

Kvalitetsindikatorer i norra regionens primärvård, slutrapport.

2010-03-24 Lindman Luleå

Inledning

Norra regionens primärvårdschefer uppdrog hösten 2007 till en arbetsgrupp att ta fram förslag på gemensamma kvalitetsindikatorer till i slutet av 2008. Resultatet blev ett dussin indikatorer. Den markanta bristen på indata av god kvalitet i tillräckligt stora tal ned på enhetsnivå har kraftigt begränsat våra val. De föreslagna indikatorerna borde snarast benämnas resultatindikatorer med anknytning till kvalitet. Det senaste året har de föreslagna indikatorerna vidareutvecklats och efter ett omfattande arbete i respektive landsting har vi sökt ta ut data från de fyra landstingens samtliga enheter, vårdcentraler och hälsocentraler. Här följer en rapport över hur vi arbetat och vilka erfarenheter vi gjort. Vi redovisar även utfallet av respektive indikator för de enskilda enheterna landstingsvis. Skillnaderna i resultat mellan enheterna varierar inte sällan med en faktor 10. Bortfallet är betydande och varierar mellan vårdenheterna, framför allt har Jämtland redovisat få data.

Sammanfattning

Sedan hösten 2007 har norra regionens primärvård arbetat med gemensamma kvalitetsindikatorer. Så här ser listan med de 16 indikatorerna ut: **Telefontillgänglighet, patientenkät, rökning, alkohol, fysisk aktivitet, hemsjukvård, influensavaccination, läkarkontinuitet, Nationella Diabetes Registret (NDR), samverkan, tid till läkare inom sju dagar, PV-kvalitet, äldrekvot. Samt tre läkemedelsindikatorer, hypertoni-läkemedel och statiner till 40-å, olämpliga läkemedel för äldre, luftvägsantibiotika till barn 0-6 år.**

Två års erfarenheter med att ta ut data avseende indikatorerna från samtliga primärvårdsenheter i regionen visar på stora svårigheter att få tillförlitliga jämförbara data. Vi har upptäckt många fallgropar, mycket arbete krävs för att klarlägga dem, exempelvis varför antalet till NDR inrapporterade diabetiker kan bli flera än antalet kända diabetiker. Det är uppenbart att det inte räcker med att vid skrivbord och möten konstruera indikatorer. Det är först när man tar ut data i skarpt läge som man blir varse fallgroparna. Mycket arbete återstår på både nationell som lokal nivå för att kunna mäta och jämföra kvaliteten i primärvården. För att mäta kvaliteten i syfte att förbättra den, i närtid eller över tid, på en enskild enhet eller för dem som arbetar där, finns det lång erfarenhet och många metoder. Att mäta kvaliteten i syfte att jämföra och värdera den i en primärvård, som är så mångfasetterad som den svenska, har vi däremot ringa erfarenhet av. Det ställer helt andra krav på metoder än de vi i dag har tillgång till.

Vår målsättning var att ta fram kvalitetsindikatorer, kanske borde vi i stället kallat dem resultatindikatorer med relation till kvalitet? Och om ersättning skall utgå hellre kalla det för ersättning för engagemang (i att utveckla kvalitetsmätning) än P4P betalt för prestation. Det är frestande att mäta mycket på bekostnad av att mäta rätt, men att utveckla kvalitetsmått kräver både tid och mycket arbete. En kvalitetsmätning som ska ske löpande kräver automatisk inmatning och uttag samt bearbetning av data. Enstaka särskilda insamlingar av data, som med enkäter och mäta telefontillgänglighet behövs men i övrigt måste data hämtas ur kliniken, från datajournalerna.

Primärvården i Sverige är brokig och organiserad på olika sätt både mellan och inom respektive huvudman. Gränssnittet mot primärkommunen varierar, likaså mellan primärvården och den specialiserade vården. Privata praktiker kan finnas i mer eller mindre grad etc. Även inom ett landsting kan det finnas olika primärvårds modeller, glesbygd, tätort och mellanbygd. Nu och troligen än mer i Vårdvalet kommer arbetsätten och bemanningen på vårdenheterna att vara olika. Om kvaliteten ska mätas och värderas ur ett patientperspektiv måste dessa olikheter beaktas.

Huvudsyftet med dokumentationen är att den ska vara ett viktigt instrument i vården av patienten, inte för att kunna mäta olika parametrar som kan ligga till grund för värdering och till och med för belöning eller bestraffning. Våra datoriserade journaler skiljer sig inte allt för mycket från de gamla på papper. Några har slopat de olika professionernas journaler (läkar- sjuksköterske- sjukgymnast mm) och ersatt dem med en gemensam primärvårds - patientjournal där en strävan är att minimera dubbeldokumentation och lättare hitta viktig information. Fortfarande saknas dock en enhetlig struktur för dokumentationen. För att få ordning på nödvändiga gemensamma termer, sökord, begrepp och värdetabeller behövs stora insatser. Data från datorjournalen kan lagras på olika sätt och trots att vi tagit ut data under flera år för att följa upp resultat och för att bli bättre så saknas i hög grad hjälpmedel för att kontrollera deras rimlighet (exempelvis att täljare nämnare i blodtryck och BMI inte kastats om). För att få sanna indata krävs återkoppling av utdata till den som matar in, man ska kunna se och ha nytta av dem vid mötet med och uppföljning av sina egna patienter. Här är hjälpmedlen undermåliga.

Även med en journal som är sökordsbaserad och med strävan att mata in hårddata i faktalistor som lablista och olika tabeller så speglar datauttag alltför ofta hur data matats in och i mindre grad vad som skett i vården. Det är svårt att dra slutsatser från data som samlats in i ett annat syfte än vad det sedan kommer att användas till. Det allvarligaste hotet mot kvaliteten på indata är om den som ska leverera dem inte är seriöst engagerad utan levererar data på order eller mot belöning.

I dag samlas stora datamängder in till nationella kvalitetsregister där fokus är på enstaka sjukdom och eller åtgärd, framför allt inom den specialiserade vården. Det är ett starkt tryck på primärvården att vara med i dessa register med förhoppning att på så sätt kunna mäta kvaliteten även i primärvården. Delar av några av dessa register har anknytning till primärvården men i primärvården är det patienterna och inte sjukdomarna som är i fokus. Risk finns för en grov förenkling och rent av marginalisering av grunden för vad som är viktigt när primärvården möter sina patienter, som sällan har en enstaka sjukdom, om primärvårdens kvalitet ska värderas utifrån hur enstaka sjukdomar handläggs. Självklart är det primärvården själv som har ansvar för, och borde få stöd för, att utveckla sina egna indikatorer!

En grundläggande begränsning vid val av indikatorer är att antalet ”registrerade händelser” måste bli tillräckligt många för att inte slumpen ska avgöra. Antalet vårdenheter är i dag ca 1000 men kommer i Vårdvalet att öka. Redan i dag blir antalet registreringar per enhet och år för de flesta önskvärda indikatorer alltför få. Slumpens inverkan blir då uppenbar. Redan i dag kan man lockas att ta väl inställda diabetiker på onödigt täta kontroller bara för att få in dem i NDR.

Skillnaden på mjukvaran (olika datorjournal) och hur man använder sig av den borde inte spela någon större roll. Men det gör det när man ska söka ta ut data som kan lagras på olika sätt, i journalerna eller i datalager eller i andra angränsande register. I Danmark, med ett begränsat antal datajournaler som kan leverera data på standardiserat sätt, kan även patienterna gå in på Sundhetsstyrelsens portal och se sina mediciner, labdata och till och med vem som läst journalen.

Kvalitetsutveckling och kvalitetsgranskning i primärvården släpar efter den i andra länder och inte minst jämfört med utvecklingen i den specialiserade sjukvården i Sverige. Möjligheterna att i primärvården följa vad som sker med patienterna ned på enhetsnivå är mycket bristfälliga

Vi behöver nationell samverkan, kanske kan PV-forum vara en väg. Kanske öppnar Vårdvalet en möjlighet? Det finns en liten grupp som arbetar tillsammans under SKLs ledning med att följa och stödja arbetet med vad mäta i det nya Vårdvalet. Varje landsting söker i dag närmast desperat efter resultat och kvalitetsmått för att följa och styra i Vårdval. Om man summerar alla landstings önskemål om vad man vill mäta kan man tro att det nya mantrat blir ”leda för att mäta”.

Terminologi

Här följer några klarlägganden om de viktigaste begreppen.

Donobedian gjorde en uppdelning av kvaliteten i struktur, process och resultat.

Struktur avser förutsättningar för god kvalitet som resurser, personal, utrustning, utbildning, rutiner, lokaler mm. Fördelen med strukturmått är att de är lättare att mäta. Nackdelen är att det inte säger något om hur de används och vilka effekter de ger.

Processen avser hur och vad man gör med sina resurser för att nå resultat. Processen är svårare att definiera och mäta. Det måste finnas ett klart samband mellan processen och önskvärt resultat. I dag är kvalitetsarbete och mått allt mer processorienterade. Vi är oftast nöjd om vi handlat rätt oavsett resultat. Man kan även ifrågasätta om struktur- och även processmått hindrar utvecklingen genom att fokusera på dagens lösningar (det är inte givet att den bästa lösningen är att anlita en snickare med snickarverktyg när man ska bygga en båt).

Resultatet är den effekt hos patienten som åtgärden genererar. Och det som patienten, vi som arbetar i vården och samhället strävar efter. Värdet ge inte svar på vem som presterat och hur stora insatser som är gjorda, vilket professionen har svårare att acceptera. En del mätpunkter ligger för långt fram i tiden, både för patienten (överlevnad) och för organisationen, som behöver snabb återkoppling för att förbättra och belöna mm. Hårda resultatmått som överlevnad ersätts ofta av snabbare pseudomått som långtidsblodssocker (HbA1c) och blodtryck, vars betydelse för det egentliga resultatet kan var tveksamt.

Rangordning innebär att resultaten ordnas i viss ordning som stigande, fallande eller i bokstavsordning eller på annat sätt (som i Öppna jämförelser) men utan att värdera dem som mer eller mindre bra.

Standard när en standard anges har man satt en gräns, ett värde, på vad som krävs för hur resultatet ska värderas, underkänt, godkänt, bra eller utmärkt. Ibland sätts standarden först efter att man fått in data, i andra fall på förhand.

Kvalitetskriterium är ett begrepp som kommit i skymundan men förtjänas att lyfta fram. Med det avses något som kännetecknar kvaliteten på det man avser och används som ett mått på kvaliteten i allmänhet, utan att precisera vad och hur man mäter. Exempel: tillgänglighet, utan närmare definition, är ett önskvärt kriterium på kvaliteten i primärvården.

Kvalitetsindikator (som det definieras av SfamQ) avser ett utvalt kriterium för en viss diagnos eller åtgärd med hög validitet avseende kvaliteten på vården. Det kräver i exemplet

tillgänglighet att måttet specificeras i både täljare och nämnare, hur och när mätningen ska ske, datakälla, metod, ofta även hur det lagras och hur data kan hämtas ut mm. Dessutom ska måttet och mätmetoden vara testad och befunnits ge sant svar på det den avser mäta.

P4P är en förkortning som står för Pay for Performance, eller betalt för prestation. En åtgärd som börjar användas allt mer inom sjukvården. England har ett system i primärvården där utfall i resultat för ett stort antal kvalitetsindikatorer ger poäng. Maximalt antal poäng är 1050 och ger då ett stort tillskott i kassan på ca 20-30 %.

P4F har skapat mycken debatt där man ifrågasatt om de förbättrade resultaten är reella för patienten eller huvudsakligen en effekt av noggrannare och/eller tillräta lagd registrering och eller anpassning av systemet för att få bättre betalt.

I vårdvalsavtalen preciseras utfall av indikatorn i en del fall med nivåer för ekonomisk belöning eller bestraffning.

Uppföljning - Utveckling

Det är mycket viktigt att skilja på mätningar som syftar att följa upp, granska, kanske rent av att kontrollera, belöna eller bestraffa, utifrån mätresultatet från mätningar som huvudsakligen syftar till att förbättra verksamheten.

Uppföljning som i Öppna jämförelser eller i vårdval, som presenteras öppet och ibland med ekonomisk ersättning relaterat till mätresultatet ställer stora krav på val av det man avser mäta (att det är relaterat till önskvärt resultat – kvalitet, att kunskapen om sambanden är väl grundade, Evidens baserade mm.) Det krävs strukturerade indata, ofta omfattande datainsamling och bearbetning. Tolkningen måste ske med ödmjukhet och beakta bortfall, olika faktorer som kan påverka resultatet som, slumpmässiga variationer, för litet antal i indata, socioekonomiska eller andra faktorer som organisation, ålder kön och geografi som kan spela in. Avgörande för indata är i hur stor grad de granskade är seriöst engagerade i att redovisa sina resultat för att bli bättre eller om de mer eller mindre medvetet kommer att sträva efter att visa upp sina goda sidor, att nå bra resultat, att maskera och dölja sina svaga sidor. (Ref. det Engelska systemet med betalt för indikatorer max 1050 poäng).

Utveckling kräver även den in och utdata, men där används oftare verktyg som den granskade själv väljer och disponerar, öppenhet är inte lika självklar. Här behöver man inte vara lika noggrann vid indata och man kan till och med välja att fokusera på sina svagheter.

Svenska aktiviteter för att utveckla kvalitetsindikatorer

SPRI, redan på 80-talet utvecklades (med Kerstin Einevik Bäckstrand i spetsen) verksamhets berättelser med kvalitetsdata och publicerade ”Med rätt mått mätt” 1988.

Aktiviteter i norr, Norrbotten tidigt involverad med *VeQupp*, Verksamhets och kvalitetsuppföljning, Västernorrland hade sitt *KvalY*. En av de första ”primärvårds publikationerna” var Luleå Primärvårds lilla häfte *PriQ*, som kom 1993 där kvalitetspolicyn redovisades och där 13 olika kvalitetsverktyg presenterades, bl.a. Guide Médecine (1988) som man själv tagit fram samt APO (AuditProjektOdense) som då introducerades i Sverige (drevs i flera år i Luleå som APL). APO har nu spridning i övriga Europa.

De professionellas föreningar har spelat stor roll, fokus har varit på egenmätningar och förbättring.

Allmänläkarnas SfamQ tog med Spris stöd fram sin nu klassiska verktygslåda med ett antal verktyg, däribland första versionen av indikatorer. Den senaste versionen av indikatorer finns redovisad i ”Mål och Mått i Allmän medicin” 2004. Kraven på en indikator liknar EPAs a)

valid, b) relevant fokus, c) mätbarheten tydlig och praktisk, d) det man mäter ska vara möjligt påverka, e) Utfallet ska vara tolkningsbart och entydigt

Punkthandboken utgiven av Svensk distriktssköterskeförening som var tidiga i kvalitetssammanhang.

Arbetsterapeuterna, sjukgymnasterna och kuratorerna kom igång senare, kanske mest under Fammis tid.

SKLs och SoS

Nationella kvalitetsregister startade tidigt i Sverige och har nu stor omfattning med många (i dag 69) register och ett mycket stort antal indikatorer, dock bara enstaka som lämpar sig för primärvård.

Nationella guidelines har huvudsakligen engagerat den specialiserade sjukvården med växlande och tveksam effekt i primärvården. Dessa guidelines presenterar nu oftare underlag för kvalitetsindikatorer.

Öppna Jämförelser har kommit till under senare år men även där med tveksam relevans till primärvården då den granskade enheten varit landsting eller som minst enstaka kommuner. I praktiken har urvalet av indikatorer styrts av den begränsade tillgången på relevanta data med god kvalitet. Vissa jämförelser fungerar bara för att jämföra den egna utvecklingen över tid.

Man betonar försiktighet vid tolkning och påpekar att rikets genomsnitt inte är en måttstock och uppmärksammar problem med att stora landstings resultat får större påverkan än mindre landsting där dessutom slumpen kan påverka.

Följande kriterier för val av indikator har tillämpats. a) Mätbarhet och tillämpning.

b) Vedertagen och tillgänglig c) Relevant d) Tolkningsbar e) Påverkansbar. Resultat- och processmått används, men inte strukturmått.

Antalet indikatorer är i år 124. Här rangordnas utfallet i fallande ordning men man gör ingen värdering.

Indikatorerna redovisas i övergripande och områdesvisa indikatorer.

De övergripande är: Hälsotillstånd, dödlighet med mera. Förebyggande insatser. Förtroende och patientnöjdhet. Tillgänglighet. Kostnader. De områdesvisa indikatorer är inom 13 områden som diabetesvård, hjärtsjukvård med flera.

De indikatorer som har angetts för primärvården berör följande.

Förebyggande insatser; MPR vaccinationer (på BVC), vaccination av säsongsinfluensa 65åå, Förtroende och patientnöjdhet; tillgång till sjukvård, förtroende för vård vid vårdcentral, förväntad hjälp vid besök vid vårdcentral.

Tillgänglighet; rimlig väntetid vid besök på vårdcentral, vårdcentralens tillgänglighet per telefon, läkarbesök inom sju dagar i primärvård.

Väntetider i vården av SKL med undersökningar om tillgänglighet går ned på enskild enhets nivå men metoden för datafångst har fått mycken kritik för usel kvalitet. I primärvården sker datafångsten manuellt och inte med automatik via besöksregistreringen eller via datajournalen. Inte heller tillfrågas patienterna direkt om sin väntetid. Vissa veckor, som fastställs i förväg, ska väntetiden för icke planerade besök anges av de i tjänst varande läkarna. Ett formulär delas ut till läkarna och det ska samlas in för att ge underlag för hur länge patienten väntat på att få tid för besöket. Kritik har riktats mot att enheterna kan planera för sin verksamhet under mätveckorna för att kunna leverera bra resultat. Dessutom ger metoden den enskilde läkaren frihet hur ställa frågorna och att fylla i resultatet efter eget huvud. I en primärvård med stora läkarvakanser, och högt patienttryck, finns uppenbar risk för att mätningen inte prioriteras och för ofta fylls i i efterhand.

Dessutom har det ifrågasatts om inte väntetiden till läkartid borde kompletteras med mått som speglar prioriteringar och kontinuitet. På en vårdenhet, framför allt med läkarvakanser, tvingas man alltid ställa patienters önskemål om tillgänglighet mot deras behov. Då måste man ta ställning till hur prioritera behov av läkartid för en sjuk patient där kontinuiteten är viktig mot mindre sjukas önskemål om snar tid.

Vårdbarometern drivs även den av SKL (köps av Ipsos) och är en regelbunden befolkningsenkät per telefon Den omfattar 05, % av den vuxna befolkningen i de landsting och regioner som deltar. Detta underlag är alltför litet för att räckta till för en mindre befolkning och duger inte alls som underlag på vårdenhetsnivå.

God vård (framtagen av SoS som stöd till förf. 2005:12 om ledningssystem för kvalitet och säkerhet) har blivit norm vid kvalitetsarbete och har följande sex kvalitetsdimensioner; *kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, patientfokuserad, effektiv, jämlik, i tid.*

SoS indikatorbibliotek för God vård i primärvården redogör för indikatorer för öppna jämförelser, uppföljning och utvärdering. Indikatorerna i biblioteket är framtagna enligt modell från InfoVU-projektet och är drygt 100 st. Men även här är det indikatorer för redovisning på landstingsnivå. Socialstyrelsen anser att nationella jämförelser ned på enhetsnivå inte är görligt med dagens datakällor utan omfattande insatser typ enkäter eller andra tillfälliga undersökningar. Socialstyrelsen påpekar även att de inte heller kan behandla individbaserade patientuppgifter i större utsträckning inom gällande lagstiftning vilket är en avgörande förutsättning för att de ska kunna göra nationella jämförelser på olika nivåer för att följa upp och utvärdera primärvårdens processer, resultat och kostnader. Socialstyrelsen har dock tillsammans med SKL ett uppdrag att utveckla strukturdata på enhetsnivå inför och under det fria vårdvalet.

Fammi (Famijmedicinska institutet) verkade åren 2002 – 2006 och ägdes till lika delar av staten, landstingen och kommunerna. Hela tiden fanns resurser och verksamhet för kvalitetsutveckling. De första åren var fokus på egengranskning med ett antal audit (webbaudit av APO modellen) om sjukskrivningar mm. Under andra delen av sin verksamhet genomförde Fammi ett omfattande arbete med NKI-P (Nationella Kvalitetsindikatorer i Primärvård).

NKI-P s arbete bedrevs i fyra undergrupper med ett trettiotal, i sin respektive profession mycket väl förankrade; läkare, distriktssköterskor, barnmorskor, arbetsterapeuter, sjukgymnaster och kuratorer. De fyra grupperna avhandlade, allmänna –generella indikatorer, primärvårds del till några befintliga nationella register, indikatorer för hemsjukvård samt att utveckling av en databas och metoder för återkoppling, lärande och förbättring. Rapporten blev klar och förslaget var en fortsättning i SoS regi (1 miljon kronor följde med) för att i samverkan med SKL och intresserade landsting prova och utveckla förslagen i klinisk praxis. Därav blev dock intet.

Publikationer

Ett antal sammankomster har ägt rum och läsvärda publikationer har publicerats genom åren. Här nämns några som inte nämnts redan: Kvalitetsmått i primärvården Samhällsmedicinska enheten i Norrbotten 2/88. På senare år har det kommit ”Mäta och öppet redovisa resultat i vård och omsorg” SoS och SKL 2005, ”Att mäta för att veta” SKL 2005. CMY Rapport 2008:6 Mål och mått, Fredrik Jacobsson. ”Sources of preanalytic eror in primary health care – Implications for patient aftys” Johan Söderberg avhandling I Umeå 2009 ISBN 978-91-7264-741-1

Expertrappport Calltorp m.fl. Bilaga till Svenskt näringslivs "Vårdval" ger en god internationell översikt med många utmärkta länkar till den som vill läsa mera. Se bilaga på sid 51.

http://www.svensktnaringsliv.se/multimedia/archive/00013/V_rdval - att flytta 13693a.pdf

Övriga internationella referenser är **EQuiP** ett europeiskt akademiskt nätverk för kvalitetsaktiva allmänläkare <http://www.equip.ch>, **Topas** är ett nätverk inom EquiP som utvecklar primärvårdskvalitet på akademisk grund <http://www.topasurope.eu>. **European Practice Assessment – EPA** en del i Topas som tagit fram 199 testade och kvalitetssäkrade indikatorer för primärvården. Värt att citera från dem är ”*Det du inte kan mäta kan du inte förändra. Om du inte är beredd att förändra så låt bli att mäta.*”

Det förefaller som om primärvården även när det gäller kvalitetsmätning och utveckling kommit på efterkälken. Dock har nu aktuella Vårdvalet inneburit en fokusering på vikten av att mäta och värdera insatser i primärvård öppet, och att kunna redovisa vad skattebetalarna och den sjuke får för sin pengainsats.

Så här har vi arbetat

Redan innan det gemensamma arbetet med kvalitetsindikatorer startade arbetade varje landsting för sig med att ta fram och utveckla indikatorer för såväl utveckling som uppföljning, men utan närmare samordning av vare sig indata, indikatorer eller utdata. Fammis arbete med NKI-P hade ett brett nationellt upplägg där såväl PV-forum som flera från norra regionens primärvård deltog i. Det föll sig då naturligt att fortsätta att samverka och ta tillvara Fammis erfarenheter genom att starta arbetet med gemensamma kvalitetsindikatorer i norra regionens primärvård.

Uppdraget

1. Att till årsskifte 2008/2009 komma med förslag till "ett dussin" gemensamma kvalitetsindikatorer för primärvården.
2. Indikatorerna ska vara specifikt definierade och kunna användas för, såväl styrning och ledning som för utveckling och uppföljning, ner på nivån enskilda primärvårdsenheter (vårdcentraler - motsvarande).
3. Indikatorerna ska kunna fungera oavsett huvudmannaskap dvs. även i fritt vårdval.
4. Indata ska om möjligt bygga på gemensamma termer, begrepp och värdetabeller mm.
5. Datafångsten bör ske med automatik och vara anpassad till befintliga datajournaler och andra system för datafångst och bygga på kliniskt relevanta data.
6. Utdata bör ske på ett samordnat sätt för att möjliggöra landstingsövergripande jämförelser och vara kongruenta med andra rapporteringar, som de till SoS och Öppna jämförelser m.fl.
7. Arbetsgruppen kan komma att samverka med andra organ – arbetsgrupper i regionen som läkemedels kommittéer mm.

Arbetsgruppen bestod av chefsläkarna i de fyra landstingen i Norra Regionen. Norrbotten hade dessutom två ytterligare personer, sin verksamhetsutvecklare Mona Ringbjer och Anders Lindman (ledare av NKI-P på Fammi) den senare som sammanhållande.

Arbetsgruppen har träffats vid enstaka tillfällen på plats och haft några videomöten men framför allt kommunicerat via mejl och telefon.

Tyngdpunkten av arbetet har lagts ned i respektive landsting med att ta fram, analysera och sammanställa respektive indikator ned på enhetsnivå.

Arbetet kan sammanfattas i sex steg

- Identifiera en bruttolista – sökning på behov och önskningar
- dialog kring identifierad lista
- analys
- test av indikatorer
- analys av indikatorer som uppfyller kraven
- sammanställa resultat av använda indikatorer

Identifiera bruttolista

Det går relativt lätt och snabbt att göra en lista på ett antal (otal) önskvärda indikatorer. Vi sökte efter indikatorer av olika slag för att täcka in olika aspekter och hade såväl God Vårds som andras indelning i åtanke. Vår lista kom att omfatta mer än ett hundratal olika indikatorer (egentligen kriterier) som: Tillgänglighet telefon, Tillgänglighet tid till läkare, Patientnöjdhet, Kontinuitet av flera slag, Samverkan, Vård på lika villkor, Säker vård, Prioriteringar, Täckningsgrad, Livskvalitet, Tobak-rökning, Alkohol, Vaccinationer, Amning, Vikt-BMI, Kost, Fysisk aktivitet, Mental hälsa, Hälsosamtal, Metabola syndromet med ett mkt stort antal parametrar, Stroke, Smärta, PV-kvalitet, Palliativ vård, STD, Aborter, Astma, KOL, Kvalitetsindikatorer läkemedel, Kvalitetsindikatorer rehabilitering, Hälsobefrämjande, Hemsjukvård

Sundsvallskonferens maj 2008

Ett öppet möte med 90 deltagare som hörde på inbjudna föredragare och deltog i workshops om kvalitetsindikatorer. Antalet workshop var sex.

Workshop 1 Indikatorer för ledning och styrning, där man betonade vikten av att primärvården själv måste vara med och utforma de riktlinjer för olika sjukdomar där kommande indikatorer formuleras.

Workshop 2 PV-kvalitet som stöd för kompetensutveckling. Här var man enig om att PV-kvalitet är väl värd att tillämpa på bred front, att riktlinjerna och beslutsstöd blir viktiga och att de måste vara omedelbart tillgängliga via webben. Man betonade att syftet med allt kvalitetsarbete ska vara förbättringar och att datajournalens möjligheter därtill måste tas tillvara med hänvisning till hur man arbetar i Danmark.

Workshop 3 Rehabaspekter på kvalitetsindikatorer. Resonerade om livsstil, samverkan och att sätta mål.

Workshop 4 Hemsjukvårds indikatorer. Efterlyste klar definition och klassifikation för att kunna hantera indikatorer som vårdplan mm.

Workshop 5 Indikatorer för folkhälsa. Här var det bara Västerbottningarna som hade egentliga erfarenheter. Man var överens om att det var processmått man ville följa för hur man arbetade med ett antal livsstilsfaktorer.

Workshop 6 Kvalitetsindikatorer läkemedel.

Primärvården kan bidra mycket genom att ta fram kvalitetsmått när det gäller läkemedel, vi behandlar patienten med sina sjukdomar ej enbart sjukdomen. Vi bör arbeta för att fram allmänmedicinska kvalitetsmått när det gäller läkemedel. Man var tämligen eniga att den äldre multisjuka patienten var bra att utgå ifrån.

Bruttolistan nagelfors och fylldes på och därefter var vi i arbetsgruppen redo för att börja arbeta med en förslagslista.

På vägen mot förslagslistan

För att platsa på förslagslistan skulle indikatorn vara relaterad till god kvalitet, och fylla de krav som anges ovan under "Uppdraget". Det vill säga att indata skulle kunna fångas i en nära

framtid med automatik från kliniska journaldata eller på annat enkelt sätt och med ringa arbetsinsatser gå att sammanställa ned på enhetsnivå (vård – hälsocentral). Vår ambition var även att de i möjligaste mån skulle fylla de krav på en indikator som angivits av andra som SoS God Vård, Topas, SfamQ m.fl.,

Sju identifierade hinder

1 Ett dokumentationsgap

Våra journaler i dag skiljer sig avsevärt från gårdagens handskrivna anteckningar på rosa eller blå A5 ark. Där var dokumentationen sparsam och inte alltid läsbar. I dag tenderar vi att dränkas av all information, både vid inmatning och när vi ska ta del av den! Allt som sker i primärvården kan inte och ska inte dokumenteras! Allt får inte plats, en del information hör inte hit, en del måste sållas bort för att den nödvändiga informationen ska bli tydlig. Viss information har bra kortvarig betydelse för de direkt inblandade, annan information är av vikt för alla i vårdkedjan etc. Strävan är att undvika dubbeldokumentation och att se journalen som patientens inte som separata läkar- eller sjuksköterskejournals. Då uppstår problem med att sortera och ordna informationen så att den blir tydlig och tillgänglig för den som behöver den. När datajournalerna infördes i slutet på 1980 talet inleddes en epok där man i dag har möjlighet till närmast oändligt omfattande dokumentation. Varje enskild leverantör har utvecklat sitt eget program, även om alla i dag har liknade applikationer och gränssnitt så är det fortfarande mer som skiljer än som förenar det dussin olika journalsystem åt i dag. Flera huvudmän har olika journalsystem i sitt område som inte är kompatibla med varandra och som inte direkt kan kommunicera ens enkel information till varandra.

Vi saknar verkligen en gemensam nationell informationsstruktur och fackspråk för vårddokumentation. Kanske kan en snabb utveckling av NPÖ (Nationell PatientÖversikt) lösa en del av problemen där dubbeldokumentation kan vara en större säkerhetsrisk än för lite dokumentation.

2 ”Ett träsk av termer och begrepp”

När vi väl kommit överens om vad vi ska dokumentera så får vi söka efter passande termer och begrepp i ett träskliknande datalandskap. Ett bra exempel är tobaksrökning som är den allmänt accepterade största ohälsotorn och som vi dessutom kan påverka. Det finns omfattande dokumentation om dess risk för hjärt-kärlsjukdom, lungcancer och KOL för att nämna några. I dagarna presenterades dessutom att risken för komplikationer vid operationer är 50 % högre för rökare än icke rökare. Ändå har vi ingen ”nationell standard” för vad och hur dokumentera tobaksrökning. När vi ska dokumentera den mindre viktiga riskfaktorn ”blodfetter” finns ett antal laboratorievärden som totalkolesterol, goda och onda kolesteroler, triglycerider. De är standardiserade i hur ta prover och i vilka enheter de ska anges med normalvärden och önskvärda nivåer vid olika tillstånd. Vi har lablistor som det tar tid att scrolla igenom.

När det gäller rökning har vi ett flertal olika begrepp som rökning, tobaksrökning, dagligrökare, feströkare, rökare enligt en skala från 1-5, piprökare, cigarrökare, sällan rökare, aldrigrökare, icke rökare, före detta rökare, tobaks missbruk i ICD kod, nikotin, snusare, annat tobaksbruk mm. För att dokumentera tidigare rökning finns paketår som endast några använder. För hjälpa rökaren att sluta röka behöver vi klassificera rökarens vilja och motivation till rökstopp eller rökslut. Men även här är vi lika vilsna.

Då vi valde att ha en indikator om tobaksrökning var det inte givet hur den skulle formuleras, När vi skulle ta ut data ur våra datorer – journaler kan skillnaden i hur vi fångar aktuell och tidigare dokumentation bero på om och hur vi inkluderar tidigare dokumentation. På basen av

SBU:s dokument vet vi att bara att man tar upp rökning med patienten så har det effekt, (naturligtvis än mer om patienten blir motiverad och får hjälp med rökslut). Vi utgick från att om sökordet rökning eller motsvarade finns i journalen så hade ”frågan varit aktuell”. Vid våra datauttag ser vi skillnader som gör att vi fortfarande inte är säkra på att vi inkluderat alla relevanta termer. Vi vet också att man, om man känner patienten, inte tar upp frågan om rökning och inte heller dokumenterar att patienten inte röker om patienten aldrig rökt eller slutat för längre sedan och det är dokumenterat sedan tidigare. Att då bara söka om aktuell dokumentation om rökning utan att ta hänsyn till tidigare dokumentation blir fel och kan i värsta fall ge felaktiga signaler om önskan om ny och kliniskt onödig dokumentation. Vi har funnit att det i flera journalsystem är svårt att få fram önskvärd tidigare dokumentation.

När vi arbetade med en indikator för palliativ vård upptäckte vi att den diagnos vi lagt in i datorn var hemmasnickrad och inte ingick i SoS primärvårds del av ICD. Turligt nog så fick vi den nästan omgående införd. Z515 står nu för palliativ vård (indikatorn fick inte plats på den slutliga förslagslistan).

Mycket arbete återstår för att få till en brukbar nationell standard för termer och begrepp i primärvården.

3 De små talens problematik

Den registrering som i dag sker och som ligger till grund för Nysam, Vårdbarometern och Öppna jämförelser med flera ger underlag för analys och presentation på landstings- eller som lägst kommunnivå. Vårdbarometern som är en befolkningsenkät per telefon av 0,5 % av populationen är tillräcklig för sitt ändamål. Men för att få tillräckligt underlag ned på enhetsnivå med så pass få som en handfull tusen invånare räcker det inte att fråga ett tjugotal. Att skala upp stickprovsmetoder så att de passar för vårt ändamål är endast praktiskt och ekonomiskt möjligt i enstaka fall. För små tal i indata är den faktor, som tillsammans med brist på sökbara indata överhuvudtaget, som haft störst inverkan när vi valt till förslagslistan. Slumpen och naturliga variationer som jämnar ut sig på landstingsnivå kan ge stora utslag på små underlag. Rena felaktigheter, som att sätta ett komma fel eller förväxla täljare och nämnare kan bli ödesdigra. Vi har inte erfarenhet av att ta ut data på enhetsnivå, vi saknar hjälpmedel för att upptäcka orimliga indata. En BHV överläkare vittnade om att han varje år manuellt går igenom det material som ska levereras till SoS och inte så sällan hittar kommafel och ombyte av täljare/nämnare.

Exempel överviktiga barn vid 4 års kontrollen (indikatorn har utgått delvis pga. bristande relation till kvaliteten på primärvården, det finns en stark relation till socioekonomi mm. Ref. LT 2009 no 43 s 2748-9, 2758-61) men även p.g.a. följande: I en liten kommun var det ett år några enstaka överviktiga och de utgjorde en ansevärd procent av de få barnen som då var fyra år. Nästa år var dessa barn fem år och den nya lilla kullen fyraåringar hade ingen överviktig. Samma problematik gäller många tillstånd där vi hade förslag om en indikator.

Att lösa de små talens problematik med att ha en registrering över längre tid (i mer än ett år) går emot klinikens krav på snar återkoppling för att kunna förbättra sig men ger även problem i uppföljning av Vårdval. Framför allt om ersättning kopplas till prestationer som mäts av indikatorn. Strävan går där snarast mot rullande 12 resultatredovisning (varje månad) vilket ställer än större krav på val av indikator.

4 Syftet påverkar värdet. Håll isär kontroll och utveckling.

Det är mycket viktigt att skilja på mätningar som syftar att följa upp, granska, kanske rent av att kontrollera, belöna eller bestraffa, utifrån mätresultatet från mätningar som huvudsakligen syftar att förbättra verksamheten.

Uppföljning som i Öppna jämförelser eller i vårdval, som presenteras öppet och ibland med ekonomisk ersättning relaterat till mätresultatet ställer stora krav på val av det man avser mäta (att det är relaterat till önskvärt resultat – kvalitet, att kunskapen om sambanden är väl grundade, Evidens baserade mm.) Det krävs strukturerade indata, ofta omfattande datainsamling och bearbetning. Tolkningen måste ske med ödmjukhet och beakta bortfall, olika faktorer som kan påverka resultatet som, slumpmässiga variationer, för litet antal i indata, socioekonomiska eller andra faktorer som organisation, ålder kön och geografi som kan spela in. Avgörande för indata är i hur stor grad de granskade är seriöst engagerade i att redovisa sina resultat för att bli bättre eller om de mer eller mindre medvetet kommer att sträva efter att visa upp sina goda sidor, att nå bra resultat, att maskera och dölja sina svaga sidor. (Ref. det Engelska systemet med betalt för indikatorer max 1050 poäng).

Utveckling kräver även den in och utdata, men där används oftare verktyg som den granskade själv väljer och disponerar, öppenhet är inte lika självklar. Här behöver man inte vara lika noggrann vid indata och man kan till och med välja att fokusera på sina svagheter.

5 Olika organisation

De administrativa koderna för urval i underlaget blir olika. I norra regionen ingår Jämtlands, Västernorrlands, Västerbottens samt Norrbottens läns landsting. De präglas av stora likheter, skogslän med stora avstånd, vårdcentral i glesbygd, liten befolkning, tillhör samma regionsjukhus mm. Jämtarna och Norrbottningarna har båda VAS journalsystem. Men bara Jämtland har endast ett sjukhus samt att distriktssköterskorna ingår i primärkommunens primärvård. Exemplet palliativ vård visar på olikheter i kliniken som har sin grund i organisationen. I Jämtland är det en kirurg som leder en sammanhållen palliativ vård från Östersund. I de övriga landstingen är distriktsläkarna på ett helt annat sätt engagerade i den palliativa vården. Även om patienterna är de samma så hade kanske en enhetligt organiserad palliativ vård gjort det lättare att enas om en indikator.

6 Indata i olika burkar ger problem

Exemplet vaccination av 65åå mot säsongsinfluensa: samtliga fyra landsting följer hur det går med denna indikator som även redovisas i Öppna jämförelser med snygga staplar. Bemärk dock att samtliga landsting hämtar sina data på olika, icke jämförbara sätt! Ett landsting fångar det via befolkningsenkäter (landstinget har helädel och flera andra aktörer vaccinerar varför landstinget inte själv äger alla indata), ett annat landsting tar utdata via sitt datalager, ett tredje ur journalerna. Bara ett landsting lägger in och tar ut data i Svevac, smittskyddsinstitutets rekommenderade register.

7 Patientfokus

Än så länge är patienterna ett objekt i dokumentationen och kan inte på egen hand ta del av sin egen journal eller lägga in uppgifter om effekter av behandling. Där har vårt grannland Danmark kommit längre. I framtiden måste patienten bli en part som är delaktig i vården på ett helt annat sätt. Förutsättningar rent tekniskt finns redan nu och enstaka erfarenheter finns. När patienten själv kan lägga in inte bara anamnestiska data utan även funktionsstatus med mera öppnar det nya möjligheter till spännande indikatorer.

Steg V

Testa indikator i praktiken

Ganska snart fann vi ett antal indikatorer som av olika skäl inte platsade på vår förslagslista. Vi kunde formulera ett kriterium och ibland även en tänkbar indikator, men indata fanns inte tillgängligt. När så var fallet ville vi föra indikatorn till vår göra lista. Men ett krav var att det

fanns någon utpekad som var beredd att ta på sig att utveckla indikatorn inom viss tid. Det senare kravet var och är största hindret. I klartext innebär det ofta så mycket arbete att ”ta fram och testa en indikator” att inte så många spontant tar på sig det.

Struktur på indikatorerarbetet

Varje indikator kräver noggrann definition, ofta i en kvot täljare/nämnare. Dessutom måste datakällan granskas och tidsintervaller för uttag anges. Vi använde oss av den mall som en nordisk primärvårdsgrupp, under ledning av professor Poul Brix, utarbetade när de lade fram förslag på indikatorer till Nordiska Rådet.

Här följer det med exemplet rökning

Beskrivning och definitioner	Kommentarer
Indikatorområde (vetenskaplig, organisatorisk, patientupplevd kvalitet): Vetenskaplig	
Indikator beskrivning: Tobaksrökning är den riskfaktor som anses vara mest betydelsefull och som dessutom möjlig att undanröja. Ref. SBU rapporter mm, där vinsten av ett bara ta upp frågan om rökning –tobaksbruk påvisas. En indikation om att så har skett är att sökordet rökning motsvarande finns dokumenterat i journalen.	När det gäller hälsoriskerna har vi valt att välja tobaksrökning även om annat tobaksbruk spelar roll.
Definition av täljare (numerator): Antalet patienter, 13 år och äldre, som under året haft en journalförd kontakt med enheten (oavsett vem man haft kontakt med) och där det i journalen finns en sökbar registrering, oavsett när och hur, om rökning – motsvarande.	Tobaksrökning har dokumenterats på flera olika sätt, antal cig, antal paketår, rökning ja/nej, tobaksberoende-missbruk etc.
Definition av nämnare (denominator): Alla patienter, 13 år och äldre, som under året har haft en journalförd kontakt med enheten.	Valt 13 åä för att öka jämförbarheten, många – få barn, bvc mm
Datakrav för täljare (numerator): Att man har ett eller flera sätt att sökbart dokumentera rökning – motsvarande i journalen, som sökord, i värdetabeller, på försättsblad eller på annat sätt.	
Datakrav för nämnare (denominator): Se under täljare	
Anmärkning:	

Ange landsting:

Datatillgänglighet		Sätt kryss
Tillgänglighet Av data i ditt landsting	Data för indikatorn insamlas löpande	
	Data för indikatorn kan konstrueras från tillgängliga data	
	Data för en variant av indikatorn kan konstrueras (beskriv varianten nedan)	
	Data för indikatorn blir kanske tillgängligt i loppet av de kommande tre åren	
	Data för indikatorn blir knappast tillgängligt	
Datakälla	Sammanställning av utdata minst årligen, men ej tätare än rullande	

och kommentar	12.	
----------------------	-----	--

Så långt kommer man vid skrivbord och sammanträden. När vi provat ta ut data från våra källor har vi ofta tvingats tänka till, ibland skriva om definitionen, kanske komplettera med andra sökord, termer eller begrepp och i enstaka fall börja om från början eller helt förkasta indikatorn.

Indelning av indikatorerna

Från vårt primärvårdsperspektiv har vi funnit följande indelning fruktbar och kan kompletteras med God Vårds indelning.

Så här har vi delat in indikatorerna fyra grupper:

Hälso- och sjukvårdsförebyggande

Tidig bedömning

Behandling av manifest sjukdom

Hemsjukvård

Framröstning av förslagslistan

När vi i varje landsting granskat indikatorerna och gått in i våra system och kollat vad för data som gick att ta ut och hur utfallet blev per enhet så föll många av de föreslagna indikatorerna bort, de flesta stupade inte på att vi inte önskade en indikator på det området, anledningen var brist på sökbara indata och för små tal i utdata. Kvar blev ett trettiotalet föreslagna indikatorer (se bilaga) som vi definierade enligt ovan.

Nästa steg var en omröstning ad modum ”Melodifestivalen” där varje landsting (chefsläkare) fick fördela en ”12a” en ”11a” en ”10a” etc. När röstresultatet var klart fanns 13 indikatorer kvar, en delad 12e plats.

Förslaget

Totalt föreslår vi 16 indikatorer varav tre läkemedelsindikatorer, de senare gemensamt framtagna av läkemedels kommittéerna i norra regionen. (I det reviderade förslaget har två indikatorer utgått och två nya tillkommit, samtliga ses nedan)

Här kommenterar vi hur indikatorn kan klassas samt anger datakälla och när ta ut data.

Erfarenheter står för vad vi sett relaterat till varje enskild indikator fram tills nu och presenteras i anslutning till respektive indikator. För övergripande erfarenheter se längre ned.

Deltagarna i arbetsgruppen har enats om att tre **indikatorer har särskilt hög prioritet** med följande rangordning.

1 Telefontillgänglighet samma dag till enhetens rådgivningsfunktion; för akut tid eller rådgivning av rådgivningssköterska. *Indikatorn speglar: resultat, säker, patientfokuserad, i tid. Data rullande 12 från talsvarssystemet.*

Erfarenheter mycket bra indikator förutsatt att data inhämtas adekvat och likformigt. Fokuserar på den viktigaste tillgängligheten och är oberoende av läkarvakanser.

2 Patientenkät med svar på frågan ”Vilket sammanfattande betyg vill Du ge Ditt besök”? *Indikatorn speglar: resultat, patientfokuserad, jämlig, i tid. Data årligen.*

Erfarenheter viktig eftersom den är den enda indikatorn där ”kunden får komma till tals”. Nöjdhet är dock bara en aspekt. Vi saknar instrument att belysa hur vården hjälper patienterna att hantera och leva med sin sjukdom etc. I Vårval har mätning av nöjdhet ifrågasatts när patienterna kan ”välja med fötterna”. Denna möjlighet saknas utanför städerna och svar på hur nöjd man är med en enhet är av betydelse vid jämförelse över tid samt i benchmarking. Utveckling av indikatorn kan vara en nationell (eller internationell) enkät.

3 Rökning andel patienter 13 år och äldre med journalförd kontakt med enheten och med sökbar registrering i journalen avseende rökning eller motsvarande begrepp (*t ex tobak*). *Indikatorn speglar: process, hälso- och sjukvårdsförebyggande, behandling av manifest sjukdom, kunskapsbaserad och ändamålsenlig, patientfokuserad. Data årligen eller rullande 12 från journal.*

Erfarenheter återkoppling till enheterna är viktig för att stämma av hur man dokumenterar så att inga adekvata sökbegrepp faller bort. Det är svårt att få fram uppgifter om dokumentation om tidigare rökning. En enhetlig terminologi för att kunna dokumentera tidigare och aktuell rökning samt vad som krävs för att motivera och hjälpa patienterna till rökstopp och rökslut är ett måste. När indikatorn satt sig och utdata efterfrågas torde tidigare inte dokumenterade åtgärder komma i dagen (man kommer inte att låta bli att dokumentera). Rökningen kommer att tydligare hamna i fokus i kliniken. Kanske bidrar det till minskad rökning?

Här redovisas de övriga indikatorerna i bokstavsordning.

Alkohol; andel patienter 18 år och äldre med journalförd kontakt med enheten och med sökbar registrering i journalen avseende aktuell alkoholkonsumtion. *Indikatorn speglar: process, hälso- och sjukvårdsförebyggande, kunskapsbaserad och ändamålsenlig. Data årligen eller rullande 12 från journal.*

Erfarenheter att dokumentera alkohol i journalen kan upplevas som känsligt även om bruk av alkohol i dag är mera accepterat än rökning. Även här saknas enhetliga termer och begrepp som skulle underlätta dokumentationen. I dag är det stor spridning i utdata som inte säkert beror på olikheter i kliniken. Se i övrigt under rökning.

Barn med övervikt; andel överviktiga vid fyraårskontroll på enhetens BVC (*obs denna indikator utgår, pga. små tal och bristande samband med primärvårdens kvalitet*). *Data årligen från journal.*

Erfarenheter Att följa överviktens utveckling i befolkningen är angeläget, att tidigt hitta övervikt hos barn och tillsammans med andra kunna påverka övervikt är än mera angeläget. Vi har ändå strukit denna indikator. Dess relation till enhetens kvalitet har med rätta ifrågasatts (se läkartidningen 2009 no 43 s 2748-9, 2758-61). Men även stora problem med de små talens problematik där antalet barn totalt på BVC kan vara för små och antalet överviktiga än mindre och med stora slumpmässiga variationer mellan åren har avgjort.

Fysisk aktivitet; andel patienter i åldern 20-70 år med någon av diagnoserna astma, KOL, diabetes, hjärtkärl sjukdom med journalförd kontakt med enheten och med sökbar registrering i journalen avseende fysisk aktivitet. *Indikatorn speglar: process, hälso- och sjukvårdsförebyggande, behandling av manifest sjukdom, kunskapsbaserad och ändamålsenlig. Data årligen från journal.*

Erfarenheter även här är spridningen i utdata stor och kan till delar förklaras av att fysisk aktivitet inte är lika accepterad som rökning och alkohol men även av brist på enhetlig terminologi och inte minst hur långt man hunnit och hur aktiv man är med FysFar.

Hemsjukvård; antal patienter inskrivna i hemsjukvård i förhållande till förväntat antal baserat på ålders- och könsviktad normalpopulation för landstinget. (*Denna indikator tar en av de strukna indikatorernas plats på 12 i topp listan*). *Indikatorn speglar: process, , hemsjukvård, effektiv, jämlik, i tid. Data årligen från journal.*

Erfarenheter hemsjukvård är av mycket stor vikt för svårt sjuka men mycket behöver utvecklas innan den kan följas med enhetliga definitioner, termer och begrepp. Än så länge spelar även här de små talens problematik för stor roll, dvs. små och varierande tal i utdata.

Influensavaccination; andel 65 år och äldre som under hösten vaccinerats mot säsongsinfluensa. *Indikatorn speglar: resultat, hälso- och sjukvårdsförebyggande kunskapsbaserad och ändamålsenlig. Data årligen från Svevac.*

Erfarenheter en bra indikator där det spelar det roll hur primärvården är organiserad, hel eller halvädal, vilka som har ansvar för vaccinationerna. Samtliga fyra landsting registrerar på olika sätt varför utdata inte är jämförbara. Vi är eniga om att registreringen ska ske i Svevac (smittskyddsinstitutets register).

Läkarkontinuitet; andel patienter listade på enheten som där gjort minst fyra besök under året och då träffat samma läkare vid minst tre fjärdedelar (75 %) av besöken.

Indikatorn speglar: resultat, hälso- och sjukvårdsförebyggande, behandling av manifest sjukdom, patientfokuserad. Data rullande 12 från journal.

Erfarenheter att hitta en indikator som speglar den i primärvården så viktiga kontinuiteten men med utdata för ett år är inte givet. Kontinuitet spelar stor roll i ett längre perspektiv för kroniskt sjuka. För de med många besök är kontinuitet av stort värde varför vi valt ta ut data som vi gjort och nu provar. Naturligtvis spelar bristen på ordinarie läkare stor roll men även hur man organiserar arbetet. Oavsett dessa faktorer så är resultatet, om kontinuitet har skapats det som patienten ser som resultat.

Nationella diabetesregistret (NDR); andel diagnossatta diabetiker som sköts på enheten och som rapporterats till NDR. *Indikatorn speglar: process, behandling av manifest sjukdom, kunskapsbaserad och ändamålsenlig. Data årligen från journal och NDR.*

Erfarenheter utdata blir inte sannare än vad indata tillåter. När oväntade utdata dyker upp kan det finnas en förklaring även om man inte direkt kan säga vilken. Närmare analys kräver god kännedom om och noggrann genomgång av dataflödet. Man kan behöva söka vid källan i kliniken. Här varierar utdata starkt mellan enheterna och inte så få har en kvot på över 1,0 (till och med 2,0) d.v.s. det framstår som att man rapporterat fler diabetiker till NDR än man känner till! (fusk?).

En rimlig förklaring vi funnit (i östra norr botten) är att antalet inrapporterade diabetiker stämmer (täljaren stämmer) och att de i huvudsak rapporterats in via diabetessköterskorna. Nämnaren, antalet kända diabetiker, diagnossatta, som sköts på enheten hämtas ur primärvårds journalen. Det antalet tycks även det stämma men, det är färre än de som diabetessköterskorna rapporterat in till NDR. Diagnos sätts av hävd av läkare, de sätter diagnos när den ställs och använder diagnosen med sifferkod (ICD10) i journalen. Annan sjukvårdspersonal är inte förhindrad att ställa diagnos (förutsatt kompetens därtill etc.) och när det gäller redan fastställd diagnos kan den användas i dokumentationen, i journalen. Så bör ske men är inte än så länge praxis. I östra norrbotten kan stor del av förklaringen ligga i att diabetikerna som anmäldes via diabetessköterskorna inte hade sökbar diabetesdiagnos i primärvårdsjournalen. Den kan ha varit inadekvat satt eller satts på sjukhuset där patienten gått men där man nu remitterat över patienten till primärvården, men där inte fått diagnosen noterad i journalen och kanske inte ens hunnit träffa primärvårdsläkaren.

Vi valde att acceptera NDR som viktig för primärvården därför att den ger en bra bild över hur man på enheterna arbetar med en stor och viktig patientgrupp, de med metabolt syndrom. Vi valde även att enbart se på deltagande som mått på en process, om man är aktiv i att följa sina patienter. De enskilda parametrarna som blodtrycks nivåer och långtidsblodssocker (HbA1C) är värden av vikt på den enskilda enheten för diskussion om utfallet, för att jämföra sig med sig själv och eventuellt andra över tid. Men själva värdet säger mer om patientpopulationens socioekonomiska förhållanden än vårdcentralens prestation. Ytterligare erfarenhet är att överföringen av data till NDR är ett problem när det inte sker automatiskt. Det kompliceras av att patienten ska ge sitt godkännande. Men framför allt att NDR inte alls på samma sätt som ”den danska varianten” är ett stöd i den kliniska vardagen. NDR ses av många snarast som en tidskrävande pålaga. Dessutom finns en oro ute på enheterna om att deltagande i ytterligare sjukdomsregister ska åläggas dem utan att de ger dem bättre möjligheter att följa sina patienter.

PV-kvalitet; uppgift om enheten deltagit med minst två mätningar i kvalitetsregistret PVKvalitet. *Indikatorn speglar: process, behandling av manifest sjukdom, kunskapsbaserad och ändamålsenlig. Data årligen från PV-kvalitet.*

Erfarenheter det är stor efterfrågan på indikatorer som speglar hur primärvården hanterar patienter med vanliga sjukdomar. Det finns inget nationellt kvalitetsregister som ger svar på dylika frågor. Det närmaste vi kunde komma var PV-kvalitet, ett webbregister skapat av primärvårdsläkare för primärvården. Det återstår att se om det kan fylla förväntningarna.

Samverkan; enhetens närvarofrekvens, efter kallelse, vid samordnad vårdplanering inför utskrivning av patient. *(Denna indikator tar en av de strukna indikatorernas plats på 12 i topplistan). Indikatorn speglar: process, hemsjukvård patientfokuserad, effektiv. Data årligen från journal.*

Erfarenheter vi har ännu inte tillräcklig erfarenhet om denna indikator men hoppas att inte de små talens problematik ska sätta käppar i hjulet.

STD-Klamydia: antal analyserad prover avseende klamydia på patienter i åldern 15-25 år uppdelat på kön relaterat till samtliga listade på enheten i åldersgruppen 15-25 år. *(även denna indikator utgår pga. små tal och problem med utdata. Indikatorn speglar: process, hälso- och sjukvårdsförebyggande, jämlik. Data årligen men ej klart varifrån och hur.*

Erfarenheter i ett förebyggande perspektiv är det angeläget att finna former för hur följa och påverka ungdomars STD sjuklighet. Men i likhet med barn med övervikt blir talen i de här sammanhangen alltför små och varierande. Dessutom har det varit svårt och känsligt att komma åt individdata på ungdomsmottagningar och sedan presentera dem på enhetsnivå.

Tid till läkare inom sju dagar; enligt uppgift i Väntetider i Vården (ViV)

Indikatorn speglar: process, i tid. Data årligen från ViV.

Erfarenheter kriteriet är önskvärt men det sätt som data samlas in till indikatorn är helt oacceptabelt, Det är manipulerbar och sker inte med automatik. Indata är helt beroende av den enskilde läkaren. Dessutom tar den inte hänsyn till prioriteringar och kontinuitet. Dessa två parametrar borde vägas in i ett gemensamt index för att ge utdata som speglar kvaliteten på enhetens tillgänglighet till tid till läkare. Det är nödvändigt när primärvårdens läkarbrist i så stor utsträckning ställer efterfrågan om snar tid till läkare (av alla som så önskar osorterat) mot behov från svårt sjuka att komma till samma läkare.

Äldrekvot; Besök 80-åringar och äldre, andel besök i åldersgruppen relaterat till samtliga besök. *Indikatorn speglar: process, patientfokuserad, jämlik. Data årligen eller rullande 12 från journal.*

Erfarenheter vi har laborerat med olika namn, kvoter och åldersklasser för att se om vi kan finna en indikator som skvallrar om hur man prioriterar och organiserar sitt arbete för att tillgodo se de äldstas, de med störst behov av vårds behov.

Följande indikatorer var med i diskussionen men fick inte plats på den slutliga listan.

MPR vaccin andel 2-åringar som vaccinerats på enhetens BVC med MPR 1 (spruta1 mot mässling, påssjuka och röd hund). *Indikatorn speglar: resultat, hälso- och sjukvårdsförebyggande, kunskapsbaserad och ändamålsenlig. Data årligen från journal.*

Erfarenheter trots att detta är en OECD och Nordiskt Råds indikator har den inte fått prioritet. I Sverige samlas data in på landstingsnivå men så länge vaccinationsfrekvensen är hög och stabil är man nöjd. Att bryta ned data på enhetsnivå är inte aktuellt i dag.

Palliativ vård/pal andel patienter med diagnosen palliativ vård, Z515, som har en PAL, (patientansvarig läkare i primärvården). *Indikatorn speglar: struktur, säker, patientfokuserad. Data årligen från journal.*

Erfarenheter här spelar organisationen roll, det ser nu alltför olika ut i våra fyra landsting. I Jämtland finns en central resurs under ledning av organspecialister som ”sköter –leder” den palliativa vården där de enskilda primärvårdsläkarna spelar ringa roll. I Västerbotten har man en utvecklad hospice verksamhet, i norrbottens har man på väg med satsningar etc. Nedbrutna data på varje enhet är för få och inte jämförbara.

Sjukskrivning; andelen deltidssjukskrivna patienter i förhållande till andelen heltidssjukskrivna. *Indikatorn speglar: process, behandling av manifest sjukdom, kunskapsbaserad och ändamålsenlig. Data årligen från journal.*

Erfarenheter mycket har hänt och kommer att hända på detta område varför vi valt att avvakta.

Läkemedelsindikatorer

Samtliga indikatorer speglar: resultat, hälso- och sjukvårdsförebyggande och eller behandling av manifest sjukdom, de är kunskapsbaserade och ändamålsenliga, säkra. Data stammar från det statliga apoteksservice bolaget som levererar data om uthämtade läkemedel till respektive landstings statistiksystem varifrån sammanställning föreslås ske varje kvartal.

Erfarenheter vi saknar erfarenheter av de föreslagna indikatorerna, men sakkunniga som har erfarenhet av att hämta ut motsvarande data, menar att det ska gå bra och ge värdefull information.

Norra regionens läkemedelskommittéer har tagit fram förslag på kvalitetsindikatorer inom tre områden där klok läkemedelsförskrivning är viktig för folkhälsan. Samtliga dessa kvalitetsindikatorer är lätta att mäta och följa genom statistik av uthämtade läkemedel. Indikatorn mäter listade patienters konsumtion av läkemedel och därmed ej bara enhetens förskrivning. Mätning avser områden där primärvårdens förskrivning kraftigt dominerar.

Läkemedelsindikator 1

Sammanlagd förskrivning av hypertoniläkemedel och statiner till patienter 40-å.

I täljaren antalet ddd för följande fem grupper läkemedel, tiazider, ACE-hämmare, kalciumflödeshämmare, betablockerare och ARB i följande specifika ACT grupper: C03AA,

C03AB, C03EA, C07, C08 och C09. Samt för statiner ATC-grupp C10AA för personer 40å listade på enheten.

I nämnaren alla individer över 40 års ålder som är listade på enheten.

Detta är läkemedel som har gott vetenskapligt stöd vid hjärtkärlsjukdomar som är den vanligaste dödsorsaken i Sverige. Även om en enhet satsar mycket på icke-farmakologisk behandling kvarstår alltid ett behov av behandling med dessa läkemedelsgrupper. När läkemedelsbudgeten läggs ut till enskild vårdcentral blir det viktigt att markera att medicinsk viktig behandling inte ska inskränkas av ekonomiska skäl.

Måttens styrkor: Mäter behandling och prevention av den sjukdomsgrupp som står för den största mortaliteten. Många patienter ger minskad slumpvariation mellan enheter.

Primärvården har huvudansvar för förskrivning av dessa läkemedel.

Måttets svagheter: Justerar inte för skillnader i sjuklighet och behandlingsbehov mellan enheter som beror på skillnader i socio- ekonomiska faktorer eller på skillnader i åldersammansättning inom den definierade åldersgruppen.

Läkemedelsindikator 2

Olämpliga läkemedel för äldre

Äldre och olämpliga läkemedel: antikolinergika, neuroleptika och benzodiazepiner till patienter över 75 år.

I täljaren antal ddd av i fråga varande läkemedel och i nämnaren antalet 75å listade på enheten.

Dessa läkemedel medför risker för äldre multisjuka med bland annat kognitiva biverkningar och risk för fall (1) Nyligt publicerad undersökning för socialstyrelsen (2) visar att de fortfarande används i för stor utsträckning. De läkemedel som ingår är antikolinergika, neuroleptika och benzodiazepiner. Ingående ATC-koder på neuroleptika och benzodiazepiner är N05A, N05BA och N05CD. Vad som avses med antikolinergika är ej helt lätt att definiera. Vi föreslår att till en början listan som återfinns i Socialstyrelsens ”Indikatorer för utvärdering av äldres läkemedelsterapi” från 2003 används (3).

Måttets styrkor: Det ger en helhet över hur respektive verksamhet arbetar med denna typ av läkemedel. Enskilda läkemedel som ges av relevanta skäl stjälp inte helheten.

Måttets svagheter: Det kan vara svårt att veta relevansen av ett mått med flera läkemedelsgrupper. Patienter med relevant läkemedelsbehandling kan påverka mätetalet på ett negativt sätt, tex. äldre schizofrena patienter med relevant neuroleptikabehandling. Vi kan inte lokalt se om samma individ får flera läkemedel av olämplig typ.

Läkemedel 3a

Luftvägsantibiotika till barn 0-6 år

I täljaren antalet reciper till barn 0-6 år avseende V-penicillin, som är listade på enheten.

I nämnaren antal reciper till barn 0-6 år avseende luftvägsantibiotika listade på enheten. Med luftvägsantibiotika avses V-pencillin, amoxicillin, amoxicillin + klavulansyra, cefalosporiner samt makrolider. ATC koder som ingår är J01CE02, J01CA04, J01CR02, J01DB, J01DC, J01DE och J01FA.

Problemen med antibiotikaresistensen ökar samtidigt som det ej registreras nya antibiotika (1). Antibiotika bör därför förskrivas restriktivt endast på relevanta indikationer och med smalast möjliga spektrum. I nationella öppna jämförelser (2) följer man procentandel PcV av luftvägsantibiotika förskrivet till barn 0-6 år. Vi föreslår att man ska följa detta mått också i norra regionen. Vi föreslår också att man mäter hela konsumtionen av luftvägsantibiotika i denna åldersgrupp. Med luftvägsantibiotika avses V-pencillin, amoxicillin, amoxicillin + klavulansyra, cefalosporiner samt makrolider. ATC koder som ingår är J01CE02, J01CA04, J01CR02, J01DB, J01DC, J01DE och J01FA.

Måttets styrkor: När mätetalet recipe används undviker vi att enskilda patienter med relevant långtidsbehandling alternativt höga doser påverkar utfallet negativt för en enskild verksamhet. Delvis samma mått som används i öppna jämförelser. Huvudförskrivningen av antibiotika till barn sker från primärvården

Måttets svagheter: Eftersom vi inte har uppgifter om förskrivningsorsak har vi inte möjlighet att i mätetalet fånga endast luftvägsinfektioner. Vi har inte uppgifter om odlingsvar, pc-allergi etc., varför vi tex. inte kan säga hur stor del av antibiotika som bör vara pcV.

Problemet med resistensutveckling återfinns för alla antibiotika inte bara de som används vid luftvägsinfektioner

Datafångst

Se bilagor

Nu har vi fått ut och sammanställt data för varje indikator på enheterna, vårdcentraler och hälsocentraler, i norra regionen. Bristande utdata finns i Jämtland. Se sammanställning för respektive landsting.

Redovisning landsting/landsting, se bilagor.

Redovisning NII

Redovisning VII

Redovisning LVN

Redovisning JII

Övergripande erfarenheter

Vår uppgift och målsättning var att föreslå ett dussin kvalitetsindikatorer gemensamma för primärvården i Norra regionen där automatisk datafångst (ur journaler mm) utan extra arbetsinsats skulle vara en förutsättning.

Nu snart två år senare, med mycken möda och en del besvär, har vi utdata som vi med lite ödmjukhet kan kalla resultatindikatorer med relation till kvalitet och där vi tror att data framöver kan bli sanna. Några kan duga för att P4P (pay for performance) men kanske heller P4E (pay for engagement, betala för åtagande) för att utveckla indikatorer, det kostar på. P4P tillämpas i England och nu även i en del landstings Vårdval och innebär att ersättning utgår i relation till hur uppsatta prestationsmått uppnås.

Vår första viktiga erfarenhet är att indikatorer måste utvecklas i klinisk primärvård av kliniker med stöd av många andra.

Det går inte att bara sitta vid ett skrivbord eller på möten och önska, oavsett hur erfaren och noggrann man än är med definitioner med mera.

Verkligheten blir påtaglig när man ska operationalisera indikatorn och börja hämta ut data. Då behöver man hjälp av dem som kan hur primärvården fungerar, hur dokumentationen sker, hur datajournalen är uppbyggd och hur man kan få ut data. När data ska tolkas behöver man återgå till sin grupp samt ta hjälp av dem som är vana av att ta ut data och tolka samt presentera dem.

När man arbetar med flera landsting ökar komplexiteten, både vad det gäller hur primärvården är organiserad. Hel – del ädel, med eller utan egna vårdplatser, relation och arbetsfördelning relaterat till sjukhusen är exempel på faktorer som inverkar. Hur, när och var data hämtas och lagras påverkar och naturligtvis spelar journalsystemet, både hur det är konstrueras och hur

det nyttjas avgörande roll. Men om vi menar allvar med att det ska gå att jämföra vårdenheter måste vi kunna hantera dessa problem inte bara i vår region utan i hela riket.

Varför sitter de flesta landsting primärvård på egen kammare och försöker lösa samma problem? Varför finns ingen kraftfull nationell samling och satsning i detta sammanhang? Varför har vår och andras begäran om stöd och uppbackning lämnats obesvarad?

Ett annat problem är hur finna indikatorer om hur vi i primärvården sköter våra patienter och inte bara deras sjukdomar.

Primärvården kännetecknas av att patienterna är de samma och sjukdomarna komma och gå. I den specialiserade sjukvården är sjukdomarna de samma men patienterna komma och gå. (Iona Heath, engelsk GP). Då kan vi inte mäta vad som sker med våra patienter genom att tappa primärvårdsjournalen på data till ett antal nationella sjukdomsregister och då tro att problemet löser sig. Här behöver vi nya idéer.

Ett stort problem är brist på enhetlig informationsstruktur och ett trask av termer och begrepp.

Alla i primärvården har i dag datoriserade journaler men vi använder dem på liknande sätt som då vi skrev dem för hand på papper. Ny dokumentation vid varje tillfälle med ringa struktur, ofta med fritext och varje kategori för sig innebär snarast regelmässigt med onödiga upprepningar med att virrvarr av termer och begrepp. Sällan används homonymer men ofta inte helt överlappande synonymer. Värdetabeller används med egen konstruktion, där man kan vara osäker på definitioner och vad som är upp och ner, för att nämna några problem.

Skillnaden på mjukvaran (olika datajournal) och hur man använder sig av den borde inte spela någon större roll. Men det gör det när man ska söka ta ut data som kan lagras på olika sätt, i journalerna eller i datalager eller i andra angränsande register. I Danmark med ett begränsat antal datajournaler som kan leverera data på standardiserat sätt kan till och med patienterna gå in på Sundhetsstyrelsens portal och se sina mediciner, labdata och till och med vem som läst journalen.

Kvalitetsutveckling och kvalitetsgranskning - kontroll i primärvården släpar efter den i andra länder och inte minst jämfört med utvecklingen i den specialiserade sjukvården i Sverige. Möjligheterna att i primärvården följa vad som sker med patienterna ned på enhetsnivå är mycket bristfälliga. Att följa vad som sker med olika sjukdomar inom den specialiserade sjukvården är en helt annan. Där finns i dag 69 nationella kvalitetsregister som i många år fått ekonomiskt stöd. Psykiatrin har under flera års tid fått stöd, 35 miljoner kronor, för att komma igång på detta område. Kan utebliven motsvarande satsning på primärvården bero på att beslutsfattare anser att utveckling inte behövs där!?

Kanske tror man att utvecklingen av kvalitetsarbetet som indikatorer med mera ska ske av sig självt i primärvården eller så hoppas man att man kan kopiera den specialiserade sjukvårdens metoder till primärvården. Kan det vara så att man tror att om bara tekniken så medger så kan man tappa primärvårdsjournalen på data till ett antal nationella sjukdomsregister så löser sig problemet?

Vi behöver nationell samverkan, kanske kan via PV-forum vara en väg. Kanske öppnar Vårdvalet en möjlighet? Det finns en liten grupp som arbetar tillsammans under SKLs ledning med att följa och stödja arbetet med vad mäta i det nya Vårdvalet. Varje landsting söker i dag närmast desperat efter resultat och kvalitetsmått för att följa och styra i Vårdval. Om man

summerar alla landstings önskemål om vad mäta kan man tro att det nya mantrat blir ”leda för att mäta”.

Bilagor

Sammanfattningen separat

Detaljerad definition av indikatorerna

Utdata för respektive indikator på enhetsnivå för respektive landsting

Bruttolistan