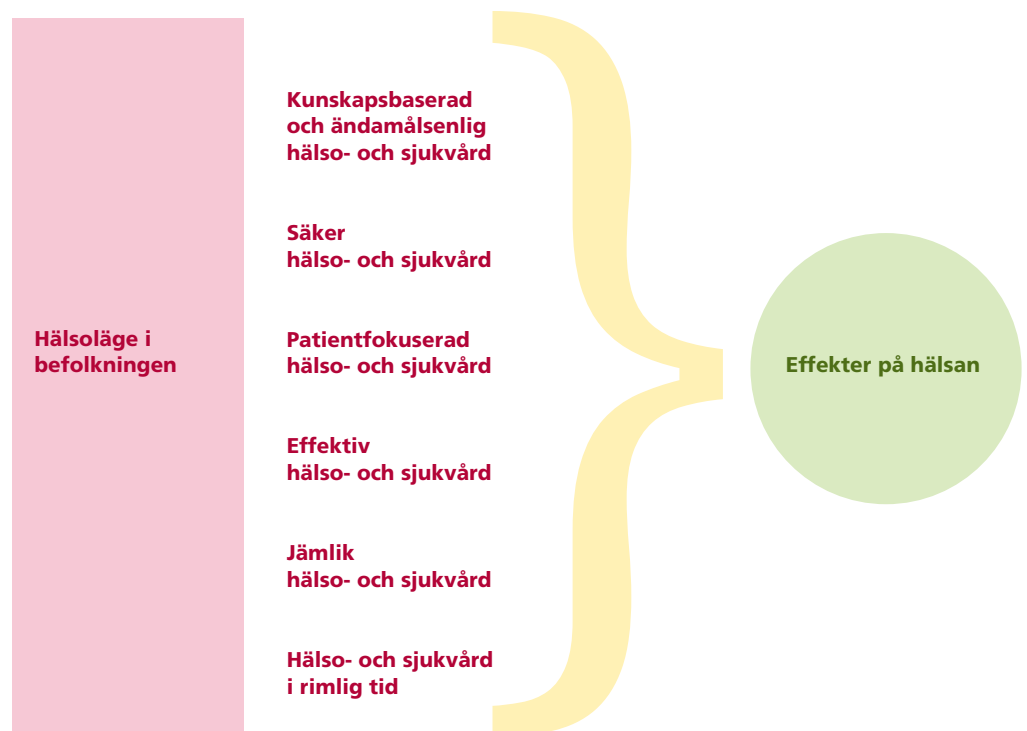


Övergripande uppföljningsmodell för hälso- och sjukvården i Stockholms läns landsting

2006 06 19
LS 0505-0807



För mer information kontakta:

Marie Lawrence

Forum/Centrum för vårdutveckling, , Stockholms läns landsting

tel: 08-737 48 05, e-post: marie.lawrence@sll.se

eller

Catharina Barkman

Beställare Vård, Stockholms läns landsting

tel: 08-737 48 57, e-post: catharina.barkman@sll.se





Innehållsförteckning

Förord	7
Sammanfattning	9
Uppdraget	17
Uppföljningsmodellen	19
Fortsatt förvaltning	22
Uppföljningsperspektiv och övergripande indikatorer	23
<i>Hälsoläge i befolkningen</i>	23
<i>Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård</i>	24
<i>Säker hälso- och sjukvård</i>	26
<i>Patientfokuserad hälso- och sjukvård</i>	28
<i>Effektiv hälso- och sjukvård</i>	31
<i>Jämlik hälso- och sjukvård</i>	33
<i>Hälso- och sjukvård i rimlig tid</i>	34
<i>Effekter på hälsan</i>	36
Litteratur- och referenslista	38
Bilaga 1	
<i>Utförlig beskrivning av de övergripande indikatorerna</i>	40
Bilaga 2	
<i>Organisation och deltagare för respektive uppföljningsperspektiv</i>	70
Bilaga 3	
<i>Övergripande indikatorer för resultatredovisning i juni 2006</i>	75





Förord

Att beskriva hälsoläget i befolkningen, hälso- och sjukvårdens kvalitet och dess effekter på hälsan på övergripande landstingsnivå med ett fåtal indikatorer är en utmaning!

År 2004 beslutade Landstingsfullmäktige om en övergripande uppföljningsmodell för hälso- och sjukvården i Stockholms läns landsting. Syftet är att:

- Möjliggöra en uppföljning som är stabil över tid.
- Bidra till att skapa förutsättningar för effektivare styrning av resurser inom hälso- och sjukvården.
- Bidra till att möjliggöra öppna och tillgängliga redovisningar av hälso- och sjukvårdens kvalitet på befolkningsnivå till olika intressenter (befolkning, patienter, tjänstemän, politiker m fl).
- Modellen ska användas för förbättring och utveckling av hälso- och sjukvården.
- Bidra till att möjliggöra jämförelser mellan Stockholms läns landsting som helhet och nationen.

Uppföljning av hälsa och vård behövs i många sammanhang och på flera nivåer. Uppföljningsmodellens perspektiv genomsyrar Beställare Vårds arbete med uppdragsbeskrivningar, uppföljningsplaner och ersättningsmodeller för respektive uppdragsområde. Det innebär bland annat en bredare användning av kvalitetsindikatorer i uppföljningsplanerna och krav på inrapportering till relevanta befintliga kvalitetsregister.

En allt mer öppen redovisning av hälso- och sjukvårdens resultat är viktig för att förbättra hälso- och sjukvården och ge befolkningen ökad information om vårdens kvalitet.

De definitioner, indikatorer och resultat som presenteras i denna rapport är ett första steg i ett spännande utvecklingsarbete. Arbetet har genomförts i en bred process och många olika grupperingar har deltagit eller getts möjligheter att lämna synpunkter. Centralt i arbetet har varit att stämma av med andra nationella och internationella aktörer som arbetar med att utveckla övergripande uppföljning.

Vår förhoppning är att rapporten kommer att leda till diskussioner och reflektioner som mynnar ut i hur vi kan utveckla och förbättra hälso- och sjukvården i Stockholms läns landsting.

Resultaten i denna rapport finns även tillgängliga på internet (www.sll.se).

20060619

Anna-Stina Nordmark-Nilsson

Biträdande landstingsdirektör

Beställardirektör



Sammanfattning

Landstingsstyrelsen tog i augusti 2004 beslut om en övergripande uppföljningsmodell för hälso- och sjukvården. Uppföljningsmodellen syftar till att övergripande beskriva hur hälso- och sjukvårdssystemet med dess olika aktörer fungerar som en helhet gentemot befolkning respektive patienter.

Uppföljningsmodellen tar utgångspunkt i huruvida det övergripande målet för hälso- och sjukvården enligt hälso- och sjukvårdslagen, en god hälsa och en vård på lika villkor, nås utifrån följande åtta uppföljningsperspektiv:

- Hälsoläge i befolkningen
- Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård
- Säker hälso- och sjukvård
- Patientfokuserad hälso- och sjukvård
- Effektiv hälso- och sjukvård
- Jämlig hälso- och sjukvård
- Hälso- och sjukvård i rimlig tid
- Effekter på hälsan

20 övergripande indikatorer har i en bred process identifierats för att, i denna uppföljningsmodellens första rapportering, ge en grov bild av hur hälso- och sjukvården i Stockholms läns landsting (SLL) står sig inom de åtta uppföljningsperspektiven

Med utgångspunkt i de 20 indikatorerna kan följande sägas om hälso- och sjukvården i Stockholms läns landsting:

Hälsoläge i befolkningen

Stockholmarna lever allt längre men såväl det psykiska välbefinnandet som den hälsorelaterade livskvaliteten i befolkningen visar en negativ utveckling

Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård

Hjärt- och kärlsjukvården visar på förbättrad kvalitet. Dödligheten i stroke är lägre än i riket och befolkningen får i hög utsträckning tillgång till rekommenderade behandlingar vid akut hjärtinfarkt. Överlevnaden i bröstcancer har ökat kontinuerligt till följd av effektiv screening och förbättrade behandlingsmetoder. Läkemedelsförskrivningen i länet följer i allt högre utsträckning rekommendationerna som ges i den s.k. Kloka Listan.

Säker hälso- och sjukvård

Genom intensiv satsning på grundläggande hygienrutiner, mycket aktiv screening och smittspårningsodlingar, samt koncentrerad av patienter med MRSA till infektionskliniker, har andelen som smittats med MRSA inom hälso- och sjukvården minskat.

Patientfokuserad hälso- och sjukvård

Genom en landstingsgemensam patientenkät finns nu första gången en samlad bild av patienternas upplevelse av hälso- och sjukvården. Enkäten visar att en majoritet tycker att de blivit bemötta med respekt och på ett hänsynsfullt sätt. Mest kritiska var patienterna när det gällde frågan om de fått tillräcklig information om sitt tillstånd och om de kände sig delaktiga i beslut om vård och behandling. Befolkningens förtroende för hälso- och sjukvården samt befolkningens uppfattning om tillgång till vård har förbättrats, dock finns här ett förbättringsutrymme.

Effektiv hälso- och sjukvård

Kostnaden per invånare i Stockholm är högre än för riksgenomsnittet. Stockholm har 2004 närmast sig riksgenomsnittet jämfört med 2003. Produktiviteten inom vården i Stockholms läns landsting har försämrats under en lång period på mer än tio år fram till och med 2003. Ett trendbrott inträffade 2004 då kostnadsökningstakten kraftigt bromsades från att ha legat på en årlig ökning på 8 till 9 procent till en årlig ökning på cirka 3 procent åren från och med 2004.

Jämlik hälso- och sjukvård

Med utgångspunkt i de mått som redovisas under perspektivet samt könsuppdelade redovisningar i de övriga perspektiven kan generellt sägas att det inom detta område krävs en utvecklad uppföljning för att kunna ge en mer konkret bild

Hälso- och sjukvård i rimlig tid

Tillgängligheten till husläkarmottagningarna har förbättrats under de senaste åren och allt fler i länet får kontakt med husläkare inom 7 dagar (besöksgarantin i primärvården)

Allt fler anser att väntetiderna är rimliga. Dock anser nära en fjärdedel av de tillfrågade att de fått vänta för länge.

Effekter på hälsan

Jämfört med riket har både män och kvinnor i SLL högre dödlighet vad gäller hälsopolitiska indikatorer (dvs dödlighet kopplad till preventionens möjligheter, vare sig sjukvården eller samhället i övrigt bidragit till utvecklingen). När det gäller sjukvårdsindikatorer (indikatorer på sjukvårdens insatser) är skillnaderna mindre, och för kvinnor i SLL är dödligheten något lägre än i riket. Kariesfriheten hos barn och ungdomar har förbättrats kontinuerligt under lång tid.

Nedan görs en kort beskrivning samt analys av resultat för respektive övergripande indikator.

Hälsoläge i befolkningen

Graden av hälsa definieras inte endast genom frånvaro av sjukdom, utan som ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande (WHO).

Indikator	Vad visar indikatorn?	Reflektion
Återstående medellivslängd för nyfödda	Återstående medellivslängd är ett grovt men betydelsefullt mått över det övergripande hälsoläget i befolkningen	<ul style="list-style-type: none">• Positiv utveckling inom SLL• Resultaten för SLL är bättre än riksgenomsnittet• Skillnader mellan könen <p>Den återstående medellivslängden i länet har ökat under de senaste fem åren. Skillnaden i medellivslängd mellan män och kvinnor är flera år. För män är den 78,1 år och för kvinnor 82,6 år.</p>
Förekomst av nedsatt psykiskt välbefinnande	Psykiska besvär så som oro, ångest, nedstämdhet, trötthet och sömnbesvär har ökat kraftigt under den senaste 10-års perioden. Den negativa utvecklingen av det psykiska välbefinnandet beskrivs ofta som ett av de stora hoten mot hälsan.	<ul style="list-style-type: none">• Negativ utveckling inom SLL• Skillnader mellan könen <p>I den senaste folkhälsoenkäten från år 2002, ses en fortsatt ökning av den psykiska ohälsan. Den största ökningen finns bland unga kvinnor.</p>
Hälsorelaterad livskvalitet i befolkningen	Den hälsorelaterade livskvaliteten i befolkningen är en viktig indikator på befolkningens självskattade hälsotillstånd.	<ul style="list-style-type: none">• Negativ utveckling inom SLL• Skillnader mellan könen <p>En försämring av den hälsorelaterade livskvaliteten kan ses i alla åldergrupper och för bägge könen mellan 1998 och 2002.</p>

Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård

Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård innebär att vården ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet och formars för att möta varje enskild patients behov på bästa möjliga sätt.

Indikator	Vad visar indikatorn?	Reflektion
Primär PCI (ballongvidgning) vid akut ST-höjningsinfarkt	Hjärtinfarkt är den vanligaste dödsorsaken för både män och kvinnor. Ballongvidgning, PCI, är en effektiv behandlingsmetod och minskar även risken för att åter insjukna i hjärtinfarkt.	<ul style="list-style-type: none">• Positiv utveckling inom SLL• Resultaten för SLL är bättre än riksgenomsnittet• Skillnader mellan könen
Dödlighet i samband med stroke	Stroke är den andra vanligaste dödsorsaken bland både kvinnor och män, och en av de mest kostnadskrävande sjukdomarna att behandla. Dödligheten i samband med stroke har samband med hur det förebyggande arbete fungerar och hur effektiva vårdkedjorna är.	<ul style="list-style-type: none">• Resultaten för SLL är ungefär desamma som riksgenomsnittet• Skillnader mellan könen

Indikator	Vad visar indikatorn?	Reflektion
Överlevnad i bröstcancer	Bröstcancer är den vanligaste cancerformen hos kvinnor. Överlevnad i bröstcancer är kopplad till såväl förebyggande insatser som diagnostik och behandling.	<ul style="list-style-type: none"> • Positiv utveckling inom SLL • Resultaten för SLL är ungefär desamma som riksgenomsnittet <p>Den ökade överlevnaden beror på att fler botas men också att man lever längre med sjukdomen. Bakom utvecklingen ligger ett effektivt program för hälsoundersökningar med regelbunden mammografi samt förbättrade och effektivare behandlingsmetoder.</p>
Följsamhet till rekommenderade läkemedel (DU90%)	Med måttet DU90% kan man följa i vilken grad läkemedelsförskrivningen i länet följer rekommendationerna i den sk Kloka Listan (Stockholms läns landstings förteckning över rekommenderade läkemedel vid vanliga sjukdomar).	<ul style="list-style-type: none"> • Positiv utveckling inom SLL <p>Följsamheten till Kloka Listan var 2005 72%. Följsamheten har ökat med ca 1 procentenhet årligen i länet de senaste åren vilket skall tolkas som en positiv utveckling då det kontinuerligt sker ett inflöde av nya läkemedel på marknaden.</p>

Säker hälso- och sjukvård

Säker hälso- och sjukvård innebär att vårdskador förhindras genom aktivt riskförebyggande arbete.

Indikator	Vad visar indikatorn?	Reflektion
Årlig skadefrekvens enligt patientskade-försäkringen (LÖF)	Antalet anmälda skador inom sjukvården kan ses som ett mått på säkerheten i vården. Skadorna leder ofta till förlängd vårdtid och ökade vårdbehov vilket innebär ökade kostnader och onödigt lidande för den drabbade.	<ul style="list-style-type: none"> • Oförändrad utveckling inom SLL • Resultaten för SLL är ungefär desamma som riksgenomsnittet <p>Antalet skadeanmälningar har legat på i stort sett samma nivå sedan 1998. Det gäller både för Stockholms läns landsting och riket i stort.</p>
Nydiagnostiserade MRSA-fall som smittats inom hälso- och sjukvården	Vårdrelaterade infektioner, som tex smitta med MRSA är i allmänhet en följd av brister i den basala vårdhygien.	<ul style="list-style-type: none"> • Positiv utveckling inom SLL • Inga signifikanta skillnader mellan könen <p>Genom intensiv satsning på basala hygienrutiner, mycket aktiv screening och smittspårningsodlingar, samt koncentrerat av patienter med MRSA till infektionskliniken har andelen som smittats med MRSA inom hälso- och sjukvården i länet har minskat.</p>

Patientfokuserad hälso- och sjukvård

Patientfokuserad hälso- och sjukvård innebär att vården ges med respekt och lyhördhet för individens specifika behov, förväntningar och värderingar, och att dessa vägs in i de kliniska besluten.

Indikator	Vad visar indikatorn?	Reflektion
Patientupplevelse av vården	Att kontinuerlig följa upp hur patienterna upplever vården är en viktig utgångspunkt för att bedriva en patientfokuserad vård.	<p>En landstingsgemensam enkätundersökning genomfördes första gången 2005 varför utveckling över tid ej kan göras.</p> <p>De allra flesta som svarat på enkäten 2005 ansåg att de fått bra vård. En majoritet tyckte att de blivit bemötta med respekt och på ett hänsynsfullt sätt. Patienterna var mest kritiska när det gällde frågan om de fått tillräcklig information om sitt tillstånd och om de kände sig delaktiga i beslut om vård och behandling.</p>

Indikator	Vad visar indikatorn?	Reflektion
Befolkningens förtroende för vården	Indikatorn speglar vilken tillit patienter och medborgare har till hur väl hälso- och sjukvården fungerar och svarar upp mot behoven av vård och behandling.	<ul style="list-style-type: none"> • Positiv utveckling inom SLL, dock finns ett förbättringsutrymme. • Invånarnas förtroende för husläkarmottagningar är lägre än riksgenomsnittet • Män har ett något större förtroende för vården än kvinnorna <p>Mellan 2002–2005 har befolkningens förtroende för vården förbättrats kontinuerligt, från 51 procent till 59 procent. Störst tillit har de äldre (70 år och uppåt). Åldersgruppen 50–59 år, utlandsfödda samt personer med dålig hälsa känner ett lägre förtroende än andra grupper.</p>
Befolkningens uppfattning om tillgången till vård	Indikatorn speglar huruvida befolkningen anser att landstinget erbjuder ett utbud av hälso- och sjukvård som är tillräckligt, håller hög kvalitet och som kan ge den vård och behandling som efterfrågas. Indikatorn visar också om patienterna anser att man kan komma till vården när man behöver den.	<ul style="list-style-type: none"> • Positiv utveckling inom SLL, dock finns ett förbättringsutrymme. • Resultaten för SLL är ungefär desamma som riksgenomsnittet • Inga signifikanta skillnader mellan könen <p>En majoritet, tre av fyra, tycker att det har tillgång till den sjukvård de behöver. Mest nöjda är de äldre.</p> <p>En av tio är missnöjd med utbudet av sjukvård. De med dålig hälsa är kraftigt överrepresenterade bland de missnöjda</p>

Effektiv hälso- och sjukvård

Effektiv hälso- och sjukvård innebär att tillgängliga resurser utnyttjas på bästa sätt för att uppnå uppsatta mål. Vården ska utformas och ges i samverkan mellan vårdaktörer baserat på tillståndets svårighetsgrad och kostnadseffektiviteten i åtgärderna.

Indikator	Vad visar indikatorn?	Reflektion
Kostnad per consumerad DRG-poäng	Indikatorn är ett mått på hur mycket vård befolkningen consumerat och hur kostnadseffektiv resursanvändningen varit	<ul style="list-style-type: none"> • Positiv utveckling inom SLL • Resultaten för SLL är ungefär desamma som riksgenomsnittet <p>Stockholm hade år 2003 en produktivitet som var cirka 0,4% sämre än riksgenomsnittet för att 2004 uppvisa en produktivitet som var 0,6% bättre än riket. Produktiviteten inom vården i Stockholms läns landsting har försämrats under en lång period på mer än tio år fram till och med 2003. Ett trendbrott inträffade 2004 då kostnadsökningstakten kraftigt bromsades från att ha legat på en årlig ökning på 8 till 9% till en årlig ökning på cirka 3% åren från och med 2004.</p>
Faktisk kostnad i relation till förväntad kostnad	Kostnaden per invånare faktisk och förväntad är en bra utgångspunkt för beskrivning och analys av skillnader mellan landsting.	<ul style="list-style-type: none"> • SLL har de högsta kostnaderna per invånare jämfört med förväntat i landet. <p>Landstingen har olika förutsättningar avseende ålderssammansättning och sjuklighet, vilket påverkar behovet av vård. Efter justering för dessa faktorer kan en rättvisande jämförelse göras mellan landstingen. Kostnaden per invånare blir då jämfört med riket 11% högre i Stockholm, högst i landet. Det beror huvudsakligen på att Stockholmare konsumerar mer vård.</p>

Jämlik hälso- och sjukvård

Jämlik hälso- och sjukvård innebär att vården tillhandahålls och fördelas på lika villkor för alla.

Indikator	Vad visar indikatorn?	Reflektion
Vaccinationstäckning av barn mot mässling, påssjuka och röda hund (MPR)	En hög vaccinationstäckning (90–95%) krävs för att undvika epidemiutbrott av t ex mässling	<ul style="list-style-type: none">• Positiv utveckling inom SLL• Resultaten för SLL är sämre än riksgenomsnittet <p>Vaccinationstäckningen för (MPR) har ökat de senaste åren i Stockholms län, men ligger fortfarande lägre än rikssnittet år 2004. Inom landstinget finns områden med mycket låg vaccinationstäckning. Särskilda informationsinsatser har riktats till föräldrar i dessa områden .</p>
Andel i befolkningen som någon gång ansett sig vara i behov av sjukvård men inte sökt vård	Indikatorn speglar andelen i befolkningen som någon gång under det senaste året ansett sig vara i behov av sjukvård men inte sökt vård. På en följdfråga angående orsaken till att man inte sökt vård anges många olika anledningar; tidsbrist, dålig tillgänglighet, vet inte vart man ska vända sig, vill avvakta etc.	<ul style="list-style-type: none">• Resultaten för SLL är ungefär desamma som riksgenomsnittet• Skillnader mellan könen <p>Nästan var fjärde person har någon gång under år 2005 ansett sig vara i behov av vård men inte sökt vård, kvinnorna avstår i högre grad än männen. Den vanligaste orsaken är att man ville avvakta en tid, men var sjätte trodde att de inte kunde få någon hjälp.</p> <p>Ålderspensionärer och män avstår vård i mindre grad än andra grupper. Motsatsen gäller utsatta grupper (arbetslösa, långtids-sjukskrivna sjukpensionärer), barnfamiljer samt utlandsfödda.</p>

Hälso- och sjukvård i rimlig tid

Hälso- och sjukvård i rimlig tid innebär att ingen patient ska behöva vänta oskälig tid på vårdinsatser som han eller hon har behov av.

Indikator	Bakgrund	Reflektion
Andel i befolkningen som sökt vård och som anser att väntetiden varit rimlig	Indikatorn speglar andelen i befolkningen som sökt vård under det senaste året och som anser att väntetiden varit rimlig för det senaste besöket i öppen vård.	<ul style="list-style-type: none">• Positiv utveckling inom SLL, dock finns ett förbättringsutrymme.• Resultaten för SLL är ungefär desamma som riksgenomsnittet• Inga signifikanta skillnader mellan könen <p>Andelen som tycker att väntetiden för ett läkarbesök varit rimlig har ökat kontinuerligt sedan år 2001 från 71% till 77% och resultatet ligger i nivå med riksgenomsnittet. Störst förbättring har skett på sjukhusens mottagningar även om det är här som missnöjet fortfarande är störst.</p> <p>Trots den förbättring som skett är anser 23% att väntetiden varit orimligt lång, vilket gör att väntetiden är det område som flest invånare är missnöjda med.</p>

Indikator	Bakgrund	Reflektion
Väntetider till husläkare	Inom primärvården gäller sedan 1996 en nationell besöksgaranti som säger att primärvården är ansvarig för de första kontakterna och skall erbjuda hjälp, antingen på telefon eller genom besök samma dag som vården kontaktas. Om kontakt med husläkare erfordras skall väntetiden vara högst sju dagar.	<ul style="list-style-type: none"> • Positiv utveckling inom SLL • Resultaten för SLL är bättre än riksnomsnittet <p>Mätningen i mars 2006 visar att 91% av patienterna i Stockholms läns landsting fått kontakt med husläkare inom sju dagar. Det är en positiv utveckling som skett sedan mätningen i oktober 2004 då endast 82% av patienterna i landstinget fick kontakt med husläkare inom 7 dagar.</p>

Effekter på hälsan

Effekter på hälsan syftar till att beskriva och analysera vilka resultat som åtgärder i hälso- och sjukvårdssystemet har åstadkommit för att förbättra hälsoläget i befolkningen.

Indikator	Vad visar indikatorn?	Reflektion
Åtgärdbar dödlighet	Indikatorn bygger på att man studerar dödligheten i ett antal dödsorsaker som hälso- och sjukvården skall kunna förhindra om den fungerar bra. Indikatorn delas upp i en indikator som mäter sjukvårdens insatser och en indikator som mäter hur dödligheten påverkas av hälsopolitiska insatser.	<ul style="list-style-type: none"> • Hälsopolitiskt relaterad åtgärdbar dödlighet: Jämfört med riket har både män och kvinnor i SLL högre åtgärdbar dödlighet. • Sjukvårdsrelaterade åtgärdbar dödlighet: Jämfört med riket har både män och kvinnor i SLL lägre åtgärdbar dödlighet. • Skillnader mellan könen såväl avseende hälsopolitiskt relaterad åtgärdbar dödlighet som sjukvårdsrelaterad.
Kariesfrihet hos barn/ungdom	Indikatorn speglar hur väl barn- och ungdomstandvården har lyckats.	<ul style="list-style-type: none"> • Positiv utveckling inom SLL <p>Tandhälsoutvecklingen sett över tiden har varit positiv. Andelen kariesfria 3-åringar under perioden år 1987–2005 har ökat med drygt 8 procentenheter och uppgår år 2005 till 94%. Vad avser de sista fyra åren planar dock denna trend ut, vilket är naturligt när munhälsan blir allt bättre.</p> <p>Tandhälsan skiljer sig åt mellan olika geografiska områden i länet.</p>

Läsanvisning

Rapporten innehåller:

- En beskrivning av Stockholms läns landstings övergripande uppföljningsmodell.
- En beskrivning av uppdraget, arbetsprocessen och organisationen.
- Förslag till fortsatt utveckling av den övergripande uppföljningsmodellen inkl förslag till driftorganisation.
- För samtliga av modellens åtta uppföljningsperspektiv ingår en diskussion om definition och innebörd, indikatorer samt exempel på områden där förutsättningar för en övergripande landstingsuppföljning saknas i dagsläget och där fortsatt utveckling bedöms som angelägen.

I bilaga 1 är samtliga indikatorer beskrivna, analyserade och redovisade med utfall i diagramform. Samtliga förslag till indikatorer som har processats inom ramen för projektet finns listade sist i bilagan.

I bilaga 2 framgår projektets organisation, vilka som varit involverade i respektive uppföljningsperspektiv samt hur processen för framtagande av förslag till indikatorer och utvecklingsområden för indikatorerna har genomförts.

I bilaga 3 redovisas samtliga övergripande indikatorer som ingår i rapporteringen i juni 2006.

Uppdraget

I Hälso- och sjukvårdslagens (HSL) inledande paragraf slås fast att målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. För att nå målet enligt HSL behövs system för planering, utförande, uppföljning och fortlöpande utveckling av hälso- och sjukvårdens innehåll, kvalitet och resultat.

Den 14 september 2004 beslutade Landstingsfullmäktige om en övergripande uppföljningsmodell för hälso- och sjukvården i Stockholms läns landsting (LS 0404-0819). Grundtanken med en övergripande uppföljningsmodell för hela hälso- och sjukvården är att utifrån forskningens kunskapsläge och vårdgivarnas professionella erfarenheter identifiera en stabil bas för långsiktig uppföljning av hälso- och sjukvårdens kvalitet på landstingsövergripande nivå, d v s befolkningsnivå.

I augusti 2005 fattade Landstingsstyrelsen beslut om fortsatt arbete med uppföljningsmodellen (LS 0505-0807). I beslutet framgår att:

- Beställare Vård ansvarar för uppföljningsmodellen. På uppdrag av Beställare Vård utarbetar Forum en process för framtagande av indikatorer samt utvecklar indikatorer i enlighet med uppföljningsmodellen i samverkan med representanter från Beställare Vård och vårdgivarna (privata/offentliga),
- Beställare Vård, Forum och vårdgivarna når konsensus om innebörden av respektive uppföljningsperspektiv,
- landstingets process för uppföljning innehåller ett förslag till hur man ska ge stöd för att tolka redovisade resultat,
- det fortlöpande ska ske avstämning gentemot de politiska partierna.

Syftet har varit att i samverkan mellan Beställare Vård, vårdgivarna och Forum och i samråd med de politiska partierna nå konsensus om definition av modellens åtta uppföljningsperspektiv (se nästa sida) samt om ett antal indikatorer inom respektive uppföljningsperspektiv på övergripande nivå. En systematisk uppföljning av hälso- och sjukvården på övergripande landstingsnivå kommer att

- Möjliggöra en uppföljning som är stabil över tid.
- Bidra till att skapa förutsättningar för effektivare styrning av resurser inom hälso- och sjukvården.
- Bidra till att möjliggöra öppna och tillgängliga redovisningar av hälso- och sjukvårdens kvalitet på befolkningsnivå till olika intressenter (befolkning, patienter, tjänstemän, politiker mfl).
- Användas i förbättring och utveckling av hälso- och sjukvården.
- Bidra till att möjliggöra jämförelser mellan Stockholms läns landsting och nationen

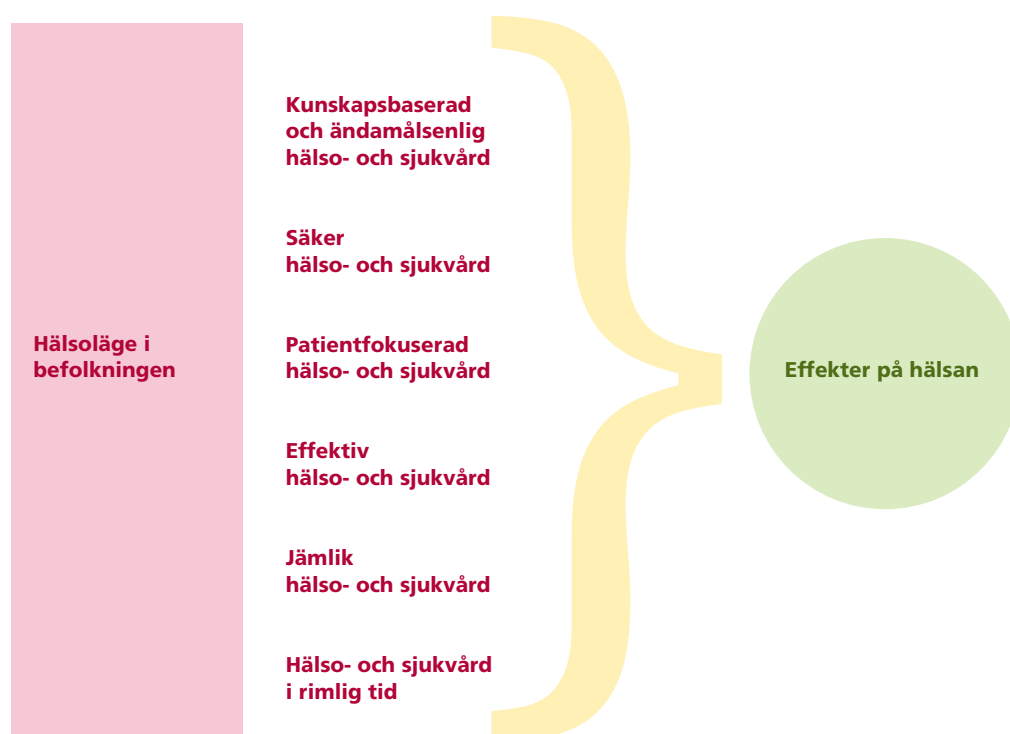
Projektet har i arbetet med att föreslå indikatorer utgått från de datakällor som är tillgängliga för inhämtande av information om befolkningens hälsa, hälso- och sjukvårdens kvalitet och dess effekter på hälsan på övergripande landstingsnivå. En rad områden som är av vikt att följa men där förutsättningarna för en systematisk övergripande uppföljning saknas har identifierats. Dessa utvecklingsområden lyfts fram i dokumentet.

En central del i arbetet har varit att kontinuerligt stämma av såväl definitioner som indikatorer med andra nationella och internationella aktörer som arbetar med att utveckla övergripande uppföljning.

Uppföljningsmodellen

Uppföljningsmodellen har *åtta uppföljningsperspektiv* som utgångspunkt:

1. Hälsoläge i befolkningen
2. Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård
3. Säker hälso- och sjukvård
4. Patientfokuserad hälso- och sjukvård
5. Effektiv hälso- och sjukvård
6. Jämlig hälso- och sjukvård
7. Hälso- och sjukvård i rimlig tid
8. Effekter på hälsan



Val av indikatorer

För beskrivningen av de indikatorer som valts har projektet använt den modell som tagits fram inom det Medicinska programarbetet och som nu används och förordas nationellt av det sk InfoVU-projektet. Där det är möjligt redovisas resultaten könsuppdelat.

Grund för urval av indikatorer har varit

1. Definition och innebörd av de åtta uppföljningsperspektiven
2. Att de indikatorer som väljs ska bygga på evidensbaserad, aktuell kunskap och god medicinsk praxis avseende god kvalitet inom hälso- och sjukvården. (Enl. Socialstyrelsen karaktäriseras god kvalitet inom hälso- och sjuk-

vården av att den är kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, patientfokuserad, effektiv, jämlik och ges i rimlig tid). Indikatorerna ska dessutom ha hög validitet samt kunna analyseras med utgångspunkt i en värdering av vad som är ett bra respektive mindre bra resultat.

3. Indikatorer som används regionalt, t ex i form av regionala vårdprogram och kvalitetsuppföljningsbilagor i avtal, folkhälsorapporter och nationellt i form nationella kvalitetsregister, nationella riktlinjer, hälso- och sjukvårdsrapporteringar samt indikatorer använda för övergripande landstingsuppföljning i andra landsting/regioner såväl nationellt som internationellt.
4. Indikatorerna ska vara så generella som möjligt och spegla hela hälso- och sjukvården utifrån ett landstingsövergripande perspektiv.
5. Tillgängliga datakällor för inhämtande av information om befolkningens hälsa, hälso- och sjukvårdens kvalitet och dess effekter på hälsan på övergripande landstingsnivå

En rad områden som är av vikt att följa men där förutsättningarna för en systematisk övergripande uppföljning saknas har identifierats. Dessa utvecklingsområden lyfts fram i dokumentet.

Övergripande indikatorredovisningar – periodicitet

I juni 2006 presenteras resultat, tolkning och analys från 20 övergripande indikatorer. Resultaten kommer att göras publika för befolkningen via landstingets hemsida och genom skriftlig information. Från och med 2007 kommer redovisningen av den övergripande uppföljningsmodellens indikatorer att ske i samband med årsbokslut.

Arbetsprocess

För respektive uppföljningsperspektiv har en fördjupad beskrivning av definition och innebörd tagits fram. Utgångspunkten har varit Hälso- och sjukvårdslagen, Världshälsoorganisationens (WHO) definition av hälsa och Socialstyrelsens definition av god vård kopplat till föreskriften om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (SOSFS 2005:12). En rad olika regionala, nationella och internationella källor har gått igenom.

Centralt i arbetet har varit att stämma av såväl definitioner som indikatorer med andra nationella och internationella aktörer som arbetar med att utveckla övergripande uppföljning. Avstämning har skett gentemot Socialstyrelsens arbete med nationella riktlinjer, Socialstyrelsens och Sveriges kommuner och landsting (SKL) arbeten med InfoVU respektive nationell strategi för öppna jämförelser, Västra Götalands arbete med sk verksamhetsanalys, Nordiska ministerrådets arbete med utveckling av samnordiska indikatorer m fl. Arbetet har också bedrivits i bred samverkan internt inom SLL.

Följande grupperingar har getts möjlighet att lämna synpunkter.

- SLLs Direktörsgrupp för hälso- och sjukvården
- SLLs Chefläkargrupp
- Stockholms medicinska råd
- Samtliga medarbetare i Landstingsstyrelsens förvaltning
- Fackliga arbetstagarorganisationer
- Handikapp- samt pensionärsorganisationer
- Sveriges kommuner och landsting
- Socialstyrelsen

Avstämning med de politiska partierna har skett kontinuerligt.

I början av april fattade projektets styrgrupp beslut om 20 övergripande indikatorer för redovisning i den första rapporteringen.

Fortsatt förvaltning

Projektet med den övergripande uppföljningsmodellen avslutas i juni 2006. Arbetet övergår därefter i drift och förvaltning.

Internationell erfarenhet, från bland annat England och Kanada, lyfter fram att tolkning och analys av hälso- och sjukvårdens resultat mätt med utgångspunkt i indikatorer bör ske av en neutral bedömare och inte av den som finansierar och tillhandahåller sjukvården. En neutral bedömare skapar bättre förutsättningar för dialog kring resultaten, vilket underlättar förbättringsarbetet, ökar trovärdighet i analysen och minimerar risken för intressekonflikter. Mot bakgrund av detta föreslås att Beställare Vård även fortsättningsvis har ansvaret för arbetet. Beställare Vård uppdrar åt Forum/Centrum för vårdutveckling att förvalta och fortsätta utveckla den övergripande uppföljningsmodellen i bred samverkan med Beställare Vård, Forum, övriga LSF och vårdgivarna. Centralt i arbetet är dels en nära samverkan med det nationella arbete som bedrivs från Socialstyrelsen och Sveriges kommuner och landsting avseende öppna redovisningar av hälso- och sjukvårdens resultat, dels en aktiv omvärldsbevakning nationellt och internationellt.

Såväl utveckling av övergripande indikatorer som tolkning och analys av resultat ska ske i nära samverkan med andra pågående utvecklingsarbeten inom landstinget med bäring på uppföljningsmodellens perspektiv. Det gäller till exempel handlingsprogram för säker vård, handlingsplan för jämlik vård och arbete med regionala medicinska riktlinjer och rekommendationer.

En stor del av uppföljningsmodellens övergripande indikatorer bygger på rutinmässigt insamlad data i olika elektroniska patientadministrativa system. GVD-programmet (it-baserad gemensam vårddokumentation) kommer på sikt att utveckla och effektivisera såväl innehållet i den ändamålsenliga vårddokumentationen som möjligheterna till förbättrad uppföljning av hälso- och sjukvårdens kvalitet. Mot bakgrund av detta är en nära samverkan mellan GVD och uppföljningsmodellen självklar.

Uppföljningsperspektiv och övergripande indikatorer

Beskrivning av uppföljningsperspektiv: Hälsoläge i befolkningen

Definition enligt projektdirektivet: *Graden av hälsa definierat som ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte endast frånvaro av sjukdom (WHO)*

Enligt HSL (7 §) ska landstinget planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i befolkningens behov av sådan vård. Landstingets förutsättningar att verka för en god hälsa och jämlik vård är beroende av att verksamheten inriktas mot evidensbaserade hälsofrämjande insatser, prevention och sjukvård där behov – som det finns möjligheter att möta – föreligger. Bedömningen av ett sådant behov kräver en orientering kring det aktuella hälsoläget. Uppföljningsperspektivet ”Hälsoläge i befolkningen” utgör därför en viktig utvärderingsdimension.

Begreppet hälsoläge bör beaktas ur en rad aspekter. Beskrivningen måste först av allt botten i en definition av hälsa. I den aktuella kontexten är det också relevant att måtten avspeglar sådana aspekter av hälsa som kan tänkas vara påverkbara. Både mer objektiva som subjektiva bedömningar av hälsoläget är relevanta. De utfall som följs upp bör vara av karaktären folkhälsoproblem, dvs tillstånd av tillräcklig dignitet i termer av förekomst, svårighetsgrad, snedfördelning i befolkningen eller trender över tid.

Enligt projektdirektivet ska hälsoläget i befolkningen värderas med utgångspunkt i WHO:s definition av hälsa (se ovan). Definitionen innefattar ett bredare synsätt, och de mått som väljs för att följa hälsoutvecklingen bör alltså spegla fysiska, psykiska såväl som sociala aspekter av hälsa.

En mer komplicerad fråga är hur olika typer av hälsoproblem korrelerar med behov som kan bemötas. I någon utsträckning är hälso- och sjukvårdsåtgärder av mindre betydelse för den psykiska och, framförallt den sociala dimensionen av nedsatt välbefinnande.

Övergripande indikatorer för rapportering i juni 2006

- Återstående medellivslängd vid födelsen
- Förekomst av nedsatt psykiskt välbefinnande
- Hälsorelaterad livskvalitet

Se bilaga 1 för en utförlig beskrivning av respektive övergripande indikator samt förteckning av samtliga övergripande indikatorer som föreslagits inom ramen för detta uppföljningsperspektiv.

Exempel på angelägna utvecklingsområden för uppföljning

Förekomsten av vårdkrävande psykisk sjukdom

I dagsläget finns inga tillförlitliga källor som rymmer denna information. Därmed finns inte möjlighet att följa utvecklingen av den psykiska morbiditeten. Detta är bekymmersamt, då bland annat obehandlad depression tycks utgöra ett folkhälsoproblem.

Förekomsten av psykisk ohälsa hos barn

Enligt den senaste Folkhälsorapporten (Socialstyrelsen 2005) ökar andelen skolbarn med psykiska besvär under perioden 1985 till 2001. Denna oroande trend är naturligtvis viktig att följa. I samarbete mellan flera av SLL:s enheter (Beställare Vård, Enheten för Psykisk Hälsa på Forum, Karolinska Institutet och BUP-divisionens FoUU-enhet vid Astrid Lindgrens Barnsjukhus) och Epidemiologiskt Centrum vid Socialstyrelsen pågår ett utvecklingsarbete för att skapa ett instrument som kan användas för att mäta barns och ungdomars hälsa. Ett övergripande syfte är att mätinstrumentet ska kunna användas för att planera, beställa och utvärdera den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten.

Beskrivning av uppföljningsperspektiv: Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård

Socialstyrelsens definition av Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård

Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård innebär att vården skall bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet och utformas för att möta den individuella patientens behov på bästa möjliga sätt.

Med kunskapsbaserad hälso- och sjukvård i Stockholms läns landsting avses vård som bygger på bästa tillgängliga kunskap i dagsläget. Det innebär också kunskap om det aktuella läget och vad som är möjligt att uppnå. Kunskapsbasen utgörs av SBU-rapporter, andra vetenskapliga rapporter och kunskapsdokument, nationella riktlinjer, regionala riktlinjer och lokala vårdprogram samt beprövad erfarenhet när kunskapsdokument saknas.

Med ändamålsenlig hälso- och sjukvård menas vård som leder till ett bra resultat för patienten, vilket kan mätas på olika sätt såsom överlevnad, hur patienten mår etc. Men ändamålsenlig vård kan också innebära att minimera risker för patienten.

Uppföljning av kunskapsbaserad hälso- och sjukvård bör inrikta sig mot uppföljning av processer, då det är processen som kan vara kunskapsbaserad (utgå från riktlinjer etc). Därför bör eftersträvas indikatorer som mäter i vilken utsträckning vetenskapligt baserade riktlinjer följs och rutiner tillämpas.

Önskvärt på en övergripande landstingsnivå är indikatorer som mäter om vårdprocesser i SLL är kunskapsbaserade och i vilken utsträckning evidensbaserade riktlinjer används i det dagliga arbetet. Uppföljning av i vilken utsträckning man följer kunskapsbaserade rutiner bör ingå i framtidens journalsystem.

Ett sätt att mäta detta är att studera följsamhet till nationella och regionala riktlinjer samt inrapportering till nationella och regionala kvalitetsregister. Till stora delar saknas färdiga indikatorer inom dessa områden. Därför föreslås en utveckling här. I de fall indikator saknas för ett område som anses viktigt att följa upp tas en ny indikator fram enligt gällande matris och i konsensusförfarande med medicinska experter inom området. Denna indikator prövas, utvärderas och revideras innan spridning. För att en indikator ska anses valid ska den antingen bygga på erkänd kunskapsbas om vad som utmärker god vård och omsorg inom området eller vara framtagen i konsensus med experter inom berörd profession.

Då indikatorer saknas enligt förslag ovan får istället sk intermediärmått användas. Intermediärmått anses indikatorer vara som är hämtade från nationella kvalitetsregister som bygger på nationella riktlinjer.

Vid val av indikatorer har utöver krav på validitet även hänsyn tagits till om det finns ett stort gap mellan kunskap och rådande praxis, samt om gapet är möjligt att påverka av vårdgivarna. Processmått anses lättare att snabbt påverka av vårdgivarna varför dessa föreslås i första hand.

I arbetet har frågan om generella indikatorer och sjukdomsspecifika indikatorer diskuterats. Valet föll på indikatorer för sjukdomar med högst dödlighet och/eller störst sjukdomsburda.

Övergripande indikatorer för rapportering i juni 2006

- Primär PCI (ballongvidgning) vid akut ST-höjningsinfarkt
- Dödlighet vid stroke
- Överlevnad i bröstcancer
- Följsamhet till rekommenderade läkemedel (DU90%)

Se bilaga 1 för en utförlig beskrivning av respektive övergripande indikator samt förteckning av samtliga övergripande indikatorer som föreslagits inom ramen för detta uppföljningsperspektiv.

Exempel på angelägna utvecklingsområden för uppföljning

Anslutning till för verksamheten relevanta nationella kvalitetsregister

Mäter täckningsgraden. Vårdgivarens täckningsgrad i respektive register följs upp vid avtalsuppföljningen. Vårdavtalen medger redan idag en skyldighet att registrera i relevanta kvalitetsregister.

Tillämpning av nationella riktlinjer

Andelsmått som anger hur många diagnosområden som täcks av nationella riktlinjer. Uppföljning via ordinarie avtalsuppföljning eller separat enkät beroende på aktuellt vårdavtal.

Tillämpning av regionala riktlinjer och vårdprogram

Andelsmått som anger hur många diagnosområden som täcks av regionala riktlinjer eller vårdprogram. Uppföljning via ordinarie avtalsuppföljning eller separat enkät beroende på aktuellt vårdavtal.

Beskrivning av uppföljningsperspektiv: Säker hälso- och sjukvård

Socialstyrelsens definition av Säker hälso- och sjukvård

Säker hälso- och sjukvård innebär att vårdskador förhindras genom ett aktivt riskförebyggande arbete.

All hälso- och sjukvård skall vara organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet. Säker hälso- och sjukvård är en grundsten i allt kvalitetsarbete och innebär att vårdskador skall förhindras genom aktivt riskförebyggande arbete (se 2a§, 2c§, 2e§, 28§ HSL).

”Patienternas behov av trygghet ska präglade all vård och behandling” är visionen för *”Värdegrunden för hälso- och sjukvården för Stockholms läns landsting”*.

Trygghet är ett grundläggande behov och förutsätter ett ständigt pågående säkerhetsarbete som en central del i en patientfokuserad verksamhetsutveckling.

Den vård som syftar till att hjälpa och lindra får inte i sig medföra skador som hade kunnat undvikas. Detta kan endast ske genom medveten uppmärksamhet på risker i hälso- och sjukvården och metodiskt arbete för att eliminera eller minimera dessa risker.

Dagens hälso- och sjukvård har en hög komplexitet, där avancerad teknologi med stora riskpotentialer används och där många individer med olika yrkestillhörighet ständigt, och ofta i ett högt tempo, gör bedömningar, fattar beslut och utför vård- och behandlingsåtgärder. Att tala om en vårdprocess eller en vårdkedja är egentligen en allt för enkel syn på hur vård bedrivs. Det är snarare fråga om en tät väv, där det i varje knutpunkt finns risker för att avvikelser inträffar.

För att nå visionen har SLL valt strategin att satsa på följande utvecklingsområden (se Fokusrapport Patientsäkerhetsstrategi för hälso- och sjukvården i SLL):

- Samverkan med patienter
- Utveckling av systemtänkande
- Byggnad av lärandeorganisation
- Stöd till säkerhetsarbetet
- Skapande av säkerhetskultur

Förbättring av kvaliteten och säkerheten i vården kräver insatser inom hela systemet och omfattar ett brett spektrum av kliniskt förbättringsarbete och riskförebyggande arbete inkluderande säkerställande av god vårdhygienisk standard, säker läkemedelshantering, säker användning av medicintekniska produkter, säkra vård- och behandlingsmetoder och säkra vårdmiljöer. Alla yrkeskategorier verksamma inom hälso- och sjukvården måste samverka för att åstadkomma förbättringar i kvalitet och säkerhet. Ingen förbättring uppstår genom enskilda personers insatser. Grunden är att lära av tillbud och negativa händelser, och aktivt förhindra att dessa händelser inträffar igen eller kan leda till skada. Nästa steg är att systematiskt identifiera och förebygga risker i vården, innan de lett till någon händelse.

Detta steg kommer naturligt när organisationen som helhet präglas av en

säkerhetskultur som kommer till uttryck i medarbetarnas förhållningssätt till patientens säkerhet och i ledningarnas aktiva och synliga arbete för att förbättra patientsäkerheten.

Övergripande indikatorer för rapportering i juni 2006

- Årlig skadefrekvens enligt patientskadeförsäkringen (LÖF)
- Nydiagnostiserade MRSA-fall som smittats inom hälso- och sjukvården

Se bilaga 1 för en utförlig beskrivning av respektive övergripande indikator samt förteckning av samtliga övergripande indikatorer som föreslagits inom ramen för detta uppföljningsperspektiv.

Exempel på angelägna utvecklingsområden för uppföljning

Standardiserad sjukhusmortalitet

Hospital Standardized Mortality Rate (HSMR) är en modell för beräkning av ett sjukhus sammanvägda mortalitetstal (observerad/förväntad mortalitet x 100). Modellen har tagits fram av Professor Sir Brian Jarman från England. Den publicerades 1999 och används nu inom amerikansk och engelsk hälso- och sjukvård. De 80-tal diagnoser som står för den högsta mortaliteten väljs ut för analys och standardiseras för en mängd faktorer som ålder, vårdtid, akut eller elektiv vård. Modellen har applicerats på mortalitetssiffror från svenska sjukhus och Epidemiologiskt centrum, Socialstyrelsen har beslutat införliva måttet i sin statistik. HSMR har visat sig spegla hur väl ett sjukhus följer evidensbaserade metoder och arbetsrutiner och genom systematiskt kvalitetsarbete har organisationer lyckats förbättra sitt utfall.

Fallskador inom slutenvården

Antal fallskador inom slutenvården/vård dygn (landstingets gemensamma avvikelserapporterings- och erfarenhetssystem, och/eller registrering av ICD-koden i patientadministrativa system).

Vårdrelaterade infektioner

1. Andel patienter i slutenvården som drabbas av vårdrelaterade infektioner totalt; andel urinvägsinfektioner bland blåskateterbehandlade; andel infekterade bland central venkateterbehandlade (landstingets gemensamma avvikelserapporterings-/erfarenhetssystem alt punktprevalensstudier).
2. Antal Saureussepsisfall per 100 patienter i hemodialys per år.
3. Andel öppenvårdsverksamheter som följer upp följsamheten gentemot MRSA-preventivt vårdprogram.

Trycksår

Andel patienter som utvecklat trycksår enligt definition i lokalt vårdprogram under vårdtiden (landstingets gemensamma avvikelserapporterings-/erfarenhetssystem, och/eller registrering av ICD-koden i patientadministrativa system alt punktprevalensstudier).

Ogynnsam effekt av drog eller läkemedel i terapeutiskt syfte

Andel ”ogynnsam effekt av drog eller läkemedel i terapeutiskt syfte” (registrering av ICD-koden Y57.9 i patientadministrativa system och/eller landstingets gemensamma avvikelserapporterings-/erfarenhetssystem alt punktprevalensstudier, tex på akutmedicinska vårdavdelningar).

Allvarliga/mycket allvarliga avvikelser

Andel allvarliga/mycket allvarliga avvikelser bland rapporterade avvikelser i det landstingsgemensamma avvikelserapporterings- och erfarenhetssystemet.

Vårdhygienstandard

Andel verksamheter som gjort självutvärdering av sin vårdhygienstandard minst en gång under det gångna året enligt definierat instrument (under utveckling).

Utvärdera sina skrivna läkemedelsordinationer

Andel slutenvårdsverksamheter som låtit utvärdera sina skrivna läkemedelsordinationer enligt beprövad metod. (Metoden finns men resurser för att göra utvärderingarna i större skala saknas.)

Frekvens av vissa komplikationer

Frekvens av vissa komplikationer, förslagsvis postoperativ sepsis (valda diagnoser, valda operationer), postoperativ lungemboli och/eller djup ventrombos (valda diagnoser, valda operationer) (landstingets gemensamma avvikelserapporterings-/erfarenhetssystem, och/eller registrering av ICD-koden i patientadministrativa system).

Säkerhetskultur

Genomsnittlig nivå på säkerhetskulturen mätt med webb-baserat, validerat instrument. (Instrument under utveckling.)

Beskrivning av uppföljningsperspektiv: Patientfokuserad hälso- och sjukvård

Socialstyrelsens definition av Patientfokuserad hälso- och sjukvård

Patientfokuserad hälso- och sjukvård innebär att vården ges med respekt och lyhördhet för individens specifika behov, förväntningar och värderingar och att dessa vägs in i de kliniska besluten

I uppföljningsperspektivet patientfokuserad hälso- och sjukvård speglar utfallet patientens upplevelser och utsagor om vården.

Lagstiftningen och dess förarbeten, regelverk samt policydokument inom SLL och rapporter ger uttryck för att *delaktighet och respektfullt bemötande* är grundläggande i patientens och närståendes möte med hälso- och sjukvården.

I många undersökningar hävdar patienter att ”bemötandet ofta är viktigare än den medicinska behandlingen”, även om man kan anta att patienter förutsätter att de ska erhålla den bästa vården utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet.

Patientens uppfattning om och upplevelser av hälso- och sjukvården fångas idag i huvudsak via patientenkäter. Man bör dock beakta att väsentliga patientgruppers uppfattning inte kan fångas i aktuella patientenkäter. Funktionshindrade och tolkbehövande behöver i större utsträckning ges möjlighet att uttrycka sin upplevelse av mötet med hälso- och sjukvården.

Socialstyrelsens Hälso- och sjukvårdsrapport 2005, betonar vikten av nya arbetssätt inom området. Uppföljning i detta sammanhang är enligt

Socialstyrelsens bedömning inte liktydigt med att då och då låta patienter betygssätta om de är nöjda med den vård de har erhållit, eftersom denna information oftast ger mycket begränsad information om delaktighet och inflytande. Nya arbetssätt för att öka patientens delaktighet och inflytande måste prövas.

Det är också av stor vikt att ta reda på vårdgivare/vårdpersonalens uppfattning om på vilket sätt patientfokuserad vård bedrivs i det dagliga arbetet och formulera kvalitetsmått som stödjer detta. Det kan ge information om hur det etiska och värderingsmässiga förhållningssättet ligger till grund för mötet mellan vårdpersonal och patient och närstående samt hur detta arbete utgår från och relaterar till de tre policydokumenten *Hälso- och sjukvårdens Värdegrund*, *Vård i dialog* och *Att stärka patientens ställning*. Frågorna skulle kunna handla om hur man levandegör och utvecklar arbetet med värderingar, hur man använder resultatet av patientenkäter, hur man hanterar avvikelser och hur man samverkar med prioriterade grupper. Svårigheten är hur frågeställningarna fångas som mått.

Företrädare inom WHO för ett resonemang kring distinktion av begreppen *patient satisfaction* och *responsiveness*. Begreppsdistinktionen relaterar till hälso- och sjukvårdssystemets förmåga att via "*objectively set standards*" utröna huruvida hälso- och sjukvårdssystemet förmår att tillgodose patienters och närståendes behov vid mötet med hälso- och sjukvården. Beaktande WHOs distinktion av begreppen *patient satisfaction* och *responsiveness*, förmår hälso- och sjukvårdssystemet inom SLL att tillgodose patienternas och närståendes behov – en patientfokuserad hälso- och sjukvård?

Landstingets beställarvision en "*En hälso- och sjukvård i världsklass*" ställer krav på patientfokuserad vård även i ett bredare perspektiv än det nationella.

"En patientfokuserad hälso- och sjukvård innebär att vården ges med respekt och lyhördhet för individens specifika behov, förväntningar och värderingar, och att dessa vägs in i de kliniska besluten".

Stockholms läns landsting bör till denna definition lägga att definitionen har sin grund i "*Att stärka patientens ställning*", där policydokumentet *Hälso- och sjukvårdens Värdegrund* som landstingsfullmäktige i full enighet beslutat, och utgör den bas från vilket uppföljningen utgår från och relaterar till. Det saknas i dagsläget såväl operativa uppföljningsmått som möjlighet att följa befintliga önskvärda mått.

En annan indikator som har diskuterats är antal ärenden hos Patientnämnden under problemområdena Bemötande och Information. Synpunkter/klagomål under problemområdet Bemötande kategoriseras i tre delproblem: Ovänligt/nonchalant/brist på empati, Ej lyssnad till/ej trodd, Blivit slussad runt i vården/ingen tar ansvar för patienten. Underrubrik för problemområde Information är ej-, sent-, fel-, otillräckligt informerad. Antalet klagomål till Patientnämnden är dock relativt få, ca 600 per år. Ska man dessutom följa enbart delmängden om Bemötande respektive Information blir antalet anmälningar ännu färre. Vidare finns tveksamheter avseende validitet och reliabilitet eftersom kunskap saknas om hur väl känt det är bland patienter att det finns möjligheten att få hjälp via Patientnämnden. Med anledning av detta föreslås inte Patientnämndens statistik som en indikator på övergripande landstingsnivå.

Avseende patienters uppfattning av given hälso- och sjukvård konstateras att det idag finns möjlighet att använda SLL-index från de åtta gemensamma frågorna i gemensamma patientenkäter och att frågeställningar rörande patientens värdering, bemötande och delaktighet kan tas med som mått i indexform per vårdgren. Indikator, som genomför undersökningarna, har tagit fram sex dimensioner som täcker de flesta frågorna i enkäterna och som sammanfattar de viktigaste aspekterna vid ett vårdtillfälle. Varje dimension består av 3–5 enkätfrågor. Dimensionerna anger förbättringsutrymmet för frågeområdet. Låga värden är eftersträvansvärda. Därutöver finns det ett sammanfattande index som bygger på de åtta gemensamma frågor som finns med i varje enkät. Ett index är en typ av medelvärde som anger hur nära bästa värdet resultatet ligger.

De sex dimensionerna är delaktighet, bemötande, trygg och säker vård, tillgänglighet, kommunikation samt patientens värdering. Dimensionerna *Delaktighet* och *Bemötande* samt *Patientens värdering* föreslås nedan som indikatorer inom detta uppföljningsperspektiv. Dimensionerna *Trygg och säker vård* och *Tillgänglighet* tas om hand i de andra perspektiven. Dimensionen *Kommunikation* skulle också vara en viktig indikator men som här har nedprioriterats till förmån för de övriga måtten. Dimensionen för Patientens värdering av vårdtillfället kan även det vara ett mått som ska kunna följas men uppkommer det en valsituation så bör de övriga dimensionerna täcka in lite av den dimensionen också.

Det krävs fortsatt diskussion om bl.a. följande;

- Frekvens och förekomst av enkätstudie är varierande från verksamhet till verksamhet och vårdgren till vårdgren.
- Svårigheter att fånga uppfattningen hos de patienter som inte själva kan svara på enkäter på grund av sjukdom, funktionshinder, annat språk eller att de är barn
- Svårighet att fånga index då alla vårdgrenar inte redovisar lika från de åtta olika frågområdena i Indikators patientenkäter.

Övergripande indikatorer för rapportering i juni 2006

- Patientupplevelse av vården
- Befolkningens förtroende för vården
- Befolkningens uppfattning om tillgången till vård

Se bilaga 1 för en utförlig beskrivning av respektive övergripande indikator samt förteckning av samtliga övergripande indikatorer som föreslagits inom ramen för detta uppföljningsperspektiv.

Exempel på angelägna utvecklingsområden för uppföljning

Inom ramen för aktiviteten *Att stärka patientens ställning* finns idag bl a ett forsknings- och utvecklingsområde inom *Hälso- och sjukvårdens Värdegrund*, med tre delstudier, varav en delstudie är *Patient och Närstående*. Delstudien och även arbetet med *Patientfokuserad hälso- och sjukvård* kommer att resultera i förslag till gemensamma indikatorer och frågeställningar som avser uppföljningsfrågor kring patientfokuserad hälso- och sjukvård. Måtten skulle kunna samlas in via webbenkäter. Frågorna skulle därmed kunna ingå som indikatorer i samtliga enkäter som berör hälso- och sjukvård.

Responsiveness

Arbetsgruppen föreslår att utvecklingsarbetet med hela uppföljningsmodellen ska verka för att motsvara intentionerna i WHO:s resonemang kring begreppet responsiveness. I "The World Health Report 2000" (WHO) beskrivs *responsiveness* som ett socialt mål, där vikten av att respektera en persons värdighet, självbestämmande och rätt till sekretess betonas.

Tillgång till den egna journalen

Inom National Health Service (NHS) i England, föreslås en indikator avseende delaktighet "Har du fått tillgång till din egen journal". Även i Socialstyrelsens hälso- och sjukvårdsrapport 2005 beskrivs detta som en viktig utveckling. En sådan indikator kan idag inte följas upp direkt då det inte finns någon registrering om detta, men det skulle kunna utvecklas.

Ett utvecklingsarbete bör genomföras för att göra patientens journal tillgänglig så att patienters och även närståendes förutsättningar att vara delaktiga i den egna hälso- och sjukvården ökar.

Beskrivning av uppföljningsperspektiv: Effektiv hälso- och sjukvård

Socialstyrelsens definition av Effektiv hälso- och sjukvård

Effektiv hälso- och sjukvård innebär att tillgängliga resurser utnyttjas på bästa sätt för att uppnå uppsatta mål. Detta innebär att vården utformas och ges i samverkan mellan vårdaktörer baserat på tillståndets svårighetsgrad och kostnadseffektiviteten för åtgärderna.

Inom offentlig verksamhet görs ofta en åtskillnad mellan vad som är produktivitet och vad som är kvalitet. Med produktivitet menas relationen mellan utförda prestationer och använda resurser. Med kvalitet avses resultatets förhållande till de prestationer som utförts. Produkten av produktivitet och kvalitet benämns i detta sammanhang för effektivitet. I denna terminologi avser begreppet effektivitet hur väl resurserna bidrar till att uppfylla de mål som finns uppställda för verksamheten. Denna definition har stora likheter med vad begreppet produktivitet står för i privat sektor. Olika benämningar används därmed för i stort sett samma sak.

Effektivitet definieras nedan som produkten av produktivitet och kvalitet

<u>Prestation</u>	•	<u>Resultat</u>	=	<u>Resultat</u>
Resurs		Prestation		Resurs
Produktivitet		Kvalitet		Effektivitet

Effektivitet beskriver i vilken utsträckning tillgängliga resurser utnyttjas bäst för att nå uppsatta mål. Kostnader används i första hand som mått på resurser i den fortsatta beskrivningen. Den viktigaste begränsande faktorn för vården framöver är ekonomin och därmed blir kostnadseffektiviteten mest intressant. För vissa verksamheter och perioder med personaltillgång som tydlig begränsningsfaktor kan det vara intressant att beskriva hur effektivt vi utnyttjar arbetad tid.

För att rätt beräkna produktivitetens utveckling krävs att en korrigering görs för ändrade priser. Produktionens utveckling ska med andra ord åter-

spegla hur denna utvecklats i fasta priser, det vill säga efter avdrag för genomförda prisförändringar. Fastprisberäkningen ställer stora krav på god information om prisutvecklingen och för att korrekt kunna beräkna utvecklingen i fasta priser krävs att de prisindex som används beskriver utvecklingen för likartade varor och tjänster, det vill säga med oförändrad kvalitet. Prisförändringar som sammanhänger med att produkternas kvalitet och egenskaper har ändrats ska således inte ingå i det prismått som används. Sådana förändringar ska istället betraktas som en förändrad produktionsvolym och i sin förlängning en ändrad produktivitet.

Det är av flera skäl svårt att fånga in kvalitet i några väl definierade mått och använda dessa för jämförelser över tiden. Produktivitetmätningar måste emellertid justeras för förändringar i produktens innehåll och kvalitet för att rätt beskriva utvecklingen av effektiviteten. Annars kan det som avläses som försämrad effektivitet innebära en motsvarande ökad kvalitet och vice versa. Det är viktigt att skilja på nivå och tillväxttakt. Hög produktivitet är liktydigt med att de använda resurserna ger ett betydande utbyte. Ökad produktivitet innebär att detta utbytesförhållande växer. Ökad produktivitet är ofta synonymt med ökad produktion, men det kan också innebära att en given produktionsnivå kan upprätthållas trots en minskad resursanvändning.

Avgränsningen av vårdens uppdrag och sättet att beskriva verksamhetens innehåll, kvalitet och kostnader förändras löpande. När förändringar i produktivitet och effektivitet ska beskrivas för flera år måste korrigeringar göras så att alla år blir jämförbara. Detta arbete är ofta tids- och resurskrävande. Det finns gott om exempel på förändringar av detta slag. Vårdens uppdrag har förändrats då sjukhemmen fördes över till kommunerna, tandvård, habilitering och läkemedel har tillkommit. Internhyra, DRG och olika poängsystem har införts som påverkat sättet att beräkna kostnader och beskriva verksamhetens omfattning och innehåll.

Övergripande indikatorer för rapportering i juni 2006

- Kostnad per konsumerad DRG-poäng
- Faktisk kostnad i relation till förväntad kostnad

Se bilaga 1 för en utförlig beskrivning av respektive övergripande indikator samt förteckning av samtliga övergripande indikatorer som föreslagits inom ramen för detta uppföljningsperspektiv.

Exempel på angelägna utvecklingsområden för uppföljning

De mått som idag i huvudsak används beskriver i första hand antalet vårdkontakter, kostnader och produktivitet. Kvalitet beskrivs endast punktvis.

KPP – Kostnad per patient

För beskrivningen av vårdens effektivitet går det att i det medellånga perspektivet utveckla och öka användningen av viktade vårdkontakter, fortsätta spridningen av Kostnad Per Patient samt att i ökad utsträckning använda och påverka de nationella måtten.

Viktade vårdkontakter

Viktade vårdkontakter kan användas för att beskriva bruttoproduktionen i beräkningen av beställarens köpkraft i stället för besök och intagna.

Beräkning av Beställarens köpkraft med justering för kvalitetsförändringar i vården

De beräkningar som nu görs av beställarens köpkraft kan på sikt justeras för kvalitetsförändringar i vården. Vartefter kvalitet kan beskrivas för fler och fler områden skulle ett representativt urval kunna viktas till ett kvalitetsindex för vården. Detta index skulle användas för att kvalitetsjustera beställarens köpkraft för kunna beskriva vårdens effektivitet. Ett första försök kan göras under hösten i år.

Beskrivning av uppföljningsperspektiv: Jämlik hälso- och sjukvård

Socialstyrelsens definition av Jämlik hälso- och sjukvård

Jämlik hälso- och sjukvård innebär att vården tillhandahålls och fördelas på lika villkor för alla.

I Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) 2 § står det att ”Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården.”

Jämlik hälso- och sjukvård ska tillhandahållas och fördelas på lika villkor för hela befolkningen oavsett kön, ålder, funktionshinder, social position, etnisk och religiös tillhörighet, sexuell identitet och/eller andra förutsättningar. Olika förutsättningar för män och kvinnor och mellan olika grupper bidrar till ojämlikhet i hälsa. Skillnader i livsvillkor bidrar till skillnader i hälsa. Social integration och goda livsvillkor är av stor betydelse för hälsan. En handlingsplan för jämlik vård i SLL är fn under framtagande.

Några av variablerna som kan belysa ojämlikhet är kön, ålder, etnisk bakgrund, hälsotillstånd, geografi, inkomst, utbildning, civilstånd, sysselsättning och yrke.

I uppföljningsmodellens åtta perspektiv, varav jämlik hälso- och sjukvård är ett, finns möjligheten att redovisa indikatorer/mått i de andra perspektiven utifrån ett jämlikhetsperspektiv om man lägger till en jämlikhetsdimension i form av t ex geografi, ålder, kön eller socioekonomiska förutsättningar. Vissa dimensioner kan inte redovisas som t ex religionstillhörighet och sexuell identitet.

Vid val av indikatorer har ett försök till övervägande gjorts så att de olika dimensionerna i jämlik hälso- och sjukvård blir förhållandevis väl tillgodosedda. Ytterligare en faktor att ta hänsyn till vid val av indikatorer är volymen på hälso- och sjukvårdskonsumtionen t ex proportion konsumtion i öppenvård i förhållande till slutna vård. Det känns mer angeläget att redovisa en indikator för en större volym/patientgrupp än att fokusera på ett smalare område. Samtidigt bör också olika delar av hälso- och sjukvården belysas.

I uppföljningsperspektivet Jämlik vård bör också hänsyn tas till värderingsprinciperna och prioriteringsgrupperna som fastlagts av prioriteringsutredningen och den efterföljande propositionen. De tre värderingsprinciperna är:

- människovärdesprincipen
- behovs- och solidaritetsprincipen
- kostnadseffektivitetsprincipen

Prioriteringsgrupperna är följande:

Prioriteringsgrupp 1

- vård av livshotande akuta sjukdomar
- vård av sjukdomar som utan behandling leder till varaktigt invalidiserande tillstånd eller för tidig död
- vård av svårt kroniska sjukdomar
- palliativ vård och vård i livets slutskede
- vård av människor med nedsatt autonomi

Prioriteringsgrupp 2

- prevention
- habilitering/rehabilitering

Prioriteringsgrupp 3

- vård av mindre svåra akuta och kroniska sjukdomar

Prioriteringsgrupp 4

- vård av andra skäl än sjukdom eller skada

Uppfattningen om jämlik hälso- och sjukvård som en subjektiv bedömning utifrån enskilda personers erfarenhet bör också speglas.

Modellens samtliga övergripande indikatorer kommer att redovisas könsuppdelat under förutsättning att data finns tillgänglig.

Övergripande indikatorer för rapportering i juni 2006

- Vaccinationstäckning av barn mot mässling, påssjuka och röda hund (MPR)
- Andel i befolkningen som någon gång ansett sig vara i behov av sjukvård men inte sökt vård

Se bilaga 1 för en utförlig beskrivning av respektive övergripande indikator samt förteckning av samtliga övergripande indikatorer som föreslagits inom ramen för detta uppföljningsperspektiv.

Exempel på angelägna utvecklingsområden för uppföljning

I princip kan alla indikatorer i alla uppföljningsperspektiv göras om till ”jämlika” utifrån bakgrundsvariabler som kön, ålder, utbildningsnivå, geografi m fl, vilket gör att det är mycket svårt att välja ut ett fåtal indikatorer med tydliga motiv om varför just dessa valts.

I redovisningen har arbetsgruppen utgått från modellen – struktur, process och resultat för att försöka få en heltäckande bild med hjälp av indikatorerna. Gruppen har också försökt ta hänsyn till volymer samt prioriteringsgrupperna. Ett område för fortsatt utveckling av indikatorer visar sig då vara inom *rehabiliterings- och habiliteringsområdet*. Där har också ett arbete påbörjats inom Beställare Vård. På *läkemedelsområdet* skulle också en bättre kartläggning behöva göras, än vad som varit möjligt i dagsläget.

**Beskrivning av uppföljningsperspektiv:
Hälso- och sjukvård i rimlig tid**

Socialstyrelsens definition av Hälso- och sjukvård i rimlig tid

Hälso- och sjukvård i rimlig tid innebär att ingen patient ska behöva vänta oskälig tid på de vårdinsatser som han eller hon har behov av.

Vilka förväntningar har befolkning, patienter och närstående på tillgängligheten? Vilka politiska mål finns avseende tillgänglighet? Hur länge ska en människa behöva vänta på den vård eller behandling som är nödvändig ur ett medicinskt perspektiv? Hur tillmötesgående är hälso- och sjukvårdssystemet för behoven hos patienter och befolkning?

I beställarplanen för 2006 innebär fokus på tillgänglighet bl a att satsningen på närakuter och närsjukvårdscentra ska fortsätta och att uppföljningen av både telefontillgänglighet och fysisk tillgänglighet är ett mycket prioriterat område. Tydliga mått och mätetal ska finnas och förslag på mått för perspektivet Hälso- och sjukvård i rimlig tid är befolkningens förväntningar, faktiska väntetider och tillgänglighet.

Landstingsfullmäktige har i samband med beslut om 3 S-utredningen slagit fast att

- Befolkningen ska få kontakt med vården direkt på telefon
- Befolkningen ska kunna göra besök hos närsjukvården även på kvällar och helger
- Andelen bokningsbara tider hos allmänläkare inom tre dagar ska öka kraftigt
- Ingen ska behöva vänta längre än en vecka
- Den längsta väntetiden från remiss till tidpunkt för besök hos specialist inom närsjukvården ska vara högst fyra veckor
- Via den utbyggda sjukvårdsrådgivningen ska hjälp med egenvård ges.

Vårdgarantin från den 1 november 2005 kan sammanfattas med siffrorna 0-7-90-90 och innebär:

- 0 – det ska gå att få kontakt med husläkarmottagningen, vårdcentralen eller Vårdguiden på telefon samma dag som man söker hjälp
- 7 – behöver man träffa en hus-/distriktsläkare ska man erbjudas besök inom 7 dagar
- 90 – det ska inte ta mer än 90 dagar att få komma till specialistvård från det datum läkaren beslutat att skriva en remiss
- 90 – anser specialistvården att behandling behövs ska den inledas senast 90 dagar efter beslutet.

Väntetiden till vårdgarantin kommer att följas upp på ett övergripande plan och tas därför inte med här.

Idag mäts telefontillgängligheten på flera olika sätt, bl a genom Beställare Vårds undersökning om telefontillgänglighet till husläkarmottagningarna och i höstas startade också mätningen av telefontillgänglighet till handikapp och rehabilitering. Inom vårdgarantin mäts telefontillgängligheten till primärvården (andel som svarade inom tre minuter). I den nationella mätningen är kraven lägre än i Beställare Vårds mätning.

Övergripande indikatorer för rapportering i juni 2006

- Andel i befolkningen som sökt vård och som anser att väntetiden varit rimlig
- Väntetider till husläkare

Se bilaga 1 för en utförlig beskrivning av respektive övergripande indikator samt förteckning av samtliga övergripande indikatorer som föreslagits inom ramen för detta uppföljningsperspektiv.

Exempel på angelägna utvecklingsområden för uppföljning

T3 Tredje tillgängliga tid.

T3 är ett nationellt och internationellt vedertaget sätt att mäta tillgänglighet. Indikatorn kommer från IHI – Institute for Healthcare Improvement, Boston, USA. Måttet beskriver ett medeltal av antal dagar patienten behöver vänta för att få tid till ett planerat besök på mottagningen, dvs mäter vårdcentralens kapacitet för att ge planerade tider till sina patienter. Tredje tillgängliga tid används hellre än ”nästa tillgängliga tid” eftersom den är ett säkrare mått på mottagningens kapacitet och minskar risken av slump i mätningen. Det här mäts över tid – en gång i veckan samma veckodag. Mätningar görs nu i de sjuttioal verksamheter som ingår i projektet Verksamhet i förändring.

Antal patienter med ”sista minuten inställda”-operationer av icke medicinska skäl. Operationer inställda p g a brister i kvalitetssystemen, prov som inte tagits, ej fastande och dyl. En viktig indikator som bör vara med men som kanske hör till ett annat perspektiv, tex effektiv hälso- och sjukvård.

Tid från remiss till specialistvård.

Skulle kunna utvecklas om alla registrerar i Centrala Väntetids Registret (CVR). Finns det rutiner för hur länge allmänläkare får vänta med att skriva remiss? Det är intressant att mäta tiden mellan vårdformerna över hela SLL.

Sjukvårdsrådgivningen

Hur många besök/akutbesök förhindras genom råd till barnfamiljer om egenvård och vilka geografiska områden rör det sig om samt svarstid hos sjukvårdsrådgivningen.

Beskrivning av uppföljningsperspektiv: Effekter på hälsan

Definition enligt projektdirektivet: *Effekter på hälsan syftar till att beskriva och analysera vilka resultat insatta åtgärder i hälso- och sjukvårdssystemet har åstadkommit för att förbättra hälsoläget i befolkningen.*

Hälso- och sjukvårdens betydelse för utvecklingen av folkhälsan är omtvistad och svår fångad (Folkhälsorapport 2001, Socialstyrelsen). Människors livsvillkor, ekonomi och levnadsvanor är mer väsentliga för denna utveckling än hälso- och sjukvårdens insatser. Däremot spelar hälso- och sjukvården naturligtvis någon roll, och det vore önskvärt att kunna följa och utvärdera denna roll över tid och i relation till andra länder, regioner och landsting. Uppgiften är utomordentligt svår. Sjukvårdens verksamhet förändras över tid i takt med andra samhällsliga förutsättningar, och att i egentlig bemärkelse urskilja vårdens bredare hälsoeffekter i detta brus är därmed ogörligt. För att få valida indikationer om hälso- och sjukvårdens renodlade effekter på folkhälsan måste mått på mycket specifika – för hälso- och sjukvården åtgärdbara – hälsoutfall användas. Indikatorer för ”Effekter på hälsa” skall därför avspegla specifika hälsoutfall vars förekomst i relativt hög utsträckning beror av verksamheten i hälso- och sjukvården.

Övergripande indikatorer för rapportering i juni 2006

- Åtgärdbar dödlighet
- Kariesfrihet hos barn/ungdom

Se bilaga 1 för en utförlig beskrivning av respektive övergripande indikator samt förteckning av samtliga övergripande indikatorer som föreslagits inom ramen för detta uppföljningsperspektiv.

Exempel på angelägna utvecklingsområden för uppföljning

”Åtgärdbar sjukdomsrelaterad funktionsnedsättning”

I analogi med begreppet ”åtgärdbar dödlighet” skulle det vara värdefullt att följa perspektivet ”Effekter på hälsan” också med avseende på hur väl hälso- och sjukvårdssystemet tacklar åtgärdbar sjukdomsrelaterad funktionsnedsättning.

Fysisk funktionsförmåga såsom rörlighet, syn och hörsel är av central betydelse för möjligheterna att leva ett aktivt liv. Vid nedsättning av dessa förmågor finns effektiva behandlingsmetoder och hjälpmedel som, om de kommer behövande personer till del, kraftfullt förbättrar utsikterna till ett aktivt liv. Exempel är höft- och knäledsoperationer av patienter med artros; operationer och förebyggande behandling med bl a antioxidanter av patienter med katarakt och åldersförändringar i gula fläcken, samt hörapparat och cochleaimplantat för patienter med hörselnedsättning.

Hälso- och sjukvården har också verkningsfulla insatser att erbjuda människor med psykisk funktionsnedsättning. Depressioner utgör ett folkhälsoproblem, vilket lyckligtvis i någon utsträckning är möjligt att åtgärda inom ramen för hälso- och sjukvårdens verksamhet då evidensbaserade behandlingsformer – läkemedel och kognitiv terapi – föreligger.

Sammanfattningsvis föreslås att en ny indikator – *åtgärdbar sjukdomsrelaterad funktionsnedsättning* – tas fram. Potentiella dimensioner av denna indikator skulle t ex kunna vara gångförmåga hos artrospatienter, förmåga att läsa en dagstidning (med eller utan glasögon) hos katarktpatienter/patienter med makuladegenation, hörsel (med eller utan hjälpmedel/cochleaimplantat) hos patienter med nedsatt hörsel, samt psykiskt välbefinnande (mätt enligt GHQ-12) hos patienter med depression. Det återstår dock ett utvecklingsarbete av indikatorns validitet/rimlighet och mätbarhet innan den kan användas i landstingets övergripande uppföljningsmodell.

Hälsorelaterad livskvalitet i större patientgrupper

Ett utvecklingsarbete föreslås av ovan rubricerade indikator. Hälso- och sjukvårdens uppdrag handlar om att bota sjukdomar, men kanske i ännu högre utsträckning om att lindra och trösta. Därmed vore det synnerligen relevant att följa utvecklingen av den hälsorelaterade livskvaliteten i större patientgrupper, såsom cancer-, hjärtinfarkt-, stroke- och diabetespatienter samt patienter med kroniska värtillstånd och depression. En sådan indikator skulle kunna mätas med hjälp av instrumentet EQ-5D vilket används i bl a landstingets folkhälsoenkät samt i olika kliniska sammanhang. Dock krävs ytterligare efterforskningar bl a beträffande hur olika indexvärden och förändringar över tid skall tolkas i olika patientgrupper.

Litteratur- och referenslista

- Analysrapporten. November 2005 – Produktivitet på andra villkor. Sveriges kommuner och landsting. 2005.
- Att stärka patientens ställning – vägledning för patienter och personal. Stockholms läns landsting, 2004
- Backerling, E. PM 2005-11-23, Uppföljning av kvalitativa aspekter inom WHO, begreppet *Responsiveness* (Inom ramen för Forskningsstudie inom *Hälso- och sjukvårdens Värdegrund*, delstudien *Patient och Närstående*). 2005.
- Backerling, E. Utkast till definition av Patientfokuserad hälso- och sjukvård, 2005-12-08 (Inom ramen för Forskningsstudie inom *Hälso- och sjukvårdens Värdegrund*, delstudien *Patient och Närstående*). 2005.
- Beställarplan 2006–2008. Stockholms läns landsting.
- Beställare Vårds årsredovisning för hälso- och sjukvårdsutskottet 2004, Stockholms läns landsting, 2005.
- Beställare Vårds årsredovisning för hälso- och sjukvårdsutskottet 2005, Stockholms läns landsting, 2006.
- Crossing the Quality Chasm: A New Health System för the 21 century
- Drug Utilization 90% – Using aggregate drug statistics for the quality assessment of prescribing. Björn Wettermark. 2004.
- Ekonomiskt tänkande om sjukvården under 1990-talet. Roland Granqvist. SOU 2000:38.
- IHI's Health System Measures Kit: Version 1.4, feb 2005. Institute of Healthcare Improvement.
- Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)
- Hälso- och sjukvårdsrapport 2001. Socialstyrelsen. 2001.
- Hälso- och sjukvårdsrapport 2005. Socialstyrelsen. 2005.
- Jonsson P M, Rutberg H. OECD-panel föreslår internationella patientsäkerhetsindikatorer. Läkartidningen 2005; 102:1744-46.
- Jämförelser av akutsjukhusens utveckling 1998 – 2004 vad gäller produktivitet och produktionsfaktorer. Landstingsrevisorerna Projektrapport nr 10/2005. Stockholms läns landsting. 2005.
- Jämförelser mellan landsting och regioner ur olika perspektiv 2004. Sveriges kommuner och landsting. 2005.
- Kommer vi att ha råd med sjukvården? Sveriges kommuner och landsting. 2005.
- Lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område 1998:531
- Leape LL, Berwick DM. Five years after To err is human: what have we learned? JAMA 2005;293:2384-90
- Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården, Socialstyrelsen. 2005.

- Modell för utveckling av kvalitetsindikatorer. Rapport från InfoVU-projektets nätverk för kvalitetsindikatorer. Socialstyrelsen och Sveriges kommuner och landsting. November 2005.
- Moradi T, Allebeck P, Jacobsson A, Mathers C, Sjukdomsördan i Sverige mätt med DALY. Läkartidningen, 2006;103:137-141
- Mätning och uppföljning av produktiviteten för verksamheter inom Stockholms läns landsting. Eric Paulson LS 0411-2124. Stockholms läns landsting. 2004.
- Nationell strategi för ”öppna jämförelser” av hälso- och sjukvårdens effektivitet och kvalitet. Förslag till aktiviteter och ställningstaganden. Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting. 2005.
- Nationella kvalitetsregister inom hälso- och sjukvården 2005. Socialstyrelsen och Sveriges kommuner och landsting. 2005.
- Patientnämnden i Stockholms läns landsting. Årsrapporter.
- Regeringens proposition 1996/97:60. Prioriteringar inom hälso- och sjukvården
- Sammanställning av genomförd inventering av befintlig uppföljning ur ett befolknings- och behovsperspektiv, (arbetsmaterial) från Nätverket Uppdrag Hälsa. 2005.
- Sociala skillnader i vårdutnyttjande. Vård på lika villkor 1/2004. Samhällsmedicin, Enheten för Socialmedicin och hälsoekonomi. Stockholms läns landsting. 2004.
- SOU1997:154) Att stärka patientens ställning.
- The Nuffield Trust. The quest for quality in the NHS. A Chartbook on quality of care in the UK.
- Utskrivningsklara patienter i Stockholms Läns Landsting, rapport utarbetad av centrum för gerontologi och hälsoekonomi. Stockholms läns landsting. 2005.
- Verksamhetsanalys 2004. Hälso- och sjukvårdsavdelningen, april 2005. Västra Götalandsregionen. 2005.
- Verksamhetsuppföljning i hälso- och sjukvården genom performance indicators. Info-VU projektet, Socialstyrelsen, Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet.
- Vården svåra val, SOU 1995:5
- Väntetider till allmänläkare, Väntetider i Vården. Sveriges kommuner och landsting.
- Värdegrund för hälso- och sjukvården i Stockholms läns landsting. 2002
- Zhan C, Miller M R. Excess length of stay, charges, and mortality attributable to medical injuries during hospitalization. JAMA 2003;290:1868-74.
- Årsrapport 2004. Kvalitetsutveckling. MPA, Stockholms läns landsting. 2005.
- Öppna redovisningar av resultat. Lägesbeskrivning. InfoVU- projektet. Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting. 2005.

Bilaga 1

Utförlig beskrivning och resultatredovisning av de övergripande indikatorerna

Uppföljningsperspektiv: Hälsoläge i befolkningen

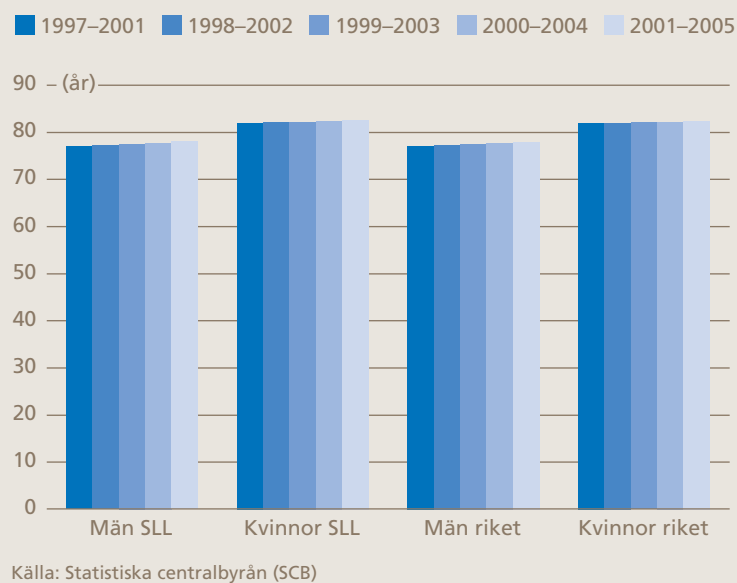
Övergripande indikator: Återstående medellivslängd för nyfödda

Återstående medellivslängd är ett grovt men högst relevant och praktiskt användbart mått på det övergripande hälsoläget i befolkningen. Måttet lämpar sig väl för jämförelser över tid och mellan geografiska områden. Kvaliteten i hälso- och sjukvårdens verksamhet utgör dock en mindre viktig bestämningsfaktor för utvecklingen av medellivslängden över tid, andra samhälliga fenomen spelar en mer avgörande roll. Medellivslängd är ett klassiskt epidemiologiskt mått som använts i folkhälsorapportering universellt.

En nyfödd stockholmare kan idag förvänta sig en återstående livslängd som är längre än någonsin tidigare. Den återstående medellivslängden i länet har ökat sakta men stadigt under den senaste 5-årsperioden – en trend som pågått under hela 1900-talet. Utvecklingen är mycket lik den i hela landet, men medellivslängden är något högre i Stockholm liksom ökningstakten. Det är dock osäkert om det är friska år som läggs till livet. Det lilla kunskapsunderlag som finns talar för att den ökade medellivslängden varken påverkat antalet år med full hälsa, eller den genomsnittliga tiden med svår ohälsa. Istället tycks det vara perioden med lätt ohälsa som förlängts. Fortfarande finns det en betydande skillnad mellan kvinnor och män. Pojkar som föds idag förväntas leva i genomsnitt 78,1 år, medan motsvarande siffra för länets flickor är 82,6 år. Könsskillnaden har dock minskat över tid, då dödligheten hos män minskar snabbare än den hos kvinnor.

Återstående medellivslängd för nyfödda

Män och kvinnor inom SLL och riket mellan 1997–2005



Indikatorbeskrivning

Resultatmätt	Återstående medellivslängd för nyfödda
Beskrivning	Återstående medellivslängd för nyfödda. Medellivslängden är det genomsnittliga antal år som en person förväntas leva om nuvarande mönster i dödlighet består. Måttet beräknas utifrån den aktuella dödsrisken i varje åldersgrupp.
Mätmetod	Register
Datakälla	Statistiska centralbyrån, SCB
Felkällor	Förändringar i dödlighetsmönster över tid.

Referenser

1. Folkhälsorapport 2005. Stockholm: Socialstyrelsen, 2005.
2. Folkhälsorapport 2001. Stockholm: Socialstyrelsen, 2001.

Övergripande indikator: Förekomst av nedsatt psykiskt välbefinnande

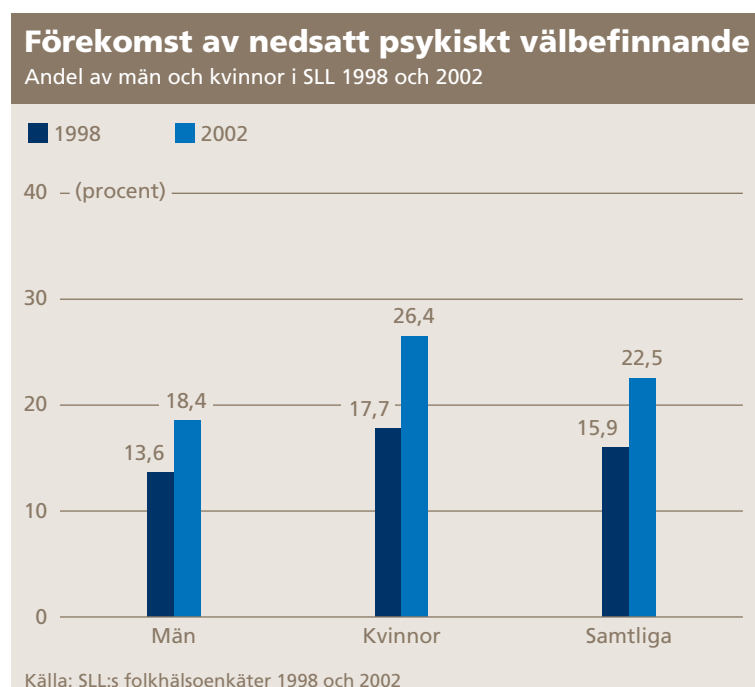
Den negativa utvecklingen av det psykiska välbefinnandet i befolkningen beskrivs ofta som ett av de stora hoten mot folkhälsan. Psykiska besvär som oro, ångest, nedstämdhet, trötthet och sömnbesvär har ökat kraftigt under den senaste 10-års perioden och är speciellt vanliga hos kvinnor. Besvären utgör den viktigaste diagnosgruppen bakom det ökande antalet långtidssjuk-skrivningar under perioden.

I Folkhälsorapporten år 1999 rapporterades att psykiska sjukdomar utgjorde en mycket stor andel av sjukdomsördan i Stockholms län och att andelen i befolkningen som uppgivit psykisk ohälsa ökat sedan 1990. I den senaste folkhälsoenkäten, från år 2002, såg man en fortsatt ökning. Andelen som angett mer än tre symtom på psykisk ohälsa hade ökat från 15,9 till 22,5%. Ökningen hade skett hos både kvinnor och män (kvinnor: Från 17,7 till 26,4% och män: Från 13,6 till 18,4%). Den största ökningen sågs hos unga kvinnor (mellan 1998 och 2002 ses en fördubbling). Detta är inget isolerat Stockholmsproblem, WHO har rapporterat en ökning av psykisk ohälsa över hela världen, framförallt hos unga människor.

Psykisk ohälsa är ett vagt begrepp som definieras olika i olika studier vilket gör att omfattningen kan vara svår att avgöra. Här har instrumentet GHQ-12 använts för att mäta nedsatt psykiskt välbefinnande i befolkningen. Alla studier visar dock entydigt att det skett en ökning av förekomsten framförallt hos unga människor. Ökningen stöds av att psykofarmakaförbrukningen och konsumtionen av psykiatrisk vård har ökat mer hos unga än hos äldre. Man kan även se att sjukskrivningarna på grund av psykisk ohälsa har ökat.

En av orsakerna till ökningen skulle kunna vara att öppenheten kring psykiska problem ökat. En undersökning av olika åldersgruppers sätt att besvara enkätfrågor (PART-studien) har dock inte visat några skillnader mellan olika åldersgrupper, dvs det finns inget stöd för en attitydförändring specifikt hos unga. Det finns också belegg för att skam och skuld känslor för psykiska problem är vanligt förekommande.

Etableringen i vuxenlivet har blivit svårare, arbetslösheten är hög bland unga och det är svårt att komma in på bostadsmarknaden. Kunskap om konsekvenserna i ett längre perspektiv av att den psykiska ohälsan hos unga människor ökar är idag bristfällig.



Indikatorbeskrivning

Resultatmått	Förekomst av nedsatt psykiskt välbefinnande
Beskrivning	Andelen som uppger nedsatt psykiskt välbefinnande (mätt med instrumentet General Health Questionnaire, 12-fråge versionen och enligt gängse cut-off värden) i normalbefolkningen
Mätmetod	Självrapportering (enkätdata)
Datakälla	SLL:s folkhälsoenkäter 1998 och 2002
Felkällor	Folkhälsoenkätens bristande representativitet

Referenser

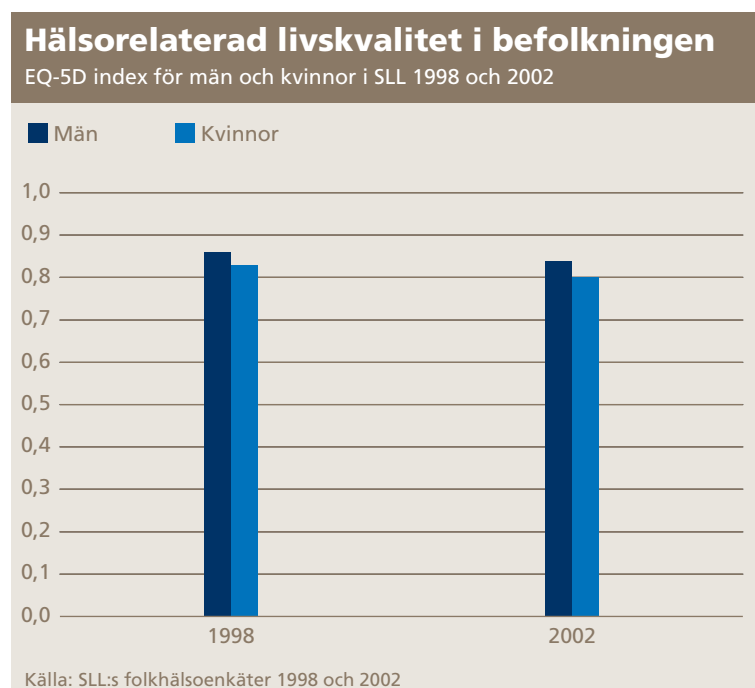
1. Folkhälsorapport 2005. Socialstyrelsen. 2005
2. Folkhälsan i Stockholms län 2003. Folkhälsorapport, SLL 2003

Övergripande indikator: Hälsorelaterad livskvalitet i befolkningen

Med livskvalitetsinstrumentet EQ-5D kan individen beskriva sin hälsa i fem dimensioner (rörlighet, hygien, huvudsakliga aktiviteter smärtor/besvär, oro/nedstämdhet) i tre allvarlighetsgrader samt som självskattad hälsa mätt med EQ VAS. Förutom att individens hälsa kan uttryckas i en hälsoprofil kan det samlade hälsotillståndet, genom en värdering av allvarlighetsgraden i de fem dimensionerna, även uttryckas som en livskvalitetsvikt, EQ-5D index. Ju högre index desto bättre skattad hälsorelaterad livskvalitet.

Resultatet från Folkhälsoenkät 2002 visar att livskvalitetsvikten för kvinnor är lägre än för män i alla åldersgrupper. Generellt sett sjunker index med stigande ålder, med några undantag; till exempel har de yngsta kvinnorna en något lägre livskvalitetsvikt än 30–34 åriga kvinnor. Analyser av en del av urvalet från 2002 års enkät visar att livskvalitetsvikten var lägre för både män och kvinnor i jämförelse med 1998. För män var livskvalitetsvikten 0,84 (2002) jämfört med 0,86 (1998). Motsvarande siffror för kvinnor var 0,80 respektive 0,83.

I en kommande rapport görs fördjupade analyser av folkhälsoenkätsdata från 1998 och 2002. EQ-5D kommer även att användas i Folkhälsoenkäten 2006.



Indikatorbeskrivning

Resultatmått	Hälsorelaterad livskvalitet i befolkningen
Beskrivning	Livskvalitetsvikt EQ-5D index
Mätmetod	Självrapportering (enkätdata)
Datakälla	Stockholms läns landstings folkhälsoenkäter 1998 och 2002
Felkällor	Folkhälsoenkätens bristande representativitet

Referenser

1. Lindelius B. Hälsorelaterad livskvalitet är av vikt! – en beskrivning av den hälsorelaterade livskvaliteten i olika viktgrupper i ett urval av Stockholms läns befolkning år 2002. (KI-rapport, magisteruppsats, handledare Burström K.)
2. Burström K, Rehnberg C. Hälsorelaterad livskvalitet i Stockholms län 2002. Resultat per åldersgrupp och kön, utbildningsnivå, födelsland samt sysselsättningsgrupp – en befolkningsstudie med EQ-5D. Rapport 2006:1. Stockholms läns landsting, Centrum för folkhälsa, Enheten för socialmedicin och hälsoekonomi, 2006. (Rapport 2006:1)
3. Folkhälsan i Stockholms län 2003. Folkhälsorapport. Stockholms läns landsting. 2003

Uppföljningsperspektiv: Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård

Övergripande indikator:

Primär PCI (ballongvidgning) vid akut ST-höjningsinfarkt

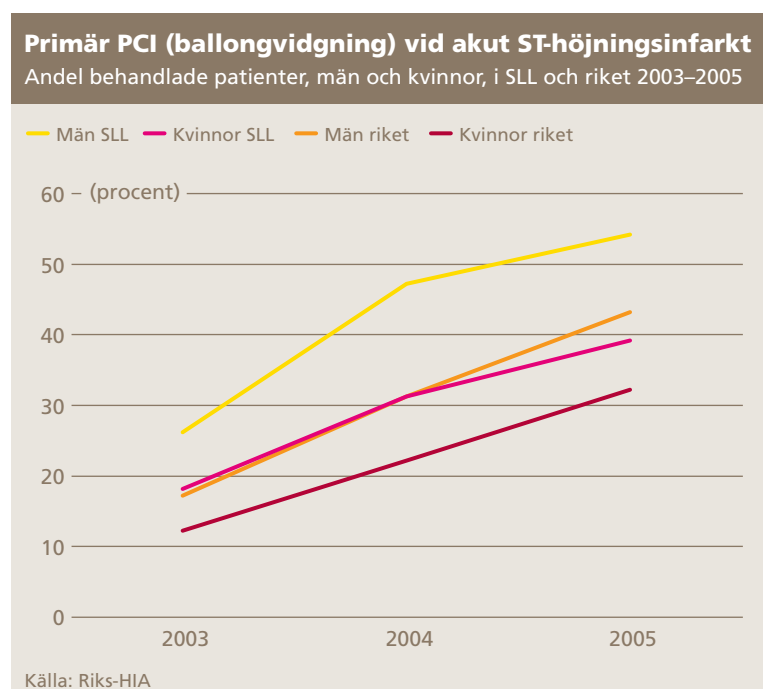
Varje år drabbas ca 30 000 svenska av akut hjärtinfarkt vilket för SLL:s del motsvarar ca 6 000 individer årligen. Hjärtinfarkt är den enskilt vanligaste dödsorsaken för både män och kvinnor.

Den allvarligaste typen av hjärtinfarkt är sk ST höjningsinfarkt (STEMI). Vid STEMI föreligger en akut avstängning av blodcirkulation till en del av hjärtmuskeln. Denna avstängning beror oftast på en åderförkalkning i ett av hjärtats blodkärl som plötsligt har brutit. Tillståndet är mycket allvarligt och kan leda till död eller förlust av hjärtvävnad med därmed sammanhängande försvagning av hjärtmuskeln.

Tillståndet kan hävas genom att kärlet öppnas. Detta kan antingen göras med läkemedel, sk trombolys eller med sk ballongvidgning. PCI har i flera studier visat sig var en mer effektiv metod jämfört med trombolys, med bättre överlevnad och färre komplikationer.

Enligt RIKS-HIA leder all reperfusionsterapi vid ST-höjningsinfarkt till minskad dödlighet medan akut PCI därutöver visats minska risken för att återinsjukna i hjärtinfarkt och ge kortare vårdtid på sjukhus. I Socialstyrelsens riktlinjer och prioriteringar från 2004 anges att PCI är den metod som är att föredra vid STEMI om detta finns tillgängligt inom två timmar efter vårdkontakt. Endast om PCI ej finns tillgängligt inom två timmar skall trombolys med läkemedel ges.

En högre andel av patienterna i Stockholm än i övriga riket erhåller någon form av propplösande behandling vid STEMI. Patienter i SLL ligger över riksgenomsnittet när det gäller akut PCI vid STEMI. Yngre kvinnor <65, verkar få behandling i lägre utsträckning. Detta kan dock helt eller delvis förklaras med att yngre kvinnor oftare än män saknar förträngningar i samband med STEMI, dvs det finns ibland inga förträngningar att åtgärda.



Indikatorbeskrivning

Processmått	Primär PCI (ballongvidgning) vid akut ST-höjningsinfarkt
Beskrivning	Andelen patienter behandlade med primär PCI (ballongvidgning) vid hjärtinfarkt med indikation för denna behandling på grund av EKG-bildad ST-höjning eller vänster grenblock
Mätmetod	Nationella kvalitetsregistret RIKS-HIA
Datakälla	RIKS-HIA
Felkällor	

Referenser

1. RIKS-HIA Öppen redovisning av vårdinsatser och resultat vid behandling av hjärtinfarkt på olika sjukhus i Sverige. UCR-rapport 22 september, 2005
2. RIKS-HIA Årsrapport Utgiven 2005.

Övergripande indikator: Dödlighet i samband med stroke

Stroke är den andra vanligaste enskilda dödsorsaken för både kvinnor och män. Det är också en av våra mest kostnadskrävande sjukdomar och insjuknandet kommer att öka med den ökande andelen äldre i befolkningen.

Stroke kan ses som en markördiagnos i Stockholms läns landsting dels för hur väl det preventiva arbetet fungerar, dels för hur effektiva vårdkedjorna är och är därför intressant att följa på övergripande landstingsnivå.

Dödligheten vid inträffad stroke av förstagångskaraktär beror i första hand på funktioner i olika delar av den akuta vårdkedjan. Betydelsefulla faktorer är:

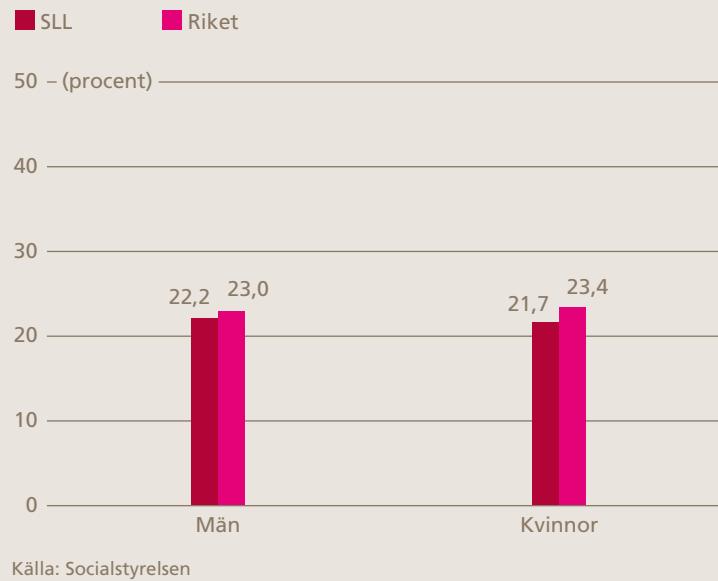
- Tiden från insjuknande till omhändertagande på rätt behandlande vårdinstans
- Tillgång till och adekvat användning av akut behandling (t ex systemisk trombolys, neuroradiologisk interventionsbehandling, hemicranectomi)
- Tillgång till strokeenhet respektive neurointensivövervakningsvård

Tiden från insjuknande till omhändertagande påverkas i sin tur av flera faktorer som patientens och anhörigas medvetenhet om strokesjukdomen, dess symtom och betydelsen av att snabbt söka vård, styrning av ambulans-transporter till optimal mottagande enhet, välfungerande remitteringsrutiner mellan sjukhusen samt den inre logistiken på mottagande enhet ("door-to-needle time" m m).

SLL avviker inte signifikant från riket som helhet. Skillnaden i dödlighet mellan män och kvinnor på riksnivå kan vara relaterad till att Subarachnoidalblödningar dvs blödningar från medfödda pulsåderbräck i hjärnan är ca 1,6 gånger vanligare hos kvinnor än hos män. Subarachnoidalblödningarna utgör ca 5% av alla hjärnblödningar.

Dödlighet i samband med stroke

28-dagarsdödlighet i stroke. Andel män och kvinnor i SLL och riket 2001–2003



Indikatorbeskrivning

Resultatmått	28-dagars dödlighet efter stroke bland personer med en första stroke efter sju år utan stroke 2001–2003
Beskrivning	Som stroke har här räknats alla fall med diagnosen hjärnblödning, hjärninfarkt eller ej specificerad stroke i Dödsorsaksregistret eller Patientregistrets slutenvårdsdel. På detta sätt ingår både de fall som sjukhusvårdades initialt och de som dog utanför sjukhus. I denna jämförelse ingår endast de personer som inte haft någon stroke under de sju föregående åren
Mätmetod	Rapportering till Dödsorsaksregistret eller Patientregistret
Datakälla	Socialstyrelsen
Felkällor	Brister i inrapporteringen

Referenser

1. Regionalt Vårdprogram Stroke, MPA, Stockholms läns landsting 2004.
2. Fokusrapport Sex prioriterade förbättringsområden för strokevården i Stockholm. MPA, Stockholms läns landsting 2004
3. Strokevård vid vändpunkt, I. Krakau och E. Hassler, 2003. Allmänmedicinska enheten, Norra länets produktionsområde. SLL
4. Årsrapport 2004. Kvalitetsutveckling. MPA, Stockholms läns landsting.
5. Årsberättelse 2004. Stockholms läns landsting
6. Socialstyrelsens riktlinjer för strokesjukvård 2005, Remissversion
7. Hälsa- och sjukvårdsrapport 2005. Socialstyrelsen.
8. Nationella kvalitetsregister inom hälso- och sjukvården 2005. Socialstyrelsen och Sveriges kommuner och landsting.

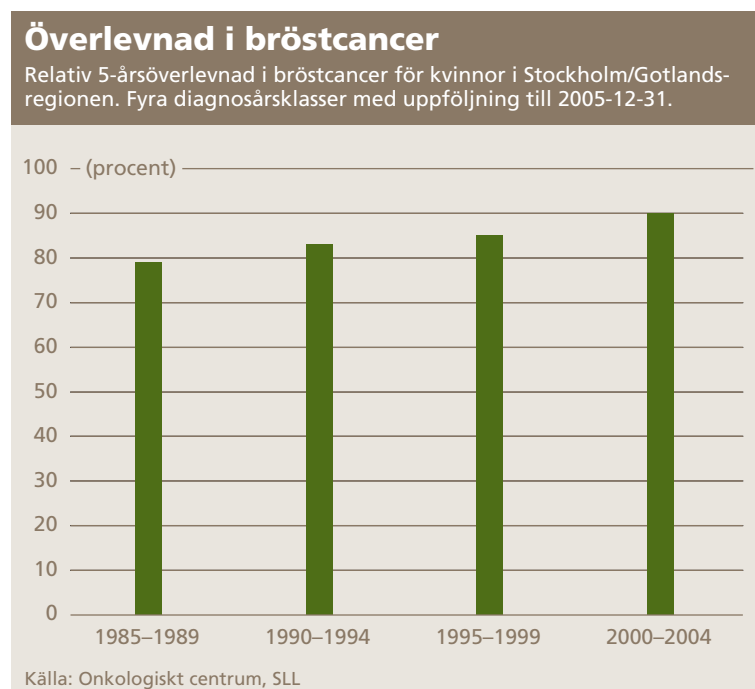
Övergripande indikator: Överlevnad i bröstcancer

Enligt remissutgåvan av Nationella riktlinjer för bröst- kolorektal- och prostatacancersjukvård 2006 är ”bröstcancer den vanligaste cancerformen hos kvinnor och svarar för 30% av de diagnostiserade tumörerna”.

I Stockholms län får drygt 1 400 kvinnor diagnosen årligen och detta antal ökar gradvis mest beroende på att befolkningen blir äldre och växer. År 2030 beräknas nästan 2 300 kvinnor upptäckas ha bröstcancer. Vid årsskiftet 2004/2005 levde drygt 18 000 kvinnor som någon gång fått en bröstcancerdiagnos och av dessa hade 6 400 fått sin diagnos under de senaste fem åren.

Antalet kvinnor som dör av bröstcancer är relativt konstant. Då det blir fler kvinnor i de högre åldersgrupperna innebär detta att den relativa andelen som dör av bröstcancer minskar långsamt. Överlevnaden, dvs den tid som kvinnor lever efter det att bröstcancerdiagnosen ställts, ökar med åren. Detta beror både på att fler botas men också på att man lever längre med sin sjukdom. Bakom denna gynnsamma utveckling ligger ett effektivt hälsoundersökningsprogram med regelbunden mammografi som startades omkring 1990 och som nu gradvis utökas. Vidare införs löpande förbättrade och effektivare behandlingar, hormonell behandling och nya cellgifter, både vid behandling av den primära tumören och vid återfall. Slutligen sker en utveckling med bättre omhändertagande och stöttande behandling vid icke botbar sjukdom.

De trender som ses för bröstcancer i Stockholms län är i allt väsentligt de samma som man ser i landet som helhet.



Indikatorbeskrivning

Resultatmått	Relativ 5-års överlevnad i bröstcancer
Beskrivning	Relativ 5-års överlevnad i bröstcancer
Mätmetod	Register
Datakälla	Onkologiskt centrum, SLL
Felkällor	

Referenser

1. Nationella riktlinjer för bröst-, kolorektal- och prostatacancersjukvård 2006. Beslutsstöd för prioriteringar. Preliminär version. Socialstyrelsen.
2. Onkologiskt Centrum, Stockholms läns landsting

Övergripande indikator:

Följsamhet till rekommenderade läkemedel (DU90%)

Med måttet DU90% kan man följa i vilken grad läkemedelsförskrivningen i länet följer rekommendationerna i Kloka Listan.

Kloka Listan är Stockholms läns landstings förteckning över rekommenderade läkemedel vid vanliga sjukdomar. Listan är framtagen av ett antal expertgrupper.

Expertgrupperna består av erfarna specialistläkare verksamma inom slutenvård och primärvård, kliniska farmakologer och apotekare i SLL.

Expertgrupperna föreslår rekommendationer för Kloka Listan grundade på vetenskaplig dokumentation avseende effekt och säkerhet, beprövad erfarenhet liksom kostnadseffektivitet. Även genusaspekten beaktas. I de fall där miljöinformation finns tillgänglig vägs den in i rekommendationen. Rekommendationerna omprövas kontinuerligt.

DU90% (Drug Utilization 90%) anger det antal läkemedel som utgör 90 procent av volymen och följsamheten till Kloka Listan. Tanken med 90-procentgränsen är att lämna ett visst utrymme för individuell variation i läkemedelsvalet, t ex för specialistpreparat eller patienter med komplex sjukdomsbild som behöver andra läkemedel än de som rekommenderas i Kloka Listan.

I följsamhetsberäkningarna görs samtliga analyser på substansnivå, dvs byten på apotek mellan olika likvärdiga generika har ingen betydelse för följsamheten. Selektionen är samtliga recept och dosexpederade läkemedel uthämtade av befolkningen i SLL.

För enskilda vårdenheter bör antalet olika läkemedel som används vara begränsat (eftersom det inte går att ha full kunskap om alla läkemedel). Kloka Listans läkemedel är de mest väldokumenterade och kostnadseffektiva alternativen och en hög följsamhet bör eftersträvas. DU90% för en genomsnittlig vårdcentral i länet ligger på ca 100 substanser. För samtliga läkemedelsköp hos befolkningen i länet låg värdet 2005 på 176. Antalet har inte ökat de senaste åren.

Följsamheten till Kloka Listan var 72% 2005. Följsamhetsvärdet för hela länet är trögt att påverka eftersom det är summan av alla förskrivna läkemedel från alla vårdgivare. Följsamheten har ökat med ca 1 procentenhet årligen i länet de senaste åren. Det bör dock betonas att även en oförändrad följsamhet är positivt eftersom det kontinuerligt sker ett inflöde av nya läkemedel på marknaden. En oförändrad följsamhet kan innebära att de rekommenderade läkemedlen ökar i användning samtidigt som nya läkemedel introduceras.

Följsamheten hos vårdcentralerna i länet varierar mellan knappt 60 och drygt 90%.

Indikatorbeskrivning

Processmått	Följsamhet till rekommenderade läkemedel (DU90%)
Beskrivning	Beräkningen är baserad på 90% av förskrivningen. De 10% som utesluts är de läkemedel som har lägst användning mätt i dagsdosedoser (DDD). Syftet är att fokusera på de stora volymerna och lämna visst utrymme att använda specialläkemedel och andra läkemedel än de i Kloka Listan för behandling av patienter med särskilda behov. Andelen i procent som är rekommenderade bland de som utgör 90% beräknas. Ett begränsat antal läkemedel inom DU90% och en hög följsamhet bör eftersträvas.
Mätmetod	Beräkningen är definierad i ett SAS program, vilket borgar för att alla beräkningar görs på samma sätt.
Datakälla	Datafångsten sker elektroniskt vid apoteksdisk från pappersrecept eller e-recept. Data överförs till en databas inom Landstinget.
Felkällor	Generellt små på totalnivå. På lägre nivåer är bristande kvalitet i arbetsplatskoderna besvärande för små verksamheter. Vissa läkemedel saknar DDD tex salvor och DDD kan avvika från de doser som normalt används i sjukvården. Ändringar i DDD per substans kan störa jämförelser mellan år.

Referenser

1. Drug Utilization 90% – Using aggregate drug statistics for the quality assessment of prescribing. Wettermark B 2004 Doktorsavhandling, Karolinska Institutet

Uppföljningsperspektiv: Säker hälso- och sjukvård

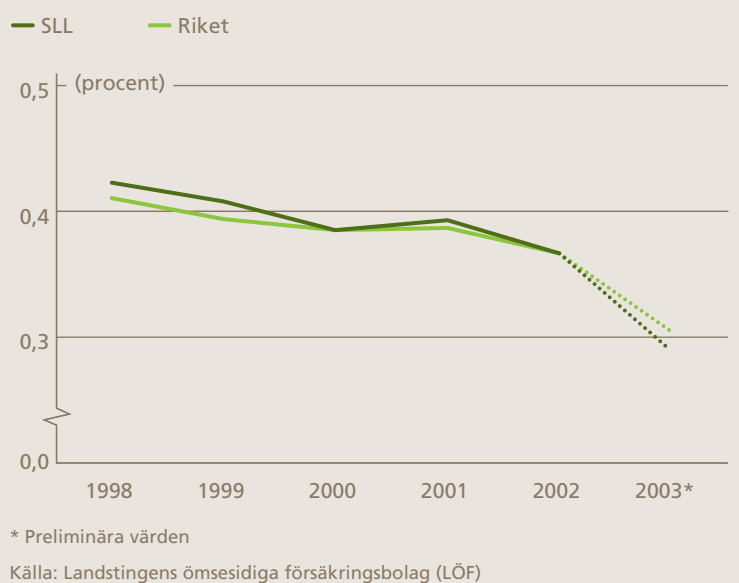
Övergripande indikator:

Årlig skadefrekvens enligt patientskadeförsäkringen (LÖF)

Patienter som drabbas av en vårdskada kan anmäla detta till Patientförsäkringen (som sköts av Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag, LÖF) inom 6 år efter att skadan inträffat. Alla anmälda skador bedöms av en expertgrupp. Bedömningsprocessen tar i allmänhet ett halvt till ett år. Ersättning utgår om skadan bedömts vara undvikbar vilket är fallet i ca 45% av fallen. Det långa tidsförloppet i anmälnings- och beslutsprocess gör att statistiken från LÖF har en viss eftersläpning. Därför redovisas enbart statistik t o m 2003 och även siffrorna för 2003 måste anses preliminära. Skadefrekvens beräknas som antal anmälningar i relation till antal vårdtillfällen i slutet av vård. Den tendens till nedgång i skadefrekvens som syns i materialet för 2003 är sannolikt skenbar. Snarare är tolkningen den att skadeanmälningarna ligger på en relativt oförändrad nivå sedan 1998, såväl i riket som i SLL.

Årlig skadefrekvens enligt patientskadeförsäkringen

Andel vårdtillfällen i SLL och riket med ersatta patientskador 1998–2003



Notera att värdeskalen är bruten

Indikatorbeskrivning

Resultatmått	Årlig skadefrekvens enligt LÖF-statistik
Beskrivning	Antal ersättningsberättigade vårdskador som anmälts till PSR per år relaterade till antalet vårdtillfällen
Mätmetod	Patientanmälningar till PSR
Datakälla	Landstingets ömsesidiga försäkringsbolag (LÖF)
Felkällor	Sent inkomna anmälningar kan förrycka årsstatistiken något. Osäkerhet om beräkning av vårdtillfällen för verksamhetsområdet

Övergripande indikator:

Nydiagnostiserade MRSA-fall som smittats inom hälso- och sjukvården

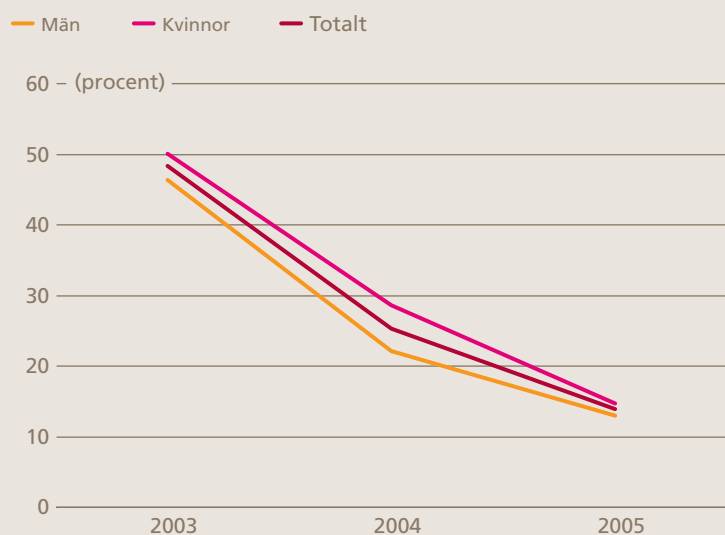
Vårdrelaterade infektioner, som smitta med MRSA (methicillinresistenta stafylokocker) är i allmänhet en följd av brister i den basala vårdhygien. Indikatorn kan därför användas som en indikator för basal vårdhygienstandard.

Antalet personer som diagnostiseras med MRSA har ökat stadigt sedan 2003. Detta är i första hand ett resultat av den mycket effektiva screeningverksamheten inom ramen för MRSA-bekämpningen. Huruvida, eller i vilken omfattning, det också är en faktisk ökning av smittan går inte att säga. Det är samtidigt glädjande att konstatera, att under samma tid har antalet och andelen som smittats inom hälso- och sjukvården, minskat från 111 till 43 fall, eller från 48 till 14%.

Den största andelen nydiagnostiserade med MRSA smittas i samhället eller i utländsk hälso- och sjukvård. Minskningen av smittöverföringen av MRSA inom hälso- och sjukvården i SLL är ett uttryck för framgången med de intensifierade satsningarna på basala hygienrutiner. Förekomsten av MRSA i samhället gör att risken för vidare spridning till sjukvården är fortsatt hög och det finns anledning att fortlöpande värna om goda rutiner för att förhindra smittspridning inom hälso- och sjukvården.

MRSA-fall som smittats inom hälso- och sjukvården

Andel nydiagnostiserade MRSA-fall, män och kvinnor, inom SLL 2003–2005



Källa: Smittskyddsenheten, SLL

Indikatorbeskrivning

Resultatmått	Andel nydiagnostiserade MRSA-fall som smittats inom hälso- och sjukvården i Stockholms läns landsting
Beskrivning	MRSA-smitta enligt SME diagnostik
Mätmetod	Odling och resistensmätning eller PCR-diagnostik enligt definierad metod
Datakälla	Smittskyddsenheten, SLL
Felkällor	Missade provtagningar bland riskpatienter

Uppföljningsperspektiv: Patientfokuserad hälso- och sjukvård

Övergripande indikator: Patientupplevelse av vården

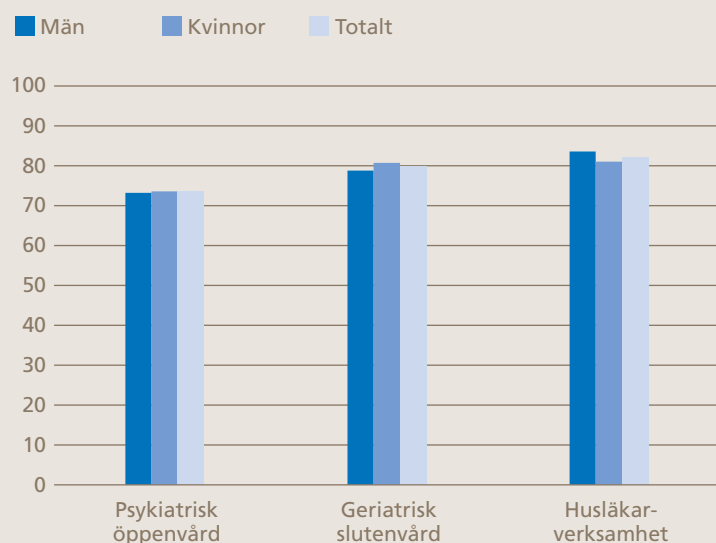
Stockholms läns landsting arbetar med gemensamma patientenkäter för de flesta vårdgrenarna, målet är att alla större landstingsfinansierade verksamheter ska medverka. Enkäterna har ett tydligt patientperspektiv och fokuserar på förbättringar.

Varje vårdgrensspecifik enkät innehåller åtta frågor som är gemensamma för samtliga enkäter. Dessa har valts för att de tillsammans har betydelse för hur patienten bedömer sin vårdkontakt. Med hjälp av dessa frågor har det bildats ett index som kallas SLL-index. Indexvärdet är ett genomsnitt av de ingående frågorna, där 100 är det allra högsta värdet.

Indexvärdet var högst för husläkarmottagningar/vårdcentraler, 82,0. Geriatrisk slutenvård hade nästan lika högt indexvärde, 79,9 och allmänpsykiatrisk öppenvård hade något lägre indexvärde, 73,6. Patienterna var mest kritiska vad gällde frågan om de hade fått tillräcklig information om sitt tillstånd och huruvida de kände sig delaktiga i beslut om sin vård och behandling. De allra flesta patienter värderade den vård de hade fått som bra och likaså ansåg majoriteten att de hade blivit bemötta med respekt och på ett hänsynsfullt sätt.

Patientupplevelse av vården

Indexvärde för olika vårdgrenar från gemensamma patientenkäter inom SLL 2005



Källa: Patientenkäter Indikator

Indikatorbeskrivning

Resultatmått	SLL-index för patientens upplevelse av vården (ju högre index ju nöjdare är patienterna)
Beskrivning	Slumpmässigt urval av patienter
Mätmetod	Gemensamma patientenkäter. Ett slumpmässigt urval om 250 patienter per deltagande enhet får ett frågeformulär hemskickat 2–4 veckor efter besöket. Beställare Vård har avtal med Indikator som tillsammans med vårdverksamheterna genomför undersökningarna.
Datakälla	Patientenkäter, Indikator
Felkällor	Stort bortfall i undersökningen

Övergripande indikator: Befolkningens förtroende för vården

Indikatorn återspeglar vilken tillit patienter och medborgare har till hur väl hälso- och sjukvården fungerar (även som system) och kan svara upp mot patienternas behov av att få vård och behandling. Förtroendet kan ses som ett övergripande betyg för tilliten till att man kan få den vård man behöver, när man behöver den. Befolkningen påverkas i sin bedömning inte bara av sina egna erfarenheter utan även av massmedia och närstående. De som har egna aktuella erfarenheter av sjukvården har ofta ett större förtroende för vården än övriga.

Under perioden 2002–2005 har befolkningens förtroende för sjukvården i Stockholms län förbättrats kontinuerligt, från 51 till 59%. Nästan var tionde har ett litet förtroende vilket även det är en förbättring.

Störst förtroende för sjukvården har de äldsta invånarna (70 år och äldre), medan åldergruppen 50–59 år, utlandsfödda samt de som har en dålig hälsa har lägre förtroende än andra befolkningsgrupper. Män uppger ett något större förtroende än kvinnorna. Det finns ingen signifikant skillnad mellan de som haft respektive inte haft någon vårdkontakt under det senaste året.

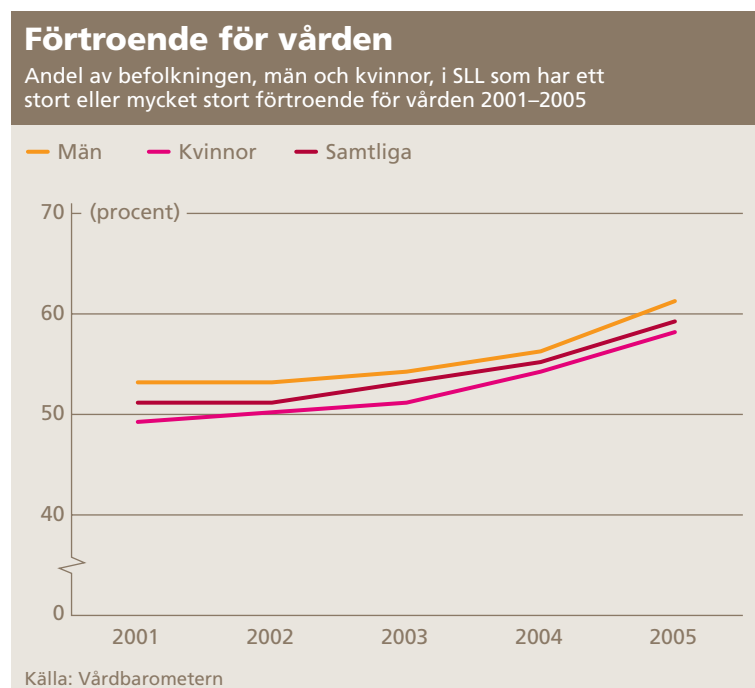
Ett problem för närsjukvårdens utveckling är att invånarna har ett betydligt lägre förtroende för hur vård och behandling fungerar på husläkarmottag-

ningarna (52% har förtroende) jämfört med vården på akutsjukhusen (72% har förtroende) och bland specialister/företagsläkare utanför sjukhusen (79% har förtroende). Även om förtroendet för husläkarmottagningarna har förbättrats något under de senaste åren har nästan var femte liten tillit. Invånarna i nästan alla andra landsting har en större tilltro till sina husläkarmottagningar.

Ett observandum är att de som gjort ett besök på vårdcentralen under det senaste året har ett signifikant större förtroende för husläkarmottagningarna än de som inte gjort något besök. Störst förtroende har ålderspensionärer (81%), vilket till en del kan förklaras av att de har fler vårdkontakter i primärvården än andra grupper. Grupper där många saknar förtroende för husläkarna är småbarnsföräldrar (kvinnor), samt utlandsfödda.

Det finns stora skillnader i förtroendet mellan de olika kommunerna/stadsdelarna i Stockholms län (varierar från 36 till 69%). Det talar för att vissa husläkarmottagningar fungerar mycket bättre än andra.

Den femtedel av de svarande som har låg tilltro till husläkarna har i Vårdbarometern fått svara på frågan "Varför brister ditt förtroende för hur vård och behandling fungerar hos husläkaren?" De vanligaste anledningarna är i nämnd ordning: att husläkarna har dåligt engagemang och bryr sig inte om patienten, de har brist på kompetens, de har för lite tid för patienterna under besöket, är stressade samt att kontinuiteten är dålig.



Notera att värdeskalen är bruten

Indikatorbeskrivning

Resultatmått	Andelen av befolkningen som har stort förtroende för vården
Beskrivning	Andel respondenter som på frågan "Hur stort eller litet är ditt förtroende för sjukvården i Stockholms län" svarat mycket stort (5) eller ganska stort (4). De som svarat vet ej/vill ej svara har exkluderats i underlaget.
Mätmetod	Telefonintervju
Datakälla	Vårdbarometern databas. Vårdbarometern är en befolkningsundersökning, där 7900 slumpmässigt utvalda vuxna (> 17 år) i länet varje år får svara på frågor på telefon om deras syn på vården. Ansvarig för undersökningen är Ipsos-Eureka som gjorts sedan 2001. Alla landsting deltar.
Felkällor	Visst bortfall framför allt av utlandsfödda. Inga jämförelser med riket kan göras. Frågan ställs bara i SLL, inga jämförelser med andra landsting kan göras.

Övergripande indikator:

Befolkningens uppfattning om tillgången till vård

Indikatorn speglar patienters och medborgare uppfattning om huruvida huvudmännen har säkerställt ett tillräckligt utbud av hälso- och sjukvård, med hög kvalitet, som kan ge den vård och behandling som efterfrågas. Indikatorn återger också patienters uppfattning i vilken grad man kan komma till vården när man behöver den.

Tre av fyra anser år 2005 att de har tillgång till den sjukvård de behöver. Andelen positiva har ökat signifikant under perioden 2003–2005 (från 71 till 76% nöjda). Var tionde är missnöjd med sjukvårdsutbudet, en andel som varit oförändrad över åren. Vårdutbudet värderas i paritet med riksgenomsnittet. Vårdutbudet upplevs inte som jämlikt då det finns stora skillnader om vi jämför olika kommuner/stadsdelar, en variation från 85% nöjda till 53procent nöjda.

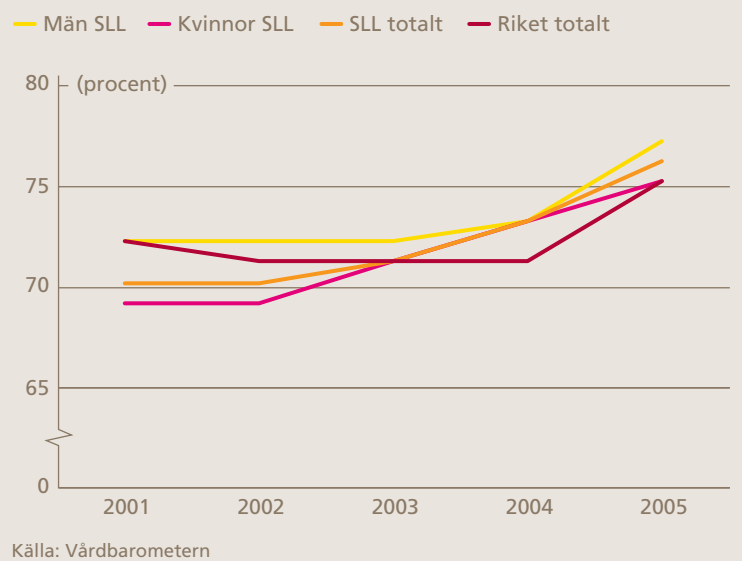
Det finns även stora skillnader i betygssättningen utifrån olika befolkningsgruppers perspektiv. Mest nöjda de äldsta i befolkningen (nio av tio är nöjda). Män värderar vårdutbudet något högre än kvinnorna.

Bland de missnöjda är det framförallt två olika grupper som är överrepresenterade. Dels är det s k utsatta grupper som sjukpensionärer, arbetslösa, långtidssjukskrivna och utlandsfödda, vilka även har en sämre hälsa än den övriga befolkningen. Det bör särskilt uppmärksammas att bland dem som har sämst hälsa (självsattad) finns dubbelt så många som är missnöjda med tillgången till vård (20%) som genomsnittsbefolkningen och nästan tre gånger fler jämfört med dem som har en mycket bra hälsa. Den andra gruppen missnöjda återfinns bland medelålders, högskoleutbildade barnfamiljer.

De som är kritiska till vårdutbudet har fått ange vad de saknar. Framför allt önskar de bättre tillgänglighet till vården och kortare väntetider. De vill att det ska finnas mer personal (framförallt läkare) och att det inte ska vara så krångligt att komma i kontakt med vården samt längre öppettider. En mindre andel önskar ett förbättrat vårdmöte med en mer personlig vård.

Tillgång till vård

Andel av befolkningen, män, kvinnor och totalt i SLL, och totalt i riket som anser sig ha tillgång till den vård de behöver 2001–2005



Notera att värdeskalen är bruten

Indikatorbeskrivning

Resultatmått	Andelen av befolkningen som anser sig ha tillgång till den vård de behöver
Beskrivning	Andel respondenter som instämmer helt eller delvis i påståendet "Jag har tillgång till den sjukvård jag behöver". De som svarat vet ej/vill ej svara har exkluderats i underlaget.
Mätmetod	Telefonintervju
Datakälla	Vårdbarometern databas. Vårdbarometern är en befolkningsundersökning, där 7900 slumpmässigt utvalda vuxna (> 17 år) i länet varje år får svara på frågor på telefon om deras syn på vården. Ansvarig för undersökningen är Ipsos-Eureka som gjorts sedan 2001 Alla landsting deltar.
Felkällor	Visst bortfall framför allt av utlandsfödda

Uppföljningsperspektiv: Effektiv hälso- och sjukvård

Övergripande indikator: Kostnad per konsumerad DRG-poäng

Beställarens kostnad/pris för akutsomatisk vård kan beskrivas genom att nettokostnaden divideras med summan av DRG-poäng viktade vårdkontakter. Måttet anger prisnivån för köpt akutsomatik och kan jämföras mellan olika år reallt och nominellt.

Viktningen innebär att vårdkontakterna har justerats med den relativa resursåtgången för olika typer av vårdkontakter. Måttet ger en mer rättvisande bild av kostnads/prisnivån än när besök och intagna används då viss hänsyn tas till skillnader i innehållet i vårdkontakten. Kvaliteten i beräkningarna ökar i takt med att KPP (Kostnad per patient) införs i produktionen och nationella standards för vikter och vårdtjänster utvecklas och används. Jämförelser förutsätter att viktningen av vårdkontakterna görs med samma standard (viktlista).

Kostnaden per DRG-poäng uppgick 2003 och 2004 till 39 000 respektive 38 900 kronor inom Stockholms läns landsting. För riket samma år var kost-

naden 38 600 respektive 39 200 kronor. Samtliga vårdkontakter har viktats med vårdtyngd och relaterats till vårdens totala nettokostnader, vilket gör att måttet återspeglar produktiviteten. Stockholm har år 2003 en produktivitet som är cirka 0,4% sämre än riksgenomsnittet för att 2004 uppvisa en produktivitet som är 0,6% bättre än riket.

Stockholms produktivitet har jämfört med riket avsevärt förändrats under 2000-talet. Produktiviteten inom vården i Stockholms läns landsting har försämrats under en lång period på mer än tio år fram till och med 2003. Per verksamhetsområde uppvisar akutvården den största produktivetsminskningen. Den främsta orsaken är att den reala kostnadsökningstakten under perioden vida översteg den mer måttliga ökningen av produktionen. Primärvård och geriatrik uppvisade en likartad bild, men med en betydligt mindre produktivetsminskning. Dessa verksamhetsområden hade en något lägre real kostnadsökningstakt respektive en klart högre ökningstakt av produktionen än akutvården. Psykiatrien har däremot haft en produktionsökning som överstigit kostnadsökningen vilket lett till en ökad produktivitet.

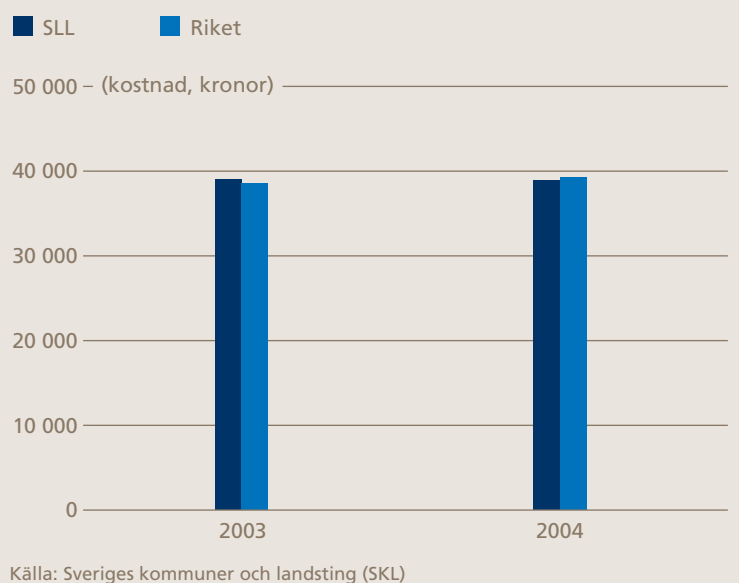
Ett trendbrott inträffade 2004 då kostnadsökningstakten kraftigt bromsades från att ha legat på en årlig ökning på 8–9% till en årlig ökning på cirka 3% från och med 2004. På senare tid har även produktionen ökat något. Produktivetsminskningen har avtagit och från 2004 ökat något.

En under perioden före 2004 svag kostnadskontroll i kombination med en mycket kostnadsdrivande konkurrens om personal, var den främsta förklaringen till produktivetsminskningen. Från och med 2004 har kostnadskontrollen och kravet på balans i ekonomin blivit mycket tydlig, vilket resulterat i en kostnadsökning som legat under sjukvårdskostnadsindex. Index återspeglar den allmänna inflationen i vården. Utvecklingen i andra landsting har uppvisat samma mönster. Styrkan i förändringen har dock varit större i Stockholm. Detta betyder att vi fram till och med 2003 försämrat vår produktivitet i relation till riket, men att vi från och med 2004 förbättrat vår produktivitet jämfört med riket.

DRG är en förkortning för Diagnos Relaterade Grupper och är ett sätt att beskriva sjukhusets patientsammansättning (case mix), mycket mer överskådligt än om verksamheten skulle beskrivas med tusentals diagnos- och operationskoder.

Kostnad per DRG-poäng

Kostnad per konsumerad DRG-poäng i SLL 2003–2004



Indikatorbeskrivning

Resultatmått	Kostnad per konsumerad DRG-poäng
Beskrivning	Total poängvolym köpt akutsomatisk vård divideras med nettokostnad för köpt akutsomatisk vård.
Mätmetod	Kalkyl på registerdata
Datakälla	Sveriges kommuner och landsting (SKL)
Felkällor	Skillnader i registreringspraxis och innehåll inom DRG, skillnader i definition av kostnad över tid och mellan enheter. Felkällorna begränsar vilka analyser som går att göra

Referens:

1. Jämförelser mellan landsting och regioner ur olika perspektiv 2004. SKL
2. Jämförelser mellan SLL, VGR och Skåne. SKL feb 2006

Övergripande indikator:

Faktisk kostnad i relation till förväntad kostnad

Nettokostnad per invånare visar hur mycket skattemedel som används till vård i genomsnitt per invånare under ett år. Måttet används vid nationella jämförelser. Måttet bör användas i kombination med beräkning av förväntad kostnad per invånare. Förväntat värde beräknas med hjälp av det nationella sjukvårdsindex som är en del av skatteutjämningsystemet. Indexet tar hänsyn till förekomsten i befolkningen av de större sjukdomsgrupperna, ålder och socioekonomi.

Kostnaden per invånare faktisk och förväntad är en bra utgångspunkt för beskrivning och analys av skillnader mellan landsting.

Kostnaden för hälso- och sjukvård 2004 var cirka 16 200 kronor per invånare i Stockholms läns landsting. Genomsnittet för riket låg samma år på cirka 15 000 kronor. Landstingen har olika förutsättningar avseende ålderssammansättning och sjuklighet, vilket påverkar behovet av vård. Efter justering för dessa faktorer kan en rättvisande jämförelse göras mellan landstingen. Kostnaden per invånare blir då jämfört med riket 11% högre i Stockholm,

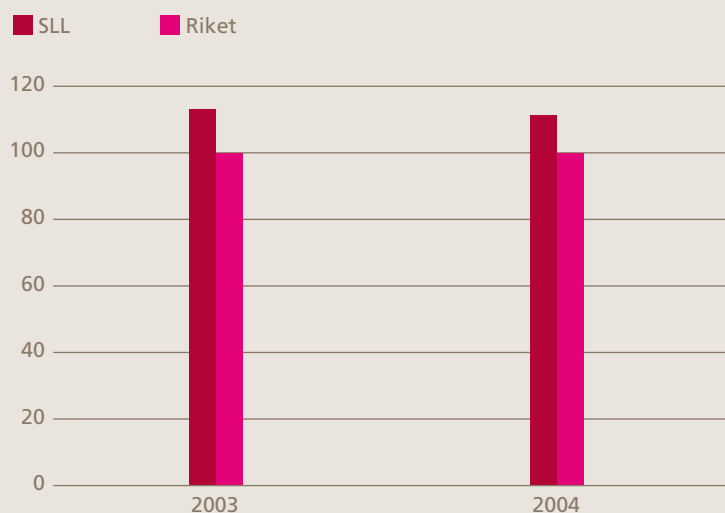
högst i landet. Östergötland ligger lägst i landet, ca 14% under riksgenomsnittet. Även Skåne och Västra Götaland ligger under riksgenomsnittet, vilket innebär att det bara är Stockholm som ligger över riksgenomsnittet bland storstadsregionerna. Stockholm har 2004 något närmare sig riksgenomsnittet jämfört med 2003, då Stockholm låg 13% över. Främsta anledningen till närmandet är att kostnadsökningstakten sjönk i Stockholm från 8,3% 2003 till 2,9% för 2004.

Den enskilt viktigaste förklaringen till att kostnaden per invånare i Stockholm är högre än för riksgenomsnittet är att tillgången på sjukvård är större. Detta förklarar nästan halva skillnaden. Öppenvårdsbesöken per invånare är cirka 10% högre än för riket. Räknas enbart läkarbesöken gör befolkningen i Stockholm cirka 25% fler besök per invånare och år. Den högre besöksvolymen finns inom såväl primärvård som specialiserad vård. Skillnaden i antalet besök per invånare är markant störst för specialiserad psykiatrisk öppenvård. För den slutna psykiatriska vården är antalet vårdtillfällen per invånare 40% högre än för riket, vilket delvis förklaras av större förekomst av psykiska problem och eller missbrukarproblem. Det är dock tveksamt om det enbart är ett storstadsrelaterat problem då Skåne och Västra Götaland har färre psykiatriska vårdtillfällen per invånare än riket. För den somatiska slutenvården i övrigt finns inga större skillnader mellan Stockholm och riket.

Produktiviteten i Stockholm var 2004 ungefär densamma som för riket, vilket innebär att den högre kostnaden i Stockholm inte till någon del kan förklaras av en skillnad i produktivitet. Kostnaderna i Stockholm i relation till volymen konsumerad vård är densamma som för riket. Det är överhuvudtaget svårt att hitta någon förklaring till skillnaden utöver den del som kan förklaras av en större vårdvolym per invånare.

Kostnad för hälso- och sjukvård per invånare

Faktisk sjukvårdskostnad och förväntad kostnad enligt utjämnings-systemet per invånare i SLL och riket. Index 2003 och 2004.



Källa: Sveriges kommuner och landsting (SKL)

Indikatorbeskrivning

Resultatmått	Faktisk kostnad i relation till förväntad kostnad
Beskrivning	Totalkostnaden för vård av den egna befolkningen minus patientavgifter och specificerade statsbidrag divideras med antalet invånare. Förväntat värde beräknas med hjälp av nationella sjukvårdsindexet.
Mätmetod	Kalkyl baserad på register
Datakälla	Sveriges kommuner och landsting
Felkällor	Avgränsningen av vårdens kostnader förändras över tid och gör inte helt lika i de olika landstingen

Referens:

1. Jämförelser mellan landsting och regioner ur olika perspektiv 2004. SKL

Uppföljningsperspektiv: Jämlig hälso- och sjukvård

Övergripande indikator:

Vaccinationstäckning av barn mot mässling, påssjuka och röda hund (MPR)

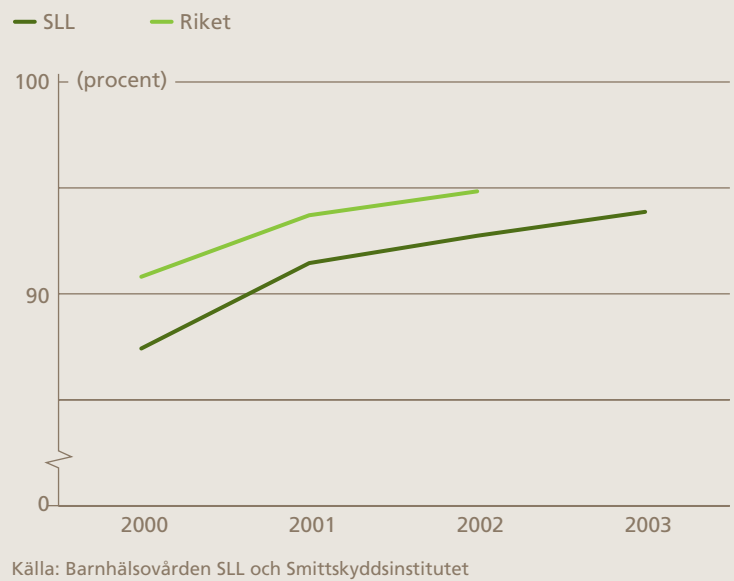
I Sverige erbjuds alla barn vaccination mot åtta sjukdomar i det allmänna vaccinationssystemet som Socialstyrelsen rekommenderar. Dessa är: difteri, stelkramp, kikhosta, polio, hemophilus influenzae typ B, mässling, påssjuka och röda hund. Barn med ökad risk för att utsättas för smitta vaccineras mot tuberkulos och hepatit B. Som indikator väljs vaccinationstäckningen av mässling, påssjuka och röda hund för att den ofta används vid internationella jämförelser.

Vaccinationstäckningen mot mässling, påssjuka och röda hund (MPR) har ökat de senaste åren i Stockholms län, men ligger fortfarande lägre än riksnittet år 2004. För att sjukdomarna inte ska få fäste i befolkningen krävs att 90-95% av befolkningen är immuna. Antalet kommuner/stadsdelar som ligger under den lägre gränsen för immunitet (90%) har minskat kraftigt de senaste åren, däremot har spridningen ökat mellan kommuner/stadsdelar med högst respektive lägst andel vaccinerade.

I fyra stadsdelar/kommuner (Österåker, Rinkeby, Spånga/Tensta och Södertälje) är vaccinationstäckningen under 90%. Lägst är täckningsgraden i Rinkeby med 69,5%. Jämfört med föregående år har täckningen sjunkit marginellt i dessa områden. Där finns en oro bland föräldrarna att vaccin är skadligt. Särskilda informationsinsatser har riktats till föräldrar i dessa områden. Ju äldre barnen blir desto större andel är vaccinerade mot MPR.

Vaccinationstäckning för MPR

Andel vaccinerade 18-månadersbarn i SLL och riket efter födelseår 2000–2003



Notera att värdeskalen är bruten

Indikatorbeskrivning

Resultatmått	Vaccinationstäckning hos 18-månaders barn av mässling, påssjuka och röda hund
Beskrivning	Andel vaccinerade 18-månaders barn mot mässling, påssjuka och röda hund
Mätmetod	Register
Datakälla	Barnhälsovården SLL, Smittskyddsinstitutet
Felkällor	-

Övergripande kvalitetsindikator: Andel i befolkningen

som någon gång ansett sig vara i behov av sjukvård men inte sökt vård

Indikatorn speglar andelen i befolkningen som någon gång under det senaste året ansett sig vara i behov av sjukvård men inte sökt vård. Behovet av vård bygger på en subjektiv bedömning, ingen uppgift finns om vilka symptom/besvär som avses. Högkostnadsskyddet ska sörja för att alla ska ha råd att söka vård när de behöver det. I analysen ingår att se huruvida inkomsten har påverkat beslutet. På en följdfråga angående orsaken till att man inte sökt vård får vi en uppfattning om olika anledningar.

Högkostnadsskyddet ska sörja för att alla ska ha råd att söka vård när de behöver det. I analysen ingår att se huruvida inkomsten har påverkat beslutet. På en följdfråga angående orsaken till att man inte sökt vård anges många olika anledningar: Tidsbrist, dålig tillgänglighet, vet inte vart man ska vända sig, vill avvakta etc.

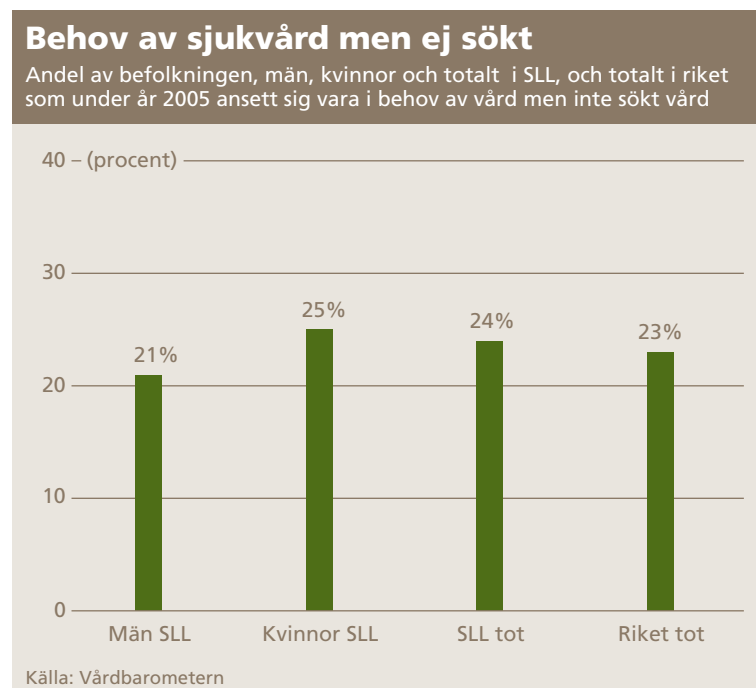
Nästan var fjärde person har någon gång under år 2005 ansett sig vara i behov av vård men inte sökt vård, kvinnorna avstår i högre grad än männen. Beteendet bland invånarna i Stockholm skiljer sig inte jämfört med riksgenomsnittet.

Ålderspensionärer och män avstår vård i mindre grad än andra grupper. Motsatsen gäller utsatta grupper (arbetslösa, långtidssjukskrivna sjukpensionärer), barnfamiljer samt utlandsfödda.

De som har en inkomst över 25 000 kr/mån avstår vård i något mindre ut-

sträckning än de som har lägre inkomster. Men kostnadsskäl anges endast av tre procent som orsak till att de avstått från att söka vård. Drygt hälften anger skäl som bygger på egna ställningstaganden (och inte har påverkats av "sjukvårdssystemet"). Den vanligaste anledningen är att man ville vänta ett tag (37%), vilket är ett bra förhållningssätt för många symptom. Även tidsbrist – "hade inte tid" – anges ganska frekvent (16%) och är den näst vanligaste orsaken för män.

Andra orsaker kan delvis hänföras till brister i sjukvårdssystemet; "Fick inte tid hos någon läkare" – pekar på en dålig tillgänglighet samt "kände inte till någon bra läkare" innebär att information saknas och inte kunnat nås. En viktig grupp som borde följas upp är de som avstår att söka vård för att de inte anser att de kan få någon hjälp (16%). Här finns de som sjukvården inte kunnat ge tillräcklig hjälp. Kvinnor anger detta i högre grad än män och det är kvinnornas näst vanligaste skäl för att avstå vård. Överrepresenterade är även sjukpensionärer, arbetslösa, långtidssjukskrivna samt utlandsfödda utanför Norden.



Indikatorbeskrivning

Processmått	Andel i befolkningen som någon gång under det senaste året ansett sig vara i behov av sjukvård men inte sökt vård
Beskrivning	Ny fråga från 2005 Andel respondenter som på frågan "Har du under de senaste 12 månaderna någon gång ansett dig vara i behov av sjukvård men inte sökt vård?" svarat ja en eller flera gånger. De som svarat vet ej/kan inte svara har exkluderats i beräkningen.
Mätmetod	Telefon intervju
Datakälla	Vårdbarometern databas. Vårdbarometern är en befolkningsundersökning, där 7900 slumpmässigt utvalda vuxna (> 17 år) i länet varje år får svara på frågor på telefon om deras syn på vården. Ansvarig för undersökningen är Ipsos-Eureka som gjorts sedan 2001. Alla landsting deltar.
Felkällor	Visst bortfall framför allt av utlandsfödda

Uppföljningsperspektiv: Hälsa- och sjukvård i rimlig tid

Övergripande indikator:

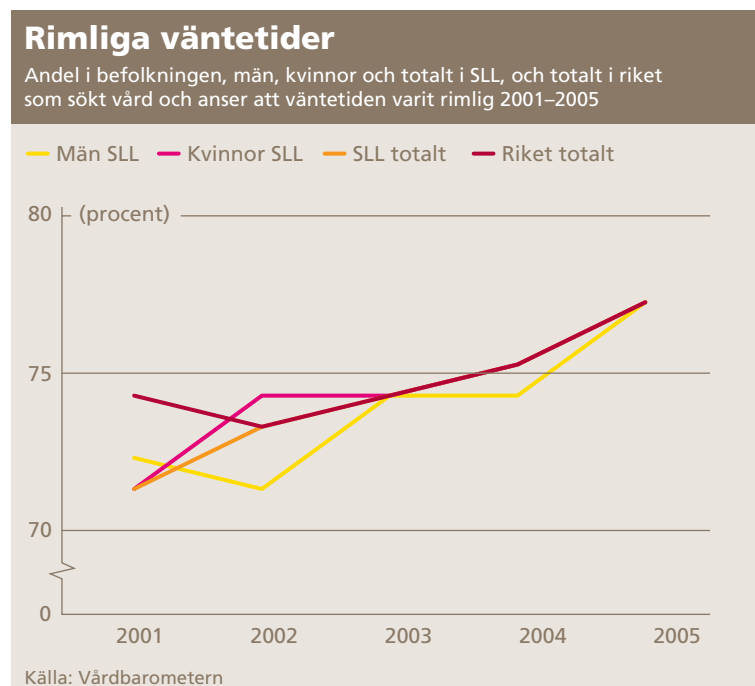
Andel i befolkningen som sökt vård och som anser att väntetiden varit rimlig

Indikatorn speglar andelen i befolkningen som sökt vård under det senaste året och som anser att väntetiden varit rimlig för det senaste besöket i öppen vård. Måttet är en sammanvägning av de svarandes uppfattning av väntetiden till olika verksamheter från det man beställt tid för besöket till dess besöket ägt rum (alternativt från det man fått en remiss tills besöket ägt rum). Det är värt att notera att flertalet bedömningar avser väntetiden i närsjukvården.

Andelen som tycker att väntetiden för ett läkarbesök varit rimlig har ökat kontinuerligt sedan år 2001 från 71 till 77% och resultatet ligger i nivå med riksgenomsnittet. Störst förbättring har skett på sjukhusens mottagningar även om det är här som missnöjet fortfarande är störst. Väntetiderna har även blivit något mer acceptabla på husläkarmottagningarna.

Trots den förbättring som skett är anser 23% att väntetiden varit orimligt lång, vilket gör att väntetiden är det område som flest invånarna är missnöjda med.

Sett till respondenternas bakgrundsdata är missnöjet med väntetiderna störst bland utlandsfödda (utanför Norden), barnfamiljer och åldersgruppen 40–49 år. Det finns inga signifikanta skillnader mellan män och kvinnor.



Notera att värdeskalen är bruten

Indikatorbeskrivning

Processmått	Andel i befolkningen som sökt vård under det senaste året och som anser att väntetiden varit rimlig
Beskrivning	Här redovisas de som besökt sjukvårdens öppenvård under det senaste året som patient eller anhörig. Måttet är en sammanvägning av respondenternas uppfattning av väntetiden för det senaste besöket, från det man beställt tid för besöket tills besöket ägt rum. För öppenvård i närsjukvården gäller bedömningen väntetid från det man ringt och beställt tid tills besöket ägt rum. För akutmottagning på sjukhus gäller det väntetiden på akuten tills man fick hjälp. För sjukhusens öppenvård värderas väntetiden från det man fick en remiss tills besöket ägde rum. De som svarat vet ej/kan inte svara har exkluderats i beräkningen.
Mätmetod	Telefonintervju
Datakälla	Vårdbarometern databas. Vårdbarometern är en befolkningsundersökning, där 7900 slumpmässigt utvalda vuxna (> 17 år) i länet varje år får svara på frågor på telefon om deras syn på vården. Ansvarig för undersökningen är Ipsos-Eureka som gjorts sedan 2001. Alla landsting deltar.
Felkällor	Visst bortfall framför allt av utlandsfödda. De som vänt sig direkt till närsjukvården utan att beställa tid ingår inte. Inte heller de som tycker att väntetiden varit för lång och därför inte gjort något besök.

Övergripande indikator: Väntetider till husläkare

Inom primärvården gäller sedan 1996 en nationell besöksgaranti som säger att primärvården är ansvarig för de första kontakterna och ska erbjuda hjälp, antingen på telefon eller genom besök samma dag som vården kontaktas. Om kontakt med husläkare erfordras ska väntetiden vara högst sju dagar. De patienter som ingår indikatorn är de patienter som bedömts akuta eller ej akuta och som kommit direkt till mottagningen eller fått en tid bokad, d v s omfattas av besöksgarantin.

Mätningen i mars 2006 visar att 91% av patienterna i Stockholms läns landsting fått kontakt med husläkare inom sju dagar. Andelen i andra svenska landsting/regioner varierade mellan 74 och 95% och riksgenomsnittet är 87%. Det är en positiv utveckling som skett sedan mätningen i oktober 2004 då endast 82% av patienterna i landstinget fick kontakt med husläkare inom 7 dagar.



Indikatorbeskrivning

Processmått	Väntetider till husläkare (besöksgarantin)
Beskrivning	Andel patienter som erhållit läkarbesök hos husläkare/på vårdcentral inom 7 dagar. De patienter som ingår i redovisningen är de patienter som söker till vårdcentralen för, för patienten och/eller hälso- och sjukvårdspersonalen, tidigare obekant hälsoproblem eller för en oväntad eller kraftig försämring av ett tidigare känt hälsoproblem. Patienter som kommer på kontroll/ uppföljning ingår ej. Sveriges kommuner och landsting (SKL) mäter besöksgarantin två gånger per år genom fem dagars mätning vår och höst och mätningarna ingår från 2005 i ordinarie verksamhetsuppföljning. Mätningarna gäller endast läkarbesök. Samtliga vårdcentraler med allmänläkarmottagning och privata allmänläkar-mottagningar med vårdavtal omfattas. Allmänläkare som ersätts enligt nationella taxan omfattas inte.
Mätmetod	Frågor till vårdcentralerna via e-post. Omfattar de patienter, enligt beskrivning ovan, som besöker vårdcentralen under mätveckan. Faktisk väntetid redovisas i kalenderdagar och avser tiden från det att patienten kontaktade vårdcentralen till besöksdagen hos husläkaren.
Datakälla	Väntetider i Vården, Sveriges kommuner och landsting
Felkällor	Fr.om. 2006 kan vårdcentralen ange i mätningen om patienten själv valt en tid längre än den vårdcentralen erbjudit. Dessa patienter exkluderas från mätningen.

Uppföljningsperspektiv: Effekter på hälsan

Övergripande indikator: Åtgärdbar dödlighet

Indikatorer på "åtgärdbar dödlighet" (avoidable mortality) utvecklades i mitten av 1970-talet för att underlätta uppföljning av hälso- och sjukvårdens resultat. Analysmetoden har i modifierad form använts i flera europeiska och svenska studier. Metoden bygger på att man studerar dödsfall i ett antal dödsorsaker som hälso- och sjukvården ska kunna förhindra om den fungerar bra. Dessa dödsorsaker ska därvid tjäna som en grov indikator på hur väl hälso- och sjukvården uppfyller sina potentiella möjligheter. I en del av dessa studier har en uppdelning gjorts mellan sjukvårdsindikatorer och hälsopolitiska indikatorer.

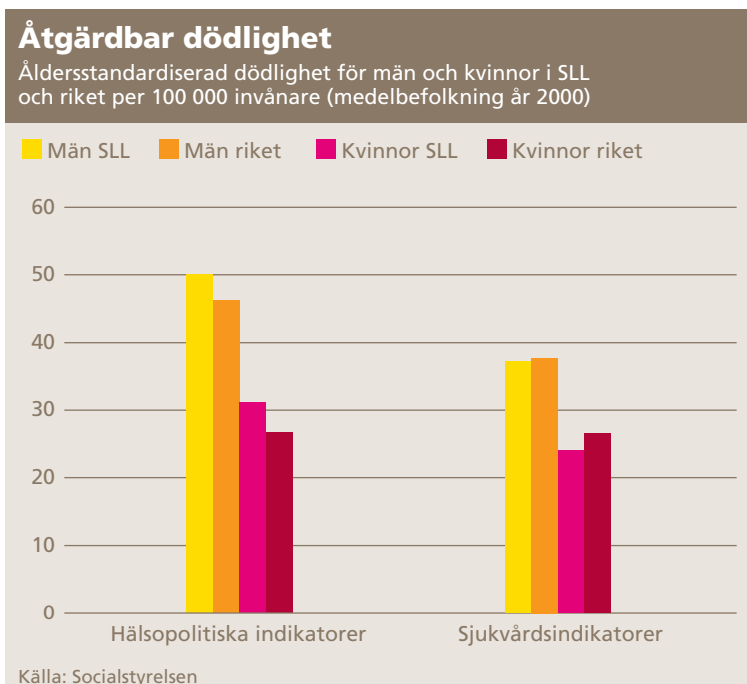
Sjukvårdsindikatorerna ska ses som indikatorer på sjukvårdens insatser, tex vaccinationer, screening för livmoderhalscancer eller behandling av diabetes, hypertoni, astma och blindtarmsinflammationer, medan de hälsopolitiska indikatorerna är inriktade på preventionens möjligheter, vare sig sjukvården eller samhället i övrigt (tex i form av lagstiftning) bidragit till utvecklingen. Ett exempel på en hälsopolitisk indikator är lungcancer där de tobaksförebyggande insatserna är viktigast.

Av beskrivningen nedan framgår vilka dödsorsaker som ingår i de båda grupperna av indikatorer på åtgärdbar dödlighet. Listan har nyligen modifierats något med hänsyn till den medicinska utvecklingen. Diabetes har tex lagts till bland sjukvårdsindikatorerna och cancer i matstrupe bland de hälsopolitiska indikatorerna. Vidare har den åldersgrupp som studerats koncentrerats till åldern 1–74 år. I Sverige är det ett fåtal diagnosgrupper som står för huvuddelen av den åtgärdbara dödligheten. För sjukvårdsindikatorerna är detta bl a stroke, andningsorganens sjukdomar och diabetes.

Jämfört med riket har både män och kvinnor i SLL högre dödlighet vad gäller hälsopolitiska indikatorer. När det gäller sjukvårdsindikatorer är skillnaderna mindre, och för kvinnor i SLL är dödligheten något lägre än i riket.

Tolkning av resultaten bör göras med försiktighet. Dock förefaller dödligheten vad gäller de hälsopolitiska indikatorerna spegla levnadsvanor när det gäller rökning och alkoholkonsumtion i befolkningen i SLL. Rökning var fram till sekelskiftet vanligare i SLL än i riket, men det förhållandet har ändrats de senaste åren. Alkoholkonsumtionen i SLL är något högre än i riket. Dessa levnadsvanor

är riskfaktorer också för bl a stroke och andningsorganens sjukdomar. För att minska åtgärdbar dödlighet i SLL bör alltså mer tonvikt läggas på hälso- och sjukvårdens hälsofrämjande och förebyggande arbete i syfte att minska rökning och hög alkoholkonsumtion och dess skadeverkningar.



Område och kön	Indikator	Antal döda	Dödstal*
Män SLL	Hälsopolitisk	1463	50,1
Män riket	Hälsopolitisk	7379	46,2
Kvinnor SLL	Hälsopolitisk	977	31,1
Kvinnor riket	Hälsopolitisk	4475	26,7
Män SLL	Sjukvård	1019	37,2
Män riket	Sjukvård	5865	37,7
Kvinnor SLL	Sjukvård	739	24,0
Riket SLL	Sjukvård	4457	26,5

*Dödstal: Åldersstandardiserad dödlighet per 100 000 i medelbefolkningen 2000

Indikatorbeskrivning

Resultatmått	Åtgärdbar dödlighet
Beskrivning	Ålderstandardiserad dödlighet/100 000 invånare i följande diagnoser: <i>Sjukvårdsindikatorer</i> Tuberkulos, cervixcancer, hodgkins sjukdom, kronisk reumatisk hjärtsjukdom, diabetes, andningsorganens sjukdomar, astma, blindtarmsinflammation, bukbräck, gallsten samt kolecystit och utanuppgift om gallsten, hypertoni-sjukdomar, stroke, komplikationer vid graviditet och förlossning samt i puerperiet, tyfoidfeber, kikhosta, tetanus, mässling, osteomyelit. <i>Hälsopolitiska indikatorer</i> Lungcancer, cancer i matstrupe, levercirros, motortrafikolyckor
Mätmetod	Register
Datakälla	Dödorsaksregistret, Socialstyrelsen
Felkällor	Inga större
Redovisning	Årsbasis

Referenser

1. Rutstein DD, et al. Measuring the quality of medical care. N Engl J Med 1976;294:582-8.
2. Holland WW. European Community Atlas of Avoidable Death. Commission of the European Communities Health Services Research Series No 3. Oxford:1988
3. Westerling R. The "Avoidable" Mortality Method. Empirical studies using data from Sweden. Avhandling. Uppsala universitet: Institutionen för Socialmedicin; 1995.
4. Dödsorsaker 2003. Socialstyrelsen 2005

Övergripande indikator: Kariesfrihet hos barn/ungdom

Hälso- och sjukvården spelar en viktig roll i det förebyggande arbetet kring tandhälsa. Kariesfrihet hos barn och ungdomar utgör en viktig indikator för hur detta arbete fungerar. Kariesfrihet som hälsomått innebär att barnet vid undersökningstillfället inte uppvisar karies, varken som ett nytt eller som ett tidigare behandlat angrepp (fyllning) eller saknar någon tand som sannolikt dragits ut på grund av karies. I Stockholms län registreras tandhälsouppgifter för alla barn i åldrarna 3, 6, 12 och 19 år.

Tandhälsoutvecklingen sett över tiden har varit positiv. Andelen kariesfria 3-åringar under perioden år 1987–2005 har ökat med drygt 8 procentenheter och uppgår år 2005 till 94,0%. Vad avser de sista fyra åren planar dock denna trend ut, vilket är naturligt när munhälsan blir allt bättre. Skillnader mellan pojkar och flickors kariesfrihet bland 3-åringar år 2005 var 0,6 procentenheter till flickornas fördel.

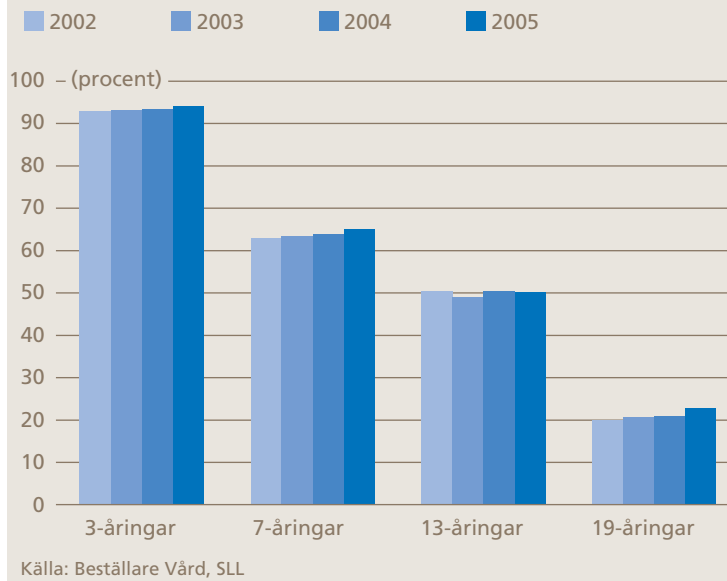
Tandhälsan skiljer sig åt mellan olika geografiska områden i länet. Fyra vårdbehovsområden har definierats med utgångspunkt från barnens tandhälsa. Områden med bäst tandhälsa, vårdbehovsområde 1 och områden med sämst tandhälsa, vårdbehovsområde 4. I vårdbehovsområde 2, 3 och 4 utgår utöver ”tandvårdspeng” ett vårdbehovstillägg, som är störst i område 4.

Andelen kariesfria 3-åringar i vårdbehovsområde 4 är lägre och uppgår år 2005 till 85,7%. Andelen kariesfria har dock ökat från år 2002 med 3% enheter vilket innebär att målet för år 2005 uppnåtts med viss marginal. Tandhälsan för nämnd grupp har förbättrats på grund av ett antal aktiva insatser i dessa områden, exempelvis förstärkt munhälsoinformation/instruktion av tandvårdspersonal till föräldrarna vid BVC samt kallelse till tandklinik för ytterligare förstärkt information/instruktion när barnet är 2 år i områden med sämre tandhälsa. Vad avser övriga åldrar finns även bland dem en tendens till ytterligare förbättrad tandhälsa. Denna förbättring skiljer sig dock mellan olika vårdbehovsområden. Även för äldre barn har särskilda åtgärder i förebyggande syfte satts in, exempelvis har fluorsköljningar i skolmiljö återupptagits i vårdbehovsområde 3 och 4.

Tandhälsan skiljer sig något till det sämre i storstadsregionerna jämfört med riket i övrigt, så även i Stockholms län.

Kariesfria barn och ungdomar

Andel kariesfria barn och ungdomar i SLL 2002–2005



Indikatorbeskrivning

Resultatmätt	Kariesfrihet hos barn och ungdomar
Beskrivning	Andelen kariesfria barn i åldrarna 3,6,12 och 19 år.
Mätmetod	Register
Datakälla	Beställare Vård, SLL
Felkällor	Inga större

Referenser

1. Tandhälsorapport 2004. SLL 2005.

Förteckning över samtliga förslag till indikatorer som ingått i processen för val av övergripande indikatorer för resultatredovisning i juni 2006

Indikatorer markerade med kursivstil kommer att redovisas i juni 2006

Uppföljningsperspektiv: Hälsoläge i befolkningen

- Återstående medellivslängd för nyfödda
- Förekomst av hjärt-kärlsjukdom
- Förekomst av tumörsjukdom
- Förekomst av övervikt och fetma
- Förekomst av rörelseorganens sjukdomar
- Förekomst av nedsatt psykiskt välbefinnande
- Hälsorelaterad livskvalitet i befolkningen

Uppföljningsperspektiv:

Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård

- *Primär PCI (ballongvidgning) vid akut ST-höjningsinfarkt*
- Andel rökare efter hjärtinfarkt
- Förekomst av riskfaktorn rökning vid stroke
- Förekomst av riskfaktorn rökning efter stroke
- Förekomst av ”obehandlade” patienter med riskfaktorn förmaksflimmer bland dem som drabbas av hjärninfarkt
- Förekomst av trombolysbehandling vid hjärninfarkt enligt gällande kriterier
- Vård på strokeenhet
- *Dödlighet i samband med stroke*
- *Överlevnad i bröstcancer*
- *Följsamhet till rekommenderade läkemedel (DU90%)*

Uppföljningsperspektiv: Säker hälso- och sjukvård

- *Årlig skadefrekvens enligt patientskadeförsäkringen (Löf)*
- *Nydiagnostiserade MRSA-fall som smittats inom hälso- och sjukvården*
- Antal respiratorassocierade lunginflammationer/1000 respiratortimmar
- Andel slutenvårdsverksamheter som följer upp följsamheten gentemot MRSA-preventivt vårdprogram.
- Andel patienter som är riskbedömda för utveckling av trycksår
- Andel perineala rupturer Gr III och Gr IV vid vaginal förlossning
- Suicidfrekvens – patienter med pågående psykiatrisk vårdkontakt

Uppföljningsperspektiv: Patientfokuserad hälso- och sjukvård

- *Patientupplevelse av vården*
- Index för dimensionen bemötande
- Index för dimensionen delaktighet
- Index för dimensionen patientens värdering
- *Befolkningens förtroende för vården*
- *Befolkningens uppfattning om tillgången till vård*

Uppföljningsperspektiv: Effektiv hälso- och sjukvård

- Beställarens köpkraft
- *Kostnad per konsumerad DRG-poäng*
- Beställarens kostnad per viktad vårdkontakt och vårdgren
- *Faktisk kostnad i relation till förväntad kostnad*
- Kostnad per stadsdel/kommun i relation till förväntat inom SLL
- Procentuell fördelning av kostnaderna på vårdgren

Uppföljningsperspektiv: Jämlig hälso- och sjukvård

- Faktisk vårdkostnad/invånare i förhållande till kostnad enligt index
- Läkemedelskostnader/1000 invånare
- Sjukgymnastbesök/1000 invånare
- Besök hos allmänspecialister/1000 invånare
- Öppenvårdsbesök/1000 invånare
- Kariesfrekvens hos 3-åringar
- *Vaccinationstäckning av barn mot mässling, påssjuka och röda hund (MPR)*
- Sjuk- och aktivitetsersättning

- *Andel i befolkningen som någon gång ansett sig vara i behov av sjukvård men inte sökt vård*
- Andel i befolkningen som anser sig ha tillgång till den vård de behöver
- Index för dimensionen bemötande
- Index för dimensionen delaktighet

Uppföljningsperspektiv: Hälsa- och sjukvård i rimlig tid

- Andel i befolkningen som anser att de har tillgång till den vård de behöver
- Andel i befolkningen som anser att det är svårt att komma fram på telefon till husläkarmottagning
- *Andel i befolkningen som sökt vård och som anser att väntetiden varit rimlig*
- *Väntetider till husläkare*
- Tid från ankomst till operation (höftfrakturer)
- Antal utskrivningsklara som ligger kvar på sjukhusen
- Väntetider på akutmottagning

Uppföljningsperspektiv: Effekter på hälsan

- *Åtgärdbar dödlighet*
- *Kariesfrihet hos barn/ ungdomar*
- Vaccinationstäckning

Bilaga 2

Organisation och deltagare för respektive uppföljningsperspektiv

Styrgrupp

I styrgruppen har Beställare Vård, ägaren, produktionen samt Forum varit representerade enligt nedan.

Catharina Barkman (ordförande) – Beställare Vård
Anneli Bergens – Stockholms läns sjukvårdsområde
Georg Engel – Forum
Leif Karnström – Beställare Vård
Eric Paulson – Ägarkansliet
Jörgen Striem – Danderyds sjukhus AB
Christina Torstensson – Beställare Vård

Projektledare

Marie Lawrence, Forum/Centrum för vårdutveckling

Arbetsgrupp

Projektet har haft en arbetsgrupp med en samordnare per uppföljningsperspektiv.

Följande personer har varit samordnare:

Hälsoläge i befolkningen: Cecilia Magnusson, Forum
Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård: Ann Fjellner, Beställare Vård
Säker hälso- och sjukvård: Magna Andreen Sachs, Forum
Patientfokuserad hälso- och sjukvård: Inger Rising, Forum
Effektiv hälso- och sjukvård: Bengt Blomberg, Beställare Vård
Jämlik hälso- och sjukvård: Anna Häggqvist, Beställare Vård
Hälso- och sjukvård i rimlig tid: Lotta Strömelius, Beställare Vård
Effekter på hälsan: Cecilia Magnusson, Forum

I arbetsgruppen har dessutom följande personer ingått:

Birgitta Lindelius, projektkoordinator, Forum
Jeanette Hellström, projektadministratör, Forum
Nils Larsson, hälso- och sjukvårdsanalytiker, Forum

Samordnarnas uppdrag har varit att:

- Med utgångspunkt från WHO:s definition av hälsa respektive Socialstyrelsens definition av god vård kopplat till föreskriften om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (SOSFS 2005:12) ta fram en fördjupad beskrivning av definition och innebörd för respektive uppföljningsperspektiv.
- Ta fram förslag på ca 10 övergripande indikatorer (utgå från befintliga källor, men även lyfta upp områden som i dagsläget inte går att fånga).
- I de fall bristområden för uppföljning identifieras lyfta fram förbättringsområden.
- Samråda med berörda parter.

Uppföljningsperspektiv: Hälsoläge i befolkningen

Samordnare: Cecilia Magnusson, Centrum för folkhälsa, Forum

Processen har inneburit att Cecilia Magnusson, samordnare, samlat en grupp personer med stor erfarenhet och kunskap. Denna arbetsgrupp har sammanträtt under hösten och vintern vid tre tillfällen, därutöver har informella diskussioner skett.

Arbetsgruppen utgörs av:

Peter Allebeck, professor och överläkare, avdelningschef, Avdelningen för Socialmedicin och Epidemiologi, Centrum för folkhälsa, Forum

Bo Burström, docent och överläkare, enhetschef, Enheten för socialmedicin, Centrum för folkhälsa, Forum

Clas Rehnberg, docent, hälsoekonom, Enheten för socialmedicin, Centrum för folkhälsa, Forum

Riitta Sorsa, Avdelningen för befolkningsperspektiv, Beställare Vård

Samordnaren har också konsulterat andra experter inom centrum för folkhälsa: överläkare Johan Hallqvist, enheten för epidemiologi; enhetschef Lene Lundberg, enheten för psykisk hälsa; samt överläkare Birger Forsberg, avdelningen för socialmedicin och epidemiologi.

Till arbetet har också följande personer bidragit: Yvonne Forsell, Centrum för folkhälsa, Forum, Birgitta Lindelius, Centrum för vårdutveckling, Forum och Kristina Burström, Centrum för folkhälsa, Forum.

Uppföljningsperspektiv:

Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård

Samordnare: Ann Fjellner, Strategisk leverantörsuppföljning, Beställare Vård

Efter samråd med ordförande för Stockholms Medicinska Råd (SMR), Kaj Lindvall har de respektive programråden inbjudits att medverka i framtagande av kvalitetsindikatorerna. Medverkan av SMR har dels skett genom två probleminventerande möten dels via intervjuer av enskilda programråd. Intervjuer har även skett av andra kunniga personer/grupper vid bl a Lime/KI, Onkologiskt Centrum och inom det Medicinska Programarbetet. Synpunkter från Beställare Vård har inhämtats genom särskilda möten med representanter för respektive vårdgren. Kunskapsunderlag har inhämtats via genomgång av indikatorer använda regionalt i form av regionala vårdprogram och kvalitetsuppföljningsbilagor i avtal, nationellt i form nationella kvalitetsregister, Nationella riktlinjer, Socialstyrelsens rapporter och övriga relevanta rapporter och sammanställningar från InfoVU's inklusive indikatorer använda internationellt.

Följande personer har deltagit på möten/intervjuats enskilt.

SMR och MPA: Ulrik Ringborg, Anders Å:son Berg, Johan Thor, Gunnar Ljunggren, Kaj Lindvall, Gunnar Öhlén, Britt Arrelöv, Mattias Agestam, Hans Gilljam, Urban Nylén, Jan Adolfsson, Inger Rising, Ingvar Krakau, Roland Morgell,

KI/MMC: Pia Maria Johnsson,

Beställare Vård: Gertrud Wahlund, Anders Allard, Lars-Erik Larsson och Elisabeth Åkrantz.

Forum: Karin Wikell

Vid konsensusmöte föreslogs att välja indikatorer för de 3–4 största sjukdomsgrupperna avseende antingen dödlighet, sjuklighet eller kostnader. Då uppgifter om sjuklighet och kostnader inte så lätt kunde tas fram ur befintliga datasystem, bedömdes inte tidsramen medge detta arbete. Inledningsvis valdes därför de fyra sjukdomsgrupperna med högst dödlighet.

Till arbetet har också följande personer bidragit: Mårten Rosenqvist, Kardiologiska kliniken, Södersjukhuset, Lars-Olof Ronnevi, Neurologi, Karolinska Universitetssjukhuset, Jan Adolfsson, Onkologiskt Centrum samt Björn Wettermark, Centrum för vårdutveckling, Forum.

Uppföljningsperspektiv: Säker hälso- och sjukvård

Samordnare: Magna Andreen-Sachs, Centrum för vårdutveckling, Forum

Ingen särskild arbetsgrupp har skapats för uppdraget. Expertis inom området vårdhygien har kontaktats, Ann Tammelin och Agneta Sjögren och expertis inom läkemedelsområdet, Ulf Bergman och Anders Rane. Därutöver har samordnaren fortlöpande haft kontakt med Socialstyrelsens arbetsgrupp för nationella indikatorer liksom övrigt nordiskt och internationellt arbete inom området.

Uppföljningsperspektiv: Patientfokuserad hälso- och sjukvård

Samordnare: Inger Rising, Centrum för vårdutveckling, Forum

För arbetet bildades en projektgrupp. Deltagare i gruppen har varit:

Birgit Rosen, Patientnämnden

Lisbeth Lindgren, Patientnämnden

Britta Berglund, Vårdsak MPAs MK 1, Ehlers-Danlos syndrom Riksförbund

Riitta Sorsa, Befolkningsperspektivet, Beställare Vård, Indikatorenkäter

Eva Backerling, Beställare Vård, Hälso- och sjukvårdens Värdegrund

Sten Holm, Centrum för vårdutveckling, Forum (Vårdbarometern)

Eva Huslid, Centrum för vårdutveckling, Forum (brukarperspektiv)

Eva Fellenius, Centrum för vårdutveckling, Forum

adj. Birgitta Lindelius, Centrum för vårdutveckling, Forum

Projektgruppen har haft ett antal möten. I en inledande diskussion diskuterades Socialstyrelsens förslag på definition.

Gruppen har tagit del av dokument som anknyter till ämnesområdet: lagstiftning inklusive lagförarbeten, utfästelser; Stockholm läns landstings policydokument kring *Att stärka patientens ställning* Vårdbarometern, Indikatorenkäter, Patientnämndens erfarenheter och rapporter, erfarenheter från andra landsting m.m. Dessutom har Eva Backerling utifrån sin forskningsstudie inom *Hälso- och sjukvårdens värdegrund* och med bl.a. sitt arbete i

delstudien *Patient och Närstående- en kvalitativ utvärdering* presenterat och delgivit gruppen sitt arbetsmaterial.

Uppföljningsperspektiv: Effektiv hälso- och sjukvård

Samordnare: Bengt Blomberg, Verksamhetsstyrning, Beställare Vård

Samordnaren har i första hand använt resultat från pågående arbete inom SLL och nationellt om produktivitet och effektivitet inom vården.

Samråd har skett med:

Anders Lövström, Ekonomi- och verksamhetsstyrning, LSF

Eric Paulson, Ägarstyrning, LSF

Tommy Sandegran, Verksamhetsstyrning, Beställare Vård

Heléne Spjuth, Strategisk leverantörsuppföljning, Beställare Vård

Clas Rehnberg, Centrum för folkhälsa/hälsoekonomi, Forum

Uppföljningsperspektiv: Jämlik hälso- och sjukvård

Samordnare: Anna Häggqvist, Befolkningsperspektivet, Beställare Vård

En arbetsgrupp bildades. Deltagare är

Bo Burström, Socialmedicin – hälsoekonomi, Centrum för folkhälsa, Forum

Göran Lord, statistikenheten, Verksamhetsstyrning och uppföljning,

Beställare Vård

Milan Knezevic, Befolkningsperspektivet, Beställare Vård

Anna Häggqvist, Befolkningsperspektivet, Beställare Vård

Anders Walander, Socialmedicin – hälsoekonomi, Centrum för folkhälsa, Forum har också deltagit i diskussionen.

Till arbetet har också Sten Holm och Birgitta Lindelius, Centrum för vårdutveckling, Forum bidragit.

Uppföljningsperspektiv: Hälso- och sjukvård i rimlig tid

Samordnare: Lotta Strömelius, Närsjukvård Stockholm, Beställare Vård

Mycket arbete har lagts ned på kunskapsinsamling; litteraturstudier, Internetstudier och en genomgång av indikatorer som används både nationellt och internationellt samt genom samtal med olika personer. En referensgrupp har träffats regelbundet för att ge synpunkter på det material som arbetats fram.

I referensgruppen ingår följande personer:

Anna Häggqvist, Befolkningsperspektivet, Beställare Vård

Catharina Johansson, Strategisk leverantörsuppföljning, Beställare Vård

Michael Högberg, Närdjukvård norra länet, Beställare Vård

Synpunkter har inhämtats från:

Elisabeth Åkrantz, Vårdgrenssamordning, Beställare Vård

Jenny Strollo, Centrum för vårdutveckling, Forum

Lena Weilandt, Strategisk leverantörsuppföljning, Beställare Vård

Helene Spjuth, Strategisk leverantörsuppföljning, Beställare Vård

Till arbetet har också Sten Holm, Centrum för vårdutveckling, Forum bidragit.

Uppföljningsperspektiv: Effekter på hälsan

Samordnare: Cecilia Magnusson, Centrum för folkhälsa, Forum

Processen har inneburit att Cecilia Magnusson, samordnare, samlat en grupp personer med stor erfarenhet och kunskap. Denna arbetsgrupp har sammanträtt under hösten och vintern vid tre tillfällen, därutöver har informella diskussioner skett.

Arbetsgruppen utgörs av:

Peter Allebeck, professor och överläkare, avdelningschef, Avdelningen för Socialmedicin och Epidemiologi, Centrum för folkhälsa, Forum

Bo Burström, docent och överläkare, enhetschef, Enheten för socialmedicin, Centrum för folkhälsa, Forum

Clas Rehnberg, docent, hälsoekonom, Enheten för socialmedicin, Centrum för folkhälsa, Forum

Riitta Sorsa, Avdelningen för befolkningsperspektiv, Beställare Vård

Samordnanden har också konsulterat andra experter inom centrum för folkhälsa: överläkare Johan Hallqvist, enheten för epidemiologi; enhetschef Lene Lundberg, enheten för psykisk hälsa samt överläkare Birger Forsberg, avdelningen för socialmedicin och epidemiologi.

Till arbetet har också följande personer bidragit: Birgitta Lindelius, Centrum för vårdutveckling, Forum samt Kjell Bjerrehorn, Tandvårdsenheten, Beställare Vård.

Bilaga 3

Övergripande indikatorer för resultat- redovisning i juni 2006

Uppföljningsperspektiv: Hälsoläge i befolkningen

- Återstående medellivslängd för nyfödda
- Förekomst av nedsatt psykiskt välbefinnande
- Hälsorelaterad livskvalitet i befolkningen

Uppföljningsperspektiv:

Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård

- Primär PCI (ballongvidgning) vid akut ST-höjningsinfarkt
- Dödlighet i samband med stroke
- Överlevnad i bröstcancer
- Följsamhet till rekommenderade läkemedel (DU90%)

Uppföljningsperspektiv: Säker hälso- och sjukvård

- Årlig skadefrekvens enligt patientskadeförsäkringen (Löf)
- Nydiagnostiserade MRSA-fall som smittats inom hälso- och sjukvården

Uppföljningsperspektiv: Patientfokuserad hälso- och sjukvård

- Patientupplevelse av vården
- Befolkningens förtroende för vården
- Befolkningens uppfattning om tillgången till vård

Uppföljningsperspektiv: Effektiv hälso- och sjukvård

- Kostnad per konsumerad DRG-poäng
- Faktisk kostnad i relation till förväntad kostnad

Uppföljningsperspektiv: Jämlik hälso- och sjukvård

- Vaccinationstäckning av barn (mässling, påssjuka och röda hund (MPR))
- Andel i befolkningen som någon gång ansett sig vara i behov av sjukvård men inte sökt vård

Uppföljningsperspektiv: Hälso- och sjukvård i rimlig tid

- Andel i befolkningen som sökt vård och som anser att väntetiden varit rimlig
- Väntetider till allmänläkare

Uppföljningsperspektiv: Effekter på hälsan

- Åtgärdbar dödlighet
- Kariesfrihet hos barn/ungdomar

Beställning

Kontorsservice Tel: 08-737 49 57; Fax: 08-737 49 59

E-post: informationsmaterial.lsf@sll.se

Postadress: Box 6401, 113 82 Stockholm

Besöksadress: Olivecronas väg 7, bv, Sabbatsbergs sjukhus