

Plattform - jämlik hälsa och vård

Varför en Plattform för jämlik hälsa och vård?

.....skapa **en syntes och förstärkning av existerande verksamheter** för folkhälsobevakning och sjukvårdsanalys, och professionell kompetens till det regionala och lokala arbetet för jämlik hälsa och vård. (SOU 2017:47).

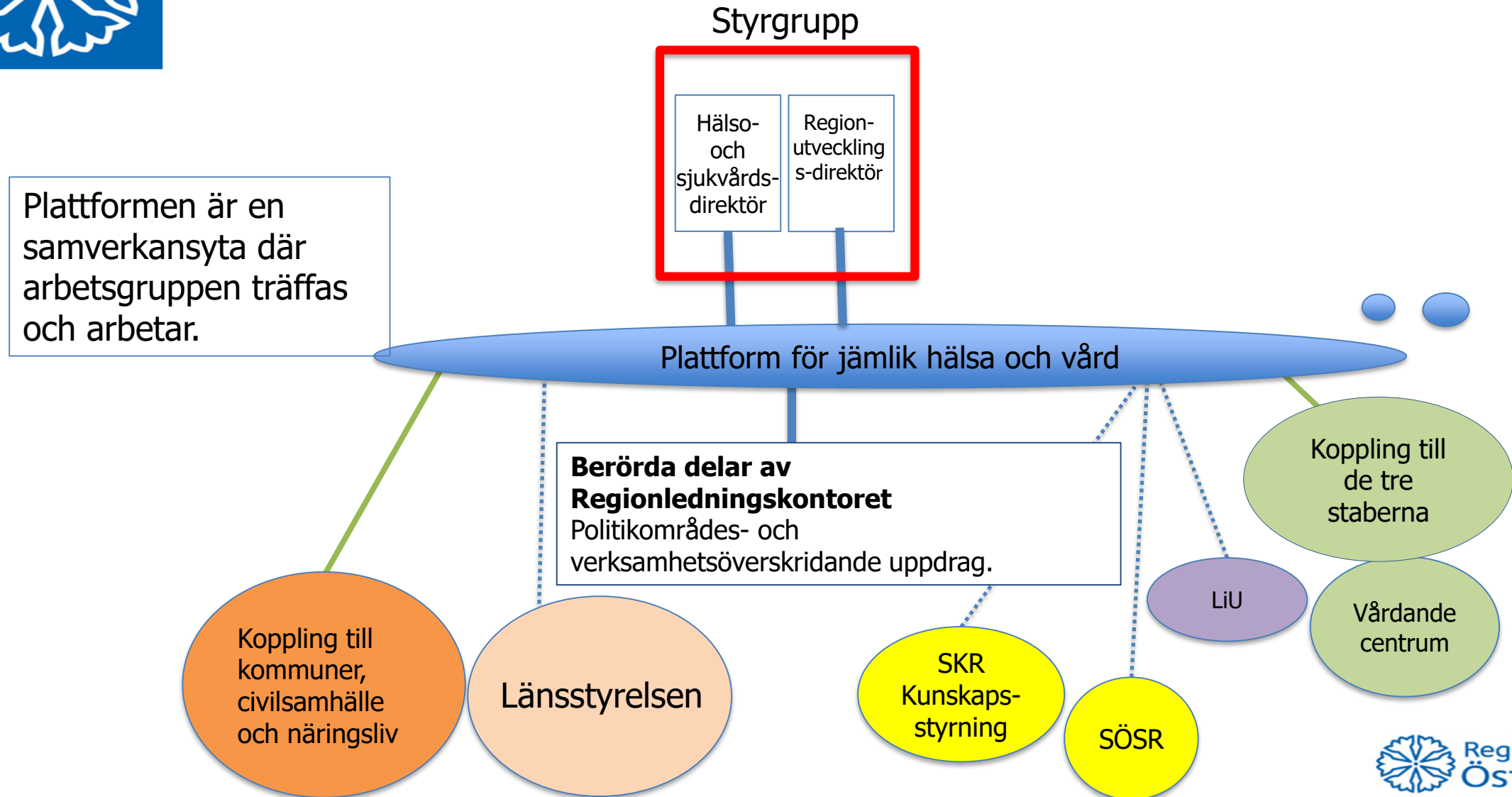
Skapa **stödstrukturer för regionens ledning, styrning och uppföljning** för en jämlik hälsa och vård, för att gemensamt rusta inför morgondagens utmaningar, bättre ta tillvara kraften i vår organisation, samverka mer effektivt och undvika dubbelarbete (RÖ 2021)

Uppdrag: Plattformen **skall samordna professionell kompetens** inom folkhälsobevakning och sjukvårdsanalys samt strategiskt arbete för jämlik hälsa och vård och utifrån ett helhetsperspektiv

- ge underlag till beslut som leder till jämlik hälsa och vård.
- ge stöd till förebyggande och främjande insatser.



Plattform jämlik hälsa och vård





Arbetsgrupp

Maria Elgstrand, verksamhetschef Folkhälso- och statistikenheten

Margareta Kristenson, professor/överläkare i socialmedicin

Sara Birgersson, folkhälsostrateg

Anna Esmelöv, hälso- och sjukvårdsstrateg

Ellen Nilsson, verksamhetscontroller

Elisabeth Lindberg, specialist arbets- och miljömedicin

Helena Balthammar, jämställdhetsstrateg

Ingrid Rystedt, läkare med socialmedicinsk kompetens

Kerstin Gustafsson, samhällsodontolog FTV

Caroline Blomma, samhällsodontolog

Emma Hjalte, folkhälsovetare

Marika Wenemark, statistiker

Sofia Lindstrand, överläkare socialmedicin

Ulrika Taléus, utvecklingsansvarig primärvården

Styrgrupp och resursägare

Richard Widén

Annica Öhrn

M.E

Anders Bäckstrand

Malin Häger Nordlander

Camilla Paananen

Annelie Peolsson

Emma Lewau

M.E

AnnaCarin Dahlgren

Maria Johansson

Christina Berggren

Christina Berggren

Christina Berggren

Johan Nordén

Deluppdrag

Fokusområden 2023

- Implementera den folkhälsostrategi som togs fram under 2022 och som utgår ifrån den regionala utvecklingsstrategin (RUS).
- Vidareutveckla och förvalta områdesprofilerna för primärvården.
- Utveckla en systematisk struktur/process för kopplingen av folkhälsodata och sjukvårdsdata för en kontinuerlig folkhälso- och sjukvårdsanalys

Till deluppdragen finns arbetsgrupper där fler resurser är involverade.

Folkhälsostrategi

Framtagen i en bred samverkan med många aktörer i Östergötland

Folkhälsostrategi – för god och jämlik hälsa i Östergötland

Syftet med strategin

- ska stimulera till ett långsiktigt systematiskt folkhälsoarbete för att uppfylla det nationella folkhälsopolitiska målet att ”skapa samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation”.
- ska utifrån Östergötlands förutsättningar, identifiera inriktningsmål och prioriteringar för det regionala folkhälsoarbetet och är en pusselbit av flera för att stödja arbetet för regional utveckling.
- strategin omfattar hela Östergötland och arbetet ska ske i samverkan mellan Region Östergötland, Östergötlands kommuner, Länsstyrelsen i Östergötland, Linköpings universitet, berörda statliga myndigheter samt civilsamhället.



Hur går vi vidare med folkhälsostategin? - Uppdrag i två delar

- Utifrån rollen som ansvarig för folkhälsostategin samordna genomförande och uppföljning i länet

- Utifrån regionens uppdrag med hälso- och sjukvård, regional utveckling och kollektivtrafik bidra till målfyllnelsen i folkhälsostategin

<h3>Genomförande</h3> <p>För att nå framgång i genomförande av denna strategi behövs en långsiktig gemensam regional samordning, uppföljning, utvärdering och prioritering utifrån denna strategi. Länets aktörer behöver i detta arbete, tydligare samordna sina resurser och utforma en långsiktig gemensam modell för att lyckas.</p> <h3>Samordning</h3> <ul style="list-style-type: none">• Skapa förutsättningar för långsiktigt samarbete och ömsesidig tillit genom ökad förståelse för varandras roller, ansvar och mandat liksom respektive aktörs styrkor och möjligheter ¹¹.• Utvärdera och vid behov utveckla nya och befintliga samverkansstrukturer för att optimera insatser både på regional och lokal nivå.• Arbeta för att skapa synergier mellan folkhälsa och hållbarhet.• Integrera strategin i relevanta dokument på regional och lokal nivå inom områden som respektive aktör identifierar.• Utveckla samverkan med universitet för metod-utveckling, metodstöd, lärande och eventuell följeforskning.	<h3>Uppföljning och analys</h3> <ul style="list-style-type: none">• Utveckla en gemensam systematik kring uppföljning och analys som inkluderar omvärldsbevakning och framtidsplanering.• Använda regionala och lokala lägesbilder som utgångspunkt för långsiktiga prioriteringar som adresserar specifika hälsoutmaningar i ett livscykelperspektiv.• Identifiera indikatorer som följs över tid inom varje målområde. <h3>Stödstrukturer</h3> <ul style="list-style-type: none">• I samverkan utveckla stödstruktur (verktygslåda) för vägledning vid val av metoder och arbetssätt som är kunskapsbaserade, kvalitetssäkrade och tillgängliga samt stöd till implementering. <h3>Uppföljning av folkhälsostategins implementering</h3> <p>Uppföljning och analys av genomförandet kommer att ske kontinuerligt i samverkan. Detta kommer utgöra underlag till revidering av Folkhälsostategin vart fjärde år.</p>
---	---



Vad innebär folkhälsstrategin för Region Östergötland?

- En regionintern arbetsgrupp är bildad i syfte att stödja implementeringen av folkhälsstrategin inom Region Östergötland.
- Arbetsgruppen har i uppdrag att genomföra en kartläggning utifrån folkhälsstrategins målområden.
- Syftet är att beskriva vad folkhälsstrategin innebär för Region Östergötland som organisation.
- Kartläggningen ska innefatta ett nuläge för pågående arbete och vilka förflyttningar som behöver göras för att nå önskat läge. Önskat läge avser målpunkterna i folkhälsstrategin.

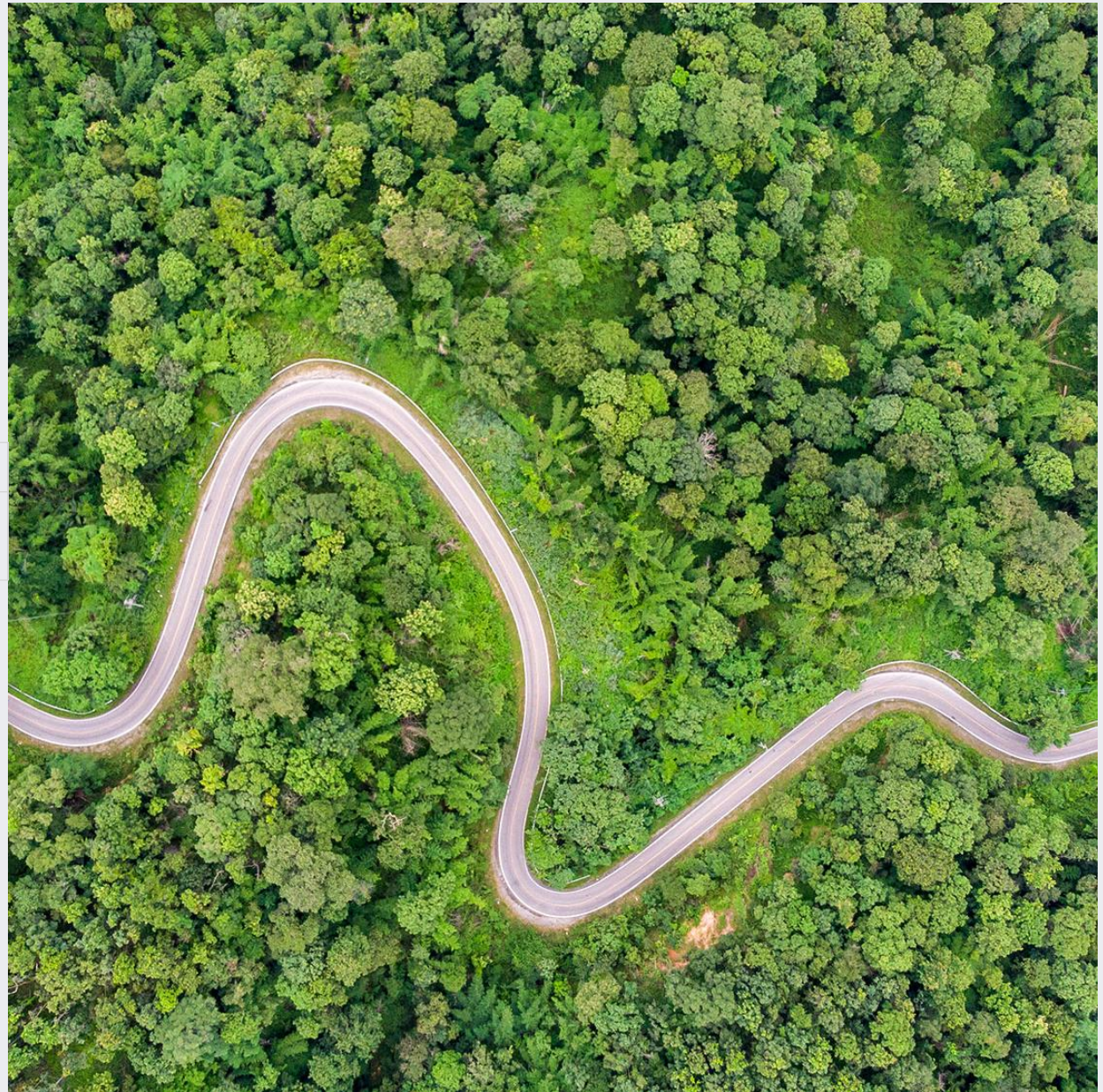


Vad vi gjort hittills!

- Excel fil med alla målområden och målpunkter – utveckla och förfina

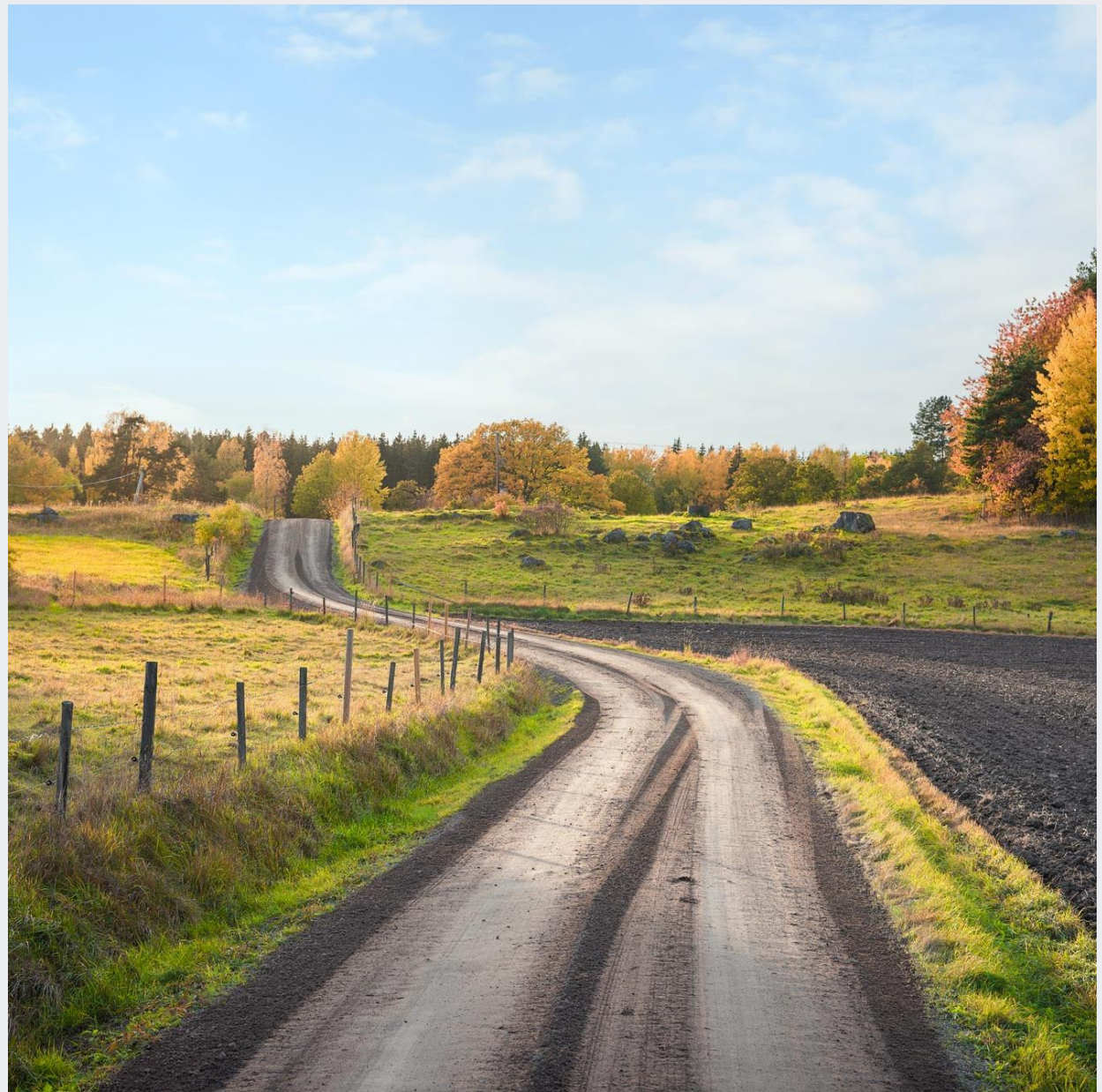
Målområde 5	Vad vill vi?	Vad gör vi?	Vem gör vad?		Vad styr?	Hur går det?	Vart vill vi?
Boende och närmiljö. Målet är Tillgång till en fullgod och ekonomiskt överkomlig bostad i ett område som är socialt hållbart. Kärnindikator Trångboddhet enligt norm 2	Målpunkter	Insatser	Aktörer (RÖ)	Samverkansparter	Styrning/budget	Verksamhetsuppföljning/analys	Önskvärda förflyttningar

- Intervjuer med nyckelpersoner
- Dialog i olika forum – gemensam workshop FSE, HE och delar av RU, plattformen för jämlik hälsa och vård, hälsorådet osv.



Fortsatt arbete

- Underlag till beredningen för hållbarhet och hälsa
- Underlag till planeringsförutsättningar
- Sammanställa kartläggningen
 - Det här vet vi!
 - Det här gör vi!
 - Det här vill vi!
 - Vad behöver vi göra ytterligare för att nå målpunkterna i folkhälsostategin?



Områdesprofiler

Ett stöd i

Primärvårdens utökade områdesansvar

Visualisering och process

- Interaktiv rapport (Power BI)
 - Register- och enkätdata
- Profil för varje vårdcentral
- Kompletterad med profil för kommunerna och länet
- Möjlighet till jämförelse
- Uppdaterar data löpande
- Arbetsgruppen jobbar vidare med Områdesprofilerna utifrån identifierade och inkomna förbättringsförslag.
- Nationell samverkan

Områdesprofiler Östergötland

Sedan den 1 januari 2020 har vårdcentralerna i Östergötland ett utökat områdesansvar. Det innebär att primärvården ska verka för en god och jämlik hälsa för såväl sina listade invånare som för befolkningen i närområdet. Områdesprofilerna ska vara ett stöd i detta arbete.

Instruktion

Områdesprofilerna presenterar statistik om befolkningen för varje vårdcentralsområde. Då statistik inte finns tillgänglig för vårdcentralsområden presenteras resultat för hela kommunen. Resultaten kan jämföras med Östergötland som helhet, en kommun eller en annan vårdcentral.

Klicka dig framåt eller bakåt i rapporten med hjälp av pilarna längst ner. Du kan också välja en av knapparna till höger om du vill gå direkt till en specifik sida.

De mörkblå knapparna visar de sidor som innehåller statistik per vårdcentralsområde, de gröna knapparna innehåller statistik på kommunnivå. Den rosa knappen innehåller sjukdomsdata för den listade befolkningen på respektive vårdcentral.

På de ljusblå knapparna finns jämförelser mellan vårdcentraler och tips om hur områdesprofilerna kan användas. De grå knapparna längst innehåller definitioner av den statistik som används samt metodbeskrivning.

Nyheter

Feb 2023 - Uppdatering av data: Ungdomsenkäten Om mig

Dec 2022 - Ny sida: Sjukdomar

Nov 2022 - Uppdatering av data: Befolkningsenkäten Hälsa på lika villkor

Nov 2022 - Uppdatering av data: registerdata från SCB

Sep 2022 - Ny vårdcentral i Finspång: VC Vallonen

Maj 2022 - Uppdatering av data: Ungdomsenkäten Om mig

Nov 2021: Lansering av Områdesprofiler



Befolkning

Hushåll

Ekonomi och utbildning

Sysselsättning

Utbud av service

Levnadsvanor

Hälsa

Munhälsa

Psykisk ohälsa

Trygghet

Sjukdomar

Jämförelser

Hur kan områdesprofilerna användas?

Definitioner

Metodbeskrivning

Finns på Rö-webben:

<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiYjk5YWY4YmItMTBmNy00YzNhLTg3MzEtNzdkZDA5ZTlzMzJkZjNkIiwidCI6ImYwODczMzkzLWMzNGMtNGFIYy1iMWM1LTM4MjEyOTgyYTViOStlMmMiOjI9>

Områdesprofilerna

- Förvaltning och vidareutveckling pågår
- Regelboken 2023: Det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet har en central roll i primärvårdens uppdrag. Leverantören ska i samverkan med andra aktörer inom vårdcentralens närområde ansvara för generella insatser inom folkhälsoarbetet samt arbeta långsiktigt och systematiskt för att uppnå en hälsofrämjande primärvård.
- Riktlinje för samverkan med andra aktörer är under framtagande.
 - Klar [https://vardgivarwebb.regionostergotland.se/Startsida/For-privata-
vardgivare/Samverkan/Samverkan-med-civilsamhallet/](https://vardgivarwebb.regionostergotland.se/Startsida/For-privata-vardgivare/Samverkan/Samverkan-med-civilsamhallet/)
- Tydligare styrning mot utvecklingsarbeten/utvecklingspotten under 2023 inom PV

Pågående utvecklingsarbeten

- 42 Vårdcentraler som har pågående arbeten
- 5 VC som avstår arbeten 2023-24,
3 privata och 2 regiondrivna
- **LÄNK till Utvecklingspottens webbsida**
- **Förteckning över arbeten 2023-2024**

Utvecklingspotten



The screenshot shows the website for 'Utvecklingspotten primärvården' on the Region Östergötland portal. The page features a blue header with navigation options like 'Kunskapsstöd', 'Patientadministration', and 'Utveckling och kompetens'. The main content area includes a list of activities such as 'ABC för god psykisk hälsa' and 'Förbättringsmodellen'. A prominent heading reads 'Utvecklingspotten primärvården', followed by a description of the initiative's goals. A sidebar on the right offers 'Relaterad information' with links to 'Lite bättre hela tiden' and 'Samverkan mellan hälso- och sjukvården och civilsamhället'. The URL 'https://vardgivare.regionostergotland.se/vgw' is visible at the bottom.

Utveckling av struktur och process för analys av jämlikhet i både vård och hälsa

Pilotstudie: Analys av jämlikhet i vård vid hjärtinfarkt

Vad innebär jämlikhet i vård?

-- att vård och behandling erbjuds **på lika villkor och med ett likvärdigt bemötande till alla, oavsett:**

Bostadsort

Ålder

Kön

Funktionsnedsättning

Utbildning

Social ställning

Fördelseland

Etnisk och religiös tillhörighet

Sexuell läggning

Hälso- och sjukvårdens övergripande målsättning

- §2 Hälsa- och sjukvårdslagen 1997:142:
 - Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och **en vård på lika villkor för hela befolkningen**
 - Den som har största behovet ska ges företräde till vården
- Myndigheten för vård och omsorgsanalys, 2014:
 - *Vårdens ansvar* att kompensera för patienters skiftande förutsättningar
 - *Inte patienters ansvar* att anpassa sig efter vårdens skiftande förmåga

Två dimensioner av jämlikhet i vård

- **Horisontell jämlikhet:**

- Personer med lika behov av vård erbjuds likvärdig vård
- *Frånvaro av omotiverade skillnader*

- **Vertikal jämlikhet:**

- Personer med större behov prioriteras framför personer med mindre behov, får vård anpassad efter deras behov
- *Närvaro av motiverade skillnader*

Anledning till att vi kontrollerat våra analyser för effekter av andra potentiella förklaringsvariabler

Omotiverad skillnad

En skillnad i vård och behandling inom hälso- och sjukvården som inte kan förklaras av något av följande:

- Vårdbehov
- Medicinska förutsättningar
- En alternativ insats som stämmer överens med vetenskap och beprövad erfarenhet
- Samtycke

Analys av jämlik vård och hälsa: Utveckling av systematisk struktur och process

- **Liksom i övriga landet, finns i Östergötland omfattande dataresurser:**
 - Registerdata om vårdens processer och resultat
 - Befolkningens hälsa
 - Livsvillkor och socioekonomisk situation (SES), tex utbildning, inkomst
- **Dessa datakällor är inte kopplade till varandra (utan forskningsetisk prövning)**
- **→ Vi saknar underlag om vårdens jämlikhet (kvalitet och resultat) utifrån SES**
 - Underlagen vore viktiga stöd för politiska beslut i regionen

Pilotprojekt: Analys av jämlik vård vid hjärtinfarkt

Socioekonomiska skillnader i processer och resultat för patienter vårdade för akut hjärtinfarkt i Östergötland

Medarbetare: Joakim Alfredsson (kardiolog) , Nadine Karlsson (LiU statistiker), Ingrid Rystedt, Margareta Kristenson

Databaser:

I Kvalitetsregistret **SWEDEHEART** n= 8498

II Kvalitetsregistret **SEPHIA** (patienter <75 år) n =4094

Båda kopplade till **SCB data** avseende SES, på individnivå, **via etikansökan** J Alfredsson

SES mått: **Utbildning** (högsta uppnådda nivå), **Disponibel inkomst** (tertiler)

Bestämningsfaktorer/förväxlingsvariabler: ålder, kön, civilstånd, tidigare sjukdom, medicinering, symptom, riskfaktorer (rökning, BMI, systoliskt blodtryck, lipider), rutin lab data (Hb, njurfunktion och blodsocker), medicinska invasiva ingrepp (Eko, PCI, CABG), läkemedel vid utskrivning

Utfall SWEDEHEART: MACE (Major Adverse Cardiovascular Event) hjärtinfarkt, stroke och all-cause mortality (död oavsett orsak), samt enskilda komponenter av MACE , samtliga **inom 30 dagar, 1 och 5 år**

Utfall SEPHIA: Deltagande i SEPHIA (Andel patienter <75 år i SWEDEHEART registrerade i SEPHIA); måloppfyllelse efter 2 år; rökstopp, LDL <1.8; systoliskt blodtryck < 140 mmHg; deltagande i fysiskt träningsprogram

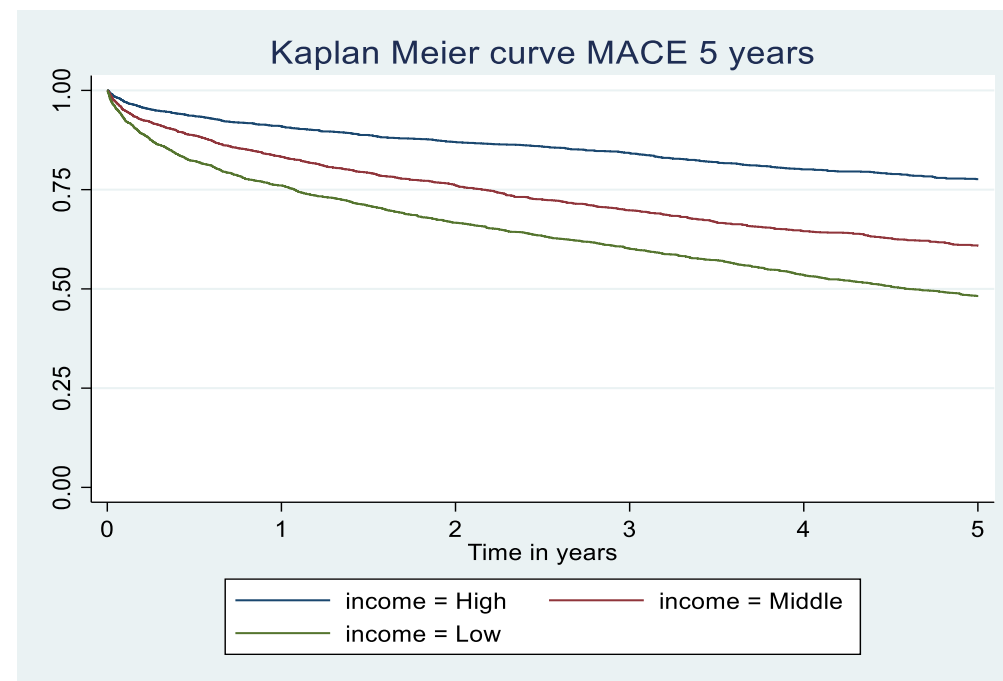
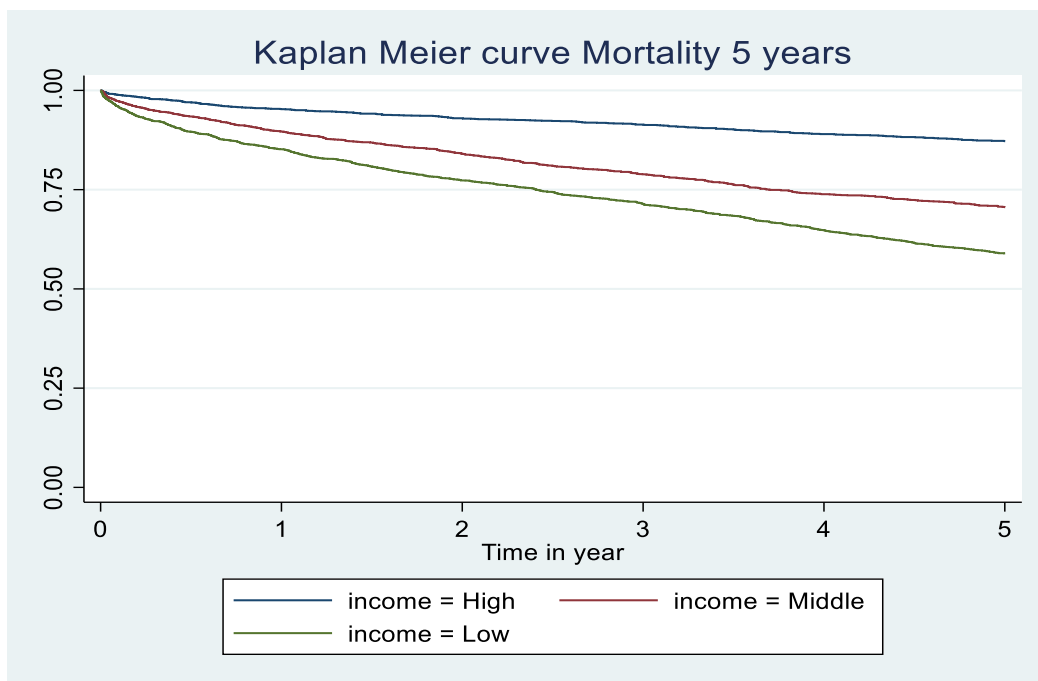
Deskriptiva analyser (tabell 1, bakgrund)

- Jämfört med patienter med högst inkomst, var patienter med lägst inkomst (utan kontroll):
 - **Äldre** (median 79 respektive 65 år), **oftare ensamstående** (69% respektive 32%) och **i högre grad kvinnor** (51% respektive 23%)
 - I större omfattning **tidigare kardiovaskulär sjukdom och KOL**
 - Även skillnader i **medicinering och riskfaktorer** (exempelvis rökning)
 - Däremot *endast marginella skillnader i huruvida de erhöll invasiva behandlingar*

Resultat (ojusterade)

Skillnad i dödlighet (mortality) respektive ny Major Acute Coronary Event (MACE)

inom 5 år **utifrån inkomstnivå**



Metod, statistisk analys

Deskriptiva analyser av skillnader utifrån bestämningsfaktorer

I första steg analyser av både utbildning och inkomstskillnader.

Resultaten liknande men tydligare för inkomst, därefter **enbart analys avseende inkomstskillnader**

Kaplan-Meier grafer för **samtliga MACE utfallsmått uppdelade utifrån patienternas inkomstnivåer (ojusterade)**

Cox regressionsmodeller visar (jämför) risk för insjuknande eller död: **Hazard ratios (HR)**, kontrollerade för effekt av **patientkaraktäristika och insatser**, illustrerade i form av **Forest plots**

Modell	Variabler
1	Inkomst (crude)
2	Inkomst + ålder och kön
3	Modell 2 + civilstånd
4	Modell 3 + tidigare sjukdomar (inkluderande tidigare MI), mediciner vid ankomst, tidigare riskfaktorer (inkl. rökning)
5	Modell 4 + coronarangiografi + mediciner vid utskrivning + anemi (hemoglobin cutpoint 100) + eGFR (cutpoint 40)
6	Modell 5 + ”revaskularisering” (PCI=ja eller CABG=Ja, akut eller = Ja; planerat)
7	Modell 6 + utbildning
8	Modell 7 + Sephia deltagande (0=nej; 1=ja)

Resultat (justerade) – några exempel

- **Risk för död inom 5 år:**

- *Utan kontroll* var inkomstskillnad i risk i mer än trefaldig: **HR 3,78**
- Efter statistisk kontroll för *ålder och kön*: **HR 1,77**
- Efter kontroll för *samtliga potentiella förklaringsvariabler* (modell 7):
 - fortfarande statistiskt signifikant skillnad i risk **HR 1.40**

- **Risk för MACE inom 5 år:**

- *Utan kontroll* var inkomstskillnaden i risk **HR 2,88**
- Efter statistisk kontroll för *ålder och kön*: **HR 1,63**
- Efter kontroll för *samtliga potentiella förklaringsvariabler* (modell 7):
 - fortfarande statistiskt signifikant skillnad i risk **HR 1.34**

Resultat (justerade) – några exempel forts.

- Patienter med lägst inkomst **deltog i mindre utsträckning i sekundärpreventionsprogram (SEPHIA – patienter yngre än 75 år)**
- Inte längre statistiskt signifikanta inkomstskillnader i risk efter kontroll för deltagande i SEPHIA (modell 8, dvs patienter yngre än 75 år)

Konklusion:

- I analyser av kvalitetsregisterdata av patienter som vårdats för akut hjärtinfarkt en **flerdubblad ökad risk för återinsjuknande och död inom 5 år** för patienter med lägst jämfört med högst inkomst.
- Vid multivariata analyser är ålder den dominerande förklaringsfaktorn. Patienternas status vid ankomst, under vårdtillfället och vid utskrivning **samt deltagande i SEPHIA kunde, därefter tillsammans, förklara resterande skillnader.**
- Våra analyser kan inte påvisa vilka faktorer som är viktigast.
- Tillsammans med existerande kunskap talar fynden för vikten av **primär- , sekundärprevention och rehabilitering**
- En viktig komponent är utvecklingen av en **hälsolitterat organisation**

Planeringsdag för plattformen den 8/12

Program:

- TÅB och fokusområden 2024
- Planeringsförutsättningar 2025
- Kartläggningen av Folkhälsostrategin.
- Uppdrag inför 2024