

Nationella indikatorer för God vård

- Hälso- och sjukvårdsövergripande indikatorer
- Indikatorer i Socialstyrelsens nationella riktlinjer

Artikelnr 2009-11-5

Publicerad www.socialstyrelsen.se, november 2009

Förord

I denna rapport presenterar Socialstyrelsen för första gången en samlad uppsättning uppföljningsområden med tillhörande nationella indikatorer för God vård. Socialstyrelsen tar därmed ytterligare steg i arbetet med att strukturera uppföljningen av hälso- och sjukvården. Rapporten är resultatet av ett uppdrag från regeringen att ta fram indikatorer för nationell uppföljning av hälso- och sjukvården. De nationella indikatorerna ska användas för att följa upp att svensk hälso- och sjukvård motsvarar förväntningarna på God vård, det vill säga att den ska vara kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, patientfokuserad, effektiv, jämlik samt ges inom rimlig tid. Socialstyrelsen kommer att använda indikatorerna i återkommande nationella öppna jämförelser och som underlag för uppföljningar och utvärderingar av hälso- och sjukvården i syfte att öka tillgängligheten till information om hälso- och sjukvårdens processer, resultat och kostnader. Informationen i sin tur ska användas för att förbättra hälso- och sjukvården.

Att utarbeta och fastställa nationella indikatorer ska ses som en kontinuerlig process där de beslutade indikatorerna kan komma att ändras eller utgå och nya indikatorer kan tillkomma allteftersom förutsättningarna förändras.

För flera av de uppföljningsområden som presenteras i rapporten krävs betydande utveckling av datakällor, mätmetoder och indikatorer innan en systematisk nationell uppföljning av området är möjlig. Socialstyrelsen kommer på olika sätt verka för att en nationell uppföljning av dessa områden blir möjlig.

Rapporten har tagits fram av både externa experter och en rad medarbetare på Socialstyrelsen. Huvudförfattare har varit *Marie Lawrence* och *Birgitta Lindelius*, Socialstyrelsen.

Lars-Erik Holm
Generaldirektör

Innehållsförteckning

<i>Förord</i>	3
<i>Sammanfattning</i>	7
<i>Inledning</i>	7
<i>Uppdraget</i>	12
<i>Arbetets genomförande</i>	13
Indikatorer för öppna jämförelser	14
Nationella indikatorer i ett internationellt perspektiv	14
<i>God vård</i>	16
Det hälsoinriktade perspektivet i God vård	17
God vård avser även tandvården	18
Beskrivning av de sex God vård-områdena	19
Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård.....	19
Säker hälso- och sjukvård.....	20
Patientfokuserad hälso- och sjukvård	21
Effektiv hälso- och sjukvård	23
Jämlik hälso- och sjukvård.....	24
Hälso- och sjukvård i rimlig tid.....	25
<i>Hälso- och sjukvårdsövergripande indikatorer för God vård</i>	27
Nationella uppföljningsområden.....	27
Hälsorelaterad livskvalitet	29
Åtgärdbar dödlighet	30
Undvikbar slutenvård	31
Följsamhet till Socialstyrelsens nationella riktlinjer	31
Registreringsgrad i nationella kvalitetsregister	31
Följsamhet till nationella vaccinationsprogram	32
Vårdrelaterade infektioner	33
Anmälningar enligt Lex Maria.....	34
Själv mord	34
Säkerhet i omvårdnad	35
Läkemedelsanvändning.....	36
Dödlighet på sjukhus	37
Förekomsten av vårdskador	38

Patientsäkerhetskultur	38
Strukturerad händelseanalys.....	39
Respektfullt och individuellt bemötande	39
Individuell information och kunskapsöverföring	39
Individens delaktighet i den egna vården	40
Hälso- och sjukvårdens kostnader	41
Hälso- och sjukvårdens produktivitet.....	41
Faktiska väntetider.....	41
Upplevda väntetider	42
<i>Indikatorer i Socialstyrelsens nationella riktlinjer</i>	<i>43</i>
Strokesjukdom	44
Hjärtsjukdom.....	45
Cancersjukdom	46
Diabetesjukdom	48
<i>Referenser.....</i>	<i>49</i>
<i>Bilagor</i>	
<i>Projektorganisation.....</i>	<i>52</i>
<i>Krav på och beskrivning av indikatorer</i>	<i>55</i>
<i>Datakällor.....</i>	<i>56</i>
<i>Utförlig beskrivning av respektive övergripande nationella indikator</i>	<i>57</i>

Sammanfattning

Socialstyrelsen presenterar för första gången en samlad uppsättning nationella indikatorer för God vård. Därmed tas ytterligare steg i arbetet med att strukturera uppföljningen av hälso- och sjukvården.

God vård

Begreppet God vård lanserades i samband med publiceringen av Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet (SOSFS 2005:12). Sex områden lyfts fram som viktiga förutsättningar för God vård. De sex områdena är

- kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård
- säker hälso- och sjukvård
- patientfokuserad hälso- och sjukvård
- effektiv hälso- och sjukvård
- jämlik hälso- och sjukvård
- hälso- och sjukvård i rimlig tid.

Innebörden av respektive God vård-område förtydligas i rapporten utifrån det arbete som sex expertarbetsgrupper genomfört och inkomna synpunkter från hälso- och sjukvården.

Uppföljningsområden och indikatorer

De hälso- och sjukvårdsövergripande nationella indikatorer som Socialstyrelsen presenterar i denna rapport presenteras inom ramen för uppföljningsområden. Dessa uppföljningsområden visar på viktiga aspekter inom hälso- och sjukvården som tillsammans belyser processer, resultat och kostnaden utifrån God vård.

Sammanlagt presenteras 24 uppföljningsområden och 28 hälso- och sjukvårdsövergripande indikatorer. Rapporten visar på en brist på information för möjligheten att systematiskt och heltäckande följa upp en stor del av de uppföljningsområden som lyfts fram. Genom att identifiera områden som viktiga för uppföljning av God vård tar Socialstyrelsen ett ansvar för att fortsättningsvis stödja arbetet med att utveckla sätt att följa upp de områden som lyfts fram.

Vidare presenteras i rapporten patient- och sjukdomsspecifika indikatorer baserade på Socialstyrelsens nationella riktlinjer. För närvarande finns nationella riktlinjer med indikatorer för hjärtsjukvård, prostatacancer, bröstcancer och kolorektalcancer. Inom kort publiceras även nationella riktlinjer för strokesjukvård samt diabetessjukvård. Ett flertal nationella riktlinjer med indikatorer kommer att publiceras under 2010 och 2011. Indikatorer kommer då att finnas för demens, depression och ångest, rörelseorganens sjuk-

domar, sjukdomsförebyggande åtgärder, psykosociala insatser för schizofreni samt lungcancer.

Nationella öppna jämförelser och utvärderingar

Socialstyrelsen kommer att använda såväl de hälso- och sjukvårdsövergripande indikatorerna som indikatorerna från de nationella riktlinjerna i återkommande nationella öppna jämförelser och som underlag för uppföljningar och utvärderingar av hälso- och sjukvården. Syftet är att öka tillgängligheten till information om hälso- och sjukvårdens processer, resultat och kostnader och målsättningen är att denna information i sin tur ska användas för förbättringar i hälso- och sjukvården.

Socialstyrelsen kommer också att utifrån de öppna jämförelserna, uppföljningarna och utvärderingarna ge tydliga rekommendationer till såväl landstingen som staten om områden där förbättringar av hälso- och sjukvården bör genomföras. Myndigheten kommer även att bedöma kvaliteten och effektiviteten i hälso- och sjukvården.

Tabell 1: Förteckning över uppföljningsområden inklusive hälso- och sjukvårdsövergripande indikatorer för God vård

Nationella områden för uppföljning av God vård*	Nationella hälso- och sjukvårdövergripande indikatorer för God vård:	Kommentarer
Hälsoriktad hälso- och sjukvård	Indikator behöver utvecklas	Nationell uppföljningsmetod/datakälla saknas
Hälsorelaterad livskvalitet	Indikator behöver utvecklas	Nationell uppföljningsmetod/datakälla saknas
Åtgärdbar dödlighet	1. Hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet 2. Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet	
Undvikbar slutenvård	3. Undvikbar slutenvård	
Följsamhet till Socialstyrelsens nationella riktlinjer	Indikator behöver utvecklas	Nationell uppföljningsmetod/datakälla saknas
Registreringsgrad i nationella kvalitetsregister	4. Registreringsgrad i nationella kvalitetsregister (täckningsgrad)	
Re/habilitering	Indikator behöver utvecklas	Nationell uppföljningsmetod/datakälla saknas
Följsamhet till nationella vaccinationsprogram	5. Vaccination av barn - MPR 6. Influensavaccination av äldre	
Vårdrelaterade infektioner	Indikator behöver utvecklas	Nationell datakälla ej fullständig/saknas
Anmälningar enligt Lex Maria	7. Lex Maria-anmälningar i slutenvård respektive i kommunal vård	
Själv mord	8. Lex Maria-anmälda självmord i förhållande till det totala antalet självmord som har begåtts inom 4 veckor efter vårdkontakt 9. Levande personer ett år efter utskrivning från slutenvård orsakad av självmordsförsök	

Nationella områden för uppföljning av God vård*	Nationella hälso- och sjukvårdövergripande indikatorer för God vård:	Kommentarer
Säkerhet i omvårdnad	Indikator behöver utvecklas	Nationell datakälla ej fullständig/saknas
Läkemedelsanvändning	10. Personer, 80 år och äldre, med en eller flera läkemedels-kombinationer som kan leda till läkemedelsinteraktioner av klass D	
Dödlighet på sjukhus	Indikator behöver utvecklas	Nationell uppföljningsmetod saknas
Förekomsten av vårdskador	Indikator behöver utvecklas	Nationell datakälla ej fullständig/saknas
Patientsäkerhetskultur	Indikator behöver utvecklas	Nationell datakälla ej fullständig/saknas
Strukturerad händelseanalys	Indikator behöver utvecklas	Nationell datakälla under utveckling
Respektfullt och individuellt bemötande	11. Patienten blir respektfullt bemött som individ 12. Patientens egna kunskaper och erfarenheter tas till vara	
Individuell information och kunskapsöverföring	13. Patienten erbjuds individuellt anpassad information om hälsotillstånd, diagnos och metoder för undersökning, vård och behandling 14. Patienten får tillräcklig information och stöd för att kunna hantera sin hälsa 15. Patienten erbjuds möjlighet till önskad kontinuitet i vårdkontaktarna	
Individens delaktighet i den egna vården	16. Behandlingsmål sätts i samråd med patienten 17. Delaktighet i den egna vårdens planering och genomförande	
Hälso- och sjukvårdens kostnader	18. Hälso- och sjukvårdskostnad 19. Strukturjusterad hälso- och sjukvårdskostnad 20. Vårdtillfällen som rapporteras till KPP-databasen	
Hälso- och sjukvårdens produktivitet	21. Kostnad per prestation (DRG-poäng) 22. Kostnad per vårdkontakt i primärvården	
Faktiska väntetider	23. Väntetider till besök i primärvården 24. Väntetider till besök i den specialiserade vården 25. Väntetider till behandling inom den specialiserade vården	
Upplevda väntetider	26. Upplevd tillgänglighet till primärvården 27. Upplevd väntetid till besök inom den specialiserade somatiska vården 28. Upplevda väntetider till behandling	

* För utförlig beskrivning, se kapitlet Hälso- och sjukvårdsövergripande indikatorer för God vård

Observera att såväl uppföljningsområden som hälso- och sjukvårdövergripande indikatorer i framtiden kan komma att revideras allt eftersom datakällor utvecklas.

För en förteckning av indikatorer i de nationella riktlinjerna, se kapitlet *Indikatorer i Socialstyrelsens nationella riktlinjer*.

Inledning

För att svensk hälso- och sjukvård kontinuerligt ska utvecklas och förbättras krävs uppföljningar med såväl indikatorer som andra metoder inom hälso- och sjukvårdens alla delar och på alla nivåer. En allsidig och nyanserad bild av kvaliteten i hälso- och sjukvården innebär dels att den speglar processer, resultat och kostnader utifrån kraven på god vård, dels att den tillgodoser olika intressenters behov av information om hälso- och sjukvården. Huvudintressenterna för informationen utgörs av befolkning, patienter, brukare och närstående, ledningsansvariga för verksamheterna, anställda inom verksamheterna, sjukvårdshuvudmännen (politiska och administrativa ledningar) och staten.

I denna rapport presenterar Socialstyrelsen för första gången en samlad uppsättning indikatorer för God vård och tar därmed ytterligare steg i arbetet med att strukturera uppföljningen av hälso- och sjukvården. Rapporten är resultatet av ett uppdrag från regeringen att ta fram nationella indikatorer för nationell uppföljning av hälso- och sjukvården [1]. De nationella indikatorerna ska användas för att följa upp att svensk hälso- och sjukvård motsvarar förväntningarna på God vård, det vill säga att den ska vara kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, patientfokuserad, effektiv, jämlik samt ges inom rimlig tid.

I rapporten presenteras dels uppföljningsområden och hälso- och sjukvårdsövergripande indikatorer inom ramen för God vård, dels indikatorer för de sjukdomsgrupper där Socialstyrelsen har publicerat nationella riktlinjer. För närvarande finns nationella riktlinjer med indikatorer för hjärtsjukvård, prostatacancer, bröstcancer och kolorektalcancer. Inom kort publiceras även nationella riktlinjer för strokesjukvård samt diabetessjukvård. Ett flertal nationella riktlinjer med indikatorer kommer att publiceras under 2010 och 2011. Indikatorer kommer då att finnas för demens, depression och ångest, rörelseorganens sjukdomar, sjukdomsförebyggande åtgärder, psykosociala insatser för schizofreni samt lungcancer.

Särskilda arbeten pågår även för att ta fram indikatorer för primärvård, psykiatri och äldres läkemedelsanvändning.

Inom tandvården pågår ett motsvarande arbete med syfte att utveckla nationella indikatorer för uppföljning av God tandvård utifrån ett övergripande tandvårdsperspektiv och utifrån nationella riktlinjer för tandvården. Detta arbete kommer att avrapporteras under 2010.

I samband med att arbetet med nationella indikatorer inleddes fördes också en diskussion om behovet av att genomföra ett normeringsarbete för obligatorisk nationell inrapportering av data kopplat till de nationella indikatorerna. Socialstyrelsen har beslutat att för närvarande *inte* normera avseende de nationella indikatorerna. Socialstyrelsen kommer däremot att utifrån varje enskild indikator se över inrapportering, täckningsgrad och datakvalitet för de datakällor som Socialstyrelsen ansvarar för och som kommer att användas för att sammanställa resultat för de olika indikatorerna. Resultaten av dessa översyner kan komma att resultera i tydligare direktiv i till exempel

hur och vilka variabler som ska inrapporteras. Socialstyrelsen kommer dessutom att verka för att sådana arbeten genomförs även för de indikatorer där datakällan inte ligger inom myndighetens ansvar. För förteckning över aktuella datakällor se bilaga 3.

Socialstyrelsen kommer att använda de nationella indikatorerna i återkommande nationella öppna jämförelser och som underlag för uppföljningar och utvärderingar av hälso- och sjukvården i syfte att öka tillgängligheten till information om hälso- och sjukvårdens processer, resultat och kostnader. Målsättningen är att denna information i sin tur ska användas för förbättringar i hälso- och sjukvården. Vidare kommer Socialstyrelsen att utifrån de öppna jämförelserna, uppföljningarna och utvärderingarna ge tydliga rekommendationer till såväl landstingen som staten om områden där förbättringar av hälso- och sjukvården bör genomföras. Socialstyrelsen kommer även att analysera och bedöma kvaliteten och effektiviteten i hälso- och sjukvården.

Dessa indikatorer kommer att behöva kompletteras med en rad andra indikatorer för att olika intressenter ska kunna få sina behov av information om hälso- och sjukvårdens processer, resultat och kostnader tillgodosedda. De indikatorer som presenteras här ger dock ett stöd till en mer likvärdig uppföljning av hälso- och sjukvården.

Som namnet visar syftar de hälso- och sjukvårdsövergripande indikatorerna till att kunna användas i samtliga delar av hälso- och sjukvården, även den kommunala hälso- och sjukvården. Förutsättningarna för att mäta är dock olika i olika delar av hälso- och sjukvårdssystemet och därför krävs olika grader av utvecklingsarbete för att öppna jämförelser och utvärderingar ska kunna göras i alla delar.

Arbetet har genomförts i en process som gör att indikatorerna ska kännetecknas av att de är rimliga, relevanta, tolkningsbara och mätbara. Ytterligare indikatorer kommer att utvecklas framöver och kommer att komplettera de indikatorer som här presenteras. De indikatorer som redan har beslutats kan också komma att revideras.

Uppdraget

Regeringen har i Socialstyrelsens regleringsbrev för budgetåren 2007–2009 uppdragit åt myndigheten att utarbeta nationella indikatorer utifrån den inriktning som uttrycks i Dagmaröverenskommelsen 2007. I Dagmaröverenskommelsen 2007 står bland annat följande att läsa.

För att kunna ta fram ett nationellt indikatorset som skall kunna ge en täckande och representativ bild av svensk hälso- och sjukvård krävs att indikatorer som speglar god vård och tillförlitliga data finns tillgängliga inom alla områden. Att utveckla detta är ett långsiktigt arbete, där de första stegen är tagna, med bland annat kvalitetsindikatorarbetet i anslutning till det nationella riktlinjearbetet och rapporten Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet – jämförelser mellan landsting 2006. Socialstyrelsen ansvarar för att utarbeta kvalitetsindikatorer som belyser god vård.[2]

Redan i regleringsbrevet för budgetåren 2005–2006 uppdrogs åt myndigheten att utarbeta nationella kvalitetsindikatorer som syftade till att spegla olika aspekter av kvalitet inom hälso- och sjukvården. Uppdraget avgränsades då till att utarbeta indikatorer för de områden där nationella riktlinjer utarbetades. I enlighet med uppdraget utvecklades sådana indikatorer inom områdena stroke och cancersjukvård (kolorektal-, prostata- och bröstcancer). Uppdraget är redovisat i rapporten ”Nationella kvalitetsindikatorer inom hälso- och sjukvården” [3].

Arbetets genomförande

Arbetet med att utveckla nationella indikatorer för God vård har bedrivits och bedrivs i flera olika delar. Socialstyrelsen lanserade de sex God vård-områdena i samband med Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (SOSFS 2005:12) [4]. Arbetet med God vård [5] tar sin utgångspunkt i hälso- och sjukvårdslagen (HSL) [6] och tandvårdslagen (TL) [7]. För den enskilde medborgaren såväl som för hälso- och sjukvårdens ledning beskrivs i dessa lagar vad god vård innebär. En viktig del av arbetet har handlat om att ta fram förslag till en förtydligad innebörd av de sex God vård-områdena samt att ta fram hälso- och sjukvårdsövergripande indikatorer för dessa områden.

För detta ändamål bildades vid ingången av 2008 sex expertarbetsgrupper, en för varje God vård-område. Utgångspunkten var de korta texter som finns i handboken "God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården" [4]. Expertarbetsgrupperna arbetade under våren 2008. Materialet sammanställdes i form av ett diskussionsunderlag som publicerades och där synpunkter från olika intressenter inhämtades under hösten 2008. Ett stort antal synpunkter kom in och dessa har bedömts och på olika sätt använts i revideringen av materialet. Deltagarna i expertarbetsgrupperna presenteras i bilaga 1.

I de förtydligade innebörderna har även aspekter från TL vägts in. Vad gäller indikatorer för God tandvård finns ett särskilt uppdrag som gäller såväl övergripande indikatorer som riktlinjespecifika indikatorer. Arbetet kommer att avrapporteras under 2010.

Den del av uppdraget som handlar om sjukdomsspecifika indikatorer genomfördes inom ramen för arbetet med nationella riktlinjer. För en tydligare beskrivning hänvisas till respektive publicerad nationell riktlinje.

Arbetet med att ta fram indikatorer för primärvård och psykiatri samt läkemedel för äldre bedrivs i särskilda arbetsgrupper. Dessa tre områden presenteras inte i denna rapport utan särskilda rapporter för dessa områden kommer att publiceras under våren 2010.

Att utarbeta och fastställa nationella indikatorer ska ses som en kontinuerlig process där de beslutade indikatorerna kan komma att ändras eller utgå allteftersom förutsättningarna förändras, och nya indikatorer kan tillkomma.

Alla nationella indikatorer publiceras på Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se. Där finns också en aktuell förteckning över beslutade nationella indikatorer.

Till den del av projektet som syftar till att förtydliga innebörden av God vård ur ett uppföljningsperspektiv samt ta fram övergripande nationella indikatorer, har det knutits en referensgrupp bestående av följande organisationer och grupperingar:

- Hälso- och sjukvårdsdirektörsgruppen
- Svensk sjuksköterskeförening
- Svenska Läkaresällskapet

- Handikappförbundens samarbetsorgan
- Famna (vård och omsorg utan vinstsyfte)
- Föreningen Vårdföretagarna
- Sveriges Kommuner och Landsting

Ett första möte med referensgruppen hölls i maj 2008. Därefter har synpunkter inhämtats från referensgruppen vid ett antal tillfällen.

Indikatorer för öppna jämförelser

Socialstyrelsen har bedrivit och bedriver för närvarande en rad aktiviteter inom området utveckling av indikatorer, indikatorbaserade öppna jämförelser och utvärderingar av hälso- och sjukvårdens processer, resultat och kostnader. Exempel på sådana aktiviteter är det avslutade InfoVU-projektet [8].

Exempel på pågående aktiviteter är Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens resultat och effektivitet [9], som publiceras årligen av Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting. I dessa öppna jämförelser presenteras jämförande data för en rad olika indikatorer. I rapporterna jämförs landsting och för ett antal av indikatorerna även sjukhus. Dessa årliga öppna jämförelser har fått ett stort genomslag och används bland annat av landstingen som underlag för förbättringar av hälso- och sjukvården samt i den sjukvårdspolitiska debatten.

Vidare har dessa öppna jämförelser inneburit allt tydligare fokus på frågor om datakvalitet och landstingens deltagande i olika datainsamlingar, exempelvis nationella kvalitetsregister. De indikatorer som publiceras i dessa öppna jämförelser är framtagna utifrån tillgänglig data i hälsodataregister och nationella kvalitetsregister. De presenteras med en beskrivande analys av vad indikatorn avser att spegla och de resultat som den öppna jämförelsen presenterar. Det görs ingen värderande analys utifrån vad som kan sägas vara acceptabla resultat.

De nationella indikatorer för God vård som här presenteras har utarbetats utifrån relevant kunskap och fastställs enligt ett konsensusförfarande med experter. Vidare har kravet, enligt modell från InfoVU [10], varit att de ska uppfylla följande kriterier: vetenskaplig rimlighet (validitet), vikt (relevans), mätbarhet, tolkningsbarhet och entydighet (för beskrivning av dessa kriterier se bilaga 2).

Socialstyrelsen kommer att använda de nationella indikatorerna för såväl öppna jämförelser som uppföljningar och utvärderingar med tillhörande rekommendationer och bedömningar.

Nationella indikatorer i ett internationellt perspektiv

Utveckling och användning av indikatorer pågår över hela världen. Arbetet med framtagande av nationella indikatorer för God vård är nära knutet till Socialstyrelsens engagemang i hälso- och sjukvårdsindikator projekt dels inom ramen för Nordiska Ministerrådet och dels inom ramen för OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development).

Nordiska Ministerrådet har sedan år 2000 drivit ett antal projekt i syfte att dels lära av varandra avseende hur respektive land utvecklar och använder indikatorer inom hälso- och sjukvården, dels att utveckla samnordiska indikatorer för användning i nationella nordiska jämförelser. Det nordiska indikatorarbetet har hittills resulterat i två rapporter [11, 12] och en tredje kommer att publiceras hösten 2010. För närvarande pågår tre projekt med mycket nära anknytning till arbetet med nationella indikatorer för God vård. De tre projekten rör

1. framtagande av generiska indikatorer, dvs indikatorer som rör all hälso- och sjukvård, samt framtagande av sjukdoms-/områdesspecifika indikatorer för cancer, hjärta/kärl, astma, diabetes, graviditet och förlossning, psykiatri, barn och unga samt hälsofrämjande insatser,
2. framtagande av indikatorer för uppföljning av patientsäkerhet. Projektet fokuserar framför allt på att utveckla indikatorer inom områdena vårdrelaterade infektioner, sjukhusmortalitet, läkemedelsanvändning, patientsäkerhetskultur samt strukturerad journalgranskning,
3. framtagande av indikatorer för mätning av patienterfarenheter. En samnordisk patientenkät (Norpeq) innehållande ett mindre antal frågor är under utvecklande.

Utöver ovanstående tre hälso- och sjukvårdsprojekt pågår även ett projekt som rör samnordiska indikatorer inom tandvården

Samtliga dessa projekt har dessutom i uppdrag att utifrån ett nordiskt perspektiv medverka till att indikatorer som arbetas fram inom ramen för OECDs HCQI-projekt (Health Care Quality Indicators) är relevanta för internationella jämförelser av kvaliteten i hälso- och sjukvården.

OECDs HCQI projekt har pågått sen början av 2000-talet och ett antal delprojekt har genomförts/genomförs för närvarande. Syftet är att utveckla och publicera kvalitetsindikatorer för jämförelser av OECD länderna. Pågående delprojekt rör indikatorer för internationella jämförelser av patienterfarenheter, patientsäkerhet, kvalitet i primärvård och psykiatri samt hälsofrämjande insatser. Huvudprojektet rör indikatorer för i huvudsak de stora folksjukdomarna såsom bl a hjärtinfarkt, stroke, diabetes, cancersjukdomar, men till exempel även vaccinationer av barn och influensavaccination av äldre är inkluderat. Indikatorjämförelser har publicerats senast år 2007 som ett särskilt kapitel i den återkommande hälsorapporten "Health at Glance" [13]. Under hösten 2009 utkommer "Health at Glance" med uppdaterade och utvidgade jämförelser av kvaliteten i ländernas hälso- och sjukvård.

God vård

I handboken ”God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården [5]” identifieras sex olika områden som viktiga förutsättningar för god vård. De sex områdena är

- kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård
- säker hälso- och sjukvård
- patientfokuserad hälso- och sjukvård
- effektiv hälso- och sjukvård
- jämlik hälso- och sjukvård
- hälso- och sjukvård i rimlig tid.

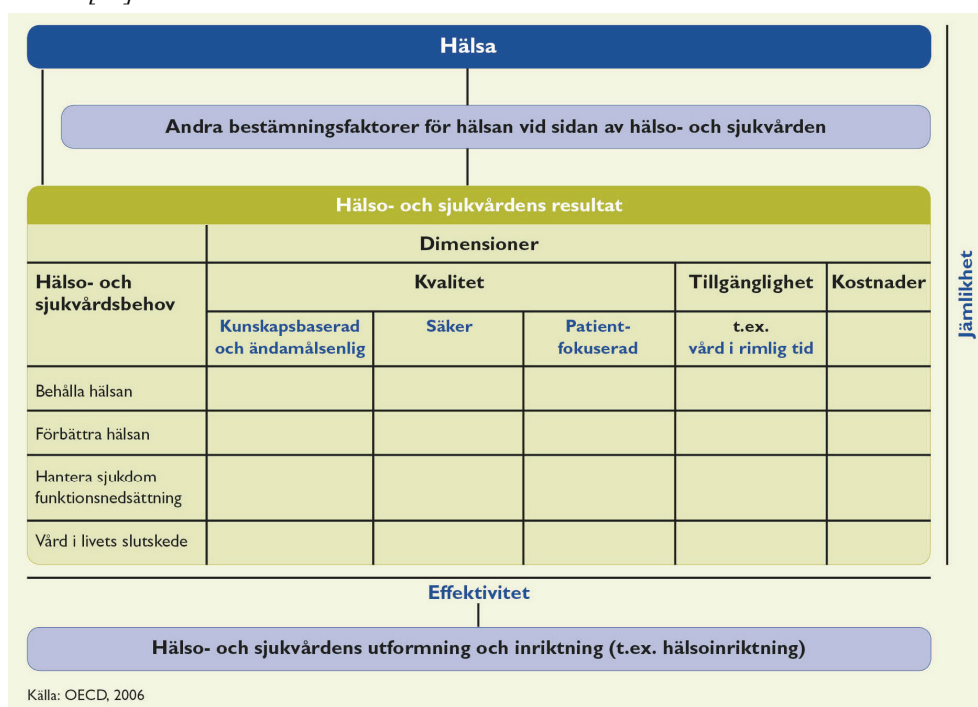
I handboken kallas dessa för kvalitetsområden, men de kan också betraktas som områden för uppföljningar eller förbättringar. God vård utgår från intentionerna i HSL [6] och har stöd i lagens olika delar. Eftersom HSL är en ramlag som är mer specifik i vissa sammanhang och mer allmänt hållen i andra delar påverkar det kvalitetsområdena på olika sätt. I några av kvalitetsområdena, till exempel hälso- och sjukvård i rimlig tid, är HSL mer allmänt hållen. I andra kvalitetsområden är kopplingen betydligt starkare till enskilda paragrafer i lagen.

Om man använder områdena i ett uppföljnings- och indikatorarbete, kan man se att två av områdena – jämlik respektive effektiv hälso- och sjukvård – inte låter sig beskrivas på riktigt samma sätt som de andra. Att följa upp om vården är jämlik kan innebära att man studerar utfall av andra indikatorer stratifierat på till exempel kön, socioekonomiska grupper, geografi eller åldersgrupper. Det innebär i sin tur att inga särskilda indikatorer för jämlik hälso- och sjukvård tas fram. Detta angreppssätt för uppföljning av hälso- och sjukvården används även av till exempel OECD [14].

Att följa upp effektiv hälso- och sjukvård handlar om att följa upp kvalitet, vilket står för måluppfyllelse, i förhållande till insatta resurser, mätt i kostnader. Det innebär att resultatindikatorer för god vård som ska spegla de fem kvalitetsområdena – kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, patientfokuserad, jämlik samt hälso- och sjukvård i rimlig tid – bör ställas i relation till hälso- och sjukvårdens kostnader för att därmed ge en bild av vårdens effektivitet. Dagens metoder och datakällor medger i mycket liten omfattning möjlighet att följa upp effektivitet på det sättet. Därför ingår i uppföljningen av effektiv hälso- och sjukvård i denna rapport endast en del, hälso- och sjukvårdens kostnader. Det är en nödvändig men inte tillräcklig del för att följa upp hälso- och sjukvårdens effektivitet.

Nedan presenteras en bild som OECD har tagit fram och som illustrerar förhållandena. Det hälsoinriktade perspektivet presenteras särskilt nedan.

Figur 1: OECD:s modell samt svensk modell för uppföljning av god vård i hälso- och sjukvården [14]



Det hälsoinriktade perspektivet i God vård

Ett hälsoinriktat perspektiv på hälso- och sjukvården relaterar direkt till portalparagrafen i HSL: *målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen*. Detta övergripande mål och ordet ”hälsa” tillkom när HSL trädde i kraft 1983. Hälsoperspektivet och jämlikheten lyftes fram i ramlagen och begreppet hälso- och sjukvård definierades i lagstiftningen. Med HSL fick landstingen ett tydligare ansvar för befolkningens hälsa. Kravet på en förändrad struktur av hälso- och sjukvården och på ett nytt hälsopolitiskt synsätt kom klart till uttryck i lagen. Det förebyggande arbetet blev lagfäst och jämförbart med det mer sjukvårdande arbetet.

Hälsobegreppet i lagstiftningen utgår från WHO:s hälsodefinition. Begreppet hälsofrämjande beskrivs ofta i termer av de processer som ger individen möjligheter att öka kontrollen över sin egen hälsa. Både hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande åtgärder kan vara individinriktade (gentemot individer), befolkningsinriktade (gentemot grupper i befolkningen) eller samhällsinriktade (gentemot samhällsstrukturer) [15].

I den folkhälsoproposition, Mål för folkhälsan, som riksdagen antog 2003 utvecklades hälsoinriktningen av hälso- och sjukvården. I målområde 6, en mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård, anges att ett hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande perspektiv ska genomsyra hela hälso- och sjukvården och vara en självklar del i all vård och behandling. Denna ansats har ytterligare stärkts i den senaste folkhälsopropositionen, En förnyad folkhälsopolitik, som antogs av riksdagen 2008. Där framhålls att det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande perspektivet bör stärkas i hela hälso- och sjukvården. Hälsofrämjande och förebyggande aspekter bör systematiskt integreras i patient- och anhängarkontakter, så att de blir naturliga delar i det löpande arbetet i hela vårdkedjan. Målområde 6 lyfter även fram hälsodi-

mensionen i hälso- och sjukvårdsarbetet och knyter därmed an till HSLs övergripande mål om en god hälsa på lika villkor i befolkningen [16, 17].

En hälsoinriktad hälso- och sjukvård fokuserar på i vilken mån vårdens samlade insatser bidrar till bättre hälsa, för den enskilde och för befolkningen, när det gäller minskad dödlighet och sjuklighet, förbättrad funktionsförmåga, större välbefinnande och högre hälsorelaterad livskvalitet.

I det svenska utvecklingsarbetet för uppföljning av en hälsoinriktad hälso- och sjukvård har Världshälsoorganisationens (WHO:s) modell fungerat som en utgångspunkt [18]. Denna modell utgår från följande fyra övergripande perspektiv:

- *Individ- och patientperspektiv:* Främja en positiv hälsoutveckling hos individer. Utveckla sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande insatser i hälso- och sjukvården.
- *Befolkningsperspektiv:* Främja en jämlik hälsoutveckling i befolkningen. Utveckla kunskapsförmedling och aktivt medverka i folkhälsoinsatser.
- *Personalperspektiv:* Främja en positiv hälsoutveckling hos den egna personalen samt öka personalens förutsättningar att arbeta hälsoinriktat.
- *Styr- och ledningsprocessen:* Använda hälsoorientering som strategi för en effektivare hälso- och sjukvård.

Sveriges Kommuner och Landsting har tagit fram en modell för ”Hälsa i bokslut – indikatorer för en hälsoorientering i styrning, ledning och uppföljning av hälso- och sjukvården” som ansluter till dessa dimensioner [19]. Utvecklingsarbete pågår idag inom flera landsting och vårdorganisationer och inom nätverket Hälsofrämjande sjukhus, HFS.

Till Socialstyrelsens arbete med Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder som omfattar levnadsvanorna tobak, alkohol, matvanor och fysisk aktivitet kopplas också utveckling av indikatorer.

Det kan diskuteras om hälsoperspektivet ska utgöra ett eget område i God vård eller om det bättre förstås som ett överordnat mål för hälso- och sjukvården som genomsyrar all verksamhet och därmed alla områden i God vård. (Jämför OECD:s modell för uppföljning av hälso- och sjukvården ovan). Socialstyrelsen konstaterar att oavsett hur man väljer att se på hälsoperspektivet i God Vård så utgör en hälsoinriktning av hälso- och sjukvården ett centralt område för uppföljning och verksamhetsutveckling.

God vård avser även tandvården

Inom tandvårdsområdet pågår motsvarande arbete med att ta fram övergripande nationella indikatorer för god tandvård samt fastställa nationella indikatorer kopplade till det nationella riktlinjearbete som pågår inom tandvården. I beskrivningarna nedan av innebörden i respektive God vårdområde är tandvården inkluderad.

Beskrivning av de sex God vård-områdena

Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård

Innebörd enligt ”God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården” [5].

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

Se 2 kap. 1 § LYHS:[20] ”Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. En patient ska ges sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som uppfyller dessa krav”.

Vad innebär en kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård?

Kunskap som medel för att främja hälsa, förebygga sjukdom, bota sjukdom samt lindra och trösta vid sjukdom växer kontinuerligt fram både i forskning och i praktisk verksamhet. Såväl faktakunskap som förståelsekunskap, färdighetskunskap och förtrogenhetskunskap [21] är betydelsefulla för en hälso- och sjukvård av god kvalitet.

I en kunskapsbaserad hälso- och sjukvård används systematiskt insamlad, granskad, värderad och sammanställd vetenskaplig kunskap på ett metodiskt sätt. Som grund för handlandet ligger också reflekterad, kollektiv klinisk erfarenhet. Vidare krävs kunskap om kommunikation och bemötande samt kunskaper om enskilda patienters förståelse, önskemål och förväntningar som inhämtats genom dialog med patienterna. För detta krävs ett genomtänkt etiskt förhållningssätt.

Förutom kunskap om individnytta utgör kunskapsbaserad kunskap ett stöd för beslutsfattares planering och öppna prioriteringar vid fördelning av vårdinsatser, med utgångspunkt i den etiska plattformen och med stöd av uppgifter om kostnadseffektivitet.

För att hälso- och sjukvården ska vara kunskapsbaserad krävs att relevant kunskap omsätts i praktisk handling på ett ordnat sätt. Patienterna ska involveras i arbetet med kunskapsbildning och kunskapsspridning. Vårdens alla delar ska kännetecknas av kontinuerliga förbättringar.

Med ändamålsenlig hälso- och sjukvård avses att nyttan med vården för patienten är större än olägenheten, såsom eventuella risker eller skador. Det är bara möjligt att bedöma vårdens ändamålsenlighet om målet för vården är fastställt.

Kunskapsbaserad hälso- och sjukvård är ett nödvändigt men inte tillräckligt medel för att uppnå en ändamålsenlig vård.

Kommentar

Området är komplext och har många dimensioner, samt innehåller två delar som är olika till sin karaktär. För att avgöra om vården är ändamålsenlig

krävs tydliga mål och därför är kunskapsbaserad vård ett nödvändigt men inte tillräckligt medel för att uppnå en ändamålsenlig vård. Delarna går därmed inte självklart att följa upp med samma indikatorer. Uppföljningen av om vården bedrivs kunskapsbaserat och ändamålsenligt bör göras och beskrivas på olika sätt beroende på vilken nivå i hälso- och sjukvårdssystemet man avser att spegla. För enskilda sjukdomsgrupper finns det redan, och kommer i än högre grad att finnas i framtiden, indikatorer som tas fram inom ramen för riktlinjer för sjukdomsgruppen. Många av dessa är till sin karaktär just kunskapsbaserade. Det finns dock andra delar i systemet som inte på samma sätt låter sig speglas med detta indikatorformat och som ändå behöver granskas för att bedöma om systemet i vilken vården bedrivs fungerar kunskapsbaserat.

Säker hälso- och sjukvård

Innebörd enligt ”God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården” [5].

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

Se 2 a §, 2 c §, 2 e §, 28 § HSL, 3 § TL: ”Ledningen av hälso- och sjukvård ska vara organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet. Säker hälso- och sjukvård är en grundsten i allt kvalitetsarbete och innebär att vårdskador ska förhindras genom aktivt riskförebyggande verksamhet.”

Vad innebär en säker hälso- och sjukvård?

En säker vård minskar risken för vårdskador. Med vårdskador avses lidande, obehag, kroppslig eller psykisk skada, sjukdom eller död som orsakas av hälso- och sjukvården och som inte är en oundviklig konsekvens av patientens tillstånd.

Grunden för säker vård är att diagnostik, vård och behandling utförs på rätt sätt. En förutsättning för att förebygga vårdskador är att vårdgivaren har ett utvecklat ledningssystem för kvalitet och säkerhet. [4]

Ett proaktivt säkerhetsarbete bygger på ett kontinuerligt arbete med målformulering, uppföljning, analys samt återföring av resultat. Detta ska ske på alla nivåer i organisationen.

Exempel på processer i ett aktivt riskförebyggande säkerhetsarbete är

- patientens delaktighet som en aktiv part
- systematisk standardisering och utvärdering av metoder och rutiner samt deras tillämpning
- kontinuerlig mätning av förekomsten av vårdskador (exempelvis vårdrelaterade infektioner, läkemedelsrelaterade skador)
- riskanalys/-hantering: identifiering av risker samt värdering av risker, analys av orsakerna och vidtagande av åtgärder samt uppföljning av åtgärdernas effekt
- avvikelshantering: identifiera, dokumentera samt rapportera avvikelser, analys av orsakerna och vidtagande av åtgärder samt uppföljning av åtgärdernas effekt

- system som säkerställer att hälso- och sjukvårdspersonalen har adekvat kompetens och att den upprätthålls
- metoder och rutiner som säkerställer att samarbete, kommunikation och rapportering inom och mellan verksamheter fungerar väl
- rutiner som säkerställer att endast ändamålsenliga och säkra tjänster, produkter och tekniker används
- rutiner för att ge vårdskadade information och omhändertagande för att begränsa skadan och dess följder.

Arbetet ska bedrivas kontinuerligt och med stor öppenhet. Det är ledningens ansvar att tillsammans med medarbetarna skapa en säker vård.

Kommentar

Patientsäkerhet är en av grundstenarna i allt kvalitetsarbete. När säkerheten brister har det ofta bakomliggande orsaker i till exempel organisationen eller rutinerna. En viktig utgångspunkt för patientsäkerhetsarbetet är att det är mänskligt att felar. Därför måste vården utveckla säkra system så att fel och misstag inte leder till att patienter kommer till skada.

Patientfokuserad hälso- och sjukvård

Innebörd enligt ”God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården” [5].

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

Se 2 a §, 2 b § HSL, 3 § TL och 2 kap 1 § LYHS: ”Vården och behandlingen ska så långt som det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Patienten ska ges individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och om de metoder för undersökning, vård och behandling som finns. Patienten ska visas omtanke och respekt.”

Vad innebär en patientfokuserad hälso- och sjukvård?

En patientfokuserad hälso- och sjukvård innebär att vården bygger på respekt för människors lika värde och den enskilda människans värdighet, självbestämmande och integritet.

Det är viktigt att patienten bemöts utifrån hans/hennes sociala sammanhang och att vården utförs med respekt och lyhördhet för individens specifika behov, förutsättningar, förväntningar och värderingar. Vården ska planeras och genomföras i samråd med patienten. Största möjliga kontinuitet i kontakter och information bör eftersträvas och olika insatser bör samordnas på ett ändamålsenligt sätt så att möjligheten till oberoende i det dagliga livet stärks.

Detta förutsätter i sin tur en dialog mellan patienten, hälso- och sjukvårdspersonalen och ofta även närstående. Kommunikationen ska vara en integrerad del av all vård och behandling. Patientens kunskap, förståelse och insikt är förutsättningar för att han eller hon ska kunna vara delaktig i och ha

inflytande över sin egen hälsa, vård och behandling. För tandvården läggs särskild vikt vid att säkerställa att patienten har kunskap om behandlingsalternativ och dess kostnader.

I HSL 2a, 2b och 3a § samt i LYHS 2 kap 2, 2a § finns stöd för denna in-
nebörd.

Kommentar

En god hälso- och sjukvård ska bland annat kännetecknas av ett respektfullt bemötande av varje individ som söker vård. Det innebär att den ska bygga på respekt för människors lika värde, den enskilda människans värdighet och individens självbestämmande och integritet. Detta framgår också av HSL [6].

Vården ska utföras med respekt och lyhördhet för individens specifika behov, förutsättningar, förväntningar, värderingar, kunskaper och erfarenheter. Som patient befinner man sig i ett beroendeförhållande, både på grund av oro och själva sjukdomen men också på grund av ett underläge i fråga om kunskap och möjligheter att påverka. Patienten är expert på sin egen situation, men beroende av andras kompetens, resurser och beslut vid ohälsa, sjukdom och skada. Det är därför viktigt att genom individuellt anpassad information förmedla kunskap, förståelse och insikt om hälsotillstånd, diagnos och metoder för undersökning och behandling. Informationen bör helst förmedlas i en dialog mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen [6, 20]. Kommunikationen måste få ta tid – och ses över tid. Det vill säga informationen måste fyllas på, förtydligas, upprepas och följas upp under hela vårdprocessen. Kontinuitet och entydighet i kontakter och information bidrar till trygghet.

Genom individuellt anpassad information om till exempel olika behandlingar och deras effekter ökar möjligheterna att skapa realistiska förväntningar på vilka resultat som kan uppnås. Om informationen inte kan lämnas till patienten ska den enligt lagstiftningen i stället lämnas till en närstående. Oftast är det dock viktigt att även informera och göra närstående delaktiga, både för att kunna stödja patienten och för att själv få kunskap och stöd att hantera de frågor och krav som kan uppstå.

Förståelse och insikt är förutsättningar för att patienten ska kunna tillämpa den kunskap som förmedlas och kunna vara delaktig i och ha inflytande över sin egen vård och behandling. Beslutsfattare, ledningsansvariga och personal har ett gemensamt ansvar för frågor som rör bemötande, information, kommunikation, delaktighet och medinflytande för patienten [4, 5, 20]. Målet ska vara att han eller hon får bästa möjliga förutsättningar att vara delaktig och ha inflytande över sin egen vård och behandling. Därmed ges även möjlighet att påverka resultatet. Forskningen visar att ett patientcentrerat arbetssätt och en delaktig patient har en positiv inverkan på vårdens resultat. Det gäller bland annat följsamhet till rekommendationer, behandlingsresultat vid till exempel kroniska sjukdomar och patientens tillfredsställelse med vården [22].

Hälso- och sjukvården har också en viktig uppgift när det gäller att förmedla kunskap så att patienten kan hantera sin egen situation och sitt oberoende i det dagliga livet.

Effektiv hälso- och sjukvård

Ursprunglig innebörd enligt ”God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården” [5].

”Med effektiv hälso- och sjukvård avses att tillgängliga resurser utnyttjas på bästa sätt för att uppnå uppsatta mål. Detta innebär att vården utformas och ges i samverkan mellan vårdens aktörer baserat på tillståndets svårighetsgrad och kostnadseffektiviteten för åtgärder-na.”

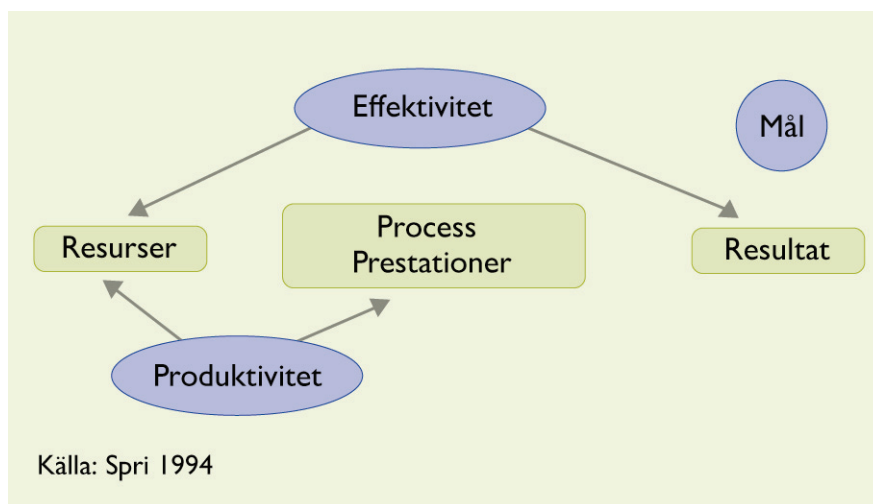
Vad innebär en effektiv hälso- och sjukvård?

Effektiv vård innebär att de tillgängliga resurserna utnyttjas på bästa sätt för att uppnå de uppsatta målen. Effektivitet kan därför enkelt uttryckas som måluppfyllelse i förhållande till kostnaden för de insatta resurserna. En effektiv vård har hög måluppfyllelse i förhållande till insatta resurser. Det betyder att hälso- och sjukvården och tandvården ska hålla hög kvalitet i förhållande till de resurser som används för att vården ska anses vara effektiv. Begreppet hög kvalitet är alltså relativt och bör mätas i förhållande till hälso- och sjukvårdens och tandvårdens mål.

Kommentar

I och med att effektivitet definieras som i vilken grad resurser omvandlas till måluppfyllelse räcker det inte med att koppla samman de insatta resurserna med de prestationer som utförs, eller med de processer som finns för att analysera effektivitet. En sådan jämförelse mäter i stället vårdens produktivitet.

Figur 2: Effektivitet och Produktivitet



Figur 2 visar fyra komponenter som är centrala för begreppen produktivitet och effektivitet: kostnader (resurser), prestationer, resultat och mål. Hög produktivitet är visserligen en förutsättning för hög effektivitet, men för en effektiv vård krävs dessutom att aktiviteterna leder till önskvärda resultat. För att analysera effektivitet måste man alltså ställa resurserna mot vårdens resultat. Resultatet behöver i sin tur vara kopplat till hälso- och sjukvårdens respektive tandvårdens övergripande mål.

För att analysera effektivitet behöver man därmed veta något om hälso- och sjukvårdens respektive tandvårdens resurser (kostnader), processer, prestationer samt resultat och mål. Därför är det nödvändigt att kostnaderna följs upp på olika nivåer. Att följa hälso- och sjukvårdskostnaderna på nationell nivå, huvudmannanivå och individnivå är en förutsättning för att kunna analysera effektivitet för riket som helhet, på huvudmannanivå och för olika vårdområden.

Jämlik hälso- och sjukvård

Innebörd enligt ”God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården” [5].

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

Se 2 § HSL, 2 § TL: ”Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.”

Vad innebär en jämlik hälso- och sjukvård?

Jämlik vård innebär att bemötande, vård och behandling ska erbjudas på lika villkor till alla oavsett bland annat personliga egenskaper, bostadsort, ålder, kön, funktionshinder, utbildning, social ställning, etnisk eller religiös tillhörighet eller sexuell läggning.

Eftersom hälsan inte är jämlikt fördelad bör en sjukvård som strävar efter att uppnå en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen prioritera de som har *störst behov*, och som dessutom bör vara *hälsoinriktad och hälsofrämjande*. Vad avser prioriteringar uttrycks i tandvårdslagen endast att akuta fall ska behandlas med förtur.

Jämlik vård har också direkt koppling till de tre principer för prioritering som riksdagen har fastställt:

- människovärdesprincipen
- behovs- och solidaritetsprincipen
- kostnadseffektivitetsprincipen.

Principerna utgör den etiska plattform som ska ligga till grund för att HSLs krav på god vård på lika villkor realiseras [23].

Kommentar

En huvudinriktning för en jämlik vård är att alla beslutsfattande nivåer har ett gemensamt ansvar för att de tre principerna för prioritering upprätthålls:

Vårdgivaren har ett särskilt ansvar för *behovs- och solidaritetsprincipen*. Värdet för en patient eller patientgrupp av vården och behandlingen ska på denna nivå ställas i relation till och i solidaritet med andra patienters och patientgruppers behov – inom samma verksamhet och mellan olika verk-

samheter. Solidaritet innebär också ett särskilt ansvar för grupper som inte själva tydligt kan uttala sina behov.

För **verksamhetschefen** med både ett ekonomiskt resultatansvar och ett medicinskt behandlingsansvar blir tillämpningen av *kostnadseffektivitetsprincipen* särskilt tydlig. Detta innebär överväganden kring värdet för en patient eller patientgrupp av vården och behandlingen med hänsyn tagen till att det bör finnas en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa och förhöjd livskvalitet.

Hälso- och sjukvårdspersonalen bär ett särskilt ansvar för att upprätthålla *människovärdesprincipen*. Det innebär att den enskilde bemöts och vårdas med respekt och omtanke oavsett personliga egenskaper, ålder, kön, funktionshinder, utbildning, social ställning, etnisk eller religiös tillhörighet eller sexuell läggning.

En annan huvudinriktning är att den som har störst behov av vård ska prioriteras. För att detta ska ske på en aggregerad nivå krävs någon form av behovsanalys, det vill säga en analys av om vårdbehovet styr produktionen eller om det endast är efterfrågan på vård som styr.

Jämlik vård-området ska speglas genom att koppla olika bakgrundsvariabler till de övriga uppföljningsområdena och indikatorerna för God vård.

Hälso- och sjukvård i rimlig tid

Ursprunglig innebörd enligt ”God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården” [5].

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

Se 2 a §, 3 § HSL, 3 § TL: ”Varje patient som vänder sig till hälso- och sjukvården ska, om det inte är uppenbart obehövt, snarast ges en medicinsk bedömning av sitt hälso-tillstånd”.

Vad innebär en hälso- och sjukvård i rimlig tid?

Hälso- och sjukvård i rimlig tid innebär att vård erbjuds utan att eventuella väntetider påverkar patienten negativt i fysisk, psykisk eller social mening. Beslut om tidsramen för de vårdinsatser som patienten har behov av ska fattas i dialog med honom eller henne och utformas i enlighet med riksdagens prioriteringsprinciper [23]. För tandvården innebär rimlig tid att patienter i behov av akut vård ska få detta utan dröjsmål.

Hälso- och sjukvård i rimlig tid förutsätter att tilldelningen av resurser utgår ifrån befolkningens behov av hälso- och sjukvård. Optimering av processer och rutiner i hälso- och sjukvårdens alla led ökar sannolikheten för att vård i rimlig tid ska kunna erbjudas till samtliga patientgrupper.

Kommentar

Innebörden avser att definiera begreppet rimlig tid både ur ett patientperspektiv och ur ett hälso- och sjukvårdsperspektiv. Väntetider i vården kan tyda på en rad bakomliggande problem, till exempel problem med att mat-

cha kapacitet och behov, med att ha tydliga planerings- och beställningsrutiner samt med ett ineffektivt arbetssätt. Att noggrant mäta väntetider och analysera dessa tillsammans med andra relaterade parametrar ger inte bara besked om i vilken utsträckning vård kan erbjudas i rimlig tid utan är också en viktig förutsättning för att kunna föra en konstruktiv diskussion om orsaker och åtgärder.

För att bedöma väntetidens rimlighet krävs en uppsättning indikatorer som både återspeglar uppmätta faktiska väntetider (baserat på datainsamling i hälso- och sjukvården) och patienternas egen upplevelse av dessa väntetider. Även medborgarperspektivet kan vara viktigt eftersom sjukvårdens legitimitet hänger samman med gemene mans uppfattning om väntetidssituationen.

Väntetider bör mätas på ett flexibelt sätt i samtliga delar av hälso- och sjukvården. Ett utvecklingsarbete bör därför ske med tanke på att de uppgifter som redovisas i dag i Väntetidsdatabasen endast är kopplade till den nationella vårdgarantin och dess gränser.

Väntetider inom ramen för en pågående vårdinsats är också ett område som kräver ett utvecklingsarbete, vilket också gäller oönskade resultat av vården som beror på att vård inte erbjudits i rimlig tid.

Hälso- och sjukvårdsövergripande indikatorer för God vård

Förutsättningarna för arbetet med hälso- och sjukvårdsövergripande indikatorer var att indikatorerna skulle vara begränsade till antalet, gå att använda i hela, eller stora delar, av hälso- och sjukvården samt att de skulle gå att mäta med dagens datakällor. Eftersom dessa datakällor inte är heltäckande fick grupperna också möjligheten att föreslå uppföljningsområden där nationella indikatorer bör utvecklas.

I handboken till Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet (SOSFS 2005:12) kallas God vård-områdena för kvalitetsområden [5], men i detta arbete har de betraktats som områden för uppföljning eller förbättring. Med det som utgångspunkt har det under arbetets gång blivit tydligt att många av indikatorförslagen från grupperna har haft bäring på fler än ett av God vårds sex områden.

Det har också blivit tydligt att utgångspunkterna för områdena jämlik respektive effektiv hälso- och sjukvård är annorlunda än för de andra områdena. För att följa upp om vården är jämlik krävs att man vid all uppföljning har ett perspektiv som jämför utfallet av indikatorn för olika grupper, som kan vara olika för olika indikatorer. Ibland kan det vara mest intressant att jämföra åldersgrupper, andra gånger kan fokus ligga på till exempel etnicitet.

Att följa upp effektiv hälso- och sjukvård handlar om måluppfyllelse i förhållande till kostnaden för insatta resurser. Hälso- och sjukvården ska hålla hög kvalitet i förhållande till de resurser som används för att vården ska anses vara effektiv. Därför blir inte heller effektivitet ett område som går att mäta separat.

Det huvudsakliga syftet med att ha de sex kvalitetsområdena som grund och sorteringskriterier är att tydliggöra vikten av samtliga områden för att en god vård ska kunna uppnås och därmed minimera risken för att något område glöms bort. Hälso- och sjukvårdsindikatorer täcker ofta in flera av dimensionerna eller är tvärtom så övergripande att de svårigen kan placeras i någon av dessa.

Nationella uppföljningsområden

Uppföljningsområdena visar på viktiga aspekter inom hälso- och sjukvården och kan tillsammans belysa processer, resultat och kostnader i hälso- och sjukvården utifrån God vård. Till dessa områden finns indikatorer kopplade, som ska ge en indikation på om God vård bedrivs. Det är dock viktigt att poängtera att beroende på utvecklingen av bland annat forskning och datakällor så kan andra indikatorer på sikt bättre komma att spegla de olika uppföljningsområdenas kvalitet.

I Sverige finns ett antal nationella datakällor som innehåller information om sjukvårdens processer, resultat och kostnader. Socialstyrelsen ansvarar

för en del av dessa, exempelvis Patientregistret, Läkemedelsregistret och Dödsorsaksregistret. Ansvaret för andra datakällor finns till exempel hos Sveriges Kommuner och Landsting (exempelvis Väntetidsdatabasen och Nationell patientenkät) och olika vårdgivare (Nationella kvalitetsregister). Trots befintliga datakällor visar arbetet på en stor brist på information för att det ska gå att systematiskt följa upp majoriteten av de uppföljningsområden som nedan presenteras. Genom att ändå identifiera områden som viktiga, trots att det för närvarande inte finns någon möjlighet till uppföljning, tar Socialstyrelsen ett ansvar för att fortsättningsvis stödja arbetet med att utveckla sätt att följa upp samtliga områden.

Arbetet har också visat på vikten av att det blir en tydlighet i hur till exempel de nationella kvalitetsregistren och Väntetidsdatabasen ska kunna användas för en nationell uppföljning av hälso- och sjukvården.

Som tidigare nämnts kan uppföljningsområden och indikatorer i vissa fall kopplas till flera av områdena för God vård. Uppföljningsområdena presenteras därför här utan att det specificeras till vilket God vård-område det kan tillhöra. En beskrivning av varför området har valts ut som ett nationellt uppföljningsområde ges också. För vissa områden finns för närvarande inte några ändamålsenliga datakällor att använda. Området betraktas då som ett uppföljningsområde där nationella indikatorer bör utvecklas. Även de uppföljningsområden där indikatorer för närvarande finns kan dock behöva utvecklas för att skapa ännu skarpare indikatorer.

De nationella indikatorer som föreslås kommer Socialstyrelsen att använda för att kontinuerligt följa upp trender i utvecklingen av hälso- och sjukvården. För samtliga av de indikatorer som fastställs som nationella indikatorer, finns en datakälla där nationell täckning är möjlig. Det behövs dock ett kontinuerligt arbete för att säkra datakvalitet och täckningsgrad.

De nationella indikatorerna för God vård presenteras utförligt i matrisform i bilaga 4. I följande text beskrivs uppföljningsområdena samt indikatorerna i mer sammanfattad form.

Nationella områden för uppföljning av God vård:

- Hälsoinriktad hälso- och sjukvård
- Hälsorelaterad livskvalitet
- Åtgärdbar dödlighet
- Undvikbar slutenvård
- Följsamhet till nationella riktlinjer
- Registreringsgrad i nationella kvalitetsregister
- Re/habileringsprogram
- Följsamhet till nationella vaccinationsprogram
- Vårdrelaterade infektioner
- Anmälningar enligt Lex Maria
- Själv mord
- Säkerhet i omvårdnad
- Läkemedelsanvändning
- Dödlighet på sjukhus
- Förekomsten av vårdskador

- Patientsäkerhetskultur
- Strukturerad händelseanalys
- Respektfullt och individuellt bemötande
- Individuell information och kunskapsöverföring
- Individens delaktighet i den egna vården
- Hälso- och sjukvårdens kostnader
- Hälso- och sjukvårdens produktivitet
- Faktiska väntetider
- Upplevda väntetider

I det följande beskrivs de 24 uppföljningsområdena. I de fall en nationell datakälla finns tillgänglig redovisas även nationella övergripande indikatorer.

Hälsoinriktad hälso- och sjukvård

En hälsoinriktad hälso- och sjukvård fokuserar på hur verksamhetens samlade insatser bidrar till bättre hälsa. Både som minskad dödlighet, sjuklighet och nyinsjuknande och som förbättrad funktionsförmåga, välbefinnande och hälsorelaterad livskvalitet. Hälsoinriktningen kan ses som en grundförutsättning för att verksamhetens insatser inom hälso- och sjukvårdssystemet ska kunna fokusera på en resultatorientering mot hälsomålet (se OECD:s modell s 21). Modellen inbegriper samtliga sex områden i God vård och hälsoinriktningen ses där som en del av plattformen.

I det svenska utvecklings- och uppföljningsarbetet av en hälsoinriktning av hälso- och sjukvården har följande modell fungerat som utgångspunkt:

- Individ- och patientperspektiv: Främja en positiv hälsoutveckling hos individer.
- Befolkningssperspektiv: Främja en jämlik hälsoutveckling i befolkningen.
- Personalperspektiv: Främja en positiv hälsoutveckling hos den egna personalen samt öka personalens förutsättningar att arbeta hälsoinriktat.
- Styr- och ledningsprocessen: Hälsoorientering som strategi för en effektivare hälso- och sjukvård.

Utvecklingsarbete vad gäller såväl indikatorer som uppföljning pågår idag inom flera landsting och vårdorganisationer, samt inom nätverket Hälsofrämjande sjukhus (HFS).

Sveriges Kommuner och Landsting har en modell för ”Hälsa i bokslut – indikatorer för en hälsoorientering i styrning, ledning och uppföljning av hälso- och sjukvården” som ansluter till de fyra övergripande perspektiven [19]. Till Socialstyrelsens arbete med Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder, som omfattar levnadsvanorna tobak, alkohol, matvanor och fysisk aktivitet, kopplas också utveckling av indikatorer.

Ett utvecklingsarbete på nationell nivå behöver dock komma till stånd och övergripande nationella indikatorer för området behöver utvecklas.

Hälsorelaterad livskvalitet

Patientfokuserade resultatmått handlar om att patienten själv får bedöma sin hälsa och sitt hälsoutfall i samband med kontakter med hälso- och sjukvården. Man tar då steget från ett utifrånperspektiv där vårdens effekter bedöms av professionella, till ett perspektiv där den det berör, nämligen patienten, bedömer effekterna i termer av till exempel hälsorelaterad livskvalitet. Begreppet hälsorelaterad livskvalitet står för en mångdimensionell beskrivning av hälsan bestående av fysiska, psykiska och sociala aspekter såväl som generellt välbefinnande. Den kan mätas med generiska mått eller med sjukdomsspecifika. De generiska måtten ger en möjlighet att jämföra hälsoutfall mellan olika sjukdomsgrupper. Exempel på sådana mått är EQ-5D [24] eller SF-36 [25]. Dessa typer av mått ingår i det som internationellt kallas PROM (Patientrelated outcome measures). En hel del kvalitetsregister har börjat använda PROM i sina utvärderingar. Generellt sett behöver dock ett utvecklingsarbete ske på nationell nivå. Nationell datakälla behöver utvecklas innan området går att följa upp med övergripande nationella indikatorer för God vård.

Åtgärdbar dödlighet

Sedan mitten av 1980-talet har ett arbete bedrivits inom EU med jämförelser av hälso- och sjukvården i medlemsländerna med hjälp av ett mått på så kallad åtgärdbar dödlighet. Tanken med att skapa ett mått för åtgärdbar dödlighet är att den kunskap som finns om vissa sjukdomars orsaker och om olika behandlingsmetoders effektivitet ska omsättas till handling, genom att i ett mått fokusera på den dödlighet i en befolkning som man kan påverka.

Måttet åtgärdbar dödlighet består av dödlighet i ett antal utvalda diagnoser och dödsorsaker, indelade i två grupper.

Den ena gruppen avser diagnoser och dödsorsaker som anses möjliga att påverka med bredare hälsopolitiska insatser, som kampanjer för rökavvänjning och förbättrade alkoholvanor. Denna indikator kallas hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet. De diagnoser och dödsorsaker som ingår i denna indikator är lungcancer, cancer i matstrupe, levercirros och motorfordonsolyckor.

Den andra gruppen av åtgärdbara dödsfall består av död i diagnoser som valts ut därför att de bedömts vara möjliga att påverka med olika medicinska insatser, genom tidig upptäckt och behandling. Den kallas för sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet. Exempel på diagnoser i denna indikator är diabetes, blindtarmsinflammation, stroke, gallstenssjukdom och livmoderhalscancer.

Indikatorn går också att använda för att följa upp om vissa diagnosgrupper (till exempel schizofreni) eller befolkningsgrupper (till exempel socioekonomiskt utsatta) i högre utsträckning än andra dör i åtgärdbara diagnoser.

Nationella övergripande indikatorer för God vård:

1. Hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet
2. Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet

Undvikbar slutenvård

Indikatorn undvikbar slutenvård avser att mäta effektivitet, tillgänglighet och adekvat omhändertagande för vissa specificerade sjukdomstillstånd inom den öppna vården, som till exempel förebyggande folkhälsoarbete och primärvård. Antagandet är att om patienter med de utvalda sjukdomstillstånden får ett bra omhändertagande i den öppna vården, så kan man förhindra ”onödiga” inläggningar på sjukhus.

Måttet undvikbar slutenvård består av inläggningar på sjukhus i ett antal utvalda diagnoser. Bland de diagnoser som valts ut finns först sådana som ska spegla den öppna vårdens insatser vid kroniska eller mer långvariga åkommor. De kroniska sjukdomstillstånd som ingår är anemi, astma, diabetes, hjärtsvikt, högt blodtryck, kroniskt obstruktiv lungsjukdom och kärlkramp. Utöver detta ingår även några akuta tillstånd, där rätt behandling given inom rimlig tid bedömts kunna förhindra inläggning på sjukhus. De akuta tillstånd som ingår är blödande magsår, diarré, epileptiska krampanfall, inflammatoriska sjukdomar i de kvinnliga bäckenorganen, njurbäckeninflammation och öra-näsa-halsinfektion.

Nationella övergripande indikatorer för God vård:

3. Undvikbar slutenvård

Följsamhet till Socialstyrelsens nationella riktlinjer

Området går att följa upp på olika nivåer. Det finns ännu inte en metod för att göra sammanfattande bedömningar av följsamheten till nationella riktlinjer. Däremot så är ett flertal av de nationella indikatorer som är framtagna i anslutning till de olika nationella riktlinjerna av den karaktären att de speglar antingen följsamheten till processen eller resultatet utifrån en specifik riktlinje. Socialstyrelsen avser att göra indikatorbaserade öppna jämförelser och utvärderingar av följsamheten till nationella riktlinjer enligt den modell som togs fram i arbetet med ”Öppna jämförelser och utvärdering 2009 – Hjärtsjukvård” [26] Modellen utgår från indikatorer från de nationella riktlinjerna och en jämförelse samt bedömning av läget i Sverige där indikator för indikator presenteras. En utveckling krävs dock för att kunna göra än mer sammanfattande bedömningar.

Registreringsgrad i nationella kvalitetsregister

Att de nationella kvalitetsregistren har en hög täckningsgrad är en förutsättning för att de ska kunna användas i ett nationellt uppföljnings- och jämförelsearbete. Dessutom kan registreringsgraden i de nationella kvalitetsregistren ses som en indikator på hur aktiv en verksamhet är i att följa upp sina processer och resultat.

Jämförelser mellan Patientregistret (PAR) och de nationella kvalitetsregistren när det gäller täckningsgrad bör göras så långt det är möjligt. Jämförelserna syftar till att uppskatta täckningsgraden på individnivå i registren, det vill säga hur stor del av patienterna eller behandlingarna som återfinns i

registret. En uppskattning av täckningsgraden kan göras genom att matcha registren med varandra. Där det är möjligt bör matchningen göras på individnivå. Täckningsgraden utgörs av antalet fall som är desamma i respektive register plus antalet fall som endast rapporterats till ett av registren.

Den absoluta täckningsgraden i de olika registren och databaserna kan inte med full säkerhet rapporteras eftersom det kan finnas fall och åtgärder som varken har inrapporterats till Patientregistret eller de nationella kvalitetsregistren. Matchningarna är exempel och en indikation på kvalitetsregistrens täckningsgrad. Deltagandet i kvalitetsregistren är från patientens sida helt frivilligt, vilket också påverkar täckningsgraden.

Nationella övergripande indikatorer för God vård:

4. Registreringsgrad i nationella kvalitetsregister (täckningsgrad)

Re/habilitering

Ett stort antal patienter är i behov av rehabiliteringsinsatser under sin vårdtid och många av dessa patienter kan efter rehabiliteringsinsatserna återgå till det liv de levde innan sjukdomen. De patienter som har långvariga och/eller bestående funktionshinder behöver dock habiliterings- eller rehabiliteringsinsatser i varierande utsträckning under lång tid. De habiliteringsinsatser som görs för barn med medfödda funktionsnedsättningar skall gå att mäta och följa upp likväl som rehabiliteringsinsatser till individer i alla åldrar med både medfödda och förvärvade funktionsnedsättningar.

Det är idag inte möjligt att på nationell nivå följa upp vare sig rehabiliterings- eller habiliteringsinsatser på ett tillfredsställande sätt, dvs. viktig information registreras/dokumenteras inte och det går därför inte att fånga data via register eller andra informationssystem. Det är därför av stor vikt att mätmetoder, indikatorer och datakällor utvecklas.

Följsamhet till nationella vaccinationsprogram

Vaccination av barn

Efter att det kombinerade mässlings-, påssjuke- och röda hundvaccinet (MPR) infördes 1982 sjönk antalet rapporterade fall av de tre virussjukdomarna inom loppet av några år och är i dag ovanliga i Sverige. För att sjukdomarna inte ska få fäste i befolkningen krävs att 90–95 procent är immuna, antingen genom vaccination eller efter genomgången naturlig infektion. Även vaccinationsprogrammet mot humant papillomvirus (HPV) bör följas upp med nationella indikatorer.

Sverige har internationellt sett en hög andel vaccinerade barn.

Nationella övergripande indikatorer för God vård:

5. Vaccination av barn – MPR

Influensavaccinering av äldre

Olika riskgrupper såsom personer 65 år och äldre, barn och vuxna med kronisk hjärt- eller lungsjukdom samt personer med nedsatt immunförsvar löper ökad risk att få komplikationer av influensa. För att undvika för tidig död och influensarelaterad vård är det viktigt att influensavaccin finns tillgängligt och erbjuds dessa grupper och att vaccineringsnivån är hög.

Nationella övergripande indikatorer för God vård:

6. Influensavaccination av äldre

Vårdrelaterade infektioner

Olika typer av vårdrelaterade infektioner (VRI) leder årligen till betydande konsekvenser för många patienter och för sjukvårdens organisation och resurser. Vårdhygienisk expertis har beräknat att den extra kostnaden år 2002 enbart för förlängda vårdtider på grund av VRI uppgick till ungefär 3,7 miljarder kronor [27].

De vanligaste typerna av VRI är urinvägsinfektioner, luftvägsinfektioner och infektioner efter kirurgiska ingrepp. Spridning av magsjukesvirus (vinterkräksjuka) orsakar inte sällan sådana utbrott att verksamheter måste införa intagningsstopp vilket medför betydande svårigheter för vården och störningar i planerade aktiviteter.

Resistenta bakterier blir ett allt vanligare problem i Sverige, även om resistensläget är bättre här än i de flesta andra länder. Om resistenta bakterier sprids inom vården kan detta leda till ökade resistensproblem ute i samhället. När det gäller meticillinresistenta stafylokocker (MRSA) är ett av målen i den nationella strategin att ingen smittspridning ska ske inom vården. Den vårdrelaterade smittspridningen har minskat, och det är nu vanligare att den som diagnostiseras med MRSA inte haft någon vårdkontakt [28].

Den viktigaste åtgärden för att förhindra spridning av smitta mellan patienter och mellan personal och patienter i sjukvården är att all personal konsekvent tillämpar basala hygienrutiner i allt vårdarbete. Tillsyn av vårdens följsamhet till basal hygien har genomförts av Socialstyrelsens regionala tillsynsenheter, både lokalt och som nationellt projekt [29]. Betydande förbättringsbehov har identifierats och de krav som verksamheternas basala hygienrutiner ska uppfylla anges i Socialstyrelsens föreskrift om basal hygien inom hälso- och sjukvården m.m. (SOSFS 2007:19).

En hög kvalitet i det vårdhygieniska arbetet förutsätter ett sakkunnigt riskförebyggande arbete inom alla delar som det vårdhygieniska området innefattar och ett engagemang och en kunskap om hygienrutinerna hos all vårdpersonal. För att få stöd i arbetet med att förebygga VRI, både i det kontinuerliga kvalitetsarbetet och vid akuta problem, behöver alla vårdgivare och verksamheter stöd av vårdhygienisk expertis.

Väsentligt är också att ha en kontrollerad antibiotikaanvändning, eftersom överanvändning och felanvändning av antibiotika kan leda till utveckling av resistenta bakteriestammar [30].

I dagsläget finns inget nationellt system för att följa upp vare sig följsamheten till basala hygienregler eller förekomsten av vårdrelaterade infektioner. Det blir allt vanligare att vårdverksamheter bedriver egenkontroll med

regelbundna mätningar av personalens följsamhet till de basala hygienrutinerna. Många verksamheter registrerar VRI periodvis (punktprevalens) eller kontinuerligt. Viktigt är att resultaten återkopplas till alla berörda och används i det kontinuerliga kvalitetsarbetet. Sveriges Kommuner och Landsting gjorde under 2008 de första nationella punktprevalensstudierna av VRI inom ramen för sin patientsäkerhetssatsning, och arbete pågår för att möjliggöra en nationell övervakning.

Områden där det är av stor vikt att nationella datakällor utvecklas är bl a följsamhet till basala hygienrutiner, förbrukning av handdesinfektionsmedel, registrering av VRI och följsamhet till lokala antibiotikarekommendationer.

Anmälningar enligt Lex Maria

Vårdgivare ska anmäla händelser som medfört eller kunde ha medfört allvarlig skada för patienten till Socialstyrelsen. Vårdgivarna ska också utreda händelsernas orsaker och vidta åtgärder så att de inte upprepas. Endast en bråkdel av alla allvarliga händelser som inträffar i vården anmäls. Antalet anmälningar kan därför inte sägas återspegla antalet allvarliga händelser i en verksamhet.

Antalet anmälningar enligt Lex Maria är ett mått på vårdgivarens patientsäkerhetsarbete och bör tolkas utifrån att ju fler anmälningar ju mer aktivt patientsäkerhetsarbete.

Nationella övergripande indikatorer för God vård:

7. Lex Maria-anmälningar i sluten- och öppenvård respektive i kommunal vård

Själv mord

Cirka 1 100 personer begår årligen självmord i Sverige. Inberäknat självmord med osäker diagnos uppgår siffran till cirka 1 500. Enligt vetenskapliga studier har 70–90 procent av dem som begår självmord haft kontakt med hälso- och sjukvården inom sex månader före händelsen.

Människor med självmordsproblematik som kommer till sjukvården ska erbjudas en god och säker vård som innebär att vårdgivaren uppmärksammar risk- och stödfaktorer och vidtar åtgärder för att minska risken för självmord.

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter 2005:25, Anmälningsskyldighet enligt Lex Maria, ska vårdgivaren anmäla alla självmord som inträffat under pågående vård eller inom fyra veckor efter vårdkontakt till Socialstyrelsen. Anmälningsskyldigheten innebär att alla självmord som inträffat i anslutning till vården ska följas av en genomgripande dokumenterad intern utredning där vårdgivaren identifierar områden där förbättringsåtgärder ska genomföras.

Anmälningsskyldigheten trädde i kraft först den 1 februari 2006 och i viss mån saknas det ännu saknas system för att kontinuerligt uppmärksamma att en patient har begått självmord efter kontakt med vården. Därför kan man utgå ifrån att det antal självmord i samband med vård och behandling som anmälts till Socialstyrelsen inte återspeglar alla de självmord där individen haft kontakt med vården de senaste fyra veckorna innan självmordet. Det är

med hänsyn till patientsäkerheten viktigt att verksamheterna utreder alla självmord som sker under eller i anslutning till någon form av vård och vidtar åtgärder för att minska riskerna. Varje utrett självmord där man konstaterar brister som går att åtgärda kan bidra till att förebygga ytterligare självmord [31]. Fler Lex Maria-anmällda självmord kan tolkas som att en verksamhet har god kontroll på de patienter som nyligen haft kontakt med hälso- och sjukvården.

Risken för ett självmord är som allra störst under det första året efter ett självmordsförsök. Att erbjuda en effektiv uppföljning av de personer som slutenvårdats efter ett självmordsförsök är ett led i en aktiv suicidprevention.

Att andelen självmord i samhället sjunker kan vara en indikator på god vård, men en osäker sådan eftersom orsakerna till självmord kan bero på så många andra faktorer än god eller mindre god vård.

Nationella övergripande indikatorer för God vård:

8. Lex Maria-anmällda självmord i förhållande till det totala antalet självmord som har begåtts inom 4 veckor efter vårdkontakt
9. Levande personer ett år efter utskrivning från slutenvård orsakad av självmordsförsök

Säkerhet i omvårdnad

Fallskador

Fallskador är en av de vanligaste typerna av vårdskador. Utländska studier visar att varannan patient som vårdas i olika former av långtidsvård för äldre råkar ut för en fallolycka och att var tionde får en allvarlig vårdskada som en höftfraktur eller hjärnskakning.

Bra belysning, tydlig färgsättning och väl fungerande gångstöd, stödhandtag och ledstänger är enkla generella åtgärder som kan leda till minskning av olyckorna till exempel på vårdinrättningar och boenden. Strukturerade riskbedömningar med utgångspunkt från varje vårdtagares sjukdomsbild och medicinering kan leda till mer individuella förebyggande åtgärder.

Socialstyrelsen har, i samråd med Sveriges Kommuner och Landsting, regeringens uppdrag att utveckla ett nationellt system för öppna jämförelser som ska beskriva kvalitet, kostnader och effektivitet i kommunernas vård och omsorg om äldre samt i landstingens hemsjukvård. Där ingår bland annat området fall och fallskador med tre indikatorer [32].

På sikt bör uppföljningen av fallskador avse alla personer som på olika sätt får vård och behandling i hälso- och sjukvården.

Trycksår

Personer som har svårt att förflytta sig själva utan hjälp och som av olika skäl är rullstolsburna, sängliggande eller stillasittande i samma ställning under längre tid, riskerar att utveckla trycksår. Risken är särskilt hög hos äldre människor. Trycksår innebär ett stort lidande för patienten. Trycksår förlänger vårdtiden, fördyrar den, ökar vårdtyngden och ökar risken för försämrat tillstånd och död.

Det är viktigt att identifiera vilka av de personer som vårdas som riskerar att utveckla trycksår. Det kan ske med hjälp av riskbedömningar enligt Norton skalan eller Risk Assessment for Pressure Sore (RAPS) som är två instrument som kan användas för att bedöma om det finns risk för trycksår. Med personer som vårdas avses patienter i slutenvård, landstingens hemsjukvård samt personer som vårdas enligt 18 § HSL.

Socialstyrelsen har, i samråd med Sveriges Kommuner och Landsting, regeringens uppdrag att utveckla ett nationellt system för öppna jämförelser som ska beskriva kvalitet, kostnader och effektivitet i kommunernas vård och omsorg om äldre samt i landstingens hemsjukvård. Där ingår bland annat området trycksår med tre indikatorer [32].

På sikt bör uppföljningen av trycksår i hälso- och sjukvården avse alla personer som på olika sätt får vård och behandling i hälso- och sjukvården.

Undernäring

Ett gott näringstillstånd är en förutsättning för att undvika eller övervinna sjukdom och återfå hälsa. Undernäring är förenat med mänskligt lidande och leder också till stora kostnader i vården på grund av förlängda vårdtider. Olika sjukdomar som exempelvis Parkinsons sjukdom, stroke, hjärt-lungsjukdomar och demens är sjukdomar som också leder till olika funktionsnedsättningar som i sin tur medför ökad risk för undernäring. Dessa tillstånd, som är vanligt förekommande bland äldre personer, kan orsaka ofrivillig viktnedgång med undernäring eller felnäring som resultat.

Socialstyrelsen har, i samråd med Sveriges Kommuner och Landsting, regeringens uppdrag att utveckla ett nationellt system för öppna jämförelser som ska beskriva kvalitet, kostnader och effektivitet i kommunernas vård och omsorg om äldre samt i landstingens hemsjukvård. Där ingår bland annat området undernäring med tre indikatorer [32].

På sikt bör uppföljningen av undernäring i hälso- och sjukvården avse alla personer i riskgrupper för undernäring som på olika sätt får vård och behandling i hälso- och sjukvården.

Läkemedelsanvändning

Hur läkemedel ordineras och hanteras har stor betydelse för patientsäkerheten. Enligt vissa beräkningar går tio procent av alla vård dagar på Sveriges medicinkliniker åt till vård av patienter som felbehandlats med läkemedel. Det kan gälla olämpliga val av läkemedel och doseringar, ottydligt dokumenterade ordinationer som missuppfattas, iordningställande av för höga doser och mycket annat. Även om frekvensen av fel är osäker står det klart att vårdskador inom läkemedelsområdet innebär en stor resursmässig belastning för sjukvården.

Risken för läkemedelsrelaterade vårdskador är särskilt uttalad hos äldre som på grund av kroppsliga förändringar vid åldrande och sjukdom ofta är betydligt mer känsliga för läkemedel än yngre. Betydelsen av detta illustreras av att såväl svenska som internationella undersökningar har visat att en stor andel (10–20 procent) av äldre patienter som läggs in på sjukhus blir inlagda på grund av läkemedelsbiverkningar. Biverkningar förefaller orsaka dubbelt så många inläggningar på sjukhus i dag som under 70-talet. [33] En

starkt bidragande orsak är att äldre ofta använder många läkemedel. Denna så kallade polyfarmaci innebär i sig en stor risk för läkemedelsproblem, som biverkningar och läkemedelsinteraktioner.

Många besök på akutmottagningar och inskrivningar på sjukhus beror på ogynnsamma effekter av läkemedel. Det har visats i en rad studier både i Sverige och utomlands. Dessa bygger dock på retrospektiva journalgranskningar i avgränsade projekt, och inte på registreringar i klinisk praxis. Det finns en ICD10-kod som ska användas när det bedöms vara fråga om en ogynnsam läkemedelseffekt (Y57.9), men koden används alltför sällan för att den i dag ska kunna tillämpas i uppföljningssyfte. Vårdgivarna bör uppmärksammas på möjligheten att använda denna diagnoskod, och behovet av att i den kliniska vardagen så långt möjligt bedöma sannolikheten för att en ogynnsam läkemedelseffekt helt eller delvis kan orsaka det symptom eller tillstånd en patient söker vård för. En bättre kunskap om detta kan leda dels till att den ogynnsamma effekten åtgärdas i det enskilda fallet, dels till att åtgärder vidtas för att förhindra att biverkningar och andra ogynnsamma effekter av läkemedel uppstår för den aktuella patienten och för andra.

Läkemedelsrelaterade problem (LRP) är ett vidare begrepp som omfattar inte bara ogynnsamma effekter av läkemedel, utan också underbehandling. För LRP har ännu högre prevalenssiffror rapporterats, över 30 procent hos äldre. Det vore angeläget att utarbeta rutiner på landets sjukhus för att regelbundet uppskatta förekomsten av LRP som orsak till sjukhusinläggningar. Sådana bedömningar tillsammans med en orsaksanalys, kan leda till att lämpliga åtgärder för att förebygga LRP kan vidtas.

Datakällor behöver utvecklas för att exempelvis kunna följa upp patienter vårdade i slutenvård som fått diagnosen ”ogynnsam effekt av drog eller läkemedel i terapeutiskt syfte” samt inläggningar på grund av läkemedelsrelaterade problem (LRP).

Nationella övergripande indikatorer för God vård:

10. Personer, 80 år och äldre, med en eller flera läkemedelskombinationer som kan leda till läkemedelsinteraktioner av klass D

Dödlighet på sjukhus

Dödsfall till följd av vård och behandling på sjukhus är alltid ett stort misslyckande för vården. Trots detta inträffar det att patienter avlider som en följd av en vårdskada. Hospital Standardized Mortality Rate (HSMR) är en av flera metoder för att beräkna ett sjukhus sammanvägda mortalitetstal (observerad/förväntad mortalitet x 100). Det 80-tal diagnoser som står för den högsta mortaliteten väljs ut för analys och standardiseras för en mängd faktorer som ålder, vårdtid och akut eller elektiv vård. Metoden används i bland annat Storbritannien för att jämföra sjukhusmortaliteten och för att följa effekten av förbättringsåtgärder.

Socialstyrelsen har prövat metoden på de uppgifter som finns i patientregistret. Metoden påverkas dock av nivån på dödligheten utanför sjukhus. Det är därför osäkert i vilken utsträckning resultaten mäter dödligheten hos patienter på sjukhus respektive speglar förhållandet mellan dödligheten utanför och på sjukhus. Tillförlitligheten i resultaten påverkas också av de

stora skillnader mellan sjukhusen som för närvarande råder bland annat när det gäller definitioner och kodning av de administrativa uppgifter som ligger till grund för beräkningarna [34]. Ett betydande utvecklingsarbete behövs således innan HSMR kan användas för att jämföra olika sjukhus med varandra. Däremot skulle HSMR kunna användas av det enskilda sjukhuset för att följa sjukhusmortaliteten över tiden och effekten av sjukhusets förbättringsåtgärder.

Oavsett metod är dödlighet på sjukhus ett område där en indikatorutveckling är av stor vikt.

Förekomsten av vårdskador

Andelen patienter som skadas av vården är ett direkt mått på patientsäkerheten. Genom att läsa igenom ett urval patientjournaler på ett systematiskt och strukturerat sätt kan man fastställa hur stor andel av patienterna som skadats, bedöma skadornas allvarlighetsgrad och bedöma hur många av dem som hade kunnat undvikas.

I Sverige har några olika metoder för strukturerad journalgranskning använts. Socialstyrelsen publicerade år 2008 resultaten av en nationell undersökning som visade att 8,6 procent av patienterna som vårdats i somatisk slutenvård hade utsatts för en vårdskada [35]. Ett flertal landsting har börjat använda strukturerad journalgranskning för att identifiera och mäta förekomst av skador i vården enligt metoden Global Trigger Tool [36]. Verktöget Global Trigger Tool är en enkel metod för att på ett säkert sätt identifiera händelser som är avvikelser från ordinarie rutiner och arbetssätt och som orsakar skada. Det är också en metod för att mäta hur ofta dessa avvikelser inträffar sett över tid. Metoden innebär att man gör genomgångar bakåt i tiden av slumpvis utvalda patientjournaler. Man använder så kallade triggers (eller ledtrådar) för att identifiera möjliga avvikelser. Ett betydande utvecklingsarbete behöver göras innan denna metod eller någon annan metod kan användas för att på nationell nivå jämföra frekvensen av vårdskador i olika verksamheter.

Patientsäkerhetskultur

Patientsäkerheten är beroende av de förhållningssätt och attityder som finns hos individer och grupper på en vårdenhets, det vill säga patientsäkerhetskulturen. Utländska studier har visat ett samband mellan patientsäkerhetskultur och patientsäkerhet, till exempel mätt som frekvensen vårdskador [37, 38, 39]. Det har också visats att åtgärdsprogram som minskat antalet risker och tillbud återspeglas i en förbättrad patientsäkerhetskultur.

Patientsäkerhetskulturen kan mätas med hjälp av enkätundersökningar. Under 2009 lanserades en svensk metod för att mäta patientsäkerhetskulturen i Handbok för patientsäkerhetsarbete [40]. Handboken beskriver hur enkätundersökningen kan genomföras och en gemensam databas finns tillgänglig för att ställa samman data och jämföra resultat.

Frågorna i enkäten belyser 17 områden (till exempel kommunikation, samarbete) som är av betydelse för patientsäkerheten. Resultaten av mätningarna visar vårdenhetsens styrkor och svagheter och ger vägledning för vilka förbättringsåtgärder som behöver vidtas.

Fler undersökningar av sambandet mellan patientsäkerhetskultur och patientsäkerhet behövs innan skillnader i patientsäkerhetskultur mellan verksamheter säkert kan sägas återspegla skillnader i patientsäkerhet. Däremot kan metoden användas av den enskilda verksamheten för att följa upp resultaten av förbättringsåtgärder. Ett utvecklingsarbete krävs innan mätning av patientsäkerhetskultur kan omsättas i nationella indikatorer.

Strukturerad händelseanalys

När något inträffar som skadar patienten eller kunde ha skadat patienten är det angeläget att finna orsakerna och vidta åtgärder så att inte fler patienter skadas. En beprövad metod för att strukturerat analysera händelser används sedan flera år inom sjukvården [41]. Användningsgraden av metoden utgör ett mått på vårdgivarens patientsäkerhetsarbete. Datakälla under utveckling.

Respektfullt och individuellt bemötande

Det individuella, respektfulla bemötandet är ett av grundkraven på en patientfokuserad hälso- och sjukvård. All vård ska bygga på respekt för människors lika värde och den enskilda människans värdighet, självbestämmande och integritet. Ett respektfullt bemötande ska känneteckna hela vårdprocessen från det första mötet. Anmälningar till patientnämnderna visar att brister i bemötande ofta finns med även när det anmälda problemet handlar om behandling [22]. Det är därför viktigt att vårdens policy och rutiner i bemötandefrågor fortlöpande följs upp och utvecklas och att patienter och närstående får möjlighet att ge sin syn på bemötandet.

Den Nationella Patientenkäten, som upphandlats av Sveriges Kommuner och Landsting, börjar genomföras i alla landsting från med hösten 2009. Den gör det möjligt att följa upp patienternas syn på detta område. Enkäten kommer fortlöpande att utvecklas och anpassas för att kunna spegla de nationella indikatorerna på bästa sätt. Det är dessutom viktigt att enskilda enheter också på andra sätt följer upp tillämpningen av sina strategier, rutiner och metoder för bemötande.

Nationella övergripande indikatorer för God vård:

11. Patienten blir respektfullt bemött som individ.
12. Patientens egna kunskaper och erfarenheter tas till vara.

Individuell information och kunskapsöverföring

Hälso- och sjukvården är skyldig att genom individuellt anpassad information förmedla kunskap, förståelse och insikt om hälsotillstånd, diagnos och metoder för undersökning och behandling. När det finns flera tänkbara behandlingsmetoder ska informationen också ge patienten underlag för att kunna välja. [6, 21] Informationen bör helst förmedlas i en dialog mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen och ofta även närstående. Kommunikationen måste få ta tid – och ses över tid. Det vill säga informationen måste fyllas på, förtydligas, upprepas och följas upp under hela vårdprocessen. Information om patientens roll, ansvar och medverkan i vård och behandling måste också vara tydlig. Antalet ärenden som registrerats som

”bemötande, kommunikation, information” hos patientnämnderna ökade med 41 procent mellan åren 2000 och 2007 [22].

Viktiga utgångspunkter när det gäller uppföljning av hälso- och sjukvårdens informationsskyldighet är att beslutsfattare, ledningsansvariga och personal har ett gemensamt ansvar för frågor som rör information till och kommunikation med patienten [4]. Kontinuitet och entydighet i kontakter och information bidrar till trygghet. Bristande kommunikation kan även vara en säkerhetsrisk.

Den Nationella Patientenkäten, som upphandlats av Sveriges Kommuner och Landsting börjar genomföras i alla landsting från med hösten 2009. Den gör det möjligt att följa upp patienternas syn på detta område. Enkäten kommer fortlöpande att utvecklas och anpassas för att kunna spegla de nationella indikatorerna på bästa sätt. Det är dessutom viktigt att enskilda enheter också på andra sätt följer upp tillämpningen av sina strategier, rutiner och metoder för information och kontinuitet.

Nationella övergripande indikatorer för God vård:

13. Patienten erbjuds individuellt anpassad information om hälsotillstånd, diagnos och metoder för undersökning, vård och behandling.
14. Patienten får tillräcklig information och stöd för att kunna hantera sin hälsa.
15. Patienten erbjuds möjlighet till önskad kontinuitet i vårdkontakterna.

Individens delaktighet i den egna vården

Förståelse och insikt är förutsättningar för att patienten ska kunna tillämpa den kunskap som förmedlas och vara delaktig i och ha inflytande över sin egen vård och behandling.

Beslutsfattare, ledningsansvariga och personal har ett gemensamt ansvar för frågor som rör bemötande, information, kommunikation, delaktighet och medinflytande för patienten [6, 7, 20]. Inom flera områden finns det också en lagstadgad skyldighet att upprätta särskilda planer för enskilda individer, t.ex. för habilitering och rehabilitering [6] och inom psykiatrisk tvångsvård [42]. Målet ska vara att han eller hon får bästa möjliga förutsättningar att vara delaktig och ha inflytande över sin egen vård och behandling. Därmed ges även patienten en möjlighet att påverka resultatet. Forskningen visar att en delaktig patient har en positiv inverkan på vårdens resultat [22]. Genom uppföljning kan vården få underlag för att ytterligare utveckla patientens möjligheter till delaktighet.

Den Nationella Patientenkäten, som upphandlats av Sveriges Kommuner och Landsting, börjar genomföras i alla landsting från med hösten 2009. Den gör det möjligt att följa upp patienternas syn på detta område. Enkäten kommer fortlöpande att utvecklas och anpassas för att kunna spegla de nationella indikatorerna på bästa sätt. Det är dessutom viktigt att enskilda enheter också på andra sätt följer upp tillämpningen av sina strategier, rutiner och metoder för att underlätta patientens delaktighet i den egna vården.

Nationella övergripande indikatorer för God vård:

- 16. Behandlingsmål sätts i samråd med patienten.
- 17. Delaktighet i den egna vårdens planering och genomförande.

Hälso- och sjukvårdens kostnader

Att följa hälso- och sjukvårdskostnaderna på nationell nivå, huvudmannanivå och individnivå är en förutsättning för att kunna analysera både produktivitet och effektivitet för riket som helhet, på huvudmannanivå och för olika vårdområden. För att i framtiden kunna göra produktivitets- och effektivitetsanalyser måste den individbaserade kostnadsredovisningen förbättras. Det är därför önskvärt att det finns en individbaserad kostnadsredovisning för den specialiserade somatiska och psykiatriska vården och primärvården vilket innebär att kostnaderna kan föras till en enskild patient. Indikatorerna föreslås för att stärka den individbaserade kostnadsredovisningen.

Nationella övergripande indikatorer för God vård:

- 18. Hälso- och sjukvårdskostnad
- 19. Strukturjusterad hälso- och sjukvårdskostnad
- 20. Vårdtillfällen som rapporteras till KPP-databasen (KPP=Kostnad per patient)

Hälso- och sjukvårdens produktivitet

För att kunna följa upp produktiviteten i den specialiserade somatiska vården och i primärvården behöver ett bättre beskrivningssystem för prestationer utformas. I nuläget mäts primärvårdens prestationer i viktade vårdkontakter. Mer exakta produktivitetsmått behöver utvecklas för att få fram kostnad per prestation i primärvården. DRG (DiagnosRelateradeGrupper) är inte heller anpassat för alla typer av vård vilket förutsätter ytterligare utvecklingsarbete för att produktiviteten ska kunna beräknas.

Nationella övergripande indikatorer för God vård:

- 21. Kostnad per prestation (DRG-poäng)
- 22. Kostnad per vårdkontakt i primärvården

Faktiska väntetider

Faktiska väntetider ska inte förväxlas med det mått som hittills har redovisats i väntetidsdatabasen: antal väntande patienter. Faktiska väntetider kräver en individbaserad redovisning av tiden mellan en vårdbegäran och ett besök eller en åtgärd. Målet bör vara att alla delar i vårdprocessen ska kunna mätas, från första vårdbegäran till avslutad vård. Måttet kan presenteras i form av medelvärden. För närvarande finns inte en fungerande, ändamålsenlig registrering på nationell nivå som kan användas på detta sätt. I förlängningen är önskemålet att inte bara följa väntetiderna i sig utan att följa väntetidsavvikelser från det medicinska måldatumet. Utvecklingen av ett system som möjliggör mer detaljerade sätt att följa upp väntetider kommer att vara ett prioriterat område för Socialstyrelsen. I väntan på detta föreslås en

användning av indikatorer som baserar sig på Sveriges Kommuner och Landstings väntetidsdatabas [43] där väntande patienter redovisas. Det är önskvärt att regelverket kring inrapportering av uppgifter till väntetidsdatabasen om antalet väntande patienter ytterligare förtydligas och att det inte tillåter olika tolkningar.

Nationella övergripande indikatorer för God vård:

- 23. Väntetider till besök i primärvården
- 24. Väntetider till besök i den specialiserade vården
- 25. Väntetider till behandling inom den specialiserade vården

Upplevda väntetider

Att mäta patientens upplevelse av om väntetiden varit rimlig är ett sätt att lyfta fram ett patientperspektiv i tillägg till det organisatoriska perspektivet som de faktiska väntetiderna mer speglar. Tillsammans med data om faktiska och medicinskt skäliga/oskäliga väntetider kan detta ligga till grund för ett resonemang om vilka ledtider som kan betraktas som vård i rimlig tid.

Den nationella patientenkäten, som upphandlats av Sveriges Kommuner och Landsting, kommer att genomföras i alla landsting från och med hösten 2009. Den kommer att göra det möjligt att följa upp den upplevda tillgängligheten. Enkäten kommer fortlöpande att utvecklas och anpassas för att kunna spegla de nationella indikatorerna på bästa sätt.

Nationella övergripande indikatorer för God vård:

- 26. Upplevd tillgänglighet till primärvården
- 27. Upplevd väntetid till besök inom den specialiserade somatiska vården
- 28. Upplevda väntetider till behandling

Indikatorer i Socialstyrelsens nationella riktlinjer

En viktig del i Socialstyrelsens arbete med att utarbeta nationella indikatorer för God vård är det indikatorarbete som bedrivs inom ramen för Socialstyrelsens nationella riktlinjer för God vård, God tand vård och God kvalitet i socialtjänsten.

Varje nationell riktlinje ska innehålla indikatorer som

- speglar God vård för det område riktlinjerna omfattar
- speglar de viktigaste rekommendationerna i riktlinjerna.

I ovanstående punkter inryms även indikatorer som speglar patienternas och de anhörigas upplevda kvalitet på det område riktlinjerna omfattar.

För varje pågående arbete med att ta fram nationella riktlinjer tillsätts en särskild indikatorexpertgrupp. Dessa grupper har i uppdrag att utarbeta nationella indikatorer inom ramen för respektive nationell riktlinje.

Indikatorerna i de nationella riktlinjerna innehåller dels ett fåtal indikatorer som speglar God vård utifrån ett mer övergripande perspektiv för det område som riktlinjerna omfattar (dessa indikatorer är inte nödvändigtvis avgränsade till riktlinjens avgränsning av kunskapsområde), dels indikatorer som speglar de viktigaste rekommendationerna i riktlinjerna. Dessa indikatorer ska gå att härleda från den tillstånds- och åtgärdslista som utarbetas inom ramen för riktlinjearbetet.

Innan de nationella indikatorerna i de olika riktlinjerna slutligt beslutas publiceras de som förslag till indikatorer i respektive nationell riktlinjes preliminära version. Synpunkter på såväl den preliminära riktlinjen som dess förslag till indikatorer inhämtas sedan från en stor mängd intressenter.

Socialstyrelsen avser att använda de nationella indikatorerna i riktlinjerna i återkommande öppna jämförelser och utvärderingar av de olika riktlinjeområdena. Hittills är en sådan öppen jämförelse och utvärdering endast genomförd för hjärtsjukvård [26].

För närvarande finns beslutade nationella indikatorer för områdena bröstcancer, prostatacancer, kolorektalcancer, hjärtsjukvård, strokesjukvård och diabetes. Vidare finns preliminära förslag till indikatorer för områdena depression och ångest samt demens. Arbete pågår dessutom med att utarbeta indikatorer inom ramen för riktlinjearbetet för lungcancer, rörelseorganens sjukdomar, sjukdomsförebyggande metoder samt psykosociala insatser för personer med schizofreni. För områdena demens och psykosociala insatser vid schizofreni inkluderas även indikatorer för god omsorg respektive kommunala insatser för patientgruppen.

Nedan listas redan beslutade indikatorer tillhörande nationella riktlinjer. Indikatorerna redovisas endast med rubriker. En mer detaljerad beskrivning för respektive indikator återfinns i respektive nationell riktlinje.

Strokesjukdom

Strokesjukvårdens resultat

- Dödlighet efter stroke (letalitet)
- Dödlighet efter sjukhusvårdad stroke (sjukhusletalitet)
- Återinsjuknande i stroke inom 365 dagar efter stroke
- Självskattad upplevelse av hälsa
- Funktionsnedsättning efter strokeinsjuknande
- Boendeform efter stroke

Vård och behandling vid sjukhus

- Fördröjning mellan symptomdebut och ankomst till sjukhuset
- Trombolyslarm
- Fördröjning mellan ankomst till sjukhuset och startad trombolysbehandling
- Vård på strokeenhet
- Intag direkt på strokeenhet
- Trombolysbehandling vid stroke
- Hjärnblödning i samband med trombolys
- Komplikation till följd av warfarinbehandling
- Komplikation under akut strokevård
- Test av sväljförmåga vid akut stroke
- Hemikraniektomi vid livshotande hjärninfarkt (malign mediainfarkt) (utvecklingsindikator)

Sekundärprevention efter sjukhusvistelse

- Förekomst av riskfaktorn rökning efter stroke
- Förekomst av behandling med blodtryckssänkande mediciner
- Icke-generisk blodtryckssänkande behandling efter stroke
- Förekomst av warfarinbehandling vid förmaksflimmer efter hjärninfarkt
- Warfarinbehandling hos strokepatienter utan förmaksflimmer
- Förekomst av statinbehandling efter hjärninfarkt
- Icke-generisk statinbehandling efter hjärninfarkt
- Karotisstenos – frekvens opererade
- Väntetid till karotiskirurgi
- Komplikationer vid karotiskirurgi
- Klopido­grelbehandling hos strokepatienter vid ”ASA-svikt”

Patientfokus

- Beroende av stöd från närstående efter stroke
- Upplevelse av stöd och hjälp efter sjukhusvistelsen
- Upplevelse av vården
- Upplevelse av rehabilitering

Hjärtsjukdom

Generella indikatorer – letalitet (andel som dör) och återinläggning

- Letalitet vid hjärtinfarkt
- Letalitet vid hjärtinfarkt bland sjukhusvårdade
- Letalitet vid ST-höjningsinfarkt
- Letalitet efter kranskärlskirurgi
- Letalitet efter klaffkirurgi
- Letalitet hos patienter med behandlat hjärtstopp på sjukhus
- Andel återinlagda patienter inom en månad efter sjukhusvård på grund av hjärtinfarkt
- Andel återinlagda patienter inom en månad efter sjukhusvård på grund av hjärtsvikt

Primärprevention

- Andel rökande hypertoniker, som fått erbjudande om stöd för rökstopp

Kranskärslssjukdom

- Väntetid för kranskärlskirurgi för patienter med kranskärslssjukdom
- Andel patienter med ST-höjningsinfarkt eller vänster grenblocksinfarkt som reperfusionsbehandlats
- Andel patienter behandlade med PCI på grund av trekärslssjukdom eller huvudstamsstenos
- Andel PCI-behandlade patienter som får läkemedelsstent
- Andel patienter som drabbas av allvarlig/behandlingskrävande komplikation efter PCI
- Fördröjningstid vid ST-höjningsinfarkt från första EKG till påbörjad reperfusionsbehandling
- Andel högriskpatienter med icke-ST-höjningsinfarkt som genomgår kranskärlsröntgen
- Andel av patienter behandlade med RAAS-hämmare efter hjärtinfarkt som behandlas med angiotensinreceptorblockerare (ARB)
- Andel patienter som når målnivå för LDL-kolesterol efter hjärtinfarkt
- Sjukskrivningsgrad två månader efter vård för hjärtinfarkt

- Andel rökare som slutat röka två månader efter hjärtinfarkt
- Väntetid till kranskärlsröntgen för patienter med stabil angina
- Andel patienter med kammarflimmer som är defibrillerade inom tre minuter på sjukhus

Hjärtfel och klaffel

- Väntetid från beslut till genomfört klaffkirurgiingrepp
- Andel patienter reopererade för sternuminsufficiens eller mediastinit efter hjärtkirurgi
- Andel klaffopererade patienter eller patienter med förmaksflimmer som tillgodosgjort sig information om den egna warfarinbehandlingen
- Komplikation under pågående blodförtunnande behandling

Arytmier

- Val av pacemakertyp hos patienter med sjuk sinusknuta
- Förekomst av patienter med samtidig stroke och förmaksflimmer
- Implantationsfrekvens av implanterbar defibrillator som primärprofylax hos patienter med nedsatt vänsterkammarfunktion och med måttlig hjärtsvikt
- Implantationsfrekvens av implanterbar defibrillator som sekundärprofylax hos patienter med hjärtstopp eller svimning orsakat av kammararytmi
- Andel patienter som drabbas av komplikation vid nyimplantation av pacemaker
- Andel patienter som får warfarinbehandling vid förmaksflimmer och riskfaktorer för blodpropp
- Andel patienter som ett år efter kateterablation av förmaksflimmer har sökt vård under närmast föregående sex månader på grund av en episod av dokumenterat förmaksflimmer

Cancersjukdom

Övergripande cancersjukvård

- Överlevnad och dödlighet
- Multidisciplinär bedömning i enlighet med fastställda vårdprogram
- Täckningsgrad i nationellt kvalitetsregister med tillhörande regionalt/nationellt vårdprogram
- Tid från remissutfärdande till första besök hos läkare på specialistmottagning
- Tid från diagnostisk åtgärd till besked om diagnos
- Tid från behandlingsbeslut till terapeutisk åtgärd vid nyupptäckt cancer
- Användning av NRS-skala (Numeric Rating Scale, 0–10) för skattning av smärta i det palliativa skedet

- Registrering av dödsfall i Svenska palliativregistret
- Ordination av opioid parenteralt vid behov mot smärta till patient i livets slutskede
- Tillgång till kontaktsjuksköterska eller motsvarande med tydligt definierat uppdrag och koordinerande funktion inom respektive verksamhet
- Generell och diagnosspecifik hälsorelaterad livskvalitet

Bröstcancer

- Bröstcancer, 5-årsöverlevnad
- Recidivfri överlevnad i bröstcancer
- Andel patienter med preoperativt fastställd malignitet
- Andel patienter reopererade på grund av tumördata
- Andel patienter opererade med sentinel node (SN)
- Andel patienter reopererade på grund av komplikationer

Kolorektal cancer

- Tjocktarmscancer, 5-årsöverlevnad
- Ändtarmscancer, 5-årsöverlevnad
- Andel patienter som reopererats inom 30 dagar efter primäroperation på kolorektal cancer
- Letalitet inom 30 dagar efter operation för kolorektal cancer
- Antal patienter med bäckensepsis (anastomosinsufficiens) per antal patienter med cancer rekti opererade med främre resektion
- Antal undersökta lymfkörtlar efter transabdominell operation för kolon respektive rektal cancer stadium T1–T3
- Tid mellan operation och start av adjuvant cytostatikabehandling vid koloncancer för patienter i stadium II med riskfaktorer respektive stadium III
- Död inom 60 dagar efter start av cytostatikabehandling
- Andel patienter som utvecklar lokalrecidiv inom 2 år (recidiv i bäckenet exklusive ovarialmetastaser och skelettmetastaser hos patienter opererade för rektal cancer i stadierna T1–T2/N0–N2/M0, T3/N0–N2/M0 respektive T4/N0–N2/M0)

Prostatacancer

- Andel män som före PSA-prov tagit del av den nationella, skriftliga informationen
- Andel patienter med lokaliserad prostatacancer (T1–T2) med PSA <20, samt Gleason score <8 som genomgår skelettscintigrafi
- Andel patienter yngre än 65 år med nyupptäckt lokaliserad prostatacancer (T1–T2) som får kurativt syftande behandling
- Letalitet inom 30 dagar efter radikal prostatektomi

- Åldersstandardiserad incidens av palliativ strålbehandling (extern strålbehandling eller radionuklider) mot skelettmetastaser
- Symtomspecifika livskvalitetsmått i form av urininkontinens, tarmbesvär och erektil dysfunktion hos patienter som genomgått radikal prostektomi eller kurativt syftande strålbehandling

Diabetesjukdom

- Dödlighet i hjärt/kärlsjukdom
- Amputation ovan fotled
- Förekomst av diabetesretinopati
- Måluppfyllelse för HbA_{1c}
- Måluppfyllelse för blodtryck
- Måluppfyllelse för behandling av LDL-kolesterol
- Behandling med icke-generisk blodtrycksmedicin
- Mätning av albuminutsöndring i urinen
- Uppmätt makroalbuminuri
- Rökare bland diabetespatienter
- Diabetespatienter med terminal njursvikt
- Fotundersökningar
- Ögenbottenundersökning
- Frekvens av svår hypoglykemi
- Metforminbehandling
- Utövande av fysisk aktivitet
- Kongenitala missbildningar
- Perinatal dödlighet och intrauterin fosterdöd

Utvecklingsindikatorer

- Diabetesutbildad sjuksköterska
- Gruppbaserade utbildningsprogram givna med stöd av personer med pedagogisk kompetens
- Patientfokus – bemötande
- Patientfokus – patientupplevd sjukdomskunskap
- Patientfokus – hinder i vardagen
- Patientfokus - trygghet

Referenser

1. Regeringsbeslut 1:4. Projekt för att ta fram nationella kvalitetsindikatorer inom hälso- och sjukvården. Dnr S2007/10978/HS
2. Regeringskansliet och Sveriges Kommuner och Landsting Dagmaröverenskommelse 2007 – överenskommelse mellan staten och Landstingsförbundet om vissa ersättningar till hälso- och sjukvården. 2007.
3. Socialstyrelsen. Nationella kvalitetsindikatorer inom hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.
4. SOSFS 2005:12 Om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården.
5. Socialstyrelsen. God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007
6. Hälso- och sjukvårdslag (1982:783)
7. Tandvårdslag (1985:125)
8. Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting. Mäta och öppet redovisa resultaten i vård och omsorg. Stockholm: Socialstyrelsen; 2005.
9. Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting. Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet 2008. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting och Socialstyrelsen; 2008.
10. Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting. Modell för utveckling av kvalitetsindikatorer. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting och Socialstyrelsen; 2005.
11. Nordiska hälsovårdshögskolan. Rapport fra Nordisk Ministerråds arbeidsgruppe vedrørende kvalitetsmåling i Sundhedsvæsenet. NHV-Rapport 2003:1. Göteborg: Nordiska hälsovårdshögskolan; 2003.
12. Norden. Kvalitetsmåling i sundhedsvæsenet i Norden. TemaNord 2007:519. København: Nordisk Ministerråd; 2007.
13. OECD. Health at a Glance 2007. OECD indicators. Paris: OECD; 2007.
14. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Health Care Quality Indicators Project. Conceptual Framework Paper. OECD Health Working Paper, 23. Paris: OECD; 2006.
15. Socialstyrelsen. Termbank. Pågående terminologiarbete; 2009.
16. Prop 2002/02:35 Mål för folkhälsan.
17. Prop 2007/08:110 En förnyad folkhälsopolitik
18. WHO. The international network of health promoting hospitals and health services: Integrating health promotion into hospitals and health services. Concept, framework and organization. Copenhagen: WHO; 2007.
19. Sveriges Kommuner och Landsting. Hälsa I bokslut – indikatorer för en hälsoorientering i styrning, ledning och uppföljning av hälso- och sjukvården. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2005.

20. Lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (1998:531)
21. SOU 1992:94. Skola för bildning. Läroplanskommitténs betänkande. Stockholm: Allmänna förlaget; 1994.
22. Socialstyrelsen. Hälso- och sjukvårdsrapport 2009. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
23. Prop 1996/97:60. Prioriteringar inom hälso- och sjukvården.
24. www.euroqol.org
25. www.sf-36.org
26. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser och utvärdering 2009 – Hjärtsjukvård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
27. Socialstyrelsen. Att förebygga vårdrelaterade infektioner. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
28. Smittskyddsinstitutets webbplats på Internet, www.smittskyddsinstitutet.se.
29. Socialstyrelsen. Vårdhygien i praktiken. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007.
30. Socialstyrelsen webbplats på Internet, www.socialstyrelsen.se.
31. Socialstyrelsen. Själv mord 2006 anmälda enligt Lex Maria. En sammanställning av de beslut som har fattats t.o.m. mars 2007. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007.
32. Socialstyrelsen. Nationella kvalitetsindikatorer. Vården och omsorgen om äldre personer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
33. Bergman U, Ulfvarson J, von Bahr C. Läkemedelsbiverkningar som orsak till inläggning på sjukhus. Medicinskt Program Arbete (MPA). FORUM för Kunskap och Gemensam Utveckling. Stockholms Läns Landsting 2005.
34. Köster M, Jürgensen U, Spetz C-L, Rutberg H. Standardiserad sjukhusdödlighet« som kvalitetsmått i hälso- och sjukvård. Engelsk metod har testats i svenska patientregistret. Läkartidningen; 2008;105:1391-7.
35. Socialstyrelsen. Vårdskador inom somatisk slutenvård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
36. Landstinget i Jönköpings län, Landstinget i Östergötland, Landstinget i Kalmar län, Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag. Handbok för patientsäkerhetsarbete. Strukturerad journalgranskning för att identifiera och mäta förekomst av skador i vården enligt metoden Global Trigger Tool. Institute for Healthcare Improvement Innovation series 2007. Svensk översättning och anpassning 2008. Kommentus förlag; 2008.
37. Singer S, Lin S, Falwell A, Gaba D, Baker L. Relationship of safety climate and safety performance in hospitals. Health Services Research; 2009;44(2):399-421.
38. Donnelly LF. Improving patient safety: effects of a safety program on performance and culture in a department of radiology. AJR Am J Roentgenol; 2009 Jul;193(1):165-71.

39. Tool Tutorial. A Check-up for Safety Culture in “My Patient Care Area”. The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety; November 2007; Volume 33; Number 11.
40. Socialstyrelsen, Landstingen Blekinge, Stockholms läns landsting, Landstinget Sörmland, Landstinget i Värmland, Landstinget Västmanland, Landstinget i Östergötland. Att mäta patientsäkerhetskulturen – Handbok för patientsäkerhetsarbete. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
41. Socialstyrelsen, Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag, Stockholms läns landsting, Sveriges kommuner och landsting, Landstinget i Östergötland. Riskanalys och händelseanalys – Handbok för patientsäkerhetsarbete. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
42. Lag om psykiatrisk tvångsvård (1991:1128)
43. www.vantetider.se

Projektorganisation

Styrgrupp

Från Socialstyrelsen

Hälso- och sjukvårdsavdelningen,

Gunilla Hulth-Backlund avdelningschef (t o m februari 2009), ordförande
(t o m november 2008)

Klas Öberg enhetschef, Enheten för Rikssjukvård, ordförande
(fr o m december 2008)

Birgitta Eriksson tf enhetschef, Analysenheten (fr o m april 2008,
t o m september 2008)

Christina Kärvinge enhetschef, Enheten för Nationella riktlinjer,
(t o m september 2008)

Eva Wallin enhetschef, Analysenheten (fr o m oktober 2008)

Lena Weilandt enhetschef, Enheten för Nationella riktlinjer
(fr o m oktober 2008)

Olivia Wigzell enhetschef, Analysenheten (t o m mars 2008)

Epidemiologiskt Centrum

Mona Heurgren enhetschef, Enheten för DRG och patientregistret

Anders Åberg enhetschef, Statistikenheten

Projektgrupp

Socialstyrelsen

Marie Lawrence, projektledare

Birgitta Lindelius, delprojektledare för övergripande indikatorer

Mikael Fabel, kommunikation

Zaga Grip, administration

Adjungerad

Marianne Appelquist, projektledare nationella indikatorer God tandvård

Medverkande i expertarbetsgrupperna för förtydligad innebörd, områden för uppföljning samt övergripande nationella indikatorer för God vård

Birgitta Lindelius, Socialstyrelsen, delprojektledare för denna del av arbetet.
Göran Maathz, konsult, har deltagit i arbetet som processtöd.

Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård

Ordförande: Tony Holm/Anna Ericsson, Socialstyrelsen

Peter Aspelin, Karolinska institutet och Svenska Läkaresällskapet

Mats Eliasson, Sunderbyns sjukhus

Håkan Eriksson, Karolinska institutet

Elisabeth Holmgren, Norrbottens läns landsting

Berlith Persson, Sveriges Kommuner och Landsting

Bo Samuelsson, Sahlgrenska Akademin

Eva Stolpe, Socialstyrelsen

Anja Willman, Svensk sjuksköterskeförening

Säker vård

Ordförande: Marie Lawrence, Socialstyrelsen

Jon Ahlberg, Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag

Eva Estling, Sveriges Kommuner och Landsting

Johan Fastbom, Socialstyrelsen

Carina Forsberg, Varbergs sjukhus

Ann-Christine Granberg, Socialstyrelsen

Marianne Lidbrink, Socialstyrelsen

Marion Lindh, Stockholms läns landsting

Lena Sahlqvist, Socialstyrelsen

Michael Soop, Socialstyrelsen

Samverkan har även skett med Inger Riesenfeld-Örn
samt Helena Silfverhielm, Socialstyrelsens

Patientfokuserad vård

Ordförande: Birgitta Eriksson/Åke Grundberg, Socialstyrelsen

Angelica Frithiof, konsult

Barbro Krevers, Linköpings universitet

UllaKarin Nyberg, Karolinska institutet

Anette Richardsson, Socialstyrelsen

Per-Olof Sandman, Umeå universitet

Susanne Tedsjö, Sveriges Kommuner och Landsting

Lena Steinholtz-Ekecrantz, Socialstyrelsen

Jämlik vård

Ordförande: Ingrid Schmidt, Socialstyrelsen

Daniel Brattgård, Sahlgrenska sjukhuset

Bo Burström, Karolinska institutet

Birgitta Essén, Uppsala universitet

Marianne Hanning, Socialstyrelsen

Juan Merlo, Lunds universitet

Effektiv vård

Ordförande: Rosita Claesson Wigand, Socialstyrelsen

Staffan Björck, Västra Götalandsregionen

Göran Garellick, Sahlgrenska universitetssjukhus/Västra Götalandsregionen

Anette Henriksson, Landstinget Halland

Rita Jedlert, Region Skåne

Anders Norrlid, Rådet för kommunala analyser

Stefan Ackerby, Sveriges kommuner och landsting

Göran Arvidsson, Studieförbundet Näringsliv och Samhälle

Fredrik Westander, konsult

Charlotta Hansell, Socialstyrelsen

Klas Öberg, Socialstyrelsen

Vård i rimlig tid

Ordförande: Maarten Sengers, Socialstyrelsen

Birgitta Edström, Sveriges Kommuner och Landsting

Veronica Hermann, Gotlands hälso- och sjukvård

Pia Maria Jonsson, Karolinska institutet

Ulrika Winblad Spångberg, Uppsala universitet

Mikael Rahmberg, Linköpings Universitet

Krav på och beskrivning av indikatorer

Arbetet har genomförts utifrån den modell för utveckling av kvalitetsindikatorer inom hälso- och sjukvården som Socialstyrelsen tagit fram [10]. Modellen innebär att indikatorerna utarbetas utifrån relevanta kunskapsdokument, riktlinjer eller vårdprogram och fastställs enligt ett konsensusförfarande med medicinska experter och övriga intressenter (sjukvårdshuvudmän, patientföreträdare med flera).

Enligt modellen ska de indikatorer som utarbetas uppfylla följande kriterier:

- **Vetenskaplig rimlighet (validitet).** Innebär att indikatorn bygger på en kunskapsbas (vetenskap eller beprövad erfarenhet) om vad som utmärker god vård. Indikatorn kan också anses som valid om det råder professionell konsensus om att indikatorn speglar god vård.
- **Vikt (relevans).** Innebär att indikatorn återspeglar det som indikatorn sägs mäta. Indikatorn belyser områden som av olika skäl är viktiga för hälso- och sjukvårdens olika intressenter och där bibehållen eller förbättrad kvalitet är önskvärd.
- **Mätbarhet.** Innebär att indikatorn kan beskrivas så att den kan mätas på ett tillförlitligt sätt, det vill säga att termer och begrepp samt population och mätperiod som ingår i indikatorn kan definieras. Det finns ett tillförlitligt system för att fånga de data som krävs.
- **Tolkningsbarhet och entydighet.** Innebär att indikatorn, då det är relevant, kan standardiseras beträffande bakgrundsfaktorer som kan påverka mätningens resultat. Möjliga felkällor kan identifieras och beskrivas så att de kan beaktas vid tolkning och analys.

Modellen innebär dessutom att indikatorerna beskrivs utifrån ett antal fastställda rubriker samt i matrisform. (Se bilaga 4).

Datakällor

De nationella datakällorna är bristfälliga för att följa upp många av God vårds områden. Detta gäller inte minst den kommunala hälso- och sjukvården och primärvården, det vill säga en stor volym av den producerade vården. Detta är en uppenbar begränsning när det gäller att föreslå indikatorer som kan följas upp omedelbart och innebär bland annat att två områden, patientfokuserad vård samt vård i rimlig tid, i dagsläget inte har några uppföljningsbara hälso- och sjukvårdsövergripande indikatorer. Det pekar på ett stort utvecklingsbehov.

I flera fall föreslås datakällor som inte Socialstyrelsen ansvarar för, till exempel Nationella kvalitetsregister och Väntetidsdatabasen. En stor del av de sjukdoms- och patientgruppsspecifika indikatorerna har de nationella kvalitetsregistren som datakälla. Det krävs en diskussion om vilka krav Socialstyrelsen ska och kan ha när det gäller datakällor som ska användas till nationella indikatorer. Den kommande nationella patientenkäten är ytterligare ett exempel.

De datakällor som Socialstyrelsen förvaltar och utvecklar är de nationella hälsodataregistren. Alla registren är individbaserade, vilket innebär att de innehåller data om unika individer och vårdhändelser. Rapporteringen till hälsodataregistren är obligatorisk. Enligt lagen om hälsodataregister får registren användas för forskning, framställning av statistik samt kvalitetssäkring och utvärdering av hälso- och sjukvården.

Hälsodataregistren är

- Patientregistret som innehåller uppgifter om diagnoser och åtgärder i slutenvård och för läkarbesök i specialiserad öppenvård
- Cancerregistret till vilket uppgifter om nyupptäckta tumörer och cancerliknande tillstånd rapporteras
- Medicinska födelseregistret som har uppgifter om graviditet och förlossning
- Läkemedelsregistret med uppgifter om alla receptförskrivna läkemedel som har hämtats ut vid apoteken.

Socialstyrelsen har dessutom Dödsorsaksregistret med uppgifter om samtliga dödsfall i Sverige. Information om samtliga dessa register finns på www.socialstyrelsen.se.

För samtliga av de indikatorer som fastställs som nationella indikatorer, finns en datakälla där nationell täckning är möjlig. Det behövs ett dock kontinuerligt arbete för att säkra datakvalitet och täckningsgrad.

Utförlig beskrivning av respektive övergripande nationella indikator

Förteckning över övergripande nationella indikatorer

1. Hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet
2. Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet
3. Undvikbar slutenvård
4. Registreringsgrad i nationella kvalitetsregister (täckningsgrad)
5. Vaccination av barn - MPR
6. Influensavaccinering av äldre
7. Lex Maria anmälningar i slutenvård respektive öppenvård samt i kommunal vård
8. Lex Maria anmälda självmord i förhållande till totala antalet självmord som begåtts inom 4 veckor efter vårdkontakt.
9. Levande personer ett år efter utskrivning från slutenvård orsakad av självmordsförsök
10. Personer, 80 år och äldre, med en eller flera läkemedelskombinationer som kan leda till läkemedelsinteraktioner av klass D
11. Patienten blir respektfullt bemött som individ
12. Patientens egna kunskaper och erfarenheter tas tillvara
13. Patienten erbjuds individuellt anpassad information om hälsotillstånd, diagnos och metoder för undersökning, vård och behandling
14. Patienten får tillräcklig information och stöd för att kunna hantera sin hälsa
15. Patienten erbjuds möjlighet till önskad kontinuitet i vårdkontakt
16. Behandlingsmål sätts i samråd med patienten
17. Delaktighet i den egna vårdens planering och genomförande
18. Hälso- och sjukvårdskostnad
19. Strukturjusterad hälso- och sjukvårdskostnad
20. Vårdtillfällen som rapporteras till KPP-databasen
21. Kostnad per prestation (DRG-poäng)
22. Kostnad per vårdkontakt i primärvården
23. Väntetider till besök i primärvården
24. Väntetider till besök i den specialiserade vården
25. Väntetider till behandling inom den specialiserade vården
26. Upplevd tillgänglighet till primärvården

- 27. Upplevd väntetid till besök inom den specialiserade somatiska vården
- 28. Upplevda väntetider till behandling

Indikator 1: Hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet

Motivering för val av indikator (relevans): Indikatorn avser att spegla huruvida den kunskap som finns om vissa sjukdomars orsaker och om olika behandlingsmetoders effektivitet omsätts till handling, genom fokusera på den dödlighet i en befolkning som man kan påverka. Den studerade befolkningen har avgränsats till åldern 1–74 år. Indikatorn består av dödlighet i ett antal utvalda diagnoser och dödsorsaker som anses möjliga att påverka med bredare hälsopolitiska insatser, som kampanjer för rökavvänjning och förbättrade alkoholvanor. De diagnoser och dödsorsaker som ingår i denna indikator är lungcancer, cancer i matstrupe, levercirros och motorfordonsolyckor.

Led i vård- och omsorgskedjan: Prevention.

Kvalitetssområde som i huvudsak belyses: Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård.

Resultatmätt	Beskrivning	Mätmetod	Datakälla	Felkälla/ tolkningssvårigheter	Form för redovisning
Antalet dödsfall i sjukdomar som bedöms kunna åtgärdas hälsopolitiskt per 100 000 invånare	<p><i>Täljare:</i> Antal hälsopolitiskt åtgärdbara dödsfall* i åldersgruppen 1-74 år</p> <p><i>Nämnare:</i> Totala antalet invånare i åldersgruppen 1-74 år</p> <p><i>Diagnos samt ICD-10 kod</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - lungcancer C34 - cancer i matstrupe C15 - levercirros K70, K73-K74 - motortrafikolyckor V-koder under kapitel XX som avser motorfordonsolyckor i trafik. 	Register	Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen	Vid jämförelse av landsting bör tolkning ske med viss försiktighet då metoden att sätta diagnoser kan variera mellan landsting.	<ul style="list-style-type: none"> – Jämlik hälso- och sjukvård ex, kön, ålder, socioekonomisk grupp m m. – Geografiskt område ex landsting, kommun – Tidsserie

Indikator 2: Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet

Motivering för val av indikator (relevans): Indikatorn avser att spegla huruvida den kunskap som finns om vissa sjukdomars orsaker och om olika behandlingsmetoders effektivitet omsätts till handling, genom fokusera på den dödlighet i en befolkning som man kan påverka. Den studerade befolkningen har avgränsats till åldern 1–74 år. Indikatorn består av död i diagnoser som valts ut därför att de bedömts vara möjliga att påverka med olika medicinska insatser, genom tidig upptäckt och behandling. Exempel på diagnoser i denna indikator är diabetes, blindtarmsinflammation, stroke, gallstenssjukdom och livmoderhalscancer.

Led i vård- och omsorgskedjan: Hela vårdkedjan.

Kvalitetsområde som i huvudsak belyses: Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård.

Resultatmått	Beskrivning	Mätmetod	Datakälla	Felkälla/ tolkningsvårigheter	Form för redovisning
Antalet dödsfall i sjukdomar som bedöms kunna åtgärdas med medicinska insatser per 100 000 invånare	<p><i>Täljare:</i> Antal medicinskt åtgärdbara dödsfall* i åldersgruppen 1-74 år</p> <p><i>Nämnare:</i> totala antalet invånare i åldersgruppen 1-74 år</p> <p><i>Diagnos samt ICD-10 kod</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Tuberkolos A15-A19, B90 - cervixcancer C53 - Hodgkins sjukdom C81 - Kronisk reumatisk hjärtsjukdom I05-I09 - diabetes E10-E14 - andningsorganens sjukdomar J00-J99 - astma J45-J46 - blindtarmsinflammation K35-K38 - bukbräck K40-K46 - gallsten samt kolecystit och utan uppgift om gall- 	Register	Dödsorsaksregistret, Soci-alstyrelsen	Vid jämförelse av landsting bör tolkning ske med viss försiktighet då metoden att sätta diagnoser kan variera mellan landsting.	<ul style="list-style-type: none"> - Jämläk hälso- och sjukvård ex, kön, ålder, socio-ekonomisk grupp m m. - Geografiskt område ex landsting, kommun - Tidsserie

	<p>sten K80-K81, K83.0 Hypertonisjukdomar I10-I15</p> <ul style="list-style-type: none"> - stroke I60-I69 - komplikationer vid graviditet och förlossning samt i puerperiet O00-O99 - Tyfoidfieber A01.0 - kikhosta A37 - tetanus A35 - mässling B05 - osteomyelit M86-M87 				
--	---	--	--	--	--

Indikator 3: Undvikbar slutenvård

Motivering för val av indikator (relevans): Med ett ändamålsenligt omhändertagande i den öppna vården kan ”onödiga” inskrivna på sjukhus, med en troligen allvarigare grad av sjukdom, undvikas.

Led i vård- och omsorgskedjan: Hela vårdkedjan.

Kvalitetsområde som i huvudsak belyses: Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård.

Resultatmått	Beskrivning	Mätmetod	Datakälla	Felkälla/ tolkningssvårigheter	Form för redovisning
Antal personer med undvikbara vårdtillfällen (patienter) per 100 000 invånare	<p><i>Täjljare:</i> Antal personer som vårdats i slutenvård med specificerade* diagnoser under ett år. <i>Nämname:</i> Befolkningen under aktuellt år.</p> <p>* undvikbara vårdtillfällen i diagnoser som till exempel anemi, astma, diabetes hjärtsvikt m fl. I måttet ingår ibland mer akuta tillstånd där behandling i rimlig tid skulle ha kunnat förhindra inläggning men i detta sammanhang bör de exkluderas (ex epileptiska krampanfall, blödande magsår).</p>	Register	Patientregistret, Socialstyrelsen	Diagnossättning kan skilja, incidensen kan variera. Tillgång till slutenvårdsplatser varierar	<p>– Jämlik hälso- och sjukvård ex, kön, ålder, socioekonomisk grupp m m.</p> <p>– Geografiskt område ex landsting, kommun</p> <p>– Tidsserie</p>

Indikator 4: Registreringsgrad i nationella kvalitetsregister (täckningsgrad)

Motivering för val av indikator (relevans): Registreringsgraden i de nationella kvalitetsregistren kan ses som en indikator på hur aktiv en verksamhet är i att följa upp sina resultat.

Led i vård- och omsorgskedjan: Hela vårdkedjan.

Kvalitetsområde som i huvudsak belyses: Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård.

Processmätt	Beskrivning	Mätmetod	Datakälla	Felkälla/ tolkningssvårigheter	Form för redovisning
Täckningsgrad i respektive nationellt kvalitetsregister	<i>Täljare:</i> Antal registrerade patienter i respektive nationellt kvalitetsregister <i>Nämnare:</i> Antal patienter från motsvarande sjukdomsgrupp registrerade i antingen Patientregistret eller respektive nationellt kvalitetsregister	Register	Samkörning av patientregistret, Socialstyrelsen, och respektive nationellt kvalitetsregister. Samkörning kan göras endast inom de hälso- och sjukvårdsektorer där detta kan behandlas av Socialstyrelsen och där det finns behov av kvalitetssäkring utifrån patientregistrets perspektiv.	- förekomst av fall/åtgärder som inte finns registrerade varken i Patientregistret eller nationellt kvalitetsregister - förekomst av fall som endast finns registrerade i nationellt kvalitetsregister eller i Patientregistret - att registreras i nationellt kvalitetsregister är frivilligt för patienten. Det innebär att en 100% täckning aldrig kan vara målet.	- uppskattad täckningsgrad i förhållande till samliga registreringar i något av registren dvs patientregistret och respektive nationellt kvalitetsregister.

Indikator 5: Vaccination av barn

Motivering för val av indikator: Hälso- och sjukvården ska inte bara verka för att återställa hälsan utan också arbeta sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande.

Led i vård- och omsorgskedjan: Barnhälsovården/prevention.

Kvalitetsområde som i huvudsak belyses: Kunskapsbaserad- och ändamålsenlig hälso- och sjukvård.

Processmått	Beskrivning	Mätmetod	Datakälla	Felkälla/ tolkningssvårigheter	Form för redovis- ning
Andel barn som genomgått fullständigt vaccinationsprogram (mässling, pås-sjuka, rödahund)	<i>Täljare:</i> Antal barn som genomgått fullständig vaccinationsprogram <i>Nämnare:</i> Totalt antal barn i åldersgruppen	Register	Smittskyddsinstitutet		<ul style="list-style-type: none"> – Jämlig hälso- och sjukvård ex, kön, socioekonomisk grupp m m. – Geografiskt område ex landsting, kommun – Tidsserie

Indikator 6: Influenzavaccinering av äldre

Motivering för val av indikator (relevans): Olika riskgrupper såsom personer 65 år och äldre löper ökad risk att få komplikationer av influensa. För att undvika för tidig död och influensarelaterad vård är det viktigt att influensavaccin finns tillgängligt och erbjuds dessa grupper och att vaccineringsnivån är hög.

Led i vård- och omsorgskedjan: Prevention.

Kvalitetsområde som i huvudsak belyses: Kunskapsbaserad- och ändamålsenlig hälso- och sjukvård.

Processmått	Beskrivning	Mätmetod	Datakälla	Felkälla/ tolkningssvårigheter	Form för redovisning
Andel personer över 65 år som influensavaccinerats	<i>Täljare:</i> Totala antalet personer över 65 år som vaccinerats mot influensa under vintersäsongen <i>Nämnare:</i> Totala antalet personer över 65 år	Uppgifter insamlas från landstingens smittskyddsenheter (landstingen har olika mätmetoder)	Landstingens smittskyddsläkare	Frånvaro av enhetlig metod för att beräkna eller bedöma antalet givna vaccinationer	– Jämlik hälso- och sjukvård ex, kön, socioekonomisk grupp m m. – Geografiskt område ex landsting, kommun – Tidsserie

Indikator 7: Lex Maria anmälningar i slutenvård respektive öppenvård samt i kommunal vård

Motivering för val av indikator (relevans): Vårdgivare ska anmäla händelser som medfört allvarlig skada för patienten till Socialstyrelsen. Endast en bråkdel av alla allvarliga händelser som inträffar i vården anmäls. Antalet anmälningar enligt Lex Maria är ett mått på vårdgivarens patientsäkerhetsarbete och bör tolkas utifrån att ju fler anmälningar ju mer aktivt patientsäkerhetsarbete.

Led i vård- och omsorgskedjan: Hela vårdkedjan.

Kvalitetsområde som i huvudsak belyses: Säker hälso- och sjukvård.

Processmått	Beskrivning	Mätmetod	Datakälla	Felkälla/ tolkningssvårigheter	Form för redovisning
Antal Lex Maria anmälningar	<p><i>Täljare:</i> Antal Lex Maria anmälningar i</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. slutenvård 2. öppenvård 3. kommunal vård <p><i>Nämnare:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. per 100 000 vårdtillfällen 2. per 100 000 besök 3. per 100 vårdtagarår 	Rapporterade händelser, register, statistik	<p>Till Socialstyrelsen inkomna Lex Maria anmälningar</p> <p>Patientregistret samt vård- och omsorgsstatistik rörande äldre, Socialstyrelsen, öppenvårdsstatistik, SKL,</p>		<p>– Geografiskt område ex landsting, kommun</p> <p>– Tidsserie</p>

Indikator 8: Lex Maria anmälda självmord i förhållande till totala antalet självmord som begåtts inom 4 veckor efter vårdkontakt.

Motivering för val av indikator (relevans): Det är viktigt att alla självmord som begåtts i samband med vård och behandling anmäls och utreds. Eftersom anmälningsfrekvensen inte är optimal så betraktas ett ökande antal anmälningar som ett tecken på ett aktivare säkerhetsarbete.

Led i vård- och omsorgskedjan: Prevention.

Kvalitetsområde som i huvudsak belyses: Säker hälso- och sjukvård.

Processmått	Beskrivning	Mätmetod	Datakälla	Felkälla/ tolkningssvårigheter	Form för redovisning
Andel Lex Maria anmälda självmord	<p><i>Täljare:</i> Antal självmord som begåtts under en bestämd tidsperiod och anmäls enligt Lex Maria</p> <p><i>Nämnare:</i> Totala antalet självmord som begåtts under motsvarande period</p>	Inrapporteringar till Socialstyrelsen, Register	Socialstyrelsens statistik över Lex Maria anmälningar, Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen	Anmält under perioden men inte begåtts under perioden	<p>– Geografiskt område ex landsting, kommun</p> <p>– Tidsserie</p>

Indikator 9: Levande personer ett år efter utskrivning från slutenvård orsakad av självmordsförsök

Motivering för val av indikator (relevans): En säker vård innebär en effektiv uppföljning av patienter som vårdas för självmordsförsök. Risken för ett fullbordat självmord är som störst under det första året efter ett självmordsförsök.

Led i vård- och omsorgskedjan: Prevention.

Kvalitetsområde som i huvudsak belyses: Säker hälso- och sjukvård.

Resultatmått	Beskrivning	Mätmetod	Datakälla	Felkälla/ tolkningssvårigheter	Form för redovisning
Andel personer som lever ett år efter utskrivning från slutenvård för ett självmordsförsök	<p><i>Täljare:</i> Antal personer som slutenvårdats för ett självmordsförsök och lever ett år efter utskrivningstillfället</p> <p><i>Nämnare:</i> Totalt antal utskrivna från ett slutenvårdstillfälle för självmordsförsök</p>	Register	Patientregister och Dödsorsaksregister, Socialstyrelsen		<p>– Geografiskt område ex landsting, kommun</p> <p>– Tidsserie</p>

Indikator 10: Personer, 80 år och äldre, med en eller flera läkemedelskombinationer som kan leda till läkemedelsinteraktioner av klass D

Motivering för val av indikator (relevans): C- och D-interaktioner är de kliniskt relevanta läkemedelsinteraktionerna, med vilket menas kombinationer av läkemedel som kan ha en betydande påverkan på varandras omsättning eller verkan. D-interaktioner kan enligt FASS (ett uppslagsverk som beskriver alla läkemedel som är godkända i Sverige), ”leda till allvarliga kliniska konsekvenser i form av svåra biverkningar, utebliven effekt eller är i övrigt svår att bemästra med individuell dosering. Kombinationen bör därför undvikas”.

Led i vård- och omsorgskedjan: Hela vårdkedjan.

Kvalitetsområde som i huvudsak belyses: Säker hälso- och sjukvård.

Processmått	Beskrivning	Mätmetod	Datakälla	Felkälla/ tolkningssvårigheter	Form för redovisning
Andel personer ≥80 år som har minst en läkemedelskombination som kan leda till läkemedelsinteraktion av klass D	<i>Täjljare:</i> Antal personer ≥80 år som under mätperioden har minst en läkemedelskombination som kan leda till läkemedelsinteraktion av klass D <i>Nämname:</i> Samtliga personer 80 och äldre under mätperioden	Register	Läkemedelsregistret. Soci- alstyrelsen	Läkemedelsregistret omfattar inte preparat ordinerade i slutenvård, dispenserade från läkemedelsför- råd, eller köpta utan recept. Registret omfattar endast från apoteket uthämtade läkemedel. Metoden att uppskatta aktuell läkemedelsanvändning innebär en viss osäkerhet, främst genom tolkningen av doseringsangivelser.	– Jämlk hälso- och sjukvård ex, kön, socioekonomisk grupp m m. – Geografiskt område ex landsting, kommun – Tidsserie

Indikator 11: Patienten blir respektfullt bemött som individ

Motivering för val av indikator (relevans): Det individuella, respektfulla bemötandet är ett av grundkraven på en patientfokuserad hälso- och sjukvård. All vård ska bygga på respekt för människors lika värde, den enskilda människans värdighet och individens självbestämmande och integritet. Ett respektfullt bemötande ska känneteckna allt från det första mötet och under hela vårdprocessen. Regleras i HSL (1982:763) § 2a.

Led i vård- och omsorgskedjan: Hela vårdkedjan.

Kvalitetsområde som i huvudsak belyses: Patientfokuserad hälso- och sjukvård.

Resultatmått	Beskrivning	Mätmetod	Datakälla	Felkälla/ tolkningssvårigheter	Form för redovisning
Andel patienter som upplever att de blivit respektfullt och personligt bemötta.	<i>Täljare:</i> Antal personer som inom olika delar av hälso- och sjukvården upplever att de blivit respektfullt och personligt bemötta. <i>Nämnare:</i> Samtliga personer som besvarat enkäten.	Enkäter Från och med 2009 genomförs Nationell Patientenkät vartannat år inom - primärvården - öppen specialistsjukvård - sluten specialistsjukvård - öppen psykiatri - sluten psykiatri	Nationell Patientenkät, SKL	Låg svarsfrekvens och därmed svårigheter att bedöma hur de som inte svarat ser på bemötandet. Bemötandet kan vara olika i olika delar av vårdkedjan och från olika personalkategorier.	– Jämlig hälso- och sjukvård ex, kön, ålder, socioekonomisk grupp m m. – Geografiskt område ex landsting, kommun – Tidsserie

Indikator 12: Patientens egna kunskaper och erfarenheter tas tillvara

Motivering för val av indikator (relevans): Det är viktigt att patienten bemöts utifrån hans/hennes sociala sammanhang och att vården utförs med respekt och lyhördhet för individens specifika behov, förväntningar och värderingar. Genom att ta tillvara patientens egna kunskaper och erfarenheter ökar förutsättningarna för att han eller hon ska kunna vara delaktig i och ha inflytande över sin egen hälsa, vård och behandling.

Led i vård- och omsorgskedjan: Hela vårdkedjan.

Kvalitetsområde som i huvudsak belyses: Patientfokuserad hälso- och sjukvård.

Resultatmått	Beskrivning	Mätmetod	Datakälla	Felkälla/ tolkningssvårigheter	Form för redovisning
Andel patienter som upplever att deras egna kunskaper och erfarenheter tagits tillvara.	<p><i>Täljare:</i> Antal personer som inom olika delar av hälso- och sjukvården upplever att vården tar hänsyn till deras egna kunskaper och erfarenheter.</p> <p><i>Nämnare:</i> Samtliga personer som besvarat enkäten.</p>	<p>Enkäter</p> <p>Från och med 2009 genomförs Nationell Patientenkät vartannat år inom</p> <ul style="list-style-type: none"> - primärvården - öppen specialistsjukvård - sluten specialistsjukvård - öppen psykiatri - sluten psykiatri 	Nationell Patientenkät, SKL	<p>Låg svarsfrekvens och därmed svårigheter att bedöma hur de som inte svarat ser på denna fråga. Respondenterna uppfattar frågan på olika sätt eller att det kan vara olika i kontakter med olika personalkategorier samt och beroende av om vården varit akut eller planerad.</p>	<p>– Jämlik hälso- och sjukvård ex, kön, ålder, socio-ekonomisk grupp m m.</p> <p>– Geografiskt område ex landsting, kommun</p> <p>– Tidsserie</p>

Indikator 13: Patienten erbjuds individuellt anpassad information om hälsotillstånd, diagnos och metoder för undersökning, vård och behandling

Motivering för val av indikator (relevans): Hälso- och sjukvården är skyldig att ge patienten individuellt anpassad information om hälsotillstånd, diagnos och metoder för undersökning och behandling. Detta regleras i HSL (1982:763) § 2b och LYHS området (1998:531) 2 kap. § 2. Genom information kan patienten få kunskap, förståelse och insikt som i sin tur är förutsättningar för att kunna vara delaktig. Om informationen inte kan ges till patienten ska den i stället lämnas till närstående till patienten.

Led i vård- och omsorgskedjan: Hela vårdkedjan.

Kvalitetsområde som i huvudsak belyses: Patientfokuserad hälso- och sjukvård.

Resultatmått	Beskrivning	Mätmetod	Datakälla	Felkälla/ tolkningssvårigheter	Form för redovisning
Andel patienter som upplever att de har fått individuellt anpassad information /information som de har förstått om sitt hälsotillstånd, sin diagnos och aktuella metoder för undersökning och behandling.	<i>Täjlare:</i> Antal personer som inom olika delar av hälso- och sjukvården upplever att de har fått informationen som anpassats till dem som individer. <i>Nämnare:</i> Samtliga personer som besvarat enkäten.	Enkäter Från och med 2009 genomförs Nationell Patientenkät vartannat år inom - primärvården - öppen specialistsjukvård - slutna specialistsjukvård - öppen psykiatri - slutna psykiatri	Nationell Patientenkät, SKL	Låg svarsfrekvens och därmed svårigheter att bedöma hur de som inte svarat ser på denna fråga. Informationen kan vara olika i olika delar av vårdkedjan och från olika personalkategorier.	– Jämlik hälso- och sjukvård ex, kön, ålder, socioekonomisk grupp m m. – Geografiskt område ex landsting, kommun – Tidsserie

Indikator 14: Patienten får tillräcklig information och stöd för att kunna hantera sin hälsa

Motivering för val av indikator (relevans): Den information som förmedlas ska ge patienten kunskap, förståelse och insikt och därmed förutsättningar för att han eller hon ska kunna vara delaktig i och ha inflytande över sin egen hälsa, vård och behandling.

Led i vård- och omsorgskedjan: Hela vårdkedjan.

Kvalitetsområde som i huvudsak belyses: Patientfokuserad hälso- och sjukvård.

Resultatmått	Beskrivning	Mätmetod	Datakälla	Felkälla/ tolkningssvårigheter	Form för redovisning
Andel patienter som upplever att den information de fått har gett dem möjlighet att vara delaktiga och ha inflytande över sin egen hälsa, vård och behandling.	<i>Täjljare:</i> Antal personer som inom olika delar av hälso- och sjukvården upplever att den information som de fått har gett dem möjlighet att vara delaktiga och ha inflytande över sin egen hälsa, vård och behandling. <i>Nämnare:</i> Samtliga personer som besvarat enkäten.	Enkäter Från och med 2009 genomförs Nationell Patientenkät vartannat år inom - primärvården - öppen specialistsjukvård - sluten specialistsjukvård - öppen psykiatri - sluten psykiatri	Nationell Patientenkät, SKL Frågorna i den Nationella Patientenkäten kan behöva utvecklas ytterligare för att täcka in denna indikator.	Låg svarsfrekvens och därmed svårigheter att bedöma hur de som inte svarat ser på denna fråga. Informationen kan vara olika i olika delar av vårdkedjan och från olika personalkategorier samt beroende av om vården varit akut eller planerad. Respondenterna kan uppfatta frågan på olika sätt.	– Jämlik hälso- och sjukvård ex, kön, ålder, socio-ekonomisk grupp m m. – Geografiskt område ex landsting, kommun – Tidsserie

Indikator 15: Patienten erbjuds möjlighet till önskad kontinuitet i vårdkontaktarna

Motivering för val av indikator (relevans): Största möjliga kontinuitet i kontakter och information bör eftersträvas och olika insatser bör samordnas på ett ändamålsenligt sätt så att möjligheten till oberoende i det dagliga livet stärks. Stöd för denna indikator finns i bland annat HSL (1982:763) § 2a.

Led i vård- och omsorgskedjan: Hela vårdkedjan inklusive vård och omsorg som kommunen har ansvar för.

Kvalitetsområde som i huvudsak belyses: Patientfokuserad hälso- och sjukvård.

Resultatmått	Beskrivning	Mätmetod	Datakälla	Felkälla/ tolkningssvårigheter	Form för redovisning
Andel patienter som upplever att de har erbjudits önskad kontinuitet i vårdkontaktarna.	<i>Täljare:</i> Antal personer som inom olika delar av hälso- och sjukvården upplever att de erbjudits möjlighet till kontinuitet i vårdkontaktarna, t.ex. i form av en fast läkarkontakt. <i>Nämnare:</i> Samtliga personer som besvarat enkäten.	Enkäter Från och med 2009 genomförs Nationell Patientenkät varannat år inom - primärvården - öppen specialistsjukvård - slutna specialistsjukvård - öppen psykiatri - slutna psykiatri	Nationell Patientenkät, SKL Frågorna i den Nationella Patientenkäten kan behöva utvecklas ytterligare för att täcka in denna indikator. Eventuell lagändring om fast vårdkontakt 2010.	Låg svarsfrekvens och därmed svårigheter att bedöma hur de som inte svarat ser på denna fråga. Kontinuiteten kan vara olika i olika delar av vårdkedjan. Respondenterna kan uppfatta frågan på olika sätt.	– Jämlig hälso- och sjukvård ex, kön, ålder, socioekonomisk grupp m m. – Geografiskt område ex landsting, kommun – Tidsserie

Indikator 16: Behandlingsmål sätts i samråd med patienten

Motivering för val av indikator (relevans): Hälso- och sjukvården ska bygga på den enskilda människans självbestämmande och integritet. Vården och behandlingen ska så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Detta regleras i HSL (1982:763) § 2 a.

Led i vård- och omsorgskedjan: Hela vårdkedjan.

Kvalitetsområde som i huvudsak belyses: Patientfokuserad hälso- och sjukvård.

Processmått	Beskrivning	Mätmetod	Datakälla	Felkälla/ tolkningssvårigheter	Form för redovisning
1. Andelen patienter som upplever att mål för behandlingen satts i samråd med dem. 2. Andel vårdplaner som upprättats i samråd med patienten.	<i>Täjljare 1:</i> Antal personer som inom olika delar av hälso- och sjukvården upplever att de har deltagit i beslut om målen med föreslagen eller genomförd behandling. <i>Täjljare 2:</i> Antal skriftliga vårdplaner där det framgår att de upprättats i samråd med patienten (detta är dock inte lagreglerat för all hälso- och sjukvård). <i>Nämndare 1:</i> Samtliga personer som besvarat enkäten. <i>Nämndare 2:</i> Totala antalet skriftliga vårdplaner.	Enkäter. Från och med 2009 genomförs Nationell Patientenkät inom - primärvården - öppen specialistsjukvård - slutna specialistsjukvård - öppen psykiatri - slutna psykiatri vartannat år. Ingår i RiksStrokes 3-månadersuppföljning. <i>Täjljare och nämndare 2:</i> Journalgranskning.	Nationell Patientenkät, SKL. Frågorna i den Nationella Patientenkäten kan behöva utvecklas ytterligare för att täcka in denna indikator. Ny paragraf träder i kraft i HSL respektive socialtjänstlagen den 1 januari 2010 med krav på samordnad vårdplan. Datakälla saknas.	Låg svarsfrekvens och därmed svårigheter att bedöma hur de som inte svarat ser på denna fråga. Frågan om mål kan vara olika i olika delar av vårdkedjan och beroende av om vården varit akut eller planerad. Respondenterna kan uppfatta frågan på olika sätt. Samråd kan ha skett utan att det framgår av den skriftliga planen.	– Jämlik hälso- och sjukvård ex, kön, ålder, socio-ekonomisk grupp m m. – Geografiskt område ex landsting, kommun – Tidsserie

Indikator 17: Delaktighet i den egna vårdens planering och genomförande

Motivering för val av indikator (relevans): Hälso- och sjukvården ska bygga på den enskilda människans självbestämmande och integritet. Vården och behandlingen ska så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Detta regleras i HSL (1982:763) § 2 a. Delaktighet har betydelse för följsamhet till och resultat av behandling.

Led i vård- och omsorgskedjan: Hela vårdkedjan.

Kvalitetsområde som i huvudsak belyses: Patientfokuserad hälso- och sjukvård.

Processmått	Beskrivning	Mätmetod	Datakälla	Felkälla/ tolkningssvårigheter	Form för redovisning
1. Andelen patienter som upplever att de varit delaktiga i den egna vårdens planering och genomförande. 2. Andel vårdplaner som upprättats i samråd med patienten.	<i>Täljare:</i> Antal personer som inom olika delar av hälso- och sjukvården upplever att de har deltagit i beslut om den egna vårdens planering och genomförande. <i>Täljare 2:</i> Antal skriftliga vårdplaner där det framgår att de upprättats i samråd med patienten. Detta är dock inte lagreglerat för all hälso- och sjukvård. <i>Nämnare 1:</i> Samtliga personer som besvarat enkäten. <i>Nämnare 2:</i> Totala antalet skriftliga vårdplaner.	Enkäter Från och med 2009 genomförs Nationell Patientenkät varannat år inom - primärvården - öppen specialistsjukvård - slutna specialistsjukvård - öppen psykiatri - slutna psykiatri <i>Täljare och nämnare 2:</i> Journalgranskning.	Nationell Patientenkät, SKL Frågorna i den Nationella Patientenkäten kan behöva utvecklas ytterligare för att täcka in denna indikator. Ny paragraf träder i kraft i HSL-reaktive socialtjänstlagen den 1 januari 2010 med krav på samordnad vårdplan. Datakälla saknas.	Låg svarsfrekvens och därmed svårigheter att bedöma hur de som inte svarat ser på denna fråga. Frågan om delaktighet kan vara olika i olika delar av vårdkedjan och beroende av om vården varit akut eller planerad. Respondenterna kan uppfatta frågan på olika sätt. Samråd kan ha skett utan att det framgår av den skriftliga planen.	– Jämlik hälso- och sjukvård ex, kön, ålder, socioekonomisk grupp m m. – Geografiskt område ex landsting, kommun – Tidsserie

Indikator 18: Hälso- och sjukvårdskostnad

Motivering för val av indikator (relevans): Att följa upp hälso- och sjukvårdskostnaderna är en förutsättning för att kunna analysera hälso- och sjukvårdens effektivitet.

Led i vård- och omsorgskedjan: Hela vårdkedjan.

Kvalitetsområde som i huvudsak belyses: Effektiv hälso- och sjukvård.

Strukturmått	Beskrivning	Mätmetod	Datakälla	Felkälla/ tolkningsvårigheter	Form för redovisning
Hälso- och sjukvårdskostnad per invånare	Som kostnadsbegrepp används nettokostnad, dvs. verksamhetens kostnader minus verksamhetens intäkter. Med nettokostnad avses den kostnad som ska finansiera med landstingsskatt, generella statsbidrag och finansnetto. Kostnader för privat vård och den vård som befolkningen konsumerar i annat landsting ingår. Kostnader för verksamhet som landstinget säljer till andra landsting ingår inte. Kostnaden redovisar i kronor per invånare. I kostnaden ingår inte tandvård. Hem-sjukvården har exkluderats från hälso- och sjukvården eftersom landstingens ansvarsgräns visavi kommunernas varierar..	Landstingen rapporterar årligen kostnads- och intäktsuppgifter för olika områden och delområden enligt en landstingsgemensam verksamhetsindelning, VI 2000. Avstämning mot externboksutskottet sker. En gemensam kon-toplan definierar kostnads- och intäktslag. Antalet invånare avser förhållandet per den 31/12 det aktuella året.	Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling, SKL Befolkningsstatistik, Statistiska centralbyrån.	Kostnader för hälso- och sjukvård exkl. tandvård är ett väl etablerat mått med god kvalitet. Landstingen har dock vissa problem att skilja ut hemsjukvården eftersom den är integrerad i annan hälso- och sjukvård. Alternativet att inkludera hemsjukvården skulle försämra jämförbarheten ytterligare. Vid tolkning bör noteras att måttet inte tar hänsyn till skilda behov hos befolkningar i olika landsting.	– Geografiskt område ex landsting – Tidsserie

Indikator 19: Strukturjusterad hälso- och sjukvårdskostnad

Motivering för val av indikator (relevans): Att följa upp hälso- och sjukvårdskostnaderna är en förutsättning för att kunna analysera hälso- och sjukvårdens effektivitet.

Led i vård- och omsorgskedjan: Hela hälso- och sjukvården.

Kvalitetsområde som i huvudsak belyses: Effektiv hälso- och sjukvård.

Strukturmått	Beskrivning	Mätmetod	Datakälla	Felkälla/ tolkningssvårigheter	Form för redovisning
Landstingens kostnader för hälso- och sjukvård uttryckt i kronor per invånare med justering för strukturella faktorer enligt kostnadsutjämningsystemet	Måttet anger kostnadsnivån för hälso- och sjukvård (kr/invånare) justerade för strukturella faktorer som till exempel befolkningens ålderssammansättning, sjukdomsförekomst etc. Utgångspunkten är nettokostnade enligt indikator 18 exklusive läkemedel, dividerad med kvoten mellan standardkostnad för hälso- och sjukvård i respektive landsting och riket. Till detta läggs läkemedelskostnaden dividerad med kvoten mellan landstingets statsbidrag/invånare för läkemedel och genomsnittligt statsbidrag	Förväntad nettokostnad enligt behovsindex beräknas årligen i det kommunala utjämningsystemet. Standardkostnaden uttrycker kostnaden per invånare i respektive landsting med hänsyn till glesbygd och vårdtunga grupper samt skillnader i befolkningen vad gäller ålder etc.	Ekonomi- och verksamhetsstatistik, SKL Patientregistret, Socialstyrelsen Befolkningsstatistik, Statistiska Centralbyrån	Modellen för standardkostnaden fångar inte upp alla strukturella faktorer som påverkar kostnadslägget	– Geografiskt område ex landsting – Tidsserie

Indikator 20: Vårdtillfällen som rapporteras till KPP-databasen

Motivering för val av indikator (relevans): En individbaserad kostnadsredovisning är nödvändig för att effektivitetsanalyser ska kunna göras inom olika vårdområden.

Led i vård- och omsorgskedjan: Specialiserad somatisk vård, specialiserad psykiatrisk vård, primärvård, och den kommunala hälso- och sjukvården.

Kvalitetsområde som i huvudsak belyses: Effektiv hälso- och sjukvård.

Struktur-mått	Beskrivning	Mätmetod	Datakälla	Felkälla/tolkningssvårigheter	Form för redovisning
Andel vårdtillfällen som rapporteras till KPP-databasen (av totala antalet vårdtillfällen som rapporteras till Patientregistret)	<p>KPP-databasen vid SKL innehåller på individnivå redovisning av diagnoser, åtgärder och kostnader för vårdtillfällen i slutenvård och (i viss, ökande mån) vårdkontakter i öppen specialiserad vård.</p> <p>Inom psykiatri, primärvård och äldreomsorg är KPP-redovisning ovanlig.</p> <p><i>Täjljare:</i> Antalet vårdkontakter för verksamhetsområdet för vilka KPP-data rapporteras till databas</p> <p><i>Nämnare:</i> Totalt antal vårdkontakter inom verksamhetsområdet</p> <p>I praktiken är indikatorn mest meningsfull att använda för vårdkontakter i somatisk slutenvård, framgent även för öppen vård och psykiatri.</p>	<p>Årlig jämförelse per a/ sjukhus och b/ landsting (summa sjukhus) mellan andelen vårdkontakter som rapporterats till a/ KPP-databasen och b/ Patientregistret</p> <p>För primärvård finns ingen nationell individbaserad databas med vårdkontakter, därmed motvolymuppgifter rapporterade till SKL.</p>	KPP-databasen, SKL och Patientregistret, Socialstyrelsen	<p>Eventuell underrapportering till Patientregistret (PAR) bör vara av mindre omfattning i slutenvård, men större avseende öppenvård.</p> <p>Olika vårdtillfällsbegrepp i PAR och KPP-databasen gör att antalet PAR-vårdtillfällen överskattas jämfört med KPP-databasens. Kan dock korrigeras i PAR.</p> <p>KPP-databasen innehåller flera verkliga kostnader per vårdtillfälle för cirka 60 % av den slutna somatiska vården (år 2007).</p> <p>För att kunna följa upp individbaserade kostnader i den kommunala hälso- och sjukvården krävs att en individbaserad kostnadsredovisning motsvarande KPP-databasen byggs upp, enligt t.ex. Kostnad Per Brukare-modellen (KPB).</p>	<p>– Geografiskt område för den del av indikatorn där detta är möjligt.</p> <p>– Tidsserie</p>

Indikator 21: Kostnad per prestation (DRG-poäng)

Motivering för val av indikator (relevans): Måttet beskriver produktiviteten.

Led i vård- och omsorgskedjan: Specialiserad somatisk vård.

Kvalitetsområde som i huvudsak belyses: Effektiv hälso- och sjukvård.

Struktur- mått	Beskrivning	Mätmetod	Datakälla	Felkälla/ tolkningssvårigheter	Form för redovisning
Kostnad per prestation	<p>Måttet avser landstingsnivån. Strikt sett anger det kostnaden per vårdkontakt för de vårdkontakter som ett landstings invånare konsumerar, oavsett om detta sker i det egna landstinget eller som köpt utomlänsvård. Måttet är ett "köpkraftsmått" snarare än ett strikt produktivetsmått.</p> <p>Specialiserad somatisk vård omfattar medicinsk och kirurgisk korttidsvård, rehabilitering och geriatrik. Såväl öppen vård som slutenvård ingår.</p> <p>Som kostnadsbegrepp används nettokostnad, dvs verksamhetens kostnader minus verksamhetens intäkter, uttryckt per invånare. Kostnader för läkemedelsförmånen är exkluderade.</p> <p>Invånarnas konsumerade vårdkontakter/ prestationer uttrycks här i konsumerade DRG-poäng. Antal DRG-poäng är summan av vårdkontakterna * vikten för respektive vårdkontakt.</p>	<p>Nettokostnaden per invånare hämtas ur den officiella verksamhets- och ekonomistatistiken vid SKL.</p> <p>DRG-poäng beräknas på landstingens konsumerade och viktade vårdtillfällen och besök. DRG-gruppering sker enligt den senaste tillgängliga grupperaren och aktuell viktlista Resterande besök delas in efter personalkategori och verksamhetsområde och åsätts en standardvikt för respektive grupp.</p> <p>Prestationerna hämtas från de nationella patientregistren och från SKL:s besöksstatistik.</p>	<p>Ekonomi- och verksamhetsstatistik enligt VI 2000, SKL</p> <p>Patientregistret, Socialstyrelsen</p> <p>KPP-databasen, SKL</p> <p>Statistiska bearbetningar, SKL</p>	<p>DRG-poäng beräknas på de individuella vårdkontakternas primära registreringar om främst diagnoser och åtgärder. Det gör att felaktigheter i grundkodningen kan komma att påverka utfallet (dock marginellt). Patientregistret i slutenvård är väl etablerat men i den öppna vården förekommer fortfarande brister.</p> <p>Nettokostnader per invånare förekommer som mått bara på landskingsnivå. Detsamma gäller konsumerade vårdkontakter.</p> <p>Detta innebär att måttet inte förekommer eller har relevans på producentnivå.</p> <p>Man kan därmed inte se hur det samlade resultatet uppkommer, som ett resultat av sammanförda kostnader och prestationer på disaggregerad producentnivå. Olika redovisningsproblem riskerar därmed att inte synliggöras.</p>	<p>– Geografiskt område ex landsting</p> <p>– Tidsserie</p>

Indikator 22: Kostnad per vårdkontakt i primärvården

Motivering för val av indikator (relevans): Måttet kan användas för att spegla produktivitet i primärvården.

Led i vård- och omsorgskedjan: Primärvård.

Kvalitetsområde som i huvudsak belyses: Effektiv hälso- och sjukvård.

Struktur- mått	Beskrivning	Mätmetod	Datakälla	Felkälla/ tolkningssvårigheter	Form för redovisning
Kostnad per vårdkontakt i primärvården	<p><i>Täjljare:</i> Primärvårdens kostnader <i>Nämnare:</i> Antal viktade vårdkontakter</p> <p>Primärvård omfattar här allmänläkarvård, sjuksköterskevård, mödra- och barnhälsovård, sjukgymnastik, arbetsterapi, jourverksamhet, m.m.</p> <p>Som kostnadsbegrepp används nettokostnad, dvs. verksamhetens kostnader minus verksamhetens intäkter. Kostnaderna för läkemedelsförmånen och hemsjukvården är exkluderade, för att öka jämförbarheten mellan landsting.</p> <p>Viktad vårdkontakt omfattar antalet besök av olika typ (t.ex. mottagningsbesök, hembesök) samt telefonkontakter (endast om de ersatt ett besök) hos/av läkare och andra personalkategorier. Dessa viktas samman efter genomsnittlig resurstyngd och resulterar i en sammanlagd volym viktade vårdkontakter.</p> <p>Viktade vårdkontakter ställs mot kostnaderna och ger indikatorvärdet.</p>	<p>Löpande, årligen återkommande redovisning sker på nationell nivå.</p> <p>I denna medverkar alla landsting, då uppgifterna ingår i den överenskomna årliga ekonomi- och verksamhetsredovisningen.</p>	Ekonomi- och verksamhetsstatistik enligt V1 2000, SKL	<p>Viss osäkerhet finns i uppdelningen av vårdkontakter efter typ av besök och i uppgifterna om telefonkontakter. Statistiken är relativt ny, registreringarna är ännu inte fullständiga i alla landsting.</p> <p>I kostnadsberäkningar har landstingen vissa problem att skilja ut hemsjukvården eftersom den är integrerad i annan hälso- och sjukvård.</p> <p>Måttet används på nationell nivå som jämförelse mellan landsting. Det är okänt i vilken mån landstingen redovisar produktivitet för olika mottagningar och vårdcentraler, vilket är en faktor som skulle öka måttets tillförlitlighet</p>	<p>– Geografiskt område ex landsting</p> <p>– Tidsserie</p>

Indikator 23: Väntetider till besök i primärvården

Motivering för val av indikator: Väntetidsdatabasen är en datakälla som trots vissa brister innehåller bäst information om väntetider i Sverige. Besök till läkare inom primärvården är en grundläggande uppgift som bör finnas med som indikator. Befintliga uppgifter som finns idag äräkarbesök inom 7 dagar.

Led i vård- och omsorgskedjan: Utredning.

Kvalitetsområde som i huvudsak belyses: Hälso- och sjukvård i rimlig tid.

Processmått	Beskrivning	Mätmetod	Datakälla	Felkälla	Form för redovisning
Andelen patienter som fick vänta längre än den nationella vårdgarantigränsen till läkarbesök i primärvården.	<i>Täljare:</i> Antal patienter som fick vänta längre än den nationella vårdgarantigränsen till läkarbesök i primärvården. <i>Nämnare:</i> Det totala antalet patienter som fått ett läkarbesök i primärvården under aktuell mätetid (exklusive kontroll/återbesök).	Lokal vårddata-registrering och datainsamling från landstingen till SKL via rapportörsorganisation	Väntetidsdatabasen	1. Ofullständig inrapportering, 2. Brist på kvalitetssäkring, 3. Den mänskliga faktorn (många rapportörer som inte alla gör exakt likadant), 4. Tidigare risk för fusk, men utvidgade mätningar från 2009 eliminerar denna risk till stor del.	– Geografiskt område ex landsting, kommun – Tidsserie

Indikator: 24: Väntetider till besök i den specialiserade vården

Befintliga uppgifter som finns idag: Väntetid till nybesök i förhållande till nationella gränser för vårdgaranti.

Motivering för val av indikator: Väntetidsdatabasen är en datakälla som trots vissa brister innehåller bäst information om väntetider i Sverige. Även om specialistvården är mer omfattande än bara nybesök är möjligheterna att mäta väntetider i detta led avsevärt mycket större än i andra led i vårdkedjan.

Led i vård- och omsorgskedjan: Utredning.

Kvalitetsområde som i huvudsak belyses: Hälso- och sjukvård i rimlig tid.

Processmått	Beskrivning	Mätmetod	Datakälla	Felkälla	Form för redovisning
Andelen patienter som väntar längre än de nationella vårdgaranti-gränserna på besök inom den specialiserade vården	<p>Bas: väntande patienter (se även redovisningen på www.vantetider.se)</p> <p><i>Täjljare:</i> Antal patienter som väntat på nybesök längre än nationella gränser för vårdgaranti.</p> <p><i>Nämnare:</i> Totala antalet väntande till nybesök under samma period.</p> <p>Väntetiden räknas från fattat beslut om besök. Uppföljningen innefattar vissa utvalda områden.</p>	Lokal vårddataregistrering och datainsamling från landstingen till SKL via rapportörsorganisation. Uppgifter rapporteras för varje månadsslut.	Väntetidsdatabasen	<p>1. Ofullständig inrapportering, 2. Brist på kvalitetssäkring, 3. Den mänskliga faktorn (många rapportörer som inte alla gör exakt likadant), 4. Säsongsfluktuationer, 5. Förändring av antalet mottagningar som ingår i mätningarna. 6. Det går inte att se om eventuella förbättringar går på bekostnad av andra patienter (= undanträngningseffekter).</p>	<p>– Geografiskt område ex landsting, kommun</p> <p>– Tidsserie</p>

Indikator 25: Väntetider till behandling inom den specialiserade vården

Motivering för val av indikator: Väntetidsdatabasen är en datakälla som trots vissa brister innehåller bäst information om väntetider i Sverige. Även om specialistvården är mer omfattande än bara nybesök är möjligheterna att mäta väntetider i detta led avsevärt mycket större än i andra led i vårdkedjan. Befintliga uppgifter som finns idag är väntetid till operation/åtgärd i förhållande till nationella gränser för vårdgaranti.

Led i vård- och omsorgskedjan: Behandling.

Kvalitetsområde som i huvudsak belyses: Hälso- och sjukvård i rimlig tid.

Processmått	Beskrivning	Mätmetod	Datakälla	Felkälla	Form för redovisning
Andelen patienter som väntar längre än de nationella vårdgaranti-gränserna på behandling inom den specialiserade vården	<p>Bas: väntande patienter (se även redovisningen på www.vantetider.se)</p> <p><i>Täljare:</i> Antal patienter som väntat på behandling längre än nationella gränser för vårdgaranti.</p> <p><i>Nämnare:</i> Totala antalet väntande till behandling under samma period.</p> <p>Väntetiden räknas från fattat beslut om besök. Uppföljningen innefattar vissa utvalda områden.</p>	Lokal vårddataregistrering och datainsamling från landstingen till SKL via rapportförsorganisation. Uppgifter rapporteras för varje månadsslut.	Väntetidsdatabasen, SKL	<p>1. Ofullständig inrapportering,</p> <p>2. Brist på kvalitetssäkring, 3. Den mänskliga faktorn (många rapportörer som inte alla gör exakt likadant), 4. Säsongsfluktuationer, 5. Förändring av antalet mottagningar som ingår i mätningarna. 6. Det går inte att se om eventuella förbättringar går på bekostnad av andra patienter (= undanträngningseffekter).</p>	<p>– Geografiskt område ex landsting, kommun</p> <p>– Tidsserie</p>

Indikator 26: Upplevd tillgänglighet till primärvården

Motivering för val av indikator: Att mäta patienternas egna upplevelser av väntetidernas rimlighet är av stor vikt för att bedöma vilka väntetider som är acceptabla för olika patientgrupper och terapiområden. En nationell patientenkät är ett krav för att kunna mäta patienternas erfarenheter. Telefontillgänglighet i primärvården finns som befintlig väntetidsmätning men mätningarnas tillförlitlighet ifrågasätts ibland. Här kan det vara befogat att välja patientperspektivet i stället för hälso- och sjukvårdsperspektivet om antalet indikatorer ska hållas nere.

Led i vård- och omsorgskedjan: Utredning.

Kvalitetsområde som i huvudsak belyses: Hälso- och sjukvård i rimlig tid.

Processmått	Beskrivning	Mätmetod	Datakälla	Felkälla	Form för redovisning
Andel patienter som anser att det är lätt att få kontakt med vårdcentraler eller liknande.	<i>Täjljare:</i> Antal patienter som upplever att det var lätt att få kontakt med primärvården. <i>Nämnare:</i> Totalt antalet tillfrågade patienter.	Enkäter Från och med 2009 genomförs Nationell Patientenkät vartannat år inom - primärvården - öppen specialistsjukvård - slutna specialistsjukvård - öppen psykiatri - slutna psykiatri	Nationell patientenkät, SKL	Eventuella metodologiska problem med patientenkäten beroende på dess utformning, bl.a. urvalskriterier. Filterfrågor behövs för att få fram patientgruppen som har erfarenhet av ett visst vårdled. Hur långt tillbaka i tiden får patienten svara? Ingår en mer exakt tidsangivelse i frågorna?	– Jämlik hälso- och sjukvård ex, kön, ålder, socioekonomisk grupp m m. – Geografiskt område ex landsting, kommun – Tidsserie

Indikator 27: Upplevd väntetid till besök inom den specialiserade somatiska vården

Motivering för val av indikator: Att mäta patienternas egna upplevelser av väntetidernas rimlighet är av stor vikt för att kunna göra en bedömning vilka väntetider som är acceptabla för olika patientgrupper och terapiområden. En nationell patientenkät är ett krav för att kunna mäta patienternas erfarenheter. Patientperspektiv på väntetid till specialistbesök ger dessutom en möjlighet att tolka det motsvarande perspektivet från hälso- och sjukvården (i form av statistik från väntetidsdatabasen).

Led i vård- och omsorgskedjan: Utredning.

Kvalitetsområde som i huvudsak belyses: Hälso- och sjukvård i rimlig tid.

Processmått	Beskrivning	Mätmetod	Datakälla	Felkälla	Form för redovisning
Andel patienter som anser att de har haft problem med att få en besöks tid (alla typer av besök) inom den specialiserade vården inom rimlig tid.	<i>Täjljare:</i> Antal patienter som anser att de fått besöks tid i specialiserade vården inom rimlig tid. <i>Nämnare:</i> Samtliga patienter som har erfarenhet av detta vårdled och som svarar på frågan. Tid: det senaste året?	Enkäter Från och med 2009 genomförs Nationell Patientenkät vartannat år inom - primärvården - öppen specialistsjukvård - slutna specialistsjukvård - öppen psykiatri - slutna psykiatri	Nationell patientenkät, SKL	Eventuella metodologiska problem med patientenkäten beroende på dess utformning, bl.a. urvalskriterier. Filterfrågor behövs för att få fram patientgruppen som har erfarenhet av ett visst vårdled. Hur långt tillbaka i tiden får patienten svara? Ingår en mer exakt tidsangivelse i frågorna?	– Jämlik hälso- och sjukvård ex, kön, ålder, socioekonomisk grupp m m. – Geografiskt område ex landsting, kommun – Tidsserie

Indikator 28: Upplevda väntetider till behandling

Motivering för val av indikator: Att mäta patienternas egna upplevelser av väntetidernas rimlighet är av stor vikt för att kunna göra en bedömning vilka väntetider som är acceptabla för olika patientgrupper och terapiområden. En nationell patientenkät är ett krav för att kunna mäta patienternas erfarenheter. Patientperspektiv på väntetid till behandling ger dessutom en möjlighet att tolka det motsvarande perspektivet från hälso- och sjukvården (i form av statistik från väntetidsdatabasen).

Led i vård- och omsorgskedjan: Behandling.

Kvalitetsområde som i huvudsak belyses: Hälso- och sjukvård i rimlig tid.

Processmått	Beskrivning	Mätmetod	Datakälla	Felkälla	Form för redovisning
Andel personer som anser att de har haft problem med att få en behandlingstid inom den specialiserade vården inom rimlig tid.	<i>Täjljare:</i> Antal patienter som anser att de har haft problem att få en behandlingstid inom specialistvården inom rimlig tid. <i>Nämnare:</i> samtliga patienter som har erfarenhet av detta vårdled och som svarar på frågan. Tid: det senaste året?	Enkäter Från och med 2009 genomförs Nationell Patientenkät vartannat år inom - primärvården - öppen specialistsjukvård - slutna specialistsjukvård - öppen psykiatri - slutna psykiatri	Nationell Patientenkät, SKL	Eventuella metodologiska problem med patientenkäten beroende på dess utformning, bl.a. urvalskriterier. Filterfrågor behövs för att få fram patientgruppen som har erfarenhet av ett visst vårdled. Hur långt tillbaka i tiden får patienten svara? Ingår en mer exakt tidsangivelse i frågorna?	– Jämlig hälso- och sjukvård ex, kön, ålder, socioekonomisk grupp m m. – Geografiskt område ex landsting, kommun – Tidsserie