

Revisionsrapport

Granskning av följsamhet till nationella riktlinjer för diabetesvård

Landstinget i Värmland

Jean Odgaard
Certifierad kommunal
revisor

Ingrid Bengtsson-
Rijavec

Cecilia Claudelin

Februari 2018

Innehåll

Sammanfattning	2
1. Inledning	4
1.1. Bakgrund	4
1.2. Syfte och Revisionsfråga.....	4
1.3. Revisionskriterier	4
1.4. Kontrollmål	4
1.5. Avgränsning.....	5
1.6. Metod.....	5
2. Nationella iakttagelser från diabetesvården	6
3. Iakttagelser och bedömningar	8
3.1. Landstingets styrning av diabetesvården.....	8
3.1.1. Organisation för kunskapsstyrning	8
3.1.2. Styrning och uppföljning genom landstingsplan och hälsoval	10
3.1.3. Bedömning.....	11
3.2. Diabetesvården i Värmland	12
3.2.1. NDR, Nationellt diabetesregister	12
3.2.2. Diabetes Typ 1.....	13
3.2.3. Diabetes Typ 2	14
3.2.4. Hälsöfrämjande och sjukdomsförebyggande åtgärder/insatser	15
3.2.5. Ögonbottenfotografering	16
3.2.6. Utvecklingsarbete	17
3.2.7. Bedömning.....	17
3.3. Jämlik vård på rättvisa grunder	19
3.3.1. Iakttagelser	19
3.3.2. Bedömning.....	20
4. Bedömningar	21
4.1. Rekommendationer.....	23
Bilaga 1) Granskade dokument	24
Bilaga 2) HbA1c < 52 Mmol/mol per vårdcentral 2017	25
Bilaga 3) HbA1c > 70 Mmol/mol per vårdcentral 2017	26
Bilaga 4) Blodtryck < 140/85 mmHg per vårdcentral 2017	27

Sammanfattning

PwC har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Landstinget i Värmland genomfört en granskning av följsamhet till nationella riktlinjer för länets diabetesvård. Granskningen syftar till att bedöma om landstingsstyrelsen har inrättat en ändamålsenlig styrning, uppföljning och intern kontroll för att säkerställa att vården bedrivs i enlighet med de nationella riktlinjerna vad avser diabetesvården.

Utifrån granskningens syfte och grunderna för ansvarsprövning är vår sammanfattande bedömning att landstingsstyrelsen inte i tillräcklig omfattning har inrättat en ändamålsenlig styrning, uppföljning och intern kontroll för att säkerställa att vården bedrivs i enlighet med de nationella riktlinjerna vad avser diabetesvården. Det finns delar som till övervägande del fungerar bra medan vi i vår granskning även funnit utvecklingsområden som landstingsstyrelsen bör ta fasta på.

Ovanstående bedömning sker mot bakgrund av följande iakttagelser och bedömningar:

- Vi bedömer att åtgärder för efterlevnad av Socialstyrelsens nationella riktlinjer till övervägande del är ändamålsenliga och effektiva. Det finns en organisation och process för kunskapsstyrning som utgår ifrån nationella strukturer. Det finns en styrning för efterlevnad av riktlinjerna genom de krav och den uppföljning som sker inom ramen för hälsovalet. Vi ser positivt på den styrning och uppföljning som sker genom certifieringsförfarandet inom primärvården. Styrningen och efterfrågan av resultat inom specialiserad vård avseende Typ 1-diabetes är inte lika tydlig. Det finns flera organ för kunskapsstyrning inom landstinget. Vi uppfattar att den huvudsakliga styrningen sker genom Styrgrupp diabetes allmänmedicin. Landstingets diabetesråd har delvis samma uppdrag men varken resurser eller förutsättningar i nuläget att genomföra ett motsvarande arbete trots att man genom en bredare representation har bättre förutsättningar att åstadkomma en förändring. Vi menar att det finns en otydlighet i organisationen och att ett tydliggörande behöver åstadkommas. Skall landstingets kunskapsstyrningsprocess fungera fullt ut behöver diabetesrådet få ett bredare uppdrag kring implementering av diabetesvården i Värmland.
- Vi bedömer att det *till övervägande del* sker en uppföljning och analys av kvalitetsindikatorerna inom diabetesvården. Genom den uppföljning som genomförs sker också indirekt en uppföljning av följsamheten till de nationella riktlinjerna. Vår granskning ger samtidigt en otydlig bild av vem som gör vad i uppföljningsprocessen inom primärvården. Sker uppföljning av primärvården inom ramen för hälsovalets uppföljning eller inom ramen för Område öppenvård? Vi bedömer att det finns otydligheter i roller och ansvar mellan vårdvalsenheten och Område öppenvård.
- Vi bedömer att de nationella riktlinjerna för diabetesvård är kända för de yrkeskategorier som arbetar inom diabetesvården.

- Vi bedömer att rapporteringen till centrala kvalitetsregister till övervägande del är säkerställd. Det finns dock kvalitetsindikatorer där tillförlitligheten inte är fullt ut tillfredsställande. Mot bakgrund av att uppgifter från det nationella kvalitetsregistret används i såväl styrning som uppföljning är det angeläget att också uppgifterna fullt ut är tillförlitliga.
- Vi bedömer att kunskaperna i riktlinjerna till övervägande del används i det interna kvalitets och utvecklingsarbetet. Verksamheterna har nåtts av budskapet att exempelvis individualisera vården och att vidta intensivare åtgärder gentemot patienter med sämre vården och patienten med nydebuterad diabetes.
- Vi bedömer att de åtgärder som vidtas i vården i syfte att begränsa uppkomsten av komplikationer vid diabetes i begränsad utsträckning är ändamålsenliga och effektiva. När det gäller patienter med Typ 1-diabetes når landstinget inte de nationella målnivåer som är angivna vad gäller blodtryck och blodsocker (HbA1c). På motsvarande sätt når landstinget inte målnivåerna vad gäller patienter med Typ 2-diabetes. De medicinska resultaten varierar också över länet vilket i sin tur beror på olikheter i arbetssätt och varierande förutsättningar för att bemanna verksamheten.
- Vi bedömer att det hälsoförebyggande arbetet kring diabetes i begränsad utsträckning är ändamålsenligt och effektivt. Vi menar att de insatser som vidtas i många delar än ändamålsenliga, men att tillräckliga insatser inte vidtas för att förmå patienterna att förändra sin livsstil. Livsstilsfrågor är ett utvecklingsområde för att förbättra resultaten inom diabetesvården.
- Vi bedömer att diabetesvård inte tillhandahålls på jämlika och rättvisa grunder i hela länet. Det finns skillnader i medicinska resultat mellan länets vårdenheter. Detta gäller såväl specialiserad vård som primärvård. Av granskningen framgår att delar av länet saknar tillräcklig tillgång till diabetessjuksköterskor och läkarresurser där inhyrd personal inte gynnar kvalitet och kontinuitet för diabetessjukvården. Uppenbarligen når inte vården fram på individnivå i tillräcklig utsträckning. BEON¹ innebär att enheter med begränsade resurser kan styra och prioritera sina resurser mot de patienter som har störst behov. Genom att BEON endast omfattar endast de offentligt drivna vårdcentralerna kommer det uppstå nya skillnader vad gäller diabetesvården i länet.

¹ BEON är ett arbetssätt för att finna bästa effektiva omhändertagandenivå ur såväl ett patient- som vårdgivareperspektiv genom arbetsväxling.

1. Inledning

1.1. Bakgrund

I landstingsfullmäktiges Flerårsplan 2016-2018 under rubriken ”Fokusområden hälso- och sjukvård” anges att arbetet för ökad följsamhet till nationella riktlinjer ska fortsätta. Bristfällig följsamhet kan leda till att landstinget inte bedriver verksamhet i enlighet med den medicinska utvecklingen eller ”Best Practice”.

Diabetes, som finns i flera former, är en utbredd folksjukdom som kännetecknas av förhöjt blodsocker. Ca 4 - 6 procent av befolkningen bedöms ha diabetes varav ca 85- 90 procent den s.k. Typ 2-diabetes (vuxendiabetes). Diabetes leder till ökad sjuklighet och risk för en för tidig död. En viktig framgångsfaktor för diabetesvården är att patienterna får tillgång till vården i den utsträckning som krävs och att vården ges av personal med nödvändig kompetens.

Revisorerna har, utifrån sin riskbedömning, upphandlat konsultstöd av PwC för att genomföra en fördjupad granskning av följsamhet till nationella riktlinjer för diabetesvård.

1.2. Syfte och Revisionsfråga

Den övergripande revisionsfrågan är om landstingsstyrelsen har inrättat en ändamålsenlig styrning, uppföljning och intern kontroll för att säkerställa att vården bedrivs i enlighet med de nationella riktlinjerna vad avser diabetesvården.

1.3. Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses de bedömningsgrunder som bildar underlag för revisionens iakttagelser, slutsatser och bedömningar. Revisionskriterierna i denna granskning utgörs av:

- Hälso-och sjukvårdslagen
- Reglementen
- Nationella riktlinjer för diabetesvård
- Landstingsplan
- Framgångsfaktorer för diabetesvård

1.4. Kontrollmål

Inom ramen för granskningen ska följande revisionsfrågor – kontrollmål besvaras:

- Är vidtagna åtgärder för efterlevnad av Socialstyrelsens nationella riktlinjer ändamålsenliga och effektiva?
- Är riktlinjerna kända på verksamhetsnivå?
- Används kunskaperna i riktlinjerna i det interna kvalitets- och utvecklingsarbetet?
- Tillhandahålls diabetesvård på jämlika och rättvisa grunder i hela länet?

- Är de åtgärder som vidtas i vården i syfte att begränsa uppkomsten av komplikationer vid diabetes ändamålsenliga och effektiva?
- Är rapporteringen till centrala kvalitetsregister säkerställd?
- Följs och analyseras redovisade kvalitetsindikatorer?
- Är det hälsoförebyggande arbetet kring diabetes ändamålsenligt och effektivt?

Om granskningen påvisar brister kommer rekommendationer att ges.

1.5. Avgränsning

Granskningen avgränsas till att omfatta diabetesvård för vuxna.

1.6. Metod

Granskningen har genomförts genom inledande dokumentinsamling/inläsning/analys av styrande dokument och för granskningen andra relevanta dokument. Granskade dokument framgår av Bilaga 1.

Uppgifter avseende medicinska resultat har inhämtats från NDR (Nationella Diabetesregistret).

Inom ramen för vår granskning har även intervjuer genomförts. Följande funktioner har intervjuats:

- Chef Kunskapscentrum
- Analyschef, verksamhetsutvecklare och verksamhetsanalytiker, Planerings och uppföljningsenheten
- Ordförande Diabetesrådet
- Enhetschef Vårdvalsenheten
- Chefläkare allmänmedicin
- Ordförande terapigrupp diabetes
- Områdeschef samt bitr hälso-och sjukvårdschef, slutenvård
- Verksamhetschef samt läkare och diabetessjuksköterskor från medicinklinikerna i Karlstad, Arvika och Torsby
- Verksamhetschef Ögonkliniken
- Områdeschef Öppenvård
- Verksamhetschefer samt diabetessjuksköterskor och företrädare från verksamhetsområdena norra, västra, östra, sydvästra och södra. Intervjuerna har innehållit företrädare från vårdcentralerna Säffle, Filipstad, Kristinehamn, Verkstaden Arvika, Skoghall-Lövnäs och Sunne.
- Företrädare från patientföreningen för diabetes
- Ordförande sjukhusutskottet/ledamot landstingsstyrelsen

Granskningen har genomförts av Jean Odgaard (projektledare), Ingrid Bengtsson-Rijavec och Cecilia Claudelin, samtliga PwC. Granskningsrapporten har faktagranskats av berörda tjänstemän. Rapporten har kvalitetssäkrats av Fredrik Markstedt, PwC.

2. Nationella iakttagelser från diabetesvården

Diabetes

Diabetes är en folksjukdom som ökar och idag har cirka var tjugonde invånare diabetes. Forskning visar evidens för livsstilsrelaterade orsaker, men samtidigt finns det stora möjligheter att minska risken för komplikationer med rätt åtgärder inom hälso- och sjukvården.

Diabetes är en allvarlig sjukdom som kan orsaka förtida död främst genom hjärt-kärlsjukdomar. De vanligaste formerna av diabetes är Typ 1- och Typ 2-diabetes. Gemensamt för Typ 1- och Typ 2-diabetes är förhöjda blodglukosnivåer och en ökad risk för komplikationer ju längre tid man haft sjukdomen och ju högre blodglukosnivån legat över tid. Cirka 4–6 procent av Sveriges befolkning i åldern 16–84 år har diabetes, varav ca 85–90 procent den s.k. Typ 2 – diabetes (vuxendiabetes). Därutöver finns många personer med diabetes som ännu inte har diagnostiserats. Dessa antas utgöra en tredjedel av alla med diabetes. Ett mål för diabetesvården är att minska denna risk.

De flesta diabetespatienter har sin regelbundna vårdkontakt med primärvården. Andra har sin huvudsakliga vårdkontakt vid sjukhusen. Behandling av diabetes liksom behandlingen av dess komplikationer upptar en inte obetydlig del av hälso- och sjukvårdens samlade resurser. Förebyggande insatser för att minska risken att utveckla diabetes, tidig upptäckt och en väl organiserad och utvecklad behandling av patienten blir därmed väsentliga inslag i hälso- och sjukvårdens verksamhet. Det är också viktigt att hälso- och sjukvården erbjuder undersökningar av olika slag för att så långt som möjligt undvika olika komplikationer.

Nationella riktlinjer

Socialstyrelsen gav ut nya nationella riktlinjer för diabetesvården februari 2015. Riktlinjerna innehåller prioriteringar samt vilka kvalitetsindikatorer som är väsentliga att följa. Det finns bland annat rekommendationer om förebyggande arbete avseende diabetes Typ 2, diabeteskomplikationer, patientutbildning, kontroll av blodglukosnivån och multidisciplinära fotteam. Socialstyrelsen har år 2017 genomfört en översyn av de nationella riktlinjerna för diabetesvård. Översynen har lett till nya och uppdaterade rekommendationer om glukossänkande läkemedelsbehandling vid Typ 2-diabetes samt om viktminskande kirurgi vid fetma.

Hälsoförebyggande arbetet

Det hälsoförebyggande arbetet kring diabetes är viktigt. Förändrade kostvanor med överkonsumtion av mat och fysisk inaktivitet har bidragit till en ökning av övervikt, fetma och Typ-2 diabetes. Förebyggande åtgärder, inklusive folkhälsoarbete, är en möjlighet att minska risken för diabetes och behovet av sjukvård. En betydande del av hälso- och sjuk-

vårdens insatser härrör från behandling av diabetessjukdom och förebyggande åtgärder för att minska insjuknande i diabetes.

Framgångsfaktorer för diabetesvården

Inom ramen för den överenskommelse som träffats mellan staten och SKL för vissa utvecklingsområden inom hälso-och sjukvården har ett nationellt programråd för diabetes etablerats.

Inom ramen för detta arbete har framgångsfaktorer för en god diabetesvård identifierats. Sju framgångsfaktorer har visat sig påverka diabetesvårdens kvalitet:

1. Fokus på patientens målvärden
2. Riktade insatser till patienter med sämre värden
3. Enhetens resultat ständigt på agendan
4. Tillgänglig kunskap och tydliga förväntningar
5. Uppföljning och återkoppling av resultat
6. Området prioriteras med långsiktigt förbättringsarbete
7. Ägarskap för resultat och fokus på prevention

3. Iakttagelser och bedömningar

3.1. Landstingets styrning av diabetesvården

3.1.1. Organisation för kunskapsstyrning

Hälso- och sjukvården

Hälso- och sjukvården i landstinget i Värmland består av hälso- och sjukvårdens ledningsstöd, Kunskapscentrum, Patientsäkerhetscentrum och Smittskydd Värmland och de fyra områdena Slutenvård, Öppenvård, Stöd och Folk tandvård. Länets kunskapsstyrning är organiserat inom Kunskapscentrum.

Sjukvårdsregional grupp

Det finns ett nationellt programråd för diabetes som sedan år 2014 har tagit fram studier, framgångsfaktorer och nationella kunskapsstöd som ska bidra till en jämlik vård för patienter med diabetes. Landstinget i Värmland ingår i Uppsala – Örebro sjukvårdsregion. Samverkansnämnden för Uppsala-Örebro sjukvårdsregion är ett regionalt politiskt organ för de fyra regionerna och de tre landstingen i Uppsala-Örebro sjukvårdsregion. På regional nivå finns ett programråd för bland annat diabetesvården. Syftet med regionala medicinska programråd i Uppsala-Örebro sjukvårdsregion är att, genom samverkan med de landstingen och regionerna i sjukvårdsregionen och med den nationella nivån, arbeta för en jämlik och kunskapsbaserad hälso- och sjukvård inom rådets ansvarsområden.

Det regionala diabetesrådet, där bland annat Landstinget i Värmland är representerat, samarbetar på den nationella nivån med nationella programråd. På den regionala nivån sker samarbete med de regionala grupperingarna inom samverkansnämndens organisation, exempelvis kunskapsstyrningsgruppen och specialitetsråden. På region- och landstingsnivå sker samarbete med respektive regions- och landstings ledningsorganisation och eventuella lokala diabetesråd/motsvarande.

Kunskapsstyrning Värmland

Landstinget i Värmland har tagit fram en process för kunskapsstyrning. Den är designad enligt följande. Socialstyrelsen skickar ut en preliminär nationell riktlinje. En arbetsgrupp etableras i Landsting i Värmland och en politisk viljeinriktning antas på regional nivå och beslutas på landstingsnivå. En konsekvensbeskrivning för landstinget upprättas inklusive ett uppdrag för vårdprogramarbete. Den politiska viljeinriktningen blir ett uppdrag till landstingsdirektören att genomföra.

Ett vårdprogram tas fram. Verksamhetschef ansvarar för att vårdprogrammet implementeras i verksamheten. Uppföljningsprocessen fungerar på så sätt att en årlig mätning av följsamhet gentemot riktlinjer genomförs. Synpunkter inhämtas från expertgrupp. Resultat och synpunkter från mätning levereras till hälso- och sjukvårdsledningen.

Kunskapsstyrningsprocessen för Diabetes

Det finns en politiskt beslutad viljeinriktning som är antagen av samverkansnämnden 2015. Landstingsstyrelsen i Värmland fattade beslut² om att ställa sig bakom inriktningen samt ge landstingsdirektören i uppdrag att implementera viljeinriktningen i landstinget. En GAP-analys och konsekvensbeskrivning genomfördes under år 2015. GAP-analysen visade på att några av rekommendationerna från de nationella riktlinjerna medförde sådana konsekvenser att de inte kunde genomföras utan att speciella åtgärder vidtogs. Här lyftes bland annat åtgärder gällande hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande åtgärder, rekommendationer gällande patientutbildning och ökad användning av insulinpumpar. Konsekvensbeskrivningen redovisades för hälso- och sjukvårdsledningen. Av intervjuer framgår att några åtgärder aldrig vidtogs mot bakgrund av konsekvensbeskrivningen.

Såsom vårdprogram hänvisas till de kunskapsstöd som finns framtagna från nationella programrådet för diabetes. Någon ny politisk viljeinriktning har inte beslutats mot bakgrund av förändrade riktlinjer för år 2017.

Följsamheten vad gäller de nationella riktlinjerna har följts upp årligen sedan år 2015 och senast september 2017. Detta sker i form av uppföljningsseminarium där även övriga nationella riktlinjer redovisas. På uppföljningsseminariet deltar verksamhetschefer/företrädare och förtroendevalda.

Diabetesråd

I landstinget finns ett diabetesråd där ordförande även ingår i det regionala diabetesrådet. Rådets uppdrag är att inneha en utvecklingsroll med målet att diabetesvården ska vara likvärdig i länet och i överensstämmelse med den nationella kunskapsutvecklingen. Utifrån utfallet i nationella diabetesregistret ska rådet föreslå utvecklingsåtgärder för diabetesvården. Rådet ska dessutom vara remissinstans för hälso- och sjukvårdschefen. Rådets uppdrag är från 2009 och har inte uppdaterats sedan divisionsorganisationen upphörde i början av 2016.

Diabetesrådet består av företrädare från specialiserad vård, öppenvård, tandvård och patientföreträdare. Rådet har en bred representation från olika yrkeskategorier. Rådet är organiserat under medicinkliniken i Karlstad. Rådet träffas 3-4 ggr per år och dess arbete sammanställs i form av årsrapport. Av intervju framgår att några särskilda resurser för rådets arbete har inte avsatts. Det finns således begränsade förutsättningar för att kunna arbeta med påverkan av diabetesvården. Diabetesrådet har ingen formell roll kring uppföljning av diabetes.

Styrgrupp diabetes allmänmedicin

Styrgruppen är organiserad inom öppenvård och består av representanter från primärvården i form av läkare, diabetessjuksköterskor, foterapeut och dietist. Styrgruppen arbetar med implementering av nationella riktlinjer och uppföljning utifrån NDR.

Det finns ett diabetesnätverk med namngivna företrädare för olika yrkeskategorier från samtliga vårdcentraler. Styrgrupp diabetes tillhandahåller fortbildningsträffar för dia-

² Landstingsstyrelsen 2015-11-17, LK152361.

betesnätverket från länets vårdcentraler. Vid dessa träffar diskuteras exempelvis nationella riktlinjer och medicinska resultat från NDR. Diabetessjuksköterskorna i länet finns organiserade i ett eget nätverk.

Terapigrupp Endokrinologi

Inom ramen för landstingets läkemedelskommitté finns Terapigrupp Endokrinologi som arbetar med läkemedelsrekommendationer gentemot bland annat diabetesvården.

3.1.2. Styrning och uppföljning genom landstingsplan och hälsoval Landstingsplanen

I Landstingsplan 2017 anges under målområde *Bäst vårdkvalitet* att *Följsamheten till Nationella riktlinjer ska förbättras* samt att *Den medicinska kvaliteten ska förbättras*. För nationell jämförelse av medicinsk kvalitet ska Öppna jämförelser³ användas med uppgifter från bland annat nationella kvalitetsregister.

Landstingets verksamhet följs upp och analyseras tre gånger per år genom två delårsrapporter och en årsredovisning. Verksamheterna tar fram delårsrapporter utifrån sina egna angivna mål. Rapporterna ligger i sin tur till grund för den samlade delårsrapporten med uppföljning av samtliga mål som delges Landstingsstyrelsen. Styrelsen följer upp verksamheten månatligen genom en månadsrapport. I månadsrapporten redovisas resultat utifrån kvalitetsmålen, mål från mätplanen samt pågående arbete och aktiviteter kopplade till utvecklingsplanen. Målnivåer följs upp i årsredovisningen.

Hälsovalet

Det finns krav angivna i Krav och kvalitetsbok för Hälsoval Värmland som har bäring på diabetessjukvården. Vårdcentralen ska delta i kvalitetsregister NDR. Vårdcentralen ska vidare tillhandahålla medicinsk fotvård och sjuksköterska med specialisering inom diabetes. Medarbetare ska delta i diabetesnätverkens fortbildningsträffar. Olika indikatorer från NDR följs upp genom hälsovalet. Det finns inte några målrelaterade ersättningar.

Landstingets hälsovalsråd träffar månatligen länets vårdcentraler. Hälsovalets enhetschef, tillsammans med chefsläkare från Styrgrupp diabetes, besöker vissa verksamheter för uppföljning av bland annat diabetesvården. Syftet med de enskilda uppföljningsdialogerna är att granska och bidra till verksamhetsutveckling. Under åren 2016-2017 har dock inga uppföljningar genomförts. Det finns inga sanktioner eller annat om målnivåer inte uppnås. Respektive vårdcentral får ta fram och presentera en handlingsplan över hur de medicinska resultaten skall förbättras. Någon sammanställning av Hälsovalets uppföljning i form av årsrapport tillställs inte politisk nivå.

Sedan 2016 har landstinget infört certifieringar i arbetet angående diabetes och astma/kol. Syftet med att certifiera diabetesverksamheten inom Hälsoval Värmland är att kunna säkerställa kvalitet och vara ett underlag för förbättringar. Att bli certifierad innebär att vårdcentralen blir prövad utifrån ett antal kriterier som skall vara uppfyllda vilka årligen följs upp. Kriterierna bygger på de nationella riktlinjerna. Vårdcentraler som blivit certifierade och som vid granskning inte uppfyller kraven blir decertifierad med möjlighet

³ Ersatt av Vården i siffror.

att få tillbaks certifiering när kraven uppfylls igen. Av hälsovalskansliets uppföljning för år 2016 framgår att nästan hälften (15 av 31) av landstingets vårdcentraler har klarat certifieringen. Vi har inte kunnat ta del av någon ytterligare analys gjord av certifieringsunderlaget. Vi vet således inte om orsak till att vårdcentralerna inte blev certifierade berodde på brist på diabetessköterskor, avsaknad av diabetesansvarig läkare eller annan orsak. Av intervjuer med företrädare från primärvården framgår att en vanlig indikator där det brister är att vårdcentralen inte kan tillhandahålla en diabetessjukskötersketjänst per 400 listade patienter.

Uppföljning och analys av kvalitetsindikatorer

Uppföljning av kvalitetsindikatorer gällande diabetesvården sker på olika nivåer och i olika sammanhang. Som tidigare beskrivits tar diabetesrådet och styrgrupp diabetes allmänmedicin fram ett underlag för årliga uppföljningsseminarier. Underlaget innehåller både fakta och analys. Underlaget rapporteras inte vidare till landstingsstyrelsen. Delar i underlaget ingår dock i årsrapport. Analys sker bland annat i form av diabetesrådets årsrapport.

Planerings- och uppföljningsenheten tar fram medicinska resultat och rapporterar i delårs- och årsrapporter.

Uppföljning inom specialiserad vård och Typ 1-diabetes sker genom uppföljning av en rad kvalitetsindikatorer. Rapportering sker av blodsocker (HbA1C). Inom primärvården sker uppföljning av ett antal kvalitetsindikatorer genom hälsovalet och styrgrupp diabetes allmänmedicin. Indikatorer analyseras och diskuteras inom ramen för diabetesnätverket.

Av intervjuer med företrädare från vårdcentralerna framgår att kvalitetsindikatorerna i varierande utsträckning följs och diskuteras på ledningsnivå.

3.1.3. Bedömning

Är vidtagna åtgärder för efterlevnad av Socialstyrelsens nationella riktlinjer ändamålsenliga och effektiva?

Vi bedömer att vidtagna åtgärder för efterlevnad av Socialstyrelsens nationella riktlinjer till *övervägande del* är ändamålsenliga och effektiva.

Det finns en organisation för kunskapsstyrning som utgår från det nationella programrådet för diabetes samt på regional nivå genom samverkansnämnden för Uppsala-Örebro sjukvårdsregion.

Det finns en process för kunskapsstyrning som på motsvarande sätt utgår ifrån nationella och regionala strukturer. Följsamheten gentemot de nationella riktlinjerna följs upp genom uppföljningsseminarium. Av vår granskning framgår inte att några särskilda åtgärder har vidtagits inom diabetesvården mot bakgrund av denna uppföljning.

Det finns en styrning för efterlevnad av riktlinjerna genom de krav och den uppföljning som sker inom ramen för hälsovalet. Vi ser positivt på den styrning och uppföljning som sker genom certifieringsförfarandet inom primärvården. Styrningen och efterfrågan av resultat inom specialiserad vård avseende Typ 1-diabetes är inte lika tydlig.

Det finns flera organ för kunskapsstyrning inom landstinget. Vi uppfattar att den huvudsakliga styrningen sker genom Styrgrupp diabetes allmänmedicin. Styrning sker genom uppföljning och diskussion om medicinska kvalitetsindikatorer, information om förändring av de nationella riktlinjerna samt genom goda exempel. Landstingets diabetesråd har delvis samma uppdrag men varken resurser eller förutsättningar i nuläget att genomföra ett motsvarande arbete trots att man genom en bredare representation har bättre förutsättningar att åstadkomma en förändring. Vi menar att det finns en otydlighet i organisationen och att ett tydliggörande behöver åstadkommas. Skall landstingets kunskapsstyrningsprocess fungera fullt ut behöver diabetesrådet få ett bredare uppdrag kring implementering av diabetesvården i Värmland.

Terapirekommendationerna från läkemedelskommittén har också bidragit till ökad användning av nya terapirekommendationer.

Följs och analyseras redovisade kvalitetsindikatorer?

Vi bedömer att det *till övervägande del* sker en uppföljning och analys av kvalitetsindikatorerna inom diabetesvården. Genom den uppföljning som genomförs sker också indirekt en uppföljning av följsamheten till de nationella riktlinjerna.

Vår granskning ger en otydlig bild av vem som gör vad i uppföljningsprocessen inom primärvården. Sker uppföljning av primärvården inom ramen för hälsovalets uppföljning eller inom ramen för Område öppenvård? Vi bedömer att det finns otydligheter i roller och ansvar mellan vårdvalsenheten och Område öppenvård.

3.2. Diabetesvården i Värmland

3.2.1. NDR, Nationellt diabetesregister

Nationella Diabetesregistret, NDR, är ett kvalitetsregister och ett verktyg för att förbättra diabetesvården. I årsrapport sammanställs data och resultat jämförs över tid. Resultaten redovisas nationellt, regionalt och på sjukhusnivå. Årsrapporten från NDR utvärderar diabetesvården i förhållande till Socialstyrelsens nationella riktlinjer för diabetesvården, och belyser patientpopulationer, behandlingar och dess resultat samt processer. NDR anser att målen för diabetesbehandlingen bör individualiseras beroende på patienternas förutsättningar.

NDR lyfter också fram vissa patientgrupper som kan uppmärksammas, till exempel de som har nydiagnostiserad Typ 2-diabetes och de unga vuxna med Typ 1-diabetes. Täckningsgraden för registret är hög, cirka 90 procent av alla med diabetes förekommer i NDR, målet är att närma sig 100 procent i täckningsgrad. Datakvaliteten i registret är av stor betydelse för att verktyget skall vara skarpt och NDR har därför lagt in en stödfunktion på hemsidan, så att varje enhet kan validera sin egen.

Den specialiserade vårdens rapportering till NDR i Värmland sker manuellt. Av intervjuer framgår att när det gäller Typ-1 diabetes uppges uppgifterna i stort sett vara tillförlitliga även om någon angav att alla delar från läkarbesöket inte kommer med. En fördel med den manuella registreringen uppges vara att den sker tillsammans med patienten vilket ger delaktighet. I primärvården sker rapporteringen automatiskt genom automatisk överföring från journalsystemet Cosmic. Av intervjuer framgår att det finns delar i registret

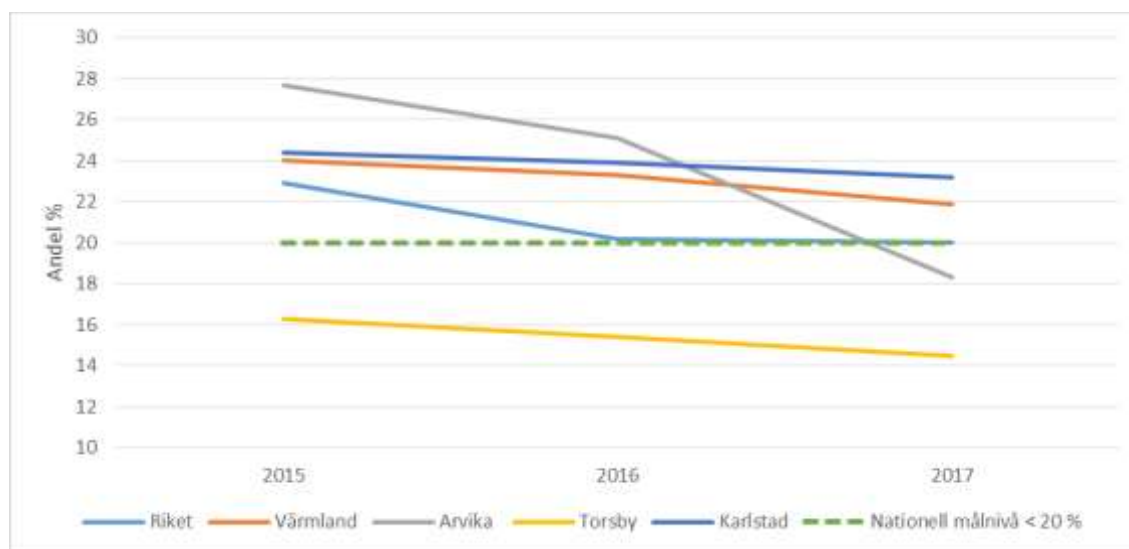
som är mindre tillförlitligt såsom rökning⁴, fysisk aktivitet och fotundersökningar. Uppgifter gällande blodtryck, kolesterol och blodsocker uppges vara korrekt. Verksamheterna arbetar med stickprovsundersökningar vilket leder till valida data i registret. Täckningsgraden, dvs deltagandet i kvalitetsregistret, uppges vara god för både Typ 1 och Typ 2-diabetes.

3.2.2. Diabetes Typ 1

Patienter med Typ-1 diabetes handläggs på medicinklinikerna på sjukhusen i Karlstad, Arvika och Torsby. Det förekommer dock att okomplicerade ärenden handläggs inom primärvården. Av intervjuer med företrädare från slutenvård framgår att efterlevnaden avseende nationella riktlinjer är god. Flera av sjukhusen uppger att de har svårt att tillhandahålla gruppbaserad patientutbildning. Riktlinjerna uppges vara kända i verksamheten. Företrädare menar att det pågår ett ständigt förbättringsarbete genom att använda nya medicintekniska hjälpmedel.

Det sker i varierande utsträckning ett arbete med att individualisera diabetesvården för de patienter som har sämst värden. En övergripande utmaning uppges vara bemanningsbrist och rekrytering vilket gäller både läkare och sjuksköterskor. Företrädare från Karlstad menar att de inte kan erbjuda läkartider i önskvärd omfattning. Tiden mellan läkarbesök blir längre än önskvärt och ytterligare arbetsuppgifter har därför lagts på sjuksköterska. Även i Arvika är väntetiderna till läkarbesök och diabetessjuksköterska något längre än önskvärt.

Bild 1: Andel personer med Typ 1-diabetes som har HbA1C > 70 mmol/mol



Källa: NDR

Av diagrammet ovan framgår att patienterna i länet i genomsnitt har sämre värden än riksgenomsnittet. Två av länets tre sjukhus uppnår dock bättre resultat än den nationella målnivån som är angiven. Av länets ca 1400 patienter handläggs dock merparten (1100) i Karlstad. Samtliga sjukhus följer de nationella målvärdena kring HbA1C. Rapportering av resultat sker till områdeschef. Företrädare från Karlstad menar att förbättringar har gjorts

⁴ Enligt uppgift är dessa uppgifter validerade januari 2018.

över tid, men att det fortfarande återstår en del till önskvärd målnivå. En orsak till att Karlstad har sämre värden än övriga sjukhus i länet uppges bero på att man också handlägger sjukare patienter. Företrädare från Arvika genomförde för några år sedan en analys av de patienter som hade sämre värden. Vården individualiserades och patienter med riskvärden kallades oftare för besök vilket har gett resultat.

En annan viktig indikator för Typ 1-diabetes är blodtryck⁵. Här är den nationella målnivån satt till att 90 % av patienterna ska ha ett blodtryck < 140/85. I Landstinget Värmland når 75 % av patienterna angiven målnivå vilket är marginellt bättre än riket. Resultaten skiljer sig mellan Arvika 83 % och Karlstad 74 %.

3.2.3. *Diabetes Typ 2*

Patienter med Typ 2-diabetes handläggs i huvudsak inom primärvården. Det förekommer dock att komplicerade fall handläggs på medicinklinik. Diabetessjukdom förekommer nationellt hos 4-6 procent av befolkningen och det befaras att en tredjedel av alla diabetespatienter ännu inte är upptäckta. Det uppges finnas en prevalens⁶ med en sjuklighet upp till 10 procent i delar av Värmland. Det finns ca 15 400 registrerade Typ 2-diabetespatienter i Värmland (januari 2018).

De nationella riktlinjerna uppges vara kända hos diabetessjuksköterskor och ordinarie läkare och övriga yrkeskategorier som arbetar med diabetespatienten. Företrädare för länets vårdcentraler anger att de får återkoppling om de nationella riktlinjerna genom styrgrupp diabetes och de årliga nätverksträffarna. Förändringar och uppdatering av rekommendationer vad gäller riktlinjerna sprids. Som exempel ges läkemedelsordination där rekommendationerna i de nationella riktlinjerna för år 2017 upplevs ha blivit tydligare.

Bemanningsituationen inom diabetesvården ser något olika ut över länet. Inom öppenvård södra, som bland annat omfattar Karlstad, finns diabetessjuksköterskor på varje vårdcentral och en relativt god läkarbemannning med i stort sett ordinarie läkarresurser. Inom öppenvård sydväst motsvarar inte nuvarande diabetessköterskeresurs aktuellt behov. Som exempel gavs att på Vårdcentralen Grums finns det 40 % diabetesskötersketjänst på ca 500 patienter. Situationen är likartade inom öppenvårdsområdena Östra, Västra och Norr. På läkarsidan finns det brister vad gäller patientkontinuiteten. Delar av verksamheten är beroende av inhyrd läkarbemannning i varierande utsträckning. Inhyrda läkare är heller inte alltid specialistläkare inom allmänmedicin vilket gör att det finns brister vad gäller kompetens.

Bristen på läkare får även andra konsekvenser. Det påverkar läkemedelsområdet då diabetessjuksköterskor vid årskontroller av diabetespatienter behöver tillgång till läkare för att konsultera om ordination av läkemedel. Personalbrist innebär också att det saknas förutsättningar för att intensifiera insatser mot de mest sjuka. Det har vidare inneburit att verksamheten inte har förutsättningar för att systematiskt gå igenom och analysera uppgifter från NDR för att identifiera riskpatienter. Detta får negativa konsekvenser vad gäller de medicinska resultaten. Av vår granskning framgår att analys av NDR sker i varierande utsträckning inom primärvården i länet. Genom implementering och införande av BEON

⁵ Andel patienter med Typ 1-diabetes som har blodtryck <140/85 mmHg.

⁶ Den andel individer i en befolkning som har en given sjukdom.

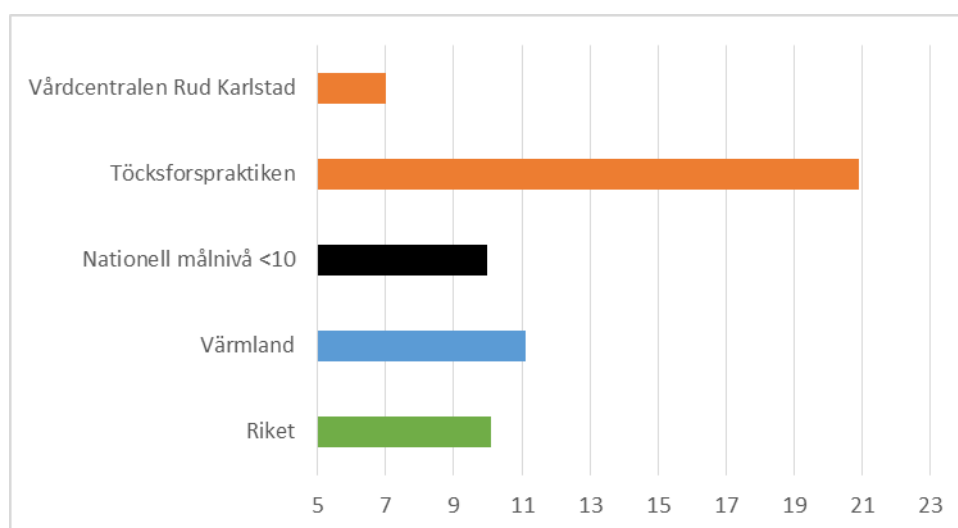
(se beskrivning avsnitt 3.2.6) inom den primärvård som bedrivs inom egen-regi kommer prioriteringar att göras så att vården individualiseras. En konsekvens av bristen på diabetessjuksköterskor i länet är att vården inte hinner träffa patienterna i den utsträckning som är önskvärd. Diabetessjuksköterskorna tvingas prioritera de patienter som är mest i behov av akut vård.

3.2.4. Hälsöfrämjande och sjukdomsförebyggande åtgärder/insatser

Av de nationella riktlinjerna framgår att ”risken med att utveckla Typ 2-diabetes kan minska med åtgärder som rör mat och motion och som leder till viktminskning. Hälsö- och sjukvården kan därför erbjuda strukturerade program för påverkan på levnadsvanor”. Av våra intervjuer med diabetessjuksköterskor framgår att det sker ett aktivt arbete med hälsofrämjande åtgärder/insatser. Samtidigt uppges livsstilsfrågor vara ett utvecklingsområde för att förbättra resultaten inom diabetesvården. Flertal företrädare från primärvården påpekar att rökavvänjning är ett förbättringsområde. Av våra intervjuer ges exempel på gruppbaserad patientutbildning genom exempelvis livsstilmottagningar eller i samverkan med friskvården. Ett flertal av våra intervjuer med företrädare från primärvården visar dock på att det saknas tillgång till gruppbaserad patientutbildning.

Av de nationella riktlinjerna framgår att ”genom att angripa de riskfaktorer som har starkast samband med uppkomsten av förändringar i blodkärlen kan diabeteskomplikationer fördröjas eller förhindras. Därför bör hälso- och sjukvården satsa på en effektiv blodtrycksbehandling och blodfettsbehandling med statiner”. Detta är ett arbete som pågår i varierande utsträckning i primärvården. Av granskningen framgår exempelvis att vårdcentralen Grums har genomfört ett strukturerat förändringsarbete för att förbättra blodtrycksnivån hos sina diabetespatienter. Vårdcentralen Eda lyfts fram som ett gott exempel på strukturerat arbete med att förbättra de medicinska resultaten för sina diabetespatienter. Landstingets arbete med multidisciplinära fotteam har också visat sig vara framgångsrikt.

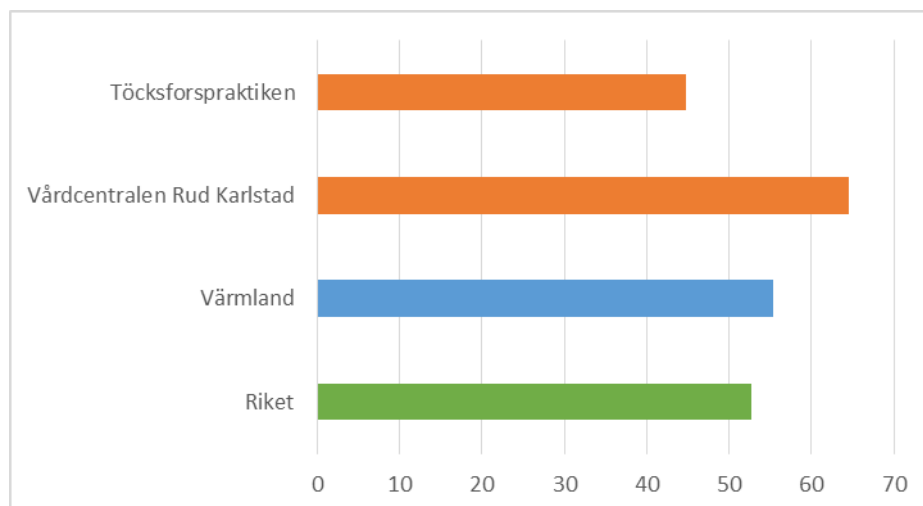
Bild 2: Andel personer med Typ 2-diabetes som har HbA1C > 70 mmol/mol, andel % 2017



Källa: NDR

Av diagrammet på föregående sida framgår att när det gäller blodsocker (HbA_{1c} > 70 mmol/mol) har landstinget ett något sämre resultat än riket och når inte den nationella målnivån. Diagrammet visar också vårdcentralerna med bäst respektive sämst värde. Det finns en stor spridning mellan vårdcentralerna i länet. Diagrammet återfinns i sin helhet under bilaga 3.

Bild 3: Andel personer med Typ 2-diabetes som har HbA_{1c} < 52 mmol/mol, andel % 2017



Källa: NDR

Socialstyrelsen föreslår ett behandlingsmål för HbA_{1c} värdet under 52 mmol/mol. Av diagrammet ovan framgår att för denna kvalitetsindikator når Landstinget i Värmland ett bättre resultat än riket som helhet. Andelen patienter som når behandlingsmålet är 55,4 % jämfört med riket (52,7 %), men det är stora skillnader mellan vårdcentralerna. Se bilaga 2 för diagrammet i sin helhet.

En annan viktig indikator för Typ 2-diabetes är blodtryck⁷. Här är den nationella målnivån satt till att 65 % av patienterna ska ha ett blodtryck < 140/85 mmHg. I Landstinget Värmland når 54,5 % av patienterna angiven målnivå vilket i princip är detsamma som på riksnivå. Det finns en spridning i länet mellan 34 % – 84 %. Diagrammet redovisas under bilaga 4.

När det gäller blodfettsbehandling⁸ är det en högre andel personer i Värmland som har bra kolesterolvärde jämfört med riket (61,1 % jmf 56,6%).

3.2.5. Ögonbottenfotografering

Ögonbottenfotografering är ett annat sätt att förebygga diabeteskomplikationer. Enligt uppgifter från länets ögonklinik sker ögonbottenfotografering i enlighet med de nationella riktlinjerna. Dvs vart annat år vid Typ 1-diabetes och vart tredje år vid Typ 2-diabetes. Periodvis sker denna undersökning med en viss fördröjning på tre månader. De som väntat längre än tre månader uppges ha blivit erbjudna en tid, men lämnat återbud minst en

⁷ Andel patienter med Typ 2-diabetes som har blodtryck <140/85 mmHg.

⁸ LDL-kolesterol lägre än 2,5 mmol/l vid diabetes, <https://vardenisiffror.se/category/sjukdomstillstand/diabetes>, 2017 Q3.

gång. Per 2018-01-15 fanns 115 patienter med Typ 1-diabetes samt 876 patienter med Typ 2-diabetes som väntar på tid för fotografering.

Enligt intervjuer med företrädare från primärvården beskrivs att samverkan med ögonkliniken fungerar bra och att tillgängligheten uppfattas som relativt god. Ett arbete har påbörjats med ögonbottenfotografering inom primärvården vilket idag sker bland annat på vårdcentralerna i Säffle och Sunne. Utvärdering av detta kommer att ske innan ytterligare implementering kan äga rum. De patienter som kan komma i fråga för denna kontroll avser patienter utan diabetesförändringar eller med rimlig grad av retinopati⁹.

3.2.6. Utvecklingsarbete

Inom landstinget öppenvård pågår ett utvecklingsarbete kring Bästa effektiva omhändertagandenivå – BEON. BEON är ett arbetssätt för att finna bästa effektiva omhändertagandenivå ur såväl ett patient- som vårdgivarperspektiv genom arbetsväxling. BEON är framtaget för sju olika områden varav vården för Typ-2 diabetes är ett. De förväntade effekterna med BEON inom diabetesvården är att uppnå bättre medicinsk kvalitet, skapa en bättre arbetsmiljö samt minska hyrläkarberoendet. Genom att använda gemensamma riktlinjer för triagering och behandling skapas förutsättningar för en jämlik och patientsäker vård. I riktlinjerna anges bland annat att för okomplicerade patienter ansvarar diabetessköterska för vårdprogrammet med årlig kontroll medan läkare konsulteras vid avvikande status. När det gäller patienter med nydebuterad diabetes är insatserna mer omfattande. Riktlinjerna beskriver vilka arbetsuppgifter respektive yrkeskategori ansvarar för beroende på hur patienten har prioriterats.

Under hösten 2017 påbörjades arbetet med att implementera BEON inom diabetesvården i den offentliga primärvården.

Det sker en medicinteknisk utveckling inom området med hjälpmedel inom framförallt vården av Typ 1-diabetes. Något strukturerat och samordnat utvecklingsarbete kring diabetesvården i övrigt sker inte. Genom uppföljning och träffar inom diabetesnätverket sker jämförelser och goda exempel lyfts fram. Vårdcentralerna har nåtts av budskapet från de nationella riktlinjerna om att individualisera vården och fokusera på nydebuterad diabetes samt patienter med sämre värde. Av intervjuerna framgår att respektive vårdcentral i varierande utsträckning utifrån sina förutsättningar och förmåga arbetar med att analysera sina kvalitetsindikatorer och vidta åtgärder för sina listade diabetespatienter.

3.2.7. Bedömning

Är riktlinjerna kända på verksamhetsnivå?

Vi bedömer att riktlinjerna är kända på verksamhetsnivå för de yrkeskategorier som arbetar inom diabetesteamen.

Är rapporteringen till centrala kvalitetsregister säkerställd?

Vi bedömer att rapporteringen till centrala kvalitetsregister *till övervägande del* är säkerställd.

⁹ Retinopati är en kärlförändring i ögats näthinna, till exempel blödning eller ödem.

Vår granskning visar att det sker en regelbunden registrering med en hög täckningsgrad till NDR. Det sker en automatisk överföring av uppgifter från primärvårdens journalsystem till det nationella kvalitetsregistret. För patienter med Typ 1-diabetes sker registreringen manuellt vilket inte är tillfredsställande.

Av vår granskning framgår att det finns kvalitetsindikatorer där tillförlitligheten inte är fullt ut tillfredsställande. Det gäller uppgifter såsom fysisk aktivitet och exempelvis tobaksbruk. Mot bakgrund av att uppgifter från NDR används i såväl styrning som uppföljning är det angeläget att också uppgifterna fullt ut är tillförlitliga. Inom primärvården sker stickprovskontroller för kvalitetssäkring av uppgifterna.

Används kunskaperna i riktlinjerna i det interna kvalitets- och utvecklingsarbetet?

Vi bedömer att kunskaperna i riktlinjerna *till övervägande del* används i det interna kvalitets- och utvecklingsarbetet.

Verksamheten har nåtts av budskapet från de nationella riktlinjerna om att exempelvis individualisera vården, vidta intensivare åtgärder gentemot patienter med sämre värden och patienter med nydebuterad diabetes. Arbetet med att utveckla ett nytt arbetssätt för diabetesvården i primärvården, BEON, innebär en prioritering som är baserat på de nationella riktlinjerna. BEON sker mot bakgrund av behovet att göra en god prioritering utifrån det faktum att det råder resursbrist gällande personal inom delar av länet.

Är de åtgärder som vidtas i vården i syfte att begränsa uppkomsten av komplikationer vid diabetes ändamålsenliga och effektiva?

Vi bedömer att de åtgärder som vidtas i vården i syfte att begränsa uppkomsten av komplikationer vid diabetes *i begränsad utsträckning* är ändamålsenliga och effektiva. I den mån det finns medicinskt angivna målnivåer är vår bedömning baserad på hur väl landstinget når dessa mål, snarare än mot de riksgenomsnitt som råder. Även om Landstinget i Värmland inom en rad kvalitetsindikatorer når ett riksgenomsnitt och ibland till och med bättre resultat kan vi inte bedöma att de åtgärder som vidtas är tillräckligt ändamålsenliga och effektiva mot bakgrund av skillnader som finns i länet vad gäller medicinska resultat.

När det gäller patienter med Typ 1-diabetes når landstinget inte de målnivåer som är angivna vad gäller blodtryck (även om dessa är bättre än riksgenomsnittet). När det gäller blodsocker befinner sig landstingets genomsnittliga nivå sämre än riksgenomsnittet och de nationella målnivåer som är angivna. Vi noterar att två av länets tre sjukhus klarar riksgenomsnittet.

När det gäller patienter med Typ 2-diabetes når landstinget inte de målnivåer som är angivna när det gäller blodtryck eller blodsocker (HbA_{1c} > 70 mmol/mol). Det finns en variation vad gäller resultat över länet. Mycket förenklat kan resultat förklaras av olikheter i arbetssätt över länet vilket i sin tur beror på varierande förutsättningar att bemanna verksamheten med framförallt diabetessjuksköterskor och en läkarbemanning som ger en personkontinuitet i vården. En fragmenterad vård blir ett hinder för effektivt teamarbete inom diabetesvården. Genom tillämpning av BEON inom de vårdcentraler som bedrivs inom egen-regi skapas förutsättningar för att åstadkomma ett bättre resultat för bland annat de patienter som har sämst värden.

Är det hälsoförebyggande arbetet kring diabetes ändamålsenligt och effektivt?

Vi bedömer att det hälsoförebyggande arbetet kring diabetes *i begränsad utsträckning* är ändamålsenligt och effektivt.

Det pågår ett aktivt arbete med hälsofrämjande åtgärder/insatser inom länets primärvård. Vi menar att de insatser som vidtas i många delar är ändamålsenliga. I delar av länet råder det brist på diabetessjuksköterskor vilket medför att inte tillräckliga insatser kan vidtas för att förmå patienterna att förändra sin livsstil. Alla vårdcentraler kan heller inte tillhandahålla gruppbaserad patientutbildning. Det saknas också resurser för rökavvänjning i delar av länet. I övrigt följs de nationella riktlinjerna. Livsstilsfrågor är ett utvecklingsområde för att förbättra resultaten inom diabetesvården.

3.3. Jämlik vård på rättvisa grunder

Begreppen jämlik vård på rättvis grund återfinns inom ramen för hälso- och sjukvårdslagen¹⁰. Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.

Härmed avses att bemötandet, vården och behandlingen ska vara *jämlik* och erbjudas alla oavsett personliga egenskaper, bostadsort, ålder, kön, funktionshinder, utbildning, social ställning, etnisk eller religiös tillhörighet eller sexuell läggning. I lagen regleras även att vården ska ge företräde till patienter med störst behov. Dessa formuleringar omfattar vad som i litteratur om jämlik vård benämns *horisontell och vertikal rättvisa*. Med horisontell rättvisa avses att *individer med lika sjukvårdsbehov* ska ha samma tillgång till hälso- och sjukvård. Att vården är jämlik i denna bemärkelse innebär dock inte att individer nödvändigtvis ska behandlas exakt lika. Det relevanta är istället att alla individer behandlas likvärdigt utifrån varje individs unika förutsättningar. Med vertikal rättvisa avses att *individer med större behov av hälso- och sjukvård* ska prioriteras framför andra vid tillgången till hälso- och sjukvård. Det betyder att de sjukaste ska få vård först.

3.3.1. Iakttagelser

Av genomförda intervjuer ges en samstämmig bild av att diabetesvården inte är jämlik i länet. Härvidlag anføres att de medicinska resultaten mellan olika delar av länet och mellan olika vårdcentraler varierar. Det finns exempelvis vårdcentraler som uppnår ett bättre resultat än riket medan andra vårdcentraler ligger sämre till än riksgenomsnittet.

Orsaken till dessa skillnader inom länet uppges bero på skillnader i arbetssätt vilket i sin tur beror på bristande tillgång till personal. Generellt sätt uppges vårdcentralerna i Karlstad ha bättre förutsättningar vad gäller bemanning än övriga delar av länet. De vårdcentraler som har sämre tillgång till diabetessjuksköterskor har inte samma möjlighet till att i tillräcklig utsträckning träffa patienten och uppmärksamma om medicinska resultat samt uppmuntra till förändringar bland livsstilsfrågor såsom exempelvis rökning, motion och kostvanor. De vårdcentraler som saknar fast läkarbemanning har sämre förutsättningar att strukturerat arbeta med att förbättra de medicinska värdena hos diabetespatienterna.

¹⁰ Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), 3 kap 1§. Se även "Vårdval och jämlik vård inom primärvården, Rapport 2015:6 Vårdanalys.

Det pågår ett arbete med att implementera BEON i den offentliga primärvården. BEON innebär en prioritering av diabetespatienter och ett förändrat arbetssätt för diabetesvården.

3.3.2. *Bedömning*

Tillhandahålls diabetesvård på jämlika och rättvisa grunder i hela länet?

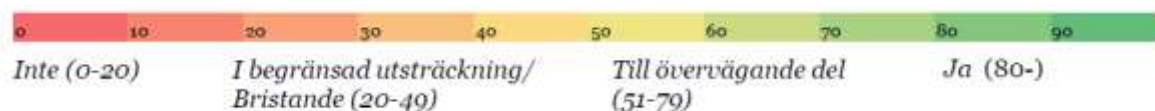
Vi bedömer att diabetesvård *inte* tillhandahålls på jämlika och rättvisa grunder i hela länet.

Det finns skillnader i medicinska resultat mellan länets vårdenheter. Detta gäller såväl specialiserad vård som primärvård. Av granskningen framgår att delar av länet saknar tillräcklig tillgång till diabetessjuksköterskor och läkarresurser där inhyrd personal inte gynnar kvalitet och kontinuitet för diabetessjukvården. Uppenbarligen når inte vården fram på individnivå i tillräcklig utsträckning. BEON innebär att enheter med begränsade resurser kan styra och prioritera sina resurser mot de patienter som har störst behov. Genom att BEON endast omfattar endast de offentligt drivna vårdcentralerna kommer det uppstå nya skillnader vad gäller diabetesvården i länet.

4. Bedömningar

Den övergripande revisionsfrågan som ska besvaras är om landstingsstyrelsen har inrättat en ändamålsenlig styrning, uppföljning och intern kontroll för att säkerställa att vården bedrivs i enlighet med de nationella riktlinjerna vad avser diabetesvården.

Revisionell bedömning har skett utifrån följande skala/gradering:



Vi bedömer att landstingsstyrelsens inte i tillräcklig omfattning har inrättat en ändamålsenlig styrning, uppföljning och intern kontroll för att säkerställa att vården bedrivs i enlighet med de nationella riktlinjerna vad avser diabetesvården. Det finns delar som till övervägande del fungerar bra medan vi i vår granskning även funnit utvecklingsområden som landstingsstyrelsen bör ta fasta på.

Vi grundar vår bedömning på att det faktum att vården inte tillhandahålls på jämlika och rättvisa grunder i länet. Det finns en variation vad gäller medicinska resultat inom olika delar av länet och sammantaget nås inte de målnivåer som är angivna för diabetesvården. Vår bedömning grundas i övrigt på svaren på de delfrågor/kontrollmål som gjorts.

Delfrågor kontrollmål

Revisionell bedömning

Är vidtagna åtgärder för efterlevnad av Socialstyrelsens nationella riktlinjer ändamålsenliga och effektiva?

Till övervägande del

Vi bedömer att det finns en organisation samt process för kunskapsstyrning som är ändamålsenlig. Följsamheten gentemot de nationella riktlinjerna följs upp genom uppföljningsseminarium. Det finns en styrning för efterlevnad av riktlinjerna genom de krav och den uppföljning som sker inom ramen för hälsovalet. Vi ser positivt på den styrning och uppföljning som sker genom certifieringsförfarandet inom primärvården. Styrningen inom specialiserad vård avseende Typ 1-diabetes är inte lika tydlig

Följs och analyseras redovisade kvalitetsindikatorer?

Till övervägande del

Vi bedömer att det till övervägande del sker en uppföljning och analys av kvalitetsindikatorerna inom diabetesvården. Genom den uppföljning som genomförs sker också indirekt en uppföljning av följsamheten till de nationella

	riktlinjerna.
Är riktlinjerna kända på verksamhetsnivå?	Ja
Är rapporteringen till centrala kvalitetsregister säkerställd?	Till övervägande del Vår granskning visar att det sker en regelbunden registrering med en hög täckningsgrad till NDR.
Används kunskaperna i riktlinjerna i det interna kvalitets- och utvecklingsarbetet?	Till övervägande del Verksamheten har nåtts av budskapet från de nationella riktlinjerna om att exempelvis individualisera vården, vidta intensivare åtgärder gentemot patienter med sämre värden och patienter med nydebuterad diabetes. Arbetet med att utveckla ett nytt arbetssätt för diabetesvården i primärvården, BEON, innebär en prioritering som är baserat på de nationella riktlinjerna.
Är de åtgärder som vidtas i vården i syfte att begränsa uppkomsten av komplikationer vid diabetes ändamålsenliga och effektiva?	I begränsad utsträckning I den mån det finns medicinskt angivna målnivåer är vår bedömning baserad på hur väl landstinget når dessa mål, snarare än mot de riksgenomsnitt som råder. Även om Landstinget i Värmland inom en rad kvalitetsindikatorer når ett riksgenomsnitt och ibland till och med bättre resultat kan vi inte bedöma att de åtgärder som vidtas är tillräckligt ändamålsenliga och effektiva mot bakgrund av skillnader som finns i länet vad gäller medicinska resultat.
Är det hälsoförebyggande arbetet kring diabetes ändamålsenligt och effektivt?	I begränsad utsträckning Vi menar att de insatser som vidtas i många delar är ändamålsenliga och effektiva. Det pågår ett aktivt arbete med hälsofrämjande åtgärder/insatser. I delar av länet råder det brist på diabetessjuksköterskor vilket medför att inte tillräckliga insatser kan vidtas för att förmå patienterna att förändra sin livsstil.
Tillhandahålls diabetesvård på jämlika och rättvisa grunder i hela länet?	Nej Det finns skillnader i medicinska resultat mellan länets vårdenheter. Detta gäller såväl specialiserad vård som primärvård. Av granskningen framgår att delar av länet saknar tillräcklig tillgång till diabetessjuksköterskor och läkarresurser där inhyrd personal inte gynnar

kvalitet och kontinuitet för diabetessjukvården. Uppenbarligen når inte vården fram på individnivå i tillräcklig utsträckning.

4.1. Rekommendationer

Med utgångspunkt från de iakttagelser och bedömningar som har framkommit i granskningen lämnar vi följande rekommendationer till landstingsstyrelsen:

- Vi rekommenderar landstingsstyrelsen att tydliggöra uppdrag och mandat för landstingets diabetesråd. Det är viktigt att kunskapsstyrningen organiseras på sådant sätt att all diabetesvård i länet omfattas.
- Vi menar att det finns otydligheter vad gäller ansvar och roller kring uppföljning av diabetesvården som landstingsstyrelsen behöver tydliggöra.
- Av vår granskning framgår att diabetesvården i länet inte tillhandahålls på jämlika och rättvisa grunder i länet. Vi rekommenderar landstingsstyrelsen att tillse att ytterligare åtgärder vidtas för att hantera de skillnader vad gäller resultat inom diabetesvården i Värmland. Genom att införa BEON inom de offentligt drivna vårdcentralerna kommer det att uppstå skillnader i vård och arbetssätt gentemot de privat drivna vårdcentralerna.
- Landstingsstyrelsen behöver säkerställa att de uppgifter som registreras i det nationella kvalitetsregistret för diabetesvård är fullt ut tillförlitliga.

2018-02-13

Jean Odgaard

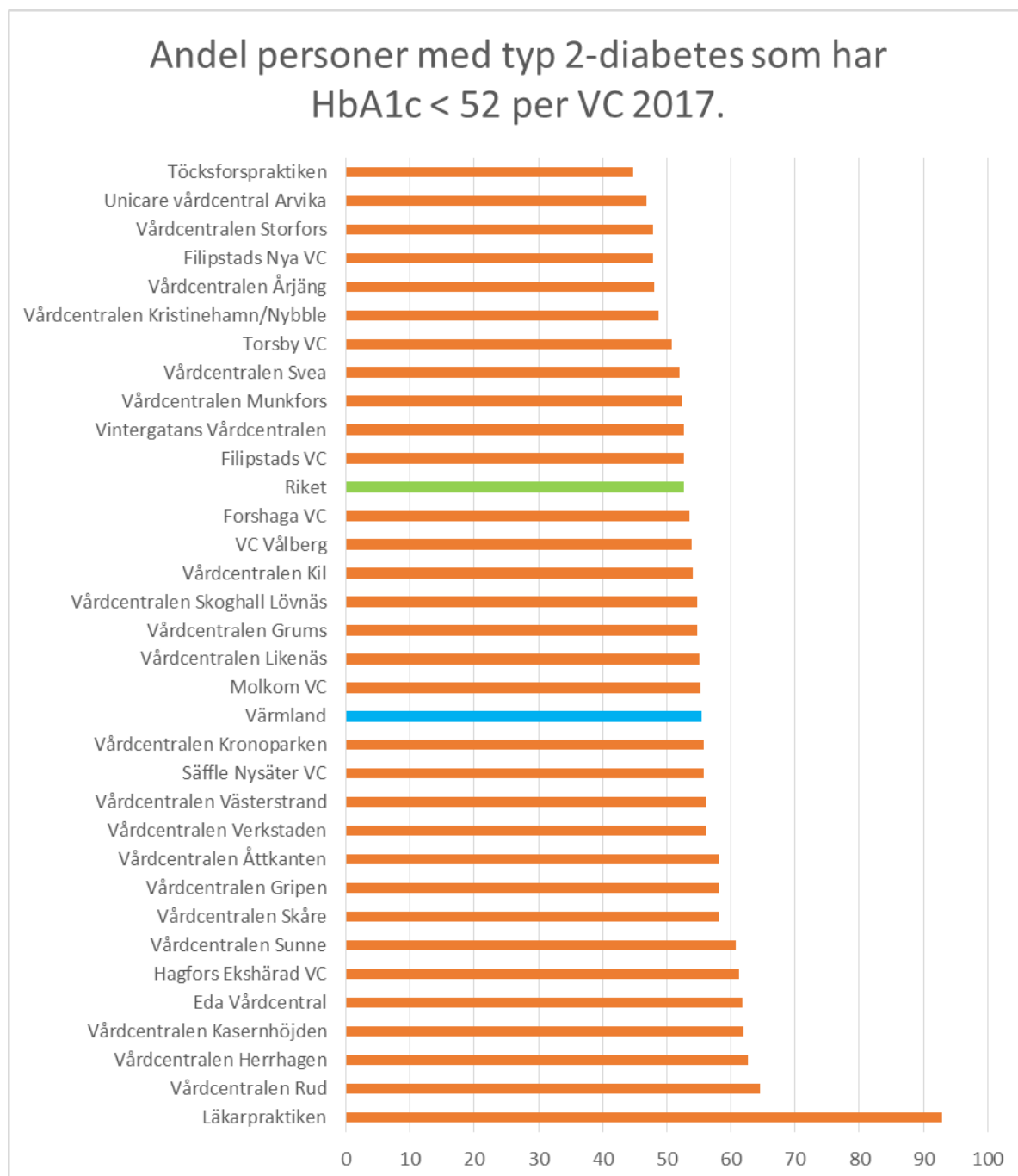
Projektledare

Bilaga 1) Granskade dokument

Bilaga 1) Granskade dokument

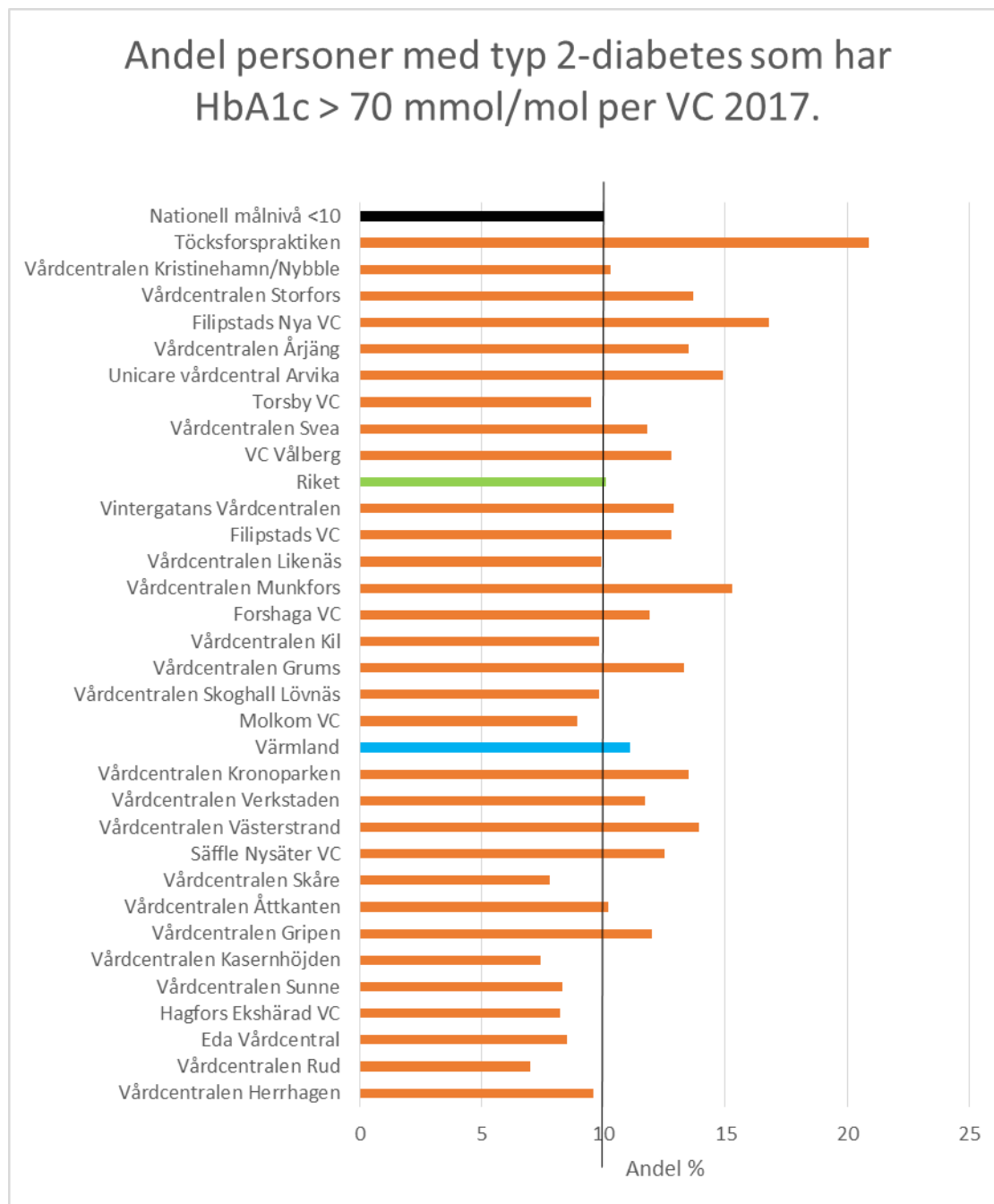
- GAP analys och konsekvensbeskrivning 2015
- Uppföljning av Nationella riktlinjer för diabetes, september 2017
- Årsredovisning 2016
- Landstingsplan 2017 samt ekonomisk flerårsplan 2017 - 2019
- Politisk viljeinriktning för diabetesvården i Uppsala-Örebro sjukvårdsregion, samt beslutad politisk viljeinriktning Landstinget i Värmland, 2015
- Krav och kvalitetsbok – vårdcentral, 2017 inkl. ersättningsbilaga Hälsoval Värmland
- Årsrapport NDR 2016, samt statistik från NDR 2017
- Årsberättelse diabetesrådet 2016
- Uppföljning i Hälsoval Värmland 2016 och 2017
- Underlag i form av minnesanteckningar, bildspel etc från Styrgrupp diabetes allmänmedicin

Bilaga 2) HbA1c < 52 Mmol/mol per vårdcentral 2017



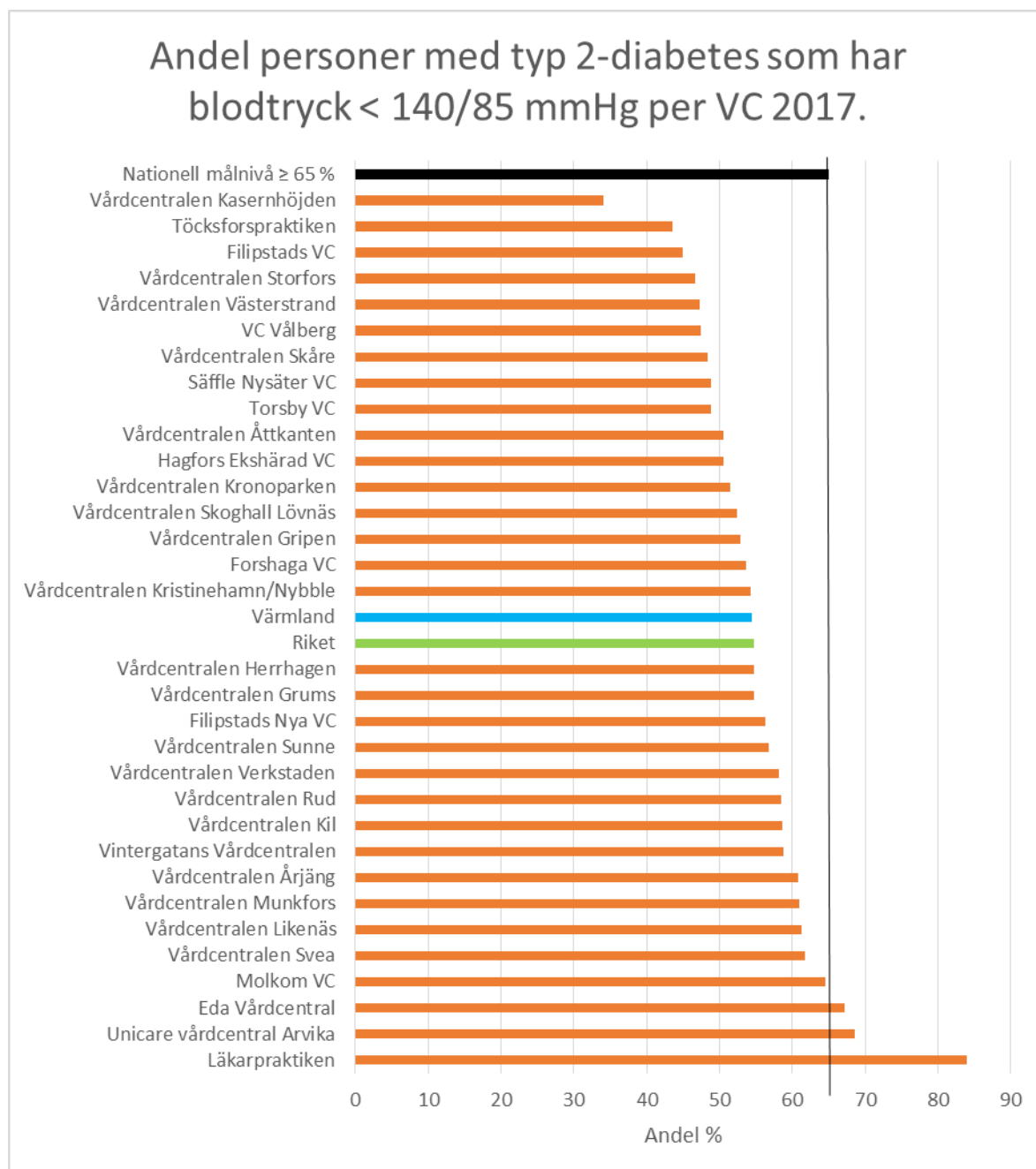
Källa: NDR

Bilaga 3) HbA1c > 70 Mmol/mol per vårdcentral 2017



Källa: NDR

Bilaga 4) Blodtryck < 140/85 mmHg per vårdcentral 2017



Källa: NDR