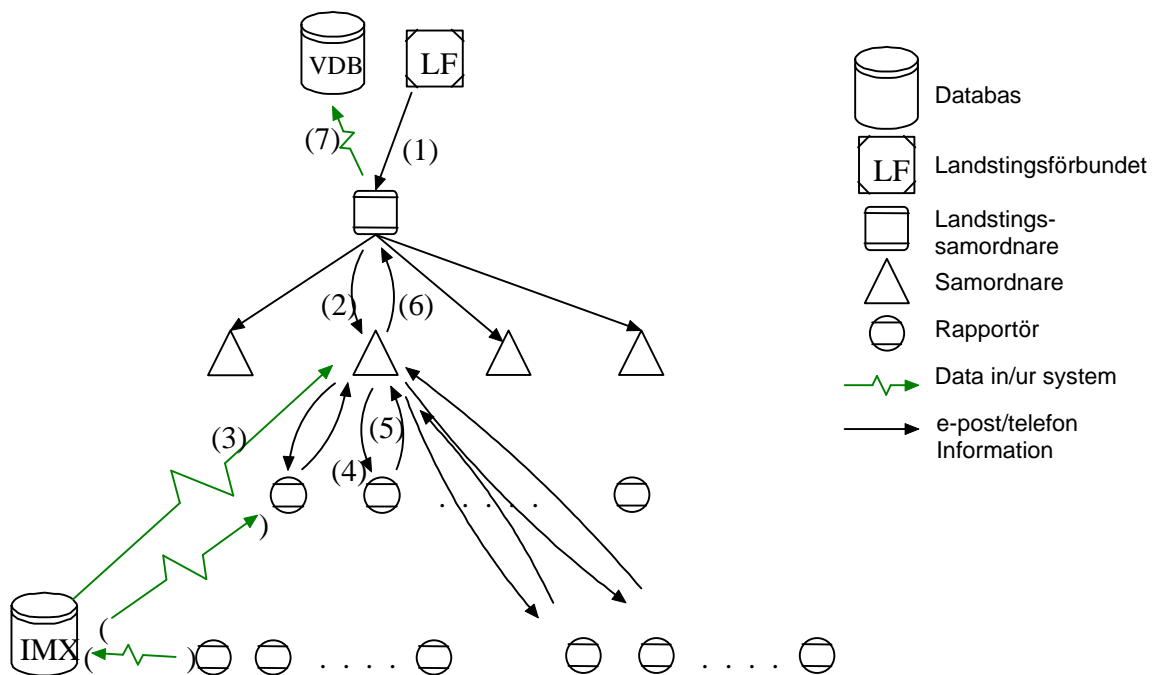
Pilarna i figurerna i nästkommande sidor symboliserar informationsflöde. De raka svarta pilarna är kontakter som sker mellan olika aktörer i rapporteringsledet. Denna kontakt sker vanligen via e-post. De gröna (grå i svartvitt) blixtrformade pilarna symboliserar att information hämtas ur, eller läggs in i, en databas.

Den numrerade sekvensen i varje bild visar det förenklade informationsflödet under en rapporteringsomgång. Speciella händelser eller informationsflöde som uppstår på grund av problem eller frågor visas således inte. Informationsflödet visas också endast i ett led om det fortsättningsvis ser likadant ut för alla. Detta innebär att om alla samordnare har samma informationsflöde så visas det oftast endast för en samordnare.

## Organisation A

Informationsflödet börjar var fjärde månad med en uppmaning från LF till landstingssamordnaren (1). Från landstingssamordnaren går det sedan ut ett formulär till samordnarna på sjukhusnivå (2). Informationen hämtas från systemet IMX (denna beskrivning gäller endast enheter med datasystemet IMX) genom att listor med de aktuella siffrorna automatiskt skrivs ut vid speciellt förbestämda tider (3). Uppgifterna från listorna används av sjukhussamordnaren till att göra egna sammanställningar som skickas vidare till verksamheter/kliniker (4). Frågeställningar och begrepp skickas i detta sammanhang ut på en egen fil till rapportörerna. Sjukhussamordnaren kan ha kontakt med endast en person på varje verksamhet/klinik eller också direkt med de olika enheterna som ingår i verksamheterna/klinikerna. Verksamheterna ska då fylla i förväntad väntetid och de har samtidigt möjlighet/skyldighet att kontrollera uppgifterna. Samordnaren menar att "några kanske gör det och några gör det aldrig".

Den gröna (grå i svartvitt) pilen inom parentes visar att även rapportören på verksamhetsnivå har tillgång till listorna med ursprungsdata. Om informationen anses korrekt skickas den tillbaka till sjukhussamordnaren (5). Sjukhussamordnaren gör sedan en sammanställning för varje klinik och skickar till nätverkssamordnaren (6). Denne gör ytterligare en sammanställning och rapporterar in till den nationella databasen (7). Sedan görs en egen rapport som läggs ut på det lokala nätet.

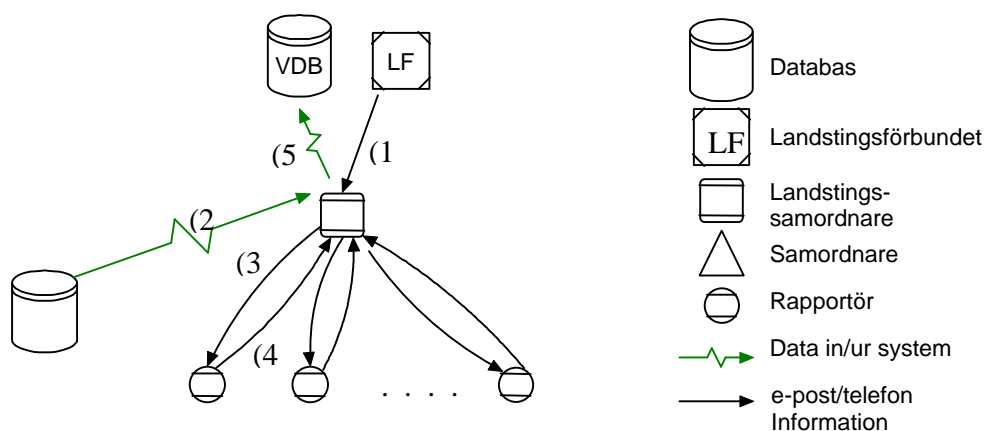


Egentligen har det blivit bestämt att förväntad väntetid ska rapporteras första torsdagen i varje månad via mail direkt till landstingssamordnaren, förutsatt att en tertial rapportering inte förekommer den månaden. Detta görs dock inte i dagsläget.

## Organisation B

Efter uppmaningen från LF (1) initieras rapporteringen genom att IT-avdelningen tar ut data från Landstingets gemensamma patientadministrativa system (2). Denna sker varje tertiäl. Data sammanställs sedan i tabeller och skickas vidare till den regionale samordnaren (3). Denne sätter sedan samman information i ett dokument och skickar via e-post sedan ut resultaten från klinikernas väntetider till de enheter och verksamheter som berörs.

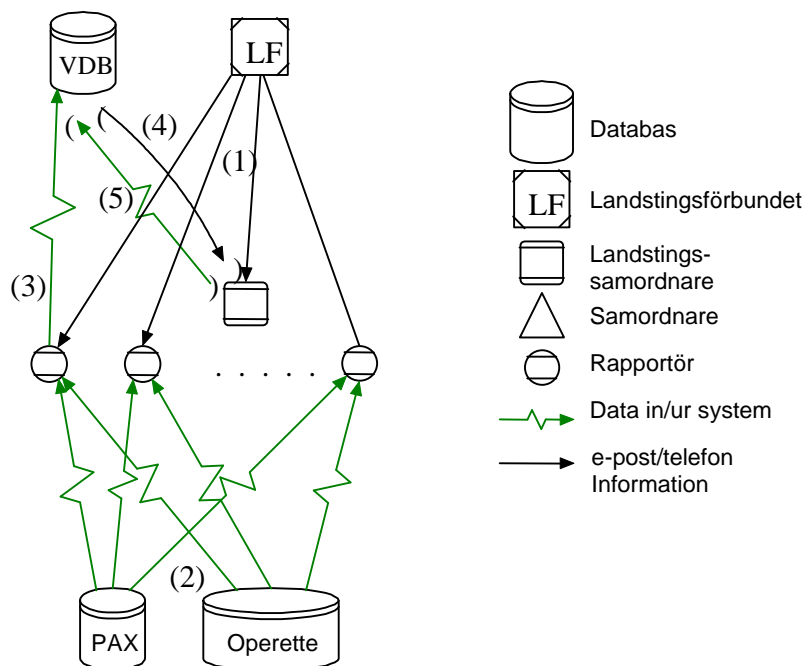
Samordnaren menar att *"i hela angreppssättet ligger att klinikerna ansvarar för sin egen information"*. Varje enhet förväntas sedan bekräfta eller anmärka på den information som skickas till dem – en information som de anses vara ansvariga för (4). I de flesta fallen är det den ansvarige chefen på enheten eller verksamheten som svarar på e-post meddelandet, men det kan i några fall vara delegerat till en planeringssjuksköterska.



Efter det att samordnaren har fått klartecken från verksamheterna lägger denne in informationen i den nationella väntetidsdatabasen genom att nyttja det protokoll som finns tillgängligt (5). Det kontaktnät som finns för rapportering av väntetider till mottagning och behandling nyttjas också för att rapportera in förväntad väntetid. Den information som har gått ut för att hantera detta baseras på den definition som anges i flödesmodellen, det vill säga förväntad längsta tid till behandling för oprioriterade patienter.

## Organisation C

Den form för rapportering som denna organisation har valt bygger på idén att rapportörer ute på kliniker skickar sin data/information direkt till den nationella väntetidsdatabasen. Totalt sett rapporterar ungefär 65 personer till den nationella väntetidsdatabasen från detta landsting (jämför med föregående som har en person). Rapportörerna hämtar sin information från dels det patientadministrativa systemet (PAX) vad gäller mottagningar och dels från datasystemet Operette i de fall då det gäller rapportering av behandlingar eller undersökningar (2). Därefter rapporteras informationen direkt in i den nationella databasen (3). Samordnarens roll i arbetet är att stödja rapportörerna i deras arbete med att färdigställa informationen. Denne säger: ”[under dom här] rapporteringsperioderna som vi är inne i nu har vi ju rätt mycket kontakt och vi mailar till varandra...och när vi upptäcker att det inte fungerar så försöker vi gå in och hjälpa till på det sättet vi kan...”. Att det i vissa fall kan uppstå problem är inte ovanligt. Själva rapporteringen är nämligen en uppgift som för varje enskild medarbetare kan ta upp till åtta timmar. Svårigheterna med att få rätt information från datasystemen anges som den huvudsakliga orsaken. Samordnaren fortsätter: ”vi har väl haft lite problem med det här programmet...så väldigt många utav våra rapportörer kan få sitta och räkna för hand...”



En uppgift som samordnaren har tagit på sig är att i efterhand, då informationen är publicerad på LF:s hemsida, gå in och kontrollera det som har rapporterats in (4) och eventuellt korrigera felaktigheter (5).

## **Sammanfattning**

Sammanfattningsvis kan sägas att de organisationer som rapporteringen sker inom skiljer sig mycket från varandra. Exempelvis har samordnarna mycket olika roller i de olika landstingen, allt från att vara spindeln i nätet som håller reda på allt och skickar information både uppåt och nedåt, till att ha en mer stödjande roll med ett mycket diffusare ansvarsområde. En annan påtaglig skillnad är graden av automatisering i rapporteringsprocessen. För vissa går det väldigt smidigt och rapporteringen innebär i stort sett endast att skriva in siffrorna på Internet, medan det för andra kan innebära egna beräkningar och stor tidsåtgång. Slutligen är det också uppenbart att det skiljer sig mellan de olika landstingen i vilken utsträckning de kontrollerar korrektheten i data, dels under rapporteringens gång och dels efter att data publicerats.

## Rapportörers/samordnares förutsättningar

*I detta kapitel berörs olika förutsättningar för rapporteringen. Aspekter som behandlas är resurser, direktiv, kunskap och förståelse, datasystem, kontinuitet, Landstingets roll och slutligen förankring hos olika intressenter.*

Vilka förutsättningar finns för rapporteringen? Hur påverkas rollen som samordnare när rapporteringen fungerar smärtfritt/problematiskt? Hur påverkas den enskilde rapportören av förankringen hos övriga intressenter? Dessa frågor, och några till, berörs i detta avsnitt där rapportörens/samordnarens funktion sätts i fokus. Som en del i detta berörs följande områden: de resurser som finns till förfogande, hur pass tydliga direktiven för rapportering är, yrkesrollen samt hur samordnare/rapportörer påverkar och påverkas av olika intressenters förhållningssätt till rapporteringen. Vidare behandlar vi datorsystemen, deras begränsningar och påverkan på rapporteringen samt landstingets roll i rapporteringsarbetet – utifrån rapportörens synvinkel.

### Resurser för genomförande

Generellt sett tilldelas varken samordnare eller rapportörer finansiella resurser för genomförande och utveckling av väntetidsrapporteringen. Uppgiften läggs i de flesta fallen - oavsett om man arbetar i en sjukhusstab eller i den operativa verksamheten - på de redan befintliga arbetsuppgifterna. Detta upplever man inte som ett så stort problem. Ett av skälen är att man inte upplever att tidsåtgången för rapporteringen är så stor. En samordnare - från ett landsting där man har utvecklade och anpassade datasystem - säger: ”*själva rapporteringen går ju himla snabbt...ett par timmars jobb varje tertiäl...och sedan den här inrapporteringen varje månad...[tar] tio minuter kanske*”. Undantag finns naturligtvis. I ett landsting där rapporteringen försvåras av datasystemens begränsningar tar arbetet betydligt längre tid. Arbetet får där inriktas på att hantera problem som uppstår i samband med registreringen. I ett tredje landsting har samordnaren tilldelats tid för arbetet. Detta hänger samman med att man regionalt har valt att fokusera på tillgänglighetsproblematiken och att man från landstingets ledningsperspektiv har förkortning av väntetider som ett strategiskt utvecklingsområde. Rapporteringen till den nationella väntetidsdatabasen ingår då som en del i arbetet. Samordnarens roll vidgas därmed från att enbart relateras till det nationella rapporteringsarbetet till att integreras i det regionalstrategiska arbetet med minskning av köer. Vi ser även andra organisationer där det regionala/lokala intresset för tillgänglighetsfrågor integreras med det nationella initiativet.

Resurser tilldelade för ”Nätverkarna”, som fyller en viktig funktion för samordningen av rapporteringsarbetet på landstingsnivå, ser mycket olika ut beroende på vilket landsting man arbetar i. Vi ser också att det i sin tur påverkar deras personliga engagemang. Som naturligtvis också får konsekvenser för och påverkar arbetet med rapporteringen i de lokala verksamheterna.

Vissa samordnare/rapportörer/”nätverkare” har direkt tillgång till IT-personal som då stödjer drift, underhåll och utveckling av datasystemen. Inom ledningen för respektive landstinget ser man ibland relativt lätt på vem det är som skall genomföra uppdraget med rapportering. I dessa fall blir personliga kontakter och nätverk viktiga. De samordnare som

sitter centralt på sjukhus eller landstingsledning har i högre grad tillgång till IT personal och andra som behövs för lösandet av uppgiften.

## **Tydlighet i direktiv och definitioner**

För att det ska vara möjligt för rapportörerna att rapportera rätt information från verksamheten krävs naturligtvis att det finns tydliga direktiv för vad som ska göras. Det är dessutom av central betydelse att det finns tydliga beskrivningar av vad olika begrepp betyder samt hur de ska hanteras i rapporteringssammanhang. En samordnare beskriver, till exempel, problematiken med åtgärds-koder: *”Ja vi har kunskapen, men vi har ju olika registreringsåtgärds-koder, dom diskussionerna hamnar vi ibland med verksamhetschefer, där inte verksamhetsområdets läkare har samma åtgärds-koder.”*

Många definitioner finns inbyggda i tekniken. Ibland är automatiska beräkningar helt avgörande för slutdata. Exempelvis i Organisation A beskrivet i föregående kapitel kommer de siffror som behövs för rapporteringen ut färdigbearbetade på listor med medianvärden och percentiler. I dessa fall finns alltså definitionerna *operationaliserade i tekniken*. I de fall tekniken håller helt reda på flertalet av definitionerna är det kanske inte avgörande att direktiven är tydliga gällande detta. Det är emellertid viktigt att komma ihåg att även om definitionerna ligger i systemet så är det svårare för rapportörer/samordnare att upptäcka fel om de inte själva har full förståelse för det som rapporteras.

LF har också byggt ett Internet-formulär där det framgår tydligt vad som ska skrivas in, vilket underlättar för slutrapportören. Ofta skapas andra typer av formulär, exempelvis i Excel, internt inom landstingen för att underlätta och tydliggöra rapporteringen.

Frågetecken uppstår generellt i anslutning till rapporteringen av *förväntad väntetid*. Där finns sällan speciellt tydliga direktiv och här får rapportörerna inte mycket hjälp av datasystemen heller. Istället görs ofta en uppskattning såväl från väntelistor som från den aktuella arbetsförmågan på kliniken. Det finns dock undantag. Enstaka landsting har arbetat fram tydliga direktiv även för detta, exempelvis att man ska räkna tiden till och med den dag då det finns minst tre lediga tider.

Vidare verkar det råda en viss förvirring gällande problematiken med termer och begrepp. Samtidigt som många samordnare/rapportörer anser att det finns god kunskap om vad olika saker betyder och att de har möjlighet att reda ut eventuella osäkerheter, så dyker det upp synpunkter på motsatsen ibland. Exempelvis säger en samordnare att *”generellt när det gäller begrepp och definitioner kanske man har en liten egen policy”* och *”det skadar ju aldrig att ha någon genomgång eller uppföljning av just...begrepp och definitioner”*. Det förekommer alltså fall där aktörerna i rapporteringsorganisationen inte är tillräckligt medvetna om hur det förhåller sig. De kan därför inte angripa problematiken eller be landstingssamordnaren eller Landstingsförbundet om hjälp. Detta kan i sin tur leda till att olika begrepp används inom samma landsting utan att det uppdagas.

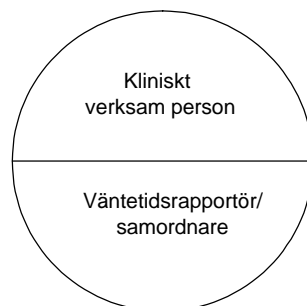
## Kunskap om väntetidsrapporteringen, ledningsarbete och förståelse för klinisk verksamhet

*”dom känner till verksamheten bättre än vad jag gör... därför förlitar jag mig på deras uppgifter”* (rapportör, apropå att nyttja rapportörer på enhetsnivå för förväntad väntetid)

Rapporteringen av väntetider sker, oavsett organisationsform (se föregående kapitel) i ett system där ett flertal aktörer är inblandade. Själva registreringen av väntetidsinformation görs i allmänhet inom ramen för den kliniska verksamheten, till exempel av en sjuksköterska som redovisar information om patienten i det patientadministrativa systemet. Information om väntetid hämtas sedan av en rapportör - klinisk verksam eller administratör - som sammanställer informationen och skickar den vidare. Slutligen kontrolleras och sammanställs informationen av administratörer som arbetar med den nationella väntetidsdatabasen.

Ur ett kvalitetssäkringsperspektiv är det intressant att studera de olika aktörer som arbetar i systemet och de olika kunskapsområden som är representerade. Utifrån ett kunskapsperspektiv blir det nämligen viktigt att det finns överlappning i de olika steg som data passerar. Till exempel kan vissa typer av fel i data enbart förstås och upptäckas av personer som har klinisk/medicinsk bakgrund medan andra fel hänförs till statistikkunskap eller kunskap om rapporteringsprocedurer.

Om vi föreställer oss ett system där det inte finns överlappningar mellan olika delar av systemet skulle detta kunna illustreras med nedanstående bild.



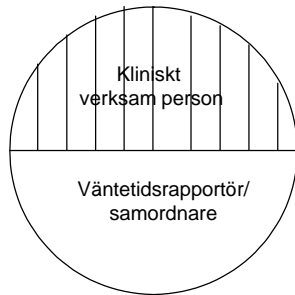
Icke överlappande kunskap mellan olika aktörer i ett system.

I bilden illustreras två kunskapsfält som är relevanta ur ett kvalitetssäkringsperspektiv, nämligen:

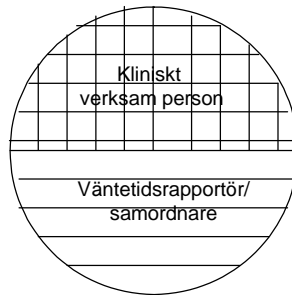
- Rapportörsfunktionen – med kunskaper om rapporteringen
- Den kliniska funktionen – kunskap om den kliniska verksamhet som data tas ifrån

Denna typ av icke överlappande kunskap finner man knappast i ett verkligt system. Det är väl snarare så att man som aktör i detta system har kunskap i flera fält? På den andra sidan av spektrumet har aktören fullständig kunskap om de olika fältena. Kvalitetssäkringen av informationen förbättras ju mer dessa olika fält ”täcks in”. Normalt har inte en person all

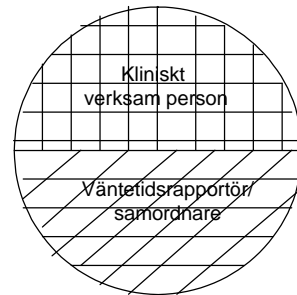
denna kunskap utan den ”distribueras” genom att informationen passerar olika instanser innan den till slut hamnar i den nationella väntetidsdatabasen. Ett exempel illustrerar detta.



1. Inregistrering av data (denna kunskap representeras av lodräta linjer)



2. Rapportering av data till VTDB (denna kunskap representeras av vågräta linjer)



3. Genomgång av data på nationell nivå (denna kunskap representeras av sneddragna linjer)

Inregistrering av data sker till ett patientadministrativt system av en kliniskt verksam person (1). Därefter sker rapportering av data till VTDB av en person som har kunskap dels om den kliniska verksamheten, dels om hur rapporteringen skall genomföras. Där finns således en överlappning av kunskap (2). Genom detta organiserande skapas en robusthet. Med det menas att rapportören kan upptäcka fel i data som hänför sig till verksamheten. Till exempel kan det röra sig om en orimlig kötid. Denna robusthet förstärks sedan ytterligare genom att man på nationell nivå kan upptäcka felaktigheter, framförallt vad gäller de mer tekniska detaljerna kring rapporteringen. Till exempel kan det gälla beräkningar av median och percentiler.

I andra rapporteringssystem finns andra typer av kunskapsöverlappningar. Till exempel kan det i första steget vara så att de som registrerar in information även arbetar med väntetidsregistreringen. En samordnare säger: ”*dom som sitter och koordinerar väntelistan till exempel på ortopedien och men oftast är de ju rapportörer också, det kan vara en dubbelfunktion där*”

Ett system med liten överlappning, till exempel där administratörer med ingen eller liten kunskap om verksamheten sköter rapporteringen, är ur kvalitetssäkringssynpunkt ett mycket begränsat system.

## Datasystem

De datasystem som rapportörerna har tillgång till skiljer sig mycket åt vad gäller hur väl anpassade de är till uppdraget. Denna skillnad är något samordnaren stöter på även inom samma landsting. På grund av att datasystemen byts ut och anpassas befinner sig många rapportörer i en situation där de tekniska förutsättningarna för rapporteringen förändras mer eller mindre kontinuerligt. Rapportörer som arbetar med system som fungerar lätt och smidigt har oftast en betydligt lättsammare inställning till uppdraget än de som stöter på mycket problem eller måste genomföra en högre grad av manuellt arbete. Inställningen har att göra med resurser. Ett datasystem som medför problem och mycket handpåläggning kan kräva många gånger mer tidsmässiga resurser än välanpassade datasystem. Jämfört med

andra aspekter är datasystemen det som är i särklass mest avgörande för resursåtgången. Detta påverkar också i hög grad rapportörernas upplevelse av hur mycket nytta uppdraget medför.

När det gäller kvalitetssäkring finns också en liten paradox i detta sammanhang. Automatiserade system skyddar informationen från fel som kan uppstå på grund av den mänskliga faktorn. Men, de hindrar också aktörer i kedjan från att upptäcka fel baserat på kunskap och erfarenhet på det sätt som är möjligt i manuella processer. Så här resonerar en rapportör *”klart visst vore det önskvärt att det gick raka spåret, men.....man kan ju inte lita 100 % heller tycker jag på data för att det kan ju bli fel. Jag måste ju få de siffrorna så att jag ser dem”*. Automatiserade system kanske har bättre förutsättningar på lång sikt, men det kräver att de först har blivit mycket väl testade.

Det är inte heller säkert att ett nyare system är ett bättre system ur rapportörens synvinkel. Istället kan det ofta finnas problem med överföringar och dylikt i nya system. Gamla invanda stordatorsystem kan vara nog så goda, bara de levererar rätt data i rimlig tid. En rapportör från ett av landstingen sade: *”rapporterna är ju konstiga och titta på men det spelar ingen roll tycker jag om man får fram det man vill ha”*.

Vad gäller nyare system som är väl fungerande kan man se att det verkar vara lättare att få rapporteringen att fungera om samordnarna och IT-folket har en nära relation. I exempelvis Organisation A ovan så är IT-folket kopplat till arbetsgruppen för rapporteringen för att anpassa och utveckla IT-systemen. Där förs en dialog om definitioner, termer och begrepp och om vad som krävs av systemet. Sjukhussamordnaren har alltså varit med i utvecklingen av IMX för att definiera begrepp som skall ingå.

## **Kontinuitet**

Inom rapporteringsorganisationen händer det av naturliga skäl att exempelvis rapportörer byts ut med tiden. Bland annat är omorganisationer förhållandevis vanliga. Om någon slutar som rapportör så är det oftast verksamhetens ansvar att utse en ny. Den nya rapportören måste då få adekvat utbildning för att komma igång med rapporteringsarbetet. Denna process verkar det finnas system för. Problematiken ligger i nästa steg. Den nya rapportören saknar kanske helt eller delvis den erfarenhet som krävs för att kunna avgöra om de siffror som rapporteras är rimliga. I samtliga landsting har erfarenhet visat sig vara en synnerligen viktig faktor för att upptäcka fel. I viss mån kan det vara möjligt att överföra denna kunskap, genom att till exempel diskutera säsongsvariationer och bemanningens påverkan på väntetiderna.

## **Landstingsförbundets roll/stöd**

Attityden mot Landstingsförbundet är generellt förhållandevis positiv. De flesta på samordnar respektive ”nätverkar”-nivå anser att de får tillräckligt med information och att kontakterna är goda. Problemet vad gäller information kommer längre ner i ledet där rapportörerna inte får ta del av den i tillräcklig utsträckning. Informationen stannar lätt hos verksamhetschefen även om någon annan sköter huvuddelen av rapporteringen. I vissa fall kanske det inte upplevs som ett problem för rapportören, men enligt förklaringen nedan är det uppenbarligen så i andra fall:

*”nu är det ju så här att den mesta av sådan här information hamnar hos verksamhetschefen och så kommer den inte så mycket längre. Det brukar vara så. Man brukar få söka den informationen själv tycker jag lite granna.”*

Informationsflödena kan alltså skilja oerhört. I vissa landsting skickas informationen vidare till alla berörda, medan den åtminstone i ett landsting stannar redan hos landstingssamordnaren, dvs ”nätverkaren”. Anledningen i detta fall är att rapportörerna inte ska överbelastas av uppgiften genom att det kommer mer information än de behöver.

Vad gäller det PM som skickas ut så kan det upplevas som lite långt. De flesta ser det dock som positivt och tycker det är bra att nyheter markeras tydligt.

De besök som representanter för LF genomför för att utbilda, informera och uppmuntra ser de flesta som mycket betydelsefulla. Det verkar inte vara någon som tycker att det blir för mycket, utan snarare att ytterligare besök skulle uppskattas.

### **Förankring – intressenters syn och förhållningssätt**

Vilket bemötande får rapportören/samordnaren/”nätverkaren” av andra? Vilka konsekvenser får ett positivt respektive negativt förhållningssätt till rapporteringen? I detta avsnitt beskriver vi hur olika intressenter, såsom verksamhetsföreträdare, sjukhusledning, politiker, patienter och även i vissa fall massmedia påverkar attityden och inställningen till väntetidsrapporteringen. Vi menar att rapporteringen inte kan ses som ett isolerat fenomen utan snarare att rapportörernas och samordnarnas attityder, inställningar och aktiva deltaganden speglar en, i den lokala organisationen (läs: landsting, sjukhus), allmän syn på vilken tid och kraft som skall läggas på väntetidsrapporteringen. Därigenom bestäms också hur mycket tid man skall lägga på att skapa god kvalitet i data.

Avsnitten innehåller i huvudsak beskrivningar i form av exemplifieringar. De fenomen som beskrivs är således inte allmängiltiga, utan förekommer i något eller vissa fall. Anledningen till att de beskrivs är att de innehåller en generaliserbar poäng som är värd att notera.

#### **Väntetidsrapporteringen som en del i styrning och utveckling av tillgänglighet**

I somliga fall ses väntetidsrapporteringen som en del i satsningar på ökad tillgänglighet. Det sker genom enskilda förbättringsprojekt, strategiska utvecklingssatsningar eller uppföljning av väntetider på sjukhus/landstingsnivå. De enskilda förbättringsprojekten drivs till exempel genom satsningar på införande av flödesmodellen, där man samtidigt arbetar med väntetidsförkortningar. En samordnare säger:

*” även om det här nätverket är väntetider i vården så ligger det ju väldigt nära [det] som vi då satsat på att har man lång tillgänglighet...så ska man in i ett genombrottsarbete eller börja mäta med flödesmodellen”*

I ett annat av de studerade landstingen kan väntetidsrapporteringen knytas direkt till det regionala ledningsarbetet. I detta landsting har landstingsledning lyft fram köer och väntetider som en strategisk angelägenhet. Ett niopunktsprogram har tagits fram och man

följer och utvärderar väntetider. Arbetet med att följa väntetiderna påbörjades innan den nationella väntetidsrapporteringen startades. För att följa väntetiderna använder man sig av olika sätt att representera data nationellt och regionalt. Vilken roll har då den nationella rapporteringen i regionens arbete? I detta fallet har den lokala nyttan drivit på utvecklingen. Man följer plikttroget de nationella direktiven, men väljer att anpassa presentationsformerna för informationen på sitt eget sätt.

Den information som skickas till VTDB nyttjas även för lokal uppföljning. Ett sådant angreppssätt bygger på att man följer upp och övervakar enheter som drastiskt förändrar sina väntetider från en tidpunkt till en annan. Samordnare som sitter i sjukhusledningen beskriver deras arbete:

*”vi [sjukhusledningen] diskuterar ju och vi undrar över dom [verksamheterna som rapporterar], för jag har en, har en dialog kring dom ju...Men jag tar ju upp om jag ser också till exempel att det från en månad till en annan har blivit ett jättehopp. Antingen uppåt eller neråt. Så brukar jag skicka tillbaka en fråga som tack för uppgifterna, jag ser att ni har gått ner, vad roligt, vad har ni gjort...då...så man har lite koll på vad är det som har hänt”*

I de fall väntetidsrapporteringen blir en integrerad del av satsningar på tillgänglighet ökar möjligheterna för säkerställande av data. Detta sker därför att man arbetar för att etablera bättre rutiner och sätt att arbeta. I de fall det sker kan vi också skönja ett ökat informationsutbyte (t.ex. återkopplingar som i citatet ovan) mellan aktörer på olika nivåer i rapporteringsorganisationen. Allt detta ger också en ökad möjlighet för kvalitetssäkring.

**”Chefen kan vara intresserad” - men arbetet saknar prioritet**

En relativt vanlig situation ute i verksamheterna är att klinikchefer *i ord* uttalar ett stöd för väntetidsrapporteringen. Man tycker att den är intressant och värdefull för klinikens verksamhet. Vad man säger och vad som i praktiken görs skiljer sig dock i de flesta fallen. En av samordnarna beskriver hur hon uppfattar verksamhetsföreträdarnas intresse:

*Fall I: ”Ljummet! -paus- en del utav våra rapportörer tycker väl kanske inte att dom får det stödet som dom kanske skulle behöva ha ibland” (samordnare)*

En förutsättning för integration av väntetidsinformation i de lokala verksamheterna är att man sätter upp det som en naturlig del i ledningsarbetet. En rapportör visar tydligt avsaknaden av detta:

*Fall II: ”det vet jag inte om man får något direkt stöd eller att det liksom är. Det är ju klart att det är förankrat hos [verksamhetschefen] och så här. Men jag tror inte ...mot medarbetare så att det är förankrat. Man vet ju att det finns någonting som heter väntetider i vården. Men det är ingenting som redovisas någonting särskilt så här. Jag tror att det ligger ute på nätet så att man kan söka själv om man vill...”*

Rapportörerna upplever i vissa fall att det känns meningslöst med rapporteringen då de inte får feedback på det som görs. En samordnare berättar om hur rapportörerna inom sjukhuset upplever rapporteringen:

*Fall III: ” dom saknade feedback ...från både sina verksamhetschefer och ...kanske från oss då... För att jag kan också förstå att om du bara sitter och rapporterar och aldrig får se något resultat...då tycker man inte det här är kul...”*

I samband med aktivering av verksamheterna och utveckling av väntetidsrapporteringen kan hon dock se en tydlig förändring av rapportörernas och verksamheternas syn på mätningarna:

*Fall III: ”...du [kan] se en skillnad på dom som har varit med här i genombrott nu och har flödesmodellen, dom är ju också väldigt stolta när dom ser att det har förändrats och att man har förändrat nånting i sitt sätt att arbeta...”*

En fråga som man i sammanhanget kan ställa sig är hur chefernas förhållningssätt har betydelse för väntetidsrapporteringens genomförande. En allmän uppfattning inom ledarskapsforskningen är att chefers sätt att lösa sina uppgifter och använda sina tilldelade resurser i hög utsträckning påverkar medarbetarnas inställning och attityd. Just därför är det av central betydelse att chefen i ord och handling accepterar de krav som ställs på rapporteringen. Chefer som inte alls uppmärksammar mätningarna signalerar att det inte är en prioriterad del av arbetet och naturligtvis får det konsekvenser i termer av oengagerade rapportörer. I Fall I ifrågasätter däremot verksamhetscheferna mätningarna dels utifrån idén att det är oprioriterade patienter som omfattas dels utifrån den mättekniska problematiken. Detta leder med stor sannolikhet till negativt inställda rapportörer.

Vakuump? - rapportörer som inte vet att de rapporterar till LF:s väntetidsdatabas

En ovanlig, men dock befintlig, situation är att rapporteringsorganisationen är mer eller mindre omedveten om att uppdraget existerar. I detta fall har landstinget en egen databas dit förväntade väntetider rapporteras regelbundet. Denna information överförs sedan till den nationella databasen utan rapportörens vetskap. Anledningen till detta angreppssätt är att den administrativa organisationen redan anses ha tillräckligt att hålla reda på. För att inte skapa onödig irritation får uppdraget så låg profil som möjligt och rapporteringen sker i det dolda. Detta innebär att ingen information som LF skickar ut, PM inkluderat, når längre än till landstingssamordnaren. Samordnaren säger så här (ihopdraget):

*”..de känner ju inte till landstingsförbundets väntetidsrapportering.....sköter dom sina vanliga rapporteringar, då ska vi kunna skicka vidare..... Vi är lite rädda att om vi skulle börja skicka ut annan information, skapar det snarare en del problem i och med att de är inte inblandade i det. Jag har lovat att de inte ska behöva göra något, bara rapportera som vanligt.”*

I detta fall går det knappt att tala om förankring. Rapporteringen av förväntad väntetid är visserligen ett förankrat fenomen, men detta uppdrag som sådant är inte känt. Utöver förväntad väntetid finns antagligen ingen allmän acceptans. Övriga mätningar försöker landstinget göra genom att skapa elektroniska överföringar från olika datasystem. Ännu fungerar det inte, men när det gör det har det antagligen skett utan att fler än nödvändigt har kännedom om det.

Frågan är vad detta kan ha för effekt ur kvalitetssäkringssynpunkt? Vad gäller rapporteringen av förväntade väntetider torde det inte ha någon egentlig betydelse eftersom samma typer av kvalitetssäkringsprinciper används för den egna databasen. Skillnaden uppstår i första hand vad gäller andra mätetal. Det är naturligtvis svårt att värdera dessa skillnader utan att känna till de tekniska systemen och hur den elektroniska överföringen ska gå till. En sak är emellertid säker, det är ingen som ställer frågor om huruvida rapporteringen har kommit igång eller fungerar korrekt om det inte är någon som känner till verksamheten. En annan problematik är att när rapporteringen slutligen börjar fungera fullt ut känner inte personalen i verksamheten till detta. Vad händer när patienter börjar ställa frågor om de nya mätetalen? Redan nu kan ju patienter ställa frågor angående detta eftersom andra landsting redan presenterar den informationen.

Naturligtvis kan ju vissa rapportörer tycka att det är skönt att de blir skonade från ytterligare informationsflöde. För Landstingsförbundet innebär det dock att kontakten ut i organisationen förhindras, vilket leder till minskad kontrollmöjlighet ur deras synvinkel.

### Patienters förfrågningar som skapar irritation

En källa till irritation i en av de studerade verksamheterna har varit patienter som kontaktar kliniker och påpekar skillnader i olika sjukhus väntetider. Patienterna har då jämfört "siffror" avseende väntetider från olika sjukhus på Landstingsförbundets hemsida. Dessa samtal har lett till irritation hos sjuksköterskor eller koordinatörer som tar emot samtalen. Samordnaren i regionen beskriver situationen:

*"patienter...är otåliga och ifrågasätter och det blir dom här dumma diskussionerna va, som egentligen inte en sjuksköterska eller jaa koordinatör då som ofta är sjuksköterska att hon ska behöva sitta och ta."*

Det skall påpekas att vi i studien inte systematiskt har utrett denna fråga men vi anser att den är relevant i sammanhanget. Det är kanske tveksamt att man på kliniknivå skall ta dessa diskussioner med patienterna. Frågan är hur det bör gå till? Hur skall man hantera frågan när en patient kommer och har denna typ av frågor? Ett annat landsting har lyft upp väntetidsfrågorna till enheten för Hälso- och sjukvårdsinformation. Här kan patienten få upplysningar om och svar på dylika frågor. Kanske vore det ett sätt att lösa problematiken? Det vore i sammanhanget intressant att mer ingående studera huruvida kliniker får samtal kring och synpunkter på väntetidsinformationen.

### Massmedias roll

*"Massmedia bevakar det här väldigt mycket" (samordnare)*

Massmedias roll har i några intervjuer uppmärksamats. Det är svårt att avgöra vilken roll tidningar och tv har, men helt klart är att lokala nyheter kring väntetidsproblematiken får uppmärksamhet och att de i vissa fall leder till åtgärder. Ett kritiskt ifrågasättande av köernas längd tycks vara etablerat. En rapportör/samordnare berättar om kontakter de har: *"senast idag ringde dom från lokalradion faktiskt och ville ha en intervju där dom frågade varför det ser ut som det gör"*

Strategiskt nyttjande av massmedia förekommer också. En samordnare i ett av de studerade landstingen nyttjar den informationsstab som finns i landstingsadministrationen. De har sedan i sin tur kontakt med journalister från den lokala pressen. På detta sätt kan information som man vill få spridning på släppas ut. Kanske är detta ett mer effektivt sätt än att informera internt? Om det sedan leder till positiva effekter är svårare att säga. En samordnare menar: ” *[lokala tidningar är] det som får mest uppmärksamhet sen är jag inte lika säker på att man i sin verksamhet på den nivån så att säga använder det som styrmedel nej*”

Ett utökat intresse för mätningarna i massmedia torde ge effekter på kvaliteten i data. Hur detta sker är dock svårt att avgöra. Ett vanligt förhållningssätt, är att om data visar på dåliga resultat skyller man på mätningssystemet i sig. Med detta menas att man förklarar det dåliga resultatet utifrån felaktigheter såsom att ”siffror som inte stämmer” eller att mätsystemet levererar fel siffror. I fallet med väntetidsrapporteringen borde det dock rimligen ligga i verksamhetsföreträdarnas egna intressen att se till att informationen är korrekt – de är ju ansvariga för data!

### Generella drag

Den samlade bilden vi får av samordnarens/rapportörens omgivning är att en mängd intressenter påverkar väntetidsrapporteringen. Negativa verksamhetschefer gör att lokal förankring går förlorad och därigenom ifrågasätts hela mätningssystemet. Resurserna för rapporteringen minimeras! Positiva verksamhetschefer garanterar däremot inte en robust rapportering. Däremot underlättar de drift, underhåll och utveckling. Landstings/sjukhusledning är också med och bestämmer agendan för vad som är accepterat respektive vad som inte är accepterat. Precis på samma sätt som för verksamhetsföreträdare säkerställs inte rapportering automatiskt med en positivt inställd ledning. Däremot kan rapporteringen stjälpas genom en negativt inställning.

## Övergripande mönster för kvalitetssäkring

*I denna del presenterar vi hur olika organisatoriska, teknologiska och politiska strukturer möjliggör eller begränsar kvalitetssäkring inom rapporteringen av väntetidsdata. Detta beskrivs i ett schema som klargör sex olika mönster för hur data kvalitetssäkras. Vi börjar med att förklara de olika begrepp som används i schemat för att sedan presentera de olika mönsterna ingående.*

Klassificeringen i tabellen på nästa sida utgår från en uppdelning i strukturer (organisatoriska, teknologiska och politiska) som antingen *möjliggör* eller *styr* kvalitetssäkring och aktörer som förhåller sig antingen *passivt* eller *aktivt* till väntetidsrapporteringen. Dessa begrepp utvecklas nedan.

Med *organisatoriska* strukturer avses dels de formella organisationsformerna, dels de olika former av koordination som krävs för genomförandet av uppgiften att rapportera till VTDB. Koordinering mellan aktörer på olika nivåer i en verksamhet utgör nämligen en viktig aspekt av kvalitetssäkring. De olika feedbackmekanismerna som finns inom mätningssystemet gör att aktörer får möjlighet att korrigera fel som uppstår.

De *teknologiska* strukturer som här avses är framförallt datasystem eller andra teknologier för att lösa flödet av information genom systemet. Manuell registrering har i jämförelse med automatiserade rapporteringssystem andra kvalitetsegenskaper. Den konceptuella modell som nyttjas för rapporteringen (t.ex. flödesmodellen) ses här också som en teknologi.

Med *politiska* strukturer åsyftas det ledarskap som bedrivs av verksamhetschefer, sjukhusledning och landstingsledning och som påverkar utfallet av väntetidsrapporteringen i någon viss riktning. Den ena ytterligheten är ett rapporteringssystem inbäddat i ett politiskt system som överhuvudtaget inte anser att rapporteringen skall genomföras. Detta leder till brister i legitimitet. Politisk acceptans, den andra ytterligheten, möjliggör delaktighet och motivation i väntetidsrapporteringen och därigenom en högre aktivitet. Detta leder också till förbättrade möjligheter att säkerställa god kvalitet i data.

Den andra ”skärningen” bygger på en uppdelning i *passiva* och *aktiva* aktörer. Med en passiv aktör avses en till väntetidsrapporteringen relaterad person som inte anser att rapporteringen en meningsfull aktivitet. En aktiv aktörer skall då ses som motsatsen, det vill säga, en person som aktivt deltar i och utvecklar rapporteringen

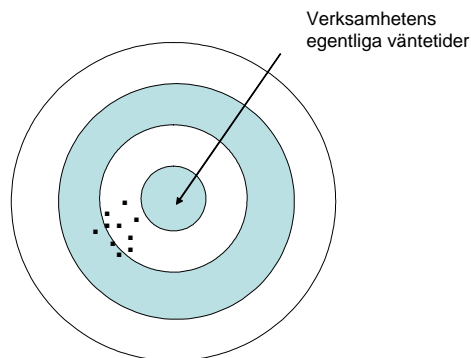
		Organisatoriska, teknologiska och politiska strukturer som ...	
Kännetecken hos aktörer i systemet		...möjliggör kvalitetssäkring	...styr kvalitetssäkring genom att vara...
			...begränsande
			...framtvingande
	Aktiva	<b>Uppmuntrande kvalitetssäkring</b> Aktörer i systemet har tydliga roller Koordinering av aktiviteter är säkerställd genom hela processen (från insamling av data till presentation i VTDB) Det administrativa system är anpassat för syftet (huvudsakligen datoriserat) (Organisation A)	<b>Begränsade möjligheter till kvalitetssäkring</b> Aktörer – som försöker så gott de kan – arbetar i ett system med begränsade möjligheter. Datasytemen – om de finns - kan inte leverera korrekt information Administrativa rutiner saknas till viss del Det politiska systemet stödjer inte rapportering (Organisation C)
Passiva	<b>Övergiven kvalitetssäkring</b> Inom detta system finns etablerade organisatoriska, teknologiska och politiska system som ger förutsättningar för god kvalitetssäkring, men... ...aktörer finner det meningslöst att rapportera data.	<b>Total inaktivitet</b> Total inaktivitet i systemet	
			<b>Aktivt ansvar</b> Aktörer är tvingade att säkerställa att data är av god kvalitet Administrativa system fungerar Aktörer är aktiva och finner mening med att rapportera information. (Organisation B)
			<b>Passivt ansvar</b> Aktörer i den operativa verksamheten finner det inte meningsfullt att rapportera information, men... ... är av systemet tvingade att göra det

Ett klassificeringsschema för kvalitetssäkring av väntetidsdata (fritt efter Sztompka, 1991, s. 134) där de studerade organisationerna har klassificerats.

### Uppmuntrande kvalitetssäkring/ Övergiven kvalitetssäkring

Aktörer i detta system har tydliga roller. Koordineringen av aktiviteter är säkerställd genom hela processen (från insamling av data till presentation i VTDB). Detta sker till exempel genom att man har återkommande forum för diskussioner kring termer och begrepp samt nyheter i rapporteringen. Dessutom finns klara och tydliga rutiner för rapporteringen. Det administrativa system är också anpassat till syftet. Inom detta system finns etablerade organisatoriska, teknologiska och politiska system som ger förutsättningar för god kvalitetssäkring. Uppföljningen och ansvarsaktiveringen på det lokala planet är dock otydlig. Verksamhetsföreträdare eller annan ledningspersonal "bryr sig" inte speciellt mycket. Det viktigaste är att rapporteringen fungerar.

I detta system mäter man sina väntetider relativt lika mellan skilda kliniker. Man har en någorlunda likartad uppfattning om termer och begrepp – där dessa ofta är operationaliserade i datasytemen. Problemet är säkerställandet av giltigheten i data gentemot de nationella definitionerna. I och med att data inte följs upp och kvalitetssäkras tillräckligt i den lokala verksamheten kan man inte vara säker på giltigheten. Se figur på nästa sida.

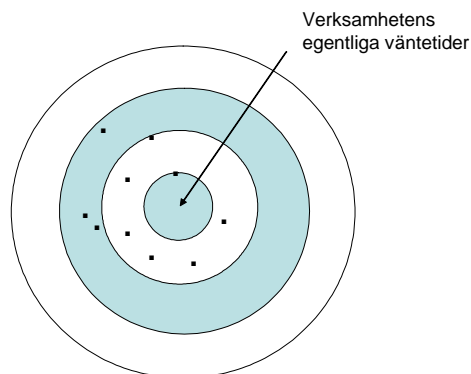


Homogen rapportering av väntetider inom organisationen, men den kan ligga en "bit ifrån" verksamhetens egentliga väntetider. Data måste 'kalibreras' in

Inom detta mönster finns således all möjligheter till kvalitetssäkring och det är passiviteten/aktiviteten som avgör i vilken utsträckning dessa möjligheter utnyttjas.

### Begränsade möjligheter till kvalitetssäkring/ Total inaktivitet

Aktörer är här verksamma i ett system som inte stödjer väntetidsrapporteringen på ett adekvat sätt. Möjligheterna är begränsade. Till exempel kan det röra sig om datasystemen – om de finns – som inte kan leverera korrekt information. Administrativa rutiner saknas eller är till viss del bristfälliga. Manuella förfaringssätt används i stället för automatiserade. Standardiseringen förloras i systemet. Det politiska systemet stödjer inte heller rapporteringen i någon nämnvärd utsträckning. Konsekvensen av en sådan struktur blir att vi riskerar att få stor spridning mellan klinikernas/verksamheternas rapportering av väntetider. Se figur nedan.

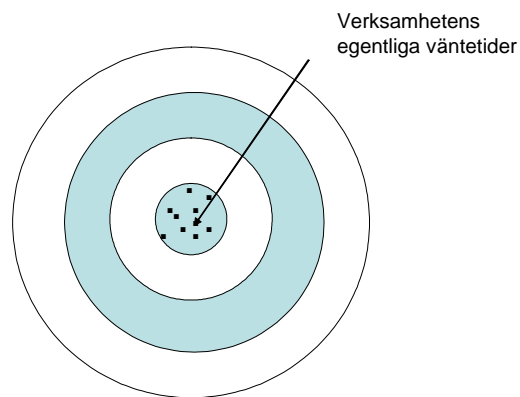


Stor variation i rapporteringen i ett mönster med begränsade möjligheter till kvalitetssäkring

I denna struktur är rapporteringen helt beroende av aktörernas egna engagemang. Detta innebär att i de fall aktörerna är passiva så hamnar organisationen i Total inaktivitet när det kommer till väntetidsrapportering.

### Aktivt ansvar/ Passivt ansvar

I strukturen för aktivt/passivt ansvar är aktörerna tvingade att säkerställa god kvalitet i data. Det är cheferna för verksamheterna, varifrån data kommer, som är ansvariga för god kvalitet. Genom att sätta ett tydligt ansvar på dem, i en roll där de förväntas rapportera korrekt information korrigeras och åtgärdas felaktigheter som uppstår. En central komponent för detta system är att de administrativa systemen håller hög kvalitet och att de fungerar för hela sjukhus/landsting. Detta kräver en central organisation för att hantera, det vill säga, att man kan koordinera arbetet för ett helt sjukhus/landsting centralt. Figuren nedan illustrerar detta mönster.



Rapporteringen hos de som har aktivt/passivt ansvar håller hög kvalitet

Oavsett om aktörer är aktiva, och finner mening med att rapportera information, eller om de är passiva tvingar systemet dem till en god kvalitet i rapporteringen. Här spelar med andra ord aktörerna inte så stor roll. Strukturen tvingar fram korrekta data.

## Principer för kvalitetssäkring

*I detta avsnitt beskrivs nio principer som används av rapporteringsorganisationerna för att kvalitetssäkra data.*

Inom kvalitetssäkringssmönstren används olika principer för att kvalitetssäkra data. De metoder och principer som beskrivs nedan har identifierats i åtminstone ett av de studerade fallen. I vissa fall hade emellertid inte aktörerna själva uppmärksammat i vilken utsträckning deras arbetssätt kan påverka kvaliteten på data. På så sätt kan handlingen anses vara oavsiktlig. Nedan presenteras nio principer som har identifierats.

### Ansvarsaktivering (1)

Frågan vem som är ansvarig för informationen som presenteras på Internet hanteras olika i olika landsting. Anledningen är att betydelsen av att tydliggöra detta ansvar helt enkelt värderas olika. Formellt sett så är alla verksamhetschefer ansvariga för den information som rapporteras till VTDB. Skillnaden ligger i hur *aktiva* cheferna måste vara för att godkänna siffrorna. I vissa landsting är ansvarsfördelningen mer uppenbar eftersom cheferna måste skriva under siffrorna eller bekräfta dem i ett e-mail. Vi menar att denna typ av ansvarsaktivering kan ha stor betydelse för kvaliteten i data. Chansen att felaktigheter upptäcks blir högre eftersom åtminstone de flesta personer påverkas av direkt ansvar och således kommer att iakttä en högre grad av försiktighet innan data publiceras.

### Lokal visualisering (2)

En annan aspekt som kan påverka kvaliteten i data är i vilken utsträckning data visualiseras för resten av organisationen, det vill säga anställda som inte är direkt kopplade till rapporteringsprocessen. Detta skulle till exempel kunna ske genom att informationen läggs ut på Intranätet eller att den presenteras på allmänna möten. Detta skapar en möjlighet, för andra att upptäcka fel baserat på deras erfarenhet och kunskap om organisationen, som inte ska underskattas. Det kan dock vara meningsfullt att öppet efterfråga synpunkter på informationen för att uppmuntra denna typ av aktiviteter.

En annan visualisering är via massmedia. Om siffrorna som ligger på Internet blir ifrågasatta, eller på annat sätt uppmärksammade, i massmedia kommer det troligen att påverka graden av försiktighet under åtminstone den närmaste framtiden. Speciellt om uppmärksamheten härrör från felaktigheter eller tvetydiga besked. Detta kan alltså användas medvetet för att påverka inställningen hos olika aktörer.

### Återkoppling (3)

Genom att använda återkoppling som en metod för att validera data återaktiveras någon som redan har varit involverad i rapporteringsprocessen. Informationen skickas således nedåt igen, vid något tillfälle, istället för raka vägen upp till den nationella databasen. Detta skapar naturligtvis möjlighet till reflektion angående om data är korrekt, även om det inte finns någon garanti för att möjligheten utnyttjas.

#### **Allmän acceptans (4)**

Det är lite mer oklart vilken effekt en utbredd allmän acceptans för uppdraget har på kvaliteten. Det hänger nära samman med hur mycket resurser som krävs för rapporteringen. Det förefaller vara fallet att en organisation som kan få ut den krävda informationen utan alltför mycket besvär inte är i behov av lika hög grad av allmän acceptans. Således är det endast när avsevärda resurser krävs som nivån av allmän acceptans blir avgörande. I flera fall aktualiseras detta. Då kommer förståelsen för nyttan och vikten av att rapportera vara det som skapar motivation och drivkraft hos rapportörerna. Detta i sin tur borgar för generellt högre noggrannhet och, i slutändan, högre kvalitet i data.

#### **Verksamhetsförståelse (5)**

Verksamhetsförståelse syftar på vilken grad av förståelse en aktör i rapporteringskedjan har för vad siffrorna som rapporteras egentligen betyder. Vet aktören var de kommer ifrån? Har aktören kunskap och erfarenhet som gör det möjligt att värdera dessa siffror utifrån dennes förståelse för organisationen?

Den rapporterande aktören måste vara bekant med gränssnittet mellan den administrativa sidan av organisationen och vårdorganisationen. Den professionella och utbildningsmässiga bakgrunden hos aktören kan således spela en betydande roll för att öka kvaliteten i data i registreringsprocessen. Rapportörer och samordnare bör därför väljas med stor omsorg.

#### **Tillgänglighet till termer och begrepp (6)**

För att kunna registrera rätt data måste rapportören ha kunskap om termer och begrepp. En metod för att öka kvaliteten på data är därför att öka tillgängligheten till information angående detta. Två huvudaspekter är viktiga i detta sammanhang. Först har vi det kontinuerliga informationsflödet som når rapportören, det vill säga information som når rapportören oavsett om denne har efterfrågat den eller ej. Ett exempel är att vissa samordnare rutinmässigt skickar med ett dokument som innehåller alla definitioner i samband med att de påminner om att rapporteringsperioden har börjat. Den andra aspekten gäller rapportörens möjlighet att söka och finna denna typ av information när så behövs, det vill säga om rapportören kan finna information vid direkt efterfrågan.

#### **Erfarenhetsöverföring (7)**

En viktig aspekt för kvalitetssäkring av data är erfarenhet. Olika aktörer i rapporteringsorganisationen upptäcker fel genom att jämföra informationen de får med informationen de förväntade sig. Dessa förväntningar baserar sig på just erfarenhet och allmän kunskap om organisationen och dess tidigare resultat.

Landstingen omorganiseras mer eller mindre regelbundet. Vad händer när rapportörer och samordnare byts ut? Att ha en strategi för att överföra erfarenhet bör därför kunna leda till att kvaliteten i data bibehålls även vid ett sådant skifte. Ändå är det inget landsting som har uttryckt detta som en explicit kvalitetssäkringsstrategi.

## **Efterkontroll (8)**

Organisationen för kvalitetsförbättring är mycket omogen i vissa av de studerade fallen. Betydelsen av efterkontroll av uppgifterna som publiceras på Internet är därför underskattad. Endast ett av de landsting som studerats gör aktivt och regelbundet denna typ av kontroll. Landstingssamordnaren i detta landsting förklarar:

*”Dom flesta rapporterar direkt in i Landstingsförbundet, men vi får underlaget hitskickat, så vi skickar dom vidare till regionen. När vi upptäcker att det är något fel i dom här databaserna, eller när Landstingsförbundet ringer och kontaktar oss, då kan vi gå in och ändra.”*

Detta angreppssätt är dock mycket ovanligt. Det uppdagades till och med att vissa aktörer inte var medvetna om att den information som de trodde sig rapportera inte hade nått slutmålet, det vill säga den nationella databasen. Efterkontroller kan alltså vara av mycket stor betydelse för många landsting.

## **Regionala informationsmöten för erfarenhetsutbyte (9)**

En annan princip som kan betyda mycket för homogeniteten i rapporteringen är att sjukhussamordnare eller motsvarande samlas till regionala informationsmöten för att diskutera exempelvis termer och begrepp och utbyta erfarenheter. Detta skapar även en högre grad av förankring vilket smittar av sig på hela rapporteringsorganisationen. Bland organisationer som har väl fungerande rapportering är detta ganska vanligt, även om det inte sker uteslutande. Exempelvis Organisation A ovan har regelbundna möten inför varje tertiäl. Här spelar ”nätverkarna” en avgörande roll eftersom de knyter samman kunskap från den nationella nivån till de enskilda verksamheternas problem och möjligheter för förbättrad och mer korrekt rapportering.

## Rekommendationer

I detta kapitel sammanfattas det som framkommit i denna studie rekommendationer med fokus ökad kvalitetssäkring i landstingen, Landstingsförbundets verksamhet i samband med rapporteringen och fortsatta studier.

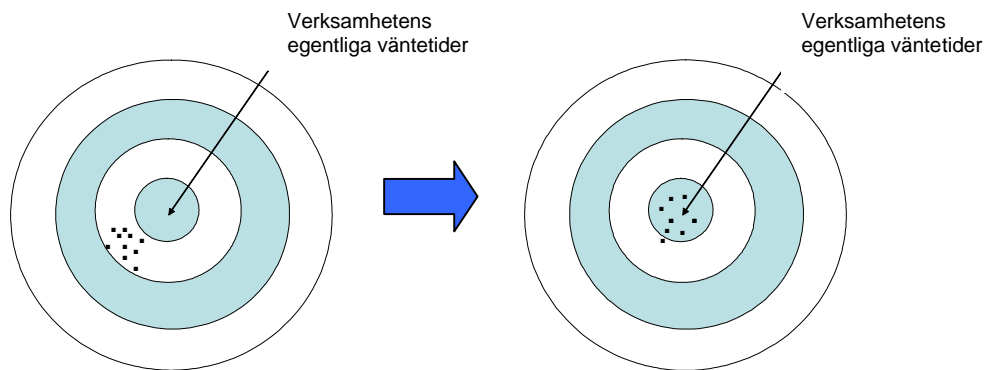
### Angreppssätt för förbättring

Det är tydligt att de kvalitetssäkringsmönster som används av de sju landstingen är mycket olika varandra. I de flesta fall kan man inte säga att det är en medvetet vald strategi, utan snarare ett mönster de ha hamnat i på grund av de förhållanden som de befinner sig i. En jämförande bedömning känns verkligen inte rättvis att göra. Resurserna skiljer sig oerhört, speciellt när det gäller datorsystem. Oavsett resurser är landstingen dock tvungna att få detta att fungera så småningom. Under tiden måste den information som presenteras på Internet vara så frekvent och så pålitlig som möjligt. För att kunna uppnå detta bör olika landsting fokusera på olika principer och metoder i sitt nästa steg mot kvalitetssäkrad data.

		Organisatoriska, teknologiska och politiska strukturer som ...		
		...möjliggör kvalitetssäkring	...styr kvalitetssäkring genom att vara...	
			...begränsande	...framtvängande
Kännetecken hos aktörer i systemet	Aktiva	<p><b>Uppmuntrande kvalitetssäkring</b> Aktörer i systemet har tydliga roller</p> <p>Koordinering av aktiviteter är säkerställd genom hela processen (från insamling av data till presentation i VTDB) Det administrativa system är anpassat för syftet (huvudsakligen datoriserat)</p> <p>1, 7, (8)</p>	<p><b>Begränsade möjligheter till kvalitetssäkring</b> Aktörer – som försöker så gott de kan – arbetar i ett system med begränsade möjligheter. Datasystemen – om de finns - kan inte leverera korrekt information Administrativa rutiner saknas till viss del Det politiska systemet stödjer inte rapportering</p> <p>1, 5, 6, 8, 9</p>	<p><b>Aktivt ansvar</b> Aktörer är tvingade att säkerställa att data är av god kvalitet Administrativa system fungerar Aktörer är aktiva och finner mening med att rapportera information.</p> <p>7</p>
	Passiva	<p><b>Övergiven kvalitetssäkring</b> Inom detta system finns etablerade organisatoriska, teknologiska och politiska system som ger förutsättningar för god kvalitetssäkring, men... ...aktörer finner det meningslöst att rapportera data.</p> <p>1, (2), 4</p>	<p><b>Total inaktivitet</b> Total inaktivitet i systemet</p> <p>1, (2), 4, 9</p>	<p><b>Passivt ansvar</b> Aktörer i den operativa verksamheten finner det inte meningsfullt att rapportera information, men... ... är av systemet tvingade att göra det</p> <p>(2), 3, 4</p>

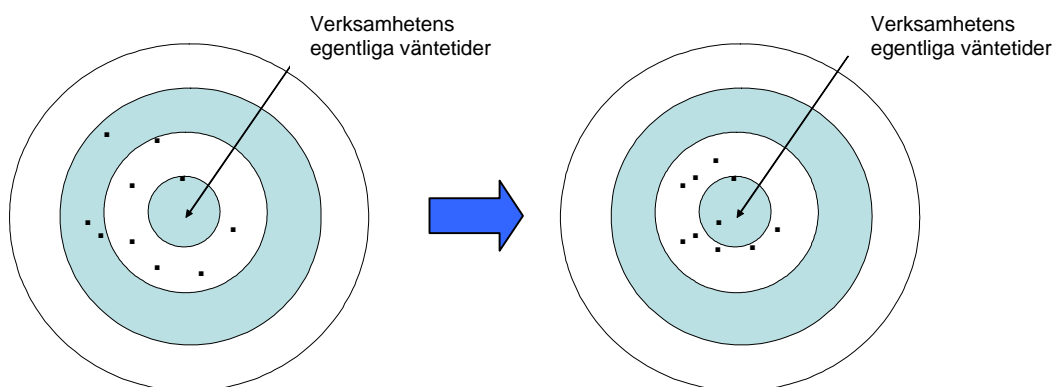
Om vi återgår till tabellen över kvalitetssäkringsmönsterna så kan vi koppla principerna för kvalitetssäkring (se ovan) till de olika mönstrena. Detta markeras genom att respektive nummer på principerna som passar återfinns för respektive mönster i tabellen ovan.

För landsting som arbetar i ett mönster av *Uppmuntrad kvalitetssäkring* bör fortsatt utveckling primärt gå ut på att genomföra ansvarsaktivering på verksamhetsnivå. Detta skulle bidra till att data hamnar ”mitt i prick” i större utsträckning, se figur på nästa sida. Det vore också produktivt att säkra kunskapen i rapporteringsorganisationen genom att hitta en metod för erfarenhetsöverföring från ”gamla” till ”nya” rapportörer eller samordnare, samt att kontrollera informationen när den har publicerats på Internet.



Effekten av ansvarsaktivering vid Uppmuntrande kvalitetssäkring.

Andra landsting, som har *Begränsade möjligheter till kvalitetssäkring*, måste väga upp för sina begränsade omgivningar. Detta kan också göras genom att tydliggöra ansvaret i organisationen, det vill säga ansvarsaktivering. I detta fall kanske man inte kan nå lika långt resultatmässigt men det bör ha en ”ihopsamlade” effekt, se figur nedan. Därutöver bör de se till att aktörerna har väl utvecklad verksamhetsförståelse och dessutom bra tillgång till termer och begrepp om rapporteringsprocessen. En viktig del i utvecklingen är också att skapa forum för diskussion och stöd, det vill säga anordna regionala informationsmöten. Dessutom motiverar de osäkra datasystemen att de också gör en efterkontroll på de data som publiceras på Internet.



Effekten av ansvarsaktivering vid Begränsade möjligheter till kvalitetssäkring.

Landsting som har *Aktivt ansvar* som mönster har redan kommit förhållandevis långt i rapporteringssammanhang. Det som egentligen återstår att fokusera på är hur kunskap ska kunna överföras mellan medarbetare vid exempelvis omorganisationer. En metod för erfarenhetsöverföring bör således vara deras nästa steg i utvecklingen.

De tre mönster som återstår har aktörer som är mer eller mindre passiva i rapporteringsarbetet. Här blir det centrala temat att skapa en allmän acceptans - vilket inte är en lätt uppgift. Här kan principen för lokal visualisering fungera som ett medel, samtidigt som det är en kvalitetssäkringsprincip i sig. Ju synligare resultaten från rapporteringen blir

desto lättare blir det att skapa en allmän acceptans. När sedan rapporteringen börjar fungera bättre blir synligheten av data en garant för dess kvalitetssäkring.

Därutöver är det extra viktigt vid *Övergivna kvalitetssäkring* och *Total inaktivitet* att verksamhetscheferna får ett aktivt ansvar för rapporteringen. Vid Total inaktivitet är det också viktigt att använda regionala informationsmöten för att få igång verksamheten.

Har man ett mönster för *Passivt ansvar* finns redan en påtvingad rapportering. Här föreslås istället, utöver de tidigare nämnda, att en återkopplingsverksamhet skapas eller utvecklas för att aktivera aktörerna och tydliggöra uppdragets betydelse.

### **Rekommendationer till Landstingsförbundet från aktörer i rapporteringsorganisationerna**

Under studiens gång har vissa synpunkter kommit fram gällande Landstingsförbundets och väntetidsdatabasens roll i rapporteringsarbetet. Rimligheten i dessa förslag är svår för oss att bedöma, så de presenteras som de har framställts av respondenterna. Dessutom finns några aspekter som vi vill poängtera trots att de inte kommit som explicita förfrågningar.

En önskan gällande databasen har varit att det ska gå att följa utvecklingen av väntetider under en längre tid, det vill säga att *historiken* finns tillgänglig hela tiden. Det vore i detta sammanhang också givande om det fanns automatiska funktioner för att skapa diagram och uppställningar på Internetsidan, så att exempelvis variationen över tid kunde åskådliggöras.

En annan förfrågan är vad det finns för möjligheter om landstingen vill rapportera mer än det som Landstingsförbundet efterfrågar. Kan *ytterligare rapportering* koordineras på något sätt? Det är kanske önskvärt att ha olika gränssnitt så att allt inte ligger offentligt, men så att det finns samlat på samma ställe för rapportörer och samordnare. Ett exempel på sådana uppgifter kan vara bortfall av patienter ur vårdköerna. I vissa fall kan det vara så mycket som 25 procent, vilket innebär att det är en viktig parameter för väntetiden.

I rapporteringsformulären på Internet kan kanske *nyheter markeras* genom att det kommer upp exempelvis en ruta som informerar om detta vid första rapporteringstillfället. Även om information kommer via e-post kan det vara bra. Kanske kan det vara möjligt att ställa in detta manuellt om man vill ha funktionen?

I övrigt så uppskattas *besöken* från landstingsförbundet väldigt mycket. Om det finns möjlighet till utökad besöksfrekvens vore det antagligen en god investering. Vissa landsting kanske behöver det mer än andra, även om åtminstone de flesta som ingick i studien ger intryck av att vilja ha flera personliga besök.

I övrigt så finns det anledning att *specificera vissa begrepp* tydligare, eller åtminstone ta fram rekommendationer gällande detta. Framför allt behöver metoderna för att uppskatta förväntad väntetid förbättras. Ett förslag är att ta fram liknande riktlinjer som tas upp tidigare i rapporten, det vill säga att för ett visst medicinskt område definiera förväntad väntetid som tiden till den dagen då ett visst antal tider finns lediga.

Ett annat förslag är att skapa någon form av riktlinjer eller stöd för hur *erfarenhet* ska kunna bevaras när en rapportör eller samordnare ersätts av någon ny. Erfarenhet är en stor källa till kvalitetssäkra data och därför bör detta behandlas som en viktig aktivitet.

## Fortsatta studier

I detta avsnitt tar vi upp två förslag på fortsatt forskning kring kvalitetssäkring av data till väntetidsdatabasen. I den första diskussionen tar vi, utifrån ett statistisk perspektiv, upp och resonerar kring variationen i mätningarna och hur stor mätvariationen, i förhållande till den totala variation, får vara. Den andra diskussionen utgår från resultaten i denna rapport och ger förslag på utformning av en metod för utvärdering av statusen på rapporteringssystemet.

### Analys av variation

När vi regelbundet mäter väntetider för en viss aktivitet kan vi förvänta oss en variation. Från det ena mättillfället till det andra kommer vi sannolikt att få olika resultat. Det är inte konstigt. I alla processer har vi en naturlig variation som beror på en mängd olika faktorer. När det gäller väntetidsmätningar kan vi till exempel finna säsongvariation i patienttillströmning, bemanningsgrad och valet av mätmetod (manuellt eller automatiserat) som avgör. Baserat på historiska data från väntetidsmätningar kan vi avgöra den totala variationen - som matematiskt benämns  $\mathbf{s}_T^2$ . Denna variation innehåller två komponenter. Dels en processvariation ( $\mathbf{s}_P^2$ ) som anger den naturliga variationen och dels en mätvariation (här benämnt  $\mathbf{s}_M^2$ ). Det ger oss:

$$\mathbf{s}_T^2 = \mathbf{s}_P^2 + \mathbf{s}_M^2$$

En i sammanhanget central frågeställning är hur stor del av den totala variationen som kommer från våra mätningar, det vill säga kvoten  $\frac{\mathbf{s}_M^2}{\mathbf{s}_T^2}$ . Ju mindre kvoten är desto bättre fungerar vårt system. Vi vill ju egentligen inte ha någon mätvariation.

Mätvariation byggs i sin tur upp av åtminstone två olika komponenter:

- Rapportörens variation i mätning från gång till gång (dvs. samma person mäter olika vid skilda tillfällen)
- Variation mellan olika klinikers rapportering (dvs. olika personer mäter olika)

Ytterligare mätvariation kan tillkomma, till exempel då man ändrar i definitioner och begrepp.

Utifrån detta synsätt finns det flera frågeställningar att försöka reda ut:

- Hur stor är mätvariation?
- Hur stor får den vara? Vad är utifrån ett patientperspektiv acceptabelt? 10%? 20%?

Att metodmässigt utforska och studera dessa saker, framförallt storleken på mätvariationen, är problematisk. För att utföra detta kan man till exempel genomföra experiment där rapportörer från olika kliniker får genomföra skattningar av väntetider.

### Utvärderingsinstrument för kvalitetssäkring

Denna studie är avsedd för att användas av väntetidsrapporteringens olika aktörer dels i syfte att få en fördjupad förståelse för olika sätt att hantera kvalitetssäkring dels att ge förslag på förbättringsåtgärder. Vi föreslår också att man tar fram ett utvärderingsinstrument för kvalitetssäkring av rapporteringen. Syftet med ett sådant instrument skulle vara att ge samordnare/nätverkare/rapportörer ute i landet ytterligare möjligheter att arbeta med att förbättra kvaliteten i data.

## Referenser

- Bergman, B., and Klefsjö, B. (2001). *Kvalitet från behov till användning*, Studentlitteratur, Lund.
- Elg, M. (2000) "Visualisering av mätetal för bättre beslutsfattande." *Förändringskraft!*, Linköping.
- Elg, M. (2001). "Performance Measures and Managerial Work -A modified behavior setting approach to the study of usage of performance measures in managerial meetings," Doctoral Dissertation, Linköpings universitet, Linköping.
- Fishman, D. B. (1999). *The Case for Pragmatic Psychology*. New York, New York University Press.
- Hutchins, E. (1993). "Learning to navigate." *Understanding practice - Perspectives on activity and context*, S. Chaiklin and J. Lave, eds., Cambridge University Press, Cambridge.
- Hutchins, E. (1995). *Cognition in the wild*, MIT Press, Cambridge, Mass.
- Kaplan, R. S., and Norton, D. P. (1992). "The Balanced Scorecard - Measures That Drive Performance." *Harvard Business Review*, 1992(January-February), 71-79.
- Kollberg, B. (in press). *Balanced Scorecard in Health Care*, Licentiate of Engineering thesis, Linköpings universitet
- Simon, H. A. (1981). *The Sciences of the Artificial*, MIT Press.
- Sztompka, P. (1991). *Society in Action - The Theory of Social Becoming*. Oxford: Polity Press.
- Södergren, B., and Söderholm, J. (1999). "Sifferledning eller kunskapsledarskap?" *Osynlig företagsledning*, S.-E. Sjöstrand, J. Sandberg, and M. Tyrstrup, eds., Ekonomiska forskningsinstitutet vid Handelshögsk. (EFI), Stockholm, 246-264.
- Tomicic, M. (2001). *Reaching Agreement in a Management Team - A Study of Social Influence*. Department of Management and Economics. Linköping, Linköpings universitet.
- Tufte, E. R. (1983). *The Visual Display of Quantitative Information*, Graphics Press.

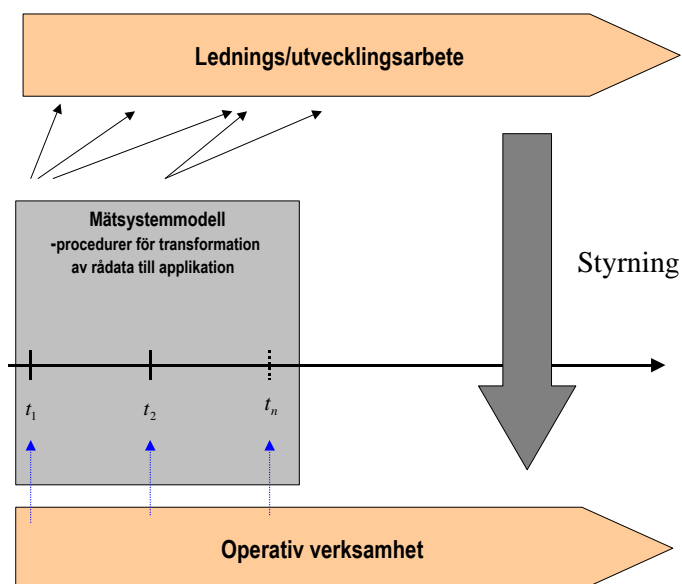
## Bilaga 1: Teoretiska utgångspunkter

I följande avsnitt beskrivs utgångspunkter för arbetet. De delar som här beskrivs presenteras kortfattat med enkla exempel och med referenshänvisningar. Dessa är:

- En konceptuell modell för mätsystem
- Aspekter av mätsystemet som studeras
- Den tekniska designen och människan i systemet

### Modell för mätsystem

Följande avsnitt ger en överskådlig bild över de teoretiska ramverk som används i studien. Grundtanken är att kvalitetssäkring skapas genom en social och teknisk organisation av mätsystemet; från registreringen av data till den slutliga presentationen i väntetidsdatabasen. Modellen i figuren nedan illustrerar ett allmänt mätsystem med de olika komponenterna som ingår.



Vad menar vi med mätetalssystem? Vad ingår i en mätetalssystemprocess? Vad innebär styrning med hjälp av mätetal? Vad är ledningsarbete och vad går det ut på? Vi vill med hjälp av modellen ge en bild av vad vi menar med olika begrepp.

Med *ledningsarbete* avser vi aktiviteter relaterat till olika ledningsgrupper. Det kan handla om beslutsfattande, strategiska och operativa diskussioner, planering av verksamheten, etc. Ledningsarbetets aktiviteter är avgränsade i tid och rum och är målorienterade. *Styrning* av den operativa verksamheten består av aktiviteter relaterat till kommunikationen av olika former av beslut, direktiv och operativa riktlinjer. Det handlar om dialogen mellan medarbetare och ledning som berör verksamhetens målsättning och framtid. *Mätsystemet* ses som det ramverk som innefattar verksamhetens mätetal. Det är ett öppet system, vilket

innebär att det påverkas av förändringar i omvärlden. Mätetalen ändras i takt med att verksamheten utvecklas och sätter nya mål och strategier. Strukturellt innehåller ett mätsystem tekniska, organisatoriska och mänskliga faktorer (se t.ex. Elg, 2001) som avgör hur det konstitueras. Till exempel kan flödesmodellen utgöra en del av den organisatoriska designen av ett system för att följa upp tillgänglighet. Mätsystemet kan också ses ur ett processuellt perspektiv bestående av tre processer, nämligen insamling, bearbetning, och presentation av data.

Flera aspekter inom detta system bör beaktas:

1. Agenter – deras kunskap (definitioner, deras kunskap om det organisationssystem som informationen tas ifrån, teknisk kunskap) och attityder gentemot det som registreras, beräknas och presenteras
2. Interaktion mellan agenter – hur är systemet sammankopplat? Sociala samspel mellan agenter på olika nivåer i organisationen (Elg, 2001) är en viktig aspekt för validitet.
3. De tekniska lösningar som finns implementerade. Exempelvis är det möjligt att manuell registrering har andra kvalitetsaspekter än automatiska procedurer. Givetvis kan tekniska lösningar som automatiserar registreringsprocessen ge ett pålitligare system. Å andra sidan, om data rapporteras, beräknas och presentation manuellt, får rapportören en överblick över data under dessa delsteg. Den senare strategin kommer med säkerhet att öppna upp för identifiering av fel under själva processen. Man kan säga att systemet blir mer transparent. Valet av teknologi i informationshanteringsprocessen kan därför både möjliggöra och begränsa vissa aktiviteter.
4. Politisk/ekonomisk dimension av valideringsstrategier. Valideringsstrategier kan också sättas i ett politiskt perspektiv. De sätt som data valideras på påverkas uppenbarligen av det politiska system i vilket olika uppgifter genomförs. Exempelvis presenteras tabeller och grafer med tillgängliga mätetal i interna rapporter och tidningar i vissa lokala/regionala organisationer. På så sätt görs data offentliga. Finansiella aspekter kan också påverka på vilket sätt uppgifter utförs inom mätetalssystemet.

Mätsystem är något som alla organisationer nyttjar i mer eller mindre omfattning. Förutom mätetalen innehåller ett mätsystem även rutiner för hur mätningarna skall gå till, hur data skall presenteras och tolkas och hur resultaten skall förmedlas. Organiserandet bör styras av vad man skall ha mätsystemet till. Centrala aspekter av organiserandet är:

- Hur mätningar skall gå till. Vilka är procedurerna? Hur registreras data? (Kollberg, in press)
- hur mätetalen skall presenteras (Simon, 1981; Tufte, 1983). Till exempel kan informationen visualiseras i form av tidsseriedata (Statistisk processtyrning) där beslutsregler för hur man skall agera införs (se till exempel Bergman & Klefsjö, 2001)
- i vilka forum mätetalen skall presenteras, diskuteras och användas för beslutsstöd. (hur ofta, var, vilka skall delta) (Elg, 2001; Tomicic, 2001; Kollberg, in press)
- hur mätsystemet kan förbättras och utvecklas. (Kennerley, 2002)

Mätsystemets kvalitet ifrågasätts när någon upptäcker att mätetal inte s.a.s. stämmer överensstämmer med verkligheten. Det finns flera skäl till varför man förflyttar fokus *från* att diskutera det som mätetalen står för *till* diskussioner kring mätsystemets uppbyggnad (Elg, 2001). För det första kan det vara av politiska skäl. Man ifrågasätter resultat – och de processer som genererar dessa - eftersom de kan ge konsekvenser som är negativa för en själv eller för den grupp som man tillhör. För det andra kan diskussioner röra kritik kring mätsystemets validitet; går det att överhuvudtaget mäta det som man vill mäta med siffror. En tredje form handlar om att man är intresserad av att veta vad felet består i så man kan åtgärda dessa; dvs. ett fokus på mätetalssystem i förbättringssyfte. Det är det senare som vi behandlar i denna del; vi inriktar oss på sättet som systemet tekniskt och organisatoriskt är konstruerat samt de mänskliga aktiviteter som sker.

### **Den tekniska designen och människan i systemet**

Resultat från jämförande studier över sjukfrånvaro visar att kommuner har betydligt högre sjukfrånvaro än privata arbetsgivare. Systemen är dock designade på olika sätt; de senare redovisar sin sjukfrånvaro i timmar och kommuner redovisar per dag. Skillnaden är nämligen inte så stor eftersom flera kommuner har högre grad av deltidsanställda. Om det hade varit möjligt att inom kommuner rapportera sjukfrånvaro i timmar hade detta inte varit något problem. Nu blir siffrorna ojämförbara (Kommun Aktuell, 28 november 2002) på grund av att man jämför ojämförbara fenomen; *datorsystemet hanterar oönskade beräkningar.*

I ett annat exempel från ett industriföretag diskuterar en verkstadschef problem med det nya administrativa systemet i samband med mätning av ledtider: ”vi mäter ledtiderna och det här är någonting som vi har problem med idag att kunna mäta på ett bra sätt. I R3 vårt MPS-system då ...så därför har vi bara, på dom ställen där vi har få och stora komponenter... [och] några fler ställen där kan vi mäta det manuellt”. *Det tekniska systemet avgränsar vad som är möjligt att mäta.*

Ett tredje exempel illustrerar hur nya datorsystem kan ställa till med problem. I DN söndagen den 2 Mars skrivs att ”den officiella statistiken över antalet mord och dråp i Sverige anger upp till tre gånger fler fall än vad som inträffade år 2002” Hur kan detta ske? Detta fall visar på ett antal problem som man kan stöta på. För de första finns det *brister i överensstämmelse mellan ”datasystemets språkbruk” och vedertagna termer* (ogiltiga fall – som accepterades av systemet var till exempel självmord och alkoholförgiftning). Vidare sker i detta system en typ av *partitionering* som inte är önskvärd, nämligen att personer som blivit mördade tidigare år registreras för år 2002.

Denna uppdelning (partitionering) finns i alla typer av informationssystem där data delas upp i tid/rum. För teamledaren i det inledande exemplet uppstår detta problem då han har tillverkat en komponent under en viss tidsperiod men där intäkten redovisas i nästa.



Rubrik från Dagen Nyheter Söndag 2 Mars 2003-03-19

### Risker med automatisering

En fråga som man kan ställa sig i samband med problemen kring mätsystemet och dess kvalitet är: kan vi vara helt säkra på om våra system levererar riktiga siffror? Svaret är naturligtvis att vi kan *inte utgå* från detta. Som vi har argumenterat är det genom att människor upptäcker felaktigheter mellan siffror och vad som faktiskt har hänt som man kan börja nysta i relevanta delar i mätsystemet. Nästa fråga blir då: hur säkerställer vi upptäckt av felaktigheter? I DN:s artikel, angående mordstatistiken, kan man läsa: "De överdrivna siffrorna började komma sedan polisen införde ett nytt datasystem i början av 90-talet. Tidigare satt folk och skrev anmälningarna på maskin och vakthavande befäl kontrollerade innan de skickades vidare till Rikspolisstyrelsen. Där satt det också folk och kontrollerade uppgifterna innan de gick vidare till Brå. Nu skriver en polisman sin anmälan rakt in i databasen som töms av Brå en gång i veckan".

När mätetalssystemen i högre grad automatiseras sker också en minskad möjlighet att inte enbart kontrollera att siffrorna är korrekta utan även att knyta samman olika verksamhetsnivåer. *Mätetalen avkontextualiseras* i denna process. Med det menar vi att mätetalen inte "kläs i ord", tolkas eller förstås av de personer som har god kännedom om mätningen avser. Hutchins (1993, 1995) diskuterar fenomenet i termer av informationens bandbredd. Låg bandbredd av information kan ses som diskussioner, tolkningar och analyser av organisatorisk verksamhet som utförs av personer vilka enbart förlitar sig på information från mätetalen i sig. I ett sådant fall blir det svårt att upptäcka felaktigheter i data. Hög bandbredd å andra sidan, kan ses utifrån idealet att man har en god kännedom om de lokala förutsättningarna för den verksamheten som är föremål för mätningaktiviteter – här skapas stora möjligheter att hålla sig uppdaterad om mätsystemets kvalitet.