

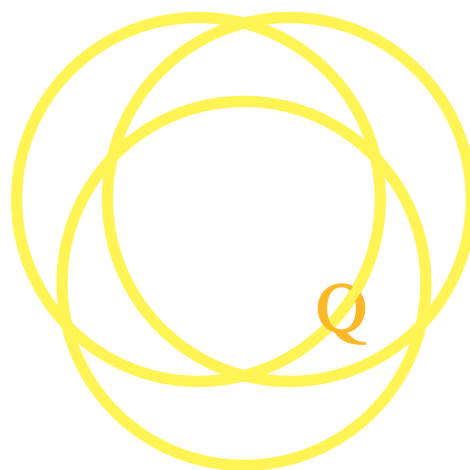
Medicinskt
Program Arbete /
Kvalitetsutveckling

Utveckling och användning av
kvalitetsindikatorer i
Medicinskt Program Arbete

Stockholms läns landsting

2004





Utveckling och användning av kvalitetsindikatorer i Medicinskt Program Arbete

Rapporten är framtagen av:

Magna Andreen Sachs

Marie Lawrence

ISBN 91-85209-39-2



Stockholms läns landsting
Beställarkontor vård

Det medicinska programarbetet (MPA) i Stockholm är till för att vårdgivare, beställare och patienter skall mötas för att forma en god och jämlik vård för länets 1,9 miljoner invånare. Kunskapen om den goda vården skall vara gemensam, tillgänglig och genomlysbar och bilda grund för bättre beslut i vården.

Arbetet drivs gemensamt av producenter och beställare. Patientföreträdarna har en viktig plats i arbetet och medverkar i de olika grupperna. Stockholms Medicinska Råd och 16 programråd har skapats för att driva arbetet. Ett flertal Årsrapporter, Regionala vårdprogram och Fokusrapporter har redan publicerats och arbetet med nya rapporter fortskrider kontinuerligt.

Programarbetet har samlat ett stort nätverk av sakkunniga och har lagt grunden till en gemensam arena för vårdens parter.

Förord

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

På våren 2000 startade ett projekt i beställarorganisationen rörande kvalitetsutveckling (Q). Projektets uppdrag är att i samverkan med producenter och beställare koordinera och förstärka utvecklingen av dels kvalitetsmål för hälso- och sjukvården i överensstämmelse med Hälso- och sjukvårdslagen och dels metoder för uppföljning, tolkning, analys och redovisning av kvalitet. Vidare innebär uppdraget att utveckla och ta ansvar för en kontinuerlig öppen rapportering av olika kvalitetsmått.

Ungefär samtidigt som kvalitetsutvecklingsprojektet startade togs initiativ till att starta Medicinskt Program Arbete (MPA) i Stockholms läns landsting (SLL). Syftet med MPA var och är att vårdgivare, beställare och patienter tillsammans skall mötas för att forma en god och jämlik vård för länets invånare. Kunskapen om den goda vården skall vara gemensam, tillgänglig och genomlysbar och bilda grund för bättre beslut i vården.

Samarbetet mellan MPA och Kvalitetsutveckling har pågått sedan starten av MPA och de nära beröringspunkterna i de båda projekten tydliggörs bland annat av logotypen MPA/Q, där Q står för Kvalitetsutveckling och att Kvalitetsutveckling fr o m 2003 är ett eget programområden inom MPA.

Föreliggande rapport syftar till att fungera som en handledning i arbetet med att utveckla kvalitetsindikatorer inom MPA. I rapporten diskuteras dessutom hur indikatorer kan användas på olika sätt i verksamhetsutveckling av hälso- och sjukvården.

Kaj Lindvall
Ordförande
Stockholms Medicinska Råd

Magna Andreen Sachs
Medicinskt råd, kvalitetsutveckling
Stockholms Medicinska Råd

Innehåll

Förord	3
Innehåll	5
Sammanfattning.....	7
Inledning.....	9
Syfte.....	9
Målgrupp	10
Del 1: Generellt om kvalitetsindikatorer	11
1.1 Kvalitet i vården	11
1.2 Vad är en kvalitetsindikator?	13
1.3 Syftet med kvalitetsindikatorer.....	14
1.4 Olika intressenters behov av kvalitetsindikatorer.....	14
1.5 Användning av kvalitets indikatorer.....	16
1.6 Olika typer av indikatorer.....	17
1.7 Kvalitetskrav på kvalitets indikatorer.....	21
1.8 Kriterier vid val av kvalitets- indikatorer	22
1.9 Olika modeller för att utveckla kvalitetsindikatorer.....	23
1.10 IT-struktur och kvalitets- indikatorer.....	23
1.11 Kvalitet och kostnader	25
Del 2: MPA/Q-modellen för utveckling av kvalitetsindikatorer	27
Referenser – del 1 och del 2	35
Bilaga 1: MPA/Q mall för beskrivning av kvalitetsindikatorer:.....	37
Bilaga 2: Exempel MPA/Q beskrivning av kvalitetsindikatorer	41
Bilaga 3: Vad gör andra inom området kvalitetsindikatorer?.....	47
Bilaga 4: Förteckning över rapporter från MPA.....	61

Sammanfattning

Vårdprogram och uppföljning hänger ihop. Ett vårdprogram med systematisk uppföljning av följsamheten till programmet och resultaten innebär att effekten av vårdprogrammet kan utvärderas, vilket i sin tur innebär att det finns förutsättningar för utveckling av programmet. Omvänt är data om kliniska resultat och hälsoeffekter svåra att värdera och dra slutsatser av om inte behandlingsmetoder är kända och standardiserade.

Därför skall alla regionala vårdprogram innehålla mått – kvalitetsindikatorer – avsedda att användas för uppföljning såväl på verksamhetsnivå som på patientgruppsnivå.

Kvalitet är ett relativt begrepp. Kvaliteten kan vara mer eller mindre god. Allmänt sett är vårdkvalitet ett uttryck för i vad mån vården är i överensstämmelse med uttalade eller underförstådda krav eller mål för vad som anses vara god vård. Kvalitet är den värdering man gör av ett uppmätt resultat. Därför är det viktigt att vårdprogrammen beskriver målen med hälso- och sjukvårdens olika insatser för den aktuella behovsgruppen.

Utan mål kan inte mått för att mäta måluppfyllelse tas fram. Och tvärtom: utan mått blir målen meningslösa.

Det yttersta syftet med kvalitetsindikatorer är att användningen av dem leder till kvalitetsförbättringar.

Denna rapport ger först en allmän bakgrund till begreppet kvalitetsindikator inklusive utformning och val av kvalitetsindikatorer (Del 1). Viktigt är att de indikatorer – mått – som väljs ger en så allsidig belysning av hälso- och sjukvårdens kvalitetsområden som möjligt samt att indikatorn – måttet – är användbar för någon av hälso- och sjukvårdens intressenter.

I rapportens Del 2 beskrivs processen för utveckling av kvalitetsindikatorer i MPA/Q. Av stor betydelse är att arbetet med utveckling av kvalitetsmått kommer in så tidigt som möjligt i processen vid framtagande av ett regionalt vårdprogram. Detta för att garantera att indikatorerna motsvarar rimliga kvalitetskrav och är väl förankrade bland samtliga intressenter.

Att utveckla och använda kvalitetsindikatorer är ett arbete som har stor aktualitet överallt i västvärldens hälso- och sjukvårdssystem och är ingen unik ansats för SLL och MPA/Q. En överblick av såväl nationella som internationella aktörer inom området ”kvalitetstindikatorer” ges i Bilaga 3.

Inledning

Det Medicinska Programarbetets syfte är att beskriva innehållet i och målet för den kunskapsbaserade, kostnadseffektiva och värdeskapande vården. Genom det Medicinska Programarbetet (MPA) definieras innebörden av god vård och riktas uppmärksamheten på förbättringsbehov i hälso- och sjukvården.

Kvalitetsutveckling (Q) – ett parallellt programarbete inom landstinget - syftar till att främja kvalitetsutvecklingen inom hälso- och sjukvården och har därmed ett nära samband med MPA. Samverkan mellan MPA och Q konkretiseras bl a genom utvecklingen av kvalitetsindikatorer i regionala vårdprogram.

För uppföljning av kvalitet och för stöd till utveckling av kvalitet skall MPA´s samtliga vårdprogram, i vissa fall även fokusrapporter, innehålla mätbara kvalitetsindikatorer (1). Dessa indikatorer skall så långt det är möjligt vara kvalitetssäkrade genom specificerade krav på indikatorernas egenskaper och genom en enhetlig process för framtagningen av mätbara indikatorer eller kvalitetsmått.

Syfte

Föreliggande rapport syftar till att beskriva arbetet med att utveckla kvalitetsindikatorer inom det Medicinska programarbetet. I rapporten beskrivs de krav som ställs på indikatorerna, processen för att utveckla dem och principerna för användningen av dem. Rapporten syftar dessutom till att beskriva vad en kvalitetsindikator är, olika typer av kvalitetsindikatorer samt hur kvalitetsindikatorer kan användas av olika intressenter.

Rapporten är avgränsad så till vida att den inte beskriver process för framtagande av och användning av kvalitetsindikatorer inom andra områden än det Medicinska Programarbetet. Vår förhoppning är dock att rapporten skall kunna fungera som stöd för utveckling av kvalitetsindikatorer inom områden där regionala vårdprogram ännu ej finns framtagna.

En annan avgränsning i rapporten är att sättet att bedriva förbättringsarbete genom att använda kvalitetsmått för processutveckling inte är beskrivet.

Målgrupp

Rapporten vänder sig i första hand till deltagare i det Medicinska programarbetets olika programråd.

Rapporten vänder sig även till alla andra som är intresserade av utveckling och användning av kvalitetsindikatorer i hälso- och sjukvården.

Arbetsgrupp och förankring

Rapporten är framtagen inom Medicinska programarbetets projektkansli och författare är Magna Andreen Sachs och Marie Lawrence.

Magna Andreen Sachs är chefläkare och enhetschef för Enheten för kvalitetsutveckling på Beställarkontor vård samt programråd för det Medicinska programarbetets programråd för kvalitetsutveckling. Andreen Sachs är mångårig medlem av Beslutsgruppen för nationella kvalitetsregister, medverkar i Socialstyrelsens projekt Informationsförsörjning och Verksamhetsutveckling som expert i dess Kunskapsnätverk med fokus på kvalitetsindikatorer, har tidigare medverkat i arbetet med Socialstyrelsens regeringsuppdrag rörande övergripande kvalitetsindikatorer. Magna Andreen Sachs anlitas även som expert för utveckling av kvalitetsindikatorer i Nationella riktlinjer och har ett brett internationellt kontaktnät i ämnet.

Marie Lawrence är projektkoordinator på Enheten för kvalitetsutveckling på Beställarkontor vård och programkoordinator för det Medicinska programarbetets programråd för kvalitetsutveckling. Lawrence har tidigare bl a under flera år varit projektledare för Socialstyrelsens arbete med nationella kvalitetsregister, varit delprojektledare i Socialstyrelsens regeringsuppdrag rörande övergripande kvalitetsindikatorer, varit projektledare för Socialstyrelsens Kunskapsnätverk med fokus på kvalitetsindikatorer samt varit sekreterare i Nordiska Ministerrådets arbetsgrupp för kvalitetsindikatorer.

Rapporten har förankrats i Programrådet för kvalitetsutveckling samt i Stockholms medicinska råd.

Del 1:

Generellt om kvalitetsindikatorer

1.1 Kvalitet i vården

Standardiseringskommissionen i Sverige (SIS) definierar kvalitet som ”alla sammanbundna egenskaper hos en produkt eller tjänst som ger dess förmåga att tillfredställa uttalade eller underförstådda behov” (2). Definitionen är allmängiltig och kan utan svårighet appliceras på hälso- och sjukvårdstjänsten. Kvalitet i hälso- och sjukvården handlar om på vilket sätt vården är värdeskapande för patient och närstående.

För att nyansera upplevelsen av värde kan man betrakta kvalitet och kvalitetsutveckling i hälso- och sjukvården utifrån följande sex kvalitetsområden: *kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård, säker vård, patientfokuserad vård, effektiv vård, jämlik vård och vård i rimlig tid* (3). Dessa kvalitetsområden – eller egenskaper – motsvarar och täcker väl Hälso- och sjukvårdslagens tolkning av begreppet god vård (§2 HSL). De kan sägas utgöra hälso- och sjukvårdens innersta kvalitetskaraktäristika. Sen hösten 2002 fungerar ovanstående sex kvalitetsområden som utgångspunkt för beställarens arbete med att stimulera, stötta och följa upp kvaliteten i hälso- och sjukvården.

De indikatorer – kvalitetsmått - för att mäta och följa upp hälso- och sjukvårdens kvalitetsutveckling som tas fram inom MPA/Q, syftar till att spegla i vad man målen inom dessa sex kvalitetsområden uppnås och/eller upprätthålls.

Hälso- och sjukvårdens kvalitetsområden

1. Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård

Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård innebär att vården skall bygga på evidensbaserad kunskap och formas för att möta den individuella patientens behov på bästa möjliga sätt och för att främja hälsoutvecklingen i befolkningen.

2. Säker vård

Säker vård innebär att skador i samband med vård undviks genom ett aktivt förebyggande arbete.

3. Patientfokuserad vård

En patientfokuserad vård innebär att vården ges med respekt och lyhördhet för individens specifika behov, önskemål och värderingar.

4. Effektiv vård

Med effektiv vård avses att vården utformas och ges i samverkan med övriga vårdaktörer så att onödig förbrukning av alla slags resurser undviks.

5. Jämlig vård

Jämlig vård innebär att vården tillhandahålls och fördelas på lika villkor för alla medborgare.

6. Vård i rimlig tid

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

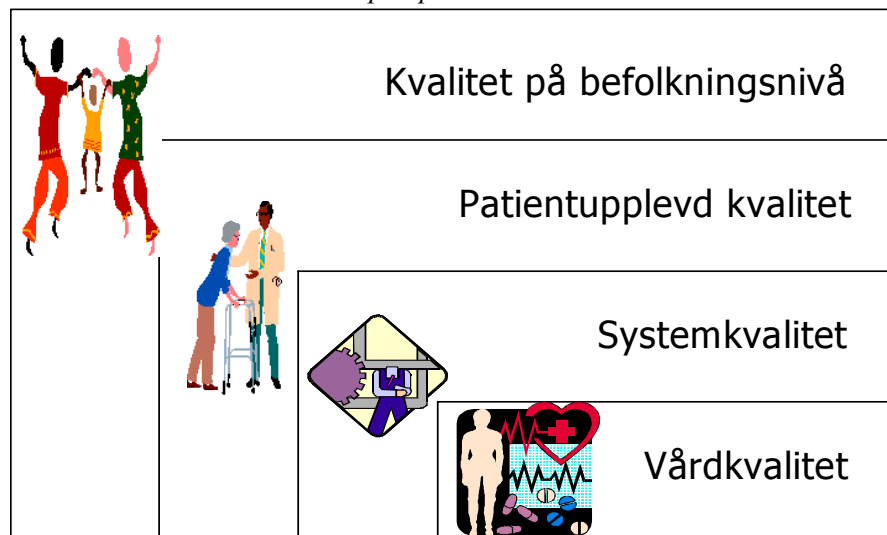
Kvalitetsutveckling ur ett beställarperspektiv

Kvalitetsutveckling ur ett beställarperspektiv (Bild 1) innebär att sätt upp mål på befolkningsnivå för hälsoutveckling och för ökningen av tilliten till hälso- och sjukvårdssystemet.

Viktig kritisk framgångsfaktor för att nå målen på befolkningsnivå ("kvalitet på befolkningsnivå") är att säkra en god kärnverksamhet som bygger på:

- Evidensbaserad kunskap och beprövad erfarenhet ("vårdkvalitet")
- Ett välfungerande hälso- och sjukvårdssystem, d v s ett system kännetecknat av säkerhet, effektivitet och vård i rimlig tid ("systemkvalitet")
- Jämlikhet och tydlig patientfokusering i bemötande och omhändertagande ("patientupplevd kvalitet").

Bild 1. Kvalitet ur ett beställarperspektiv



1.2 Vad är en kvalitetsindikator?

En indikator visar på kvaliteten i någon del av hälso- och sjukvården och är avsedd att användas i arbetet med att förbättra vården. Begreppen indikator och (kvalitets)mått används idag synonymt (4). I MPA/Q används följande definition för indikator respektive kvalitetsmått.

Kvalitetsindikator	Kvalitetsmått
Indikatorn avser att beskriva det fokuserade området. En indikator kan motsvaras av flera mått, se Bilaga 2. <i>Exempel:</i> Postoperativa sårinfektioner	Kvalitetsmättet är den mätbara uttolkningen av indikatorn <i>Exempel:</i> Andel patienter som postoperativt behandlats med intravenös antibiotika och/eller reopererats p g a postoperativ infektion).

1.3 Syftet med kvalitetsindikatorer

Kvalitetsindikatorer är avsedda för att mäta och följa upp vårdens kvalitet i syfte att synliggöra kvaliteten för olika intressenter inom hälso- och sjukvården. Det bakomliggande syftet med detta är att initiera kvalitetsförbättringar.

Förändringsarbete, som leder till kvalitetsförbättringar, kan initieras genom såväl extern styrning av hälso- och sjukvården som internt förbättringsarbete. Båda ansatserna behöver faktabaserat underlag, d v s mätning och uppföljning, för beslut och åtgärder och för bedömning av åtgärdernas effekt (5, 6). Den externa styrningen kan också komma att förstärkas genom patienters och närståendes medvetna val bland vårdgivare, som öppet redovisar sin kvalitet.

Kvalitetsindikatorer kan alltså användas för att belysa kvaliteten i vården av en enskild patient, en viss verksamhets kvalitet eller kvaliteten i en vårdkedja för en grupp av patienter.

1.4 Olika intressenters behov av kvalitetsindikatorer

En allsidig och nyanserad bild av kvaliteten i hälso- och sjukvården innebär dels att den speglar kvaliteten utifrån olika aspekter (de sex kvalitetsområdena), dels att den tillgodoser olika intressenters behov av information om hälso- och sjukvårdens kvalitet. Huvudintressenterna utgörs av befolkning/medborgare, patienter/närstående, ledningsansvariga för verksamheterna, anställda inom verksamheterna, sjukvårdshuvudmännen (politiska och administrativa ledningar) och staten.

Befolkning/medborgare: Vårdkonsumentens valfrihet förutsätter lättillgänglig, tillförlitlig, jämförbar och aktuell information om olika vårdenheters verksamhet, främst avseende bemötande, tillgänglighet och behandlingsresultat. Som samhällsmedlem och skattebetalare är det också önskvärt att få belyst vilken nytta hälso- och sjukvården åstadkommer i form av hälsoutveckling på befolkningsnivå och för patientgrupper.

Patienter/närstående: Samma behov som befolkningen/medborgarna men betydligt mer detaljerad om just den specifika sjukdom man har eller befinner sig i riskzonen för.

Ledningsansvariga för verksamheterna: Styrning och ledning förutsätter information om verksamhetens resultat och om följsamhet gentemot regionala och lokala vårdprogram. Användbara mått är de som speglar patientupplevelse och behandlingsresultat ur ett patientnytteperspektiv samt mått som speglar ”rätt vård på rätt sätt”. Med ledningsansvaret kommer också ett behov att följa upp processernas duglighet genom att avvikelser i vårdprocesserna och samverkan i vårdförlopp som går över organisationsgränser.

De anställda: Hälso- och sjukvårdens alla professionella grupper har ett behov att veta vad de åstadkommer i termer av patientnytta och tillfredsställelse. En sådan information – egenkontroll - bidrar till motivation och arbetsglädje och utgör förutsättningarna för en kontinuerlig verksamhetsutveckling med fokus på kvalitet (7). Dessutom behöver man kunna göra jämförelser – benchmarking - med andra liknande verksamheter för att få inspiration till förbättringsarbete.

Kvalitetsindikatorer kan också vara en hjälp för de anställda att kontinuerligt förvissa sig om att de processer de arbetar med är säkra och korrekta.

Sjukvårdshuvudmännen (politiska och administrativa ledningar): Uppdraget till landstingens/kommunernas och regionernas ledningar framgår av Hälso- och sjukvårdslagen. Där lyfts ansvaret för befolkningens hälsa och för en rättvis fördelning av sjukvårdens tjänster fram. Det innebär att mått som speglar livslängd, förekomst av sjuklighet i befolkningen är av intresse inklusive mått på befolkningens upplevelse av hälsorelaterad livskvalitet. För långsiktig planering och styrning av hälso- och sjukvården behövs information om effekter och utvecklingsmöjligheter.

För att garantera en rättvis fördelning av hälso- och sjukvård är öppna prioriteringar nödvändiga. Det förutsätter jämförbar uppföljning av olika vårdåtgärders nyttoeffekter.

Vidare är frågan om resurshushållning central för sjukvårdshuvudmännen. Information om vårdtjänsternas effektivitet och möjligheter att begränsa s.k. kvalitetsbristkostnader efterfrågas alltmer.

Staten: Utifrån statens övergripande ansvar för det svenska hälso- och sjukvårdssystemet behövs aggregerad information om hälsoutvecklingen i stort för befolkningen och för enskilda patientgrupper samt information om olika aspekter på vårdens servicekvalitet, säkerhet, rättvisa fördelning och kostnadseffektivitet.

1.5 Användning av kvalitetsindikatorer

Ovan har beskrivits olika intressenters behov av information om hälso- och sjukvårdens kvalitet och resultat. Uppföljning och redovisning av kvalitet måste genomföras så att dessa behov tillfredsställs. Det innebär att information måste kunna aggregeras på olika nivåer för att bli användbar för de olika intressenterna.

Det ställer krav på formerna för datainsamling och datakällors tillgänglighet.

Det ställer också krav på intressenterna att de verkligen använder tillgänglig information för de syften som avses, nämligen beslutsfattande och förbättringsarbete. Systematisk kunskap om hur kvalitetsinformation används för dessa syften och med vilken effekt saknas till stor del (6).

Det är relativt ovanligt att information om nationella kvalitetsregister används i verksamhetsredovisningar för att beskriva verksamhetens kvalitet och åskådliggöra resultatet av ett målmedvetet förbättringsarbete (8).

Kvalitetsindikatorerna är avsedda att användas av alla de olika intressenterna. Beroende på intressent är användningen mer eller mindre inriktad på:

- Lärande
- Kvalitetsförbättring
- Verksamhetsutveckling
- Redovisning/uppföljning på olika nivåer
- Styrning
- Underlag för avtal och ersättning
- Informerade val av vård och vårdgivare.

Användning av kvalitetsindikatorer i utveckling, styrning, uppföljning och förbättring av vården är beroende av bland annat följande faktorer:

- Intressenternas, d v s de presumtiva användarnas medverkan under utvecklingsprocessen av kvalitetsindikatorerna (ju snabbare intressenterna kommer med i utvecklingsprocessen ju mer förankrade är måtten när de är ”klara”).
- Att kvalitetsindikatorerna används i ett kontinuerligt förbättringsarbete på verksamhetsnivå (klinik/enhet).

- Att det finns lättillgängliga system/verktyg för kontinuerlig inrapportering av indikatorerna i rutin sjukvården (web-baserad strukturerad vårddokumentation exempelvis via Julius-mallar (se kapitel 1.10 IT-struktur och kvalitetsindikatorer), kvalitetsregister kopplade till elektronisk patientjournal.
- Att det finns lättillgängliga system/verktyg för kontinuerlig återrapportering/sammanställning av indikatorerna till olika intressenter.
- Att kompetens för analys/tolkning av indikatorerna finns tillgänglig.
- Att kvalitetsindikatorerna aktivt används i avtals- och uppföljningsarbetet och i dialogen mellan beställare och vårdgivare.

1.6 Olika typer av indikatorer

Av tradition brukar indikatorer struktureras enligt den så kallade Donabedianmodellen (9) i tre typer av mått:

- **Strukturmått** är mått som speglar förutsättningarna för god hälso- och sjukvård,
- **Processmått** är mått som speglar vad som faktiskt görs i vården, när, var och hur,
- **Resultatmått** är mått som speglar vårdresultat och hälsoeffekter.

Strukturmått

Strukturmått är mått som speglar förutsättningarna för att driva en god hälso- och sjukvård t. ex kompetens, bemanning, utrustning och dokumentation om utrustning och rutiner. Strukturmått beskriver organisationens resurser för att åstadkomma en god hälso- och sjukvård. De är därmed inte lika användbara som stöd för det patientfokuserade interna förbättringsarbetet.

Processmått

Processmått speglar vad som görs i en vårdprocess. Exempelvis screeningodlingar, riskbedömning för uppkomst av trycksår, tid från diagnos till åtgärd, insatt behandling, upprättad behandlingsplan, individuell överenskommelse, stöd till patientlärande.

Det finns mycket som talar för att processmått har fördelar framför resultatmått i flera avseenden (11, 12):

- de är lättare att mäta och ger mindre utrymme för oklarheter vad gäller definition (ex bedömning av funktionsnedsättning),
- de är lätta att tolka och behöver ej korrigeras för case-mix,
- de har högre sensitivitet än resultatmått, d v s nödvändigt antal mätningar för att med säkerhet upptäcka undermålig kvalitet är betydligt mindre än för resultatmått,
- de ger direkt anvisning om vad som behöver förbättras.

En förutsättning är att processmått baseras på evidensbaserad kunskap om vad som är optimal handläggning, d v s de måste bygga på nationella riktlinjer, SBU's kunskapsdokument och/eller regionala vårdprogram.

Processmått skall spegla i vad mån adekvata åtgärder vidtas, eventuellt också inom vilken tidsram. En faktor att väga in vid bedömning av "adekvat åtgärd vidtagen" är patienters följsamhet gentemot olika slag av ordinationer. Processmått kan också gälla icke-adekvata åtgärder. Som exempel på icke-adekvata åtgärder kan nämnas obefogade undersökningar, omotiverad screeningverksamhet och användning av icke rekommenderade läkemedel.

Evidensbaserad vård innebär att göra rätt sak på rätt sätt – därför är processmått bra indikatorer på evidensbaserad vård. De ger information om sådant som är direkt påverkbart av vårdgivarna själva.

Resultatmått

Resultatmått kan vara verkliga utfallsmått, såsom hälsorelaterad livskvalitet, mortalitet, överlevnad, funktionsförbättring, vårdrelaterad komplikation/skada, återfall i eller senkomplikation av sjukdom.

Resultatmått kan delas upp i långa/tröga respektive korta/snabba mått.

Långa/tröga resultatmått speglar vårdresultatet först efter lång tid (flera år) och har därmed begränsning i den direkta styrningen av den dagliga verksamheten inom hälso- och sjukvården. Exempel på sådana mått är 5-års överlevnad i bröstcancer, recidivfrekvens efter operation av ljumskbräck, frekvens njursvikt på grund av diabetes.

Korta/snabba resultatmått speglar utfallet i det korta perspektivet och lämpar sig väl för användning internt i verksamheten. Exempel på sådana mått är symtomlindring (smärta, illamående, andnöd, ångest, oro), funktionsförbättring (gångförmåga, personlig ADL, arbetskapacitet), komplikationer (vårdrelaterade infektioner, felaktig läkemedelsanvändning, förväxling), upplevd hälsa (hälsorelaterad livskvalitet) och nöjdhet med vården.

Beslut har tagits i Stockholms läns landsting att använda livskvalitets instrumentet EQ-5D för att följa upp hälsorelaterad livskvalitet på befolkningsnivå via folkhälsoenkäter. EQ-5D skall också, som ett kvalitetsmått, vara knutet till landstingets regionala vårdprogram. EQ-5D består av ett kortfattat frågeformulär och kan användas för att studera hälsoutvecklingen som mått på behandlingsresultat och för ekonomisk utvärdering (13).

En annan typ av korta/snabba resultatmått, är s k **surrogatmått/intermediära mått**. Exempel på sådana mått är olika typer av laboratorievärden eller fysiologiska parametrar såsom oxygenmättnad, HbA1c, blodtryck, vikt, peak expiratory flow (PEF), bilddiagnostisk framställning och Apgar score.

Problemet med surrogatmåten är att det inte alltid finns ett klart samband mellan värdet och patientens subjektiva upplevelse av sin hälsa. Det är heller inte säkert att en gynnsam utveckling av laboratorievärdet motsvaras av en gynnsam utveckling av hälsan (10). För att motivera att ett surrogatmått används som kvalitetsindikator måste evidensen, för att variabeln har betydelse för upplevelsen av hälsa eller hälsoutvecklingen på sikt, vara odiskutabel.

Det finns skäl att målmedvetet söka efter och utveckla korta och snabba resultatmått, som beskriver resultat ur ett patientupplevelseperspektiv, d v s patientnytta. Det är med sådana mått – tillsammans med de långa och tröga måten – som vi kan mäta och bedöma nyttan med hälso- och sjukvårdens insatser. Exempel på sådana mått är funktionsförmåga (t ex personlig ADL-förmåga 3 månader efter stroke), symtomlindring (t ex smärtlindring) och en allmän upplevelse av att må bättre (t ex hälsorelaterad livskvalitet).

Balanserade mått

Balanserade mått är flera mått som tillsammans speglar olika aspekter på vårdkvalitet. Kvalitetsförbättring inom hälso- och sjukvården kräver mätning och uppföljning inom samtliga sex kvalitetsområden samtidigt. Används endast mått som t ex speglar kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård eller vård i rimlig tid innebär det risk för en överdriven fokusering på dessa aspekter på vårdkvaliteten till förfång

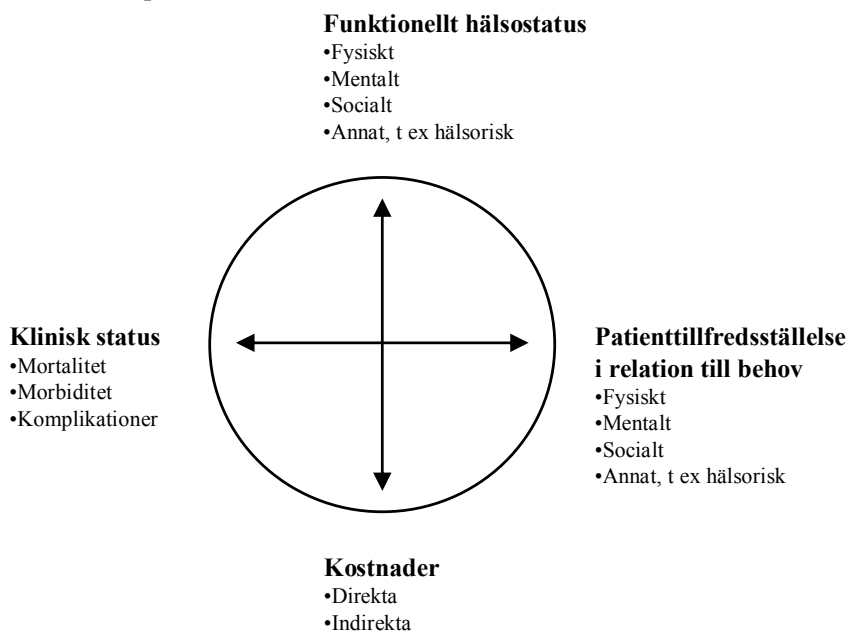
för t ex uppmärksamhet på säkerhet och kostnadseffektivitet. Det är därför viktigt att i utvecklingen av kvalitetsindikatorer säkra en bra *balans* mellan mått som speglar *kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård, säker vård, patientfokuserad vård, effektiv vård, jämlik vård och vård i rimlig tid*, d v s samtliga sex kvalitetsområden.

Som exempel kan nämnas att utfallet för indikatorn förlossningsskada hos modern (t ex perineal ruptur) måste balanseras med ett mått på verksamhetens kejsarsnittsfrekvens.

Av samma skäl är det också viktigt att mäta och följa upp flera processer samtidigt för att säkra en jämn och genomgående god kvalitetsutveckling i alla verksamhetens och/eller vårdkedjans delar. Exempelvis bör mätning och uppföljning av den akuta strokevården kompletteras med mätning och uppföljning av den primär- och sekundärpreventiva strokevården.

I kliniskt, processfokuserat förbättringsarbete används ofta den s k Värdekompassen (14) just för att säkra en god balans mellan olika aspekter på kvalitet (Bild 2)

Bild 2: Värdekompassen



De sex kvalitetsområdena kan ses som en vidareutveckling av Värdekompassens olika perspektiv/väderstreck.

Inom norr, öster och väster motsvaras väderstrecken av värdena kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård, säker vård, patientfokuserad vård, jämlik vård samt vård i rimlig tid.

Det södra väderstrecket – kostnad – motsvaras av kvalitetsområdet effektivitet, d v s effektiv resursanvändning.

Den ekonomiska ramen för hälso- och sjukvården är en avgörande balanserande faktor. Kvalitetsarbetets syfte är att skapa bästa möjliga hälso- och sjukvård – värde – för de till buds stående medlen (se kapitel 1.10 Kvalitet och kostnader).

Slutligen är det angeläget att olika kvalitetsindikatorer speglar/balanserar olika intressenters perspektiv på kvalitet i vården så att indikatorerna blir användbara för alla intressenters syften (se kapitel 1.4 Olika intressenters behov av kvalitetsindikatorer).

Specifika respektive generella mått

Med specifika mått avses sådana mått som är relaterade till en särskild diagnos/åtgärd eller sjukdomsgrupp, t ex 5-års överlevnad i bröstcancer eller medicinska aborter före 9:onde graviditetsveckan. Generella mått är sådana mått som gäller för all slags hälso- och sjukvård oavsett diagnos/åtgärd eller sjukdomsgrupp, t ex säker läkemedelsbehandling, vårdrelaterade infektioner, individuella vårdöverenskommelser, kontinuitet och hälsorelaterad livskvalitet. Båda typerna av mått behövs för jämförelse inom och mellan diagnos- och sjukdomsrelaterade verksamheter.

1.7 Kvalitetskrav på kvalitetsindikatorer

Vid utvecklingen av mått om kvalitet bör man ställa krav på sådana egenskaper hos måtten som gör att de blir trovärdiga och praktiskt användbara för dem som skall använda dem (4, 15, 16, 17). Måtten skall kännetecknas av:

- **Validitet:** Validiteten handlar om hur väl indikatorn verkligen mäter sjukvårdens kvalitet. En indikator som är valid bygger på evidensbaserad kunskap om vad som utmärker god vård för en viss grupp av patienter. I avsaknad av evidens kan en indikator också anses valid om det råder professionell konsensus om att indikatorn speglar god vård. Validiteten hos en indikator hänger också samman med i vad mån måttet verkligen återspeglar

det som indikatorn sägs mäta och om uppföljning av indikatorn leder till förbättringar i vården.

- **Mätbarhet:** Indikatorn måste vara beskriven så att den kan mätas på ett reliabelt sätt. Termer och begrepp som ingår i måttet måste vara tydligt definierade liksom population och tidsintervall så att tveksamhet inte kan uppstå om vad som skall mätas och när och hur. Utvecklingen bör gå emot ett tillförlitligt system för att fånga den aktuella informationen som utgör grunddata i kvalitetsmålet (se kapitel 1.10 IT-struktur och kvalitetsindikatorer).
- **Möjlighet att påverka:** Indikatorn skall mäta något som är påverkbart med hälso- och sjukvårdens insatser. Skälet till detta är att indikatorn skall kunna användas som underlag för förbättringsarbete i hälso- och sjukvården.
- **Tolkningsbarhet/entydighet:** Indikatorn måste diskriminera mellan vad som är acceptabel kvalitet och vad som är icke-acceptabel kvalitet. Indikatorn bör besitta både sensitivitet, d v s kunna fånga betydelsefulla skillnader, och specificitet, d v s skilja mellan god och dålig kvalitet. För att möjliggöra jämförelser mellan vårdgivare måste indikatorn kunna standardiseras beträffande bakgrundsfaktorer såsom ålder, kön, annan sjuklighet (case-mix) och andra bakgrundsfaktorer (confounding factors) som påverkar mätningen.

1.8 Kriterier vid val av kvalitetsindikatorer

Vid utveckling kvalitetsindikatorer är det viktigt att ta ställning till inom vilka områden och av vilka skäl det finns behov att mäta och synliggöra kvaliteten i hälso- och sjukvården (4, 18). En eller flera av intressentgrupperna måste efterfråga och använda indikatorer för sina syften. Bedömningskriterierna kan vara att:

- Det är en stor sjukdomsgrupp och/eller området har betydelse för hälsan i befolkningen.
- Det finns ett gap mellan effektiv, evidensbaserad vård och faktisk vård,
- Det finns skillnader i metodval och/eller resultat.
- Mätningen av indikatorn är användbar för någon/några av intressenternas syften (se kapitel 1.4 Olika intressenters behov av kvalitetsindikatorer).
- En princip bör också vara att använda så få mått som möjligt, d v s sådana som verkligen belyser nyckelprestationer.

1.9 Olika modeller för att utveckla kvalitetsindikatorer

Systematisk utveckling av kvalitetsindikatorer kan antingen göras direkt från ett evidensbaserat underlag eller i olika former av konsensusförfarande. Den senare formen är mer allmänt förekommande och utgår från ”vetenskap och beprövad erfarenhet” samt insikten om att även vid förekomst av dokumenterad, vetenskaplig evidens finns betydande gråzoner vad gäller tolkning och samförstånd.

Bland använda konsensusmetoder märks framför allt Delphi metoden och RAND-UCLA Appropriate Method – en modifierad Delphi-metod – vilka har vetenskapligt utvärderats i flera studier (17, 18, 19). Delphi-metoden innebär en strukturerad, interaktiv, men anonym, kommunikation (via formulär som skickas per post) mellan geografiskt spridda deltagare i urvalsprocessen. Deltagarna representerar olika intressenter i frågan om kvalitetsuppföljning och –redovisning. RAND-UCLA-metoden och andra modifikationer bygger mer på interaktion genom möten i och mellan grupper av intressenter, vilket ger möjligheter till diskussion och argumentering för och emot val av indikatorer. Nationella indikatorprojektet i Danmark (NIP) utgör ett exempel på denna metod (se Bilaga 3).

En tredje modell för utveckling av kvalitetsindikatorer – en kombination av de båda tidigare – utgår från framtagna riktlinjer och eller vårdprogram (guidelines) och genomförs i någon form av konsensusförfarande. Det engelska hälso- och sjukvårdssystemet (NHS) genom National Institute of Clinical Excellence (NICE) använder sig av denna modell liksom också det holländska hälso- och sjukvårdssystemet. Varje publicerad nationell s k guideline innehåller en uppsättning kvalitetsindikatorer avsedda för uppföljning och utvärdering.

1.10 IT-struktur och kvalitetsindikatorer

En förutsättning för användningen av kvalitetsindikatorer inom hälso- och sjukvården är att det finns effektiva och lättanvända IT-strukturer för registrering, inrapportering, återkoppling av kvalitetsdata. Visionen är att individbaserad kvalitetsdata skall registreras vid källan (t ex vid mötet mellan patient och läkare eller sjuksköterska). Det ska sedan gå att följa såväl hela vårdprocesser som olika verksamheters insatser i vårdprocessen för uppföljning, utveckling och styrning.

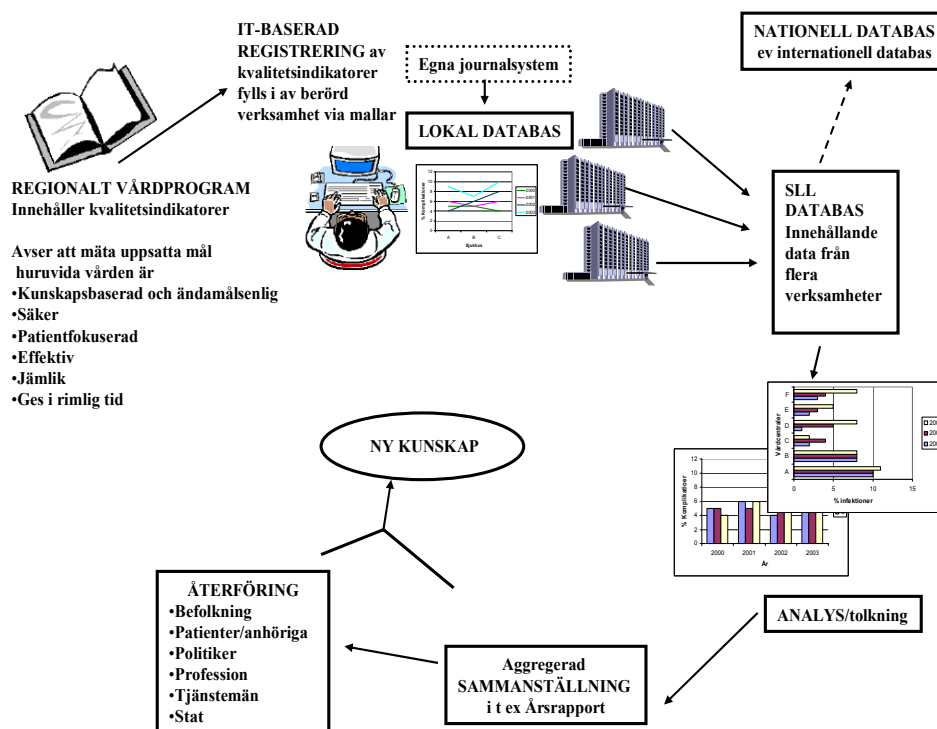
Dagens IT-system stödjer endast begränsat inrapportering och uppföljning av kvalitet i allmänhet krävs parallella system vilka ofta är baserade på handskriven pappersöverföring. I vissa elektroniska patientjournaler finns möjlighet att lägga in ”obligatorisk” information. Parallellt finns lokala, regionala och nationella register för kvalitetsdata. Dagens systematik kräver ofta kostsam och tidskrävande administration. Överföring av data i papper kräver flera steg i processen och ofta är flera inblandade, vilket hotar kvaliteten på data.

SLL har under de sista åren utvecklat en ny strategi för elektronisk datahantering. Strategin utgår från att alla nödvändiga data kring varje patient lagras i en gemensam vårddokumentation (GVD). GVD skall sedan födas med data från olika under-system, såsom elektroniska recept, labratoriesvar, röntgensvar- och bilder, samt obligatorisk information kring varje vårdkontakt.

Sedan ett par år pågår ett diagnosmall projekt, JULIUS, som är ett utvecklingsprojekt vars övergripande syften är att i samverkan mellan SLL och KI (Karolinska Institutet) förbättra dokumentation och informationshantering av viktiga kliniska parametrar direkt i vårdens vardag, samt att generera uppgifter till särskilda forsknings- och kvalitetsdatabaser. Målet är att utveckla och i begränsad omfattning införa ett informationssystem för vård och forskning som:

- Stödjer det dagliga arbetet i vården genom att presentera elektroniska vårdprotokoll i samband med vårdkontakter (diagnoskontaktrelaterade) och samtidigt visa tidigare registrerad information som kan vara till nytta vid det aktuella tillfället.
- På ett strukturerat sätt stödjer användning av vårdmallar/vårdprotokoll och gränsöverbryggande vårddokumentation som ska ge SLL och KI underlag för uppföljning av den utförda vården och som underlag för forskning och överföring till olika nationella register.
- Förenklar dokumentationsarbetet i vården.
- Förbättrar kvaliteten på viktiga data för stöd i den kliniska beslutsprocessen.
- Skapar möjligheter till samverkan mellan olika vårdgivare så att vården i högre grad uppfattas som en helhet ur patientens synpunkt.
- Stödjer utbildning av vårdpersonal.

Bild 3: Vision om IT-baserad användning av kvalitetsindikatorer



1.11 Kvalitet och kostnader

Begreppet kvalitet innefattar definitionsmässigt inte kostnader men likaväl finns ett klart samband mellan kvalitet och kostnad (se kapitel 1.1 om Kvalitet i vården) Hälsa- och sjukvårdsbudgeten utgör en begränsande faktor för vad systemet kan erbjuda, vilket ställer krav på ett effektivt utnyttjande av tillgängliga resurser så att bästa möjliga ”värde för pengarna” skapas.

Kvalitetshöjande åtgärder ägnade att öka hälsan, minska riskerna för sjukdom samt öka säkerheten i vården är ofta förenade med kostnader. Hälsoekonomiska analyser behövs för att tydliggöra kostnadseffektivitet och nyttovinster med dylika insatser (21).

Å andra sidan leder dålig kvalitet genom överkonsumtion av onödiga insatser, underanvändning av evidensbaserade och ändamålsenliga metoder samt undermåliga rutiner till ökade kostnader. Detta slags kostnader, kvalitetsbristkostnader, har beräknats att ligga på nivån runt 50 % i det amerikanska hälso- och sjukvårdssystemet (22). Ett målmedvetet kvalitetsarbete leder därför till frigörande av resurser som kan användas för att tillgodose ytterligare behov av hälso- och sjukvård (23).

Man måste också väga in att själva arbetet med att systematiskt följa upp och förbättra kvaliteten är förknippat med kostnader. Det gör sig inte av sig själv. Det kräver tid, kompetens och en stödjande infrastruktur. I besparingstider är det inte ovanligt att dessa poster tas bort från budgeten med påföljd att det långsiktiga arbetet med kvalitetsutveckling uteblir till förmån för kortsiktiga kostnadsnedskärningar.

En ytterligare aspekt att ta i beaktande är att strukturerat förbättringsarbete på verksamhetsnivå kan leda till förbättrad arbetsmiljö för berörd vårdpersonal såväl som förbättrat samarbete med vårdgrannar (7) vilket främjar en effektiv vård.

Av de skäl som ovan nämnts är det angeläget att ta in kostnaderna i allt utvecklingsarbete (24). I exempelvis Värdekompassen (14) ingår kostnader som en dimension i styrningen av processförbättringar (se kapitel 1.6 Olika typer av indikatorer).

Ett stort behov finns att utveckla såväl specifika som generella indikatorer, som beskriver effektiv resursanvändning, processduglighet och på sikt även kostnad per patient.

Del 2:

MPA/Q-modellen för utveckling av kvalitetsindikatorer

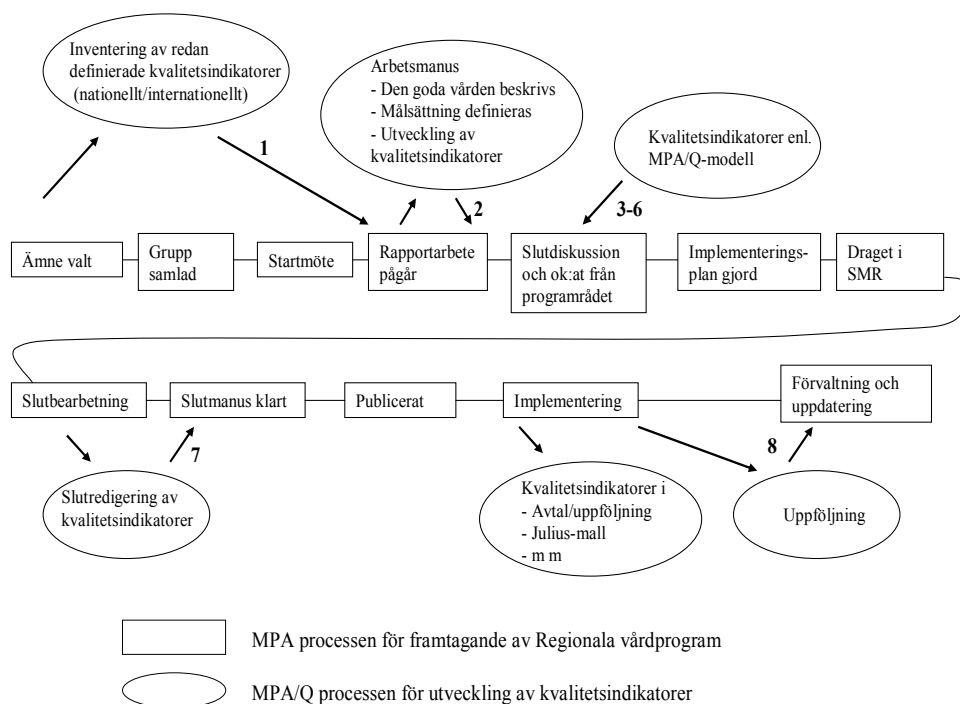
MPA/Q-modellen är en konsensusmodell grundad på evidens. Den har stora likheter med den modell som används i det engelska och det holländska hälso- och sjukvårdssystemet. Basen är det Medicinska Programarbetets regionala vårdprogram som i sin tur bygger på evidensbaserad kunskap.

Konsensusförfarandet sker inom det aktuella programrådet, den aktuella programgruppen och de olika nätverk som programgruppen etablerat i förankringssyfte vid framtagandet av vårdprogrammet de permanenta nätverk som specialsakkunniga (SPESAK/VÅRDSAK) normalt använder för förankring och gemensam kunskapsuppbyggnad är också viktiga arenor för konsensuskapande beträffande kvalitetsindikatorer (1).

Konsensusförfarandet för utveckling av kvalitetsindikatorer sker alltså parallellt med det övriga konsensusförfarandet vid framtagning av regionalt vårdprogram, vilket ytterligare understryker att *vårdprogram och kvalitetsindikatorer hänger ihop*.

Viktigt är att MPAs vårdprogram innehåller tydlig beskrivning av *målet med vård och behandling* för den aktuella sjukdomsgruppen. Vad syftar vård och behandling av den specifika patientgruppen till? På vilket sätt stöder de i vårdprogrammet rekommenderade åtgärderna måluppfyllelsen? Det är dessa målformuleringar som utgör basen för utvecklingen av indikatorförslagen och som säkrar indikatorernas validitet. Om indikatorerna saknar validitet kommer de inte att kännas meningsfulla att följa upp och inte heller användas för utveckling och förbättring. Det bör alltså vara ett tydligt samband mellan mål och kvalitetsindikatorer.

Bild 4. MPA/Q-processen för utveckling av kvalitetsindikatorer



Processen för utveckling av kvalitetsindikatorer leds av *koordinatören för kvalitetsutvecklingsarbetet* på Beställarkontor Vård vars uppgift bl a är att koordinera utvecklingen av indikatorer för kvalitetsuppföljning.

Koordinatören bidrar med (siffrorna hänvisar till bilden ovan):

1. Sammanställer indikatorer utifrån vad andra aktörer tagit fram och använder för det aktuella området (se Bilaga 3).
2. Tar fram förslag till indikatorer utifrån det evidensbaserade underlaget till vårdprogrammet.
3. Bedömning av i vad mån föreslagna indikatorer möter uppställda krav på kvalitetsindikatorer (se kapitel 1.7 Kvalitetskrav på kvalitetsindikatorer).
4. Bedömning av i vad mån de föreslagna indikatorerna belyser olika kvalitetsområden så att en balanserad bild av vårdens kvalitet kan erhållas (se kapitel 1.6 Olika typer av indikatorer).

5. Bedömning av i vad mån de föreslagna indikatorerna tillfredsställer alla olika intressenters behov av information om vårdens kvalitet (se kapitel 1.4 Olika intressenters behov av kvalitetsindikatorer).
6. Utveckling av de föreslagna och i konsensusprocessen utvalda indikatorerna till definierade och mätbara mått i enlighet med matrisen för detta (se Bilaga 1).
7. Sammanställning av framtagna indikatorer i vårdprogrammet.
8. Stöd för användning av kvalitetsindikatorer i beställarprocessen.

Ansvarig *programkoordinator* för respektive programråd utgör en viktig länk mellan koordinatör för kvalitetsindikatorutveckling och aktuellt programråd respektive programgrupp när det gäller att säkerställa att processen löper enligt modellen och parallellt med det övriga arbetet med framtagandet av vårdprogrammet.

Kvalitetssäkringen av MPA/Q-modellen för utveckling av kvalitetsindikatorer sker genom:

- beaktande av evidensbaserad grund
- beaktande av andra aktörers val av kvalitetsindikatorer
- konsensusförfarande med olika intressenter
- tydliggörande av för vem och för vad måttet har nytta.

I den färdiga kvalitetsindikatorförteckningen (matrisen, se bilaga 1), som utgör en del av det färdiga vårdprogrammet, ingår ofta fler mått än vad vårdgivarna har förmåga att börja mäta med en gång. I det fall där vårdprogrammet innehåller många kvalitetsindikatorer skall framgå vilket/vilka (upp till tre) kvalitetsindikatorer som är absolut viktigast att börja använda.

De kvalitetsmått som har lyfts fram som de viktigaste använder beställaren i vårdavtal och kvalitetsuppföljning av vårdgivare. Övriga mått får ses som önskvärd utveckling för kommande år och ger därmed vårdgivaren möjlighet att börja utveckla rutiner för kommande krav på redovisning.

Dessutom är flera av måtten sådana att de fr a är ägnade att säkra en god vårdprocess och därmed i första hand utgör vårdgivarens interna instrument för verksamhetsutveckling. Kvalitetsindikatorerna i vårdprogrammen skall ses som en hjälp för verksamheterna att välja bra mått för sin egenkontroll och verksamhetsutveckling.

Med den beskrivna modellen för utveckling av indikatorer inom det Medicinska programarbetets programråd och programgrupper följer att indikatorerna blir *specifika* för den sjukdomsgrupp som vårdprogrammet/fokusrapporten belyser. Emellertid finns det ett behov av *generella* indikatorer som gäller för all vård (se kapitel 1.6 Olika typer av indikatorer). För utveckling av generella indikatorer och mått ansvarar Programrådet för Kvalitetsutveckling.

Framtagandet av kvalitetsindikatorer inom respektive vårdprogramområde bör, liksom vårdprogramutvecklingen i övrigt (1), göras i så nära samverkan med berörda intressenter som möjligt. Det garanterar att kvalitetsindikatorerna, som tas fram är accepterade av berörda intressenter.

Kvalitetsindikatorer är på samma sätt som vårdprogrammen en färskvara som kontinuerligt omprövas i takt med de lärdomar som användningen ger. Det perfekta måttet finns inte. Det finns bara mått som fungerar mer eller mindre bra för sitt syfte. Å andra sidan är en viss kontinuitet i mätandet nödvändigt för att erhålla jämförbar information över tid och rutin i datainsamlandet.

Beskrivning av indikatorer enligt MPA/Q-modellen

Under utvecklingsprocessen av indikatorerna värderas förslagen utifrån ovan beskrivna kvalitetskrav (se kapitel 1.7 Kvalitetskrav på kvalitetsindikatorerna). Man tar också ställning till typen av indikator och vilket kvalitetsområde indikatorn speglar. En bra spridning mellan de olika kvalitetsområdena är önskvärd. Dessutom beskrivs indikatorn enligt en särskild mall (bilaga 1) under rubrikerna *mått, kvalitetsområde, definition, mätmetod, datakälla, form för redovisning, målnivå, intressent*. För exempel på ifylld mall se Bilaga 2 som innehåller kvalitetsindikatorer för vård och behandling av patienter med reumatoid artrit samt abortsökande.

Mått

En indikator uttrycks sällan i mätbara termer. Man säger t ex att Vård på strokeenhet eller Råd om rökstopp eller Smärtlindring eller Förbättrad hälsorelaterad livskvalitet är indikatorer på god kvalitet i vården. För att göra indikatorn mätbar måste den specificeras i ett eller flera mått.

En vanlig typ av mått är andelsmått, d v s mått med täljare och nämnare (t ex andel vårdade på strokeenhet (täljare) av alla patienter med fastställd strokediagnos som inkommit levande till sjukhuset (nämnare)). En annan typ av mått är medeltalsmåtten, t ex väntetid i genomsnitt.

Under rubriken mått framgår om indikatorn är ett struktur-, process- eller resultatmått.

Kvalitetsområde

Här anges till vilket/vilka kvalitetsområden måttet fokuserar på. D v s speglar måttet hälso- och sjukvården utifrån huruvida den är kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, patientfokuserad, effektiv, jämlik och/eller att den ges i rimlig tid. (se kapitel 1.1 Kvalitet i vården).

Definition

De begrepp som ingår i måttet måste noggrant definieras så att inte tveksamhet uppstår om vad som skall mätas: Vad är en strokeenhet? Finns det någon tidsfaktor när vården senast skall vara etablerad? Och hur länge den skall pågå? Vad är ”råd om rökstopp”? Hur skall smärta mätas, d v s med vilket instrument? Vad är ”hälso-relaterad livskvalitet”? Instrumentet för att mäta detta?

När det gäller andelsmått måste populationen – nämnaren – likaledes noga definieras: Vilka ingår i observations-/studiegruppen? Vilket urval skall mätningen avse? Diagnoskriterier? Beträffande medeltalsmått måste mätmetoden definieras och för tidsmått måste tidpunkten från vilken mätning sker respektive tidpunkten till vilken mätning upphör noggrant specificeras.

Allt för ofta har insamlande av data visat sig vara obrukbart för lärande och förbättringsarbete därför att olika verksamheter och t o m individer inom en och samma verksamhet har mätt på olika sätt. Man har inte varit överens om hur måttet har definierats. Det finns alltså skäl att lägga ned både tid och eftertanke för att uppnå en så specifik definition av måttet som möjligt.

Mätmetod

Hur skall datainsamlingen göras? Genom enkäter? Punktprevalensstudier? Retrospektiv journalgenomgång? Sedvanlig vårddataregistrering? Inmatning till lokalt, regionalt eller nationellt kvalitetsregister? Via Julius-mall (web-baserad, strukturerad vårddokumentation) eller på annat sätt? Av vem skall detta göras?

Datakälla

Var skall data hämtas? Ur patientjournaler eller annan lokal datakälla inom verksamheten? Finns en kvalitetsdatabas där data om kvalitet lagras?

En gemensam kvalitetsdatabas saknas ännu i Stockholms läns landsting, varför nyttjandet av befintliga databaser som nationella och regionala kvalitetsregister framstår som mycket angelägen.

2002 genomfördes inventering av vilka kvalitetsregister som nyttjas i Stockholms läns landsting. Totalt inrapporterades över 100 olika register varav hälften motsvaras av de nationella kvalitetsregistren och de nationella hälsodataregistren och resten av regionala register. Ett fåtal är internationella.

Exempel på källor för uppföljning av hälso- och sjukvårdens kvalitet och resultat:

- Landstingslokala sjukvårdsregister (VAL-databasen, GVR, CVR, ARV m fl).
- Socialstyrelsens hälsodataregister (Patientregistret, Dödsorsaksregistret, Cancerregistret m fl) och RiksDataBasen med Lex Maria-ärenden.
- Nationella kvalitetsregister.
- Regionala och /eller lokala kvalitetsregister (ex regionala cancerregister).
- Landstingsförbundets ”Väntetider i vården”, Sjukvårdsdata i fokus.
- Enkäter (Vårdbarometern, lokala patientenkäter m fl).
- Patientnämndens sammanställningar.
- Statistik från Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag (LÖF).

En sammanställning av tillgängliga datakällor finns på Databasguiden som nås via kvalitetsutvecklingsarbetets hemsida (www.hsn.sll.se/kvalitetsutveckling). Där finns även länkar till flertalet av databaserna.

Felkällor

Vid analys och tolkning av ett siffermässigt utfall måste hänsyn tas till olika faktorer av betydelse så att inte felaktiga och ovederhäftiga slutsatser dras (20). I synnerhet gäller detta om jämförelser mellan vårdgivare skall göras.

När det gäller fr a resultatmått måste hänsyn tas till case-mix . För att kunna göra rättvisande jämförelser mellan olika vårdgivare och grupper av vårdgivare måste materialen standardiseras för ålder, kön och co-morbiditet. Någon form av riskjustering för sjukdomsgrad måste sannolikt också göras. Andra confounding factors (bakgrundsfaktorer) som påverkar utfallen men som inte hälso- och sjukvården rör över måste också vägas in i analysen exempel på sådant kan vara tillgång till social service och andra samhällsrelaterade faktorer.

Vid all mätning – oavsett om det rör sig om resultatmått eller processmått - måste hänsyn tas till den naturliga *variationen* så att risken för felaktiga slutsatser p g a slumpmässig variation minimeras.

Slutligen måste risken för dålig datakvalitet beaktas. Om inmatning av data endast görs sporadiskt och utan beaktande av rätt diagnos, överenskomna definitioner och med felaktiga värden så går det inte att dra några slutsatser alls av sifferutfallet – annat än att kvaliteten i datainsamlingen måste förbättras. Strukturerad vårddokumentation med hjälp av exempelvis Juliusmallar (web-baserad strukturerad vårddokumentation) är ett sätt att komma till rätta med detta problem.

Vid jämförelser måste ställningstagande till vad som är statistiska skillnader respektive kliniskt relevanta skillnader också göras.

Tolkning och analys av data kräver kompetens såväl inom epidemiologi och statistik som inom hälso- och sjukvårdssystemet och inom medicinen. Därför skall all tolkning och analys göras av den medicinska professionen själv med stöd av statistiker/epidemiolog. Data måste ses i sitt sammanhang.

Form för redovisning

Hur kvalitetsdata bör redovisas för att informationsvärdet skall bli det största varierar förstås med målgrupp och syfte. Rent generellt kan sägas att mätdata över tid presenterade i så kallade tidsseriediagram i allmänhet är det mest begripliga, dvs tillgängliga, sättet att presentera data på. Lösryckta värden för den senaste mätperioden presenterade i en tabell är svåra att tolka.

I ett tidsseriediagram kan målnivåer läggas in, vilket ger en uppfattning om förbättringspotentialen. Styrgränser kan också läggas in, vilket ger en god uppfattning om stabiliteten i utfallen över tid. Diagrammet kan också kompletteras med noteringar om genomförda förbättringsåtgärder som i sin tur kan relateras till förändringar i utfallet.

Olika former för öppen redovisning på Internet prövas internationellt och är något som vi i samarbete mellan vårdgivare och beställare står i begrepp att utveckla former för inom landstinget. Ett första steg på den vägen är utvecklingen av en "Måttmarknad", se via kvalitetsutvecklingsarbetets hemsida (www.hsn.sll.se/kvalitetsutveckling).

Ett flertal länder arbetar med att göra information om vårdens resultat mer tillgänglig för hälso- och sjukvårdens intressenter. Exempelvis pågår sedan ett par år ett nationellt pilotprojekt i Danmark med syfte att öppet redovisa information bl a om

kvalitet och resultat och i Storbritannien redovisas sedan några år tillbaka information om vårdens kvalitet och resultat per sjukhus/verksamhet tillgängligt på Internet (se Bilaga 3).

Målnivå

Om det finns nationella eller regionala målnivåer angivna för ett visst kvalitetsmått bör det framgå i beskrivningen av måttet. När sådana uttalade mål-nivåer – standards – saknas får de fortlöpande mätningarna och uppföljningen av måttet visa var ”best practice” befinner sig och lokala liksom nationella mål-nivåer sätts med ledning av därav. Jämförelser – benchmarking – bör ske inte enbart inom landstinget utan med hela landet, även internationellt. All strävan att förbättra vården bör ta sikte på bästa uppnåbara resultat.

Intressent

En allsidig och nyanserad bild av kvaliteten i hälso- och sjukvården innebär dels att den speglar kvaliteten utifrån olika aspekter (de sex kvalitetsområdena) och i olika delar av vården dels att den tillgodoser olikas intressenters behov av information om hälso- och sjukvårdens kvalitet. Huvudintressenterna utgörs av befolkningen/medborgarna, patienter/anhöriga ledningsansvariga för verksamheterna, anställda inom verksamheterna, sjukvårdshuvudmännen (politiska och administrativa ledningar) och staten (se kapitel 1.4 Olika intressenters behov av kvalitetsindikatorer).

Referenser – del 1 och del 2

1. Medicinskt Program Arbete – Samverkan kring vårdens utveckling – Arbetssätt och Rapportstruktur. Medicinskt Programarbete. Stockholms läns landsting. 2003. ISBN 91-85209-00-7
2. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Kvalitetssystem i hälso- och sjukvården. SOSFS 1996:24. Socialstyrelsen. 1996.
3. Crossing the Quality Chasm. A New Health System for the 21st Century. Institute of Medicine. Washington, D.C., USA. 2001.
4. Mc Glynn EA. Selecting common measures of quality and system performance. *Medical Care* 2003;41(suppl):I-39-I-47.
5. Andreen Sachs M, Svensson C, Synnerman J-E, Olsson J: Traditionellt förbättringsarbete räcker inte! Patientfokus kräver modern, lärandestyrd utveckling. *Läkartidningen* 2000;97:3380-83
6. Berwick DM, James B, Coye MJ. Connections between Quality measurement and improvement. *Medical Care* 2003;41(suppl):I-30-I-38.
7. Darj, E. Kortare kö och bättre arbetsmiljö! Organisationsförändring vid kvinnoklinik gav lön för mödan – mindre stress, bra samarbete med primärvården och nöjda patienter. *Läkartidningen*. 2003;37:2847-2851.
8. Lawrence M, Garpenby P. Kvalitetsregister bra verktyg för kliniker men av oklar nytta för beställare. *Läkartidningen*. 2003;9:715-8.
9. Donabedian A. Evaluating the quality of care. *Milbank Memorial Fund Quarterly* 1966;44:166-206.
10. Furberg B. Surrogatmått - en ersättning för det man egentligen vill mäta. *Läkartidningen* 2002;99:1672-5.
11. Crombie IK, Davies HTO. Beyond health outcomes: the advantages of measuring process. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 1998;4:31-8.
12. McGlynn EA, Asch SM, Adams J, Keesey J, Hicks J, DeCristofaro A, Kerr EA. The quality of health care delivered to adults in the United States. *NEJM* 2003;348:2635-45.
13. Praktisk användning av livskvalitetsinstrumentet EQ-5D. Erfarenheter av pilotstudie under 2002 i Stockholms läns landsting. Rapport från EQ-5D-

- nätverket i Stockholms läns landsting. Stockholms läns landsting. Beställarkontor vård. 2003.
14. Iwarson S. Patientfokuserad verksamhetsutveckling – nya grepp i sjukvården. 1999. Säve förlag. ISBN 91-972689-3-3.
 15. Övergripande kvalitetsindikatorer inom hälso- och sjukvården. Socialstyrelsens förslag. Socialstyrelsen. 2002.
 16. Andreen Sachs M, Theodorsson E. Övergripande kvalitetsindikatorer framtagna för hälso- och sjukvården. Läkartidningen. 2002;8:797-803.
 17. Campbell SM, Braspenning J, Hutchinson A, Marshall M. Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. *Qual Saf Health Care* 2002;11:358-64.
 18. Geraedts M, Selbmann H-K, Ollenschlaeger G. Critical appraisal of clinical performance measures in Germany. *International Journal for Quality in Health Care* 2003;15:79-85.
 19. Marshall MN, Shekelle PG, McGlynn EA, Campbell S, Brook RH, Roland MO. Can health care quality indicators be transferred between countries? *Qual Saf Health Care* 2003;12:8-12.
 20. Powell AE, Davies HTO, Thomson RG. Using routine comparative data to assess the quality of health care: understanding and avoiding common pitfalls. *Qual Saf Health Care* 2003;12:122-128.
 21. Nationella Riktlinjer Hjärtsjukvård - Remissutgåva. Socialstyrelsen. 2003.
 22. Reducing the costs of poor-quality health care through responsible purchasing leadership. Midwest Business Group on Health. 2002. www.mbg.org.
 23. Thompson DI, Sirio C, Holt P. Performance improvement in health care organizations. The strategic use of outcome information. *J Qual Improvement* 2000;26:576-86.
 24. Leatherman S, Berwick D, Iles D, Lewin LS, Davidoff F, Nolan T, Bisognano M. The Business case for Quality: case studies and an analysis. *Health Affairs* 2003;22:17-30.

Bilaga 1:

MPA/Q mall för beskrivning av kvalitetsindikatorer

Kvalitetsindikator för _____

Indikator: _____

Kvalitetsområde:

- Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård
- Säker vård
- Patientfokuserad vård
- Effektiv vård
- Jämlig vård
- Vård i rimlig tid

Typ av indikator:

- Struktur Process Resultat

Mått	Definition	Mätmetod	Datakälla	Felkälla	Form för redovisning	Målnivå	Intressent

Bilaga 2: Exempel: MPA/Q beskrivning av kvalitetsindikatorer

Indikator: Omhändertagande av misstänkt/nydiagnostiserad Reumatoid artrit

Källa: Regionalt vårdprogram för reumatoid artrit, Medicinskt programarbete

Strukturmått	Kvalitetsområde	Definition	Mätmetod	Datakälla	Felkällor	Form för redovisning	Målnivå	(Intressenter)
Enheten har rutin för omhändertagande av misstänkt / nydiagnostiserad RA	Kunskapsbaserad Patientfokuserad Effektiv Vård i rimlig tid	Bedömning av reumatolog snarast efter diagnosmisstanke	Verksamhetsplanens beskrivning av hur detta organiseras, och vilka patienter som ska erbjudas denna vård	Verksamhetsplan	Ofullständig verksamhetsplan	Ja / nej Verksamhetsplan	Ja	Patient Vårdpersonal Verksamhetschef Producenter Beställare

Utveckling och användning av kvalitetsindikatorer i Medicinskt Program Arbete

Processmätt	Kvalitetsområde	Definition	Mätmetod	Datakälla	Felkällor	Form för redovisning	Målnivå	(Intressenter)
Väntetid till specialist för patienter med misstänkt eller nydebuterad reumatoid artrit	Kunskapsbaserad Patientfokuserad Effektiv Vård i rimlig tid	Väntetid från ankomstdatum på remissen till nybesöket	En ansvarig på varje mottagning rapporterar i lokalt register	Lokala register	Underrapportering	Median och maximal tid/kvartal i tidsdiagram	75% <4 veckor 0% >8 veckor	Patient Vårdpersonal Verksamhetschef Producenter Beställare
Sjukdomsduration för patient med nydiagnostiserad reumatoid artrit	Kunskapsbaserad Patientfokuserad Effektiv Vård i rimlig tid	Sjukdomsduration, dvs antal månader mellan debut av de första karaktäristiska RA-symtomen och första besöket på mottagningen, hos alla patienter med nydiagnostiserad RA	En ansvarig på varje mottagning rapporterar till RA-registret	RA-registret	Underrapportering	Andel <3 månader i % och <6 månader i % / kvartal i tidsdiagram	20% < 3mån 80% <6 mån	Patient Vårdpersonal Verksamhetschef Producenter Beställare
Andel patienter med nydiagnostiserad RA som behandlas med DMARD	Kunskapsbaserad Patientfokuserad Effektiv Vård i rimlig tid	Patienter som behandlas med DMARD vid 3-månaderskontrollen/ antal patienter med RA vid denna kontroll	En ansvarig på varje mottagning rapporterar till RA-registret	RA-registret	Underrapportering	Andel i % / kvartal i tidsdiagram	80%	Patient Vårdpersonal Verksamhetschef Producenter Beställare

Utveckling och användning av kvalitetsindikatorer i Medicinskt Program Arbete

Resultatmätt	Kvalitetsområde	Definition	Mätmetod	Datakälla	Felkällor	Form för redovisning	Målnivå	(Intressenter)
Sjukdomsaktivitet 6 och 12 månader efter första besöket hos specialist	Kunskapsbaserad Patientfokuserad Effektiv Vård i rimlig tid	Disease Activity Score (DAS 28) vid 6 och 12 månader efter första besöket	En ansvarig på varje mottagning rapporterar till RA-registret	RA-registret	Under-rapportering	Median och andel patienter i olika aktivitetsnivåer / kvartal i tidsdiagram		Patient Vårdpersonal Verksamhetschef Producenter Beställare
ADL-funktion 6 och 12 månader efter första besöket hos specialist	Kunskapsbaserad Patientfokuserad Effektiv Vård i rimlig tid	HAQ vid 6 och 12 månader efter första besöket	En ansvarig på varje mottagning rapporterar till RA-registret	RA-registret	Under-rapportering	Median / kvartal i tidsdiagram		

Indikator: Behandling av Reumatoid artrit med biologiska läkemedel

Källa: Regionalt vårdprogram för reumatoid artrit, Medicinskt programarbete

Strukturmått	Kvalitetsområde	Definition	Mätmetod	Datakälla	Felkällor	Form för redovisning	Målnivå	(Intressenter)
Enheten kan ge behandling med biologiska läkemedel	Kunskapsbaserad Patientfokuserad Effektiv Vård i rimlig tid	Patienter ska kunna erbjudas biologiska läkemedel	Verksamhetsplanens beskrivning av hur detta organiseras, och vilka patienter som ska erbjudas denna vård	Verksamhetsplan	Ofullständig verksamhetsplan	Ja / nej Verksamhetsplan	Ja	Patient Vårdpersonal Verksamhetschef Producenter Beställare

Processmått	Kvalitetsområde	Definition	Mätmetod	Datakälla	Felkällor	Form för redovisning	Målnivå	(Intressenter)
Antal patienter behandlade med biologiskt läkemedel	Kunskapsbaserad Patientfokuserad Effektiv Vård i rimlig tid	Antal patienter med nyinsatt biologiskt läkemedel, och med pågående behandling	En ansvarig på varje mottagning rapporterar till RA-registret	RA-registret	Under-rapportering	Antal / månad i tidsdiagram i förhållande till enhetens totala RA population	—	Patient Vårdpersonal Verksamhetschef Producenter Beställare

Utveckling och användning av kvalitetsindikatorer i Medicinskt Program Arbete

Resultatmätt	Kvalitetsområde	Definition	Mätmetod	Datakälla	Felkällor	Form för redovisning	Målnivå	(Intressenter)
Sjukdomsaktivitet efter 6 och 12 månaders behandling med biologiska läkemedel	Kunskapsbaserad Patientfokuserad Effektiv Vård i rimlig tid	Disease Activity Score (DAS 28) vid 6 och 12 månader efter insättande	En ansvarig på varje mottagning rapporterar till RA-registret	RA-registret	Under-rapportering	Median och andel patienter i olika aktivitetsnivåer / kvartal i tidsdiagram		Patient Vårdpersonal Verksamhetschef Producenter Beställare
ADL-funktion efter 6 och 12 månaders behandling med biologiska läkemedel	Kunskapsbaserad Patientfokuserad Effektiv Vård i rimlig tid	HAQ vid 6 och 12 månader efter insättande	En ansvarig på varje mottagning rapporterar till RA-registret	RA-registret	Under-rapportering	Median / kvartal i tidsdiagram		

Indikator: Använd abortmetod

Källa: Regionalt vårdprogram för abort, Medicinskt programarbete

Processmätt	Kvalitetsområde	Definition	Mätmetod	Datakälla	Felkällor	Form för redovisning	Målnivå	(Intressenter)
Andel medicinska aborter i för graviditet kortare än 9 veckor	Kunskapsbaserad och Effektiv vård	Antal medicinska aborter för graviditet kortare än 9 veckor totala antalet patienter som genomgått abort		Journal, SoS EpC		Redovisas dels i % och dels i antal	50%	Patient Vårdpersonal Verksamhetschef Producent Beställare

Indikator: Komplikationer vid abort

Källa: Regionalt vårdprogram för abort, Medicinskt programarbete

Processmått	Kvalitetsområde	Definition	Mätmetod	Datakälla	Felkällor	Form för redovisning	Målnivå	(Intressenter)
Andel patienter med medicinsk komplikationer pga abort	Säker vård	Antal patienter med medicinsk komplikationer pga abort / totala antalet patienter som genomgått abort	Prospektiv studie	Protokoll	Bortfall	Redovisas dels i % och dels i antal, uppdelat per typ av abort		Patient Vårdpersonal Verksamhetschef Producent Beställare
Andel patienter som fått postoperativ-infektion till följd av abort	Säker vård	Antal patienter som fått postoperativ-infektion till följd av abort / totala antalet patienter som genomgått abort	Prospektiv studie	Protokoll	Bortfall	Redovisas dels i % och dels i antal		Patient Vårdpersonal Verksamhetschef Producent Beställare
Andel livmoderperforationer vid kirurgisk abort	Säker vård	Antal livmoderperforationer vid kirurgisk abort / totala antalet patienter som genomgått abort	Prospektiv studie	Protokoll	Bortfall	Redovisas dels i % och dels i antal		Patient Vårdpersonal Verksamhetschef Producent Beställare

Bilaga 3:

Vad gör andra inom området kvalitetsindikatorer?

Vid utarbetande av kvalitetsindikatorer inom Stockholms läns landstings medicinska programarbete (MPA) är det av stor vikt att följa vad andra aktörer inom området kvalitetsindikatorer gör. Dels för att ta del av arbetsätt och metoder vid framtagandet av indikatorer och dels för att om möjligt anpassa MPAs indikatorer till nationella respektive internationella indikatorer vilket i sin tur möjliggör jämförelser på olika nivåer.

De aktörer som i första hand beaktas är de nationella. Viss hänsyn tas också till internationellt indikatorarbete, till exempel det som sker inom ramen för nordiskt indikatorarbete, OECD, EU samt WHO. Projektkansliet avser att i möjligaste mån även inhämta kunskap och idéer från andra internationella aktörer.

Nedan listas större nationella aktörer inom området kvalitetsindikatorer, gemensamma internationella initiativ samt en rad internationella aktörer. Listan avser att vara så komplett som möjligt utifrån nationella och gemensamma internationella initiativ. Däremot bör listan utifrån enskilda internationella aktörer ses som ett axplock bland de länder som kommit längst inom området.

Nationellt

Socialstyrelsen

Övergripande kvalitetsindikatorer

I Sverige har Socialstyrelsen på regeringens uppdrag undersökt möjligheter att utveckla övergripande kvalitetsindikatorer för hälso- och sjukvården bland annat med utgångspunkt från de medicinska kvalitetsregistren. Resultatet av arbetet redovisades årsskiftet 2000/01 i en slutrapport (1) som innehöll förslag till ett sextio-tal sådana övergripande indikatorer.

Följande fyra aspekter på hälso- och sjukvården stod i fokus; vårdkvalitet (främst i bemärkelsen medicinsk kvalitet), tillgänglighet, patientens upplevelse och god hälsa för hela befolkningen. Bland områden som valdes ut var strokesjukvård, diabetesvård, kranskärllsjukvård, vård vid reumatoid artrit, psykiatrisk vård, cancer-sjukvård, hälso- och sjukvård för barn och ungdomar, mödrahälsovård, förlossningsvård och gynekologi samt demensvård.

I rapporten lyftes följande kriterier för val av kvalitetsindikatorer fram:

1. **Relevans.** Kvalitetsindikatorerna bör fokusera på vård med tillräckligt stor volym (stora patientgrupper, resurskrävande områden) och/eller iakttagna praxis- och kvalitetskillnader.
2. **Validitet.** I bearbetning och tolkning av indikatorutfall måste hänsyn tas till i vilken utsträckning indikatorn verkligen mäter vårdens kvalitet respektive speglar skillnader i patientsammansättning och organisation. Process- och strukturmått bör vara evidensbaserade.
3. **Mätbarhet.** Indikatorerna måste vara formulerade så att de går att mäta rent praktiskt samt vara tydliga och entydigt definierade.
4. **Möjlighet att påverka.** En kvalitetsindikator bör mäta något som går att påverka med hälso- och sjukvårdens insatser. Som exempel kan trycksår i princip elimineras med rätt vård. Ökad genomsnittlig livslängd kan där- emot endast till en mindre del förklaras av sjukvårdens insatser.
5. **Tolkningsbarhet.** Indikatorerna bör definieras så att resultaten av mätningarna kan tolkas på ett otvetydigt sätt.

Dessa kriterier har och kommer att vara vägledande i kommande kvalitetsindikatorarbete inom såväl Socialstyrelsen (Socialstyrelsens riktlinjer, Nationella handlingsplanen för informationsförsörjning och verksamhetsuppföljning) som nordiska indikatorgruppens fortsatta arbete.

Utredningen visade att några av områdena var relativt väl täckta, och här återfanns flera olika tänkbara kvalitetsindikatorer. Å andra sidan fanns det också stora och viktiga områden där lämpliga databaser och register som innehåller kvalitetsindikatorer i stort sett saknas. De viktigaste exemplen är psykiatri, primärvård och barn-sjukvård. De flesta registren, såväl kvalitetsregister som andra register, fokuserar på relativt tekniska data, medan uppgifter som rör omvårdnad och patientupplevelse än så länge är ovanliga.

I rapporten anges att ökad uppmärksamhet bör ägnas åt:

- kvalitetsindikatorer för långsiktig uppföljning, rehabilitering och omvårdnad, patientupplevd nytta och patienttillfredsställelse, livskvalitet

- patientens funktions- och aktivitetsnivå
- att ta fram indikatorer och bygga upp uppföljningssystem för områden som psykiatri, geriatrik, kommunala verksamheter, primärvård och som speglar hela vårdkedjan.

Mer information se Internet:

<http://www.sos.se>

Socialstyrelsens riktlinjer

I Socialstyrelsens arbete med Nationella riktlinjer för vård och behandling av stora och betydelsefulla patientgrupper ingår att föreslå indikatorer för uppföljning av vårdens kvalitet.

I de nationella riktlinjerna är tanken att föreslå såväl indikatorer som passar bäst för lokalt kvalitetsarbete som indikatorer som kan användas för att spegla vårdens kvalitet på ett mer övergripande plan, i t ex nationella uppföljningar. Av de indikatorer som föreslås bör framgå vilken/vilka som är viktigast på lokal/regional respektive nationell nivå.

De indikatorer som föreslås skall kunna användas för uppföljning av genomslaget av de rekommendationer som förs fram i riktlinjerna.

Nationella handlingsplanen

Socialstyrelsen har enligt regleringsbrevet för år 2001 fått i uppdrag att, i samverkan med Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet, förstärka sitt stöd till huvudmännen och svara för samordning av arbetet med att förbättra informationsförsörjningen och verksamhetsuppföljningen inom hälso- och sjukvården.

Målet för projektet (2) är att skapa förutsättningar för att verksamhetsredovisningar inom fyra utvalda områden – Ont i ryggen, Psykisk ohälsa – schizofreni, Äldre med stora omvårdnadsbehov och Stroke - börjar användas 2004.

Inom projektet har skapats ett kunskapsnätverk med fokus på kvalitetsindikatorer. Kunskapsnätverket syftar till att ge de fyra delprojekten (stroke, äldre med stora insatsbehov, psykisk ohälsa, ont i ryggen) sakkunnigt stöd i sina utvecklingsinsatser avseende kvalitetsindikatorer. Arbetet kommer att bedrivas så generellt som möjligt så att även andra verksamhetsområden kan ta fram kvalitetsindikatorer utifrån samma modell.

Mer information se Internet:

<http://www.sos.se/hs/storproj/inf.htm>

Nationella kvalitetsregister

I Sverige finns i dagsläget ett 50-tal nationella kvalitetsregister (3) som är, eller utvecklas för att bli, rikstäckande. Samtliga av dessa register har av Beslutsgruppen för nationella kvalitetsregister (bestående av representanter från Socialstyrelsen, Landstingsförbundet och Svenska Läkaresällskapet) genomgått en systematisk granskningsprocess och därefter beviljats centralt ekonomiskt stöd för nationellt arbete.

Ett av de viktigaste syftena med kvalitetsregistren är att genom kvalitetsutveckling medverka till att utjämna de skillnader som finns i svensk hälso- och sjukvård vad gäller utbud, tillgänglighet, kliniska resultat och långsiktig patientnytta. Tack vare kvalitetsregistren blir det möjligt för enskilda kliniker att följa upp sina resultat över tid (egenkontroll) och att jämföra sig (benchmarking) med andra liknande verksamheter.

De kvalitetsindikatorer som registreras i kvalitetsregistren har processats inom professionen och konsensus har nåtts om att de är väsentliga för att kunna följa vårdens innehåll och resultat. I några fall har även patienter påverkat variabelinnehållet.

Mer information se Internet:

<http://www.sos.se/mars/kvaflik/kvaflik.htm>

Medicinska kvalitetsrådet

Medicinska Kvalitetsrådet bildades hösten 1991 på uppdrag av Nationella samrådsgruppen för kvalitet och säkerhet i hälso- och sjukvården. MKR är ett gemensamt organ för Svenska Läkaresällskapet och Sveriges läkarförbund med syfte att samordna arbetet inom Sällskapets sektioner och förbundets specialitetsföreningar avseende kvalitetsutveckling i hälso- och sjukvården. Rådet skall ta initiativ till utarbetande av kvalitetsindikatorer, och sprida nationella och internationella erfarenheter av kvalitetsarbete.

Under hösten 2002 utkom MKR med nya och reviderade medicinska kvalitetsindikatorer (4) (första publikationen utkom 1993). MKR föreslår en eller flera kvalitetsindikatorer inom ca 80 olika medicinska områden.

Mer information se Internet:

<http://www.ronden.se/svls/mkr/>

Svensk sjuksköterskeförening

Svensk sjuksköterskeförening arbetar bl a i Sjuksköterskornas kvalitetsråd med att konkretisera den långsiktiga strategi för kvalitetsarbete inom sjuksköterskans yrkesområde. Bland annat sker inom ramen för rådet metod- och annan kunskapsutveckling samt tvärprofessionellt samarbete i kvalitetsfrågor, nationellt och internationellt. Kvalitetsrådet bildades 1997 och är ett rådgivande organ till styrelse, kansli och övriga organ inom SSF. Rapporten Kvalitetsindikatorer inom omvårdnad (reviderad upplaga) (5) utkom hösten 2000. I rapporten presenteras hur resultaten av sjuksköterskors forskning kan användas för att organisera och följa upp vårdens kvalitet. Författarna visar hur indikatorer för omvårdnad kan tas fram utifrån vetenskapliga undersökningar. Förslag till kvalitetsindikatorer ges för en rad omvårdnadsområden ex trycksår och fallskador.

Mer information se Internet:

<http://www.swenurse.se/>

Nyckeltalssamverkan - Nysam

Nyckeltalssamverkan (Nysam) bedrivs sedan 1994 och har till syfte att utveckla och årligen framställa gemensamma, accepterade och kvalitetssäkrade nyckeltal för jämförelser inom hälso- och sjukvården. Antalet samverkande landsting/regioner har successivt ökat. Nysam leds av en gemensam styrgrupp med representanter för samtliga deltagande landsting/regioner. Även Socialstyrelsen och Landstingsförbundet är representerade. Konsultföretaget Helseplan medverkar som operatör i arbetet.

Nysam rapporterar inom följande delområden; 1) befolkningens hälsa, 2) befolkningens konsumtion av vård, 3) aktiviteter, resurser, produktivitet, medicinsk praxis och kvalitet inom primärvård, somatisk sjukhusvård, psykiatri, medicinsk service samt 4) landstingens kostnader för hälso- och sjukvård.

Mer information se Internet:

<http://www.helseplan.se/indexnysam.html>

Internationellt

Nordisk indikatorgrupp

Under Danmarks ordförandeskap i Nordiska ministerrådet 2000 tog Danmark initiativ till att inom hälso- och sjukvårdsområdet prioritera kvalitetsutveckling och kvalitetsuppföljning. Syftet var att etablera ett forum för erfarenhetsutbyte samt samarbete inom området kvalitet i hälso- och sjukvården. För ändamålet skapades Nordiska ministerrådets arbetsgrupp rörande kvalitet i hälso- och sjukvården (6). Denna arbetsgrupp valde att fokusera på två områden där det ena var kvalitetsindikatorer. Inom ramen för detta arbete har föreslagits ett antal kvalitetsindikatorer inom ett antal stora patientgrupper. Den nordiska arbetsgruppens arbete avrapporterades vid årsskiftet 2002/03. Arbetet drivs fr o m 2003 vidare åtminstone delvis inom ramen för OECDs indikatorprojekt.

Övergripande målsättningar för gruppens arbete har varit att;

- gemensamma indikatorer skall möjliggöra benchmarking mellan länderna med avseende på vårdens kvalitet och resultat, inklusive jämförelser av tidstrender i kvalitetsutvecklingen
- ett nordiskt nätverk ger möjlighet till lärande av varandra när det gäller strategier för kvalitetsuppföljning och bidrar därigenom till fortsatt utveckling av nationella kvalitetssystem.

Commonwealth Fund

The Commonwealth Fund's internationella arbetsgrupp för kvalitetsindikatorer bildades 1999. Arbetsgruppen startades med syfte att utveckla gemensamma kvalitetsindikatorer för jämförelse mellan länder. Eftersom nationella indikatorer av typen medellivslängd och spädbarnsdödlighet till stor del påverkas av andra faktorer i samhället än hälso- och sjukvården försöker arbetsgruppen rekommendera indikatorer som ger insikt i hur en nations hälso- och sjukvårdssystem presterar i relation till andra länder hälso- och sjukvårdssystem och därmed kunna få en uppfattning om olika system genererar olika kvalitet. I början av 2002 presenterades en preliminär indikatorlista. I arbetet har Australien, Canada, Nya Zeeland, Storbritannien och USA deltagit, dessutom har representanter från OECD och WHO deltagit. Arbetet kommer fr o m 2003 att drivas vidare åtminstone delvis inom ramen för OECDs indikatorprojekt.

OECDs indikatorgrupp

OECD har under 2002 startat ett kvalitetsindikatorprojekt . I projektet deltar en majoritet av OECDs medlemsländer (Sverige deltar). Projektet syftar till att ta fram kvalitetsindikatorer för internationella jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet som en del av OECD's Performance Assessment Framework. Projektet avser att välja ut sådana övergripande kvalitetsindikatorer som finns tillgängliga (idag eller inom en snar framtid) på nationell nivå i en majoritet av OECD-länderna. Kvalitetsindikatorerna bedöms enligt systematiska kriterier. Övergripande syfte är att åstadkomma ett balanserat indikatorset, som på ett rimligt sätt speglar vårdens kvalitet.

EU

Inom EU pågår samarbete i hälso- och sjukvårdsfrågor. En av strategierna är att skapa ett enhetligt informationssystem – EC's Health Monitoring Program - med gemensamma indikatorer för att kunna jämföra hälsoeffekter och – utveckling i olika hälso- och sjukvårdssystem inom unionen. Ett projekt –ECHIP – har initierats för att ta samla kvalitetsindikatorer som redan används i medlemsländerna.

WHO

WHO samlar in en mängd hälso- och sjukvårdsstatistik i olika databaser. Exempel på en sådan databas är ”European health for all database”. Denna databas innehåller data för ca 600 hälso- och sjukvårdsindikatorer (demografi, socioekonomi, livsstil, miljöfaktorer, mortalitet, morbiditet, invaliditet, sjukhusvård, hälso- och sjukvårdsresurser, utnyttjande samt kostnader).

Danmark

Det Nationale Indikatorprojekt

Projektet syftar till att mäta kvaliteten i den vård sjukhusen ger till grupper av patienter med någon av följande diagnoser (lungcancer, schizofreni, hjärt- och kärlsjukdom, höftfraktur, stroke, akut kirurgi för mag-tarm blödning). Målet är att skapa kunskap bland patienter, närstående, läkare, sjuksköterskor samt alla andra hälso- och sjukvårdsintressenter om huruvida utfallet av hälso- och sjukvårdens åtgärder uppfyller uppsatta mål/standards i den utsträckning som kan förväntas av en välfungerande hälso- och sjukvård.

Mer information se Internet:

<http://www.nip.dk>

Kvalitetsdeklaration

I Danmark pågår sedan ett par år ett pilotprojekt lett från Sundhetstyrelsen med syfte att utveckla en modell för kvalitetsdeklaration för hälso- och sjukvården. Åtta kliniker på åtta olika sjukhus deltar i försöket med kvalitetsdeklaration. Tanken är att kvalitetsdeklarationen skall vara ett användbart redskap utifrån flera aspekter bl a i det kontinuerliga förbättringsarbetet, som information till patienterna, möjlighet att jämföra sig med liknande verksamheter etc. Kopplat till arbetet finns en brukarpanel på ca 150 personer med skiftande bakgrund som löpande utvärderar projektet. Kvalitetsdeklarationen innehåller ett antal fasta rubriker bl a fakta om kliniken, antal utförda behandlingar kopplat till resultat, avvikelser, patientklagomål, samarbete.

Mer information se Internet:

<http://www.kvalitetsdeklaration.dk>.

Norge

I 2003 års styrdokument för Helsedepartementet framgår att det i regi av Sosial- og helsedirektoratet skall etableras ett nationellt system för registrering og redovisning av nationella kvalitetsindikatorer.

Målsättningen är att under 2003 införa registrering av nationella indikatorer inom följande områden:

1. Patienttilfredsställelse avseende patienternas syn på standard, personal, organisation och information.
2. Väntetider avseende operation vid höftfraktur.
3. Tidpunkt då epikris sänds till ansvarig vårdgivare sedan patienten blivit utskriven från sjukhus.
4. Korridorliggande patienter
5. Sjukhusinfektioner
6. Tvångsinskrivningar i psykiatri

Avsikten är att antalet indikatorer ökar under 2004.

Fortlöpande kommer arbetet med indikatorer att utvärderas och diskussion föras om i vilken grad indikatorerna skall användas för styrning av hälso- och sjukvården (7, 8).

Storbritannien

National Health Service (NHS) har under senare år intensivt arbetat med att ta fram olika typer av mått som speglar hälso- och sjukvårdens kvalitet (NHS Performance indicators and ratings). Indikatorer publiceras tillgängligt för alla intressenter på internet på olika nivåer (nationellt, regionalt, lokalt, sjukhus/vårdcentral (GP)). Exempelvis redovisas indikatorer för Health Authorities (hälso- och sjukvårdsområden) inom följande områden:

- Förbättring av hälso- läget (9 indikatorer)
- Tillgänglighet (7 indikatorer)
- Effektiv och ändamålsenlig vård (10 indikatorer)
- Effektivitet (5 indikatorer)
- Patient/anhörigtillfredsställelse (5 indikatorer)
- Sjukvårdsinsatsens resultat (15 indikatorer)

Förutom publicering av indikatorer publicerar NHS också rangorningar mellan sjukhus, specialister, ambulansverksamheter, psykiatriska verksamheter (primärvård är under utveckling). År 2002 rangordnades över 300 verksamheter (8).

Rangordningen skiljer från publiceringen av indikatorer på två sätt.

1. Information från flera källor och i flera dimensioner vägs samman till ett resultat i en skala innehållande fyra steg (0, 1, 2 resp 3 stjärnor). De källor som används är information om de indikatorer som följs upp, resultat vad gäller av regeringen särskilt uppsatta mål och slutligen resultat från medicinska revisioner.
2. Rangordningen används för att ge positiva och negativa signaler till ledningen

Mer information se Internet:

http://www.doh.gov.uk/performance_ratings/index.htm samt

<http://www.chi.nhs.uk/ratings/>

Australien

I Australien har man arbetat med kvalitetsindikatorer under många år både på delstatsnivå och nationell nivå. På nationell nivå publiceras sen några år tillbaka årligen rapporter innehållande kvalitetsindikatorer. Ansvarig för dessa rapporter är National Health Performance Committee (8). Den nationella kommittén har som mål att den nationella indikatoruppsättningen skall användas av samtliga delsta-

ter. Resultaten redovisas per delstat och inte uppdelat per sjukhus. Totalt ingår ett 40-tal indikatorer. Delstaterna har dock inget tvingande krav på sig att rapportera utfall enligt den nationella indikatoruppsättningen.

I den nationella rapporteringen finns tre olika nivåer:

- Health status and outcomes.
- Determinants of health.
- Health system performance.

På varje nivå har man formulerat ett antal dimensioner, som skall speglas av de valda indikatorerna. Några exempel från nivå tre ges här. Indikatorerna skall ange om vårdgivarna och sjukvården är *effective* och *efficient* (når det önskade resultatet, och gör det till låg resursinsats), *appropriate* (sjukvårdsinsatsen är relevant för patientens medicinska behov och följer etablerade standarder), *responsive* (patientmedverkan, speglar respekt för patienten), *accessible* (tillgänglig för alla, oavsett kulturell eller social position och även geografisk hemvist), *safe* (patientsäkerhet) samt *continuous* (har bland annat med samarbete mellan vårdgivare att göra). Totalt uppgår indikatorerna idag drygt 40, och de flesta är relaterade till nivå tre.

Mer information se Internet:

<http://www.aihw.gov.au/knowledgebase/kbnhpcidfw.html>

The Australian Council on Health Care Standard (ACHS)

The Australian Council on Health Care Standard (ACHS) startade 1989 på uppdrag av den australiensiska regeringen Performance and Outcomes Service (POS). ACHS är ett ackrediteringsorgan som i samarbete med den medicinska professionen har utvecklat specialitetsvisa indikatorområden innehållande runt 200 kvalitetsindikatorer.

Mer information se Internet:

<http://www.qualityindicators.ahrq.gov>

Delstaterna arbetar dessutom med egna modeller för uppföljning och kvalitetsutveckling. För exempel se

- Kvalitetsindikatorer i Victoria, se Internet
<http://www.health.vic.gov.au/vqc/index.htm>
- Kvalitetsindikatorer i New South Wales, se Internet
<http://www.mhcs.health.nsw.gov.au/quality/quality/qoci/>

USA

Den amerikanska hälso- och sjukvården var bland de första som offentligt började publicera kvalitetsresultat hos enskilda vårdgivare. I slutet av 1980-talet publicerade den federala myndigheten med ansvar för programmen Medicare och Medicaid data om dödligheten på olika sjukhus. I delstaten New York gick man ännu längre, när man i början av 1990-talet publicerade data om dödligheten bland patienterna hos enskilda kirurger (8).

I USA finns ett stort antal organisationer som löpande registrerar, använder och utvecklar kvalitetsindikatorer. I det följande ges endast några exempel som på intet sätt gör anspråk på att vara det ”bästa”. För den som vill ta del av fler exempel publicerade Socialstyrelsen hösten 2003 rapporten Verksamhetsuppföljning i hälso- och sjukvården genom performance indicators -exempel från andra länder (se Internet, www.sos.se/fulltext/123/2003-123-25/2003-123-25.htm) (8).

Joint Commission on Accreditation of Healthcare organisations (JCAHO)

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) är en nationell ackrediteringsorganisation (8). JCAHO ackrediterar runt 17 000 hälso- och sjukvårdsorganisationer, och är därmed en av de stora nationella aktörerna på området. Man ackrediterar även kvalitetsmätningssystem, som utöver själva indikatorerna även består av tjänsten att samla in, analysera och återrapportera data. Detta ger JCAHO en starkt standardiserande roll.

1997 började man integrera kvalitetsmätning och -rapportering i ackrediteringsprocessen. Sedan 2002 har JCAHO definierat och byggt in rapportering om ett antal grundläggande kvalitetsindikatorer för sjukhus i underlaget för ackreditering. Indikatorerna är gemensamma för alla sjukhus och avser bl a sjukdomsgrupperna hjärtinfarkt, hjärtsvikt, lunginflammation och förlossningsvård.

Mer information se Internet:

<http://www.jcaho.org>

The Maryland Quality Indicator Project

The Maryland Quality Indicator Project startade 1985. Indikatorerna är generella, ex sårinfektion, mortalitet i förhållande till antalet inlagda, barnadödlighet etc.

Projektet hämtar data från över 1000 sjukhus varav de flesta är amerikanska, men även utländska sjukhus deltar. Sjukhusen rapporterar kvartalsvis och får tillbaks data jämfört med liknande sjukhus. Sjukhusen betalar för att delta i projektet.

Mer information se Internet:

<http://www.qiproject.org/Index.asp>

Centers for Medicare och Medicaid Services (CMS)

Centers for Medicare och Medicaid Services (CMS) (8) i USA (största sjukförsäkringsorganisation) har tagit fram mått för nursing homes, home health agencies, och sjukhus och är i gång med att ta fram mått för specialistmottagningar. Resultaten redovisas öppet. Det är frivilligt för sjukhusen att rapportera, men de flesta rapporterar minst ett av de ca 10 anvisade måtten. Man arbetar även med kvalitetsrelaterad DRG-ersättning. I projektet ingår även utfall av patienttillfredsställelse-mätningar som ett mått.

Mer information se Internet:

<http://www.cms.hhs.gov>

National Quality Measures Clearinghouse (NQMC)

National Quality Measures Clearinghouse (NQMC) är en databas innehållande i nuläget 649 kvalitetsmått från 17 olika organisationer runt om i världen.

NQMC sponsras av Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), US Department of Health and Human Services.

Man poängterar att vårdprogram – mått – förbättring hänger ihop. Därför finns en hyperlink till ett National Guidelines Clearinghouse. I NQMC beskrivs måtten på ett strukturerat sätt, inkluderande t ex vilket kvalitetsområde måttet belyser definitioner av i måttet ingående begrepp, beskrivning av nämnare och täljare, validitet, reliabilitet, mm.

Intresserad organisation anmäler det eller de mått de önskar få införda i databasen. En noggrann dokumentation behövs för att möta inklusionskriterierna. Organisationen tar ansvar för att uppdatera måttet och den underliggande dokumentationen. 58 % av måtten i databasen är processmått, 25 % utfallsmått och 17 % upplevelsemått.

Databasen används internationellt och de mest frekventa användarna är näst USA, Kanada, England, Australien, Italien, Tyskland, Nederländerna, Spanien. Man arbetar för överensstämmelse med CMS mått (se ovan) och med JCAHO mått (se ovan).

Kanada

De senaste åren i Kanada har det varit en intensiv offentlig diskussion om hälso- och sjukvårdssystemet. Både på provinsnivån och den federala nivån har man tagit initiativ till en rad kommissioner och rapporter (8).

I september 2000 kom provinsernas guvernörer överens om en gemensam sjukvårdspolitisk deklaration. Överenskommelsen innebar att man kom överens om att

- Stödja kvalitetsutveckling och effektivisering i sjukvården genom att sprida information om best practice. Man förbättrar härigenom kunskapsunderlaget när patienter, regeringar och vårdgivare skall göra sina val och fatta beslut.
- Regelbundet och med likformigt innehåll rapportera till Kanadas medborgare om hälsoläget, sjukvårdens resultat, om effektivitet och måluppfyllelse i den offentligt finansierade sjukvården och om de åtgärder som vidtas för att förbättra sjukvården.

En gemensam kommitté bildades, Performance indicators Reporting Committee, PIRC. Utöver provinsernas representanter deltog det federala hälso- och sjukvårdsdepartementet i det praktiska arbetet. Vidare anlätades expertstöd från bland annat Canadian Institute for Health Information, CIHI, som har en central roll i hälso- och sjukvårdens informationsförsörjning i Kanada.

Efter förslag och remisser kom man i slutet av 2001 överens om en indikatoruppställning. En manual arbetades fram, som gav provinsernas ansvariga stöd - inte bara när det gällde definitioner av indikatorer, utan även beträffande vilka jämförelser som skulle göras, när tidsserier respektive jämförelser gentemot riket skulle användas etc. Redovisningen skulle göras på provinsnivå. Resultat för enskilda sjukhus redovisas inte.

Den nationella rapporteringen har tre nivåer, med de tre huvudrubrikerna Health Status, Health Outcomes och Service Quality (Hälsotillstånd, Resultat/Effekt på hälsan och Servicekvalitet). Under var och en av dessa finns det en andra nivå med 14 indikatorgrupper.

I september 2002 publicerade respektive provins en rapport innehållande dessa data. Även en rapport som avsåg hela Kanada publicerades. Alla provinser kunde inte rapportera alla indikatorer.

För mer information se Internet:

<http://secure.cihi.ca>

Referenser

1. Övergripande kvalitetsindikatorer inom hälso- och sjukvården. Socialstyrelsens förslag. Socialstyrelsen. 2002.
2. Regeringsuppdrag: Förbättrad informationsförsörjning och verksamhetsförsörjning avseende hälso- och sjukvården. Den andra arbetsplanen. Socialstyrelsen.
3. Nationella kvalitetsregister inom hälso- och sjukvården 1999. Socialstyrelsen, Landstingsförbundet. 2000.
4. Svenska Läkaresällskapets webb-plats. Medicinska kvalitetsrådet. Indikatorer 2003.
5. Kvalitetsindikatorer inom omvårdnad. Svensk sjuksköterskeförening SFF och Gothia. Omvårdnad, nr 9/2001.
6. Kvalitetsmålning i Sundhedsvæsenet. Rapport fra Nordisk Ministerråds Arbejdsgruppe. Nordiska ministerrådet. Nordiska hälsovårdshögskolan. NVH-rapport 2003:3
7. Helsedepartementets styrningsdokument 2003. Norge
8. Verksamhetsuppföljning i hälso- och sjukvården genom performance indicators – exempel från andra länder. InfoVU. Socialstyrelsen, Landstingsförbundet, Svenska kommunförbundet. 2003

Bilaga 4

Förteckning över rapporter från MPA

Årsrapport från Stockholms Medicinska Råd

- Stockholms Medicinska Råds Årsrapport 2000,
- Stockholms Medicinska Råds Årsrapport 2001,
- Stockholms Medicinska Råds Årsrapport 2002,

Årligen publiceras årsrapport från respektive programområde enligt nedan:

- Akut omhändertagande
- Barnsjukvård
- Hjärt-, Kärl- och Lungsjukvård
- Kvalitetsutveckling
- Kvinnosjukvård
- Medicin – Kirurgi 1
- Medicin – Kirurgi 2
- Onkologi och Hematologi (f d Medicin – Kirurgi 3)
- Medicinsk Service
- Nervsystemets sjukdomar
- Omvårdnad
- Primärvård
- Psykiatrisk vård
- Rörelseorganens sjukdomar
- Äldrevård

Fokusrapporter

- Akut omhändertagande av misshandlade kvinnor och deras barn
- Akut omhändertagande av äldre multisjuka – steg 1
- Akut omhändertagande av äldre multisjuka – steg 2
- Assisterad befruktning
- Kataraktoperationer i Stockholms läns landsting
- Kvalitetsparagraf i akutsjukhusavtalen 2003
- MR-studien i Stockholms läns landsting
- Patientens lärande
- Riktlinjer för remittering till bilddiagnostik (MR)

Regionala vårdprogram

- Abort
- Alkoholproblem
- Blödningssjukdomar
- Bröstcancer
- Bröstkomplikationer i samband med amning
- Depressionssjukdomar inkl mano-depressiva sjukdomar
- Läkemedelsberoende
- Malignt hudmelanom
- Normal graviditet, förlossning och eftervård
- Patienter med psykos speciellt schizofreni
- Prostatacancer
- Reumatoid artrit
- STI/hiv- prevention
- Trycksår – Prevention och behandling
- Vård av suicidnära patienter
- Ängestsjukdomar

Övriga

- Medicinskt Program Arbete – Samverkan kring vårdens utveckling - Arbets-sätt och Rapportstruktur

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

Beställning

Kontorsservice

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

E-post: kontorsservice@bkv.sll.se

Postadress: Box 6401, 113 82 Stockholm

Besöksadress: Olivecronas väg 7, bv; Sabbatsbergs sjukhus

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



Stockholms läns landsting

Beställarkontor vård

Box 6909, 102 39 Stockholm

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