

Målnivåer för diabetesvård

Du får gärna citera Socialstyrelsens texter om du uppger källan, exempelvis i utbildningsmaterial till självkostnadspris, men du får inte använda texterna i kommersiella sammanhang. Socialstyrelsen har ensamrätt att bestämma hur detta verk får användas, enligt lagen (1960:729) om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk (upphovsrättslagen). Även bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten, och du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

Artikelnummer 2015-2-4
Publicerad www.socialstyrelsen.se, februari 2015

Förord

Socialstyrelsen har fått i uppdrag av regeringen att fastställa målnivåer för indikatorer inom de nationella riktlinjerna för strokevård, diabetesvård och hjärtsjukvård. Målnivåer för hjärtsjukvård och strokevård fastställdes av Socialstyrelsen i februari 2014. Den del av uppdraget som avser målnivåer för diabetes har förlängts av regeringen till följd av pågående uppdatering av de nationella riktlinjerna för diabetesvård. Grunden för arbetet är den modell för fastställande av målnivåer som togs fram och testades inom de nationella riktlinjerna för bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancervård.

Denna rapport presenterar målnivåerna för den del av projektet som berör indikatorerna inom de nationella riktlinjerna för diabetesvård.

Projektledare för arbetet har varit Christina Broman. Externa experter i arbetsgruppen har varit Christian Berne, Stefan Jansson, Karin Wikblad, Soffia Gudbjörnsdottir, Katarina Eeg-Olofsson och Tony Holm. Utöver dessa har även en större konsensusgrupp bestående av sakkunniga, patientrepresentanter, företrädare för specialistföreningar och huvudmannaföreträdare arbetat med att ta fram de målnivåförslag som Socialstyrelsen sedan fastställt. Ansvarig enhetschef har varit Björn Nilsson.

Lars-Erik Holm
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Uppdragets förutsättningar	8
Om indikatorerna	13
Socialstyrelsens nationella målnivåer	15
Målnivå för HbA1c >70 mmol/mol	16
Målnivå för blodtryck < 140/85 mmHg	21
Målnivå för fotundersökning.....	26
Målnivå för ögonbottenundersökning	31
Målnivå för icke-rökare bland personer med diabetes.....	36
Referenser	41
Bilaga 1. Konsensusgruppens deltagare.....	42
Bilaga 2. Indikatorer som strukits från målnivåuppdraget	43
Bilaga 3. Indikatorer för senare målsättning.....	45

Sammanfattning

Utgångspunkten för målnivåer inom diabetesvård är de indikatorer som tagits fram till remissversionen av de nationella riktlinjerna för diabetesvård 2014 [1]. Indikatorlistan omfattar totalt 21 indikatorer. Socialstyrelsens expertgrupp har utifrån dessa gjort ett urval av indikatorer som är lämpliga för målsättning. Därefter har en konsensusgrupp bestående av sakkunniga, patientrepresentanter, företrädare från specialistföreningarna och huvudmannaföreträdare diskuterat sig fram till ett gemensamt förslag till målnivåer för de aktuella indikatorerna utifrån befintliga underlag. Efter genomfört arbete har Socialstyrelsen fastställt följande målnivåer:

- HbA1c >70 mmol/mol typ 1-diabetes (< 20 procent)
- HbA1c >70 mmol/mol typ 2-diabetes (< 10 procent)
- Blodtryck < 140/85 mmHg typ 1-diabetes ($\geq$ 90 procent)
- Blodtryck < 140/85 mmHg typ 2-diabetes ($\geq$ 65 procent)
- Fotundersökning typ 1-diabetes ($\geq$ 99 procent)
- Fotundersökning typ 2-diabetes ($\geq$ 99 procent)
- Ögonbottenundersökning typ 1 diabetes ($\geq$ 98 procent)
- Ögonbottenundersökning typ 2-diabetes ($\geq$ 96 procent)
- Icke-rökare bland personer med typ 1-diabetes ($\geq$ 95 procent)
- Icke-rökare bland personer med typ 2-diabetes ($\geq$ 95 procent) .

Uppdragets förutsättningar

Regeringsuppdraget

I slutet av maj 2013 fick Socialstyrelsen i uppdrag av regeringen att ta fram målnivåer för indikatorer inom nationella riktlinjer för strokevård, diabetesvård och hjärtsjukvård. Uppdraget är en del av regeringens satsning på vården av kroniskt och långvarigt sjuka, och ska genomföras enligt den modell som tagits fram och testats inom nationella riktlinjer för bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancervård [2]. Det främsta syftet med att fastställa målnivåer för indikatorer är att ge hälso- och sjukvården tydliga och mätbara kvalitetsmål att arbeta mot, samt att bidra till att alla patienter får en god vård enligt hälso- och sjukvårdslagens intentioner. Målnivåerna bedöms kunna påverka praxis och resursfördelning och därigenom förbättra vård och behandling av sjukdomar som drabbar många personer, och som ofta leder till kroniska eller långvariga ohälsotillstånd.

Målnivåernas främsta användningsområde är uppföljning och utvärdering på nationell nivå, men de ska även vara användbara på regional och lokal nivå för att möjliggöra förbättringsarbete där det ger störst effekt. De är dessutom värdefulla ur ett styrnings- och ledningsperspektiv.

Uppdraget att ta fram målnivåer för diabetesvård förlängdes i samband med att målnivåerna för hjärtsjukvård och strokevård rapporterades till regeringen i februari 2014. Anledningen till detta var att uppdateringen av de nationella riktlinjerna för diabetesvård just påbörjats och att en översyn av indikatorerna skulle genomföras inom ramen för detta arbete.

Vad är en målnivå?

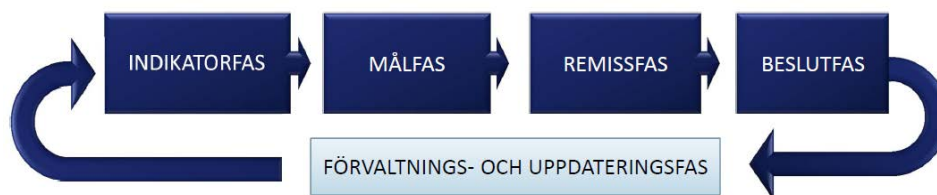
En målnivå kan i det här sammanhanget enklast beskrivas som en angivelse av hur stor andel av en viss patientgrupp som bör få en viss behandling eller åtgärd. En målnivå kan exempelvis ange att 70 procent av patienterna med ett visst sjukdomstillstånd bör komma i fråga för behandling med ett visst läkemedel. Målnivåerna utgår alltid från en indikator, som i sin tur baseras på en rekommendation i de nationella riktlinjerna. Målnivåerna i sig har antingen tagits fram utifrån kännedom om exempelvis biverkningsfrekvenser eller förekomst av kontraindikationer, eller genom konsensusförfarande i flera steg. Socialstyrelsen har utvecklat en modell för framtagande av målnivåer som beskrivs längre fram i kapitlet.

Målnivåer gäller alltså övergripande för en hel patientgrupp och bör inte förväxlas med behandlingsmål. Behandlingsmål anger istället målvärden för den enskilda patientens hälsa. Exempel på behandlingsmål kan vara den önskvärda nivån för blodtryck, BMI-värde eller blodfetter. Behandlingsmålen syftar ofta till att förebygga eller undvika följsjukdomar och komplikationer hos den enskilda patienten.

Målnivåmodellen

Den modell för fastställande av målnivåer som togs fram och testades inom ramen för arbetet med nationella riktlinjer för bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancer [2] och som senare vidareutvecklats under arbetet med målnivåer för hjärtsjukvård och strokevård [3] består av fem faser. Syftet med modellen är att skapa en strukturerad och transparent process där en del av målnivåernas förankring i hälso- och sjukvården sker tidigt under arbetet.

Socialstyrelsens målnivåmodell



Indikatorfasen

I den första fasen sker grundarbetet med att göra ett urval av- och formulera indikatorerna på ett sådant vis att de blir mätbara. Ett första målnivåförslag tas fram för de indikatorer som bedöms lämpliga att målsätta. Ansvariga för detta arbete är en mindre grupp medicinskt sakkunniga som tidigare deltagit i riktlinjeprocessen eller i utvärderingen, alternativt har en ledande roll i de kvalitetsregister som bidrar med uppgifter till det statistiska underlaget.

Bedömningen av huruvida en indikator är aktuell för målnivå eller inte utgår från vissa specifika kriterier. Indikatorerna ska:

- vara aktuella för området
- vara möjliga för hälso- och sjukvården att påverka
- ha en tydlig riktning, högt eller lågt resultat är att föredra
- ha stabila och tillförlitliga datakällor.

När urvalet av indikatorer genomförts sker en beställning av uppgifterna från berörda register och därefter omsätts dessa uppgifter till diagram och tabeller som utgör en del av underlaget till konsensusprocessen.

Målfasen

I målfasen får en större konsensusgrupp diskutera sig fram till ett gemensamt förslag till målnivåer för de aktuella indikatorerna utifrån befintliga underlag.

Konsensusgruppen i det aktuella projektet består av en huvudmannarepresentant per hälso- och sjukvårdsregion, sakkunniga inom medicin och omvårdnad, en representant från Diabetesförbundet, två representanter från Svensk förening för sjuksköterskor i diabetesvård samt en representant från Svensk förening för diabetologi. Professionsrepresentanterna i detta arbete utgörs av det nationella programrådet för diabetesvård på Sveriges kommuner och landsting (SKL).

Som inledning till målfasen genomförs en modifierad Delhiprocess i syfte att förbereda deltagarna inför det avslutande konsensusmötet. Delhiprocessen innebär att indikatorbeskrivningar, statistiska underlag och expertgruppens målnivåförslag skickas ut via en webbenkät till konsensusgruppens deltagare i två omgångar. I första omgången röstar deltagarna på egen hand på det målnivåförslag som de anser vara rimligast, med möjlighet att också kommentera sitt val eller att ange ett eget förslag. Därefter sammanställs resultaten och kommentarerna från första omgången, varefter enkäten och den anonymiserade sammanställningen skickas ut till gruppen igen. Var och en har då möjlighet att utifrån sammanställningen ompröva sitt ursprungliga ställningstagande och lämna ett nytt svar. Resultatet från den andra omgången ingår, tillsammans med indikatorbeskrivningar, statistiska underlag och expertgruppens förslag, som underlag till det avslutande konsensusmötet.

Konsensusmötet för målnivåer i diabetesvård genomfördes den 24 september 2014. Underlaget för diskussionen bestod av två delar: det statistiska underlaget och resultatet av den inledande Delhiprocessen via webbenkät. Konsensusgruppen lyckades i hög grad enas om de förslag som presenterades i remissrapporten.

Remissfasen

Under remissfasen får landstingen möjlighet att lämna synpunkter på de föreslagna målnivåerna. Därefter är det expertgruppens uppgift att ta ställning till eventuella justeringar eller strykningar inför beslutfasen.

Under konsensusmötet 24 september 2014 framfördes dock ett önskemål om att Socialstyrelsen denna gång inte skulle genomföra en officiell remissrunda till landstingen då processen att ta fram remissvar ofta blir omfattande, och då flera av de tänkta remissmottagarna redan varit representerade under konsensusmötet. Av den anledningen har Socialstyrelsen denna gång valt att låta den nationella samverkansgruppen för kunskapsstyrning (NSK) på SKL vara mottagare av remissen och ansvara för att eventuella kommentarer till målnivåerna framfördes till Socialstyrelsen.

Beslutfasen

När eventuella justeringar efter remissrundan är gjorda fastställer Socialstyrelsen målnivåerna. Därefter avrapporteras uppdraget till regeringen och målnivåerna träder i kraft.

Förvaltnings- och uppdateringsfasen

De målnivåer som har fastställts behöver ses över och eventuellt justeras med jämna mellanrum, exempelvis när kunskapsläget inom området förändras. Det är också av intresse att följa på vilket sätt målnivåerna används på lokal, regional och nationell nivå.

Användningsområden för nationella målnivåer

Målnivåer ger landstingen tydliga och mätbara mål att arbeta mot. Utöver detta finns det en rad andra områden där målnivåer kan användas för att styra och leda hälso- och sjukvården. Bland annat kan de användas som underlag till utvecklings- och förbättringsarbeten samt till uppföljning på lokal och regional nivå. Av flera anledningar är målnivåer dock inte lämpade som utgångspunkt för ekonomisk ersättning till verksamheterna inom landstingen.

Uppföljning och utvärdering

I samband med uppföljningar och utvärderingar kan målnivåer vara ett värdefullt verktyg för att bedöma hälso- och sjukvårdens resultat i förhållande till den önskvärda kvaliteten. Genom att mäta skillnaderna mellan faktisk och önskvärd nivå är det i de fall det finns tillförlitliga kostnadsdata även möjligt att beräkna vilka kostnader eller besparingar som måluppfyllelsen skulle innebära, samt vilka merkostnader som uppkommer genom val av mindre lämpliga behandlingar.

Socialstyrelsen kommer att använda målnivåerna i bland annat öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet samt i sina utvärderingar av följsamheten till riktlinjeområden.

Lokalt och regionalt kvalitetsarbete

Flera landsting och regioner använder i dag uppgifter från till exempel vårdadministrativa system, kvalitetsregister och Socialstyrelsens hälsodataregister för att kontinuerligt följa kvaliteten i de egna verksamheterna. Uppgifterna ligger bland annat till grund för omprioriteringar av resurser och initiering av utvecklings- och förbättringsarbeten. För dessa landsting kan målnivåer vara ett stöd i styrning och ledning av hälso- och sjukvården. Detta gäller inte minst vid prioritering och omfördelning av resurser eftersom målnivåerna ger en tydlig signal om vilket håll hälso- och sjukvården bör sträva åt. På enhetsnivå kan de också användas för att utveckla vårdprocesser och därigenom stimulera till ökad följsamhet till de nationella riktlinjernas rekommendationer.

De målnivåer som Socialstyrelsen har fastställt är i flera fall högt satta i förhållande till det aktuella läget för landstingen. Det innebär att det kommer att ta tid för flertalet av landstingen att närma sig de uppsatta målen. Av den anledningen bör landstingen se över de egna resultaten och arbeta för att ta fram en genomförandeplan med realistiska delmål i syfte att sträva i rätt riktning och om möjligt uppnå de nationella målnivåerna inom några år.

Ekonomiska ersättningsmodeller

Vissa landsting använder ersättningsmodeller där enheter som uppnår ett visst mål för en viss indikator får ekonomisk kompensation från landstinget. Dessa system kan se olika ut och de lokalt satta målen kan skilja sig åt. Ersättningar kopplade till nationella målnivåer för kvalitetsindikatorer kan

medföra vissa risker som är viktiga att ta i beaktande. Nedan sammanfattar Socialstyrelsen tre exempel på risker.

Alltför generellt beskrivna indikatorer

Om indikatorn är alltför generellt beskriven eller om de begrepp som ingår i indikatorn inte har definierats i tillräckligt hög grad kan resultatet bli svårtolkat. Om indikatorn ingår i ett ekonomiskt ersättningssystem innebär detta att fördelningen av resurser utifrån resultatet riskerar att bli godtyckligt. Trots att indikatorn inte passar i ett ersättningssystem kan den fortfarande vara ett värdefullt verktyg för att följa hälso- och sjukvårdens kvalitet över tid.

Risk för förändrade registreringsrutiner

När landstinget kopplar måloppfyllelse för en indikator till ekonomisk ersättning finns det en risk att verksamheterna inte bara arbetar för att öka kvaliteten utan även förändrar sina registreringsrutiner till berörda register. Patienter som av en eller annan orsak inte har fått den rekommenderade behandlingen kanske registreras i lägre grad än de som fått den. På sikt kan detta leda till att uppgifterna i såväl kvalitetsregister som hälsodataregister blir mindre tillförlitliga, vilket i sin tur kan få konsekvenser för såväl registerbaserad forskning som kvalitetsuppföljning.

Negativa effekter för patienterna

I vissa fall avgränsas indikatorer till att gälla en viss åldersgrupp eller en grupp i ett visst sjukdomsstadium. Anledningen till detta är i de flesta fall teknisk; genom att avgränsa indikatorn till en grupp som i hög grad ska ha en viss behandling blir den skarpare, och målnivån kan sättas högre. Detta innebär dock inte per automatik att det endast är denna grupp som kommer i fråga för den aktuella behandlingen. Även personer i andra grupper kan dra nytta av den. Vid redovisningar av öppna jämförelser och nationella utvärderingar av landstingens följsamhet till riktlinjerna betraktas detta ofta som en självklarhet, men om denna typ av mätteknisk redovisning kopplas samman med en ekonomisk ersättningsmodell finns det en risk att de grupper som inte ingår i indikatorns avgränsning i lägre grad får den rekommenderade behandlingen. Det gäller i synnerhet om behandlingen är resurskrävande.

Om indikatorerna

Indikatorerna som ingår i uppdraget har hämtats från den indikatorlista som tillhör remissversionen av de nationella riktlinjerna för diabetesvård från 2014 [1]. Den slutliga versionen av riktlinjerna publiceras i februari 2015. Flertalet av dessa indikatorer är väletablerade såväl nationellt som regionalt och lokalt och används i dagsläget för att följa diabetesvårdens utveckling och kvalitet. Det faktum att indikatorerna speglar hälso- och sjukvårdens tillämpning av viktiga rekommendationer i riktlinjerna säkerställer att de antingen är evidensbaserade eller har tagits fram genom en strukturerad konsensusprocess inom ramen för riktlinjearbetet. Indikatorerna har också genomgått en remissrunda i samband med att remissversionen av riktlinjen publicerades. Att indikatorerna är värdefulla verktyg för uppföljning och förbättringsarbete innebär dock inte automatiskt att samtliga är lämpliga som målnivåindikatorer.

Indikatorerna som ingår i de nationella riktlinjerna kan rikta sig till olika intressenter. Vissa indikatorer är lämpade för övergripande ledning och styrning av hälso- och sjukvården medan andra är mer intressanta ur ett professionsperspektiv. I samband med att Socialstyrelsen fastställer målnivåer blir det mer aktuellt att tydliggöra vilka indikatorer som bör bli föremål för politiska eller hälso- och sjukvårdsövergripande omprioriteringar, och vilka som speglar processer som de berörda professionerna kan påverka direkt i det dagliga arbetet. Socialstyrelsen har försökt förtydliga detta ytterligare genom att för varje målsatt indikator ange om den lämpar sig bäst som stöd till styrning och ledning eller som professionsinriktad indikator. I vissa fall är indikatorn lika viktig ur båda aspekterna.

Om målnivåerna

Målnivåerna som föreslagits i denna rapport har i flera fall hamnat på en hög nivå i förhållande till de resultat som många landsting presterar idag. Det är dock viktigt att komma ihåg att målen är just mål, och att det kan krävas tid för hälso- och sjukvården att nå dit. Målnivåerna måste också utvärderas regelbundet och justeras om det visar sig att de ligger alltför högt eller lågt i förhållande till önskvärd nivå. För målnivåerna i detta arbete är Socialstyrelsen bedömning att en utvärdering bör ske två till fyra år efter införandet beroende på indikator.

Datakällor

Uppgifterna som presenteras i diagrammen har tillhandahållits av Nationella diabetesregistret (NDR) som samlar in uppgifter om bland annat behandlingsresultat, preventiva åtgärder och resultat inom diabetesvården. Specifikationerna för respektive indikator presenteras i anslutning till diagrammen.

För fullständiga indikatorbeskrivningar hänvisas till de nationella riktlinjernas indikatorbilaga [4].

Socialstyrelsens nationella målnivåer

I följande kapitel presenteras Socialstyrelsens målnivåer för de indikatorer som i nuläget bedömts vara aktuella som målnivåindikatorer. Redovisningen följer samma mönster för samtliga indikatorer:

- ett inledande avsnitt som beskriver vad indikatorn visar och varför den är viktig att mäta
- en teknisk beskrivning av indikatorn med nämnare och täljare angiven
- en tidsserie för rikets värde (där så är möjligt).
- Socialstyrelsens fastställda nationella målnivå, inklusive en motivering.
- redovisning av hur målnivån förhåller sig till senast tillgängliga resultat på landstingsnivå.

Rikets genomsnittliga resultat visas genomgående med orange färg i diagrammen. Alla uppgifter redovisas i faktiska värden, alltså utan åldersstandardisering. Syftet med detta är att synliggöra det faktiska förbättringsutrymmet för respektive landsting. Därmed kan resultaten på landstingsnivå skilja sig från redovisningen i Socialstyrelsens utvärdering av följsamheten till de nationella riktlinjerna där landstingsjämförelserna är åldersstandardiserade [5].

Målnivå för HbA1c >70 mmol/mol

Vad visar indikatorn

Indikatorn visar andelen personer med typ 1- respektive typ 2-diabetes som noterats för ett HbA1c-värde över 70 mmol/mol.

Varför är indikatorn viktig att mäta?

Ett högt HbA1c medför en kraftigt ökad risk för diabeteskomplikationer. Den här indikatorn synliggör högriskgruppen med HbA1c över 70 mmol/mol, som ska vara så låg som möjligt, för att därigenom uppmuntra till extra vårdinsatser för de berörda personerna. Med insatser från personer med diabetes och från vården går det att minska höga HbA1c-värden. Det kan ge markanta förbättringar av prognosen.

Indikatorn är intressant såväl ur ett professionsperspektiv som ur ett styrnings- och ledningsperspektiv.

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal personer med diabetes registrerade i Nationella diabetesregistret (NDR) med HbA1c > 70 mmol/mol.

Nämnare: Antal personer med typ 1- respektive typ 2-diabetes som har ett registrerat värde i NDR under mätperioden.

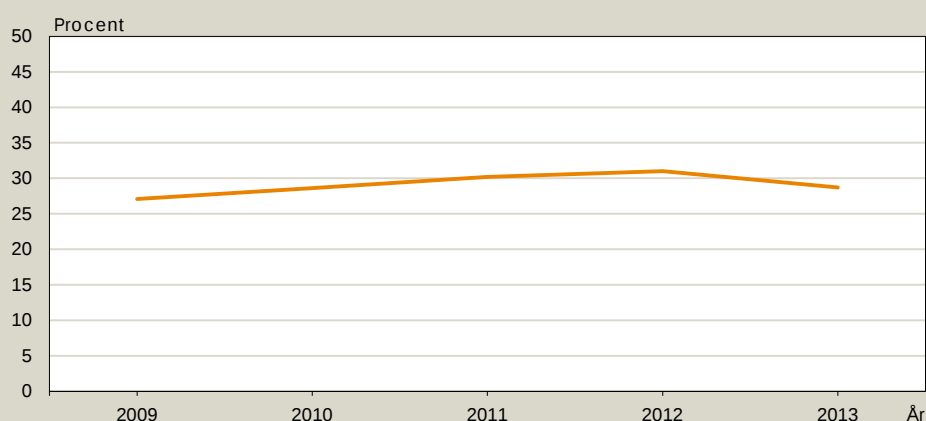
Felkällor

Kvaliteten på HbA1c-mätningarna är övervägande mycket bra i Sverige genom EQUALIS systematiska kvalitetskontroll. Det kan ändå finnas metodologiska variationer särskilt för de allt vanligare patientnära metoderna.

Tidsserie för typ 1-diabetes

Diagram B2. HbA1c >70 mmol/mol, typ 1-diabetes

Andel personer med typ 1-diabetes om har HbA1c > 70 mmol/mol.



Källa: NDR - Nationella diabetesregistret.

Uppgifter för år 2013

Uppgift	Värde
Antal patienter i jämförelsen	35 510
Variation mellan landstingen	23–34 %
10:e percentilen	26,1 %
Registreringsgrad för riket	96,5 %

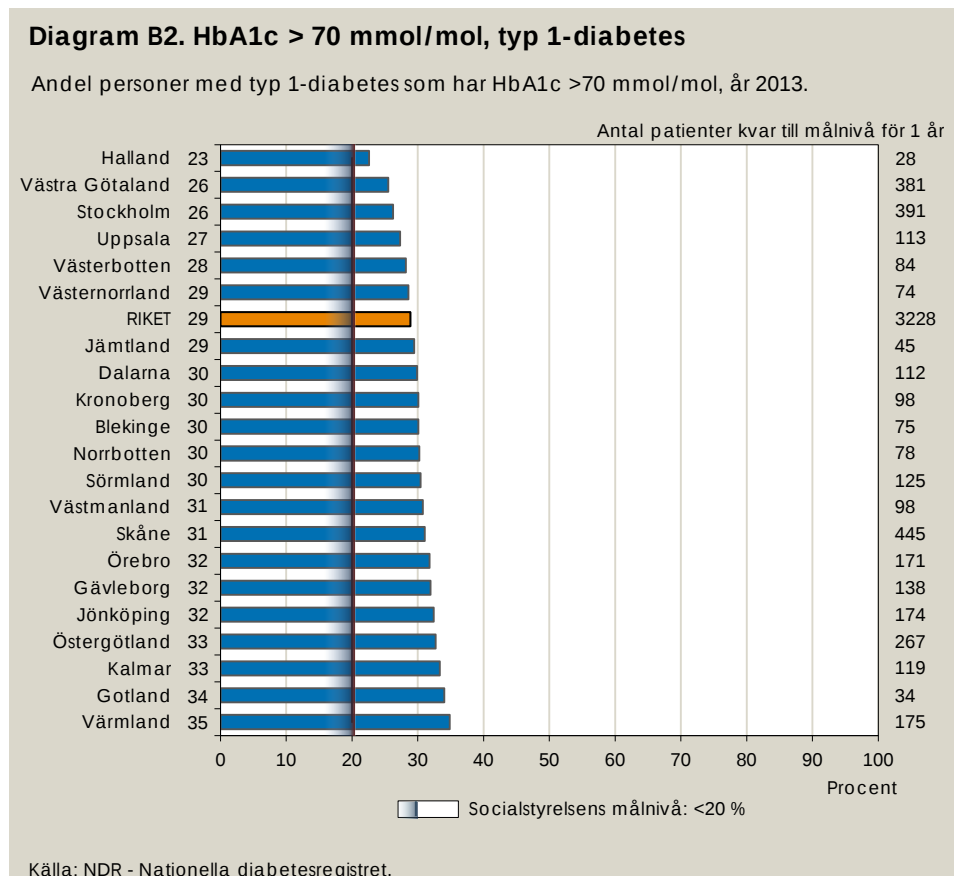
Socialstyrelsens nationella målnivå

För indikatorn HbA1c över 70 mmol/mol bland personer med typ 1-diabetes har Socialstyrelsen fastställt målnivån till < 20 procent.

Motivering till målnivån

Otillräcklig glukoskontroll är ett allvarligt hälsotillstånd som medför stor risk för komplikationer för den enskilde. Av den anledningen är det av stor vikt att hälso- och sjukvården ger stöd till denna patientgrupp. Utvecklingsinsatser genomförs nu inom landsting och regioner för att implementera behandlingsstrategier för denna målgrupp. Socialstyrelsen bedömer därför att målnivån är rimlig och att det finns skäl att se över och eventuellt justera densamma om 3 år.

Utvecklingsbehov för att nå Socialstyrelsens fastställda målnivå

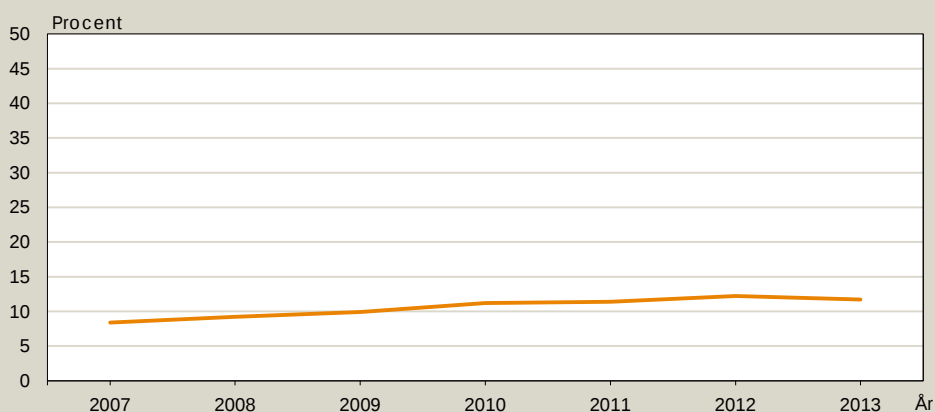


Med utgångspunkt i 2013 års uppgifter innebär en målnivå på < 20 procent att ytterligare cirka 3 200 personer med typ 1-diabetes bör nå en HbA1c-nivå under 70 mmol/mol, i riket som helhet.

Tidsserie för typ 2-diabetes

Diagram B2. HbA1c >70 mmol/mol, typ 2-diabetes

Andel personer med typ 2-diabetes som har HbA1c > 70 mmol/mol.



Källa: NDR - Nationella diabetesregistret.

Uppgifter för år 2013

Uppgift	Värde
Antal patienter i jämförelsen	291 763
Variation mellan landstingen	10–15 %
10:e percentilen	10,6 %
Registreringsgrad för riket	96,2 %

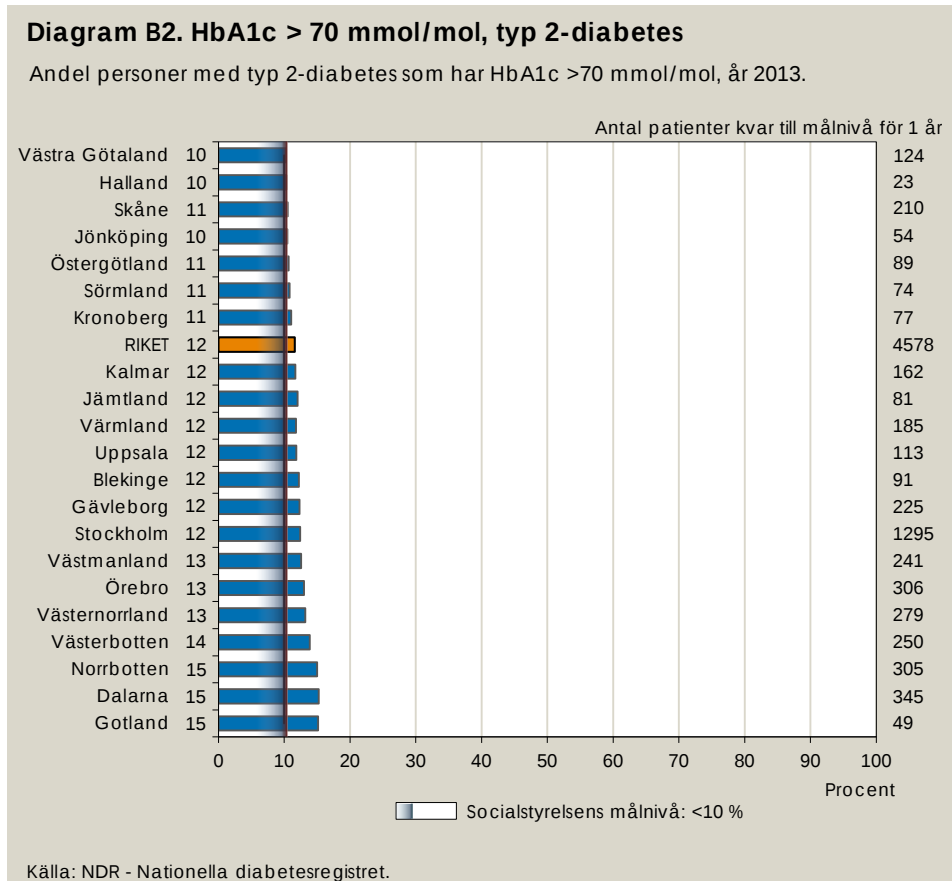
Socialstyrelsens nationella målnivå

För indikatorn HbA1c över 70 mmol/mol bland personer med typ 2-diabetes har Socialstyrelsen fastställt målnivån till < 10 procent.

Motivering till målnivån

Otillräcklig glukoskontroll är ett allvarligt hälsotillstånd som medför stor risk för komplikationer för den enskilde. Av den anledningen är det av stor vikt att hälso- och sjukvården ger stöd till denna patientgrupp. Utvecklingsinsatser genomförs nu inom landsting och regioner för att implementera behandlingsstrategier för denna målgrupp. Socialstyrelsen bedömer därför att det finns skäl att se över och eventuellt justera målnivån relativt snabbt. Socialstyrelsen bedömer också att det finns skäl att huvudmännen gör fördjupade analyser för olika patientgrupper och med särskilt fokus på nydebuterade personer med typ 2-diabetes.

Utvecklingsbehov för att nå Socialstyrelsens fastställda målnivå



Med utgångspunkt i 2013 års uppgifter innebär en målnivå på < 10 procent att ytterligare cirka 4 600 personer med typ 2-diabetes bör nå en HbA1c-nivå under 70 mmol/mol, i riket som helhet.

Målnivå för blodtryck < 140/85 mmHg

Vad visar indikatorn

Indikatorn visar andelen personer med typ 1- respektive typ 2-diabetes som noterats för ett blodtryck under 140/85 mmHg.

Varför är indikatorn viktig att mäta?

Det är viktigt med en effektiv behandling av högt blodtryck hos personer med diabetes för att minska risken för makro- och mikrovaskulära komplikationer. De makrovaskulära komplikationerna, det vill säga stroke, hjärtinfarkt och perifer kärlsjukdom, står för merparten av den ökade sjukligheten och dödligheten vid typ 2-diabetes. De medför stort lidande och sänkt livskvalitet för individerna, och en stor kostnad för sjukvården och samhället.

Högt blodtryck ökar risken för diabetesnefropati (njurskador) som är en väl dokumenterad riskfaktor för hjärt-kärlsjukdom och död. Mikrovaskulära komplikationer, sjukliga förändring i små blodkärl, kan leda till njursvikt, synnedsättning och behov av amputation.

Indikatorn är intressant såväl ur ett professionsperspektiv som ur ett styrnings- och ledningsperspektiv.

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal personer med diabetes registrerade i Nationella diabetesregistret (NDR) med blodtryck < 140/85 mmHg.

Nämnare: Antal personer med typ 1- respektive typ 2-diabetes som har ett registrerat värde i NDR under mätperioden.

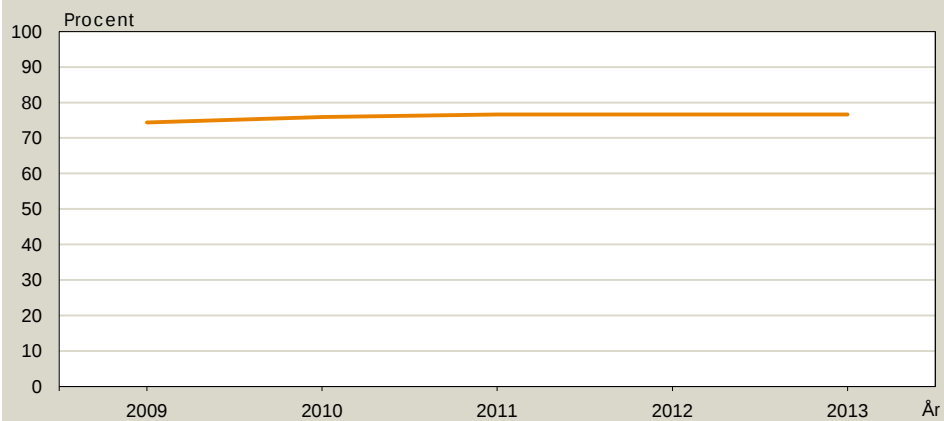
Felkällor

Olika sätt att mäta blodtryck samt avrundning till 0 eller 5 mmHg vid angivande av resultat kan påverka utfallet.

Tidsserie för typ 1-diabetes

Diagram B3. Blodtryck < 140/85 mmHg, typ 1-diabetes

Andel personer med typ 1-diabetes som har blodtryck < 140/85 mmHg.



Källa: NDR - Nationella diabetesregistret.

Uppgifter för år 2013

Uppgift	Värde
Antal patienter i jämförelsen	34 740
Variation mellan landstingen	83-68 %
90:e percentilen	79,3 %
Registreringsgrad för riket	95 %

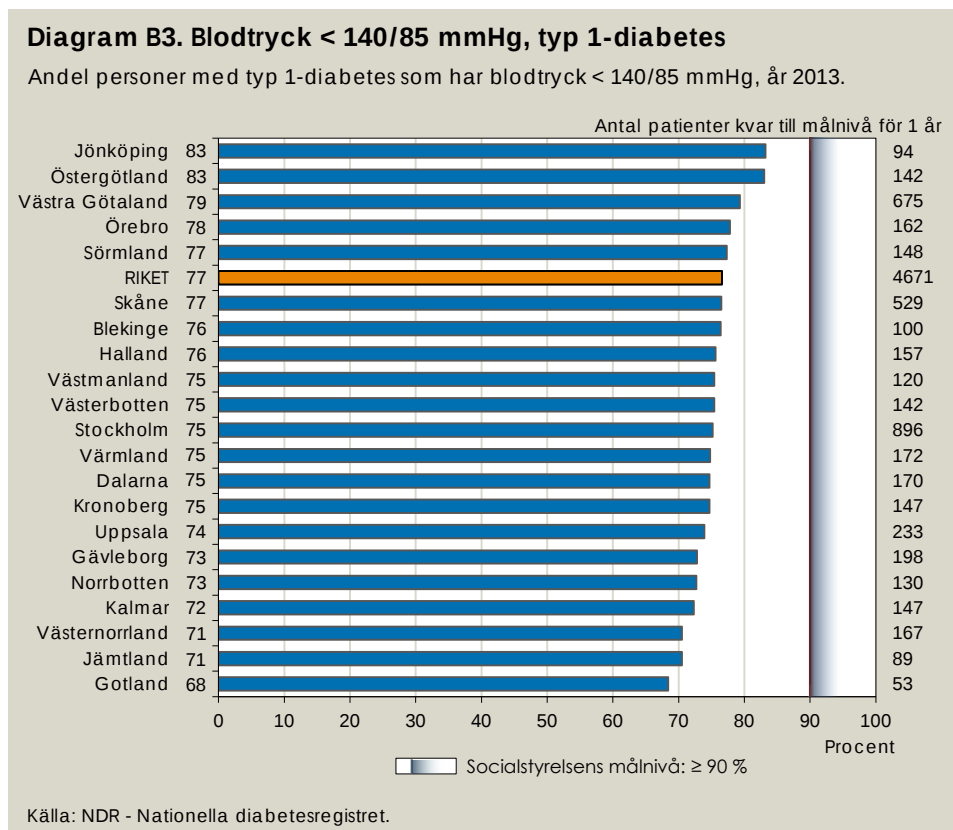
Socialstyrelsens nationella målnivå

För indikatorn blodtryck < 140/85 mmHg bland personer med typ 1-diabetes har Socialstyrelsen fastställt målnivån till ≥ 90 procent.

Motivering till målnivån

Högt blodtryck är den viktigaste orsaken till stroke och bidrar i hög utsträckning till ökad risk för hjärtinfarkt, nedsatt cirkulation i benen och njursvikt. Av den anledningen är det viktigt att hälso- och sjukvården erbjuder personer med diabetes och högt blodtryck interventioner för att åstadkomma ett bra blodtryck i enlighet med aktuella riktlinjer. För att indikatorn ska vara jämförbar mellan olika enheter och landsting krävs att blodtrycksmätning sker i enlighet med anvisningar från Nationella diabetesregistret (NDR).

Utvecklingsbehov för att nå Socialstyrelsens fastställda målnivå

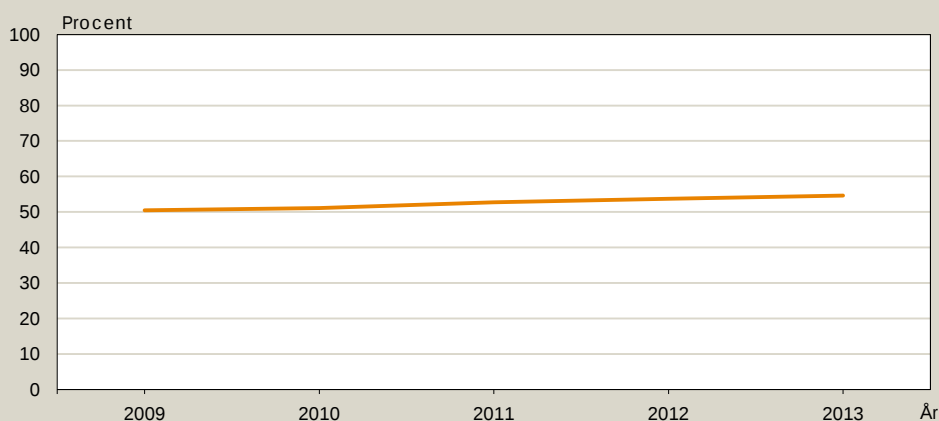


Med utgångspunkt i 2013 års uppgifter innebär en målnivå på ≥ 90 procent att ytterligare cirka 4 700 personer med typ 1-diabetes bör nå ett blodtryck under 140/85 mmHg, i riket som helhet.

Tidsserie för typ 2-diabetes

Diagram B3. Blodtryck < 140/85 mmHg, typ 2-diabetes

Andel personer med typ 2-diabetes som har blodtryck < 140/85 mmHg.



Källa: NDR - Nationella diabetesregistret.

Uppgifter för år 2013

Uppgift	Värde
Antal patienter i jämförelsen	287 003
Variation mellan landstingen	66-43 %
90:e percentilen	57,2 %
Registreringsgrad för riket	94,9 %

Socialstyrelsens nationella målnivå

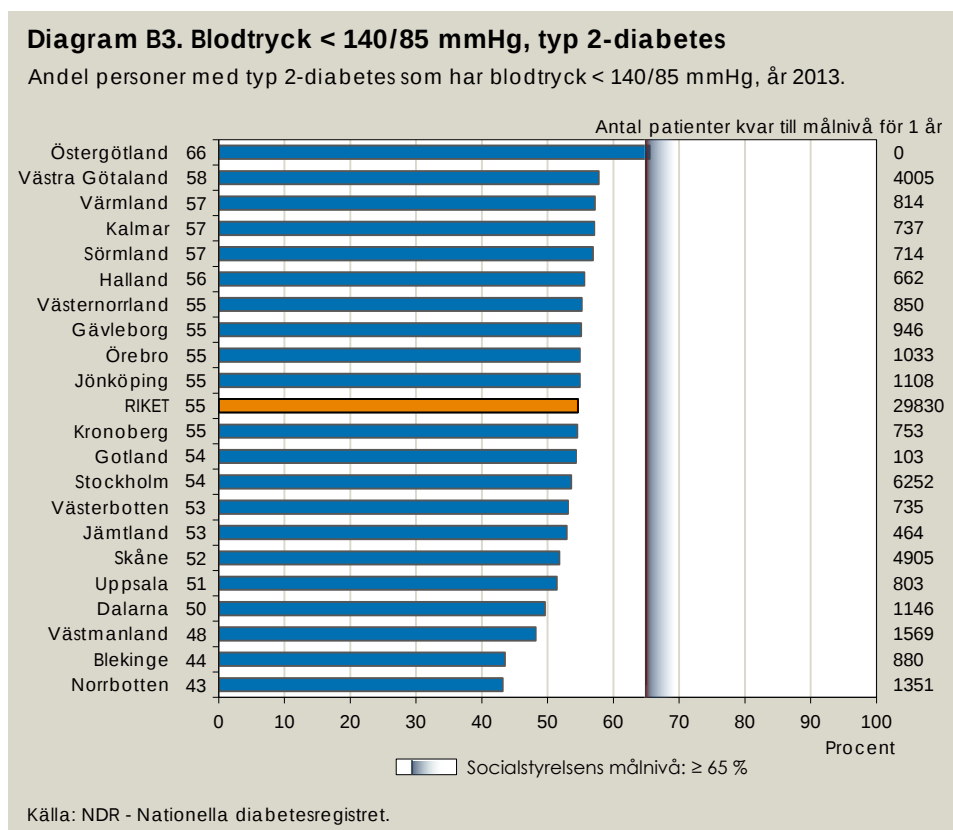
För indikatorn blodtryck < 140/85 mmHg bland personer med typ 2-diabetes har Socialstyrelsen fastställt målnivån till ≥ 65 procent.

Motivering till målnivån

Högt blodtryck är den viktigaste orsaken till stroke och bidrar i hög utsträckning till ökad risk för hjärtinfarkt, nedsatt cirkulation i benen och njursvikt. Av den anledningen är det viktigt att hälso- och sjukvården erbjuder personer med diabetes och högt blodtryck interventioner för att åstadkomma ett bra blodtryck i enlighet med aktuella riktlinjer. För vissa personer med typ 2-diabetes och högt blodtryck finns det av medicinska skäl svårigheter att uppnå god blodtryckskontroll. Detta är den huvudsakliga anledningen till att målnivåerna för typ 1- och typ 2-diabetes skiljer sig så markant.

Socialstyrelsen bedömer också att det finns skäl att huvudmännen gör fördjupade analyser för olika patientgrupper med särskilt fokus på nydebuterade personer med typ 2- diabetes.

Utvecklingsbehov för att nå Socialstyrelsens fastställda målnivå



Med utgångspunkt i 2013 års uppgifter innebär en målnivå på ≥ 65 procent att ytterligare cirka 29 800 personer med typ 2-diabetes bör nå ett blodtryck under 140/85 mmHg, i riket som helhet.

Målnivå för fotundersökning

Vad visar indikatorn

Indikatorn visar andelen personer med typ 1- respektive typ 2-diabetes som genomgått enkel fotundersökning.

Varför är indikatorn viktig att mäta?

Personer med diabetes bör få sina fötter kontrollerade regelbundet, eftersom sjukdomen kan leda till allvarliga problem som svårläkta fotsår och infektioner samt fotdeformiteter. Denna grupp löper en akut risk att drabbas av skador, stort lidande samt nedsättning av livskvaliteten. Det är viktigt att tidigt upptäcka fot- deformiteter, känselnedsättning och försämrad cirkulation för att då sätta in preventiv fotvård, ortopedtekniska behandlingar och kärlkirurgiska åtgärder som kan förhindra svårare komplikationer och amputationer.

Indikatorn är intressant såväl ur ett professionsperspektiv som ur ett styrnings- och ledningsperspektiv.

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal personer med diabetes registrerade i Nationella diabetesregistret (NDR) som genomgått enkel fotundersökning under mätåret.

Nämnare: Antal personer med typ 1- respektive typ 2-diabetes som har ett registrerat värde i NDR under mätåret.

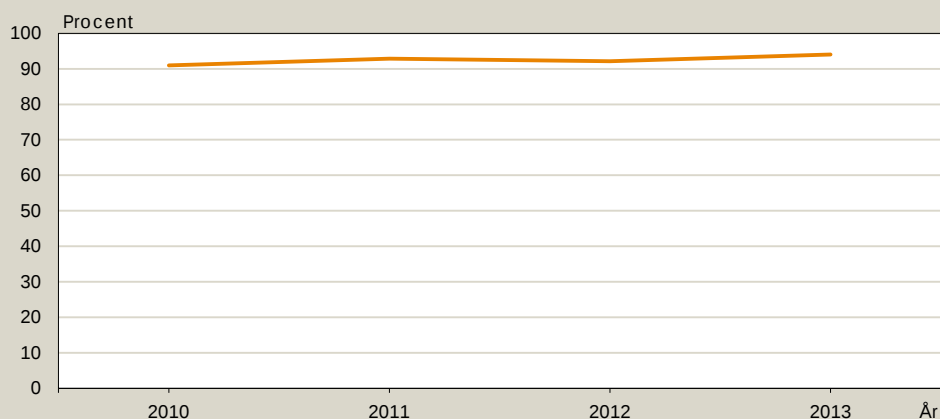
Felkällor

Undersökningsmetoder kan variera, vilket kan påverka landstingens registrering även resultatet. Monofilamenttest, stängaffelprov, Ipswich touch test och vibrometer skiljer sig något och mäter olika kvaliteter av känsel. Det stora flertalet undersöks sannolikt med monofilamenttest. Täckningsgraden för underlaget till denna indikator varierar mellan landstingen. Vid tolkning av resultatet bör detta tas i beaktande.

Tidsserie för typ 1-diabetes

Diagram C1. Fotundersökning, typ 1-diabetes

Andel personer med typ 1-diabetes som genomgått en enkel fotundersökning det senaste året.



Källa: NDR - Nationella diabetesregistret.

Uppgifter för år 2013

Uppgift	Värde
Antal patienter i jämförelsen	39 662
Variation mellan landstingen	100–87 %
90:e percentilen	99 %
Registreringsgrad för riket	88,6 %

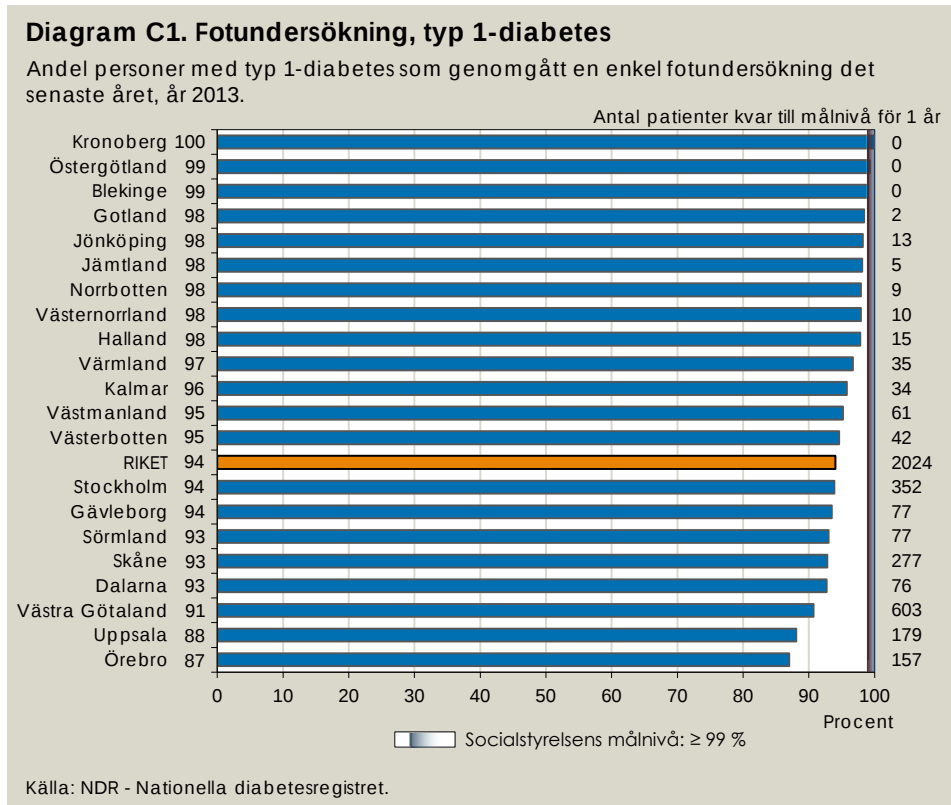
Socialstyrelsens nationella målnivå

För indikatorn fotundersökning av personer med typ 1-diabetes har Socialstyrelsen fastställt målnivån till ≥ 99 procent.

Motivering till målnivån

Långvarig diabetes kan leda till allvarliga fotproblem, såsom svårläkta sår, infektioner och fotdeformiteter. Fotundersökning är därför en viktig intervention ur både medicinsk och pedagogisk synvinkel. Socialstyrelsen bedömer att i princip alla personer med diabetes bör genomgå fotundersökning. Socialstyrelsen bedömer samtidigt att det kan finnas några få individer som av olika orsaker inte kan eller vill genomgå fotundersökning varför målnivån inte kan hamna på 100 procent.

Utvecklingsbehov för att nå Socialstyrelsens fastställda målnivå

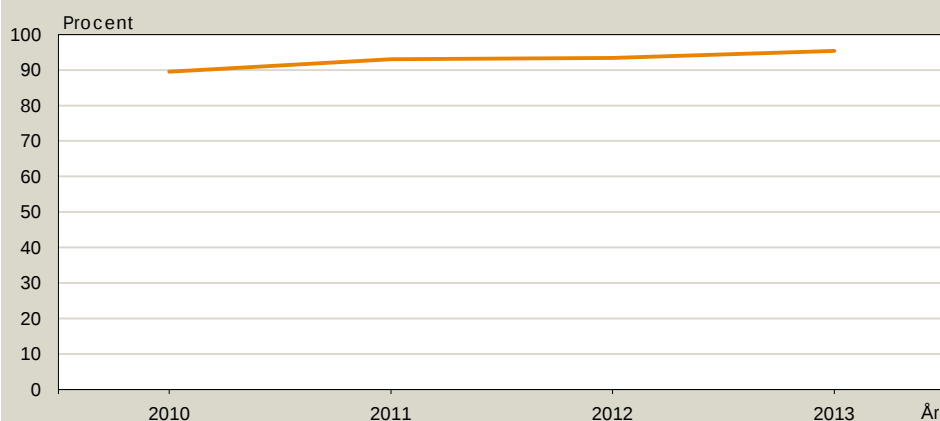


Med utgångspunkt i 2013 års uppgifter innebär en målnivå på ≥ 99 procent att ytterligare cirka 2 000 personer med typ 1-diabetes bör genomgå en enkel fotundersökning, i riket som helhet.

Tidsserie för typ 2-diabetes

Diagram C1. Fotundersökning, typ 2-diabetes

Andel personer med typ 2-diabetes som genomgått en enkel fotundersökning under det senaste året.



Källa: NDR - Nationella diabetesregistret.

Uppgifter för år 2013

Uppgift	Värde
Antal patienter i jämförelsen	238 773
Variation mellan landstingen	100–81 %
90:e percentilen	99 %
Registreringsgrad för riket	81,8 %

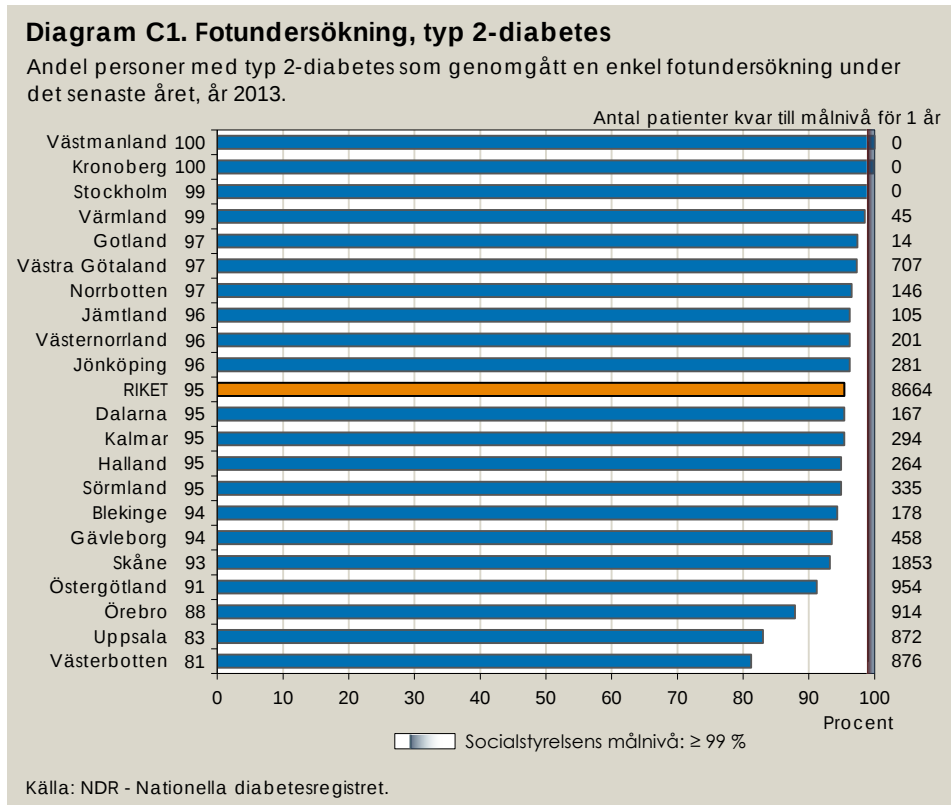
Socialstyrelsens nationella målnivå

För indikatorn fotundersökning av personer med typ 2-diabetes har Socialstyrelsen fastställt målnivån till ≥ 99 procent.

Motivering till målnivån

Långvarig diabetes kan leda till allvarliga fotproblem, såsom svårläkta sår, infektioner och fotdeformiteter. Fotundersökning är därför en viktig intervention ur både medicinsk och pedagogisk synvinkel. Socialstyrelsen bedömer att i princip alla personer med diabetes bör genomgå fotundersökning. Socialstyrelsen bedömer samtidigt att det kan finnas några få individer som av olika orsaker inte kan eller vill genomgå fotundersökning varför målnivån inte kan hamna på 100 procent.

Utvecklingsbehov för att nå Socialstyrelsens fastställda målnivå



Med utgångspunkt i 2013 års uppgifter innebär en målnivå på ≥ 99 procent att ytterligare cirka 8 700 personer med typ 2-diabetes bör genomgå en enkel fotundersökning, i riket som helhet.

Målnivå för ögonbottenundersökning

Vad visar indikatorn

Indikatorn visar andelen personer med typ 1- respektive typ 2-diabetes som genomgått ögonbottenundersökning inom av de nationella riktlinjerna angivna tidsintervall (2 år för typ 1-diabetes och 3 år för typ 2-diabetes). Endast patienter utan dokumenterad retinopati ingår i indikatorns underlag.

Varför är indikatorn viktig att mäta?

Personer med diabetes kan drabbas av synnedsättning på grund av att diabetessjukdomen leder till skador på de små blodkärlen i ögonbotten och därmed skada på näthinnan, så kallad retinopati. Med regelbundna ögonbottenfotograferingar går det dock att tidigt upptäcka förändringar i ögonbottenarna.

Indikatorn är intressant såväl ur ett professionsperspektiv som ur ett styrnings- och ledningsperspektiv.

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal personer med diabetes registrerade i Nationella diabetesregistret (NDR) som genomgått ögonbottenundersökning under de senaste 2 åren för typ 1-diabetes och de senaste 3 åren för typ 2-diabetes.

Nämnare: Antal personer med typ 1- respektive typ 2-diabetes utan notering om retinopati registrerade i NDR under respektive tidsperiod.

Felkällor

Landstingen använder olika intervall för ögonbottenundersökning samt olika åldersgränser för undersökningen. Detta kan påverka registreringsgraden i NDR för denna variabel.

Tidsserie för typ 1-diabetes

Tidstrend saknas för denna indikator.

Uppgifter för år 2013

Uppgift	Värde
Antal patienter i jämförelsen	10 870
Variation mellan landstingen	97–89 %
90:e percentilen	96,6 %
Registreringsgrad för riket	94,6 %

Socialstyrelsens nationella målnivå

För indikatorn ögonbottenundersökning av personer med typ 1-diabetes har Socialstyrelsen fastställt målnivån till ≥ 98 procent.

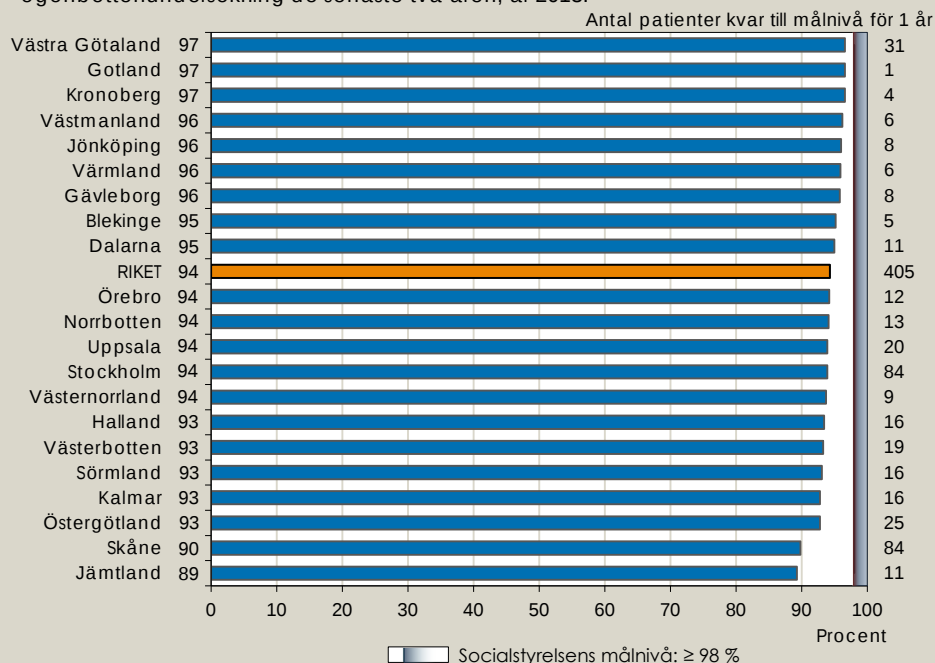
Motivering till målnivån

Regelbunden undersökning och vid behov behandling av ögonbottnar hos personer med diabetes har medfört att olika typer av synnedsättning har minskat. Socialstyrelsen bedömer att målet skall vara högt satt men att en liten andel av patienterna av olika skäl inte kan medverka till undersökningen. Likaså finns det några enstaka patienter som faller utanför tidsgränsen på två år. Socialstyrelsen har beaktat detta i målnivån.

Utvecklingsbehov för att nå Socialstyrelsens fastställda målnivå

Diagram C2. Ögonbottenundersökning, typ 1-diabetes

Andel personer med typ 1-diabetes utan dokumenterad retinopati som genomgått ögonbottenundersökning de senaste två åren, år 2013.



Källa: NDR - Nationella diabetesregistret.

Med utgångspunkt i 2013 års uppgifter innebär en målnivå på ≥ 98 procent att ytterligare cirka 400 personer med typ 1-diabetes bör genomgå en ögonbottenundersökning, i riket som helhet.

Tidsserie för typ 2-diabetes

Tidstrend saknas för denna indikator.

Uppgifter för år 2013

Uppgift	Värde
Antal patienter i jämförelsen	151 627
Variation mellan landstingen	98–79 %
90:e percentilen	95,6 %
Registreringsgrad för riket	94,8 %

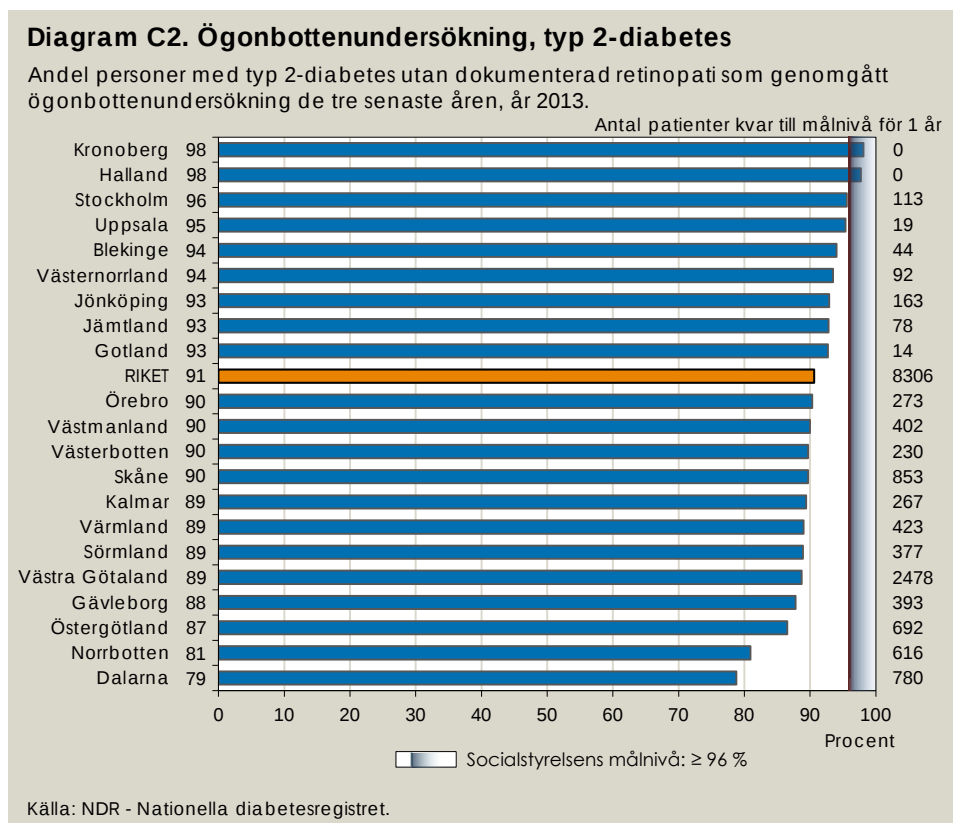
Socialstyrelsens nationella målnivå

För indikatorn ögonbottenundersökning av personer med typ 2-diabetes har Socialstyrelsen fastställt målnivån till ≥ 96 procent.

Motivering till målnivån

Regelbunden undersökning av ögonbotten hos personer med diabetes och vid behov behandling har medfört att olika typer av synnedsättning har minskat. Socialstyrelsen bedömer att målet ska vara högt satt men att en något högre andel av personer med typ 2-diabetes inte kan genomgå ögonbottenundersökning jämfört med personer med typ 1-diabetes, på grund av svår sjuklighet och hög ålder. Likaså finns det några enstaka patienter som faller utanför tidsgränsen på tre år. Socialstyrelsen har beaktat detta i målnivån.

Utvecklingsbehov för att nå Socialstyrelsens fastställda målnivå



Med utgångspunkt i 2013 års uppgifter innebär en målnivå på ≥ 96 procent att ytterligare cirka 8 300 personer med typ 2-diabetes bör genomgå en ögonbottenundersökning, i riket som helhet.

Målnivå för icke-rökare bland personer med diabetes

Vad visar indikatorn?

Indikatorn visar andelen icke-rökare bland personer med typ 1- respektive typ 2-diabetes.

Varför är indikatorn viktig att mäta?

Rökstopp är en mycket viktig preventiv åtgärd för att minska risken för diabeteskomplikationer och hjärt- och kärlsjukdomar. Hälso- och sjukvården kan göra en viktig insats genom att identifiera och hjälpa personer som inte på egen hand klarar av att sluta röka. Genom att erbjuda rökavvänjande insatser kan fler personer med diabetes bli rökfria. Indikatorn är intressant såväl för professionerna som ur ett styrnings- och ledningsperspektiv.

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal personer som enligt uppgift i Nationella diabetesregistret (NDR) är icke-rökare.

Nämnare: Antal personer med typ 1- respektive typ 2-diabetes registrerade i NDR.

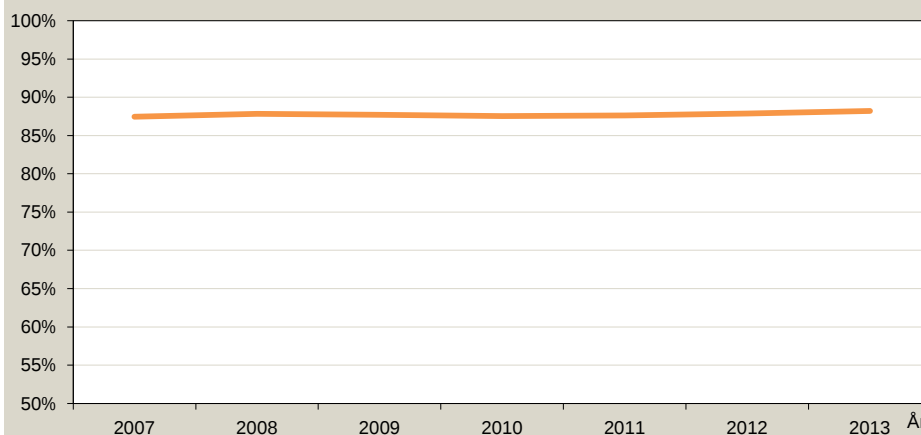
Felkällor

Jämförelsen baseras på självrapporterade data från personer med diabetes, vilket kan påverka resultatet.

Tidsserie för typ 1-diabetes

Diagram D2. Icke-rökare bland personer med typ 1-diabetes

Andelen icke-rökare, personer med typ 1-diabetes.



Källa: NDR - Nationella diabetesregistret.

Uppgifter för år 2013

Uppgift	Värde
Antal patienter i jämförelsen	33 730
Variation mellan landstingen	85–92 %
90:e percentilen	91,5 %
Registreringsgrad för riket	88,2 %

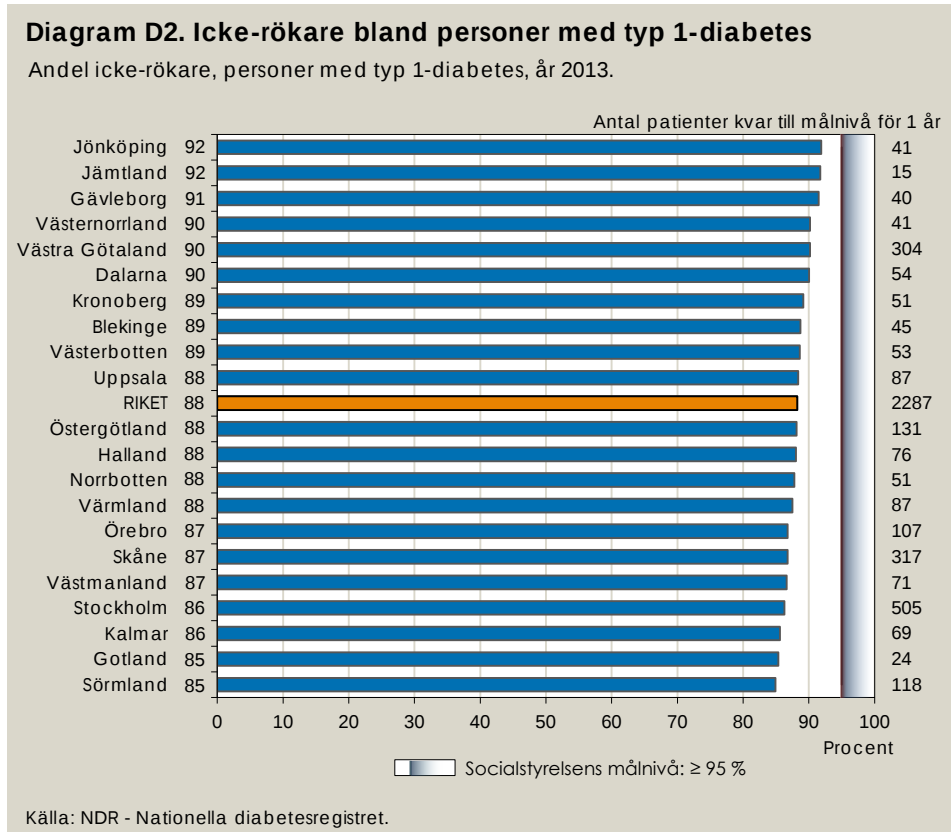
Socialstyrelsens nationella målnivå

För indikatorn icke-rökare bland personer med typ 1-diabetes har Socialstyrelsen fastställt målnivån till ≥ 95 procent.

Motivering till målnivån

Rökning medför ökade hälsorisker, och för personer med diabetes är dessa risker ännu större. Av den anledningen är det av stor vikt att hälso- och sjukvården ger hjälp och stöd till personer med diabetes att sluta röka. Helst borde alla sluta röka, men ett mål på ≥ 95 procent bedöms vara mer realistiskt. Socialstyrelsens bedömning är också att det kan ta tid för landstingen att uppnå denna målnivå samt att det kräver att frågan prioriteras i hälso- och sjukvården.

Utvecklingsbehov för att nå Socialstyrelsens fastställda målnivå

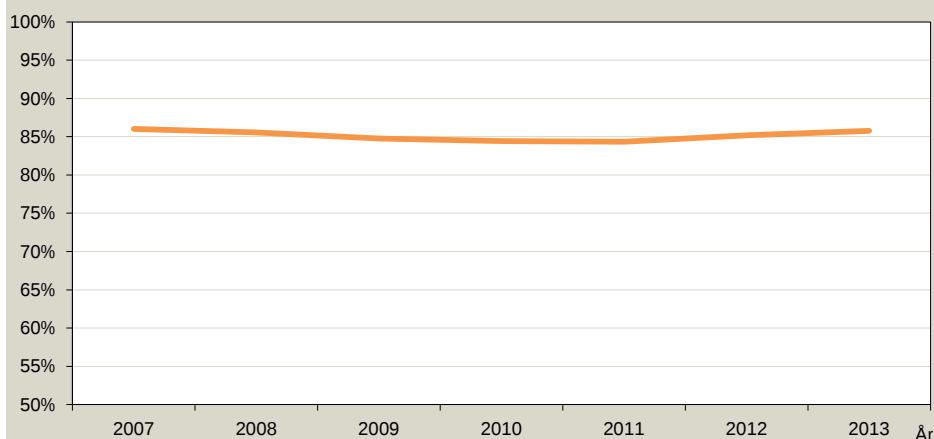


Med utgångspunkt i 2013 års uppgifter innebär en målnivå på ≥ 95 procent att ytterligare cirka 2 300 personer med typ 1-diabetes bör få hjälp och stöd att sluta röka.

Tidsserie för typ 2-diabetes

Diagram D2. Icke-rökare bland personer med typ 2-diabetes

Andelen icke-rökare, personer med typ 2-diabetes.



Källa: NDR - Nationella diabetesregistret.

Uppgifter för år 2013

Uppgift	Värde
Antal patienter i jämförelsen	254 719
Variation mellan landstingen	82–89%
90:e percentilen	88,4%
Registreringsgrad för riket	85,7 %

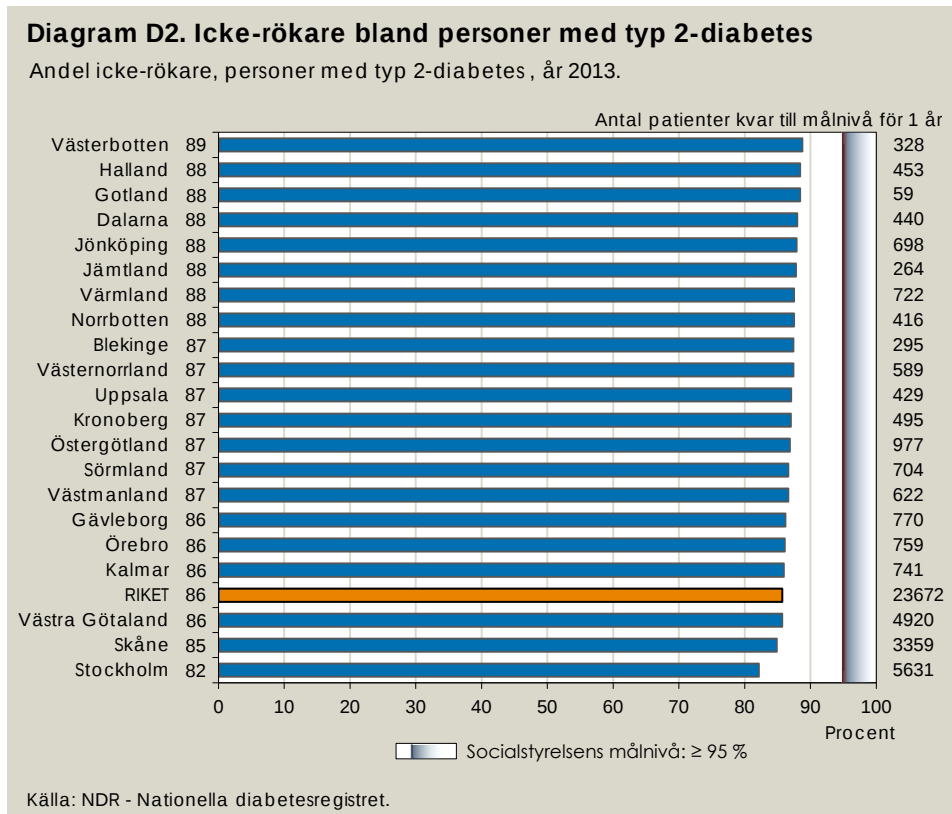
Socialstyrelsens nationella målnivå

För indikatorn icke-rökare bland personer med typ 2-diabetes har Socialstyrelsen fastställt målnivån till ≥ 95 procent.

Motivering till målnivån

Rökning medför ökade hälsorisker, och för personer med diabetes är dessa risker ännu större. Av den anledningen är det av stor vikt att hälso- och sjukvården ger hjälp och stöd till personer med diabetes att sluta röka. Helst borde alla sluta röka, men ett mål på ≥ 95 procent bedöms vara mer realistiskt. Socialstyrelsens bedömning är också att det kan ta tid för landstingen att uppnå denna målnivå samt att det kräver att frågan prioriteras i hälso- och sjukvården.

Utvecklingsbehov för att nå Socialstyrelsens fastställda målnivå



Med utgångspunkt i 2013 års uppgifter innebär en målnivå på ≥ 95 procent att ytterligare cirka 23 700 personer med typ 2-diabetes bör få hjälp och stöd att sluta röka.

Referenser

1. Nationella riktlinjer för diabetesvård 2014. Stöd för styrning och ledning. Preliminär version. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.
2. Att sätta mål – förslag till modell för målsättning av indikatorer i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för cancervård. 2012-01-24. Socialstyrelsen; 2011 (Dnr 22497/2011).
3. Målnivåer för hjärtsjukvård och strokevård: Socialstyrelsen; 2014.
4. Nationella riktlinjer för diabetesvård 2014. Indikatorbilaga. Preliminär version. Hämtad 2014-12-02 från:
<http://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/nr-diabetes-indikatorbilaga-preliminar-2014.pdf>
5. Nationella riktlinjer – Utvärdering 2015 – Diabetesvård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.

Bilaga 1. Konsensusgruppens deltagare

Externa deltagare

Michael Alvarsson, företrädare SFD
Christian Berne, expertgrupp indikatorer
Ingela Bredenberg, företrädare SFSD
Katarina Eeg-Olofsson, expertgrupp indikatorer, NPR Diabetes
Henning Elvtegen, regionföreträdare (Sydöstra)
Lillemor Fernström, NPR Diabetes (Diabetesförbundet)
Soffia Gudbjörnsdottir, expertgrupp indikatorer, NDR
Anders Hallberg, regionföreträdare (Uppsala-Örebro)
Sten Holm, regionföreträdare (Stockholm)
Stefan Jansson, expertgrupp indikatorer, NPR Diabetes
Karin Johansson, NPR Diabetes
Janeth Leksell, företrädare SFSD
Mikael Lilja, NPR Diabetes
Peter Lönnroth, regionföreträdare (Västra Götaland)
Christoffer Martinelle, NPR Diabetes
Tomas Troëng, regionföreträdare (Södra)
Susanne Waldau, regionföreträdare (Norra)
Karin Wikblad, expertgrupp indikatorer
Claes-Göran Östensson, NPR Diabetes

Från Socialstyrelsen

Christina Broman, Socialstyrelsen
Tony Holm, SKL och Socialstyrelsen
Björn Nilsson, Socialstyrelsen
Mikael Nyman, Socialstyrelsen

Bilaga 2. Indikatorer som strukits från målnivåuppdraget

Under expertgruppens första gallring av indikatorlistan ansågs ett antal indikatorer av olika skäl inte vara aktuella som målnivåindikatorer. Dessa indikatorer presenteras nedan tillsammans med en kortfattad motivering till varför de inte anses lämpa sig för målnivå. Observera att indikatorerna i många fall fortfarande är värdefulla instrument för uppföljning av vården av personer med diabetes och att de alltså inte stryks som kvalitetsindikatorer.

De indikatorer som baseras på enkätuppgifter, eller som är utvecklingsindikatorer utan datakälla, är i dagsläget inte aktuella för målnivå.

Dödlighet i hjärt- och kärlsjukdom

En viktig anledning till att indikatorn inte är lämplig för målnivå är att en målnivåindikator måste vara tydligt avgränsad och justerad för samtliga bakgrundsfaktorer som kan påverka utfallet.

Amputation ovan fotled

En viktig anledning till att indikatorn inte är lämplig för målnivå är svårigheten att identifiera riskpatienter med hjälp av läkemedelsregistret. Indikatorn kan dock fortfarande användas som ett övergripande mått på vårdkvalitet.

Patienter med diabetesnefropati som påbörjat aktiv uremivård

Resultaten av indikatorn påverkas till viss del av att nyregistreringen i registret av personer med diabetes och låg risk för njurskada ökar till följd av en regelbunden undersökning i primärvården. Därmed är indikatorn svår att målsätta.

Dödföddhet och neonatal dödlighet bland enkelbörder

En viktig anledning till att indikatorn inte är lämplig för målnivå är att indikatorn omfattar så få fall att en målnivå inte skulle tillföra något ytterligare.

Allvarliga fosterskador

En viktig anledning till att indikatorn inte är lämplig för målnivå är att indikatorn omfattar så få fall att en målnivå inte skulle tillföra något ytterligare.

Laktacidosis vid metforminbehandling

Med hänsyn till indikatorns felkällor och registreringsproblematik bedöms en målnivå inte tillföra något ytterligare i dagsläget.

HbA1c < 52 mmol/mol

De nationella riktlinjernas behandlingsmål för HbA1c är < 52 mmol/mol. Behandlingsmålet bör dock inte tillämpas på alla patienter då det kan vara medicinskt riskabelt för en del patienter. Exempelvis för äldre, personer med frekventa hypoglykemier samt personer som riskerar svåra mikro- eller makrovaskulära komplikationer. För att inte riskera att dessa personer överbehandlas har Socialstyrelsen istället valt att fastställa målnivåer för andelen patienter med HbA1c över 70 mmol/mol.

Uppmätt makroalbuminuri

Indikatorn anses inte vara lämplig för målnivå av flera skäl. Bland annat kan albuminutsöndringen variera från dag till dag, det saknas standardiserade mätmetoder, och rapporteringen till registret är för vissa landsting bristfällig.

Bilaga 3. Indikatorer för senare målsättning

I detta avsnitt presenterar vi de indikatorer som kan bli aktuella för fastställande av målnivå efter justering, eller då registreringen i berörda kvalitetsregister ökat.

Statinbehandling vid diabetes efter graden av risk för hjärt- och kärlsjukdom

Denna indikator är i dag inte fullt ut mätbar då en funktion för riskbedömning (riskmotor) är under utveckling i NDR. När indikatorn är mätbar och har testats kan målnivå bli aktuell.

Förekomst av proliferativ diabetesretinopati

En viktig anledning till att indikatorn inte är lämplig för målnivå är att registreringsgraden i registret för denna indikator varit låg under tidigare år. Registreringsgraden har dock förbättrats för år 2013 och indikatorn kan därför bli aktuell för målnivå om några år.

Mätning av albuminutsöndring i urinen

Registreringsgraden för denna variabel i NDR behöver öka innan indikatorn blir aktuell för målnivå. I dagsläget är registreringsgraden såväl för riket som för enskilda landsting alldeles för låg.

Fysisk aktivitet vid diabetes

En anledning till att indikatorn inte är lämplig för målnivå är att det krävs en tydligare definition av begreppet fysisk aktivitet för att indikatorn ska gå att målsätta. I dagsläget finns en risk att personer med diabetes som rapporterar uppgifter om sin fysiska aktivitet uppfattar begreppet olika. Om definitionen tydliggörs kan denna indikator bli aktuell för målnivå vid ett senare tillfälle.