

Rapport av följduppdrag: Revidering av Kvalitetsindikatorer inom VG Primärvård

Bakgrund

Den 3 februari 2009 fattade regionfullmäktige beslut om att införa en ny styrmodell, i enlighet med lag om valfrihetssystem (LOV), för en stor del av primärvårdsverksamheten från och med den 1 oktober samma år. Syftet med förändringen är att stärka patientens/medborgarens ställning, öka förtroendet för primärvården, fokusera på kvalitet samt att möta utvecklingen på ett offensivt sätt.

En bärande tanke med VG Primärvård är att i hög grad ska fokusera på kvalitet. De kvalitetsindikatorer som tagits fram under utredningsarbetet och som ingår i förfrågningsunderlaget ligger till grund för såväl uppföljning som till en del utgöra underlag för målrelaterad ersättning. De är också tänkta att kunna vara underlag för medborgarens val. Inför beslutet konstaterades att det för närvarande saknas relevanta kvalitetsindikatorer för många av de kvalitetskrav som ställs i förfrågningsunderlaget och som kan användas som grund för målrelaterad ersättning. I fastställt förfrågningsunderlag uppgår den målrelaterade ersättningen kopplad till kvalitet till 3 % av den totala ersättningen, men det framgår att avsikten är att den skall höjas successivt till 5 % senast 2011.

Uppdraget

Ett fortsatt utvecklingsarbete för att ta fram relevanta kvalitetsindikationer för primärvården är således nödvändigt. Motsvarande arbete bedrivs också i andra landsting och regioner samt nationellt.

Ett uppdrag har givits till en arbetsgrupp där Analysenheten vid Regionkansliet leder arbetet. Uppdraget innebär att

- föreslå eventuella förändringar av vilka kvalitetsindikatorer som ska ingå i uppföljningen av VG Primärvård
- föreslå förändringar av de kvalitetsindikatorer som ska ligga till grund för målrelaterad ersättning
- föreslå regiongemensamma målnivåer för de kvalitetsindikatorer som ska ligga till grund för målrelaterad ersättning
- föreslå struktur och organisation för det fortlöpande arbetet med kvalitetsindikatorer för primärvård

Arbetets genomförande

Arbetet har genomförts av en arbetsgrupp som består av Staffan Björck, (sammankallande), Lars Björkman och Jarl Torgerson, Analysenheten, HSA, Daniel Pollack och Susanne Tedsjö, Strategisk utvecklingsenhet, HSA, Lena Gustafsson, Läkemedelsenheten, HSA, Per Häggblad och Claes Hegen, Sektorsrådet i allmänmedicin, Margaretha Gustavsson Allmänmedicinska sektorsrådets arbetsgrupp för kvalitet, Cecilia Björkelund, Allmänmedicinska Institutionen, Anette Olin-Johansson, Hsk Mariestad och Anna Winters, Hsk Göteborg. Till gruppen har sedan mars 2010 adjungerats Karin Möller, Christer Andersson och Farshad Tahmasebiepour som representanter för privata vårdgivare inom VG Primärvård.

Arbetsgruppen har träffats vid åtta tillfällen. Arbetet har stämts av genom föredragningar för styrgruppen för VG Primärvård, den fackliga referensgruppen samt Tjänstemannastyrgruppen för VG Primärvård – Interna ägarfrågor. Vidare har arbetet stämts av mot andra nationella aktiviteter. Här kan nämnas Primärvårdsforum, samt särskild arbetsgrupp inom SKL för målrelaterad ersättning primärvård. Arbetsgruppen har tagit del av material från andra landsting. Underhandskontakter har tagits med sektorsråd och smittskydds-enhet vid behov och särskilt diabetesrådet har medverkat vid framtagning av indikatorer.

Avrapportering av projektet

Arbetet med kvalitetsindikatorer för primärvård kan delas in i flera delar som är beroende av varandra. Detta arbete har inneburit framtagandet av system och struktur samt indikatorer och innebärande värdering av indikatorers relevans och mätbarhet etc. Senare tillkommer konkretisering av arbetet. Här ingår exakta definitioner, det praktiska inhämtandet av data. Detta inkluderar beräkningar av indikatorer generellt och de som ligger till grund för ersättning. Ett annat följdprojekt är omhändertagande av resultat för återkoppling via presentationsverktyg.

Föreliggande arbete gäller således själva framtagandet av förslag till indikatorer även om påverkan på de följande delarna har beaktats under arbetet.

Arbetsgruppen redovisar sitt arbete under följande rubriker:

- Viktigaste förändringarna
- Synpunkter på befintliga indikatorer
- Principer och utgångspunkter för indikatorval
- Behovet av nya datakällor
- Indelning av indikatorer
- Principer för måltal
- Indikatorförteckningen
- (Konsekvenser för krav och kvalitetsboken, ev. utgå)
- Särskilda reflektioner vid framtagandet
- Struktur och organisation för det fortlöpande arbetet

Sammanfattning av de viktigaste förändringarna

Flera förändringar har gjorts jämfört med nuvarande indikatorförteckning. De viktigaste skälen till de förändringar som gjorts är erfarenheter och slutsatser från de nuvarande indikatorerna, vilket diskuteras nedan. Ett annat skäl är att en ökande andel av ersättningen skall kopplas till kvalitetsmål vilket kräver fler indikatorer med måltal.

Den viktigaste förändringen är

- Antalet indikatorer har utökats vilket innebär att olika områden nu säkrare kan fångas av en grupp indikatorer. Merparten av de tidigare indikatorerna har dock behållits.
- Indikatorerna har försetts med en tydlig struktur som ger möjlighet till mer logisk redovisning av utfall
- Indikatorerna som förslås vara grund för ersättning har utökats påtagligt vilket minskar den ekonomiska risken förknippade med varje enskild indikator. Det har underlättat introduktion av ersättning för faktiska resultatmått.
- Generella principer för måltal har skapats
- Ersättning för kvalitet har fokus på registrering för att stödja uppbyggnaden av uppföljningssystem. I kommande revideringar kan balansen mellan resultat och processmått justeras
- Primärvårdens kvalitetsdatabas har identifierats som viktig för den kommande primärvårdsuppföljningen och redan nu gets en viktig roll.

Synpunkter på befintliga indikatorer och nationella erfarenheter

En utgångspunkt för arbetsgruppens arbete har varit de indikatorer som tagits fram och som gäller från den 1 oktober 2009 då reformen trädde i kraft. De nuvarande indikatorerna för uppföljning av VG Primärvård består dels av indikatorer som avses spegla behov och prestationer samt indikatorer under rubriken kvalitet. Sju kvalitetsindikatorer är försedda med regionala måltal och har kopplats till målrelaterad ersättning. Arbetsgruppen konstaterar att det finns vissa problem med detta urval av indikatorer. De är få och täcker in en mycket liten del av primärvårdens verksamhet. Eftersom de är få är utfallet kopplat till en betydande ekonomisk risk för utförarna om de regionala målen inte kan nås för varje enskild indikator. Det är också tveksamt om ersättning för just detta urval av indikatorer har annat än en marginell styreffekt mot de mål som formulerats för VG Primärvård. Endast i begränsad utsträckning återkopplar indikatorerna relevant information till vårdenheternas eget kvalitetssäkringsarbete.

Det urval av indikatorer som tagits fram liknar mycket de som använts i andra landsting. I en aktuell kartläggning av mål/indikatorer för ersättning i primärvård¹ konstateras att det finns en stor medvetenhet om problem med ersättning kopplat till kvalitetsindikatorer. Landstingen har en strävan efter att ha fler mål och mått som baseras på resultat snarare än strukturer och processer men dessa är svåra att finna. Författaren (Anders Anell) konstaterar att det utvecklingsarbete som påbörjats, pekar entydigt på behovet av bättre uppföljningssystem för primärvården och att det finns stor potential för samverkan.

Socialstyrelsen har tagit fram ett indikatorbibliotek för primärvård. De har tillhandahållit ett arbetsmaterial som innebär en bruttolista om ca 800 indikatorer insamlade från olika projekt i Sverige. Det har senare utmynnats i rapporten "Nationellt indikatorbibliotek för God vård i primärvården, för öppna jämförelser, uppföljning och utvärdering". Dessa indikatorer präglas av samma problem som gäller det indikatorarbete som sker i landstingen. Flertalet indikatorer är av övergripande karaktär och lämpar sig dåligt för uppföljning på vårdcentralsnivå. Materialet ger en viss vägledning om inriktning på samma sätt som Öppna Jämförelser redan gör.

Arbetsgruppen har samverkat såväl med SKL som med Socialstyrelsen inför framtagandet av denna rapport.

Principer och utgångspunkter för indikatorval

Det finns ett flertal definitioner av vad som bör känneteckna en kvalitetsindikator. Här kan nämnas t.ex. vad som anges i Socialstyrelsens God vårdkoncept. Utöver vad som generellt diskuteras för indikatorerna har arbetsgruppen funnit det värdefullt att komplettera med riktlinjer för sitt eget urval till VG Primärvård. Först och främst skall dessa kunna användas för regional uppföljning enligt intentionerna i VG Primärvård varav vissa skall kunna förses med regionala måltal för målrelaterad ersättning. Arbetsgruppen har vidare funnit det viktigt att indikatorerna skall:

- Kunna återkoppla relevant jämförande information till vårdgivarna som kan användas i kliniskt förbättringsarbete och så långt möjligt baseras på evidensbaserad kunskap
- Så långt möjligt kunna hämtas från befintliga system

¹ Målrelaterad ersättning i primärvården. Anders Anell, SKL 2010

- Undvika HUR-frågor där det inte är särskilt motiverat
- Kunna användas för att skapa öppenhet kring regionens primärvård och ge patienter och medborgare information om förhållanden i primärvården
- Vara så få som möjligt utan att förlora förmåga att mäta det som avses. Samtidigt skall de vara tillräckligt många för att ge en god spridning av de indikatorer som skall kopplas till ersättning
- Beakta perspektiven i God Vårdkonceptet

Arbetsgruppen ser det som särskilt väsentligt att det som mäts har relevans för verksamheternas eget förbättringsarbete.

Indelning av indikatorer

Primärvården har ett mycket brett hälso- och sjukvårdsuppdrag vilket bör återspeglas i valet av kvalitetsindikatorer. En genomgång av diagnospanoramata för primärvård i VGR visar att en mycket stor andel utgörs av symtomdiagnoser och diagnoser som rör akuta problem vilket speglar det stora flödet av patienter som söker primärvården för nya hälsoproblem.

Allmänmedicinen hanterar mellan 500 och 600 diagnoser. Till vårdcentralen kommer en och samma patient med olika symtom och sjukdomar utspritt över tid. Kontinuitet är därför viktig kvalitetsfaktor som dock är svår att mäta. En analys av besöksmönster talar för att ca hälften av besöken i primärvård gäller sällanbesökare som söker för ett mer eller mindre akut symtom. Det är denna grupp som innehåller den stora gruppen med symtomdiagnoser. Den andra hälften utgörs av mer regelbundna besökare där patienter med kroniska sjukdomar är en viktig grupp. Denna grupp är totalt sett mycket betydelsefull för hela sjukvårdssystemet. Här finns tunga sjukdomsgrupper som tar i anspråk stora resurser även för den specialiserade öppna och slutna vården. Hit hör t.ex. patienter med diabetes och hjärt-kärlsjukdomar. Dessa båda grupper måste följas upp på olika sätt. Kvalitet i den stora gruppen sällan-besökare kan mätas framförallt med tillgänglighet, patienttillfredsställelse och riktiga läkemedelsval. För de kroniska sjukdomarna finns bättre förutsättningar att mäta sjukdomsspecifika resultat. Det synes viktigt att kunna återkoppla till verksamheterna i vilken utsträckning patienter i dessa sjukdomsgrupper behandlas enligt riktlinjer.

Indikatorer kan dels in på flera sätt. Indelning enligt Socialstyrelsens God Vård är ett viktigt sätt att bedöma hur olika perspektiv täcks in. En annan viktig indelning är efter VG Primärvårds uppföljningsperspektiv - Kvalitet, Effekt, Behov, Kostnad, Prestation.

Arbetsgruppen har funnit det viktigt att göra en arbetsindelning av indikatorerna för att primärt öka tydligheten för att senare använda ovanstående indelningar för att mäta hur urvalet matchar olika perspektiv.

Arbetsgruppen har primärt använt indelning av indikatorer för sitt arbete:

Uppföljningsindikatorer	Beskrivning av listade populationen Uppföljande produktionsstatistik Övrig uppföljning av avtal	
Kvalitetsindikatorer	Kroniska sjukdomar	Diabetes Hypertoni Ischemisk hjärtsjukdom Hjärtsvikt Stroke KOL Astma Psykisk ohälsa Övrigt
	Barnhälsovård Förebyggande/hälsöfrämjande vård Läkemedel Tillgänglighet Patienterfarenheter Organisation/struktur m.m.	

Denna indelning som har primärvårdens besöksorsaker som grund liknar den som använts inom Öppna Jämförelser. I det fortsatta arbetet har eftersträvat att fylla varje indikatorgrupp med ett tillräckligt antal indikatorer för att kunna ge en bild av hur vården för denna patientgrupp utformats.

Behovet av nya datakällor

Som nämnts ovan finns det ett nationellt behov nya och bättre datakällor för att fånga resultat från primärvård. Det finns en allmän acceptans för användning av det Nationella Diabetesregistret. Det registret ger viktig information om en mycket stor patientgrupp. Av besöken inom VG-primärvård 2009 hade ca 48 000 individer en diabetesdiagnos. Andra kroniska sjukdomsgrupper följs inte på samma sätt i kvalitetsregister. Det finns en rad kvalitetsregister som kan ha betydelse för primärvården. Hit hör till exempel Riks-KOL, Riks-Svikt, Palliativregistret och Senior-Alert. Dessa register används dock i mycket liten utsträckning i primärvården. Ett skäl är att det skulle innebära ett betydande registreringsarbete att delta i flera register. Arbetsgruppen har ingående diskuterat om regionen skall kräva anslutning till, och använda andra nationell kvalitetsregister för att hämta resultat om vårdens kvalitet. Det finns skilda meningar om detta i arbetsgruppen. Men en sammanvägd uppfattning är att ytterligare kvalitetsregister inte skall användas för hämtning av specifika resultat. Däremot har arbetsgruppen föreslagit att det finns skäl att ge viss målrelaterad ersättning vid deltagandet i ytterligare minst ett kvalitetsregister. Det kan premiera de som ansluter sig även till register med data som inte kan hämtas på andra sätt som t.ex. register för demens eller palliativ vård. Det finns vårdcentraler som deltar i nationella kvalitetsregister utöver Diabetesregistret och det finns skäl att premiera det engagemang detta strukturerat kvalitetsarbete innebär.

Inom läkemedelsområdet har det varit svårt att ta fram relevanta mått eftersom förskrivning inte kunnat kopplas till diagnos och för att förskrivning inte bara sker på den vårdcentral där patienten är listad utan även på jourcentral. En viktig förändring är den kommande förväntade tillgången på landstingsnivå av läkemedelsdata på individnivå som kan ge möjlighet att utveckla nya indikatorer. Nära färdigställandet av denna rapport har vi efter flera principiella överväganden från Socialstyrelsens sida fått tillgång till ett flertal Öppna Jämförelseindikatorer för läkemedel, redovisade för vårdcentralernas listade populationer.

Kvalitetsdatabas för primärvård

Det finns ett betydande nationellt intresse för kvalitetsuppföljning i primärvård med automatiserad datafångst. Arbetsgruppen har värderat den kvalitetsdatabas som hanterats av ASAK-gruppen (allmänmedicinska sektorsrådets arbetsgrupp för kvalitet). Den syftar till att återkoppla relevanta mått till verksamheterna genom att hämta data från journalsystemen. Arbetsgruppen bedömning är att denna typ av lösning sannolikt är det lämpligaste sättet att på sikt kunna följa upp kroniska sjukdomsgrupper i primärvård med en rimlig arbetsinsats, och förslår att den skall vara en viktig del av primärvårdsuppföljningen.

Arbetsgruppen har dock konstaterat att det finns en rad frågor att lösa. Det har lett till ett underhandbeslut. HSU beslutade den 10/2 2010 (RSK 174-2008) att ansvaret för utveckling av primärvårdens kvalitetsdatabas överförs till Registercentrum VGR med målet att omvandla registret till ett kvalitetsregister med potential att bli ett nationellt kvalitetsregister.

Inledningsvis hanterar databasen fem kroniska sjukdomsgrupper. Astma, KOL, Ischemisk hjärtsjukdom, hypertoni och diabetes. För att förbättra registreringen har täckningsgraden för flera variabler kopplats till ersättning. Vissa resultat skall redovisas som indikatorer utan ersättning. En förbättrad registrering är en grund för fortsatt utveckling av indikatorer. Denna uppföljningsmetod skulle kunna utvecklas till att kunna omfatta fler sjukdomsgrupper. Ett flertal kontakter har tagits för att informera om databasen nationellt för att harmoniera våra ställningstaganden med vad som händer nationellt och för att skapa samordning med andras aktiviteter.

En särskild arbetsgrupp med uppdrag från Socialdepartementet och SKL gör en översyn av de nationella kvalitetsregistrens fortsatta utveckling. Som en särskild del kommer den att yttra sig över primärvårdens behov med en rapport under året. Arbetsgruppen har haft kontakter med den utredningen.

Principer för måltal

Arbetsgruppen föreslår att antalet indikatorer som förses med regionala måltal utökas för att matcha den politiska ambitionen att öka andelen målrelaterad ersättning. Att förse ett stort antal indikatorer med individuella måltal är en mycket stor uppgift, särskilt som ersättningen faller ut trappstegsvis. Arbetsgruppen förordar att de flesta indikatorer förses med två måltal. En undre gräns under vilken ingen ersättning faller ut, och en övre gräns som ger max ersättning och över vilken ingen ytterligare ersättning ges. Med två sådana gränser kan den aktuella ersättningen lätt beräknas som andelar av var i intervallet mellan målen som en enhet befinner sig. Om t.ex. undre gräns är 40 % och övre gräns är 80 %, så ger uppnådda 60 % hälften av den målrelaterade ersättningen för den indikatorn. Vidare ges varje indikator en poängvikt som markerar dess betydelse relativt de övriga indikatorerna som getts måltal. Nedan ges ett exempel för de indikatorer som tagits fram för diabetesvård.

Exempel: Del diabetesindikatorer som försetts med måltal

	Gränser för ersättning	Max Poäng enligt förslag	Exempel utfall vårdcentral X	Poäng vårdcentral X
Registrering NDR (täckningsgrad)	70-90	5	80	2,5
Registrering blodtryck (andel med uppgift)	80-95	0,5	62	0
Registrering rökning	70-90	0,5	80	0,25
Registrering HbA1c	80-95	0,5	83	0,1
Registrering LDL-kolesterol	50-80	0,5	68	0,3
Registrering albuminuri	70-90	0,5	92	0,5
Andel som når mål för HbA1c	45-65	0,5	52	0,175
Mål för blodtryck	30-50	0,5	41	0,275
Mål för LDL-kolesterol	35-50	1	38	0,2
summa		9,5		4,3

I detta exempel får den fingerade vårdcentralen X knappt hälften av den maximalt möjliga ersättningen för diabetesvård. Merparten av ersättningen faller ut om registrering sköts bra.

Indikatorförteckningen

Arbetsgruppens förslag till indikatorer föreligger som bilaga 1.

Särskilda reflektioner vid framtagandet

Indikatorarbetet kräver stödjande processer

Jämfört med den nu gällande versionen av kvalitetsindikatorförteckningen har denna en större bredd. Den täcker fler områden och varje område har ett antal indikatorer för att kunna belysas säkrare. Men flera efterfrågade områden är svåra att finna adekvata indikatorer för. Det är ett problem som delas med alla landsting. En annan förklaring till svårigheterna är att detta övergripande projekt har begränsade möjligheter att utveckla nya indikatorer inom många områden. En arbetsgrupp som denna är beroende av arbete från andra håll som levererar mer utvecklat material för att slutligen fastställas som indikator. Området förebyggande hälsofrämjande vård är ett sådant avsnitt. Den föreslagna indikatorn motiverande samtal kan tjäna som ett exempel. Vad fordras för att ett samtal skall åtgärdskodas som motiverande? Här saknas såväl en exakt definition som evidens för att åtgärden är verkningsfull. Koppling av målrelaterad ersättning till denna indikator leder ofrånkomligen till ökande registrering utan att det finns någon evidens för att det är en verklig förbättring. På samma sätt som t.ex. åtgärder mot fetma fordras det att andra processer tar fram och fastställer riktlinjer och indikatorer.

HUR-frågor har undvikits

En annan avvägning som arbetsgruppen gjort är att undvika frågor hur ett arbete utförs. Det primära har setts som att vårdcentralerna skall erbjuda en god vård och indikatorerna skall mäta att så är fallet och återkoppla resultat till vårdenheterna, finansören och allmänheten. Arbetsgruppen har t.ex. övervägt att mäta andelen externa utbildningsdagar som kan synas vara ett relevant kvalitetsmått. Vi ser det dock snarare som ett mått för respektive utförare - offentlig eller privat - att internt mäta detta som ett medel att nå sina mål och kanske använda som en konkurrensfördel. Regionen kan förvisso ha skäl att mäta detta men då snarare som ägare av en produktionsapparat än mäta inom regionens uppföljning av primärvård. Det finns dock problem att vara helt konsekvent. Det finns till exempel med en indikator som mäter om

patienter med diabetes får vård av både läkare och diabetessjuksköterska. Ett skäl att ta med just denna indikator är diabetesrådets rekommendation och att de nationella riktlinjerna framhåvt betydelsen av ett multiprofessionellt omhändertagande.

Hur många indikatorer?

I alla uppföljningssystem finns en registreringsbörda som måste ställas mot värdet av det som följs upp. Arbetsgruppen har beaktat detta under arbetet. Å ena sidan finns ett behov av att hålla ner antalet indikatorer av hanteringsskäl och för att minska registreringsbördan. Å andra sidan finns det anledning att sträva efter att återkoppla ett tillräckligt antal mätetal för att de skall kunna vara vägledning i ett kvalitetssäkringsarbete och som tidigare nämnts sprida risken när ersättning kopplas till utfall. Den utökning av indikatorerna som nu föreslås innebär inte en ökad registreringsbörda för vårdcentralerna.

Hur utvecklas området generellt?

Framtagandet av indikatorer har skett inom ett område där det saknas nationella förebilder med välutvecklade uppföljningssystem utan det är ett område under utveckling. Arbetsgruppen har lagt förhållandevis stor vikt vid den kvalitetsdatabas som utvecklats för primärvård. Även om arbetsgruppen ser detta som den mest framkomliga vägen på sikt finns det ett osäkerhetsmoment i vilken utsträckning denna lösning kommer att ge förväntade resultat. Det är i dagsläget också oklart hur den nationella utvecklingen kommer att bli och vilka standards som kommer att gälla på sikt. Det finns som tidigare nämnts starka skäl till en nationell samverkan.

Fördelning av kvalitetsersättning

Fördelningen av målrelaterad ersättning kan göras på många olika sätt och prioriteringar kan göras från olika perspektiv. I föreliggande förslag har registrering i olika system prioriterats högt. Det beror på att ersättningen efter verkliga resultat är omdiskuterat och erfarenheter i mindre skala behöver vinnas för tilltro till systemet. Arbetsgruppen har ändå, som hittills första landsting, kopplat viss ersättning till faktiska medicinska resultat i det nationella diabetesregistret, men med låg vikt. Fördelningen mellan resultat och andra mått kan justeras efter vad som anses önskvärt, men gradvis allteftersom erfarenheter vinnas. En annan fråga är hur fördelningen skall göras mellan olika områden. Diabetesområdet har totalt sett fått stor relativ vikt. Det beror på att det är en mycket stor patientgrupp där behandlingens kvalitet även har stor betydelse för den sjuklighet som skall hanteras inom den specialiserade vården. Diabetesvården kan också ses som en modell för kardiovaskulär prevention. En annan förklaring är att det finns det överlägset bästa uppföljningssystemet i det nationella kvalitetsregistret. På sikt kan förhoppningsvis vikten öka för andra viktiga patientgrupper. Läkemedelsavsnittet har förhållandevis låg vikt på grund av svårigheter att få relevanta mått. De viktiga måtten från Öppna Jämförelser har inte kopplats till ersättning därför att vårdcentralerna inte själva kan helt påverka förskrivningen i gynnsam riktning. Andra viktiga områden som psykisk ohälsa och förebyggande och hälsofrämjande vård har relativt låga tal på grund av brist på riktlinjer och relevanta mått. Totalt sett har dock uppnåtts en väsentligt bredare spridning av de målrelaterade indikatorerna än med nuvarande indikatorer.

Ersättning som inte tas i anspråk vid en första fördelning

I arbetsgruppen uppdrag ingår inte att ha synpunkter på ersättningsmodellen men en observation förtjänar att lyftas fram. I den nu gällande mycket begränsade förteckningen av indikatorer för ersättning finns det förutsättningar för de flesta enheter att få en mycket stor del av ersättningen. I den förslagna modellen är det inbyggt att de flesta enheter inte kan få full ersättning. I och med att faktiska resultatmått införs är det svårt att ta fram accepterade

gränser för vad som är ett optimalt resultat. För sådana indikatorer har i de flesta fall låg/höggräns för ersättning satts till 25:e och 75:e percentilen från data som tagits fram som underlag, vanligen för 2009. De 25 % sämsta utfallen ger ingen ersättning och de 25 % bästa utfallen ger maximal ersättning. Därmed är det inbyggt i modellen att all målrelaterad ersättning inte faller ut. Arbetsgruppen förordar att denna icke utbetalda del, vars exakta storlek inte kan förutses för 2011, återförs till den målrelaterade potten så att ersättningsutrymmet på tre-fem procent verkligen används som kvalitetsbonus. Tekniskt kan detta göras på flera olika sätt.

En uppföljning som skall täcka flera områden och som dessutom skall kopplas till ersättning på ett stringent sätt kräver ett betydande mått av insatser för igångsättning och fortsatt drift. I arbetet har föresatts att detta kan hanteras i den fortsatta implementeringsfasen.

Struktur och organisation för det fortlöpande arbetet

Här beskrivs enbart det fortsatta arbetet inom ramen för det uppdrag som gällt och som avslutas med denna rapport. Arbetsgruppen har funnit det svårt att precisera den organisation som skall föra arbetet vidare utan har valt att beskriva omfattning och arbetsuppgifter för det kommande arbetet.

Arbetet har genomförts av en arbetsgrupp med representanter från flera perspektiv och projektledning från Analysenheten. Arbetet har inneburit ett utvecklingsarbete där det är oklart hur den nationella utvecklingen kommer att bli. Problemställningarna har varit desamma som de flesta landsting ställts inför. Arbetet har inneburit ett betydande antal nationella kontakter och inläsning av nationellt och internationellt material. Arbetets karaktär har inneburit behov av en mängd avstämningar mot professionella och fackliga organisationer, andra landsting och arbetsgrupper med mera. Arbetet har underhand genererat nya projekt ibland av betydande omfattning. Hit hör utveckling av primärvårdens kvalitetsdatabas.

Den fortsatta utvecklingen kan förväntas bli likartad. Anpassningar kan behöva göras till konsekvenser av framtagna indikatorer och vad som händer nationellt. Föreslagna indikatorset har tonvikt på registrering för att stödja en fortsatt utveckling mot ökad andel tillförlitliga resultatmått. Även om föreslagna principer och indikatorset ger en ram som bedöms kunna visa sig hållbar finns det således ett betydande kontinuerligt utvecklingsbehov. Samverkan måste vidare ske mot regionens IT-stöd och presentationlösningar. Detta behöver koordineras med andra aktiviteter som start av den medicinska revisionsenheten och utvecklingen av kvalitetsdatabasen.

Under 2010 kommer sannolikt tillgången till individdata för läkemedelsanvändning att bli tillgängliga för landstingen. Detta kan påtagligt öka möjligheten till återkoppling av relevanta resultat till vårdcentraler men det kräver också resurser för sammanställning och för kvalificerade analyser och utvecklingsarbete. Inom ramen för nationellt samarbete kan det uppstå behov att regionen bidrar med kompetens och utvecklingsarbete. Här kan uppstå möjligheter till extern finansiering.

Således förutses ett fortsatt behov av struktur och resurser för det fortsatta arbetet med kvalitetsuppföljning primärvård men där det fortsatta scenariot inte helt går att förutse.

För det fortsatta arbetet med kvalitets och uppföljningsindikatorer kan konstateras att den gruppering som skall sköta den bör

- Kunna följa utvecklingen nationellt och ges tid och möjlighet att samverka med andra landsting, SKL, socialstyrelsen och andra intressenter nationellt men möjligen även internationellt
- Bedriva arbetet med tydlig förankring i den allmänmedicinska professionen och akademi
- Ha kapacitet att ta del av och analysera de data som tas fram inom det föreslagna uppföljningspaketet och bidra till att lösa eventuella problem underhand
- Ha kapacitet att utveckla nya indikatorer genom analyser och simuleringar och att förmedla resultat till berörda. I detta ingår att samverka med utvecklingen av primärvårdens kvalitetsdatabas.
- Ha en väl utvecklad intern samverkan inom VGR. Det gäller såväl internt inom VG Primärvårdprocessen som med andra arbetsgrupper, sektorsråd etc.
- Hantera processen med formellt framtagande av nytt förslag till kvalitetsindikatorer VG-primärvård

Resursbehovet kommer att vara såväl särskilt avdelad kvalificerad medicinsk, statistisk och IT-kompetens som annan kompetens från organisationen. Av stor betydelse för hur det fortsatta arbetet med kvalitetsindikatorer skall organiseras är utformning av andra delar av organisationen som hanterar primärvårdsfrågor. Den medicinska revisionsenheten är ännu ej bemannad. Samverkan med denna verksamhet kommer att vara mycket viktig eftersom den i stor utsträckning kommer att vara användare av resultat och tillföra kunskap för den fortsatta utvecklingen. Vidare kommer arbetet med primärvårdens kvalitetsdatabas ha en stor betydelse men det är svårt att i detta skede kvantifiera dess betydelse och vilka utvecklingsinsatser som krävs. Av betydelse för hur verksamheten skall organiseras har också eventuella förändringar i tjänstemannaorganisationen.

BILAGA 1

Förslag till Indikatorer

Översiktstabell

		Antal indikatorer		poäng
		totalt	Med måltal	
Uppföljnings-indikatorer	Beskrivning av listade populationen	29		
	Uppföljande produktionsstatistik	14		
	Övrig uppföljning av avtal	5		
Kvalitets-indikatorer	Kroniska sjukdomar			
	Diabetes	13	9	9,5
	Hypertoni	8	5	2,25
	Ischemisk hjärtsjukdom	8	6	3
	Hjärtsvikt	2		
	Stroke	1		
	KOL	4	4	2,5
	Astma	3	1	0,5
	Psykisk ohälsa	9	2	1,5
	Övrigt	1	1	0,75
	Barnhälsovård	5		
	Förebyggande/hälsofrämjande vård	3	2	2,25
	Läkemedel	19	3	2
	Tillgänglighet	2	1	2
	Patienterfarenheter	9	3	4,25
	Organisation/struktur m.m.	6	3	4,5
SUMMA		141	40	35

Tabell över indikatorer. Ersättningsgräns anger låg/högnivå i procent. Poäng är den relativa vikten vid fördelning av ersättning. "ÖJ listade" betyder att indikatorn motsvarar samma indikator i Öppna Jämförelser 2009 men framtagen för den listade populationen.

Grupp	Indikator, text	Ersättn.-gräns	poäng	
Beskrivning av listade populationen	Andel listade patienter med diabetes			
	Andel listade patienter med diabetes som besökt vårdenheten			
	Andel listade patienter med diagnosen hypertoni			
	Andel listade patienter med diagnosen hypertoni som besökt vårdenheten			
	Andel listade patienter med ischemisk hjärtsjukdom			
	Andel listade patienter med ischemisk hjärtsjukdom som besökt vårdenheten			
	Andel listade patienter med hjärtsvikt			
	Andel listade patienter med hjärtsvikt som besökt vårdenheten			
	Andel listade patienter med KOL			
	Andel listade patienter med KOL som besökt vårdenheten			
	Andel listade patienter med astma			
	Andel listade patienter med astma som besökt vårdenheten			
	Andel listade patienter med psykisk ohälsa			
	Andel listade patienter med psykisk ohälsa som besökt vårdenheten			
	Andel listade patienter med depression			
	Andel listade patienter med depression som besökt vårdenheten			
	Andel listade patienter med demens			
	Andel listade patienter med demens som besökt vårdenheten			
	Andel listade patienter rörelseorganens sjukdomar			
	Andel listade patienter rörelseorganens sjukdomar som besökt vårdenheten			
	Andel listade personer som erhållit samordnade rehabiliterande insatser vid sjukskrivning: som besökt vårdcentralen			
	Andel listade personer ≤ 18 år			
	Andel listade personer ≤ 18 år som besökt vårdenheten			
	Andel listade personer ≥ 80 år			
	Andel listade personer ≥ 80 år som besökt vårdenheten			
	Antal listade individer			
	Ålders/könspoäng/listad			
	ACG. casemixtalet			
	CNI per listad			
	Produktionsstatistik	Täckningsgrad primärvård		
		Täckningsgrad öppenvård		
		Besök per listad		
		Andel av de listade som besökt vårdenheten de senaste 12 mån		
Totalt antal besök exkl BVC, alla personalkategorier				
Antal besök läkare, exkl BVC				
Antal besök sjuksköterska, exkl BVC				
Antal besök kurator. , exkl BVC				
Antal besök psykolog/leg psykoterapeut, exkl BVC				

	Antal besök medicinsk fotvård		
	Antal hembesök/hemsjukvårdsbesök		
	Totalt antal besök BVC		
	Antal besök läkare BVC		
	Antal besök sköterska BVC		
Övrig uppföljning	Avtal med kommun om insatser i den kommunala hälso- och sjukvården		
	Registrering av fysisk tillgänglighet till vårdlokal		
	Täckningsgrad		
	Antal besök på sjukhusens akutmottagningar/listad patient		
	Total ersättning basåtagande per listad		
Diabetes	Andel listade patienter med diabetesdiagnos som besökt enheten som registrerats i NDR.	70-90	5
	Andel registrering blodtryck i NDR	80-95	0,5
	Andel registrering rökning i NDR	70-90	0,5
	Andel registrering HbA1c i NDR	80-95	0,5
	Andel registrering LDL-kolesterol i NDR	50-80	0,5
	Andel registrering albuminuri i NDR	70-90	0,5
	Andel patienter som når mål för HbA1c, NDR	45-65	0,5
	Andel patienter som når mål för HbA1c, nydebuterade, NDR		
	Andel patienter som når mål för blodtryck, NDR	30-50	0,5
	Andel patienter som når mål för LDL-kolesterol, NDR	35-50	1
	Antal listade patienter med typ 2 diabetes som genomgått grupputbildning		
	Andel av diabetespatienter med besök hos både läkare/sköterska samma år		
	Andel listade patienter som besökt vårdcentralen, som vaccinerats mot säsongsinfluensa, diabetes		
Hypertoni	Läsbar uppgift om rökning, hypertoni	50-90	0,5
	Läsbar uppgift om längd och vikt, hypertoni	70-90	0,5
	Läsbar uppgift om blodtryck, hypertoni	80-95	0,5
	Läsbar uppgift om lipider, hypertoni	50-80	0,25
	Läsbar uppgift om midjeomfång, hypertoni	50-80	0,5
	Andel blodtryck <140/90, hypertoni		
	Andel LDLkolesterol <2,5, hypertoni		
	Andel som har fått hälsofrämjande/motiverande samtal, hypertoni		
Ischemisk Hjärt sjukdom	Läsbar uppgift om rökning, ischemisk hjärtsjukdom	70-90	0,5
	Läsbar uppgift om längd och vikt, ischemisk hjärtsjukdom	70-90	0,5
	Läsbar uppgift om systoliskt och diastoliskt blodtryck, ischemisk hjärtsjukdom	80-95	0,5
	Läsbar uppgift om LDL-kolesterol, ischemisk hjärtsjukdom	50-80	0,5
	Läsbar uppgift om midjeomfång, ischemisk hjärtsjukdom	20-40	0,5
	Andel blodtryck <140/90, ischemisk hjärtsjukdom		
	Andel patienter med LDL-kolesterol < 2,5, ischemisk hjärtsjukdom		
	Andel listade patienter som besökt vårdcentralen som vaccinerats mot säsongsinfluensa, ischemisk hjärtsjukdom	70-90	0,5
Hjärtsvikt	Antal slutenvårdstillfällen per 1000 listade, 50-79 år, hjärtsvikt		
	Andel listade patienter som besökt vårdcentralen som vaccinerats mot säsongsinfluensa, hjärtsvikt		
Stroke	Antal slutenvårdstillfällen per 1000 listade, 50-79 år, stroke.		
KOL	Läsbar uppgift om rökning, KOL	70-90	0,5
	Läsbar uppgift om längd och vikt, KOL	70-90	0,5
	Läsbar uppgift om spirometri, KOL	70-90	0,5

	Andel listade patienter som besökt vårdcentralen som vaccinerats mot säsongsinfluensa, KOL	70-90	1
Astma	Läsbar uppgift om rökning, astma	70-90	0,5
	Läsbar uppgift om längd och vikt, astma		
	Läsbar uppgift om spirometri, astma		
Psykisk ohälsa	Förekomst av rutin för suicidprevention	Ja/nej	0,5
	AUDIT vid samtal om alkoholvanor	1	1
	Antal listade personer med diagnosen depression som erhållit psykosociala och/eller psykoterapeutiska insatser		
	Långverkande bensodiazepiner /100 listade, ≥ 75 år		
	Psykofarmaka /100 listade $> \geq 75$ år		
	Sömnmedel /100 listade ≥ 75 år		
	Sömnmedel/100 listade, 20-74 år		
	Regelbunden behandling med lugnande medel/ sömnmedel, 20-79 år, ÖJ listade		
	Tre eller fler psykofarmaka, ≥ 80 år, ÖJ listade		
Övrigt	Deltagande i nationellt kvalitetsregister utöver NDR	Ja/nej	0,75
Barnhälsovård	Sjukskötersketillgång BVC		
	Läkartillgång BVC		
	Tidigt hembesök till förstfödda, BVC		
	Depressionscreening, BVC		
	Föräldrastöd i grupp, BVC		
Förebyggande/hälsofrämjande vård	Andel listade som ordinerats fysisk aktivitet på recept	1-3	1
	Hälsofrämjande vård, antal motiverande samtal		
	Andel av listade ≥ 65 år som besökt vårdcentralen som vaccinerats mot säsongsinfluensa	50-80	1,25
Läkemedel	Läkemedelsavstämning - andel listade ≥ 75 år, där läkemedelsavstämning genomförts	50-70	0,5
	Följsamhet REK-listan	X*	1
	Totalförskrivning av antibiotika/100 listade		
	Andel PcV av luftvägsantibiotika- till vuxna		
	Andel PcV av luftvägsantibiotika till barn		
	Andel kinoloner av UVI-antibiotika, kvinnor ≥ 18 år	15-10	0,5
	Andel cefalosporiner av betalaktamantibiotika		
	Antikolinerga läkemedel/100 listade ≥ 75 år		
	Andel simvastatin av statiner		
	Andel ACEhämmare av ACEhämmare och ARB		
	Andel generiskt utbytbar PPI av alla PPI		
	Läkemedelsinteraktion bland äldre, ÖJ listade		
	Tio eller fler läkemedel bland äldre, ÖJ listade		
	Andel som antibiotikabehandlats, ÖJ listade		
	PcV vid behandling av barn med luftvägsantibiotika, ÖJ listade		
	Kinoloner vid behandling med urinvägsantibiotika, ÖJ listade		
	Andel nyinsatta på astmakombinationspreparat, ÖJ listade		
	Andel nya ARB-användare som tidigare inte förskrivits ACEhämmare, ÖJ listade		
	Läkemedel mot benskörhet efter fraktur, ÖJ listade		
Tillgänglighet	Andel samma dag besvarade/behandlade telefonsamtal av alla telefonsamtal	95-99	2
	Andelen patienter som får läkarbesök inom 7 dagar av patienter med nytillkommet behov		
Patienterfarenheter	Andel patienter som värderar som helhet den vård och behandling de fick som bra (fråga E1)		

	Andel patienter som kände att de blev bemötta med respekt och på ett hänsynsfullt sätt (fråga E3)		
	Andel patienter som kände sig delaktiga i beslut om sin vård och behandling så mycket som de önskade (fråga E2)		
	Andel patienter som kände förtroende för läkaren de träffat (fråga C12)		
	Andel patienter som kände att de fick tillräcklig information om sitt tillstånd (fråga E4)		
	Andel patienter som kan rekommendera mottagningen till andra (fråga E8)		
	Andel patienter som upplever att tiden till besök acceptabel (fråga A6)	75-86	1
	Andel patienter som vid senaste besök träffat samma läkare som de brukar träffa (fråga C4)	49-71	2
	Sammanvägt förtroende, genomsnitt av patientenkätens frågor E1, E2, E3, E4, C12, E8.	74-84	1,25
Organisation/ struktur med mera	Förekomst av skriftlig rutin för sjukskrivning		0,5
	Ackreditering av laboratorieverksamhet på vårdcentral i Swedac	Ja/nej	2
	Rapportering till Primärvårdens kvalitetsdatabas	Ja/nej	1,5
	Antal avvikelserapporter per årsarbetare		
	Andel diagnoskodade läkarbesök		
	Dialogmöte försäkringskassa		0,5

*= definition och målvärde kommer att fastställas senare