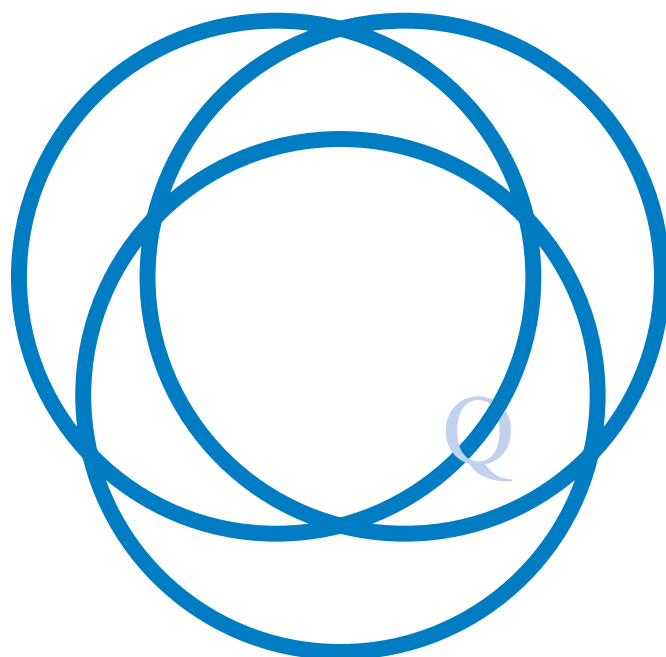


Medicinskt Program Arbete  
Årsrapport 2002  
**Stockholms Medicinska Råd**





Medicinskt Program Arbete  
Årsrapport 2002  
**Stockholms Medicinska Råd**

## Förord

Avsikten med denna årsrapport är att beskriva situationen i Stockholms hälso- och sjukvård under 2002. Vid en sådan genomlysning är det uppenbart att vården fungerar utmärkt till allra största delen. Det finns dock förbättringsmöjligheter i genomförandet av dagens hälso- och sjukvård och årsrapporten fokuserar därför på sådana, som utgångspunkt för arbetet med att forma morgondagens hälso- och sjukvård.

Årsrapporten är en del i det uppdrag som givits till projektet Medicinskt Program Arbete (MPA) och kvalitetsutveckling (Q) och är uppbyggd av rapporter från specialsakkunniga (SPESAK) och vårdsakkunniga (VÅRDSAK), vilka sedan summerats i 14 rapporter från MPA's programområden (delprojekt), ett kvalitetsboksutslut och slutligen i denna rapport från Stockholms Medicinska Råd (SMR). Rapporterna utgår från en gemensam plan för projektarbetet inom MPA där också dokumentstrukturen redovisas (Se bilageförteckning).

MPA startades som projekt i maj 2000 i och med beslut i dåvarande Produktionsstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsnämnden. Syftet var att vårdgivare, beställare och patienter skulle mötas för att forma en god och jämlik vård för länets invånare. Kunskapen om den goda vården skall vara gemensam, tillgänglig och genomlysbar och bilda grund för bättre beslut i vården.

### Vem är årsrapporten till för?

*Producenterna* sätter gemensamt ord på läget inom sjukvården, som utgångspunkt för planering och diskussion inom verksamheterna.

*Beställarna* (politiker och tjänstemän) får en kartläggning av hälso- och sjukvårdens styrkor och svagheter till grund för det egna arbetet med behovsanalyser, avtal och budget.

*Allmänheten* kan genom årsrapporten få en bild av hur de skattefinansierade verksamheterna fungerar.

Tack vare ambitiösa insatser från hela nätverket av sakkunniga kan årsrapporten färdigställas i tid för kommande analysperioder inom beställar- och producentleden. Tacket skall naturligtvis omfatta och förtydliga att utan alla de som deltagit på ett aktivt sätt i rapportgrupperna, skulle arbetet inte ha kunnat genomföras.

Februari 2003

Kaj Lindvall  
*Projektledare*

Susanna Lagersten  
*Projektkoordinator*

## Stockholms Medicinska Råd - Rapportansvarig

Stockholms medicinska råd (SMR) leder det medicinska programarbetet och är den sammanhållande arbetsgruppen för MPA-Q. Medlemmarna i SMR kallas medicinska råd (MR) och har rekryterats bland personer som är väl förankrade i Stockholmssjukvården. Uppdragen för MR är att vardera sammankalla en av 14 delprojektgrupper, benämnda programområden (PO) och kvalitetsuppföljning (Q) vilka tillsammans skall omsluta var sin del av hela sjukvården. SMR har följande sammansättning:

Ordförande, projektledare	Kaj Lindvall
Akut omhändertagande (AO)	Bo Brismar (från 1/3-03 Gunnar Öhlén)
Barnsjukvård(B)	Birger Winbladh
Hjärt- Kärl-och Lungsjukdomar (HKL)	Karin Schenck-Gustafsson
Kvinnosjukvård (K)	Anders Å:son Berg
Medicin-Kirurgi1 (MK1)	Hans Vallin (från 1/1-03 Peter Henriksson)
Medicin-Kirurgi 2 (MK2)	Britt Nordlander
Medicin-Kirurgi 3 (MK3)	Ulrik Ringborg
Medicinsk Service (MS)	Håkan Jorulf
Neurologiska sjukdomar (N)	Nils-Gunnar Wahlgren (från 1/1-03 Lars-Olov Ronnevi)
Omvårdnad (O)	Inger Rising
Primärvård (PV)	Ingvar Krakau
Psykiatriska sjukdomar (P)	Anna Åberg-Wistedt
Rörelseorganens sjukdomar (R)	Staffan Lindblad
Äldrevård (Ä)	Göran Selander (vakant från 1/3-03)
Kvalitetsutveckling (Q)	Magna Andreen Sachs
Folkhälsa och prevention	Birger Forsberg (från 1/1-03 Hans Gilljam)
Chefläkare, Landstingsstaben	Hans Samnegård
Projektkoordinator MPA, sekreterare	Susanna Lagersten

Kansliet till MPA, Q och SMR bestod under 2002 av följande personer:

Kaj Lindvall	Magna Andreen Sachs	Lena Weilandt
Susanna Lagersten	Marie Lawrence	Michael Högberg
Inger Rising	Helene Spjuth	Irene Bengtsberg
Urszula Zieba		

I den följande redovisningen hänvisas till årsrapporterna från de 14 programområdena och kvalitetsutveckling (Q). Alla årsrapporter finns förtecknade sist i denna rapport, och de finns dessutom tillgängliga på Internetadress; [www.hsn.sll.se/mpa](http://www.hsn.sll.se/mpa).

## Innehåll

Förord .....	1
Stockholms Medicinska Råd - Rapportansvarig .....	2
Innehåll .....	3
Sammanfattning .....	5
Några fakta om hälso- och sjukvården inom SLL .....	9
Viktiga frågor för hälso- och sjukvården .....	13
Köer och mellanprioriterade patienter .....	13
Personalbrist och förlust av kompetens .....	15
Brister i samverkan och glappande vårdkedjor .....	16
Bristande uppföljning och uppföljningsdata .....	16
Akut- och Närsjukvård .....	18
Livsstilsrelaterad sjuklighet .....	18
Kvalitetsbrister .....	21
Medicinsk och teknisk utveckling .....	25
Kartläggning av behov, efterfrågan och utbud .....	31
Analysmodellen .....	31
Ökande behov .....	33
Minskande behov .....	36
Behov > utbud .....	36
Gap mellan praxis och best practice och dåligt använda resurser .....	38
Sammanfattningar från programområdenas årsrapporter .....	41
Akut omhändertagande .....	43
Barnsjukvård .....	45
Hjärt- kärl- och lungsjukdomar .....	46
Kvalitetsutveckling i hälso- och sjukvården .....	48
Kvinnosjukdomar och andrologi .....	50
Medicinsk Service .....	52
Medicin – Kirurgi 1 .....	55
Övervikt .....	57
Medicin – Kirurgi 2 .....	58
Medicin – Kirurgi 3 .....	60
Nervsystemets sjukdomar .....	63
Omvårdnad .....	64
Primärvården .....	67
Psykiatri .....	68
Rörelseorganens sjukdomar .....	70
Äldrevård .....	72
Förteckning över rapporter från MPA .....	75

Förkortningar: MPA = Medicinskt programarbete; SPESAK = Specialsakkunnig; VÅRDSAK = Vårdsakkunnig; LÄKSAK = Läkemedelssakkunniga; SMR = Stockholms medicinska råd; HSN = Hälso- och sjukvårdsnämnden; PrS = Produktionsstyrelsen; SLL = Stockholms läns landsting.



## Sammanfattning

Kostnaderna för hälso- och sjukvården har under de senaste åren ständigt överstigit de budgeterade nivåerna. Kostnadsanpassning har inte skett, vilket gjort att hälso- och sjukvården fått en allt större andel av tillgängliga medel. Samtidigt har skattebasen inte utvecklats i samma takt, vilket gör att sjukvården delvis bekostats genom lån och ökad skuldsättning.

Kostnadsstegringen har varit störst i akutsjukvården, där betydande löneökningar varit en tungt vägande faktor. Den betydande kapaciteten i akutsjukvården har fått allt mer förfinade instrument för diagnostik och behandling, vilka höjer kvaliteten i vården till högre kostnader, utan egentlig prioriteringsdiskussion. Genomlysbarheten i denna utveckling är begränsad eftersom faktureringsystemet är komplicerat och svårt att följa upp för beställarna.

### Inom flera områden har vården utvecklats positivt.

- **Färre hänvisningar och utvecklad samverkan i förlossningsvården.** Förlossningsvården har fått ökade resurser, vilket lett till att hänvisningar till ”fel” förlossningsklinik kunnat reduceras. Samtidigt utvecklas samverkan i vårdkedjan mellan mödravården och förlossningsklinikerna, så att kvinnorna upplever ökad trygghet under graviditeten.
- **Samma möjlighet till kranskärlsintervention i hela SLL.** Hjärt-Kärlsjukvården ger nu samma möjlighet till kranskärlsinterventioner i hela SLL och vårdkedjan mellan ambulanssjukvården har utvecklats med trådlös överföring av EKG för bedömning på hjärtintensiverna och därmed val av behandling redan på platsen för insjuknandet.
- **Bättre strålningskapacitet.** Utbyggnaden av strålningskapaciteten på Södersjukhuset ger bättre möjlighet till en balans mellan utbud och behov av strålbehandling inom SLL.
- **Kloka listan leder till bättre kostnadskontroll.** Kloka listan tillsammans med den nya lagstiftningen om utbyte till likvärdigt, billigare läkemedel ökar möjligheten till kostnadskontroll av läkemedelsnotan.
- **Ny behandlingsstrategi ger ökad överlevnad vid prostatacancer.** Operativ behandling av prostatacancer (mannens vanligaste cancerform) har visat sig bättre än den hitintills varande avvaktande strategin. Detta kommer att påverka förloppet vid denna cancerform positivt.
- **Fler ”dirigenter” i vården.** Koordinatorfunktioner fortsätter att utvecklas. Diabetesvården och hjärtsviktsvården har kompletterats med koordinatorfunktioner inom äldreården. Det finns nu möjlighet att vidareutveckla de lokala projekten inom äldreården till en gemensam

strategi för hela SLL. För äldre multisjuka kan exempel på förändring av struktur och process ses i form av en ny vision och strategi för beställning av äldrevård som tagits av styrelsen av i Södra Sjukvårdsområdet under året. Ett projekt för sammanhållen vårdkedja för multisjuka äldre startat i Stockholms Produktionsområde. Ett s.k. ”Turboprojekt” inom primärvården, genomfört i Vaxholm, har demonstrerat ett förbättrat omhändertagande av de äldstas vård på lokal nivå.

- **Bättre tillgång till sjukvårdsupplysning på telefon och Internet.** Allt fler stockholmare får sjukvårdsrådgivning tillgodosedd trots brister i telefontillgänglighet i primärvården. Rådgivning erbjuds via;
  - Akut 112
  - Vårdguiden/Sjukvårdsupplysningen
  - Lokal sjukvårdsrådgivning (ex SVSO)
  - Primärvårdsrådgivning
  - Rådgivning till listade patienter inom husläkarsystemet och hos specialister i öppenvård

Ett område för utveckling är att öka tillgängligheten för redan kända patienter, exempelvis genom koordinatörer.

#### **Inom vissa områden kvarstår problem:**

- **Personalbrist stort problem.** Det finns ett betydande orosmoln vad gäller vakanser inom hälso- och sjukvården. Rekrytering av utbildad personal på alla nivåer tycks inte hålla jämna steg med efterfrågan.
- **Glappande vårdkedjor.** Behovet av att hålla ihop vårdkedjor har ökat i takt med allt fler organisationer i hälso- och sjukvården. Hitintills har dock avtalen med varje vårdgivare inte gett tillräcklig styrning till ökade samband i vårdkedjan. Lagstiftningen, eller dess tolkning, har hindrat utvecklingen av gemensamma vårdstödande databaser (patient- och provbunden diagnostik) eller gemensamma datajournaler.
- **Bristande uppföljning av vårdens innehåll och kvalitet.** Det råder brist på uppföljningsdata om vården och dess innehåll. Detta gäller särskilt den öppna vården och alla vårdkategorier. Eftersom de kroniskt sjuka får sin hjälp i den öppna vården, har vi dålig kontroll på om vården ges enligt evidens och beprövad erfarenhet och därmed har vi heller inga synliga köer för vård av de kroniskt sjuka.
- **Behandlingsgarantin tränger undan mellanprioriterade patienter.** De högst prioriterade skall ha och får sin behandling omgående, men därefter köstas patienterna i den ordning som den individuella behovsbedömningen resulterar i. Behandlingsgarantin gör att lågprioriterade patienter, som i större utsträckning kan handläggas inom öppenvården/dagkirurgi kommer före patienter med mer komplicerade tillstånd som kräver slutenvårdens resurser. Höga ersättningsnivåer till



detta uppdrag har dessutom lett till en kompetensflykt från den högspecialiserade vården till enheter som handlägger basal vård/kirurgi.

- **Oacceptabla väntetider till bildiagnostik och strålbehandling.** Väntetiderna för avancerad bildiagnostik av tumörsjukdomar samt för strålbehandling har varit och är fortfarande oacceptabelt långa.
- **Trycksår, en tickande bomb.** Ett av vårdens stora problem är trycksår och i dess följe infektioner, i värsta fall meticillinresistenta staphylococcer (MRSA). Trycksåren kan uppstå i alla åldrar och det är inte alltid uppenbart var i vårdkedjan som trycksår initierats. Det finns nu ett regionalt vårdprogram från det medicinska programarbetet, som vid följsamhet kan komma att minska antalet trycksår och därmed bespara patienter mycket lidande och vården höga kostnader. Liknande problem, som djup ventrombos i underbenen i samband med sjukhusvård och bristande nutrition, har liknande potentialer i det fall att även dessa kan påverkas positivt.
- **Öppna och medvetna prioriteringar en förutsättning för att hejda kostnadsökningen.** Hälso- och sjukvården står inför en stor utmaning att på ett konstruktivt sätt möta den ökande efterfrågan som finns på allt dyrare utrednings- och behandlingsalternativ. För att få utrymme för den förväntade utvecklingen behöver sannolikt ekonomiska utrymmen skapas bland de utredningar och behandlingar som är lägst prioriterade. För att klara detta krävs tydliga regelverk och avtal, följsamhet till gemensamt framtagna prioriteringar och befolkningens förståelse för att vårdens resurser i första hand skall gå till de mest behövande.

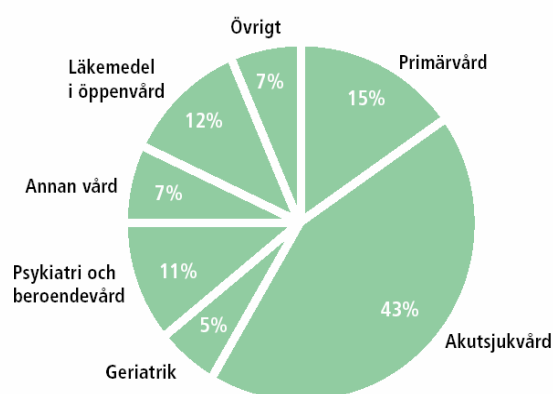


## Några fakta om hälso- och sjukvården inom SLL

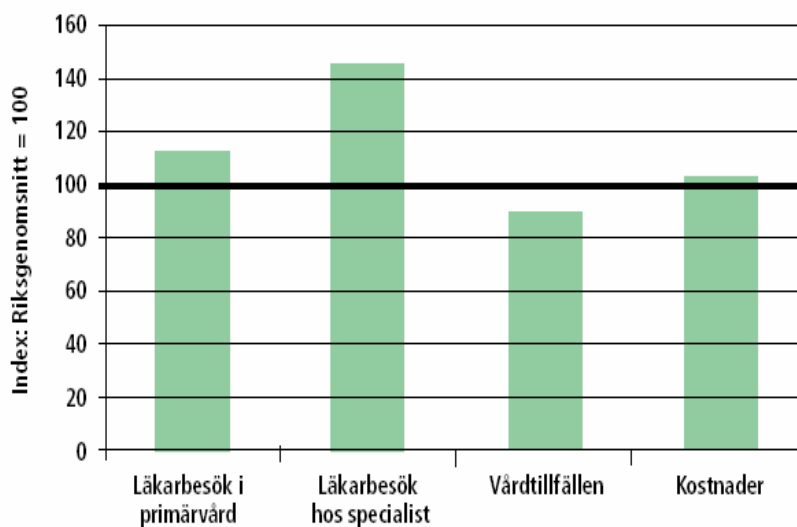
- Cirka 1,8 miljoner människor bor i Stockholm. År 2001 föddes 22 622 barn och 15 769 invånare dog. Barnafödandet har efter detta ökat mer än beräknat och år 2002 förlöstes 22.727 kvinnor vid förlossningsenheterna i SLL.
- Hjärtinfarkt är vanligaste dödsorsaken, följt av cancer och stroke.
- Överlevnaden efter cancer har under senare decennier förbättrats och man räknar med att drygt 50% av patienter som behandlats på grund av en cancersjukdom botas permanent. Orsaker till den minskade dödligheten utgör såväl bättre behandling som förbättrad förebyggande verksamhet.
- Andelen invånare över 80 år ökar.
- Var tredje person har den senaste tiden haft smärtor från rörelseapparaten.
- 25 % av befolkningen drabbas varje år av psykisk sjukdom inkl missbruk.
- Psykiska sjukdomar är bland yngre och medelålders människor den vanligaste orsaken till förtidspensionering.
- Förekomsten av övervikt ökar. 1998 var 31% av kvinnorna och 48% av männen i åldern 20-64 år överviktiga och 8% feta (BMI>30).
- Allt fler barn insjuknar i diabetes, allergier, inflammatorisk tarmsjukdom och barncancer.
- Tonårsaborterna ökade med 30% under 2002.
- I december 2001 fanns i Stockholm 27 488 män och 43 413 kvinnor i livet som någon gång fått diagnosen cancer.
- Lungcancer minskar kontinuerligt sedan 1980-talet hos män i Stockholm, medan trenden är den motsatta för kvinnor hos vilka sjukdomen blivit dubbelt så vanlig sedan 1970-talet. Ändrade rökvanor är den avgörande förklaringen till dessa förändringar.
- Hälften av alla rökare i 70-årsåldern lider av kronsikt obstruktiv lungsjukdom, KOL.
- Hos 10% av befolkningen föreligger någon form av hörselnedsättning som skapar problem.
- Yrsel- och balansbesvär förekommer hos cirka 6% av männen och cirka 14% av kvinnorna i den svenska befolkningen.

- Incidensen i hjärtinfarkt i Stockholm är lägre både för kvinnor och män än för riksgenomsnittet, men är fortfarande den vanligaste dödsorsaken.
- 75% av stockholmarna bedömde sitt nuvarande hälsotillstånd som ganska bra eller mycket bra, 10% bedömde hälsotillståndet som ganska eller mycket dåligt, enligt vårdbarometern hösten 2002.
- **Primärvården** tar varje år emot nästan 3 miljoner läkarbesök. Dessutom tar distriktssköterskor och andra yrkesgrupper emot många besök. Landstingets årliga kostnad för primärvård är 4,4 miljarder kronor.
- **Specialistsjukvården** tar varje år emot cirka 3,3 miljoner läkarbesök. Av dessa sker nästan hälften hos privatpraktiserande specialistläkare. Dessutom tar andra yrkesgrupper emot över en halv miljon besök.
- **Slutenvården.** Patienter blir inlagda i slutenvården vid över 200 000 tillfällen. Landstingets totalkostnad för specialistvården är cirka 12,5 miljarder kronor.
- **Geriatriken** tar varje år emot cirka 25 000 läkarbesök. Över 20 000 inläggningar sker varje år. Dessutom bedrivs en omfattande hemsjukvård. Landstingets totalkostnad är cirka 1,4 miljarder kronor.
- Inom den landstingsfinansierade **psykiatri och beroendevården** görs varje år över 300 000 läkarbesök. Ungefär 25 000 inläggningar sker varje år. Landstingets totalkostnad är ungefär 3,2 miljarder kronor.
- Landstingets kostnader för de subventionerade **läkemedel** som patienten hämtar ut på apotek är cirka 3,5 miljarder kronor per år. I landstingets kostnader för akutsjukvården ingår dessutom ungefär 0,6 miljarder kronor för läkemedel till patienter som är inlagda på sjukhusen. Till detta kommer patienternas egenavgifter, cirka 1,1 miljarder kronor per år. (Källa: "Fakta om den landstingsfinansierade hälso- och sjukvården i Stockholms län")

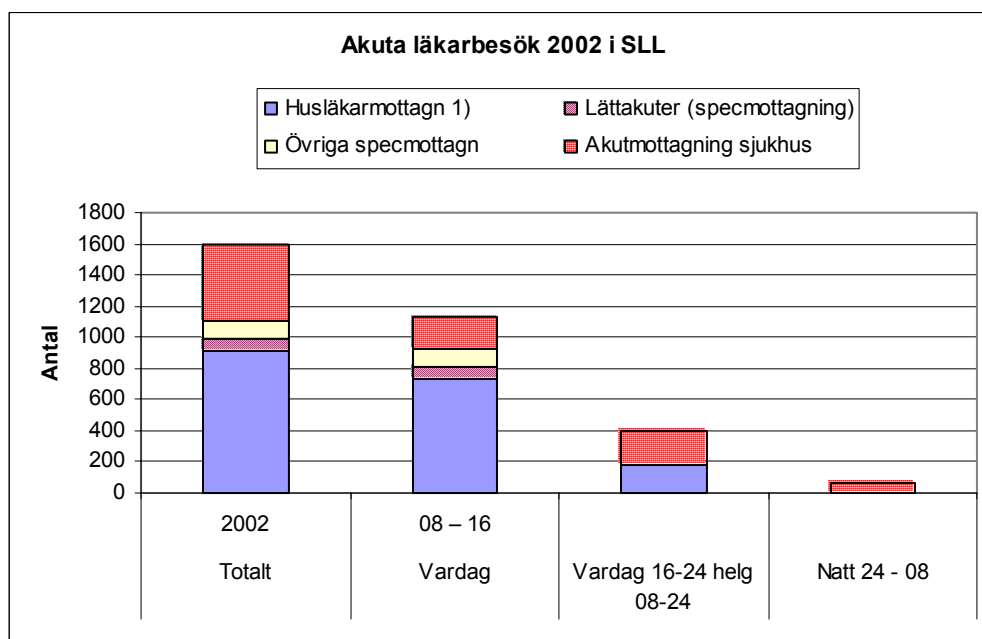
### Landstingets verksamhetsområden Kostnadsvolymer 2001



(Källa: "Fakta om den landstingsfinansierade hälso- och sjukvården i Stockholms län")



SLL i jämförelse med hela landet. (Källa: ”Fakta om den landstingsfinansierade hälso- och sjukvården i Stockholms län”)



Akut oplanerat omhändertagande



## Viktiga frågor för hälso- och sjukvården

En kunnigare patient kommer att ställa nya krav på att hälso- och sjukvården skall kunna förse den enskilde med allt vad vården kan åstadkomma. Den snabba metodutvecklingen och dess snabba genomslag massmedialt och den snabba utvecklingen av informationsspridning via kvalificerade hemsidor leder till ökade förväntningar. Vidgad valfrihet minskar också möjligheten till planering enligt gamla mönster. Befolkningen ställer ökande krav på kunskap om vårdens innehåll och kvalitet och den kunniga patienten kommer att utmana vårdgivaren till att hålla fokus på patienten och utveckla värdeskapande processer.

Det föreligger en diskrepans mellan patienternas efterfrågan, producenternas utbud och den medicinska professionens bedömning av behovet av akut omhändertagande. I årsrapporterna från de 14 programområdena beskrivs den specifika situationen och utvecklingen för respektive område. I rapporterna framträder några generella tendenser eller problem:

- **Köer och mellanprioriterade patienter**
- **Personalbrist och förlust av kompetens**
- **Brister i samverkan och glappande vårdkedjor**
- **Bristande uppföljning och uppföljningsdata**
- **Akut- och Närsjukvård**
- **Livsstilsrelaterad sjuklighet**

### Köer och mellanprioriterade patienter

*Synliga köer – kö in.* Kösituationen har förbättrats genom att Hälso- och sjukvårdsnämnden satsat extra medel för att skapa extra behandlingsmöjligheter. Köställda patienter i Stockholm kan få en alternativ behandlingsmöjlighet hos en annan vårdgivare om väntetiden är eller beräknas överstiga tre månader. Behandlingsgarantin omfattar nu i princip all planerad vård, med några få undantag. Cirka 4000 patienter valde att utlösa behandlingsgarantin under 2002. De som kvarstod i sina köer fick inte generellt långa väntetider. Väntetiderna i landstinget är i de flesta fall under tre månader varför det aldrig blir aktuellt att åberopa någon garanti. Det finns också patienter som väljer att kvarstå i en längre kö av det enkla skälet att väntetiden helt enkelt inte är viktig för dem.

Behandlingsgarantin har dock kommit att gälla patienter vilka enligt sjukvårdens bedömningsgrunder är okomplicerade, lägre prioriterade och därmed möjliga att köställa. Köernas längd har å andra sidan lett till olika strategier som till exempel behandlingsgarantier. Behandlingsgarantierna har i sin tur lett till ett behov av kapacitetsuppbyggnad, vilken åstadkommit genom bland annat upphandlingar, för möta efterfrågetrycket. Upphandlingarna har,

på grund av många köställdas förhållandevis okomplicerade natur, kunnat riktas mot mindre vårdproducenter, utan intensivvårdskapacitet, vanligen utanför akutsjukhusen.

Kvar på akutsjukhusen blir då högt prioriterade fall vilka alltid får en snabb access till vård, men också ”*mellanprioriterade*” patienter med prostataförstoring, njursten, prolapsoperation, inkontinensutredning etc.) vilka nu hamnar sist på akutsjukhusens prioriteringslista. Vid resursknapphet kommer dessa fall att få långa väntetider, vilket nu är tydligt inom flera kirurgiska specialiteter, till exempel öron-, näsa- och halssjukvården (MK2). Det blir uppenbart vid utredningar (ex. MR och datortomografi) och behandlingar (ex. strålbehandling) av allvarliga sjukdomar (t ex cancer), men fortfarande med lägre klinisk prioritering än de allra svårast sjuka och mest behövande.

*Synliga köer – kö ut.* SLL's slutna vård (ex. akutsomatik, geriatrik, psykiatri) har under många år vårdat ett stort antal klinikfärdiga patienter i avvaktan på vårdplats i nästa del av vårdkedjan (vanligen kommunerna). Under sista halvåret 2002 minskade antalet färdigbehandlade, motsvarande 150 vårdplatser vilket utgör ca 5% av totalantalet vårdplatser. Detta har skapat utrymme för övrig verksamhet på slutenvårdsklinikerna. Köen ut ur sjukhusen är nu närmast ett administrativt överföringsproblem av begränsad omfattning.

*Osynliga köer är ett mer komplicerat problem.* Osynliga köer berör i första hand den öppna vården av kroniskt vårdbehövande patienter som diabetes, allergi/astma, kranskärslsjukdom, reumatiska sjukdomar, stroke, demens med flera. De flesta av dessa patienter tillhör prioriteringsgrupp 1 enligt riksdagens prioriteringsbeslut.

Avsaknaden av uppföljning i öppenvården av dessa patienter gör att vi har mycket svårt att överblicka om alla dessa individer får en rimlig vård. Eftersom patienten bara fått ett begränsat ansvar för sin egen sjukdom och inte haft tillgång till gällande vårdprogram för best practice har inte heller patienten kunnat genomlysas systemet och ställa egna krav på följsamhet.

I samband med akut inläggning i slutenvården syns inte heller köerna, eller möjligen som överbeläggningar i korridoren på intagningsavdelningarna. För patienter som söker akut och har symptom på sjukdom av svårbedömd sjukdomsgrad uppstår en valsituation mellan inläggning och vård i hemmet. I dessa fall kommer platstillgången vara en avgörande faktor för ställningstagandet.

## **Slutsatser**

Hälso- och sjukvårdslagens anmodan att ge vård till den som har störst behov är ett självklart rättesnöre i vården. I föreliggande årsrapport signaleras dock att insatser för att korta väntetider generellt, i vissa fall har lett till att patienter



med lägre medicinsk prioritet de facto kommit till behandling snabbare än patienter med sämre tillstånd.

Genom att i Regionala Vårdprogram tydliggöra

- Indikationer
- Medicinskt definierade väntetider/ledtider
- Vertikal prioritering

och följa upp utifrån detta får vi framöver en bättre utgångspunkt för att säkerställa att patienter får vård när de behöver och att de som har de största behoven ges företräde till vård.

## **Personalbrist och förlust av kompetens**

Personal med rätt kompetens är den viktigaste produktionsfaktorn i hälso- och sjukvården och avgörande för att tillhandahålla en välfungerande hälso- och sjukvård med hög medicinsk kvalitet.

Bristen på fast personal med rätt utbildning lyfts fram som ett väsentligt problem av samtliga programområden.

Personalbristen kan sägas bero på två huvudfaktorer:

1. *Utbildningskapacitet*. Det är för få som grundutbildas och det finns en klar begränsning i utbildningskapaciteten på de kliniska placeringarna. Detta betyder att vi genom utbildning inte kommer att "bygga bort bristen" inom överskådlig tid. Tiden för att bli en specialistsjuksköterska med erfarenhet är 10 år från startad grundutbildning och för läkare 14-15 år.

2. *"Brain drain"*. Vi förlorar kompetens till andra områden inom vården men vad värre är ut ur vården. De som försvinner tar ofta med sig ett betydande kunskapskapital, vilket byggts upp under många år. Att ersätta en välutbildad medarbetare i vården kan komma att kosta i stora kvalitetsförluster, men lika viktigt stora extrakostnader.

Dessa välutbildade läkare och sjuksköterskor utgör de nyckelgrupper som är nödvändiga för att kunna bedriva en högkvalitativ vård. Incitamenten för att stanna kvar i vården för dessa specialkunniga är i dag inte tillräckliga och bristen är redan påtaglig bland specialutbildade läkare och sjuksköterskor i intensiva verksamheter som exempelvis på akuten, operation, IVA, inom narkosspecialiteten, bland barnmorskor och neonatalsköterskor. De karriärvägar och den löneutveckling som finns, är inom landstingets verksamheter vanligen knuten till administration. Inom angränsande verksamhetsområden, som läkemedelsindustrin, finns en tydlig konkurrens om den kompetenta personalen och inom privat sjukvård har betydligt högre löner lockat, trots mer rutinmässiga arbetsuppgifter.

## Slutsatser

Problemet med att rekrytera och behålla kompetens är en av de viktigaste frågorna för utvecklingen av hälso- och sjukvården i SLL.

Personalbristen leder i dag till;

- Köer till diagnostik och behandling
- Ökade kostnader p g a av utnyttjande av bemanningsföretag
- Sämre kvalitet p g a att personalomsättningen är stor, och att inhyrd personal inte alltid har tillräckliga kunskaper i specialområden
- Ökad belastning på kvarvarande personal, med risk för utbrändhet.

## Brister i samverkan och glappande vårdkedjor

Fungerande vårdkedjor och samverkan mellan vårdgrannar är väsentliga förutsättningar för en ändamålsenlig och kostnadseffektiv vård. Målet för samverkan är kontinuitet i vården, d.v.s. att patienten ska uppleva minsta möjliga oönskade förändring av vårdens innehåll vid byte av vårdgivare. Ett tydliggörande av hela vårdkedjan och kompetens för att täcka behoven i denna är ett steg i en sådan inriktning.

## Slutsatser

En allt mer uppdelad vårdorganisation och uppdelade vårdbeställningar har lett till bristande vårdkedjor. Patienterna blir lidande och ineffektiva vårdkedjor leder till dubbelarbete, högre kostnader och sämre vårdkvalitet.

- Samla istället ansvaret för diagnosrelaterade vårdkedjor och upphandla med utgångspunkt från vårdkedjor.
- Skapa informationssystem som ger förutsättning för adekvat informationsöverföring mellan vårdgivare.
- Se till att regionala vårdprogram följs av lokala behandlingsprogram för primärvård (VISS, VINK etc.) och sjukhus (interna behandlingsstrategier).

## Bristande uppföljning och uppföljningsdata

I flertalet av årsrapporterna från respektive programområde tar man upp problemet med att inte kunna göra relevanta bedömningar av sjukvårdsbehovet, efterfrågan och utbudet, p.g.a. att det saknas tillförlitliga data från öppenvården. Bristerna i dagens uppföljning handlar dels om *snedvridna uppföljningsdata* från slutenvården och dels om *uteblivna uppföljningsdata* från den öppna vården.

*Snedvridna uppföljningsdata i slutenvården.* Den slutna vården beskrivs i det gemensamma vårdregistret (GVR) och i dess anonyma tvilling (VAL-databasen). Insamlandet av dessa data utgår från behovet av ”fakturerings” för utfört arbete vid akutsjukhusens slutenvård. De variabler som rapporteras har därför bäring på ekonomi. Genom DRG-systemets uppbyggnad har ett antal

tilläggsvariabler tillkommit för att fakturan skall kunna motsvara vad vårdgivaren anser sig behöva som ersättning för den utförda vården. Sett ur medicinsk synvinkel har då diagnosen enligt ICD 10 kommit i bakgrunden och i samband med så kallad ”optimering av DRG” har bidiagnoser kunnat framträda som huvuddiagnoser. Beskrivningen av sjukvården har därför blivit delvis snedvriden. Genom SLL’s organisatoriska förändringar har ansvaret för och upprätthållandet av valida variabler till och innehåll i GVR och VAL förvanskats.

*Stora brister vad gäller uppföljningsdata från öppna vården.* Ansvaret för den öppna vården har under det senaste decenniet ökat. Den acceptabla slutenvårdsuppföljningen har således reducerats i volym, men har inte ersatts av motsvarande uppföljning från den öppna vården. Beställaren följer i dag inte upp sina krav på diagnosrapportering från den öppna vården. Det är då närmast förvånande att många kliniker ändå rapporterar diagnos.

Beställarna har hitintills ej ställt krav på övrig, ej sjukhusansluten, öppen vård varför inte heller data har rapporterats eller ens kunnat rapporteras. HSN har stöttat ett projekt i primärvården, Primdok, med avsikten att primärvården skulle enas om ett gemensamt beskrivningsmönster. Projektet är rapporterat och konsensus föreligger. Data samlas hos de olika vårdgivarna, men ingen rapportering sker då koppling till databas saknas och inga krav finns i avtalen med primärvården om leverans.

Privatläkarvården rapporterar genom ARV-systemet, som återigen har bäring på ekonomi och där rapporterade variabler handlar om organisation och besökstyper, men inga krav på rapportering av orsak till vårdkontakten (symtom, diagnos, åtgärd) föreligger. För den övriga vården (ex MVC, BVC, sjukgymnastik, kuratorer) rapporteras ingen orsak till vårdkontakten.

### **Slutsatser**

Allt större andel av vården bedrivs utanför sjukhusen. Hittills har registrering av kontactorsak, diagnos och kvalitetsmått varit varje vårdgivares ensak. Pga detta har vi idag stora svårigheter att beskriva vad som görs, vilka patientgrupper som tar vårdens resurser i anspråk och vilka resultat som uppnås.

För att komma till rätta med detta behövs en långsiktig strategi som inkluderar;

1. Att all landstingsfinansierad vård skall registrera och rapportera på individnivå, kontactorsak/diagnos och åtgärd, oavsett personalkategori eller om det är vård inom eller utanför SLL’s egen produktion.
2. Att överenskomna kvalitetsmått, i ex regionala vårdprogram, följs och att vårdkvalitet premieras.

Satsa på en gemensam vårddatabas och samla ansvaret för denna till en enhet. Lägga den ekonomiska uppföljningen parallellt med den kliniska uppföljningen och låt det medicinska innehållet styra uppföljningsdata i vårddatabasen.

## Akut- och Närsjukvård

Akutsjukvården står för 43 % av kostnaderna inom landstingets verksamheter. I och med den medicinteknologiska utvecklingen kommer vården att bli allt mer avancerad och resurskrävande. Ett optimalt utnyttjande av den högspecialiserade vården innebär att fokusera dess insatser än mer till de patienter som har behov av detta och att ge övriga patienter ett fullgott alternativ utanför akutsjukhusets väggar.

En ökad samverkan behövs mellan allmänläkaren och öppenvårdsspecialisterna (oftast privatpraktiserande). Olika former har prövats (läkarhus, närakuter, kvartersakuter, konsulterande sjukhusspecialister e t c). Dessa erfarenheter kan ligga till grund för ett närsjukvårdskoncept som tar vara på dagens förutsättningar.

### Slutsatser

En fortsatt strukturförändring av akutsjukvården med en koncentration av den högspecialiserade vården förutsätter en samtidig utveckling av närsjukvården. Ett framtida närsjukvårdskoncept bör omfatta primärvård, sjukvårdsrådgivning med koordinatorkfunktion, hembesöksorganisation, specialistmottagningar med dagkirurgi, närakutmottagning, vårdplatser för återinläggning vid kända kroniska sjukdomar, samt specialiserad sjukvård i hemmet (ASIH).

## Livsstilsrelaterad sjuklighet

Hälsoläget i Stockholms län är gott men kan ytterligare förbättras, och här finns en roll för preventionen. Uppemot 60% av den åtgärdbara sjukligheten i SLL är livsstilsrelaterad. Man finner att tobaksbruk är den största enskilda orsaken (8-9%) följt av fysiskt inaktivitet (7%), blodtrycksförhöjning (5-6%), alkohol (4-5%), övervikt (4-5%), för lite frukt och grönt (3-4%) och kolesterolförhöjning (3%) – d.v.s. en dominans av potentiellt behandlingsbara beteenden.

Prevention är vanligt förekommande i vården men uppfattas godtyckligt ömsom som vård, ömsom som prevention. En bedövande majoritet av blodtrycks- och kolesterolbehandlingarna uppfattas som vård men är strikt preventiva och enligt SBU synnerligen dyra och lågeffektiva, medan t.ex. rökavvänjning är billigt, kostnadseffektivt och underutnyttjat.

*Tobak* – det finns 350 000 dagligrökare i SLL. De dör 7 år tidigare och kan därutöver räkna med 5-7 färre friska levnadsår än icke-rökarna vilket har stor betydelse för människa och vård. Rökavvänjning är en underutnyttjad och överlägset evidensbaserad metod utan biverkningar. Den är orsaksbehandling för ett 20-tal dödliga sjukdomar. Tobaken kostar SLL 2-3 miljarder/år och ca 9 miljoner/år satsas på tobaksförebyggande. Fortsatt rökning omintetgör eller stör många av vårdens behandlingsinsatser (ex. kirurgi, anestesi, kroniska sjukdomar)

*Alkohol* – det finns drygt 100 000 storkonsumenter i SLL. Alkohol ger främst sociala skador men även kroppsliga. Avvänjningsmetoderna är evidensbaserade och tillämpbara. EU-anpassning, ny alkohollagstiftning och ändrade dryckesmönster påverkar bilden.

*Obesitas* – de riktigt överviktiga (BMI>30) är ca 100 000 i SLL och beräknas förlora 3-4 levnadsår jämfört med normalviktiga. Inga väl evidensbaserade preventiva metoder är kända.

*Kost och Motion* –vanorna grundläggs tidigt och underskott på omättat fett, frukt och grönt samt ojämnt fördelade motionsvanor är riskfaktorer. Prusbild, förebilder och information är viktigare än vårdens insatser. Goda exempel finns på att det metabola syndromet kan behandlas med kost- och motionsråd i primärvården.

*Sexuellt överförda sjukdomar* – preventiva insatser viktiga och dokumenterade.

*Arbets- och miljömedicin* – såväl den fysiska som den psykosociala arbetsmiljön är viktig. Preventiva insatserns effekter är väldokumenterade beträffande den fysiska miljön men ofullständigt belyst för den psykosociala.

## **Slutsatser**

Prevention handlar om allt från nationella, politiska frågor till de individuella, livsstilsrelaterade och alla livsstilsrelaterade sjukdomar är inte möjliga att åtgärda inom vårdens ram.

- De livsstilsrelaterade sjukdomarna utgör idag 60% av alla rimligt åtgärdbara sjukdomar i SLL
- Därför finns ett stort och underförsörjt behov av beteendeförändringskunskap inom vården
- Evidensen för behandling av de olika livsstilsrelaterade sjukdomarna skiftar stort
- Vissa, mycket väl evidensbaserade insatser underutnyttjas trots hög kostnadseffektivitet. Förlegade behandlingstraditioner, utbildningstraditioner och sviktande fortbildning är orsakerna. Hit hör föreställningen om att patienterna inte vill lyssna eller förändra sina beteenden men beteendeinriktad forskning visar på raka motsatsen
- Beteendeförändringskunskap är en viktig framtidsfaktor för vården i SLL
- Många preventiva insatser åvilar mer eller mindre helt samhället. Hit hör stadsplanering, trafikplanering, boendeplanering, familjepolitik, utbildningspolitik m.fl.



## Kvalitetsbrister

Det finns idag inga uppgifter om omfattningen av kvalitetsbrister i vården vare sig i Stockholms läns landsting eller i Sverige i övrigt. Däremot finns det internationella studier som beräknar att kostnaderna för bristande kvalitet i hälso- och sjukvården uppgår till 30 – 60% av de totala kostnaderna (Reducing the Costs of Poor-Quality Health Care through Responsible Purchasing Leadership, Midwest Business Group on Health, publicerat 2002). Kostnaden för dålig kvalitet är i sig ett skäl att arbeta med kvalitetsutveckling även om strävan att ge en god och jämlik vård utan att åsamka onödigt lidande givetvis är det främsta skälet.

Kvalitetsbrister kan beskrivas i termer av överanvändning, underanvändning och felaktigt genomförd vård samt övriga kvalitetsbrister.

### Övervändning av vård

*Överanvändning av vård* är sådan vård där åtgärdernas potentiella nytta understiger deras potentiella risk. Hit hör också åtgärder som alldeles saknar påvisad nytta (evidens). Exempel på denna typ av kvalitetsbrist i vården är icke-motiverad antibiotikakonsumtion, kirurgiska ingrepp och andra behandlingsformer som saknar dokumenterad nytta, onödiga MR-undersökningar, icke-befogad screeningverksamhet, m.m.

Medicinska Programarbetets utveckling av regionala vårdprogram på basen av evidensbaserad kunskap syftar till att minska denna typ av kvalitetsbrister i vården. En förbättrad uppföljning tack vare en mer detaljerad dokumentation av patientdata och vidtagna åtgärder i den kommande Vårddatabasen kommer också att ha sådan effekt liksom övrig uppföljning av behandlings- och förskrivningsmönster.

### Underanvändning av vård

*Underanvändning av vård* är sådan vård som inte ges trots att det finns evidens för att nyttoeffekterna med vården överträffar den potentiella risken. Till viss del kan det som beskrivs på annat ställe i denna rapport som "Ökande behov" och "Behov>utbud" sägas utgöra exempel på underanvändning – om det finns evidens för att viss vård har god effekt vad gäller att minska sjukdomsördan.

Andra exempel på denna typ av kvalitetsbrist är det som belyses nedan under "Gap mellan praxis och dåligt använda resurser".

Ytterligare andra exempel på underanvändning av vetenskapligt bevisad god vård är dåligt nyttjad mammografiscreening (vissa socioekonomiska grupper), cervixcancerscreening (samma anmärkning), eftersatt diagnostik och behandling av depression, uteblivna råd beträffande rökvanor, blodfettkontroller, blodtryckskontroller, icke utförd riskbedömning och profylax mot trycksår, m m. Överhuvudtaget all slags vård som inte är upp till standard –

d.v.s. i enlighet med evidensbaserat vårdprogram – tillhör den här typen av bristande kvalitet.

Följsamhet mot evidensbaserade vårdprogram är en viktig faktor för att komma till rätta med kvalitetsbristerna och förbättras väsentligt med den typ av beslutsstöd som Julius-projektet syftar till. Uppföljning av utförd vård bidrar också till följsamheten och möjliggörs genom att data registreras i Vårddatabasen och i kvalitetsregister.

### **Felaktigt genomförd vård**

*Felaktigt genomförd vård* är sådan vård som i och för sig rent medicinskt kan sägas vara befogad och korrekt vald men som utförs på sådant sätt att komplikationer inträffar. Det är en fråga om en mycket viktig aspekt på vården, nämligen i vad mån den är säker för patient och närstående. Exempel på felaktigt genomförd vård är bristfälliga hygienrutiner som leder till vårdrelaterade infektioner och spridning av infektioner (exempelvis MRSA). Andra exempel är brister i läkemedelshandlingen som bl.a. sägs vara en betydande orsak till intagningar i slutenvården (5-28 %).

Viktiga åtgärder för att upptäcka och komma till rätta med denna typ av kvalitetsproblem i vården är att främja utveckling av en säkerhetskultur och användningen av ett avvikelshanteringssystem för lärande och utveckling. En enhetlig klassificering och gradering av händelserna kommer att arbetas fram inom programområdet för Kvalitetsutveckling i det Medicinska programarbetet för att möjliggöra uppföljning och utveckling.

### **Övriga kvalitetsbrister**

*Övriga kvalitetsbrister* utgörs framförallt av slöseri av olika slag på ganska bristfälliga processer. Det kan gälla slöseri med tid (personalens och patientens), med provtagningar, med öppenvårdsbesök, med vårdtillfällen, m.m. Utöver dåligt utformade processer bidrar ofta informationsbrister (t.ex. ej tillgång till vårddokumentation) till denna typ av kvalitetsbrister. Onödiga administrativa rutiner leder också till slöseri med tiden.

Ett sätt att komma denna typ av kvalitetsbrister på spåren är att bedriva processutveckling vilket flera vårdgivare gör och har gjort sedan en längre tid. Nästa steg är att tänka helt nytt: inte bara förbättra befintlig process utan ifrågasätta om man inte kan göra på ett helt annat sätt för att uppnå väsentligt förbättrad vård. Det faller på beställarens ansvar, att inom ramen för uppdraget att styra och utveckla vården, stimulera till den typen av innovativa förändringar i hälso- och sjukvården.

Det är troligt att vi har mycket att vinna på att arbeta med våra kvalitetsbrister inom hälso- och sjukvården såväl vad gäller att minska onödigt lidande för patienter och närstående som att reducera kostnaderna – kvalitetsbristkostnaderna – i hälso- och sjukvården. Vi bör inte fortsätta att betala för dålig kvalitet utan i stället använda pengarna för att erbjuda mer värdeskapande vård.



Utmaningen består i att som beställare främja en sådan utveckling hos vårdgivaren. Vad är vårdgivarens incitament att minska på kvalitetsbrist-kostnaderna i det ersättningssystem vi har idag? Här behövs ett nytänkande bland beställare och vårdgivare i samverkan!



## Medicinsk och teknisk utveckling

Införandet av ny teknik och nya behandlingsmetoder sker ständigt i vården, vilket ibland leder till att resurser kan sparas. De på detta vis friställda resurserna är dock svårångade eftersom den nya handläggningen oftast införs successivt, samt att luckorna snabbt fylls igen av annan angelägen vård. Prioriteringen för att fylla luckor sker ute i vården och endast sällan blir det frigjorda utrymmet föremål för en genomlysbar prioriteringsprocess.

De nya möjligheterna för diagnostik och behandling leder ofta till ökade kostnader, men också en minskad sjukdomsburda, alternativt bättre hälsa eller ett längre liv. Vårdgivarna ser möjligheterna och uppvaktar beställarna om att få utökad ersättning för merkostnaden. I de fall kontakt är etablerad mellan en producent och beställaren och det råder oklarhet om den nya strategien remitteras ärendet till Beställarläkarrådet för en utvärdering. Under 2002 utreddes följande frågeställningar:

- *Brachyterapi vid coronarsjukdom.* Denna metod är avsedd att komplettera vid PCI. Effekten består i lokal strålbehandling mot den inflammatoriska aktiviteten som föreligger i kärnväggen i samband med plaque och eller vid stentbehandling. Metoden har en potential till hälsovinster och införs i begränsad omfattning inom SLL.
- *Fotodynamisk behandling med verteporfin av gula fläckan.* Metoden är lämplig för patienter med uttalad, åldersrelaterad makuladegeneration, vilket berör cirka 150-200 individer per år inom SLL. Behandlingen minskar risken för beroendeskäpande synförsämring. Behandlingen på ett öga beräknas kosta cirka 50-60 tkr och endast en av tre behandlingar får avsedd effekt. Kostnader i dag beräknas till 6 mkr kr inom SLL och beräknas till 10-12 mkr/år vid full behovstäckning och med nuvarande indikationer.
- *Kapselendoskopi för diagnostik av tunntarmsblödning.* En engångskamera i tablettstorlek sväljs och passerar hela tarmkanalen under samtidigt fotograferande av 50 000 bilder, vilka överförs till en mottagare utanpå magen. Metoden är mycket enklare för patienten, förbättrar diagnostiken och därmed träffsäkerheten i behandlingen vid blödningar i tunntarmen. Varje undersökning kostar 12-14 tkr. Nuvarande målgrupp är cirka 50 individer, med en kostnad för SLL på mindre än 1 mkr. Det pågår studier som kommer att testa den diagnostiska effekten vid vidare indikationer, vilket gör att tekniken kan komma att kosta betydligt mer. Samtidigt kan metoden ersätta andra röntgenundersökningar.

- *Broskcellstransplantation vid skador i knäleden.* Autolog broskcellstransplantation har visat lovande korttidsresultat vid lokaliserade broskskador i knäleden. Långtidsresultaten är ännu osäkra. Målgruppen är initialt begränsad till 50-100 individer, men det föreligger en förväntan på goda resultat för individer med måttligt utslitna leder, vilket i så fall kommer att mångdubbla målgruppen och kostnaderna. Metoden kommer att introduceras vid ett fåtal kliniker inom SLL. Kostnaden är i dag 75-100 000 kr per behandling. Beslut är ännu inte taget om och hur implementering skall ske inom SLL.
- *Stamcellstransplantation.* Stamcellstransplantation kommer att utvecklas vid specifika, ofta svåra, sjukdomstillstånd. Inom SLL kommer utvecklingen att ledas vid Huddinge universitetssjukhus.

Andra utvecklingsmöjligheter har varit föremål för genomlysning både lokalt inom SLL, men också nationellt. SBU Alert har i många fall genomfört utredningar, vilka direkt kan appliceras vid de aktuella frågeställningarna inom SLL. Här följer några exempel:

- *Abciximab vid behandling av kranskärslssjukdom.* Abciximab är monoklonala antikroppar som motverkar blodproppsbildning vid olika kranskärslsinslag. Av den primära målgruppen på cirka 700/år inom SLL, behandlas redan knappt hälften till en kostnad om cirka 3 mkr. Om hela primära målgruppen får behandling ökar kostnaderna till knappt 8 mkr. Forskning pågår som kommer att klargöra om positiva effekter uppstår vid bredare indikationer.
- *Infliximab (Remicade) vid behandling av Crohns sjukdom.* Behandlingen har god effekt vid svår sjukdom. Av cirka 1600 med Crohns sjukdom inom SLL torde cirka 100 utgöra den primära målgruppen. Behandlingen är kronisk och kostar cirka 100 tkr initialt och cirka 200 tkr/år/individ i underhållsbehandling. Kostnaden för SLL vid full behovstäckning kan bli cirka 30 mkr. Forskning pågår för att testa effekter vid bredare indikationer.
- *Immunmodulerande behandling (ex. infliximab, Remicade) vid reumatoid artrit.* Immunmodulerande medel med riktad effekt inom immunsystemet bromsar sjukdomsutvecklingen och är indicerade tidigt i sjukdomsförloppet. Behandlingskostnaden är cirka 60 tkr per år. Effekten kan mätas i en uppstannande eller förlångsammande sjukdomsprocess, med lägre sjukskrivningstal och minskade kostnader för konventionell sjukvård. Initialt behandlas hela behandlingsbara gruppen (9-18000 individer i SLL), men på sikt kommer behandlingen följa nyinsjuknande frekvensen (fn 450-550 nya fall per år inom SLL).
- *Effektivare behandling vid epilepsi.* Cirka 15 000 individer inom SLL har en aktiv epilepsisjukdom, varav cirka 1500 inte hade fullgod effekt

av den konventionella behandlingen. Nya behandlingsformer (ex. vigabatrin, lamotrigin, topiramid, gabapentin, levetiracetam) mot kramper vid epilepsi ger bättre effekt och mindre biverkningar. I Sverige har kostnaderna för antiepileptika sexfaldigats under en tioårsperiod, men kostnaden för ett års behandling varierar över landet och var 1999 21 tkr i SLL, vilket kan jämföras med 35 tkr i Västernorrland. Detta kan tolkas som att vi ligger något efter i ändrat förskrivningsmönster. Med en målgrupp om cirka 1500 personer kan kostnaden för SLL komma att stiga till cirka 50 mkr.

- *Symtomatisk behandling med donepezil (60%), galantamin (15%) eller rivastigmin (25%) vid Alzheimers sjukdom.* Cirka 15 000 individer inom SLL lider av denna sjukdom. Behandlingen leder till att sjukdomsutvecklingen kan fördröjas. Kostnaden för en årsbehandling är cirka 20 tkr inklusive omringkostnader. Kostnaden för SLL borde optimalt ligga på 100 tkr/1000 invånare/år. I dag är denna kostnad 57 tkr. Läkemedelskostnaderna beräknas till cirka 0.6 % av totala samhällskostnaden för dementa, som i dag beräknas till 5.7 miljarder kr. Hälsoekonomiska beräkningar har visat att preparaten har en god kostnadseffektivitet genom att skjuta upp tidpunkten då samhället behöver stötta individen.
- *Celltransplantation vid Parkinsons sjukdom.* Inom SLL finns 3-4000 individer med Parkinsons sjukdom. Tidigt i förloppet kan sedvanlig läkemedelsbehandling hålla symtomen på rimlig nivå. Med tiden försvåras sjukdomen och hos vissa patienter (cirka 50 individer/år) och sviktar terapin så pass att celltransplantation kan vara en adekvat åtgärd. Metoden är fortfarande på det experimentella stadiet, men kan vid gott utfall komma att bli aktuell för en allt större grupp.
- *Tumörvaccination.* Metoden användes i dag i vetenskapliga studier som behandling av patienter med malignt melanom, non-Hodgkin-lymfom, multipelt myelom och coloncancer. Effekten kan mätas i minskad tumörbörda, förlängd tid till återfall och förlängd överlevnad. Kostnaden för vaccinet beräknas bli högt, medan själva behandlingen kan ske polikliniskt. Profylaktisk vaccination mot olika tumörformer kan teoretiskt bli aktuell, men effekter och biverkningar kommer att behöva studeras mycket noga innan en bredare användning blir aktuell.
- *Genteknikutvecklingen.* Det mänskliga genomet är nu känt, vilket gör att avvikelser i genomet kan kopplas till kliniska syndrom, vilket i sin tur leder mer individuella preventiva åtgärder eller behandlingsmetoder. Genterapi är fortfarande på experimentell basis.
- *Fotodynamisk behandling vid hudcancer.* Fotodynamisk behandling efter anrikning av aminolevulinsyra i tumörcellerna är lämplig vid förstadier till skivepitelcancer och ytliga basaliom. Målgruppen är svårdefinierad då det finns en stor gråzon mellan kurativ behandling

och ren kosmetik. Snävt räknat rör det sig om cirka 1000 individer inom SLL per år, men metoden leder till mindre besvär för patienten och snabbare läkning, vilket gör att till exempel kryokirurgi kan komma att minska i användning.

- *Strålbehandling med neutroner vid malignt gliom.* Målgruppen är cirka 100 individer per år inom SLL. Behandlingen innebär att Bor-atomer tillföres de tumörceller som skall bestrålas med neutroner. Strålningen kräver en specialkärnreaktor, som endast finns tillgänglig i Studsvik. Hitintills visar resultaten en något längre överlevnad, men behandlingen genomförs på tre dagar jämfört med 6 veckor vid konventionell strålbehandling, varför en ökad efterfrågan har kunnat spåras. Kostnaden per behandling är cirka 150 tkr mot 60 tkr vid konventionell behandling, vilket potentiellt kan leda till kostnadsökning på cirka 8-9 mkr.
- *Aferesbehandling med Adacolumn vid Crohn sjukdom och ulcerös colit.* Behandlingen reducerar kliniska symtom hos målgruppen (cirka 10-15 individer per år), d.v.s. patienter där infliximab och konventionell behandling ej är tillräcklig och där patienten ej önskar operation av tarmen. Kostnaden per patient är cirka 70 tkr, vilket motsvarar en årlig kostnad för SLL på cirka 1 mkr. Metoden är ej färdig för kliniskt införande utan kontrollerade studier pågår.
- *Interferonbeta vid multipel skleros (MS).* Interferonbeta är den första behandlingen som kunnat påverka förloppet vid MS och har därför skapat stora förhoppningar och ett efterfrågetryck. Effekten ses som färre skov och reducerad försämringshastighet. Vid dagens indikation, skovvis återkommande sjukdom, kommer kostnaden för behandlingen att var cirka 20-30 mkr/år inom SLL, men om utfallet blir lika bra för MS-patienter med kroniskt förlopp kommer kostnaderna att öka till cirka 100 mkr/år.
- *Endovaskulär operation av bukaortaaneurysm.* Förebyggande endovaskulär operation vid bukaortaaneurysm har utvecklats till en kliniskt vedertagen metod. Ingreppet är mer skonsamt för patienten och minskar resursåtgången i den slutna vården. Perioperativa dödligheten minskar. Cirka 20 % av alla förebyggande behandlingar sker med endovaskulär operation, vilket torde röra sig om ett 50-tal/år inom SLL. Kostnaden för materiel ökar medan vårdkostnaden minskar.
- *Implanterbar defibrillator.* Denna defibrillator kan kontinuerligt övervaka, upptäcka och behandla allvarliga rytmrubbningar i hjärtats kammare. Målgruppen består i dag av cirka 60-80 individer/år inom SLL. Nya forskningsresultat indikerar att alla patienter med nedsatt vänsterkammarfunktion efter en hjärtinfarkt kan ha samma skydd, vilket skulle öka målgruppen till 2-300 individer per år. Dödligheten reduceras med cirka 30-40 % under studieperioderna. Behandlingen

kostar 350-400 tkr per individ (idag 25 mkr för SLL; i morgon eventuellt upp till 160 mkr) med betydande uppföljningskostnader. Kostnaden per vunnet levnadsår beräknas till 0.7-1.8 mkr.

- *Magnetic Resonance Imaging (MRI)*. MRI användningen har ökat kraftigt inom öppenvården i Stockholm. Metoden ger en ökad och säkrare information och är därför ett hjälpmedel till säkrare diagnostik och därmed pricksäkrare behandling. Det har därför skett en glidning i indikationer, bland annat på grund av den goda tillgången på utredningskapacitet. I ett nytt avtal från 2003 har emellertid produktionstak för öppenvård införts, samt krav på användande av guidelines för bilddiagnostik. Kapaciteten för MRI på akutsjukhusen har under 2002 varit begränsad, så att vissa patienter med komplicerad sjukdom har kommit att få vänta avsevärt längre än den öppna vårdens patienter. På sikt kommer MRI att ersätta annan diagnostik och priserna kommer också att kunna pressas, vilket gör att kostnadseffektiviteten ökar avsevärt. Kostnaderna för MRI låg år 2001 på 110 mkr för akutsjukhusen och 180 mkr för den öppna vården. Prognosen för 2003 är en total kostnad på 160 mkr för den öppna vården genom nya, begränsande vårdavtal.
- *Digitalisering av bilder*. En snabb utveckling av bildframställningsteknik kommer att förenkla många diagnostiska procedurer både för patienten och för utredningspersonalen. Under det närmaste två åren kommer alla radiologiska laboratorier att vara digitaliserade. På ett liknande sätt kommer de fysiologiska och neurofysiologiska laboratorier att digitaliseras under de närmaste åren. Digitaliseringen gör att jourhavande läkare kan bidra till diagnostik på distans både som jour i hemmet och för egna sjukhuset och jour mellan sjukhus. Bildöverföring till öppenvårdenheter kan göra att läkare och patient tillsammans kan studera bilder och dra gemensamma slutsatser. Investeringskostnaden för digitaliseringen läggs på respektive producent, vilket innebär en investering på i storleksordningen 100-150 mkr för ett stort sjukhuslaboratorie. Kostnaden fördelas också på fler år genom uppreglering av prisbilderna.

De nämnda områdena är bara en del av all medicinsk och teknologisk utveckling som är på väg. För att positivt möta denna utveckling måste strategier tagas fram för att styra införandet och en genomlysbar prioriteringsprocess behöver föregå beslut om vad skattemedlen skall disponeras för. Samtidigt måste sämre metoder fasas ut, så att ett utrymme kan skapas till omprioriteringar och därmed förhindra en ohållbar kostnadsutveckling.





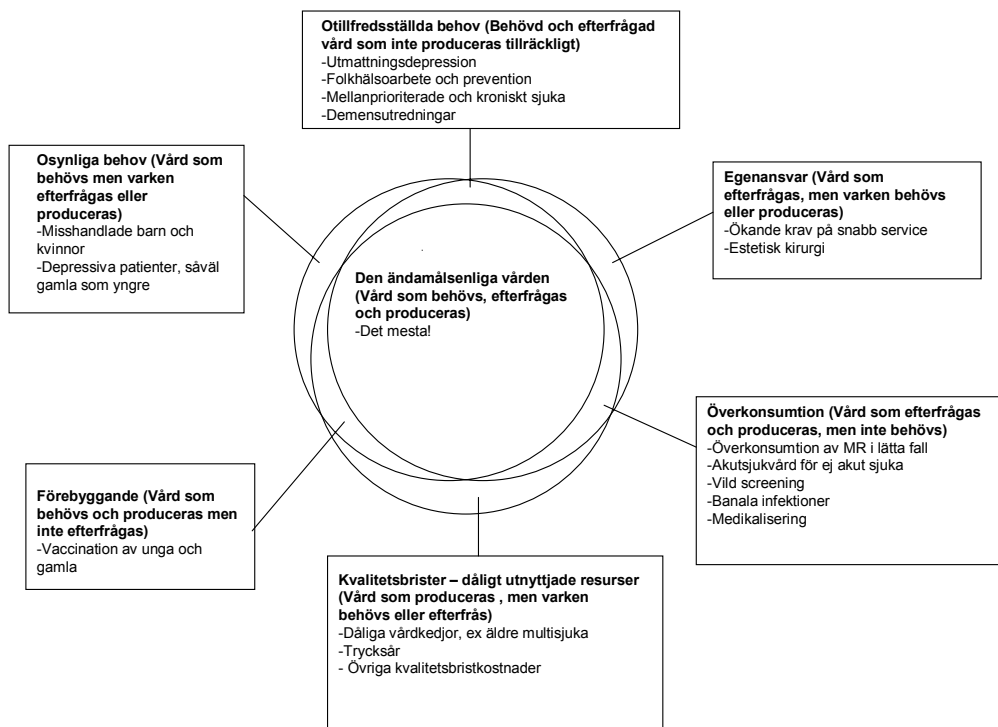
## Kartläggning av behov, efterfrågan och utbud

### Analysmodellen

Uttrycken behov, efterfrågan och utbud används här i följande betydelse: Behov av vård är den vård som befolkningsföreträdarna anser att skattemedlen skall fördelas till, d.v.s. Landstingsuppdraget. Efterfrågan av vård är patientens önskan att få del av vårdutbudet. Slutligen står utbud för den vård som de facto erbjuds och konsumeras.

De tre perspektiven kan illustreras av var sin ring representerande en *beskrivning av nuläget* i hälso- och sjukvården. Det ideala tillståndet är då alla tre ringarna överlappar varandra. Så är fallet inte idag, dock föreligger sannolikt en hög grad av samstämmighet. I det medicinska programarbetet använder vi figuren som en utgångspunkt för att särskilt beskriva de områden där behov, utbud och efterfrågan *inte* stämmer överens.

Nedanstående beskrivningar är huvudsakligen hämtade från de 15 årsrapporterna, och i övrigt anges källa.



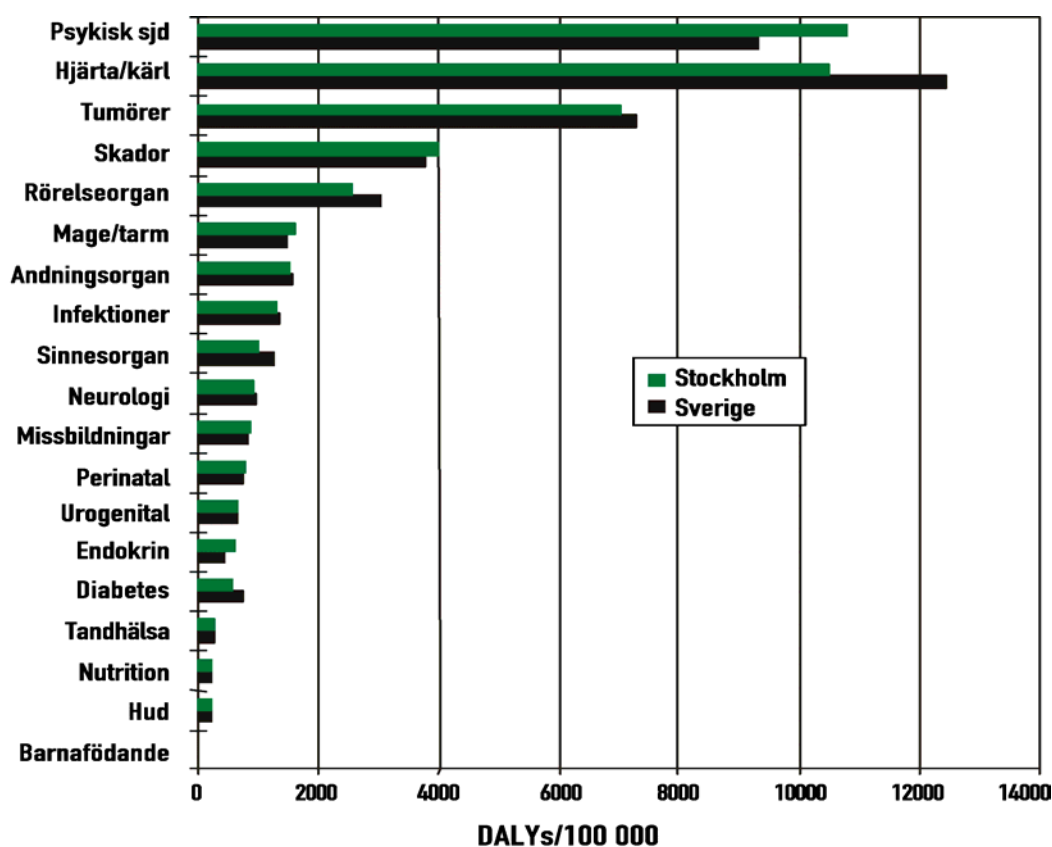
## Dominerande behovsgrupper

(Källa "Beställarplan och budget 2003-2005, gemensam del")

En studie i Stockholm 1998 visade att de fem diagnosgrupper som bidrar mest till sjukdomsbördan i befolkningen är

- psykiska sjukdomar
- hjärt-kärlsjukdomar
- tumörer
- skador
- sjukdomar i rörelseorganen

En bild av sjukdomsbördans fördelning på olika sjukdomsgrupper i Stockholms län jämfört med riket återfinns i nedanstående figur.



*Akut hjärtinfarkt* är en ledande dödsorsak. I Stockholms län insjuknar varje år ungefär 5 600 personer i denna sjukdom. Sedan början av 1980-talet har incidensen i akut hjärtinfarkt minskat väsentligt i Stockholms län liksom i landet i övrigt.

**Stroke** är tredje vanligaste dödsorsak och den vanligaste orsaken till neurologiskt handikapp. Det är dessutom den somatiska sjukdomsgrupp som orsakar flest antal vård dagar på sjukhus i landet.

Diagnostiken av **cancersjukdomar** förbättras ständigt vilket gör att fler tumörer upptäcks i ett tidigare skede då de fortfarande är behandlingsbara. Det är en positiv utveckling, som dock leder till ökade kostnader för sjukvården. Antalet individer som årligen diagnosticeras med någon form av elakartad tumör (cancer) ökar både i riket och i Stockholm-Gotlandregionen. Bröst- och prostatacancer utgör cirka en tredjedel av alla cancerformer varför förändringar i förekomsten av dessa slår igenom starkt i totalstatistiken.

**Psykiska sjukdomar** står för en stor del av funktionsnedsättningen i befolkningen. Dessa sjukdomar drabbar i hög grad individer i arbetsför ålder och de kostar både vården och samhället i övrigt stora pengar. Den dominerande delen av de långvarigt sjukskrivna och förtidspensionerade lider av psykiska sjukdomar eller besvär i rörelseorganen.

**Rörelseorganens sjukdomar** är mycket vanliga både hos män och kvinnor i yrkesverksam ålder. I folkhälsoenkäten 1998 rapporterade 43% av kvinnorna och 31% av männen mellan 23 och 65 år besvär i rörelseorganen minst ett par dagar i veckan. Rörelseorganens sjukdomar har också stora samhällsekonomiska konsekvenser. De utgör 46% av orsakerna till männens och 48% av kvinnornas orsaker till sjukskrivning.

**Allergi, astma och annan överkänslighet** har ökat under de senaste decennierna, framför allt bland barn och ungdomar. Mellan 30 och 40 % av alla svenskar uppger att de har någon form av allergi eller överkänslighet. I länet svarade 54 % av befolkningen mellan 20 och 84 år att de besväras av någon form av allergi och överkänslighet.

**Diabetes** drabbar ca 3 till 4 % av Sveriges vuxna befolkning, varav ca 80 % har s.k. åldersdiabetes (typ 2). Insjuknandet i typ 1-diabetes hos barn under 15 år har ökat sedan 1980-talet. Under den senaste 10-årsperioden har ökningen varit mest markant i den yngsta åldersgruppen 0-4 år vilket pekar på att typ 1-diabetes debuterar allt tidigare.

**Skador** är den vanligaste dödsorsaken bland personer under 45 år. Till akuten på Södersjukhuset kommer en knivskadad person varannan dag och två skottskadade per månad. Knappt 2% av alla vårdade i Sverige under 1996 erhöll skaderelaterade diagnoser. I Tierp fann man i studier av primärvården att skador orsakade 12% av besöken.

## Ökande behov

**Barnsjukvården** har ett ökande patientunderlag främst av följande skäl:

- Ökande antal förlossningar ger snabbt ökande antal spädbarn och småbarn
- Ökat insjuknande i diabetes, allergier, inflammatorisk tarmsjukdom och barncancer
- Ökande överlevnad av svårt sjuka barn med komplicerade missbildningar, mycket för tidigt födda, barn med tumörsjukdomar m.fl. Dessa grupper kräver mycket stor vårdinsats.
- Ökat antal tonåringar efter babyboomen 87-94 belastar fr.a. barnpsykiatrien

**Äldre** - Antalet individer som är 75 år eller äldre ökar i landstinget, f.n. med ca 4 % under tiden 2001-2005. Snabbast ökar andelen "äldre äldre" d.v.s. de över 85 år, här är ökningen ca 6% under samma tid. Variationerna är stora mellan länets olika kommuner. Medborgarna i denna grupp har samtidigt den högsta kostnaden för sjukvård per capita enl. flera hälsoekonomiska studier.

**Depression**- allt tidigare debut i t.ex. depression. Denna sjukdomsgrupp utgör nu och kommer att utgöra i ännu högre grad den största sjukdomsgruppen.

**Kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL)** ökar fortfarande, mest hos kvinnor.

Förekomst av **lungcancer** sjunker hos män men ökar hos kvinnor och liksom tidigare är det den största enskilda cancerdödsorsaken.

**Prostatacancer** är mannens vanligaste cancersjukdom och incidensen ökar årligen. Botande kirurgisk behandling vid prostatacancer har ökat närmast exponentiellt och förväntas öka ytterligare.

Den **ökande bröstcancer** risker förklaras sannolikt av att vissa riskfaktorer, t.ex. hög ålder vid första graviditet och östrogenbehandling vid övergångsbesvär som blivit vanligare i befolkningen.

**Cancerfallen generellt** ökar - Ökningen av nya fall beror i första hand på en förskjutning i åldersprofilen i det svenska samhället. En mindre del av ökningen sammanhänger med en reell ökning av nya fall. Ökningen är störst i storstadsområdena.

**Nya behandlingar för neurologiska sjukdomar**- De senaste årens neurovetenskapliga utveckling har inneburit dramatiska förändringar för flera av dessa patientgrupper. I flera fall kan effektiv behandling nu för första gången erbjudas. I andra fall innebär nya behandlingsmetoder en starkt förbättrad sjukdoms- och livskvalitetsprognos. Viktiga exempel på detta är tillkomsten av invaliditetsförebyggande behandling vid MS samt aktiv blodproppslösande behandling (trombolys) vid hjärninfarkt.

**Trombolysbehandling** vid hjärninfarkt innebär exempelvis i många fall att livslång totalinvaliditet undviks och att patienten kan återgå till ett liv som frisk. Förutsättningen är att patienten kan tillförsäkras diagnostik och behandling inom tre timmar efter insjuknandet.

**Osteoporos** - Tillståndet är idag underdiagnostiserat och sannolikt behöver fler personer utredas och behandlas med läkemedel i förebyggande syfte.

**Allergi och astma** - Allergiska sjukdomar är vanliga i Stockholms län. Andelen invånare med allergiska besvär har ökat under de senaste decennierna och denna tendens har inte visat tecken till avmattning.

**Svåra infektioner** - Medan det totala vårdbehovet för infektioner är oförändrat ökar de komplicerade fallen till följd av en ökad andel invandrare, åldrande befolkning och alltmer avancerade operationer. Mest påtagligt är tbc och multiresistenta stafylokocker (MRSA) men även HIV och kronisk hepatit visar en långsam ökning.

**Övervikt och fetma** - Under 90-talet ökade andelen överviktiga (BMI>25) i länet med drygt 10 %. 1998 var 31 % av kvinnorna och 48 % av männen i åldern 20–64 år överviktiga. Andelen feta (BMI>30) fördubblades under samma tid och var 8 % år 1998. Det finns stora skillnader i andelen feta personer mellan olika sjukvårdsområden, delvis beroende på att före-komsten av fetma är vanligare bland dem som har sämre socioekonomiska förhållanden. Även andelen överviktiga och feta barn och ungdomar har ökat. Under perioden 1971–1995 ökade andelen unga män med BMI över 25 från 5,5 % till 13,4 % och andelen feta till 2,4 %. **Förebyggande åtgärder:** Det finns idag inga säkerställt effektiva preventiva metoder riktade vare sig mot barn eller vuxna. **Behandling och vidmakthållande:** Enligt SBU finns få säkerställda effektiva behandlingsmetoder. Endast kirurgisk behandling har visat långsiktig effekt avseende viktreduktion. (Källa: *Handlingsplan för övervikt*)

### **Patienttrycket**

- Starkare, ”självssäkrare” patient och närstående
- Kunnigare patient och närstående och
- Bättre metoder,

utgör tillsammans en viktig tillgång och ökande resurs i sjukvården men leder också till att patienten kommer att ställa ökade krav på vård och helhetssyn, bemötande, tillgång till personlig kontakt och kontinuitet, och tillgång till de nya effektiva metoderna.

## Minskande behov

### Färre besök på sjukhusakuterna

Sedan 2-3 år har noterats en avstannande ökning och sedan en mindre minskning av antalet besök på sjukhusakuterna. Minskning är framför allt bland de minst behövande (lägsta priogruppen), vilket följer ett önskvärt mönster.

### *Sjunkande incidens av kranskärslsjukdom*

Incidensen i kranskärslsjukdom per åldersgrupp sjunker stadigt sedan flera år. Tills vidare motverkas detta av en ökad ålder i befolkningen. Ett flertal åtgärder börjar ge resultat exempelvis prevention i form av minskad rökning, ökat uppfångande av instabila kranskärslfall, förbättrat omhändertagande i akutskedet av hjärtinfarkt och en effektivare eftervård.

### *Tidigt insatt behandling vid reumatoid artrit leder till färre vårdtillfällen och minskande behov av rehabilitering*

Nya behandlingsformer vid reumatoid artrit förbättrar livskvalitet, reducerar förvärrning av leder och minskar därmed på sikt behovet av sjukvårdsinsatser (rekonstruktiv kirurgi; sjukhemsvård e t c).

### *Färre färdigbehandlade ligger kvar på sjukhusens slutenvårdsplatser*

Den slutna vårdens platser kan ses som ett dragspel där även kommunens omsorgsplatser är en viktig del av vårdkedjan. Under sista året har många av sjukhusens vårdplatser frigjorts för sjukvård, då patienterna kunnat omhändertagas i de efterföljande länkarna i vårdkedjan.

## Behov > utbud

**Prevention** - Uppemot 60% av den åtgärdbara sjukligheten i SLL är livsstilsrelaterad. Man finner att tobaksbruk är den största enskilda orsaken (8-9%) följd av fysiskt inaktivitet (7%), blodtrycksförhöjning (5-6%), alkohol (4-5%), övervikt (4-5%), för lite frukt och grönt (3-4%) och kolesterolförhöjning (3%) – d.v.s. en dominans av potentiellt behandlingsbara beteenden. Tobaken kostar SLL 2-3 miljarder/år och ca 9 miljoner/år satsas på tobaksförebyggande. Fortsatt rökning omintetgör eller stör många av vårdens behandlingsinsatser (ex. kirurgi, anestesi, kroniska sjukdomar)

Prevention skulle kunna vara en av primärvårdens huvuduppgifter. I dagens pressade situation hamnar detta längst ner på listan. Arbetssätt är multiprofessionellt och tvärdisciplinärt vilket också lämpar sig väl för preventiva insatser

### **Åldersrelaterade demenstillstånd**

I Stockholm kan antalet individer med åldersrelaterad demens f.n. beräknas till ca 20 000. Antalet nytillkomna personer med symtom (minnesrubbingar framför allt) där demens kan misstänkas torde utgöra ca 5000.

Utredningskapaciteten bör dimensioneras efter detta. Idag klaras ungefär 3000 demensutredningar vid de geriatriska klinikerna.

### **Äldre med psykisk sjukdom**

Förstämningssymtom av så allvarlig natur att de åsättes den medicinska diagnosen Depression drabbar ungefär var sjätte ålderspensionär. Patientgruppen i Stockholms län kan således beräknas till ca 40 000- 45 000 individer. – orsaker okunskap och attityder bl.a.

I vårt landsting finns ”öar” som utgör goda exempel på äldrepsykiatrisk vård. Någon övergripande koncept för hur landstinget skall möta behoven av äldrepsykiatrisk vård föreligger ej. En gemensam beställarstrategi för landstinget behövs i detta avseende.

**Gynekologi** - Enligt olika tillgängliga uppgifter är behovet härvidlag inte tillfredsställt och bristande kapacitet i detta avseende kan delvis avläsas i siffror från gynekologisk akutmottagning där antalet patienter ökar år från år.

**Psykisk ohälsa** - 8% av Stockholms läns befolkning mellan 20-64 år har ett ouppfyllt vårdbehov på grund av psykisk ohälsa. Lågt räknat är detta 80 000 personer. Detta är i de flesta fall helt botbara tillstånd som orsakar ett stort lidande (PART).

Efter Psykiatrireformen har psykiatrisk slutenvård har minskat. Minskningen av slutenvårdsplatser har delvis kompenseras med att flertal patienter efter korta vårdtider placerats utanför länet, vilket har bidragit till det facto längre vårdtider och avsevärt försämrade rehabiliteringsmöjligheter. **Utveckling av samverkan med kommunen, ökad satsning på boendeformer i närmiljö.**

**Hjärtinfarkt** – 50% av dödsfallen i hjärtinfarkt utanför sjukhuset vilket är ett problem. Större ansträngningar med snabbt omhändertagande kan minska dödsfallen i hjärtinfarkt utanför sjukhusen.

**Övervikt och fetma** - Efterfrågan på preventiva insatser, vård och behandling är större än det utbud som idag erbjuds.

### **Cancer**

- Väntetiderna för avancerad bilddiagnostik av tumörsjukdomar samt för strålbehandling har varit och är fortfarande oacceptabelt långa.
- Brist på slutenvårdsplatser för cancersjukvård.
- Psykosocialt stöd: högspecialiserade resurser är otillräckliga.
- Bröstrekonstruktioner - Behovet av bröstrekonstruktioner efter cancerkirurgi ökar markant och produktionen motsvarar ej behovet. Stora regionala skillnader föreligger i länet för vårdutbudet.

**Hörsel och Yrsel** - Behovet av utredning och behandling av hörsel- och yrselsjukdomar överstiger produktionen med långa köer som följd.

## Gap mellan praxis och best practice och dåligt använda resurser

**Psykiatri** - utöka utbildningsinsatser i nya, effektiva behandlingsmetoder t.ex. kognitiv psykoterapi.

**RA och smärta** - Det finns ett starkt vetenskapligt underlag för att det tidigt i sjukdomsförloppet vid t.ex. reumatoid artrit finns ett så kallat behandlingsfönster, det vill säga en kort tidsperiod där rätt insatt behandling kan ha betydligt bättre effekt både omedelbart och på lång sikt. Inflammationen skall hävas inom några månader efter insjuknandet för att förhindra uppkomst av bestående handikapp och destruktion av leder. På samma sätt vid debut av smärta, som inte snabbt går över, skall denna redan efter ett par månader diagnostiseras och behandlas adekvat för att minska risken för ett kroniskt, livslångt smärttillstånd med handikapp.

Vårdkedjan mellan primärvårdsläkare och specialistmottagning är helt avgörande för att rätt patient skall kunna komma till rätt behandling i tid.

**Hjärta, kärl** - Bättre vårdkedjor mellan sjukhus och primärvård kan på sikt leda till bättre förebyggande behandling både primär och sekundärpreventivt

**Diabetes typ 1** - Besöksfrekvensen för kända typ-1 diabetiker i länet är betydligt lägre än den nivå som definieras i landstingets handlingsplan. Detta skulle möjligen kunna betyda en viss underbehandling av diabetespatienterna, i synnerhet som siffror från tre av sjukhusen visar att endast ca en tredjedel av patienterna når målnivån för kvalitetsindikatorn HbA1c.

**Trycksår** - En studie från Nederländerna (1999) redovisade resultat som tydde på att vården av patienter med trycksår var den tredje största utgiftsposten för hälso- och sjukvårdssystemet- efter hjärt/kärlsjukdom och cancer.

**Medicinsk service** - Säker och kostnadseffektiv medicinsk service är en förutsättning för bra resultat och omfattar drygt 12 % av sjukvårdskostnaderna exklusive kostnader för läkemedel.

Utvecklingen av medicinsk service under senare år har visat på en accelererad teknisk utveckling. Möjligheterna att med medicinska servicefunktioner lösa sjukvårdsproblem har dramatiskt ökat under senare år med många nya tekniker. Kunskapen om dessa möjligheter behöver föras ut till vårdens olika nivåer så att rätt användning av Medicinsk service garanteras. Medicinsk service kan vara kostnadsdrivande men samtidigt kostnadsreducerande. Motto: "Rätt medicinsk service till rätt patient med rätt metod på rätt plats till rätt kostnad".

Alla användare av Medicinsk service skall vara informerade om alla nödvändiga delar därom genom rekommendationer, guidelines, information och resultatuppföljning. Genom rätt användning av Medicinsk service kan vårdtider och vårdtillfällen reduceras.



**”Vild” screening**

- prostata - Trots att screening för prostatacancer genom blodprov ännu ej har rekommenderats p.g.a. för lågt prediktivt värde, så är efterfrågan på denna provtagning mycket stor. Detta kan förorsaka mycket oro och sekundära vårdkontakter innan ett falskt positivt värde är utrett.
- Det förekommer en omfattande s.k. opportunistisk screening vid sidan av organiserad screening med mammografi och gynekologisk hälsokontroll. Denna bör ej finansieras med allmänna skattemedel.

**”Ej akut sjuka” på akuten** - Flera aktuella studier vid akutmottagningarna visar att fortfarande är 20-30 % av alla sökande (30 % - 40 % av de som hemsänds) inte i behov av akut omhändertagande vid sjukhus utan skulle ha erhållit lika bra eller bättre omhändertagande inom primärvården. De senaste åren kan ett trendbrott skönjas då antalet akutbesök vid akutmottagningarna endast ökat i måttlig omfattning och prognostiseras år 2002 bli oförändrat eller något lägre än 2001. Utvecklingen kan delvis förklaras av en ökad tillgänglighet vid närakutmottagningar. Samtidigt ökar dock antalet akut inlagda vid sjukhusen framför allt i gruppen äldre än 80 år vilket bl.a. beror på bristande medicinskt stöd inom den kommunal vården.

Om universitetssjukhusens akutmottagningar skulle reserveras för ambulanspatienter och patienter som remitterats eller hänvisats (enligt förslaget i utredningen om ett nytt universitetssjukhus) kan antalet akutbesök vid dessa sjukhus halveras och de akuta vårdtillfällena minska med ca 25 %. Verksamheten vid universitetssjukhusen kan då inriktas mot den högspecialiserade vården samtidigt som huvuddelen av bassjukvården överförs till andra sjukhus.

**Kvalitetsbristkostnader** - Det finns idag inga uppgifter om omfattningen av kvalitetsbrister i vården vare sig i Stockholms läns landsting eller i Sverige i övrigt. Däremot finns det internationella studier som beräknar att kostnaderna för bristande kvalitet i hälso- och sjukvården uppgår till 30 – 60% av de totala kostnaderna. (se vidare avsnitt ovan s.21)



## Sammanfattningar från programområdenas årsrapporter

Följande sammanfattningar är hämtade från de årsrapporter varje programområde sammanställt och vilka finns publicerade på Internet: [www.hsn.sll.se/mpa](http://www.hsn.sll.se/mpa) och i tryckt form från: Kontorsservice, Tfn 08/737 49 57, e-post: [kontrosservice@hsn.sll.se](mailto:kontrosservice@hsn.sll.se)

Varje programområde består av berörda specialsakkunniga och omvårdnads-sakkunniga samt en primärvårdsrepresentant och 2-3 beställarrepresentanter. Årsrapporterna är uppbyggda av av SPESAK- och vårdsakrapporterna tillsammans med en gemensam bedömning av hela programgruppen.

Akut omhändertagande  
Barnsjukvård  
Hjärt- Kärl- och Lungsjukdomar  
Kvalitetsutveckling i hälso- och sjukvård  
Kvinnosjukvård  
Medicinsk Service  
Medicin-Kirurgi 1 – endokrinologi, hud- och kön, osteoporos, mag- tarm, övervikt, allergi  
Medicin-Kirurgi 2 – öron- näsa- hals, hörsel, röst- och talrubbningar, plastikkirurgi, tandvård  
Medicin-Kirurgi 3 - cancersjukdomar, hematologi, njursjukdomar, transplantation  
Nervsystemets sjukdomar  
Omvårdnad  
Primärvård  
Psykiatri  
Rörelseorganens sjukdomar  
Äldrevård



## Akut omhändertagande

Inom SLL finns idag sju akutsjukhus. Sjukhusens uppdrag är otydliga och såväl högspecialiserad vård som bassjukvård utförs vid flera av sjukhusen. Flera aktuella studier vid akutmottagningarna visar att fortfarande är 20-30 % av alla sökande (30 % - 40 % av de som hemsänds) inte i behov av akut omhändertagande vid sjukhus utan skulle ha erhållit lika bra eller bättre omhändertagande inom primärvården. De senaste åren kan ett trendbrott skönjas då antalet akutbesök vid akutmottagningarna endast ökat i måttlig omfattning och prognostiseras år 2002 bli oförändrat eller något lägre än 2001. Utvecklingen kan delvis förklaras av en ökad tillgänglighet vid närakutmottagningar. Samtidigt ökar dock antalet akut inlagda vid sjukhusen framför allt i gruppen äldre än 80 år vilket bl.a. beror på bristande medicinskt stöd inom den kommunala vården.

Om universitetssjukhusens akutmottagningar skulle reserveras för ambulanspatienter och patienter som remitterats eller hänvisats (enligt förslaget i utredningen om ett nytt universitetssjukhus) kan antalet akutbesök vid dessa sjukhus halveras och de akuta vårdtillfällena minska med ca 25 %. Verksamheten vid universitetssjukhusen kan då inriktas mot den högspecialiserade vården samtidigt som huvuddelen av bassjukvården överförs till andra sjukhus.

- Den medicinska och medicintekniska utvecklingen leder till ökade kompetens- och resurskrav inom akutsjukvården (ex vid omhändertagande av strokepatienter)
- En fortsatt strukturförändring av akutsjukvården blir nödvändig med koncentration av den högspecialiserade akutvården och samtidigt en utveckling av närsjukvården
- Närsjukvården skall svara för tillgänglighet och trygghet och bör omfatta följande samlokaliserade komponenter - primärvård, sjukvårdsrådgivning med koordinatorfunktion, specialistmottagningar, närakutmottagning, (geriatriska) vårdplatser, hemsjukvårdsorganisation och specialiserad sjukvård i hemmet (ASIH)
- Genom hög tillgänglighet med korta väntetider såväl vid telefonkontakt som för besök kan närsjukvården möta efterfrågan på vård och antalet "onödiga" besök vid akutsjukhusen reduceras.



## Barnsjukvård

Antalet förlossningar beräknas under innevarande tioårsperiod öka från som lägst 20 000 1998 till 27 000 år 2007. Dessutom sker en viss inflyttning av barn pga att unga familjer dras till Stockholm. De ökande födelsetalen märks omedelbart inom barnsjukvården eftersom de nyfödda och småbarnen är de helt dominerande vårdkonsumenterna inom både öppen och slutna vård. Allmänläkarna tar hand om hälften av 650.000 öppenvårdsbesöken av barn och de ser relativt fler barn i förskole- och skolåldern än barnspecialisterna men de ser även många spädbarn. Barnspecialisterna tar hand om hälften av återstoden resten fördelar sig på ett stort antal specialiteter, barnområdet har ett vitt spektrum av sjukdomar. Den slutna vården av barn sker i huvudsak på de tre barnsjukhusen och barnkirurgin är samlad till Astrid Lindgrens Barnkliniker. Stockholm har det lägsta antalet slutenvårdsplatser per 10.000 barn av alla landsting i Sverige, trots att vi har en del regionvård.

Barnsjukvården har ett ökande patientunderlag främst av följande skäl:

- Ökande antal förlossningar ger snabbt ökande antal spädbarn och småbarn.
- Ökat insjuknande i diabetes, allergier, inflammatorisk tarmsjukdom och barncancer.
- Ökande överlevnad av svårt sjuka barn med komplicerade missbildningar, mycket för tidigt födda, barn med tumörsjukdomar m.fl. Dessa grupper kräver mycket stor vårdinsats.
- Ökat antal tonåringar efter babyboomen 87-94 belastar fr.a. barnpsykiatrien.

Barnsjukvården har det största rådgivningsbehovet av alla, vilket är mycket resurskrävande. Det kanaliseras via Barnvårdscentraler, primärvårdsmottagningar av alla kategorier, sjukvårdsupplysning, Vårdguiden men även via barnklinikernas akutmottagningar som har en sjuksköterska kontinuerligt sysselsatt med telefonrådgivning. Den sjunkande vaccinationsföljsamheten ställer ytterligare krav på individuell rådgivning.

Barnsjukvården f.f.a. barnmedicin har en stor säsongvariation med tunga belastningstoppar vintertid under infektionssäsongen. I kombination med liten andel elektiv vård att minska på och att Stockholm har lägsta antalet slutenvårdsplatser per 10 000 barn i landet gör detta att situationen tidvis är hårt pressad, vilket är en orsak till stor personalomsättning.

Barnsjukvården har en stor brist på utbildad personal av alla kategorier inklusive barnläkare och situationen förvärras framöver p.g.a. de stundande stora pensionsavgångarna. Främst drabbar personalbristen verksamheterna av intensivvårdskaraktär, bl.a. har nyföddhetsvården tidvis tvingats hänvisa patienter till andra landsting. De fåtaliga platserna har ej alltid kunnat hållas öppna p.g.a. personalbrist.

## Hjärt- kärl- och lungsjukdomar

### Hjärtsjukdom

#### *Hjärtinfarkt*

Fortfarande är hjärtinfarkt den vanligaste dödsorsaken för både män och kvinnor i Stockholm. Antalet patienter med s.k. akut koronar syndrom (liten hjärtinfarkt eller instabil kärlkramp) ökar, speciellt kvinnliga patienter. Antal patienter som vårdats på hjärtintensivavdelningarna i Stockholm är dock oförändrat sannolikt beroende på en minskning av patienter med hjärtinfarkter. Alltjämt sker merparten av dödsfallen i hjärtinfarkt utanför sjukhuset vilket är ett problem.

#### *Hjärtsvikt*

Allt fler hjärtsviktsmottagningar öppnar. Många är sköterskebaserade. Olika kliniska fysiologundersökningar vid hjärtsvikt t.ex. ultraljud på hjärtat (hjärtekokardiografi) har drabbats av långa väntetider och en utredning pågår inom Medicinska Program Arbetet, HSN, om över- och underanvändning av dessa metoder. Stora ansträngningar göres att förbättra vårdkedjor mellan sjukhus och öppen vård samt förfina ekokardiografisk diagnostik.

#### *Rytmrubbningar*

Behovet av invasiv och noninvasiv diagnostik och åtgärd ökar varför alltfler speciella arytmimottagningar skall öppnas. Tyvärr föreligger besvärade väntetider när det gäller arytmikutredning och ett stort utbildningsbehov föreligger.

### Perifer kärlsjukdom

Den endovaskulära kirurgin är utvecklingsområdet när det gäller artärsjukdomar. Flertalet patienter med dessa sjukdomar röker.

### Lungsjukdomar

Kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) ökar fortfarande, mest hos kvinnor. Förekomst av lungcancer sjunker hos män men ökar hos kvinnor och liksom tidigare är det den största enskilda cancerdödsorsaken. När det gäller KOL är rökstopp fortfarande den enda behandlingen.



- Bättre vårdkedjor mellan sjukhus och primärvård kan på sikt leda till bättre förebyggande behandling både primär och sekundärpreventivt med individuell riskstratifiering ledande till en helhetssyn.
- Större ansträngningar med snabbt omhändertagande kan minska dödsfallen i hjärtinfarkt utanför sjukhusen.
- Ökad medvetenhet om könsskillnader i diagnostik, sjukdomsförlopp och behandling.
- Ökad satsning på hjärtrehabilitering för bägge könen.
- En kraftansamling bör göras för att få stockholmarna att sluta röka

## Kvalitetsutveckling i hälso- och sjukvården

**Kvalitetsutveckling** i hälso- och sjukvården förutsätter att kvalitetsmål har satts upp för verksamheten och att mått – kvalitetsindikatorer – har tagits fram för att mäta och följa upp målpuppfyllelsen. Det krävs också kunskap om vilka förändringar, som behöver göras för att uppnå den goda vården.

Förbättringsarbetet ska inriktas på att göra hälso- och sjukvården kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, patientfokuserad, effektiv och jämlik. Den skall också ges i rimlig tid.

**Syfte och mål med vård och behandling** för specifika sjukdomsgrupper samt kvalitetsindikatorer för uppföljning definieras inom MPA/Q. Övergripande mål för hälso- och sjukvården formuleras i beställarplaner.

**Uppföljningen** är den motor som skapar dynamiken i kvalitetsutvecklingen. Tyvärr stöds inte uppföljning av kvaliteten i vårdkedjan av nuvarande informationssystem inom hälso- och sjukvården i SLL. Det är därför en viktig uppgift för MPA/Q att öka användningen av de befintliga kvalitetsregistren för detta ändamål. För det ändamålet har ett nätverk av engagerade kvalitetsregister användare etablerats. MPA/Q stöttar samtidigt utvecklingen av informationssystem i SLL för att möjliggöra uppföljning av vårdens kvalitet.

Uppföljning med syfte att främja kvalitetsutveckling i vården sker bäst i dialog mellan beställare och vårdgivare, vilket ställer krav på kapacitet hos beställaren i form av kompetens och tid. Landstingets instrument och metod för uppföljning av system för kvalitetsutveckling - LAGE – har tagits i bruk under 2002. Hittills påbörjade och genomförda utvärderingar visar på ett förbättringsbehov hos vårdgivarna vad gäller systematik i angreppssätt och tillämpning och kopplingen till resultatuppföljning. Mycket goda ansatser för att utveckla kvaliteten görs över lag men ofta utan tydlig relation till förbättringsmål och övergripande strategier. Akutsjukhusens kvalitetsredovisning till årets HSN- bokslut bekräftar uppfattningen.

- *Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård.* Det är vanligt att vårdgivaren säger ATT vårdprogram följs men mått och mätningar, som säkerställer detta, förekommer endast sparsamt. Här finns en förbättringspotential!
- Begärd redovisning av utfall i nationella kvalitetsregister görs öppet av i princip samtliga sjukhus, vilket är glädjande. På sikt är en förbättringsmöjlighet att redovisa trender över tid och effekter av genomfört kvalitetsutvecklingsarbete.
- *Säker vård.* Praktiskt taget alla vårdgivare säger sig ha ett avvikelshanteringssystem – men redovisningen av utfall och effekt av vidtagna åtgärder är i allmänhet begränsad. Här finns en förbättringspotential!
- *Patientfokuserad vård* Ett instrument för att mäta hälsorelaterad livskvalitet – EQ-5D– har prövats och kommer att införas som generellt mått på patientnytta.
- *Effektiv vård.* Ett exempel på onödig resursförbrukning i vården är t ex förekomsten av icke-särskilt berättigade MR-undersökningar (36%). Det torde finnas många sådana exempel på slöseri med resurser som om de åtgärdades skulle göra vården och resursanvändningen i vården mer effektiv.

## Kvinnosjukdomar och andrologi

### Förlossningsvården

En övergripande målsättning för alla kliniker har under året varit att begränsa hänvisningar av födande kvinnor till förlossningskliniker inom och utom länet, vilket också i stor utsträckning kunnat genomföras. Med tillskott från den pågående utbyggnaden vid Huddinge Universitetssjukhus och planerad utbyggnad vid Södersjukhuset bör de närmaste två årens förväntade förlossningar klaras, men möjligen kan hänvisningsfrekvensen inom länet stiga igen. Det är brådskande att besluta om ytterligare utbyggnad av kapaciteten för att ta emot 2.000 - 2.500 förlossningar, vilka bör finnas tillgängliga från år 2005. Dagens arbete bör också fokusera på utbyggnad av vårdkedjor mellan mödravårdscentraler och förlossningsenheter. Förlossningsvården och neonatalvården måste byggas ut i samråd.

### Gynekologi

Kvinnosjukvården innefattar hela åldersspektrat från spädbarnsålder till åldrade patienter. Under en stor del av kvinnans liv är gynekologen/obstetrikern den läkare som hon oftast behöver råd och hjälp av. Gynekologisk sjukvård utförs av många producenter från den slutna vårdens kvinnokliniker till öppenvårdsspecialister inom privat- och offentlig regi samt inom primärvården. Statistik föreligger beträffande ett flertal av dessa producenter men när det gäller andelen gynekologisk sjukvård inom primärvården är dessa siffror svåra att erhålla. En stor del av den gynekologiska vården sker sålunda i öppen vård. Enligt olika tillgängliga uppgifter är behovet härvidlag inte tillfredsställt och bristande kapacitet i detta avseende kan delvis avläsas i siffror från gynekologisk akutmottagning där antalet patienter ökar år från år.

### Gynekologisk onkologi

Man kan räkna med en ökning av antalet kvinnor som insjuknar med gynekologisk cancer där ändringar i befolkningsstrukturen är en av flera orsaker. Samtidigt botas fler kvinnor med bättre behandlingsmetoder och fler lever längre tid med sin sjukdom. Det psykosociala omhändertagandet behöver förbättras. Brist på välutbildade läkare och övrig personal är ett hot. Ojämn fördelning av resurser inom regionen medför att en del patienter vårdas på fel nivå.

Utebliven registrering/redovisning av behandlingsresultat utgör hinder för utvecklingen.

- Förlossningskapaciteten har räckt till under året men vidare utbyggnad i samverkan med Neonatalvården brådskar. Årets ökade antal förlossningar uppgick till 1.762.
- Ökad satsning på eftervårdsplatser samt förbättrade vårdkedjor MVC - Förlossning/BB - MVC - BVC är nödvändigt.
- Operationskapaciteten för prolaps- och inkontinenspatienter har varit tillräcklig under året. Kö finns för utredning av inkontinens.
- Tonårsaborterna har ökat med 30 %. Forsatt satsning på Ungdomsmottagningar är viktigt.
- Väntetiden till abortingrepp kan tidvis vara så lång att kvinnan ej kan välja medicinsk abort.
- Ökande efterfrågan på IVF, SLL finansierar idag endast 50 % av utförd IVF.
- Omotiverat täta gynekologiska hälsokontroller behöver inte finansieras av landstinget.
- Området både har och förutser personalbrist.

## Medicinsk Service

Den samlade beteckningen Medicinsk Service omfattar följande områden:

*Laboratoriemedicinska specialiteter:* Klinisk kemi, Klinisk bakteriologi, Klinisk virologi, Klinisk immunologi, Patologi/klinisk cytologi, Klinisk farmakologi, Klinisk genetik och transfusionsmedicin.

*Bild- och funktionsdiagnostiska specialiteter:* Medicinsk radiologi, Nuclearmedicin, Klinisk fysiologi och Klinisk neurofysiologi.

*Sjukhusfysik och Medicinsk teknik* verkar som stöd för dessa och andra specialiteter.

Omfattning, kvalitet och tillgänglighet av medicinsk service är avgörande för vilken sjukvårdsverksamhet som kan bedrivas och med gott resultat inom både slutna och öppna vård. Dålig vård är kostsam för både patient och hälso- och sjukvården. Diagnosen är viktig ur behandlingsaspekt och det är viktigt att följa upp den. Informations- och utbildningsområdet har ett stort ansvar vad gäller universitets- och sjukhusförankring.

Medicinsk service beräknas oförändrat sedan 2001 omfatta drygt 12 % av sjukvårdskostnaderna exklusive kostnader för läkemedel. Medicinsk service kan vara kostnadsdrivande men samtidigt kostnadsreducerande. Motto: " Rätt och säker medicinsk service till rätt patient med rätt metod på rätt plats till rätt kostnad".

Utvecklingen av medicinsk service under senare år har visat på en accelererad teknisk utveckling med möjligheter att med medicinska servicefunktioner lösa sjukvårdsproblem. Kunskapen om nya metoder och tillvägagångssätt behöver systematiskt föras ut till vårdens olika nivåer så att rätt användning av Medicinsk Service garanteras. Detta kan exempelvis ske genom Medicinska Programarbetets medverkan i samarbete med regionala professionella organisationer.

De regionala vårdprogrammen är mycket viktiga instrument för användning av medicinsk service för att införa guidelines och kvalitetsmått. Cirka en tiondel av sjukvårdskostnaderna hänförs till läkemedelskostnader. Detta ställer särskilda krav på läkemedelsexpertis och utbildning för rationell användning av läkemedel varför klinisk farmakologisk kompetens behövs. Rekryteringsbehovet är stort av bl. a. patologer, radiologer och biomedicinska analytiker

Genom beställarfunktionen kan utbudet av medicinsk service kontrolleras såväl avseende volym som de totala kostnaderna.

Insatsbehov:

- Riktlinjer för rätt användning av medicinsk service
- Kvalitetsmått och uppföljning
- Informations- och kommunikationssystem utvecklas och säkerställs
- Rekryteringsfrågor – alla yrkeskategorier





## Medicin – Kirurgi 1

– endokrinologi, hud- och kön, mag-tarm, övervikt, allergi, osteoporos

Medicin-Kirurgi 1 omfattar till stor del kroniska sjukdomstillstånd vars förekomst i befolkningen visar en ökande tendens. Det gäller för såväl diabetes som osteoporos, astma/allergi och övervikt. Flertalet av dessa sjukdomar handläggs såväl i primärvård som i akutsjukvården. Utveckling och tillämpning av gemensamt utarbetade vårdprogram är avgörande för att säkerställa god samverkan om de enskilda patienterna och en hög kvalitet i vården. Individinriktade insatser för att förebygga att sjukdomen förvärras och komplikationer tillstöter är som regel mycket kostnadseffektiva. Tillgängliga uppgifter från kvalitetsregister visar på allt bättre resultat under de senaste tio åren. Komplikationer blir allt mer sällsynta när det gäller t ex diabetes och astma.

### Diabetes

Ca 60 000 individer har diabetes- diagnos i Stockholm. Detta motsvarar en prevalens av 3-4 % av invånarna. Av flera skäl kan en ökning förväntas. För barn har en ökning redan kunnat påvisas. Tidigare genomförd begränsad screening för diabetes inom länet aktualiserar frågan om ställningstagande till ytterligare screening för diabetes.

Dagens vårdplatstillgång bedöms vara tillräcklig. Däremot finns ett stort behov av dagvård för insulininställningar, fotsårshandling mm. Till viss del bedöms denna kunna förläggas till primärvården. På de vanliga husläkarmottagningarna bör diabetesverksamhet profileras med särskild diabetessköterska, fotsjukvårdare och läkare i teamarbete. För svåra typ 2-fall behöver goda samverkansformer utvecklas mellan sjukhusspecialister och allmänläkare

### Osteoporos

Osteoporosmottagningar finns vid Karolinska sjukhuset och Huddinge Universitetssjukhus. Utrustning för bentäthetsmätning finns idag vid ett stort antal vårdenheter.

Behovet av slutenvård vid osteoporos hänför sig väsentligen till frakturerna. Utredning och behandling görs i öppenvård, i första hand av allmänläkare. Tillståndet är idag underdiagnostiserat. Fler personer behöver behandlas med läkemedel i förebyggande syfte.

## Allergisjukdomar och astma

Andelen invånare med allergiska besvär har ökat under de senaste decennierna. Denna tendens visar inga tecken till avmattning. Cirka 130 000 invånare har astma, varav ca 5 000 – 10 000 beräknas ha svår sjukdom. Eksem drabbar ca 300 000 invånare. Ca 25 000 av dessa beräknas ha svåra besvär.

Allergisk snuva och ögonkatarr, s.k.hösnuva besväras cirka 400 000 invånare i Stockholms län.

Kunskaper som möjliggör primär prevention av allergi saknas fortfarande i stor utsträckning. Vaccination mot astma, s.k.specifik immunterapi (SIT) har fått ökad aktualitet vilket reser krav på hälsoekonomisk analys av kostnadseffektiviteten. För vuxenallergologin är den lilla slutenvården tillräcklig. Behovet av öppenvård är svårt att bedöma. Möjligen behövs en viss utökning av antalet allergologer med hänsyn till tillståndens ökande utbredning och dagens köer. Det är viktigt att försäkra sig om att primärvården och annan öppenvård har tillräcklig kompetens för att klara sitt åtagande. För barnallergier bedöms dagens öppenvård i form av barnläkare och allmänläkare vara tillräcklig fränsett ett ökat behov av immunterapi.

## Dermatologi och venerologi

Patienter med hudtumörer, eksem, sexuellt överförda infektioner (STI) och bensår ökar i antal. Nya behandlingsmöjligheter förväntas på kort sikt inom ”smalare” patientgrupper, främst de med autoimmuna tillstånd samt på längre sikt de med ärftliga sjukdomar.

P.g.a. det växande antalet remisser behöver den öppna vården dock sannolikt förstärkas med ytterligare enstaka öppenvårdsmottagningar.

## Infektionssjukdomar

Medan det totala vårdbehovet är oförändrat ökar de komplicerade fallen till följd av en ökad andel invandrare, åldrande befolkning och alltmer avancerade operationer. Mest påtagligt är tbc och multiresistenta stafylokocker (MRSA) men även HIV visar en långsam ökning.

Slutenvårdskapaciteten bedöms tillräcklig f n förutom att vårdplatsberedskap för epidemier saknas. På öppenvårdssidan finns ett visst behov av utökade resurser. Vissa akutsökande bör dock kunna omfördelas till primärvården.

## Medicinsk gastroenterologi

De stora sjukdomsgrupper som behandlas av gastroenterologer är irritable colon (IBS), dyspepsi och gastroesophageal reflux. Tillsammans drabbar dessa ca 15-20 % av befolkningen. Tyngdpunkten har förskjutits från slutenvården till dagvård och öppenvård och denna utveckling förväntas fortsätta. Det föreligger en viss brist på dagvårdsplatser. En del av dagens öppenvårdsbesök

bedöms kunna flyttas till primärvården under förutsättning att lokal kompetens kan säkerställas och nära samarbete upprätthållas.

### **Övervikt**

Förekomsten av övervikt i Stockholms läns landsting har konstant ökat under de senaste decennierna. 1998 var 31 % av kvinnorna och 48 % av männen i åldern 20–64 år överviktiga. Andelen feta (BMI>30) fördubblades under samma tid och var 8 % år 1998. Det finns stora skillnader i andelen feta personer mellan olika sjukvårdsområden, delvis beroende på att förekomsten av fetma är vanligare bland dem som har sämre socioekonomiska förhållanden. Även andelen överviktiga och feta barn och ungdomar har ökat.

Det finns idag inga säkerställt effektiva preventiva metoder riktade vare sig mot barn eller vuxna. Enligt SBU finns få säkerställda effektiva behandlingsmetoder. Endast kirurgisk behandling har visat långsiktig effekt avseende viktreduktion. Att gå ner i vikt och att behålla vikten utgör två skilda faser som behöver olika stöd. Det är viktigt att vårdgivaren uppmärksammar, följer och stödjer patienten i det fortsatta arbetet. Beräkningar som tar hänsyn till överviktens betydelse för utveckling av livsstilsrelaterade sjukdomar har bedömt att omkring 4–8 % av de totala kostnaderna för hälso- och sjukvård betingas av övervikt.

## Medicin – Kirurgi 2

- öron-näsa-hals, hörsel, röst- och talrubbningar, plastikkirurgi, urologi och tandvård

### Plastikkirurgi-rekonstruktiv kirurgi

Remissinflödet till landstingets enda plastikkirurgiska klinik är mycket stort, ca 1.200 patienter väntar på bedömning och förstagångsbesök. Huvudsakligen bedrivs här rekonstruktiv kirurgi.

### Urologi

Prostatacancer är mannens vanligaste cancersjukdom och incidensen ökar årligen. Botande kirurgisk behandling vid prostatacancer har ökat närmast exponentiellt och förväntas öka ytterligare.

### Öron- näsa-hals

Genom bildandet av samverkansorganisationen Stockholms Huvud och Hals Tumör Centrum är vårdkedjan sammanhållen för de ca 300 patienter som årligen diagnosticeras med tumörer inom detta område. Utarbetandet av ett gemensamt vårdprogram har underlättat handläggningen av dessa patienter.

### Hörsel- och balansrubbningar samt Röst- och talrubbningar

Behovet av utredning och behandling av hörsel- och yrselsjukdomar överstiger produktionen med långa köer som följd. En god balans föreligger mellan efterfrågan och produktion beträffande röst- och talrubbningar.

- Väntetiderna för avancerad bilddiagnostik av tumörsjukdomar samt för strålbehandling har varit och är fortfarande oacceptabelt långa.
- Vårdgarantin gör att lågprioriterade patienter, som i större utsträckning kan handläggas inom öppenvården/dagkirurgi kommer före patienter med mer komplicerade tillstånd som kräver slutenvårdens resurser. Detta har dessutom lett till en kompetensflykt från den högspecialiserade vården till enheter som handlägger basal vård/kirurgi.
- Utbildning av blivande specialister har försvårats genom omfördelningen av sjukvården till ökad andel dagkirurgi och öppen vård utanför den offentliga vården. Utbildningsansvaret är därför en väsentlig faktor att ta hänsyn till i vårdavtalen och vid strukturella förändringar i specialistsjukvården.
- För lång väntan för större cancerkirurgi för prostata, njurar och urinblåsa. Övriga patientgrupper med besvär, som prostatahyperplasi och njursten, trängs undan av cancerkirurgin och får vänta upp till ett år för operation.
- Trots att screening för prostatacancer genom blodprov ännu ej har rekommenderats p.g.a. för lågt prediktivt värde, så är efterfrågan på denna provtagning mycket stor. Detta kan förorsaka mycket oro och sekundära vårdkontakter innan ett falskt positivt värde är utrett.
- Behovet av bröstrekonstruktioner efter cancerkirurgi ökar markant och produktionen motsvarar ej behovet. Stora regionala skillnader föreligger i länet för vårdutbudet.

## Medicin – Kirurgi 3

### - cancersjukdomar, hematologi, njursjukdomar och transplantation

Sedan 1960 har antalet nya cancerfall (incidens) fördubblats. Cirka 50% av cancerpatienter är 70 år och äldre, d.v.s.cancersjukdomarna är i hög grad åldersrelaterade. Ökningen av nya fall beror i första hand på en förskjutning i åldersprofilen i det svenska samhället. En mindre del av ökningen sammanhänger med en reell ökning av nya fall. Ökningen är störst i storstadsområden.

Antal individer som lever med cancer i samhället (prevalens) ökar successivt. Under en 10-årsperiod erhöles en ökning med 30%.

Cancersjukdomarna står för 22% av dödsfallen i Sverige. Överlevnaden efter 5 respektive 10 år har under senare decennier förbättrats och man räknar idag med att drygt 50% av patienter som behandlas på grund av en cancersjukdom botas permanent. Orsaker till den minskade dödligheten utgör såväl bättre behandlingar som förbättrad förebyggande verksamhet.

Prostatacancer hos män och bröstcancer hos kvinnor står för drygt en tredjedel av alla nya cancerfall i regionen.

Den ökande bröstcancerrisken förklaras sannolikt av att vissa riskfaktorer, t ex hög ålder vid första graviditet och östrogenbehandling vid övergångsbesvär som blivit vanligare i befolkningen.

Preventiva insatser har bidragit till en stabiliserad incidens av hudcancer och en sjunkande incidens för livmoderhalscancer.

Lungcancer minskar hos män, men för kvinnor har sjukdomen blivit dubbelt så vanlig sedan 1970-talet. Ändrade rökvanor är den avgörande förklaringen till dessa förändringar.

- Väntetider för bilddiagnostik vid utredning av cancersjukdomar är ofta oacceptabla.
- Väntetider för strålterapi på grund av otillräcklig utbildning av specialistsjuksköterskor bör minskas.
- Ökade köer för kirurgisk behandling och strålterapi av prostatacancer är ett problem.
- Brist på sjuksköterskor leder till bruk av inhyrd personal med svårigheter att upprätthålla kvalitet i den högspecialiserade vården.
- Verka för att skapa det kompletta multidisciplinära teamet runt cancerpatienten.
- Samlat medicinskt och ekonomiskt för hela cancervårdkedjor.
- Tid i läkare/sjuksköterske-patientrelationen är en bristvara, vilket leder till svårigheter att tillgodose god omvårdnad, information och delaktighet.
- Psykosocialt stöd: högspecialiserade resurser är otillräckliga.
- Brist på slutenvårdsplatser för cancersjukvård.
- Optimal centralisering/decentralisering av onkologisk sjukvård – ytterligare decentralisering och kvalitetssäkring av den palliativa onkologiska sjukvården.
- Prevention, både primär prevention och tidigdiagnostik, för att minska mortalitet bör utvecklas ytterligare.
- Det förekommer en omfattande s.k.opportunistisk screening vid sidan av organiserad screening med mammografi och gynekologisk hälsokontroll. Denna bör ej finansieras med allmänna skattemedel.





## Nervsystemets sjukdomar

Programområdet omfattar neurologi, neurokirurgi, neurorehabilitering, ögonsjukdomar, klinisk neurofysiologi och neuroröntgen. Inom området återfinns ett flertal höggradigt invalidiserande folksjukdomar som t ex Stroke (hjärninfarkt och hjärnblödning), MS, Parkinsons sjukdom, Epilepsi, Glaukom och Katarakt (grön resp. grå starr). Inom området finns också ett antal mindre men ytterst allvarliga diagnosgrupper som t ex ALS och myasthenia gravis samt grupper med stora långsiktiga rehabiliteringsbehov som traumatisk hjärn- och ryggmärgsskada.

De senaste årens neurovetenskapliga utveckling har inneburit dramatiska förändringar för flera av dessa patientgrupper. I flera fall kan effektiv behandling nu för första gången erbjudas. I andra fall innebär nya behandlingsmetoder en starkt förbättrad sjukdoms- och livskvalitetsprognos. Viktiga exempel på detta är tillkomsten av invaliditetsförebyggande behandling vid MS samt aktiv blodproppslösande behandling (trombolys) vid hjärninfarkt.

Parallellt med den snabba medicinska utvecklingen har kunskaperna inom omvårdnad och rehabilitering utvecklats starkt med inriktning mot multidisciplinära och multiprofessionella omvårdnadsteam samt tydligt koordinerade vårdkedjor alltifrån det akuta omhändertagandet till rehabiliteringsfasen. Viktiga utvecklingsområdena är den högspecialiserade akut-, intensiv- och övervakningsvården inom ramen för s.k. neurocentra liksom vårdkedjor innefattande såväl specialistvård som rehabiliterings- och primärvård. Neurocenterkonceptet har bland annat sin grund i att gränserna mellan neurovetenskapens olika medicinska verksamhetsområden och specialiteter tenderar att försvinna till förmån för ett tvärdisciplinärt och patientcentrerat arbetssätt.

Delar av neuroområdet teknik- och organisationsutveckling kräver relativt stora investeringar. Den potentiella värdeekonomiska och humanitära vinsten är emellertid mycket hög. Trombolysbehandling vid hjärninfarkt innebär exempelvis i många fall att livslång totalinvaliditet undviks och att patienten kan återgå till ett liv som frisk. Förutsättningen är att patienten kan tillförsäkras diagnostik och behandling inom tre timmar efter insjuknandet.

Programområdet nervsystemets sjukdomar utmärks av snabb utveckling av såväl medicinsk behandling som omvårdnad och rehabilitering.

Viktiga utvecklingsområden är:

- Högspecialiserat akutomhändertagande
- Integrerad neurocenterverksamhet
- Vårdkedjeutveckling
- Rehabilitering

## Omvårdnad

God omvårdnad är en förutsättning för en bra hälso- och sjukvård och syftar till att stärka hälsa, förebygga sjukdom och ohälsa, återställa och bevara hälsa utifrån patientens individuella möjligheter och behov, minska lidande samt ge möjlighet till en värdig död.

Centralt i omvårdnaden är de aktiviteter som *utgår från patientens behov* som tex. upplevelse av trygghet, smärta, psykosocialt välbefinnande, delaktighet och självbestämmande och att lyfta fram helhetsperspektivet på patientens vård och behandling utifrån kunskapsområdena medicin, omvårdnad och rehabilitering.

Ett annat viktigt område är att lyfta fram de närståendes roll i vården och att *möjliggöra ökad delaktighet och egenvård* genom utbildning till både patienter och närstående

Omvårdnadsåtgärder såsom *förhindrande av komplikationer* till sängläge och immobilisering såsom trycksår, blodpropp, svullnad, urinstämning, förstoppning och lunginflammation samt givetvis mobilisering är centrala åtgärder för många tillstånd i vården såsom t.ex. inom rörelseorganens sjukdomar. Kunskap om risker och aktiv förebygga komplikationer är centrala åtgärder inom omvårdnadsområdet. En studie från Nederländerna (1999) redovisade resultat som tydde på att vården av patienter med trycksår var den tredje största utgiftsposten för hälso- och sjukvårdssystemet- efter hjärt/kärlsjukdom och cancer.

Tydliga vårdkedjor ger trygghet för patient och närstående och skapar ordning i hälso- och sjukvården. Mycket kan göras för att *stärka vårdkedjan* mellan de olika vårdformerna såsom mellan öppen och sluten vård med kommunal hälso- och sjukvård liksom inom vårdenheter och kliniker. Personalbrist och brist på kontinuitet bland omvårdnadspersonalen försvårar all form av behandling och omvårdnad. Arbetet med kvalitetsindikatorer för omvårdnad måste följas och utvecklas.

#### Patientkunskap /utbildning

- Utveckla former för att stärka patienten och de närstående genom utbildning och stöd till egenvård.
- Motivera och ge stöd till patient/närstående i samband med behov av livsstilförändring

Prevention/förebyggande vård skulle minska kostnader och lidande.

- Förebygga komplikationer såsom t.ex. fallskador, trycksår, djup ventrombos e t c
- Öka kunskapen om vikten av en optimal smärtlindring och att ett gott näringstillstånd krävs för ett bra behandlingsresultat.

#### Samverkan

- Förtydliga betydelsen av teamarbete i vården kring alla patientgrupper
- Samverkan mellan huvudmän, vårdenheter och vårdprofessioner behöver utvecklas t.ex. genom öka samarbetet inom hemsjukvården mellan kommun och landsting
- Tillgång till rätt information i vårdögonblicket.

#### Personalförsörjning

- Det måste finnas förutsättning att göra karriär inom sin egen vårdenhet och i det patientnära arbetet.
- Bättre förutsättningar för kompetensutveckling och utbildning måste skapas på alla nivåer.



## Primärvården

Primärvården tar varje år emot nästan 3 miljoner läkarbesök. Dessutom tar distriktssköterskor och andra yrkesgrupper emot många besök. Landstingets årliga kostnad för primärvård är 4,4 miljarder kronor.

Primärvårdens typiska problemställningar utgår från de mångskiftande besvär som patienterna själva presenterar; mer sällan från distinkta medicinska problem som kan definieras i termer av vårdprogram. Patientens upplevda besvär - inte den medicinska diagnosen - är den naturliga utgångspunkten för det medicinska omhändertagandet i primärvården

Åtminstone var tredje besök på husläkarmottagningarna är oplanerat. I genomsnitt görs cirka 3 300 oplanerade besök per dag hos husläkare, varav cirka 520 besök på jourmottagningar kvällar och helger.

Den vanligaste patienten i primärvården är en person med dysfunktionella symtom eller smärta från andningsvägarna. Till största delen är dessa besvär troligen orsakade av infektion. Vidare söker många patienter, med smärta eller dysfunktionella symtom med spridd lokalisering, t ex rörelseapparaten, hud, öron, matsmältningsorgan.

- Primärvårdens arbetssätt är multiprofessionellt och tvärdisciplinärt. Arbetet präglas i stor utsträckning av samverkan i vårdlag med husläkare, distriktssköterska, paramedicinare, samhälls- och beteendevetare, t ex kuratorer.
- Primärvården utgör vårdens första linje för akut och planerat omhändertagande, samt svarar för kontinuiteten i vårdkedjan från närvård till högspecialiserad vård.
- Prevention skulle kunna vara en av primärvårdens huvuduppgifter. I dagens pressade situation hamnar detta längst ner på listan.
- Utveckling och uppföljning av primärvårdens insatser och medicinska resultat förutsätter framtagandet av gemensamma kvalitetsmått, obligatorisk registrering av dessa tillsammans med uppgifter om kontactorsak och åtgärd.

## Psykiatri

Psykiska störningar/sjukdomar som t.ex. depression, ångest, psykoser och missbruksproblematik tillhör de stora folksjukdomarna. Årsprevalensen för psykisk sjukdom inkl missbruk är ca 25% i västvärlden. Trots detta är dessa sjukdomar ofta dolda p.g.a. sin stigmatiserande effekt i samhället. Den psykiatriska verksamheten inkluderar akutsjukvård, heldyngsvård i nära samarbete med somatiska specialiteter och befolkningsrelaterad sjukvård i nära samarbete med primärvård och kommun. Psykiatri är den vårdgren som påverkas mest av samhällsekonomiska och andra omvärldsfaktorer. Arbetslöshet, förändring av arbetsmarknadsåtgärder, attitydförändringar i samhället är exempel på faktorer som påverkar den psykiska hälsan i befolkningen. En ökad förändringstakt i arbetslivet med förändrade anställningsformer bidrar till att stressrelaterade sjukdomar ökar.

Psykiska sjukdomar är bland yngre och medelålders människor den vanligaste orsaken till förtidspensionering. Uppmärksamheten har dessutom riktats mot den allt tidigare debut i t.ex. depression och att denna sjukdomsgrupp utgör nu och kommer att utgöra i ännu högre grad den största sjukdomsördan.

I ett samhällsperspektiv, inte minst samhällsekonomiskt perspektiv är de höga frekvenser av sjukskrivningar, långa sjukskrivningar p.g.a. stressrelaterade sjukdomar ett stort problem.

8% av Stockholms läns befolkning mellan 20-64 år har ett ouppfyllt vårdbehov på grund av psykisk ohälsa. Lågt räknat är detta 80 000 personer. Detta är i de flesta fall helt botbara tillstånd som orsakar ett stort lidande. (PART)

1. Psykiska störningar/sjukdomar utgör en alltmer tydlig sjukdomsbörda pga. sjukdomsbilden och ofta långa förlopp. Debutåldern sjunker när det gäller depression. Vikten av tidig diagnostik och behandling bör prioriteras med tanke på individens och samhällets vinster. Resurstillskott till psykiatrisk öppenvård behövs. **Ökade utbildningsinsatser för primärvården behövs.**
2. Efter Psykiatrireformen har psykiatrisk slutenvård minskat. Minskningen av slutenvårdsplatser har delvis kompenseras med att flertal patienter efter korta vårdtider placerats utanför länet, vilket har bidragit till det facto längre vårdtider och avsevärt försämrade rehabiliteringsmöjligheter. **Utveckling av samverkan med kommunen, ökad satsning på boendeformer i närmiljö.**
3. **18-års gränsen vid övergången mellan barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri har skapat en del problem. Samverkan mellan psykiatri och barn- och ungdomspsykiatri måste utvecklas.** Uppföljning av tre aktuella samverkansprojekt, projekt mellan barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri – viktigt!
4. **Arbetsmiljön inom den psykiatriska verksamheten**, främst allmänpsykiatrisk öppenvård har som signalerats varit mycket belastad. Vårdgarantin för psykoterapi har inte inneburit resurstillskott, men i de flesta fall omfördelning inom ramen, vilket har resulterat i att tillgängligheten på den psykiatriska öppenvården har försämrats. Den pressade arbetsmiljön skapar svårigheter med rekrytering.
5. Ur samhälls- och hälsoekonomiska perspektiv är det viktigt att tillskapa psykiatrin möjligheter att **utöka utbildningsinsatser i nya, effektiva behandlingsmetoder t.ex. kognitiv psykoterapi.**

## Rörelseorganens sjukdomar

### Förekomst och sjukvårdsbehov

Var tredje person har den senaste tiden haft smärtor från rörelseapparaten – leder, muskler och skelett enligt stora befolkningsundersökningar. Alla dessa söker naturligtvis inte sjukvården utan många klarar själva sina övergående eller bestående besvär. De som söker sjukvården tar dock en stor andel av dess resurser i anspråk.

### Hälsoekonomi

Den största andelen av sjukvårdens kostnader går till rörelseorganens sjukdomar (23 %). Den totala kostnaden i SLL för patienter med t.ex. reumatoid artrit (kronisk ledgångsreumatism) kan uppskattas till drygt 500 miljoner kronor, varav 130 milj (26 %) är direkta kostnader för sjukvård och läkemedel, medan 370 milj (74 %) är indirekta kostnader som sjukskrivningar, förtidspensioner och produktionsbortfall.

### Behandling och vårdstruktur

Det finns ett starkt vetenskapligt underlag för att det tidigt i sjukdomsförloppet vid t.ex. reumatoid artrit finns ett så kallat behandlingsfönster, det vill säga en kort tidsperiod där rätt insatt behandling kan ha betydligt bättre effekt både omedelbart och på lång sikt. Inflammationen skall hävas inom några månader efter insjuknandet för att förhindra uppkomst av bestående handikapp och destruktion av leder. På samma sätt vid debut av smärta, som inte snabbt går över, skall denna redan efter ett par månader diagnostiseras och behandlas adekvat för att minska risken för ett kroniskt, livslångt smärttillstånd med handikapp.

Vårdkedjan mellan primärvårdsläkare och specialistmottagning är helt avgörande för att rätt patient skall kunna komma till rätt behandling i tid. Specialistvårdens karaktär är därvid akut – subakut och patienter med behov av specialistbedömning bör få detta inom veckor, snarare än månader. Vårdkedjan är också viktig för att de patienter som framgångsrikt behandlats, eller som inte har behov av specialistbehandling fortsättningsvis får hjälp i primärvården.

### Kvalitet

Mått på sjukdomsförlopp och behandlingsresultat finns tillgängliga för många av rörelseorganens sjukdomar, särskilt för de tillstånd som följs i nationella kvalitetsregister.



- Spektakulära resultat rapporteras nu i media om nya behandlingar vid livslånga invalidiserande sjukdomar i rörelseorganen, vilket ökar patienternas förväntningar på sjukvården.
- Behoven vid rörelseorganens sjukdomar är stora och ökar nu ytterligare både genom en åldrande befolkning och genom att fler patienter nu blivit behandlingsbara, vilket ställer större krav på prioriteringar.
- En snedfördelning av kostnaderna mellan huvudmän begränsar dock handlingsfriheten då de ökade satsningarna i sjukvården som kan ge förbättringar för patienterna leder till besparingar framför allt inom socialförsäkringssystemen.

**Rekommendationer:**

- Diagnosrelaterade vårdkedjor kan ge ett effektivare flöde så att rätt patient kommer till den evidensbaserade vård som är mest kostnadseffektiv.
- Behandlingsfönster är avgörande att iaktta så att patienten kommer till behandling när den kan ha störst effekt i sjukdomsförloppet – för sen behandling leder ofta till utveckling av kroniska besvär och handikapp.
- Kvalitetsmått som är tillgängliga ska utnyttjas för att följa upp att patienterna får ett förväntat bra behandlingsresultat genom att de vårdkedjor som byggs upp ger rätt patient rätt behandling i rätt tid.

## Äldrevård

Antalet individer som är 75 år eller äldre ökar i landstinget, f.n. med ca 4 % under tiden 2001-2005. Snabbast ökar andelen ”äldre äldre” d.v.s. de över 85 år, här är ökningen ca 6% under samma tid. Variationerna är stora mellan länets olika kommuner. Medborgarna i denna grupp har samtidigt den högsta kostnaden för sjukvård per capita enligt flera hälsoekonomiska studier. Anledningen härtill är den flerdimensionella bild av hälsosvikt som ses mot slutet av levnadsloppet. Vårdbehoven hos de **äldre s.k. ”multisjuka”** är oftast komplexa och berör inte bara den somatiska situationen utan även sociala och psykologiska aspekter.

Äldre behöver tillgång till sammanhållna vårdkedjor där bedömning, behandlingsåtgärder, omvårdnad och rehabilitering kan ske snabbt och i ett sammanhang, helst i eller nära hemmet. Vårdkedjorna är inte enkla, utan snarare att betrakta som ”vårdflätor” där olika delprocesser i vård och omsorg måste interagera över tid i skiftande mönster.

Norra Stockholms Sjukvårdsområde uppdrog våren 2002 åt Stockholmsgeriatriken att producera en sådan sammanhållen vårdkedja för äldre personer. Det är ännu för tidigt att utvärdera densamma.

### **Åldersrelaterade demenstillstånd**

I Stockholm kan antalet individer med åldersrelaterad demens f.n. beräknas till ca 20 000. Antalet nytillkomna personer med symtom (minnesrubbnings framför allt) där demens kan misstänkas torde utgöra ca 5000. Utredningskapaciteten bör dimensioneras efter detta. Idag klaras ungefär 3000 demensutredningar vid de geriatriska klinikerna.

### **Äldre med psykisk sjukdom**

Förstämningssymtom av så allvarlig natur att de åsättes den medicinska diagnosen Depression drabbar ungefär var sjätte ålderspensionär. Patientgruppen i Stockholms län kan således beräknas till ca 40 000- 45 000 individer. Ängestillstånd är mera svårvärderbara, uppgifter om frekvenser mellan 5 och 20 % av äldrebefolkningen uppges i olika studier. Det motsvarar i vårt län mellan ca 15 000-50 000 individer. Äldre med dessa tillstånd har svårigheter att finna rätt hjälp och stöd i vår hälso- och sjukvård.

I vårt landsting finns ”öar” som utgör goda exempel på äldrepsykiatrisk vård. Någon övergripande koncept för hur landstinget skall möta behoven av äldrepsykiatrisk vård föreligger ej. En gemensam beställarstrategi för landstinget behövs i detta avseende.

- Produktionen av geriatriska vårdtjänster i form av slutenvårdstillfällen har under de senaste 5 åren legat på en väsentligen konstant nivå ( samtidigt som konsumtionen av vårdtillfällen i akutsjukvården ökat med ca 10 %).
- Strukturella förändringar av betydande mått har genomförts i geriatriken på det administrativa/organisatoriska planet under det gångna året.
- Strukturella förändringar som utvecklar de äldres vårdprocesser har däremot genomförts i ringa omfattning.
- Exempel på förändring av struktur och process kan dock ses i form av en ny vision och strategi för beställning av äldrevård som tagits av styrelsen av i Södra Sjukvårdsområdet under året. Ett projekt för sammanhållen vårdkedja för multisjuka äldre startat i Stockholms Produktionsområde. Ett s.k. ”Turboprojekt ” inom primärvården, genomfört i Vaxholm, har demonstrerat ett förbättrat omhändertagande av de äldstas vård på lokal nivå.



## Förteckning över rapporter från MPA

Stockholms Medicinska Råds Årsrapport 2000 (MPA 1/00)  
Stockholms Medicinska Råds Årsrapport 2001 (MPA 1/01)  
Stockholms Medicinska Råds Årsrapport 2002 (MPA 1/02)

Programområdenas Årsrapporter från MPA 2000  
Programområdenas Årsrapporter från MPA 2001

### Programområdenas Årsrapporter från MPA 2002

- MPA 2/02 Kvalitetsutveckling
- MPA 3/02 Akut omhändertagande (AO)
- MPA 4/02 Barnsjukvård (B)
- MPA 5/02 Hjärt-, Kärl- och Lungsjukvård (HKL)
- MPA 6/02 Kvinnosjukvård (K)
- MPA 7/02 Medicin – Kirurgi 1 (MK 1)
- MPA 8/02 Medicin – Kirurgi 2 (MK 2)
- MPA 9/02 Medicin – Kirurgi 3 (MK 3)
- MPA 10/02 Medicinsk Service (MS)
- MPA 11/02 Nervsystemets sjukdomar (N)
- MPA 12/02 Omvårdnad (O)
- MPA 13/02 Primärvård (PV)
- MPA 14/02 Psykiatrisk vård (P)
- MPA 15/02 Rörelseorganens sjukdomar (R)
- MPA 16/02 Äldrevård (Ä)
- 

MPA 2/01 Arbetssätt och Rapportstruktur – Medicinskt Program Arbete.  
Samverkan kring den medicinska utvecklingen

### Fokusrapporter

MPA 1/01 Äldre multisjuka, steg 1  
MPA 2/02 Äldre multisjuka, steg 2  
MPA 3/02 MR- utredning

### Regionala vårdprogram

MPA 1/02 Normal graviditet, förlossning och eftervård  
MPA 3/02 Trycksår – prevention och behandling  
MPA 4/02 Vård av suicidnära patienter  
MPA 5/02 STI/hiv-prevention

Samtliga Årsrapporter är publicerade på MPAs webbsida [www.hsn.sll.se/mpa](http://www.hsn.sll.se/mpa)

### **Beställning**

Kontorsservice

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

E-post: [kontorsservice@hsn.sll.se](mailto:kontorsservice@hsn.sll.se)

Postadress: Box 6401, 113 82 Stockholm

Besöksadress: Olivercronas väg 7, bv, Sabbatsbergs sjukhus

Rapporter från Medicinskt Program Arbete är publicerade på:  
[www.hsn.sll.se/mpa](http://www.hsn.sll.se/mpa)



**Stockholms läns landsting**

Beställarkontor vård

Box 6909, 102 39 Stockholm

Telefon 08-737 25 00. Fax 08-737 48 00