LÅNGTIDS-
UTREDNINGEN
Hälso- och sjukvården
2040

PERSPEKTIVRAPPORT

Hälso- och sjukvårdens kvalitet



Region Stockholm

Långtidsutredningen Hälso- och sjukvården 2040
Andra delrapporten: Hälso- och sjukvårdens kvalitet
Björn Wettermark, utredare och docent, hälso- och sjukvårdsförvaltningen.
Anne Siltamäki, utredare, hälso- och sjukvårdsförvaltningen.
Projektledare: Yvonne Lettermark, hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Yvonne.Lettermark@sll.se
29 januari 2020

Innehåll

Definitioner och förkortningar ... 4

Framtidsbild och sammanfattande analys ... 5

1. Introduktion ... 6

2. Metod ... 8

3. Utveckling och nuläge ... 10
- 3.1 Behov, efterfrågan och utbud ... 10
- 3.2 Många vill följa upp kvaliteten i vården ... 12
- 3.3 Kvalitetsregister och annan uppföljning ... 13
- 3.4 Lärande hälso- och sjukvårdssystem ... 15
- 3.5 Övergripande rapporter om kvaliteten i vården ... 15
- 3.6 Kunskapsbaserad vård ... 17
- 3.7 Säker vård ... 23
- 3.8 Tillgänglig vård ... 24
- 3.9 Individanpassad vård ... 26
- 3.10 Jämlik vård. ... 27
- 3.11 Effektiv vård ... 29

4. Framtid ... 31
- 4.1 Kunskapssutveckling ... 31
- 4.2 Precisionsmedicin (personalized medicine) ... 32
- 4.3 Big Data och AI ... 33
- 4.4 Synen på kvalitet och målkonflikter ... 34
- 4.5 Digitalisering möjliggör bättre kvalitet men skapar också nya risker ... 35
- 4.6 Styrning mot ökad kvalitet ... 36

5. Diskussion ... 37

6. Slutsatser ... 39

Bilaga 1: Långtidsutredningen Hälso- och sjukvården 2040 ... 40

Bilaga 2: Källor ... 42

Definitioner och förkortningar

Big Data
Digitalt lagrad information i en så stor mängd att den inte går att bearbeta med traditionella databasmetoder

Casemix
Olikheter i patientsammansättning mellan vårdgivare eller regioner som kan göra att kvalitetsjämförelser inte blir rättvisande om de inte justeras

DALY
Disability-Adjusted Life Years

God Vård
Socialstyrelsens modell för kvalitetsuppföljning som förespråkar att vården skall vara kunskapsbaserad, säker, individanpassad, effektiv, jämlik och tillgänglig

HSN
Hälso- och sjukvårdsnämnden

HS 2040
Långtidsutredningen Hälso-och sjukvården 2040

IOM
Institute of Medicine, USA

Kvalitet
Grad till vilken inneboende egenskaper uppfyller krav (ISO9000)

Kvalitetsindikator
Ett mått för vilket det finns evidens eller konsensus om att man mäter kvalitet

MJG
Markörbaserad journalgranskning, en metod att mäta förekomsten av skador i vården

Målvärde
Önskat värde att uppnå för en indikator

MYVA
Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

NPK
Nationell PrimärvårdsKvalitet

OECD
Organization for Economic Co-operation and Development

PPM
Punktprevalensmätning

PREM
Patient Reported Experience Measures

PROM
Patient Reported Outcome Measures

PSL
Patientsäkerhetslagen

RCC
Regionala cancercentrum

SCB
Statistiska Centralbyrån

SKR
Sveriges Kommuner och Regioner. Tidigare Sveriges Kommuner och Landsting, SKL

SoS
Socialstyrelsen

SV
Standardiserade vårdförlopp, används inom cancervården. Inom övriga sjukdomsområden används begreppet personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp

USV
Universitetssjukvård

ÖJ
Öppna Jämförelser

Framtidsbild och sammanfattande analys

Detta är en av flera delrapporter som kommer att utgöra underlag för en samlad slutrapport från utredningen Hälso- och sjukvården 2040. Denna delrapport belyser hur hälso- och sjukvårdens kvalitet har utvecklats i Stockholms län och vad som kan förväntas ske i framtiden.

Det är fortfarande mycket vi inte vet om hälso- och sjukvårdens kvalitet och orsaker till att den brister.

Hundratals rapporter har skrivits om kvaliteten i hälso- och sjukvården, tusentals indikatorer används regelbundet för att följa upp den och jämförelser av regioner, sjukhus och vårdcentraler publiceras ofta i media. Ändå är det fortfarande mycket vi inte vet om kvalitet och orsaker till att den brister och effekterna av olika insatser för att förbättra den.

Tillgänglighet och patient-säkerhet har förbättrats rejält över tid.

Utmaningarna i vården är i mångt och mycket de samma som beskrivits förr. Det mesta har dock blivit bättre. Såväl medicinska resultat som tillgänglighet och patient-säkerhet har förbättrats rejält över tid. Paradoxalt nog är såväl vårdgivarnas som befolkningens upplevelser tvärtom att vården är i kris och att den har blivit sämre. Något som kan förklaras med kunskapsutvecklingen, förändrade förväntningar på vården och den ökade tillgången till data över vårdens kvalitet och effektivitet.

Behandlingar kommer att kunna individanpassas och bli mer effektiva.

Det är mycket som talar för att vi står inför ett paradigmskifte. Kunskapsutvecklingen i samhället, den digitala utvecklingen och en förändrad patientroll kommer att ge ökade möjligheter att snabbt förbättra kvalitet och patientsäkerhet. Vi kan troligen se fram emot vassare beslutsstöd integrerade i vårdinformations systemen som underlättar diagnossättning och hänvisning av patienter till rätt vårdform. Behandlingar kommer i större utsträckning att kunna individanpassas och bli mer effektiva. Tillgången till digital information kan också leda till förbättrade strategier för prevention, ökad trygghet och kontinuitet för den enskilda patienten.

Det är viktigt att alla aktörer tar tillvara den kunskap som finns om hur kvaliteten förbättras.

Förbättrade verktyg leder dock inte per automatik till en förbättrad kvalitet. Det finns nya, hittills okända utmaningar kring patientsäkerheten och risken är stor att stuprörstänkande, kortsiktiga besparingar, otydlig rollfördelning och ogenomtänkta satsningar leder till en försämrad kvalitet. Det är därför viktigt att alla aktörer – politisk ledning, tjänstemän inom centrala förvaltningar, vårdgivare och patienter – tar tillvara all den kunskap som finns om hur man förbättrar kvaliteten inom hälso- och sjukvården. Samverkan mellan sjukvård, akademi och näringsliv är också viktigt för att skapa ett innovativt klimat där nya idéer och utveckling stimuleras.

1. Introduktion

Långtidsutredningen HS2040 belyser olika perspektiv på hälso- och sjukvården. Denna delrapport belyser perspektivet hälso- och sjukvårdens kvalitet.

Rapporten utgår från Socialstyrelsens modell för kvalitetsuppföljning av god vård och omsorg som förespråkar att vården skall vara kunskapsbaserad, säker, individanpassad, effektiv, jämlik och tillgänglig (figur 1).

Kvalitet är ett positivt värdeladdat begrepp som kan tolkas på många olika sätt. En allmän definition är att kvalitet speglar alla sammantagna egenskaper hos en produkt eller tjänst som ger den dess förmåga att tillfredsställa uttalade eller underförstådda behov. Vad som de facto är god kvalitet varierar därmed beroende på vilken verksamhet det gäller och ur vems perspektiv som bedömningen görs.

I Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården definieras kvalitet som »grad till vilken en verksamhet uppfyller ställda krav«. Socialstyrelsens kvalitetsmodell ”God Vård” utgår från det övergripande målet för hälso- och sjukvården enligt hälso- och sjukvårdslagen, en god hälsa och en vård på lika villkor. Modellen bygger i sin tur på det ramverk som tagits fram av Institute for Healthcare Improvement i USA som betonar att alla hälso- och sjukvårdssystem har tre övergripande mål, att:

- förbättra befolkningens hälsa
- förbättra kvaliteten och patienternas upplevelser av vården
- hushålla med begränsade resurser

Det har skrivits hundratals rapporter om kvaliteten i Stockholms läns hälso- och sjukvård. En av dem var *Långtidsutredningen 2008–2025* som belyste kvalitetsbristkostnader och vikten av att arbeta med ständiga förbättringar med metoder som Lean, Six Sigma och genombrottsmetoden. Rapporten beskrev även utvecklingen kring patientsäkerhet och lyfte fram behovet av att göra data tillgängliga för att befolkningen skulle få en bättre insyn i vården.

Mycket av det som skrevs är lika relevant idag, kostnaderna för bristande kvalitet är höga och det finns ett stort förbättringsutrymme. Samtidigt har mycket utvecklats positivt och möjligheterna att fortsätta förbättra kvaliteten i vården är stora tack vare kunskapsutvecklingen, den nationella satsningen på kunskapsstyrning, den digitala utvecklingen och en förändrad patientroll.

Denna delrapport tar framförallt sin utgångspunkt i den utveckling som skett kring kvalitet och förbättringsmetodik efter förra långtidsutredningen. Kvalitet hänger nära samman med andra perspektiv, alltifrån utveckling av behov och folkhälsa till vårdstruktur, styrning, kompetensförsörjning, forskning och digitalisering, något som beskrivs i utredningens övriga delrapporter.

Figur 1. Modell för kvalitetsuppföljning av vård och omsorg.

Kunskapsbaserad	Säker	Tillgänglig	Individanpassad	Jämlik	Effektiv
Vården och omsorgen ska baseras på bästa tillgängliga kunskap och bygga på både vetenskap och beprövad erfarenhet.	Vården och omsorgen ska vara säker. Riskförebyggande verksamhet ska förhindra skador. Verksamheten ska också präglas av rättssäkerhet.	Vården och omsorgen ska vara tillgänglig och ges i rimlig tid. Ingen ska behöva vänta onödig tid på den vård som han eller hon har behov av.	Vården och omsorgen ska ges med respekt för individens speciella behov, förväntningar, och integritet. Individen ska ges möjlighet att vara delaktig.	Vården och omsorgen ska tillhandahållas och fördelas på lika villkor för alla.	Vården och omsorgen ska utnyttja tillgängliga resurser på bästa sätt för att uppnå uppsatta mål.



2. Metod

Denna delrapport bygger på kunskap från tidigare rapporter och analyser om hälso- och sjukvårdens kvalitet i Region Stockholm, nationellt och internationellt.

Syftet med rapporten är att skapa en bred kunskapsbas inför diskussionen om framtiden. Den baseras i huvudsak på publicerade analysrapporter och utredningar som gjorts inom Region Stockholm eller av olika myndigheter samt på relevant vetenskaplig litteratur. I rapporten ingår även sammanställning av kvalitetsdata från befintliga nationella och regionala databaser. En dialog har också förts med ett stort antal experter med lång erfarenhet av kvalitetsutveckling.

Delrapporten beskriver utvecklingen sedan millennieskiftet. Framtidsutblicken bygger på en analys av befintliga trender och en bedömning av hur dessa kan påverkas av framtida förändringar som en följd av till exempel digitalisering, globalisering och en förändrad syn på hälsa och sjukdom.

Rapporten är uppställd i kapitel utifrån de sex kvalitetsdimensionerna i Socialstyrelsens modell för kvalitetsuppföljning av god vård och omsorg (figur 1). I avsnittet om kunskapsbaserad vård redovisas fördjupade analyser för sex diagnos-/patientgrupper som står för en stor del av det totala antalet vårdbesök och vårdtillfällen:

- Infektionssjukdomar
- Kroniska sjukdomar
- Skador, olyckor
- Förlossningsvården
- Psykisk ohälsa
- Multisjuka äldre

Varje kvalitetsdimension inleds med en sammanfattning av kunskapsläget, hur Region Stockholm ligger till jämfört med övriga regioner, hur utvecklingen sett ut sedan millennieskiftet samt den aktuella trenden baserad på senaste årens mätningar. Färgsättningen förklaras i figur 2.

Bedömningarna baseras på utvecklingen för olika *kvalitetsindikatorer*. En kvalitetsindikator kan definieras som ett mått för vilket det finns evidens eller konsensus om att man mäter kvalitet. Med evidens menas att indikatorn har stöd i relevant forskning, aktuella vårdprogram eller andra rekommendationer. Med konsensus menas att de som skall använda indikatorn anser den vara ett mått på kvalitet.

Figur 2. Förklaring till rapportens bedömning av olika kvalitetsperspektiv.

Kunskapsläge

- Vad vet vi om detta kvalitetsperspektiv?
- Finns det indikatorer?
- Vad vet vi om orsaker till brister?

Bristande kunskap

Ofullständig kunskap eller täcker bara delar

God kunskap

Sthlm vs riket

- Hur hamnar Region Stockholm jämfört med andra regioner utifrån analyser och mått i nationella jämförelser?

Sämre än riket (lägsta kvartilen)

Kring riksgenomsnittet (kvartil 2–3)

Bättre än riket (högsta kvartilen)

Utveckling/Aktuell trend

- Utveckling sedan millennieskiftet
- Aktuell trend senaste åren

Kraftig förbättring

Svag förbättring

Varken eller

Svag försämring

Kraftig försämring



Tusentals kvalitetsindikatorer används för att följa upp hälso- och sjukvården i Sverige. Några av dem finns tillgängliga via SKR:s webbplats ”Vården i siffror” där det i oktober 2019 redovisades resultat för 760 indikatorer baserade på data från 26 olika register. Det finns dock fler än 100 nationella kvalitetsregister, hundratals andra nationella, regionala och lokala register samt andra datainsamlingar som också används för att följa upp kvalitet. Ändå speglar de kvalitetsindikatorer som finns endast en bråkdel av vårdens kvalitet.

Flera av dessa mått är enklare markörer/nyckeltal för jämförelser mellan enheter samt rena mått på kostnader och volymer. Det är inte alltid dessa uppfyller kraven för att kallas en kvalitetsindikator. Inom vissa vårdområden används enbart ett fåtal indikatorer och andra verksamheter saknar helt en systematisk uppföljning av kvalitet och resultat. Få indikatorer mäter patienternas behov och förväntningar. En uppföljning med kvalitetsindikatorer blir därmed lite som att söka under lampans ljus. Den digitala utvecklingen och en förändrad patientroll kommer dock att leda till stora förändringar i hur vi mäter kvalitet och arbetar för att förbättra den.

3. Utveckling och nuläge

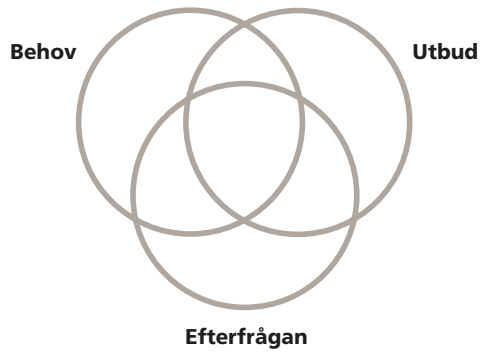
Detta avsnitt belyser utveckling och nuläge för hälso- och sjukvårdens kvalitet utifrån de olika dimensionerna i God Vård.

För att bedöma kvaliteten är det viktigt med en översiktlig bild över vilka sjukdomar befolkningen har och hur sambandet ser ut mellan behov, efterfrågan och utbud. Avsnittet inleds därför med en allmän introduktion.

3.1 Behov, efterfrågan och utbud

Hälsa kan definieras som ”ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte enbart frånvaron av sjukdom eller funktionsnedsättning” (WHO). Med ett naturvetenskapligt synsätt kan hälsa anses vara lika med frånvaro av sjukdom, medan hälsa ur ett humanistiskt perspektiv snarare handlar om individens upplevelse av sitt välbefinnande. Behov är därmed inte detsamma som efterfrågan av vård och överensstämmer inte alltid med vårdutbudet (figur 3). Upplevda behov motsvarar inte heller alltid det som i medicinsk mening anses vara vårdbehov.

Figur 3. Sambandet mellan sjukvårdsbehov, efterfrågan och utbud.



Befolkningens vårdbehov och efterfrågan av vård förklaras av många olika faktorer där demografi spelar en viktig roll, men även sociala faktorer, arbetsliv, levnadsvanor, värderingar och attityder. Utvecklingen inom medicinteknik, läkemedel och digitala tjänster har också en stor betydelse, liksom strukturförändringar och förändrade styrsystem inom vården. Eftersom dessa faktorer förändras över tid, ändras också synen på vad som är kvalitet.

Sjukdomsbörda och sjuklighet

Hälsa och sjukdom kan beskrivas på olika sätt och synen på vad som är sjukt och friskt har ändrats över tid. Ett vanligt använt begrepp är sjukdomsbörda mätt i DALY, Disability-Adjusted Life Years, där en DALY motsvarar ett förlorat år av hälsosamt liv. Den samlade sjukdomsbördan i regionen förklaras idag till 86 % av kroniska icke-smittsamma sjukdomar, till 9 % av skador och till 5 % av infektioner. Detta beskrivs mer utförligt i utredningens delrapport *Patienten, invånaren och behoven*.

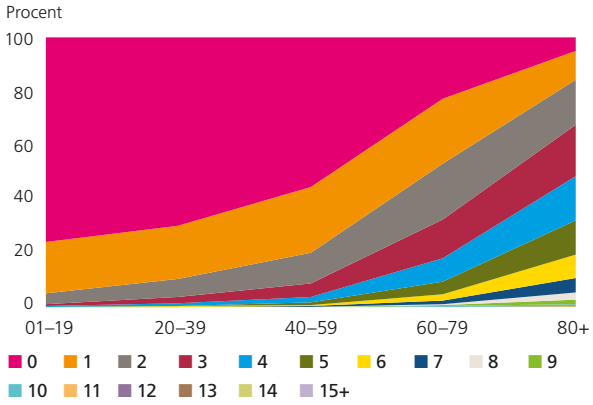
Varje år har fyra av fem invånare i länet minst en kontakt med vården. En liten del av de som söker vård står dock för en stor del av vårdkostnaderna. Den vanligaste diagnosen som registrerades under 2017 var hypertoni (högt blodtryck) följt av smärta (tabell 1). Bland vanliga sjukdomar i befolkningen återfinns hjärt-kärlsjukdomar, diabetes, infektioner, olika typer av smärta, hosta och olika former av psykisk ohälsa. Eftersom alla invånare med kronisk sjukdom inte gör årliga besök och får en diagnos registrerad i vården är förekomsten av sjukdomarna de facto högre i befolkningen än vad som framgår av statistiken.

Tabell 1: De vanligaste registrerade diagnoserna 2017. Andel av alla folkbokförda i länet som fick diagnosen registrerad någonstans i vården, minst en gång under året.

Plats	ICD	Diagnos	Kvinnor Antal	(%)	Män Antal	(%)	Totalt
1	I10	Hypertoni	116 851	10,1%	106 382	9,2%	223 234
2	M79	Smärta, ospecifik	114 027	9,9%	72 705	6,3%	186 733
3	J06	ÖLI/laryngofaryngit	90 033	7,8%	66 711	5,8%	156 744
4	M54	Lumbago/ischias/ryggvärk	81 523	7,1%	52 668	4,6%	134 192
5	R10	Buksmärtor	69 423	6,0%	34 822	3,0%	104 245
6	F41	Ångesttillstånd	58 884	5,1%	26 932	2,3%	85 816
7	E11	Diabetes typ-2	33 282	2,9%	46 118	4,0%	79 400
8	M25	Ledvärk	44 746	3,9%	29 693	2,6%	74 440
9	R05	Hosta	39 359	3,4%	31 609	2,7%	70 968
10	R52	Smärta – akut eller kronisk	44 638	3,9%	25 771	2,2%	70 409
11	J45	Astma	35 516	3,1%	28 150	2,4%	63 666
12	R53	Sjukdomskänsla och trötthet	41 239	3,6%	18 347	1,6%	59 586
13	F43	Stress/utmattning	41 932	3,6%	14 036	1,2%	55 968
14	E03	Hypotyreos	46 549	4,0%	7 875	0,7%	54 424
15	J03	Tonsillit	30 336	2,6%	23 982	2,1%	54 318
16	F32	Depression	33 544	2,9%	17 246	1,5%	50 791
17	N30	Cystit	44 924	3,9%	5 562	0,5%	50 487
18	I48	Förmaksflimmer	20 547	1,8%	26 425	2,3%	46 972
19	B34	Virusinfektion	26 036	2,3%	20 700	1,8%	46 736
20	G47	Sömnstörning	26 707	2,3%	19 430	1,7%	46 137
21	E78	Hyperlipidemi	21 456	1,9%	23 515	2,0%	44 971
22	H25	Katarakt	25 729	2,2%	17 642	1,5%	43 371
23	H40	Glaukom	25 476	2,2%	17 374	1,5%	42 850
24	R23	Hudförändringar	24 873	2,2%	17 604	1,5%	42 477
25	L30	Eksem	23 843	2,1%	18 054	1,6%	41 897
26	H61	Vaxpropp	20 587	1,8%	19 394	1,7%	39 981
27	N39	Inkontinens/andra sjd i urinorganen	29 984	2,6%	9 233	0,8%	39 218
28	F90	ADHD	16 969	1,5%	21 925	1,9%	38 894
29	R07	Bröstsmärta	19 777	1,7%	18 935	1,6%	38 712
30	W01	Fallskada	21 437	1,9%	16 482	1,4%	37 919
31	D22	Melanocytnevus	22 468	1,9%	13 521	1,2%	35 989
32	N95	Klimakteriebesvär	35 781	3,1%	2	0,0%	35 783
33	J30	Rinit	18 228	1,6%	17 282	1,5%	35 510
34	K59	Funktionsrubbningar i tarmen	20 837	1,8%	14 445	1,3%	35 282
35	R42	Yrsel & svindel	23 052	2,0%	11 789	1,0%	34 841
36	H66	Mellanöreinflammation	17 537	1,5%	16 979	1,5%	34 516
37	R06	Onormal andning	16 968	1,5%	16 119	1,4%	33 087
38	R51	Huvudvärk	21 624	1,9%	11 191	1,0%	32 815
39	H10	Bindhinneinflammation	18 038	1,6%	14 748	1,3%	32 786
40	E66	Fetma	20 074	1,7%	11 397	1,0%	31 471

Ju äldre vi blir desto fler olika sjukdomar får vi. En fjärdedel av alla barn och ungdomar (0–19 år) i länet hade minst en registrerad diagnos under 2017 (figur 4). Bland äldre över 80 år hade en fjärdedel fem eller fler diagnoser.

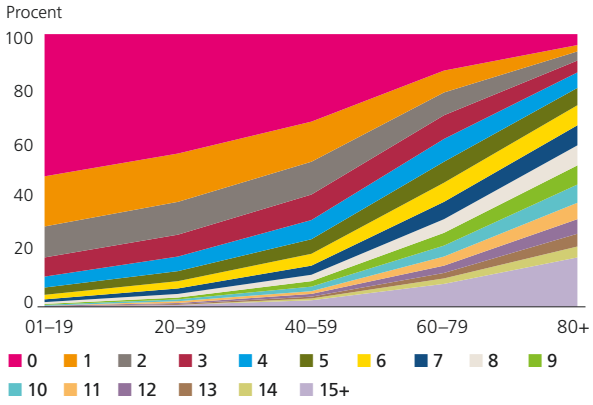
Figur 4. Antal diagnoser per individ i olika åldersgrupper, 2017.



Källa: rapport Primärvårdens roll i sjukvårdssystemet.

På motsvarande sätt var det nästan hälften av alla barn och ungdomar som hämtade ut minst ett receptbelagt läkemedel under 2017 (figur 5). Hälften av alla äldre över 80 år hämtade ut 8 eller fler olika läkemedel under året.

Figur 5. Antal uthämtade läkemedel per person i olika åldersgrupper, 2017.



Källa: rapport Primärvårdens roll i sjukvårdssystemet.

3.2 Många vill följa upp kvaliteten i vården

Hälso- och sjukvårdens kvalitet berör oss alla och uppföljning görs av många aktörer med olika perspektiv. För den enskilde individen är ofta tillgänglighet, bemötande och medicinsk kvalitet allra viktigast. Medan andra kvalitetsdimensioner som jämlik och effektiv vård främst är intressant att följa upp på en övergripande nivå. Den kvalitetsuppföljning som görs i Region Stockholm idag sammanfattas kort nedan.

Beställaren tecknar vårdavtal och följer upp kvalitet

Finansiären har ett stort behov av att följa upp alla avtal som tecknats med vårdgivare och andra producenter. Avtalsuppföljningen sker med hjälp av produktionsstatistik och olika kvalitetsindikatorer, varav några är kopplade till ersättning med definierade målvärden. Utöver den årliga uppföljningen identifieras vårdgivare som inte uppfyller sitt uppdrag, vilket följs upp genom fördjupad granskning. Dagens uppföljning beskrivs i hälso- och sjukvårdsförvaltningens process för årlig avtalsuppföljning samt i förvaltningens ramverk för uppföljning av hälso- och sjukvård.

I vissa vårdavtal har ersättning kopplats till kvalitetsmått och i en så kallad målrelaterad ersättning. Denna typ av styrning har varit omdiskuterad och forskningen visar på både positiva och negativa effekter. I rapporten *Styrning i vården genom uppföljning av indikatorer på kvalitet och effektivitet (Anders Ahnell 2014)* föreslås alternativa former för ansvarsutkrävning. Dessa utgår från professioners egen motivation att skapa värde för patienterna, snarare än ekonomiska incitament kopplat till enskilda indikatorers utfall. Det lyfts även fram av en rapport från Tillitsdelegationen: *Med tillit växer handlingsutrymmet (SOU 2018:47)*.

Varje vårdgivare följer upp sin egen verksamhet

Enligt Socialstyrelsens föreskrift *Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS)* ska alla vårdverksamheter ha ett kvalitetssystem som är anpassat för den verksamhet som bedrivs hos vårdgivaren. Det varierar idag hur kvalitetsuppföljning genomförs av vårdgivarna. De flesta har ett aktivt arbete kring kvalitet och patientsäkerhet. Några beskriver resultatet i ett årligt kvalitetsbokslut och/eller en patientsäkerhetsberättelse (figur 6).

Central del i kunskapsstyrning

Kvalitetsuppföljning har även en central roll i arbetet med kunskapsstyrning i hälso- och sjukvården. Olika vårddata används för att identifiera förbättringsområden, prioritera mellan insatser och följa upp effekter av satsningar för att öka kvaliteten. Sedan flera år görs analyser av vårdgivarnas följsamhet till Kloka Listan och olika vårdprogram. Data återkopplas till

Figur 6. Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelser från några vårdgivare i Region Stockholm, 2017–2018.



vårdgivarna med personliga besök och via webben för att stimulera till ett lokalt kvalitetsarbete.

I regionernas nya nationella gemensamma system för kunskapsstyrning kommer det att bli ett ökat fokus på kvalitetsuppföljning. Regionala programområden ansvarar för övergripande analyser av kvaliteten i sjukvårdsregion Stockholm-Gotland och stödjer med hjälp av universitetssjukvårdsenheter, USV-enheter, vårdgivarna i deras systematiska förbättringsarbete.

Vissa specialistföreningar driver en utvecklad kvalitetsuppföljning inom sina specialiteter och kvalitetsregister har utvecklats för att vårdgivare skulle kunna följa upp sin egen kvalitet jämfört med andra vårdgivare. Totalt sett finns ett stort behov av utveckling av hur vi mäter kvalitet och hur alla de data som genereras i sjukvården används i förbättringsarbete. Det är först när identifierade brister leder till förbättringar som kvalitetsuppföljningen ger reell nytta.

Patienterna har begränsad insyn i vården

Tillgång till data för patienter och allmänheten är viktigt för att öka kvaliteten inom hälso- och sjukvården. Men det är även angeläget att befolkningen har full insyn i hälso- och sjukvårdens kvalitet så att förtroendet för att samhällets resurser används på bästa sätt bibehålls.

Historiskt sett har det funnits begränsade möjligheter för invånarna att få ta del av data kring vårdens kvalitet. Under 1990-talet började kvalitetsregistren publicera data öppet och sedan dess har media visat ett allt större intresse för detta. Med jämna mellanrum publiceras data från kvalitetsregister, patientenkäter och tillgänglighetsmätningar öppet i media.

Publika redovisningar av data har också varit en av drivkrafterna bakom SKR:s och Socialstyrelsens Öppna Jämförelser. Jämförelserna blir ofta utgångspunkt för offentlig debatt och leder till vidare analys och granskning av hälso- och sjukvården. På så vis kan de bidra till att stärka patienternas och medborgarnas ställning. I Region Stockholm har vissa data publicerats på 1177 Vårdguiden.

Det finns dock en stor utvecklingspotential både i hur data presenteras och hur de används som en del i förbättringsarbetet inom hälso- och sjukvården. Det är också viktigt att i högre grad öppna upp för möjligheten att låta patienter och allmänhet tycka till och dela med sig av sina erfarenheter av vården. Se exempel i figur 7.

Figur 7. Löpsedel från kvällstidning som rapporterar om kvalitetsdata.



3.3 Kvalitetsregister och annan uppföljning

Det finns många olika källor till information om kvaliteten i hälso- och sjukvården. Data kan hämtas från kvalitetsregister, vårdinformationssystemen, Socialstyrelsens hälsodataregister, regionernas patientadministrativa system eller direkt från patienter.

Inom många områden har den medicinska professionen själv tagit initiativ till att skapa register för kvalitetsuppföljning och forskning. De första registren, Svenska knäprotesregistret och Svenska Höftprotesregistret, skapades på 1970-talet. Först ut att visa sina resultat publikt var RIKS-HIA (registret för hjärtintensivvård).

För tio år sedan lyfte den statliga utredningen *Guldgruvan i hälso- och sjukvården* fram nyttan med kvalitetsregistren. I den gavs flera exempel på hur kvalitetsregister har bidragit till förbättrade resultat i sjukvården:

- Öppna jämförelser av hjärtinfarktvård och ortopedi har lett till förbättringar.
- Sjukvården använder bättre och mer långlivade proteser.
- Strokesjukvården har förbättrats.
- Barn med cancer lever längre än tidigare.
- Behandlingsresultaten vid ljumskbråcksoperationer har förbättrats.
- Antalet infektioner efter kataraktoperationer har halverats.

Figur 8. Utredningar om nationella kvalitetsregistren.



Under åren 2012–2016 satsade staten och SKR en och en halv miljard kronor på att ge registren förbättrade förutsättningar att utvecklas. Under 2017 redovisade Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, MYVA, sin utvärdering av denna satsning i rapporten *Lapptäcke med otillräcklig täckning*. Som namnet antyder så varierade registren stort i täckningsgrad och kvalitet. Det fanns stor förbättringspotential i val av tekniska lösningar, nyttjande av gemensamma beskrivningssystem och lösningar för integration med vårdinformationssystemen. MYVA påpekade även att styrningen har varit uppdelad och att det var svårt att bedöma om satsningen varit kostnadseffektiv.

Kvalitetsregistren har därefter tydligare integrerats i regionernas nya gemensamma nationella system för kunskapsstyrning.

I dag finns det 107 nationella kvalitetsregister i Sverige. De har utvecklats rejält sedan starten. Många erbjuder attraktiva webbrapporter för återkoppling av data och merparten av dem har inkluderat någon form av mått på patientrapporterade utfallsmått, så kallade PROM. Registren täcker en betydande andel av den somatiska hälso- och sjukvården, men det saknas register för flera sjukdomar, vårdkedjor som inkluderar flera olika vårdgivare beskrivs sällan och täckningsgraden är särskilt låg för primärvården, äldrevården, psykiatrin och tandvården.

För några år sedan skapades Nationell PrimärvårdsKvalitet (NPK) som ett stöd för kvalitetsarbete i primärvården. NPK samlar in strukturerade data från patientjournaler vid de vårdcentraler som anslutit sig till systemet och redovisar olika kvalitetsmått för jämförelser mellan verksamheter och för den egna verksamheten över tid. I NPK redovisas:

- 43 övergripande indikatorer med fokus på kontinuitet, levnads-vanor, samsjuklighet, prioritering, samverkan, äldre och läkemedel.
- 82 indikatorer för de kroniska sjukdomarna artros, astma, bensår, demens, depression/ångest, diabetes, förmaksflimmer, hjärtsvikt, KOL, kranskärlssjukdom, TIA/Stroke och hypertoni.
- 34 indikatorer för olika infektioner.

I oktober 2019 var cirka 180 av regionens 220 husläkarmottagningar anslutna till NPK. Även om indikatorerna är relevanta så finns det flera utmaningar. Det finns indikatorer och uppföljning endast för ett litet antal av alla de sjukdomar och tillstånd primärvården hanterar, täckningsgraden varierar hos de deltagande vårdcentralerna och det finns inte någon möjlighet att följa upp en patients samlade vårdkedja.

En brist med kvalitetsregistren har varit avsaknaden av kvalitetsdata integrerat med information om resursåtgång och kostnader. För att lösa detta skapades 2013 Sveus, ett nationellt samarbete mellan sju landsting, Försäkringskassan, Karolinska Institutet samt flera specialitetsföreningar, patientorganisationer och kvalitetsregister. Data från kvalitetsregister, landstingens administrativa databaser samt Socialstyrelsens och Försäkringskassans register sambearbetades för att bättre kunna följa vårdkedjor/vårdepisoder. Samarbetet gjorde det också möjligt att beräkna resursåtgång och justera för olikheter i patientsammansättning (så kallad casemix) vilket gav mer rättvisande jämförelser. Uppföljningsmodeller utvecklades för sju patientgrupper: höft- och knä, ryggkirurgi, förlossning, obesitaskirurgi, stroke, diabetes och bröstcancer. Sveus är avslutat men har gett viktiga lärdomar för framtida uppföljning.

Kvalitetsjämförelser görs fortfarande till stor del nationellt. Initiativ till internationella jämförelser av vårdens kvalitet har gjorts för att följa upp hälsa och livskvalitet hos patienter med vissa sjukdomar. Internationella jämförelser är dock förenade med många utmaningar. Vården är organiserad och styrs på olika vis i olika länder, vad som definieras som bästa kvalitet varierar och tillgången till jämförbara data är begränsad bland annat på grund av juridiska skäl.

3.4 Lärande hälso- och sjukvårdssystem

De största förbättringsmöjligheterna inom hälso- och sjukvården ligger inte i medicinska genombrott utan i sjukvårdens förmåga att omsätta kunskap i praktiskt handlande. Det ställer ökade krav på ledning, styrning och utveckling. Såväl forskning som erfarenheter från svensk hälso- och sjukvård antyder att de sjukvårdssystem som lyckas bäst med att förbättra vården är de som arbetar integrerat och inkluderande. Där är den kunskap som skapas i det dagliga arbetet en viktig del, men också en kultur som uppmuntrar till lärande och systematisk uppföljning av egna data.

I SKRs rapport *Kunskapsbaserad ledning, styrning och utveckling inom hälso- och sjukvården (Calltorp 2006)* lyfts följande faktorer fram som karaktäristika för lärande hälso- och sjukvårdssystem:

- Sätter patientgruppsrelaterade processer i förgrunden
- Kan följa kvalitet och kostnader för dessa processer
- Kan relatera behovsanalyser till patientgruppsrelaterade processer
- Bevakar aktivt kunskapsläget inom medicin och omvårdnad och kan omsätta kunskap i förbättring
- Stöds av integrerade IT-baserade (journal)system
- Har regelbunden resultatåterföring till medarbetare och grupper
- Ger verksamheter metodstöd i systematiskt förbättringsarbete
- Ger patienterna tillgång till sin journal via Internet
- Använder forskningskompetens systematiskt för metodutveckling som är relevant för ledningsarbetet

I SKR:s rapport *Intermountain Healthcare. Styrning för kvalitet i ett högpresterande system* ges en djupare beskrivning av Intermountain Healthcare i USA, ett av världens mest högpresenterande sjukvårdssystem. Fyra principer anses vara vägledande för arbetet; patientfokus/kundfokus, ständig förbättring, evidensbaserad medicin och management (EBM/M) samt systemsyn. Intermountain Healthcare har tjänat som inspiration för den nya nationella modellen för kunskapsstyrning som nu etableras.

3.5 Övergripande rapporter om kvaliteten i vården

Det har skrivits många rapporter om kvaliteten i hälso- och sjukvården. Några av de mer övergripande sammanfattas här. I bilaga 2 finns en sammanställning över analyser och utvärderingar som gjorts av kvaliteten i Stockholms läns hälso- och sjukvård de senaste tio åren.

Figur 9. Rapporter från Socialstyrelsen och SKR om kvaliteten i hälso- och sjukvården i Sverige.



Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård

Socialstyrelsens årliga lägesrapporter ger en översiktlig bild av tillståndet i hälso- och sjukvården och tandvården. Den senaste rapporten (2019) visar på en fortsatt ökad medellivslängd och minskad dödlighet i både hjärt- och kärlsjukdomar och cancer samtidigt som kvaliteten successivt förbättrats. Rapporten innehåller även djupare analyser kring digitalisering och e-hälsa, vårdens organisation och styrning, kostnader, psykiatrin, kvinnors hälsa, patientsäkerhet, missbruk/beroendevård samt tandvård/munhälsa.

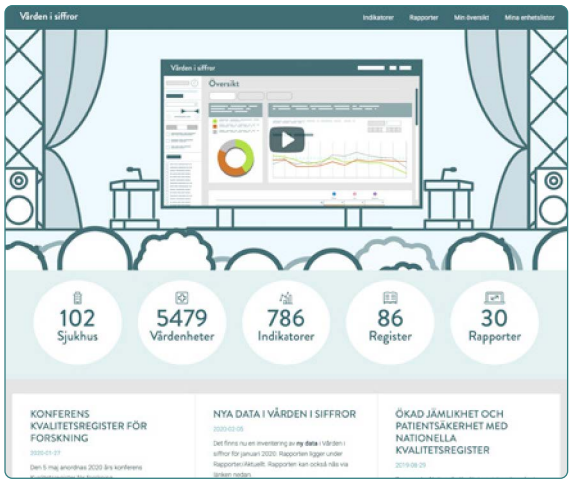
Öppna jämförelser

Sedan 2006 har Socialstyrelsen och SKR presenterat årliga Öppna Jämförelser (ÖJ) av hälso- och sjukvårdens kvalitet. ÖJ sammanfattar viktiga övergripande indikatorer för kvalitet och patientsäkerhet. Fördjupade rapporter har gjorts om till exempel förlossningsvården, cancersjukvården, hjärtsjukvården, kirurgi och läkemedels-behandling av äldre. Region Stockholm tenderar att hamna kring riksmedlet för de flesta kvalitetsmått, något som delvis förklaras av länets storlek där befolkningen utgör knappt en fjärdedel av rikets befolkning och därmed har en stor påverkan på det totala värdet. Undantag är tillgänglighet och hälsofrämjande/levnadsvanor där Region Stockholm ofta hamnar högt. Inom flera områden är det en stor variation inom länet, såväl mellan olika kommuner/stadsdelar som mellan olika vårdgivare.

I rapporten *Grönt ljus för Öppna jämförelser?* redovisar Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, MYVA, hur Öppna Jämförelser stärkt förutsättningarna för att förbättra kvaliteten i hälso- och sjukvården. Regionledningar, tjänstemän och politiker har fått ökat fokus på kvalitet och sjukvårdens resultat och inte bara på ekonomi. Däremot är jämförelserna otillräckliga för att användas i det löpande verksamhetsnära förbättringsarbetet. Flera mått har även varit svårtolkade för allmänhet och media. En utmaning har också varit valet av indikatorer.

Kvaliteten i somatiska vården på sjukhus är ganska väl beskriven i Öppna Jämförelser/Vården i Siffror, men det finns endast ett fåtal indikatorer för primärvård, psykiatri, tandvård, barnsjukvård, ambulanssjukvård, rehabilitering och geriatrik. Ibland har det också gått lång tid mellan mätning och publikation av resultaten. När mätningen inte speglar den aktuella situationen finns det risk för felaktiga bedömningar av förbättringsbehoven. För att göra data mer aktuella och underlätta flexibilitet började SKR under 2015 publicera resultaten på ett nytt sätt via webbsidan vardenisiffror.se (figur 10).

Figur 10. Vården i siffror redovisar aktuella kvalitetsdata för alla regioner.



SKR:s rapporter om kvaliteten i hälso- och sjukvården

I *Hälso- och sjukvårdsrapporten* beskrivs utvecklingen av tillgänglighet, kostnader, patientupplevelser, befolkningens syn på sjukvården och kvalitetsresultat inom flera medicinska områden. I den senaste rapporten (2019) ägnas även särskild uppmärksamhet åt omställningen till ”nära vård” och kompetensförsörjningen i vården. Rapporten visar generellt sett på en positiv utveckling och förbättrade kvalitetsresultat vid många sjukdomar. Bristen på vårdplatser gör dock att överbeläggningar och utlokaliseringar har ökat. Det ekonomiska läget blir också allt kärvare och resultaten mätt som kronor per invånare försämrades i 16 av 20 regioner.

Rapporten *Resultatöversikt för 16 hälso- och sjukvårdsområden. Jämförelser mellan landsting och regioner* publicerades 2017. Där jämfördes befolkningens och patienternas syn på vården, tillgängligheten och medicinska resultat mellan landstingen/regionerna. I rapporten framstod Region Stockholm som en av de bästa vad gäller väntetider, kirurgisk behandling och palliativ vård. Region Stockholm placerade sig över medlet för flera övergripande indikatorer såsom överbeläggningar, oplanerade återinskrivningar, befolkningens syn på vården samt medicinska kvaliteten inom psykiatrin och kvinnosjukvården. Vad gäller patienterfarenheter, stroke, cancer och reumatiska sjukdomar hamnade Region Stockholm kring riksmedlet. Områden där Region Stockholm rankandes som bland de sämsta var läkemedelsbehandling, diabetes och ortopedisk sjukvård. Resultaten drivs dock av enskilda indikatorer och andra rapporter ger inte riktigt samma bild över Region Stockholms främsta styrkor och svagheter.

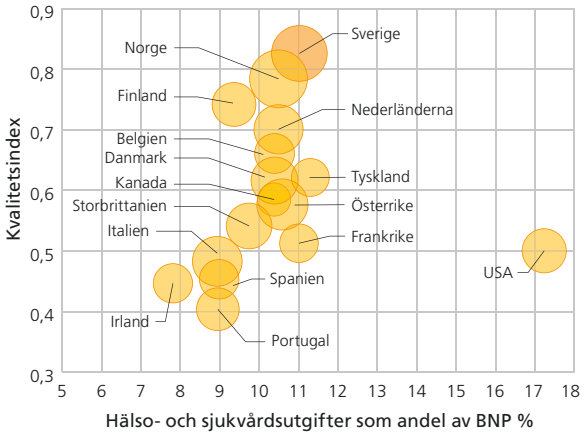
God Vård i Stockholms län

Under några år på 2000-talet gav hälso- och sjukvårdsförvaltningen ut rapporten *God Vård i Stockholm* där vården i Stockholms län resultat jämfördes med resten av riket. Genomgångarna visade att länet ofta presterade i nivå med riket som helhet. Områden som lyftes fram som styrkor var utvecklingen av goda levnadsvanor, de medicinska resultaten inom hjärtsjukvården och minskade förekomsten av komplikationer efter höft- och knäoperationer. Förbättringspotentialer noterades inom patientsäkerhetsområdet där särskilt förlossningsvården lyftes fram. Även jämlik vård betonades och att minska skillnader i livslängd och sjuklighet mellan olika grupper framöver beskrevs som en av de viktigaste utmaningarna.

Svensk sjukvård i internationell jämförelse

Det är svårt att jämföra hälso- och sjukvården mellan olika länder. Systemen finansieras och organiseras på olika vis och tillgången till data för att följa upp kvaliteten varierar. I en nyligen publicerad rapport från SKR jämförs den svenska sjukvården med 15 andra länder inom EU, Kanada, Norge och USA. Rapporten visar att den svenska vården har goda medicinska resultat, men en sämre tillgänglighet och patientdelaktighet. Brist på kontinuitet i vårdkedjan lyfts också fram och att många patienter saknar en fast vårdkontakt. Sverige är också en av de länder i Europa som lägger mest resurser på hälso- och sjukvård. Sambandet mellan medicinsk kvalitet och resurser är dock inte entydigt, något som illustreras i figur 11.

Figur 11. Sjukvårdsutgifter och kvalitetsindex. Cirklarnas storlek avspeglar folkhälsoindex (stor cirkel innebär en hälsosammare befolkning).



Källa: SKR:s rapport Svensk sjukvård i internationell jämförelse 2018.

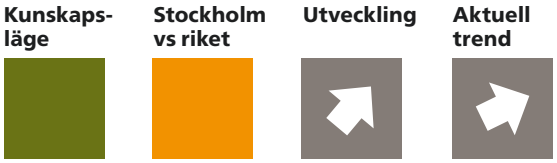
Regelbundna jämförelser av hälso- och sjukvården i olika länder görs även av OECD. Den senaste rapporten från 2019 visar att livslängden i Sverige är bland de högsta i EU. Folkhälsan har förbättrats, bland annat har andelen rökare halverats sedan 2000. Sjukvården håller en hög kvalitet men till en relativt hög kostnad. Hälso- och sjukvården i Sverige står inför stora utmaningar när det gäller den åldrande befolkningen och regionala skillnader. Sverige har också en låg andel primärvård och behöver förbättra samordningen av vården för personer med kroniska sjukdomar.

3.6 Kunskapsbaserad vård

Kunskaps-baserad	**Säker**	**Tillgänglig**
Individ-anpassad	**Jämlik**	**Effektiv**

Vården ska baseras på bästa tillgängliga kunskap och bygga på beprövad erfarenhet. Inom detta kvalitetsområde finns det mest omfattande kunskapsunderlaget med en stor mängd vårdprogram och kvalitetsregister. Variationen är dock stor mellan olika sjukdomar. Inom vissa områden, till exempel hjärt-kärlsjukdomar och cancer, har utvecklingen nått långt. Det finns nationella riktlinjer och tydliga indikatorer med målvärden, merparten av alla patienter som vårdas på sjukhus följs upp i register med god täckningsgrad. Inom andra sjukdomsgrupper som smärta och psykisk ohälsa finns det ett stort behov av att utveckla uppföljningen.

I detta avsnitt redovisas några kvalitetsmått för vanliga sjukdomar. De speglar dock endast en bråkdel av perspektivet kunskapsbaserad vård. Djupare analyser av enskilda sjukdomsområden återfinns bland annat i kvalitetsregistrens rapporter, medicinska programarbetets fokusrapporter och analysrapporter som gjorts i regionen (bilaga 2).



Infektionssjukdomar

Olika luftvägsinfektioner liksom urinvägsinfektioner och hudinfektioner hör till de vanligaste diagnoserna på husläkarmottagningarna i länet, och infektioner är även vanliga på sjukhus. Många infektioner läker ut av sig själva, en del kan förebyggas genom vaccin, några kräver behandling med antibiotika och vissa som hiv är livslånga.

Antibiotikaresistens är ett allvarligt och växande folkhälsoproblem både i Sverige och resten av världen och ett av de största hoten mot den moderna sjukvården. Arbetet för att motverka resistensutveckling och att kunna möjliggöra en effektiv behandling

av infektioner har därför hög prioritet. Strama och Folkhälsomyndigheten har utvecklat flera indikatorer för jämförelser av antibiotikaanvändningen. Dessa fokuserar både på den totala antibiotikaanvändningen och val av antibiotika. I ett längre perspektiv har användningen av antibiotika minskat betydligt i länet, framförallt bland barn. Det finns dock fortfarande förbättringsutrymme, både i total antibiotikaförskrivning och i val av läkemedel.

Infektionsområdet omfattar även hiv och hepatit C, där det finns nationella kvalitetsregister. InfCare hiv används sedan 2003 på Karolinska Universitetssjukhuset och sedan 2009 på alla svenska hiv-enheter, både inom vuxen- och barnmedicin. InfCare Hepatit startade 2009 och har kommit i ökat fokus i samband med att många nya läkemedel introducerats som revolutionerat behandling av hepatit.

- Antibiotikaanvändningen fortsätter att sjunka. Första halvåret 2019 hade antalet recept minskat med hela 6,1 % i Region Stockholm jämfört med samma period 2018. Stockholms län hade då den tredje högsta användningen i landet med 301 uthämtade recept per 1000 invånare och år. Det långsiktiga nationella målet är max 250 antibiotikarecept per 1000 invånare och år.
- Det är en stor skillnad i antibiotikaförskrivning mellan olika vårdcentraler. För tio år sedan användes mest antibiotika i socioekonomiskt starka områden, idag är bilden mer blandad.
- Antalet vårdrelaterade infektioner minskar i länet. Sammanslaget för de båda punktprevalensmätningarna 2018 var utfallet 7,1 %, en minskning med en fjärdedel på tio år, då prevalensmätningen 2008 visade på 10,9 %.
- Vårdhygieniska insatser, krav i avtal samt smittskyddsarbete har minskat spridningen av MRSA (Motståndskraftiga gula stafylokocker) på sjukhus betydligt, och det är numera sällsynt med utbrott i vården. Däremot har spridningen ökat i samhället, vilket gör den svårare att kontrollera.
- Vården har ökade problem med bakterier som producerar betalaktamaser med utökat spektrum (ESBL). En särskilt oroande variant är ESBLCARBA där det finns få antibiotika kvar att ta till.
- Sepsis har en ökande incidens och hög dödlighet trots modern sjukvård.
- Regionen har goda behandlingsresultat vid hiv och hepatit C, och de har förbättrats ordentligt senaste åren med introduktion av nya läkemedel.

Källa: Strama. Rapporter över antibiotikaförbrukning i Region Stockholm, Patientsäkerhetsberättelse 2018 för Stockholms läns landsting.

Kroniska sjukdomar

Patienter med kroniska sjukdomar står för en stor del av vårdbesöken och de totala kostnaderna för hälso- och sjukvården. I rapporten *”VIP i vården”* beräknade MYVA att nästan halva befolkningen har minst en kronisk sjukdom. Multisjuklighet är vanligt och drygt hälften av alla läkarbesök på akutmottagningar görs av personer med två eller flera kroniska sjukdomar. Att ge en heltäckande bild av kvaliteten för alla kroniska sjukdomar låter sig inte göras i en kort rapport, men här presenteras utvecklingen för några viktiga medicinska kvalitetsmått för hjärt-kärlsjukdomar, stroke, diabetes, luftvägssjukdomar och cancer.

Generellt sett har regionen goda medicinska resultat inom den akuta vården, men det finns brister i prevention och hur vårdkedjorna fungerar. Många patienter med kroniska sjukdomar kommer inte på årliga besök, får inte relevanta utredningar gjorda och hämtar inte ut sina läkemedel.

Hjärt-kärlsjukdomar

Hjärtsjukdomar utgör en betydande del av sjukdomsbördan i regionen. Den vanligaste riskfaktorn är hypertoni. Var sjätte invånare i Stockholms län har fått diagnosen registrerad, men många har inte upptäckts. Andra vanliga hjärt-kärlsjukdomar i befolkningen är ischemisk hjärtsjukdom, förmaksflimmer och hjärtsvikt. Hjärt-kärlsjukvården ligger långt fram i kvalitetsarbetet.

Det finns nationella riktlinjer med indikatorer och målnivåer och nationella register med god täckningsgrad. Swedeheart omfattar hjärtintensivvård, kranskärlsröntgen, PCI (ballongvidgning), hjärtkirurgi och sekundärprevention. Andra stora kvalitetsregister är RiksSvikt (Nationellt Hjärtsviktregister) och AuriculA (Nationellt register för Atrialt flimmer och Antikoagulation). Täckningsgraden för primärvården är dock låg i dessa register.

- Sedan flera år ligger flera sjukhus i Stockholms län i topp när det gäller kvalitetsindex för hjärtsjukvården i Swedeheart.
- Andel patienter med hjärtinfarkt som behandlats med PCI har ökat och uppgick till 95 % 2018. Region Stockholms resultat var därmed mycket bättre än rikets 79 %. Även för uppfyllelse av mål för LDL-kolesterol och blodtryck nådde Region Stockholm det nationella målvärdet 2018.
- Region Stockholm har generellt bra resultat för hjärtsjukvård förutom dödlighet inom 28 dagar efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt, men denna har minskat. Eftervård, prevention och rehabilitering efter hjärtinfarkt har förbättrats, men färre än riket i övrigt får läkemedel för sekundärprevention.
- Hjärtsviktsvården förbättrades genom Projekt 4D. Mellan 2012–2017 minskade sjukhusinläggningarna med totalt 16 %.
- Blodtrycksnivåerna har gått ner i befolkningen genom bättre livsstil och att fler får blodtryckssänkande behandling. Andelen som når målblodtryck <140/90 i primärvården uppgick i primärvården 2018 till cirka 48 %.

Källa: Öppna Jämförelser samt Rapport Kunskapsbaserad vård. FHS 2015.

Diabetes

Diabetes mellitus är en kronisk sjukdom som även medför ökad risk för andra sjukdomar. Av den vuxna befolkningen i Stockholms län har omkring 5 % av kvinnorna och 7 % av männen diabetes. Det finns ett starkt socioekonomiskt samband och förekomsten skiljer sig betydligt mellan olika kommuner och stadsdelar.

Inom diabetesområden finns sedan flera år det nationella diabetesregistret (NDR) med ett stort antal kvalitetsindikatorer både för diabetes typ 1 och 2. Kontroll av blodsocker, men även goda levnadsvanor och förbättrad metabol kontroll av andra riskfaktorer som blodtryck och blodfetter är prioriterade förbättringsområden enligt Socialstyrelsen.

- Det är stora skillnader inom och mellan regionerna inom diabetesvården både vad gäller livsstilsvariabler (till exempel rökning, BMI), vårdprocesser (till exempel andel som får lipidsänkande läkemedel, andel som genomgår ögonbottenundersökning), riskfaktorer (till exempel HbA1c och blodtryck) och medicinska utfall (till exempel amputationer).
- I en rapport från 2013 hade Region Stockholm en av landets högsta andelar patienter som inte nådde mål för blodsockerkontroll och landets lägsta andel diabetiker som fick lipidsänkande läkemedel. Blodsockerkontrollen har förbättrats sedan dess. Utvecklingen går dock långsamt men Region Stockholm närmar sig riksmedlet.

Källa: Öppna Jämförelser, Framgångsfaktorer i diabetesvården (SKR-rapport 2013) samt Rapport Kunskapsbaserad vård. FHS-utvärdering 2015.

Lung- och allergisjukdomar

Allergi är en av våra största folksjukdomar och mer än var femte invånare i länet har någon form av allergi. Även luftvägssjukdomarna astma och KOL är vanliga i befolkningen. Patienter med luftvägssjukdomar hanteras till stor del i primärvården. I luftrörsregistret finns kliniskt relevanta indikatorer som lung-funktion, exacerbationer, läkemedelsbehandling och patientutbildning vid astma samt till exempel rökning, spirometri, fysisk aktivitet och influensavaccinationer vid KOL. Registret är dock nystartat och täckningsgraden i Region Stockholm är mycket låg. Nationella riktlinjer finns sedan några år för vård vid astma och KOL.

- Förbättringspotentialer har identifierats i teambaserat arbete kring astma och KOL i primärvården, spirometri vid diagnostik, rökavvänjning, skriftlig behandlingsplan och läkemedelsbehandling. Utvecklingen har dock varit positiv. I nationella jämförelser placerar sig Region Stockholm placerade sig kring riksmedlet på de flesta kvalitetsmått för både astma och KOL.
- Läkemedel har förbättrat sjukdomskontrollen hos många patienter, men det finns fortsatt förbättringspotential i hur inflammationshämmande läkemedel förskrivs och används av patienterna. Såväl underbehandling som överbehandling är ett problem.

Källa: Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer – Utvärdering 2018. Vård vid astma och KOL: Indikatorer och underlag för bedömningar

Stroke

Stroke är samlingsnamn för infarkt i hjärnan och blödningar i eller omkring hjärnan. Stroke är en av våra stora folksjukdomar med svåra konsekvenser för många av dem som drabbas. Sjukdomen är den vanligaste orsaken till neurologiskt handikapp hos vuxna och den tredje vanligaste dödsorsaken i landet (efter hjärtinfarkt och cancer). Stroke leder till fler vårddagar på svenska sjukhus, närmare en miljon, än någon annan enskild sjukdom. För personer som drabbats av stroke krävs också stora resurser i kommunala särskilda boenden och kommunal hemtjänst.

För uppföljning finns det nationella kvalitetsregistret Riks-Stroke med ett stort antal kvalitetsmått.

- Mellan 2002 och 2017 minskade dödligheten i stroke med ungefär 40 %. Det förklaras delvis av att fler fått tillgång till vård på strokeenhet och av utveckling av reperfusionsbehandling vid ischemisk stroke.
- Andelen som avlider efter stroke i Stockholms län är lägst i landet.
- Möjligheterna att få trombolys eller trombektomi är väl utbyggda i Region Stockholm och mediantiden till behandling har sjunkit.
- Antalet som insjuknar i ischemisk stroke minskar stadigt, detta förklaras sannolikt delvis av bättre förebyggande läkemedelsbehandling med blodtryckssänkande behandling och antikoagulantia vid förmaksflimmer.
- Andel strokepatienter som får blodfettssänkande behandling har ökat, men Region Stockholm ligger fortfarande bland de sämsta regionerna. Det gäller även för direktinläggning till strokeenhet. Region Stockholm kan också bli bättre på eftervård och rehabilitering efter stroke.
- Variationerna är stora mellan sjukhusen i akutbehandling och sekundärprevention efter stroke.

Källa: Öppna Jämförelser samt Rapport Kunskapsbaserad vård. FHS 2015.

Cancer

Varje år diagnostiseras omkring 12 000 nya cancerfall i länet. De vanligaste cancerformerna är prostatacancer och bröstcancer, som tillsammans utgör en dryg tredjedel av alla cancerfall. Antalet cancerfall ökar, delvis för att befolkwningen och antalet äldre ökar. Den relativa överlevnaden ökar dock stadigt för de allra flesta cancerformer. Några cancerformer ökar som hudcancer och lungcancer bland kvinnor. Bland de cancerformer som minskat sedan 1970-talet märks framför allt livmoderhalscancer och magsäckscancer. Dessa minskningar kan härledas till förebyggande arbete genom den gynekologiska cellprovskontrollen samt ändrade kostvanor hos befolkningen.

Det finns en omfattande uppföljning inom cancerområdet. Överlevnaden följs upp av Socialstyrelsen som tillsammans med SKR tidigare tog fram rapporten *Öppna jämförelser av den svenska cancervårdens kvalitet och effektivitet*. Där redovisas ett åttiotal indikatorer inom tio olika cancersjukdomar. Idag finns det 38 kvalitetsregister som förvaltas av Regionala cancercentrum, RCC, i samverkan.

- Femårsöverlevnaden har förbättrats för de flesta cancerdiagnoser de senaste 20 åren. Region Stockholm ligger över medelvärdet för riket.
- Fler personer drabbas av cancer och fler lever längre efter cancerdiagnos, vilket ställer nya krav på sjukvården med återkommande behandlingar, psykosocialt stöd, fler kontrollbesök och rehabilitering. Behovet av tillräcklig och rätt kompetens på rätt plats är därför av avgörande betydelse. Det finns också stora skillnader mellan olika befolkningsgrupper vad avser bostadsort och socioekonomiska förhållanden.
- Det finns kapacitetsbrister och långa väntetider som sänker kvaliteten. Sen upptäckt har också varit ett problem. Detta har adresserats genom satsningen på standardiserade vårdförlopp och diagnostiskt centrum.
- Multidisciplinära konferenser vid prostatacancer och lungcancer har ökat kontinuerligt.
- Kunskapsutvecklingen är intensiv och ett stort antal nya läkemedel är på väg att introduceras. Diskussion om regionala skillnader, prioritering och finansiering av dessa läkemedel förs ständigt. De senaste åren har ett nationellt införande av nya cancerläkemedel etablerats och införts. Följsamheten följs upp i kvalitetsregister för cancerläkemedel.

Källa: Öppna jämförelser, Cancerplanen RCC.

Skador och olyckor

Sjukdomar och besvär från rörelseorganen är den vanligaste anledningen till smärta, nedsatt arbetsförmåga och långtidssjukskrivning. En tredjedel av all ohälsa och sjukfrånvaro i Sverige beror på rörelseorganens sjukdomar, vilka därmed orsakar samhället stora kostnader. Frakturer i höft, lårben och handled är vanligt förekommande inom akutsjukvården. Inom planerad vård är operation av primära ledproteser i nedre extremiteter vanligast.

Inom Ortopedin finns det ett tiotal nationella kvalitetsregister. Sveriges första Nationella Kvalitetsregister, Svenska Knäprotesregistret, startades redan 1975. Andra nationella register är Svenska frakturregistret (SFR) Nationellt kvalitetsregister för höftfrakturpatienterna och deras behandling (RIKSHÖFT), Svenska Höftprotesregistret, Svenska korsbandsregistret samt Svenska ryggregistret (SWESPINE).

- Antalet fallolyckor som kräver sjukhusvård har minskat de senaste femton åren totalt i befolkningen, men ökat något hos äldre. Det är dock stora regionala variationer och Region Stockholm är ett av de län som har den högsta andelen äldre som vårdas på sjukhus efter fallskada. Under 2018 lades drygt 2 900 personer per 100 000 invånare 65 år och äldre in på sjukhus efter en fallolycka.
- Antal återfrakturer efter fragilitetsfraktur är väsentligt högre i Region Stockholm än andra regioner.
- Andel implantat vid höftledsplastik och knäprotes som överlever 10 år är oförändrad sedan 2009. Totalt sett behandlas fler, men kostnaderna har sjunkit efter införandet av vårdval och värdebaserad ersättningsmodell med episodersättning med garantiåtagande.
- Andelen patienter som opererats inom 24 timmar vid höftfraktur har ökat.
- Det finns behov av att öka användning av artrosskola som alternativ till operation och trenden visar på en ökning.
- Det finns stora brister i vårdkedjan för patienter med benskörhet (osteoporos). Region Stockholm ligger långt under målvärden i nationella riktlinjer för förebyggande behandling efter fraktur.

Källa: Öppna Jämförelser samt Rapport Kunskapsbaserad vård. FHS-utvärdering 2015. Socialstyrelsens statistik över fallolyckor 2018

Förlossningsvården

Antalet förlossningar har tidigare ökat i länet, både som en effekt av att fler kvinnor i fertil ålder (15–45 år) har flyttat in till länet, men också på grund av att det så kallade fruktsamhetstalet (antal barn/fertil kvinna) har ökat. Under 2018 minskade dock antalet förlossningar och prognosen för 2019 är ytterligare

en minskning. Långtidsprognosen är dock en ökning. Stockholms län har en särskild utmaning med äldre förstföderskor än övriga län, något som ger en högre risk för komplikationer och kejsarsnitt.

Inom kvinnosjukvård och förlossning finns sedan många år en aktiv uppföljning, baserad på graviditetsregistret. I den satsning på förlossningsvård och kvinnors hälsa som pågått sedan 2015 har flera överenskommelser tecknats mellan regeringen och SKR. Insatserna har lett till flera förbättringar.

- Generellt sett är förlossningsvården bra i länet, men patientsäkerheten kan bli bättre. Det behövs fler vårdplatser.
- Antalet planerade kejsarsnitt utan medicinsk indikation borde minska. Andelen kejsarsnitt inom Region Stockholm är högst i landet och ligger oförändrat på cirka 10 %.
- Den neonatala dödligheten är låg och trenden är stabil.
- Andelen rökare bland gravida minskar, medan andelen gravida som är överviktiga ökar.
- Det finns potential att förbättra omvårdnaden ytterligare såsom mindre andel stora bristningar i samband med förlossning. Andelen stora bristningar vid normal förlossning är högst i landet. Andelen har dock minskat senaste åren, tack vare ett intensivt förbättringsarbete.

Källa: Regionernas insatser för kvinnors hälsa. SKR-rapport 2018.

Psykisk ohälsa

Psykisk ohälsa är en övergripande term som täcker både lättare psykiska besvär och svårare psykisk sjukdom och funktionsnedsättning. Den upplevda psykiska ohälsan har ökat kraftigt sedan 1990-talet och idag upplever cirka 20 % av männen och 30 % av kvinnorna i Stockholms län psykisk ohälsa. Vårdkonsumtionen har också ökat kraftigt de senaste åren. Mellan 2001 och 2016 har antalet besök i specialiserad öppenvård per 100 000 invånare där psykiatrisk diagnos har angetts som huvuddiagnos ökat med 815 %. Utvecklingen är liknande i primärvården. Ökningen beror dock delvis på en ökad diagnosregistrering. Ökningen har varit störst hos unga. Antalet unga med svår psykisk sjukdom har dock inte ökat. I linje med resten av landet är psykiatriska diagnoser den främsta orsaken till sjukfrånvaro i Stockholms län.

Personer med psykisk ohälsa löper även risk för somatisk sjuklighet. Det är mer än dubbelt så vanligt med högt blodtryck, metabola sjukdomar och hjärtsjukdom hos personer med psykisk sjukdom jämfört med i befolkningen som helhet. Flera studier har visat att dessa personer inte alltid får en fullgod somatisk vård.

Det finns stora förbättringspotentialer i uppföljningen av vårdens kvalitet vid psykisk ohälsa. De indikatorer som finns täcker bara en bråkdel av omhändertagandet. Kvalitetsregister med god täckning saknas nästan helt.

- Primärvården omhändertar majoriteten av alla patienter med psykisk ohälsa, men dessa patienter får inte tillgång till diagnostik och evidensbaserad behandling i samma utsträckning som patienter med somatiska sjukdomar.
- Andelen patienter som vårdas i slutenvård för svår depression och erhåller Elektrokonvulsiv terapi (ECT) har ökat över tid. Andelen som utvärderas med någon symtomskattningsskala efter erhållen ECT har också ökat.
- Andelen patienter som har vårdats för schizofreni och som återinskrivits vid psykiatrisk klinik inom 28 dagar efter utskrivning var länge konstant kring cirka 20 %, men har senaste åren minskat till drygt 10 %.
- Äldres psykiska ohälsa är ett eftersatt område och majoriteten av äldre som insjuknar efter 65 års ålder har inte tillgång till psykoterapeutisk behandling eller expertis.

Källa: Nulägesrapport psykisk ohälsa. Projekt kunskapsstyrning 2018. Rapport Kunskapsbaserad vård. FHS 2015.

Multisjuka äldre

De mest sjuka äldre omfattar cirka 60 000 personer i regionen som är 65 år eller äldre och som har särskilt stort vårdbehov. Många har hemtjänst, andra bor i särskilt boende och/eller har omfattande insatser från sjukvården. Utmaningarna är stora för denna grupp och omhändertagandet behöver individualiseras. Multisjuklighet och polyfarmaci (många läkemedel) är vanligt, liksom olika grader av kognitiv svikt. Samverkan och kontinuitet i vårdkedjan har en särskild betydelse för både patientsäkerhet och övergripande vårdkvalitet. Det finns också behov av insatser från flera vårdgivare samtidigt under lång tid, både inom Region Stockholm och inom den kommunala vården och omsorgen.

En åldrande befolkning och medicinska framsteg i behandlingen av flera sjukdomar gör att antalet multisjuka äldre kommer att öka. Förbättrade insatser och koordinering av vård för multisjuka äldre är därför en av de viktigaste utmaningarna för hälso- och sjukvården. Under perioden 2010–2014 genomfördes en nationell satsning för att förbättra vård och omsorg för de mest sjuka äldre. Satsningen bestod av flera utvecklingsområden med fokus på god demensvård, god läkemedelsanvändning, god vård i livets slutskede, sammanhållen vård och omsorg och riskförebyggande arbetssätt. Utvärderingar som gjorts av SKR och

Socialstyrelsen har visat på tydliga förbättringar inom flera områden, bland annat en minskning av olämpliga läkemedel och bättre vård i livets slutskede. Men effekterna har hittills varit blygsamma när det gäller sammanhållen vård och omsorg.

- Andelen personer 80 år och äldre som besöker akutmottagning i Region Stockholm är bland de högsta i landet. Vårdtiderna blir ofta längre vid hög ålder och multisjuklighet.
- Var tolfte äldre än 80 år som skrevs ut från sjukhus under 2018 blev återinlagd inom 7 dagar. Andelen har inte minskat över åren.
- Var tredje äldre över 75 år i länet har nedsatt njurfunktion vilket ställer ökade krav på kompetens för säker läkemedelsbehandling.
- Förskrivningen av olämpliga läkemedel till äldre personer har halverats sedan 2005. Det finns dock ett fortsatt stort behov av att individualisera läkemedelsbehandlingen. Studier har uppskattat att 8 % av de akuta inläggningarna av äldre på sjukhus orsakas av läkemedelsbiverkningar och cirka 60 % av dessa bedöms vara möjliga att förebygga.
- Fortfarande är det för få personer med omfattande behov av vård och omsorg som får en samordnad individuell plan (SIP).
- Säsongen 2017–2018 vaccinerade sig 51 % av befolkningen ≥65 år i Stockholms län mot influensa. Vaccinationstäckningen har minskat lite senaste åren och det finns en variation mellan olika kommuner i vaccinationstäckning (från under 40 % till mer än 60 %).

Källa: Socialstyrelsens lägesrapport Vård och omsorg om äldre, 2019, vaccinationsstatistik från Folkhälsomyndigheten



3.7 Säker vård

Kunskaps-baserad	**Säker**	Tillgänglig
Individ-anpassad	Jämlik	Effektiv

Vården ska vara säker. Riskförebyggande verksamhet ska förhindra skador. Verksamheten ska också präglas av rättssäkerhet. Det finns stor kunskap om patientsäkerhet inom den somatiska vården på sjukhus. Etablerade indikatorer finns och en omfattande forskning har visat varför det brister och vad man kan göra åt det. Det finns dock bristande kunskap om problemets omfattning i andra vårdformer såsom barnsjukvården, hemsjukvården, prehospitala vården, primärvården, psykiatrin och tandvården.

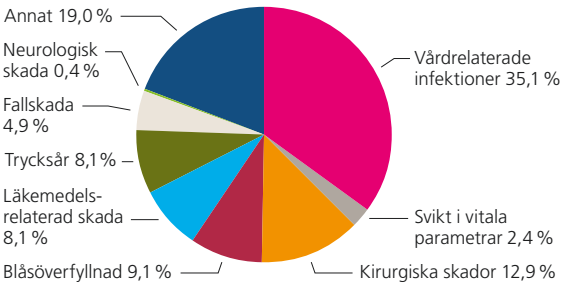
Kunskaps-läge	Stockholm vs riket	Utveckling	Aktuell trend

Redan för mer än 2 500 år skrev Hippokrates att sjukvården *”Aldrig ska skada, om möjligt bota, ofta lindra, alltid trösta”*. Säkerheten är en av de allra viktigaste dimensionerna av kvalitet i hälso- och sjukvården. Vårdskador orsakar mänskligt lidande, skapar negativ stress för personalen och utgör en betydande kostnad för såväl patienterna som sjukvården och samhället. Socialstyrelsen uppskattar att 100 000 personer i landet varje år drabbas av vårdskador på sjukhus, vilket motsvarar ungefär en vårdskada vid vart tionde vårdtillfälle.

Vårdskadorna medför förlängda vårdtider för cirka 50 000 personer varje år. Cirka 2 000 av de som drabbas får bestående men och ungefär 1 200 personer avlider med vårdskada som en möjlig bidragande orsak. Kostnaden för de extra vårddagar som orsakas av vårdskador beräknas i landet uppgå till cirka 7 miljarder kronor per år, vilket motsvarar ungefär 14 % av de totala kostnaderna för somatisk sjukhusvård.

De vårdskador som inträffar på sjukhus beror oftast på att patientens skada uppstått i vården. Allra vanligast är vårdrelaterade infektioner (främst urinvägsinfektioner och postoperativa sårinfektioner), kirurgiska skador, blåsöverfyllnad, läkemedelsrelaterade skador och trycksår (figur 12). SKR:s granskningar har visat att patienter som är utlokaliserade har större risk att drabbas av vårdskador. Detta redovisas i SKR:s rapport Markörbaserad journalgranskning, skador i somatisk vård 2013–2018.

Figur 12. Vårdskadornas fördelning mätt under 2013 för alla akutsjukhus i Sverige.



Källa: SKR, 2013

Inom primärvården beror de flesta vårdskador på diagnostiska fel, dvs en missad, försenad eller felaktig diagnos. Diagnostiska fel gör att patienten inte får den vård den behöver i rätt tid vilket kan öka patientens besvär och påverka prognosen. I värsta fall kan patienter dö på grund av att diagnosen missats. Vanligaste diagnostiska felen i Sverige är kring cancer, hjärtinfarkt, infektion och trombos. I primärvården rör det sig om över 50 % av de allvarliga vårdskorna (räknat som antal ärenden enligt lex Maria). Brister i patientsäkerheten kan motverkas med kompetensutveckling förbättrade processer, IT-stöd och ökad kontinuitet. Arbetet med standardiserade vårdförlopp förväntas också ha positiva effekter.

Under 2000-talet har kunskapen om patientsäkerhet vuxit snabbt och i takt med den har patientsäkerhetsarbetet utvecklats. För tio år sedan kom Patientsäkerhetsutredningen med sitt slutbetänkande *Patientsäkerhet – Vad har gjorts? Vad behöver göras?” (SOU 2008:117)*. En ny patientsäkerhetslag, PSL trädde också i kraft den 1 januari 2011. Punktprevalensmätningar (PPM) av vårdrelaterade infektioner, basala hygienregler och klädrutiner samt trycksår började göras på alla sjukhus. Mätning av överbeläggningar och markörbaserad journalgranskning började också göras. Resultat finns bland annat beskrivet i Patientsäkerhet lönar sig (SKR, 2014) som belyser kostnader för skador och vårdskador samt i *Skador i vården – skadeområden och undvikbarhet*.

SKR konstaterar i sin nationella slutrapport *På väg mot säkrare vård (2015)* att arbetet har gett resultat. Hälso- och sjukvården blir allt säkrare och färre patienter får bestående skador eller avlider till följd av bristande patientsäkerhet. Andra resultat är minskad antibiotikaförskrivning, ökad kunskap om vårdskadornas omfattning och typ samt förebyggande åtgärder. Vidare finns det allt fler metoder och verktyg som vårdpersonal använder i det dagliga arbetet för att förebygga vårdskador.

För att ytterligare kraftsamla arbetet kring patientsäkerhet har Socialstyrelsen på regeringens uppdrag tagit fram en ny nationell handlingsplan 2020. Visionen är ”God och säker vård – överallt och alltid”. Målet är att ingen patient ska behöva drabbas av en vårdskada. För att arbeta mot visionen och det övergripande målet lyfts fyra grundläggande förutsättningar fram:

- Engagerad ledning och tydlig styrning
- En god säkerhetskultur
- Adekvat kunskap och kompetens
- Patienten som medskapare.

Handlingsplanen innehåller fem prioriterade fokusområden som utgår från de huvudsakliga utmaningarna inom patientsäkerhetsarbetet:

- Ökad kunskap om inträffade vårdskador
- Tillförlitliga och säkra system, processer och rutiner
- Säker vård här och nu
- Stärkt analys, lärande och utveckling
- Ökad riskmedvetenhet och beredskap.

Patientsäkerhet har också varit en prioriterad fråga inom Region Stockholm. Det första handlingsprogrammet utvecklades 2006 och samma år bildades patientsäkerhetskommittén. Det finns dock förbättringsutrymme då Region Stockholm är sämre än anda regioner för flera mått.

- Region Stockholm har sämre har sämre resultat än riket avseende följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler.
- Region Stockholm har resultat i nivå med riket avseende förekomst av trycksår. Regionen har bästa resultat avseende riskbedömning inom 24 timmar.
- Avseende vårdrelaterade infektioner finns ett handlingsprogram i länet och målet för 2018 var en prevalens under 8,1 % i all slutenvård vilket uppnåddes (resultat 7,1 %). Resultatet var bättre än riksgenomsnittet.
- Andelen överbeläggningar inom den somatiska slutenvården var 4,1 per hundra disponibla vårdplatser 2018 vilket är något sämre än rikssnittet. Andelen utlokaliserade patienter per undra disponibla vårdplatser var 2,7 vilket också är sämre än riksgenomsnittet. Orsaker till överbeläggningar och utlokaliseringar är främst stängda vårdplatser.

Källa: Patientsäkerhetsrapporten 2018, FHS utvärdering Säker vård, Vården i Siffror, Nationella mätningar (punktprevalens) av patientsäkerhet, SKR

3.8 Tillgänglig vård

Kunskapsbaserad	Säker	**Tillgänglig**
Individanpassad	Jämlik	Effektiv

Vården ska vara tillgänglig och ges i rimlig tid. Ingen ska behöva vänta oskälig tid på den vård som behövs. Tillgänglighet till vården har mätts i flera år, men på ett ganska trubbigt sätt. I de allra flesta mätningar hamnar Region Stockholm bland de regioner som har den högsta tillgängligheten. Här finns också det mest utbyggda vårdutbudet, framförallt för specialiserad vård utanför sjukhus.



Om vården inte är tillgänglig när befolkningen behöver den spelar det ingen roll vilken medicinsk kvalitet den levererar. Tidig upptäckt och behandling har stor betydelse för prognosen för många sjukdomar. Hög tillgänglighet ökar också möjligheten för dem som drabbas av sjukdom och skada att söka vård i den vårdform som är mest lämplig och kostnadseffektiv.

Tillgänglighet är även viktig för förtroendet för hälso- och sjukvården och för befolkningens vilja att fortsätta finansiera den gemensamt via skatten. De allra flesta invånare anser sig ha tillgång till den hälso- och sjukvård som de behöver, men andelen har sjunkit något de senaste åren. Allt fler upplever också att tillgängligheten försämras.

- Åtta av tio upplever att de har tillgång till den vård de behöver.
- Var fjärde anser att väntetiden till besök hos husläkare är för lång.
- Var tredje tycker inte att väntetider till besök och behandling på sjukhus är rimliga.
- Var sjätte säger sig ha avstått från att söka vård trots att de ansett sig i behov av det.
- Äldre och personer som anser sig ha ett bra hälsotillstånd är mer nöjda med hälso- och sjukvården än dem med ett sämre hälsotillstånd.
- Personer som är födda i Sverige är mer nöjda än de som är födda utomlands.

Källa: Hälso- och sjukvårdsbarometern, SKR 2018.

Hälso- och sjukvården i Sverige har historiskt sett haft stora problem med bristande tillgänglighet. I jämförelse med andra länder har det varit svårt att få tid i primärvården och väntetiderna har varit långa till olika kirurgiska ingrepp. Tillgänglighet har därför varit en högt prioriterad fråga både nationellt och i Region Stockholm, och vårdgarantin har funnits i olika utformningar sedan början av 1990-talet.

År 2009 kom regeringen och SKR överens om att satsa en miljard per år på att minska väntetiderna, den så kallade kömiljarden. Region Stockholm införde skarpare tidsgränser än övriga landet de så kallade 0-5-30-90:

- 0 står för kontakt med husläkarmottagning eller med 1177 Vårdguiden på telefon samma dag som man söker hjälp.
- 5 står för läkarbesök på husläkarmottagningen inom 5 kalenderdagar. Nationellt gäller 7 dagar om man bedöms ha behov av att träffa läkare.
- 30 står för besök hos specialistläkare från det att en remiss är beslutad av husläkaren eller från det att man lämnat in en egenanmälan. I rapporten används begreppet mottagningsbesök. Nationellt gäller 90 dagar.
- 90 står för inledd behandling inom 90 dagar om det finns behov av operation/annan behandling efter beslut om behandling. Samma tidsgränser gäller nationellt.

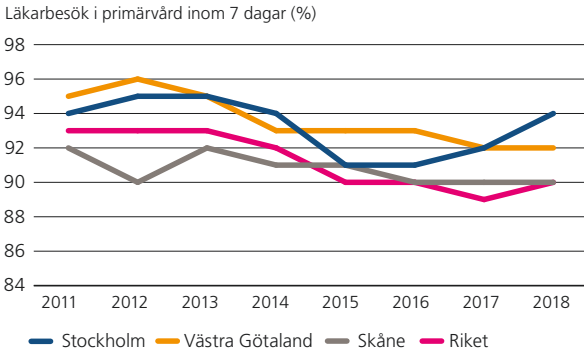
År 2015 ersattes kömiljarden av ”Tillgänglighet och samordning för en mer patientcentrerad vård – insatser inom hälso- och sjukvården.” Överenskommelsen betonar vikten av patientcentrering och sammanhållna vårdprocesser för att vården ska vara tillgänglig för såväl patienter med akuta behov som de med kontinuerliga behov.

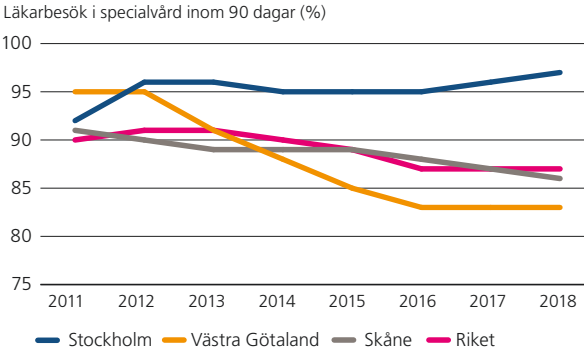
I januari 2019 förstärktes vårdgarantin samtidigt som den gjordes professionsneutral. Patienter som kontaktar primärvården för ett nytt eller försämrat hälsoproblem har nu, om vårdgivaren bedömer att ett medicinskt behov föreligger och en bedömning inte kan göras vid första kontakten, rätt till en medicinsk bedömning inom tre dagar. Bedömningen ska göras av en läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården. Den förstärkta vårdgarantin är ett led i arbetet med att omstrukturera hälso- och sjukvården där primär-vården ska bli en tydlig bas och utgöra grunden för en god och nära vård som tydligt utgår från patientens behov.

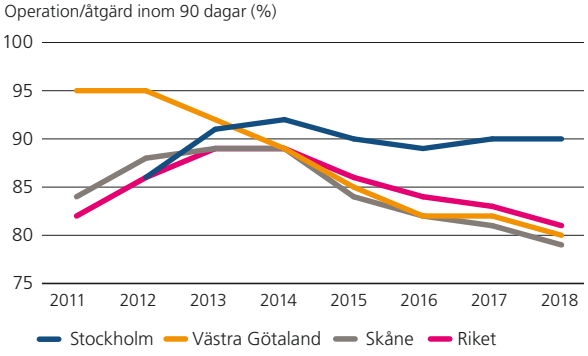
Uppföljningen av tillgänglighet har främst fokuserats på vårdgarantins mått på tid till första besök och behandling inom primärvården och den specialiserade vården. Vid första flerårsavtalen med akutsjukhusen infördes vitesbelopp för väntande över vårdgarantis gräns. Detta bidrog till att tillgängligheten till besök/behandling förbättrades avsevärt. På akutsjukhusen har uppföljningen även fokuserat på väntetider på akutmottagningarna.

I de nationella mätningarna har Region Stockholm haft en högre tillgänglighet än andra regioner, främst inom den specialiserade vården. Tillgängligheten har bibehållits på en hög nivå i länet de senaste åren, samtidigt som den har sjunkit i övriga landet (figur 13 a-c). Demografiska förändringar och problem med kompetensförsörjningen gör dock att det i framtiden kan bli svårt att behålla en hög tillgänglighet.

Figur 13 a–c. Utvecklingen för vårdgarantins mått på tillgänglighet. Observera att skalorna är brutna och skiljer sig för de olika måtten.







Arbetet kring tillgänglighet håller på att förändras från att fokusera på tiden till första besök till att omfatta

hela patientens process från första symptom till dess han/hon blir frisk eller har kontroll och får behandling för sin kroniska sjukdom. Under 2019–2021 genomförs en omfattande satsning på personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp, även för andra sjukdomsområden än cancer. Dessa kommer att tas fram inom ramen för det nya nationella systemet för kunskapsstyrning och ska omfatta hela vårdkedjan, inklusive utredning, uppföljning och rehabilitering. En förhoppning är att arbetet med PSV kommer att leda till en ökad tillgänglighet, kortare ledtider och förbättrade hälsoutfall för patienterna. I arbetet ingår även en satsning på ”patientkontrakt” i syfte att skapa bättre förutsättningar för en ökad delaktighet bland patienterna.

Det är viktigt att tillgängligheten även inkluderar kontinuitet. Studier har visat att tillgänglighet till en kontinuerlig vårdkontakt i primärvården leder till ökad nöjdhet samt kan öka följsamheten till medicinering, minska behovet av sjukhusvård och möjligen även minska dödligheten.

Det finns ett fortsatt behov av att utveckla bredare tillgänglighetsmått som tar hänsyn till att ett problem helst ska lösas i rätt vårdform, av rätt personalgrupp via effektivast möjliga kommunikationsväg (telefonkontakt, epost, webformulär, brev, 1177 Vårdguiden/Mina Vårdkontakter, fysiskt besök). Idag saknas en sådan uppföljning. Det är även viktigt att betona att begreppet ”tillgänglighet” för patienterna är bredare än så.

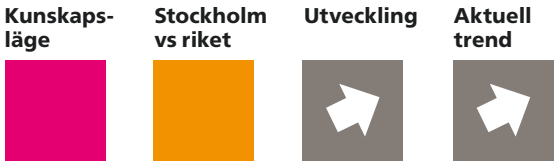
Andra aspekter av tillgänglighet kan vara fysisk tillgänglighet såsom öppettider, lokalernas anpassning till funktionshinder och avstånd till vårdenheter, kostnader i form av egenavgifter, förtroende för personalen, tillgång till vårdpersonal med rätt kompetens samt individens förmåga att förvärva, förstå och använda information i syfte att behålla, främja eller förbättra sin hälsa.

Demografiska förändringar och problem med kompetensförsörjningen gör att det i framtiden kommer att bli svårt att behålla en hög tillgänglighet. För att lyckas med det krävs omfattande förändringar i sjukvårdens arbetssätt, inklusive task-shifting mellan olika personalkategorier. Digitala verktyg för diagnos och behandling behöver också utnyttjas på ett helt annat sätt än idag. Det kommer även att krävas en förbättrad förmåga att prioritera samt en förändrad syn på vilka hälsoproblem som hälso- och sjukvården skall hantera.

3.9 Individanpassad vård

Kunskaps-baserad	Säker	Tillgänglig
Individ-anpassad	Jämlik	Effektiv

Vården ska ges med respekt för individens specifika behov, förväntningar och integritet. Individen ska ges möjlighet att vara delaktig. Kunskapen om hur väl hälso- och sjukvården uppfyller detta är bristfällig. Traditionellt har vården varit mer centrerad runt vårdgivaren än patienten och få analyser görs av patentens samlade väg i vården och vad som är viktigt utifrån hans/hennes perspektiv.



Individanpassad vård och omsorg innefattar bland annat helhetssyn, samordning, självbestämmande, delaktighet, frivillighet och integritet. Tidigare har begrepp som patientcentrerad eller personcentrerad använts. Synen på patientens roll har förändrats över tid från att vara en passiv mottagare till en medskapare. Patienten som medskapare innebär att denne är delaktig på varje nivå i vårdsystemet: i mötet med vårdens medarbetare men även på regional och nationell nivå.

Patienter behöver därmed även göras delaktiga i planering av ny vård och behandling, i utbildning av vårdpersonal, i forskning och i utformning av policys och reglering av hälso- och sjukvård. Patientlagen (2014:821) som trädde i kraft den 1 januari 2015 är ett resultat av Patientmaktsutredningen. Den syftar till att förbättra patientens ställning integritet, självbestämmande och delaktighet i mötet med vården.

Inom ramen för utredningsarbetet kring FHS gjordes en djupare analys av begreppet patientcentrerad hälso- och sjukvård och hur väl det följs upp i Region Stockholm. I rapporten lyfte patienterna flera dimensioner av kvalitet som traditionellt inte följts upp på ett systematiskt sätt inom hälso- och sjukvården (figur 14).

Ett ramverk togs fram för uppföljning av patientcentrering i regionen. Indikatorer föreslogs inom sju dimensioner som lyfts fram som grundläggande för att skapa en patientcentrerad hälso- och sjukvård; helhetssyn på individen, sammanhållen vård, tillgänglighet, delaktighet och ansvar, bemötande, respekt för självbestämmande samt främjande och stödjande av involvering av närstående.

Figur 14. Patientens/invånarens uppfattning om begreppet patientcentrering.



Från Rapport FHS-utvärdering 2015

Endast ett fåtal av dessa indikatorer mäts idag, till exempel i den nationella patientenkäten. Ett omfattande utvecklingsarbete pågår dock både nationellt och regionalt, bland annat kopplat till arbetet med omställningen till nära vård.

- Nationella patientenkäten mäter synen på tillgänglighet, vårdpersonalens kompetens, kontinuitet och koordinering, respekt och bemötande samt delaktighet och involvering hos personer som besökt läkare i primärvården. Drygt 70 % ger ett gott/mycket gott betyg och andelen har oförändrad i flera år. Det är dock stora skillnader mellan olika vårdcentraler och andelen av patienterna som hade ett positivt helhetsintryck av primärvården varierade mellan 98 % och 49 % under 2018.
- Patientens ställning har förbättrats i hälso- och sjukvården, till exempel genom ökade informations- och utbildningsinsatser riktade till patienter men att det finns brister i hur vården möter patienters individuella behov, värderingar och preferenser.
- Det kan finnas ett motsatsförhållande mellan traditionella kvalitetsindikatorer som ofta mäter följsamhet till vårdprogram eller uppfyllelse av målvärden och individanpassad vård som utgår från patientens preferenser.
- Bristande samordning och samverkan mellan vårdgivare är en särskild utmaning i Region Stockholm med många olika vårdgivare inblandade i vårdkedjan. Det behövs fler uppföljningar och analyser.

Källa: Rapport Patientcentrering. FHS-utvärdering 2015. Patientcentrering i svensk hälso- och sjukvård. MYVA rapport 2012:5

3.10 Jämlik vård

Kunskaps-baserad	Säker	Tillgänglig
Invivid-anpassad	**Jämlik**	Effektiv

Vården ska tillhandahållas och fördelas på lika villkor för alla. Utgångspunkten är Hälso- och sjukvårdslagens (1982:763) portalparagraf som föreskriver att målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Jämlik vård innebär att det ska vara möjligt för alla, oavsett var i landet man bor, att få del av hälso- och sjukvårdens tjänster. Ekonomiska, sociala, språkliga, religiösa, kulturella och geografiska förhållanden får inte heller hindra den enskilde från att få en god vård.

Jämlikhetskommissionen poängterar dock i sin slutrapport *Ojämlik vård – ett hot mot vår sjukvård* att jämlik vård inte får begränsas till vad hälso- och sjukvården är skyldig att erbjuda, utan även måste omfatta utjämnande av skillnader i hälsoutfall. Annars kommer den ojämlika vården att på sikt utgöra ett hot mot hela sjukvårdssystemet.

Kunskaps-läge	Stockholm vs riket	Utveckling	Aktuell trend

Kunskapen är begränsad om hur jämlik vården är. Den kvalitetsuppföljning som görs regelbundet med hjälp av kvalitetsregister och andra källor innehåller ibland data uppdelat per kön, men det saknas oftast analyser om observerade könsskillnader är motiverade eller inte. Det görs ingen löpande uppföljning av om vårdens kvalitet skiljer sig utifrån andra möjliga grunder för ojämlikhet som patienternas utbildning, inkomst, födelseland, religion eller sexuell läggning.

Den kunskap som finns baseras på forskning som bland annat nyttjat de goda möjligheter som finns i Sverige att bedriva registerforskning och länka olika data med hjälp av personnumren. De studier som gjorts visar att det finns omotiverade skillnader mellan socioekonomiska grupper, geografiska områden och kön i vård och behandling av flera sjukdomar.

Bristen på bra historiska jämförelser gör det svårt att bedöma om vården blir mer eller mindre jämlik. I debatten om vårdens styrning har vårdvalen lyfts fram som ett en särskild utmaning utifrån perspektivet jämlik vård. De få utvärderingar som gjorts visar dock att vården och omsorgen inte var jämlik och likvärdig innan valfrihetssystemen infördes, men att valfriheten

i sig inte heller bidragit till att utjämna skillnaderna i dessa avseenden.

Det har även varit mycket diskussioner om ojämlik tandhälsa. I en rapport från 2019 visade Folkhälsomyndigheten att utbildning, ekonomi och allmän hälsa har stor betydelse för tandhälsan. Skillnader mellan barn från olika socioekonomiska grupper tenderar att finnas kvar och påverka tandhälsan genom hela livet. På sikt behövs därför förebyggande insatser som fokuserar på barn och unga.

För att minska skillnaderna i tandhälsa bland befolkningen har regeringen uppdragit åt en särskild utredare (Dir. 2018:16) att utreda och föreslå hur tandvårdssystemet kan utvecklas för att bli mer resurseffektivt och jämlikt. Utredningen ska lämna sitt slutbetänkande senast den 1 mars 2020.

I rapporten *En mer jämlik vård är möjlig*, beskriver Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, MYVA, varför det finns omotiverade skillnader i vård, behandling och bemötande. Förklaringen är ofta skillnader i vårdens organisation, tillgång till utrustning och personal samt lokala behandlingstraditioner. Vad gäller skillnader mellan befolkningsgrupper (t ex utifrån kön eller socioekonomi) är mötet mellan patient och vårdpersonal det viktiga och myndigheten lyfter fram bristande förmåga hos vårdpersonalen att anpassa sig till patienters olika egenskaper och förutsättningar, att vårdpersonalen agerar utifrån förutfattade uppfattningar om exempelvis ålder och kön, samt ett omedvetet beteende som har sin grund i normer och värderingar hos vårdpersonalen som orsaker.

Andra orsaker till variation mellan regionerna är en ojämn implementering av vårdprogram och andra kunskapsstöd. De regionala skillnaderna har varit en drivkraft bakom etableringen av det nya nationellt sammanhållna systemet för kunskapssyrning som arbetar efter visionen *”Vår framgång räknas i liv och jämlik hälsa – tillsammans gör vi varandra framgångsrika.”*

- Det finns stora variationer mellan olika kommuner och stadsdelar i Region Stockholm i sjukdomsbörda, vaccinationer, screening, diagnostik och behandling vid flera sjukdomar och sjukdomstillstånd.
- Personer som har upplevt ekonomisk kris eller har varit arbetslösa skattar sin tandhälsa lägre än genomsnittet, och personer med endast förgymnasial utbildning skattar sin tandhälsa sämre än de som har gymnasial eller eftergymnasial utbildning.
- Tidigare rapporter har visat på socioekonomiska skillnader i diagnostik och behandling av tjock- och ändtarmscancer, bröst- och prostatacancervården. Omfattande arbete pågår dock för att öka jämlikheten där RCC utbildat 200 hälsoinformatörer som verkar ute i samhället med uppsökande verksamhet för särskilt utsatta grupper. En rad andra riktade insatser har också gjorts för att förbättra information, tillgänglighet och medvetenhet.
- Kvinnor med funktionshinder löper dubbelt så hög risk att dö i bröstcancer jämfört med andra patienter med bröstcancer, bland annat beroende på att de får sin diagnos i ett senare skede.
- Personer med psykisk sjukdom som drabbas av hjärtinfarkt har en lägre användning läkemedel för sekundärprevention.
- Följsamheten till läkemedelsbehandling vid flera kroniska sjukdomar är lägre hos utlandsfödda.
- Det finns särskilda utmaningar i att möta sjukvårdsbehoven hos migranter. Färre söker kontakt med vården när de är i behov av vård, något som kan förklaras av en kombination av språkliga och kulturella skäl, bristande kunskap om ohälsa och sjukdom, okunskap om sjukvårdsystemet eller ekonomiska svårigheter. Asylsökande kvinnor verkar vara den mest sårbara gruppen som behöver mer uppmärksamhet.

Källa: Socialstyrelsen. Nationell utvärdering. Bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancervård 2013. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser Jämlik vård. Somatisk vård vid samtidig psykisk sjukdom 2014. Folkhälsomyndigheten. Jämlik tandhälsa. Analys av självskattad tandhälsa i Sveriges befolkning 2019

3.11 Effektiv vård

Kunskaps-baserad	Säker	Tillgänglig
Individ-anpassad	Jämlik	**Effektiv**

Vården ska utnyttja tillgängliga resurser på bästa sätt för att uppnå uppsatta mål. Kunskapen om sjukvårdens produktivitet och effektivitet baseras främst på analyser och forskning inom några vårdområden som primärvård, höftledsoperationer eller akutmottagningar. Det finns en begränsad kunskap om hela hälso- och sjukvårdssystemets effektivitet och vad alla de omfattande förändringar som genomförts i vården har haft för effekter.

Mycket tyder på att vården har blivit effektivare över tid. Det finns dock fortfarande stora problem med ineffektiva processer både hos enskilda vårdgivare och kring hur processerna samspelar i en vårdkedja. Att effektivisera vården handlar om att förbättra kvaliteten och öka patienternas tillfredsställelse med vården, trots att mindre resurser används. Det handlar om att få ut mer effekt av de resurser som finns.

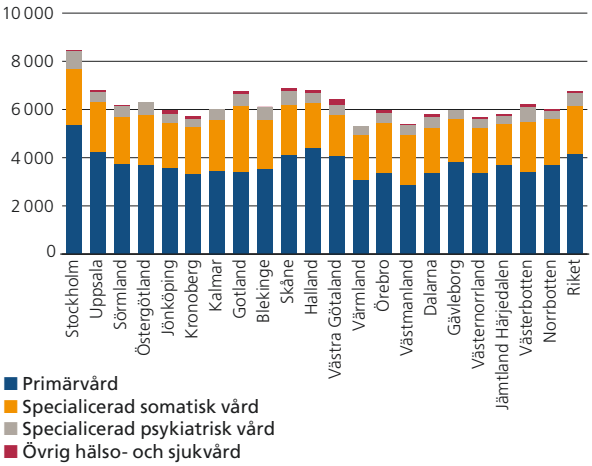
Kunskaps-läge	Stockholm vs riket	Utveckling	Aktuell trend

Ordet effektivitet förväxlas ofta med produktivitet. Effektivitet kan definieras som graden av måluppfyllelse och beskriver den nytta/värde som ska åstadkommas. Produktivitet definieras som förmågan att producera något utan att beakta värdet för kunden, det vill säga största möjliga produktion av tjänster inom givna resurser.

Det finns studier som visar att vårdkostnaderna till 20 % består av kostnader som är en följd av kvalitetsbrister i vården. Om man antar att hälften av dessa brister går att rätta till skulle kostnaderna för hälso- och sjukvården kunna reduceras med 10 %. För att Region Stockholm ska kunna möta invånarnas ökade behov av hälso- och sjukvård krävs att den blir mer effektiv än den är i dag.

Nettokostnaden för hälso- och sjukvård exklusive tandvård varierade mellan landstingen under 2018 mellan 25 127 kr/invånare i Västra Götalandsregionen och 30 937 kr/invånare i Region Gotland. I Region Stockholm uppgick den totala kostnaden per invånare under 2018 till 26 492 kr vilket var ungefär kring genomsnittet. Vissa skillnader mellan regionerna förklaras av skillnader i ansvar mellan region och kommun. Det finns också strukturella skillnader som demografiska förhållanden, sjuklighet och geografi. SKR har därför sedan flera år beräknat den så kallad strukturjusterade kostnaden. Här hamnar Region Stockholm bland de regioner som har den högsta kostnaden per invånare. Det beror främst på högre volymer och Region Stockholm är den region där befolkningen gör flest vårdbesök per invånare (figur 15).

Figur 15. Antal besök i hälso- och sjukvården per invånare och vårdområde 2018.



Källa: Statistik om hälso- och sjukvård 2018, SKR.

Det är dock svårt att göra rättvisande jämförelser mellan regioner då huvudstadsregioner har särskilda utmaningar. Inom flera vårdområden har omstruktureringarna kring Framtidens hälso- och sjukvård lett till en ökad effektivitet. Fler analyser behöver göras över hur effektiv regionens vårdstruktur är.

- Befolkningen i Stockholms län är yngre och friskare än i andra län. Vårdtiden är kort liksom antalet vårdplatser per invånare. I jämförelse med övriga landet är antalet läkare per 1 000 invånare högre liksom kostnaden per invånare. Ofta ligger Region Stockholm kring riksgenomsnittet i kvalitetsjämförelser. På en övergripande nivå skulle det tyda på att vården i Stockholms län inte är lika effektiv som riksgenomsnittet.
- Konkurrensutsättning av vården med upphandlingar har sänkt kostnaderna och ökat produktiviteten inom flera områden. Det behövs mer kunskap om vårdvalens effekter. De analyser som gjorts visar både på ökad och minskad effektivitet.
- De senaste årens satsningar med FHS, 1177, digitala vårdmöten och hänvisningsstöd har bidragit till en ökad andel patienter som söker vård i den mest ändamålsenliga vårdformen, och därmed en ökad effektivitet.

Källa: SKR, Vården i Siffror

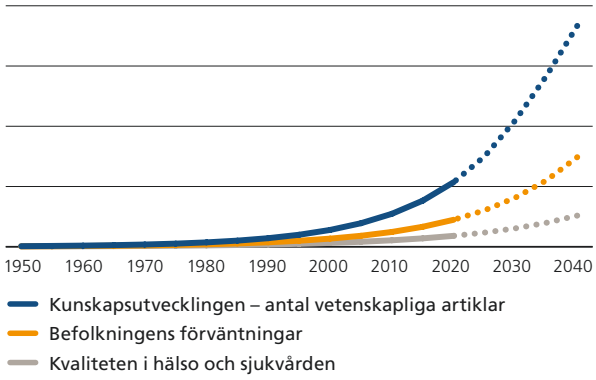


4. Framtid

Det mesta talar för att den positiva trend vi sett de senaste hundra åren med förbättrade medicinska resultat vid behandling av nästan alla sjukdomar kommer att fortsätta framöver. Det är även troligt att såväl patientsäkerhet, individanpassning som effektivitet kommer att fortsätta att förbättras. Hur kvaliteten kommer att utvecklas är dock beroende av kunskapsutvecklingen, hur synen på kvalitet kommer förändras och vem som kommer att stå för bedömningen.

Befolkningens förväntningar på vården har ökat och möjligheterna till uppföljning har synliggjort brister som förr var osynliga. Målkonflikter mellan olika kvalitetsdimensioner och perspektiv har också blivit, och kommer att bli, allt tydligare. Det finns dock goda möjligheter att påverka utvecklingen genom kloka beslut kring vårdens digitalisering, styrning och struktur.

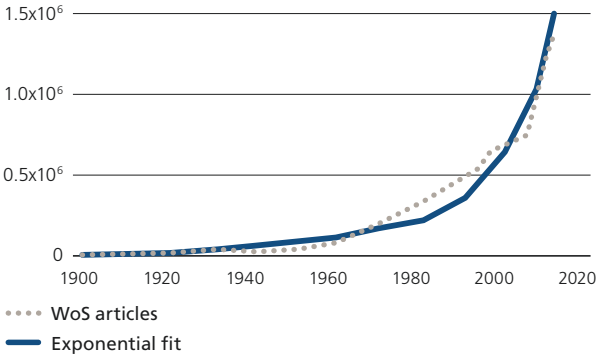
Figur 16. Utveckling och framtida prognos för kunskapsutveckling, befolkningens förväntningar på vården och kvaliteten i hälso- och sjukvården.



4.1 Kunskapsutvecklingen

Kunskapsutvecklingen har varit snabb i samhället. Mer än 1,5 miljoner vetenskapliga artiklar publicerades i världen under 2018 (figur 16). Antalet artiklar har ökat exponentiellt under hela 1900- och 2000-talet och dubblerats vart nionde år (figur 17). Klinisk medicin och biomedicin står för den största andelen artiklar med ungefär en tredjedel.

Figur 17. Antal vetenskapliga artiklar per år i Web of Science (WoS).



I Vetenskapsrådets rapport *Vetenskaplig produktion. Analys av det vetenskapliga forskningssystemet* beskrivs utvecklingen i världen och i Sverige. Globalt sett har kartan ändrats avsevärt de senaste 10–15 åren. Asien har den snabbaste tillväxten, och forskningen domineras inte längre lika mycket av USA och Västeuropa. Sverige har haft en stark position inom den medicinska forskningen.

En analys av vetenskaplig produktion inom medicin som gjordes för drygt tio år sedan *(Coppen & Bailey. Lancet 2004)* gav Sverige en topplacering med fem vetenskapliga artiklar i klinisk medicin och 57 citat av svenska rapporter per 1 000 invånare. Skottland låg på andra plats, Finland och Danmark på fjärde respektive femte plats. Den medicinska forskningen i Sverige ökar dock inte lika snabbt som i andra länder och Vetenskapsrådets rapport visar på en minskad forskning vid universitetssjukhusen.

Den snabba kunskapsutvecklingen gör att allt fler nya tjänster och produkter kommer att introduceras. Möjligheterna att förebygga, bota och lindra sjukdom och sjukdomssymptom kommer att bli allt bättre.

Särskilt inom läkemedel och medicinteknik kommer ett stort antal nya produkter att introduceras, delvis inom områden som det saknats bra behandlingar. Kunskapsutvecklingen gör även att vi kan förväntas få en ökad kunskap om vårdens kvalitet och bättre verktyg för att förbättra kvaliteten. Några perspektiv på kunskapsutvecklingen ges i denna rapport, andra perspektiv kommer att redovisas i övriga delrapporter från utredningen.

4.2 Precisionsmedicin (personalized medicine)

Inom flera områden har kunskapsutvecklingen lett till helt nya möjligheter att radikalt förbättra vårdens kvalitet. Ett av dessa är precisionsmedicin (precision medicine eller personalized medicine) som håller på att förändra synen på sjukdom och behandling. Utvecklingen går från att ställa diagnos baserat på symptom och behandla alla på samma sätt mot en alltmer skräddarsydd behandling utifrån varje individs genuppsättning, miljöfaktorer och livsstil. Diagnostik och behandling av olika sjukdomar har tidigare skett på ett relativt likartat sätt för olika patienter.

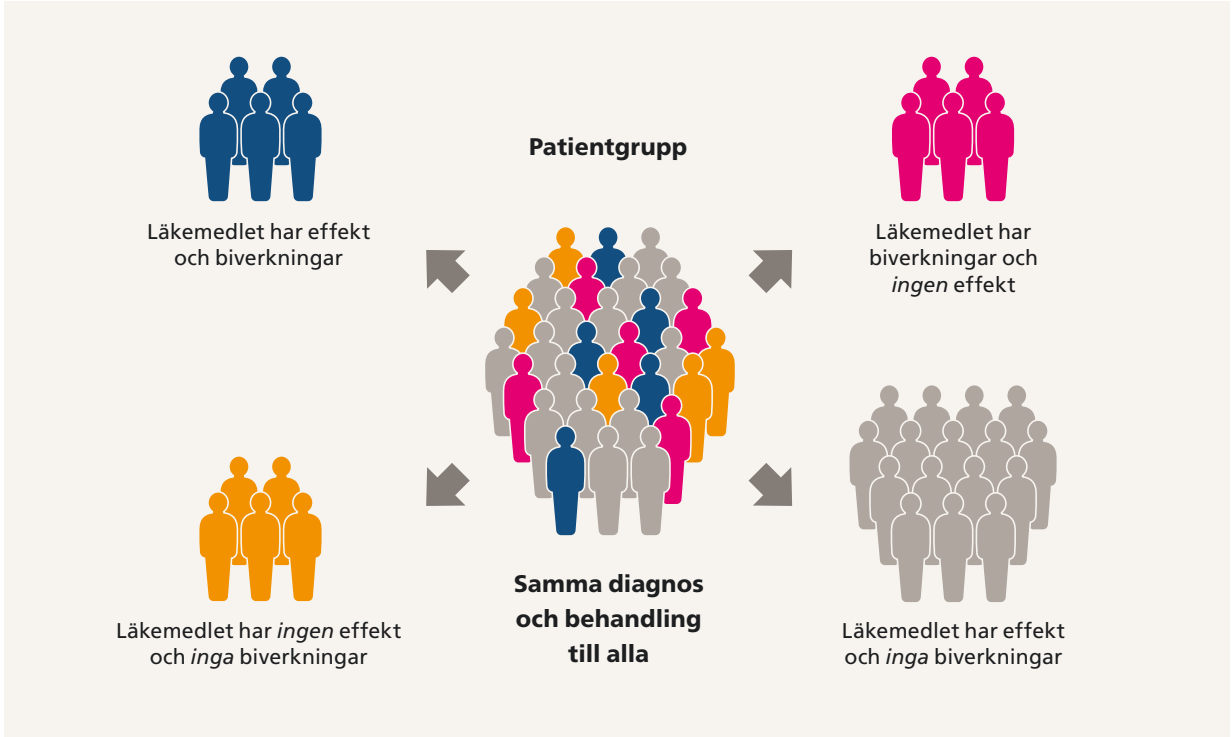
I framtiden är det troligt att gentest i kombination med andra patientdata gör det möjligt att välja en individualiserad behandling som ger mesta möjliga effekt och minsta risk för biverkningar (figur 18). En individualiserad behandling kan också leda till minskade kostnader. Förbättrad diagnostik gör det möjligt att tidigare bedöma om personer kommer att utveckla sjukdom och därmed satsa på förbyggande insatser eller tidig behandling.

Individualiserad behandling är inte nytt i sig, men kunskapen har ökat kraftigt med kartläggningen av det mänskliga genomet och utvecklingen inom molekylärbiologin. Utvecklingen går snabbast inom cancerområdet och sedan millennieskiftet har vi fått en helt ny förståelse för hur cancer uppkommer och utvecklats. Det har lett till ett stort antal nya möjliga mål för cancerbehandling.

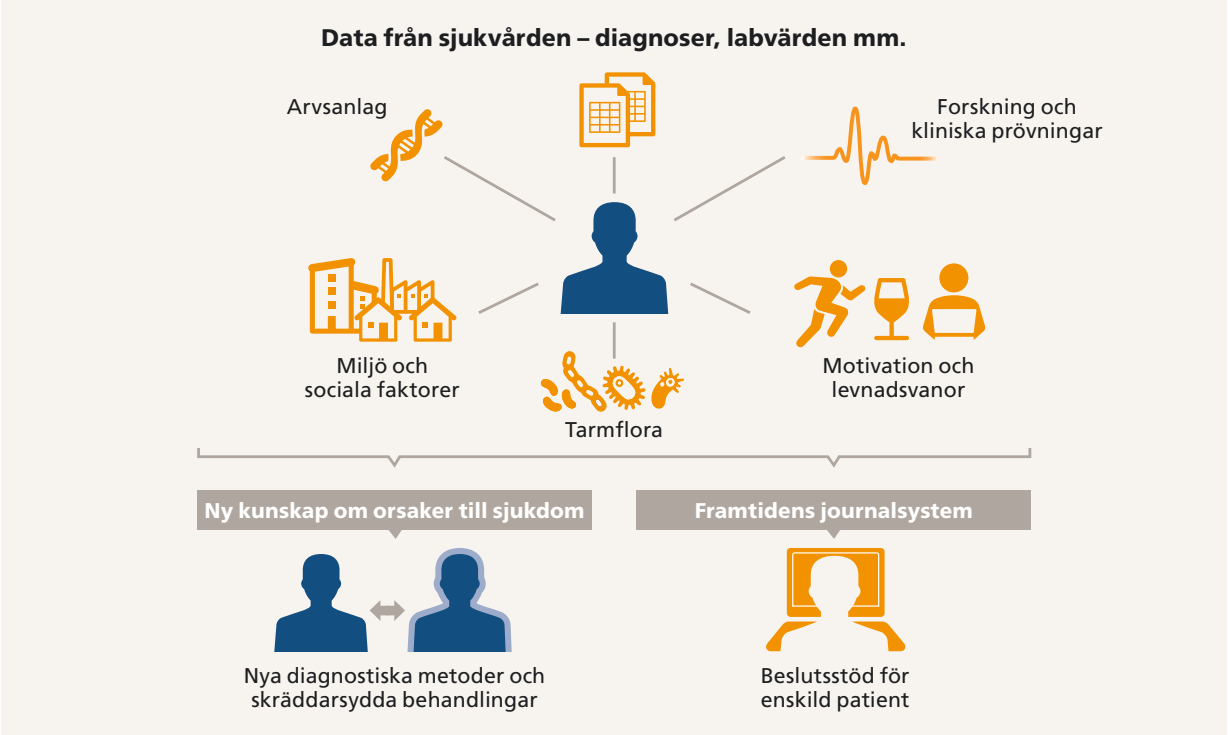
Idag pågår det studier av många olika sorts produkter som kan revolutionera synen på kvalitet, det vill säga att ställa rätt diagnos och erbjuda en skräddarsydd behandling. Sannolikt så kommer vi i framtiden att se ett stort antal av följande:

- Nya diagnosmetoder – laboratorietester som används på blod, vävnader eller annat biologiskt material
- Genetisk analys (gentest) för att kartlägga individers arvsanlag (gener). Gentest kan variera i omfattning från endast en punktmutation upp till en individs hela genom.
- Diagnostika kopplade till viss behandling
- Kliniska beslutsstöd där genetiska data och annan information om patienten används för att stödja beslut om prevention och behandling för enskilda patienter.

Figur 18. Individuell behandling utifrån varje patents unika genuppsättning och andra faktorer.



Figur 19. Precisionsmedicin. Figur modifierad från Altman & Loscalzo. Nature Reviews Cardiology 2016.



Möjligheterna med precisionsmedicin är stora, men om vården ska kunna ta till sig detta krävs nya arbetssätt och digitala verktyg som stödjer både vårdgivare och patienter. Principerna för precisionsmedicin illustreras i figur 19. Redan idag är gapet stort mellan aktuell kunskap om hur vi *bör* individualisera behandlingar, till exempel utifrån patienternas samsjuklighet och njurfunktion, och vad som de facto sker. Det kommer innebära en utmaning att skapa de förutsättningar som krävs för att kunna utnyttja de medicinska landvinningarna. Stora investeringar kommer att krävas och det är inte säkert att vinsterna kan hämtas hem av de som investerar.

4.3 Big Data och AI

Dataexplosionen inom hälso- och sjukvården kommer att ge helt nya möjligheter att förbättra kvaliteten och utveckla vården. Nya verktyg är under utveckling som kan hantera stora datamängder i realtid och som kan erbjuda avancerade beslutsstöd. Med hjälp av Machine Learning/AI kommer historiska data från liknande patienter att kunna användas för att förutspå risken för att en patient blir sjuk så att förebyggande åtgärder kan vidtas. Det går också att göra en individuell vårdplanering och optimera kvaliteten i olika vårdprocesser.

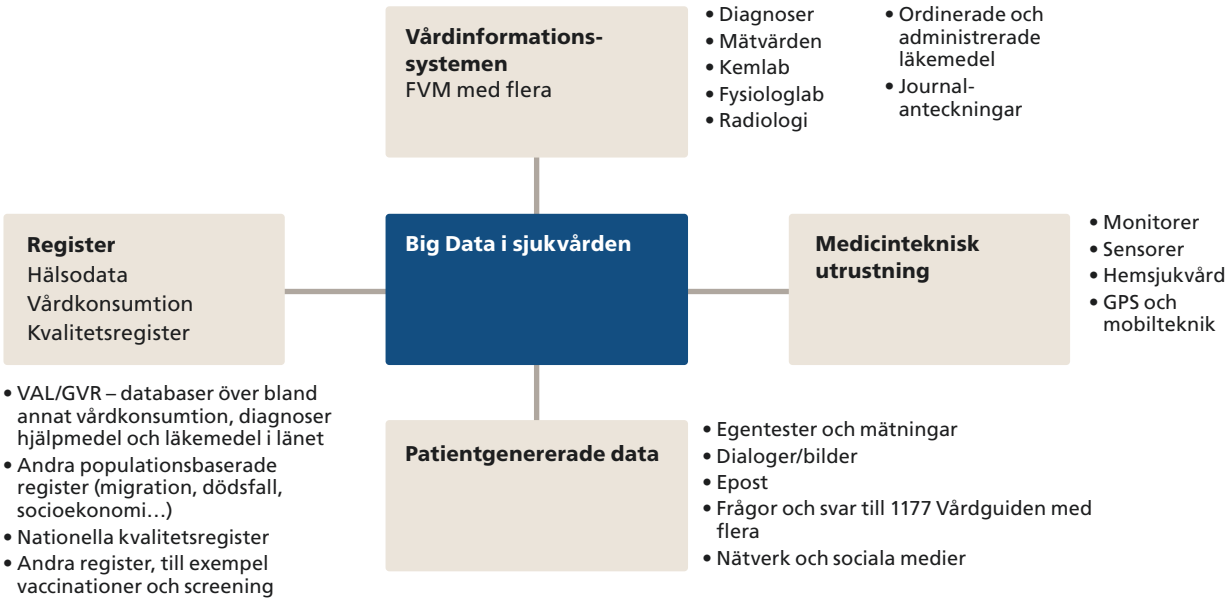
Ett ofta använt begrepp är Big Data, det vill säga digitalt lagrad infor-mation i en så stor mängd att det inte går att bearbeta den med traditionella databasmetoder. Big Data inbegriper olika tekniker för Very Large Databases (VLDB), datalager (Data Warehouse) och tekniker för informa-tionsutvinning (Data Mining). Termen lanserades för tio år sedan, men det är först nu vi börjar se hur Big Data kan komma att förändra vården.

Big Data har betraktats som ett paradigmskifte inom datavärlden. De nya teknikerna gör det möjligt att analysera väsentligt större datamängder än tidigare. Det går att hitta nya mönster och samband utan att det föreligger en föregående hypotes, hantera ostrukturerade data, kombinera data från olika källor samt analysera aktiva data medan de genereras och förflyttas i realtid. Detta kan sammanfattas med 4 V:n Volume (stora datavolymerna), Velocity (snabbheten med vilken data genereras), Variety (varierade strukturen) och Veracity (högre grad av osäkra data).

Sensorer, e-post, sociala medier, bilder, transaktioner och geografiska signaler från mobiltelefoner är exempel på företeelser som ger upphov till mängder av data. Data som, om de lagras och analyseras, har en stor potential i att förändra alla företags och organisationers sätt att arbeta. I den medicinska forskningen används Big data bland annat inom epidemiologi och genetik. Ett exempel inom sjukvården är övervakning av vitalparametrar som andning, temperatur och hjärtfrekvens hos för tidigt födda barn.

Det finns också flera exempel inom e-hälsoområdet där patientens roll genom en ökad tillgång till data förändras från att vara en passiv mottagare av färdiga rapporter till att bli involverad i sin egen vård.

Figur 20. Big Data inom sjukvården i Region Stockholm.



Genomgående finns en förväntan om att Big Data ska kunna bidra till förbättrad kvalitet och minskade sjukvårdskostnader. Utmaningarna är dock stora eftersom patientdata är svåra att analysera samtidigt som data är av känslig natur där det är viktigt att respektera den personliga integriteten. Det finns också flera tekniska och pedagogiska utmaningar i hur data kan visualiseras i analys och beslutsstöd.

Big Data inom hälso- och sjukvården är av olika typer. Grovt förenklat kan de grupperas i de fyra dimensionerna register, vårdinformationssystem, medicinteknisk utrustning och patientgenererade data (figur 20). I Region Stockholm finns sedan många år en erfarenhet av olika register. Dessa är kompletta för hela befolkningen, innehåller strukturerade data och har en hög kvalitet och validitet. Hit hör bland annat hälso- och sjukvårdsförvaltningens administrativa Data Warehouse VAL, kvalitetsregistren och databaser över vaccinationer.

Den mest dynamiska utvecklingen sker kring vårdinformationssystemen, men även kring insamling av data från sensorer och andra medicintekniska produkter samt patientgenererade data. Dessa data är dock ofta ostrukturerade och det finns en mängd aktörer inblandade, såväl offentliga som kommersiella företag och patientorganisationer.

I rapporten *Digitizing Sweden* bedömer McKinsey & co att upp till 145–180 miljarder kronor skulle kunna frigöras i hälso- och sjukvården om nuvarande digitala tekniker för kommunikation, molntjänster, automatisering och avancerad dataanalys implementerades. Den största potentialen beräknas komma från ökad enhetlighet i hur vården utförs, där användarvänliga analysprogram och visualiseringsverktyg gör det möjligt att följa upp och jämföra vårdens effekter samt att skapa och sprida ny kunskap. Digitala tekniker är därmed ett av de viktigaste verktygen i en modern kunskapsstyrning.

4.4 Synen på kvalitet och målkonflikter

Synen på kvalitet kommer att fortsätta förändras. Morgondagens patienter har inte tid att vara sjuka. De vill inte heller använda tjänster som de inte anser sig behöva. De flesta invånare har också blivit mer digitala i hur de konsumerar tjänster och varor. Sjukvården har dock inte utvecklats i samma takt som övriga samhället.

Kunskapsutvecklingen, den ökade tillgången till data och utvecklingen av nya verktyg gör att vården får ökade möjligheter att förbättra kvaliteten och patientsäkerheten. Liksom att anpassa verksamheten till varje patients unika behov och förväntningar. Men utvecklingen förändrar även roller och ansvar för en mängd andra aktörer. Leverantörer av appar, IT-system, hjälpmedel, läkemedel och medicinteknisk utrustning kommer att öka sitt fokus på patienten. Något som förändrar sjukvårdens ”monopol” på att ställa diagnos och besluta om behandling.

Inom de närmaste åren kommer traditionella flöden som idag ligger helt inom hälso- och sjukvården förändras betydligt till exempel genom diagnostiska robotar, provtagning på apotek och mediciner som levereras hem till dörren. Kvalitet och tillgänglighet kommer att bli ett viktigt konkurrensmedel.
Den snabba utvecklingen kommer att leda till målkon-

flikter mellan olika kvalitetsperspektiv. Genom den ökade tillgången till data kommer de att bli allt tydligare. Exempel på möjliga målkonflikter:

- Mellan individanpassad vård och effektiv vård. Mindre mottagningar har ofta bättre förutsättningar att tillhandahålla vård som motsvarar patienternas förväntningar. Större mottagningar har stordriftsfördelar avseende produktivitet och kostnadseffektivitet. Variationen i kvalitetsutfall är också större för små mottagningar.
- Mellan kunskapsbaserad vård och jämlik vård. Utvecklingen inom precisionsmedicin och tillgången till nya dyra behandlingar gör det möjligt att rädda liv och förbättra livskvalitet, men kommer samhället ha råd att erbjuda detta för alla?
- Mellan tillgänglig vård och kunskapsbaserad vård. Hög tillgänglighet är viktigt för förtroendet och effektiviteten i hälso- och sjukvårdssystemet, men det finns också en risk att konkurrens och valfrihet leder till en överkonsumtion av vård och vårdgivare som erbjuder tjänster som inte är medicinskt ändamålsenliga, tex onödiga undersökningar eller frikostig antibiotikaförskrivning.

4.5 Digitalisering möjliggör bättre kvalitet men skapar också nya risker

Digitaliseringen har en nyckelroll i att förbättra kvaliteten i vården. Ny teknik gör det möjligt för invånarna att bättre bevaka sin egen hälsa, vidta förebyggande åtgärder och få större delaktighet i sin vård och behandling. Om man blickar lite längre framåt i tiden finns det oanade möjligheter att ny digital teknik kan bidra till en effektiv vård av hög kvalitet. Dessa möjligheter beskrivs mer utförligt i en annan perspektivrapport från utredningen. Här redovisas några exempel på områden där digitalisering kan bidra till en ökad kvalitet i hälso- och sjukvården.

Möjligheterna är väl genomlyst i rapporten *Operation digitalisering – en ESO-rapport om hälso- och sjukvården*. Rapporten lyfter enkla tekniska förbättringar som SMS-påminnelser, digital anamnes och triagering av patienter, det vill säga en bedömning och hänvisning baserat på medicinsk prioritering. Den belyser också andra områden där det finns stora kvalitetsvinster eller ekonomiska besparingar av att nyttja digital teknik. Smartphones kan användas för att bevaka centrala hälsovärden (till exempel blodtryck och glukos), påminna om medicinering och även ställa diagnos baserad på bilder.

Patienter som engagerar sig i sin egen hälsa belastar sjukvården mindre. En patient som använder sin smartphone eller dator och är uppkopplad till sin läkare behöver mer sällan göra ett fysiskt besök. Internet och sociala nätverk stärker även patienternas kunskap och gör det möjligt att utbyta information och erfarenheter.

Allt fler kommer även att använda olika bärbara sensorer som mäter olika kroppsfunktioner. Uppgifter som samlas in av sensorer kommer att spela en allt större roll för sjukvården. Bärbara enheter som registrerar fysisk träning uppmuntrar patienter att hålla sig mer aktiva och friskare på egen hand. Detta kan minska deras behov av att träffa en läkare, medan mer avancerade enheter kan övervaka patientens hjärtfrekvens, kost och blodtryck. I stället för att komma på besök för övervakning kan detta ske i hemmet genom att patienten alltid är ansluten till en läkare digitalt. Om relevanta mätvärden för en patient förändras kan läkaren automatiskt få ett meddelande och vidta åtgärder.

Det utvecklas också flera appar som kan engagera patienter och skapa interaktion med dem samt effektivisera olika processer i vården. En av de största utmaningarna i sjukvården i Stockholms län är att hitta rätt i vården. Historiskt sett har många sökt vård på akutmottagningar, men redan idag sker en allt större del av de första vårdkontakterna digitalt via 1177 Vårdguiden. Målet med omställningen till nära vård är att en större del av alla patienter ska omhändertas inom primärvården.

Den digitala utvecklingen gör det även möjligt att arbeta på nya sätt med klinisk utbildning. En av dessa tekniker är AR (Augmented Reality) – en direktsänd fysisk, verklighetstrogen miljö vars element förstärks (eller kompletteras) med datorgenererade sinnesintryck som ljud, video, grafik eller GPS-data. AR är har en nära koppling till Mediated Reality (medierad verklighet), där en bild av verkligheten ändras (kanske till och med minskar i stället för förstärks) av en dator. Ett viktigt användningsområde är inom medicinsk utbildning och fortbildning.

Genom att använda förstärkt verklighet kan vårdgivare se diagnoser och procedurer framför sig och lära sig nya färdigheter. Föreställ dig att en läkare i framtiden ser olika behandlingsalternativ på en skärm när information om en patient ska bedömas. Denna läkare skulle inte längre behöva spendera så mycket tid på att läsa studier för att förfina sina färdigheter. Den information läkaren behöver kan helt enkelt visas i realtid när han/hon behandlar patienter.

Digitalisering kräver målmedvetet arbete på alla nivåer. Hittills har de digitala verktygen främst varit ett komplement och stöd för vårdpersonal men alltefterson AI och neurala nätverk (Convolutional Neural Networks, CNN) utvecklas kommer digitala verktyg att ersätta vårdpersonal i allt fler situationer. Det gör det möjligt att erbjuda såväl högre tillgänglighet som ökad medicinsk kvalitet och patientsäkerhet, men det finns också risker.

Flera av dagens digitala lösningar har kritiserats för att försämra kvaliteten. Det gäller tex webbtidboken och elektronisk avbokning av tid utan personlig kontakt/ manuell bedömning, införandet av ordinations- systemet Pascal för dosexpedierade läkemedel och undanträngningseffekter om vårdpersonalen ägnar för mycket tid åt tekniken istället för att ta anamnes och göra fysiska undersökningar. Det är viktigt att vara observant på att framtidens beslutsstöd och digitala verktyg för vårdgivare och patienter kan medföra helt nya och ännu okända patientsäkerhetsrisker.

4.6 Styrning mot ökad kvalitet

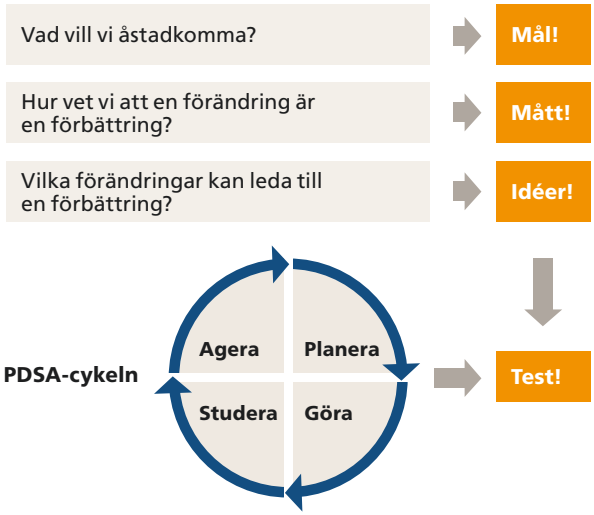
Många metoder har rekommenderats för att förbättra kvaliteten i hälso- och sjukvården. I början av 2000-talet tillämpades bland annat Lean, Six Sigma och genombrottsmetoden. Lean bygger ett systematiskt förbättringsarbete kring de fyra hörnstenarna kultur, ledarskap, processer och styrning. Six Sigma är ett verktyg för kvalitets- och verksamhetsutveckling som bygger på en struktur av väldefinierade roller med välutbildade förbättringsledare som har goda kunskaper i problemlösning och i statistiskt analysarbete. Varje förbättringsprojekt drivs i fem steg som startar med en definition av problemet och slutar med en regelbunden uppföljning för att säkerställa
mätbara resultat. Uppföljningarna gäller både ekonomisk nytta och kundnytta med mål att minska variationerna i resultaten.

För drygt tio år sedan introducerades ”värdebaserad vård” som lösningen på hälso- och sjukvårdens utmaningar. Termen lanserades av den amerikanske ekonomiprofessorn Michael Porter professor vid Harvard Business School. I boken *Redefining health care: creating value-based competition on results* beskrivs en hälso- och sjukvård som alltför mycket fokuserar på produktion i stället för på att skapa värde för patienterna. Huvudmålet med konceptet ”värdebaserad vård” är att skapa en sjukvård som maximerar värdet för patienten per investerad krona. I detta ingår ett skifte från dagens produktionsbaserade sjukvårdsystem mot ett större fokus på patientrelevanta vårdutfall. Konceptet har inspirerat flera beslutsfattare inom vården.

På senare tid har dock kritik framförts kring att merparten av de hälsoproblem som hälso- och sjukvården hanterar inte kan analyseras i form av avgränsade processer med tydliga utfall samt för att många patienter är multisjuka med flera kroniska sjukdomar. Det är också svårt att följa upp (och ersätta) hälsoutfall för små vårdenheter då skillnader i utfall till stor del kan bero på slumpen eller casemix som det inte går att justera för.

De flesta verktyg för kvalitetsutveckling, både de ovan beskrivna och många andra, bygger på PDSA-cykeln (figur 21). Den beskriver inte vad som ska göras utan hur och i vilken ordning förbättringsarbetet ska ske. PDSA och det ökade fokuset på vårdprocesser och mätningar av resultat samt variationerna i vården är också centralt för regionernas nya gemensamma system för kunskapsstyrning. Detta beskrivs mer utförligt i *Strategiska planen för kunskapsstyrning Region Stockholm-Gotland*.

Figur 21. PDSA-cykeln.



Källa: Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Region Stockholm, ramverk för uppföljning.

5. Diskussion

Denna rapport visar att hälso- och sjukvårdens kvalitet med stor sannolikhet kommer att fortsätta förbättras de kommande åren. Kvalitetsbegreppet är dock relativt och mycket talar för att befolkningens förväntningar också kommer att förändras, vilket gör att den upplevda kvaliteten inte kommer att förbättras i samma utsträckning. Tvärtom ger den ökade mediabevakningen och krisrapportering om sjukvården intrycket att allt har blivit och kommer att fortsätta bli sämre.

Kvalitetsuppföljningen behöver utvecklas

Genomlysningen av dagens uppföljning visar att det finns en stor utvecklingspotential. Även om det finns tusentals kvalitetsindikatorer så speglar de endast en bråkdel av vårdens kvalitet. Det saknas en vass uppföljning av tillgänglig, individorienterad, jämlik och effektiv vård. Kvalitetsuppföljningen är också bristfälligt integrerad med uppföljningen av ekonomi och produktion.

Uppföljningen av hälso- och sjukvården behöver utvecklas mot breddade perspektiv på befolkningens behov, vårdutbud, vårdproduktion, tillgänglighet och kvalitet. Det behöver även utvecklas nya modeller för uppföljning av hur vårdgivare arbetar med forskning, utveckling, innovation och utbildning. En central del är hur kompetensförsörjningen och hälso- och sjukvårdens utbildningsuppdrag ska säkerställas idag och i framtiden.

Dataexplosionen inom sjukvården kommer att ge helt nya möjligheter att mäta kvalitet. Det är dock viktigt att även fånga ”mjuka värden” som inte går att mäta med kvantitativa metoder och enkla indikatorer, det vill säga områden som kompetens, kultur, arbetssätt, ledarskap och innovationskraft. Detta följs inte upp systematiskt idag och modellutveckling behövs som innehåller mer dialog.

Nya metoder ställer krav på uppföljning och utvärdering

Kunskapsutvecklingen går snabbt och många nya metoder, medicin-tekniska produkter och läkemedel introduceras i sjukvården. Det kommer att ge stora möjligheter att förbättra kvaliteten, men det finns också en risk att nya metoder, till exempel digitalisering skapar nya och hittills okända patientsäkerhetsrisker. Introduktion av dessa nya metoder måste därför föregås av noggranna analyser av önskade och oönskade konsekvenser.

Arbetet med hälsoekonomiska bedömningar behöver också utvecklas. Vissa kvalitetsförbättringar kring till exempel patientsäkerhet kan direkt hämtas hem i minskade vårdtider, men många andra kräver investeringar i ny teknik och nya kompetenser. Vinsterna är sällan ekonomiska utan förlänger livet och förbättrar livskvaliteten. I den mån ekonomiska vinster kan åstadkommas hamnar de sällan hos samma vårdgivare eller ens hos samma huvudman. Det ställer krav på nya budgetpåverkansmodeller och metoder för att omfördela medel mellan olika aktörer.

Interoperabilitet och integritet

Det krävs ett målmedvetet arbete för att fasa ut och integrera inkompatibla system och minimera den tid som idag läggs på manuella rapporteringar. Nya uppföljningssystem som utvecklas måste i möjligaste mån bygga på gemensamma tekniska plattformar och standards som är gemensamma i hela landet. Framtidens sjukvård kräver utöver ändrade arbetssätt även ändrade sätt att dokumentera.

Socialstyrelsens verktyg såsom till exempel nationell informationsstruktur och begreppssystemet Snomed CT möjliggör semantisk interoperabilitet. Detta förväntas bidra till ökad patientsäkerhet och till minskad administrativ börda i form av mindre dubbeldokumentation. Genom en i större utsträckning gemensam överenskommen struktur och enhetligare begreppsanvändning med bakomliggande kodverk kan information kring en patient återanvändas för olika syften.

Det är viktigt att respektera den personliga integriteten. Tillgången till känsliga data varit en het medial fråga och det finns exempel på hur data hamnat i ”fel” händer. Samtidigt är det viktigt att påpeka att tillgång till strategiskt viktigt data som rör till exempel diagnoser och läkemedelsanvändning är en förutsättning för att förbättra kvaliteten och patientsäkerheten. Lagstiftningen hindrar idag datadelning över vård-

givargränser och lagstiftarna bör se över regelverken. Vinster och risker med att använda sjukvårdsdata måste vägas mot varandra.

Kvalitetsutveckling och lärande i komplexa system

Om vården ska fortsätta utvecklas mot en bättre kvalitet är det viktigt att såväl politisk ledning, centrala förvaltningar och vårdgivarnas linjeorganisationer använder de styrmedel som de förfogar över på bästa sätt. Det är viktigt att skapa en kultur som stimulerar till lärande och ständiga förbättringar.

Genom åren har många olika kvalitetsförbättringsmodeller prövats i Region Stockholm. Olika trender har kommit och gått - kvalitetscirklar, TQM, ISO 9001-certifieringar, Sex Sigma, Lean och värdebaserad vård. Ibland har drivkraften kommit från vården, men det är inte sällan som modellerna hämtats utifrån och drivits av olika konsulter.

Ofta har det saknats ett systematiskt långsiktigt arbete och en förståelse för förutsättningar för lärande i komplexa system. Vi människor har en övertro på vad man kan åstadkomma på kort sikt, men en undertro på för vad man kan åstadkomma på lång sikt med ett systematiskt arbete. Det gör att det långsiktiga arbetet ofta får stå tillbaka för kortsiktiga besparingar, täta chefsbyten och organisationsförändringar.

Sedan 2017 har alla regioner gått samman och skapat ett nytt system för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvården. I det nya systemet kommer kunskapsstöden i högre grad bli nationella, samtidigt som det blir ett ökat regionalt fokus på implementering och uppföljning. Kraftsamlingen kring kunskapsstyrningen kommer sannolikt att leda till fler och bättre kunskapsunderlag, gemensamma indikatorer med målnivåer och ökad kunskap om kvalitetsbrister. Det finns dock en risk att bra underlag blir ”hyllvärmare” om inte regionerna integrerar kunskapsstöden i vårdinformationssystemen, utvecklar arbetet med prioriteringar och skapar bättre förutsättningar för lärande och kvalitetsutveckling med de styrmedel som regionerna förfogar över.

Vårdavtalen i Region Stockholm har under 2000-talet utvecklats från ett fåtal breda avtal med fasta anslag till en stor mängd detaljerade avtal och uppdrag med en mängd olika ersättnings- och uppföljningsmodeller. Stora delar av vården har konkurrensutsatts. Det finns flera positiva effekter i det, men en ökad fragmentisering ökar också risken för stuprörstänkande där varje vårdgivare fokuserar på sin del av vårdkedjan med risk för suboptimering av helheten.

På senare år har därför diskussionen varit intensiv om den fragmentiserade styrningen med ersättning kopplat till specifika vårdåtgärder och måluppfyllelse på olika kvalitetsmått, eller så kallad ”New Public management” (NPM). I juni 2016 tillsattes därför regeringen den så kallade *Tillitsdelegationen* som kom med sitt slutbetänkande i januari 2019. Delegationen sammanfattar välfärdssektorns problem som följande:

- Bristande medborgarfokus
- Frånvaro av helhetsperspektiv
- Detaljstyrning och administrativa tidstjuvar
- Frånvarande ledarskap och bristande stöd till medarbetarna
- Bristande kompetensförsörjning och kunskapsutveckling
- Bristande öppenhet

Delegationen drar slutsatsen att den samlade styrningen bör formas så att den inte medför mer detaljstyrning än nödvändigt och föreslår en ny modell för tillitsbaserad styrning i välfärdssektorn. I betänkandet föreslås sju vägledande principer som kännetecknar tillitsbaserad styrning och ledning; tillit, medborgarfokus, helhetssyn, handlingsutrymme, stöd, kunskap och öppenhet.

6. Slutsatser

Rapportens huvudslutsatser om framtiden kan sammanfattas i följande punkter:

1. Paradoxen – kvaliteten kommer att bli allt bättre, men kunskapsutvecklingen i kombination med högre förväntningar och ökad insyn i vården gör att den kommer att upplevas bli allt sämre.

2. Målkonflikter mellan olika kvalitetsperspektiv kommer att bli ännu tydligare.

3. Kunskapsutvecklingen fortsätter vara intensiv. Precisionsmedicin, medicintekniska produkter och läkemedel ger förbättrade möjligheter att diagnosticera och behandla olika sjukdomar.

4. Big Data och AI kommer att göra stor skillnad. Sjukvårdsdata kan förbättra kvaliteten och patientsäkerheten. Utvecklingen riskerar att hämmas av alltför restriktiv hantering av vårddata och det är viktigt att hitta en väg framåt.

5. Nya digitala kunskapsstöd för vårdgivare och patienter kan bidra till en förbättrad kvalitet. Det skapar dock nya och ännu okända patientsäkerhetsrisker.

6. Regionernas nya system för kunskapsstyrning har potential att bidra till en förbättrad kvalitet. Om det ska lyckas krävs förändringar i regionernas sätt att styra och organisera vården. Mer kraft behöver även läggas på att få en gemensam teknisk infrastruktur som är kompatibel över hela landet.

7. Kvalitet lönar sig men kommer också att kosta. Vissa kvalitetsförbättringar kan leda till minskade kostnader, men andra kräver investeringar i ny teknik och nya kompetenser. Kvalitetsvinsterna hamnar sällan hos samma vårdgivare eller ens hos samma huvudman. Det ställer krav på hälsoekonomiska modeller och nya ersättningsmodeller.

8. Vården i Region Stockholm har särskilda utmaningar med en uppdelad vårdkedja. En ökad processtyrning i kombination med ökad tillgång till kvalitetsdata och ett nytt vårdinformationssystem har potentialen att ändra på detta.

9. Invånarnas och patienternas insyn i vården behöver förbättras. Den digitala utvecklingen ger nya möjligheter, men det finns också en risk att det offentliga systemet inte hänger med och att andra aktörer kommer att ”äga” och sälja hälsodata.

10. Samverkan mellan sjukvård, akademi och näringsliv är viktigt för att skapa ett innovativt klimat där nya idéer och utveckling stimuleras. Region Stockholm har goda förutsättningar.

Bilaga 1: Långtidsutredningen Hälso- och sjukvården 2040

Hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) beslutade den 22 maj 2018 om utredningsdirektiv för en utredning om hälso- och sjukvårdens utveckling fram till 2040, i dialog med företrädare för profession, patienter och andra intressenter. Utredningsdirektivet förtydligades av HSN 27 augusti 2019.

När den nya majoriteten i oktober 2018 presenterade sin politiska plattform fanns följande skrivning med: *”Region Stockholm ska ha en långsiktig och hållbar planering för länets framtida behov av hälso- och sjukvård. Den demografiska och hälsorelaterade utvecklingen och medicinska framsteg innebär förändrade behov som påverkar vårdens organisation och resursfördelning. Därför ska en bred parlamentarisk utredning genomföras under mandatperioden med sikte på vården 2040.”*

Långtidsutredningen har ett särskilt uppdrag att rapportera till en politisk referensgrupp. Varje parti i regionfullmäktige har erbjudits att delta med två ledamöter som sedan utsetts av HSN.

I samband med antagandet av Regional utvecklingsplan för Stockholmsregionen, RUFS 2050, betonades följande i tjänsteutlåtandet[1]: *För att arbeta i enlighet med RUFS 2050 behöver varje aktör, inklusive landstingets olika verksamheter, konkretisera vad inriktningen i regionplanen och de kompletterande dokumenten innebär för den egna verksamheten.*

Långtidsutredningens fokus är att ur ett framtidsperspektiv, en nulägesbeskrivning och en plattform av fakta identifiera behov och utmaningar samt visa på hur dessa kan mötas. Baserat på utredningen kan beslut sedan fattas om att strategier och förslag till konkreta reformer. Underlag som tas fram inom ramen för utredningen kan löpande läggas till grund för konkreta beslut i verksamhetens olika delar där det bedöms relevant.

Utredningens metodik och arbetssätt har processats i den parlamentariska referensgruppen. Figur 22 ger en konceptuell bild över utredningens steg och huvudfrågor.

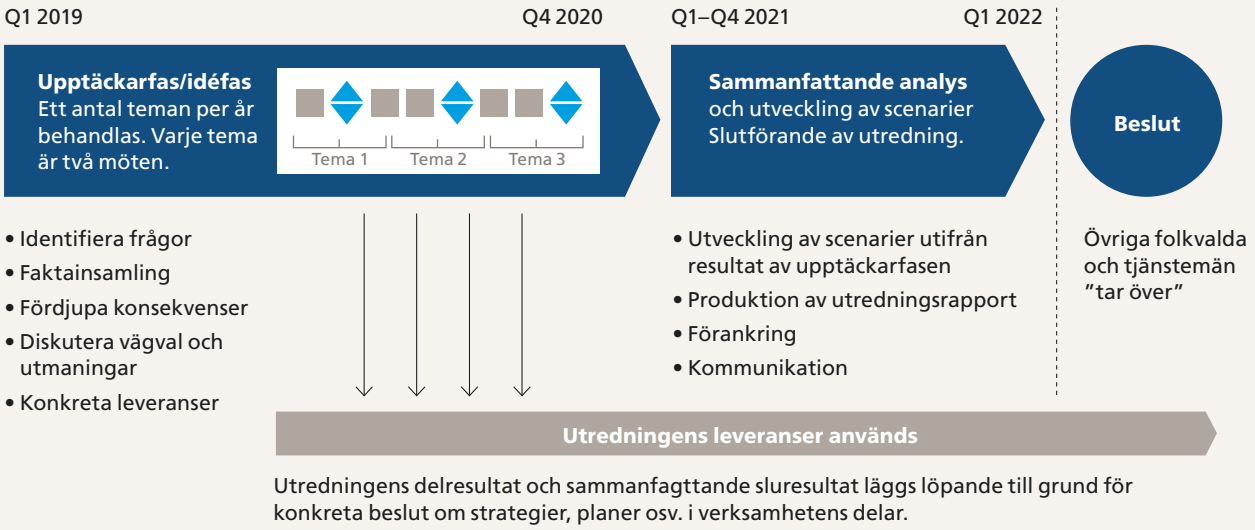
Ett antal olika perspektiv som alla består av ett antal analysområden kommer att belysas under utredningens inledande fas åren 2019–2020. Perspektiven är utformade utifrån vad som kan sägas vara grundläggande för ett hälso-och sjukvårdssystem.

1 LS 2015–0084, LS 2017-1512, LS 2017-1513, LS 2017-1514, LS 2018-0279, s 11

Figur 22. Utredningens steg och huvudfrågor



Figur 23. Utredningens arbetsprocess



Bilaga 2: Källor

Statliga utredningar

- Rosén M. Guldgruvan i hälso- och sjukvården. Förslag till gemensam satsning 2011–2015
- Kunskapsbaserad och jämlik vård. Slutbetänkande från utredningen om ökad följsamhet till nationella kunskapsstöd i hälso- och sjukvården (SOU 2017:48).
- Kvalitet i välfärden. Slutbetänkande från Välfärdsutredningens (SOU 2017:78)
- Med tillit växer handlingsutrymmet. Slutbetänkande från Tillitsdelegationen (SOU 2018:47)
- Blix M, Levay C. Operation digitalisering – en ESO-rapport om hälso- och sjukvården. Rapport till Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi 2018:6. Regeringskansliet/Finansdepartementet

Rapporter från myndigheter och SKR

- Ahnell A. Styrning i vården genom uppföljning av indikatorer på kvalitet och effektivitet. KEFU-rapport. Lunds universitet 2014
- Folkhälsomyndigheten. Jämlik tandhälsa. En analys av självskattad tandhälsa i Sveriges befolkning 2019
- Myndigheten för vård och omsorgsanalys (MYVA). Grönt ljus för Öppna jämförelser? Vårdanalys utvärdering av Öppna jämförelser inom hälso- och sjukvården. MYVA rapport 2012:4
- MYVA. Patientcentrering i svensk hälso- och sjukvård. En extern utvärdering och sex rekommendationer för förbättring. Rapport 2012:5
- MYVA. VIP i vården? Om utmaningar i vården av personer med kronisk sjukdom. Rapport 2014:2
- MYVA. Låt den rätte komma in – Hur har tillgängligheten påverkats av apoteksomregleringen, vårdvalet samt vårdgarantin och Kömiljarden? Rapport, 2014:3
- MYVA. En mer jämlik vård är möjlig. Analys av omotiverade skillnader i vård, behandling och bemötande. Rapport 2014:7
- MYVA Lapptäcke med otillräcklig täckning. Slututvärdering av satsningen på nationella kvalitetsregister, MYVA rapport 2017:4
- MYVA. Förnuft och känsla – Befolkningens förtroende för hälso- och sjukvården. Rapport 2018:4
- MYVA. Från mottagare till medskapare – Ett kunskapsunderlag för en mer personcentrerad hälso- och sjukvård. Rapport 2018:8.
- SKR. Resultatöversikt för 16 hälso- och sjukvårdsområden, jan 2017
- SKR. Svensk sjukvård i internationell jämförelse 2018
- SKR Hälso- och sjukvårdsrapporterna 2018 och 2019.
- SKR. Hälso- och sjukvårdsbarometern 2018. Befolkningens attityder till, förväntningar på och erfarenheter av hälso- och sjukvården
- Socialstyrelsen. Handbok för utveckling av indikatorer för god vård och omsorg. 2017
- Socialstyrelsen. REMISS Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024
- Socialstyrelsen. Öppna Jämförelser 2016 – en god vård? Stockholm, 2017
- Socialstyrelsen. Öppna jämförelser Säker vård 2016" Stockholm, 2017
- Socialstyrelsen. Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2019
- Vetenskapsrådet. Vetenskaplig produktion. Analys av det vetenskapliga forskningssystemet. Vetenskapsrådet 2018

Rapporter från internationella aktörer, konsultbolag och tankesmedjor

- Calltorp J et al. Kunskapsbaserad ledning, styrning och utveckling inom hälso- och sjukvården. SKR och Socialdepartementet, 2006
- Calltorp J, Maatz G. Strategier och ledningsredskap för framgångsrik Hälso- och sjukvård. SKLR
- Global Action on Patient Safety. Hämtad 2019-06-21 från: https://www.who.int/patientsafety/en/
- McKinsey & co. Digitizing Sweden – möjligheter för Sverige i digitaliseringens spår
- Porter M. A strategy for health care reform – toward a vaue-based system. N Engl J Med. 2009; 361:109-12.
- Porter M. What is value in health care? N Engl J Med. 2010; 363: 2477-81
- Leading Healthcare. Värdebaserad vård LHC REPORT NR 2, 2019 Anna Krohwinkel (red.), Unni Mannerheim, Jon Rognes, Ida Larsson. Organisationsteoretisk genomlysning av värdebaserad av innehåll, ändamålsenlighet och lärdomar för framtiden. 2019
- Levesque Jean-Frederic et al "Patient-centred access

to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations" International Journal for Equity in Health, 2013 12:18
- OECD. State of Health in the EU. Sweden Country Health Profile 2019

Regionala kunskapsunderlag kring kvalitet

- Kvalitetskrav och mätningar av hälso- och sjukvårdens kvalitet. Långtidsutredningen 2007
- Kunskapsstyrning i Region Stockholm-Gotland – Strategisk plan, ver 1.0, Projekt kunskapsstyrning, HSF 2019
- Kunskapsstyrning i Region Stockholm-Gotland, nulägesanalys inför införande av ny modell. HSF 2019
- Kunskapsstyrning i Region Stockholm-Gotland - effektmål medicinsk kvalitet, jämlikhet och patientsäkerhet Baselineanalys kunskapsstyrning 2018
- Kunskapsstyrning i Region Stockholm-Gotland. Resurscentrum psykisk hälsa i Region Stockholm-Gotland - nulägesanalys
- Utveckling av ersättningsmodeller och systemuppföljning i SLL. Strategisk plan för 2016–2018. Utvecklingsavdelningen, HSF

Fokusrapporter från Medicinska programarbetet

Fokusrapporterna gavs ut av det medicinska programarbetet i SLL 2003–2018 som stöd för utvecklingsarbete inom styrning och planering. https://www.vardgivarguiden.se/utbildningutveckling/vardutveckling/fokusrapporter

Kataraktaoperationer i SLL Fokusrapport	2003
Kvalitetsparagraf i akutsjukhusavtalen 2003 Fokusrapport	2003
Intensivvård	2003
Ungdomsmottagningar	2005
Assisterad befruktning	2003
Patientens lärande	2003
Misshandlade kvinnor och deras barn	2003
Utveckling och användning av kvalitetsindikatorer	2004
Strokevården _ Sex prioriterade områden	2004
Ekokardiografi i SLL	2004
Behandling av psykiskt störda missbrukare	2004
Tillgängligheten inom barnsjukvård i SLL	2004
Kvalitetskostnader	2004
Kejsarsnitt	2004
Bröstsmärta	2004
Äldrepsykiatri	2005
Beräkningsmetod för ersättning av sluten vård och rehab/Höftplastik	2004
Kontaktorsaker i Primärvården	2005
Rehabilitering för personer med neurologisk sjukdom	2005
Patientsäkerhetsstrategi	2005
Habilitering i utvecklingen	2005
Utbildningsstöd vid tumörsjukdom	2005
Onkologisk vård	2005
Äldres läkemedel	2005
Måluppfyllelsemättning	2005
Sjukhusfysikalisk verksamhet	2005
Remitteringsstandard	2005
Gen_persp	2005
Fyra kronikergrupper inom barnsjukvården	2005
Neuropsykiatriska funktionshinder hos vuxna	2007

Läkemedelsbiverkningar som orsak - inläggning på sjukhus	2005
Mobilt ultraljud	2005
FR Epilepsivården i Stockholms län	2006
Dysfagi	2005
Mobilt ultraljud	2005
Prevention	2006
Kvalitetskostnader	2004
Smärta	2006
MR utredning	2006
Ek analys - Bröstcancervårdkedjan	2006
Beslutsstöd	2006
Utskrivningsplanering	2006
Gastroskopier	2006
Akutmottagningens mångbesökare	2006
Multitrauma	2006
Epilepsi	2006
Kvalitet i hjärtinfarktssjukvården inom SLL 2000–2005	2006
Hur kan vi bättre hjälpa barn, ungdomar och vuxna med neuropsykiatriska funktionshinder	2007
Screening för bukaortaaneurysm	2007
Endometrios	2007
Lungcancervården i SLL	2007
Triage	2007
Könsstympning	2007
Kvinnors ohälsa	2007
Sjukvårdsberedskap i samband med större publika evenemang	2008
Hemsjukvård _äldre	2008
Kroniskt trötthetssyndrom	2009
Vuxna personer med utvecklingsstörning och deras behov av hälso- och sjukvård	2009
Tio åtgärder för att främja unga vuxnas psykiska hälsa	2009
Kvalitetsindikatorer och uppföljningsprotokoll för vård och behandling vid övre gastrointestinala besvär	2009

Stöd_för_anhöriga_till_personer_med_demenssjukdom	2010
Behandling med hyperbar syrgas (HBO) vid Karolinska Universitetssjukhuset	2011
Spelproblem	2012
Vertikala verksamhetsbeskrivningar	2007
Dyskalkyli	2015
Lymfödem	2016
Rehabilitering - sekundär prevention vid hjärtsjukdom	2017
För tidigt födda barn	2018

Regionala analysrapporter

HSF har regelbundet analyserat kvaliteten i vården och effekter av olika interventioner. Tabellen nedan visar analysrapporter och utvärderingar som genomförts av HSF eller på uppdrag av HSF 2010–2019

Id	Namn	Innehåll	Fokus-område	Patient-grupp	År
1	Delårs- och årsrapporter om tillgänglighet som bilaga till bokslut	Uppföljning av tillgängligheten utifrån väntetider, patientenkäter och förtroendemätningar.	Tillgänglighet	Alla	Årliga
2	Patientsäkerhetsberättelser för SLL	Beskriver utvecklingen kring patientsäkerhet utifrån ett landstingsövergripande perspektiv	Säker vård	Alla	Årliga
3	Delårs- och årsrapporter om läkemedelsanvändningen som bilaga till bokslut	Rapporter om läkemedels-användningen med olika fokus - finns sökbara via www.janusinfo.se	Kunskapsbaserad vård	Alla	2007–2016
4	Årliga prognoser kostnadsutvecklingen för läkemedel i SLL	Tvåårsprognoser – finns sökbara via www.janusinfo.se	Kunskaps-baserad vård	Alla	2007–2019
5	God vård i Stockholm 2010 – en uppföljning av vårdens resultat i Stockholms läns landsting	Hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet utifrån Socialstyrelsens sex kvalitetsperspektiv		Alla	2010
6	Barns och ungdomars hälsa 2010 – en uppföljning av hälso- och sjukvårdens insatser			Barn	2010
7	Folkhälsorapport 2011. Folkhälsan i Stockholm idag och imorgon	Om ungas psykiska hälsa, att reducera riskabla alkoholvanor, att förebygga övervikt och fetma och rökning samt att minska ojämlikheten i hälsa.	Hälsofrämjande	Alla	2011
8	En vetenskaplig utvärdering av TioHundraprojektet – Uppdrag, sammanfattning och alternativa scenarier	Tidig utvärdering av Tiohundra – om syftet med projektet har uppnåtts, samt faktorer som påverkat utvecklingen	Styrning, effektivitet & kostnader	Primärvård	2011
9	Vårdval Stockholm, Husläkarverksamheten och det hälsofrämjande arbetet. En studie med utgångspunkt från vårdens professioner	Utifrån ett organisationsperspektiv - studera förutsättningar för hälsofrämjande/sjukdomsföre-byggande arbete	Hälsofrämjande	Primärvård	2012
10	Större vårdgivare/leverantörer som har avtal med Stockholms läns landsting inom hälso- och sjukvården 2012	Företagsrapporten – fakta om vårdföretagen som är verksamma i SLL	Styrning, effektivitet & kostnader	Alla	2012
11	Förstudie IBD –inom ramen för HSF:s testmiljöinitiativ	Vårdkonsumtion, förekomst och behandling av inflammatorisk tarmsjukdom i SLL	Kunskaps-baserad vård	Mage-tarm	2012
12	Nytt ersättningssystem och vårdval höft- och knäprotesoperationer. Uppföljningsrapport	Utvärdering av både vårdval och den värdebaserade ersättningsmodellen	Styrning, effektivitet & kostnader	Ortopedi	2013
13	Fem år med husläkarsystemet inom Vårdval Stockholm + särskilda delrapporter kring vårdutbud, jämlikhet, tillgänglighet, valfrihet och internationell utblick	Utvärdering av införandet av vårdval för husläkare i SLL avseende vårdkonsumtion och kostnader, patientnöjdhet, vårdutbud och socioekonomi.	Styrning, effektivitet & kostnader	Primärvård	2013

Id	Namn	Innehåll	Fokus-område	Patient-grupp	År
14	Förstudie schizofreni –inom ramen för HSF:s testmiljöinitiativ	Vårdkonsumtion, förekomst och behandling av schizofreni i SLL	Kunskapsba-serad vård	Psykisk hälsa	2013
15	En jämförande analys av universi-tetssjukhusen	Benchmarking mellan Sveriges tre största universitetssjukhus	Styrning, effektivitet & kostnader	Alla	2013
16	Konsekvensutredning – Utskifte av vård från akutsjukhusen och införande av vårdval.	Analys av vårdvalen hud, gyneko-logi, ögon, öron-näsa-hals	Styrning, effektivitet & kostnader	Flera olika	2013
17	Genomlysning av Stockholms fem stora akutmottagningar	Vårdkonsumtion, patientsam-mansättning, organisation & patientupplevelser	Styrning, effektivitet & kostnader	Alla	2013
18	Uppföljning av husläkarverk-sam-heten i Vårdval Stockholm – 2013 års resultat.	Utvärdering av införandet av vårdval för husläkare i SLL – kom-plettering	Styrning, effektivitet & kostnader	Primärvård	2014
19	Utvärdering av vårdval speciali-serad rehabilitering 2010–2013 – neurologi, onkologi, lymfödem	Analyser av data, intervjuer av vårdgivare, remittenter och patienter	Styrning, effektivitet & kostnader	Rehabilite-ring	2014
20	Smärtstillande läkemedel och kodein i SLL	Användningen av smärtstillande läkemedel i SLL och felanvändning av läkemedlet kodein	Säker vård	Psykisk hälsa	2014
21	Utvärdering av DRG i Stockholm - Dämpning av förändringar i casemix över tid genom trimning av extremt höga och låga kost-nader	Om trimning av DRG	Styrning, effektivitet & kostnader	Alla	2014
22	Utvärdering av hur patientens val av vårdgivare inom ASiH – går till i praktiken – En intervjustudie av remittenters uppfattning.	Intervjuer kring valfriheten i vård-valet, som del inför revision	Individanpas-sad vård	Äldre	2014
23	Större vårdgivare/leverantörer som har avtal med Beställaren av hälso- och sjukvård inom Stock-holms läns landsting 2014	Företagsrapporten – fakta om vårdföretagen som är verksamma i SLL	Styrning, effektivitet & kostnader	Alla	2014
24	Förstudie multipel myelom – inom ramen för HSF:s testmiljöinitiativ	Vårdkonsumtion, förekomst och behandling av multipel myelom i SLL	Kunskapsba-serad vård	Cancer	2014
25	Diabetes i primärvården 2013	Uppföljning av diabetesvården med data från VAL och NDR	Kunskapsba-serad vård	Diabetes	2014
26	Genomlysning av Stockholms läns förlossningsenheter	Benchmark mellan alla sju förloss-ningsverksamheterna i SLL	Styrning, effektivitet & kostnader	Förlossning	2014
27	Kartläggning av registerbaserad KOL-prevalens, vårdutnyttjande och möjligheter till kvalitets¬styr-ning i SLL.	Analys av kontinuitet och kvalitet i vården av KOL	Vårdkedja/ nätverkssjuk-vård	KOL	2014

Id	Namn	Innehåll	Fokus-område	Patient-grupp	År
28	Läkemedelsförskrivning i primärvården i SLL - varför varierar kostnaden/patient?	Utredning som gjordes för NSV för att förklara variation mellan HLM i läkemedelskostnad/patient	Styrning, effektivitet & kostnader	Primärvård	2014
29	Utvärdering av hälsosamtal med 75-åringar i Stockholm läns landsting 2013–2014	Utvärdering med tre delar; intervjuer med distriktssköterskor, granskning av journalanteckningar och intervjuer av 75-åringar	Hälsofrämjande	Primärvård	2014
30	Bättre strokevård i Stockholm? En analys av BÄST-projektet.	Uppföljning av förbättringsprojekt kring Stroke i SLL 2005–2013	Vårdkedja/ nätverkssjukvård	Stroke	2014
31	Ett mer stabilt och förutsägbart-DRG system genom att separera trimning av casemix vid Karolinska Universitetssjukhuset från de 5 övriga akutsjukhusen i SLL	Omfattningen av dessa skillnader i patientmix och resursförbrukning	Styrning, effektivitet & kostnader	Alla	2015
32	Jämförande analys av Sveriges universitetssjukhus	Benchmark produktion, personal, ekonomi och vårdkvalitet för Sveriges alla universitetssjukhus.	Styrning, effektivitet & kostnader	Alla	2015
33	Kartläggning av vården vid typ-2 diabetes i Stockholms Läns Landsting	Kartläggning av hur vårdkedjan fungerar i SLL för diabetiker i primärvården. Delprojekt i 4D	Styrning, effektivitet & kostnader	Rehabilitering	2014
34	Folkhälsorapport 2015 Folkhälsan i Stockholms län	Sjukdomar, skador och riskfaktorer som bidrar mest till ohälsobördan i länet	Säker vård	Psykisk hälsa	2014
35	Utvärdering av avancerad sjukvård i hemmet (ASiH) inom SLL	Utvärdering av vårdkonsumtion och kostnader i vårdvalet, som del inför revision	Styrning, effektivitet & kostnader	Alla	2014
36	Benchmarking av akutsjukhusens effektivitet	En genomlysning av medicin, kirurgi och ortopedi på DS, SÖS och Capio S:t Görans sjukhus med avseende produktivitet, kvalitet och effektivitet.	Individanpassad vård	Äldre	2014
37	Förlossningsvården i FHS	Bedömning av utvecklingen inom förlossningsvården	Styrning, effektivitet & kostnader	Alla	2014
38	Säker vård. Utvärderingsplan för FHS Delprojektrapport	Baselinemätningar för olika patientsäkerhetsmått i SLL innan FHS + särskilt appendix om antibiotikaanvändningen	Kunskapsbaserad vård	Cancer	2014
39	Sökmönster och förtroende för vården – Stockholms läns landsting	Kartläggning av var stockholmarna har sin första vårdkontakt och hur det korrelerar med förtroendet	Kunskapsbaserad vård	Diabetes	2014
40	Lönar sig kontinuitet i vården? En pilotstudie om att mäta vårdgivarkontinuitet hos personer med KOL	Samband mellan vårdgivar-kontinuitet, kostnader, inskriv-ningar och akutmottagnings¬besök för personer med kroniskt obstruktiv Lungsjukdom	Styrning, effektivitet & kostnader	Förlossning	2014

Id	Namn	Innehåll	Fokus-område	Patient-grupp	År
41	Effektiv vård. Delprojektrapport Utvärderingsplan för FHS	Rapport om möjligheter att mäta ”effektiv vård” i SLL	Styrning, effektivitet & kostnader	Alla	2015
42	Öppna Jämförelser -Kunskaps-baserad vård. Utvärderingsplan för FHS Delprojektrapport.	Stockholms resultat i Öppna Jämförelser över tid. Baselinemätning innan HSF	Kunskapsba-serad vård	Alla	2015
43	Hälso- och sjukvårdens tillgänglighet. Utvärderingsplan för FHS Delprojektrapport.	Analys av hur vi mäter tillgänglighet idag och nya perspektiv på tillgänglighet.	Tillgänglighet	Alla	2015
44	Patientcentrering. Utvärderingsplan för FHS Delprojektrapport.	Definition patientcentrering. Förslag till hur man gör det mätbart	Individanpassad vård	Alla	2015
45	Hälsofrämjande hälso- och sjukvård. Delrapport inom ramen för FHS-utvärdering.	Genomgång av hur hälsofrämjande beaktats i styrdokumenten för FHS	Hälsofrämjande	Alla	2015
46	Förtroende och nöjdhet med vården i SLL 2011–2014 ur ett jämlikhetsperspektiv	Analys av förtroendemätningar och patientenkäter utifrån kön, ålder, socioekonomi.	Jämlik vård	Alla	2015
47	Vårdkontaktmönster hos sociodemografiska grupper i Stockholms län 2008–2014	Baselineanalyser innan FHS av vårdkonsumtion efter socioekonomi	Jämlik vård	Alla	2015
48	Att mäta vårdutbudet inom närsjukvården i Stockholms läns landsting – en sammanställning av datakällor och metoder	Kartläggning av möjligheter att mäta vårdutbud. Del av baselineanalyser FHS	Vårdkedja/ nätverkssjukvård	Primärvård	2015
49	Uppföljning av akutsjukhusens vårdepisoder – Stroke	Analys av vårdkedjan före FHS efter utskrivning efter stroke	Vårdkedja/ nätverkssjukvård	Stroke	2015
50	En utvärdering av det första året med vårdval för rehabilitering vid långvarig smärta och utmattningssyndrom	Utvärdering av vårdvalet rehabilitering vid långvarig smärta och utmattningssyndrom	Styrning, effektivitet & kostnader	Psykisk hälsa	2016
51	Komplikations-DRG 2005–2015: Skillnader i procent komplicerade DRG mellan sjukhus i Stockholms läns landsting	Om casemix i beskrivningssystemen	Styrning, effektivitet & kostnader	Alla	2016
52	Diagnostiskt Centrum vid Södertälje sjukhus. En utvärdering av projektet	Utvärdering avsett att utgöra en del i beslutsunderlaget för om projektet ska permanentas.	Styrning, effektivitet & kostnader	Cancer	2016
53	Dags att förbättra uppföljningen av psykisk ohälsa i primärvården	Förekomst av psykisk ohälsa i primärvården och förslag till kvalitetsindikatorer	Kunskapsba-serad vård	Psykisk hälsa	2016
54	Utvecklingsplan för njursjukvården i SLL 2016–2022	Analyser av dialysvården som del i utvecklingsplan	Styrning, effektivitet & kostnader	Njursjukvård	2016

Id	Namn	Innehåll	Fokus-område	Patient-grupp	År
55	Redovisning av effekter av minskad ersättning vårdval i juni 2015.	Analys av vårdkonsumtion, kostnader tillgänglighet och vårdutbud i relation till genomförd prissänkning i 11 vårdval	Styrning, effektivitet & kostnader	Flera olika	2016
56	Barns vårdkonsumtion och läkemedelsanvändning i Stockholms län	Vanligaste diagnoser, läkemedel och kontaktorsaker på 1177 för alla barn 0–17 år i SLL 2015 under 2015	Vårdkedja/ nätverkssjukvård	Barn	2016
57	Indikatorer för uppföljning av långvarig smärta	Förekomst av kronisk smärta i primärvården och förslag till kvalitetsindikatorer	Kunskapsbaserad vård	Smärta	2017
58	Min vårdplan bröstcancer i en app – patienters och kontaktssjuk-sköterskors upplevelse av en ny app i vården	Utvärdering i form av intervjuer av patienter	Individanpassad vård	Cancer	2017
59	Vad är viktigt för patienterna i mötet med vårdcentralen? Intervjuundersökning med patienter	Intervjuer med patienter om vad som är viktigt för patienterna i deras möte med vårdcentralen.	Individanpassad vård	Primärvård	2017
60	Uppföljning av utvecklingen inom husläkarverksamheten efter förändring av ersättningsmodellen	Förändringar i vårdkonsumtion, vårdutbud och tillgänglighet utifrån socioekonomi och geografi efter ersättningsmodelländring jan 2016	Styrning, effektivitet & kostnader	Primärvård	2017
61	Forskningsinriktad uppföljning av förlossningsvården i Stockholm	Sjukdomar, skador och riskfaktorer som bidrar mest till ohälsobördan i länet	Säker vård	Förlossning	2017
62	Vårdval 10 år. Vad vet vi om dess effekter?	Sammanställning kring kunskapsläget om vårdvalen sedan de startade	Styrning, effektivitet & kostnader	Alla	2017
63	Casemix förändring i akutsjukvård 2010–2015 i Stockholms läns landsting	En genomlysning av medicin, kirurgi och ortopedi på DS, SÖS och Capio S:t Görans sjukhus med avseende produktivitet, kvalitet och effektivitet.	Styrning, effektivitet & kostnader	Alla	2017
64	Utvärdering av vårdval ortopedi och handkirurgi	Analys av vårdvalen i tre delar; Produktionsanalys åren 2011–2016/17, Vårdgivarenkät och Patientintervjuer	Styrning, effektivitet & kostnader	Alla	2014
65	Kvalitetsarbeten inom husläkarverksamheten i Stockholm 2016	Sammanställning av alla kvalitetsarbeten som HLM gjort i SLL	Kunskapsbaserad vård	Primärvård	2017
66	Systemanalys av patientsäkerhet på akutmottagningarna i Stockholms län	Tillsyn av sju akutmottagningar i Stockholms läns landsting för att granska patientsäkerheten för patienter som blir kvar på akutmottagningen i väntan på att föras över till nästa vårdnivå	Säker vård	Alla	2017

Id	Namn	Innehåll	Fokus-område	Patient-grupp	År
67	Uppföljning av effekter av om-ställningsavtalen	Uppföljning av omställnings-avta-lens effekter avseende vårdtyngd, tillgänglighet, systemeffekter och volymer, effektiv vård, förändrade arbetssätt, patienterfarenheter och läkemedelsanvändning	Styrning, effektivitet & kostnader	Alla	2018
68	Utvärdering av vårdgarantin	Bedömning av kvalitet i tillgäng-lighetsmätningar	Tillgänglig-het	Alla	2018
69	Casemix förändring i akutsjukvård 2011–2015 i nationella kostnads-data	Belyser förändringar i den slutna akutsjukhusens casemix i nationell KPP data	Styrning, effektivitet & kostnader	Alla	2018
70	Tillgänglighet i primärvården. Till vem, för vad och på vilket sätt?	Vårdkonsumtion, sjuklighet och tillgänglighet mätt på olika sätt - utveckling över tid och variation mellan olika husläkarmottag-ningar	Tillgänglig-het	Primärvård	2018
71	Kvalitetsarbeten inomHusläkar-verksamheten i Stockholm 2017	Sammanställning av alla kvalitets-arbeten som HLM gjort i SLL	Kunskapsba-serad vård	Primärvård	2018
72	Utvärdering av vårdval ryggkirurgi i Stockholms län	Vårdkonsumtion, kvalitet och kostnader samt erfarenheter i HSF & vårdgivare efter införande av vårdval	Styrning, effektivitet & kostnader	Ortopedi	2018
73	Kvalitetsarbeten inom Husläkarverksamheten i Stock-holm 2018	Baselineanalyser innan FHS av vårdkonsumtion efter socioeko-nomi	Jämlik vård	Alla	2019
74	Primärvårdens roll i sjukvårdssys-temet	Sjuklighet och vårdkonsumtion i primärvården	Kunskapsba-serad vård	Primärvård	2019
75	Utvärdering akademiskt specia-listcenter	Utvärdering av de tre ACS för dia-betes, neurologi och reumatologi	Styrning, effektivitet & kostnader	Diabetes, neurologi och reumatologi	2019

Region Stockholm ska ha en långsiktig och hållbar planering för invånarnas framtida behov av hälso- och sjukvård. Utredningen Hälso- och sjukvården 2040 genomförs för att analysera och beskriva utmaningar och möjliga lösningar. Detta är en av flera delrapporter som tillsammans bildar underlag för en samlad slutrapport från utredningen.

Region Stockholm