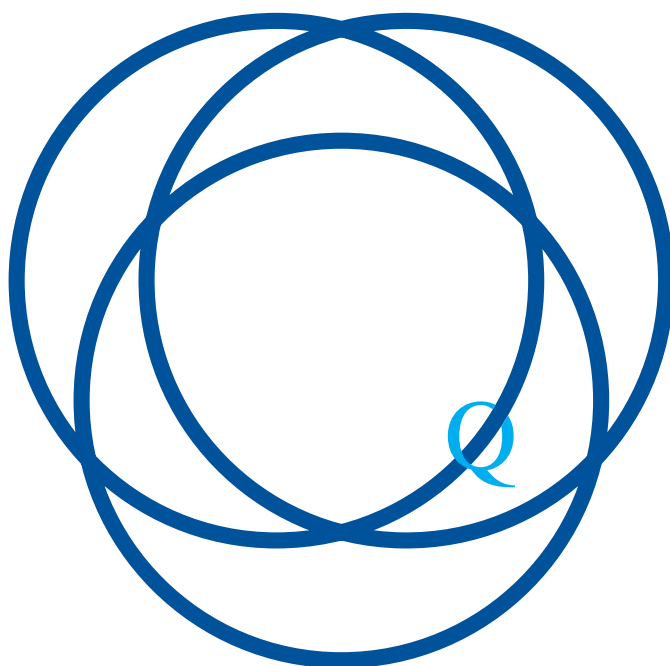


Årsrapport 2004
Medicinskt programarbete
Programområde
Kvalitetsutveckling



Årsrapport 2004

Medicinskt programarbete

Programområde

Kvalitetsutveckling

ISBN 91-85209-41-35

Förord

Årsrapporterna från det medicinska programarbetet

Bakgrund

Det medicinska programarbetet (MPA) har som ett deluppdrag att beskriva tillståndet i vården i Stockholm en gång årligen.

Syfte

Syftet med denna årsrapport är att ge en lägesbeskrivning beträffande det kvalitetsarbete som pågår i hälso- och sjukvården i länet. Den skall också peka på angelägna förbättringsområden.

Målgrupp

Den primära målgruppen för denna årsrapport är politiker/beställare, ägare/producenter, patientorganisationer, men även att massmedia och allmänhet får tillgång till rapporterna via Internet.

Underlag

MPAs årsrapporter utgör basdokument för varje enskilt programområde inom det medicinska programarbetet. Årsrapporterna uppdateras årligen. Årsrapporten från Programrådet för Kvalitetsutveckling bygger huvudsakligen på kvalitetsredovisningar enligt överenskommelser/avtal med beställaren men även annan information om kvaliteten i vården ingår. Innehåll och slutsatser har diskuterats gemensamt i programrådet och utgör en summering ur programrådets synvinkel.

Denna rapport, tillsammans med övriga 15 rapporter från programområdena ligger därefter till grund för en övergripande sammanställning från Stockholms Medicinska Råd, där generella och viktiga frågeställningar lyfts fram.

Årsrapport Kvalitetsutveckling

Årsrapporten är framtagen av Magna Andreen Sachs, Nils Larsson, Marie Lawrence och Birgitta Lindelius, avdelningen för medicin och omvårdnad, Forum för kunskap och gemensam utveckling, Stockholms läns landsting i samråd med Programrådet för Kvalitetsutveckling. Rapportgruppen har fått värdefull hjälp av följande specialsakkunniga (SPESAK): Ingiäld Hafström, Bo Hellström, Anna-Lena Hulting, Ulf Lillkrona, Elisabeth Persson, Mårten Rosenqvist, Göran Solders och Annika Tibell, med att analysera och tolka utfallen av de medicinska kvalitetsmått, som redovisas i rapporten. Vi vill också tacka Ulf Bergman och Björn Wetter-

mark för medverkan i avsnitten om läkemedel, Eric Paulson för medverkan i avsnittet om produktivitet, Britt Gyllinder för medverkan i avsnittet om projektet Vård i förändring, Mattias Agestam för medverkan i avsnitten om norra Stockholms psykiatri samt Göran Lord för medverkan i avsnittet om Vård på lika villkor. Stort TACK till Er alla!

Maj 2005

Magna Andreen Sachs
*Medicinskt Råd, ordförande
Kvalitetsutveckling*

Marie Lawrence
*Programkoordinator,
vice ordförande
Kvalitetsutveckling*

Kaj Lindvall
*Chef Medicin och omvårdnad
Ordförande Stockholms
Medicinska Råd*

Innehåll

Förord	2
Innehåll	5
Sammanfattning	7
Inledning	9
Syfte	10
Målgrupp	10
Landstingsstyrelsens förvaltnings arbete för stöd av verksamhets- utveckling med fokus på kvalitet	11
Beställarens roll med att stödja kvalitetsutvecklingen i vården	11
Modell för långsiktig uppföljning på övergripande nivå av hälso- och sjukvården i SLL	13
Kvalitetsindikatorer i regionala vårdprogram från MPA	13
Måttmarknad	14
Kvalitetsmallar i datorjournal – ett steg mot säkrare vård	14
LAGE – landstingets gemensamma instrument för uppföljning och utvärdering av kvalitetssystem i hälso- och sjukvården	15
EIRA – landstingets elektroniska bibliotek	15
Diagnos- och åtgärdsklassificering i hälso- och sjukvården	16
Leverantörernas arbete med verksamhetsutveckling med fokus på kvalitet	17
Leverantörernas kvalitetsredovisning.....	17
Processororienterad verksamhetsutveckling.....	17
Självutvärdering för intern verksamhetsutveckling.....	18
Kvalitetsområden	19
Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård.....	19
Medicinskt programarbete.....	19
Kvalitetsregister	19
Arbeten med fokus på kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård inom akutsjukvård och närsjukvård	21
Kunskapsbaserad hälso- och sjukvård – exempel från MPAs övriga årsrapporter 2004.....	30
Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård – sammanfattande styrkor och svagheter	30
Säker hälso- och sjukvård	32
Strategi för patientsäkerhet.....	32
Anmälningar till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN).....	33
Skadeanmälningar till patientförsäkringen.....	33
Vårdhygien	34
Läkemedel – biverkningspreventivt arbete	35
Arbeten med fokus på säker hälso- och sjukvård inom akutsjukvård och närsjukvård	37
Säker hälso- och sjukvård – exempel från MPAs övriga årsrapporter 2004	43
Säker hälso- och sjukvård – sammanfattande styrkor och svagheter	43
Patientfokuserad hälso- och sjukvård	45
Anmälningar till Patientnämnden.....	45
Befolkningens uppfattning om hälso- och sjukvården	45
Hälsorelaterad livskvalitet.....	48

Arbeten med fokus på patientfokuserad hälso- och sjukvård inom akutsjukvård och närsjukvård	49
Patientfokuserad hälso- och sjukvård – exempel från MPAs övriga årsrapporter 2004	52
Patientfokuserad hälso- och sjukvård – sammanfattande styrkor och svagheter	53
Kostnadseffektiv hälso- och sjukvård	54
Vertikal verksamhetsbeskrivning	54
Kvalitetskostnader	54
Produktivitetsredovisningar	55
Kartläggning av diagnosspecifik återinläggning.....	57
Läkemedel och följsamhet till Kloka Listan	58
Arbeten med fokus på kostnadseffektiv hälso- och sjukvård inom akutsjukvård och närsjukvård	60
Kostnadseffektiv hälso- och sjukvård – exempel från MPAs övriga årsrapporter 2004	63
Kostnadseffektiv hälso- och sjukvård – sammanfattande styrkor och svagheter	64
Jämlig hälso- och sjukvård.....	65
Vård på lika villkor	65
Arbeten med fokus på jämlig hälso- och sjukvård inom akutsjukvård och närsjukvård.....	67
Jämlig hälso- och sjukvård – sammanfattande styrkor och svagheter	67
Hälso- och sjukvård i rimlig tid	68
Verksamhet i förändring – ett projekt med fokus på tillgänglighet och samverkan i närsjukvården.	68
Telefontillgänglighet på husläkarmottagningar	68
Besökstillgänglighet i primärvården	69
Befolkningens uppfattning om väntetider i hälso- och sjukvården.....	70
Arbeten med fokus på hälso- och sjukvård i rimlig tid inom akutsjukvård	71
Hälso- och sjukvård i rimlig tid – sammanfattande styrkor och svagheter.....	72
Bilaga 1 Akutsjukhusens deltagande i nationella kvalitetsregister 2004	75
Bilaga 1 Förteckning över rapporter från MPA	77

Sammanfattning

Kvalitetsutveckling inom hälso- och sjukvården i Stockholms läns landsting (SLL) främjas genom en mängd olika åtgärder på såväl övergripande förvaltningsnivå som verksamhetsnivå.

Inom SLLs samtliga sex kvalitetsområden för hälso- och sjukvården (*kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård, säker hälso- och sjukvård, patientfokuserad hälso- och sjukvård, jämlik hälso- och sjukvård, effektiv hälso- och sjukvård och hälso- och sjukvård i rimlig tid*) beskrivs i rapporten ett urval av strategier och förbättringsarbeten samt kvalitetsmätt, som redovisats i verksamheternas kvalitetsbokslut. En rad styrkor och svagheter framhävs under respektive kvalitetsområde. Sammanfattningsvis görs bedömningen att det i SLL det sker ett omfattande och framgångsrikt förbättringsarbete och att det är mycket positivt att man mäter, följer upp och öppet redovisar sina resultat. Under respektive kvalitetsområde lyfts även ett antal angelägna utvecklingsområden fram.

En positiv kvalitetsutveckling i SLL under 2004 har bl a möjliggjorts genom:

- Landstingsstyrelsens förvaltnings arbete för att stödja verksamhetsutveckling med fokus på kvalitet omfattar Beställare Vårds systematiska arbete med att utveckla uppdragsbeskrivningar med särskilda kvalitetskrav inom ramen för avtalen med leverantörerna, uppföljningsplaner som följer avtalen samt att ge särskild ersättning för uppfyllda kvalitetskrav och redovisade indikatorer.
- En modell för långsiktig uppföljning på övergripande nivå av hälso- och sjukvården i SLL har beslutats som stöder kvalitetsarbetets syfte att stärka och utveckla den goda vården utifrån dess utmärkande sex kvalitetsegenskaper samt speglar effekterna på hälsan i befolkningen.
- Kvalitetsindikatorer utvecklas enligt en framtagen, modell som komplement till regionala vårdprogram och som stöd till kvalitetskrav i avtal.
- En strategi för användningen av kvalitetsregister har tagits fram med syfte att främja en mätbaserad och lärandestyrd verksamhetsutveckling och en systematisk användning av kvalitetsregistren i uppföljning och styrning på alla nivåer i hälso- och sjukvården.
- En webbplats – ”Måttmarknaden” – har lanserats som ett diskussions- och informationsforum för mått på hälsa och vårdkvalitet.
- Kvalitetsmallar utvecklas för strukturerad dokumentation av evidensbaserade vårdåtgärder.

- LAGE – ett instrument, som används av beställarna för att stimulera vårdgivarna att utveckla sina kvalitetssystem.
- EIRA – landstingets elektroniska bibliotek har anskaffats för att ge alla som arbetar för landstinget tillgång till aktuell information om kunskapsläget beträffande evidensbaserad vård och behandling.
- En landstingsgemensam kvalitetsdag anordnades för första gången i november 2004, då pågående förbättringsarbete presenterades för gemensamt lärande och för inspiration.
- Leverantörernas arbete med verksamhetsutveckling med fokus på kvalitet beskrivs bl a i de kvalitetsredovisningar som avgivits vid årets slut. Processorienterad verksamhetsutveckling drivs målmedvetet av några av de större leverantörerna. Självutvärdering är också en metod för intern verksamhetsutveckling som vissa leverantörer börjat ta i bruk – dels för att utvärdera det egna kvalitetssystemet – dels för att ta reda på i vilken omfattning fastlagda rutiner följs och med vilket resultat.

Inledning

I Hälso- och sjukvårdslagen uttrycks att målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Verksamheten skall bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård och så att kvaliteten i hälso- och sjukvården systematiskt och fortlöpande utvecklas.

Hälso- och sjukvårdslagen är vägvisare när det gäller att beskriva den innersta kärnan i en god hälso- och sjukvård som utmärks av att den är kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, patientfokuserad, kostnadseffektiv, jämlik och att den ges i rimlig tid. Dessa egenskaper kan sägas vara hälso- och sjukvårdens kvalitetskaraktistika. Kvalitetsarbetets syfte är att stärka och utveckla kärnan genom ett kontinuerligt förbättringsarbete inom dessa kvalitetsområden.

I Stockholms läns landsting används sedan några år tillbaka nedanstående sex kvalitetsområden för att strukturera den goda vården.

Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård

Innebär att hälso- och sjukvården bygger på vetenskap och beprövad erfarenhet och formas för att möta den individuella patientens behov på bästa möjliga sätt och för att främja hälsoutvecklingen i befolkningen.

Säker hälso- och sjukvård

Innebär att undvikbara skador i samband med hälso- och sjukvård förhindras genom ett aktivt riskförebyggande arbete.

Patientfokuserad hälso- och sjukvård

Innebär att vården ges med respekt och lyhördhet för individens specifika behov, förväntningar och värderingar.

Kostnadseffektiv hälso- och sjukvård

Innebär att hälso- och sjukvården utformas så att tillgängliga resurser utnyttjas på bästa sätt för att nå uppsatta mål.

Jämlik hälso- och sjukvård

Innebär att hälso- och sjukvård tillhandahålls och fördelas på lika villkor för hela befolkningen oavsett kön, ålder, funktionshinder, social position, etnisk och religiös tillhörighet eller sexuell identitet

Hälso- och sjukvård i rimlig tid

Innebär att inga patienter ska behöva vänta oskälig tid på de vårdinsatser som de har behov av.

Syfte

Denna årsrapport från programrådet för Kvalitetsutveckling syftar till att beskriva det kvalitetsarbete, som pågår i hälso- och sjukvården i Stockholms läns landsting. Vi har försökt att lyfta fram goda exempel på pågående kvalitetsarbete och redovisade resultat men pekar också på förbättringsbehov. Vår förhoppning är att rapporten skall bidra till ett lärande för producenter, beställare och andra läsare och att den skall främja fortsatt kvalitetsutveckling.

Målgrupp

Den primära målgruppen för kvalitetsboks slutet/årsrapporten är politiker/beställare, ägare/producenter, patientorganisationer. Massmedia och allmänhet har också tillgång till rapporterna via Internet.

Programrådet för kvalitetsutveckling

Projekten Medicinskt Programarbete (MPA) och Kvalitetsutveckling (Q) har sedan den samtidiga starten under 2000 bedrivits i nära samverkan. Ledningsansvarig för Kvalitetsutveckling har varit medlem av Stockholms Medicinska Råd sedan rådets början. Emellertid blev allt mer uppenbart att övergripande och gemensamma kvalitetsaspekter på hälso- och sjukvården, som ej är ensidigt knutna till en viss diagnos- eller sjukdomsgrupp, inte får den fokusering i form av kunskapsunderlag, målformuleringar och indikatorer som vore önskvärt. Därför startades år 2003 ett särskilt programråd inom MPA, Programrådet för Kvalitetsutveckling, som skall vara vårdgivarnas och beställarnas gemensamma forum för utveckling av landstingsövergripande strategier för kvalitetsutveckling. Bland de sex kvalitetsområden som utgör hälso- och sjukvårdens kvalitetskaraktäristika har programrådet valt att som första fokusområde arbeta med strategier för ökad säkerhet i vården.

Programrådets deltagare

Magna Andreen Sachs	Medicinskt råd, ordförande
Marie Lawrence	Programkoordinator, sekreterare, vice ordförande
Georg Engel	Medicinskt beställarsakkunnig
Tomas Riesenfeld	Medicinskt beställarsakkunnig
Elisabeth Åkrantz	Beställarsakkunnig
Inger Rising	Sakkunnig i omvårdnad (VÅRDSAK)
Marie-Louise Orton	Sakkunnig i omvårdnad (VÅRDSAK)
Annelie Bergens	Sakkunnig i primärvårdsfrågor
Marion Lindh	Sakkunnig kvalitetsutveckling
Jörgen Striem	Sakkunnig kvalitetsutveckling

Adjungerade

Nils Larsson	Hälso- och sjukvårdsanalytiker
Birgitta Lindelius	Hälso- och sjukvårdsanalytiker

Uppdragsbeskrivning för programrådet för kvalitetsutveckling

Programrådet för kvalitetsutveckling skall vara vårdgivarnas och beställarnas gemensamma forum för utveckling av landstingsövergripande strategier för kvalitetsutveckling.

Målsättningen är att de arbeten som initieras av programrådet skall bidra till en god hälso- och sjukvård i överensstämmelse med hälso- och sjukvårdslagens kvalitetsmål.

Programrådets uppdrag är därmed att främja utvecklingen av en kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, patientfokuserad, kostnadseffektiv, jämlik och i rimlig tid utförd hälso- och sjukvård i Stockholms läns landsting.

Landstingsstyrelsens förvaltnings arbete för stöd av verksamhetsutveckling med fokus på kvalitet

Inom Landstingsstyrelsens förvaltning pågår en rad arbeten för att stödja verksamhetsutveckling med fokus på kvalitet. Nedan redovisas ett urval pågående arbeten.

Beställarens roll med att stödja kvalitetsutvecklingen i vården

Genom beställar- utförarmodellen försöker beställaren styra och stödja kvalitetsutvecklingen av vården på framför allt tre olika sätt:

- Genom tydliga uppdrag där krav på kvalitet ställs i avtal,
- Genom uppföljning av dessa kvalitetskrav,
- Genom att särskild ersättning utgår för ett antal kvalitetskrav och indikatorer.

Under 2004 har ett flertal *uppdragsbeskrivningar* för olika vårdtjänster tagits fram där krav på kvalitet ställs utifrån den av Landstingsstyrelsen beslutade uppföljningsmodellen av hälso- och sjukvårdens kvalitet. Kvalitetskraven är gemensamma för samma typer av vårdtjänster t ex vid MVC, BVC, husläkarmottagningar, akutsjukhus. För flera av de vårdtjänster, som vårdgivarna levererar, har ersättning utgått på mellan 2-5 % av totalersättningen vid leverans av överenskomna kvalitetskrav och i vissa fall även efter att vissa kvalitetsmål uppnåtts.

Uppdragsbeskrivningar för 12 olika vårdtjänster inom somatisk specialistvård har tagits fram med ett stort antal kvalitetskrav och indikatorer gemensamma för samma typ av vårdtjänst (urologi, kirurgi, intermedicin, oftalmologi, öron-näsa-halssjukvård, gynekologi, barnmedicinsk akutmottagning, närsjukvård, smärtmottagning, ortopedi). Dessa uppdragsbeskrivningar kommer att användas vid upphandlingar och avtalstecknande under år 2005.

Gemensamma *uppföljningsplaner* har tagits fram för ett stort antal vårdtjänster utifrån de krav som ställts i uppdragsbeskrivningarna. Dessa uppföljningsplaner används bl a vid uppföljning av vårdgivarnas vårdkvalitet och sker skriftligt och i möten på verksamhetschefsnivå. Sådana uppföljningar har två syften: att följa upp den levererade vården och att stimulera vårdgivarnas kvalitetsutvecklingsarbete.

Under år 2004 utbetalades 2 % av akutsjukhusens totala ersättning först efter det att dessa levererat in ett antal mått och beskrivningar av olika rutiner från ett flertal olika verksamhetsområden/kliniker på sjukhusen. För att erhålla ersättningen krävdes att minst 80 % av dessa krav, som var gemensamma för alla sjukhus, skulle levereras till Beställare Vård senast den 31 januari 2005. Samtliga akutsjukhus levererade mer än 80 % av kraven och totalt 216 Mkr utbetalades. Vid ett gemensamt möte mellan representanter från samtliga akutsjukhus och Beställare vård diskuterades de olika process- och resultatmått och goda exempel lyftes fram med utgångspunkt i överenskomna kvalitetskrav/mått. Genomgående visade man att skillnaderna i utfall för de olika måtten framför allt låg i hur den specifika vårdprocessen genomfördes.

Vid en uppföljning av vad de kvalitetsansvariga vid akutsjukhusen ansåg om arbetet med kvalitetsredovisningen visade att samtliga som svarat på enkäten ansåg att detta varit positivt för den egna organisationen.

I november 2004 anordnades för första gången SLLs Kvalitetsdag. Kvalitetsdagens målsättning var att utgöra en inspirationsdag för alla verksamma i SLL om praktiskt förbättringsarbete i hälso- och sjukvården. Dagen lockade över 500 personer, allt från politiker till medicinskt professionella inom hälso- och sjukvården. Kvalitetsdagen bjöd på en mängd olika seminarier och postrar om bl a bättre tillgänglighet för patienterna, självvärderingsinstrument, ökad patientsäkerhet, engagerat ledarskap samt IT-stöd.

En av höjdpunkterna på Kvalitetsdagen var utdelningen av hedersomnämnan i inom tävlingen utmärkelsen "Guldsprutan". Boo, Djurö, Huddinge samt Norrtälje Norra vårdcentraler vann hedersomnämnan. Utmärkelsen Guldsprutan är ett sätt att stimulera till ett effektivt och kvalitetsfokuserat arbete, samt lyfta fram goda förebilder och människorna bakom dem. Vid bedömningen, som görs av en särskilt utsedd domarkommitté, tas särskilt hänsyn till resultat och systematik i arbetet inom fem nyckelområden: God

vård, Säker vård, Patientinflytande/delaktighet, Tillgänglighet och Samverkan med vårdgrannar.

Modell för långsiktig uppföljning på övergripande nivå av hälso- och sjukvården i SLL

Inom Stockholms läns landsting sker kontinuerlig uppföljning av hälso- och sjukvårdens kvalitet och resultat på en mängd olika sätt av en mängd olika aktörer, från koncernledning till enskilda vårdgivare.

I september 2004 beslutade landstingsfullmäktige om en övergripande uppföljningsmodell för hälso- och sjukvården i Stockholms läns landsting.

Grundtanken med den övergripande uppföljningsmodellen för hela hälso- och sjukvården är att utifrån forskningens kunskapsläge och vårdgivarnas professionella erfarenheter identifiera en stabil bas för långsiktig uppföljning av resultat- och kvalitetsutveckling.

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. Kostnadseffektiv hälso- och sjukvård.
6. Jämlig hälso- och sjukvård.
7. Hälso- och sjukvård i rimlig tid.
8. Effekter på hälsan.

Som framgår ovan är uppföljningsmodellens andra till sjunde uppföljningsperspektiv desamma som de sex kvalitetsområden som används i SLL. I modellen har dock ytterligare två perspektiv lyfts in hälsoläge i befolkningen, som syftar till att beskriva ett utgångsläge för hälso- och sjukvårdens insatser samt insatsernas effekter på hälsan. Målsättningen är att hitta ett mindre antal kvalitetsindikatorer inom respektive uppföljningsperspektiv, som trots att de är få ger en så heltäckande bild om läget som möjligt.

Kvalitetsindikatorer i regionala vårdprogram från MPA

Samtliga regionala vårdprogram från MPA skall innehålla kvalitetsindikatorer enligt en för MPA framtagen modell. Modellen för att ta fram kvalitetsindikatorer har utformats successivt och är beskriven i rapporten Utveckling och användning av kvalitetsindikatorer i Medicinskt Program Arbete. De viktiga momenten i metoden är beaktande av evidensbaserad grund, konsen-

susförfarandet med olika intressenter, lyhördhet för och anpassning till andra aktörers - nationella och internationella – val av indikatorer samt en omsorgsfull beskrivning av indikatorns karakteristika för att säkra en så kvalitetssäkrad tolkning och användning som möjligt.

Samtliga vårdprogram som publicerats under 2004 innehåller kvalitetsindikatorer varav en majoritet enligt den metodik som beskrivs i rapporten.

Måttmarknad

Våren 2004 lanserades webbplatsen Måttmarknaden, ett forum för mått på hälsa och vårdkvalitet, på landstingets intranät. Målgruppen var till att börja med beställare och vårdgivare i Stockholms läns landsting. Efterhand har målgruppen utvidgats och webbplatsen vänder sig nu till tjänstemän och vårdprofessionella i alla landsting. Webbplatsen lanserades med förhoppningen att få igång en strukturerad diskussion kring vilka mått som är lämpliga att använda i kvalitetsarbetet. Så här långt har debatten varit sporadisk och en trolig förklaring är nog att detta sätt att föra diskussioner via Internet är nytt inom förvaltningsorganisationer och därför känns ovanligt. Att etablera en webbplats är ett långsiktigt arbete. Ett sätt att få igång diskussionerna är att regelbundet presentera ett förslag på mått per månad och avisera dessa på andra webbplatser, som vänder sig till samma målgrupp. Detta görs under rubriken Månadens mått.

Efter nästan ett år börjar begreppet ”Måttmarknad” bli etablerat – åtminstone inom avdelning Beställare Vård. Fortsatta informationsinsatser är dock nödvändiga för att öka kännedomen om ”Måttmarknaden”. Regelbundna informationsinsatser av typen ”Månadens mått” bör fortsätta. Nyheten om ”Månadens mått” och databas kan publiceras på flera andra relevanta webbplatser. Det är möjligt att en långsiktig kommunikationsplan bör formuleras.

”Måttmarknaden” kommer under 2005 att utökas med en ”Måttbank”. Det blir en sökbar databas, som samlar alla mått, som finns beskrivna i rapporter och publikationer från kvalitetsarbetet och det medicinska programarbetet. Databasen kommer också att innehålla de mått som finns i vårdöverenskommelser inom SLL samt de som ingår i Socialstyrelsens nationella riktlinjer mm

Kvalitetsmallar i datorjournal – ett steg mot säkrare vård

Bättre kunskap om varje patients speciella behov, stärkt vårdkvalitet, patientsäkerhet och integritetsskydd, samt högre effektivitet, är några av grundtankarna när Forum för kunskap och gemensam utveckling nu utvecklar ”Julius” – ett IT-stöd för kvalitetsarbete i vården i samarbete med Karolinska Universitetssjukhuset och KI. Med hjälp av ett flexibelt verktyg kan kva-

litetsmallar för olika sjukdomar skräddarsys utifrån vårdens behov. ”Julius” innehåller även verktyg för att skapa enhetligt definierade termer och begrepp som underlag för mallarna.

Kvalitetsmallar behövs för enhetlig dokumentation av viktiga patientuppgifter i olika journalsystem. Med hjälp av ”Julius” mallar, som fungerar integrerat med gängse datorjournalbaserad dokumentation, kan enhetligt definierade patientdata vid behov kommuniceras mellan olika vårdgivare. En annan fördel med kvalitetsmallar är att samma uppgifter kan användas för vård, kvalitetsuppföljning, verksamhetsredovisning och klinisk forskning.

”Julius” stöder Medicinskt Programarbete genom att underlätta enhetlig och fullständig dokumentation av nyckeluppgifter för vård och omvårdnad vid vanliga folksjukdomar som diabetes, astma/KOL, gynekologiska och inflammatoriska sjukdomar. Detta leder till större patientnytta, samtidigt som utveckling av vårdens kvalitet och klinisk forskning främjas. Avsikten är att ”Julius” kvalitetsmallar skall kunna stödja och på sikt bli en del av GVD (Gemensam Vård Dokumentation) i SLL.

LAGE – landstingets gemensamma instrument för uppföljning och utvärdering av kvalitetssystem i hälso- och sjukvården

Landstinget har sedan 2002 arbetat med LAGE (landstingets gemensamma instrument för uppföljning och utvärdering av kvalitetssystem i hälso- och sjukvården) för att stimulera verksamhetsutveckling och förbättringsarbete. Inom Beställare vård har cirka 31 utvärderingar av vårdgivares kvalitetssystem hittills genomförts. Under året genomfördes bl a Lageuppföljningar vid en rehabiliteringsklinik i närsjukvården, en ögonklinik samt en infektionsklinik. Dessa uppföljningar har bidragit till hur dessa verksamheter har planerat sitt kvalitetsutvecklingsarbete framöver. Syftet med Lageuppföljningarna är framför allt att stimulera vårdgivarna att utveckla sitt kvalitetssystem, att visa på förbättringsområden och prioritera bland dessa.

Under 2004 har förberedelse genomförts för att starta ett projekt under 2005 vars syfte är att stimulera ökad användning av LAGE i produktionen för egenutvärdering.

EIRA – landstingets elektroniska bibliotek

Hälso- och sjukvården skall bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet. Det ställer krav på lättillgänglig information om kunskapsläget när det gäller vård och behandling av olika patientgrupper. För att tillgodose det behovet har alla, som arbetar för landstinget sedan årsskiftet 2004-5 tillgång till ca 1 300 elektroniska tidskrifter och 4 databaser med aktuell kunskap inom medicin, omvårdnad, odontologi, psykiatri och psykologi, sjukgymnastik, etik, hälso- och sjukvårdsadministration och ekonomi, mm. E-biblioteket

nås via www.ls.sll.se/ebiblioteket. Man kan också nå biblioteket via sin hemdator med hjälp av ett lösenord, som administreras av fackbiblioteken. E-biblioteket finansieras centralt av landstinget och är upphandlat för att ge alla möjligheten att söka aktuell och nödvändig kunskap för att utveckla och forma en hälso- och sjukvård som bygger på evidensbaserad grund.

Diagnos- och åtgärdsklassificering i hälso- och sjukvården

Avdelningen för vårdersättningar inom landstingsstyrelsens förvaltning har under de senaste 5 åren genomfört diagnosgranskningar på centralnivå. Urvalet av journaler har varit riktat på diagnosgrupper där man tror sig ha sett avvikelser i klassificeringsprinciper mellan likvärdiga kliniker genom analyser av VAL-databasen. Granskningarna har visat att mellan 15 och 25 % av vårdtillfällena har åsatts en felaktig huvuddiagnos. Man har också konstaterat att cirka 10 % av vårdtillfällena har hamnat i en felaktig DRG-grupp.

En viktig förutsättning för uppföljning av hälso- och sjukvårdens innehåll och resultat är att det finns väl fungerande system för diagnos- och åtgärdsklassificering i hälso- och sjukvården och att tillförlitligheten på inrapporterad information är hög. Som framgår ovan föreligger en stor förbättringsmöjlighet avseende korrekt klassificering.

Leverantörernas arbete med verksamhetsutveckling med fokus på kvalitet

Leverantörernas kvalitetsredovisning

De kvalitetsbokslut (motsvarande) som lämnats in vid årets slut till beställaren speglar stort engagemang i ett patientfokuserat förbättringsarbete.

Kvalitetsboksluten innehåller dels konkreta beskrivningar av åtgärder för att främja utvecklingen av hälso- och sjukvården inom de sex kvalitetsområdena, dels – i en del fall – beskrivningar av övergripande strategier för verksamhetsutveckling (se nedan). Dessutom innehåller de redovisning av överenskomna kvalitetskrav och kvalitetsmått.

Danderyds sjukhus AB och Södersjukhuset beskriver sina redovisade mått med datakälla, täckningsgrad, datakvalitet/analys, vilket är mycket lovvärt. I redovisningarna från SÖS ingår dessutom det antal patienter som ingår i beräkningen. Karolinska Universitetssjukhuset anger täckningsgrad. I en del fall redovisas en tidsserie, d v s det redovisade måttets utveckling över ett antal år. Detta är ett mycket bra initiativ och på sikt kan vi hoppas att ha ett antal stabila kvalitetsmått som återkommande redovisas i s k styrdiagram med angivande av styrgränser och önskvärd målnivå. På detta sätt blir det möjligt att få en bra bild av stabiliteten i vårdprocessen och resultaten av förbättringsarbetet.

Processororienterad verksamhetsutveckling

Hälso- och sjukvården skapas i processer. Resultaten är en funktion av hur processerna har fungerat och mäts som patientens upplevelser av processen, de ingående aktiviteternas/åtgärdernas karakteristiska (de sex kvalitetsområdena) och de medicinska och funktionella resultaten. En framgångsrik verksamhetsutveckling bör därför vara inriktad på att förbättra processerna, d v s vara ”processororienterad”. Två av akutsjukhusen redovisar en inriktning på att förbättra och stärka processerna.

Capio S:t Görans Sjukhus har som en av sjukhusets tre huvudstrategier att processororientera verksamheten. ”Ett processororienterat sjukhus är, enligt vår definition, ett sjukhus som har bra översikt över sina huvudprocesser, mäter och utgår ifrån fakta i processerna, arbetar med systematiskt förbättringsarbete i processerna, och engagerar all personal. Allt detta skall ha fokus på patientens bästa.” Åtta huvudprocesser och ett flertal stödprocesser har kartlagts vilka utgör mer än 80 % av verksamheten. Ett aktivt, mätbaserat förbättringsarbete pågår och kommer att förstärkas ytterligare under 2005 genom införande ett nytt patientadministrativt IT-system som skall underlätta

framtagning av viktiga mätetal och kvalitetsdata. Detta är ett gott exempel på systematisk, lärandestyrd och patientfokuserad verksamhetsutveckling med tydlig koppling till sjukhusets övergripande mål.

Danderyds Sjukhus AB (DSAB) främjar verksamhetsutveckling genom strategiska satsningar inom områdena ”Processorientering” och ”Mål och resultat”. Arbetet sker genom processutveckling enligt en strukturerad modell. Processerna följs upp i sjukhusets Balanserade Verksamhetsstyrning (BVS). Under 2004 utgjorde 21 processer och delprocesser underlag för sjukhusets BVS-mål (t ex bensår, hjärtsvikt, långvarig smärta).

Sedan tre år skriver medarbetarna utvecklingsorienterade årsberättelser för vård- och andra processer. Sjukhusets anvisningar för utformande av årsberättelser passar både gränsöverskridande vårdkedjor och klinikinterna delprocesser och främjar samarbetet mellan professioner och över organisatoriska gränser. Uppföljningen stimulerar användningen av vårdprogram och kvalitetsregister. Resultat av medicinsk behandling, omvårdnad, säkerhetsaspekter, patienttillfredsställelse och kostnader efterfrågas.

Den vård som bedrevs vid DSAB under 2004 har beskrivits i 40-årsberättelser. Ca 160 medarbetare har deltagit i arbetet med att skriva dem. Sjukhusledningen har utlyst ett pris för bästa årsberättelse. Priset och hedersomnämningen offentliggörs vid en ceremoni i slutet av maj. Samtidigt publiceras de 20 bästa årsberättelserna.

För att ge processledningarna verktyg för att testa och genomföra processförbättringar tillhandahåller sjukhuset kurser i förbättringsmetodik enligt Genombrottsliknande koncept.

DSABs angreppssätt för att engagera medarbetarna i utvärderingen av resultat och i utvecklingen av verksamheten, främjar inte bara utvecklingen av en god och effektiv vård utan även arbetsmiljön.

Självutvärdering för intern verksamhetsutveckling

Som ett utmärkt exempel på verksamhetsutveckling med stöd av LAGE kan **Danderydsgeriatrikens** arbete nämnas. Producenten använder LAGE frågorna i en intern självutvärderingsprocess och beskriver angreppssätten och omfattningen av dessa för varje delfråga. Man beskriver också på vilket sätt man säkerställer att metoderna används på uppdraget sätt. Bland annat görs regelbundna kontroller av slumpvis utvalda journaler för att kontrollera att rutiner följs. För detta anlitar man ”utomstående personer” – d v s man använder en slags auditmetod för att säkra måluppfyllelse.

Capio S:t Görans Sjukhus kontrollerar genom intern utvärdering i vad mån sjukhusets policys och anvisade rutiner är kända och i vilken omfattning de används. Det är ett föredömligt sätt att säkerställa att kvalitetssystemet verkligen är fungerande.

Kvalitetsområden

Nedan beskrivs arbeten som pågår inom landstingets hälso- och sjukvård för att utveckla kvaliteten inom de sex kvalitetsområdena. Redovisningen gör inte anspråk på att vara heltäckande utan skall ses som en provkarta på aktiviteter och uppföljning inom området.

Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård

Innebär att hälso- och sjukvården bygger på vetenskap och beprövad erfarenhet och formas för att möta den individuella patientens behov på bästa möjliga sätt och för att främja hälsoutvecklingen i befolkningen.

En förutsättning för att leverera en kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård är att det finns kunskap om det aktuella läget och om vad som är möjligt att uppnå.

Kvalitetsuppföljningen under detta perspektiv handlar om att följa upp huruvida hälso- och sjukvården följer beslutade SBU-rekommendationer, nationella riktlinjer, regionala riktlinjer och andra gällande kunskapsdokument i Stockholms läns landsting. Möjligheten till uppföljning förutsätter till stora delar diagnosregistrering och redovisning av överenskomna kvalitetsparametrar för att därmed få en uppfattning om utfallet för olika patientgrupper

Medicinskt programarbete

Ett viktigt redskap för att kunna tillhandahålla en kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård för länets befolkning är det arbete som sker inom Stockholms Medicinska Program Arbete (MPA). MPA har startats för att införliva evidensbaserade kunskapsunderlag i planering, styrning, genomförande och beställning av hälso- och sjukvård. Läs mer om MPA och ta del av rapporter framtagna inom MPA på dess hemsida www.hsn.sll.se/mpa.

Kvalitetsregister

Nationella och regionala kvalitetsregister är utmärka källor för information om hälso- och sjukvårdens kvalitet och resultat. I dagsläget finns cirka 60 nationella kvalitetsregister (läs mer om nationella kvalitetsregister på www.socialstyrelsen.se). I Stockholm finns dessutom en rad regionala och lokala kvalitetsregister.

För att stödja kvalitetsregisteranvändning inom SLL har en strategi tagits fram. Strategins målsättning är att nationella och regionala kvalitetsregister

skall användas aktivt inom verksamhetsuppföljningen i alla delar av hälso- och sjukvården för att främja en mätbaserad och lärandestyrd verksamhetsutveckling.

I strategin fastslås bl a att:

- i uppdragsbeskrivningar och avtal kräva medverkan i kvalitetsregister,
- aktivt använda kvalitetsregisterredovisning för intern verksamhetsutveckling och för utveckling av hälso- och sjukvården på övergripande landstingsnivå,
- i samband med avtalsuppföljning följa upp dels deltagandet i regionala och nationella kvalitetsregister, som rör områden inom vilka vårdgivaren har verksamhet, och dels främja vårdgivarens användning av utfall/data från kvalitetsregister i det interna förbättringsarbetet,
- skapa ekonomiska incitament för såväl medverkan i kvalitetsregister som användning av kvalitetsregister i förbättringsarbete,
- uppmuntra till, en för alla intressenter, öppen redovisning av utfall från kvalitetsregister.

Våren 2002 bildades Stockholms nätverk för kvalitetsregister. Nätverket syftar till att skapa en mötesplats för dem som på olika sätt arbetar med kvalitetsregister. Inom ramen för nätverket har under 2004 anordnats fyra seminarier med olika teman.

De flesta nationella kvalitetsregister rör den hälso- och sjukvård som bedrivs inom den somatiska akutsjukvården. Hittills finns endast ett fåtal register som rör närsjukvården (f n är det 2-3 register, som avser uppföljning inom primärvården, 5 register avser uppföljning inom psykiatri, geriatriken saknar än så länge helt kvalitetsregister på nationell nivå).

Samtliga akutsjukhus i SLL deltar i för dem relevanta register (dvs att sjukhuset bedriver hälso- och sjukvård inom det område registret avser att följa upp) i mycket hög utsträckning. Akutsjukhusens deltagande i de nationella kvalitetsregistren redovisas i bilaga 1.

I primärvården är det mest etablerade nationella kvalitetsregistret Nationella Diabetesregistret (NDR). NDR skapades 1996 som ett svar på S:t Vincent-deklarationens krav på kvalitetsdokumentation av diabetesvården. Diabetesvården beräknas kräva cirka 10 % av de samlade vårdkostnaderna och har direkta eller indirekta konsekvenser inom de flesta specialiteter. En kvalitativt god diabetesvård är kostnadseffektiv och motverkar långsiktigt utvecklingen av invalidiserande sena komplikationer. Syftet med NDR är att vara ett verktyg i det lokala förbättringsarbetet avseende diabetesvården. I SLL deltar alla medicinkliniker på sjukhusen i NDR. I närsjukvården är däremot deltagandet mycket lågt. I SLL följs endast cirka 5 % av diabetespatienterna

i närsjukvården upp med hjälp av NDR. Här finns betydande förbättringspotential.

För exempel på resultat från nationella kvalitetsregister se redovisningar från akutsjukhusen avseende utvalda kvalitetsmått.

Arbeten med fokus på kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård inom akutsjukvård och närsjukvård

Redovisningar från akutsjukhusen

I avtalen 2004 med akutsjukhusen anges att vården skall så långt det är möjligt bygga på evidensbaserad kunskap.

Karolinska Universitetssjukhuset beskriver i sin kvalitetsredovisning olika strategier för att säkra detta: evidensbaserad vård (EBV) är en av sjukhusets övergripande strategier och ingår i verksamhetsstyrningen för sjukhuset och som resultat av detta har chefläkarorganisationens införande av EBV som ett av sina huvuduppdrag. Andra åtgärder som beskrivs är framtagande och distribuering av en handbok i evidensbaserad medicin.

Övriga sjukhus har antingen valt att inte beskriva hur detta krav säkras eller att konstatera att vårdprogram baserade på evidens används i verksamheten.

Utvalda kvalitetsmått

Ljumskbråckskirurgi: Andel av totala antalet patienter, som genomgått ljumskbråckskirurgi och som 3 år efter ljumskbråckskirurgin fått åtgärdat bråck tillbaka (bråckrecidiv).

Karolinska	Danderyds sjh AB	Norrtälje sjh	Capio St Göran	Södersjukhuset	Södertälje sjh
Huddinge: Kv: 3.1 % M: 1.7 % Solna: ej aktuellt.	(1.7 %)	2.7 %	2.3 %	1.3 %	11 %

Resultaten är hämtade från Nationellt register för bråckkirurgis redovisning från 2003. Idag deltar alla kirurgiska kliniker i SLL i registret. Dock har inte alla ännu deltagit tillräckligt länge för att uppnå ett 3-årsutfall Siffran för DSAB är approximerad utifrån egen journaluppföljning samt deltagande i registret från år 2003. Capio St Göran deltar i registret från och med i år efter ett 3-årigt uppehåll. Underlag från de tre senaste åren har därför matats in i registret i efterhand.

Det föreligger god jämförbarhet mellan klinikerna, då samtliga har relativt stora patientgrupper (mer än 200 patienter/år). Slutsatsen blir därför att det tycks finnas en förbättringspotential på Södertälje Sjukhus.

Ändtarmscancer: Andel av totala antalet patienter opererade för cancer recti som fått lokalt återfall (lokalt recidiv) a) 2 år resp b) 5 år efter behandling

Karolinska	Danderyds sjh AB	Norrtälje sjh	Capio St Görän	Södersjukhuset	Södertälje sjh
a) Huddinge 12 % Solna 2 % b) Huddinge 12 %, Solna 6 %	a) 8.7 % b) 13 %	a) 1.5 % b) 1.5 %	a) Kv: 0 % M: 0 % b) Kv: 0 % M: 5.5 %	a) Kv: 1.6 % M: 5.1 % b) Kv: 4 % M: 6.6 %	a) Kv: 8 % M: 0 % b) Kv: 4 % M: 4 %

Samtliga sjukhus redovisar statistik ur samma källa, dvs det nationella kvalitetsregistret, vilket säkrar jämförbarheten. Dock är patientgrupperna olika stora och sannolikt också patientsammansättningen (ålder, sjuklighet), varför inga hållbara slutsatser kan dras beträffande skillnader i det siffermässiga utfallet mellan sjukhusen utom möjligen för Karolinska Universitetssjukhuset Solna visavi Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge. Även om alla sjukhus utför operationen (standardiserad operationsmetod, ackreditering av colrektalkirurger pågår!) bör vissa patienter hänvisas till universitetssjukhuset. I synnerhet Karolinska Universitetssjukhuset Solna är ett regioncentrum för de svåraste fallen (tumörövertväxt på omkringliggande organ), vilket påverkar resultaten från den verksamheten. På sikt vore det önskvärt att registrets utfall korrigerades för sjukdomens svårighetsgrad för att därmed ge en mer rättvisande jämförelse mellan verksamheterna.

Stroke – vård på strokeenhet: Andel strokepatienter som inom 5 dygn från intagningen behandlas vid strokeenhet där behandlingsprinciper enligt Nationella riktlinjer för strokesjukvård tillämpas.

Karolinska	Danderyds sjh AB	Norrtälje sjh	Capio St Görän	Södersjukhuset	Södertälje sjh
Huddinge: 72 % Solna: 63 %	91 %	80 %	77 %	55 %	89 %

Datakälla är det nationella kvalitetsregistret Riks-Stroke. Vård på strokeenhet (vårdkoncept i enlighet med Nationella riktlinjer för strokesjukvård) är bevisat mer effektiv än vård på vanlig avdelning.

Samtliga sjukhus redovisar en god täckningsgrad i Riks-Stroke varför skillnaderna i utfall inte kan bero på en selektion av vilka som rapporterats till registret. Här tycks föreligga en skillnad i tillgång till ”vård på strokeenhet”.

Inget av sjukhusen redovisar i vad mån strokeenhetsvården är i överensstämmelse med ”behandlingsprinciperna” enligt Nationella riktlinjer för strokesjukvård (multidisciplinärt med läkare, sjuksköterska, arbetsterapeut,

sjukgymnast, logoped, kurator, dietist) eller hur detta säkerställs (t ex genom utbildning och certifiering av Strokeförbundet). En rekommendation till specialiteten kunde också vara att upprätta ett auditinstrument och genom kollegial granskning bedriva en specialistbaserad ”certifiering”. Vilka sk stroke-enheter uppfyller kraven enligt Nationella riktlinjer? Finns verksamheter utanför ”strokeenheten” som helt eller delvis möter kraven?

Stroke - waranbehandling: Andel av totala antalet patienter med ischemisk stroke och förmaksflimmer som behandlas med waran.

Karolinska	Danderyds sjh AB	Norrtälje sjh	Capio St Görän	Södersjukhuset	Södertälje sjh
Huddinge: 28 % Solna: 43 %	83 %	33 % av dem < 80 år	22 %	30 %	34 %

Datakälla är det nationella registret Riks-Stroke. Antikoagulantibehandling vid flimmer minskar den relativa risken för att drabbas av stroke med 65 %. Vinsterna med antikoagulantibehandling måste hos den enskilda individen vägas mot blödningsrisken och övriga riskfaktorer för att få stroke. Ungefär en tredjedel (33 %) av patienter med kroniskt förmaksflimmer tillhör den grupp där antikoagulantia är motiverade. Efter en ischemisk stroke där kardiell embolikälla i form av förmaksflimmer föreligger är antikoagulantia den åtgärd där flest strokeinsjuknanden kan förhindras. Det är rimligt att minst 50 % av patienter med flimmer erhåller antikoagulantibehandling efter ishemisk stroke. Den höga siffran för DSAB är sannolikt felaktig. Antingen är det något annat som rapporterats eller så har felaktig information matats in i registret.

Hjärtinfarkt - reperfusionbehandling: Andel av totala antalet hjärtinfarktpatienter behandlade med reperfusion (a) trombolys eller b) akut PTCA inom rekommenderad tid

Karolinska	Danderyds sjh AB	Norrtälje sjh	Capio St Görän	Södersjukhuset	Södertälje sjh
a) Kv 33 % M 56 % b) Kv 56 % M 17 %	a) Kv: 32 % M: 45 % b) Kv: 95 % M: 68 %. Datakälla: RikshIA	a) 21 %	a) 48 % b) 63 %	a) 42 % b) 34 % RikshIA, m fl	Ej aktuellt

Måttet speglar hur väl omhändertagandet av patient med akut hjärtinfarkt fungerar. Det finns god evidens för att resultatet vad gäller bevarad hjärtmuskel försämras om behandling inleds efter 30 respektive 60 minuter. Ett kompletterande mått, som inte efterfrågades av beställaren, är att även ange mediantiden för åtgärden vilket SÖS och Karolinska också rapporterar. Sannolikt föreligger det ett förbättringsbehov vad gäller hjärtinfarktprocessen på samtliga sjukhus. SÖS har ett sådant på gång som väsentligen nedbringt mediantiden för akut PTCA. Rikets 20 bästa sjukhus ligger på a) 60 % respektive b) 38 %.

Diabetes: Andel diabetespatienter av sjukhusets diabetespopulation (slutenvård resp öppenvård) med HbA1c under 6.5 % uppdelat på patienter med debutålder a) före och b) efter 30 årsåldern.

Karolinska	Danderyds sjh AB	Norrtälje sjh	Capio St Görän	Södersjukhuset	Södertälje sjh
a) Huddinge: Kv 28 % M 26 % Solna Kv 26 % M 28 % b) Huddinge Kv 32 % M 44 % Solna Kv 28 % M 37 %	a) Kv: 32 % M: 31 % (nästan enbart insulinbehandlade diabetiker)	a) 8 % b) 28 %	a) 46 % b) 55 %	a) 35 % b) 38 % (täckningsgrad ca 60 %, nästan enbart insulinbehandlade diabetiker)	a) 22 % b) 30 %

HbA1c speglar diabetikernas metabola kontroll, d v s blodsockernivån och dess fluktuationer över längre tid. Målet är att HbA1c skall vara 6.5% eller lägre. Som framgår är det en relativt liten andel av patientpopulationen som ligger på den nivån.

Ett ”bättre” resultat skulle kräva tätare besök för kontinuerlig utbildning och motivationssamtal med patienterna, som ju i slutänden är dem som väljer hur de vill ”sköta” sin diabetes.

Den patientgrupp som vårdas för sin diabetes på akutsjukhusens specialistklinik tillhör dem med svårinställd och komplicerad diabetes. De representerar alltså inte normalpopulationen ”diabetiker” för vilka målvärdet, 6.5%, är framtaget.

Höftfraktur: Andel reopererade inom två år efter primärt utförd operation för höftfraktur (på samma sjukhus).

Karolinska	Danderyds sjh AB	Norrtälje sjh	Capio St Görän	Södersjukhuset	Södertälje sjh
Huddinge: Kv 4.5 % M 3.2 % (Datakälla: Rikshöft) Solna 12 % (lokal datakälla)	9.5 % (lokal datakälla)	6 %	7 %	12 % (lokal datakälla)	Kv: 19 % M: 19 %

Det finns idag kunskap om vilka metoder som är lämpligast vid olika typer av höftfrakturer och vid olika individrelaterade riskprofiler. Målet är att nedbringa risken för reoperation p g a olämpligt metodval i det akuta skedet och att maximera patientens höftfunktion och livskvalitet. SÖS ortopedklinik har varit ledande såväl nationellt som internationellt i detta arbete. I de redovisade siffrorna ses en femfaldig variation mellan högsta och lägsta utfallen, vilket troligen beror på olika mätmetoder och datakällor. Sannolikt

är variationen betydligt mindre. För att få en bättre bild av problemet bör även reoperationer av primärt utförda operationer på annat sjukhus medtas. Nya data för 2004 och 2005 kommer att tas fram. Det är förhoppningen att den ökande frekvensen primära ledplastiker vid höftfraktur på alla sjukhusen (ad modum SÖS) leder till att frekvensen reoperationer sjunker under kommande år.

Trycksår: a) Andel patienter som är riskbedömda enligt regionalt vårdprogramms rekommenderade metod (modifierad Nortonskala). b) Andel patienter per verksamhet med trycksår enligt definition i regionalt vårdprogram. (punktprevalensstudie under 1 dygn).

Karolinska	Danderyds sjukhuset AB	Norrtälje sjukhuset	Capio St Görän	Södersjukhuset	Södertälje sjukhuset
a) Huddinge: 97 % (geriatrik 100 %) Solna 76 %. Dokumenterad riskbedömning i journalen var endast 3 %. (Totalt 1 % och 14 % inom geriatriken) b) 13 % (akut-somatiken 10 %, geriatriken 31 %)	a) 6.8 % b) 11 % Förebyggande åtgärder för att minska risken för trycksår (t ex trycksårsmadrasser och regelbundna vändningar har ökat betydligt sedan 2003)	b) Kv: 22 % M: 26 % Resultatet av punktprevalensstudien (relativt hög frekvens av trycksår) har lett till flera åtgärder (lokal handlingsplan, utbildning) i syfte att nedbringa utvecklingen av trycksår.	a) 61 % (11 % 100 % mellan variation akut-somatik/ geriatrik) b) 6 % (1-22 %)	a) 0 % b) Kv:19 % M: 9.4 %	a) 46 % (juni 2004), 56 % (november 2004) b) 5.3 % (juni 2004), 2.0 % (november 2004).

Vid punktprevalensstudien visade det sig att överlag var frekvensen utförd riskbedömning (dokumenterad i journalen) påtagligt låg. Här finns en förbättringspotential generellt! Måttet ”andel riskbedömda patienter” är emellertid inte optimalt formulerat. Riskbedömning bör förbehållas patienter med riskfaktorer. Första steget är att identifiera dem med riskfaktorer. Nästa prevalensstudie bör därför ta fasta på en entydigare formulering med vad som avses med riskbedömning och kravet på dokumentation i journalen.

Reumatoid artrit - omhändertagande av misstänkt/nydiagnostiserad

RA: Omhändertagande av misstänkt/nydiagnostiserad reumatoid artrit (RA). Sjukdomsaktivitet vid första besöket samt 6 och 12 månader efter första besöket hos specialist.

Karolinska	Danderyds sjukhuset AB	Norrtälje sjukhuset	Capio St Görän	Söder-sjukhuset	Södertälje sjukhuset
50 % förbättring för män och 37 % för kvinnor vid 12 mån. Datakälla: RA-registret.	50 % förbättring inom 12 månader (både kvinnor och män). Datakälla: RA-registret.	Ej aktuellt	Ej aktuellt	Ej aktuellt	Ej aktuellt

Sjukdomsaktivitet skattas med ett index – DAS28. Medianvärdet vid 12 månaders omhändertagande ligger för Karolinska på 2.78 för män och 3.45 för kvinnor och för DSAB på 2.77 (ej uppdelat kvinnor respektive män). Målet för behandlingen är total återgång av sjukdomen vilket motsvarar DAS28 <2.6. Internationellt nås detta mål dock endast för en mindre andel av patienterna. Karolinskas resultat med sämre inflammationsdämpning för kvinnor avspeglar den vetenskapliga kunskapen, nämligen att sjukdomen är mer svårbehandlad hos kvinnor.

Reumatoid artritbehandling av RA med biologiska läkemedel:

Behandling av RA med biologiska läkemedel. Sjukdomsaktivitet vid tidpunkt för första behandling samt 6 och 12 månader efter behandling med biologiska läkemedel.

Karolinska	Danderyds sjukhuset AB	Norrtälje sjukhuset	Capio St Görän	Söder-sjuk-uset	Södertälje sjukhuset
Huddinge: ca 40 % förbättring (DAS28) efter 6 månader, oförändrad nivå efter 12 månader (lika för kvinnor och män). Solna: 50 % förbättring (DAS28) efter 6 månader, oförändrad efter 12 månader. Datakälla:RA-registret	40 % förbättring (DAS28) inom 6 månader, oförändrad nivå efter 12 månader. Datakälla: RA registret.	Ej aktuellt	Ej aktuellt	Ej aktuellt	Ej aktuellt

De biologiska läkemedlen är mycket dyra varför det är angeläget att begränsa förskrivningen till dem med högaktiv sjukdom och som kan förväntas ha störst nytta. Vid otillfredsställande terapisvar bör behandlingen avbrytas. Redovisningen från DSAB och Karolinska visar att behandlingskriterierna följs.

Förlossning: Andel perinealskador gr III och gr IV av

- a) totala antalet vaginala förlossningar samt andel av
- b) totala antalet förlossningar (inkl kejsarsnitt).

Karolinska	Danderyds sjukhuset AB	Norrtälje sjukhuset	Capio St Görän	Södersjukhuset	Södertälje sjukhuset
Gr III a) 4.4 % b) 3.4 % Gr IV a) 0.4 % b) 0.3 %	Gr III och Gr IV : a) 6.4 % b) 4.9 % Datakälla:lokal	Ej aktuellt	Ej aktuellt	Gr III och Gr IV: a) 3.7 % b) 2.8 % Datakälla:lokal	Gr III och Gr IV: a) 4.6 % b) 3.8 %

Generellt kan sägas att frekvensen perinealskador är för hög. Detta är inte ett Stockholmsfenomen utan gäller lika för hela landet. Siffrorna har stigit de senaste 10 åren på ett olyckligt sätt. Professionen har uppmärksammat problemet och inom SLL är ett handlingsprogram för att komma tillrätta

med problemet under utarbetande. Orsakerna till problemet är sannolikt flera, där ålder vid barnafödande, barnets storlek och förlossningsteknik är bidragande.

Redovisningar från närsjukvården

Exempel från södra Stockholm

Exemplen är hämtade från södra Stockholm, där EK-gruppens arbete (beskrivit i Årsrapport 2003 från Programområde Kvalitetsutveckling) har fortsatt under året i syfte att främja utvecklingen mot en allt mer kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård. Från vårdcentralerna i Botkyrka och Huddinge redovisas måluppfyllelse vad gäller vård av patienter med diabetes, hypertoni, astma, KOL, ischemisk hjärtsjukdom och hjärtsvikt.

För *diabetes* redovisas i vad mån målblodtryck och målvärde för HbA1c (patienter utan insulinbehandling) uppnåtts. Minst 70 % av patienterna skulle uppnå målvärdet för HbA1c vilket också inträffat för de allra flesta leverantörerna. För hypertoni tycks det finnas en betydande förbättringsmöjlighet då de flesta leverantörerna endast uppnådde 30-40 procentig måluppfyllelse. En av vårdcentralerna (Stuvsta) efterlyser ett bra mått eller mätinstrument för att mäta framgångsrik astmabehandling. Ett förslag skulle kunna vara att mäta den hälsorelaterade livskvaliteten hos patienterna antingen med hjälp av ett generellt instrument (ex EQ 5D) eller ett sjukdomsspecifikt instrument. Från samma vårdcentral redovisas fortsatt behov av att minska rökning bland KOL-patienter och att förbättra blodtryckskontrollen vid ischemisk hjärtsjukdom.

I överenskommelserna med beställarna ålades producenterna också att redovisa sitt arbete med att påverka *livsstilsfaktorer i ett sekundärpreventivt syfte*. Man har särskilt fokuserat riskgrupperna diabetes, hypertoni, hjärt- kärlsjukdomar, övervikt, blodfettrubbningar, astma/KOL och redovisar åtgärder inom områdena kost, fysisk aktivitet, alkohol och tobak/rökning. Angreppssätten varierar men en genomgående modell är särskilda sköterskeledda mottagningar och olika gruppaktiviteter. Flera vårdcentraler har som mål att alla patienter – oavsett diagnos eller kontaktorsak – skall tillfrågas om tobaksbruk och erbjudas någon form av stöd till rökavvänjning.

Influensavaccinerade äldre

Socialstyrelsen rekommenderar sedan 1997 alla över 65 år en årlig dos av influensavaccin. Pneumokockvaccin (lunginflammation) rekommenderas också, men behöver inte tas årligen. Det är en effekt av ett tydligt vetenskapligt underlag som visar att såväl sjuklighet som dödlighet minskar i de vaccinerade grupperna, vilket i sin tur leder till minskad vårdkonsumtion.

Smittskyddsenheten handhar administrationen av influensavaccinationen inom Stockholms län. De gör också statistik över hur många doser som ges. Detta har satts i relation till befolkningen över 65 år, för att se andelen i den äldre befolkningen som blir skyddade mot influensa.

Influensavaccinerade äldre, 2002-2004

År	Antal	Befolkning	Andel (%)
2002	164 114	259 608	63
2003	154 070	261 097	59
2004	160 143	263 630	61

Stockholm har en av de högsta andelarna vaccinerade i landet, men det finns fortfarande ett stort förbättringsutrymme med tanke på den evidens som finns om minskad sjuklighet och dödlighet vid ökad täckningsgrad. Det finns även anledning att studera eventuella skillnader inom länet.

Exempel från norra Stockholms psykiatri

Norra Stockholms psykiatri har en lång tradition vad gäller användning av löpande registreringar i det patientadministrativa systemet för verksamhetsuppföljning och analys. På senare år har alltmer av registreringarna förts över till den elektroniska patientjournalen och allt fler uppgifter har börjat användas i analysen. Under 2004 gjordes en satsning på kvalitetsarbete och en viktig del av denna var att visa på möjligheterna att använda IT-systemen för att ta fram kvalitetsmått.

Sedan flera år har samtliga medarbetare tillgång till avancerad online-statistik på klinikens intranät. I denna används asp-formulär som när de öppnas hämtar den senaste registrerade informationen i driftsdatabasen och använder den för en mängd avancerade beräkningar. I onlinestatistikens 20-tal olika webbformulär monitoreras bl a beläggning, prestationer, åtgärder, diagnoser, flöden och kvalitetsaspekter.

Onlinestatistiken är viktig dels genom att den förser medarbetarna med data som de behöver i olika sammanhang, dels genom att den ger möjlighet omedelbar återföring av registrerade data i bearbetad form vilket är av stor vikt vad gäller att motivera medarbetarna att göra de registreringar utan vilka ingen uppföljning eller analys är möjlig.

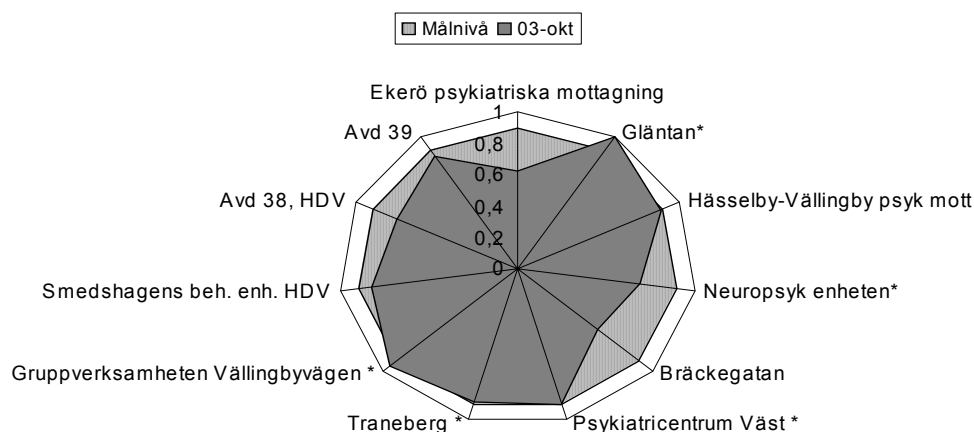
Kvalitet i registreringar

Vid användning av IT-stöd för kvalitetsarbete är en central fråga vilken kvalitet de data som används för analysen har. Många kvalitetsmått är relaterade till individens tillstånd. I slutet av 2003 var data om diagnosgrupp och funktionsskattningen GAF (Global Assessment of Functioning) ofullständiga på många enheter varför det blev en högprioriterad del i kvalitetsarbetet att arbeta med att öka andelarna av individerna för vilka en diagnosgrupp resp. en aktuell GAF-skattning fanns registrerad.

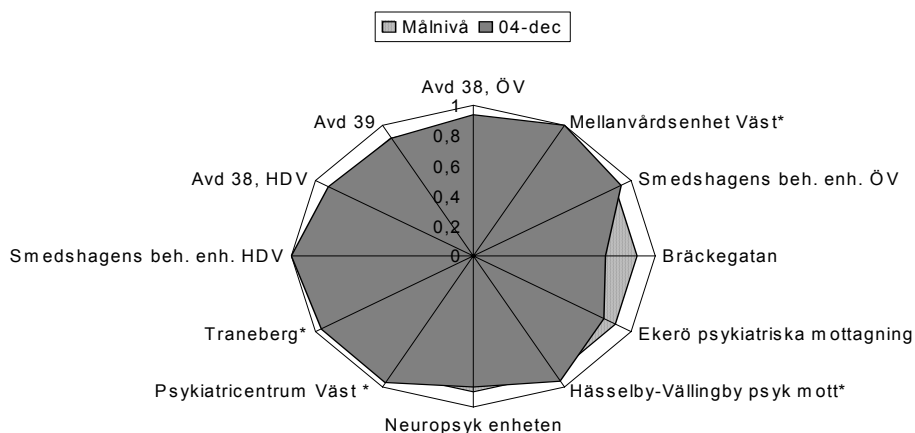
Tydliga mål formulerades: i december 2004 skulle 90 % av de pågående patienterna ha en diagnosgruppsregistrering och 80 % ha en GAF-skattning som var högst 12 månader gammal. Utbildning i GAF-skattning med externa föreläsare genomfördes för att öka graden av samskattning.

Varje månad gjordes en sammanställning av hur de olika enheterna låg till jämfört med målet, resultatet presenterades områdesvis i stjärndiagram. I figurerna nedan framgår hur andelen patienter med registrerad diagnosgrupp har ökat betydligt från okt. 2003 till dec. 2004. Data visas för ”Basområde Väst”, vissa organisationsförändringar har skett under året varför enhetsnamnen delvis har ändrats.

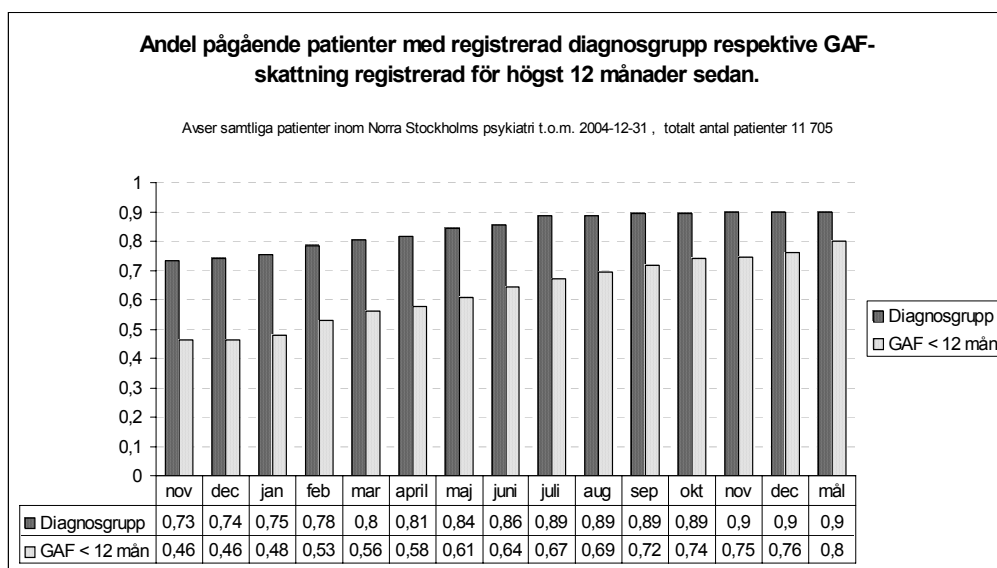
Väst, andel med diagnosgrupp 31 oktober -03



Väst, andel med diagnosgrupp 31 december-04



Norra Stockholms psykiatri har vanligtvis drygt 11 500 individer med pågående vårdperiod. Från oktober 2003 till december 2004 ökade andelen av dessa individer som har en registrerad diagnosgrupp med ca 17 % - enheter, andelen med en aktuell GAF-skattning ökade med cirka 30 %-enheter. Vad beträffar de uppsatta målen nåddes målet för diagnosgrupp (90 %) medan målet för aktuell GAF-skattning inte nåddes fullt ut, (76 % mot målet 80 %). Vid årets slut fanns i de allra flesta fall fullt tillräcklig diagnosgrupps - information för att de olika analyser och kvalitetsmätningar som efterfrågades skulle kunna genomföras. I många fall var det också möjligt att använda GAF-skattningar, inte minst intressant var att det nu började bli möjligt att analysera förändringar i individernas GAF-värde.



Kunskapsbaserad hälso- och sjukvård – exempel från MPAs övriga årsrapporter 2004

Årsrapporten från programområde **Psykiatri** tar upp ett viktigt utvecklingsområde: *avveckling och utfasning av metoder som inte är evidensbaserade*. SBU har i en aktuell rapport lyft ett antal metoder inom psykiatri med tveklaktig eller dålig effekt.

Programområdet Medicin – Kirurgi 1 ”**Medicinrådet**” beskriver i sin årsrapport hur följsamhet mot vårdprogram för bl a behandling av lunginflammation hos vuxna säkras genom infektionsläkarnas kvalitetsrevisioner samt uppföljning av ett antal processmått, som speglar ”att rätt sak görs på rätt sätt”.

Programområde **Hjärt-, kärl- och lungsjukdomar** är det enda programområde som i sin årsrapport öppet redovisar utfall från nationella kvalitetsregister. De resultat som redovisas gäller hjärtsjukvården och kärlkirurgin. Initiativet är lovvärt och bör skapa efterföljare bland övriga programområden där det finns nationella kvalitetsregister.

Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård – sammanfattande styrkor och svagheter

”Vården skall så långt det är möjligt bygga på evidensbaserad kunskap”, står det i avtal och överenskommelser. Dock saknas i allmänhet redovisning av angreppssätten för att uppnå detta och i vilken omfattning så sker. Ett angeläget utvecklingsområde är metoder för att aktivt föra in kunskapsbaserade metoder, avveckla förlegade metoder och säkerställa följsamheten mot evidensbaserade riktlinjer och vårdprogram. Goda exempel på hur sådant

utvecklingsarbete kan drivas ges i redovisningen av målstyrt förbättringsarbete från närsjukvården i södra Stockholm och norra Stockholms psykiatri.

Redovisade kvalitetsmått exemplifierar bl a floran av datakällor att hämta information från: kvalitetsregister, lokala datakällor – i vissa fall med tillgång till on-line statistik på intranätet, myndighetsstatistik och interna punktprevalensstudier. Redovisningen ger också prov på att siffermässiga utfall måste tolkas med försiktighet. Teoretiskt kan skillnader i resultat bero på 1) olika tolkning av vad som skall mätas, 2) olika metoder för insamling och bearbetning av insamlade data, 3) skillnader i patientgrupper, 4) faktiska skillnader i behandlingen. I de redovisade måtten finns samtliga möjligheter representerade. Att vidareutveckla bra kvalitetsmått för att minimera tolkningsproblemen och att ta fram nya och bättre kvalitetsmått är ett annat angeläget utvecklingsområde.

På sikt är det önskvärt att presentera kvalitetsmåttens utfall i tidsserier för att kunna följa utvecklingen över tid och basera jämförelser på trender alternativt stabilitet i utfallen. För de mått som härstammar från nationella kvalitetsregister och som använts de 2-3 senaste åren i redovisning till beställaren bör detta kunna göras i kommande årsrapport 2005.

Deltagandet i nationella kvalitetsregister är högt bland akutsjukhusen. Däremot finns betydande förbättringspotential avseende närsjukvårdens deltagande i Nationella Diabetesregistret (NDR).

Det är en styrka att verksamheterna öppet redovisar sitt kvalitetsarbete och sina resultat. Därigenom ges stöd till lärande och förbättringsarbete.

Säker hälso- och sjukvård

Innebär att undvikbara skador i samband med hälso- och sjukvård förhindras genom ett aktivt riskförebyggande arbete.

Det finns många risker i vården vilket kräver ett aktivt säkerhetsfrämjande arbete. Brister i patientsäkerheten tar sig uttryck i bl a brister i läkemedels- hantering, förväxlingar, brister i informationsöverföring och kommunika- tion, skador i samband med diagnostik, operation och annan behandling, fallskador och trycksår.

Skador i vården åstadkommer onödigt lidande för patienten och leder i värsta fall till bestående men och död. Dessutom leder skador i vården till ökade kostnader.

Strategi för patientsäkerhet

Säkerhetsstrategi för hälso- och sjukvården i SLL har tagits fram inom Programrådet för kvalitetsutveckling (MPA) och presenterats i form av en fokusrapport. Avsikten är att strategin skall utgöra underlag för ett handlingsprogram för patientsäkerhet i SLL, som skall utvecklas under 2005.

Målet är att genom riskförebyggande arbete eliminera undvikbara risker, skador och dödsfall samt därmed förknippat lidande. Vägen att nå dit omfattar följande utvecklingsområden:

- Samverkan med patienter
- Utveckling av systemtänkande
- Byggande av en lärande organisation
- Stöd till säkerhetsarbetet
- Skapande av en säkerhetskultur

Samtliga fem utvecklingsområden måste beaktas samtidigt. Det finns inte en lösning. Det är genom att uthålligt arbeta på många olika förbättringsområden som målet nås.

Som ett led i stödet till säkerhetsarbete har ett upphandlingsarbete startat med syfte att upphandla ett SLL-gemensamt IT stöd för avvikelshantering som beräknas vara installerat hösten 2005.

Som ett led i byggandet av en lärande organisation deltar SLL i ett landstingsövergripande arbete med att ta fram ett utbildningsmaterial i Risk- och orsaksanalys, riktat till verksamheternas ”avvikelsesamordnare” (motsvarande) att användas i det interna riskförebyggande arbetet.

Anmälningar till Hälso- och sjukvårdens ansvars- nämnd (HSAN)

Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd, HSAN, har till uppgift att efter anmälan pröva frågor om disciplinpåföljd samt vissa behörighetsfrågor beträffande hälso- och sjukvårdspersonal.

Anmälan får göras av patient, nära anhörig till patient om patienten inte själv kan samt av Socialstyrelsen, JO och JK, i behörighetsfrågor endast av de sistnämnda. Disciplinpåföljd - erinran och varning - är straffliknande åtgärder med ett individual- och allmänpreventivt syfte, medan behörighetsfrågor - återkallelse av legitimation och provotid - utgör skyddsåtgärder som vidtas för att upprätthålla patientsäkerheten. HSAN skall i anmälda fall pröva hur hälso- och sjukvårdspersonal har utövat sitt yrke. HSAN bidrar därigenom till en förbättrad vårdkvalitet.

Antal inkomna ärenden till HSAN samt påföljder

År	Stockholms län				Riket (inkl SLL)			
	2001	2002	2003	2004	2001	2002	2003	2004
Antal ärenden	691	755	790	849	3020	3057	3278	3670
Antal påföljder	61	78	101	93	276	293	300	357
Andel påföljder	9	10	13	11	9	10	9	10

Andelen anmälningar som leder till en påföljd har i riket legat konstant de senaste 3 åren medan Stockholm för 2003 förra året låg över riket. Antalet personer som anmäler sitt missnöje med den erhållna vården är mycket litet om man relaterar antalet anmälningar mot antalet patientkontakter. Enligt Socialstyrelsens beräkningar rör det sig om en patient av 60 000 till 70 000 som anmäler den vård de erhållit. Det är dock av stor vikt att samtliga HSAN anmälningar aktivt används i varje enskild vårdgivares kontinuerliga patientsäkerhetsarbete.

Skadeanmälningar till patientförsäkringen

Antalet anmälda skador inom sjukvården kan ses som ett mått på säkerheten i vården. Måttet bygger på sjukvårdsrelaterade skadeanmälningar. Alla vårdgivare har skyldighet att ha en patientförsäkring. Försäkringen sköts av Landstingens Ömsesidiga Försäkring (LÖF) och skaderegleringen av dess dotterbolag PSR. Patienten anmäler skadan själv till patientförsäkringen. Ersättning utgår om skadan bedömts vara undvikbar vilket sker i ca 45 % av fallen. Uppgifterna finns i LÖFs databas som uppdateras årligen. Det finns dock en viss eftersläpning och därför redovisas bara data mellan 1997 och 2002. Antalet anmälningar måste sättas i relation till patientgenomströmningen som här mäts med antal vårdtillfällen i slutenvården (källa VAL). Kvoten mellan anmälningar och antal vårdtillfällen kallas skadefrekvens.

Antal anmälningar, ersatta skador och vårdtillfällen på sjukhus i Stockholms län 1997-2002.

År	Antal anmälningar	Ersatta skador	Antal vårdtillfällen	Andel ersatta skador (%)	Skadefrekvens (%)
1997	1 053	466	278 604	44,3	0,38
1998	1 159	539	282 818	46,5	0,41
1999	1 181	566	280 307	47,9	0,42
2000	1 168	523	282 392	44,8	0,41
2001	1 139	494	283 782	43,4	0,40
2002	1 090	511	292 513	46,9	0,37

Tabellen indikerar inga trender. Antalet anmälningar ligger omkring 1 100 per år. Andel ersatta skador har varierat under perioden och var som högst 1999. Den nedåtgående trenden mellan åren 1999 och 2001 bröts 2002 då andelen ökade igen. Sedan 1999 har skadefrekvensen minskat och låg 2002 på 0,37 %. Ersättningen från LÖF är bara en liten del av kostnaden för skador i sjukvården. Skadorna leder i många fall till förlängd vårdtid och ökade vårdbehov. Resultatet är ofta en invaliditet på 1-15 %, vilket ytterligare ökar kostnaderna för samhället och för individen.

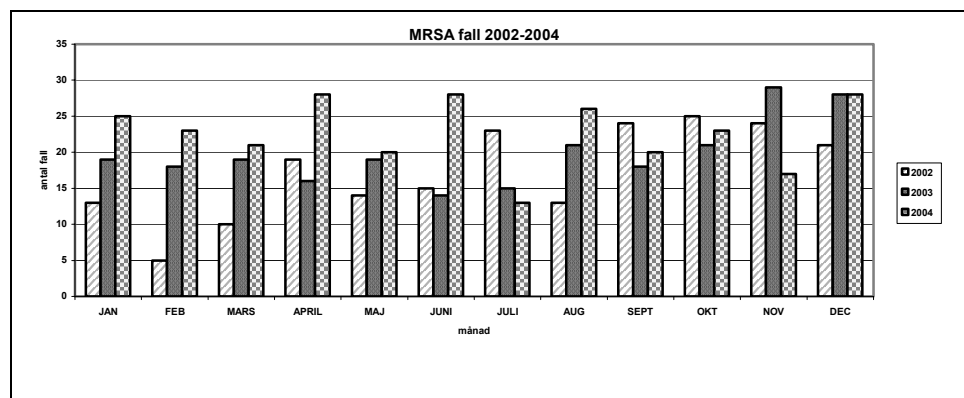
Vårdhygien

Vårdhygien har fokuserats senaste åren till följd av den MRSA-epidemi som utvecklades under 2001 – 2002. Basal vårdhygien innebär tillämpning av fasta rutiner i det dagliga vårdarbetet med syfte att förhindra överföring av smitta mellan patienter. Vårdrelaterade infektioner, som t ex smitta med MRSA (methicillinresistenta stafylokocker) är i allmänhet en följd av brister i den basala vårdhygien.

Tack vare kraftfulla satsningar på förbättrad vårdhygien och specifikt MRSA-preventivt vårdprogram har ökningen av upptäckta MRSA-bärare upphört.

Den minskade smittspridningen är mest påtaglig inom akutsjukvården. Där emot ses ett ökande antal nya personer med MRSA, som är smittade i utlandet. Många av dessa har inte varit i kontakt med sjukvården i det aktuella landet. Vidare ses också ett ökande antal personer med MRSA, som är smittade utanför hälso- och sjukvården även i Sverige.

Under 2004 kan, för första gången, ses en minskning av inhemsk smitta, framför allt genom minskad smittspridning inom akutsjukvården. Antalet nyupptäckta smittade per månad ökade under hösten 2003 parallellt med att antalet screening- och smittspårningsodlingar ökade. Det relativt höga antalet nya patienter kvarstod i början av 2004. Antalet nyupptäckta patienter per månad var dock lägre under hösten 2004, än det var under motsvarande tid 2003, trots fortsatt intensiv provtagning.



Trots den minskade smittspridningen inom sjukvården är inte den övergripande målsättningen (minskning med 50 % av antalet nyupptäckta fall från 2002 till 2004) uppfylld på en ökning utlandssmittade patienter med MRSA. Vidare ökar andelen patienter som tidigare inte har någon sjukvårdskontakt och där MRSA upptäcks i öppenvården i samband med odling av svinkoppor, bölder eller liknande. De MRSA-stammar, som dessa patienter är bärare av, skiljer sig från de stammar, som varit ett problem inom sjukvården.

Det står alltså helt klart att det pågår minst två epidemier, en inom slutenvården där kontroll börjar fås, och en i samhället.

Målet – att andelen MRSA av alla blododlingar där gula stafylokker påvisas, skulle halveras från ursprungliga (år 2002) 2 % under kommande år – tycks ej heller kunna uppnås. Tvärtom har andelen ökat under 2004 och ligger snarare på ca 4 %. Skälet är att det ackumulerade antalet personer med MRSA i länet fortsätter att öka. Många av de drygt 600 personer, som är bärare av MRSA i SLL idag är åldriga och har grava underliggande sjukdomar, vilket ökar risken för att de ska drabbas av infektioner med MRSA som sprider sig till blodbanan. För att målsättningen ska kunna nås måste först totalantalet personer med MRSA i länet sjunka.

Läkemedel – biverkningspreventivt arbete

Uppmärksamheten på biverkningar har traditionellt framför allt fokuserat nya biverkningar bland nyregistrerade läkemedel. Dessa biverkningar är oftast sällsynta (typ B-reaktioner, engelska: Bizarre, icke-farmakologiska mekanismer, främst immunologiska/allergiska reaktioner). Allvarliga typ B-reaktioner kan leda till att läkemedlet dras in från marknaden. Ansvarig för denna verksamhet är ytterst Läkemedelsverket i Uppsala.

En annan typ av biverkningar – som är långt mycket vanligare – är de välkända farmakologiska biverkningarna (typ A-reaktioner, engelska: Augmented, förstärkt farmakologisk effekt), som framför allt är en fråga för sjukvården. Satsningar på att förebygga vanliga biverkningar (typ A) har först gjorts på senare år.

Stockholms läns landsting (HSN) har fokuserat biverkningsprevention sedan år 2002 då dåvarande Huddinge Sjukhus och Karolinska Sjukhuset fick i uppdrag att systematiskt arbeta med läkemedelsbiverkningar.

Landstingets nya fokus på de välkända farmakologiska biverkningarna (typ A) har nu integrerats i en gemensam verksamhet inom ramen för den regionala biverkningsenheten, avdelningen för klinisk farmakologi, Karolinska Universitetssjukhuset.

Erfarenheterna från biverkningsenhetens första 3 år pekar på att många biverkningar beror på en relativt för hög dos av sådana läkemedel, som är beroende av njurfunktionen för sin elimination. Detta gäller speciellt för äldre patienter, ofta med många olika läkemedel, och i synnerhet kvinnor med nedsatt njurfunktion. Ett rutinprov för att mäta njurfunktionen är ofta falskt normalt p g a den äldre individens mindre muskelmassa. En metod för att beräkna den faktiska njurfunktionen med information som finns i den datoriserade journalen har utvecklats och visas som en ”njurfunktionsvarnare” i den webbaserade Janusmodellen (www.janusinfo.se).

En fokusrapport om läkemedelsbiverkningar som orsak till inläggning på sjukhus, håller på att arbetas fram inom medicinska programarbetets programråd för akut omhändertagande. En av rapportens huvudslutsatser kommer att bli att sjukvården behöver en korrekt lista (Gemensam Läkemedels-Lista – GLL) över vilka läkemedel patienten hämtat ut från apotek.

Tillsammans med Läkemedelsverket och Läkemedelsenheten i SLL pågår test av elektronisk biverkningsrapportering.

Läkemedelsenheten inom SLL har tagit fram ett datorstöd, i form av en i datorjournalen integrerad gemensam läkemedelslista, som successivt tagits i bruk från år 2004.

En annan viktig faktor i uppföljningen av läkemedelsbiverkningar är att nyttja användningen av diagnoskoden Y 57.9: Ogynnsam effekt av drog eller läkemedel i terapeutiskt bruk. Om diagnoskoden användes generellt skulle kunskaperna om läkemedelsbiverkningar i vården öka väsentligt. Idag är underrapporteringen av typ A-läkemedelsbiverkningar omfattande. Det finns behov av att systematiskt nyttja såväl befintliga avvikelshanteringssystem för att rapportera läkemedelsbiverkningar som tilläggsdiagnosen Y57.9, när ogynnsam effekt – inklusive dödlig utgång – av läkemedelsanvändning identifierats. En kompletterande och betydligt mer resurskrävande metod för att fånga sådana händelser är retrospektiv genomgång av journaler och annan vårddokumentation.

Arbeten med fokus på säker hälso- och sjukvård inom akutsjukvård och närsjukvård

Redovisning från akutsjukvården

System för avvikelshantering

I ingressen till avsnittet om säker vård i akutsjukhusavtalen ställs krav på *system för avvikelshantering* och rutiner för kontinuerlig uppföljning i alla verksamheter.

Leverantören skall *redovisa*

- a) statistik från sina avvikelshanteringssystem avseende väsentliga säkerhetsproblem och vidtagna åtgärder,
- b) identifierade patientriskerna (inom vissa verksamheter),
- c) rutiner för att identifiera misstänkta fall av barnmisshandel.

Karolinska

a) Har olika system för avvikelshantering (AHS) beroende på sammanläggningen av de två sjukhusen. På Huddingesidan är systemet IT-baserat. Man har också olika organisationer för att hantera och analysera inkomna rapporter. Exempel på identifierade säkerhetsrisker är t ex: elsäkerheten på operationssalen, ordination av läkemedel i epiduralkateter och transport av patient internt sjukhuset.

- b) Systematiskt förebyggande riskanalysarbete verkar inte ha startat ännu.
- c) MIO (Misshandel & Omsorgssvikt) – gruppens rutiner följs.

DSAB

- a) Har ett sjukhusgemensamt, IT-baserat AHS och redovisar antalet rapporter per verksamhetsområde samt andel avslutade under året, 94 %, vilket är en imponerande hög siffra. Det faktum att antalet rapporter överlag har ökat över åren, tyder på en ökad medvetenhet om ansvaret att rapportera iakttagelser och händelser för ett gemensamt lärande och förebyggande.

Exempel på identifierad säkerhetsrisk är t ex läkemedelshanteringen i akuta situationer, vilket resulterat i tydliga regler för hur ordination i akuta situationer skall gå till. Bland annat skall muntlig ordination alltid kvitteras genom att uppfattad ordination upprepas. Detta är ett utmärkt sätt att säkra kommunikationen och används rutinmässigt inom flygvapnet. Vi har anledning ta till oss den rutinen i många sammanhang inom hälso- och sjukvården!

- b) Systematisk riskanalys har bl a införts på medicinkliniken, där ständigt nya preparatnamn på läkemedlen (generika) identifierats som en risk. Åtgärder för att undvika konsekvenserna av denna företeelse redovisas inte men har ett stort allmänintresse!
- c) Frågan ej relevant.

Norrtälje Sjukhus

- a) har sjukhusgemensamt, delvis IT-baserat, AHS och en tydlig organisation för hur rapporter tas emot och hanteras, analyseras och hur åtgärder vidtas. Varje verksamhet har identifierat specifika säkerhetsproblem för åtgärd.
- b) Nyckelpersoner har fått utbildning i risk- och orsaksanalyser med MTO- (Människa Teknik Organisation) inriktning. T ex har akutmottagningen inom området Information och kommunikation haft ett flertal rapporterade iakttagelser och händelser bland kategorierna larm/rutiner, överlämnande av patient och transporter, vilka samtliga lett till konkreta åtgärder.
- c) Befintliga riktlinjer har setts över med anledning av avtalskravet.

Capio S:t Görans Sjukhus

- a) Har sjukhusgemensamma rutiner. Varje klinik har sin egen analysgrupp. Vid en allvarlig händelse eller upprepade händelser av samma slag initieras ett förbättringsarbete i projektform. Utöver de kliniks specifika risker och åtgärder som beskrivs i bokslutet nämns också ett sjukhusövergripande problem, nämligen ”brister i rutiner avseende vem som ansvarar för patienten” när hon/han byter avdelning eller klinik. Detta har lett till ett internt PAL-projekt (patientansvarig läkare). Projektresultatet kommer att införas våren 2005. Problemet med oklara ansvarförhållanden, när patienten passerar organisatoriska gränser, är generellt för hela hälso- och sjukvården och det är därför angeläget för alla att dra lärdomar av.
- b) Riskanalyser görs inom ramen för arbetet med avvikelshantering.
- c) Rutin ej beskriven.

SÖS

- a) Har under 2004 reviderat den då 5 år gamla sjukhusgemensamma riktlinjen för avvikelshantering. Varje händelse klassas i - typ av avvikelse, - trolig orsak, - konsekvens för patient. Alla rapporter hanteras i en gemensam databas som möjliggör analyser och jämförelser. Varje verksamhet har en eller flera tvärprofessionellt sammansatta grupper för analys, åtgärd och återföring till personalen. De flesta avvikelserna är av typen brister i dokumentationen (32 %), brister i omvårdnad (31 %). Därefter kommer brister i läkemedelshandlingen (16 %), brister i medicinsk diagnostik/behandling (13 %) och tekniska avvikelser (8 %). I 3 % av händelserna uppstod skada på patient och i ytterligare

27 % uppstod ingen akut skada men bedömdes det att risk för framtida konsekvenser förelåg. Bland identifierade säkerhetsrisker kan nämnas postoperativ urinretention, otydlig/ofullständig läkemedelsordination, identitetsmärkning av patient före operation, stickblödning efter coronarangi/PCI. I samtliga fall har åtgärder vidtagits för att minimera risken för upprepade händelser av liknande slag. En typ av negativ händelse (ureterskada vid laparoscopisk operation för borttagande av livmodern) har lett till att metoden avförts från verksamheten.

Ett team från sjukhuset har gått utbildning i orsaks- och riskanalys enligt MTO principen.

- b) Samtliga verksamheter som ombetts identifiera patientrisker redovisar ett flertal uppenbara risker i den dagliga verksamheten. Några exempel: IT systemet ur funktion: ej tillgång till nödvändiga journalhandlingar, uppläggning under operation: risk för tryckskador, ej tillräckligt snabb akuthjälp vid exempelvis hjärtstopp: risk att defibrillering inte sker inom önskvärda 3 minuter efter stoppet. I de flesta av de identifierade riskerna har åtgärder för att förhindra risken eller lindra konsekvenserna vidtagits.
- c) På Sachsska barnkliniken används rutiner enligt MIO-gruppen och på vuxenakuten finns också rutiner.

Södertälje Sjukhus

- a) Har sjukhusgemensamt, manuellt, AHS. Verksamheterna redovisar till sjukhusledningen och återrapporterar till egen personal på arbetsplats-träffar. Av de rapporterade händelserna inom röntgenkliniken gällde flertalet samarbetsbrister internt och externt sjukhuset.
- b) Samtliga verksamheter som ombetts identifiera patientrisker redovisar ett flertal uppenbara risker i den dagliga verksamheten och i samtliga fall beskrivs utförliga åtgärder för undvikande. Några exempel: olika slag av förväxlingsrisker, risker i läkemedelshantering och i handhavande av medicinteknisk utrustning.
- c) Egen version av MIO-gruppens principer används.

S:t Eriks Ögonsjukhus AB har ett IT-baserat stöd för avvikelshantering. Generellt gäller att ärenden från Patientnämnden (PAN) hanteras av berörd verksamhet inom ramen för avvikelshanteringssystemet.

Trycksår

Trycksår, som är en undvikbar komplikation till sjukdom, vård och behandling, är en allvarlig hälsorisk för den enskilda patienten. Under 2003 och 2004 har det arbetats med att på bred front implementera intentionerna i det regionala vårdprogrammet ”Trycksår prevention och behandling”. De flesta trycksår kan förebyggas genom att patienter i riskzonen tidigt identifieras och genom att riktade omvårdnads- och medicinska åtgärder sätts in.

Alla patienter – oavsett vårdform – som befinner sig i riskzonen för att utveckla trycksår ska därför ha en skriven individuell plan för att förebygga trycksår. Trycksår är generellt vanligast hos äldre och risken för trycksår är störst vid det akuta insjuknandet. Planen ska även innehålla dokumentation av vilka tryckavlastande hjälpmedel som patienten använder.

Vård och behandling av trycksår är initialt kostsamt för hälso- och sjukvården. Investeringar i tryckutjämnande och tryckavlastande madrasser är emellertid kostnadseffektiva åtgärder eftersom de leder till färre vård dagar, minskat behov av antibiotika, mindre förbrukning av sårband och tvättvätskor samt en minskning av personaltimmar som ägnas åt sårömläggning.

I avtalen för 2004 med akutsjukhusen ställdes krav på uppföljning av trycksårsförebyggande arbete och förekomst av trycksår.

Följande kvalitetsmått formulerades:

- A. Andel patienter som är riskbedömda enligt i regionalt vårdprogram rekommenderad metod (modifierad Nortonskala).
- B. Andel patienter per verksamhet med trycksår enligt definition i regionalt vårdprogram. (Punktprevalensstudie under 1 dygn).
- C. (för redovisning se redovisade kvalitetsmått från akutsjukvården under kapitlet Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård).

Två punktprevalensmätningar har gjorts under åren 2003 och 2004 på ett antal sjukhus och kommunala boende i inom Stockholm (Lindholm C, Olsson K, Persson C (2005). Trycksår i Stockholm. Implementeringsmodell för regionalt vårdprogram – effekter på prevalens, prevention och riskbedömning).

Totalt vårdades 5 840 patienter vid mättillfällena, vilket gör studien till en av Europas största prevalensstudier för trycksår. De två mätningarna visade på betydande förbättringar mellan mättillfällena i form av:

- ökad användning av riskbedömning för trycksår
- ökade insatser av preventiva åtgärder för patienter i för att utveckla trycksår
- minskad förekomst av trycksår

Av rapporten framgår att andelen patienter med preventiva åtgärder ökade från 30 % vid första mätningen till 48 % vid andra mätningen medan andelen patienter med trycksår minskade från 18,9 % till 12,6 %.

Utvalda kvalitetsmått

Sårinfektion: Andel av samtliga opererade (sluten respektive öppen vård) som fått intravenös antibiotikabehandling till följd av sårinfektion.

Karolinska	Danderyds sjukhuset AB	Norrtälje sjukhuset	Capio St Görän	Södersjukhuset	Södertälje sjukhuset
Neurokirurgkliniken: 2 %, Ortopedkliniken 11 av 5851, Urologien 0.7-1 %, övriga kliniker mellan 0.3 och 3.7 %. Datakälla: lokal.	2.8% Datakälla: PASS och Melior.	Ingen uppgift.	Mätmetod: punktprevalens studie 2 ggr om året. Vid ena tillfället osäkert utfall, vid andra: 0 %.	Ingen uppgift	Dagkirurgi: 0 % Slutenvårdkirurgi: 1.9 % Kvinnosjukvård (sluten vård): 0.4 %

Det efterfrågade måttet har för de flesta varit svårt att hämta ur de lokala källorna (patientadministrativa system och journalsystem). Det kan delvis bero på bristande registrering av tilläggsdiagnoser och åtgärds-koder. Dessutom måste patienter som läggs in för infektion som kanske uppstått på annat håll sorteras ut. Slutligen är intravenös antibiotikabehandling en del av den peroperativa profylaxen mot sårinfektioner. I de fall det inte tydligt framgår om intravenös antibiotika sker som en profylaktisk åtgärd eller som behandlingsåtgärd på grund av infektion försvåras datainsamlingen. Det kan också övervägas om kirurgisk åtgärd på grund av postoperativ infektion borde redovisas som ett kompletterande mått.

MRSA: Andel patienter av totala antalet patienter som vid intagning hade kronisk/svårsläkt sår/hudförändring, KAD, annan infart, trakeostomi, PEG eller liknande där MRSA-odling är tagen (4 punktprevalensmätningar: 1 gång/kvartal).

Karolinska	Danderyds sjukhuset AB	Norrtälje sjukhuset	Capio St Görän	Södersjukhuset	Södertälje sjukhuset
Huddinge 68 %, 66 %, 61 %, 64 % Solna: 52 %, 51 %, 53 %, 52 %	63 %, 54 %, 78 %, 80 %	64 %, 86 %, 85 %, 94 %	Genomsnittet för samtliga mätningar: 82 %	65 %, 65 %, 57 %, 65 %. Datakälla: Melior.	70 %, 76 %, 82 %, 95 %

En väsentlig förbättring har skett jämfört med föregående år. Ett förbättringsutrymme kvarstår dock, då målvärdet är i det närmaste 100 %.

Nutriton: a) Andel patienter, som är 70 år eller yngre med BMI 20 eller lägre, som är nutritionsbedömda inom ett dygn från inskrivningen. b) Andel patienter, som är 71 år och äldre med BMI 22 eller lägre, som är nutritionsbedömda inom ett dygn från inskrivningen. (Punktprevalensmätning under ett dygn).

Karolinska	Danderyds sjukhus AB	Norrtälje sjukhuset	Capio St Görän	Södersjukhuset	Södertälje sjukhuset
a) 40 % (andel journaler med BMI-värde 30 %) b) 29 % (andel journaler med BMI-värde 27 %)	Resultatet ej entydigt redovisat.	a) 20 % b) 5 %	a) 2.6 % b) 18.4 %	Gäller verksamhetsområde kirurgi: a) 11 % b) 34 % Datakälla: Melior	a) 8 % b) 18 %

Att identifiera riskpatienter för undernäring är en förutsättning för att säkerställa en god nutritionsbehandling under vårdtiden (se ”Mat och näring för sjuka inom vård och omsorg”, Livsmedelsverket 2003). Patienter med risk för undernäring definieras som en patient med en eller flera av följande faktorer:

- Ofrivillig viktförlust
- Ätsvårigheter
- Undervikt

I beskrivningen av måttet anges inte vilken metod som skall användas för nutritionsbedömning. Det är troligt att verksamheterna har använt olika metoder, då t ex Karolinska har en intern riktlinje (Nutritionsguiden) och DSAB en annan (Nutritionsnyckel). I handboken för hälso- och sjukvård (www.infomedica.se/handboken/default.htm) beskrivs den metod som också återfinns i det regionala vårdprogrammet ”Nutrition med inriktning undernäring” (under publicering) för nutritions- och riskbedömning som bör användas gemensamt av all verksamhet i landstinget.

Längd och vikt är en förutsättning för att göra en bedömning. Idag dokumenteras inte, som önskvärt vore, dessa uppgifter rutinmässigt vare sig i sluten eller öppen vård helt enkelt därför att patienterna inte regelmässigt vägs. Rutiner för detta måste skapas även för sängliggande eller stolburna patienter.

Respiratorvård: Andel patienter i respirator som drabbats av respiratorassocierad lunginflammation.

Karolinska	Danderyds sjukhus AB	Norrtälje sjukhuset	Capio St Görän	Södersjukhuset	Södertälje sjukhuset
Huddinge: 3.5/1000 respiratorordyg. Solna: 0-4 % av patienter respiratorvårdade >48 timmar.	0 % men troligen är det ”en betydande underreportering” Lokal datakälla	1.6 %	5.1 %	19 % (Kv 5 %, M. 28 %) Datakälla: manuell journalgranskning. Svenskt Intensivvårdsregister kan f n inte lämna data.	0 %

Respiratorassocierad pneumoni (VAP) är en vårdkrävande komplikation vid IVA-vård. Risken kan minimeras med en kombination av olika preventiva åtgärder. Ovan redovisade resultat talar för att problemet inte är uppmärksammat till fullo inom alla verksamheter. Det finns skäl att öka kunskapen om problemet, förbättra dokumenteringen och framför allt införa evidensbaserat åtgärdsprogram för att förhindra VAP.

Redovisning från närsjukvården

På Danderydsgeriatriken följs komplikationer i vården upp. Man mäter andel uppkomna trycksår, inträffade frakturer och läkemedelsbiverkningar. Samtliga dessa mått har sjunkit över åren och ligger på en mycket låg nivå (0 eller nästan 0). Övriga underlag från närsjukvården innehåller inga beskrivningar av säkerhetsarbetet.

Säker hälso- och sjukvård – exempel från MPAs övriga årsrapporter 2004

Programområde **Rörelseorganens sjukdomar** redovisar i sin årsrapport komplikationer vid handkirurgi från nationellt kvalitetsregister avseende böjskador. Postoperativa infektioner hade registrerats i 2.6 % av fallen vid Handkirurgiska kliniken i Stockholm (3.5 % genomsnitt för landet) samt postoperativa senrupturer i 1.2 % (2.3 % genomsnitt för landet).

Från samma programområde redovisas också utfall från Patientskadeförsäkringen: inom ortopedin ligger stockholmsklinikerna på 0.55 % anmälningar per utskriven patient (något under genomsnittet i landet). Anmälningarna gäller till övervägande del ryggkirurgiska ingrepp. Vilka åtgärdsprogram som initierats med anledning av detta beskrivs inte.

Säker hälso- och sjukvård – sammanfattande styrkor och svagheter

En Säkerhetsstrategi för hälso- och sjukvården i SLL har tagits fram under året.

Skadefrekvensen (anmälningar till patientförsäkringen per vårdtillfällen) ligger på ganska jämn nivå över åren (1 anmälan per ca 300 vårdtillfällen i genomsnitt; inom ortopedi: 1 anmälan per ca 200 vårdtillfällen). Det måste uppfattas som ett angeläget förbättringsområde att minska anmälningsfrekvensen.

Spridningen av MRSA har minskat inom hälso- och sjukvården men trots detta identifieras nya smittbärare på grund av ökning av utlandssmittade patienter.

Det biverkningspreventiva arbetet inom läkemedelsområdet utvecklas på flera sätt men underrapporteringen av inträffade biverkningsreaktioner mot-

verkar ett framgångsrikt förbättringsarbete baserat på mätning, uppföljning och målstyrning. Detta är alltså ett angeläget utvecklingsområde.

Alla sjukhus har rutiner för avvikelshantering samt ett IT-stöd för att underlätta rapportering. Ett utvecklingsområde är landstingsgemensam kategorisering av inträffade negativa händelser och tillbud för att verksamheterna skall kunna jämföra sina utfall. Önskvärt är också att närsjukvården redovisar utfall från sina avvikelshanteringssystem.

Risikanalyser förekommer men behöver stödjas för att bli en självklar del av ett målmedvetet patientsäkerhetsarbete.

Trycksårsfrekvensen visar en glädjande nedgång under året.

Patientfokuserad hälso- och sjukvård

Innebär att vården ges med respekt och lyhörddhet för individens specifika behov, förväntningar och värderingar.

Anmälningar till Patientnämnden

Till Patientnämnden (PAN) kan patienter och anhöriga kostnadsfritt vända sig när det uppstått problem i kontakterna med all offentligt finansierad hälso- och sjukvård såväl landstings-, kommunalt som privat driven samt folk- tandvården i Stockholms län. PAN är opartisk och fristående från vården. Utifrån inkomna ärenden uppmärksammar PAN problemområden och systemfel och föreslår vid behov åtgärder som kan bidra till att göra vården bättre.

Antal ärenden hos PAN 1999 – 2004

År	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Antal	3 753	4 023	4 009	5 034	4 844	5 133
Antal per 1000 inv	2,1	2,2	2,2	2,7	2,6	2,7

PAN-ärenden fördelade på ålder (vänstra kolumnen) samt ålder och kön (de två andra kolumnerna) år 2004. År 2003 inom parentes.

Åldersgrupp	%	Varav % kvinnor	Varav % män
0-19	7 (7)	58 (57)	42 (43)
20-64	72 (71)	65 (66)	35 (34)
65 och äldre	21 (22)	64 (58)	36 (42)

Under år 2004 inkom 5 133 ärenden till PAN i Stockholms län. Det är fler ärenden jämfört både med år 2003 och alla tidigare år. Åldersfördelningen 2004 liknar i stort fördelningen 2003 utom i åldersgruppen 65 år och äldre där andelen kvinnor har ökat och andelen män minskat.

Det är av stor vikt att anmälningar till PAN aktivt används i varje enskild vårdgivares kontinuerliga förbättringsarbete.

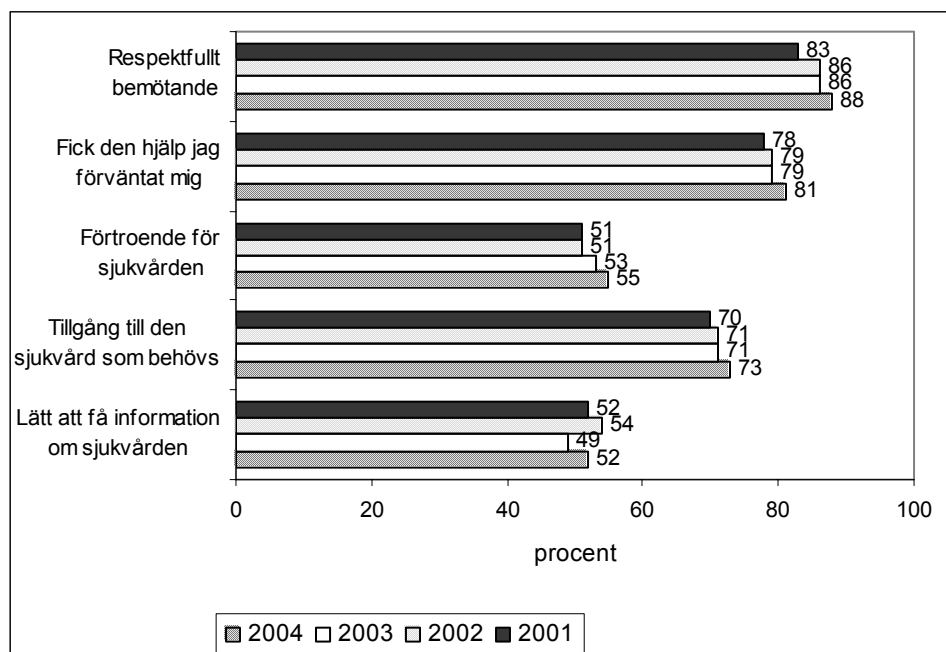
Befolkningens uppfattning om hälso- och sjukvården

I budget för 2004 finns sju effektmål fastställda för att belysa patientfokuserad vård och vård i rimlig tid. Målen följs upp genom befolkningsundersökningen Vårdbarometern, där 7 900 slumpmässigt utvalda vuxna (> 17 år) i länet varje år fått svara på frågor på telefon om deras syn på vården. Undersökningen har gjorts sedan 2001 och alla landsting deltar. Svaren anges i skala 1 till 5 där 1 är lägsta värdet och 5 det högsta. De som svarat ”vet ej” på olika frågor har exkluderats i resultaten.

Alla effektmål har uppnåtts och trenden över de senaste åren är positiv för flertalet målområden. Stockholmarna värderar nu vården ofta i nivå med riksgenomsnittet. Värderingen av sjukvården skiljer sig ofta mellan olika befolkningsgrupper mellan olika kommuner/stadsdelar och landsting (små förändringar, omkring 1 %, är inte statistiskt säkerställda.)

I diagrammet anges andelen som angivit betyget 4 eller 5 där 5 är högsta betyg ("vet ej"-svar har exkluderats).

Befolkningens uppfattning i en rad frågor rörande patientfokuserad hälso- och sjukvård



Andel nöjda 2001 – 2004 könsfördelat (%)

	2001		2002		2003		2004	
	man	kv	man	kv	man	kv	man	kv
Lätt att få information om sjukvården	51	53	53	54	48	49	52	53
Tillgång till den sjukvård som behövs	72	69	72	70	72	70	73	73
Förtroende för sjukvården	53	49	53	50	54	51	56	54
Fick den hjälp jag förväntat mig	78	78	78	80	79	79	81	82
Respektfullt bemötande	83	83	87	86	88	85	89	88

Det är endast när det gäller förtroendet som det finns en liten signifikant skillnad mellan mäns och kvinnors värderingar av effektmålen. Skillnaderna är mycket större sett till bl a hälsotillstånd, nationalitet och ålder.

Effektmål Patientfokuserad vård:

- Andelen av patienterna som anser sig ha fått ett respektfullt bemötande
- Andelen av patienterna som anser sig fått den hjälp de förväntat sig vid senaste besöket
- Andelen av befolkningen som har stort förtroende för vården
- Andelen av befolkningen som anser sig ha tillgång till den vård de behöver
- Andelen av befolkningen som anser det är lätt att få information om vården

Målet för ovanstående fem effektmål är att utfall 2004 ska vara större än 2003.

Att ha fått *ett respektfullt bemötande* är en av de viktigaste faktorerna vid bedömningen av vårdkvaliteten och är samtidigt det som patienterna är mest nöjda med. I påståendet ”läkaren/sjuksköterskan visade respekt för mig som patient” instämmer 88 % medan 5 % tar avstånd, vilket är en signifikant förbättring jämfört med tidigare år.

Flertalet patienter tycker att de fått den hjälp de har förväntat sig vid besöket (81 %). Men var tionde har en motsatt uppfattning. Det är en förbättring jämfört med året innan och resultatet ligger nu i nivå med riksgenomsnittet. Förbättringen gäller alla verksamhetsområden. Den största förbättringen har skett bland dem som besökt sjukhusens akutmottagningar även om andelen missnöjda fortfarande är störst (13 procent missnöjda). Utlandsfödda är betydligt mer negativa till den vård de fått än flertalet andra grupper.

Förtroendet för sjukvården har förbättrats markant under hösten. På frågan ”hur stort eller litet är ditt förtroende för sjukvården i Stockholms län” anger 55 % att de har ett mycket/ganska stort förtroende (59 % under hösten 2004) medan 13 % har ett litet förtroende.

Dessvärre har allmänhetens förtroende för hur vård och behandling fungerar hos husläkarna endast förbättrats marginellt och är betydligt lägre än för andra vårdgivare och även lägre än för distriktssköterskorna. Invånarna i alla andra landsting har ett större förtroende för sina husläkare än Stockholmsläkarna, där var femte har ett litet förtroende. På frågan om orsaken till detta bristande förtroende, är de vanligaste svaren att husläkarna saknar engagemang – är ointresserade och nonchalanta, har dålig kompetens, att för lite tid ges vid besöket, att husläkarna är svåra att nå och att kontinuiteten är dålig.

En förklaringsfaktor för förtroendet är om man hade besökt vårdgivaren eller inte. De som har besökt husläkaren under det senaste året har ett större förtroende för denne än de som inte gjort något besök. Signifikanta skillna-

der finns mellan olika befolkningsgrupper och geografiska områden. Ålderspensionärer (> 65 år) är de som har störst förtroende för husläkarna. Grupper där många saknar förtroende är småbarnsföräldrar, åldergrupp 18-35 år, långtidssjukskrivna samt utlandsfödda. Även män och de som har dålig hälsa har lägre förtroende än genomsnittet. Det finns stora skillnader mellan olika kommuner stadsdelar, andelen svarande med litet förtroende varierar mellan 5 % och 35 %.

Tre av fyra (73 %) instämmer i påståendet att de *har tillgång till den vård de behöver*, vilket är en liten ökning jämfört med året innan och en större andel än riksgenomsnittet. Var tionde tycker inte att så är fallet. Starkt överrepresenterade bland de kritiska är utlandsfödda och de som uppger sig ha dålig hälsa bland vilka drygt var femte anser att de inte har tillgång till den vård de behöver.

Att lätt kunna *få information om sjukvården* är viktigt för att stärka patientens ställning och skapa trygghet. Drygt hälften av de svarande (52 %) tycker att det är lätt att få information om sjukvården i Stockholm och 14 % tycker att det är svårt, vilket är en förbättring jämfört med året innan. Följdfrågor har ställts till dem som tycker det var svårt att få information. Svårast att hitta är information om vart man ska vända sig för att få vård, följt av information om sjukdomar och behandling.

Hälsorelaterad livskvalitet

Under året har arbetet med att tillskapa praktiska förutsättningar för uppföljning av hälsorelaterad livskvalitet inom olika patientgrupper fortsatt. En webbapplikation som kan användas av alla vårdgivare har tagits fram och lanserats. Den testades under hösten 2004 och har under början av 2005 tagits i skarp drift av ett antal vårdgivare, framförallt rehabiliteringsenheter. Under 2004 hölls tre väl besökta seminarier om EQ-5D och webbapplikationen, riktade till såväl producenter och beställare. Samtliga beställaravdelningar har under 2004 och början av 2005 fått, på avdelningsmöten eller liknande, information om EQ-5D.

Såväl 2004 som 2005 finns i akutsjukhusavtalen krav på redovisning av andel patienter där mätning med EQ-5D genomförts. Dessa krav gäller för elektivt höftledsopererade och patienter med kvinnlig urininkontinens.

Fyra av de regionala vårdprogram som under 2004 togs fram inom ramen för det Medicinska Programarbetet innehöll EQ-5D som en rekommenderad kvalitetsindikator, nämligen ”Diskbräck”, ”Astma hos vuxna”, ”Klimakteriella symptom” samt ”Stroke”.

Arbeten med fokus på patientfokuserad hälso- och sjukvård inom akutsjukvård och närsjukvård

Redovisning från akutsjukvården

I ingressen till avsnittet om patientfokuserad vård i avtalen ställs krav på att **uppföljning av patienters upplevelse av bemötande och omsorg i vården** ska genomföras regelbundet på alla enheter.

Karolinska	Danderyds sjh AB	Norrtälje sjukhuset	Capio St Görän	Södersjukhuset	Södertälje sjukhuset
Huddinge: HS-enkäten (sluten och öppen vård): överlag goda resultat, dock enbart 77 % som definitivt skulle rekommendera slutenvårdsavdelningen. Solna: Picker (sluten och öppen vård): erhållen hjälp och bemötande värderas högt men informationen kan förbättras. Samtlig statistik könsuppdelad.	Picker (sluten vård och dagkirurgi): mycket goda resultat vad gäller nöjdhet som helhet, dock kan informationen (70 % nöjda) förbättras.	Ingen enkät 2004. Året före: Pyramid. Gör Picker 2005.	MiniKUPP: goda resultat vad gäller respekt och erhållen vård. Viss förbättringsmöjlighet beträffande telefongänglighet på vissa mottagningar.	Pyramid (sluten och öppen vård): mycket goda resultat vad gäller bemötande, dock kan informationen förbättras.	Temo Mkt goda siffror för sluten vården. Förbättring jmf m 2002. I öppen vården är endast 68 % nöjda med telefongängligheten.

S:t Eriks Ögonsjukhus AB gjorde under året en patientenkätundersökning enligt Pickermetoden, som visade att 85 % av patienterna upplevde att vården de fått var mycket bra eller utmärkt.

Mätningarna är inte jämförbara mellan sjukhusen p g a olika metoder. Dock värt att notera att flera sjukhus har förbättringsbehov inom området information om behandling, risker och resultat.

Under 2004 har gemensam upphandling av Picker-instrumentet skett och från och med 2005 gör alla akutsjukhusen och sannolikt också större delen av närsjukvården mätning av patientupplevelser med samma instrument vilket ger möjligheter till jämförelser och lärande mellan leverantörer.

Rutiner för att säkerställa att samtliga patienter som opererats får en adekvat smärtlindring

Karolinska

Organisation för postoperativ smärtlindring finns utgående från Ane/IVA-klinikerna. På alla kliniker finns smärtombud och vårdprogram för specifika patientgrupper samt en anpassad övervakningsdokumentation. Postoperativa smärtronder görs flera ggr/v. Mål: >75 % skall vara smärtskattade, >75 % skall ange smärta <4. Vid sjukhusövergripande uppföljning under året identifierades tydliga förbättringsområden.

DSAB

Riktlinjer finns som löpande revideras. Målet är smärta postoperativt <3. Smärtombud finns inom alla verksamheter. Regelbundna utbildningstillfällen ordnas av smärtsektionen.

Capio S:t Görans Sjukhus

Klinikövergripande smärtombudsorganisation med återkommande möten för erfarenhetsutbyte och kompetensutveckling. Högsta tillåtna postoperativa smärta: VAS<4. Dokumenterade behandlingsrutiner och aktivt utbildningsprogram finns. Under året har smärtverksamheten på sjukhuset genomgått en intern självvärdering som visade att tillgången till stöd från smärtklinken, information och utbildning upplevs generellt vara god. Vissa förbättringsområden i tillämpningen av sjukhusets smärtpolicy identifierades. Initiativet att göra en intern granskning är lovvärt och bör spridas till övriga sjukhus.

SÖS

Alla patienter skattar sin smärta minst var 4:e timme postop. Given smärtbehandling utvärderas inom 30-45 min. Metod för att följa upp följsamhet mot rutinen är under utprovning. Smärtombud finns inom alla verksamheter samt aktiv kompetensutveckling genom nätverksträffar. Smärtnottagningen är aktivt stödjande i arbetet.

Södertälje Sjukhus

Föreskrifter för genomförande av postoperativ smärtlindring finns på alla opererande enheter.

Utvalda kvalitetsmått

Abort

Andel medicinskt utförda aborter i GA<9 veckor av totala antalet aborter där kvinnan kontaktat i vården i GA <9 veckor.

Karolinska	Danderyds sjh AB	Norrtälje sjukhuset	Capio St Görän	Södersjukhuset	Södertälje sjukhuset
51 %	46 % Lokal data-källa.	0 %	Ej aktuellt	73 % Lokal statistik för rapportering till Socialstyrelsen	83 %

Medicinsk abort är en skonsammare abortmetod och målet är att minst 50 % av aborterna skall göras med den metoden. Ett problem i sammanhanget är långa väntetider till besök på kvinnokliniken vilket medför att tidsgränsen för medicinsk abort (9 veckor) passeras. Mottagningsverksamheterna behöver ses över för att undanröja detta hinder. På DSAB har medicinska aborter legat ganska konstant på runt 45 % under senaste åren. DSAB planerar nu omstruktureringar i verksamheten för att kunna erbjuda fler kvinnor möjligheten till medicinsk abort.

Livskvalitetmätning (EQ-5D) avseende höftprotesoperation samt urininkontinens

I avtalen med akutsjukhusen efterfrågades andel patienter som genomgått planerad höftprotesoperation respektive behandlats för kvinnlig urininkontinens som deltagit i en livskvalitetmätning (EQ-5D) före och efter åtgärd.

På Karolinska, Solna finns en väletablerad rutin sedan flera år tillbaka att mäta hälsorelaterad livskvalitet i samband med höftprotesoperation (i det närmaste 100 % genomförande). På Karolinska, Huddinge och på DSAB, Capio S:t Görans Sjukhus, SÖS samt Södertälje Sjukhus har rutinen införts under året. Norrtälje Sjukhus avser införa rutinen från och med 2005. SÖS överväger anslutning till Höftplastikdispensären (en utvidgning av Nationalregistret för höftplastiker), som utöver hälsorelaterad livskvalitet även fokuserar andra nyttoeffekter av operationen (smärtlindring, funktionsförbättring) och fångar risk för lossning i ett tidigt skede.

Beträffande ”kvinnlig urininkontinens” är aktuella sjukhus i införandefasen av rutinen.

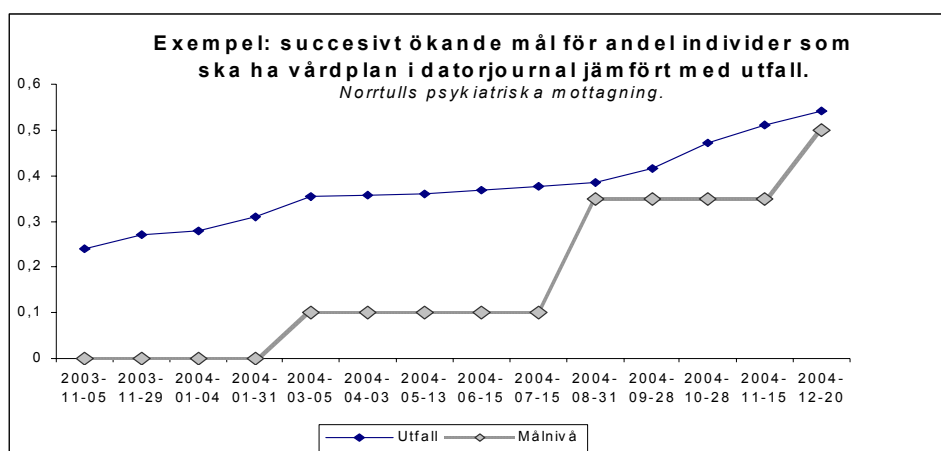
Redovisning från närsjukvården

Vårdcentralerna redovisade sina resultat angående patienternas betyg på bemötande med en för f d Södra länets produktionsområde (SLPO) gemensam patientenkät. Patientnöjdheten var i genomsnitt 91.4 %, vilket var en förbättring från året före, då den var 88.9 %. Siffrorna är inte helt jämförbara dock, eftersom en vårdcentral inte deltog båda gångerna.

Exempel från Norra Stockholms psykiatri

Andel patienter med Vårdplan inom Norra Stockholm psykiatri

Inom psykosöppenvården i basområde City har man sedan flera år tillbaka haft ett systematiskt arbete med *skriftliga vårdplaner* vilka ofta har formulerats av patienten själv. Inför 2004 formulerades successivt ökande mål för hur stor andel av de inom Basområde Citys psykosöppenvård aktuella patienterna som skulle ha en sådan vårdplan i den elektroniska patientjournalen. Andel patienter med vårdplan lades till som ett mått i onlinestatistiken var-efter det blev enkelt att månad för månad mäta om de uppsatta målen nåddes vid de berörda enheterna (se diagram).



Patientfokuserad hälso- och sjukvård – exempel från MPAs övriga årsrapporter 2004

I årsrapporten Programområde **Medicin- kirurgi 2** beskrivs några åtgärder för att stärka patientens ställning: funktionen ”kontaktsjuksköterskor” har inrättats för patienter som genomgår bröstrekonstruktion efter cancer, för patienter med malignt melanom, för patienter med läpp-, käk-, gomspalt och för patienter med transsexualism samt för patienter med urologisk cancer.

I samma rapport beskrivs också att möjligheten inom landstinget att erhalla dialysbehandling i hemmet utökas. På några dialysenheter tränas också patienter i alla åldrar på att utföra allt från enstaka moment till i stort sett hela dialysen på egen hand.

Anhörigundervisning bedrivs också vid flera tillfällen i samband med förberedelse inför dialysbehandling.

Programområdet **Omvårdnad** utvecklar i sin årsrapport bl a innebörden av ett gott bemötande. En betydande del av anmälningarna till Patientnämnden handlar om brister i *bemötandet* i kontakterna med vården. Man upplever

sig nonchalant bemött och har saknat upplevelse av empati från sjukvårdspersonalens sida. Det är uppenbart att ”bemötande- och förståelsekonsten” är ett angeläget förbättringsområde inom hälso- och sjukvården.

Årsrapporten från Programområde Omvårdnad lyfter också behovet av tydlig fokus på *patientens lärande*, som en förutsättning för ett gott vårdresultat. Ett bra exempel utgör en särskild ”skola” för patienter med ulcerös colit och Mb Crohn som drivs av Karolinska Universitetssjukhuset, Huddinge.

Årsrapporten från programområdet **Akut omhändertagande** beskriver att på Karolinska, Huddinge, SÖS och DSAB görs uppföljning av de patienter, som vårdats på intensivvårdsavdelningen (IVA) i syfte att ge patienterna möjlighet att informera sig om sin IVA-vårdtid, men också för att få ta del av patienternas upplevelser under vårdtiden samt efterförloppet för dessa patienter. Detta kommer att ge värdefull kunskap om IVA-vården ur ett patientperspektiv, som skall användas i det fortsatta förbättringsarbetet med att göra IVA-vården mer patientfokuserad och ändamålsenlig.

Patientfokuserad hälso- och sjukvård – sammanfattande styrkor och svagheter

Vård som ges med respekt och lyhördhet för individens specifika behov, är kännetecknet på en patientfokuserad vård. Anmälningarna till Patientnämnden har tyvärr ökat under året. Å andra sidan visar Vårdbarometern på en viss förbättring i dimensionen ”respektfullt bemötande” liksom i andra av Vårdbarometerns dimensioner, vilket är glädjande.

I akutsjukhusens patientenkäter framträder ett gemensamt mönster: man är missnöjd med informationen om behandlingen, om eventuella risker och möjliga resultat.

Ett angeläget utvecklingsområde är stödet till patienternas lärande.

Patientfokus i vården kan också exemplifieras med målet att alla patienter skall ha en vårdplan, som de formulerat själva (Norra Stockholms psykiatri).

Kostnadseffektiv hälso- och sjukvård

Innebär att hälso- och sjukvården utformas så att tillgängliga resurser utnyttjas på bästa sätt för att nå uppsatta mål.

Dålig kostnadseffektivitet innebär, förutom otrygghet och kanske onödigt lidande för patienten, också slöseri med resurser. En avgörande faktor för en effektiv vård är samverkan och informationsöverföring i vårdkedjan och över organisationsgränser.

Vertikal verksamhetsbeskrivning

Projektet vertikal verksamhetsbeskrivning startade 2002. Under 2004 arbetade projektet fram en metodbok "Vägledning" till stöd för arbetet. Metodboken bygger på erfarenheter gjorda av Västra Götaland, Läkarsällskapet och Socialstyrelsen. Metoden innefattar en beskrivning av sjukdomstillstånd, åtgärder, angelägenhetsgrad, effekt/nytta, kostnadseffektivitet, relativ rangordning, medicinskt acceptabla väntetider samt vårdnivå. Arbetet bedrivs inom ramen för MPA.

Arbeten är påbörjade inom områdena: extemitetsischemi, KOL, appendicit, subarachnoidalblödning, psykos, höftplastik, allergi och astma hos barn, astma hos vuxna, demens, OSAS, njurinsufficiens, prostataförstoring, bröstcancer, inkontinens, röststörningar samt hörselskada.

Utvärdering av arbetet genomförs av Medical Management Centre vid KI under våren 2005, varefter nya beslut om det fortsatta arbetet tas. Resultatredovisningar av testerna har genomförts i februari och i juni 2005. Mer information finns på www.hsn.sll.se/kvalitetsutveckling

Kvalitetskostnader

Att förhindra/reducera infektioner, reducera fel i läkemedelshantering och förbättra samarbete i vården är exempel på kvalitetsförbättringar som kan vara lönsamma ekonomiskt samtidigt som patientens lidande minskar. Fokusrapporten "Kvalitetskostnader" redovisar en internationell litteraturomgång av kvalitetsarbeten i vården som kostnadsberäknats. Rapporten pekar på att kvalitetskostnader sällan beräknas i vården. I rapporten rekommenderas SLL att utveckla en valid kalkylmetod för att kostnadsberäkna kvalitetsarbete och att mer systematiskt angripa de större kvalitetsbristerna.

För att på sikt stimulera till ökat arbete med lönsam kvalitet, startades i december 2004 ett projekt "Kvalitetskostnader". Projektets syfte är att testa två kalkylmodeller för att kostnadsberäkna förbättringsarbetet. Resultatet från

det startade projektet kan på sikt ge landstinget bättre ekonomiska beslutsunderlag till stöd för kvalitetsarbete.

Fem tvärprofessionella team från sjukvården använder en genombrottsliknande förbättringsmetod för att genomföra förändringar. Två kalkylmodeller som används av teamen, valideras av forskare från MMC. Teamen, som använder en särskilt framtagen vägledningsbok för genomförande av förbättringar, arbetar med att reducera antalet respiratorutlösta pneumonier, reducera antalet kirurgiska ingrepp vid dialys, läkemedelsfrågor och fallprevention. Varje team stöds av en handledare internt från FORUM och Beställare Vård.

En första resultatredovisning genomförs i oktober 2005. Mer information finns på www.hsn.sll.se/kvalitetsutveckling

Produktivitetsredovisningar

I landstingsstyrelsens beslut om budget 2005 anges att: ”Respektive förvaltning/bolag skall, från och med år 2005, följa upp sin produktivitetsutveckling enligt enhetliga principer fastställda av landstingsstyrelsen. Målet är att produktiviteten kontinuerligt ska förbättras.”

En första uppföljning har genomförts redan i samband med årsbokslutet 2004. Tanken är att erfarenheterna från denna uppföljning ska tas tillvara i en ”lärande process” för att åstadkomma förbättringar inför beslutad uppföljning år 2005.

Resultaten från uppföljningen samt mätmetoderna finns beskrivna och kommenterade i en rapport ”*Produktivitetsuppföljning i årsbokslut 2004; sjukvård, trafik, tandvård*”.

Vid uppföljning av produktivitetsförändring för en vårdenhets mellan två bokslutsår användes följande nyckeltal: Antalet fasta poäng dividerat med justerad totalkostnad i fasta priser.

Nyckeltal och mätmetoder har – i samarbete med verksamheterna – till stor del definierats med utgångspunkt från de uppgifter som finns tillgängliga i centrala informationssystem. Denna allmänna förutsättning påverkar både relevans och mätnoggrannhet i redovisad produktivitetsuppföljning.

Sjukvårdens verksamhet eller produktion beskrivs i form av poäng. Beräkningen av poäng utgår i stort från antalet vårdtillfällen och antalet besök. Dessa vårdkontakter vägs sedan ihop till en poängsumma med utgångspunkt från patienternas vårdtyngd. För den somatiska vården på akutsjukhus baseras sammanvägningen huvudsakligen på de DRG- och KÖKS-vikter, som tillämpas inom landstingets ersättningsystem.

För att åstadkomma en rimligt god jämförbarhet vid produktivitetssuppföljning räknas registrerade poäng om till ”fasta” poäng med hjälp av en schablonmetod på sjukhusnivå.

De justerade totalkostnaderna har räknats om till fasta priser. En uppräkningsfaktor på 2,8 procent har använts vid beräkningarna.

Den produktivetsförbättring, som kan genomföras genom nya arbetsätt inom sjukvården, registreras inte fullt ut med nuvarande beskrivningssystem. Förhållandet kan illustreras med två exempel. En övergång från slutenvård med ineliggande patienter till dagkirurgi mäts inte som en produktivetsförbättring. Samma förhållande råder om återbesök i primärvården kan ersättas med telefonkontakter. För att få en mer rättvisande bild krävs bättre beskrivningssystem av sjukvården. Beskrivningen bör utgå från patientens tillstånd och inte påverkas av organisatoriska uppdelningar (till exempel slutenvård och dagvård).

En viktig allmän synpunkt är att produktivitetssuppföljning i sig inte ger någon direkt information om verksamhetens effektivitet. För en sådan bedömning måste produktiviteten sättas i relation till graden av måluppfyllelse, till exempel uppnådd kvalitet. Det är därför önskvärt att verksamhetens produktivetsförändringar på sikt kan tolkas mot bakgrund av tillgängliga uppgifter om verksamhetens kvalitet.

Det framgår att totalkostnadsproduktiviteten per sjukhus ökade för fem sjukhus och var i stort oförändrad för ett sjukhus. Södersjukhuset och Karolinska Universitetssjukhuset uppvisade de största ökningarna i produktivitet på cirka fyra procent. Den minsta förändringen var på Danderyds Sjukhus, som hade en i stort oförändrad produktivitet enligt använd mätmetod.

I rapporten finns även uppgifter om hur produktion samt justerade totalkostnader förändrades mellan åren 2003 och 2004 för varje enskilt sjukhus. För samtliga sjukhus minskade kostnaderna i fasta priser mellan de två åren. Den relativa kostnadsreduktionen varierade mellan -0,4 procent på Danderyds Sjukhus och -9,6 procent på Norrtälje Sjukhus.

Även förändringen i produktion (mätt som poäng) varierade i betydande utsträckning mellan sjukhusen. Antalet poäng ökade på Södersjukhuset med 2,3 procent, var oförändrat på Karolinska Universitetssjukhuset samt minskade på de fyra övriga sjukhusen. Den största relativa minskningen i produktion ägde rum på Norrtälje Sjukhus med -7,6 procent.

Det kan ju ifrågasättas om produktivetsökning sker på bekostnad av kvaliteten. För att besvara frågan måste vi kunna jämföra patientnöjdheten och den patientupplevda kvaliteten dels inom verksamheten över tid och dels mellan verksamheterna.

Inom verksamheterna finns inga försämringar i resultaten från patientenkäterna under 2004 som skulle tala för ett försämrat bemötande och minskat förtroende för leverantören. Det är möjligt att observationstiden är för kort (1 år) och att man behöver följa utfallen över längre tid för att en verklig försämring skall ge utslag i mätningarna. Mellan verksamheterna går det ej att göra jämförelser eftersom olika instrument har använts. Detta blir dock möjligt fr o m 2005 tack vare införandet av ett, gemensamt mätinstrument för patientnöjdhet och patientupplevd kvalitet.

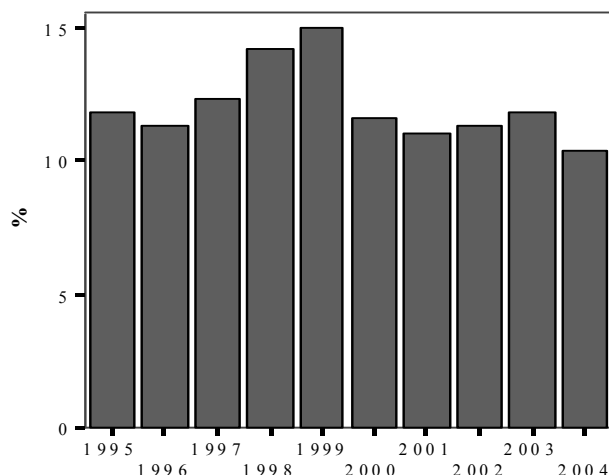
Eventuella negativa effekter av en produktivitetsökning kan också tänkas avspegla sig i ökat antal anmälningar till Patientnämnden och till patientvägledarna. Statistiken i detta avseende från 2004 visar dock inte på sådana effekter.

Vidare bör förändringar och skillnader i medicinsk kvalitet ställas i relation till förändringar och skillnader i produktiviteten. Inga tendenser till negativa förändringar i den medicinska kvaliteten, som skulle kunna bero på produktivetsförändringar, har kunnat upptäckas i år i den redovisning som lämnats från akutsjukhusen. Tvärtom har SÖS, som har den största produktivetsökningen, väl så goda utfall i de olika kvalitetsmåten som något av sjukhusen med den lägre produktivetsförändringen.

Kartläggning av diagnosspecifik återinläggning

Tiden till och förekomsten av återinläggning i slutenvård är en indikator på kvalitet. Under året har en kartläggning av återinläggning inom slutenvården i Stockholms läns landsting genomförts för några sjukdomsgrupper. Diagnosspecifik återinläggning betyder att tiden från det första vårdtillfället för en sjukdom till nästa vårdtillfälle för samma sjukdom studeras. T ex hur lång tid tar det för en patient som vårdats för kranskärslsjukdom till nästa inläggning för kranskärslsjukdom? Datakällan är sådan att det går lätt att fylla på med nya uppgifter allteftersom de blir tillgängliga, vilket gör det enkelt att följa återinläggningsfrekvensen över tid. Med kranskärslsjukdomar avses diagnoserna 410-414 i ICD-9 t o m 1996 och I20-I25 i ICD-10 fr o m 1997.

Återinläggning för kranskärslsjukdomar inom 28 dagar efter år för första vårdtillfället 1995-2004 i Stockholms läns landsting.



Diagrammet visar hur andelen efter det första vårdtillfället har varierat under en 10-årsperiod. Andelen ökade mellan 1996 och 1999. Från 2000 och framåt minskar andelen i allmänhet om än med viss variation. Det är naturligtvis önskvärt med en fortsatt neråtgående trend. Man kan fundera på var den kraftiga minskningen mellan 1999 och 2000 beror på?

En liknande kartläggning avseende primära och sekundära höftledsplastiker har också påbörjats.

Läkemedel och följsamhet till Kloka Listan

Läkemedelskostnaderna ökade i genomsnitt 8 % under hela 90-talet. Under 2000 talets första år mattades ökningstakten av för att 2004 landa på 3,5 %. Detta förklaras av en kombination av generikareformen (medicinutbyten på apoteken), patentutgångar med kraftiga prisfall för flera storsäljande läkemedel, minskat inflöde av nya innovativa läkemedel och en ökad kostnadsmedvetenhet hos förskrivande läkare. Under 2004 uppgick den samlade läkemedelskostnaden i SLL (inklusive patientavgifterna) i öppen och sluten vård till 5,8 miljarder kronor.

Antalet registrerade läkemedel i Sverige har ökat kraftigt de senaste åren. Samtidigt kommer en stor del av informationen om läkemedel från läkemedelsindustrin. Det gör att det kan vara svårt att välja rätt läkemedel. Kloka Listan är en förteckning över drygt tvåhundra olika läkemedel. Den innehåller läkemedel som landstinget rekommenderar vid vanliga sjukdomar.

Följsamheten till Kloka Listan kan analyseras med hjälp av måttet DU90% och vissa utvalda indikatorer för Kloka Listans huvudbudskap – de s k Kloka Råden.

DU90% är de läkemedel som utgör 90 % av den förskrivna volymen i länet (mätt i antal dygnsdoser – DDD) och följsamheten till Kloka Listan inom detta segment. Tanken är att fokusera på de läkemedel som förskrivs i stora volymer och att det alltid finns anledning att frångå rekommendationerna för enstaka patienter med särskilda behov. DU90% bör utgöras av ett begränsat antal väldokumenterade och kostnadseffektiva läkemedel. Kloka Listans rekommendationer eftersträvas. Under 2004 använde stockholmarna knappt 1500 olika läkemedelssubstanser. Följsamheten till Kloka listan för de 179 läkemedel som utgjorde DU90% var 71 %. Variationen var dock påfallande stor mellan olika vårdgivare. Bland vårdcentralerna i länet varierade följsamheten mellan drygt 60 och 90 %.

Läkemedelssakkunniga (LÄKSAK) i SLL tar fram Kloka Råd som syftar till att fokusera på terapiområden inom öppenvården med betydande potential för ökad medicinsk kvalitet och betydande ekonomiska besparingar. Under 2004 har råden fått ett allt större genomslag bland förskrivarna i länet. I tabellen nedan visas följsamheten till de Kloka Råden. Med "+" och "-" anges i vilken grad förskrivningen i länet har utvecklats i enlighet mot de Kloka Råden.

Följsamheten till LÄKSAKs Kloka Råd 2004. Läkemedelsutköp, befolkningen i SLL.

Klokt råd	Mål	Okt-dec 2003	Okt-dec 2004	Förändring	Index
1a. Minska förskrivningen av PPI	< 22 DDD/TID	23	24	1	+/-
1b. Öka andel omeprazol av PPI	> 40 %	33	45	12	++
2. Minska andelen Plavix av trombocythämmare	< 4 %	4,3	4,2	0	+
3a. Öka förskrivningen av statiner	> 70 DDD/TID	64	71	7	++
3b. Öka andelen simvastatin	> 75 %	59	66	7	++
4. Öka användningen av tiaziddiuretika + anv. av tiazider i fasta komb med ACEi/ARB	> 30 DDD/TID	20	24	4	++
5. Minska andelen ARB (av ARB+ACEi)	< 25 %	38	39	1	+/-
6. Öka andelen Maxalt av triptanerna	> 25 %	14	16	2	+
7. Öka andelen citalopram av SSRI	> 60 %	41	44	3	+
8. Minska andelen coxiber av NSAID	< 20 %	26	16	-10	+*
9a. Öka andelen Budesonid SP av nasala steroider	> 20 %	11	17	6	+
9b. Öka andelen budesonid i lägsta styrkan	> 50 %	16	16	0	+/-
10. Minska LM med antikolinerga biverkn till äldre	< 25 DDD/TID	**	**		+/-

* Den minskade andelen är ett resultat av indragningen av Vioxx

** Svåranalyserat p g a överföring till sjukhemsförråd.

(PPI = protonpumpshämmare, ARB = angiotensinreceptorblockerarna, ACEi = angiotensinsystemhämmare, SSRI=serotoninhämmare, NSAID =icke stroida antiinflammatoriska medel)

Arbeten med fokus på kostnadseffektiv hälso- och sjukvård inom akutsjukvård och närsjukvård

Redovisning från akutsjukvården

I ingressen till avsnittet om kostnadseffektiv vård i avtalen ställs krav på att leverantören skall redovisa hur

- a) samverkan med närsjukvården och vårdkedjearbete bedrivs
- b) remisshantering och annan informationsöverföring säkerställs.

a) Alla sjukhusen har nystartade eller etablerade samarbetsprojekt med vårdgrannar för att stärka kontinuiteten i vårdkedjan.

Som exempel kan nämnas det utarbetade samarbetsforum med omkringliggande kommuner och primärvård som Karolinska Solna har – mot-svarigheten skall skapas runt Huddingedelen; AMDSIS (allmänmedicinare och Danderyds Sjukhus i samverkan), ett snart 10-årigt samarbete mellan DSAB och omkringliggande primärvård samt ”Katalog 5V – Vem Vet Vad i vårdens Värld?” (DSAB); ”Norrtäljeprojektet” – en utveckling av Norrtälje Sjukhus sedan tidigare goda samverkan i vårdkedjan som syftar till fördjupad samverkan mellan sjukhuset, primärvården och kommunen; SIV – Samverkan i Vårdkedjan – som är ett sedan flera år väletablerat forum för att säkra en god samverkan mellan Capho S:t Görans och kommunerna, geriatriken och primärvården, ”vårdkedjesjuksköterskor” på akutmottagningen (SÖS) samt medverkan i framtagning av vårdprogram för databanken VISS (beslutsstöd och informationskälla för primärvården); ”kärnsjukvårdsprojektet” – numera kallat SiNSS (Samverkan i Nykvarn, Salem och Södertälje.

b) Karolinska redovisar ett system för bevakningsdatum på avsända remisser, ankomstregistrering av inkomna remisser samt remissbekräftelse till avsändaren. Det nya journalsystemet Take Care möjliggör ledtidsundersökningar i remisshanteringssystemet. SÖS bekräftar inkomna remisser med både brev till patienten och till remittenten. Inom röntgenkliniken och Bild-diagnostisk närservice (SÖS) är remisshantering helt digitaliserad vilket bl a innebär att remittenten kan följa remissens status via systemet Kundrad. Samma möjlighet ges remittenter till Södertälje Sjukhus tack vare journalsystemet Cambio.

Utvalda kvalitetsmått

Kejsarsnitt: a) Andel planerade kejsarsnitt av totala antalet kejsarsnitt och b) andel kejsarsnitt av totala antalet förlossningar

Karolinska	Danderyds sjh AB	Norrtälje sjh	Capio St Görän	Södersjukhuset	Södertälje sjh
a) 50 % b) 13 %	a) 46 % b) 24 % Datakälla: lokal	Ej aktuellt	Ej aktuellt	a) 39 % b) 24 % Datakälla. Journalsystemet Obstetrix och patientadministrativa systemet Pasett	a) 42 % b) 16 %

Vissa verksamheter ligger högt i andelen förlösta med kejsarsnitt av det totala antalet förlossningar. Vad som är rätt eller fel kan inte sägas, men det är uppenbart att frekvensen är påverkbar. Sammanlagt ligger kejsarsnittsfrekvensen oförändrat på en hög nivå, runt 20 %. Dock är inte ens hälften av dem planerade, d v s beslut om kejsarsnitt tas akut på grund av en risksituation som uppstått under förlossningen. Detta kan återigen hänga samman med födande kvinnors relativt höga ålder och barnets storlek.

Inställd operation: Andel operationsplanerade som fått operationen uppskjuten <24 timmar före planerad operation.

Karolinska	Danderyds sjh AB	Norrtälje sjh	Capio St Görän	Södersjukhuset	Södertälje sjh
Solna: 9.3 % Huddinge: 7 % (lokal datakälla: HOPA)	3.4 % (kvinnor) 4.8% (män) Datakälla: operationsplanerings systemet Opera	0.8 % (patientrelaterade orsaker undantagna)	2 % (centraloperation), 2.8 % (dag operation)	Cirka 2 % (variation mellan verksamhetsområdena på 0.15 % - 5.2 %) Datakälla: operationsplanerings systemet Orbit	1.3 % - 2.8 % för olika verksamhetsområden

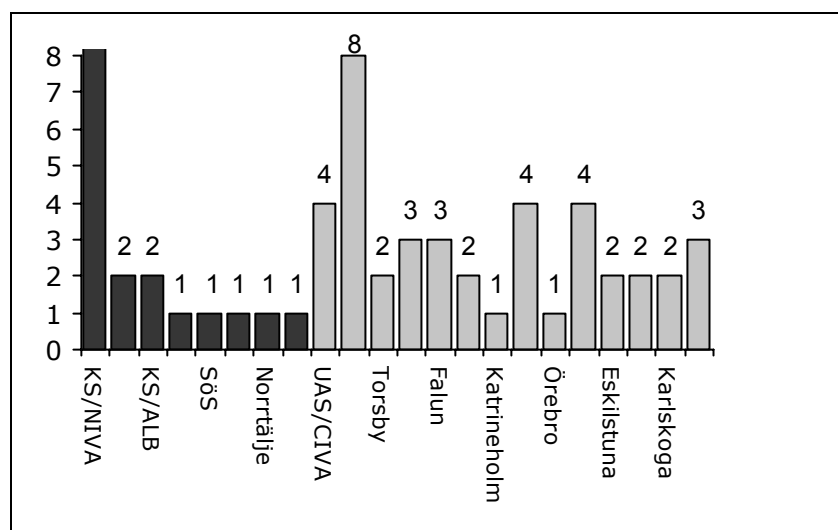
Sent inställd, planerad operation är en negativ upplevelse för patienten. Det speglar också effektiviteten i utnyttjandet av operationsresursen. Det är uppmuntrande att se att det är generellt låga frekvenser som anges – även om en viss variation mellan kliniker förekommer. Skälen till att en operation blir sent inställd är framförallt patientrelaterade och inte organisationsrelaterade. I vissa fall anges dock avsiktlig överbokning av operationsresursen. Det är angeläget att följa denna indikator över tid och på ett jämförbart sätt. Det är likaså angeläget att skälet till att en operation blir sent inställd dokumenteras på ett enhetligt sätt. Akutsjukhusen har enats om en modell för registrering och kategorisering som bör följas av alla.

Organ- och vävnadsdonation: a) Andel avlidna med svår hjärnskada där transplantationskoordinator kontaktats. b) Andel donatorer bland de avlidna på sjukhuset där transplantationskoordinator kontaktats.

Karolinska	Danderyds sjh AB	Norrälje sjh	Capio St Göran	Södersjukhuset	Södertälje sjh
a) 57 % (37 av 65) b) 43 % (16 av 37)	a) 100 % (1 patient) b) 0 % (medicinska skäl) Datakälla: Veckovis redovisning till OFO av avlidna på IVA	a) 1 patient av 3 (övriga 2 ledde ej till kontakt pga anhörigbeslut) b) 100 % (donation genomfördes)	a) 100 % (6 patienter) b) 17 % (1 av 6)	IVA: a) 0 % (1 patient möjlig men anhörigbeslut förhindrade) MIVA: a) 80 % (4 av 5 patienter) b) 25 % (1 av 4 patienter) datakälla: OFO	a) 0 %

En förutsättning för transplantationskirurgisk behandling är tillgång på organ. Vi har generellt en låg donationsfrekvens i Sverige. Det nationella projektet Livsviktigt syftar till att förbättra donationsfrekvensen genom att fler människor tar aktiv ställning till donation. Donationsfrekvensen i Stockholmsregionen är lägre än i Uppsalaregionen: baserat på ung lika stort befolkningsunderlag gjorde Uppsalaregionen dubbelt så många donationer under 2004 (41) i jämförelse med Stockholm (20). Den klinik som bidrar till de flesta donationerna är NeuroIVA – det gäller lika för Uppsala- och Stockholmsregionen. Men den stora skillnaden mellan regionerna gäller de övriga sjukhusens i regionen bidrag till donationsverksamheten. Vi vet idag inte om vi i SLL missar potentiella donatorer genom att total hjärninfarkt inte diagnosticeras alternativt respiratorbehandling inte inleds i situationer där enbart palliativ vård synes motiverad eller om andra orsaker medför en besvärande låg donationsfrekvens. Här behövs en analys av bakomliggande orsaker för att kunna komma upp i minst samma donationsfrekvens som Uppsalaregionen.

Antal donatorer på respektive sjukhus i Sverige 2004



Kostnadseffektiv hälso- och sjukvård – exempel från MPAs övriga årsrapporter 2004

Ur årsrapporten från Programområde **Medicin-Kirurgi 2** hämtas följande goda exempel på kostnadseffektiv och målrelaterad uremivård: uremikoor-dinatorer samarbetar med läkaren, kuratorn, sjukgymnasten och dietisten för att förbereda patienten inför dialysbehandling. Detta har bl a medfört att egenvårdsdialys ökat kraftigt. Patienterna följs kontinuerligt med provtagning och uppföljning av hälsorelaterad livskvalitet. Resultaten rapporteras kontinuerligt till läkaren som tar ställning till måluppfyllelse och till utformning av den fortsatta vården.

I samma årsrapport beskrivs också från Öron-näsa-halssjukvården hur man systematiskt går in för att överföra så mycket som möjligt från slutenvårdskirurgi till öppenvårdskirurgi. Hittills har incitamenten för att göra sådana förändringar i vårdarbetet saknats genom att ersättningssystemet inte stöder överföring till dagkirurgi. Utvecklingen på DSAB visar emellertid att det är möjligt att utföra 2/3 av tonsillektomierna i dagkirurgi. Den omställningen borde också vara möjlig på andra sjukhus, som utför tonsillektomier. Likaså bör också stora delar av den hörsselförbättrande kirurgin kunna utföras i dagkirurgi i stället för i slutenvårdskirurgi.

Årsrapporten från programområdet **Akut omhändertagande** innehåller information om att det inrättats mobila intensivvårdsgrupper (MIG) på Capio S:t Göran och på Karolinska, Solna. På DSAB har MIG startats i projektform i samarbete med två vårdavdelningar. Syftet med MIG är att åtgärda begynnande svikt i vitala organfunktioner hos patienter som vårdas på vanliga vårdavdelningar för att förhindra att intensivvårdskrävande svikt uppstår. Det finns övertygande evidens för att denna typ av ”rapid response”

i många fall förhindrar försämring av sjukdomstillståndet och därmed undanröjer behov av högteknologisk intensivvård.

Kostnadseffektiv hälso- och sjukvård – sammanfattande styrkor och svagheter

Flera insatser har gjorts och görs för att göra vården mer kostnadseffektiv. Det pågående kvalitetskostnadsprojektet kommer att ge en modell för beräkning av kvalitetsbristkostnader och eventuella besparingar av ett förbättringsarbete. Vårdkedjesjuksköterskor (inkl uremikoordinatorer) är ett sätt att säkra en sammanhängande vård.

Inom öron-, näs-, halssjukvården arbetar man systematiskt för att överföra så mycket som möjligt av kirurgin i slutenvård till kirurgi i öppen vård.

Med mobila intensivvårdsgrupper (MIG) blir vården av svårt sjuka patienter säkrare och effektivare.

Frekvensen sent strukna operationer är i allmänhet låg och betingas framförallt av patientrelaterade – ej organisatoriska – faktorer.

Tyvärr är donationsfrekvensen mycket låg. Här behövs ett utvecklingsarbete för att åstadkomma nödvändig förbättring.

Jämlik hälso- och sjukvård

Innebär att hälso- och vården tillhandahålls och fördelas på lika villkor för hela befolkningen oavsett kön, ålder, funktionshinder, social position, etnisk och religiös tillhörighet eller sexuell identitet

Vård på lika villkor

I årsredovisning från Beställare Vård 2004 redovisades i en av bilagorna en analys avseende Vård på lika villkor. Följande text är hämtad från sammanfattningen i bilaga 11.

Det är svårt att entydigt yttra sig huruvida ”vård på lika villkor” föreligger i Stockholms län. Olika datakällor antyder olika bilder, och det är väsentligt att väga samman de olika bilderna. I grunden kan man anta att grupper som statistiskt sett är sjukare också bör ha ett högre sjukvårdsutnyttjande än de grupper som genomsnittligt är friskare. Utbudet av vård kan påverka utnyttjande av vård, vilket påvisats bland annat vad gäller privata specialistmottagningar som i högre utsträckning är samlade i innerstadsområdet medan ohälsan i större grad finns i ytterområden. Analyser av sjukvårdsutnyttjande baserat på registerdata belyser förhållandena bland dem som kommer till vårdens kännedom, men säger inget om dem, som av olika skäl avstår från att söka vård. Analyser av enkätdata (Folkhälsoenkät 2002) visar att låginkomsttagare, i större utsträckning än andra, avstår både från att söka sjukvård och att ta ut läkemedel, trots att de själva anser sig behöva detta. Vårdbarometern belyser individernas egen uppfattning om tillgång till vård och kvalitet på erhållen vård, och delvis om vilka hinder och barriärer individerna ser i att söka vård.

Sammantaget finns antydningar om att grupper som är sjukare möjligen inte utnyttjar lika mycket vård som skulle vara förväntat, givet deras sjuklighet. Personer med högre inkomst söker i högre grad specialistvård än låginkomsttagare. Därutöver finns en tydlig koppling till inkomst när det gäller att avstå från att söka vård och ta ut ordinerade läkemedel. Vissa grupper som statistiskt sett är sjukare än andra uppger också i större grad att de är missnöjda med den vård de erhåller och ser hinder med att få vård. Detta konstateras i Samhällsmedicins rapport ”Sociala skillnader i vårdutnyttjande, yrkesverksamma åldrar, rapport 1/2004”. Fortsatt uppföljning av dessa förhållanden och analys av trender över tid är därför viktigt för en samlad bedömning

I analysen konstateras följande:

- Sjukvårdsresurserna i Stockholms läns landsting förefaller fördelas geografiskt rättvist. Den faktiska ekonomiska resursförbrukningen stämmer väl med resursfördelningen som sker enligt behovsindex.
- Kommuner/stadsdelar med bra hälsa upplever bättre tillgång till vård och har samtidigt ett något högre förtroende för vården än områden med dålig hälsa.
- Av kommuner/stadsdelar med dålig hälsa har 69 % ett högt slutenvårdsutnyttjande. Samma mönster gäller inte öppenvården där endast 31 % av kommuner/stadsdelar med dålig hälsa har hög öppenvårds-konsumtion.
- Knappt hälften (46 %) av kommuner/stadsdelar med dålig hälsa har en hög läkemedelskonsumtion och 47 % av kommunerna med bra hälsa har en hög läkemedelskonsumtion.
- I kommuner/stadsdelar med dålig hälsa är antalet privata specialist-mottagningar lågt.
- I kommuner/stadsdelar med dålig hälsa är antalet sjukpenningdagar högst.
- De enda statistiskt signifikanta sambanden mellan dålig hälsa och de undersökta variablerna finns mellan dålig hälsa och tillgång till vård och mellan dålig hälsa och antal sjukpenningdagar.

Sammanfattningsvis kan sägas, att det som talar för att vården ges på lika villkor i Stockholms län är, att den ekonomiska resursförbrukningen stämmer väl överens med fördelningen enligt resursfördelningsindex. Inom den öppna vården är det nog mer tveksamt om vården ges på lika villkor. Det går inte att se ett klart samband mellan dålig hälsa i ett område och en hög öppenvårdskonsumtion. Det visar sig också att områden med dålig hälsa upplever sämre tillgång till vården och har samtidigt något mindre förtroende för vården. I områden med dålig hälsa är också utbudet av privata specialister lågt.

När det gäller slutenvården finns det tecken som pekar på att vården ges mer på lika villkor än inom öppenvården. Av kommuner/stadsdelar med dålig hälsa har 69 % ett högt slutenvårdsutnyttjande jämfört med 41 % av kommunerna/stadsdelarna med bra hälsa. Det kan tyda på att inläggningar i slutenvården i Stockholm inte påverkas av tillgång och utbud i samma utsträckning som inom öppenvården. Dålig hälsa verkar till viss del kunna vara en indikator på slutenvårdsutnyttjande eller tvärtom, ett högt slutenvårdsutnyttjande skulle kunna tyda på hög ohälsa i ett område.

Arbeten med fokus på jämlik hälso- och sjukvård inom akutsjukvård och närsjukvård

Redovisning från akutsjukvården

I ingressen till avsnittet om jämlik vård i avtalen ställs krav på att leverantören skall

- a) beskriva sina strategier för att tillhandahålla en jämlik vård utifrån såväl genderperspektiv som etniskt och kulturellt perspektiv,
- b) redovisa alla kvalitetsmått könsuppdelat samt
- c) beskriva sina rutiner för att använda tolk.

a) De strategier som beskrivits i det inlämnade materialet är i huvudsak fokuserade på införandestrategier av landstingets Värdegrund för hälso- och sjukvård.

b) Leverantörerna redovisar i långa stycken könsuppdelad statistik. Dock är det väldigt lite av den redovisade statistiken, som verkligen beskriver utfallen inom den kvinnliga populationen jämfört med den manliga. De allra flesta redovisningarna av skönsuppdelad statistik inskränker sig till att beskriva hur stor andel av materialet i täljaren som var kvinnor respektive män – utan hänsyn till hur stor del av den totala populationen (nämnaren) som var kvinnor respektive män. (Ex: ”Resultat 55 % - 525 av 960 patienter) Andel kvinnor: 46 % (242 patienter), Andel män: 54 % (283 patienter)” eller ”Ijumskräcksrecidiv: 92 % av dem som fått recidiv var män”. I båda exemplen undrar man hur kvinnor och män fördelade sig i grundpopulationen. Det finns uppenbarligen ett behov av att tydligt förklara vad som avses med könsuppdelad statistik!

c) Sjukhusövergripande riktlinjer och policys finns på Karolinska, Norrtälje Sjukhus, Capio S:t Göran, SÖS (även för dem med hörselnedsättning) samt Södertälje Sjukhus.

Jämlik hälso- och sjukvård – sammanfattande styrkor och svagheter

Vi har svårt att uttala oss om huruvida vården ges på lika villkor. En fortsatt utveckling av uppföljningsmodeller för att belysa denna viktiga fråga är nödvändig.

Viktigt är att redovisa könsuppdelad statistik för alla slags utfallsmått, inkl kvalitetsmått. I kvalitetsredovisningarna från akutsjukvården har leverantörerna på ett ambitiöst sätt försökt att uppfylla detta krav. Det återstår dock ett utvecklingsarbete för att tydliggöra hur könsuppdelad statistik skapas.

Överhuvudtaget behövs det ett fördjupningsarbete kring begreppet jämlik vård för att tydliggöra en gemensam uppfattning om dess innebörd.

Hälso- och sjukvård i rimlig tid

Vård i rimlig tid innebär att inga patienter ska behöva vänta oskälig tid på de vårdinsatser som de har behov av.

Verksamhet i förändring – ett projekt med fokus på tillgänglighet och samverkan i närsjukvården.

Verksamhet i förändring (VIF) är ett 3-årigt projekt, som initierades under 2004 och som genomförs i samverkan mellan beställare och leverantörer. Projektets fokus är tillgänglighet och samverkan i närsjukvården. Projektet erbjuder deltagande för mottagningar inom ett till två närsjukvårdsområden i varje delprojekt. Hittills är fyra delprojekt i gång (Nacka-Värmdö, Haninge –Tyresö- Nynäshamn, Västerort-Ekerö-Järva samt Nordväst) med sammanlagt ca 55-60 deltagande verksamheter.

Under 2005 kommer närsjukvårdsområdena Östra och Västra Söderort, Haninge-Botkyrka samt Norra innerstaden att gå in i projektet. Ytterligare ett till två delprojekt med fokus psykiatri kommer att starta under senare delen av 2005. Arbetsmetoden kännetecknas av tydliga, patientfokuserade mål, systematisk testning av förändringar i liten skala och tvärprofessionella team som stöds av verksamhetsledningen.

Telefontillgänglighet på husläkarmottagningar

Under hösten 2004 genomförde Beställare Vård (BV) en telefontillgänglighetsmätning vid husläkarmottagningar i länet. Hänsyn har tagits till olika typer av telefonsystem, vilket påverkar redovisningen. De olika systemen är: direkt svar med eller utan köfunktion respektive Tele-Q. BV lade fast olika tidsintervall, som skulle mätas för de olika systemen. Samtalen ringdes slumpvis utlottade mellan kl 08:00 och 17:00 vardagar, oavsett telefontider.

Sammanlagt 8 844 telefonsamtal har genomförts, med Inregia AB som ansvarig. Samtliga mottagningar fick information om vilket/vilka telefonnummer, som skulle ringas upp och möjlighet att korrigera eventuella fel. Mätningen genomfördes mellan 6 september och 1 oktober. Vissa tekniska förhållanden gör att det finns ett visst bortfall i tabellen nedan.

Telefontillgänglighet till husläkarmottagningar

	Antal samtal	Andel (%)
Nått fram efter kötid max 10 min (gäller direkt svar med köfunktion)	908	10,4
Nått fram inom 1,5 minuter (direkt svar utan köfunktion)	3 556	40,8
Återkom vid utsatt tid, -5--15 minuter (Tele-Q)	1 495	17,2
Återkom samma dag (Tele-Q)	706	8,1
Ej nått fram	2 045	23,5
Summa	8 710	100

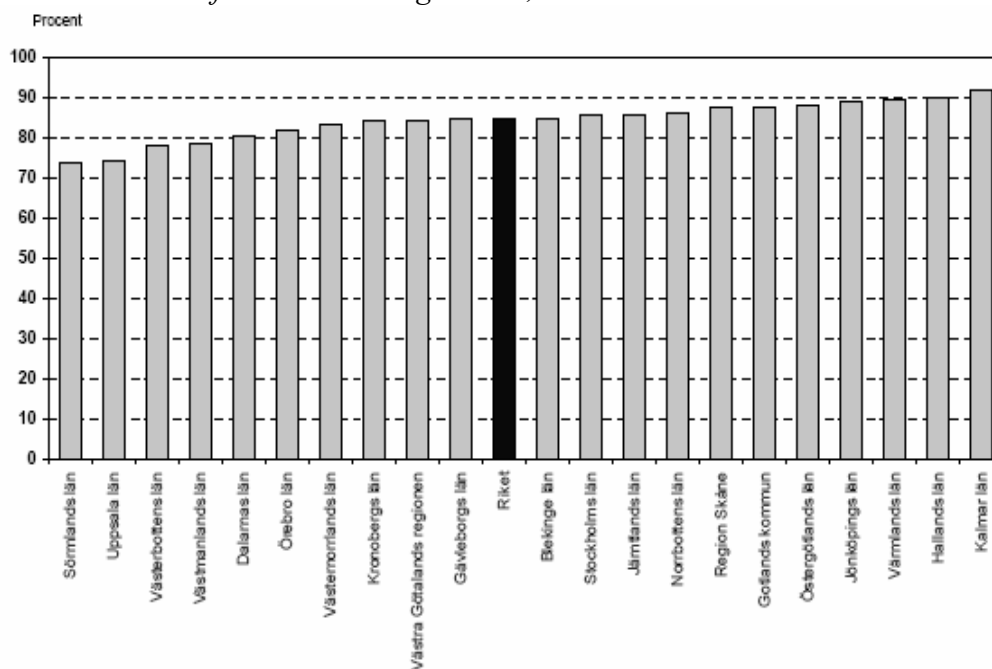
Ca 68 % av samtalen besvarades/återuppringdes inom de tidsintervall som angivits av BV. Det var ungefär samma tillgänglighet, oberoende av del av länet. Men sammantaget hade mottagningarna i norra länet något bättre tillgänglighet än länsgenomsnittet.

Besökstillgänglighet i primärvården

För primärvården gäller sedan 1996 en nationell besöksgaranti som bl a innebär att väntetiden ska vara högst sju dagar, om kontakt med läkare efterfrågas. Landstingsförbundet följer upp detta tillsammans med landets vårdcentraler två gånger per år via endagsmätningar.

Landstingsförbundet presenterar data från mätningarna i rapporter inom ramen för ”Väntetider i vården”. Rapporten som dessa data kommer från heter ”Väntetider till allmänläkare”; sjunde nationella mätningen; våren 2005.

Andel patienter per landsting som fått komma inom sju dagar av de patienter som omfattas av besöksgarantin, mars 2005



Diagrammet visar att 86 % av patienterna inom Stockholms län har fått komma till en läkare inom 7 dagar, vid mätningen i mars 2005. Det är en förbättring med 5 % sedan förra mätningen i oktober 2004.

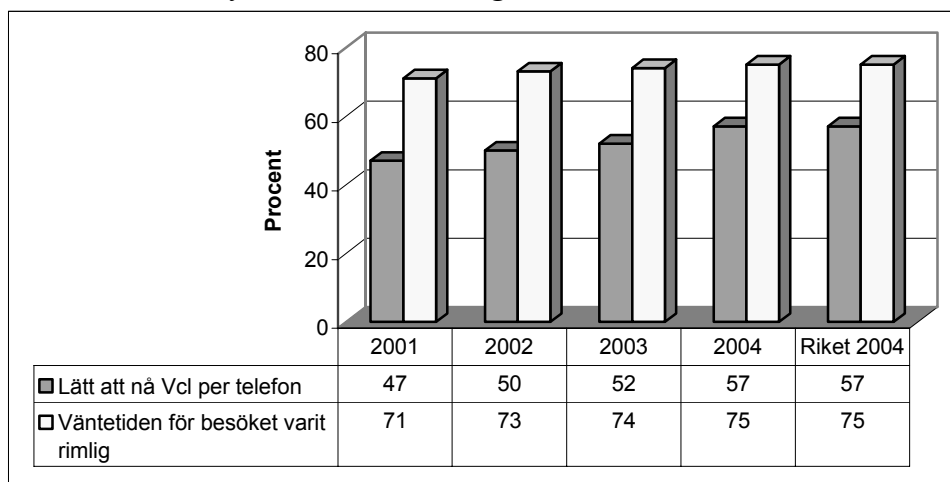
Befolkningens uppfattning om väntetider i hälso- och sjukvården

Informationen är hämtad från Vårdbarometern, se ovan i avsnitt Patientfokuserad hälso- och sjukvård.

Effektmål: Andelen av befolkningen som

- sökt vård som anser att väntetiden varit rimlig skall vara större än 2003
- är nöjda med telefontillgängligheten (till husläkarmottagningar) skall vara större än 2003

Andel som tycker det är lätt att komma fram på telefon till vårdcentralen och att väntetiden för besök varit rimlig 2001-2004



Andel nöjda med väntetider per kön år 2001-2004

	2001		2002		2003		2004	
	man	kv	man	kv	man	kv	man	kv
Lätt att nå Vc per telefon	48	47	52	50	52	52	57	57
Väntetiden för besöket varit rimlig	72	71	71	74	75	74	74	75

Det finns inga (signifikanta) skillnader hur män och kvinnor värderar sjukvårdens tillgänglighet.

Andelen som tycker att väntetiden för ett läkarbesök varit rimlig har förbättrats marginellt sedan år 2003 och andelen nöjda har ökat signifikant sedan år 2001 (från 71 % - 75 %). Men var fjärde anser att väntetiden varit orimligt lång. Flest missnöjda (var tredje) finns bland dem som besökt en sjuk-

husmottagning med remiss, ett missnöje som har ökat. Här finns en tendens till att väntetiderna har ökat. Tre av fyra är nöjda med väntetiderna till operation (här syns en negativ trend) och med väntetiderna till husläkarna. Allt fler är nöjda med väntetiderna till husläkarna.

Andelen som är nöjda med väntetiderna på akutsjukhusen ligger i nivå med riksgenomsnittet, men något under riksgenomsnittet för husläkarna. Sett till respondenternas bakgrundsdata är missnöjet med väntetiderna störst i åldersgruppen 26-35 år och bland utlandsfödda (utanför Norden).

Det befolkningen genomgående varit mest missnöjd med är telefontillgängligheten till sjukvården och framförallt till husläkarmottagningarna. Glädjande nog har andelen nöjda ökat kontinuerligt under perioden 2001 – 2004, från 47 % till 57 % och förbättringar har främst skett under det senaste året. Men andelen missnöjda är fortfarande många, var fjärde tycker det är svårt att komma fram på telefon till vårdcentralen. Andelen nöjda i SLL ligger nu i paritet med riksgenomsnittet.

Telefontillgängligheten varierar mycket både mellan olika vårdcentraler, kommuner i SLL och olika landsting. Andelen nöjda i olika landsting varierar från 40 % till 71 % (Kalmar). Mest överrepresenterade bland de missnöjda i SLL är utlandsfödda (utanför Norden), fyra av tio tycker det är svårt att komma fram på telefon.

Arbeten med fokus på hälso- och sjukvård i rimlig tid inom akutsjukvård

Redovisning från akutsjukvården

I ingressen till avsnittet om vård i rimlig tid i avtalen ställs krav på att leverantören skall redovisa

- a) resultaten från sina telefontillgänglighetsstudier och
- b) sjukhusövergripande strategier för att säkerställa tillgängligheten för de patienter som tillhör prioriteringsutredningens grupp 1 och 2.

a) Karolinska Universitetssjukhuset mäter svarstider i växeln under 4 slumpmässigt valda veckor per år. I Huddinge skall 90 % av alla samtal besvaras inom 15 sekunder. Motsvarande gäller för Solna. Sjukhuset når upp till sina mål. På Capio S:t Görans görs dagliga mätningar av svarstider i växeln. Målet är svar inom 15 sekunder och mätningarna visar att medelsvarstiden ligger under 15 sekunder. Under året gjordes även en tillgänglighetsmätning på anknytningsnivå med gott resultat. Hälften av mottagningarna använder sig av TeleQ. Sjukhuset har en telefonpolicy. Vid intern uppföljning av huruvida den var känd blev det uppenbart att den var okänd för hälften av medarbetarna varför ett särskilt telefontillgänglighetsprojekt startades. På SÖS är målet att växeln skall svara inom 24 sekunder (fyra signaler). Kontinuerliga mätningar visar att målet är uppnått under året. Sjukhuset har genom åren

gjort betydande och framgångsrika insatser för att förbättra såväl telefontillgängligheten som tillgänglighet till besök. Även Södertälje Sjukhus mäter telefontillgängligheten på mottagningarna kontinuerligt med goda resultat (90-92 % lyckade samtal).

b) På Karolinska Universitetssjukhuset följer man lokala vårdprogram med utgångspunkt från medicinska överväganden. Planeringen för patienter som remitterats för nybesök till mottagningarna sköts av seniora läkare. På SÖS sker en stor del av prioriteringsarbetet på akuten där riktlinjer är utarbetade. Olika rutiner har utvecklats inom verksamhetsområdena.

Utvalda kvalitetsmått

Prioriteringar på akutmottagning: a) Andel patienter med livshotande tillstånd (prio 1) som bedöms av läkare inom 5 minuter.

b) Andel patienter med tidsberoende tillstånd (prio 2) som bedöms av läkare inom 60 minuter.

c) Andel patienter med icke tidsberoende tillstånd (prio 3) som bedöms av läkare inom 180 minuter.

Karolinska	Danderyds sjukhus AB	Norrtälje sjukhuset	Capio St Göran	Södersjukhuset	Södertälje sjukhuset
a) Solna: 66% Huddinge: 39 % b) Solna 75% Huddinge: 84 % c) (annan mätmetod)	a) 100 % b) 77 % (mål 80 %) c) 83 % (mål 80 %)	a) 75 % b) 75 % c) 87 %	a) 100 % b) 75 % c) 89 %	a) 98 % b) 99 % c) 94 % (ingen skillnad män och kvinnor)	a) 100 % b) 77 % c) 78 % (ingen skillnad män och kvinnor)

Ett visst förbättringsbehov synes föreligga vad gäller prio 1 på såväl Karolinska Universitetssjukhuset som Norrtälje Sjukhus (viss reservation för att mätmetoden skiljer något mellan Karolinska Universitetssjukhuset och övriga sjukhus). Osäkerheten om tolkningen av prio-begreppet på de olika sjukhusen samt skillnader i rutin för registrering av väntetid gör, att värdet av måttet samt jämförelsemått mellan sjukhusen är tveksam.

Det finns ett stort behov av att införa ett enhetligt omhändertagande och bedömningssystem (*triage*) på akutmottagningarna och samstämmiga prioriteringsgrupper.

Hälso- och sjukvård i rimlig tid – sammanfattande styrkor och svagheter

Besökstillgängligheten och *telefontillgängligheten* i primärvården har förbättrats på ett glädjande sätt. Likaså har andelen, som tycker väntetiden för ett läkarbesök är rimlig, ökat. Även akutsjukhusen arbetar framgångsrikt med att förbättra sin telefontillgänglighet.

Ett stort utvecklingsprojekt – *Verksamhet i förändring* – syftar till ökad tillgänglighet och förbättrad samverkan i närsjukvården.

Prioriteringen på akutmottagningarna görs på något olika sätt varför omhändertagandetid inte är helt jämförbara.

Bilaga 1

Akutsjukhusens deltagande i nationella kvalitetsregister 2004

Observera att i de fall X saknas beror det oftast på att sjukhuset inte bedriver hälso- och sjukvård inom det område som kvalitetsregistret avser.

Kvalitetsregister	Karolinska	SöS	DS	StS	NtS	S:t Göran
Andningsorganens sjukdomar						
Andningssviktregistret (f d Oxygen- och Hemrespiratorregistren)	X		X			
Nationellt kvalitetsregister för öron-, näs- och halssjukvård	X					
Barn och ungdom						
Nationellt register för barn på tillväxthormonbehandling	X	X				
Nationellt kvalitetsregister för läpp- käk- gomspalt- behandling	X					
Svenska Barnreumaregistret	X					
BORIS (Barnobesitasregister i Sverige)	X	X		X		
Kvalitetsregister för barnhjärtkirurgi	X					
PNQneonatal	X	X				
Cirkulationsorganens sjukdomar						
Swedish Coronary and Angioplasty Registry (SCAAR)	X	X	X		X	X
Svenska hjärtkirurgiregistret	X					
Nationella registret för hjärtintensivvård RIKS-HIA	X	X	X	X	X	X
Registrering av hjärtstopp utanför sjukhus		X				
RIKSSTROKE	X	X	X	X	X	X
Svenska kärlregistret/Swedvasc	X	X	X		X	X
GUCH - register för vuxna med medfödda hjärtfel	X					
Svenskt kvalitetsregister för allmän thoraxkirurgi	X					
Nationellt hjärtsviktsregister (Riks-Svikt)	X		X			X
Nationellt register för kateterablation	X					
Svenska Pacemakerregistret	X	X	X			X
Endokrina sjukdomar						
Nationellt diabetesregister	X	X	X	X	X	X
Nationellt register för barn- och ungdomsdiabetes 0-18 år	X	X				
Scandinavian register for thyroid- and parathyroid surgery	X					
Graviditet och förlossning						
Nationellt kvalitetsregister för mödrahälsovård	X	X			X	

Kvalitetsregister	Karolinska	SöS	DS	StS	NtS	S:t Göran
Infektionssjukdomar						
HIVUS	X					
Svenska endokarditregistret	X	X				
Matsmältningsorganens sjukdomar						
Nationellt register för bräckkirurgi	X	X	X	X	X	X
Muskuloskeletala sjukdomar						
Rikshöft	X		X			
Nationalregistret för höftledsplaster	X	X	X	X	X	X
Nationella knäplastikregistret	X	X	X	X	X	X
Nationellt Register över Smärtrehabilitering, NRS	X		X			
Svenska Axel Artroplastik Registret	X	X	X	X	X	X
Svenska Barnreumaregistret	X		X			
Svenska Reumatoid Artritregistret	X		X			
Uppföljning av ryggkirurgi	X	X	X			X
Sjukdomar i nervsystemet						
SMS-registret (Swedish Multiple Sclerosis kvalitetsregister)	X		X			
Register för kirurgisk epilepsibehandling	X					
Sjukdomar i urin- och könsorgan						
Nationellt kvalitetsregister för gynekologisk kirurgi	X			X	X	
Svensk DialysDataBas (SDDB)	X		X			
Svenska Gyn-onkologi Registret	X					
Svenskt register för aktiv uremi-vård	X		X			
Tumörer						
Nationellt bröstcancerregister	X	X	X	X		X
Nationellt register för esofagus och ventrikelcancer	X					X
Nationellt blåscancerregister	X	X	X	X	X	
Nationellt register för cancer-rectikirurgi	X	X	X	X	X	X
Nationellt register för prostatacancer	X	X	X	X	X	
Nationellt kvalitetsregister för gynekologisk cellprovskontroll	X					
Skandinaviska Sarkomgruppens register	X					
Swegir: Ventrikelcancerregister	X	X	X			X
Nationell Registrering av Akut Leukemi hos Vuxna	X	X				
Övriga områden						
Kvalitetsregister inom rehabiliteringsmedicin (neurorehabregistret)	X		X			
Svenskt Intensivvårdsregister (SIR)	X	X	X			
Terapeutisk Apheres	X		X			
KVITTRA, Nationellt kvalitetsregister för trauma-patienter	X	X				

S:t Eriks ögonsjukhus deltar i de tre nationella kvalitetsregistren: Svenska Cornearegistret, Makularegistret och Nationellt kataraktregister.

Bilaga 2

Förteckning över rapporter från MPA

Årsrapport från Stockholms Medicinska Råd

- Programområdenas Årsrapporter från MPA 2000
- Programområdenas Årsrapporter från MPA 2001
- Programområdenas Årsrapporter från MPA 2002
- Programområdenas Årsrapporter från MPA 2003
- Programområdenas Årsrapporter från MPA 2004

Årligen publiceras årsrapport från respektive programområde enligt nedan:

- Akut omhändertagande
- Barnsjukvård
- Hjärt-, Kärl- och Lungsjukvård
- Kvalitetsutveckling
- Kvinnosjukvård
- Medicin – Kirurgi 1
- Medicin – Kirurgi 2
- Medicinsk Service
- Nervsystemets sjukdomar
- Omvårdnad
- Onkologi – Hematologi
- Primärvård
- Psykiatrisk vård
- Rörelseorganens sjukdomar
- Tvärprofessionella rådet
- Äldrevård

Fokusrapporter

- Akut omhändertagande av misshandlade kvinnor och deras barn, ISBN 91-85209-18-X
- Akut omhändertagande av äldre multisjuka steg 1-steg 2, MPA 1/02, MPA 2/02
- Assisterad befruktning, ISBN 91-85209-09-0
- Assessing Organisational Quality, ISBN 91-85209-41-10
- Behandling av personer med komplexa vårdbehov p g a psykisk störning och missbruk, ISBN 91-85209-41-8
- Bedömning, prioritering och omhändertagande vid symptomet bröstsmärta, ISBN 91-85209-41-13
- Ekokardiografi i SLL, ISBN 91-85209-41-6
- Intensivvård, ISBN 91-85209-04-X
- Förslag till ny beräkningsmetod för ersättning av slutna vård och rehabilitering (höftplastik), ISBN 91-85209-41-17
- Kataraktoperationer i SLL, ISBN 91-85209-01-5

- Kejsarsnitt, ISBN 91-85209-41-12
- Kontaktorsaker hos läkare i Primärvården, ISBN91-85209-41-20
- Kvalitetskostnader, ISBN 91-85209-41-11
- Kvalitetsparagraf i akutsjukhusavtalen 2003, ISBN 91-85209-03-X
- MR-utredningen, MPA 3/02 OBS! Finns endast i e-form på:
www.hsn.sll.se/mpa
- Patientens lärande, ISBN 91-85209-12-0
- Patiensäkerhetsstrategi för hälso- och sjukvården i SLL, ISBN91-85209-41-22
- Rehabilitering för personer med neurologisk sjukdom, ISBN 91-85209-41-21
- Riktlinjer för remittering till bildiagnostik (MR), MPA 4/02 OBS! Finns endast i e-form på: www.hsn.sll.se/mpa
- Sex prioriterade förbättringsområden för Stroke i Stockholm, ISBN 91-85209-41-5
- Tillgängligheten inom barnsjukvård i SLL - ett föräldraperspektiv, ISBN 91-85209-41-9
- Ungdomsmottagningar i SLL, ISBN 91-85209-05-8
- Äldrepsykiatri i SLL, ISBN 91-85209-41-16
- Måluppfyllelsemätning vid rehabilitering i primärvården, ISBN91-85209-41-29

Regionala vårdprogram

- Abort, ISBN 91-85209-11-2
- Alkoholproblem, ISBN 91-85209-15-5
- Astma hos vuxna, ISBN 91-85209-41-7
- Blödningssjukdomar, ISBN 91-85209-08-2
- Behandling av klimakteriella symtom, ISBN 91-85209-41-4
- Bröstkomplikationer i samband med amning, MPA 6/03
- Depressionssjukdomar inkl mano-depressiv sjukdom, ISBN 91-85209-14-7
- Diskbråck i ländryggen, ISBN 91-85209-41-14
- Normal graviditet, förlossning och eftervård, MPA 1/02
- Kvinnlig urininkontinens, ISBN 91-8520910-4
- Ledplastik vid höftarthros, ISBN 91-85209-41-15
- Läkemedelsberoende, ISBN 91-85209-21-X
- Patienter med psykos speciellt schizofreni, ISBN 91- 85209-17-1
- Reumatoid artrit, ISBN91-85209-16-03
- Respiratorisk insufficiens, ISBN 95-85209-38-4
- STI/hiv- prevention, ISBN 91-85209-21-X
- Stroke, ISBN 985209-40-6
- Trycksår – Prevention och behandling, ISBN 91-85209-02-3
- Vård av suicidnära patienter, ISBN 91-85209-19-8
- Ångestsjukdomar, ISBN 91-85209-13-9
- Kronisk extremitetsischemi, ISBN 91-85209-41-30

Rapporter från ett förbättringsarbete

- Pilotprojekt för implementering av vårdprogram i psykiatri,
ISBN91-85209-41-27

Samtliga rapporter är publicerade på MPAs hemsida www.hsn.sll.se/mpa

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

Rapporter från Medicinskt programarbete är publicerade på:
www.hsn.sll.se/mpa



Stockholms läns landsting

FORUM för Kunskap och gemensam Utveckling

Box 6909, 102 39 Stockholm

Telefon 08-737 30 00. Fax 08-737 48 00