

Öppna jämförelser 2016

Säker vård

En indikatorbaserad uppföljning

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till alternativaformat@socialstyrelsen.se

Artikelnummer 2017-1-16
Publicerad www.socialstyrelsen.se, januari 2017

Förord

Socialstyrelsen redovisar här rapporten *Öppna jämförelser 2016. Säker vård*, som belyser vården ur ett patientsäkerhetsperspektiv. Rapporten redovisar ett urval av indikatorer av förekomst av vårdskador, åtgärder som förebygger vårdskador, strukturella förhållanden som kan påverka förekomsten av vårdskador samt generella indikatorer som avspeglar förhållanden och variationer som till en betydande del påverkar hur säker vården är.

Rapporten vänder sig till beslutsfattare på olika nivåer, som politiker, tjänstemän och olika professionsgrupper, i synnerhet dem som arbetar med patientsäkerhet.

De indikatorer som redovisas har utvecklats och förankrats med nätverket för patientsäkerhet som samordnas av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), med Svenska Läkaresällskapets kommitté för säker vård och med ett antal nationella kvalitetsregister.

Arbetet med rapporten har samordnats och genomförts av en arbetsgrupp bestående av Marianne Aggestam, Max Köster, Behzad Kouchehi, Michael Soop, Carina Skoglund och Karin Bodell. Dessutom har flera medarbetare från Socialstyrelsen, från ett antal kvalitetsregister samt från Sveriges Kommuner och Landsting medverkat till rapporten. Birgitta Lindelius har varit ansvarig enhetschef.

Mona Heurgren
Avdelningschef
Avdelningen för statistik och jämförelser
Socialstyrelsen

Innehåll

■ Ny indikator

○ Förändrad indikator

Förord	3
Sammanfattning	7
Inledning	9
Öppna jämförelser säker vård	10
Öppna jämförelser – bakgrund	21
Resultatredovisning	24
Generella indikatorer	25
1–2. Utlokaliseringar och överbeläggningar	25
■ 3. Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler	29
4. Responstid för ambulans	31
■ 5. Vårdtillfällen med vårdskador inom somatisk slutenvård	32
6. Vårdrelaterade infektioner	35
7. Trycksår i slutenvård	37
Hälsö- och sjukvård till äldre personer	40
8. Förebyggande åtgärder	40
9. Tio eller fler läkemedel bland äldre personer	42
10. Äldre personer med läkemedel som bör undvikas	44
11. Användning av antipsykotiska läkemedel hos äldre personer	47
Kvinnosjukvård	50
12. Önskad händelser efter borttagande av livmoder	50
13. Adnexoperation med laparoskopisk teknik	51
Förlossning och nyföddhetsvård	54
14. Bristningar vid förlossning bland förstföderskor	54
15. Låg Apgar-poäng hos nyfödda	56
16. Vårdrelaterade infektioner hos barn i neonatalvård	58
■ 17. Akut återinskrivning efter förlossning	60
■ 18. Skador hos nyfödda barn	62
■ 19. Livshotande hjärtsjukdomar upptäckta på BB	64
Diabetes	67
20. Dödlighet i hjärt-kärlsjukdom vid diabetes	67
21–23. Ögonbottenundersökningar	69
■ 24–25. Risk för hjärt-kärlsjukdom hos personer med diabetes	73
Cerebrovaskulär sjukdom – stroke	78
26. Dödlighet efter sjukhusvårdad förstagångsstroke	78

27. Test av sväljförmåga vid akut stroke	80
◦ 28. Reperfusionsterapi vid hjärninfarkt	83
29. Tid till trombolys	85
30. Direktintag på strokeenhet	88
Hjärtsjukdom	91
31. Död inom 28 dagar efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt	91
◦ 32. Skador efter nyinsättning eller utbyte av pacemaker	93
33. Antikoagulantia vid förmaksflimmer och riskfaktor för stroke	94
34. Basbehandling vid hjärtsvikt	97
◦ 35. Reperfusion inom målsatt tid vid STEMI	100
▪ 36. Tid till kranskärlsröntgen vid icke-ST-höjningsinfarkt	102
▪ 37. Koronarangiografi och PCI via handled	104
Rörelseorganens sjukdomar	107
38. Återfrakturer efter en fragilitetsfraktur	107
39. Omoperation efter total höftprotesoperation	110
◦ 40–41. Önskad händelse efter knä- och höftprotesoperation	111
42. Behandling med benspecifika läkemedel efter fragilitetsfraktur	115
43. Behandling med biologiska läkemedel vid reumatoid artrit	118
44. Höftfrakturopoperation inom 24 timmar	120
Bipolär sjukdom, depression och schizofreni	123
45. Överdödlighet för vuxna patienter med bipolär sjukdom	123
46. Återfallsförebyggande behandling bipolär sjukdom	126
47. Överdödlighet för vuxna patienter med schizofreni	128
48. Behandling med antipsykotiska läkemedel vid schizofreni	130
49. ECT vid slutenvårdad svår depression	132
50. Depressionsskattning efter ECT	135
Övrig kirurgi – kärlkirurgi vid benartärsjukdom	138
▪ 51. Sekundärpreventiv läkemedelsterapi efter kärlkirurgiskt ingrepp	139
▪ 52. Allvarlig hjärt-kärlhändelse eller död till följd av hjärt-kärlsjukdom efter kärlkirurgiskt ingrepp	140
Referenser	142
Bilaga 1 – extern samverkan och samråd	146

Sammanfattning

Rapporten belyser vården ur ett patientsäkerhetsperspektiv, vilket innebär att den fokuserar på indikatorer för säker vård. Den riktar sig till huvudmännen som är ansvariga för styrning och ledning av hälso- och sjukvården men även till flera grupper inom professionen som arbetar med patientsäkerhet.

Här redovisas förekomsten av vårdskador, åtgärder som förebygger vårdskador, strukturella förhållanden som kan påverka förekomsten av vårdskador samt förhållanden som till en betydande del påverkar hur säker vården är. Rapporteringen innehåller en perspektivförskjutning från redovisning av skadeförekomst till redovisning av hur säker vården är genom att även fokusera på processer som förebygger vårdskador. Med vårdskador menas i det här sammanhanget skador som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vilket stämmer överens med patientsäkerhetslagens (PSL, 2010:659) definition av vårdskada.

Här redovisas några av resultaten i korthet:

Vårdskador, överbeläggningar, utlokaliseringar och läkemedel

- Andelen vårdskador har minskat i riket under de 42 månader som landstingen har granskat slumpmässigt utvalda sjukhusvårdtillfällen med markörbaserad journalgranskning. Andelen patienter med vårdskador, dvs. skador som hade kunnat undvikas har minskat med 13 procent mellan den första och den senare mätperioden. Så är det dock inte i alla landsting vilket gör att man på flera håll behöver analysera sina resultat. Markörbaserad journalgranskning visar att utlokaliserade patienter har dubbelt så hög andel vårdtillfällen med vårdskador än patienter som vårdas på disponibel vårdplats.
- Överbeläggningarna och utlokaliseringarna inom den slutna somatiska vården har tillsammans ökat från 2013 till 2016. Det är dock överbeläggningarna som stigit mest i riket som helhet. Vi ser även stora regionala skillnader för överbeläggningarna i synnerhet.
- Andelen äldre personer som får läkemedel som bör undvikas har minskat över tid i samtliga landsting vilket är en positiv utveckling.

Förlossnings- och nyföddhetsvård

- Tre av de sex indikatorerna visar en viss försämring över tid: låg Apgar-poäng hos nyfödda barn, förlossningsskador hos nyfödda barn samt akut återinskrivning av modern efter förlossning. Tillsammans pekar resultaten på att landstingen bör uppmärksamma denna utveckling och undersöka orsakerna.

Stroke, hjärtsjukdom och diabetes

- Om patienter med misstänkt stroke skrivs in på strokeenhet direkt minskar risken för efterföljande sjuklighet och funktionsnedsättning. Enligt Socialstyrelsens fastställda målnivå bör minst 90 procent av alla patienter vårdas

direkt på strokeenhet under den akuta fasen. Det är många landsting som inte uppnår målnivån. Fler landsting har ett eller flera sjukhus som inte alls eller endast delvis uppfyller kriterierna för strokeenhet.

- Andelen patienter som får basbehandling vid hjärtsvikt visar vårdens följsamhet till rekommendationer enligt nationella riktlinjer för hjärtsjukvård samt fastställd målnivå. Minst 65 procent av patienterna bör få kombinationsbehandling med RAAS-hämmare och betablockerare. Utfallet ligger för närvarande på 60 procent för riket som helhet.
- Patienter bör få reperfusionsbehandling inom målsatt tid vid STEMI för att återställa syretillförseln till hjärtat vid ST-höjningsinfarkt. Det finns mycket stora skillnader mellan landstingen och endast ett fåtal landsting uppnår reperfusionsbehandling inom målsatt tid.
- Andelen koronarangiografier (kranskärlsröntgen) och PCI via handled för att åtgärda förträngningar i hjärtats kranskärl har ökat. Nästan alla landsting ligger på en önskvärd nivå, det vill säga runt 80 procent av andelen patienter, vilket Svensk kardiologisk förening rekommenderar.
- Dödligheten i hjärt-kärlsjukdom vid diabetes sjunker. Dock är risken för hjärt-kärlsjukdom förhöjd hos personer med diabetes. Män har en betydligt högre risk än kvinnor att drabbas av framtida hjärt-kärlsjukdom. Det finns stora variationer mellan landstingen.
- Andelen ögonbottenundersökningar hos personer med typ 2-diabetes har minskat något under senare år. Det är viktigt med tidig upptäckt och behandling av kärl-förändringar i ögonbotten.

Frakturer, knä- och höftproteser

- Endast 13 procent av alla frakturdrabbade patienter erbjuds läkemedel mot benskörhet. Enligt Socialstyrelsens fastställda målnivå bör minst 30 procent av patienterna erbjudas dessa läkemedel. Variationerna i landstingen är mycket stora och förbättringspotentialen är betydande när det gäller att minska risken för framtida frakturer.
- Andelen oönskade händelser efter knä- och höftprotesoperation har minskat i riket som helhet över tid men spridningen mellan landstingen är betydande.

Schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd

- En stor andel av de personer som vårdades i slutenvården eller den specialiserade öppenvården för schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd hämtade ut antipsykotiskt läkemedel på recept det första halvåret efter sjukdomsepisoden. Läkemedelsbehandlingen har hög prioritet i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för antipsykotisk läkemedelsbehandling vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Spridningen mellan landstingen varierade med nästan 20 procentenheter.

Inledning

Sedan 2006 har Socialstyrelsen årligen presenterat öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Öppna jämförelser ska vara ett stöd för beslutsfattande på olika nivåer, för politiker och professionen, och är ett underlag i diskussionen om den gemensamt finansierade hälso- och sjukvårdens framtida utformning och utveckling. Allmänheten har, både som medborgare och som patient, rätt att ta del av information om verksamhetens kvalitet och effektivitet och att få insyn i hur säker vården är för patienter.

Som kunskapssamordnande myndighet tar Socialstyrelsen även fram nationella riktlinjer som baseras på aktuell kunskap samt utvärderingar av följsamheten till de nationella riktlinjerna. Kunskapsstyrningen inom Socialstyrelsens rapportering i olika uppföljningar och utvärderingar ska säkerställa att den bästa tillgängliga kunskapen tillämpas.

Denna rapport belyser vården ur ett patientsäkerhetsperspektiv.

Säker vård är en dimension i Socialstyrelsens rapportering om god hälsa, vård och omsorg och har sitt ursprung i myndighetens kunskapsstyrningsmodell och samlingsbegrepp; god vård och omsorg. Medborgarna ska få en god vård och omsorg vilket fastställs i lagstiftningen, både för hälso- och sjukvården och för socialtjänsten [1]. De olika dimensionerna används bland annat för att utveckla indikatorer i Socialstyrelsens rapportering för öppna jämförelser, nationella riktlinjer och utvärderingar av följsamheten av dessa.

Riksrevisionen har bedömt att statliga myndigheter som ansvarar för tillsyn, föreskrifter och kunskapsstöd behöver utveckla sitt stöd och ge vårdgivarna förutsättningar för att förbättra sitt patientsäkerhetsarbete [2]. Följande rapport om säker vård är ett underlag som ska bidra till detta.

De indikatorer som redovisas i denna rapport berör följande områden:

- förekomsten av vårdskador,
- åtgärder som förebygger vårdskador,
- strukturella förhållanden som kan påverka förekomsten av vårdskador,
- generella, vida indikatorer som avspeglar förhållanden och variationer som till en betydande påverkar hur säker vården är.

Cancervården omfattas inte i denna indikatorbaserade jämförelse. Socialstyrelsen avser att följa upp detta viktiga område i en särskild uppföljning.

Vårdskador har också en kostnad. Vården ska vara effektiv genom att tillgängliga resurser utnyttjas på bästa sätt för att uppnå uppsatta mål. SKL har tagit fram en rapport som belyser kostnader för förlängd vårdtid på grund av vårdskador. Det finns flera andra aspekter på kostnader som också behöver vägas in i sammanhanget. I den här rapporten redovisas inte någon data för kostnader för vårdskador. I ett avsnitt beskrivs däremot de olika delarna som behöver ingå i en kostnadsredovisning. Uppföljningsområdet behöver vidareutvecklas bland annat med indikatorer.

En del av indikatorerna som redovisas här kommer även att redovisas i Socialstyrelsens årliga lägesrapport inom patientsäkerhetsområdet 2017.

Öppna jämförelser säker vård

Öppna jämförelser är beskrivande och redovisar variationer mellan huvudmännen. Rapporten innehåller inte några analyser om orsakerna till dessa skillnader. Socialstyrelsen samlingsbegrepp, god vård och för hela befolkningen omfattar följande sex dimensioner [1]:

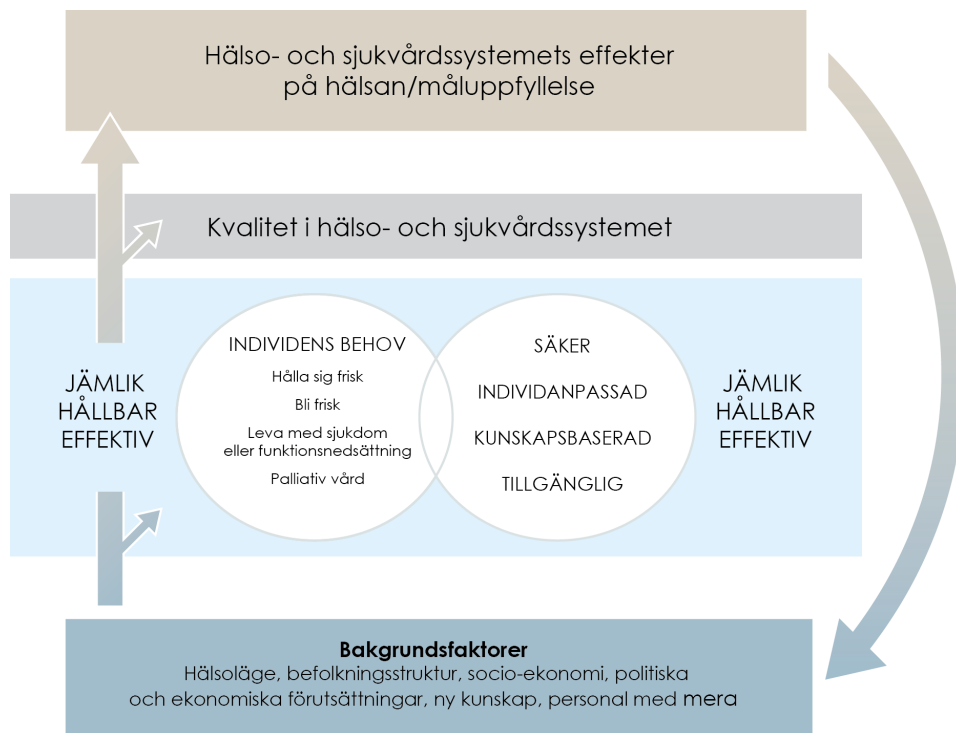
1. Vården och omsorgen ska vara *kunskapsbaserad* och baseras på bästa tillgängliga kunskap, och den ska bygga på både vetenskap och beprövad erfarenhet.
2. Vården och omsorgen ska vara *säker*. Riskförebyggande verksamhet ska förhindra skador. Verksamheten ska också präglas av rättssäkerhet.
3. Vården och omsorgen ska vara *individanpassad* och ges med respekt för individens specifika behov, förväntningar och integritet. Individen ska ha möjlighet att vara delaktig.
4. Vården och omsorgen ska vara *effektiv* och utnyttja tillgängliga resurser på bästa sätt för att uppnå uppsatta mål.
5. Vården och omsorgen ska vara *jämlik* och tillhandahållas och fördelas på lika villkor för alla.
6. Vården och omsorgen ska vara *tillgänglig* och ges i rimlig tid och ingen ska behöva vänta oskälig tid på vård eller omsorg.

Socialstyrelsen arbetar kontinuerligt med alla dimensionerna. Den här rapporten fokuserar på dimensionen säker vård.

Samlingsbegreppet god vård och omsorg, med de sex dimensionerna, är nu även integrerade i ett ramverk över hälso- och sjukvårdssystemet som baseras på internationella erfarenheter och har koppling till OECD:s ramverk över uppföljning av hälso- och sjukvårdssystemet [3].

Socialstyrelsen tillämpar ramverket enligt figuren nedan för att bättre kunna bedöma de indikatorer som redovisas. Dessutom underlättar ramverket en bedömning av hur väl de olika delarna av hälso- och sjukvården täcks in vid olika indikatorbaserade uppföljningar.

Figur 1: Socialstyrelsens ramverk för indikatorbaserade uppföljningar inom hälso- och sjukvårdssystemet



Källa: Socialstyrelsen.

Ramverket för indikatorbaserade uppföljningar inom hälso- och sjukvårdssystemet omfattar dimensionerna av god vård och omsorg och i synnerhet säker vård som är den viktigaste dimensionen och utgångspunkten vid valet av indikatorer i denna rapport. Rapporten följer upp ett antal områden för säker vård inom hälso- och sjukvårdssystemet.

I Socialstyrelsens uppföljningar och utvärderingar används indikatorer. Vid bedömning och urval av indikatorer utgår Socialstyrelsen från följande sex kriterier.

1. Indikatorn ska ange riktning, dvs. att höga eller låga värden är uttryck för bra eller dålig kvalitet och/eller effektivitet.
2. Indikatorn ska vara relevant och belysa ett område som är viktigt för verksamheten att förbättra och som speglar någon dimension av kvalitet och/eller effektivitet i utfallet.
3. Indikatorn ska vara valid, vilket innebär att den mäter det den avser att belysa och att den mäts på ett tillförlitligt sätt i ett system som samlar in data på ett likartat sätt år efter år.
4. Indikatorn ska vara vedertagen och bygga på kunskap, t.ex. nationella riktlinjer, vetenskap, laglig grund, beprövad erfarenhet, konsensus eller kunskap inhämtad från den det berör (patienten eller brukaren).
5. Indikatorn ska vara påverkbar så att huvudman eller utförare kan påverka indikatorns utfall.
6. Indikatorn ska vara mätbar och den ska kunna mätas med nationellt tillgänglig och kontinuerligt insamlad data.

Av dessa kriterier är det viktigast att indikatorn kan bidra med att identifiera en uttalad riktning, det vill säga, att höga eller låga värden är uttryck för bra eller dålig kvalitet och/eller effektivitet.

Lagstiftning som berör säker vård

Patientsäkerhetslagens (2010:659), PSL, definition av vårdskada har varit vägledande för urvalet av rapportens indikatorer. Enligt 1 kap. 5 § första stycket avses med vårdskada lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården. Således är indikatorer relevanta som speglar förekomsten av sådana skador samt åtgärder som vidtas för att undvika vårdskador. Enligt 1 kap. 6 § PSL avses med patientsäkerhet skydd mot vårdskada och i 3 kap. ställs bl.a. krav på vårdgivarna att vidta åtgärder för att förebygga vårdskador. Också dessa krav har varit vägledande i arbetet med att finna lämpliga indikatorer.

Även HSL har varit vägledande i valet av indikatorer. I 2 a § första stycket ställs krav på god vård vilket bl.a. innebär att hälso- och sjukvården ska vara av god kvalitet och att åtgärderna ska vara av god kvalitet och hålla god hygienisk standard. I 2 a § HSL ställs också andra krav, t.ex. på tillgänglighet, integritet, kontinuitet, samordning och informationsgivning.

Enligt 2 e § HSL ska det finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård skall kunna ges. Enligt 28 § ska ledningen av hälso- och sjukvård vara organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främjar kostnadseffektivitet. Även dessa krav kan, om de inte uppfylls, medföra vårdskador och de har därför varit en utgångspunkt i arbetet med att finna lämpliga indikatorer.

Olika typer av indikatorer

Resultatindikatorer - förekomst av skador och vårdskador

Resultatindikatorer ska spegla utfall för en patientgrupp utifrån uppställda mål, dvs. summan av allt som genomförts i vården och som utmynnar i ett resultat som är ändamålsenligt med behandling för patientgruppen.

Traditionellt har begreppet patientsäkerhet omfattat undvikbara händelser i vårdförloppet som har medfört skador för patienter. Exempel är att patienten fått en allvarlig allergisk reaktion för att det inte uppmärksammats att patienten var allergisk mot penicillin fastän det framgick tydligt i patientjournalen, eller att patientens friska njure opererades bort i stället för den sjuka. För att mäta patientsäkerheten eller egentligen bristen på säkerhet, finns en rad indikatorer som visar förekomsten av skador som drabbar patienter, exempelvis förekomsten av postoperativa infektioner och blodproppar efter vissa typer av ingrepp. I andra sammanhang kallas denna typ av indikatorer ofta som oönskade händelser, komplikationer eller med det engelska uttrycket *adverse events*.

Här betecknas denna typ av indikatorer som resultatindikatorer, oavsett om de mäter förekomsten av vårdskador dvs. undvikbara skador eller bara allmänt skador.

I rapporten redovisas även resultat från markörbaserad journalgranskning, där varje enskild skadas undvikbarhet har bedömts, vilket ger ett säkrare mått på förekomsten av vårdskador.

Processindikatorer - vårdens förmåga att åstadkomma säker vård

Processindikatorer ska spegla aktiviteter som utförs. Det kan vara relevant att följa upp en specifik behandling och att den genomförs enligt rekommendationer eftersom behandlingen baseras på verifierad kunskap eller forskning.

Vårdskador kan uppstå om patienter inte får rätt vård och behandling i rätt tid dvs. adekvata åtgärder i rätt tid. Vid vissa typer av ingrepp kan behandling med blodförtunnande medel och antibiotikabehandling minska risken för blodpropp och infektion i efterförloppet. Patienter som inte får sådan behandling kan således drabbas av skador som hade kunnat undvikas, dvs. vårdskador. När patienter får rätt vård och behandling i rätt tid är vården säker. Sedan många år tillbaka arbetar olika aktörer för att förbättra vårdprocesserna så att vården blir säker. Läkemedelsverket, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU), Socialstyrelsen och olika yrkesgrupper inom vårdprofessionen tar fram nationella rekommendationer för olika sjukdomstillstånd med syfte att patienterna ska få en säker vård.

De nationella kvalitetsregistren har medfört att allt fler rekommendationer enligt nationella riktlinjer kommit att inlemmas i kvalitetsregistrens uppföljningar vilket gör det möjligt att följa verksamheternas följsamhet till rekommendationerna på ett bättre sätt. Detta har gjort det möjligt att utveckla ett stort antal indikatorer som belyser verksamheternas följsamhet till rekommendationer, dvs. vårdprocessernas förmåga att ge patienterna en säker vård. Av utrymmesskäl kan endast några av dessa indikatorer redovisas i denna rapport, men i bilaga finns exempel på andra processindikatorer som återspeglar säker vård. Brister i vårdprocesserna kan också medföra att patienter i onödan utsätts för behandlingar som medför ökade risker. I denna rapport har vi därför tagit med några indikatorer som belyser olämplig läkemedelsförskrivning till äldre.

Merparten av de processindikatorer som redovisas i rapporten har traditionellt benämnts ”kvalitetsindikatorer”, vilket inte framhäver deras betydelse för att mäta och främja säkerheten i vården helt tydligt. I denna rapport vill vi framhålla deras centrala betydelse för att uppnå en säker vård.

Strukturindikatorer - vårdens förutsättningar för säker vård

Strukturindikatorer ska spegla påverkbara förutsättningar som exempelvis lokaler, personal och kompetens.

Olika påverkbara yttre omständigheter kan inverka på vårdprocesserna och påverka hur säker vården därmed blir. Det gäller t.ex. kvaliteten i hälso- och sjukvårdspersonalens utbildning, tillgången till vårdplatser och personal och journalsystemens funktionalitet. Sådana omständigheter mäts med strukturindikatorer, och i denna rapport redovisas några som har bäring på vårdens säkerhet. Ett betydande antal strukturindikatorer återstår att utveckla.

Generella indikatorer - för säker vård

Det finns även mer generella, vida indikatorer som ska belysa förhållanden och variationer som återspeglar säkerheten i vården. Exempelvis är frekvensen av återinskrivningar på sjukhus efter förlossning ett mått på att vården på sjukhus kan ha orsakat skador hos modern eller det nyfödda barnet. Dödlighet efter sjukhusvårdad förstagångsstroke är ett annat exempel. Återinskrivning och dödlighet kan också återspegla att adekvat vård inte finns eller kan erbjudas utanför den slutna vården och då följaktligen inte mäter skador eller vårdskador. Återinskrivning och dödlighet mäter också patienter som kan ha drabbats av sjukdom som inte har med något föregående vårdtillfälle att göra, eller en annan komplikation som inte var möjlig att identifiera under den tidigare sjukvårdsepisoden. Därav definieras dessa indikatorer som mer generella eftersom det mäter summan av flera utfall.

Urval och avgränsningar

Vården påverkas av många olika faktorer och vissa är mer viktiga att peka på i redovisningen än andra. Exempelvis styrs vårdens innehåll och inriktning av landstingens olika mål, prioriteringar och resursfördelning som formuleras på kort- och lång sikt. Andra faktorer har vården mindre möjligheter att förändra även om de påverkar variationerna som kan ses i utfallet. Bland exemplen finns befolkningsstruktur, dvs. case-mix, insjuknande och övrig sjuklighet som förlänger vårdepisoder eller som förhöjer vårdnivån eller omfattningen av behandlingen. Dessa skillnader är viktiga att framhålla när variationer och jämförelser redovisas.

De flesta indikatorer som har kartlagts för den här rapporten har sitt ursprung i öppna jämförelser och utvärderingar av följsamhet till nationella riktlinjer, och här har de bedömts med hänsyn till att de återspeglar säker vård. Ett antal nya indikatorer presenteras också. Rapporten ska inte ses som ett sammanfattande betyg av hur säker vården är i landstingen utan som ett försök att genom ett *balanserat urval* av indikatorer belysa några aspekter av landstingens arbete för en säker vård.

Denna rapport redovisar endast data på riks- och landstingsnivå samt data uppdelat på kön när så är möjligt.

Under 2013–2016 har Socialstyrelsen på regeringens uppdrag lämnat en årlig lägesrapport inom patientsäkerhetsområdet. Redovisningen utvecklas kontinuerligt för att främja förbättringsarbetet med fokus på områden där det finns behov av olika kunskapsstöd. En del av indikatorerna som redovisas här kommer även att redovisas i Socialstyrelsens rapport inom patient-säkerhetsområdet 2017.

Eftersom rapporten behandlar säker vård används begreppet *säker vård* istället för *säker vård och omsorg*. Den kommunala hälso- och sjukvården ingår i det samlade hälso- och sjukvårdssystemet och bör därför ingå i redovisningen. I rapporten redovisas en sådan indikator, förebyggande åtgärder inom äldreomsorgen, dvs. äldre som löper risk för fallskada, undernäring, trycksår eller nedsatt munhälsa vilket speglar patientsäkerhet i omvårdnadsarbetet.

Indikatorer från cancerområdet ingår inte i denna rapport. Det är dock viktigt att cancervården är säker, och Socialstyrelsen har i tidigare arbeten

tagit fram många indikatorer för säker vård inom detta område. Vi avser att belysa säker cancervård i en kommande rapport.

Generella indikatorer för säker vård

Struktur och process

Viktiga förutsättningar för säker vård (struktur)

Överbeläggningar

Utfokaliseringar

Vårdens förmåga att åstadkomma säker vård (process)

Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler

Responstid för ambulans

Förekomst av skador och vårdskador (resultat)

Vårdtillfällen med vårdskador inom somatisk slutenvård

Vårdrelaterade infektioner somatisk vård

Trycksår i slutenvård

Områdesvisa indikatorer för säker vård

Hälso- och sjukvård till äldre personer

Vårdens förmåga att åstadkomma säker vård (process)

Förebyggande åtgärder

Tio eller fler läkemedel bland äldre

Äldre med läkemedel som bör undvikas

Användning av antipsykotiska läkemedel hos äldre

Kvinnosjukvård

Förekomst av skador (resultat)

Oönskade händelser efter borttagande av livmoder

Vårdens förmåga att åstadkomma säker vård (process)

Adnexoperation med laparoskopisk teknik

Förlossning och nyföddhetsvård

Förekomst av skador (resultat)

Bristningar vid förlossning bland förstföderskor

Låg Apgar-poäng hos nyfödda

Vårdrelaterade infektioner hos barn i neonatalvård

Akut återinskrivning av modern på vårdavdelning inom 30 dagar efter förlossningen

Skador hos nyfödda barn upptäckta vid förlossning

Livshotande hjärtsjukdom upptäckta på BB

Diabetes

Förekomst av skador (resultat)

Dödlighet i hjärt- och kärlsjukdom vid diabetes

Vårdens förmåga att åstadkomma säker vård (process)

Ögonbottenundersökningar – diabetes i primärvård

Ögonbottenundersökningar vid typ 1-diabetes

Ögonbottenundersökning för barn och unga, typ 1-diabetes

Risk för hjärt- och kärlsjukdom hos personer med diabetes typ 2

Risk för hjärt- och kärlsjukdom hos personer med diabetes typ 1

Cerebrovaskulär sjukdom – stroke

Förekomst av skador (resultat)

Dödlighet efter sjukhusvårdad förstagångsstroke

Vårdens förmåga att åstadkomma säker vård (process)

Test av sväljförmåga vid akut stroke

Reperusionsbehandling vid hjärninfarkt

Tid till trombolys

Direktintag på strokeenhet

Hjärtsjukdom

Förekomst av skador (resultat)

Död inom 28 dagar efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt

Skador efter nyinsättning eller utbyte av pacemaker

Vårdens förmåga att åstadkomma säker vård (process)

Antikoagulantia vid förmaksflimmer och riskfaktor för stroke

Basbehandling vid hjärtsvikt

Reperfusion inom målsatt tid vid STEMI

Tid till kranskärlsröntgen vid icke-ST-höjningsinfarkt

Koronarango och PCI via handled

Rörelseorganens sjukdomar

Förekomst av skador (resultat)

Återfrakturer efter en fragilitetsfraktur

Omoperation efter total höftprotesoperation

Oönskade händelser efter knäprotesoperation

Oönskade händelser efter höftprotesoperation

Vårdens förmåga att åstadkomma säker vård (process)

Behandling med benspecifika läkemedel efter fragilitetsfraktur

Behandling med biologiska läkemedel vid reumatoid artrit

Höftoperation inom 24 timmar efter fraktur

Bipolär sjukdom, depression och schizofreni

Förekomst av skador (resultat)

Överdödlighet för vuxna patienter med bipolär sjukdom

Överdödlighet för vuxna patienter med schizofreni

Vårdens förmåga att åstadkomma säker vård (process)

Återfallsförebyggande behandling vid bipolär sjukdom

Behandling med antipsykotiska läkemedel vid schizofreni

ECT vid slutenvårdad svår depression

Depressionsskattning efter ECT

Övrig kirurgi – kärlkirurgi vid benartärsjukdom

Förekomst av skador (resultat)

Allvarlig hjärt-kärlhändelse eller död till följd av hjärt-kärlsjukdom efter kärlkirurgiskt ingrepp

Vårdens förmåga att åstadkomma säker vård (process)

Sekundärpreventiv läkemedelsterapi efter kärlkirurgiskt ingrepp

Processindikatorerna i rapporten ska spegla att patienter får adekvat diagnostik, behandling och åtgärder i rätt tid. I en tabell i indikatortexten återges i korthet viktiga patientsäkerhetsaspekter. Vad det innebär för patienten samt för vården i form av att utföra relevanta processer som påverkar utfallet.

Patientsäkerhetsperspektiv	Säker vård
Olika typer av vårdskador som kan uppstå om patienten inte får rätt vård och behandling i rätt tid.	Processer som hälso- och sjukvården bör arbeta med för att förebygga och motverka att vårdskador uppstår.

Ytterligare indikatorer har blivit bedömda som relevant för uppföljningsområdet säker vård och redovisas i rapporten av utrymmesskäl inte med data utan återges i bilaga 2 för följande områden.

- Astma & KOL
- Beroende- och missbruksvård
- Cancervård
- Diabetesvård
- Hjärtsjukvård
- Läkemedelsbehandling
- Rörelseorganens sjukdomar
- Strokesjukvård
- Generella indikatorer som berör fler verksamhetsområden alternativt diagnoser

Kostnadsaspekter på undvikbara skador i vården

Sjukvården utför många insatser inom olika verksamheter. Ibland uppstår skador som bedöms vara undvikbara, det vill säga vårdskador. Att patienter blir skadade i samband med vård och behandling, och att detta är relativt vanligt, har uppmärksammats allt mer runt om i världen [4].

Kostnaderna för skador är betydande. Det är viktigt men svårt att uppskatta omfattning av kostnader för skador, både undvikbara och icke undvikbara. Bland annat behöver man välja metoder och angreppssätt för att kunna göra den typen av studier. Sådana val påverkar de resultat som kommer fram.

Nedan presenteras några studier och artiklar där olika perspektiv och angreppssätt använts för att uppskatta och mäta kostnader förknippade med skador.

Kostnader för förlängd vårdtid på sjukhus på grund av skador och vårdskador

SKL har tagit fram en rapport där man uppskattar omfattningen av skador och vårdskador som inträffat på somatiska akutsjukhus och kostnader för

dessas [5], [6]. I fokus står kostnader som uppstår för sjukvården i samband med att en vårdskada uppstår och kostnader för därmed tillkommande vårdtyg.

Studien[5] visar att sjukvårdens kostnader på grund av förlängd vårdtid för skador var 11,5 mdkr, varav 8,5 mdkr bedömdes vara kostnader för vårdskador. Beräkningarna är baserade på markörbaserad journalgranskning av 19 141 vårdtillfällen inom somatisk slutenvård för vuxna år 2013.

Även om kostnaderna är höga omfattar beräkningarna endast de sjukvårdskostnader som uppstår på grund av de extra vård dagar som skador och vårdskador medför. Metoden för att identifiera skadorna och beräkningarna för att skatta kostnaderna för dessa redovisar en gränsyta med ett kortsiktigt sjukvårdsperspektiv.

Skador och vårdskador medför också extra kostnader för vården i form av återinskrivning, specialistvård, primärvård och kommunal hälso- och sjukvård.

Kostnadsaspekter på vårdskador och förebyggande insatser

Utöver de kostnader som går att uppskatta med tillvägagångssättet ovan finns andra kostnader som hör ihop med vårdskador. En sådan kostnad handlar om förebyggande insatser för att kunna undvika (en del av) de skador som uppkommer och som handlar om att stärka patientsäkerheten.

Hur mycket av sjukvårdens resurser som kan frigöras om vårdskadorna minskar är inte lätt att uppskatta då både kostnaden för och effekten av insatser för att förebygga vårdskador är svåra att beräkna. Väl riktade förebyggande insatser kan minska riskerna avsevärt och behöver inte alltid bli resurskrävande. Här behövs mer kunskap och fortsatt utvecklingsarbete.

Det är viktigt att sänka frekvensen av vårdskador ur flera olika aspekter. Det finns mycket att vinna på väl avvägda förebyggande insatser. Här inkluderar sjukvårdsperspektivet även en förebyggande kostnadsaspekt för vårdskador. En sådan kostnadsbild överstiger den som endast tar upp de kortsiktiga sjukvårdskostnaderna för de vård dagar som tillkommer på grund av vårdskador. Det är viktigt att från fall till fall försöka identifiera vilka de förebyggande insatserna skulle kunna vara och även att försöka uppskatta omfattningen på dessa kostnader.

Förebyggande insatser och resursanvändning i vården

Även väl riktade förebyggande åtgärder har en alternativkostnad. Alla förebyggande åtgärder kostar och innebär ofta att någon annan åtgärd inte kan genomföras. För att använda resurser till förebyggande insatser på bästa möjliga sätt måste förebyggande insatser balanseras mot risken för skador. Därtill krävs också att beslutsfattare har incitament att organisera sjukvården på ett sådant sätt att nyttan med förebyggande åtgärder balanseras mot kostnaderna [7]. Kunskapen om olika aspekter av ekonomiska konsekvenser behöver öka.

Kostnadsaspekter ur ett patientperspektiv

För patienter som drabbas av vårdskador uppstår också kostnader av olika slag [5]. En del går att värdera i ekonomiska termer, andra inte. Det kan

handla om sänkt eller förlorad arbetsinkomst. Sådana kostnader går att uppskatta och beräkna. Det lidande som patienten utsätts för är en subjektiv upplevelse men handlar också om varaktighet och omfattningen av eventuell funktionsnedsättning, invaliditet eller att patienten dör som följd av vårdskadan. Det finns inget rutinmässigt sätt att uppskatta eller beräkna sådana kostnader. För skador i trafiken finns kostnadsbaserade värderingar kring värdet av ett människoliv.

En annan aspekt på kostnad för en patient som skadas i vården är hur det drabbar familj och anhöriga. Här finns såväl inkomstbortfall, vilket går att uppskatta kostnadsmässigt, som lidande, vilket inte går att redovisa i kostnadstermer.

För en patient som drabbas av en vårdskada och i normala fall arbetar uppstår produktionsbortfall som följer på patienters längre vårdtid och med en varierande grad av komplikationer, bestående men eller död. För den typen av produktionsbortfall är det möjligt att göra uppskattningar av bortfallet. Till själva produktionsbortfallet ska också läggas förlorade skatteinkomster av att patienten kunnat arbeta mindre eller inte alls.

För alla dessa kostnader finns idag inte rutinmässigt insamlade data att tillgå.

Kostnadsaspekter kopplade till långvariga samhällsekonomiska effekter.

I en studie [8] har man belyst patientskadornas långvariga samhällsekonomiska effekter genom att undersöka de samhällsekonomiska kostnaderna för några typiska fall av ersättningsbara patientskador i slutenvården. Ersättning- en avser utbetalningar från LÖF (Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag).

I studien har man uppskattat den totala kostnaden för sjukvård, omsorg och produktionsbortfall för samtliga ersatta patientskador i sex utvalda skadegrupper: koronar bypass-operation (CABG, hjärtoperation vid kärlkramp eller hjärtinfarkt), förlossning, hysterektomi (borttagning av livmoder), höftoperation, knäoperation och gallvägslaparoskopi (galloperation med titthålsteknik).

I denna studie, som inte omfattar kostnaden för den samlade effekten av samtliga patientskador i vården, utgjorde produktionsbortfallet 50 procent av kostnaden, sjukvården 40 procent av kostnaden och vård och omsorg i hemmet 10 procent av kostnaden. Skadefallen följdes upp retrospektivt under åtta år. Skattningen inkluderar dock inte kostnader för patientens sveda, värk eller sorg.

Kostnadsaspekter kring att värdera skador i vården

Kostnader för skador, såväl undvikbara som ej undvikbara, kan beräknas på många olika sätt och med hänsyn till en mängd olika kostnadsposter under och efter sjukvårdstillfället, inom och utanför vården [5]. Den verkliga kostnaden för vården, patienten och samhället är svår att beräkna och olika perspektiv och val av angreppssätt påverkar vilken kostnadsbild som kommer fram [9]. När man väljer perspektiv och angreppssätt ska man vara medveten om hur avgränsningar och snitt på olika underlag påverkar den kostnadsbild som kommer fram och vad den kan användas till.

Datakällor

Följande datakällor har använts i denna rapport:

Socialstyrelsens register

Patientregistret
Dödsorsaksregistret
Läkemedelsregistret
Medicinska födelseregistret

Nationella kvalitetsregister

Senior alert
SNQ – Svenskt Neonatalt Kvalitetsregister
SwedeHeart
ICD- och pacemakerregistret
Riksstroke – Nationella kvalitetsregistret för stroke
NDR – Nationella Diabetesregistret
Nationella Diabetesregistret – SWEDIABKIDS
Nationella kvalitetsregistret inom gynekologisk kirurgi samt Gyn-
kvalitetstegistret
Nationellt kvalitetsregister för cervixcancerprevention
Kvalitetsregister ECT
Svensk Reumatologis Kvalitetsregister
Svenska Höftprotesregistret
Svenska Knäprotesregistret
Swedvasc, Nationella kvalitetsregistret för kärlkirurgi

Övriga datakällor

Punktprevalensmätning (PPM), SKL
Överbeläggningar och utlokaliseringar, SKL
SOS Alarm
Markörbaserad journalgranskning, SKL

Extern samverkan och samråd

De indikatorer som redovisas har utvecklats och förankrats med nätverket för patientsäkerhet som samordnas av SKL, med Svenska Läkaresällskapets kommitté för säker vård och med ett antal nationella kvalitetsregister. Kontaktuppgifter redovisas i bilaga 1.

Rapportens disposition och bilagor

Rapporten består av två delar, varav del ett är en inledning som beskriver förutsättningar och bakgrund till uppdraget samt beskrivningar och definitioner av centrala begrepp. I del två behandlas resultaten enligt en given ordning med koppling till dels ett antal delområden inom hälso- och sjukvården samt med koppling till vad indikatorer avser att belysa med relevans för säker vård.

Varje indikator redovisas med data i diagramform tillsammans med en förklarande text.

Tidsserier för riket och eventuell tilläggsinformation redovisas där det är relevant. Till rapporten hör tre bilagor varav de två sista delges i elektronisk form på Socialstyrelsens hemsida.

- Bilaga 1. Extern samverkan och samråd, kontaktuppgifter.
- Bilaga 2. Beskrivning av indikatorer med befintlig data.
- Bilaga 3. Beskrivning av andra relevanta indikatorer för säker vård.

Öppna jämförelser – bakgrund

Öppna jämförelser redovisar variationer mellan huvudmännen. Ambitionen är att dataunderlaget som redovisas ska ha en god kvalitet, vara aktuella och rikstäckande. Genom en kontinuerlig användning förbättras dataunderlaget. Nedan beskrivs några viktiga steg i det arbetssätt som används inom öppna jämförelser.

Resultatredovisning och tolkning

Öppna jämförelser eller indikatorbaserade jämförelser innebär huvudsakligen att data bearbetas för att redovisa ett utfall enligt en definierad indikator samt genom ett antal olika identifierade redovisningsnivåer som har relevans för området som följs upp. I den här rapporten används länsnamn genomgående i diagrammen eftersom data till övervägande del redovisas utifrån patienternas hemlän. I vissa fall redovisas landstingens produktion, dvs. som berör den vård som produceras i det specifika landstinget vilket även inkluderar patienter som bor i annat län. I text adresseras dock huvudmännen, dvs. landstingen som är den part som kan påverka utfallet.

Öppna jämförelser är deskriptiva och variationer kommenteras så att läsaren lättare ska kunna tolka utfallet för egna analyser och nedbrytning på en mer detaljerad nivå. I den här rapporten redovisas dock merparten av indikatorer på länsnivå.

Texterna innehåller dock i allmänhet inte någon analys av orsakerna till de skillnader som uppvisas. Det är verksamhetens företrädare som bäst kan tolka och värdera sina egna utfall i nästa steg, och rapporten utgör därmed underlag för förbättringsarbete och analys på regional och lokal nivå.

Utfallen i diagrammen på landstingsnivå sorteras efter önskvärd riktning. I normalfallet innebär sorteringsordningen att en placering högt i upp i diagrammen är ett bättre utfall än en lägre placering. För de flesta indikatorer gäller att verksamheterna ska ha möjlighet att påverka utfallet för de enskilda indikatorerna. Det finns många faktorer att ta hänsyn till och variationerna beror inte sällan på skillnader i lokala och regionala förutsättningar, t.ex. skillnader i befolkningarnas hälsotillstånd och patientsammansättning. I många fall görs en åldersstandardisering utifrån landstingens befolkningsunderlag för att öka jämförbarheten vilket innebär att de olikartade åldersstrukturen i landstingen korrigeras för eller jämnas ut.

Det kan dock finnas skillnader i hälsotillstånd eller sjuklighet som inte bara beror på ålder och som inte kan korrigeras för. De justeringar som gjorts anges i diagramrubriker eller text.

Det är också viktigt att beakta skalan på värdeaxeln (dvs. den beroende variabeln): den skiljer sig stort mellan olika diagram och ofta börjar den inte på noll eller går exempelvis inte upp till 100 procent. Värden som bygger på färre än 30 observationer visas inte i diagrammen. För öppna jämförelser är det önskvärt att visa så aktuella data som möjligt och det är en fördel om indikatorn är utformad så att förbättringsarbeten ger effekt på kort sikt, men oftast ses effekter först på lång sikt. För indikatorer med liten datamängd, bör dock längre tidsperioder användas. Orsaken är att den statistiska osäkerheten kan bli alltför stor annars och att de årliga resultaten varierar beroende på slumpen. En avvägning behöver därför göras mellan aktualitet och statistisk säkerhet.

Konfidensintervall

I de flesta diagram redovisas konfidensintervall för den statistiska osäkerheten för ett enskilt värde genom att visa var inom ett visst intervall det så kallade sanna värdet befinner sig. Sådana intervall används ofta för att uppskatta osäkerheten i ett skattat värde vid slumpmässiga urval. Med få observationer ökar utrymmet för slumpen och då blir konfidensintervallen bredare.

Vanligen anges den övre och nedre gränsen för det intervall inom vilket det ”sanna” värdet med 95 procents säkerhet befinner sig. Flera av jämförelserna i denna rapport baseras dock inte på ett slumpmässigt urval utan på det totala antalet observationer inom en tidsperiod, exempelvis uppgifter från Socialstyrelsens hälsodataregister. I kvalitetsmätningar och i samband med jämförelser är det ändå vedertaget att ange den statistiska osäkerheten eftersom utfallet måste ses som ett av flera möjliga utfall av en process som innehåller en slumpfaktor. Då är det en fördel att beskriva osäkerheten med konfidensintervall.

Målnivåer

Socialstyrelsen har i uppdrag att ta fram målnivåer för indikatorerna i nationella riktlinjer och i samband med att följsamheten till att nationella riktlinjer utvärderas. De fastställda målnivåerna ger hälso- och sjukvården tydligare och mätbara kvalitetsmål att arbeta mot och målnivåerna har en vetenskaplig förankring. I den här rapporten redovisas också indikatorer med fastställda målnivåer av Socialstyrelsen samt med hänvisning till aktuella riktlinjer och utvärderingar.

Representativitet

När det gäller data från kvalitetsregister är det viktigt att ta hänsyn till registrens olika täckningsgrader. Även om ett register har god täckningsgrad, dvs. alla landsting ingår, kan registrets data ändå innehålla kvalitetsbrister som inte alltid är helt uppenbara.

Andelen rapporterade patienter varierar mellan de olika landstingen, vilket kan påverka utfallet. Det saknas nämligen information om vården för de patienter som inte finns med och det redovisade utfallet ger alltså inte en rättvis bild för hela patientgruppen. För vissa indikatorer accepteras en

relativt stor variation i täckningsgrad, detta anges då i texten som en särskild osäkerhet.

Resultatredovisning

Patientsäkerhetsarbetet har till stor del utgått från den somatiska sjukhusvården, riskområden och förekomsten av vårdskador. Inom andra områden behöver detta utvecklas [10]. Inom ramen för öppna jämförelser säker vård redovisas ett urval av indikatorer som:

- återspeglar förekomsten av vårdskador
- i vilken utsträckning vården vidtar åtgärder som förebygger vårdskador
- strukturella förhållanden som kan påverka vårdskadefrekvensen
- samt andra förhållanden som till en betydande del speglar hur säker vården är.

Det innebär att det blir en perspektivförskjutning i denna rapport från skaderapportering till att redovisa hur säker vården är, med indikatorer som återspeglar förebyggande åtgärder som därmed minskar förekomsten av skador och vårdskador.

Generella indikatorer

Socialstyrelsen redovisar här några viktiga förutsättningar och processer för säker vård som vårdgivarna kan påverka. Några förutsättningar är hälso- och sjukvårdens kunskap och kompetens, tillgången till vårdplatser och personal samt viktig utrustning, funktionalitet eller organisering för att bedriva en säker vård.

Dessutom redovisas tre generella indikatorer för att mäta patientsäkerheten eller bristen på säkerhet som drabbar patienter i form av skador eller vårdskador. Resultat speglas i form av skador som till en del inte går att undvika och som till en del går att undvika. Indikatorerna är följande:

- utlokaliseringar
- överbeläggningar
- följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler
- responstid för ambulans
- vårdtillfällen med vårdskador inom somatisk slutenvård
- vårdrelaterade infektioner
- trycksår i slutenvård.

1–2. Utlokaliseringar och överbeläggningar

Det finns flera patientsäkerhetsrisker kopplat till överbeläggningar och särskilt utlokaliseringar av patienter, bland annat kan det medföra smittspridning, ökad infektionsrisk, felmedicinering, försenad behandling eller medicinering och en ökad dödlighet vid vissa sjukdomstillstånd. Granskning av tillsynsärenden har bland annat visat att kommunikationen brister mellan vårdenheterna vid utlokalisering, det medför i sin tur oklarheter och försämrade möjligheter till kontinuitet och uppföljning av åtgärder [11]. Markörbaserad journalgranskning visar att utlokaliserade patienter har dubbelt så hög andel vårdtillfällen med vårdskador än patienter som vårdas på disponibel vårdplats [12].

Överbeläggning uppstår när en inskriven patient vårdas på en vårdplats som inte uppfyller kraven på disponibel vårdplats, det vill säga vårdplatsen saknar den fysiska utformning, utrustning och bemanning som säkerställer patientsäkerhet och arbetsmiljö. Brist på disponibla vårdplatser kan även leda till att patienter utlokaliseras, det vill säga vårdas på en annan vårdenhet än den som har specifik kompetens och medicinskt ansvar för patienten [11].

Som ett steg i arbetet för ökad patientsäkerhet har Socialstyrelsen och SKL utvecklat en modell för kunskapsstyrning av överbeläggningar och utlokalisering av patienter med det övergripande syftet att underlätta en bättre användning av vårdplatser och därmed en öka patientsäkerheten. Modellen innefattar bland annat månadsvis uppföljning av förekomsten av överbeläggningar och utlokaliserade patienter. Sedan september 2012 rapporterar

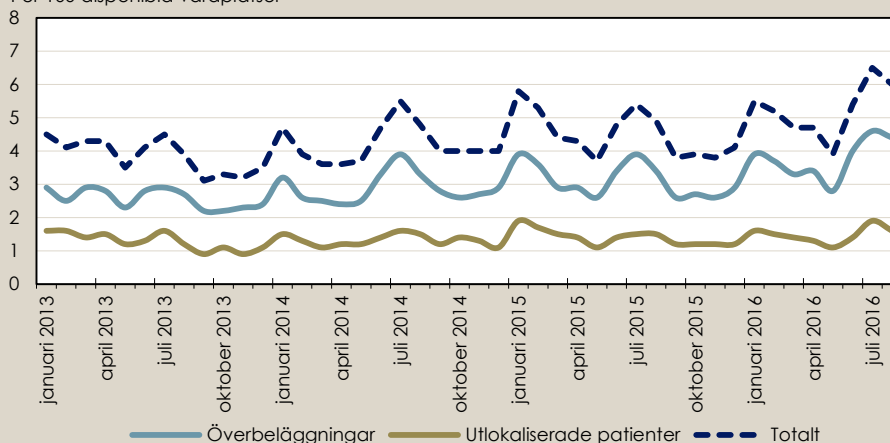
landsting och regioner kontinuerligt antalet överbeläggningar och utlokaliserade patienter till den nationella databasen, Väntetider i vården.

Här redovisar Socialstyrelsen två indikatorer, en för överbeläggningar inom somatisk vård per 100 disponibla vårdplatser samt en för utlokaliserade patienter inom somatisk vård per 100 disponibla vårdplatser. Det kan finnas vissa felkällor som tillämpning av definitioner samt svårigheter med registrering och patientadministrativa system. Inom den somatiska slutenvården varierar riksgenomsnittet för antalet utlokaliseringar 2015 mellan 1,1 och 1,9 per 100 disponibla vårdplatser med ett årsgenomsnitt på 1,4. Årsgenomsnittet för utlokaliseringar var marginellt lägre 2014: 1,3 per 100 disponibla vårdplatser.

1. RIKET. Överbeläggningar och utlokaliserade patienter

Överbeläggningar och utlokaliserade patienter per 100 disponibla vårdplatser i den slutna somatiska vården, månadsdata för riket.

Per 100 disponibla vårdplatser



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting.

Riksgenomsnittet för antalet överbeläggningar inom den somatiska slutenvården varierar mellan 2,6 och 3,9 per 100 disponibla vårdplatser med ett årsgenomsnitt på 3,1 år 2015. Årsgenomsnittet för antalet överbeläggningar var därmed något högre än 2014 då det var 2,9 per 100 disponibla vårdplatser med en variation mellan 2,4 och 3,9.

Diagrammet för riket visar medelvärde per månad för utlokaliseringar (nedre värdet), överbeläggningar (övre värdet) inom somatisk vård samt det totala medelvärdet för överbeläggningar och utlokaliseringar tillsammans.

Det är flest utlokaliseringar och överbeläggningar under jul och nyår samt under semesterperioden. Mellan 2013 och 2015 har årsgenomsnittet för utlokaliseringar ökat marginellt, från 1,3 till 1,4. För samma tidsperiod har årsgenomsnittet för överbeläggningar ökat från 2,6 till 3,1.

Patientsäkerhetsperspektiv	Säker vård
Genom att minska överbeläggningar och utlokaliseringar minskas risken för vårdrelaterade infektioner, felmedicinering, försenad behandling eller medicinering och dödlighet vid vissa sjukdomstillstånd.	Kontinuerlig, aktiv och central hantering av vårdplatser. Lokala riktlinjer som stödjer ett välfungerande vårdflöde. Välfungerande samverkan mellan vårdgivare.

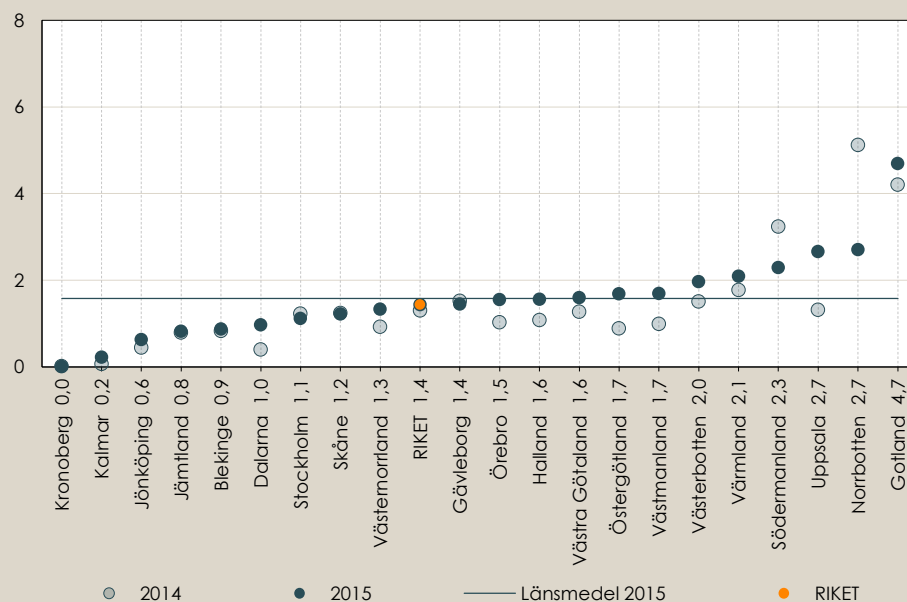
1. Utlokaliseringar

Årsgenomsnittet av antalet utlokaliseringar 2015 varierar mellan landstingen från 0 till 4,7 per 100 disponibla vårdplatser. Variationen 2014 låg mellan 0 och 5,1 per 100 disponibla vårdplatser. I diagrammet nedan redovisas antal utlokaliserade patienter per 100 disponibla vårdplatser, fördelat per landsting under perioden 2014 och 2015. Åtta landsting har i stort sett oförändrat antal utlokaliserade patienter 2015 jämfört med 2014. Norrbotten har störst minskning, från 5,1 till 2,7 och Gotland, som hade högst antal utlokaliserade 2014, har ökat ytterligare. Tio landsting ligger på eller under riksgenomsnittet.

1.1. LÄN. TOTALT. Utlokaliserade patienter

Antal utlokaliserade patienter per 100 disponibla vårdplatser i den slutna somatiska vården.

Per 100 disponibla vårdplatser



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting.

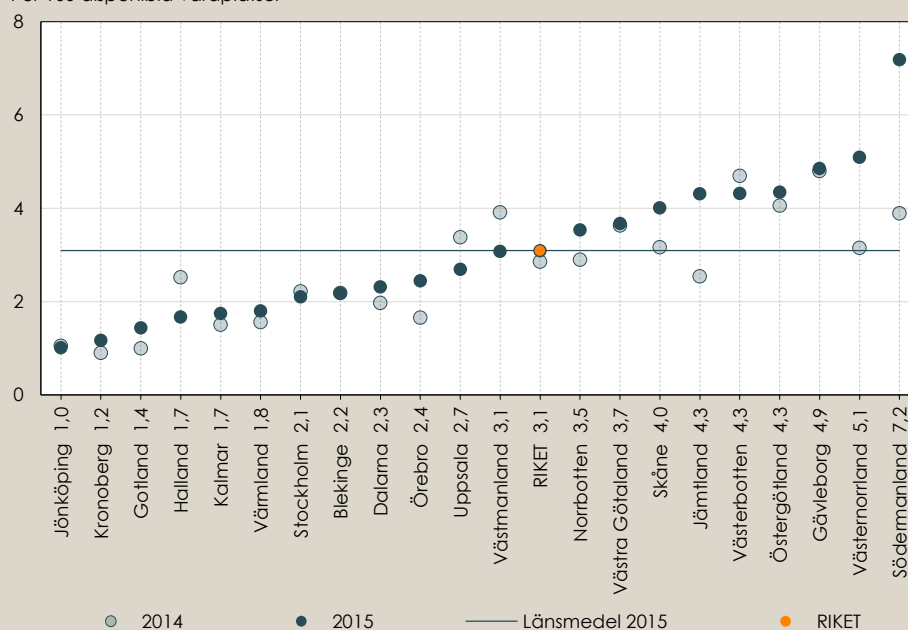
2. Överbeläggningar

Årsgenomsnittet av antalet överbeläggningar per 100 disponibla vårdplatser varierar i landstingen från 1 till 7,2 år 2015. Variationen är större jämfört med 2014 då den låg mellan 0,9 till 4,8. Indikatorn visar antal överbeläggningar per 100 disponibla vårdplatser, fördelat per landsting för perioden 2014 och 2015. Tolv landsting ligger på eller under riksgenomsnittet. Antalet överbeläggningar ökar framför allt i Sörmland.

2. LÄN. TOTALT. Överbeläggningar

Överbeläggningar per 100 disponibla vårdplatser i den slutna somatiska vården.

Per 100 disponibla vårdplatser



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting.

Resultatet ovan visar att landstingen har olika strategi för att hantera ansträngda vårdplatsbehov. Några väljer att överbelägga framför att utlokalisera medan andra gör tvärtom.

Inom psykiatrisk vård är överbeläggningar inte lika vanligt som inom den somatiska vården, och variationen är mindre. Riksgenomsnittet för överbeläggningar inom psykiatrisk vård 2015 varierar mellan 3,5 i oktober och 2,2 i mars och årsgenomsnittet är 2,9 per 100 disponibla vårdplatser. En handfull landsting rapporterar påtagligt fler överbeläggningar än riksgenomsnittet. 2014 var årsgenomsnittet för överbeläggningar 2,6 och 2013 var det 2,1 per 100 disponibla vårdplatser. Utlokaliseringar är ovanliga inom psykiatrisk vård: 0,1 per 100 disponibla vårdplatser.

Överbeläggningar och utlokaliseringar går att förebygga och minska. Det är viktigt att arbeta målinriktat med att matcha patientens behov med vårdpersonalens kapacitet och kompetens. En framgångsfaktor är en kontinuerlig, aktiv och central hantering av vårdplatser med aktiva vårdplatskoordinatorer med tydligt mandat. Överbeläggningar och utlokaliseringar är beroende av vad som händer i hela vårdkedjan och hur ansvars- och resursfördelning mellan alla vård- och omsorgsaktörer ser ut. Det kräver ett systematiskt och strategiskt samarbete genom hela vårdkedjan och gemensamma mötesforum. Det behövs lokala riktlinjer som stödjer ett välfungerande vårdflöde och det är viktigt att riktlinjerna följs. Om befintliga personalresurser och kompetens är bristfälliga och motverkar ett välfungerande vårdflöde kan förflyttning av arbetsuppgifter behövas [13].

3. Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler

Det finns många olika orsaker till att en vårdrelaterad infektion (VRI) uppstår. En viktig insats för att undvika såväl VRI som spridning av antibiotikaresistenta bakterier är att vårdpersonalen alltid följer basala hygienrutiner och klädregler (BHK). Från och med den 1 januari 2016 gäller de hygien- och klädregler, som redan gäller inom sjukvården, även vid arbete inom hemtjänsten, särskilda boenden och vissa LSS-boenden (Socialstyrelsens föreskrifter SOSFS 2015:10 om basal hygien i vård och omsorg).

I Sverige görs punktprevalensmätningar (PPM) av personalens följsamhet till hygienrutiner och klädregler. Mätningen genomförs under en tvåveckors-period på en bestämd tidpunkt på våren och baseras på Socialstyrelsens föreskrifter SOSFS 2015:10 om basal hygien i vård och omsorg. För att mäta hur personalen följer hygienrutiner och klädregler observerar och registrerar en person vårdpersonalen i vårdsituationen. Mätningen utgår från en standardiserad instruktion och ett protokoll och omfattar observationer av åtta steg¹.

Observationen av basala hygienrutiner gäller handdesinfektion före och efter patientnära arbete, användning av handskar och handdesinfektion i anslutning till det samt användning av plastförkläde eller patientbunden skyddsrock. Mätningen av klädregler gäller användning av kortärmad arbetsdräkt, frånvaro av ringar, klockor och armband på händer och underarmar, kortklippta naglar fria från konstgjorda material och kort eller uppsatt hår.

Tjugo landsting medverkade i PPM-BHK 2016². Antalet observationer är drygt 26 300 vid mätningen 2016 vilket är en ökning med 300 jämfört med 2015. Indikatoren visar att följsamheten till samtliga steg i både hygienrutiner och klädregler³ är 77,4 procent vilket ligger i nivå med 2015 då den var 75,8 procent. Följsamheten till klädregler är högre än följsamheten till hygienrutiner, 96,1 respektive 79,7 procent, vilket stämmer överens med tidigare mätningar. Det enskilda steg som har sämst följsamhet är handdesinfektion före patientnära arbete, 86,1 procent, med en spridning från 77,8 till 89,7 procent. Detta steg har varit det delmoment som haft lägst följsamhet i alla PPM: det har dock förbättrats från 72,4 procent sedan mätningen hösten 2010. Under de tio PPM som har genomförts i landstingen mellan 2010 och 2016 har följsamheten till klädreglerna ökat från 86,6 procent till 96,1 procent och till hygienrutinerna från 62,2 till 79,7 procent enligt diagrammet för riket.

¹ Ett nytt steg infördes 2016; observation av kortklippta naglar fria från konstgjorda material.

² Region Östergötland deltog inte i PPM utan registrerade data från kontinuerlig mätning av BHK. I Stockholms läns landsting deltog inte Danderyds sjukhus i PPM 2016. Region Jönköping deltog inte i mätningen 2016.

³ Resultatet omfattar inte observation av kortklippta naglar fria från konstgjorda material eftersom enstaka landsting inte registrerat resultat för detta nyinförda steg.

Patientsäkerhetsperspektiv

Hög följsamhet till dessa rutiner och regler medför en minskad infektionsrisk och spridning av antibiotikaresistenta bakterier vilket även leder till minskad sjuklighet, förlängd vårdtid och lidande för individen.

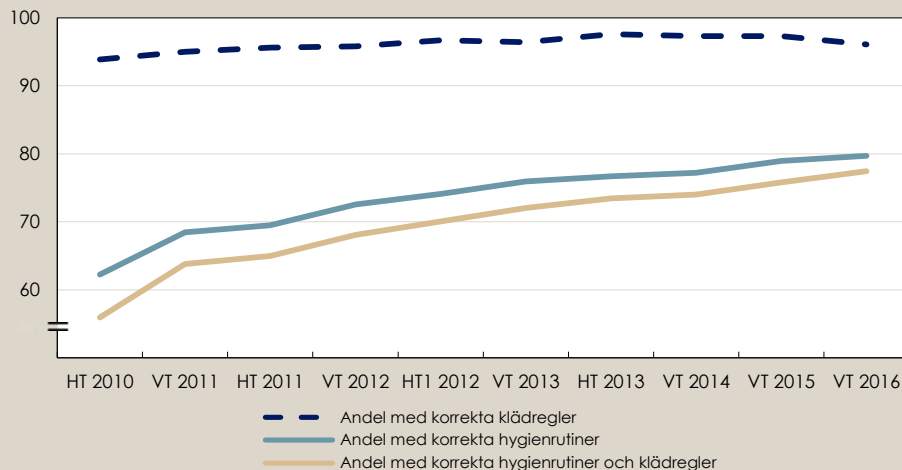
Säker vård

Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler.
Riskbedömningar, samarbete om vårdhygien, städning, delaktiga patienter.

3.1. RIKET. Basala hygienrutiner och klädregler

Följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler hos hälso- och sjukvårdspersonal 2010–2016

Procent

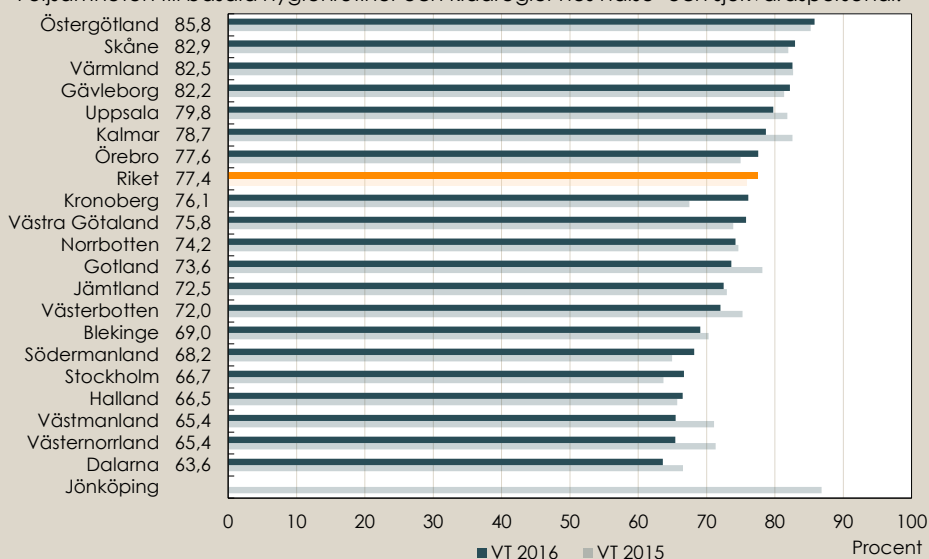


Källa: Punktprevalensmätningar (PPM), SKL.

Spridningen mellan landstingen är stor och följsamheten till samtliga steg i både hygienrutiner och klädregler varierar mellan 85,8 procent och 63,6 procent. Fyra landsting har en följsamhet på mer än 80 procent enligt diagrammet på landstingsnivå.

3.2. LÄN. TOTALT. Basala hygienrutiner och klädregler

Följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler hos hälso- och sjukvårdspersonal.



Källa: Punktprevalensmätningar (PPM), SKL.

Följsamheten mellan yrkesgrupper skiljer sig åt. Bäst följsamhet till samtliga steg i mätningen 2016 har fysioterapeuter och studerande 86,1 procent följt av arbetsterapeuter 84,4 procent. Studerande hade bäst följsamhet även i mätningarna 2015 och 2014. De yrkesgrupper som har lägst följsamhet är skötare 52,2 procent och läkare 65,5 procent vilket också är ett försämrat resultat jämfört med 2015. Resultatet av följsamheten till BHK kan skilja mellan olika yrkesgrupper och mellan olika landsting och regioner beroende på variation i de olika yrkesgruppernas storlek. Detta kan ha bidragit till skillnaderna i resultatet. Resultatet kan också påverkas av att vissa moment är svårare att bedöma, eftersom observatören inte alltid deltar i vård-situationen. Ett exempel är momentet handdesinfektion före och efter patientnära arbete.

4. Responstid för ambulans

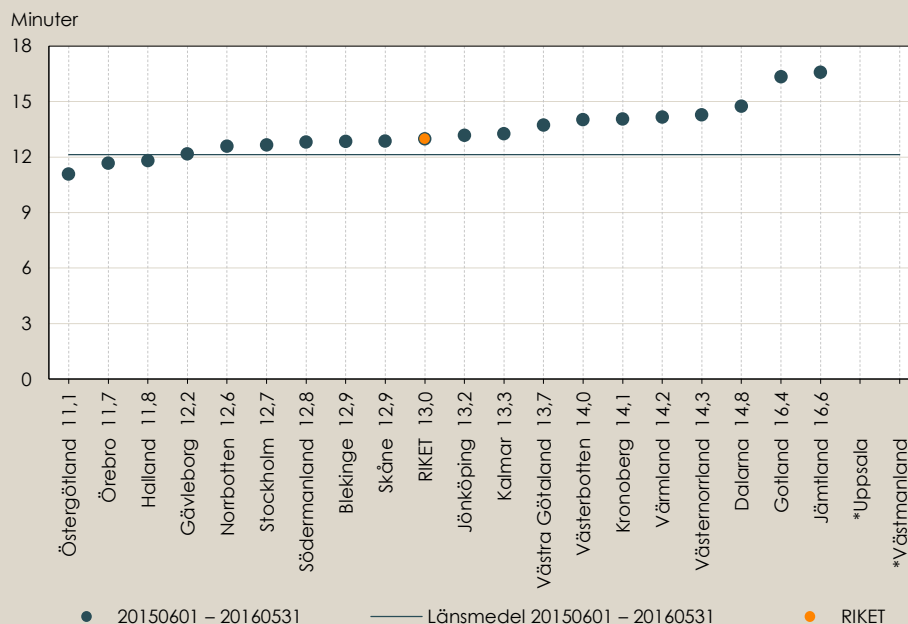
Den tekniska utvecklingen inom ambulanssjukvården har gjort att avancerade åtgärder kan påbörjas redan i ambulansen. Detta gör att många vårdkedjor blivit allt effektivare och att kvaliteten på vården ökat. Tiden det tar för ambulansen att nå fram till en svårt sjuk eller skadad person är ofta avgörande. SOS Alarm för statistik över responstid, det vill säga tiden det tar från det att larmcentralen besvarat ett inkommande larmsamtal till dess att ambulansen är på plats. Tiden det tar från det att larmcentralen besvarat ett larm till dess att ambulansen är på plats ska vara så kort som möjligt. Denna indikator visar responstiden för prio 1-larm, det vill säga larm som enligt Socialstyrelsens föreskrifter innebär akuta livshotande symtom eller olycksfall. Det är viktigt att följa hur många patienter med akuta livshotande symtom eller olycksfall som erbjuds prio 1-larm eftersom det speglar säker vård.

Under mätperioden var medianvärdet för responstiden i hela riket ca 13 minuter, med en variation från 11 upp till 17 minuter mellan landstingen. Faktorer som påverkar responstiden är framförallt hur landstingen valt att organisera ambulanssjukvården. Det handlar om exempelvis antal ambulansstationer och hur stort område som varje enskild station ska täcka. Tidpunkten för när ambulansen är på plats rapporteras på lite olika sätt (statusutryckning, telefon). Det är inte möjligt att rapportera en tid bakåt i systemet och rapporten kommer ibland långt efter den faktiska tidpunkten, vilket kan påverka kvaliteten i statistiken.

Patientsäkerhetsperspektiv	Säker vård
Akuta livshotande symtom eller olycksfall som åtgärdas i tid medför minskad risk för allvarliga och permanenta skador.	Kort responstid för ambulans.

4. LÄN. TOTALT. Responstid för ambulans

Mediantid mellan inkommet larmsamtal och ambulansens ankomst vid prio 1-larm.



*Ambulans larmas ej av SOS

Källa: SOS Alarm.

5. Vårdtillfällen med vårdskador inom somatisk slutenvård

Grunden för allt förbättringsarbete är att identifiera och analysera oönskade utfall i syfte att finna orsakerna, vidta åtgärder och att utvärdera effekten. Ett sätt att identifiera vårdskador och att utvärdera effekten av åtgärder är att använda strukturerad journalgranskning.

En metod för strukturerad journalgranskning på sjukhus- och klinisknivå introducerades i Sverige under 2007 och modifierades 2012 [14]. Metoden kallas Markörbaserad Journalgranskning (MJG) och är en svensk anpassning av ”Global Trigger Tool” som ursprungligen utvecklades av Institute for Healthcare Improvement i USA [15]. Vid MJG granskas journaler från slumpvis utvalda sjukhusvårdtillfällen i somatisk vård för vuxna patienter som varat i minst ett dygn och som är avslutade sedan minst 30 dagar. Skador som identifieras vid granskningen klassificeras avseende allvarlighetsgrad, typ av skada och undvikbarhet, dvs. hur sannolikt det är att skadan hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits. Dessa bedömningar görs av sjukhusens granskningsteam som består av särskilt utbildade sjuksköterskor och läkare.

Många faktorer påverkar förekomsten av skador och vårdskador (dvs. undvikbara skador) vilket försvårar jämförelser mellan landsting. Skador och vårdskador är vanligare inom kirurgisk verksamhet än inom medicinsk verksamhet [16] och vanligare hos män än hos kvinnor [12]. Förekomsten av skador och vårdskador ökar med stigande ålder hos patienterna och med vårdtidens längd [16]. Skador och vårdskador är vanligare hos patienter som

vårdas på universitetssjukhus och länssjukhus än hos patienter som vårdas på länsdelssjukhus[12]. Kvaliteten på journaldokumentationen är också av betydelse för möjligheten att identifiera skador och vårdskador. Även om handboken till metoden innehåller definitioner och långtgående stöd så finns utrymme för subjektivitet och därmed variation i granskningsteamens bedömningar.

Andelen vårdtillfällen med vårdskador minskade från 8,4–6,9 procent för kvinnor och från 8,9–8,1 procent för män mellan åren 2013 till 2016. De resultat av MJG som presenteras är baserade på närmare 60 000 slumpvis utvalda vårdtillfällen inom somatisk slutenvård för vuxna vid drygt 60 akutsjukhus.

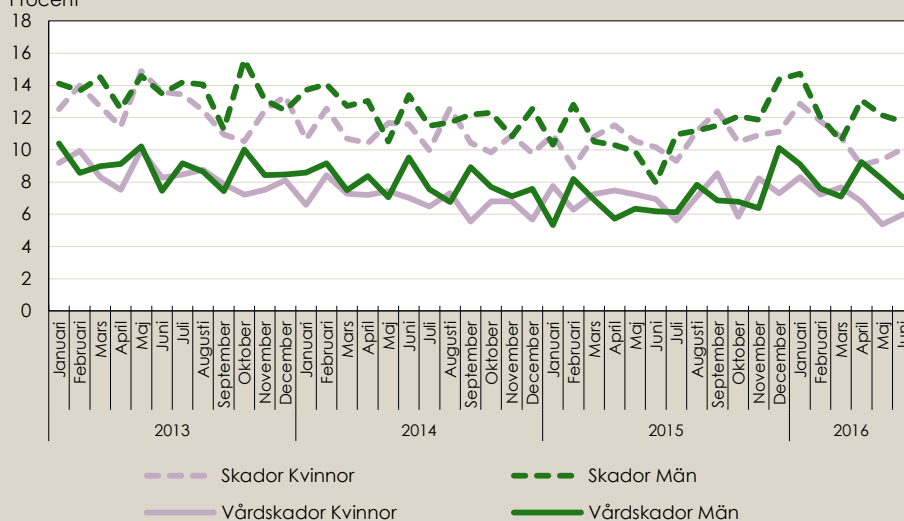
Variationen i de olika faktorer som påverkar förekomsten av skador och vårdskador är så betydande mellan landstingen att direkta jämförelser av landstingens resultat blir mindre tillförlitliga när det gäller att spegla vårdens säkerhet. Däremot kan dessa faktorer antas vara ganska oförändrade över tid inom varje landsting. Därför rangordnas landstingens utfall i länsdiagrammen utifrån hur många procent förekomsten av vårdskador har förändrats mellan de två mätperioderna, dvs. januari 2013–september 2014 samt oktober 2014–juni 2016. I tretton landsting tenderade andelen vårdtillfällen med vårdskador hos kvinnor att minska, dvs. vården bli säkrare medan den motsatta tendensen sågs i de övriga åtta landstingen. Andelen vårdtillfällen med vårdskador hos män tenderade att minska i femton landsting och ökade i sex landsting.

Av länsdiagrammen framgår att andelen vårdtillfällen med vårdskador minskade på riksnivå med 14,2 procent för kvinnor och 11,4 procent för män mellan jämförelseperioderna. För män och kvinnor var den sammanräknade minskningen 13 procent.

5.1. RIKET. Vårdtillfällen inom slutenvården med skador och vårdskador

Andel vårdtillfällen med skador (dvs. icke undvikbara skador och undvikbara skador) och vårdskador (dvs. undvikbara skador) av totala antalet granskade vårdtillfällen per månad, 2013 - 2016 .

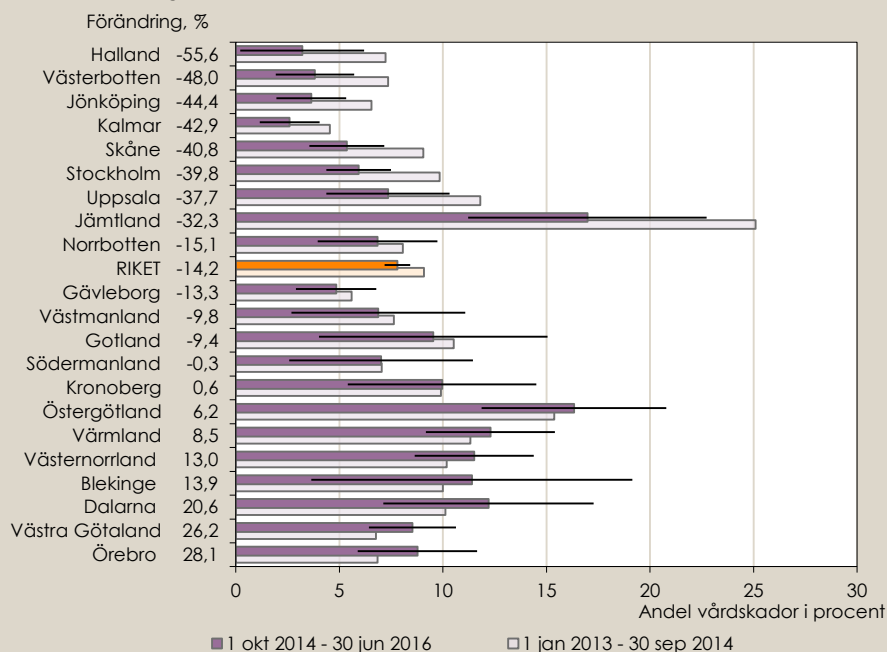
Procent



Källa: Markörbaserad journalgranskning, SKL.

5.2. LÄN. KVINNOR. Vårdtillfällen med vårdskador inom somatisk slutenvård.

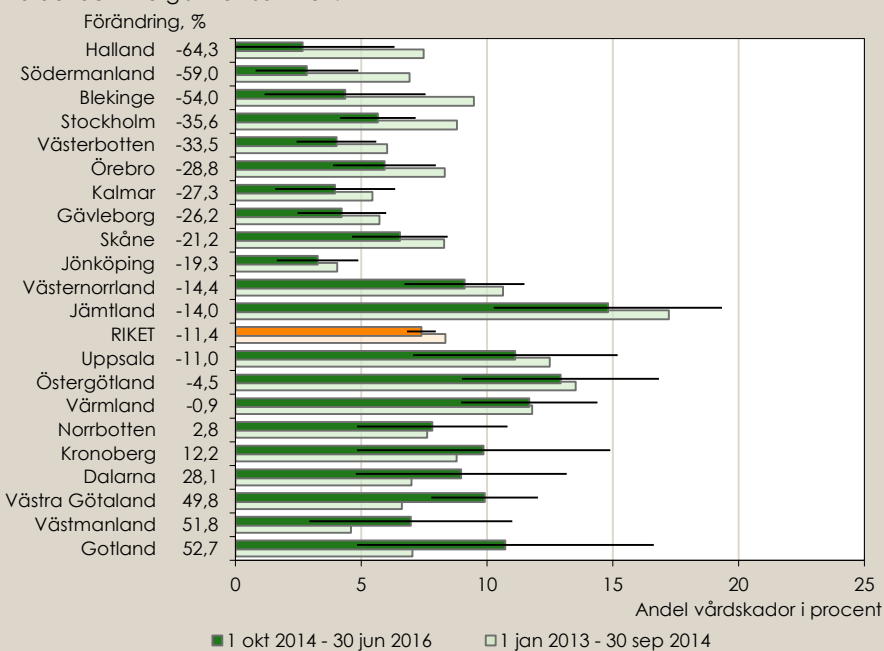
Andel vårdtillfällen med vårdskador samt förändringen mellan två perioder för varje landsting. Granskade vårdtillfällen inom somatisk slutenvård för vuxna. Standardisering för ålder och kirurgisk verksamhet.



Källa: Markörbaserad journalgranskning, SKL.

5.3. LÄN. MÄN. Vårdtillfällen med vårdskador inom somatisk slutenvård.

Andel vårdtillfällen med vårdskador samt förändringen mellan två perioder för varje landsting. Granskade vårdtillfällen inom somatisk slutenvård för vuxna. Standardisering för ålder och kirurgisk verksamhet.



Källa: Markörbaserad journalgranskning, SKL.

6. Vårdrelaterade infektioner

Vårdrelaterade infektioner (VRI) är vanligt förekommande vårdskador och är ofta allvarliga till sin natur. Med VRI menas i detta sammanhang: ”varje infektionstillstånd som drabbar patienter till följd av sjukhusvistelse eller behandling i öppenvård, oavsett om det sjukdomsframkallande ämnet tillförts i samband med vården eller härrör från patienten själv, samt oavsett om infektionstillståndet yppas under eller efter vården” [17].

Vården kan minska spridningen av VRI bland annat genom att följa basala hygienrutiner och klädregler, följa rutiner för skötsel av exempelvis katetrar och sår samt med riskbedömningar. Andra faktorer som minskar spridningsrisken är att samarbeta om vårdhygien och, städning samt att göra patienter delaktiga.

Alla vårdrelaterade infektioner är inte vårdskador. Studier visar att minst 20–30 procent av VRI borde gå att förebygga [18-20]. I somatisk slutenvård för vuxna bedöms VRI utgöra drygt en tredjedel av alla skador, varav drygt 60 procent bedöms gå att undvika dvs. som räknas som vårdskador [21].

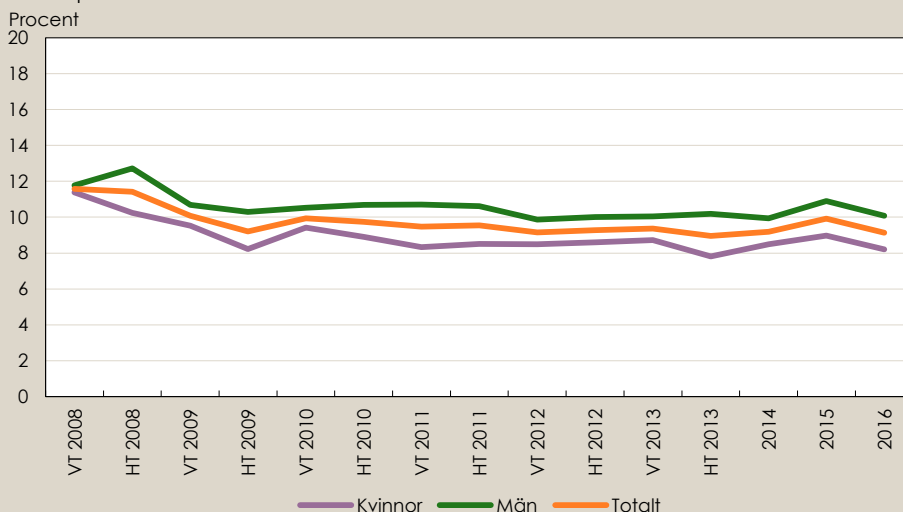
Förekomsten av VRI mäts bland annat genom punktprevalensmätningar (PPM) i slutenvården. Samtliga sjukhus i Sverige gör sina mätningar under en tvåveckorsperiod på våren. Mätningen görs under en dag på en avgränsad enhet t ex. en avdelning. Mätningen ska helst göras under samma dag inom sjukhuset och om möjligt inom hela landstinget. Mätningen utgår från en standardiserad instruktion och ett protokoll. Samtliga patienter som är inskrivna i slutenvården vid en angiven tidpunkt den aktuella mät dagen, ingår i rapporteringen. Våren 2016 genomfördes den femtonde mätningen sedan starten 2008. Den omfattade cirka 17 650 patienter inom slutenvården varav drygt 15 550 inom den somatiska slutenvården.

Indikatorn visar hur stor andel av alla inskrivna patienter som är drabbade av VRI inom somatisk slutenvård vid tidpunkten för mätningen. I PPM våren 2016 har 8,9 procent av patienterna i riket av en VRI jämfört med 9,6 procent 2015. Den vanligaste vårdrelaterade infektionen är lunginflammation följt av urinvägsinfektion och hud- och mjukdelsinfektion. Förekomsten av VRI är högst i åldersgruppen 61–79 år, 10 procent. VRI är vanligare hos män, 10,1 procent, än hos kvinnor 8,2 procent.

När punktprevalensmätningarna inleddes våren 2008 hade 11,6 procent av patienterna inom somatisk slutenvård en VRI, och sedan hösten 2009 har förekomsten av VRI på nationell nivå legat under 10 procent mellan 9 och 9,9 procent. Sedan mätningen våren 2008 har VRI bland kvinnor minskat från 11,4 procent till 8,2 procent 2016. Under samma tidsperiod har minskningen bland män varit något lägre, från 11,8 procent till 10,1 procent, enligt diagrammet för riket.

6.1. RIKET. Vårdrelaterade infektioner

Andel patienter med vårdrelaterade infektioner i somatisk slutenvård.*



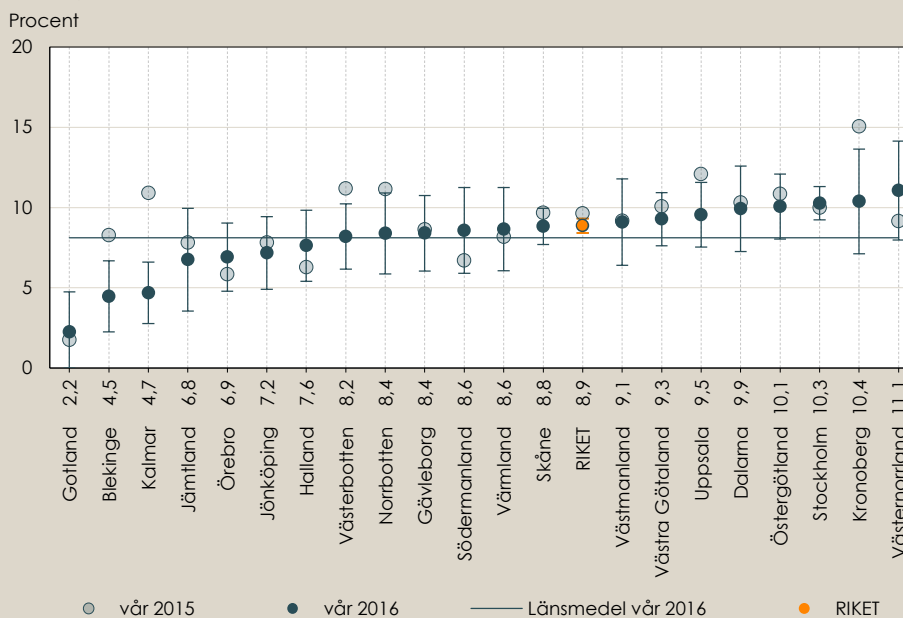
* Exklusive BB förlossning

Källa: Punktprevalensmätningar (PPM), SKL.

Spridningen mellan landstingen är stor och varierar mellan 2,2 procent och 11,1 procent år 2016. Spridningen har minskat jämfört med 2015 då den var mellan 1,7 och 15,1 procent. Störst förändring ses i Kalmar och Kronoberg.

6.2. LÄN. TOTALT. Vårdrelaterad infektion

Andel patienter med vårdrelaterad infektion i somatisk slutenvård.



Källa: Punktprevalensmätningar (PPM), SKL.

I PPM–VRI registreras även sex riskfaktorer: antibiotikabehandling och profylax, central ven kateter (CVK), kvarliggande urinkateter (KAD), mekanisk ventilation, aktuellt kirurgiskt ingrepp och immunsuppression (försvagat immunsystem). Risken för VRI är större ju fler riskfaktorer

patienten har. I mätningen 2016 har 47 procent av patienterna någon riskfaktor. De vanligaste riskfaktorerna är antibiotikabehandling, kirurgiska ingrepp och KAD. Bland de patienter som inte har någon riskfaktor är förekomsten av VRI 3,6 procent, och bland dem som har en riskfaktor är andelen 11,2 procent.

Det är angeläget att minska förekomsten av VRI. Förutom det direkta lidande som drabbar varje enskild patient läggs betydande resurser på att behandla VRI eftersom vårdtiden förlängs [7]. En vårdrelaterad infektion kan bland annat uppkomma genom spridning av mikroorganismer från en annan patient (t.ex. direkt, via personalens händer eller kläder eller genom att, mikroorganismer i patientens egen normalflora förs över vid ett kirurgiskt ingrepp eller via en kärlinfart, kateter etc.). Om vårdpersonalen följer basala hygienrutiner och klädregler bidrar de till en minskad smittspridning. Det finns handböcker och vägledningar som kan bidra till att minska förekomsten av VRI, bland annat åtgärds paket inom områdena urinvägsinfektioner, postoperativa sårinfektioner och infektioner vid CVK [22-24]. Framgångsfaktorer som kan bidra till att begränsa VRI är bland annat riskbedömningar, ett tätt samarbete mellan funktionen vårdhygien och verksamheten, frekvent och kvalificerad städning och att högsta ledningen har ett tydligt fokus på VRI. Även patienter ska om möjligt göras delaktiga och få kunskap om hygienens betydelse för att minska förekomsten av VRI [25].

7. Trycksår i slutenvård

Ett trycksår är en lokal skada i hud eller underliggande vävnad och är ett resultat av tryck, eller tryck i kombination med skjuv⁴. Kroppsdelar där ben ligger nära hud, såsom hälar och korsben, är speciellt utsatta. Trycksår är en av de vanligaste typerna av vårdskador och orsakar stort lidande för patienterna och höga kostnader för samhället. Alla trycksår är inte vårdskador. I datakällan markörbaserad journalgranskning bedöms trycksår gå att undvika till 91 procent [7]. Vidare kan vissa trycksår som uppkommer i livets slutskede vara oundvikliga trots optimala förebyggande åtgärder [26].

Förekomst av trycksår mäts bland annat genom punktprevalensmätningar (PPM) i slutenvården. Mätningen görs under en dag på varje avdelning under en vecka på våren. Samtliga patienter som är inskrivna i slutenvård vid en angiven tidpunkt den aktuella mät dagen, ingår i rapporteringen. Helst ska mätningen göras på samma dag inom sjukhuset och om möjligt inom hela landstinget. Mätningen utgår från en standardiserad instruktion och ett protokoll. Allvarlighetsgraden av trycksår kategoriseras 1–4 och de allvarligare trycksåren finns i kategori 2–4. Mätningen omfattar riskbedömning, hudbedömning, insatta förebyggande åtgärder samt journalgranskning på samtliga inneliggande patienter över 18 år.

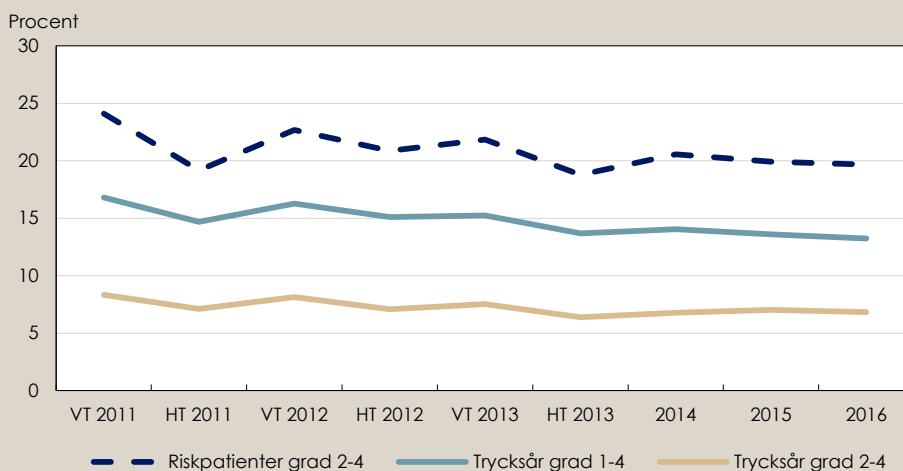
Våren 2016 gjordes den nionde mätningen sedan starten 2011. Den omfattade drygt 15 100 patienter inom slutenvård. Indikatoren visar andelen patienter med minst ett trycksår i slutenvård vid tidpunkt för mätningen. I mätningen 2016 har 13,2 procent av patienterna trycksår (kategori 1–4).

⁴ Skjuv uppstår när olika vävnadslager förskjuts i förhållande till varandra. Friktion och skjuv uppstår om personen dras och inte lyfts i sängen. Det kan också uppstå när en fot eller en armbåge gnids mot underlaget.

Trycksår uppstår främst i rygglut och på hälar. Drygt hälften, 6,8 procent, är trycksår av allvarligare grad (kategori 2–4). Det är 19,7 procent av riskpatienterna som har allvarligare trycksår (kategori 2–4). Förekomsten av trycksår och trycksår av allvarligare grad är i stort sett oförändrad jämfört med mätningarna 2015. Andelen patienter med trycksår (kategori 1–4) har sedan år 2011 gått ned från 16,8 procent till 13,2 procent år 2016. Förekomsten av trycksår skiljer sig marginellt mellan kvinnor och män. Den åldersgrupp där störst andel har trycksår är personer 80 år och äldre, 18,5 procent, vilket kan jämföras med 19,4 procent 2015.

7.1. RIKET. Trycksår i slutenvård

Andel patienter med olika allvarlighetsgrad av trycksår samt med risk för trycksår.

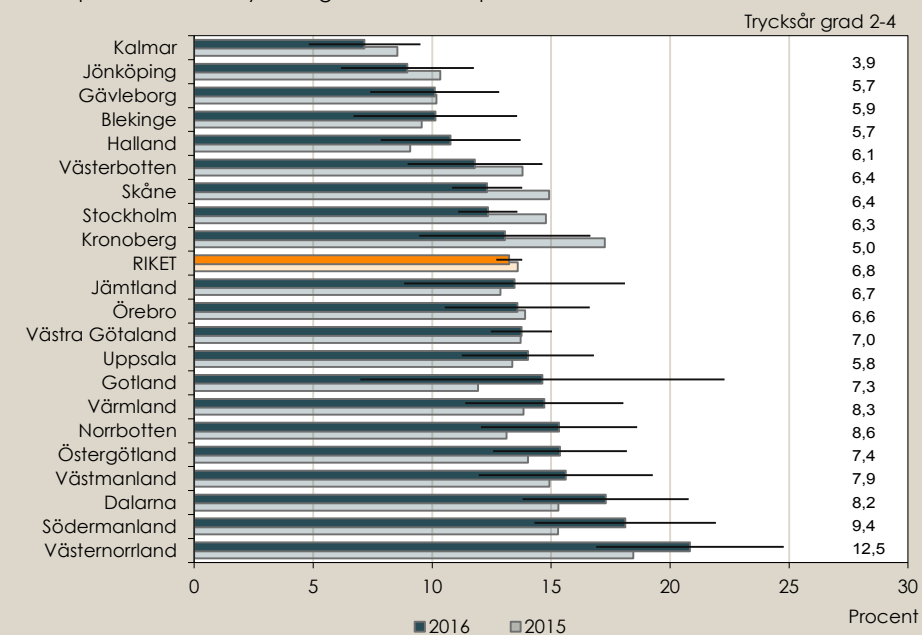


Källa: Punktprevalensmätningar (PPM), SKL.

Det är stor skillnad mellan de olika landstingen och skillnaden har ökat. I mätningen 2016 ligger variationen mellan 7,2 och 20,8 procent, att jämföra med 8,5–18,5 procent år 2015. Sedan mätningen 2011, har utvecklingen varit positiv: då var variationen mellan 9–31 procent. Skillnaden för de allvarligare trycksåren (kategori 2–4) har minskat i mätningen 2016 och är 3,9–12,5 procent jämfört med mätningen 2015 då skillnaden var 4,3–15,3 procent.

7.2. LÄN. TOTALT. Trycksår i slutenvård

Andel patienter med trycksår grad 1-4. Avser patienter i slutenvård.



Källa: Punktprevalensmätningar (PPM), SKL.

En stor andel av trycksåren går att undvika med förebyggande åtgärder. De förebyggande åtgärder som mäts i PPM är lägesändring i säng respektive stol, tryckreducerande madrass respektive dyna i stol, glidlakan eller annan utrustning och hälavlastning. I PPM 2016 är förebyggande madrass den vanligaste förebyggande åtgärden mot trycksår hos riskpatienterna, 63 procent, följt av lägesändring i säng 52,5 procent.

Det finns vägledningar och kunskapsunderlag som kan bidra till att minska trycksårsförekomsten, bland annat åtgärdspaket för trycksår [27].

Exempel på framgångsfaktorer för att minska trycksårsförekomst är långsiktigt systematiskt arbete, samverkan mellan olika professioner för att individanpassa lämpliga åtgärder, snabb återkoppling av resultat och organisering för att förebygga, regelbundna utbildningar med både teori och praktik samt en fokuserad ledning som kommunicerar förväntningar och mål som alla kan arbeta mot [28].

Hälso- och sjukvård till äldre personer

Under de senaste 25 åren har läkemedelsanvändningen bland äldre personer blivit allt mer omfattande och komplex. Orsaken är framför allt att många nya läkemedel har introducerats under denna tid. Vi har fått större möjligheter att behandla sjukdomar och besvär som hör till åldrandet men det medför också en ökad risk för läkemedelsrelaterade problem. Hög ålder ökar känsligheten för läkemedel på grund av fysiologiska förändringar och sjukdom. Den ökade känsligheten är särskilt uttalad för vissa läkemedel, som exempelvis preparat med antikolinerga effekter. Äldre personers läkemedelsanvändning är ett angeläget område att följa över tid eftersom äldre även löper en ökad risk att drabbas av vårdskador på grund av felaktig läkemedelshantering och användning. Exempel på skada eller vårdskada som kan uppkomma är fraktur som orsakas till följd av felaktig läkemedelshantering. I kommande avsnitt redovisar Socialstyrelsen fyra indikatorer som speglar hälso- och sjukvård till äldre och som är viktiga uppföljningsindikatorer inom området säker vård. Indikatorer ingår i rapportserien inom öppna jämförelser och är följande:

- förebyggande åtgärder
- tio eller fler läkemedel bland äldre personer
- äldre personer med läkemedel som bör undvikas
- användning av antipsykotiska läkemedel hos äldre personer.

8. Förebyggande åtgärder

Indikatorn bygger på data från kvalitetsregistret Senior Alert och visar sammantaget förebyggande åtgärder som vidtagits efter att risk för fall, undernäring, trycksår och nedsatt munhälsa identifierats hos personer över 65 år och som har hälso- och sjukvård i särskilda boende inom äldreomsorgen i kommunerna.

Äldre personer som blivit riskbedömda och som har en identifierad risk för fall, undernäring, trycksår eller nedsatt munhälsa kan få förebyggande åtgärder i rätt tid och löper därmed en mindre risk att drabbas av skador. Det säkerställer därmed också att den kommunala hälso- och sjukvården är säker.

Utfallet visar att 59 procent av kvinnorna samt 56 procent av männen inom särskilt boende som bedömts ha en risk och som även har fått någon förebyggande åtgärd inom något av de fyra områdena. De förebyggande åtgärderna har ökat i omfattning mellan jämförelseperioderna. Spridningen mellan länen är stor och varierar mellan 75 procent och 47 procent. Det är en något högre andel kvinnor än män som fått förebyggande åtgärder.

Patientsäkerhetsperspektiv

Säker vård

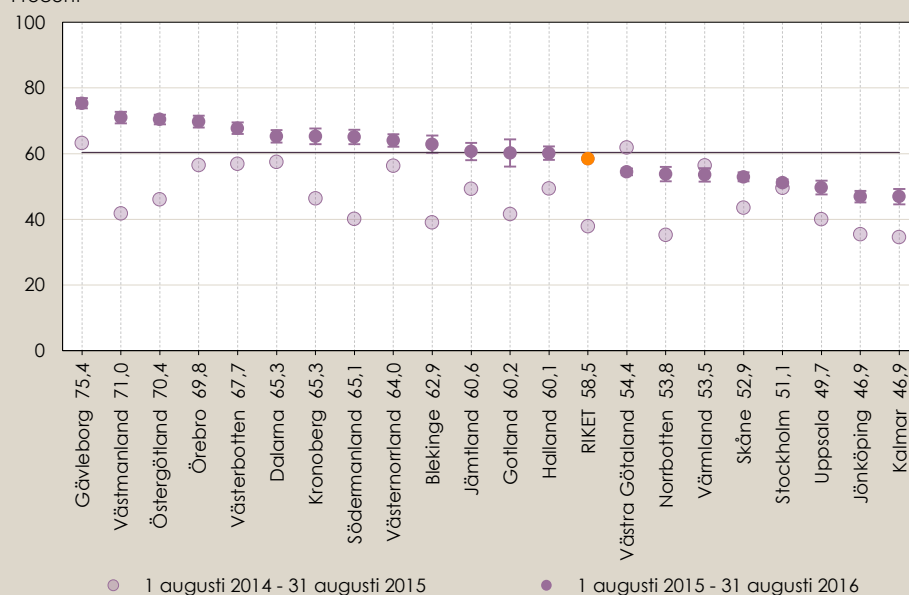
Förebyggande åtgärder minskar risken för äldre personer att drabbas av fall, undernäring, trycksår eller nedsatt munhälsa.

Att den kommunala hälso- och sjukvården genomför förebyggande åtgärder regelbundet inom äldreomsorgen i särskilt boende till de som har en risk.

8.1. LÄN. KVINNOR. Förebyggande åtgärder

Andel 65 år och äldre som bedömts ha risk för fallskada, undernäring, trycksår eller nedsatt munhälsa och där minst en förebyggande åtgärd har utförts. Avser hälso- och sjukvård inom särskilt boende i kommunen.

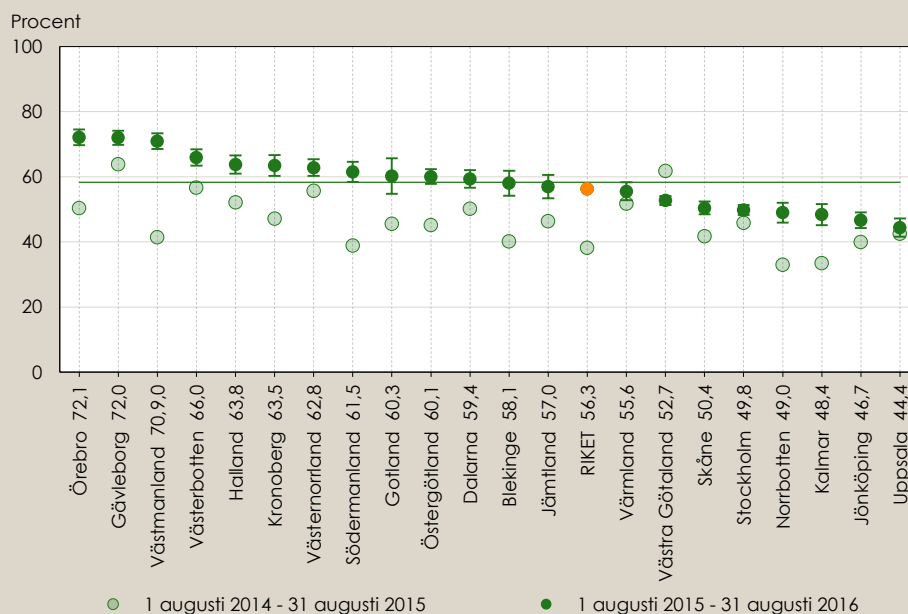
Procent



Källa: Senior Alert.

8.2. LÄN. MÄN. Förebyggande åtgärder

Andel 65 år och äldre som bedömts ha risk för fallskada, undernäring, trycksår eller nedsatt munhälsa och där minst en förebyggande åtgärd har utförts. Avser hälso- och sjukvård inom särskilt boende i kommunen.



Källa: Senior Alert.

9. Tio eller fler läkemedel bland äldre personer

Samtidig användning av tio eller fler läkemedel (polyfarmaci) är förknippat med ökad risk för biverkningar. Polyfarmaci signalerar att det kan finnas läkemedel som används utan indikation, med oklar indikation eller, bristande följsamhet till ordination. Det kan öka risken för läkemedelsorsakad inläggning på sjukhus. Indikatorn omfattar samtliga läkemedel som förskrivits och hämtats ut från apotek, dvs. både läkemedel för regelbundet bruk och behovsbruk, och läkemedel för invärtes och utvärtes bruk. Fysiologiska förändringar på grund av ålder och sjukdom påverkar dessutom kroppsomsättningen och effekterna av läkemedel. Det leder till ökad känslighet och risk för biverkningar. När äldre personer använder många läkemedel löper de en större risk att råka ut för olika typer av läkemedelsrelaterade problem och därmed också vårdskador. Indikatorn är därför viktig att följa och arbeta med inom området säker vård. Men ett stort antal läkemedel behöver inte betyda att en patient har en dålig behandling och något generellt mål finns inte i dagsläget. Patientens olika sjukdomsbörda förklarar delvis de stora variationer i antalet läkemedel som krävs för en bra läkemedelsterapi. Indikatorn för polyfarmaci är definierad som en av Socialstyrelsens nationella indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre [29]. Tio eller fler läkemedel hos äldre speglar hälso- och sjukvårdens arbete med läkemedelsgenomgångar, information riktad till patienten, uppföljning av behandlingseffekter och vårdens patientsäkerhetsarbete.

Patientsäkerhetsperspektiv	Säker vård
En god läkemedelsterapi hos äldre minskar risken för fall/fraktur, yrsel, hjärtproblem, blödning (inklusive hjärnblödning), saltbalansrubbing, bradykardi (långsam hjärtfrekvens), hjärtsvikt, kognitiv störning, lågt blodtryck, mag-tarmblödning, hypoglykemi (lågt blodsocker), hudreaktion, njursvikt, kolit (inflammation i tjocktarmen), illamående och kräkning, feber, allergi, depression, andningssvårigheter samt benmärgspåverkan.	Läkemedelsgenomgångar och uppföljningar av behandlingseffekter. Information om läkemedelsanvändning riktad till äldre personer inom äldreomsorgen.

Denna indikator redovisas även inom äldreomsorgen andelen 75 år och äldre personer som har hemtjänst samt personer som bor i särskilt boende. Andelen personer med tio eller fler läkemedel är högre inom äldreomsorgen än i samma åldersgrupp i befolkningen [30].

Andelen personer 75 år eller äldre med tio eller fler läkemedel ökat. Det beror bland annat på att medellivslängden har ökat bland äldre men utfallet kan även påverkas av hur hälso- och sjukvården arbetar med läkemedelsgenomgångar och riktad information till patienter samt ordination, uppföljning av behandlingseffekter och larmsystem för allvarliga feldoseringar.

Andelen personer som är 75 år och äldre med äldreomsorg som har 10 eller fler läkemedel i riket, år 2015.

Äldreomsorg	Totalt	Kvinnor	Män
Hemtjänst	19,4	19,8	18,5
Särskilt boende	23,3	23,8	22,2

Källa: Läkemedelsregistret och registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning, Socialstyrelsen.

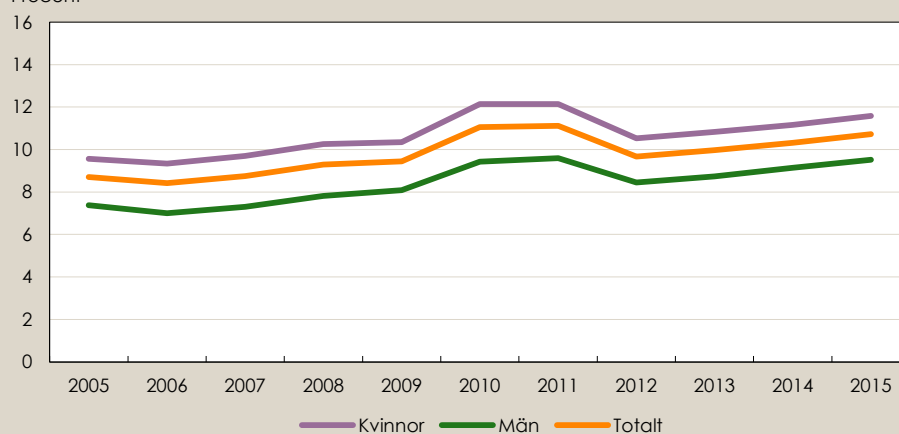
Polyfarmaci är en betydande riskfaktor och patienter med 6–10 läkemedel löper 48 procent högre risk att drabbas av allvarlig läkemedelsbiverkning jämfört med patienter med fem eller färre läkemedel [31].

Utfallet varierar mellan landstingen från 9,5 till 13,2 procent. Jämfört med tidigare år, 2014, har de flesta landsting ökat sitt utfall och utvecklas inte i rätt riktning.

9.1. RIKET. Tio eller fler läkemedel bland äldre

Andel äldre i befolkningen med tio eller fler läkemedel samtidigt. Avser personer 75 år och äldre, 31 december.

Procent

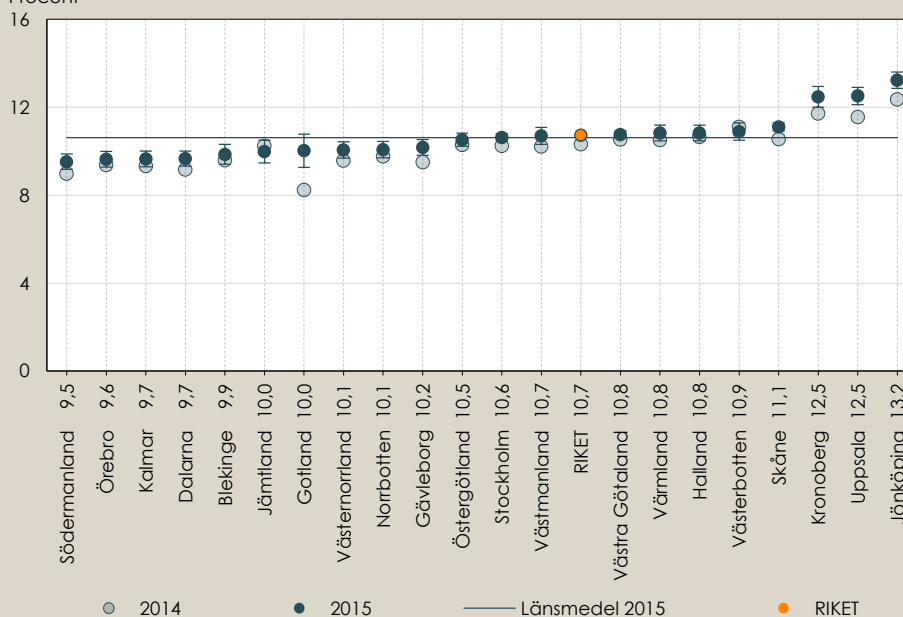


Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

9.2. LÄN. TOTALT. Tio eller fler läkemedel bland äldre

Andel äldre i befolkningen med tio eller fler läkemedel samtidigt. Avser personer 75 år och äldre, 31 december.

Procent



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

10. Äldre personer med läkemedel som bör undvikas

Vissa läkemedel medför en betydande risk för biverkningar hos äldre personer och bör inte förskrivas om det inte finns särskilda skäl. Indikatorn är identifierad som en av Socialstyrelsens nationella indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre [29]. Äldre personer kan drabbas av skador i form av

biverkningar som hade kunnat undvikas (vårdskador) om läkemedelsordinationen och effekterna omprövats regelbundet för att därmed skapa en säker läkemedelsterapi. Andelen äldre med läkemedel som bör undvikas bör vara låg och är därför viktigt att följa inom området säker vård.

Följande läkemedelsgrupper och läkemedel berörs.

- Bensodiazepiner med lång halveringstid, är förenade med risk för dagtrötthet (hangover), kognitiva störningar, muskelsvaghet, balansstörningar och fall.
- Läkemedel med betydande antikolinerga effekter, kan framkalla kognitiva störningar, som kan yttra sig som alltifrån lättare minnesstörningar till förvirring (konfusion). Risker är särskilt stora hos äldre med demens av alzheimertyp, men tilltar även vid normalt åldrande.
- Det smärtstillande medlet tramadol ger ökad risk hos äldre för illamående och centralnervösa biverkningar såsom förvirring. Tramadol bör inte kombineras med andra läkemedel som påverkar signalsubstansen serotonin, såsom SSRI-preparat, på grund av ökad risk för serotonergt syndrom.
- Sömnmedlet propiomazin kan ge dagtrötthet hos äldre och framkalla extrapyramidala symtom, som bland annat "restless legs".

Dessa läkemedel bör endast användas om det finns välgrundad och aktuell indikation och att förskrivande läkare har bedömt att den förväntade nyttan med läkemedlet står i rimlig proportion till riskerna. Behandlingen ska dessutom följas upp och omprövas regelbundet, med täta intervall. Indikatorn tar inte hänsyn till antalet olämpliga läkemedel som en patient använder eller vilken eller vilka doser av dessa läkemedel som patienten är ordinerad. Den speglar frekvens eller omfattningen av hur mycket dessa läkemedel förekommer.

Patientsäkerhetsperspektiv	Säker vård
En minskning av läkemedelsbiverkningar medför minskad risk för dagtrötthet, kognitiva störningar, muskelsvaghet, balansstörningar och fall, lättare minnesstörningar till förvirring (konfusion), illamående och centralnervösa biverkningar såsom förvirring, serotonergt syndrom samt "restless legs".	Välgrundad indikation och förskrivning av läkemedel samt uppföljning av behandlingseffekter.

Indikatorn visar andelen personer i befolkningen, 75 år eller äldre, som vid mättidpunkten hämtat ut minst ett läkemedel som bör undvikas bland äldre (dvs. långverkande bensodiazepiner, antikolinerga läkemedel, tramadol och propiomazin). Utfallet har minskat över tid och andelen var i riket totalt 7,8 procent 2015. Utfallet är högre bland kvinnor än bland män även om skillnaderna mellan könen också har minskat över tid.

I rapporten Öppna jämförelser 2015, Vård och omsorg om äldre, mäts dessutom samma indikator men bland äldre som har hemtjänst eller bor i särskilt boende [30]. Andelen personer 75 år och äldre i hemtjänsten som har läkemedel som bör undvikas var 10,9 procent (att jämföra med 7,8 procent

hos 75 år och äldre i befolkningen). I särskilt boende var det 9,4 procent av de äldre som hade något läkemedel som de bör undvika.

Andelen personer 75 år och äldre med äldreomsorg som har läkemedel som bör undvikas i riket, år 2015.

Äldreomsorg	Totalt	Kvinnor	Män
Hemtjänst	10,9	11,4	9,9
Särskilt boende	9,4	9,2	9,7

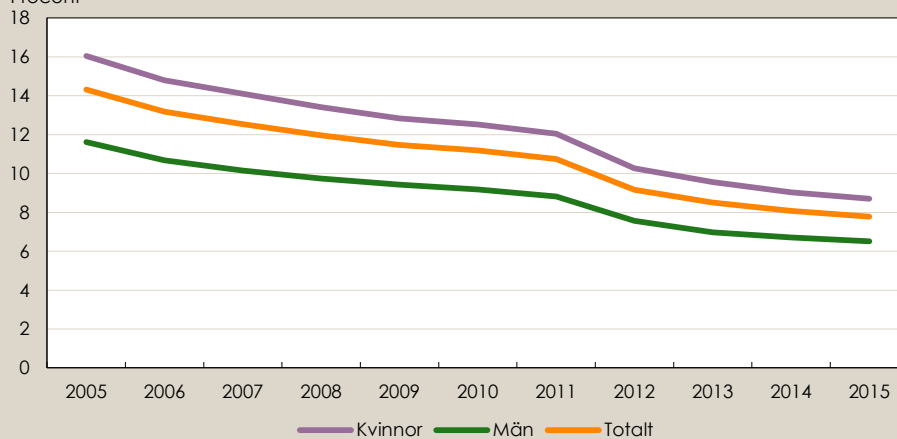
Källa: Läkemedelsregistret och registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning, Socialstyrelsen

Mellan landstingen varierade andelen personer med läkemedel som bör undvikas med 6,4 till 8,5 procent. I samtliga län var utfallen lägre än föregående jämförelseperiod.

10.1. RIKET. Äldre med läkemedel som bör undvikas

Andel äldre i befolkningen med minst ett läkemedel som bör undvikas till äldre. Avser personer 75 år och äldre, 31 december 2015.

Procent

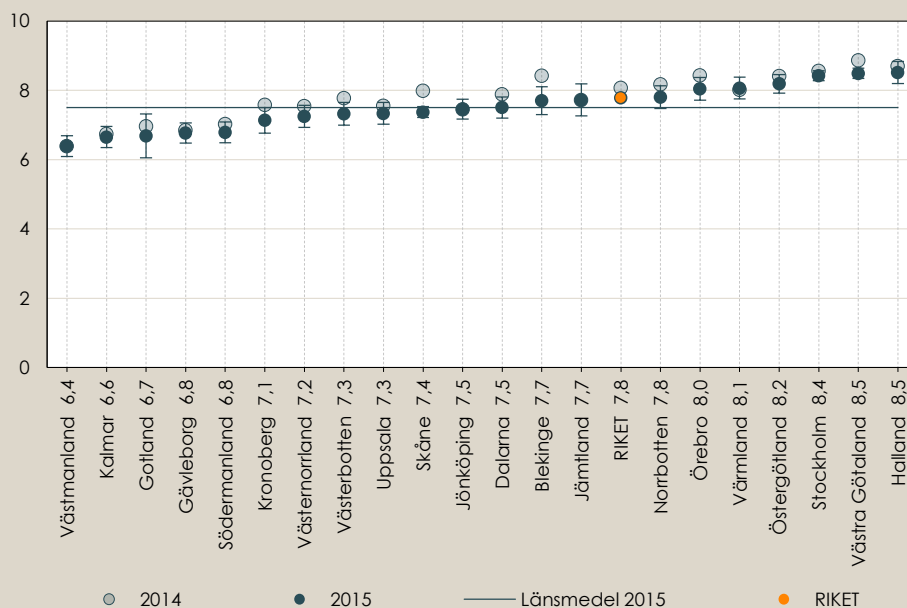


Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

10.2. LÄN. TOTALT. Äldre med läkemedel som bör undvikas

Andel äldre i befolkningen med minst ett läkemedel som bör undvikas till äldre. Avser personer 75 år och äldre, 31 december.

Procent



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

11. Användning av antipsykotiska läkemedel hos äldre personer

Äldre med psykotiska symtom och vissa allvarliga beteendesymtom vid demens, som exempelvis aggressivitet kan bli hjälpta av antipsykotiska läkemedel. Men inom äldreomsorgen används dessa läkemedel för att dämpa beteendesymtom såsom motorisk oro, rop och vandring, oftast med blygsam eller ingen effekt. De har också negativa effekter på känslolivet och sociala funktioner, och medför ökad risk för stroke och förtida död hos äldre med demenssjukdom. Preparaten är starkt förknippade med biverkningar av olika slag, såsom passivitet, kognitiva störningar och parkinsonliknande symtom.

Den förskrivande läkaren bör bedöma att den förväntade nyttan med läkemedlet står i rimlig proportion till riskerna; på så vis kan det gå att få ner användning av antipsykotiska läkemedel. Om läkaren bedömer att användning är indicerad så bör läkemedlet ges i låga doser under en kort behandlingstid, med snar (inom två veckor) utvärdering av effekt och eventuella bieffekter. Läkaren bör också med täta intervall ompröva behandlingen och ta ställning till att minska dosen eller avsluta medicineringen, vilket är viktigt i uppföljningen av behandlingseffekter. Om behandlingen inte följs upp kan det orsaka vårdskador. Äldre som inte får sin läkemedelsordination omprövad kan således drabbas av skador som hade kunnat undvikas. Det är eftersträvänsvärt med en låg andel äldre som får dessa preparat och en låg andel speglar att vården är säker.

Det vanligaste antipsykotiska läkemedlet var risperidon som användes av 40 procent av patienterna i mätningen. Därefter följde haloperidol (16

procent), olanzapin (16 procent) och quetiapin (11 procent). Läkemedelsregistret saknar uppgifter om förskrivningsorsak och därför går det inte att avgöra hur stor del av läkemedlen som förskrivits utan adekvat indikation.

Läkemedelsregistret omfattar inte läkemedel som dispenserar från läkemedelsförråd, vilket kan leda till att indikatorn underskattas eftersom antipsykotiska läkemedel till stor del förskrivs till äldre i särskilt boende. Detta kan också bidra till skillnader mellan landstingen, eftersom förekomsten av läkemedelsförråd i särskilt boende varierar. Den höga förekomsten av dosexpedition för läkemedel dispenserade i särskilt boende kan å andra sidan ge en något säkrare bedömning av den aktuella läkemedelsanvändningen. Det beror på att analysmetoden för dispenserbara läkemedel inte behöver ta hänsyn till doseringstexter utan är baserad på läkemedel expedierade inom en 14-dagarsperiod.

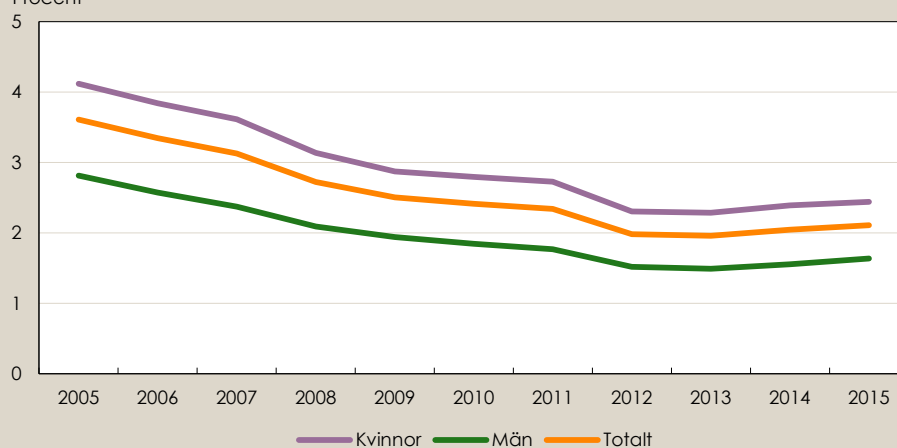
Indikatorn visar andelen personer 75 år eller äldre i befolkningen som förskrivits antipsykotiska läkemedel. Sedan 2005 har andelen äldre som använder antipsykotiska läkemedel minskat men sedan 2013 ser den ut att öka igen. Det kan delvis förklaras med att en ökande andel äldre idag har en demenssjukdom och får läkemedelbehandling mot psykosjukdomar och psykotiska symtom, vilket motiverar medicineringen.

Patientsäkerhetsperspektiv	Säker vård
En minskning i doseringen av de antipsykotiska preparaten medför minskade biverkningar av olika slag, såsom passivitet, kognitiva störningar och parkinsonliknande symtom.	Förskrivande läkare bedömer förväntad nytta i proportion till risker samt att användning är indicerad på låga doser med kort behandlingstid och uppföljning av effekt och eventuella bieffekter.

11.1. RIKET. Användning av antipsykotiska läkemedel hos äldre

Andel äldre i befolkningen som använder antipsykotika. Avser personer 75 år och äldre, 31 december.

Procent



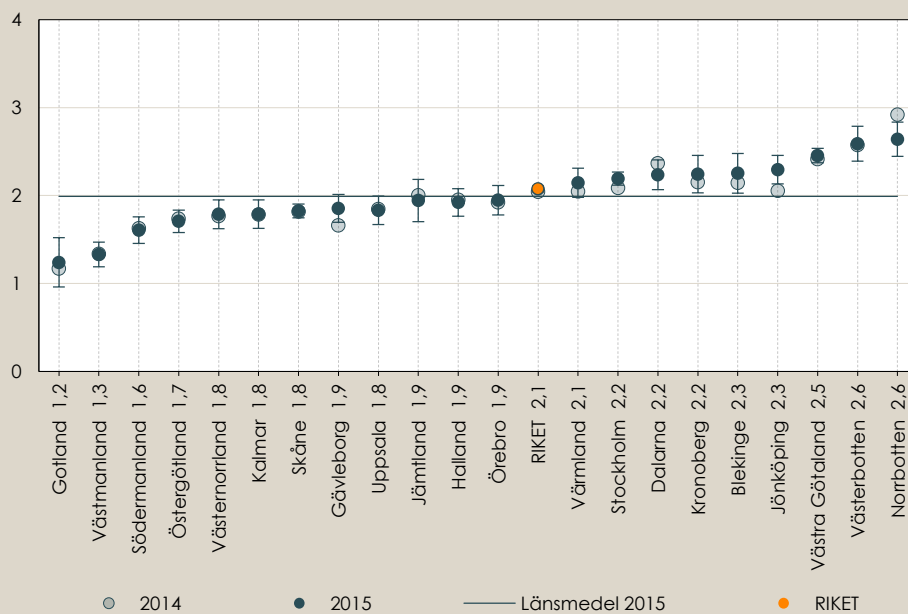
Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Mellan landstingen varierade andelen mellan 1,3 och 2,7 procent. I många län var andelen högre än föregående år.

11.2. LÄN. TOTALT. Användning av antipsykotiska läkemedel hos äldre

Andel äldre i befolkningen som använder antipsykotika. Avser personer 75 år och äldre, 31 december.

Procent



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Kvinnosjukvård

Här redovisas två indikatorer för gynekologisk vård. De speglar dels resultat i form av oönskade händelser efter borttagande av livmoder samt process i form av rekommenderad operationsmetod, laparoskopisk teknik vid operationer på äggstockar och äggledare.

12. Oönskade händelser efter borttagande av livmoder

Hysterektomi innebär att livmodern opereras bort och det är en relativt vanlig operation hos kvinnor. Den vanligaste orsaken till denna operation är myom (godartad muskelknota) i livmodern, framfall samt riklig blödning i samband med menstruation där läkemedelsbehandling inte räcker till. Som vid alla kirurgiska ingrepp finns det vid hysterektomi risk för postoperativ infektion eller annan komplikation och att patienten därmed kan behöva återinskrivas på sjukhus för behandling. Cirka 5 000 operationer görs per år på benign indikation, det vill säga utan cancerdiagnos.

Indikatorn visar andelen operationer med oönskade händelser, mätt som återinskrivning inom 28 dagar efter operationen, för de kvinnor som opererat bort livmodern. Återinskrivningar avser diagnoser för komplikationerna postoperativ infektion, tarmvred, sjukdomar i urinorganen eller svårighet att tömma urinblåsan. Detta mått fångar enbart komplikationer som lett till återinskrivning, vilket är en begränsning. Det är viktigt att även studera om de opererade kvinnorna själva bedömde att efterförloppet var fritt från komplikationer, oavsett om de ledde till återinskrivning eller ej.

Andelen patienter som återinskrivs speglar förekomsten av skador som till en del bedöms gå att undvika. Alla återinskrivningar kan inte tillmätas det enskilda sjukhuset, men måttet pekar på sjukhusens ansvar för att förebygga infektioner, vikten av en välplanerad utskrivning och att det finns en primärvård som tar över efter utskrivning.

Världshälsoorganisationen (WHO) har tagit fram en checklista för ökad patientsäkerhet vid kirurgiska operationer, Surgical Safety Checklist. Den är nu översatt till svenska och bearbetad av patientförsäkringen LÖF i samarbete med svensk kirurgisk förening och går därmed att tillämpa på svenska förhållanden inför operationer.

Internationellt har indikatorn först formulerats och följts upp i Kanada av Canadian Institute of Health Information.

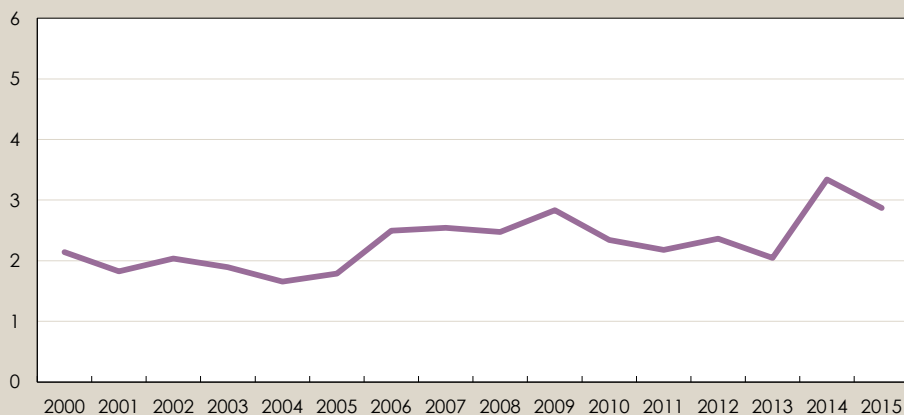
I riket som helhet genomfördes cirka 4 877 operationer av hysterektomi under 2015 och andelen operationer med oönskade händelser, mätt som återinskrivning inom 28 dagar efter operationen var drygt 2,9 procent.

Andelen varierade från knappt 0,9 till 4,5 procent i landstingen, men konfidensintervallen är för många landsting vida. Hysterektomi i samband med förlossning eller med skadediagnos ingår inte.

12.1. RIKET. Önskad händelser efter borttagande av livmoder

Önskad händelser efter hysterektomi. Åldersstandadiserade värden. Avser kvinnor 15 - 84 år.

Procent



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

12.2. LÄN. KVINNOR. Önskad händelser efter borttagande av livmoder

Önskad händelser efter hysterektomi. Åldersstandadiserade värden. Avser kvinnor 15-84 år.

Procent



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

13. Adnexoperation med laparoskopisk teknik

Adnexoperationer är operationer på äggstockar och äggledare. De utförs bland annat vid gynekologisk cancer samt vid vissa typer av cystor i underlivet. Laparoskopisk teknik kallas för minimalinvasiv teknik och orsakar ett mindre operationstrauma än öppen bukkirurgi vid operation. För patienten

innebär detta mindre smärta, snabbare läkning och en lägre risk att drabbas av skador vilket är eftersträvänsvärt och speglar säker vård. Det finns väl dokumenterade fördelar för patienten med att använda minimalinvasiv teknik. Fördelarna är framför allt kortare vårdtider och snabbare återhämtning med kortare sjukskrivningstider, men det finns också vetenskapliga belägg för att tekniken medför färre komplikationer.

Indikatorn visar andelen operationer som påbörjats med laparoskopisk teknik, vid adnexoperationer utan samtidig livmoder-, inkontinens- eller prolapsoperation och där tillståndet före operationen bedömts vara benign.

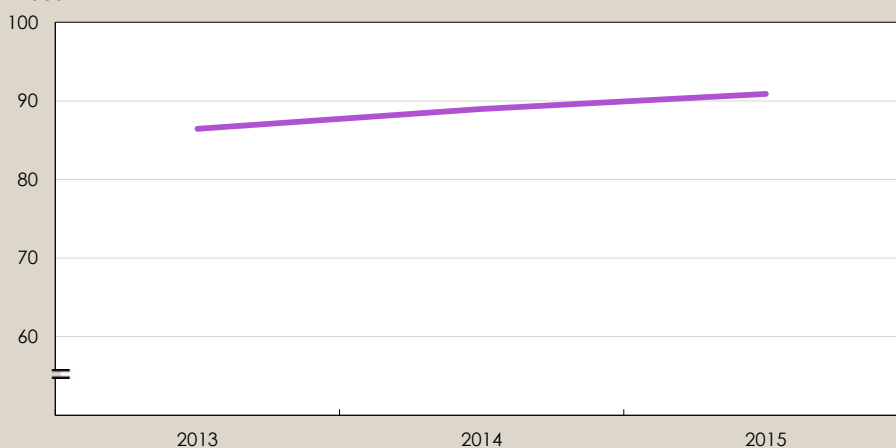
I riket uppgick andelen laparoskopiska operationer till drygt 91 procent, ett något förbättrat utfall jämfört med tidigare år. Några landsting har kommit långt med att införa tekniken medan andra landsting har påtagligt lägre användning. Det finns en variation på 97 till 60 procent mellan landstingen. Jämförelsen baseras på närmare 4 200 operationer. Uppgifterna är hämtade ur de båda kvalitetsregistren Gynop och GKR, vilket i riket som helhet ger en mycket god täckningsgrad. Det skiljer sig dock mellan kliniker hur väl alla patienter inkluderas. En relativt stor andel av adnexkirurgin är akut och det är stor skillnad mellan kliniker i vilken grad just denna kategori patienter inkluderas.

Patientsäkerhetsperspektiv	Säker vård
Laparoskopisk teknik medför mindre smärta, färre komplikationer och snabbare återhämtning än öppen buk kirurgi.	Adnexoperation med laparoskopisk teknik

13.1. RIKET. Adnexoperation med laparoskopisk teknik

Andel adnexoperationer som påbörjats med laparoskopisk teknik.

Procent

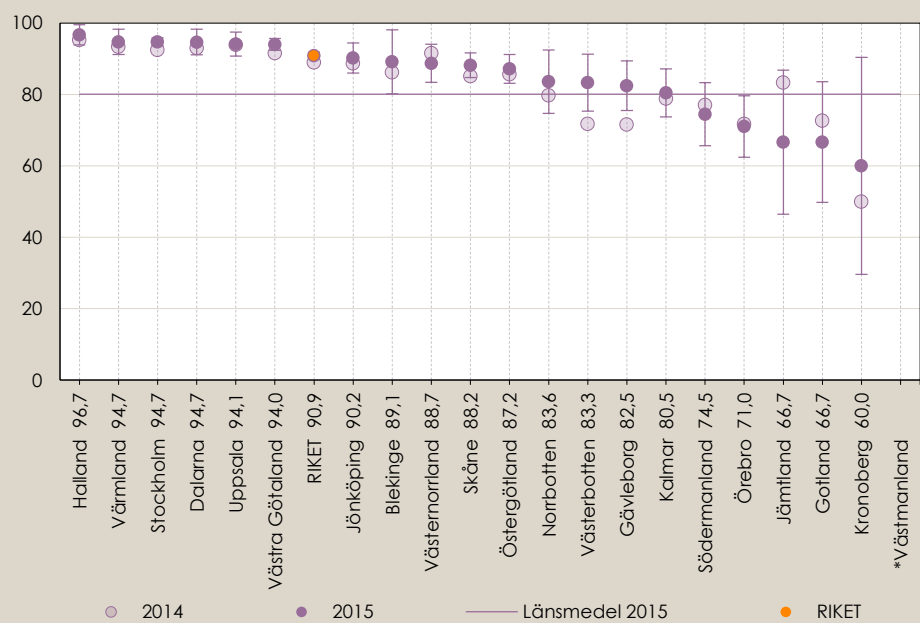


Källa: Nationella kvalitetsregistret inom gynekologisk kirurgi samt Gyn-KvalitetsRegistret.

13.2. LÄN. KVINNOR. Adnexoperation med laparoskopisk teknik

Andel adnexoperationer som påbörjats med laparoskopisk teknik.

Procent



* Data saknas

Källa: Nationella kvalitetsregistret inom gynekologisk kirurgi samt Gyn-KvalitetsRegistret.

Förlossning och nyföddhetsvård

Enligt Socialstyrelsens medicinska födelseregister (MFR) har födelsetalen ökat under 2000-talet. MFR innehåller data om i stort sett samtliga förlossningar i Sverige och kan bidra med kunskap om förlossningsvårdens kvalitet.

I det här avsnittet redovisar vi sex indikatorer och som är viktiga uppföljningsindikatorer inom området säker vård. Tre av dem redovisas kontinuerligt inom öppna jämförelser medan två är helt nya i det här sammanhanget. Dessutom redovisar vi ytterligare en indikator som förekommer i Socialstyrelsens utvärdering av följsamhet till nationella riktlinjer inom hjärtsjukvården och som berör nyfödda barn. Indikatorerna är följande:

- bristningar vid förlossning bland förstföderskor
- låg Apgar-poäng hos nyfödda
- vårdrelaterade infektioner hos barn i neonatalvård
- akut återinskrivning efter förlossning
- skador hos nyfödda barn
- livshotande hjärtsjukdomar upptäckta på BB.

För tre av indikatorerna, låg Apgar-poäng hos nyfödda barn, förlossningsskador hos nyfödda barn samt akut återinskrivning av modern efter förlossning ser vi en viss försämring över tid. Resultaten pekar på att landstingen bör uppmärksamma denna utveckling och undersöka orsakerna.

14. Bristningar vid förlossning bland förstföderskor

Indikatorn följer upp förlossningar med bristningar av grad III och IV vid vaginala förlossningar. Bristningar som inte blir upptäckta och adekvat åtgärdade kan medföra allvarliga problem för de drabbade kvinnorna.

Bristningar i bäckenbotten i samband med vaginal förlossning, så kallade perinealbristningar, delas in i fyra grader. Bristningar av grad I och II omfattar ytligare vävnader i slidan och mellangården. Den tredje gradens bristning omfattar även hela eller delar av ändtarmens slutmuskel och den fjärde gradens bristning omfattar dessutom rektalslemhinnan.

Kända riskfaktorer för grad III och IV-bristningar är att kvinnan är förstföderska, föder ett stort barn eller att förlossningen avslutas instrumentellt, det vill säga med tång eller sugklocka. Kvinnans förlossningsställning vid barnets framfödande och om hon är könsstympad kan också ha betydelse för graden av bristning.

Skadan kan orsaka nedsatt psykologiskt och emotionellt välbefinnande, inkontinens, sexuell dysfunktion och oro för framtida graviditeter. De komplikationer som kan bli bestående är till exempel underlivssmärter och avföringsinkontinens.

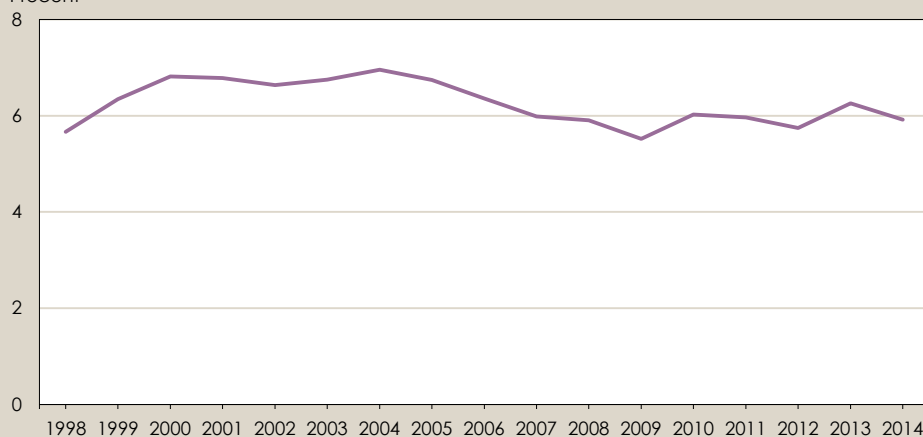
Indikatorn mäter förekomsten av bristningar av grad III och IV som uppstår i samband med förlossning och som till en del bedöms gå att undvika.

Staplarna visar fördelning på instrumentella och icke-instrumentella förlossningar av grad III och IV-bristningar under perioden 2010–2014. Enbart förstföderskor är inkluderade i analyserna. Värdena är åldersstandardiserade. I riket som helhet medförde nästan 6 procent av de vaginala förlossningarna bland förstföderskor bristningar av grad III och IV. I landstingsjämförelsen kan en variation från 4 till 7 procent ses under mätperioden 2010–2014. Det innebär att totalt 11 725 förstföderskor med vaginal förlossning drabbades av grad III och IV-bristningar under tidsperioden. Variationen mellan landstingen tyder på att bristningar vid grad III och IV kan reduceras. Därmed hade det också gått att undvika komplikationer till följd av skador i bäckenbotten.

14.1. RIKET. Bristningar vid förlossning bland förstföderskor

Andel perinealbristningar av grad III och IV vid vaginal förlossning bland förstföderskor, totalt. Åldersstandardiserade värden.

Procent



Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen.

14.2. LÄN. KVINNOR. Bristningar vid förlossning bland förstföderskor

Andel perinealbristningar av grad III och IV vid vaginal förlossning bland förstföderskor med fördelning på instrumentella och icke-instrumentella. Åldersstandardiserade värden 2010 - 2014.



Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen.

15. Låg Apgar-poäng hos nyfödda

Indikatorn redovisar andelen barn som efter födelsen har låg Apgar-poäng, ett poängsystem för standardiserad bedömning av nyföddas vitalitet. Oftast är det barnmorskan som gör Apgar-bedömningen, eller barnläkaren om man misstänker att barnet inte mår bra. Apgar-bedömningen speglar barnets hälsotillstånd vid en given tidpunkt och det är eftersträvarsvårt med höga Apgar-poäng. Systemet innebär att man bedömer det nyfödda barnet enligt fem kriterier på en skala mellan 0 och 10. Kriterierna är hjärtfrekvens, andning, hudfärg, muskeltonus och reflexer och den totala poängsumman kan variera mellan 0 och 10 poäng. Bedömningen görs vid en minut, fem minuter och tio minuter efter födelsen. Låg Apgar-poäng brukar definieras som under 4 poäng, eller under 7 poäng vid fem minuters ålder. Nyfödda barn som får under 4 poäng kan få en specifik diagnos, måttlig asfyxi, en form av akuta andningssjukdomar. Apgar under 7 poäng vid fem minuter ålder är en vedertagen indikator för jämförelser av utfall vid forskning och utvärderingar.

Det kan finnas flera skäl till att ett barn får låga Apgar-poäng vid fem minuters ålder. Bedömningen speglar syrebrist hos fostret som kvarstår eller uppträder fem minuter efter födseln. Orsaken kan vara komplikationer i moderkakan eller navelsträngen, tillväxthämning hos fostret, sjukdomar hos modern eller komplikationer i samband med förlossningen som värksvaghet eller instrumentell förlossning. Barnet kan också ha påverkats av narkos eller

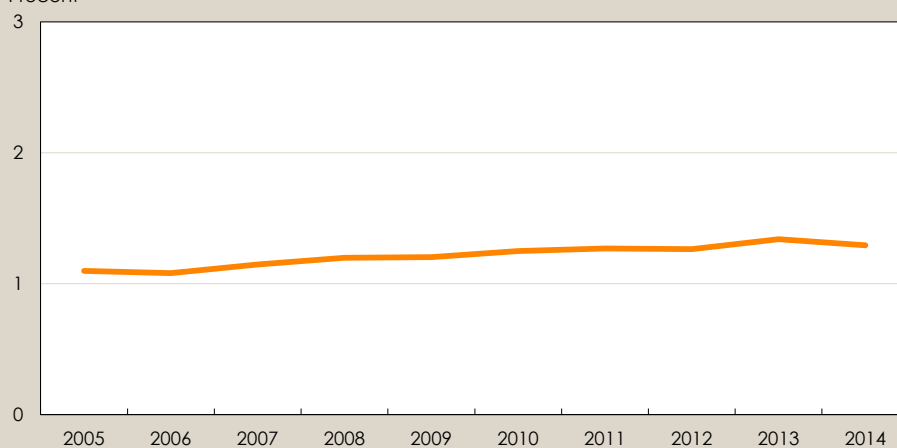
smärtlindrande läkemedel som modern fått under förlossningen. Både dödlighet och risk för allvarliga neurologiska skador är större hos barn med låga Apgar-poäng vid fem minuters ålder än hos barn med höga Apgar-poäng.

Indikatorn visar andelen barn med låga Apgar-poäng, dvs. mindre än 7 poäng vid fem minuters ålder, var 1,3 procent under den studerade tidsperioden 2010–2014. Här ses en marginell förändring till det sämre jämfört med tidigare mätperiod vilket innebär att fler nyfödda barn hade låga Apgar-poäng. Det är viktigt att landstingen följer utvecklingen och återkommer till den nivå som de hade 2006. Variationen i utfallet mellan landstingen var 0,8 till 2 procent.

15.1. RIKET. Låg Apgar-poäng hos nyfödda

Andel nyfödda med låg Apgar-poäng vid fem minuter efter födelsen.

Procent

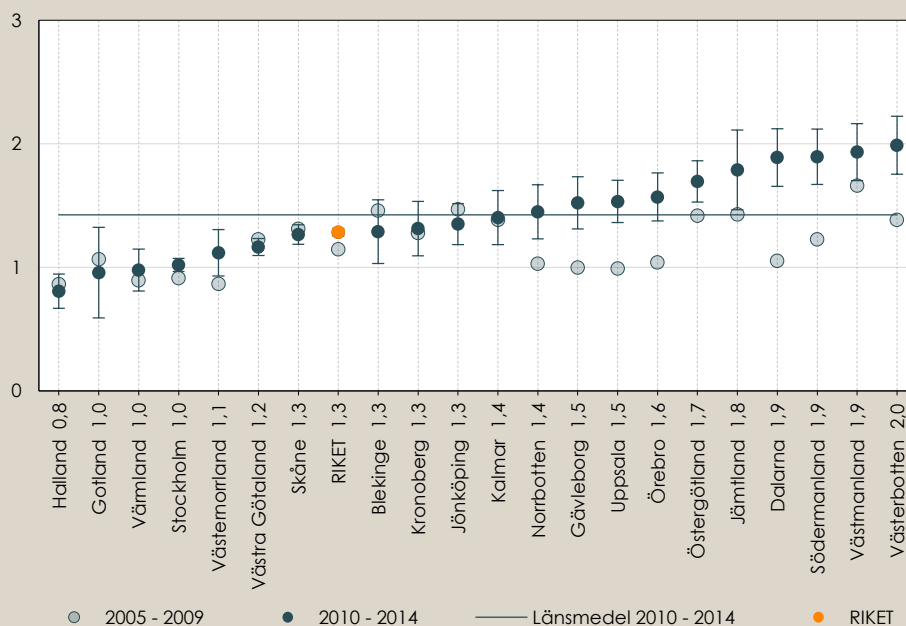


Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen.

15.2. LÄN. TOTALT. Låg Apgar-poäng hos nyfödda

Andel nyfödda med låg Apgar-poäng vid fem minuter efter födelsen.

Procent



Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen.

16. Vårdrelaterade infektioner hos barn i neonatalvård

Enligt Svenskt neonatalt kvalitetsregister (SNQ) läggs vart tionde nyfött barn in på en avdelning för nyföddhetsvård (neonatalavdelning) för att få extra hjälp och vård. De flesta behöver bara vård under en kort period. Det kan handla om syrebrist under förlossningen som gör att barnet får svårare att anpassa sig till livet utanför livmodern (att hålla kroppstemperaturen, andas normalt med mera). En annan orsak kan vara medfödda missbildningar. Slutligen är för tidig födsel en viktig anledning till neonatalvård. Vissa nyfödda som vårdas inom neonatalvården drabbas även av vårdrelaterade infektioner. Här mäter vi förekomst av vårdrelaterade infektioner bland nyfödda barn inom neonatalvården som till en del går att undvika.

Indikatorn visar antalet verifierade eller bekräftade vårdrelaterade infektioner per 1 000 vård dygn på neonatalavdelning. Här ingår endast bekräftade infektioner (som påvisas av bakterier i blodbanan) som uppkommit efter det tredje vård dygnet efter inskrivning. Ett annat kriterium är att infektionen inte var anledning till att barnet behövde vård utan tillkom efter det tredje dygnet, vilket utesluter att barnet har fått infektionen på annat ställe än på neonatalavdelningen.

Sjukhusens neonatalavdelningar rapporterar in till kvalitetsregistret för neonatologi, SNQ. Under 2014 föddes 114 907 barn i Sverige, varav cirka 10 procent vårdades på neonatalavdelning [32]. Kvalitetsregistret används för att besvara frågor om hur behandlingsmetoder och rutiner varierar över landet, samt om hur dessa variationer påverkar vårdens resultat och barnens

framtida hälsa. Alla neonatalavdelningar rapporterar till registret SNQ som har samordnats med det medicinska födelseregistret (MFR) så att gemensamma variabler definieras och rapporteras på samma sätt.

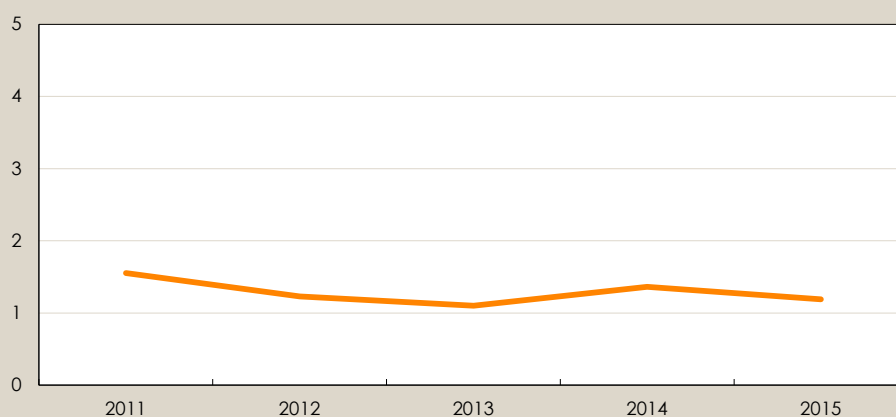
I riket var utfallet 1,2 procent 2015 av de verifierade vårdrelaterade infektionerna per 1 000 vårddygn. Variationerna mellan landstingen var stora, främst beroende på skillnader i hur man organiserar vården av nyfödda barn med lättare, övergående vårdbehov i samband med födseln.

Det är många barn som vårdas på en neonatalavdelning, det låga antalet infektioner gör den statistiska osäkerheten stor. Skillnader i utfallet mellan enheter kan bero på många olika faktorer. En faktor som håller antalet nere är efterlevnad av goda hygienrutiner, medan hög belägningsgrad kan göra att infektionerna blir fler. På enheter som tar emot barn med särskilt komplicerade tillstånd är det vanligare med infektioner. Enheterna har ibland olika rutiner för att utföra blododling vid misstänkt infektion – mer frekvent blododling ger fler positiva svar. Även bortfall av uppgifter kan påverka de redovisade resultaten. Slutligen är datakvaliteten i SNQ ännu inte känd.

16.1. RIKET. Vårdrelaterade infektioner i neonatalvård

Andel verifierade vårdrelaterade infektionsepisoder per 1 000 vårddygn i neonatalvård.

Per 1 000 vårddygn

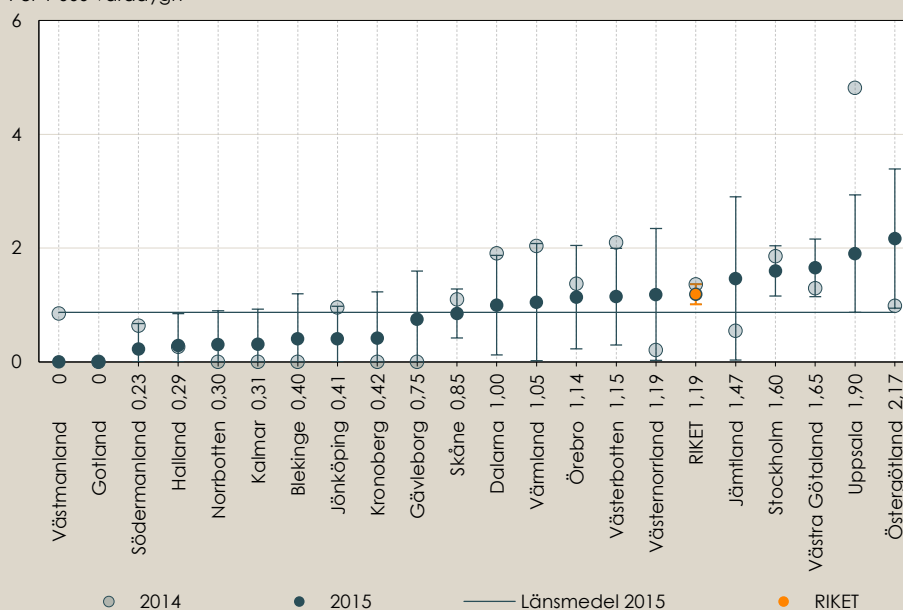


Källa: SNQ - Svenskt Neonatalt Kvalitetsregister.

16.2. LÄN. TOTALT. Vårdrelaterade infektioner i neonatalvård

Andel verifierade vårdrelaterade infektionsepisoder per 1 000 vård dygn i neonatalvård.

Per 1 000 vård dygn



Källa: SNQ - Svenskt Neonatalt Kvalitetsregister.

17. Akut återinskrivning efter förlossning

Denna indikator visar andel mödrar som återinskrivs på vårdavdelning inom 30 dagar efter förlossning. Bland återinskrivningarna ingår endast de som har en registerad graviditets- eller förlossningsdiagnos och där återinskrivningen dokumenterats som oplanerad. Syftet är att mäta behovet av akut återinskrivning på grund av obstetriska orsaker efter förlossning. Indikatorn är ett kvalitetsmått på förlossnings- och BB-vården.

Att bevaka återinskrivningsfrekvensen är viktigt eftersom nyblivna mödrar stannar allt kortare tid på sjukhus efter förlossningen. Om de akuta återinskrivningarna ökar kan det vara en indikation på att mödrar skrivs ut för tidigt, det vill säga innan de egentligen är fysiskt och mentalt redo för hemgång, och att vårdplaneringen brister.

Medelvårdtiden efter vaginal förlossning var 4 dygn 1990 och mindre än 2 dygn 2014. Vid kejsarsnitt under motsvarande period minskade medelvårdtiden från 6,5 till cirka 3 dygn. År 2014 vårdades 76 procent av alla vaginalförlösta kvinnor i högst 2 dygn på sjukhus efter förlossningen.

Nordiska ministerrådets arbetsgrupp för patientsäkerhet har föreslagit detta mått som en av flera viktiga indikatorer på patientsäkerheten inom förlossningsvården [33]. Gruppen föreslår regelbunden insamling av dessa data i de nordiska länderna. Vid de mätningar som arbetsgruppen gjorde 2012 rapporterade både Norge och Finland något lägre andel återinläggningar, 1,2 respektive 1,4 procent, än Sverige som hade en andel på 1,7 procent. Under perioden 2012–2014 låg Sverige kvar på denna relativt höga nivå. Mellan åren 2005 och 2014 fanns en tydlig trend som visar att andelen

mödrar som återinskrevs ökade. År 2005 uppgick andelen till 1,3 procent av mödrarna.

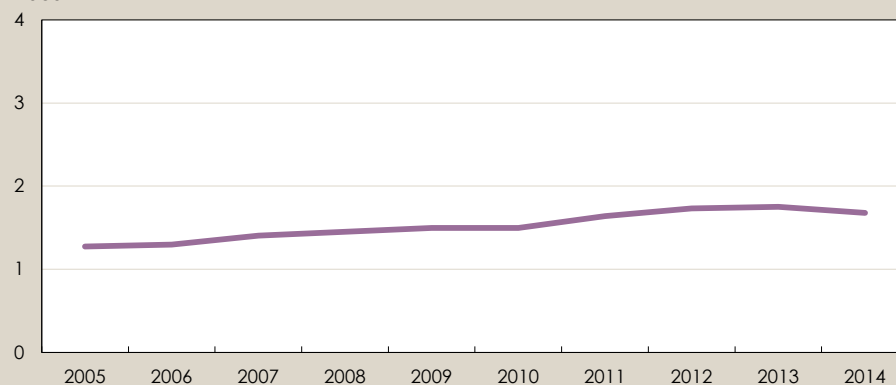
Data rapporterade till medicinska födelseregistret visar en viss spridning mellan länen i andelen återinskrivningar för perioden 2012–2014. Under perioden varierade andelen återinskrivningar mellan 0,6 och 3,3 procent. Konfidensintervallen visar att man med viss säkerhet kan uttala sig om skillnaderna mellan länen med minst och störst andelar. Diagrammet för länen visar att i de flesta län har återinskrivningarna ökat sedan jämförelseperioden 2009–2011.

Resultaten måste ändå tolkas med försiktighet. Skillnader i redovisade data kan också bero på varierande kvalitet i inrapporteringen och noggrannheten i journalföringen.

17.1. RIKET. Akut återinskrivning efter förlossning

Andel mödrar som återinskrivits på vårdavdelning inom 30 dagar efter förlossningen för en diagnos inom graviditet och förlossning. Avser slutet och ej planerad vård. Åldersstandardiserade värden.

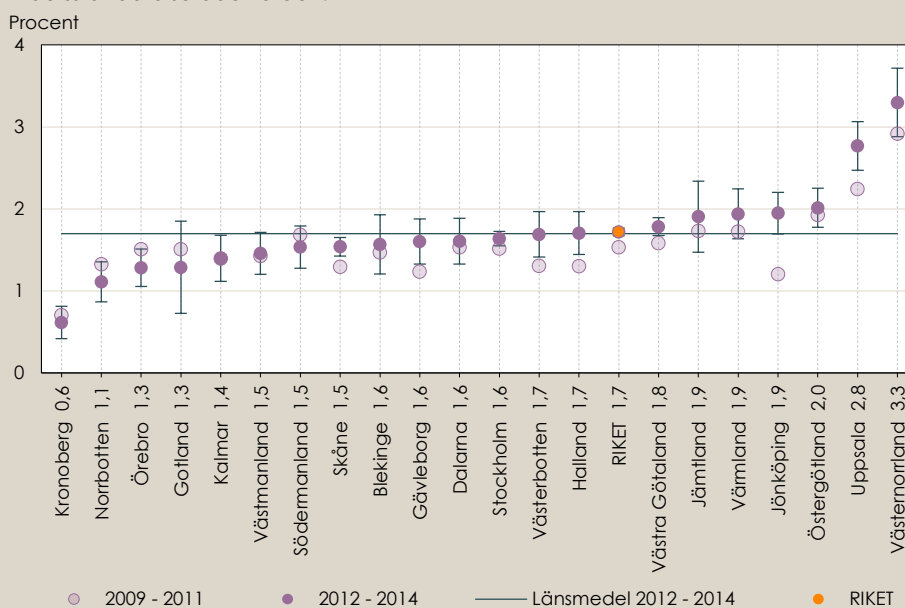
Procent



Källa: Medicinska födelseregistret samt Patientregistret, Socialstyrelsen.

17.2. LÄN. KVINNOR: Akut återinskrivning efter förlossning

Andel mödrar som återinskrivits på vårdavdelning inom 30 dagar efter förlossningen för en diagnos inom graviditet och förlossning. Avser slutet och ej planerad vård. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Medicinska födelseregistret samt Patientregistret, Socialstyrelsen.

18. Skador hos nyfödda barn

Förlossningsskador uppstår under själva förlossningen och innebär skador på det nyfödda barnet. Denna indikator omfattar en uppsättning specificerade skador som man bedömer att förlossningsvården delvis kan påverka. Måttet är en etablerad indikator för patientsäkerhet som har tagits fram av Agency for healthcare research and quality (AHRQ) i USA [34].

Alla skador vid förlossningen kan inte förebyggas eftersom olika förutsättningar hos modern också påverkar förekomsten, men förlossningsvården har som en viktig uppgift att minimera omfattningen. Faktorer som kan påverka frekvensen av dessa skador är exempelvis fostrets läge vid förlossning, en mycket snabb eller påskyndad förlossning samt om förlossningen är fördröjd eller utdragen. Användning av sugklocka eller tång för att förlösa barnet kan också bidra till förlossningsskador.

Indikatorn visar antal levande födda barn per tusen som har en födelsevikt på 2 000 gram eller mer och som har minst en diagnos som tecken på förlossningsskada som upptäckts inom 7 dygn efter förlossningen. Här ingår sådana diagnoser som rapporterades under vårdtillfället för förlossningen och även sådana som upptäcktes först vid en återinskrivning av barnet inom 7 dagar efter förlossningen.

Indikatorn mäter ett urval specifika diagnoser för skador i form av hjärnblödning, skador på nervsystemet, frakturer samt vissa andra skador på yttre och inre organ hos det nyfödda barnet (för en detaljerad lista se bilaga 2 med teknisk beskrivning).

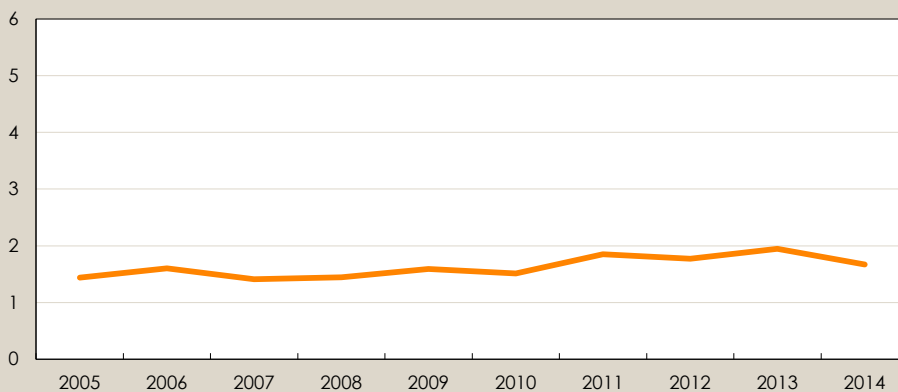
Det förekommer mycket få sådana skador i Sverige. Årligen upptäcks knappt 200 barn med någon av dessa skador, d.v.s. under 2 per 1 000 levande födda barn. Mellan åren 2005 och 2014 ökade andelen förlossningsskador något från 1,4 till 1,7 per 1 000 levande födda barn i samma viktklass. Det finns dock en inte obetydlig variation mellan länen. Under femårsperioden 2010–2014 var andelen skador 0,7 per 1 000 barn i länen med lägst förekomst och 2,4 respektive 3,5 per 1 000 i de län som hade störst andel skador. Konfidensintervallen i diagram för länen visar dock att jämförelsen rör mycket små tal och att det i de flesta fall är svårt att uttala sig om statistiskt säkerställda skillnader mellan länen.

Mätningen tar inte hänsyn till att de ingående diagnoserna har olika allvarlighetsgrad och att denna sammansättning kan skifta både mellan länen och över tid. Indikatorn ställer också höga krav på diagnossättningen av skador i medicinska födelseregistret och patientregistret.

18.1. RIKET. Skador hos nyfödda barn

Antal levandefödda barn med födelsevikt över 2000 g och som har minst en av utvalda diagnoser upptäckta inom 7 dygn efter födelse. Åldersstandardiserade värden.

Antal per 1 000

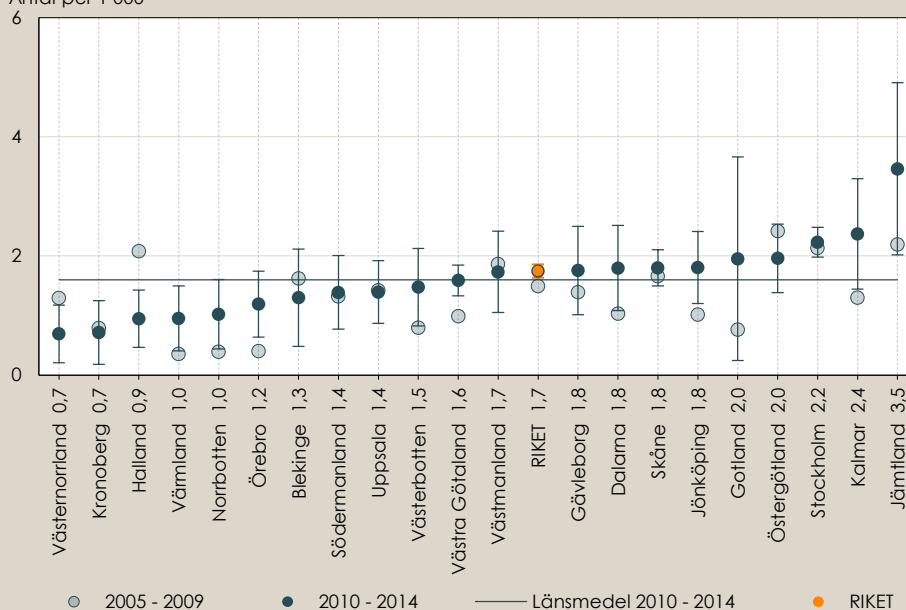


Källa: Medicinska födelseregistret och Patientregistret, Socialstyrelsen.

18.2. LÄN. TOTALT. Skador hos nyfödda barn

Antal levandefödda barn med födelsevikt över 2000 g och som har minst en av utvalda diagnoser upptäckta inom 7 dygn efter födelse. Ålderstandardiserade värden.

Antal per 1 000



Källa: Medicinska födelseregistret och Patientregistret, Socialstyrelsen.

19. Livshotande hjärtsjukdomar upptäckta på BB

Indikatorn visar tidig upptäckt av nyfödda barn med medfött hjärtfel, ett förbättringsområde som identifierats i Socialstyrelsens utvärdering baserat på rekommendationer i de nationella riktlinjerna för hjärtsjukvården [35].

I Sverige föds varje år cirka 1 000 barn med någon form av missbildning i hjärtat, så kallade medfödda hjärtfel. För barn med livshotande hjärtmissbildningar är det av största vikt att missbildningen upptäcks så snabbt som möjligt och helst innan barnet lämnar BB. För barn med allvarliga hjärtmissbildningar kan det vara akut livshotande med hemgång utan att hjärtfelet har upptäckts, eftersom blodcirkulationen hos det nyfödda barnet förändras under de första levnadsveckorna. Om diagnosen inte ställs i tid riskerar det nyfödda barnet att drabbas av syrebrist, syreansamling i kroppsvätskor (acidosis), hjärtsvikt och även cirkulationskollaps. Därför är det av yttersta vikt med diagnos av allvarliga hjärtmissbildningar innan hemgång från BB. Genom att kombinera barnläkarundersökning med rutinmässig syremättnads mätning hos det nyfödda barnet (så kallad POX-mätning) kan man upptäcka fler medfödda hjärtfel redan på BB.

Indikatorn mäter andelen barn med livshotande hjärtsjukdom som upptäcks innan hemgång från BB. Med livshotande hjärtsjukdom menas hjärtfel som inom 30 dagar från födelsen kräver operation eller leder till döden.

Indikatorn speglar säker vård genom att mäta vårdens förmåga att identifiera och diagnostisera medfött hjärtfel hos nyfödda barn enligt gällande nationella riktlinjer för hjärtsjukvård. Utfallet över flera år på riksnivå visar

att något fler av de nyfödda barnen med allvarligt hjärtfel får diagnos innan hemgång men utfallet har inte rört sig i en önskvärd riktning mellan 2014 och 2015. Något fler barn alltså lämnar BB 2015 med oupptäckt livshotande hjärtfel.

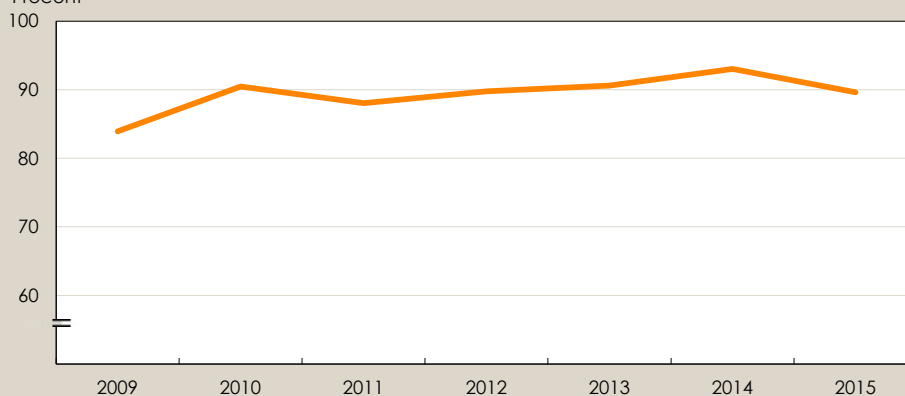
I jämförelsen av regionerna har både region Väst och region Stockholm–Gotland förbättrat utfall under perioden 2014–2015 jämfört med tidigare period. I regionerna Norr och Sydöst har däremot utfallet försämrats under perioden 2014–2015 jämfört med tidigare period.

Patientsäkerhetsperspektiv	Säker vård
En snabb diagnos av medfött hjärtfel minskar risken för att det nyfödda barn drabbas av syrebrist, syraansamling i kroppsvätskor (acidosis), hjärtsvikt och cirkulationskollaps.	Tidig identifiering och diagnos av barn med medfödda hjärtfel enligt gällande nationella riktlinjer för hjärtsjukvård.

19.1. RIKET. Livshotande hjärtsjukdomar upptäckta på BB

Andel barn med livshotande hjärtfel som upptäcks innan hemgång från BB. Avser nyfödda som föds med en hjärtsjukdom som fordrar operation eller som leder till död inom 30 dagar från födseln.

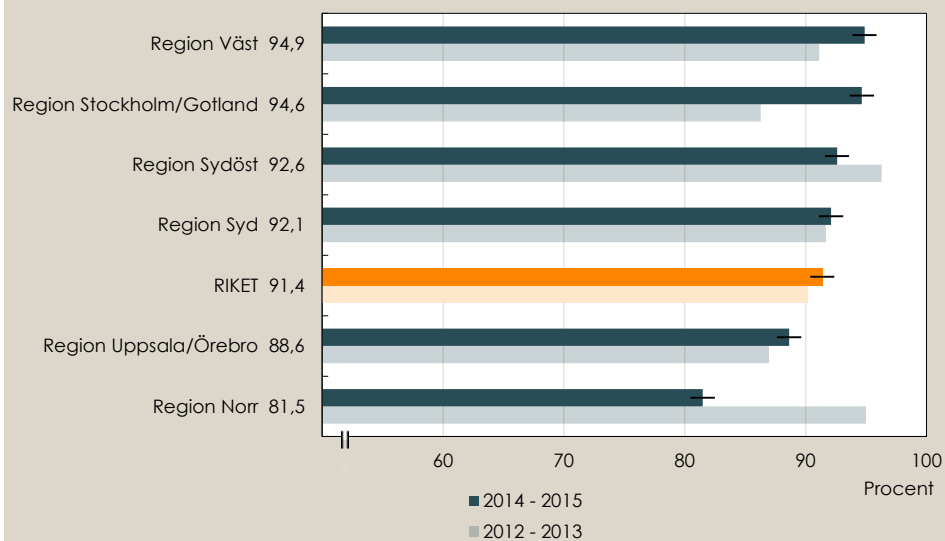
Procent



Källa: Kvalitetsregistret SWEDCON.

19.2. LÄN. TOTALT. Livshotande hjärtsjukdomar upptäckta på BB

Andel barn med livshotande hjärtfel som upptäcks innan hemgång från BB. Avser nyfödda som föds med en hjärtsjukdom som fordrar operation eller som leder till död



Källa: Kvalitetsregistret SWEDCON.

Diabetes

Resultaten är sämre inom vissa områden av diabetesvården enligt Socialstyrelsens utvärdering av följsamhet till nationella riktlinjer för diabetes [36]. Av de förbättringsområden som utvärderingen identifierar redovisas här ett urval av indikatorer för att spegla säker vård. För vissa indikatorer ingår även Socialstyrelsens definierade målnivåer för att tydligare beskriva det utfall som är önskvärt inom specifika områden av diabetesvården. Två nya indikatorer presenteras för första gången i det här sammanhanget, risk för hjärt-kärlsjukdom hos personer med diabetes. Dessutom ingår några av indikatorerna i rapportserien inom öppna jämförelser. Indikatorerna är följande:

- dödlighet i hjärt-kärlsjukdom vid diabetes
- ögonbottenundersökningar hos vuxna personer med diabetes som behandlas i primärvården
- ögonbottenundersökningar hos vuxna personer med typ 1-diabetes
- ögonbottenundersökning hos barn och unga med typ 1-diabetes
- risk för hjärt-kärlsjukdom hos personer med typ 2-diabetes
- risk för hjärt-kärlsjukdom hos personer med typ 1-diabetes.

20. Dödlighet i hjärt-kärlsjukdom vid diabetes

Personer med diabetes löper högre risk att bli sjuka och avlida i hjärt-kärlsjukdom jämfört med befolkningen i övrigt. Ett viktigt mål för diabetesvården är att minska den risken. I den kardiovaskulära riskprofilen ingår kontroll av blodfetter, blodtryck och blodsocker samt olika sjukdomsförebyggande åtgärder som rökstopp och en strävan efter en bra nivå av fysisk aktivitet.

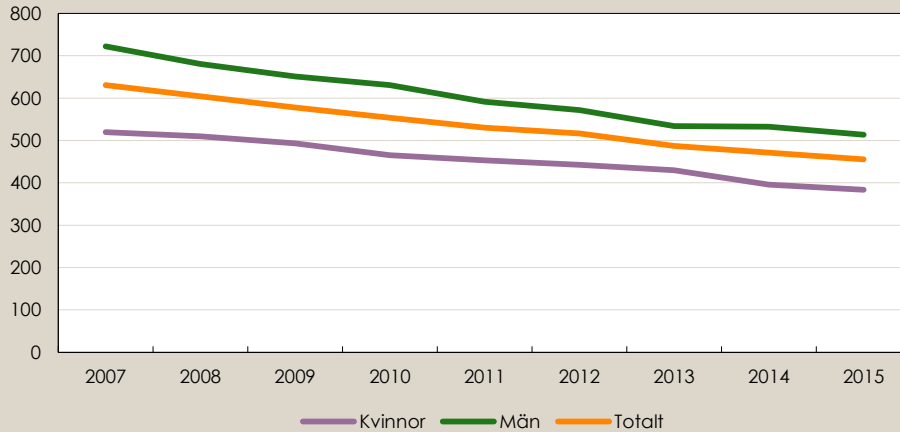
Indikatorn består av en jämförelse av risken för att avlida inom fem år i hjärt-kärlsjukdom för personer med diabetes, jämfört med samma risk i befolkningen som helhet. Om dödligheten vore lika stor i båda grupperna så skulle det innebära att diabetesvården (och patienterna) lyckats kompensera för all den ökade risk som diabetessjukdomen medför. Indikatorn speglar det samlade resultatet av insatser för att förebygga hjärt-kärlsjukdom vid diabetes samt behandlingen av hjärt- respektive strokesjukdom vid diabetes.

Indikatorn visar antalet döda i hjärt-kärlsjukdom per 100 000 personer av dem som behandlas med läkemedel för sin diabetes och som till en del går att undvika. På riksnivå kan vi se att utfallet har en önskvärd riktning, dvs. dödligheten sjunker. Vi ser också att dödligheten är lägre bland kvinnor än bland män. På landstingsnivå varierar utfallet för kvinnor från 337 till 484 döda per 100 000 personer med läkemedelsbehandlad diabetes. För män varierar utfallet från 423 till 648 döda per 100 000 personer med läkemedelsbehandlad diabetes.

20.1. RIKET. Dödlighet i hjärt-kärlsjukdom vid diabetes

Antal döda i hjärt- och kärlsjukdomar bland 100 000 personer som behandlas med diabetesläkemedel. Åldersstandardiserade värden.

Antal per 100 000

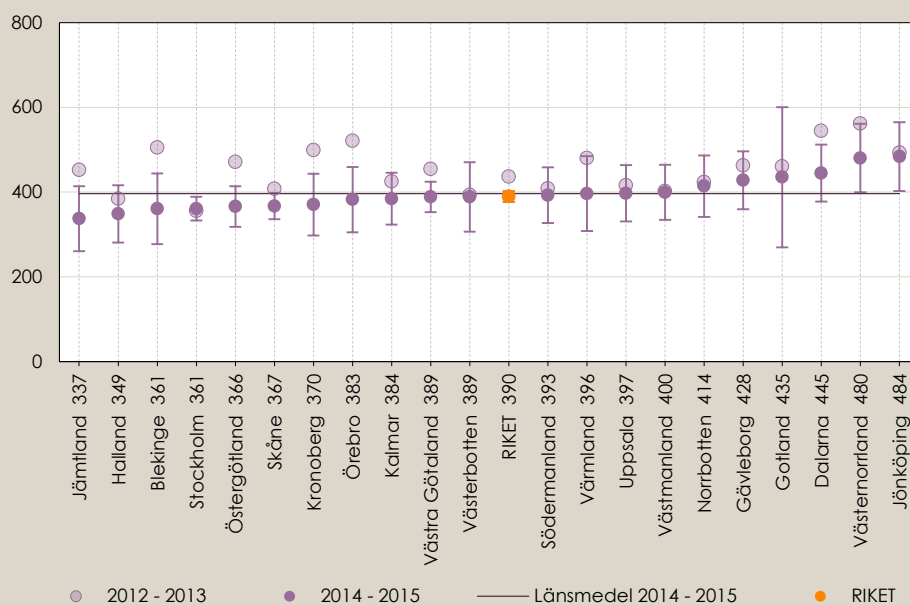


Källa: Dödsorsaksregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

20.2. LÄN. KVINNOR. Dödlighet i hjärt-kärlsjukdom vid diabetes

Antal döda i hjärt- och kärlsjukdomar bland 100 000 personer som behandlas med diabetesläkemedel. Åldersstandardiserade värden.

Antal per 100 000

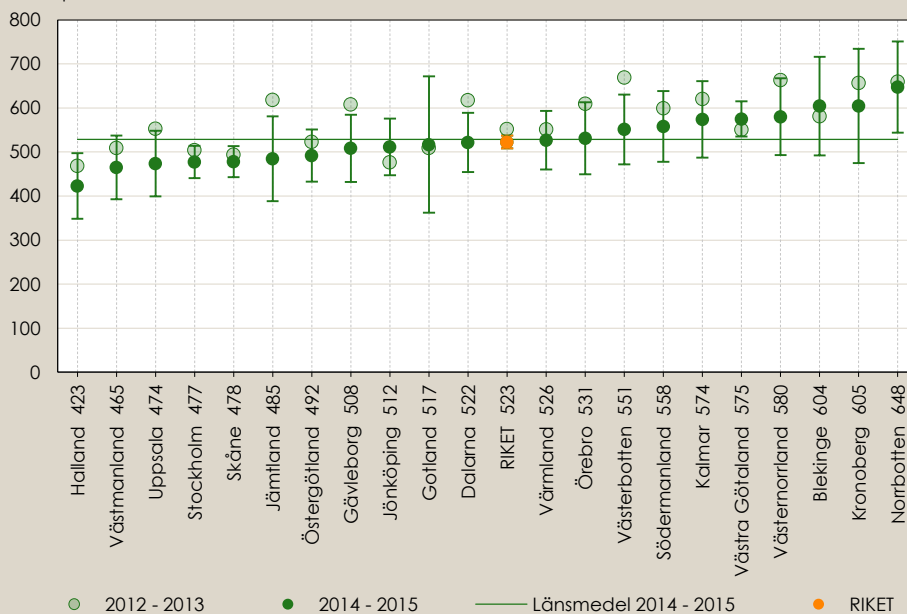


Källa: Dödsorsaksregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

20.3. LÄN. MÄN. Dödlighet i hjärt-kärlsjukdom vid diabetes

Antal döda i hjärt- och kärlsjukdomar bland 100 000 personer som behandlas med diabetesläkemedel. Åldersstandardiserade värden.

Antal per 100 000



Källa: Dödsorsaksregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

21–23. Ögonbottenundersökningar

Personer med diabetes kan drabbas av synnedsättning på grund av skador på de små blodkärlen i ögonbotten och därmed skada på näthinna, diabetesretinopati. Med regelbundna ögonbottenfotograferingar kan man tidigt upptäcka förändringar i ögonbottenarna. Tack vare laserbehandling är det färre personer med diabetes som blir blinda eller får synnedsättningar, men kontroll av blodsockernivå och blodtryckssänkande behandling minskar risken för att utveckla kärlskador i ögonbotten.

Patientsäkerhetsperspektiv	Säker vård
Tidig upptäckt och behandling av kärlförändringar i ögonbottenarna minskar risken för synnedsättning.	Regelbunden ögonbottenfotografering vart tredje år för patienter med typ 2-diabetes gör det möjligt att sätta in synbevarande laserbehandling.

21. Ögonbottenundersökningar hos vuxna personer med diabetes som behandlas i primärvården

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för diabetes rekommenderas ögonbottenundersökning vart tredje år för typ 2-diabetes för de patienter som inte har ögonskador. Målnivån för riket är att minst 96 procent av alla patienter med typ 2-diabetes bör ögonbottenundersökas vart tredje år i primärvården [37].

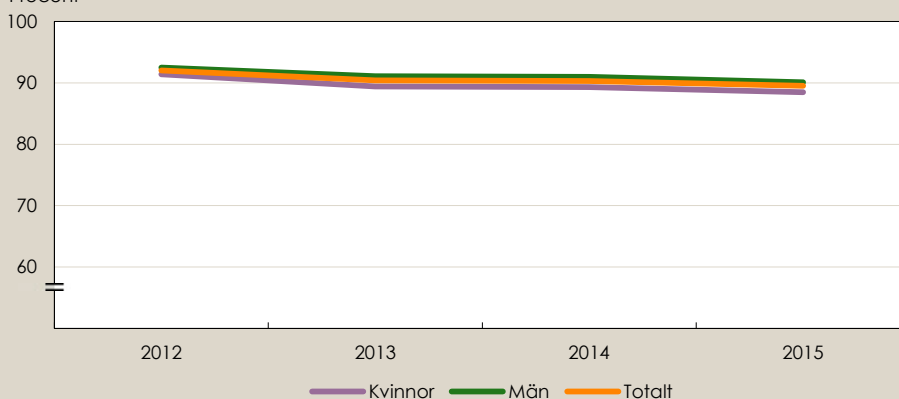
Tidig upptäckt och behandling av kärlförändringar i ögonbottenarna är viktigt för en säker diabetesvård. Indikatoren visar andelen patienter i primärvården som gjort ögonbottenfotografering någon gång de senaste tre åren, bland dem

som svarat ja/nej på denna fråga. Utfallet på riksnivå har sjunkit något över åren 2012 till 2015, dvs. utfallet har utvecklats i en riktning som inte är önskvärd. Med utgångspunkt i 2015 års uppgifter innebär målnivån på ≥ 96 procent att ytterligare 17 700 personer med typ 2-diabetes bör genomgå en ögonbottenundersökning i riket som helhet. På landstingsnivå varierar andelen från 83 till 99 procent för både kvinnor och män.

21.1. RIKET. Ögonbottenundersökningar hos vuxna personer med diabetes som behandlas i primärvården

Andel personer med diabetes i primärvård (i huvudsak typ 2-diabetes) som gjort ögonbottenundersökning någon gång de senaste tre åren.

Procent

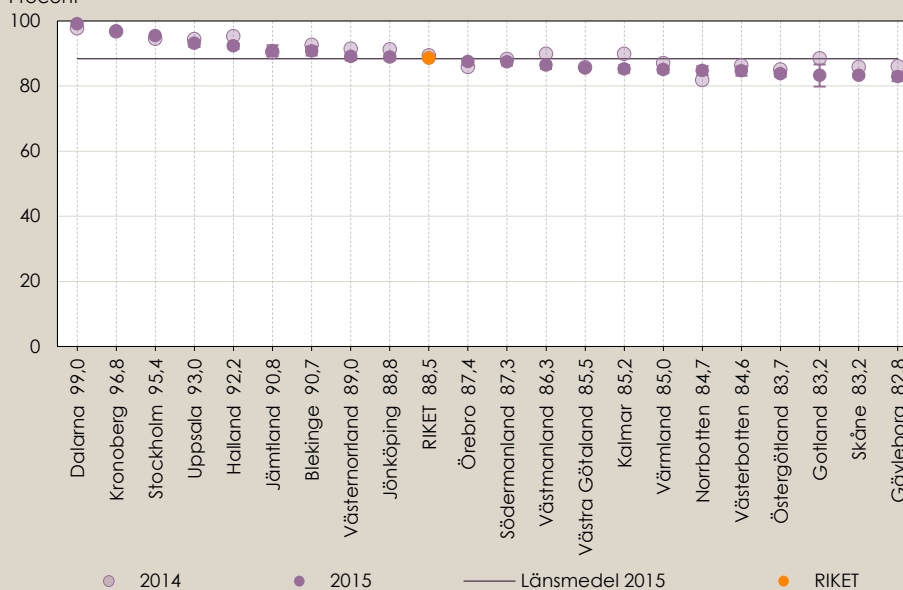


Källa: NDR – Nationella Diabetesregistret.

21.2. LÄN. KVINNOR. Ögonbottenundersökningar hos vuxna personer med diabetes som behandlas i primärvården

Andel personer med diabetes i primärvård (i huvudsak typ 2-diabetes) som gjort ögonbottenundersökning någon gång de senaste tre åren.

Procent

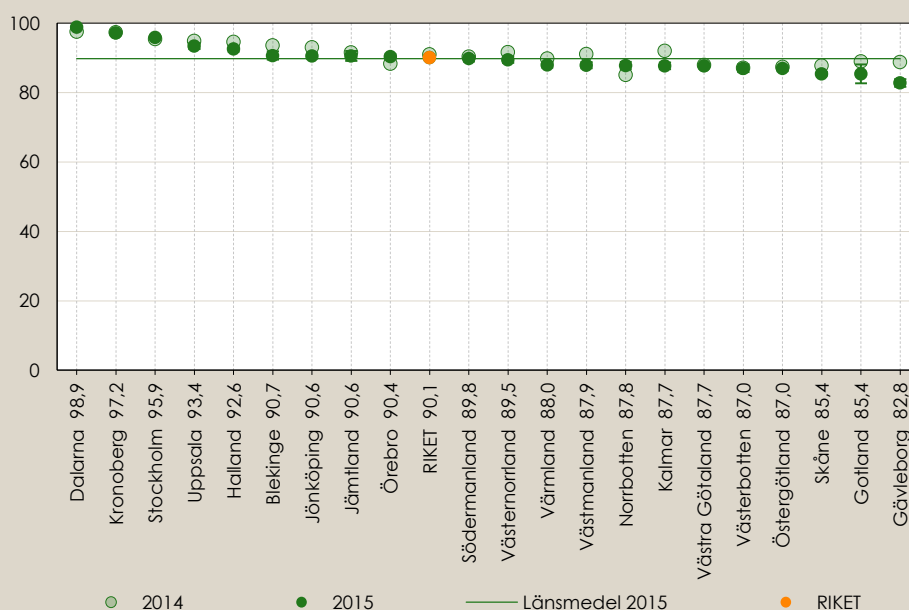


Källa: NDR – Nationella Diabetesregistret.

21.3. LÄN. MÄN. Ögonbottenundersökningar hos vuxna personer med

Andel personer med diabetes i primärvård (i huvudsak typ 2-diabetes) som gjort ögonbottenundersökning någon gång de senaste tre åren.

Procent



Källa: NDR – Nationella Diabetesregistret.

22. Ögonbottenundersökningar hos personer med typ 1-diabetes

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för diabetes rekommenderas ögonbottenundersökning vartannat år för typ 1-diabetes för de patienter som inte har ögonskador. Målnivån för riket är att minst 98 procent av alla patienter med typ 1-diabetes bör ögonbottenundersökas vartannat år på medicinklinik.

Här redovisar Socialstyrelsen vårdens följsamhet till rekommendationer i de nationella riktlinjerna för diabetes för tidig upptäckt och behandling av kärlförändringar i ögonbottenar, vilket speglar säker vård.

Indikatorn visar andelen patienter med typ 1-diabetes som gjort ögonbottenfotografering vid medicinklinik någon gång de senaste två åren, bland dem som svarat ja/nej på denna fråga.

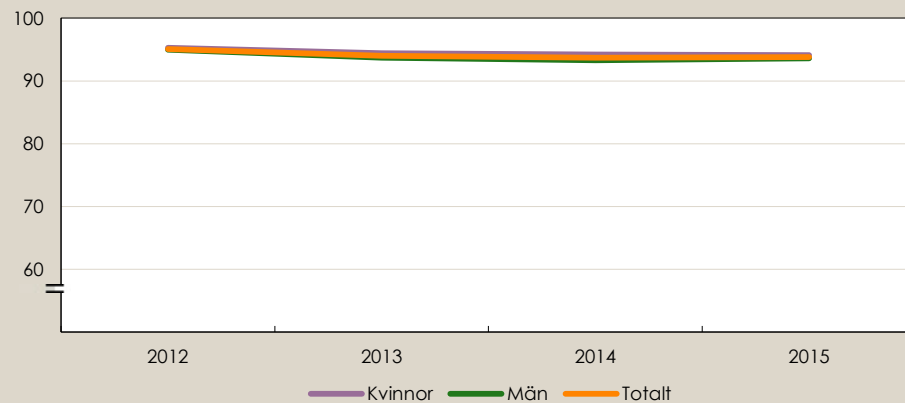
Utfallet på riksnivå har sjunkit något över åren 2012 till 2015, dvs. det har utvecklats i en riktning som inte är önskvärd. Med utgångspunkt i 2015 års uppgifter innebär målnivån på ≥ 98 procent att ytterligare cirka 1 700 personer med typ 1-diabetes bör genomgå en ögonbottenundersökning, i riket som helhet. Vi ser också att andelen patienter som får ögonbottenundersökning har minskat över tidsperioden.

På landstingsnivå varierar utfallet från 99 till 86 procent för kvinnor. För män är variationen mellan 97 till 89 procent.

22.1. RIKET. Ögonbottenundersökningar hos personer med typ 1-diabetes

Andel personer med typ 1 diabetes som gjort ögonbottenundersökning någon gång de senaste två åren.

Procent

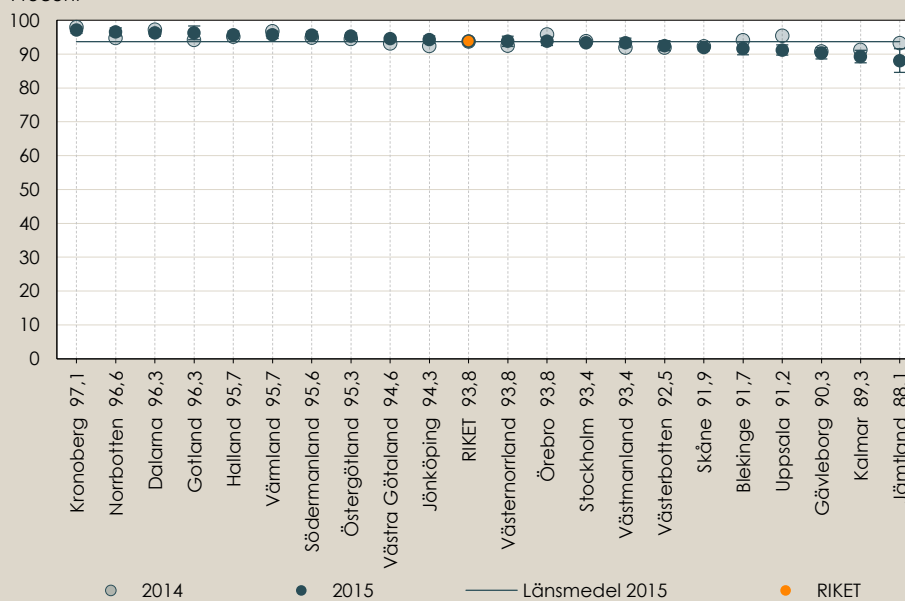


Källa: NDR – Nationella Diabetesregistret.

22.2. LÄN. TOTALT. Ögonbottenundersökningar hos personer med typ 1-diabetes

Andel personer med typ 1-diabetes som gjort ögonbottenundersökning någon gång de senaste två åren.

Procent



Källa: NDR – Nationella Diabetesregistret.

23. Ögonbottenundersökning hos barn och unga med typ 1-diabetes

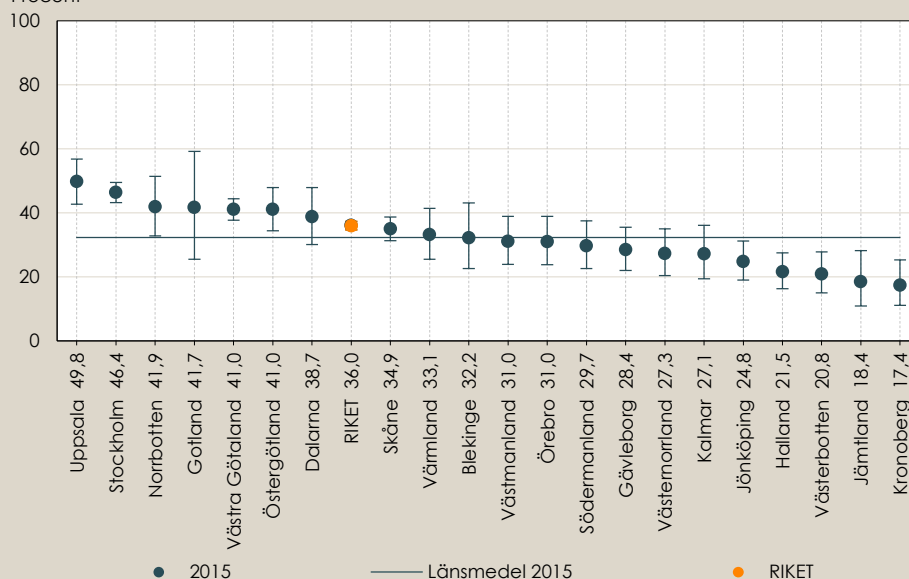
Retinopati är sällsynt bland barn och tonåringar och förekommer sällan före 10 års ålder men retinopati kan förekomma redan vid mycket kort sjukdomsduration hos ungdomar. Indikatorn belyser en säker vård för barn och unga med diabetes genom tidig upptäckt och behandling av kärlförändringar i ögonbotten.

Indikatorn visar andelen barn och unga 10–17 år med typ 1- diabetes som har gjort ögonbottenfotografering någon gång de senaste två åren, bland dem som svarat ja eller nej på denna fråga. I riket som helhet hade 36 procent av alla barn och unga gjort ögonbottenkontroll någon gång de två senaste åren. Variationerna mellan de olika landstingen är stora, från 50 procent till 17 procent.

23. LÄN. TOTALT. Ögonbottenundersökning hos barn och unga med typ 1-diabetes

Andel barn och unga med typ 1-diabetes som gjort ögonbottenundersökning någon gång under de senaste två åren. Avser barn och unga 10-17 år.

Procent



Källa: Nationella Diabetesregistret - SWEDIABKIDS.

24–25. Risk för hjärt-kärlsjukdom hos personer med diabetes

Risken för hjärt-kärlsjukdom är förhöjd vid diabetes, både vid typ 1- och typ 2-diabetes. I första hand drabbas de stora blodkärlen vid högt blodsocker. Effekten på blodkärlen blir åderförfattning och i senare stadium åderförkalkning. Vanliga kärlkomplikationer hos personer med diabetes är hjärtinfarkt, stroke och nedsatt cirkulation i benen. Risken för att drabbas av en hjärtinfarkt ökar bl.a. med stigande blodsocker, rökning, högt blodtryck och förhöjda blodfetter.

Ett viktigt mål för diabetesvården är att minska risken för hjärt-kärlsjukdom. De så kallade riskmotorer som Nationella diabetesregistret (NDR) utvecklat, utgör sammansatta mått som har beräknats på ett antal viktiga riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom hos personer med diabetes. Avsikten är att beräkna den individuella 5-årsrisken för kardiovaskulär sjukdom. Risk för kardiovaskulär sjukdom definieras som risken att inom 5 år drabbas av antingen icke-fatal eller fatal hjärt-kärlsjukdom, som definieras som

antingen koronar hjärtsjukdom (hjärtinfarkt, instabil angina, genomgången PCI eller bypass) eller stroke (hjärninfarkt eller hjärnblödning).

Riskmotorerna finns i olika versioner för typ 1- och typ 2-diabetes. Riskfaktorer som mäts är debutålder för diabetes, HbA1c, blodtryck, total kolesterol, HDL, rökning, tidigare hjärt-kärlsjukdom samt makroalbuminuri. För diabetes typ 2 tillkommer bl.a. riskfaktorerna BMI, mikroalbuminuri och förmaksflimmer. Beräkningen av riskmotorerna avrapporterades vetenskapligt 2011 [38, 39].

Inom vården är tanken att riskmotorerna ska vara en hjälp för sjuksköterskor och läkare. Med hjälp av riskmotorn ska sannolikheten öka för att rätt patientgrupper får rätt behandling.

Riskmotorerna speglar ett patientsäkerhetsperspektiv inom diabetesvården. Avsikten med instrumentet är att minska risken för framtida skador i form av hjärt-kärlsjukdom. När riskpopulationerna identifieras blir det lättare att rikta insatser i form av behandling med läkemedel och stöd till livsstilsförändringar.

Indikatorerna som presenteras här är baserade på de patienter i NDR som har följts upp med avseende på riskmotorernas olika riks faktorer under åren 2014–2015. Riskmotorerna är avsedda att användas främst i åldrarna 30–65 år för patienter med typ 1-diabetes och i åldrarna 30–75 år för typ 2-diabetes.

Riskbedömningen för både typ 1-diabetes och typ 2-diabetes delas in i klasserna:

- mycket hög absolut risk för hjärt-kärlsjukdom över 5 år: mer än 20 procent,
- hög absolut risk för hjärt-kärlsjukdom över 5 år: 8,1–20 procent,
- måttlig risk för hjärt-kärlsjukdom över 5 år: 2–8 procent.

I diagrammen presenteras andelen av landstingens patienter med diabetes som har en mycket hög risk för hjärt-kärlsjukdom, dvs. en risk på 20 procent eller mer. Det finns inga längre tidsserier där de bakomliggande faktorerna i riskmotorerna har mätts på ett enhetligt sätt. Detta gör att man för närvarande inte kan uttala sig om utvecklingen.

Patientsäkerhetsperspektiv	Säker vård
En minskad risk för hjärt-kärlsjukdom hos personer med diabetes innebär att färre drabbas av koronar hjärtsjukdom, instabil angina och stroke.	Att vården upprätthåller normalvärden för patienter med typ 2-diabetes.

24. Risk för hjärt-kärlsjukdom hos personer med typ 2-diabetes

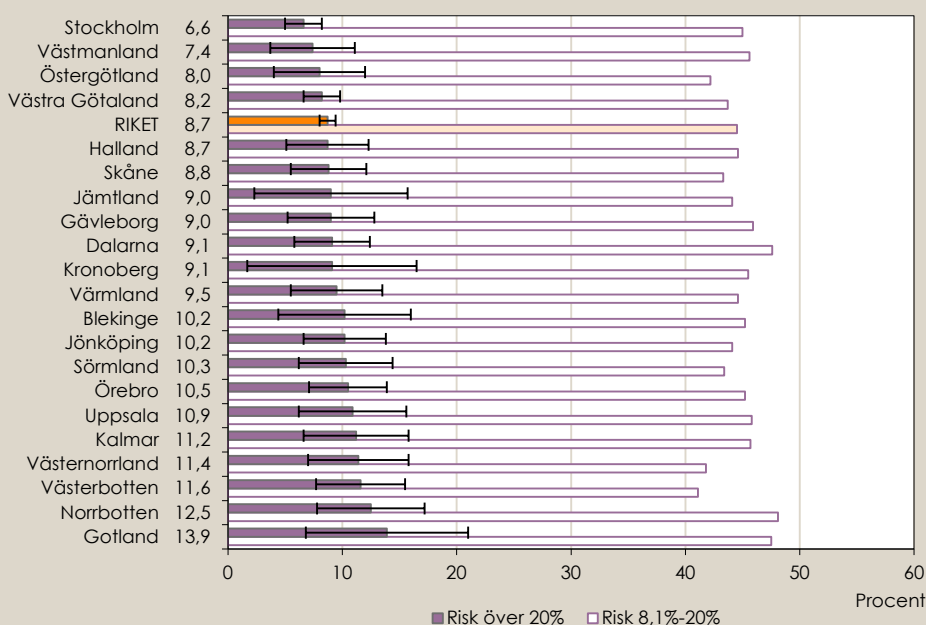
För typ 2-diabetes ingår 160 000 uppföljda patienter fördelade på ca 60 procent män och 40 procent kvinnor. Männen har en betydligt högre risk för framtida hjärt-kärlsjukdom än kvinnorna. I denna mätning hade 8,7 procent av kvinnorna och 25,5 procent av männen över 20-procentig risk att drabbas av en allvarlig hjärt-kärlsjukdom under de kommande fem åren. För männen var variationen mellan länen betydande. Stockholm och Västmanland hade de lägsta andelarna högrisk-patienter med 21 respektive 22 procent medan en

rad län, Norrbotten, Gotland, Uppsala, Kalmar och Blekinge, ligger på risknivåer på 30 procent och över.

Kvinnornas risk att drabbas av hjärt-kärlsjukdom varierar också över länen men på en betydligt lägre nivå. Andelen med en risk på över 20 procent att drabbas är dubbelt så stor i länen med högst andel jämfört med dem som har den lägsta andelen. Även för kvinnorna finns lägst andel högrisk-patienter i Stockholm och Västmanland. Resultaten är betydligt mer osäkra för kvinnorna än för männen. Talen är små och några statistiskt säkra skillnader mellan andelarna i de olika länen går inte att påvisa.

24.1. LÄN. KVINNOR. Risk för hjärt-kärlsjukdom hos personer med typ 2-diabetes

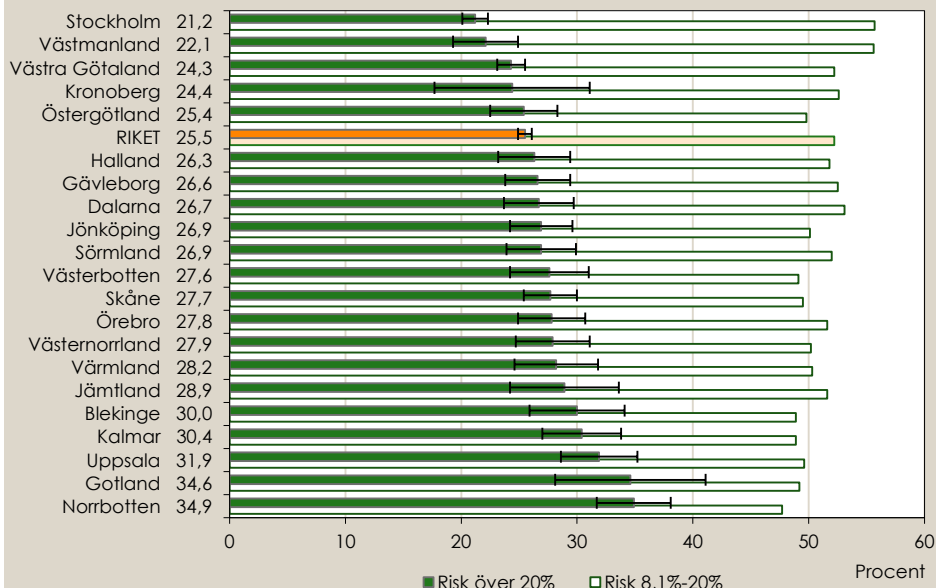
Riskmotorn, 5-årsrisk för hjärt-kärlsjukdom hos personer med diabetes typ 2. Åldersstandardiserade värden, 2015.



Källa: NDR – Nationella Diabetesregistret.

24.1. LÄN. MÄN. Risk för hjärt-kärlsjukdom hos personer med typ 2-diabetes

Riskmotor, 5-årsrisk för hjärt-kärlsjukdom hos personer med diabetes typ 2. Åldersstandardiserade värden, 2015.



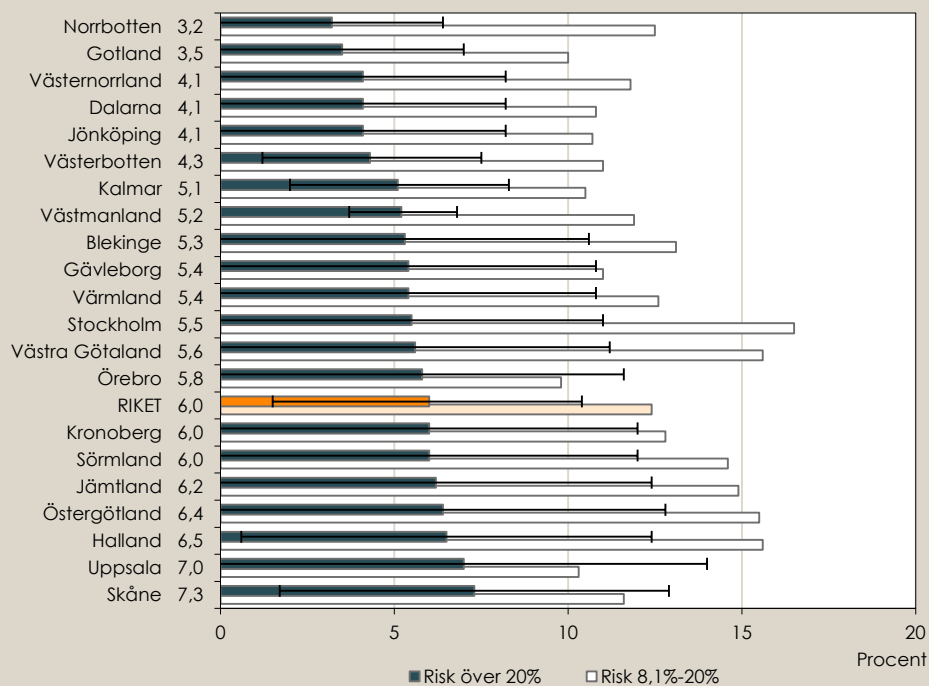
Källa: NDR – Nationella Diabetesregistret.

25. Risk för hjärt-kärlsjukdom hos personer med typ 1-diabetes

Jämförelserna för typ 1-diabetes utgjordes av ca 15 000 patienter fördelade på 55 procent män och 45 procent kvinnor. Andelen av patienterna med diabetes typ 1 med mycket hög risk för framtida hjärt-kärlsjukdom var cirka 5 procent för både män och kvinnor. Andelen patienter med hög risk för hjärt-kärlsjukdom är därmed nästan hälften av motsvarande risk för kvinnor med typ 2-diabetes och bara en femtedel av männens med typ 2-diabetes. Diabetes typ 1 är betydligt ovanligare än typ 2 vilket sammantaget gör att antalen med hög risk blir mycket små för denna typ. Det är därmed inte meningsfullt att särredovisa könen. Även när data för män och kvinnor analyseras sammantagna är det svårt att dra några säkra slutsatser om skillnader mellan länen.

25. LÄN. TOTALT . Risk för hjärt-kärlsjukdom hos personer med typ 1-diabetes

Riskmotor, 5-årsrisk för hjärtkärlsjukdom hos personer med diabetes typ 1. Kön- och åldersstandardiserade värden, 2015.



Källa: NDR – Nationella Diabetesregistret.

Cerebrovaskulär sjukdom – stroke

Stroke är en av våra stora folksjukdomar. Cirka 30 000 personer drabbas av stroke årligen, ungefär lika många män som kvinnor och merparten av patienterna är över 65 år. Stroke är den vanligaste orsaken till neurologiskt handikapp hos vuxna och den tredje vanligaste dödsorsaken, efter hjärtinfarkt och cancer. Dödligheten har över tid sjunkit stadigt. Fortfarande dör fler män än kvinnor i stroke.

Av de förbättringsområden som identifierats i Socialstyrelsens utvärdering av följsamhet till rekommendationer i nationella riktlinjer för strokesjukvården lyfts flera indikatorer. Några av dessa har fastställda målnivåer för att ytterligare signalera önskvärt utfall inom områden av strokevården. Ett urval av dem redovisas här för att spegla säker vård samt indikatorer från rapportserien inom öppna jämförelser. Indikatorerna är följande:

- dödlighet efter sjukhusvårdad förstagångsstroke
- test av sväljförmåga vid akut stroke
- reperfusionsterapi vid hjärninfarkt
- tid till trombolys
- direktintag på strokeenhet.

26. Dödlighet efter sjukhusvårdad förstagångsstroke

Olika mått på dödligheten efter stroke används vid internationella jämförelser, bland annat inom OECD och inom det nordiska samarbetet. Att mäta korttidsöverlevnaden enbart bland sjukhusvårdade strokefall är vanligt, och i många länder det mått på dödlighet efter stroke som är möjligt att ta fram.

Indikatorn visar andelen döda inom 28 dagar och 90 dagar efter stroke, bland de strokepatienter som vårdades på sjukhus för sin stroke. Måttet syftar till att mäta dödlighet efter stroke i det akuta omhändertagandet och i den efterföljande vården med dödlighet uppdelat i två uppföljningsperioder. Här redovisar Socialstyrelsen förekomsten av dödlighet efter sjukhusvårdad förstagångsstroke och som till en del bedöms gå att undvika.

Av samtliga sjukhusvårdade strokepatienter som uppgick till totalt 20 776 personer under året 2015 var det 2 826 personer med förstagångsstroke som dog inom 28 dagar. För uppföljningsperioden inom 90 dagar dog 3 808 personer efter förstagångsstroke. Dödligheten efter stroke har minskat betydligt från 1990-talet fram till 2010 för att sedan plana ut något. Av samtliga sjukhusvårdade förstagångsfall år 2015 avled 15 procent inom 28 dagar och 20 procent inom 90 dagar.

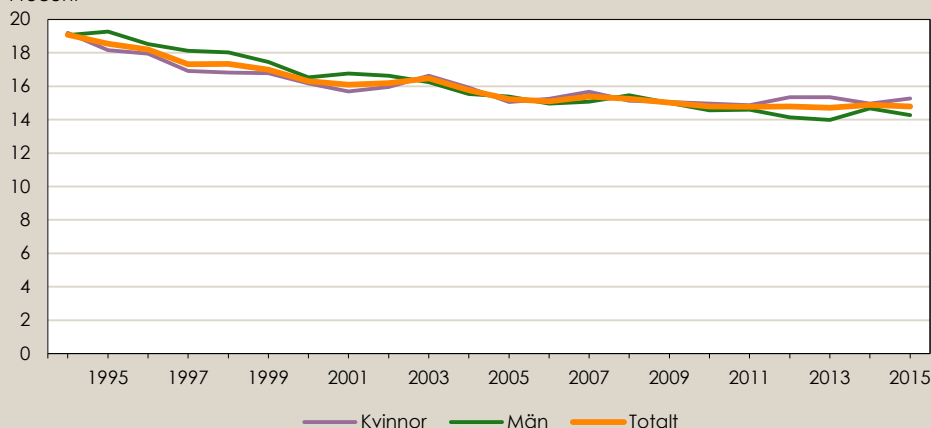
Variationen mellan de olika landstingen är ungefär densamma för kvinnor som för män, med andelar från 13 till 19 procent för kvinnor och från 12 till 18 procent för män.

Variationerna kan ha flera orsaker, såsom skillnader i annan sjuklighet hos patientgruppen i de olika landstingen, socioekonomiska bakgrundsfaktorer, slumpmässiga avvikelser samt befolkningens benägenhet att söka vård. Faktorer relaterade till vården kan vara avståndet till akutsjukvård, ambulansverksamhetens effektivitet och det akuta omhändertagandet på sjukhus.

26.1. RIKET. Dödlighet efter sjukhusvårdad förstagångsstroke

Andel döda inom 28 dagar efter sjukhusvårdade förstagångsstroke.
Åldersstandardiserade värden.

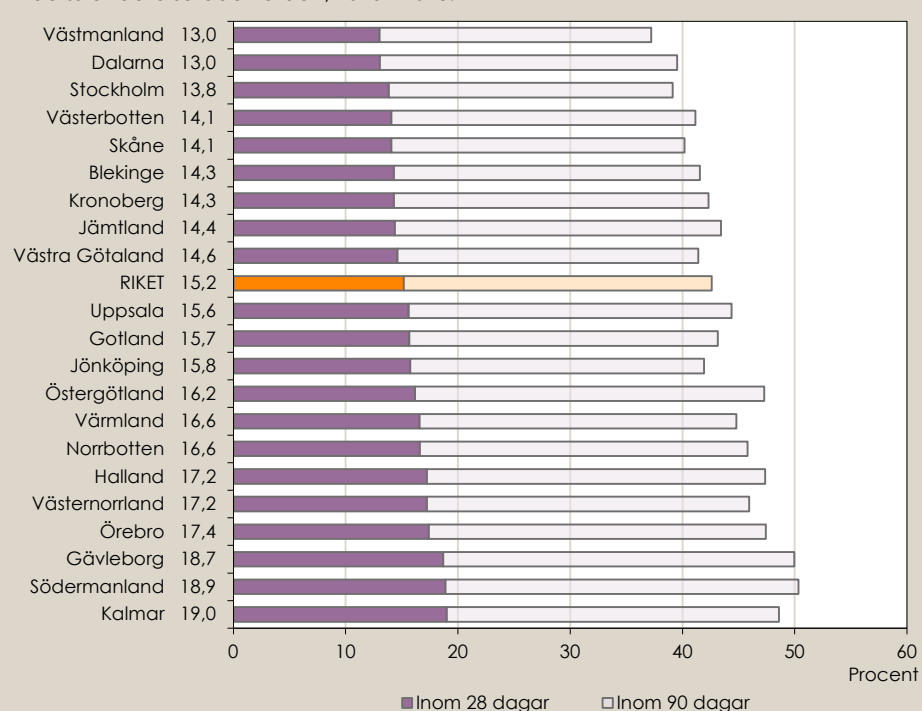
Procent



Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

26.2. LÄN. KVINNOR. Dödlighet efter sjukhusvårdad förstagångsstroke

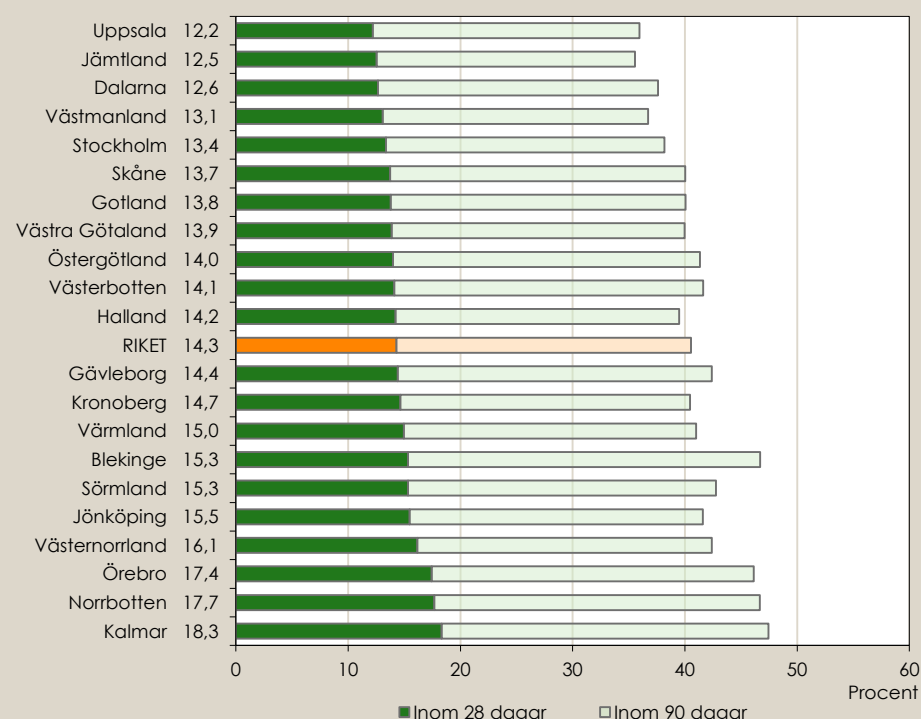
Andel döda inom 28 respektive 90 dagar efter sjukhusvårdade förstagångsstroke.
Åldersstandardiserade värden, 2013 - 2015.



Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

26.3. LÄN. MÄN. Dödlighet efter sjukhusvårdad förstagångsstroke

Andel döda inom 28 respektive 90 dagar efter sjukhusvårdade förstagångsstroke. Åldersstandardiserade värden, 2013 - 2015.



Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

27. Test av sväljförmåga vid akut stroke

Stroke kan leda till nedsatt förmåga att svälja, vilket kan få till följd att mat hamnar i luftstrupen. Detta kan i värsta fall leda till andningsstopp eller svår lunginflammation. Då patienten läggs in på sjukhus bör vårdpersonalen därför rutinmässigt bedöma sväljförmågan genom ett enkelt sväljtest med vatten. Åtgärden är högt prioriterad (prioritet 1 av 10) i de nationella riktlinjerna för stroke. Patienter som har uttalad medvetandesänkning när de kommer till sjukhuset kan inte göra testet. Det finns också andra patienter som av olika anledningar inte kan göra sväljtestet.

Indikatorn mäter andelen patienter som genomgått test av sväljförmågan vid ankomst till sjukhus eller som inte kunnat testas på grund av patientens tillstånd av samtliga som vårdats på sjukhus för akut stroke. Indikatorn belyser vårdens följsamhet till rekommendationer i de nationella riktlinjerna för stroke. Sväljtest minskar risken för andningsstopp och svår lunginflammation, vilket speglar säker vård.

Riksstroke har satt två mål för test av sväljförmågan, till 90 (måttlig målnivå) respektive 95 procent (hög målnivå). Samtliga landsting bör sträva efter 100 procent. I princip bör alla patienter göra ett sväljtest om de kan.

I riket som helhet har närmare 86 procent genomgått sväljtest eller bedömts inte kunna genomgå sväljtest av alla patienter med stroke.

Det varierar mellan sjukhusen hur uppgiften om test av sväljförmåga ska dokumenteras. De flesta sjukhus har infört sväljtest som rutinmetod men det

finns sjukhus som bör se över omvårdnadsrutinerna eller bristerna i journal-dokumentationen. Riksstroke beräkning av hur stor andel patienter som undersökts med sväljtest ändrades 2015 och data är därför inte direkt jämförbara med tidigare redovisningar. Numera ingår i nämnaren även de fall där uppgiften om genomförd sväljtest saknas. Detta medför att de redovisade andelarna blir lägre jämfört med tidigare [40]. I tidsseriediagrammet nedan har dock det nya beräkningssättet använts för samtliga år 2011 – 2015.

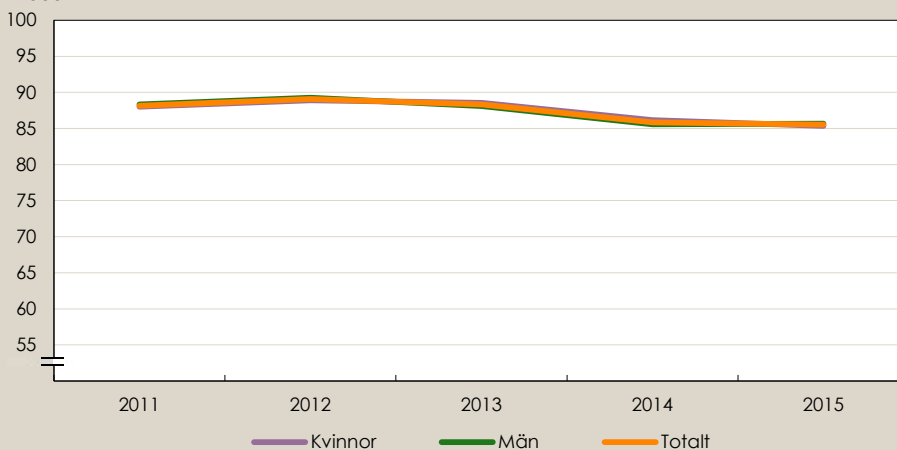
Totalt ingår cirka 22 900 patienter i jämförelsen 2015. På riksnivå minskar andelen som får sväljtest något över tid. Skillnaderna mellan könen är mycket små. På landstingsnivå varierar utfallet från 98 till 67 procent för kvinnor och från 97 till 69 procent för män. Variationerna i utfallet mellan landstingen tyder på att det finns möjligheter till ytterligare förbättringar.

Patientsäkerhetsperspektiv	Säker vård
Minskad risk för andningsstopp eller svår lunginflammation.	Bedöma sväljförmågan med sväljtest.

27.1. RIKET. Test av sväljförmåga efter akut stroke

Andel strokepatienter som genomgått sväljtest efter ankomst till sjukhus.

Procent

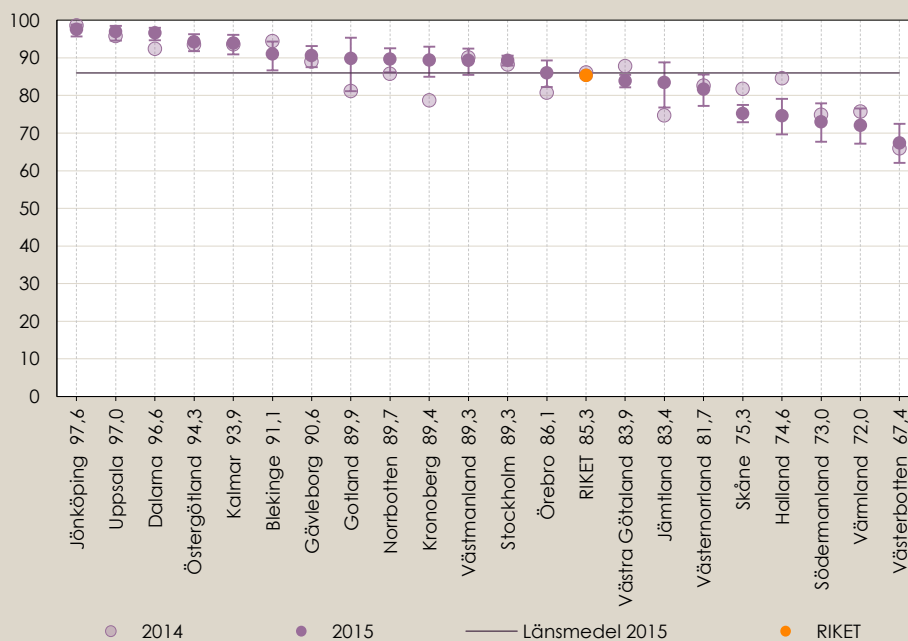


Källa: Riksstroke - Nationella kvalitetsregistret för stroke

27.2. LÄN. KVINNOR. Test av sväljförmåga efter akut stroke

Andel strokepatienter som genomgått sväljtest efter ankomst till sjukhus.

Procent

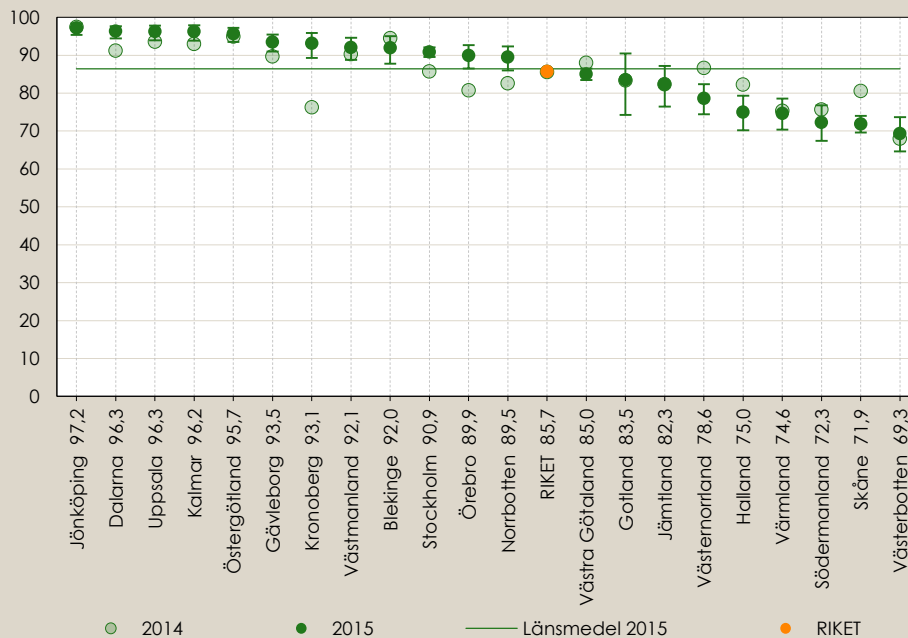


Källa: Riksstroke - Nationella kvalitetsregistret för stroke

27.3. LÄN. MÄN. Test av sväljförmåga efter akut stroke.

Andel strokepatienter som genomgått sväljtest efter ankomst till sjukhus.

Procent



Källa: Riksstroke - Nationella kvalitetsregistret för stroke

28. Reperfusionsbehandling vid hjärninfarkt

I cirka 85 procent av strokefallen är orsaken en blodpropp i hjärnan, hjärninfarkt, medan orsaken i de resterande fallen är en blödning. Vid hjärninfarkter har intravenös trombolysbehandling som används enligt de gällande kriterierna, en mycket gynnsam effekt på utfallet för en del av patienterna som får behandlingen. Risken för funktionsnedsättning minskar. Trombolysbehandlingen har därför en hög prioritet i de nationella riktlinjerna för stroke. Det finns flera kriterier för när propplösande behandling ska sättas in, bland dem att det är en hjärninfarkt och att det gått högst 4,5 timmar sedan symtomen började.

I princip ska samtliga akutsjukhus i landet kunna erbjuda trombolysbehandling, eftersom den främst kräver kompetensutveckling inom klinisk och radiologisk diagnostik, men i övrigt är baserad på traditionell strokevård.

För en mindre grupp patienter är trombektomi ett behandlingsalternativ. Denna behandling innebär att proppen dras ut på mekanisk väg via kateter från ljumsken. Behandlingen utförs bara på ett litet antal sjukhus i landet. Termen reperfusionsbehandling inkluderar både trombolys och trombektomi.

Indikatorn visar andelen patienter som fick trombolysbehandling eller trombektomi av samtliga patienter med hjärninfarkt i åldern 18 år och äldre. Socialstyrelsen reviderade under 2014 de nationella riktlinjerna och gav trombolysbehandling även hos äldre en högre prioritet. Därmed har en övre åldersavgränsning tagits bort eftersom effekten är minst lika stor hos äldre som hos yngre.

I denna mätning ingår alla patienter med hjärninfarkt, oavsett tid från symptomdebut. Tidigare ingick enbart patienter som var ADL-oberoende vid insjuknandet i denna indikator. Kvalitetsregistret Riksstroke använder för samtliga hjärninfarkter målnivåerna 10 procent för måttlig måluppfyllelse och 15 procent för hög måluppfyllelse. Mot bakgrund av detta är reperfusion underutnyttjat i flera regioner.

Under 2015 ingick totalt 19 700 patienter varav 2 500 fick en reperfusionbehandling. I riket var andelen drygt 13 procent. Andelen med reperfusion var något högre bland män, 13,8 procent jämfört med kvinnor, 11,9 procent. Jämfört med föregående år har andelen reperfusionerade ökat något. Männen ökade med 1,5 procentenheter och kvinnorna med en halv procentenhet.

Skillnaderna mellan landstingen är stora med andelar från drygt 6 till närmare 17 procent för könen totalt. Stora ökningar kan noteras i några landsting, medan bara mycket små ökningar har skett i andra landsting mellan 2014 och 2015. År 2015 nådde 10 av landstingen inte upp till 10 procent reperfusionerade för kvinnliga patienter medan tre av landstingen inte nådde upp till denna nivå för de manliga patienterna.

Av drygt 2500 reperfusionsbehandlade fall var knappt 400 trombektomier. Majoriteten av dessa skedde i kombination med trombolys.

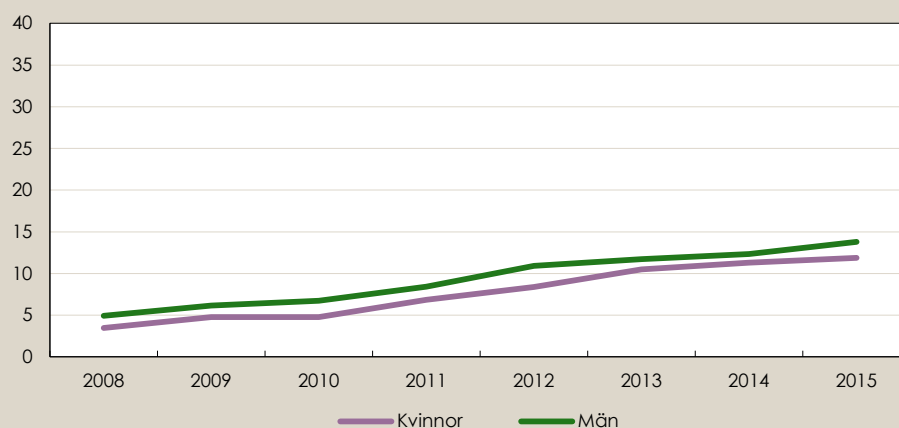
Minskad risk för funktionsnedsättning.

Reperfusionsterapi för patienter som uppfyller kriterierna för behandlingen

28.1. RIKET. Reperfusionsterapi vid hjärninfarkt

Andel patienter med hjärninfarkt som reperfusionsterapi behandlats, avser personer 18 år och över. Åldersstandardiserade värden.

Procent



Källa: Riksstroke - Nationella kvalitetsregistret för stroke.

28.2. LÄN. KVINNOR. Reperfusionsterapi vid hjärninfarkt

Andel patienter med hjärninfarkt som reperfusionsterapi behandlats, avser personer 18 år och äldre. Åldersstandardiserade värden.

Procent

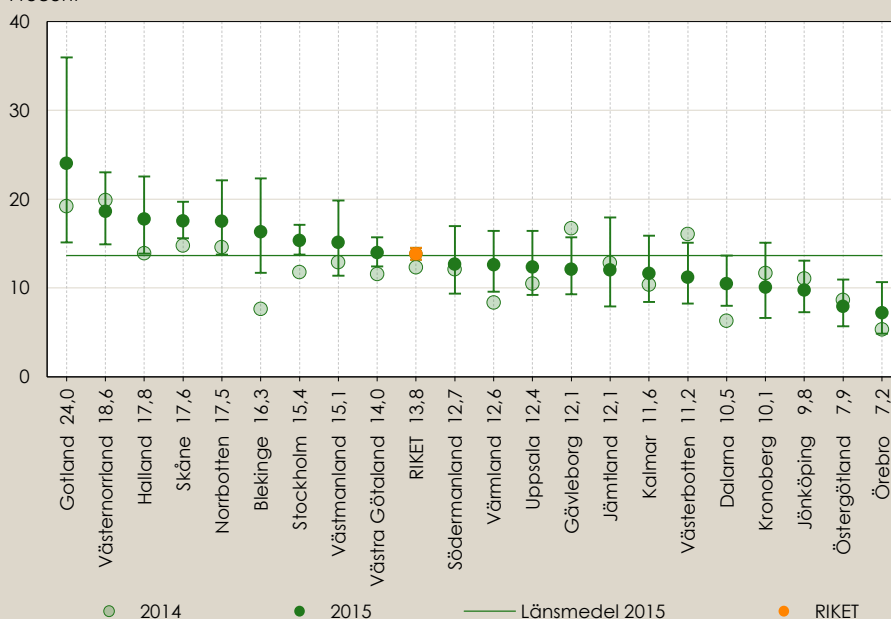


Källa: Riksstroke - Nationella kvalitetsregistret för stroke.

28.3. LÄN. MÄN. Reperfusionsterapi vid hjärninfarkt

Andel patienter med hjärninfarkt som reperfusionsterapi, avser personer 18 år och äldre. Åldersstandardiserade värden.

Procent



Källa: Riksstroke - Nationella kvalitetsregistret för stroke.

29. Tid till trombolys

Den tid som går från att någon får en stroke till att hon eller han får behandling är avgörande för möjligheten att ge trombolys (blodproppslösande behandling) och för resultatet av behandlingen. Ju längre tid som går desto sämre blir behandlingsmöjligheterna. Enligt de nationella riktlinjerna för stroke bör behandling med trombolys påbörjas inom 4,5 timmar efter symptomdebut. Det förutsätter bland annat att patienten får en klinisk bedömning och datortomografi inom den tiden.

En mycket vanlig anledning till att trombolys inte är aktuellt är att patienten kommer alltför sent till sjukhus för att kunna behandlas. Tiden från att patienten får symptom till att hon eller han kommer till sjukhus påverkas av en rad faktorer utanför sjukhuset. En faktor är långa avstånd, vilket kan påverka i flera av glesbygdslänen. Även den prehospitla vårdens organisation och kvalitet spelar in, till exempel tillgång till ambulanshelikopter i glesbygden. En annan faktor är allmänhetens och patienternas kunskap om strokesymtomens allvar och benägenheten att söka akutvård. Landstingen har arbetat med kampanjer riktade till allmänheten för att försöka korta tiden från insjuknandet i stroke till ankomst till sjukhus, så att fler patienter kan få effektiv akutbehandling. Tiden är en avgörande faktor för möjligheten att ge trombolysbehandling och återställa blodflödet till den drabbade delen av hjärnan för att undvika bestående skador eller död. Varje minuts fördröjning försämrar prognosen [41]. Här visar Socialstyrelsen en indikator för den tidsåtgång som sjukhuset självt kan påverka, tiden från att patienten nått sjukhuset till att trombolysbehandling påbörjas, så kallad "door to needle time". Tiden från

ankomst till sjukhus till behandlingsstart är i hög grad beroende av organisation, kompetens och andra resurser på sjukhuset och är därför möjlig att direkt påverka.

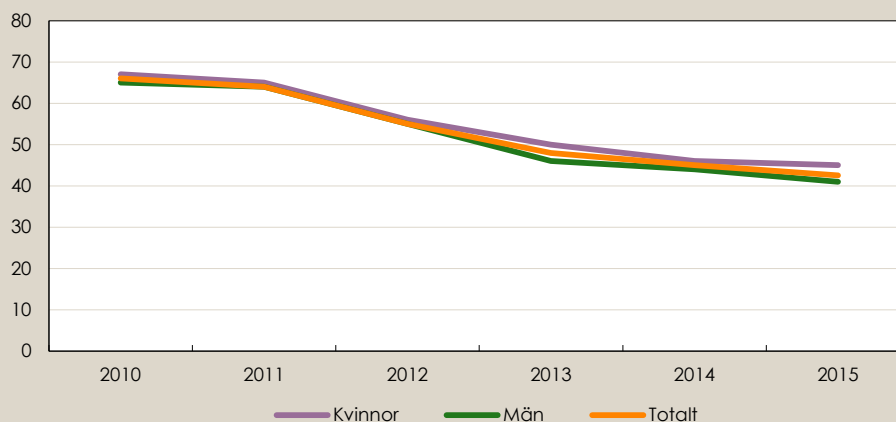
Indikatorn är ett mått på vårdens följsamhet till nationella riktlinjer för stroke. Socialstyrelsen har fastställt målet till <40 minuter från det att patienten kommer till sjukhus tills hon eller han får trombolysbehandling. Diagrammen nedan visar mediantiden i minuter från att en patient med ischemisk stroke anländer till sjukhus till att trombolysbehandling påbörjas. Patienter i alla åldrar ingår. I riket var mediantiden till behandling 43 minuter för alla totalt, 41 minuter för män och 45 minuter för kvinnor. Sedan 2010 har mediantiden i riket från ankomst sjukhus till start av behandling sjunkit från 65 minuter till 43 minuter 2015. Jämförelsen baseras på drygt 2 342 fall under mätperioden 2015. Det varierar påtagligt mellan landstingen, från 29 minuter till 76 minuter för kvinnor och från 27 minuter till 69 minuter för män.

Patientsäkerhetsperspektiv	Säker vård
Minskad risk för bestående skador eller död.	Att tiden från ankomst till sjukhus och till påbörjad trombolysbehandling är så kort som möjligt och inte överstiger 40 minuter.

29.1. RIKET. Tid till trombolys

Mediantid mellan ankomst till sjukhus och påbörjad trombolysbehandling vid stroke i minuter.

Mediantid

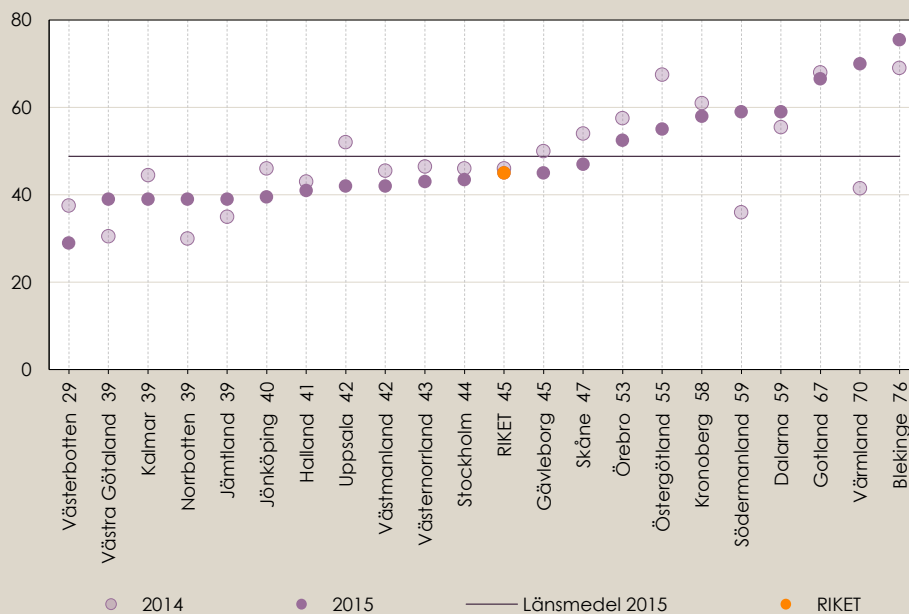


Källa: Riksstroke - Nationella kvalitetsregistret för stroke

29.2. LÄN. KVINNOR. Tid till trombolys

Mediantid mellan ankomst till sjukhus och påbörjad trombolysbehandling vid stroke i minuter.

Mediantid

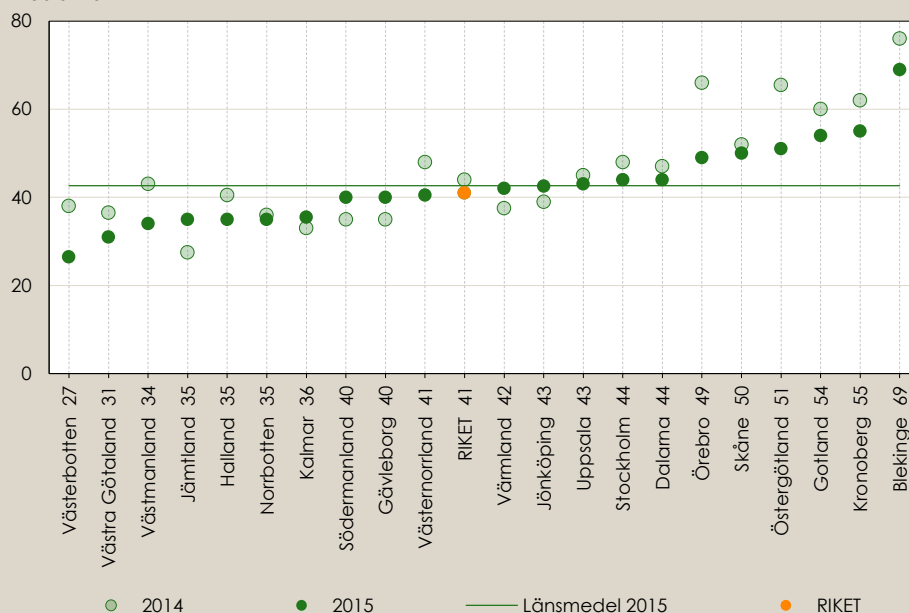


Källa: Riksstroke - Nationella kvalitetsregistret för stroke.

29.3. LÄN. MÄN. Tid till trombolys

Mediantid mellan ankomst till sjukhus och påbörjad trombolysbehandling vid stroke i minuter.

Mediantid



Källa: Riksstroke - Nationella kvalitetsregistret för stroke.

30. Direktintag på strokeenhet

Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för stroke är det strokeenheterna som ska vårda patienter i akutfasen vid stroke. En strokeenhet är en specialiserad vårdavdelning som enbart arbetar med strokepatienter och där personalen är experter på stroke och rehabilitering. Enheten ska bestå av ett multidisciplinärt team som innefattar läkare, sjuksköterska, undersköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut, kurator och logoped samt ha tillgång till dietist och psykolog eller psykiater. En nyckelaspekt är omedelbar mobilisering och tidig rehabilitering av patienten. Kunskapsunderlaget styrker att vård på väl fungerande strokeenheter minskar dödligheten, det personliga beroendet och behovet av institutionsboende.

De positiva effekterna av fungerande strokeenheter gäller samtliga patienter med stroke oavsett deras ålder, kön eller hjärnskadans svårighetsgrad. Vård på strokeenhet har högsta prioritet i riktlinjerna. Här mäts vårdens förmåga att åstadkomma säker vård i form av landsting som uppfyller kriterierna för strokeenheter och som har direktintag till dessa för att motverka graden av funktionsnedsättning hos patienter som drabbas av stroke.

Vid många sjukhus får så gott som alla patienter tillgång till särskild kompetens på en strokeenhet eller intensivvårdsavdelning direkt när de blir inlagda. Men det finns också sjukhus där många strokepatienter först läggs in på någon annan avdelning, till exempel observations- eller intagningsavdelning eller vanlig vårdavdelning, för att i ett senare skede överföras till en strokeenhet. Indikatoren visar andelen patienter som skrevs in direkt på strokeenhet, av alla som vårdades för akut stroke. Även inskrivning på intensivvårdsavdelning eller neurokirurgisk klinik ingår. I riket skrevs 79 procent in direkt på strokeenhet 2015, en marginell ökning sedan 2013. Män skrivs in i något högre utsträckning än kvinnor. Variationen mellan landstingen är förhållandevis stor, med andelar från 91 till 58 procent (bortsett från Örebro) för kvinnor och med andelar från 91 till 63 procent för män. De låga värdena för Örebro beror på att en tidigare strokeenhet på Universitetssjukhuset i Örebro inte längre uppfyller kriterierna. Tretton av de totalt tjugo landstingen eller regionerna har ett eller flera sjukhus som *inte* eller *endast delvis* uppfyller kriterierna för strokeenhet, en av de tydligaste kvalitetsbristerna i strokevården idag enligt Riksstroke. Av de sjukhus som inte uppfyller kriterierna för strokeenhet finns såväl vid universitetssjukhus som vid mindre icke-universitetssjukhus [40].

Socialstyrelsen har fastställt en målnivå att minst 90 procent av alla patienter i riket som helhet bör skrivas in direkt och vårdas på strokeenhet under den akuta fasen. Med utgångspunkt i 2015 års uppgifter för riket som helhet innebär det att ytterligare 2 400 patienter bör skrivas in direkt för vård på strokeenhet för att målnivån ska anses vara nådd. Det är många landsting som inte uppnår målnivån med direktintag på strokeenhet. Variationerna kan bero på begränsad tillgång till strokeenhetsplatser men också på att vissa sjukhus lägger in strokepatienter på annan vårdavdelning.

Patientsäkerhetsperspektiv**Säker vård**

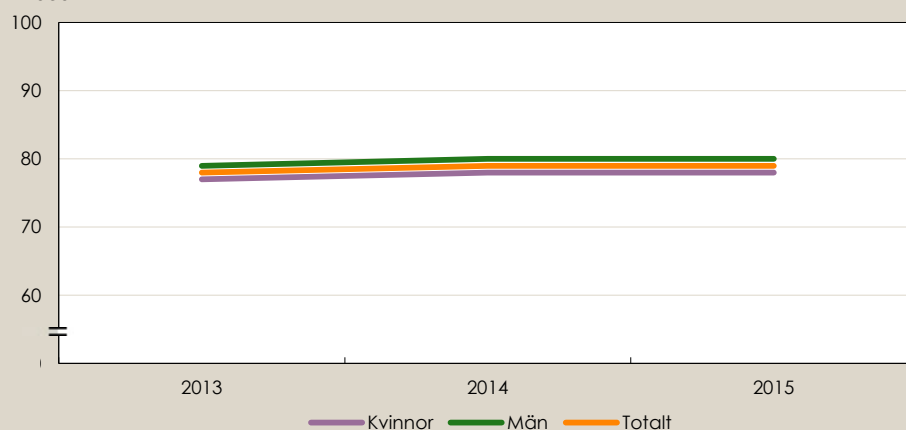
Mindre risk för efterföljande sjuklighet och funktionsnedsättning.

Direktintag på strokeenhet.

30.1. RIKET. Direktintag på strokeenhet

Andelen patienter som direkt skrevs in på strokeenhet, av alla som vårdades för akut stroke.

Procent

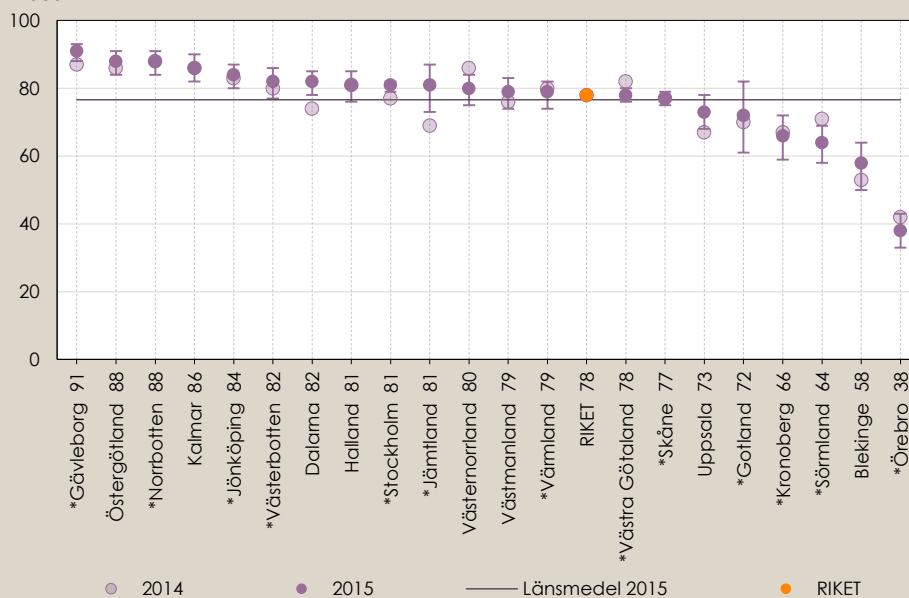


Källa: Riksstroke - Nationella kvalitetsregistret för stroke.

30.2. LÄN. KVINNOR. Direktintag på strokeenhet

Andelen patienter som direkt skrevs in på strokeenhet, av alla som vårdades för akut stroke.

Procent



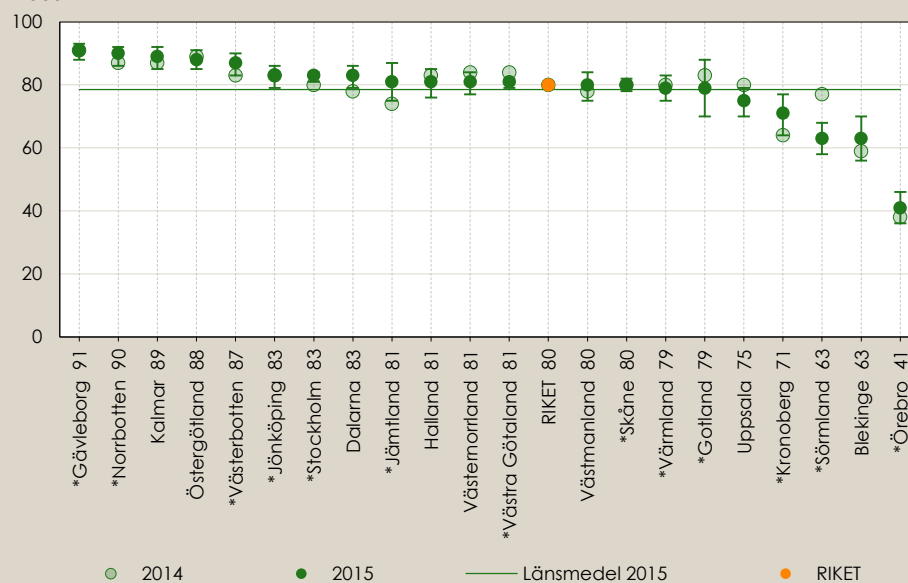
* Landsting med ett eller flera sjukhus som inte eller endast delvis uppfyller kriterierna för strokeenhet

Källa: Riksstroke - Nationella kvalitetsregistret för stroke.

30.3. LÄN. MÄN. Direktintag på strokeenhet

Andelen patienter som direkt skrevs in på strokeenhet, av alla som vårdades för akut stroke.

Procent



* Landsting med ett eller flera sjukhus som inte eller endast delvis uppfyller kriterierna för strokeenhet
Källa: Riksstroke - Nationella kvalitetsregistret för stroke.

Hjärtsjukdom

Hjärt-kärlsjukdomar är den vanligaste orsakerna till funktionsnedsättning i Sverige [42].

Svensk hjärtsjukvård uppvisar goda resultat över tid och trenderna tyder på fortsatt förbättring, både för sjukvårdens processer och för dess resultat.

Dock är resultaten sämre inom vissa områden, visar Socialstyrelsens utvärdering av följsamhet till nationella riktlinjer för hjärtsjukvård [35]. Av de förbättringsområden som identifierats i utvärderingen för hjärtsjukvården baserat på rekommendationer i de nationella riktlinjerna har ett urval tagits med här för att spegla säker vård. Här ingår även några indikatorer med definierade målnivåer för att ytterligare beskriva önskvärt utfall inom områden av hjärtsjukvården. Dessutom ingår indikatorer från rapportserien inom öppna jämförelser. Indikatorerna är följande:

- död inom 28 dagar efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt
- skador efter nyinsättning eller utbyte av pacemaker
- antikoagulantia vid förmaksflimmer och riskfaktor för stroke
- basbehandling vid hjärtsvikt
- reperfusion inom målsatt tid vid STEMI
- tid till kranskärlsröntgen vid icke-ST-höjningsinfarkt
- koronarangio och PCI via handled.

31. Död inom 28 dagar efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt

Under senare år har 9 000 kvinnor och cirka 14 500 män årligen vårdats på sjukhus för akut hjärtinfarkt. Indikatorn mäter kvaliteten på vården av dessa patienter, i det akuta omhändertagandet och i den efterföljande vården på sjukhus.

Indikatorn visar andelen patienter som avled inom 28 dagar, av alla som sjukhusvårdats med någon diagnos för hjärtinfarkt. Samtliga fall i åldrarna 20 år eller över ingår. En åldersstandardisering har gjorts för att ta hänsyn till att åldersstrukturen skiljer sig åt mellan könen och mellan landstingen.

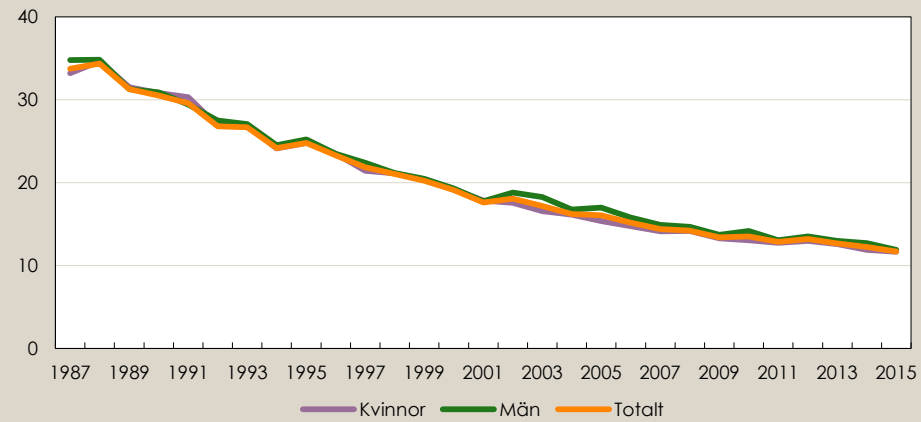
Bland samtliga sjukhusvårdade hjärtinfarktpatienter åren 2013–2015 var den åldersstandardiserade dödligheten cirka 12 procent. Variationen mellan landstingen är ungefär densamma för kvinnor som för män, med andelar från cirka 10 till 14 procent för kvinnor och desamma för män.

Över längre tid har dödligheten minskat stadigt i riket och det finns knappast några skillnader i denna utveckling mellan kvinnor och män. Dödligheten efter infarkt har också minskat i flertalet landsting mellan de två jämförelseperioderna.

31.1. RIKET. Andel döda efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt

Andel döda inom 28 dagar efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt. Åldersstandardiserade värden.

Procent

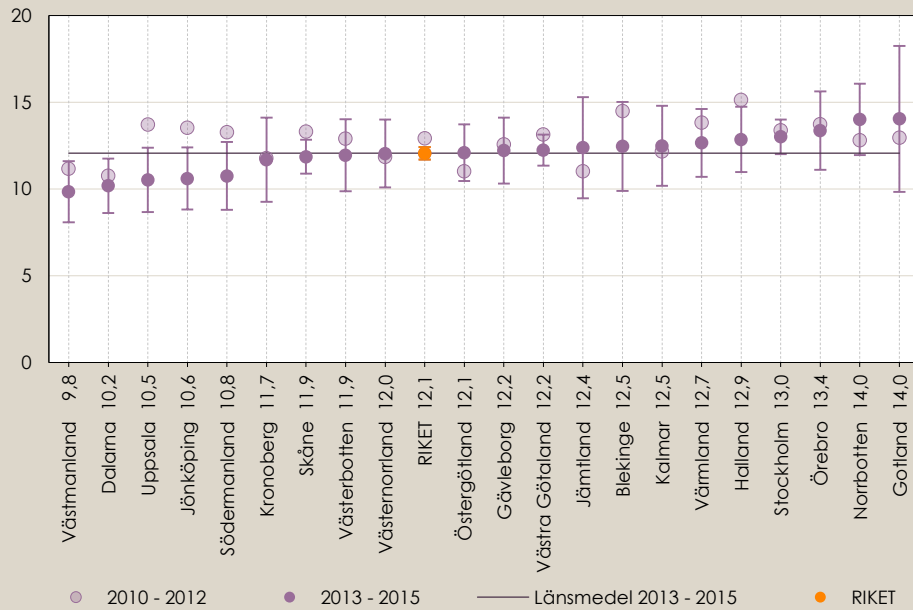


Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

31.2. LÄN. KVINNOR. Andel döda efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt

Andel döda inom 28 dagar efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt. Åldersstandardiserade värden.

Procent

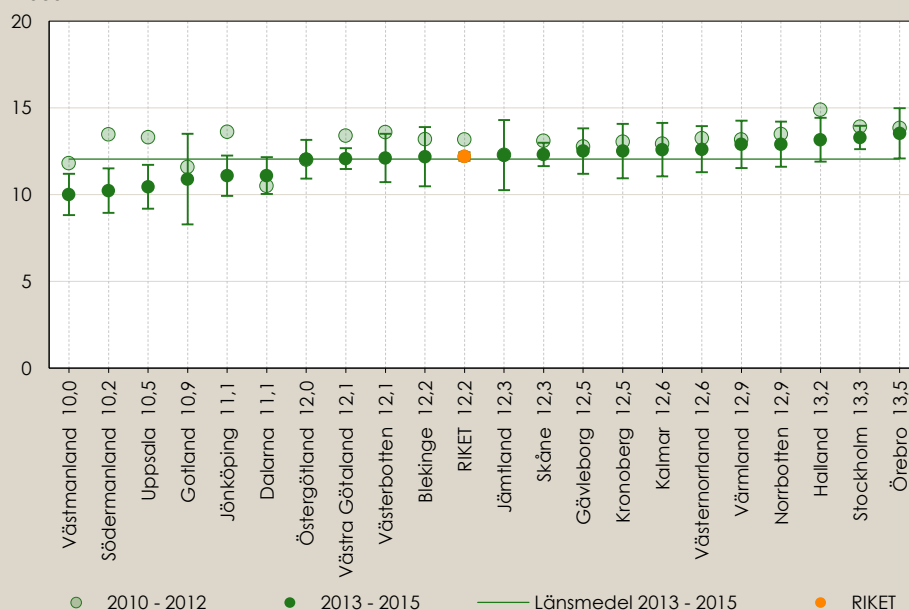


Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

31.3. LÄN. MÄN. Andel döda efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt

Andel döda inom 28 dagar efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt. Åldersstandardiserade värden.

Procent



Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

32. Skador efter nyinsättning eller utbyte av pacemaker

Om hjärtat slår för långsamt eller oregelbundet kan detta leda till yrsel, svimningsattacker eller plötslig död. Man sätter in pacemaker för att hjälpa hjärtat att återställa en tillräckligt snabb puls eller nå en jämn rytm. Årligen sätter man in 8 000–9 000 nya pacemaker och gör cirka 3 000 utbyten. Genomsnittsåldern för män är 73 år och för kvinnor är den 76 år vid dessa ingrepp.

Cirka 50 000 personer lever med pacemaker i Sverige. En vanlig pacemakeroperation är normalt okomplicerad och tar en timme i anspråk. Den utförs vanligtvis i slutenvård, men även som dagkirurgi. Implantation av pacemaker är dock förenat med risk för komplikationer. Komplikationsfrekvensen är därför en naturlig indikator vid uppföljning av hur säker vården är. Källan till indikatorn är Svenska Pacemaker- och ICD-registret i kombination med patientregistret vid Socialstyrelsen. Till kvalitetsregistret rapporteras uppgifter om insättning av standardpacemaker, implanterbara defibrillatorer (ICD) och sviktpacemaker (CRT). Samtliga kliniker som sätter in pacemaker rapporterar till registret. Täckningsgraden av ingreppen är mycket god. År 2015 var denna cirka 95 procent vid en jämförelse med patientregistret.

Indikatorn visar andelen av alla ingrepp där patienten inom 365 dagar drabbas av komplikation vid nyimplantation eller utbyte av någon typ av pacemaker. Samtliga typer av pacemaker ingick i jämförelsen.

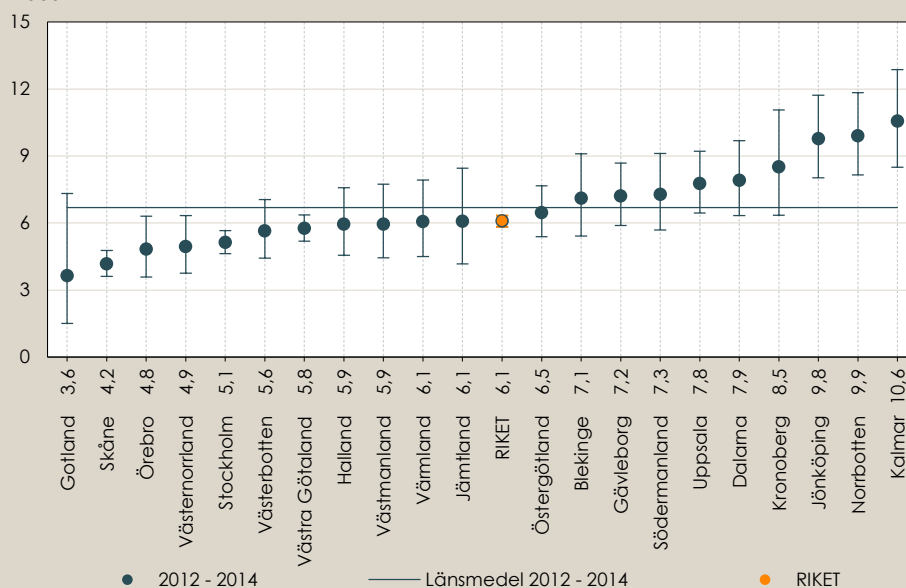
Redovisning per landsting baseras på var kliniken ligger, inte på patientens hemort. Komplikationen kan avse dels händelser under vårdtillfället, dels händelser som uppkommer efter vårdtillfället. Som komplikation räknas en oförutsedd händelse med felfunktion i pacemakersystemet eller en annan händelse som är allvarlig för patienten. I kvalitetsregistret registrerar varje sjukhus komplikationer i samband med operation och vid uppföljning. För att händelsen ska ses som en komplikation ska den vara av den art och grad att den antingen kräver operativt åtgärdande eller läkemedelsbehandling, till exempel antibiotika vid infektion.

Jämförelsen omfattar cirka 34 000 nyinsättningar och utbyten av pacemaker eller ICD under 2012–2014. Av dessa gjordes 60 procent på män och 40 procent på kvinnor. I riket var andelen komplikationer inom 1 år efter ingrepp 6,1 procent, med en spridning mellan landstingen från 4 till drygt 10 procent. Uppföljningen ställer höga krav på kvaliteten i rapporteringen av komplikationer. Andelen uppmätta skador efter ingrepp påverkas även av kvaliteten i komplikationsregistreringen.

32. TOTALT. Skador efter nyinsättning eller utbyte av pacemaker

Andel patienter som genomgått nyimplantation av pacemaker eller implanterbar defibrillator (ICD) och som inom 365 dagar drabbats av en komplikation.

Procent



Källa: Svenska ICD- och pacemakerregistret och Patientregistret, Socialstyrelsen.

33. Antikoagulantia vid förmaksflimmer och riskfaktor för stroke

Förmaksflimmer är en hjärtrytmrubbning som ökar risken för blodpropp och hjärninfarkt (ischemisk stroke). Ungefär 1 procent av befolkningen bedöms ha förmaksflimmer. Risken för hjärninfarkt ökar ytterligare om patienten utöver förmaksflimmer har en eller flera andra riskfaktorer för stroke. I dessa fall är behandling med blodförtunnande läkemedel (antikoagulantia) aktuell.

Alla patienter är inte aktuella för behandling eftersom det finns kontraindikationer och risker med behandlingen.

Under många år har warfarin varit det enda tillgängliga läkemedlet för att förebygga stroke hos dessa patienter, men under senare år har flera nya orala antikoagulantia introducerats som alternativ.

Indikatorn visar andelen patienter som har antikoagulerande läkemedelsbehandling (blod-proppshämmande läkemedel), av dem som vårdats på sjukhus med förmaksflimmer som huvud- eller bidiagnos och har minst två riskpoäng för stroke enligt bedömningsinstrumentet CHA2DS2-VASc. Alla åldrar ingår i mätningen. Notera dock att endast patienter som vårdats inneliggande på sjukhus med förmaksflimmer som huvud- eller bidiagnos ingår i underlaget. Patienter som endast vårdats i andra vårdformer ingår alltså inte i redovisningen.

Indikatorn är ett mått på vårdens följsamhet till rekommendationer i nationella riktlinjer för hjärtsjukvård. Socialstyrelsens målnivå anger att minst 80 procent av patienter i riket som helhet bör behandlas med antikoagulerande läkemedel vid förmaksflimmer och riskfaktor för stroke vilket speglar säker vård.

I riket som helhet vårdades nästan 75 000 patienter under 2015 på sjukhus med förmaksflimmer och minst två riskpoäng för stroke enligt CHADS2-Vasc. Av dessa behandlades 75 procent med antikoagulantia. År 2008 fick mindre än 50 procent denna behandling.

Variationen mellan landstingen för åren 2014–2015 är stor och ligger mellan 79 och 66 procent för kvinnor samt mellan 81 och 69 procent för män. Män behandlas i något högre utsträckning än kvinnor.

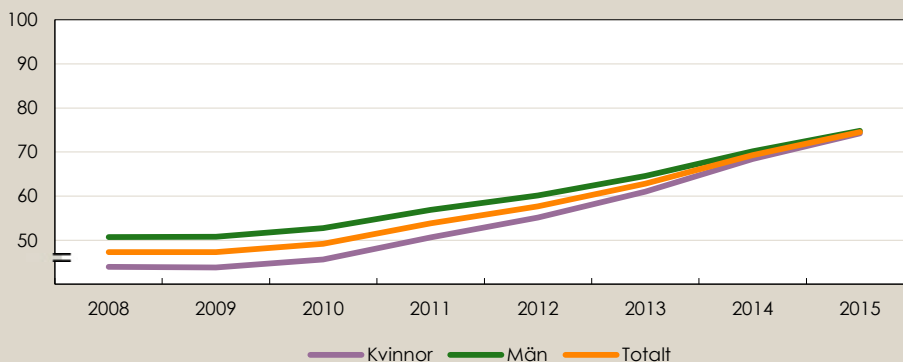
Patientsäkerhetsperspektiv	Säker vård
Minskad risk för tromboembolism och stroke.	Behandling med antikoagulerande läkemedel enligt rekommendation i nationella riktlinjer för hjärtsjukvård.

33.1. RIKET. Antikoagulantia vid förmaksflimmer och riskfaktor för stroke

Andel patienter med förmaksflimmer och riskfaktor för stroke som behandlas med antikoagulantia. Läkemedelsuttag avser halvåret efter sjukhusvård.

Åldersstandardiserade värden.

Procent

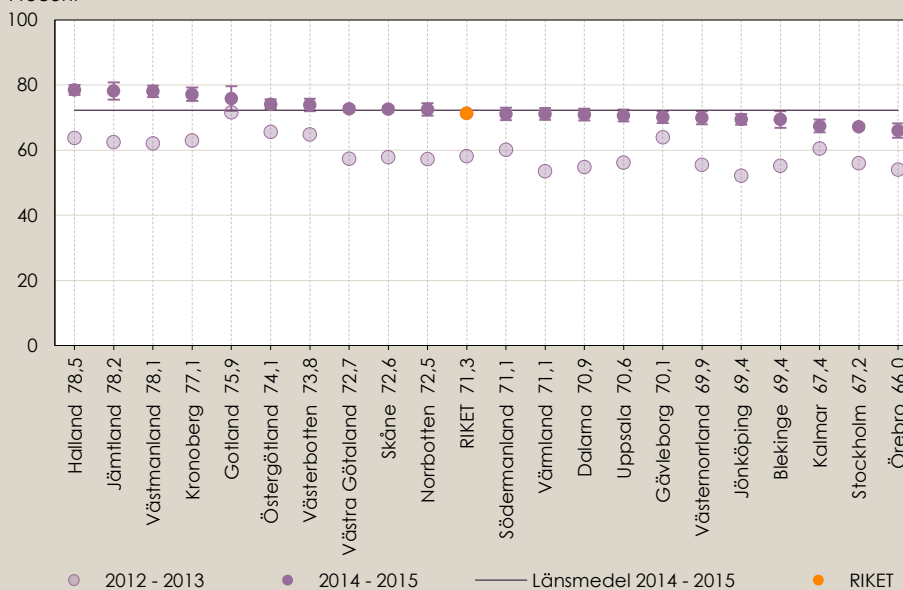


Källa: Patientregistret, läkemedelsregistret och Dödersaksregistret, Socialstyrelsen.

33.2. KVINNOR. Antikoagulantia vid förmaksflimmer och riskfaktor för stroke

Andel patienter som har antikoagulantibehandling 1 januari–30 juni och som sjukhusvårdats med förmaksflimmer och riskfaktor.

Procent

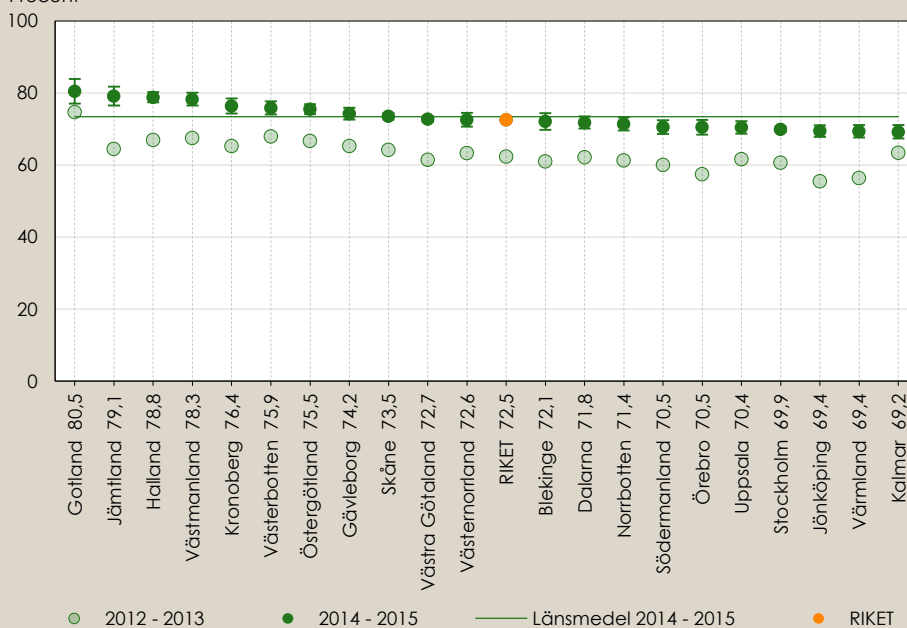


Källa: Patientregistret, läkemedelsregistret och Dödersaksregistret, Socialstyrelsen.

33.3. MÄN. Antikoagulantia vid förmaksflimmer och riskfaktor för stroke

Andel patienter som har antikoagulantia-behandling 1 januari–30 juni och som sjukhusvårdats med förmaksflimmer och riskfaktor.

Procent



Källa: Patientregistret, läkemedelsregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

34. Basbehandling vid hjärtsvikt

Hjärtsvikt drabbar cirka 2 procent av befolkningen[35]. Hos personer över 80 år är förekomsten cirka 10 procent. Hjärtsvikt orsakas alltid av en eller flera bakomliggande sjukdomar, där kranskärslssjukdom och högt blodtryck är de vanligaste. Personer med hjärtsvikt har ofta symtom såsom andfäddhet, trötthet och ödem. Långvarig och svår hjärtsvikt påverkar även andra organ än hjärtat, bland annat hjärnans och skelettmuskulaturens funktioner med ökad trötthet och nedsatt livskvalitet som följd. Även andra organfunktioner påverkas av hjärtsvikt, såsom njurfunktionen. Det är vanligt att patienten har ett upprepat behov av sjukhusvård.

Prognosen för hjärtsvikt är allvarlig men modern läkemedelsbehandling, behandling med sviktpacemaker och bättre poliklinisk uppföljning har förbättrat prognosen under senare år. Registeranalyser visar dock att många av dem som har hjärtsvikt inte får rekommenderad behandling [42]. Till exempel är basbehandlingen med läkemedel underutnyttjad på många håll i landet.

Blodtryckssänkande behandling med RAAS-hämmare (ACE-hämmare och angiotensinreceptorblockerare, ARB) minskar risken för inskrivning på sjukhus, hjärtinfarkt och död hos patienter med hjärtsvikt av olika svårighetsgrad.

Betablockerare sänker blodtryck, puls och hjärtminutvolym, vilket ger ett skydd mot bland annat farliga arytmier och hjärtstopp. På lång sikt har betablockerare även en positiv effekt på hjärtats pumpförmåga hos patienter

med hjärtsvikt. Behandling med dessa båda typer av läkemedel har hög prioritet i de nationella riktlinjerna för hjärtsjukvård [43].

Indikatorn visar andelen patienter som behandlas med både RAAS-hämmare och betablockerare och som under aktuell mätperiod om 5 år vårdats i specialiserad öppen vård alternativt slutna vård med hjärtsvikt som huvud- eller biddiagnos, och som är i livet vid uppföljningsperiodens slut.

Indikatorn är ett mått på vårdens följsamhet till rekommendationer i nationella riktlinjer för hjärtsjukvård enligt fastställd målnivå: att minst 65 procent av patienterna bör få kombinationsbehandling med RAAS-hämmare och betablockerare [44].

Årligen finns drygt 120 000 personer som har vårdats för hjärtsvikt i specialiserad öppen vård eller slutna vård någon gång under en femårsperiod. Andelen i riket 2014–2015 som behandlades med båda typerna av läkemedel var cirka 60 procent totalt för båda könen. Bland männen var andelen något högre, 62 procent, i jämförelse med kvinnornas 57 procent. Behandlingen har ökat något över tid. År 2008 var den totala andelen behandlade cirka 55 procent.

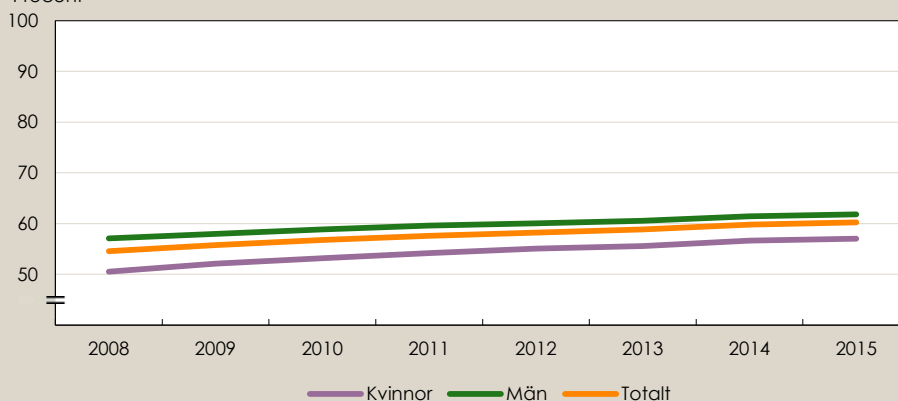
Under de senaste åren kan man notera en spridning mellan landstingen från drygt 50 procent till över 65 procent för båda könen.

Patientsäkerhetsperspektiv	Säker vård
Minskad risk för förvärrad hjärtsjukdom och död	Att patienter med hjärtsvikt får basbehandling med läkemedel enligt rekommendation i nationella riktlinjer för hjärtsjukvård.

34.1 RIKET. Basbehandling vid hjärtsvikt

Behandling med både RAAS-hämmare och betablockerare vid hjärtsvikt. Avser patienter som vårdats på sjukhus eller öppen specialiserad vård. Åldersstandardiserade värden.

Procent

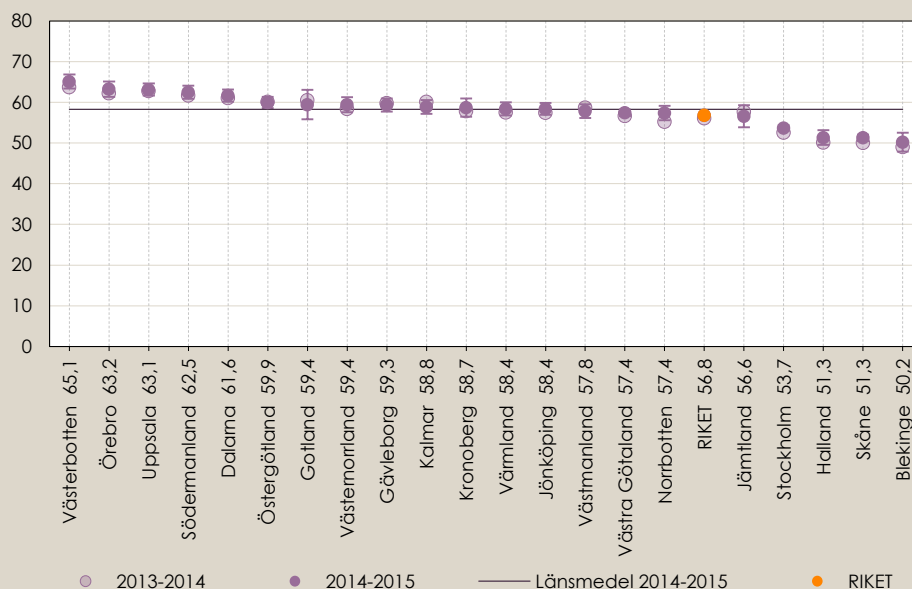


Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

34.2. LÄN. KVINNOR. Basbehandling vid hjärtsvikt

Behandling med både RAAS-hämmare och betablockerare vid hjärtsvikt. Avser patienter som vårdats på sjukhus eller öppen specialiseradvård. Åldersstandardiserade värden.

Procent

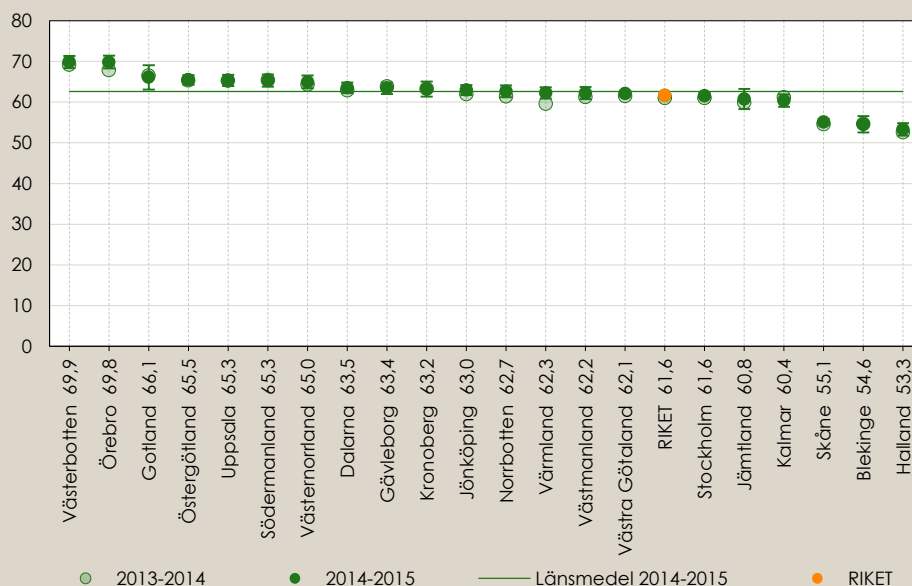


Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

34.3. LÄN. MÄN. Basbehandling vid hjärtsvikt

Behandling med både RAAS-hämmare och betablockerare vid hjärtsvikt. Avser patienter som vårdats på sjukhus eller öppen specialiseradvård. Åldersstandardiserade värden.

Procent



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

35. Reperfusion inom målsatt tid vid STEMI

Vid ST-höjningsinfarkt är det viktigt att så snabbt som möjligt återställa syretillförseln till hjärtat. Detta minskar dödligheten och omfattningen av skadan på hjärtmuskeln efter infarkt. Behandlingens resultat beror bland annat på hur snabbt efter symtomdebut den ges och oavsett typ av reperfusion behandling är tid till behandling en av de viktigaste faktorerna för behandlingens resultat.

Socialstyrelsens kvalitetsmål har satts enligt följande:

- tiden mellan första EKG som visar ST-höjning och start för angiografi/PCI ska ske inom 0–90 minuter
- tiden mellan första EKG som visar ST-höjning och trombolystidpunkt är 0–30 minuter.

Den längre tidsgränsen för primär PCI motiveras med tydliga medicinska vinster för PCI jämfört med trombolys. Indikatorn mäter andelen patienter som fått reperfusionsbehandling vid ST-höjningsinfarkt inom denna målsatta tid.

Sedan 2014 finns en nationell målnivå fastställd av Socialstyrelsen på ≥ 90 procent för patienter under 80 år. År 2015 bestämdes att samma målnivå ska gälla även för patientgruppen 80 år och äldre (redovisas inte här). Data har hämtats från RIKS-HIA som är en del av kvalitetsregistret Swedeheart.

Under 2010–2015 ökade andelen som fick PCI eller trombolys inom målsatt tid stadigt t.o.m. 2014. För patientgruppen upp till 80 år ingick år 2015 cirka 3 400 patienter varav 25 procent var kvinnor. I riket behandlades 76 procent enligt tidsmålet detta år, samma andel som under 2014. Andelen har ökat sedan 2010 med drygt 7 procentenheter.

Män får i högre utsträckning behandling inom målsatt tid, 77,2 procent, i förhållande till kvinnor med 73,2 procent.

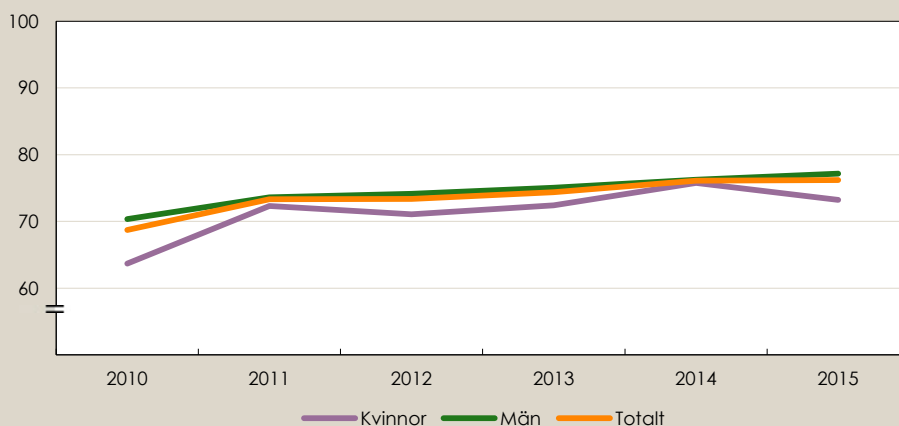
Det finns en stor variation mellan landstingen i vilken utsträckning patienter upp till 80 år får reperfusionsbehandling inom målsatt tid. Variationsbredden var 70 procent för kvinnorna och 67 procent för männen. För både män och kvinnor finns landsting som uppnår målet på 90 procent.

Patientsäkerhetsperspektiv	Säker vård
Minskad risk för dödlighet och skada på hjärtmuskeln efter infarkt.	Reperfusionsbehandling inom målsatt tid.

35.1. RIKET. Tid till reperfusionsbehandling vid ST-höjningsinfarkt

Andel patienter som reperfusionsbehandlas i målsatt tid vid ST-höjningsinfarkt. Avser patienter under 80 år.

Procent



Källa: Swedeheart – RIKS-HIA.

35.2. LÄN. KVINNOR. Tid till reperfusionsbehandling vid ST-höjningsinfarkt

Andel patienter som reperfusionsbehandlas i målsatt tid vid ST-höjningsinfarkt. Avser patienter under 80 år.

Procent

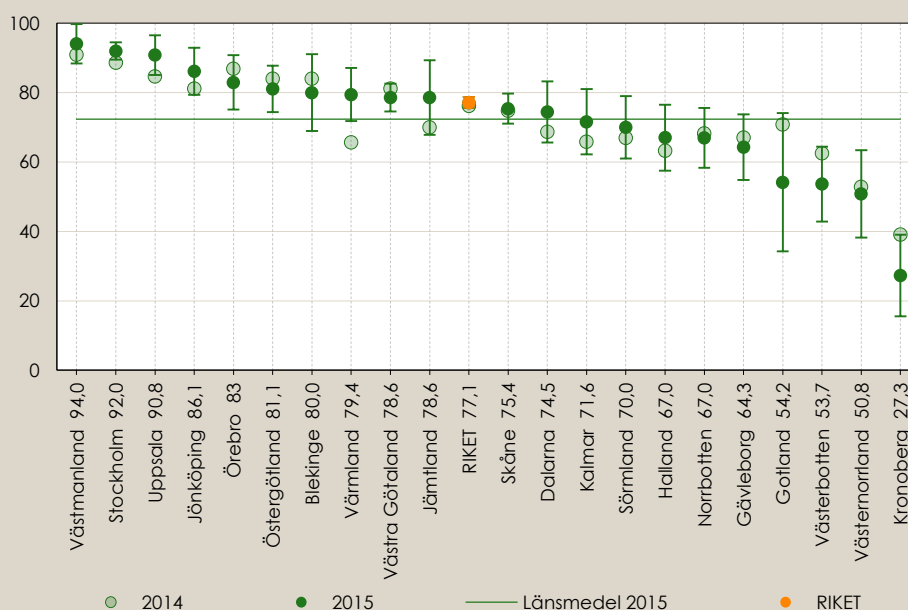


Källa: Swedeheart – RIKS-HIA.

35.3. LÄN. MÄN. Tid till reperfusionsbehandling vid ST-höjningsinfarkt

Andel patienter som reperfusionsbehandlas i målsatt tid vid ST-höjningsinfarkt. Avser patienter under 80 år.

Procent



Källa: Swedeheart – RIKS-HIA.

36. Tid till kranskärlsröntgen vid icke-ST-höjningsinfarkt

Icke ST-höjningsinfarkt är betydligt vanligare än ST-höjningsinfarkt och beror oftast på en blodpropp som inte helt täpper till ett kranskärl. Patienter med icke-ST-höjningsinfarkt behandlas vanligen med intensiv blodproppshämmande behandling.

Patienter med icke-ST-höjningsinfarkt bör inom några dygn kranskärlsröntgas (angiograferas) för att klargöra behovet av kranskärls-ingrepp. Ingreppen kan vara PCI som vanligen utförs direkt i anslutning till kranskärlsröntgen. Vid mer komplicerad kranskärlssjukdom bör beslut om kranskärlsoperation (CABG) fattas i samråd med thoraxkirurg. En kranskärlsoperation bör då utföras under vårdtiden.

Enligt de nationella riktlinjerna har kranskärlsröntgen hög prioritet för patienter med måttlig eller hög risk för nya hjärthändelser. Årligen utförs cirka 40 000 sådana undersökningar.

Patienten kan ha bakomliggande sjukdomar eller tillstånd med dålig prognos eller dåligt allmäntillstånd som leder till att man avstår från kranskärlsröntgen då risken för skadliga effekter är förhöjd. Målet är inte att kranskärlsundersöka 100 procent av alla patienter med icke-ST-hjärtinfarkt. De som bedöms ha nytta av kranskärlsröntgen bör dock få insatsen inom kort tid. Svensk kardiologisk förening har satt som sitt mål att patienter med icke-ST-höjningsinfarkt med beslut om kranskärlsröntgen ska få undersökningen inom 72 timmar efter inskrivning.

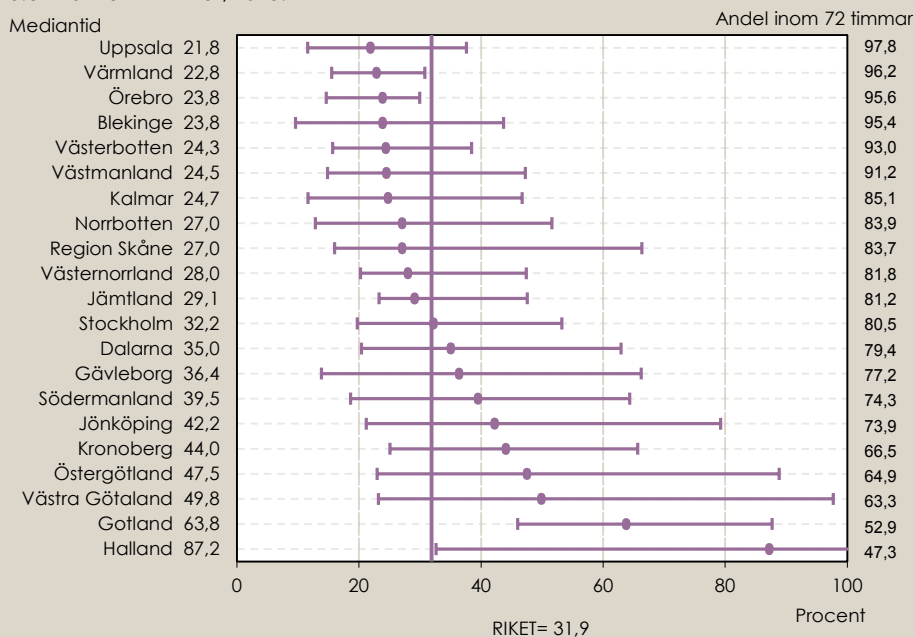
Kranskärlsröntgen ger avgörande underlag inför beslut om revaskularisering med PCI eller kranskärlsoperation. Dessa ingrepp minskar avsevärt risken för död och ny hjärtinfarkt. Kranskärlsröntgen inom 72 timmar är därför ett led i arbetet för en säker hjärtsjukvård.

Så gott som alla landsting har idag en mediantid för kranskärlsröntgen som ligger under 72 timmar, dvs. mer än hälften röntgas inom denna tid. Detta gäller för båda könen men mediantiden var något längre för kvinnorna. Andelen som får kranskärlsröntgen inom 72 timmar varierar. I fem av landstingen får över 90 procent av både männen och kvinnorna denna undersökning inom 72 timmar.

Patientsäkerhetsperspektiv	Säker vård
En minskad risk för död och ny hjärtinfarkt.	Patienter med icke- ST-höjningsinfarkt bör röntgas (angiograferas) inom några dygn för att klargöra behovet av kranskärlsingrepp.

36.1. LÄN. KVINNOR. Tid till angiografi vid – icke ST-höjningsinfarkt

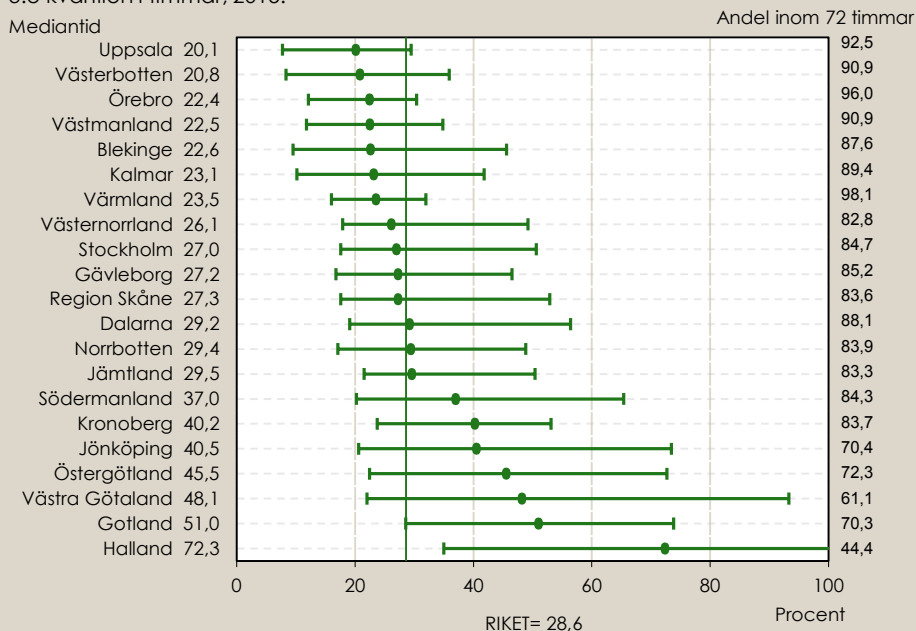
Tid till angiografi vid NSTEMI – icke ST-höjningsinfarkt. Mediantiden samt intervallet 1:a till 3:e kvartilen i timmar, 2015.



Källa: Swedheart.

36.2. LÄN. MÄN Tid till angiografi vid – icke ST-höjningsinfarkt

Tid till angiografi vid NSTEMI – icke ST-höjningsinfarkt. Mediantiden samt intervallet 1:a till 3:e kvartilen i timmar, 2015.



Källa: Swedheart.

37. Koronarangiografi och PCI via handled

Koronarangiografi (kranskärslröntgen) används som led i utredning av flera tillstånd men främst vid akuta koronara syndrom som står för drygt 50 procent av angiografierna. Hos patienter som inte är akuta utförs koronarangiografi vid utredning av angina pectoris, arytmisjukdom, hjärtsvikt och kardiomyopati, eller preoperativ utredningar.

Det görs årligen cirka 40 000 koronarangiografier och PCI i Sverige. Vid både koronarangiografi och PCI går man via artär in med en kateter och för upp den till hjärtats kranskärl. Kontrastmedel sprutas in och via röntgen kan eventuella förträngningar ses. Vid PCI, åtgärdas förträngningar i hjärtats kranskärl genom en ballongvidgning ofta i kombination med insättande av en stent.

Komplikationsrisken vid koronarangiografi är låg (<2 procent), men ökar om PCI görs vid samma tillfälle. I kvalitetsregistret Swedheart (SCAAR) rapporteras en komplikationsincidens efter samtidig PCI på ca 4 procent år 2015. Åtgärden innebär en liten risk för skador på de kärl som katetern förs igenom. Komplikationerna utgörs huvudsakligen av blödningar från insticksställen. Andelen patienter med blödning uppgick till 1,5 procent när endast koronarangiografi genomfördes 3,0 procent vid samtidig PCI.

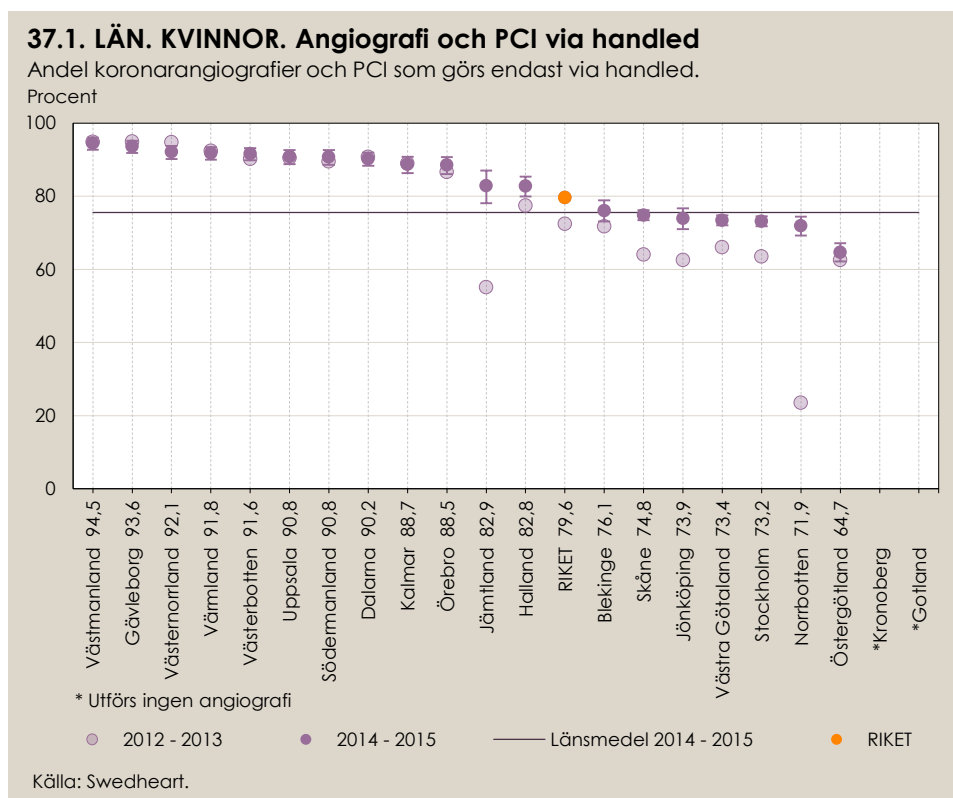
Blödningsfrekvensen är lägre om angiografi och PCI görs via handled jämfört med via lumsken. Det är därför en viktig fråga för patientsäkerheten inom hjärtsjukvården att andelen ingrepp som görs via handled är hög. Att

utföra ingreppet via handled är något mer komplext än via ljumske och för att kunna utföra detta krävs också särskild utbildning.

I Sverige används idag handleden som åtkomstpunkt i över 80 procent av fallen med en viss variation mellan sjukhus och landsting. I samtliga län utom Gotland och Kronoberg utförs angiografi. Alla patienter ska inte genomgå angiografi och PCI via handled men inom Svensk kardiologisk förening är rekommendationerna att använda åtkomst via handled första handsval.

Indikatorn är ett exempel på ett framgångsrikt arbete för säkrare vård, andelen angiografier och PCI:er som görs endast via handled har ökat från under 30 procent till 80 procent under de 10 senaste åren.

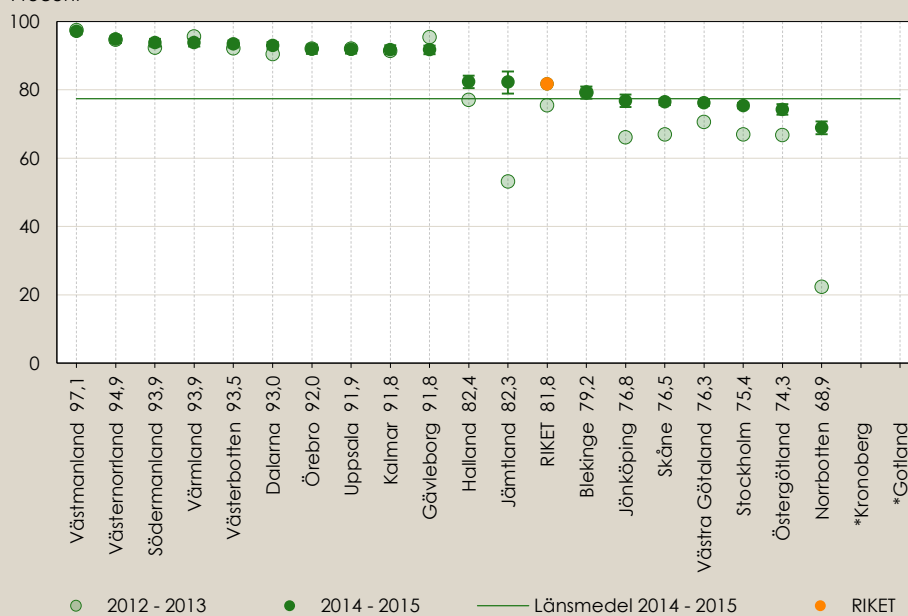
Patientsäkerhetsperspektiv	Säker vård
Minskad risk för blödningar.	Åtkomst via handled är förstahandsval vid koronarangiografi och PCI .



37.2. LÄN. MÄN. Angiografi och PCI via handled

Andel koronarangiografier och PCI som görs endast via handled.

Procent



* Utförs ingen angiografi

Källa: Swedheart.

Rörelseorganens sjukdomar

Det är relativt vanligt med sjukdomar i skelett, leder och muskler. I Sverige är det oftare äldre personer än yngre som får sjukdomar i rörelseorganen, och ungefär hälften av alla kroniska besvär som personer över 65 år lider av är kopplade till skelett, leder och muskler. Sjukdomar i rörelseorganen får ofta omfattande konsekvenser och svarar för en stor andel av vårdskonsumtionen. Detta ställer krav på tillgänglig vård och behandling samt att den är säker för patienterna. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid rörelseorganens sjukdomar [45] påpekas att vården behöver förbättras inom ett antal områden. En del av dessa indikatorer återges här med fokus på läkemedelsbehandling och kirurgiska ingrepp varav tre av indikatorerna har målnivåer som är fastställda av Socialstyrelsen i utvärderingssammanhang [46]. Det ger landstingen tydliga och mätbara mål att arbeta mot. Dessutom ingår några av indikatorerna i rapportserien inom öppna jämförelser. Indikatorerna är följande och är relevanta i uppföljningen inom området säker vård:

- återfrakturer efter en fragilitetsfraktur
- omoperation efter total höftprotesoperation
- oönskade händelser efter knäprotesoperation
- oönskade händelser efter höftprotesoperation
- behandling med benspecifika läkemedel efter fragilitetsfraktur
- behandling med biologiska läkemedel vid reumatoid artrit
- höftfrakturer inom 24 timmar.

38. Återfrakturer efter en fragilitetsfraktur

När en person har drabbats av en osteoporosrelaterad fraktur är det viktigt att hälso- och sjukvården sätter in åtgärder för att så långt som möjligt förebygga ytterligare frakturer. Åtgärderna kan bestå av läkemedelsbehandling för att stärka skelettet samt olika fallpreventiva åtgärder. Dessutom har en ökad fysisk aktivitet en positiv effekt på muskelfunktionen, balansen och i viss mån även bentätheten. Utan dessa åtgärder ökar risken för att patienten ska drabbas av en ny fraktur. Här redovisas hur vanligt det är med återfrakturer efter en fragilitetsfraktur, en typ av skada som delvis går att undvika med rätt behandling. Strukturerade vårdkedjor för fragilitetsfrakturer ökar andelen utredningar och behandlingar och kan minska andelen nya frakturer med runt 40 procent [46, 47]. Socialstyrelsen uppdaterade i december 2014 rekommendationen om systematisk riskvärdering, utredning och behandling vid fragilitetsfraktur till en högre prioritet [45].

Indikatorn återfrakturer inom tre år visar antalet nya frakturer inom tre år per 100 000 levnadsår hos personer 50 år och äldre som under mätperioden hade en förstagångsfragilitetsfraktur som behandlades i sluten eller öppen specialiserad vård. Med förstagångsfragilitetsfraktur menas här att patienten varit frakturfri sedan år 1998. Jämförelsen är åldersstandardiserad. Mät-

perioden avser tid från första frakturen, som man sedan har följt upp i tre år [46].

För indikatorn återfrakturer inom tre år har Socialstyrelsen fastställt målnivån att antalet återfrakturer bör minska med 20 procent i respektive landsting fram till år 2018.

I riket som helhet inträffade inom tre år cirka 9 200 återfrakturer per 100 000 levnadsår. Uppföljningen av återfrakturer har gjorts till och med 2015. Variationen mellan landstingen var 4 937–14 856 återfrakturer per 100 000 levnadsår för kvinnor och 4 953–9 742 återfrakturer per 100 000 levnadsår för män. Med högre utfall för kvinnor än för män.

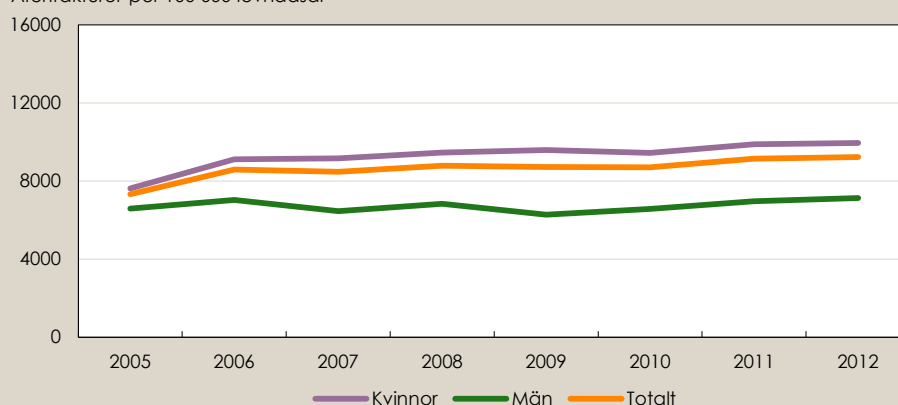
Skillnaderna mellan landstingen är påtagliga och kan bero på skillnader i sekundärpreventiva insatser för personer som har drabbats av osteoporosrelaterade frakturer. Patientregistret omfattar inte patienter som har fått en ny fraktur som behandlats i primärvården. Diagnossättningen för kotfrakturer är ofta bristfällig och många av dessa patienter handläggs inom primärvården.

Eftersom patienter i primärvård inte ingår i patientregistret är det sannolikt att jämförelsen underskattar såväl antalet förstagångsfragilitetsfrakturer som återfrakturer.

38.1. RIKET. Återfrakturer efter en fragilitetsfraktur

Antal nya frakturer inom 3 år per 100 000 levnadsår efter förstagångsfraktur. Avser personer 50 år eller äldre. Mätperiod avser tid från första fraktur med uppföljning tom, 2015. Åldersstandardiserade värden.

Återfrakturer per 100 000 levnadsår

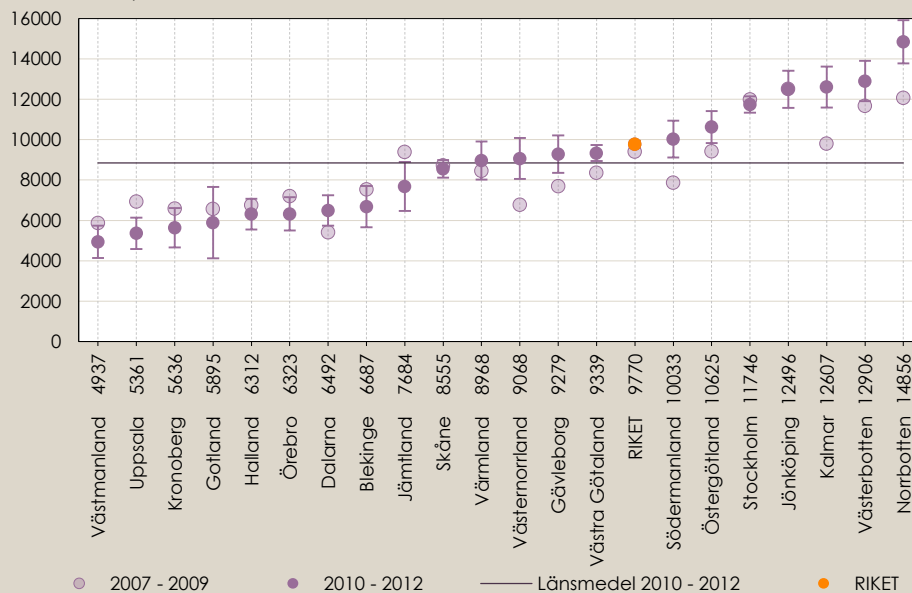


Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

38.2. LÄN. KVINNOR. Återfrakturer efter en fragilitetsfraktur

Antal nya frakturer inom 3 år per 100 000 levnadsår efter förstagångsfraktur. Avser personer 50 år eller äldre. Mätperiod avser tid från första fraktur med uppföljning tom. 2015. Åldersstandardiserade värden.

Återfrakturer per 100 000 levnadsår



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

38.3. LÄN. MÄN. Återfrakturer efter en fragilitetsfraktur

Antal nya frakturer inom 3 år per 100 000 levnadsår efter förstagångsfraktur. Avser personer 50 år eller äldre. Mätperiod avser tid från första fraktur med uppföljning tom. 2015. Åldersstandardiserade värden.

Återfrakturer per 100 000 levnadsår



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

39. Omoperation efter total höftprotesoperation

Omoperation är ett vidare begrepp än utbytesoperation eller revision och innefattar all form av ytterligare kirurgi. Den korta uppföljningstiden återspeglar i huvudsak tidiga och allvarliga postoperativa komplikationer, som djup infektion och revision på grund av upprepade urledvridningar av höftledsprotesen, luxationer. Arbetsföra patienter som omopereras på grund av protesrelaterad infektion eller luxationer får inte sällan ett sämre slutresultat. För sjukvården och Försäkringskassan kan det kosta miljonbelopp per komplikation, utöver de negativa konsekvenser som komplikationerna medför för patienten. Här redovisar vi skador i form av omoperationer efter total höftprotesoperation och som till en del bedöms gå att undvika.

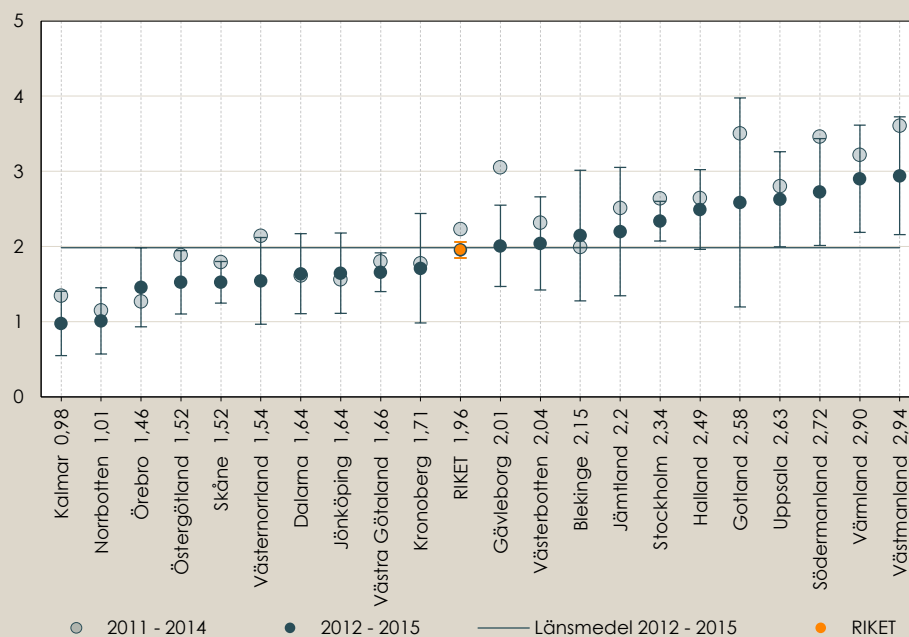
Indikatorn visar andelen patienter som omopereras inom två år efter total höftprotesoperation. Endast komplikationer som är kirurgiskt åtgärdade ingår. Antibiotikabehandlade infektioner och icke-kirurgiskt behandlade urledvridningar ingår inte. Patienter som opereras upprepade gånger, som följd av samma komplikation, anges som en komplikation. Patienter som omopereras på annan klinik än primärkliniken räknas ändå till primärkliniken.

I riket som helhet omopererades 2 procent av patienterna inom två år, vilket omfattar 1 279 patienter. Jämförelsen baseras på närmare 65 437 operationer under mätperioden. Variationen mellan landsting sträcker sig från cirka 1 till 2,9 procent. De allra flesta landsting har förbättrat sina resultat, jämfört med tidigare period. Patientsammansättning och slumpmässig variation har stor påverkan på resultaten. Det är inte realistiskt med en nollvision för komplikationer efter en kirurgisk operation.

39. LÄN. TOTALT. Omoperationer efter total höftprotosoperation

Andel omoperationer inom 2 år efter total höftprotosoperation.

Procent



Källa: Svenska Höftprotosregistret.

40–41. Önskade händelser efter knä- och höftprotosoperation

I Sverige utförs årligen cirka 13 000 knäprotosoperationer och 16 000 höftprotosoperationer. Därtill kommer omoperationer och revisionsoperationer, där proteserna byts ut. Dessa vanligtvis planerade ingrepp utgör en stor del av den icke-akuta ortopediska verksamheten.

Även om ingreppen idag är att betrakta som rutinkirurgi gäller det stora kirurgiska operationer, som inte är helt riskfria för patienten. För att minska komplikationerna och dödligheten är det viktigt med modern anestesilogi, noggrann medicinsk utredning före operationen, samt infektions- och blodproppsförebyggande åtgärder.

Återinskrivning för komplikationer samt död efter operation är vanliga kvalitetsindikatorer i internationella sammanhang. Uttrycket *önskade händelser* är en försvenskning av *adverse events* som ofta förekommer på engelska.

Återinskrivning och död kan bero på lokala komplikationer efter kirurgin men kan också ha andra medicinska orsaker. Orsakerna till återinskrivningen är i dessa mätningar bland annat proteskomplikationer, vanliga hjärt-kärlsjukdomar som hjärtinfarkt, kärlkramp, hjärtsvikt och stroke samt vissa andra inskrivningsorsaker. För både knä- och höftprotosoperation dominerar proteskomplikationerna bland återinskrivningarna.

Uppgift om protosoperation har hämtats från Svenska knäprotosregistret respektive Svenska höftprotosregistret. Till de svenska knä- och höftprotosregistren finns en mycket begränsad rapportering av återinskrivningar för

olika komplikationer. Därför är patientregistret och dödsorsaksregistret källa till uppgifterna om återinskrivningar och död. Med patientregistret som källa upptäcks betydligt fler oönskade händelser. Företrädare för de två kvalitetsregistren har bidragit till specifikationen av den uppsättning diagnoser vid återinskrivning som kan betraktas som oönskade händelser.

De oönskade händelserna har mätts på något olika sätt för de två operationstyperna och kriterierna för vad som räknas som återinskrivning för komplikation skiljer sig också åt. Det går därför inte att jämföra andelen oönskade händelser för operationstyperna.

Dessa två indikatorer speglar oönskade händelser i form av komplikationer och avser skador som uppstår vid knä och höftoperationer. En del skador är undvikbara, andra är det inte, men samtliga påverkar patienten negativt.

Världshälsoorganisationen (WHO) har tagit fram en checklista för ökad patientsäkerhet vid kirurgiska operationer, Surgical Safety Checklist. Den är nu översatt till svenska och bearbetad av patientförsäkringen LÖF i samarbete med Svensk kirurgisk förening, och går att tillämpa på svenska förhållanden.

Svenska läkarsällskapet rekommenderar dessutom rökstopp inför operation vilket minskar risken för komplikationer som infektion, sårläkningsstörning och blodpropp.

40. Oönskade händelser efter knäprotesoperation

Indikatorn visar hur Svenska knäprotesregistret vill följa upp sina operationer. Måttet visar andelen patienter som återinskrivs på sjukhus för komplikation eller avlider inom 30 dagar efter knäprotesoperation. Redovisningen per landsting baseras här på patientens hemort. I mätningen ingår 33 000 primära knäprotesoperationer för åren 2013–2016 där indikationen var knäartros.

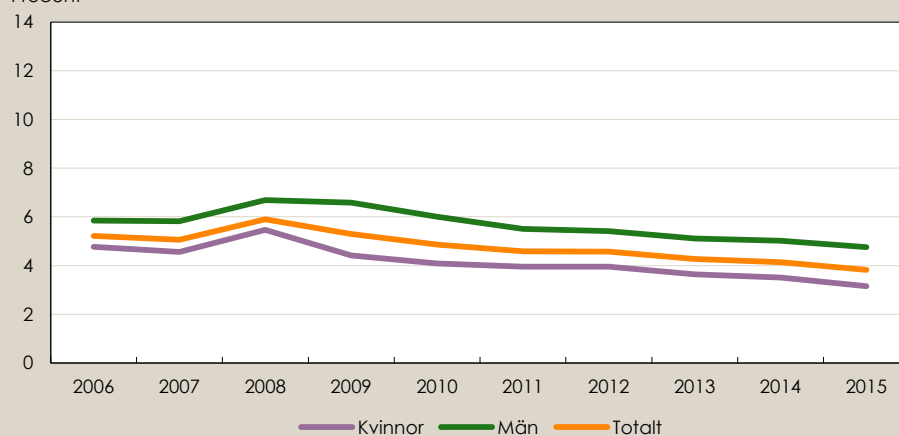
I riket uppgick andelen avlidna eller återinskrivna inom 30 dagar 2015 till 4 procent totalt. En minskning över tid kan noteras, från över 5 procent 2006 till under 4 procent 2015. Andelen återinskrivna eller döda är något högre bland män än bland kvinnor.

Spridningen mellan länen är rätt betydande. Efter åldersstandardisering kan man notera en variation på mellan 3 och 10 procent mellan länen med den lägsta och högsta andelen oönskade händelser. De oönskade händelserna bestod till cirka 60 procent av lokala kirurgiska proteskomplikationer. Andelen döda inom 30 dagar utgjorde 3 procent av de oönskade händelserna.

40.1. RIKET. Önskade händelser efter knäprotosoperation

Andel av önskade händelser inom 30 dagar efter knäprotosoperation.
Åldersstandardiserade värden.

Procent

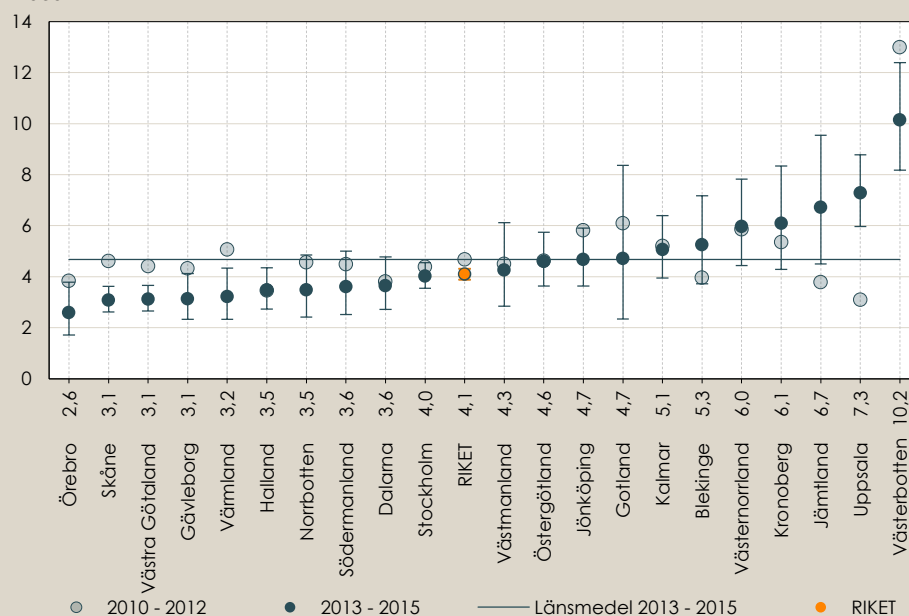


Källa: Svenska knäprotosregistret och Patientregistret, Socialstyrelsen.

40.2. LÄN. TOTALT. Önskade händelser efter knäprotosoperation

Andel av önskade händelser inom 30 dagar efter knäprotosoperation.
Åldersstandardiserade värden.

Procent



Källa: Svenska knäprotosregistret och Patientregistret, Socialstyrelsen.

41. Önskade händelser efter höftprotesoperation

Indikatorn är en uppföljning av operationer i Svenska höftprotesregistret. Utfallet mäts som andelen patienter som återinskrivs på sjukhus för komplikation eller avlider inom 30 respektive 90 dagar efter höftprotesoperation.

Närmare 45 000 primära totala höftprotesoperationer för åren 2013–2015 ingår i mätningen. I riket uppgick andelen avlidna eller återinskrivna inom 30 dagar till drygt 3 procent under perioden 2013–2015. Inom 90 dagar rapporterades över 8 procent med sådana oönskade händelser.

I riket kan en tendens till minskning noteras i andelen oönskade händelser inom 30 dagar under åren 2010–2015. För både män och kvinnor ligger denna andel cirka 1 procentenhet lägre år 2015 jämfört med 2010.

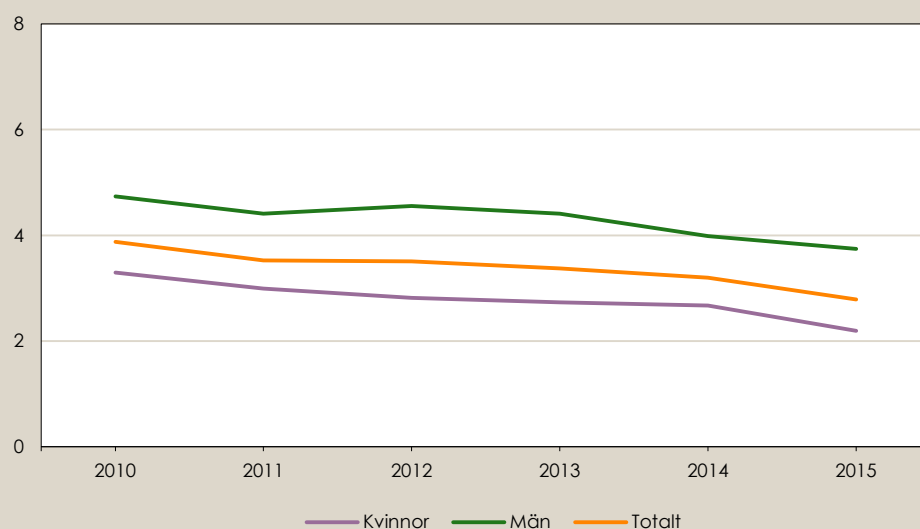
Andelen återinskrivna eller döda är cirka 1,5 procentenheter högre bland män än bland kvinnor, efter åldersstandardisering, över tid. Under perioden 2013–2015 hade länet med lägst andel knappt 2 procent oönskade händelser inom 30 dagar medan länet med högst andel hade närmare 5 procent. Redovisningen per län baseras på platsen för den opererande kliniken.

De oönskade händelserna bestod till två tredjedelar av lokala kirurgiska proteskomplikationer. Andelen döda inom 30 dagar utgjorde drygt 10 procent av de oönskade händelserna.

41.1. RIKET. Önskade händelser efter höftprotesoperation

Önskade händelser efter höftprotesoperation inom 30 dagar. Åldersstandardiserade värden.

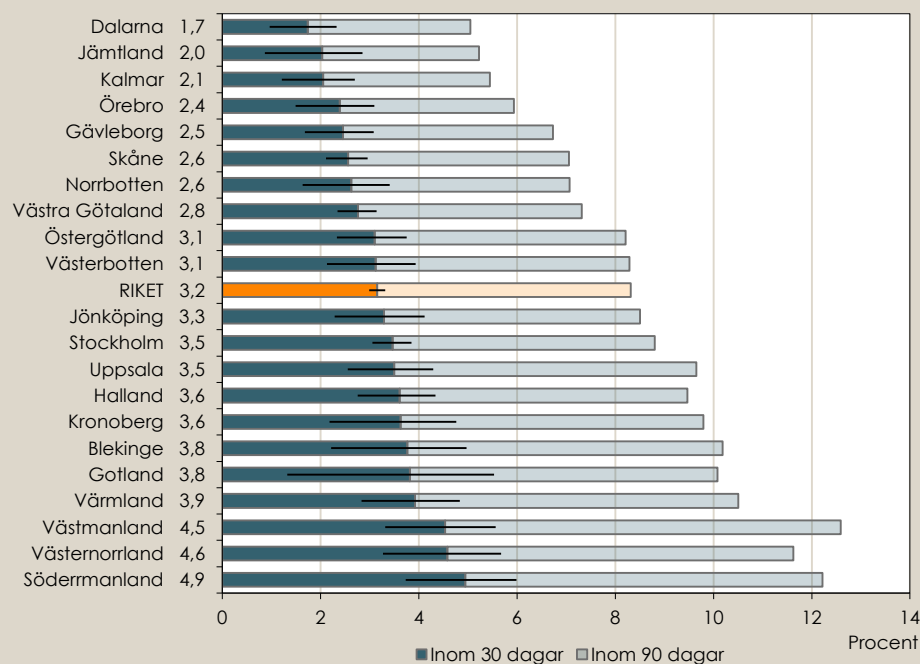
Procent



Källa: Svenska höftprotesregistret och Patientregistret, Socialstyrelsen.

41.2. LÄN. TOTALT. Önskade händelser efter höftprotesoperation

Önskade händelser efter höftprotesoperation inom 30 respektive 90 dagar.
Åldersstandardiserade värden, 2013 - 2015.



Källa: Svenska höftprotesregistret och Patientregistret, Socialstyrelsen.

42. Behandling med benspecifika läkemedel efter fragilitetsfraktur

Osteoporos eller benskörhet är en sjukdom som gör att benstommen förlorar en del av sin styrka. Detta leder i sin tur till att frakturer kan uppstå spontant eller vid lågenergitrauma, som vid fall i samma plan. Vanliga frakturer vid benskörhet är höft- och bäckenfrakturer, kotkompressioner i bröst- och ländrygg, vissa knäfrakturer och brott på överarm (axel) och handled.

Sjukdomen är ovanlig före 50 års ålder men förekomsten ökar kraftigt med åldern och framför allt kvinnor drabbas. Bland 70-åriga kvinnor förekommer osteoporos hos drygt 30 procent. I 65–70-årsåldern har cirka 25 procent av kvinnorna redan fått en fraktur. Dessa kvinnor har en starkt förhöjd risk att i framtiden drabbas av ytterligare frakturer. Sjukdomen bedöms vara underdiagnostiserad och underbehandlad när det gäller både kvinnor och män [42].

Indikatoren visar andelen frakturdrabbade patienter som efter sjukhusvård behandlades med läkemedel mot benskörhet. Som förebyggande läkemedelsbehandling räknas bisfosfonater eller hormonbehandling.

Jämförelsen baseras på 46 000 patienter, varav nästan dubbelt så många kvinnor som män, som slutenvårdats för ett urval av frakturer under 2012–2014. I riket fick cirka 13 procent läkemedelsbehandling, de flesta med bisfosfonater. Andelen behandlade varierar mellan 10,5 till 25,7 procent för kvinnor och mellan 2,2 till 13,2 procent för män.

Socialstyrelsen anger i rapport om målnivåer för rörelseorganens sjukdomar att andelen som behandlas med benspecifika läkemedel ska uppgå till minst 30 procent senast 2017 [46].

Här redovisas vårdens följsamhet till rekommendationer i nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar och Socialstyrelsens fastställda målnivå för frakturdrabbade patienter vilket återspeglar säker vård. Landstingen har i olika grad och olika snabbt tagit till sig budskapen i nationella riktlinjer för rörelseorganen. Förbättringspotentialen är mycket stor.

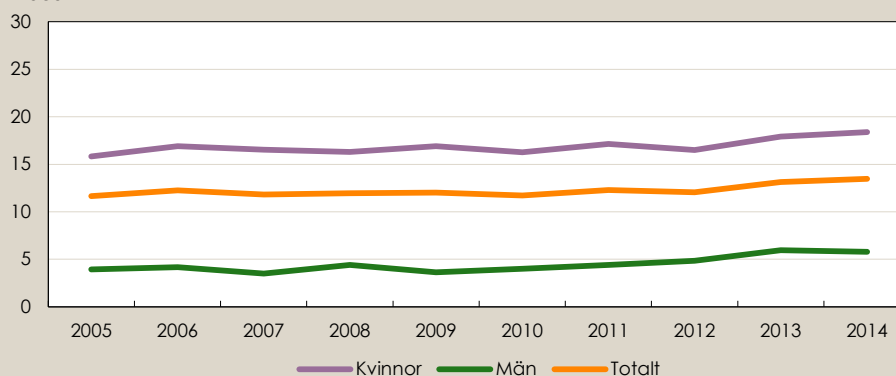
Patientsäkerhetsperspektiv	Säker vård
Minskad risk för fraktur.	Behandling med benspecifika läkemedel enligt rekommendation i nationella riktlinjer för rörelseorganen.

42.1. RIKET. Behandling med benspecifika läkemedel efter fragilitetsfraktur

Andel patienter som behandlas med läkemedel mot benskörhet 0–12 månader efter fragilitetsfraktur. Avser förstagångsfraktur och patienter 50 år eller äldre.

Åldersstandardiserade värden

Procent



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

42.2. LÄN. KVINNOR. Behandling med benspecifika läkemedel efter fragilitetsfraktur

Andel patienter som behandlas med läkemedel mot benskörhet 0–12 månader efter fragilitetsfraktur. Avser förstagångsfraktur och patienter 50 år eller äldre. Åldersstandardiserade värden.

Procent

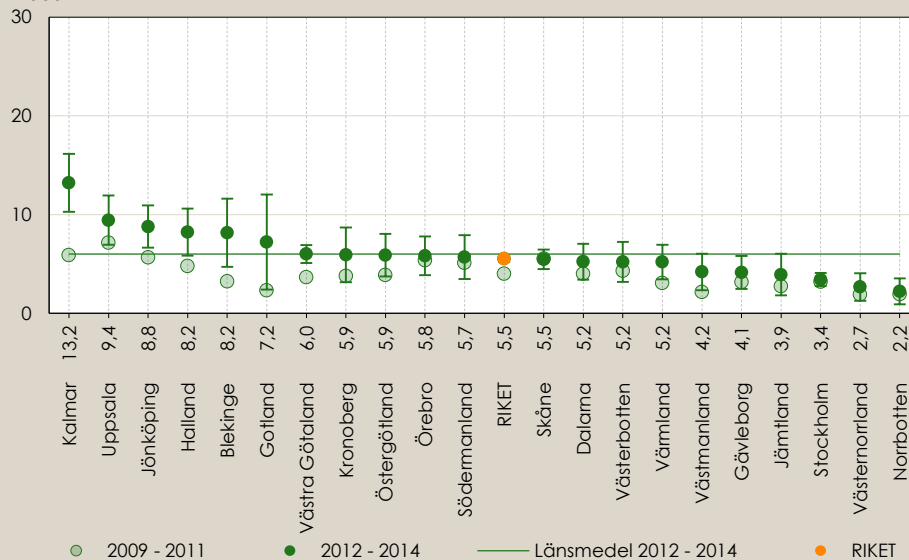


Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

42.3. LÄN. MÄN. Behandling med benspecifika läkemedel efter fragilitetsfraktur

Andel patienter som behandlas med läkemedel mot benskörhet 0–12 månader efter fragilitetsfraktur. Avser förstagångsfraktur och patienter 50 år eller äldre. Åldersstandardiserade värden.

Procent



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

43. Behandling med biologiska läkemedel vid reumatoid artrit

Biologiska läkemedel är för en del patienter ett viktigt behandlingsalternativ. Dessa påverkar immunsystemet och ges inom reumatologisk specialistvård antingen av patienten själv som injektioner eller av vården som intravenösa dropp. För de allra flesta patienter gör behandlingen att prognosen förbättras påtagligt och att funktionsnedsättningen begränsas.

Indikatorn visar, efter åldersstandardisering, antalet patienter med reumatoid artrit (RA), som har en pågående behandling med biologiskt läkemedel, per 100 000 invånare i landstingen. Källan till uppgiften om antalet patienter med behandling är Svensk Reumatologisk Kvalitetsregister (SRQ) och läkemedelsregistret vid Socialstyrelsen. Uppgift om patienter som har diagnosen reumatoid artrit har hämtats från patientregistret och SRQ.

År 2015 hade 215 kvinnor av 100 000 kvinnor i befolkningen fått biologiska läkemedel för behandling av RA. Antalet män med RA och biologisk behandling var drygt 70 per 100 000 vilket beror på att förekomsten av RA är lägre bland männen. Variationen mellan länen är stora och sträcker sig för åren 2013–2015 från 155 till över 350 bland kvinnorna per 100 000 invånare. Bland männen varierade behandlingen från 40 till 140 per 100 000 över länen.

Tidigare redovisning i öppna jämförelser 2015 baserades endast på data från SRQ och då med något högre värden som resultat. Detta kan bland annat bero på att exklusionen av andra diagnoser med biologiska läkemedel kan ha gjorts på olika sätt.

Det finns ingen säker skattning av hur många patienter med RA i olika län som bör ha behandling med biologiska läkemedel. Avgörande vid tolkning bör vara hälsoutfallet för patienten. Skillnader i hälsoutfall mellan grupper med olika behandlingar kan bäst ses i kvalitetsregistret SRQ.

Socialstyrelsens målnivå är att behandling med biologiska läkemedel bör ligga i nivå +/- 25 procent med utgångspunkt från genomsnittet i riket [46].

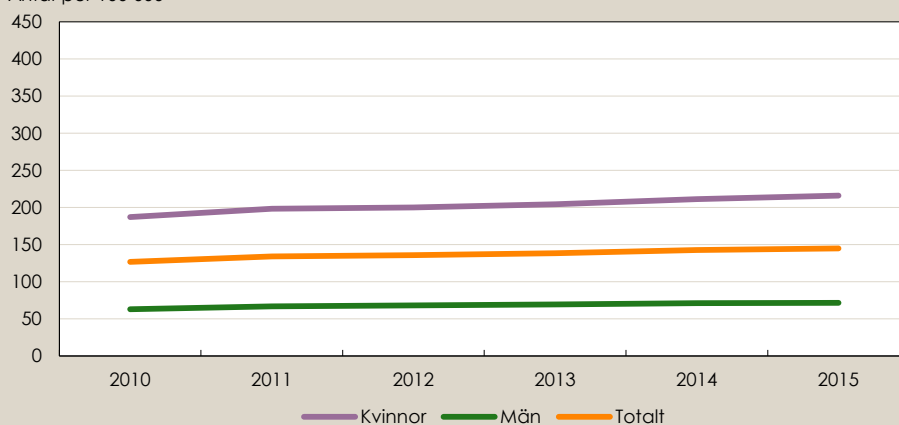
Målnivån uttryckts som ett intervall eftersom det i dagsläget är svårt att beräkna hur många patienter som faktiskt bör ha denna läkemedelsbehandling istället för någon annan behandling.

Patientsäkerhetsperspektiv	Säker vård
Förbättrad funktionsnedsättning.	Att patienter får biologiska läkemedel mot reumatoid artrit enligt rekommendation i nationella riktlinjer för rörelseorganen.

43.1. RIKET. Biologiska läkemedel vid reumatoid artrit

Antal personer med reumatoid artrit som får biologiska läkemedel per 100 000 invånare. Avser personer 18 år eller äldre. Åldersstandardiserade värden.

Antal per 100 000

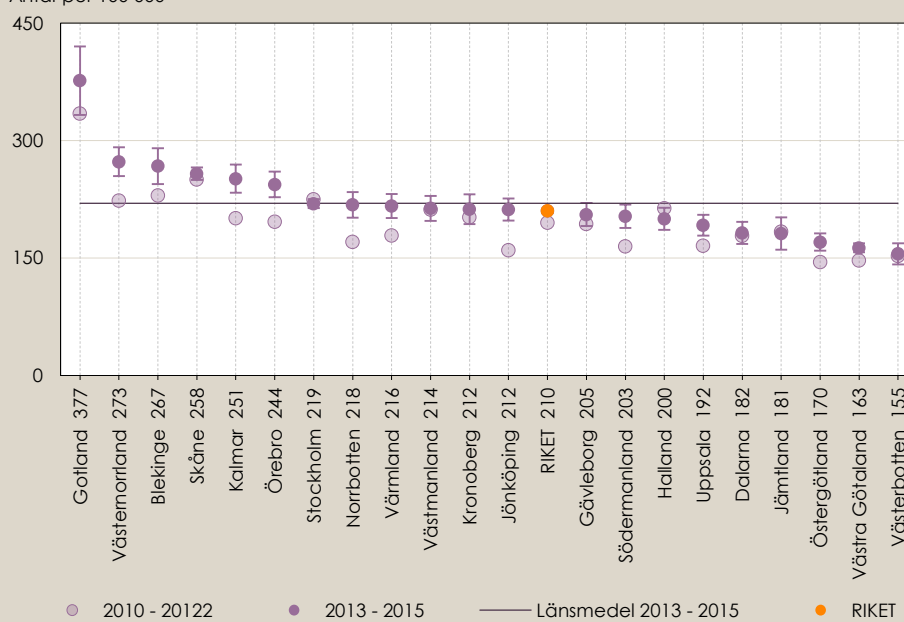


Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen, Svensk Reumatologis Kvalitetsregister.

43.2. LÄN. KVINNOR. Biologiska läkemedel vid reumatoid artrit

Antal personer med reumatoid artrit som får biologiska läkemedel per 100 000 invånare. Avser personer 18 år eller äldre. Åldersstandardiserade värden.

Antal per 100 000

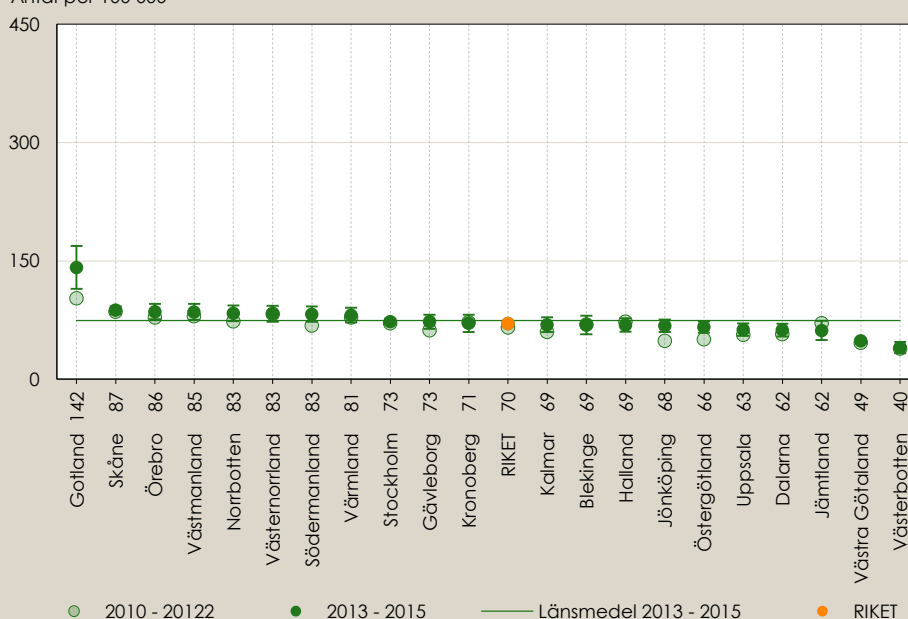


Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen, Svensk Reumatologis Kvalitetsregister

43.3. LÄN. MÄN. Biologiska läkemedel vid reumatoid artrit

Antal personer med reumatoid artrit som får biologiska läkemedel per 100 000 invånare. Avser personer 18 år eller äldre. Åldersstandardiserade värden.

Antal per 100 000



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen, Svensk Reumatologisk Kvalitetsregister

44. Höftfrakturopoperation inom 24 timmar

Varje år skadas 70 000 människor så allvarligt i fallolyckor att de måste läggas in på sjukhus, och över 1 000 personer dör. Antalet har mer än fördubblats sedan år 2000 enligt den nationella informationskampanjen Balansera mera som Socialstyrelsen samordnar. I synnerhet drabbas kvinnor 65 år eller äldre av skador efter fall i större utsträckning än äldre män. Många av fallolyckorna resulterar i höftfrakturer som utöver lidande för den drabbade även medför stora kostnader för samhället [30]. Ytterligare en del av höftfrakturerna är osteoporosrelaterade.

Under 2014 inträffade drygt 18 600 höftfrakturer i Sverige enligt patientregistret på Socialstyrelsen. Höftfrakturer kräver operation och patienterna inkommer då till akutsjukhus och opereras där, även om valet av operationsmetod varierar över landet. Behandlingsmodellen vid felställda lårbenshalsbrott har radikalt förändrats i Sverige under de senaste tio åren. Allt fler patienter opereras för sitt felställda lårbenshalsbrott med höftprotes, vilket har medfört en ökad belastning på ortopediska operationsavdelningar.

Artroplastikoperation är mera resurskrävande än operation med skruvar eller pinnar. Själva frakturen är inte akut livshotande, vilket gör att patienten kan få vänta på operation. En fördröjning av operation till efter 24 timmar kan dock leda till ökade komplikationer för i övrigt friska personer. Komplikationer såsom infektion, trycksår och förvirring. Här redovisar Socialstyrelsen vårdens förmåga att operera höftfrakturer i rätt tid för att minska skador eller komplikationer och dödsfall vilket speglar säker vård.

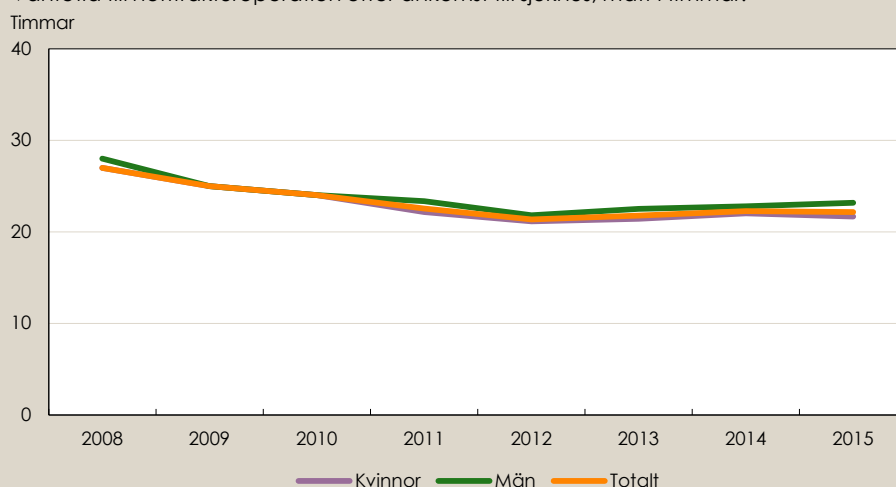
Indikatorn avser att mäta handläggningstiden på akutsjukhuset från ankomst tills patienten blir opererad. Det vill säga hur många timmar det går från att patienten kommer till sjukhuset tills operationen startar. Uppgifterna om medelväntetid till operation är baserad på klockslag i timmar för ankomst respektive operation. Att vänta på operation är ansträngande för patienten såväl fysiskt som psykiskt, och om vårdtiden förlängs. Väntetiden till operation är därför en viktig processindikator, som är beroende på resursinsats och attityd. Tid mellan ankomst till sjukhus och start för operation är också en kvalitetsindikator som är vanlig internationellt. Inom OECD redovisas jämförelser med fokus på andelen patienter som opereras inom 48 timmar. Sverige låg tillsammans med Danmark, Island, Nederländerna och Kanada på en nivå som översteg 90 procent i dessa mätningar 2013.

I riket 2015 var medelväntetiden för kvinnor inom 22 timmar och för män var medelväntetiden inom 23 timmar. Variationen mellan landstingen var 14–32 timmar för kvinnor och för män var den 12–32 timmar.

Patientsäkerhetsperspektiv	Säker vård
Bättre överlevnad, mindre risk för komplikation/skador.	Höftfrakturopoperation inom 24 timmar.

44.1. RIKET. Höftfrakturopoperation inom 24 timmar

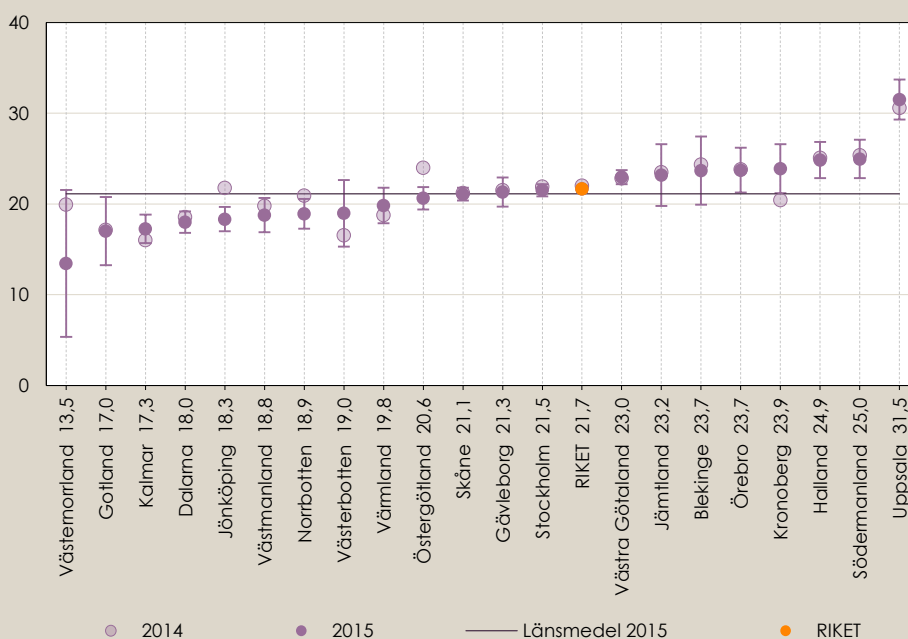
Väntetid till höftfrakturopoperation efter ankomst till sjukhus, mätt i timmar.



44.2. LÄN. KVINNOR. Höftfrakturopoperation inom 24 timmar

Väntetid till höftfrakturopoperation efter ankomst till sjukhus.

Timmar

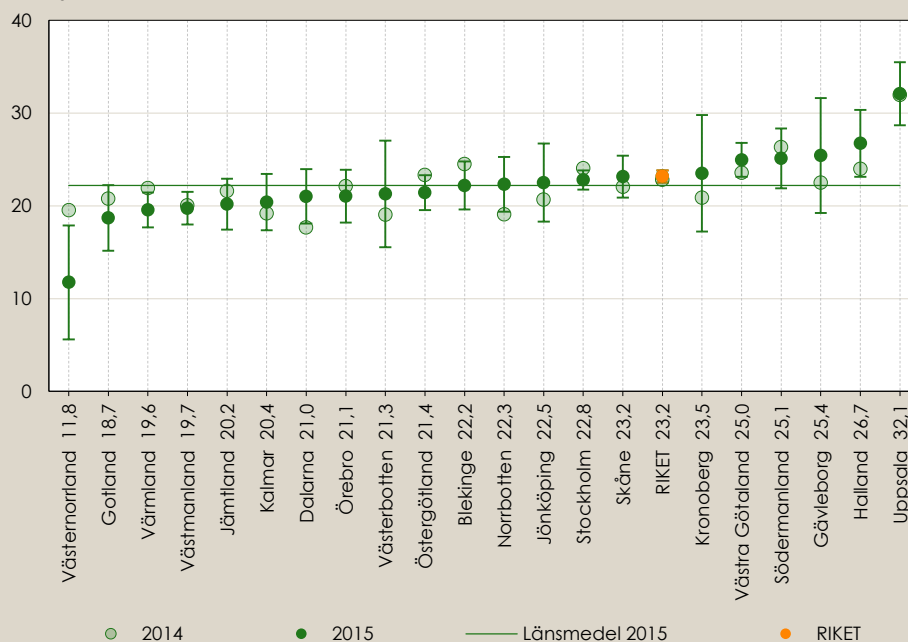


Källa: RIKSHÖFT - Nationella höftfrakturregistret.

44.3. LÄN. MÄN. Höftfrakturopoperation inom 24 timmar

Väntetid till höftfrakturopoperation efter ankomst till sjukhus.

Timmar



Källa: RIKSHÖFT - Nationella höftfrakturregistret.

Bipolär sjukdom, depression och schizofreni

Patienter som vårdas i psykiatrisk slutenvård har ökat under senare år. De tillstånd som oftast leder till vård inom psykiatrisk slutenvård är depression och ångest, medan psykossjukdomarna ligger relativt konstant över tid [48].

Depression, ångestsyndrom och bipolär sjukdom är sjukdomstillstånd som innebär att man kan drabbas av svårigheter att klara vardagslivet, med nedsatt livskvalitet som följd. Vid rätt behandling i rätt tid kan risker minskas, såsom självmordsförsök och självmord. Hos personer med depression eller olika slags ångestillstånd är överdödligheten betydande jämfört med övriga befolkningen som inte har dessa sjukdomar.

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer samt efterföljande utvärdering av följsamhet till dessa av vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni anges förbättringsområden som berör både kommun och landsting, samt flera vårdnivåer inom hälso- och sjukvården och den psykiatriska vården i synnerhet [48].

Några av indikatorerna återges här samt indikatorer som ingår i rapportserien inom öppna jämförelser. Indikatorerna är följande och är viktiga i uppföljningen inom området säker vård:

- överdödlighet för vuxna patienter med bipolär sjukdom
- återfallsförebyggande behandling bipolär sjukdom
- överdödlighet för vuxna patienter med schizofreni
- behandling med antipsykotiska läkemedel vid schizofreni
- ECT vid slutenvårdad svår depression
- depressionsskattning efter ECT.

45. Överdödlighet för vuxna patienter med bipolär sjukdom

Bipolär sjukdom är förknippad med en ökad för tidig dödlighet till följd av olika somatiska sjukdomar. Dödligheten i vissa somatiska sjukdomar har i studier visat sig vara betydligt högre bland patienter med bipolär spektrumstörning. Detta gäller till exempel hjärt-kärlsjukdomar, lungsjukdom samt cerebrovaskulära (sjukdomar i hjärnans blodkärl) och endokrina störningar (hormonsjukdomar) [48].

Tidigare var den högre dödligheten bland personer med bipolär sjukdom kopplad till ett högre antal självmord och olyckor. I dag behandlas många personer med bipolär sjukdom med stämningsstabiliserande läkemedel som i stället kan ge en ökad risk för fetma och metabola syndrom. Alltså har orsakerna till den ökade dödligheten förändrats. Metabola syndrom är samlingsnamnet för ett antal faktorer som ökar risken för insjuknande i hjärt-kärlsjukdom.

Socialstyrelsen anser att vården bör vidta åtgärder för att minska den höga dödligheten i kroppsliga sjukdomar hos personer med psykisk ohälsa vilket även berör personer som drabbas av bipolär sjukdom. Huvudmännen bör utforma samverkan och rutiner för hur kroppsliga sjukdomar hos personer med psykisk ohälsa kan förebyggas, upptäckas och behandlas inom primärvården, psykiatrin och den somatiska sjukvården. Vården bör arbeta med hälsofrämjande och förebyggande insatser samt med att förstärka vårdens förebyggande roll [48].

Indikatorn visar dödligheten bland personer, 20 år och äldre, med bipolär sjukdom jämfört med dödligheten i befolkningen. Överdödligheten kan tyda på brister inom vård och behandling som till viss del kan undvikas.

Värdet 1 motsvarar befolkningens nivå och innebär att ingen överdödlighet finns. I riket som helhet är värdet 1,65 bland personer med bipolär sjukdom 2015 i riket som helhet.

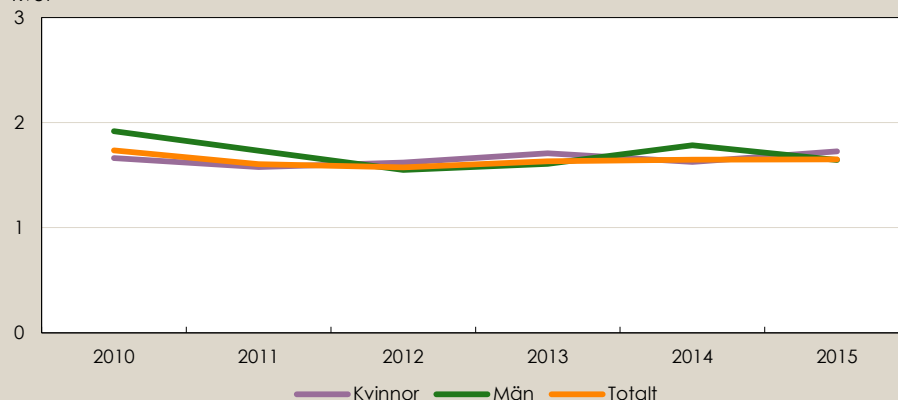
Samtliga landsting redovisar en överdödlighet och varierar mellan 1,17 till 2,6 för kvinnor samt mellan 1,15 till 2,17 för män.

I OECD:s jämförelse av medlemsländerna har Sverige den lägsta överdödligheten i Norden bland personer med bipolär sjukdom [49]. Observera att åldrar och åldersstandardisering skiljer sig åt mellan OECD:s jämförelser å ena sidan och jämförelser mellan svenska landsting å andra sidan.

45.1. RIKET. Överdödlighet för vuxna patienter med bipolär sjukdom

Dödlighet bland personer med bipolär sjukdom jämfört med dödligheten i befolkningen. Värdet 1,0 motsvarar befolkningens nivå och innebär att ingen överdödlighet finns. Avser personer 20 år eller äldre. Åldersstandardiserade värden.

Kvot

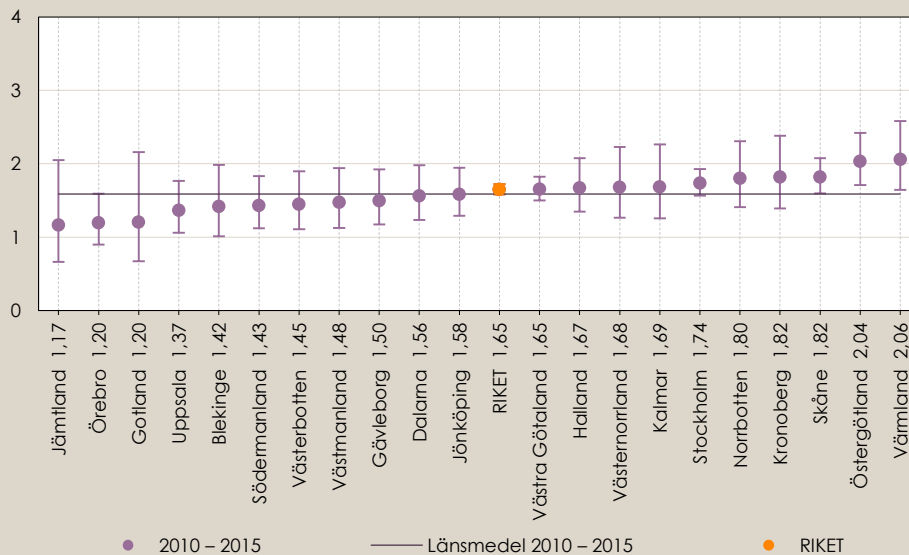


Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

45.2. LÄN. KVINNOR. Överdödlighet för vuxna patienter med bipolär sjukdom

Dödlighet bland personer med bipolär sjukdom jämfört med dödligheten i befolkningen. Värdet 1,0 motsvarar befolkningens nivå och innebär att ingen överdödlighet finns. Avser personer 20 år eller äldre. Åldersstandardiserade värden.

Kvot

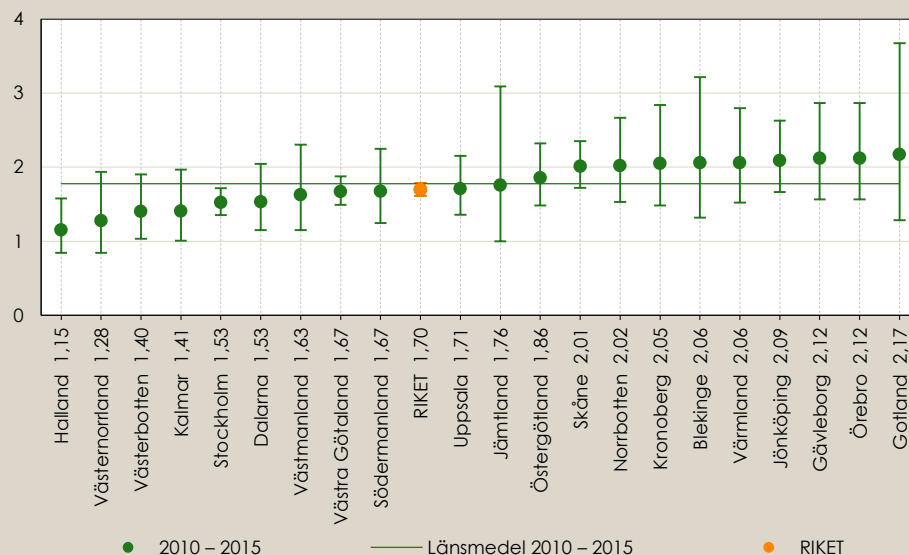


Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

45.3. LÄN. MÄN. Överdödlighet för vuxna patienter med bipolär sjukdom

Dödlighet bland personer med bipolär sjukdom jämfört med dödligheten i befolkningen. Värdet 1,0 motsvarar befolkningens nivå och innebär att ingen överdödlighet finns. Avser personer 20 år eller äldre. Åldersstandardiserade värden.

Kvot



Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

46. Återfallsförebyggande behandling bipolär sjukdom

För att förhindra återinsjuknande och självmord hos patienter med bipolär sjukdom behövs en livslång behandling med stämningsstabiliserande läkemedel [48]. Hög tillgänglighet och god kontinuitet inom hälso- och sjukvården är särskilt viktigt för dessa patienter och är en förutsättning för ett effektivt omhändertagande av personer med bipolär sjukdom. God kontinuitet minskar även stressen och skapar trygghet i kontakten med vården, såväl för den enskilda patienten som för de anhöriga, vilket i sin tur ökar följsamheten till behandlingen. Behandling med litium har en god effekt på symtomen och funktionsförmågan vid maniska episoder hos äldre och vuxna, samt en god återfallsförebyggande effekt efter maniska eller depressiva episoder vid bipolär sjukdom. Behandling med litium har hög prioritet i de nationella riktlinjerna (prioritet 1 av 10). Här ingår även antiepileptika och antipsykotika läkemedel, som också används för återfallsförebyggande läkemedelsbehandling men som har en lägre prioritet i riktlinjerna. Indikatoren visar andelen patienter med bipolär sjukdom som får återfallsförebyggande läkemedelsbehandling. Det vill säga att man följer upp patienter med relevant huvuddiagnos förskrivits dessa läkemedel och som gjort minst två läkemedelsuttag 365 dagar efter läkarbesök i specialiserad öppen vård eller efter slutenvårdstillfället. Här visas vårdens förmåga att erbjuda återfallsförebyggande läkemedelsbehandling till patienter med bipolär sjukdom vilket återspeglar säker vård.

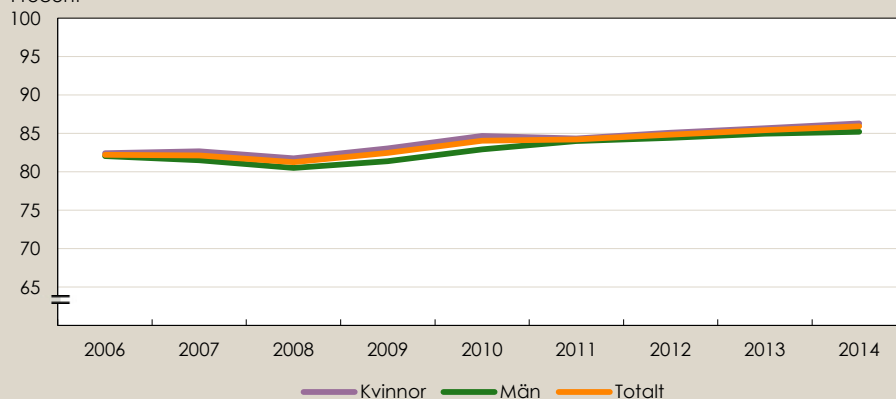
I riket som helhet behandlas 86 procent med återfallsförebyggande läkemedel av totalt 18 000 personer med bipolär sjukdom under 2014. Det är ingen större variation mellan de olika landstingen vad gäller andelen behandlade och inte heller någon skillnad mellan andelen behandlade män och kvinnor.

Patientsäkerhetsperspektiv	Säker vård
Minskad risk för självmord och psykiskt lidande	Livslång litiumbehandling

46.1. RIKET. Återfallsförebyggande behandling vid bipolär sjukdom

Andel patienter 20-59 år med bipolär sjukdom som får återfallsförebyggande behandling med stämningsstabiliserande läkemedel efter manisk eller depressiv period. Åldersstandardiserade värden.

Procent

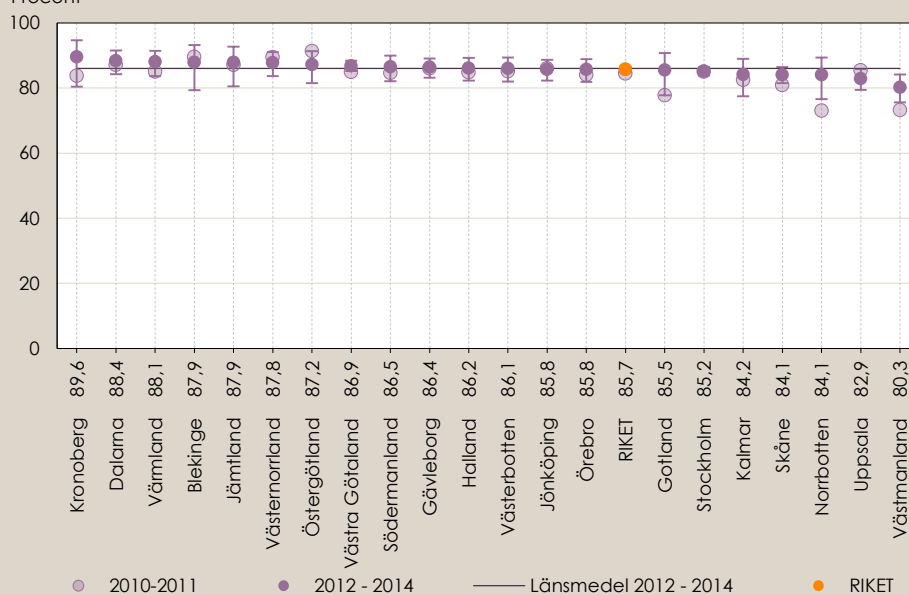


Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

46.2. LÄN. KVINNOR. Återfallsförebyggande behandling vid bipolär

Andel patienter 20-59 år med bipolär sjukdom som får återfallsförebyggande behandling med stämningsstabiliserande läkemedel efter manisk eller depressiv period. Åldersstandardiserade värden.

Procent

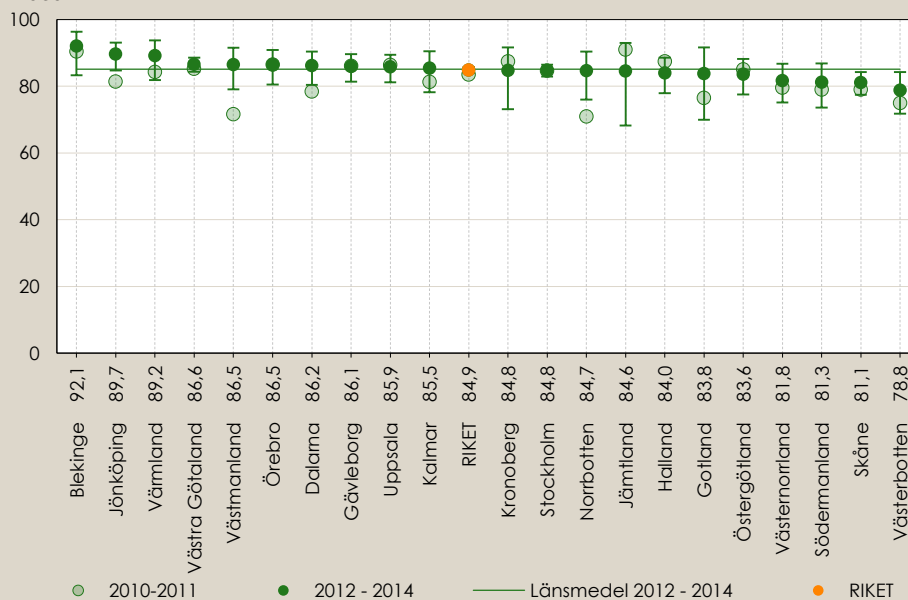


Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

46.3. LÄN. MÄN. Återfallsförebyggande behandling vid bipolär

Andel patienter 20-59 år med bipolär sjukdom som får återfallsförebyggande behandling med stämningsstabiliserande läkemedel efter manisk eller depressiv period. Åldersstandardiserade värden.

Procent



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

47. Överdödlighet för vuxna patienter med schizofreni

Vårdtider och bristande medicinering kan ha stor inverkan på livet efter insjuknandet. Dödligheten är högre bland personer med schizofreni jämfört med personer som inte har schizofreni [48].

Socialstyrelsen anser att vården bör vidta åtgärder för att minska den höga dödligheten i kroppsliga sjukdomar hos personer med psykisk ohälsa vilket även berör personer som drabbas av bipolär sjukdom. Huvudmännen bör utforma samverkan och rutiner för hur kroppsliga sjukdomar hos personer med psykisk ohälsa kan förebyggas, upptäckas och behandlas inom primärvården, psykiatri och den somatiska sjukvården. Vården bör arbeta med hälsofrämjande och förebyggande insatser samt med att förstärka vårdens förebyggande roll [48].

Indikatorn visar dödligheten bland personer med schizofreni jämfört med dödligheten i befolkningen. Värdet 1 motsvarar befolkningens nivå och innebär att ingen överdödlighet finns. I riket som helhet är värdet bland personer med schizofreni 2,54 och det är ingen tydlig skillnad mellan könen.

Samtliga landsting redovisar en överdödlighet och varierar mellan 1,8 till 3,2 för kvinnor samt mellan 1,9 till 4,3 för män. Här redovisas överdödlighet hos personer med schizofreni vilket kan tyda på brister inom vård och behandling som till viss del kan undvikas.

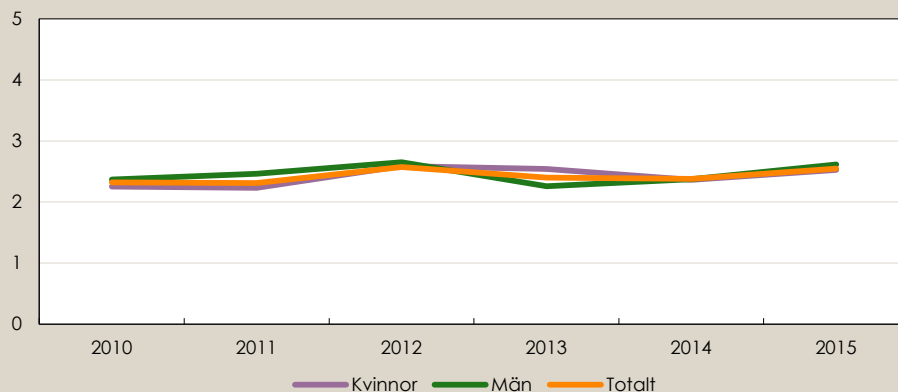
I OECD:s jämförelse av medlemsländerna i Norden har Sverige en något högre dödlighet än Danmark och en något lägre dödlighet än Norge och Finland [49]. Observera att åldrar och åldersstandardisering skiljer sig åt

mellan OECD:s jämförelser å ena sidan och jämförelser mellan svenska landsting å andra sidan. Detta gör att värdet för Sverige skiljer sig åt.

47.1. RIKET. Överdödlighet för vuxna patienter med schizofreni

Dödlighet bland personer med schizofreni jämfört med dödligheten i befolkningen. Värdet 1,0 motsvarar befolkningens nivå och innebär att ingen överdödlighet finns. Avser personer 20 år eller äldre. Åldersstandardiserade värden.

Kvot



Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

47.2. LÄN. KVINNOR. Överdödlighet för vuxna patienter med schizofreni

Dödlighet bland personer med schizofreni jämfört med dödligheten i befolkningen. Värdet 1,0 motsvarar befolkningens nivå och innebär att ingen överdödlighet finns. Avser personer 20 år eller äldre. Åldersstandardiserade värden.

Kvot

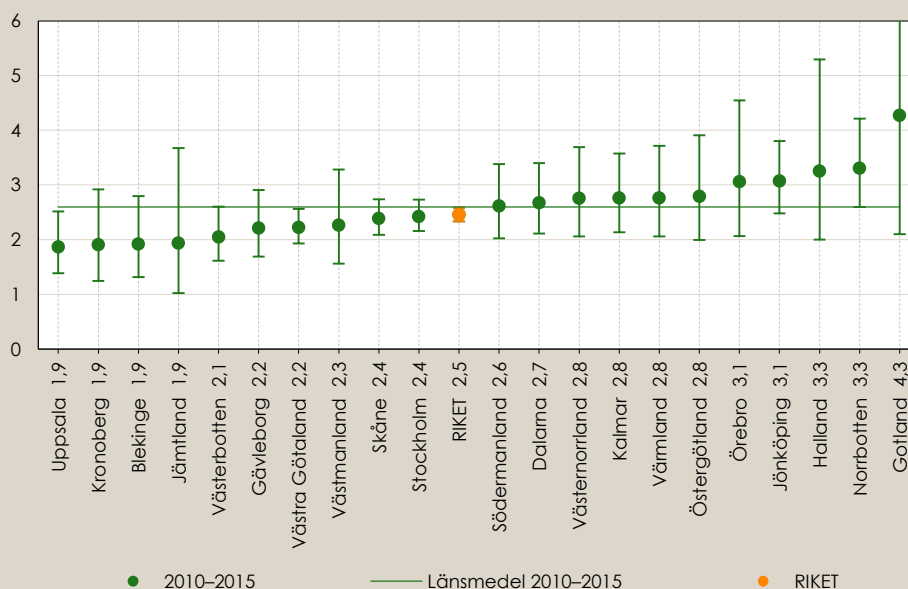


Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

47.3. LÄN. MÄN. Överdödlighet för vuxna patienter med schizofreni

Dödlighet bland personer med schizofreni jämfört med dödligheten i befolkningen. Värdet 1,0 motsvarar befolkningens nivå och innebär att ingen överdödlighet finns. Avser personer 20 år eller äldre. Åldersstandardiserade värden.

Kvot



Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

48. Behandling med antipsykotiska läkemedel vid schizofreni

Behandling med antipsykotiska läkemedel minskar risken för dödlighet jämfört med ingen behandling alls. Antipsykotisk läkemedelsbehandling är därför en hörnsten i behandlingen av patienter med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Kontinuerlig behandling med antipsykotiska läkemedel förhindrar akuta skov av sjukdomen, minskar risken för självmord och underlättar rehabilitering och återintegrering i samhället. Behandling med antipsykotiska läkemedel har därför hög prioritet i Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för antipsykotisk läkemedelsbehandling vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd [50]. Antipsykotiska läkemedel ger mycket ofta biverkningar i form av extrapyramidala symtom, trötthet, viktuppgång och sexuell dysfunktion. Biverkningarna kommer oftast tidigare än effekten, vilket kan påverka följsamheten negativt. För att uppnå en god effekt och samtidigt minimera risken för biverkningar är det viktigt att hälso- och sjukvården varken över- eller underbehandlar samt att patienten är delaktig i valet av läkemedel och får information om olika läkemedels effekter och biverkningar.

Indikatorn visar andel personer, 18 år eller äldre, som hämtade ut antipsykotiskt läkemedel efter en episod av schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd. Det vill säga att patienter med relevant huvuddiagnos har hämtat ut antipsykotiska läkemedel 0–6 månader efter vårdkontakten.

Här redovisas hur många patienter med schizofreni som får antipsykotiska läkemedel vilket minskar risken för självmord och självmordsförsök hos de personer som har en sådan risk.

I riket var det under 2013–2014 totalt cirka 36 788 personer som vårdades i slutenvården eller den specialiserade öppenvården för schizofreni- eller schizofreniliknande tillstånd. Av dessa hämtade 84 procent ut recept på något antipsykotiskt läkemedel det första halvåret efter sjukdomsepisoden, med en spridning mellan landstingen från 72,6 till 90,7 procent för kvinnor och från 71 till 90,2 procent för män.

Kontinuerlig behandling med antipsykotiska läkemedel är en förutsättning för att undvika akuta skov och för att återintegreras i samhället. Patienter som har avlidit under mätperioden räknas inte med.

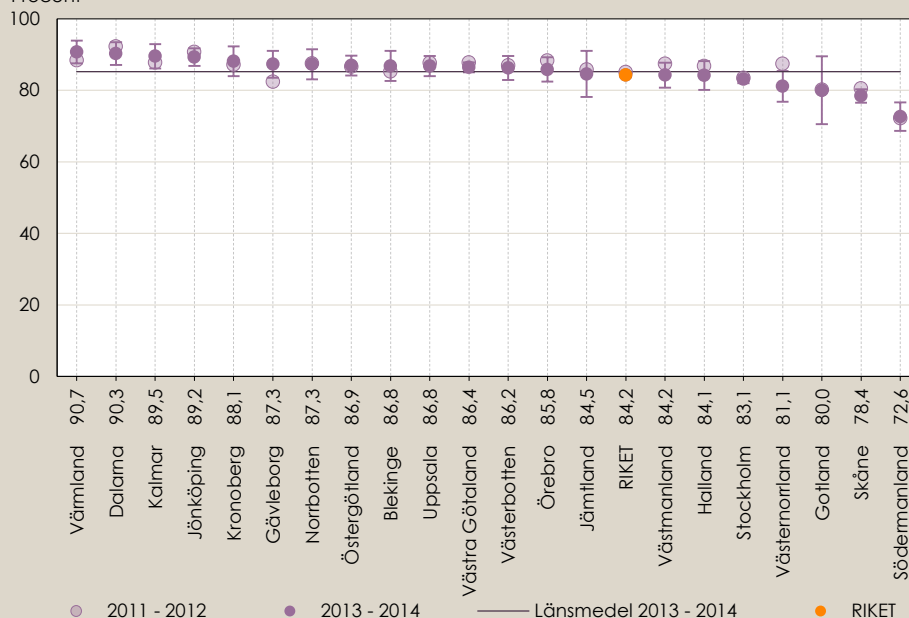
Viktigt att notera är att vissa landsting delvis har organiserat vården så att dessa läkemedel inte administreras via apoteket utan via egna läkemedelsförråd. Data om dessa så kallade rekvisitionsläkemedel finns inte lagrade i läkemedelsregistret, och indikatorn underskattar därför förskrivningen i landstingen, vilket är särskilt märkbart i vissa landsting, exempelvis i Södermanland.

Patientsäkerhetsperspektiv	Säker vård
Minskad risk för självmord och psykiskt lidande	Antipsykotisk läkemedelsbehandling

48.1. LÄN. KVINNOR. Antipsykotiska läkemedel vid schizofreni

Andel patienter med schizofreni som behandlas med antipsykotiska läkemedel 0–6 månader efter utskrivning från sjukhus. Åldersstandardiserade värden.

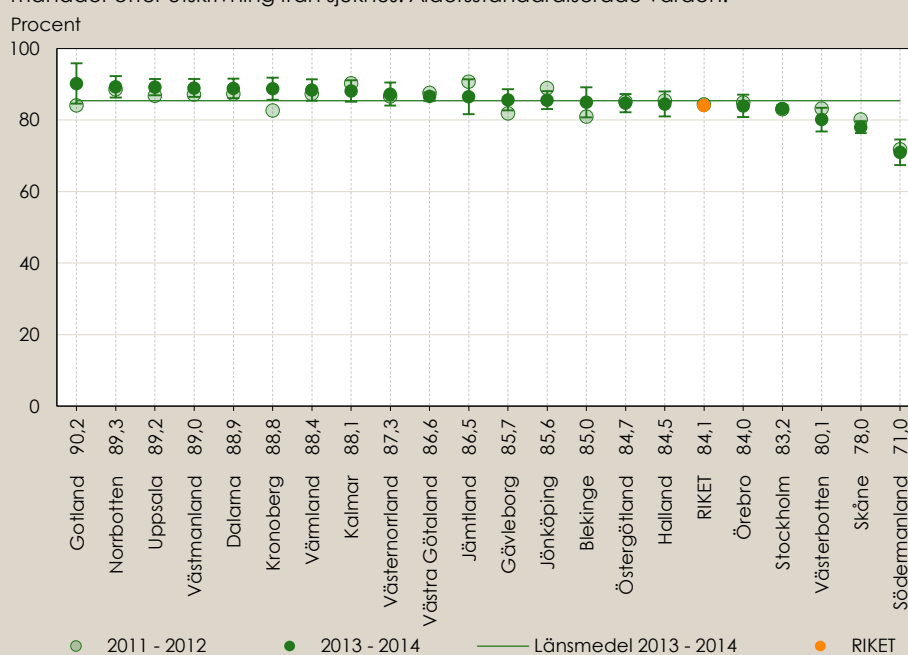
Procent



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

48.2. LÄN. MÄN. Antipsykotiska läkemedel vid schizofreni

Andel patienter med schizofreni som behandlas med antipsykotiska läkemedel 0–6 månader efter utskrivning från sjukhus. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

49. ECT vid slutenvårdad svår depression

Depression och ångestsyndrom är mycket vanliga tillstånd. Man beräknar att upp till 25 procent av alla kvinnor och upp till 15 procent av alla män någon gång under livet får en depression, enligt de nationella riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom [51]. Diagnoser inom depressions- och ångestområdet ligger bakom cirka 90 procent av alla sjukskrivningar på grund av psykisk ohälsa i Sverige [52].

Elektrokonvulsiv terapi (ECT) är den mest effektiva behandlingen vid svår eller psykotisk depression för att motverka symtom såsom självmordsförsök och ångest. De nationella riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom ger ECT vid slutenvårdad svår till mycket svår depression en hög prioritet. Syftet med behandlingen att snabbt minska symtomen samt häva eller vända ett allvarligt tillstånd. De vanligaste biverkningar vid ECT är huvudvärk och illamående. Kognitiva biverkningar i form av minnesstörningar är också vanliga och i regel övergående efter en behandlingsserie. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden har en stor effekt på depressionssymtom [51].

Indikatorn visar hur stor andel av patienterna som slutenvårdats för svår till mycket svår depression som behandlats med ECT. Uppgifter om patienter som slutenvårdats med de aktuella diagnoserna för depression har hämtats från patientregistret och uppgifter om åtgärden ECT har hämtats från Kvalitetsregister ECT. Här redovisas vårdens användning av ECT i slutenvården för att uppnå minskad risk för självmord och psykiskt lidande hos personer med svår depression vilket speglar säker vård.

Under 2015 behandlades 4 259 patienter i riket som helhet i slutenvård för svår till mycket svår depression.

Svenska psykiatriska föreningen har tagit fram kliniska riktlinjer för ECT med aktuell kunskap inom hela ECT-området. En av kvalitetsindikatorerna är andel patienter som vårdats inneliggande för svår till mycket svår depression och som behandlats med ECT. Den främsta indikationen för ECT är svår depression, där ECT i fler studier visat sig överlägsen annan behandling [53].

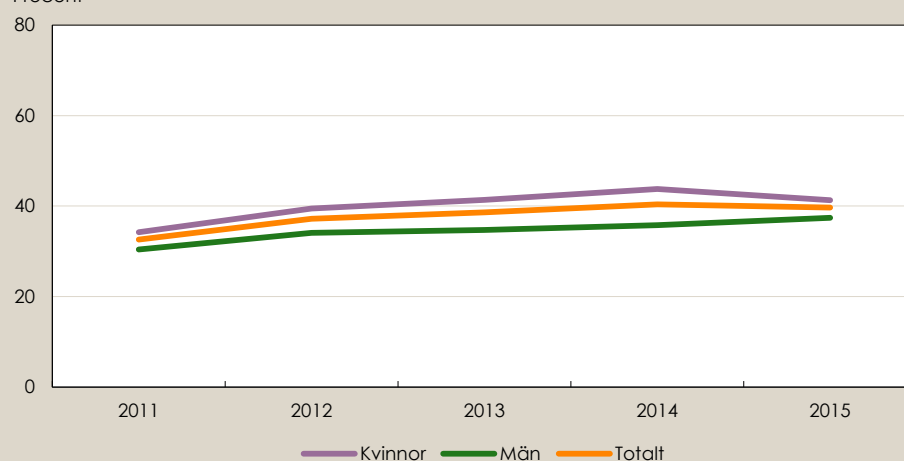
Cirka 40 procent av patienterna som vårdas i slutenvård för svår depression fick ECT 2015 i riket som helhet; kvinnor fick ECT i något högre utsträckning än män. Skillnaderna mellan landstingen är stora och varierar mellan 23 och 62 procent för kvinnor samt mellan 8 och 60 procent för män.

Patientsäkerhetsperspektiv	Säker vård
Minskad risk för symtom vid svår depression såsom självmordsförsök och psykiskt lidande.	ECT behandling vid svår depression.

49.1. RIKET. ECT vid slutenvårdad svår depression

Andel patienter med svår slutenvårdad depression som givits ECT.

Procent



Källa: Kvalitetsregister ECT och Patientregistret, Socialstyrelsen

49.2. LÄN. KVINNOR. ECT vid slutenvårdad svår depression

Andel patienter med svår slutenvårdad depression som givits ECT.

Procent

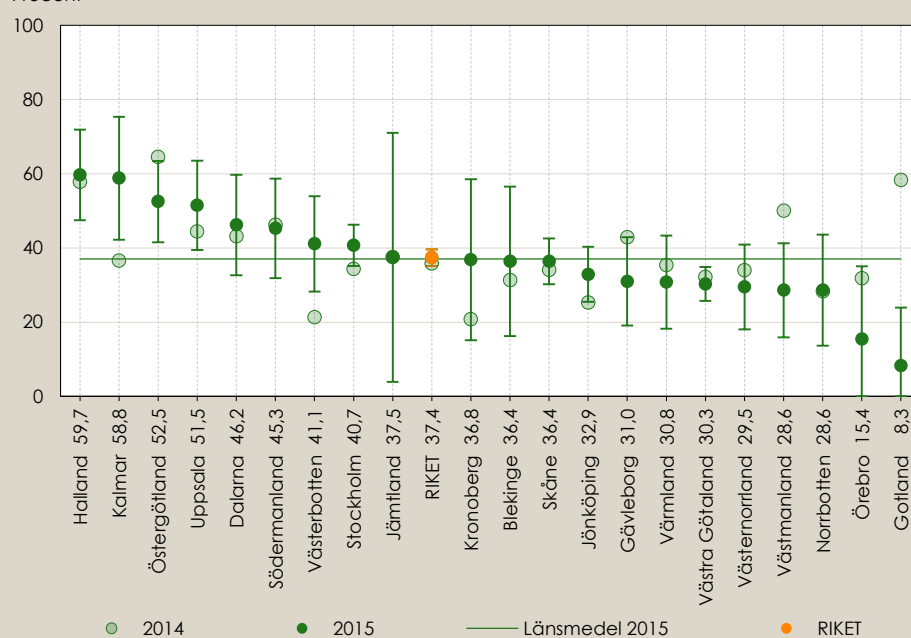


Källa: Kvalitetsregister ECT och Patientregistret, Socialstyrelsen.

49.3. LÄN. MÄN. ECT vid slutenvårdad svår depression

Andel patienter med svår slutenvårdad depression som givits ECT.

Procent



Källa: Kvalitetsregister ECT och Patientregistret, Socialstyrelsen.

50. Depressionsskattning efter ECT

Målet med depressionsbehandling är att patienten ska bli symtomfri och återvinna funktionsförmågan. Om patienten fortfarande har symtom riskerar hon eller han att snabbt bli sjuk igen. Det är därför viktigt att undersöka och dokumentera eventuella kvarvarande symtom. För detta ändamål finns flera symtomskattningsskalor. Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS) är den mest använda symtomsskattningsskalan för depression i Sverige. Skalan har tio frågor. Det finns även en variant för självskattning (MADRS-S) med nio frågor.

Indikatorn visar i hur stor andel av ECT-behandlingsserierna som patienternas symtom har utvärderats med MADRS eller MADRS-S inom en vecka. Uppgifterna är hämtade ifrån Kvalitetsregister ECT och omfattar initiala, täta ECT-serier men inte gles ECT (fortsättnings- eller underhålls-ECT). Skattningsskalorna kan göra det lättare att upptäcka och dokumentera kvarvarande symtom som underlag för en individuell anpassning av behandlingen. Vid en ökad användning skulle skattningsskalorna också kunna användas för att jämföra behandlingsresultaten mellan olika enheter. Täckningsgraden för kvalitetsregister ECT är god. Här redovisar Socialstyrelsen vårdens användning av depressionsskattning efter ECT för att tidigt upptäcka patienter som behöver fortsatt behandling och därmed undvika försämring, vilket speglar säker vård.

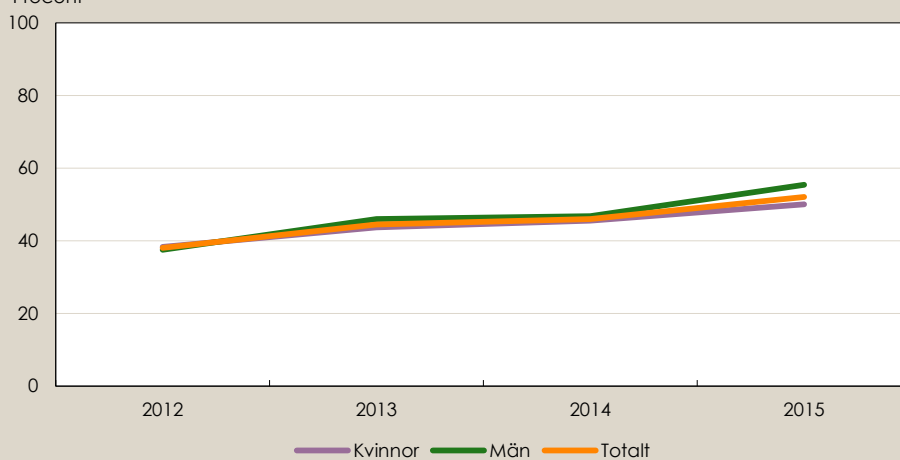
Andelen av ECT-serierna där patienternas symtom har utvärderats med MADRS eller MADRS-S var 2015 i riket 52 procent. Det är en ökning med 6 procentenheter sedan 2014. En något större andel män fick depressions-skattning efter ECT jämfört med kvinnorna, 55 procent respektive 50 procent. Variationen mellan landstingen var stora, och varierade mellan 83 och 11 procent för kvinnor samt mellan 85 och 13 procent för män.

Patientsäkerhetsperspektiv	Säker vård
Tidig upptäckt av kvarvarande depression gör det möjligt att sätta in behandling som hindrar försämring.	Depressionsskattning efter ECT och fortsatt behandling av kvarvarande symtom.

50.1. RIKET. Depressionsskattning efter ECT-behandling

Andel patienter som utvärderats med MADRS/MADRS-S efter ECT vid depression.

Procent



Källa: Kvalitetsregister ECT.

50.2. LÄN. KVINNOR. Depressionsskattning efter ECT-behandling

Andel patienter som utvärderats med MADRS/MADRS-S efter ECT vid depression.

Procent

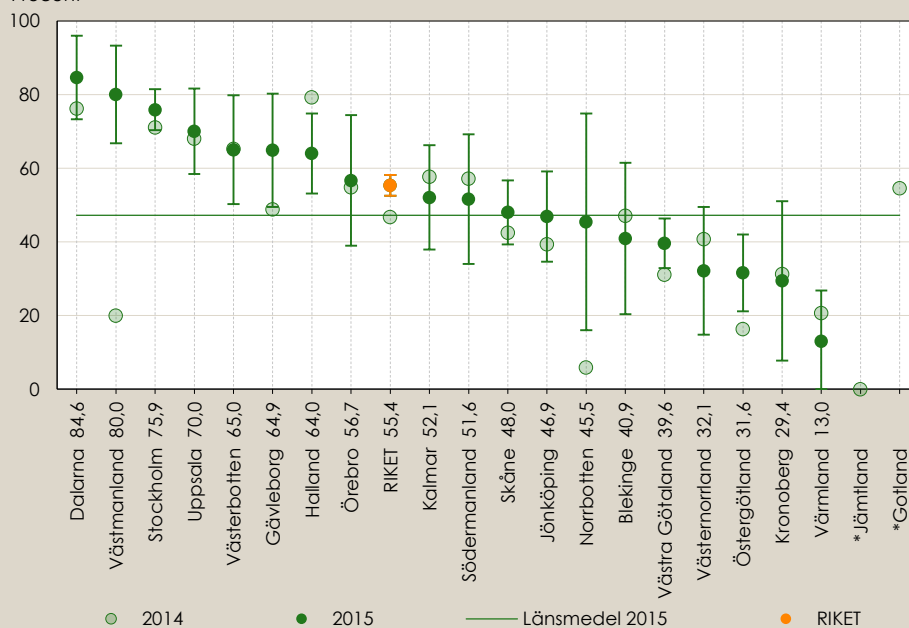


Källa: Kvalitetsregister ECT.

50.3. LÄN. MÄN. Depressionsskattning efter ECT-behandling

Andel patienter som utvärderats med MADRS/MADRS-S efter ECT vid depression.

Procent



*Data saknas

Källa: Kvalitetsregister ECT.

Övrig kirurgi – kärlkirurgi vid benartärsjukdom

Benartärsjukdom (BAS) orsakas av åderförkalkning i benens pulsådor och är den tredje vanligaste orsaken till hjärt-kärlkomplikationer i världen. I någon grad är nästan 20 procent av alla svenskar över 60 års ålder drabbade, vilket innebär att uppskattningsvis 450 000 personer över 60 år har sjukdomen i Sverige [54].

Åderförkalkning i benens pulsådor kan hindra ett normalt blodflöde och kan leda till symtom i form av gångrelaterade smärtor i benet/benen, så kallad ”fönstertittarsjuka”. I sin allvarligaste form har patienterna med benartärsjukdom smärtor även i vila, sår på fötterna och det finns risk för kallbrand som kan göra det nödvändigt att amputera det drabbade benet. Sjukdomen leder till en mer eller mindre påtaglig försämring av den hälsorelaterade livskvaliteten[55].

BAS kan enkelt diagnostiseras genom att mäta blodtrycket i benen och jämföra med högsta blodtrycket i armen, vilket alla vårdcentraler kan göra. Ett sänkt tryck i ett eller båda benen kan vara det första tecknet på BAS. Det går alltså att identifiera och diagnostisera sjukdomen i tidigt skede samt att erbjuda sekundärpreventiv läkemedelsbehandling för att minska risk för allvarlig hjärt-kärlhändelse (hjärtinfarkt, stroke eller död till följd av hjärt-kärlsjukdom). En mindre andel av patienterna utvecklar så pass allvarliga symtom i sina ben att de kan behöva operation. Vid operationerna använder man oftast minimal-invasiv teknik. Enligt ny forskning drabbas en av tre patienter med den allvarligaste typen av BAS (som kallas kritisk ischemi) av en allvarlig hjärt-kärlhändelse inom tre år efter ett kärlkirurgiskt ingrepp. Studien analyserade totalt cirka 18 000 patienter med BAS för allvarlig hjärt-kärlhändelse och dödlighet. Man undersökte också hur många av dessa patienter som fått sekundärpreventiv läkemedelsterapi efter kärlkirurgiskt ingrepp, vilket minskar risken att drabbas av en allvarlig hjärt-kärlhändelse [56].

Här redovisas för första gången två indikatorer för behandling av BAS som är viktiga inom området säker vård. Den ena indikatorn speglar förekomst av negativa händelser som till viss del går att undvika och som medfört ett oönskat resultat för patienten (hjärtinfarkt, stroke eller död till följd av hjärt-kärlsjukdom). Den andra indikatorn speglar vårdens förmåga att identifiera och ordinera riskreducerande läkemedelsterapi till patienter med benartärsjukdom. Indikatorerna är följande:

- sekundärpreventiv läkemedelsterapi efter kärlkirurgiskt ingrepp för benartärsjukdom
- allvarlig hjärt-kärlhändelse eller död till följd av hjärt-kärlsjukdom efter kärlkirurgiskt ingrepp för benartärsjukdom.

51. Sekundärpreventiv läkemedelsterapi efter kärlkirurgiskt ingrepp

Indikatorn mäter andel patienter med symtomgivande benartärsjukdom behandlad med kärlkirurgiska metoder som får rekommenderad sekundärpreventiv läkemedelsbehandling för att minska risken för allvarlig hjärt-kärlhändelse. Läkemedelsbehandlingen som förordas kan minska patienternas lidande, återinsjuknande i hjärt-kärlkomplikationer och kan förlänga deras liv. Indikatorn speglar vårdens arbete med riskreducerande läkemedel efter ett kärlkirurgiskt ingrepp, dvs. vårdprocessen där patienter som förskrivs korrekt läkemedelsterapi löper mindre risk att drabbas av någon allvarlig hjärt-kärlhändelse, vilket speglar säker vård. Den rekommenderade läkemedelsterapin baseras på internationella riktlinjer [57, 58]. För optimal behandling ska patienten ha tagit ut minst två av läkemedlen, dvs. alla patienter måste ha tagit ut statiner och minst antingen trombocythämmande eller antikoagulerande läkemedel. Läkemedelsbehandlingen följs under det första året efter det kärlkirurgiska ingreppet. I urvalet ingår ej patienter som avlidit under uppföljningstiden, dvs. urvalet innehåller endast antalet patienter som får läkemedelsbehandling samt de som inte får läkemedelsbehandlingen men som borde erbjudas läkemedelsbehandling.

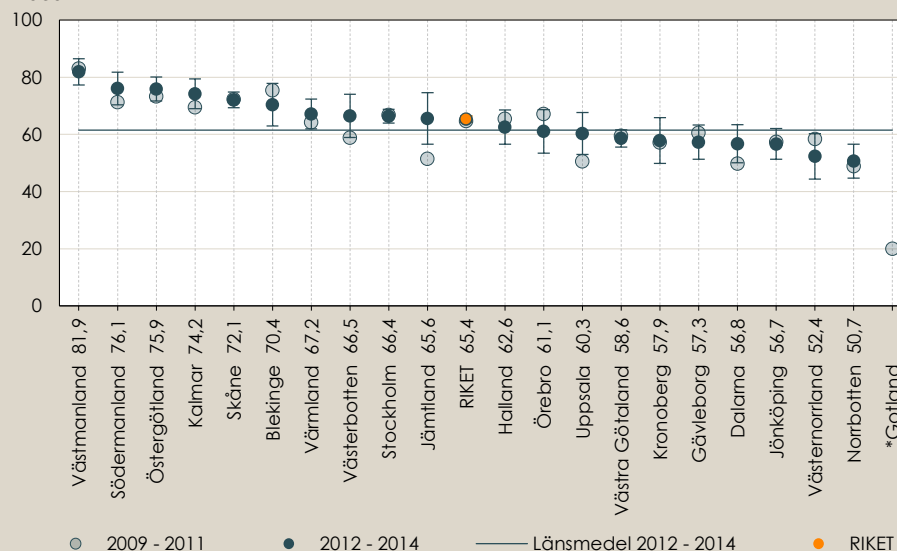
Patientsäkerhetsperspektiv	Säker vård
Minskad risk för hjärtinfarkt, stroke eller död till följd av hjärt-kärlsjukdom.	Sekundärpreventiv läkemedelsbehandling efter ett kärlkirurgiskt ingrepp.

På landstingnivå ser vi stora variationer i deras utfall, från 81 till 51 procent. Landstingsredovisningen baseras produktionsdata, dvs. på den klinik och det landsting som patienten opererats på. Variationen mellan landstingen tyder på att resultatet kan bli bättre på många håll i landet. Om vi antar att 90 procent av patienterna tolererar statiner, samt att 90 procent tolererar någon form av koagulationshämmande terapi är det rimligt att cirka 80 procent av patienterna bör erbjudas kombinationsterapi. Indikatorn kan med fördel analyseras i kombination med indikatorn ”Allvarlig hjärt-kärlhändelse eller död till följd av hjärt-kärlsjukdom efter kärlkirurgiskt ingrepp.”

51. LÄN. TOTALT. Sekundärpreventiv läkemedelsterapi efter kärlkirurgiskt ingrepp för benartärsjukdom

Andel patienter med sekundärpreventiv läkemedelsterapi inom ett år efter kärlkirurgiskt ingrepp för benartärsjukdom. Ålderstandardiserade värden.

Procent



*För litet utfall

Källa: Swedvasc - svenska kärlregistret. Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

52. Allvarlig hjärt-kärlhändelse eller död till följd av hjärt-kärlsjukdom efter kärlkirurgiskt ingrepp

Enligt ny forskning drabbas en av tre patienter med den allvarligaste formen av benartärsjukdom även av en allvarlig hjärt-kärlhändelse (hjärtinfarkt, stroke eller död till följd av hjärt-kärlsjukdom) inom tre år efter det kärlkirurgiska ingreppet genomförts [56]. Risken är mycket hög och någon avsevärd förbättring har inte kunnat observeras över tid. Hälso- och sjukvården behöver förbättra diagnostik och omhändertagande av patienter med BAS samt öka medvetenheten om sjukdomen och dess risker hos både patienter, anhöriga och inom vårdprofessionen.

Indikatorn mäter procentuell risk för allvarlig hjärt-kärlhändelse upp till ett år efter första operationstillfället för BAS. I patienturvalet ingår både patienter som sjukhusvårdats för allvarlig hjärt-kärlkomplikation samt patienter som avlidit i dödsorsak för cirkulationsorganens sjukdomar. Annan dödlighet är exkluderad.

Förekomsten av allvarlig hjärt-kärlhändelse kan påverkas av vården genom en förbättrad diagnostik samt en mer noggrann uppföljning och läkemedelsbehandling.

Den underbehandling som förekommer bedöms till viss del vara undvikbar om vården förbättrar omhändertagandet för denna patientgrupp.

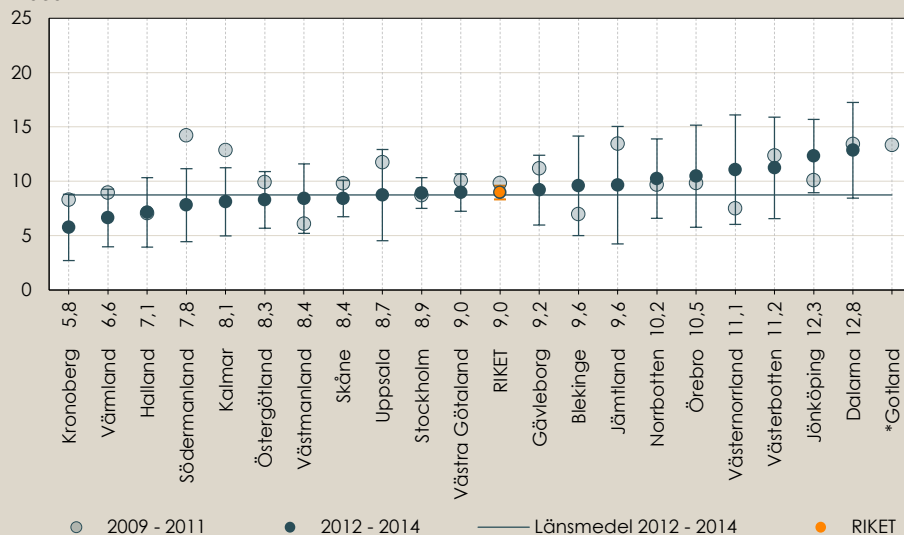
På landstingnivå ser vi en variation i landstingens utfall, från 5,8 till 12,8 procent. Landstingsredovisningen baseras produktionsdata, dvs. på den

klirik och det landsting som patienten opererats på. Även om utfallet förbättrats något mellan jämförelseperioderna på riksnivå pekar variationen mellan landstingen på att resultatet kan förbättras.

52. LÄN. TOTALT. Allvarlig hjärt-kärlhändelse eller död till följd av hjärt-kärlsjukdom efter kärlkirurgiskt ingrepp

Andel patienter med allvarlig hjärt-kärlhändelse eller död till följd av hjärt-kärlsjukdom inom ett år efter kärlkirurgiskt ingrepp för benartärsjukdom. Åldersstandardiserade värden.

Procent



*För litet utfall

Källa: Swedvasc och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Referenser

1. Modell för Socialstyrelsens kunskapsstyrning. Rapport från ett utvecklingsprojekt. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
2. Patientsäkerhet – har staten gett tillräckliga förutsättningar för en hög patientsäkerhet? RiR 2015:12. Riksrevisionen; 2015.
3. Health Care Quality Indicators Project - Conceptual Framework Paper. OECD; 2006.
4. Annica Öhrn, JS, Bengt Horn, Hans Rutberg och Johan Elfström. Flest vårdskador inom ortopedi, visar Patientförsäkringen Läkartidningen, nummer 8. 2006.
5. Patientsäkerhet lönar sig - kostnader för skador i slutenvården. Sveriges kommuner och landsting; 2013.
6. Skador i vården – skadeöversikt och kostnad. Markörbaserad journalgranskning januari-juni 2013. Sveriges kommuner och landsting.; 2013.
7. Skador i vården – utveckling 2013-2015. Sveriges kommuner och landsting; 2015.
8. Ulf Persson, MS. Patientskador i svensk sjukvård får långvariga samhällsekonomiska effekter. Läkartidningen nr 42. 2005.
9. Handbok för utveckling av effektivitetsindikatorer. För god vård och omsorg. Socialstyrelsen; 2016.
10. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
11. Modell för kunskapsstyrning av överbeläggningar och utlokalisering av patienter. Socialstyrelsen; 2012.
12. Markörbaserad journalgranskning. Januari 2013-Juni 2016. Skador i vården. På nationell- samt region- och landstingsnivå. Sveriges Kommuner och Landsting; 2016.
13. Ingen på sjukhus i onödan. Hur kan vi tillsammans minimera överbeläggningar och utlokaliseringar för patientens bästa? . Sveriges Kommuner och Landsting; 2016.
14. Markörbaserad journalgranskning för att identifiera och mäta skador i vården. Sveriges Kommuner och Landsting; 2012.
15. Griffin FA, RR. IHI Global Trigger Tool for Measuring Adverse Events (Second Edition). Institute for Healthcare Improvement; 2009.
16. Soop M, FU, Köster M, Haglund B. . Vårdskador på sjukhus är vanliga. Läkartidningen. 2008; volym 105(23).
17. Att förebygga vårdrelaterade infektioner. Ett kunskapsunderlag. Socialstyrelsen; 2006.
18. Morgan, W.M. et al. The efficacy of infection surveillance and control programs in preventing nosocomial infections in us hospitals in the acute care hospitals in the United States complicated the 37,7 million admissions, for a nationwide infection rate of 5,7 nosocomial inf. 1985; 121(2).
19. Harbarth, S., Sax, H. & Gastmeier, P. The preventable proportion of nosocomial infections: an overview of published reports. Journal of Hospital Infection, 2003; 54(4), pp.258-266

20. Gastmeier, P. Nosocomial Infection surveillance and control policies. *Current Opinion in Infectious Diseases*, 2004; 17 (4), pp.295-301.
21. Skador i vården – utvecklingen 2013 – 2015. Sveriges Kommuner och Landsting; 2016.
22. Vårdrelaterade urinvägsinfektioner - åtgärder för att förebygga. Nationell satsning för patientsäkerhet. Sveriges Kommuner och Landsting; 2011.
23. Postoperativa sårinfektioner - åtgärder för att förebygga. Nationell satsning för patientsäkerhet. Sveriges Kommuner och Landsting; 2011.
24. Infektioner vid centrala venösa infarter - åtgärder för att förebygga. Nationell satsning för patientsäkerhet. Sveriges Kommuner och Landsting; 2011.
25. Vårdrelaterade infektioner-framgångsfaktorer som förebygger. Sveriges Kommuner och Landsting; 2014.
26. SCALE (Skin Changes at Life's End). Hämtad från: Hämtad 2016-11-28 från <http://qsource.org/toolkits/pressureUlcer/docs/articles/supportingArticles/scaleConcensusStatement.pdf>
27. Trycksår: åtgärder för att förebygga. Nationell satsning för ökad patientsäkerhet. Sveriges Kommuner och Landsting; 2011.
28. Trycksår- framgångsfaktorer för att förebygga Sveriges Kommuner och Landsting; 2015.
29. Indikationer för god läkemedelsterapi hos äldre. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
30. Vård och omsorg om äldre. Jämförelser mellan kommuner och län. 2015. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.
31. Läkemedelsorsakad sjuklighet hos äldre. Kartläggning och förslag till åtgärder. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.
32. Neonatalvårdens omfattning och resultat år 2014. SNQ - Svenskt Neonatalt Kvalitetsregister.
33. En rapport om patientsikkerhet – tre bidrag till styrkelsen av patientsikkerhet. Köpenhamn. Styrelsen för patientsikkerhet 2016.
34. PSI 17 Birth Trauma Rate – Injury to Neonate, AHRQ Quality Indicators™ (AHRQ QI™) ICD-10-CM/PCS Specification Version 6.0. Agency for Healthcare Research and Quality, U.S. Department of Health and Human Services; 2016.
35. Hjärtsjukvård. Nationella riktlinjer – Utvärdering. Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning. Socialstyrelsen; 2015.
36. Diabetesvård. Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning. Nationella riktlinjer – Utvärdering. HUVUDRAPPORT.: Socialstyrelsen; 2015.
37. Målnivåer diabetesvård 2015. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
38. Cederholm J, E-OK, Eliasson B, Zethelius B, Gudbjörnsdottir S A new model for 5-year risk of cardiovascular disease in Type 1 diabetes; from the Swedish National Diabetes Register (NDR). *Diabetic Medicine* 2011; 28:1213-20.
39. Zethelius B, EB, Eeg-Olofsson K, Svensson A-S, Gudbjörnsdottir S, Cederholm J A new model for 5-year risk of cardiovascular disease in type 2 diabetes, from the Swedish National Diabetes Register (NDR). *Diabetes Research and Clinical Practice* 2011; 93:276-84.
40. Stroke och TIA. Riksstroke årsrapport. RIKSSTROKE; 2015.

41. Målnivåer för hjärtsjukvård och strokevård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.
42. Öppna jämförelser 2014 hälso- och sjukvård, indikatorer om sjukdomar och behandlingar. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.
43. Nationella riktlinjer hjärtsjukvård, stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen; 2015.
44. Hjärtsjukvård. Målnivåer för indikatorer. Socialstyrelsen; 2015.
45. Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar, uppdatering december. Socialstyrelsen; 2014.
46. Målnivåer för rörelseorganens sjukdomar. Socialstyrelsen; 2015.
47. Astrand J, NJ, Thorngren KG. Screening for osteoporosis reduced new fracture incidence by almost half: a 6-year follow-up of 592 fracture patients from an osteoporosis screening program. *Acta orthopaedica*. 2012; 83(6):661-5.
48. Nationell utvärdering 2013 – vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni, indikatorer och underlag för bedömningar. Socialstyrelsen; 2013.
49. Health at a glance 2015. OECD Indicators. OECD Publishing, Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/health>: OECD; 2015.
50. Nationella riktlinjer för antipsykotisk läkemedelsbehandling vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Socialstyrelsen; 2014.
51. Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. Stöd för styrning och ledning. Remissversion. Socialstyrelsen; 2016.
52. Vingård E. Psykisk ohälsa, arbetsliv och sjukfrånvaro. En kunskapsöversikt. Forte. Hämtad 2016-11-08 från <http://forte.se/wp-content/uploads/2015/04/psykisk-ohalsa-arbetsliv.pdf>. Hämtad från:
53. ECT kliniska riktlinjer. Svenska Psykiatriska Föreningen 2014.
54. Sigvant B, Wiberg-Hedman K, Bergqvist D, Rolandsson O, Andersson B, Persson E, Wahlberg E. J. A population-based study of peripheral arterial disease prevalence with special focus on critical limb ischemia and sex differences. *Vasc Surg*. 2007 Jun;45(6):1185-91.). 2007.
55. Swedvasc's årsrapport 2016 för 2015 års verksamhet. Nationella kvalitetsregistret för kärlkirurgi; 2016.
56. Sigvant, B, Kragsterman, B, Falkenberg, M, Hasvold, P, Johansson, S, Thuresson, M, et al. . Contemporary cardiovascular risk and secondary preventive drug treatment patterns in peripheral artery disease patients undergoing revascularization. *J Vasc Surg*. 2016.
57. European Stroke, O, Tenders, M, Aboyans, V, Bartelink, ML, Baumgartner, I, Clement, D, et al. ESC Guidelines on the diagnosis and treatment of peripheral artery diseases: Document covering atherosclerotic disease of extracranial carotid and vertebral, mesenteric, renal, upper and lower extremity arteries: the Task Force on the Diagnosis and Treatment of Peripheral Artery Diseases of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J*. 2011; 32(22):2851-906.
58. Gerhard-Herman MD, GH, Barrett C1, et al. Guideline on the Management of Patients With Lower Extremity Peripheral Artery Disease: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*. 2016 Nov 13. pii: CIR.0000000000000471. [Epub ahead of print]. AHA/ACC 2016.

Bilaga 1 – extern samverkan och samråd

Svenska Läkaresällskapetets kommitté för säker vård

Hans Rutberg, Tidigare adj. professor, Medicinska fakulteten, Linköpings universitet(ordförande)

Rita Fernholm, Legitimerad läkare, Boo Vårdcentral

Charlotta Grunewald, Docent, Karolinska universitetssjukhuset

Pelle Gustafson, Docent, LÖF - Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag

Karin Pukk Härenstam, Medicine doktor, Karolinska universitetssjukhuset

Ullakarin Nyberg, Medicine doktor, Norra Stockholms psykiatri

Urban Nylén, Medicine doktor, Socialstyrelsen

Markörbaserad journalgranskning, SKL

Madeleine Borgstedt-Risberg statistiker Centrum för verksamhetsstöd och utveckling, Region Östergötland

Carina Ålenius, Kvalitetssamordnare/specialistsjuksköterska inom intensivvård, Sveriges Kommuner och Landsting

Hans Rutberg, Tidigare adj. Professor, Medicinska fakulteten, Linköpings universitet

Nätverket för patientsäkerhet som samordnas av SKL

Eva Estling, samordnare för SKLs patientsäkerhetsarbete.

SKLs kontaktpersoner i patientsäkerhet är en strategisk grupp som för dialog i syfte att öka patientsäkerheten och minska vårdskadorna.

Ett särskilt tack riktas till följande kvalitetsregister och företrädare vid utformningen av indikatorer till rapporten

SwedeHeart

Camilla Hartmann, UCR-Uppsala Clinical Research center

Tomas Jernberg, docent, överläkare, Karolinska institutet

Christina Bellman, Uppsala kliniska forskningscentrum (UCR)

Riksstroke – Nationella kvalitetsregistret för stroke

Birgitta Stegmayr, Professor, Bitr. Kanslichef, Medicincentrum Norrlands Universitetssjukhus

Bo Norrving, Registerhållare, Professor, Neurologiska kliniken Skånes Universitetssjukhus

Marie Eriksson, Docent, Bitr. Föreståndare, Medicincentrum Norrlands Universitetssjukhus

Sari Wallin, Riks-Strokekoordinator, Sjuksköterska, Medicincentrum Norrlands Universitetssjukhus

Hannele Hjelm Bitr. Riksstrokekoordinator, Medicincentrum Norrlands Universitetssjukhus

NDR – Nationella Diabetesregistret

Soffia Guðbjörnsdóttir, Överläkare, Registerhållare, adjungerad professor,
Registercentrum Västra Götaland, Göteborg

Mervete Miftaraj, Biostatistiker, Registercentrum

Ann-Marie Svensson, PhD, Biträdande registerhållare, Drift- och utvecklingsgrupp Registercentrum

Swedvasc, Nationella kvalitetsregistret för kärlkirurgi

Joakim Nordanstig, Medicine doktor, överläkare, VO Hybrid och Intervention, sektionen för kärlkirurgi, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg

Björn Kragsterman, Medicine doktor, överläkare, PhD, Registerhållare

Swedvasc, kärlkirurg Västmanlands sjukhus Västerås

ICD- och pacemakerregistret

Fredrik Gadler, Medicine doktor, PhD, Cardiologist,

SNQ- Svenskt Neonatalt Kvalitetsregister

Stellan Håkansson, Docent, Registerhållare

Senior alert

Nationella kvalitetsregistret inom gynekologisk kirurgi samt Gynkvalitetstegistret

Nationellt kvalitetsregister för cervixcancerprevention

Kvalitetsregister ECT

Svensk Reumatologis Kvalitetsregister

Svenska Höftprotesregistret

Svenska Knäprotesregistret

Punktprevalensmätning (PPM), SKL

Överbeläggningar och utlokaliseringar, SKL

SOS Alarm