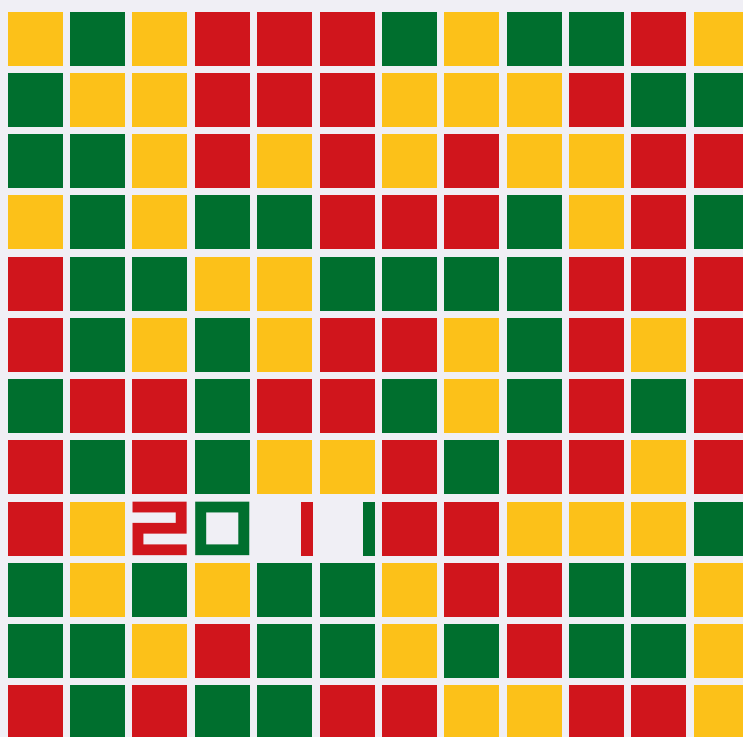


Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet

Jämförelser mellan landsting
2011



Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet

Jämförelser mellan landsting 2011

**Öppna jämförelser av hälso- och
sjukvårdens kvalitet och effektivitet**

kan beställas eller laddas ner från

Socialstyrelsens beställningsservice, 120 88 Stockholm

Fax: 08-779 96 67

e-post: socialstyrelsen@strd.se

www.socialstyrelsen.se/publikationer

Artikelnr: 2011-11-1

eller

Sveriges Kommuner och Landsting

www.skl.se/publikationer

tel: 020-31 32 30, fax: 020-31 32 40

e-post: order@kommentus.se

ISBN 978-91-7164-742-9

Sveriges Kommuner och Landsting och Socialstyrelsen 2011

Upplaga: 4 400 ex

Produktion: Ordförandet AB

Tryck: åtta.45, Solna

Förord

Detta är den sjätte rapporten med öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet som Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting gemensamt publicerar. Liksom tidigare är rapportens huvudsyfte jämförelser mellan landsting, även om också data för sjukhus i många fall redovisas.

Styrgrupp för arbetet med *Öppna jämförelser 2011* har utgjorts av Roger Molin och Stefan Ackerby från Sveriges Kommuner och Landsting samt Mona Heurgren och Marie Lawrence från Socialstyrelsen.

I den gemensamma arbetsgruppen har Max Köster, Behzad Kouchehi och Birgitta Lindelius från Socialstyrelsen ingått. Från Sveriges Kommuner och Landsting har Staffan Björck, Thomas Fröjd, Göran Garellick, Soffia Gudbjörnsdottir, Bodil Klintberg, Martin Lindblom, Anna Sandelin och Katarina Wiberg Hedman ingått. Slutligen har Fredrik Westander, konsult, ingått i arbetsgruppen.

Flera medarbetare från de båda organisationerna har medverkat med underlag till rapporten och dess bilagor. För flera indikatorer har externa datakällor och underlag använts, framförallt från Nationella Kvalitetsregister. Ett särskilt tack riktas till företrädare för kvalitetsregister och övriga externa uppgiftslämnare som bidragit till rapporten.

Personer som lämnat underlag till rapporten förtecknas i slutet av rapporten.

Arbetet har bedrivits i dialog med kontaktpersoner från samtliga landsting.

Lars-Erik Holm
Generaldirektör, Socialstyrelsen

Håkan Sörman
VD, Sveriges Kommuner och Landsting

Sammanfattning

Denna rapport är den sjätte i serien *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet*. Den har en beskrivande karaktär och spänner över många delar av hälso- och sjukvården. I rapporten redovisas landstingens resultat för var och en av indikatorerna i rangordnade diagram. Någon sammanvägd rangordning av landsting, genom ett samlat mått på kvalitet och effektivitet, görs inte. Resultaten skall tolkas med hänsyn till datakvalitet och andra aspekter som förs fram i den förklarande texten.

I årets rapport har antalet indikatorer ökat till 173, att jämföra med förra årets 134. Ökningen har framförallt skett vad gäller medicinska resultat och processer, men liksom tidigare år redovisas även indikatorer för patienterfarenheter, tillgänglighet och kostnader. För ett antal av indikatorerna beskrivs utvecklingen över tid, eller med en jämförelseperiod, vilket gör det möjligt att peka på förbättringar eller försämringar.

Inom cancer- och strokeområdet har det tillkommit flera nya indikatorer som tidigare har presenterats i rapporter som publicerats under året.

I denna inledande sammanfattning lyfts några olika resultat och trender fram, mera som illustration och exempel än som egentlig sammanfattning av utvecklingen av svensk hälso- och sjukvård. Inom parentes anges indikatornumret.

Har kvaliteten i hälso- och sjukvården förbättrats?

Antalet indikatorer i *Öppna jämförelser* har ökat från år till år och flertalet indikatorer från den första rapporten 2006 har antingen tagits bort eller modifierats för att bättre spegla kvaliteten i hälso- och sjukvården. Ambitionen har varit att försöka ge en så god bild av kvaliteten som är möjlig och täcka så stor del av hälso- och sjukvårdsområden som möjligt. Nackdelen är att det försvårar möjligheten att jämföra resultaten över tid. För de indikatorer som varit med från första året, 2006 och 2007, ser man en förbättring inom flera områden. Dödligheten i stroke och hjärtinfarkt (87 och 103) fortsätter att minska och andelen äldre patienter med risk för D-interaktioner av läkemedel minskar (32). För en rad olika processmått i hjärtinfarkt-vården (90, 92, 93) har stora förbättringar skett. Artroskopi i knäleden (71) pekar på förekomst av vård med osäker nytta och redovisades första gången i november 2009. I årets rapport kan ses att för 2010 har i riket en viss minskning skett.

Läkemedelsbehandling mot benskörhet (68) redovisades för första gången i november 2008. För 2009 och 2010 har enbart en marginell ökning skett och förbättrings-

potentialen är betydande. För indikatorn om kärlaccess vid bloddialys (117) har en negativ utveckling brutits, men förbättringen är måttlig.

Diabetesvård i ljuset av behandlingsmål i nationella riktlinjer

Redovisningen av resultat i diabetesvården pekar på viktiga frågeställningar. De flesta mått avser hur stor andel av patienterna som når behandlingsmålen i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för blodsocker, LDL-kolesterol och blodtryck. I inget av dessa fall når ens hälften av patienterna behandlingsmålen. Det gäller blodsocker för barn och unga med diabetes (83) och vuxna personer med typ 1-diabetes (79, 81), likaväl som den stora gruppen primärvårdspatienter med typ 2-diabetes. 45 procent av patienterna under 80 år i primärvården når mål för LDL-kolesterol (82) och 22 procent når målen för blodtryck (80). Betydande variationer mellan landstingen kan också ses.

Skillnader mellan landstingen minskar

– socioekonomiska skillnader består

För flera processmått ses en tydlig minskning av skillnaden mellan landstingen, jämfört med 2006 och 2007. Detta gäller främst inom hjärtsjukvården (90, 92, 93 och 94) och stroke (105), men även för andelen tidiga aborter (41) har skillnaderna minskat och de landsting som för några år sedan hade förhållandevis låg andel har ökat betydligt mer än de landsting som hela tiden legat i toppen.

Ett antal indikatorer, främst dödlighetsmått, har studerats också uppdelat på olika utbildningskategorier och visar att det finns skillnader mellan grupperna. Personer med låg utbildningsnivå har en högre dödlighet än personer med hög utbildningsnivå. Utvecklingen över tid för dödlighet relaterad till patienternas utbildningsnivå visas för flera indikatorer. För både hjärtinfarkt och stroke (87, 103) visas att andelen som avlider minskar för alla, men att skillnaderna mellan grupperna med olika utbildningsnivåer består. För överlevnad i lungcancer (129) är skillnaderna något mindre, men överlevnaden generellt sett låg.

Nya intressanta resultat

I år finns ett 50-tal nya indikatorer och flera intressanta resultat är värda att peka på. Andel patienter som dör inom ett år efter blödande magsår (148) är en ny indikator och visar att nästan var fjärde patient dör inom ett år efter att vårdats på sjukhus. Antalet operationer för svår fetma har ökat kraftigt under en 10 års period. I årets rapport redovisas resultaten av två indikatorer som beskriver vården av fetmapatienter. Cirka 80 procent av samtliga patienter som opereras för svår fetma följs upp inom ett år, men det är stor variation mellan landstingen (149). Tre av fyra patienter har minskat sin övervikt ett år efter operationen (150).

Inom läkemedelsområdet har två nya indikatorer tillkommit; olämpliga läkemedel för äldre (33) samt uttagsföljsamhet vid blodtryckssänkande behandling (38).

Ytterligare indikatorer har tillkommit inom området patienterfarenheter som visar patienternas upplevelse av bemötande, delaktighet och information inom den specialiserade somatiska vården (16–21) fördelat på öppen- och slutenvård. Det är framförallt bemötandet som en stor andel patienter är nöjda med.

Patientrapporterade resultat

Flera av de nya indikatorerna i årets rapport bygger på patienternas bedömning av resultatet av en operation eller en behandling. Dessa mått är ett viktigt komplement till de traditionella medicinska resultatmått. Bland de nya är patientskattad nytta av kataraktoperation (162), som visar att drygt 9 av 10 rapporterar en förbättring. Vidare uppger 8 av 10 av inkontinensopererade kvinnor att de var komplikationsfria och utan oväntade besvär efter operationen (54), samtidigt som en tredjedel anser att de fortfarande är inkontinenta, enligt en strikt definition (55). Nio av tio patienter anger att bensmärtn är försvunnen eller mycket bättre efter operation för diskbråck i ländryggen (70), medan 86 procent anger att de är nöjda ett år efter höftprotesoperation (63).

Hjärtsjukvård – inte bara vård vid akut hjärtinfarkt

Tidigare har redovisningen av kvalitetsmått i hjärtsjukvård, dominerats stort av hjärtinfarkt. Detta är fortsatt viktigt, men där även nya aspekter bör uppmärksammas, som tid till behandling (91) och måluppfyllelse för den sekundärpreventiva behandlingen efter hjärtinfarkt (95). I årets rapport redovisas flera nya mått, bland annat dödlighet respektive återförträngning vid PCI, ballongvidgning av hjärtats kärl (96, 97). PCI är en vanlig behandling, och görs på fler patienter än de med akut hjärtinfarkt. Hjärtsvikt är en kronisk sjukdom med hög dödlighet och stor påverkan på resursförbrukningen i slutenvård, för vilken tre mått redovisas. Det råder en viss underbehandling vad avser läkemedelsbehandling (100), och ytterligare patienter bör få sin diagnos med stöd av EKO-kardiografi (99). Slutligen visas komplikationsfrekvens vid insättning av pacemaker (101), som är ett förhållandevis vanligt ingrepp för patienter med hjärtarytmi.

Läkemedelsindikatorer med ett regionalt utvecklingsarbete

Tre indikatorer som speglar antibiotikaanvändning finns med i årets rapport. Dessa är förekomst av antibiotikabehandling (34), penicillin V vid behandling av barn med luftvägsantibiotika (35) och kinoloner vid behandling med urinvägsantibiotika (36). Alla tre indikatorer visar på förbättringar jämfört med 2007 men det finns fortfarande förbättringsmöjligheter. Äldreområdet har kompletterats med äldre med olämpliga läkemedel (33) som är ett försök att samla fyra för äldre olämpliga läkemedel och visa hur stor andel som får något av dessa. Tillsammans med tre ytterligare indikatorer (31, 136, 32) ger de en bild av läkemedelsanvändningen hos den äldre befolkningen.

I en illustration från Västra Götalandsregionen (sidan 102) visas variationen i användandet av lugnande medel/sömnmedel respektive luftvägsantibiotika mellan vårdcentraler i regionen. Vad gäller sömnmedel är det tydligt att variationen inom regionen är större än mellan landstingen i riket.

Patientsammansättningens påverkan på skillnader mellan sjukhus

För att kunna göra rättvisande jämförelser mellan sjukhus, måste hänsyn tas till det faktum att vården organiseras på olika sätt i olika landsting. Det gör att sjukhusen ibland har något olika uppdrag, vilket påverkar patientpopulationens struktur. Vissa sjukhus har en stor andel patienter som är svårt sjuka. Andra sjukhus har en mer utvecklad dagkirurgi och tar enbart patienter som både är yngre och inte har några övriga sjukdomar.

För flera indikatorer tas, i årets rapport, hänsyn till andra egenskaper hos patienterna utöver deras ålder, som i indikatorerna funktionsförmåga efter stroke (111), dödlighet för patienter i dialysbehandling (115) och dödlighet efter vård på intensivvårdsavdelning, IVA (163). Vidare visas i en fördjupning effekten av en justering för patientsammansättning (case-mix) på 1-årsdödlighet efter hjärtinfarkt (se sidan 208). Effekterna blir att skillnaderna minskar när fler hänsyn till patientens sjuklighet tas, jämfört med den uppmätta dödligheten utan justering. Även om skillnader mellan sjukhusen kvarstår och kan analyseras vidare, blir resultatet att bara ett sjukhus kan sägas ha ett statistiskt säkerställt bättre resultat än det förväntade. Detta är en illustration av svårigheterna med att klart ange vilka sjukhus som har bättre/sämre resultat än andra.

Innehåll

Inledning	13
Indikatorer och datakällor	17
Resultatredovisning och tolkning	26
Övergripande indikatorer	34
DÖDLIGHET, UNDVIKBAR SLUTENVÅRD MED MERA	
1	Återstående medellivslängd..... 35
2	Hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet..... 37
3	Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet 39
4	Åtgärdbar dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom..... 42
5	Själv mord i befolkningen 44
6	● Avsiktlig självdestruktiv handling – självmordsförsök 46
7	Undvikbar slutenvård 50
	Undvikbar slutenvård barn – astma 51
8	Vårdrelaterade infektioner 52
9	MPR-vaccination av barn 56
	Indikatorer för tandhälsa och tandvård – kvarvarande egna tänder 58
	Behandling av fetma hos barn – viktminskning 59
FÖRTROENDE OCH PATIENTERFARENHETER	
10	Tillgång till sjukvård 62
11	Förtroende för vårdcentraler 64
12	Förtroende för sjukhus 65
13	Bemötande vid besök i primärvård..... 67
14	Information vid besök i primärvård 67
15	Delaktighet vid besök i primärvård 67
16	● Bemötande vid besök i specialiserad vård 70
17	● Information vid besök i specialiserad vård 70
18	● Delaktighet vid besök i specialiserad vård..... 70
19	● Bemötande inläggning på sjukhus..... 72
20	● Information vid inläggning på sjukhus 72
21	● Delaktighet vid inläggning på sjukhus 72
TILLGÄNGLIGHET	
22	Läkarbesök inom sju dagar i primärvård..... 75
23	● Uppfattning om väntetid vid besök i primärvården..... 77
24	Vårdcentralers tillgänglighet per telefon 77
25	● Besök inom 90 dagar i specialiserad vård 79
26	● Operation inom 90 dagar i specialiserad vård 79

KOSTNADER

27	• Strukturjusterad hälso- och sjukvårdskostnad	81
27A	Kostnad per invånare per verksamhetsgren	83
27B	Justerad läkemedelskostnad per invånare	84
28	Kostnad per konsumerad DRG-poäng	86
29	Kostnad per producerad DRG-poäng.....	88
30	• Kostnad per vårdkontakt i primärvård	89

Områdesvisa indikatorer 91

LÄKEMEDELSBEHANDLING

31	Tio eller fler läkemedel bland äldre	91
32	Läkemedelsinteraktion bland äldre	92
33	• Äldre med olämpliga läkemedel	94
34	• Förekomst av antibiotikabehandling	95
35	Penicillin V vid behandling av barn med luftvägsantibiotika	96
36	Kinoloner vid behandling med urinvägsantibiotika	97
37	Kombinationspreparat vid astma	98
38	• Uttagsföljsamhet vid blodtryckssänkande behandling	100
	Läkemedelsindikatorer primärvård – exempel från Västra Götaland	102

GRAVIDITET, FÖRLOSSNING OCH NYFÖDDHETSVÅRD

39	Tobaksvanor under graviditet.....	107
40	• Screening för riskbruk av alkohol vid graviditet	108
41	Tidiga aborter	110
42	Dödfödda barn	111
43	Neonatal dödlighet.....	112
44	• Infektioner hos barn i neonatalvård	114
45	Låg Apgar-poäng hos nyfödda	115
46	Bristningar vid förlossning	116
47	Kejsarsnitt vid okomplicerad graviditet	119
48	Kostnad per vårdtillfälle vid förlossning	121

KVINNOSJUKVÅRD

49	Oönskade händelser efter borttagande av livmoder	123
50	Patientrapporterade komplikationer efter borttagande av livmoder	125
51	• Patienttillfredsställelse efter borttagande av livmoder	128
52	Patientrapporterade komplikationer efter framfallsoperation	129
53	• Patientrapporterad förekomst av framfallssymtom efter operation	131
54	• Patientrapporterade komplikationer efter inkontinensoperation	132
55	• Patientrapporterad kontinens efter inkontinensoperation	135
	Vårdtidens längd – vad säger patienterna?	136
56	Dagkirurgiska operationer vid livmoderframfall	138
57	Kostnad per vårdtillfälle vid borttagande av livmoder	139

RÖRELSEORGANENS SJUKDOMAR

58	Implantatöverlevnad vid total knäprotesoperation	141
59	Implantatöverlevnad vid total höftprotesoperation	143
60	Omoperation efter total höftprotesoperation	145

61	Oönskade händelser efter knä- och höftprotosoperation.....	148
62	Patientrapporterat resultat av total höftprotosoperation	150
63	● Patienttillfredsställelse efter total höftledsoperation	151
64	Väntetid inför höftfrakturopoperation.....	155
65	Protosoperation vid höftfraktur	157
66	● Implantatöverlevnad vid halvprotosoperation.....	160
67	● Åter till ursprungligt boende efter höftfraktur	162
68	Läkemedel mot benskörhet efter fraktur.....	163
69	● Patientrapporterad förbättring efter operation för spinal stenos	165
70	● Patientrapporterad förbättring efter operation för diskbråck.....	168
71	Artroskopi i knäleden vid artros eller meniskskada	170
72	● Utbytesoperation efter korsbandsoperation.....	172
73	● Biologiska läkemedel vid reumatoid artrit.....	173
74	● Effekt vid behandlingsstart med biologiska läkemedel.....	176
75	Patientrapporterad hälsa vid behandling med biologiskt läkemedel	177
76	Kostnad per vårdtillfälle vid total höftprotosoperation	179
77	Kostnad per vårdtillfälle vid total knäprotosoperation	179

DIABETESVÅRD

78	● Måluppfyllelse för blodsockervärde vid diabetes – primärvård	183
79	● Måluppfyllelse för blodsockervärde vid typ 1-diabetes	184
80	● Måluppfyllelse för blodtryck vid diabetes – primärvård	187
81	● Måluppfyllelse för blodtryck vid typ 1-diabetes.....	189
82	● Måluppfyllelse för LDL-kolesterol – primärvård	189
83	● Måluppfyllelse för blodsockervärde – barn.....	192
84	● Amputation vid diabetes	194
85	Metformin och nedsatt njurfunktion	196

HJÄRTSJUKVÅRD

86	● Överlevnad vid hjärtstopp utanför sjukhus	199
87	Dödlighet efter hjärtinfarkt	200
88	Dödlighet efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt.....	203
89	Ny infarkt eller död i ischemisk hjärtsjukdom	206
	Justering för casemix vid analys av dödlighet efter hjärtinfarkt i RIKS-HIA	208
90	● Reperusionsbehandling vid ST-höjningsinfarkt.....	212
91	● Tid till reperusionsbehandling vid ST-höjningsinfarkt	213
92	Kranskärlsröntgen vid icke ST-höjningsinfarkt och riskfaktor	215
93	● Blodproppshämmande behandling vid icke ST-höjningsinfarkt	218
94	Blodfettssänkande behandling efter hjärtinfarkt	221
95	● Sekundärpreventiv måluppfyllelse efter hjärtinfarkt.....	223
96	● Dödlighet efter PCI vid instabil kranskärlssjukdom	226
97	● Återförträngning av hjärtats kärl efter PCI	228
	Variation i PCI-behandlingen belyst med tre processmått.....	230
98	Död eller återinskrivning efter vård för hjärtsvikt	233
99	● Ekokardiografi vid hjärtsvikt.....	235
100	● Läkemedelsbehandling vid hjärtsvikt.....	237

101	●	Komplikationer efter pacemakerinsättning	238
102		Kostnad per vårdtillfälle för PCI vid infarkt	240
STROKESJUKVÅRD			
103		Dödlighet efter förstagångsstroke	242
104		Dödlighet efter sjukhusvårdad förstagångsstroke	245
105		Vård vid strokeenhet	248
106		Trombolysbehandling vid stroke	250
107	●	Test av sväljförmåga vid akut stroke	253
108		Blodförtunnande behandling vid stroke och förmaksflimmer	255
109	●	Blodfettssänkande behandling efter stroke	257
110		Återinsjuknande efter stroke	260
111		Funktionsförmåga efter stroke	261
112	●	Nöjdhet med sjukhusvård vid stroke	264
113	●	Tillgodosedda behov av rehabilitering efter stroke	267
NJURSJUKVÅRD			
114	●	Nya patienter i aktiv uremivård	270
115	●	Risk för död i dialysbehandling.....	271
116		Måluppfyllelse för dialysdos vid hemodialys	273
117		Kärlaccess vid dialys.....	275
118	●	Måluppfyllelse för blodtryck för patienter i hemodialys.....	278
CANCERSJUKVÅRD			
119		Överlevnad vid tjocktarmscancer	284
120	●	Omoperation vid tjocktarmscancer.....	284
121	●	Dödlighet vid operation för tjocktarmscancer.....	286
122		Överlevnad vid ändtarmscancer	288
123		Omoperation vid ändtarmscancer	288
124	●	Dödlighet vid operation för ändtarmscancer	291
125		Överlevnad vid bröstcancer	294
126	●	Omoperation vid bröstcancer på grund av tumördata	295
127	●	Omoperation vid bröstcancer på grund av komplikation	296
128	●	Tid till operation vid bröstcancer	298
129		Överlevnad vid lungcancer	300
130	●	Multidisciplinär konferens vid lungcancer.....	300
131	●	Tid till behandlingsbeslut vid lungcancer.....	303
132	●	Tid till besök vid prostatacancer	305
133		Kurativ behandling vid prostatacancer	306
134	●	Tid till behandlingsbeslut vid huvud- och halscancer.....	308
PSYKIATRISK SJUKVÅRD			
135		Regelbunden behandling med sömnmedel eller lugnande medel.....	310
136		Tre eller fler psykofarmaka bland äldre	312
137		Användning av lämpliga sömnmedel till äldre.....	313
138		Undvikbar somatisk slutenvård för personer med psykiatrisk diagnos.....	314
139		Återinskrivning efter 14 resp. 28 dagar efter vård för schizofreni	315
140		Återinskrivning efter 3 resp. 6 månader efter vård för schizofreni	317

141	Följsamhet till litiumbehandling vid bipolär sjukdom	318
142	Besök inom 30 dagar – barn- och ungdomspsykiatri.....	319
143	● Besök inom 90 dagar – vuxenpsykiatri	320
144	Återfall i brottslig gärning vid rättspsykiatrisk vård	321
145	● Fetma bland patienter i rättspsykiatrisk vård	323
	Kvalitetsmått för ätstörningsvård och vid bipolär sjukdom – några exempel.....	325

KIRURGISK BEHANDLING

146	Omoperation vid ljumskbräck	330
147	Dagkirurgiska operationer vid ljumskbräck.....	331
148	● Dödlighet efter vård för blödande magsår	333
149	● Uppföljning av patienter efter obesitaskirurgi	335
150	● Minskning av övervikt efter obesitaskirurgi.....	337
151	Miniinvasivt borttagande av gallblåsa	338
152	Kirurgiska komplikationer efter borttagande av gallblåsa.....	340
153	● Antibiotika vid borttagande av gallblåsa.....	342
154	Kostnaden per DRG-poäng vid galloperation.....	343
155	Tid till operation vid förträngning av halspulsåder	345
156	Död eller amputation efter operation av kärlförträngning i ben	346
157	● Död efter planerad operation för aortaaneurysm.....	348
158	Kostnad per operation av kärlförträngning i ben	349
159	Patientrapporterat resultat av septumplastik.....	350
160	● Patientrapporterad symtomfrihet efter tonsilloperation	352
161	Synfel vid tidpunkt för kataraktoperation.....	354
162	● Självskattad nytta av kataraktoperation.....	356

INTENSIVVÅRD

163	Riskjusterad dödlighet efter vård på IVA.....	358
164	Utskrivning nattetid från IVA	361
165	Oplanerad återinskrivning till IVA	364

ANNAN VÅRD

166	God viruskontroll vid HIV	367
167	● Smärtskattning under sista levnadsveckan	369
168	● Vidbehovsordination av opioider i livets slutskede	371
169	● Brytpunktssamtal i livets slutskede	372
170	● Bromsmedicin vid skovvis förlöpande MS.....	374
171	● Bromsmedicin vid sekundärprogressiv MS	376
172	● Basal demensutredning som underlag för demensdiagnos	377
173	● Förbättring efter behandling vid makuladegeneration	379

Resultat för alla landsting och indikatorer 383

Personer som lämnat underlag till rapporten 400

Inledning

Öppna jämförelser bakgrund och syfte

I rapportserien *Öppna jämförelser* redovisas årligen indikatorbaserade jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. 2011 års rapport är den sjätte rapporten med jämförelser mellan landsting av medicinska resultat, patienterfarenheter, tillgänglighet och kostnader. *Öppna jämförelser* baseras på nationellt tillgänglig statistik om hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) är gemensamt ansvariga för arbetet.

Ett första syfte är att göra den gemensamt finansierade hälso- och sjukvården öppen för insyn. Allmänheten, både som medborgare och patienter, har rätt att få information om verksamhetens kvalitet och effektivitet. *Öppna jämförelser* ger underlag för den offentliga och politiska debatten om hälso- och sjukvården och förbättrar därmed även förutsättningarna för ansvarsutkrävande.

Ett andra syfte är att bidra till hälso- och sjukvårdens ledning och styrning. Goda resultat, mindre goda resultat och direkta brister lyfts fram i ljuset på ett mera strukturerat sätt. Jämförelserna sporrar landstingen till fördjupade analyser och förbättringar och bidrar till lärande mellan dem. Förbättringsarbeten kan initieras utifrån resultat i *Öppna jämförelser*. Landstingen får genom jämförelserna ett förbättrat kunskapsstöd för uppföljning och styrning av den egna verksamheten.

Jämförelserna leder också till bättre tillgång till och högre kvalitet i data om resultat och prestationer i hälso- och sjukvården. När vårddata används aktivt i öppet publicerade jämförelser, ökar kraven på att de ska vara aktuella, rikstäckande och korrekta. Behovet av både nya och förbättrade datainsamlingar tydliggörs. Inte minst detta tredje syfte är viktigt, eftersom brister avseende datatillgång och datakvalitet utgör påtagliga begränsningar när kvalitetsjämförelser skall göras och resultaten av dem tolkas.

Rapporten syftar inte till och är inte utformad för att stödja patienternas val av vårdgivare, även om i flera fall data per sjukhus återges. De flesta jämförelserna är givetvis intressanta även för patienter, men presentationen hade behövt ändras både till form och till innehåll för att på ett bra sätt kunna tjäna som underlag till vårdval.

Kvalitetsjämförelser som grund för vårdval ställer högre krav på att man på ett korrekt sätt tar hänsyn till patientsammansättning vid respektive vårdenhet. Kraven på datakvalitet, på korrekt och komplett rapportering, bör vara höga, så att inte jämförelserna är missvisande. Vidare bör data vara mer aktuella och konsekvent presenterade på enhetsnivå. Information riktad till patienter ställer också högre krav

NATIONELL STRATEGI FÖR KVALITETSUTVECKLING GENOM ÖPPNA JÄMFÖRELSE

Regeringen antog 2009 en strategi för öppna jämförelser och tillsatte en samordningsgrupp för arbetet, bestående av företrädare för Socialstyrelsen, Socialdepartementet, Sveriges Kommuner och Landsting, Vårdföretagarna och Famna. Strategin slår bland annat fast att öppna jämförelser ska

- Omfatta brukar- och patientgrupper som motsvarar den största delen av hälso- och sjukvårdens respektive socialtjänstens kostnader
- Vara anpassade och tillgängliga för alla relevanta målgrupper
- Kunna användas som ett verktyg för att styra berörda verksamheter
- Analyseras och omsätts i praktiskt utvecklingsarbete av lokala funktioner

Gruppen har under 2011 enats om en definition av öppna jämförelser: *Öppna jämförelser är återkommande indikatorbaserade jämförelser av kvalitet och resursförbrukning inom hälso- och sjukvård, socialtjänst och folkhälsa och som redovisas på regional-, landstings-, kommun-, eller enhetsnivå.*

Utifrån detta beskrivs i definitionen de krav som ställs på öppna jämförelser vad gäller indikatorers utformning, datakvalitet och användandet av data för jämförelser.

Från att tidigare enbart ha avsett öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet, har arbetssättet öppna jämförelser vidgats till att innefatta även andra områden, som till exempel skola och äldreomsorg.

För en aktuell bild av Socialstyrelsens respektive SKL:s arbete hänvisas till www.socialstyrelsen.se/oppnajokforelser eller www.skl.se/vi_arbetar_med/oppnajokforelser.

på språkbruk och pedagogisk framställning. Många indikatorer i *Öppna jämförelser* avser slutligen akutsjukvård, det vill säga vårdssituationer där patienten inte har reell möjlighet att välja vårdgivare på samma vis som när vården är planerad.

Öppna jämförelser är ett av flera verktyg som Socialstyrelsen och SKL ställer till förfogande för allmänhet, media och patientföreningar, liksom för landstingen och för hälso- och sjukvårdens olika vårdgivare och organisationer. Utöver detta bedriver Socialstyrelsen och SKL en rad egna arbeten som knyter an till de öppna jämförelserna av hälso- och sjukvårdens effektivitet och kvalitet, utifrån de olika roller man har.

Rapportens disposition och bilagor

Inga principellt viktigare förändringar av rapporten har skett, jämfört med tidigare år. Den inledande sammanfattningen lyfter fram några resultat värda att uppmärksamma. I avsnittet därefter, Indikatorset och källor, beskrivs indikatorsetets utseende och förändring sedan tidigare rapporter. Processen för urval av indikatorer beskrivs och datakällorna till jämförelserna redovisas.

Avsnittet *Resultatredovisning och tolkning* är viktigt för förståelsen av rapportens jämförelser. Där beskrivs hur resultaten presenteras och hur de bör tolkas. Frågor om innebörden av rangordnande diagram, kvalitet i data, statistisk osäkerhet och andra tolkningsproblem är viktiga teman. I respektive indikatortext finns ytterligare sådan information, specifik för den aktuella indikatorn.

Resultatredovisningen inleds med området *Övergripande indikatorer*. Detta är indikatorer som avser att spegla breda aspekter av hälso- och sjukvårdssystemet. Därefter följer en redovisning av indikatorer indelade i 14 sjukdomsgruppspecifika eller behandlingsbaserade områden, som till exempel *Kvinnosjukvård*, *Diabetesvård*, *Hjärtsjukvård* och *Läkemedelsbehandling*. Indikatorer som avser tillgänglighet och kostnader ingår då i respektive område, tillsammans med indikatorer som avser medicinska resultat och processer.

Varje indikator beskrivs och resultatet presenteras i diagram, med stöd av en kort text. Sjukhusdata och trender för riket och ibland ytterligare tilläggsinformation redovisas i samband med respektive indikator. Utfallet kommenteras, till exempel vad gäller variation mellan landsting, kön och önskat utfall utifrån målnivåer eller rekommendationer i nationella riktlinjer där sådana finns. I vissa fall refereras internationella jämförelser.

Rapporten avslutas med en tablå där landstingens och rikets resultat för indikatorerna redovisas. En markering i tablåen visar om det aktuella resultatet är en förbättring eller försämring jämfört med jämförelseperiodens.

Utöver redovisningen av de egentliga indikatorerna, finns orienterande texter om olika teman, som knyter an till indikatorredovisningen på olika sätt. Dessa avsnitt och sidor har en särskild färgsättning, för att tydligt skilja dem från redovisningen av indikatorerna.

Rapporten har fyra bilagor, som finns tillgängliga enbart i elektronisk form:

Bilaga 1 Beskrivning av indikatorer

Bilaga 2 Jämförelser av täckningsgrad i Nationella
Kvalitetsregister och hälsodataregister

Bilaga 3 Vårdkonsumtionsjämförelser mellan landsting 2010

Bilaga 4 Landstingsprofiler – resultat per landsting för alla indikatorer

Bilaga 3 har skiftat karaktär och utvidgats. Från att tidigare enbart redovisat jämförelser av vårdkonsumtion för en grupp traditionella "väntetidsbehandlingar", innehåller nu bilagan jämförelser av slutenvårdsanvändning och om viss läkemedelsanvändning, liksom jämförelser av fler behandlingar. I flera fall är det jämförelser som föreslagits som indikatorer i huvudrapporten, men som av olika skäl istället förts till vårdkonsumtionsbilagan.

Bilagor och den elektroniska versionen av huvudrapporten finns tillgängliga på de båda organisationernas webbplatser. För vissa indikatorer läggs uppgifter om landstingens resultat för flera år ut på webben, för att man skall kunna följa sin utveckling över tid.

Via www.skl.se kan man välja *Öppna jämförelser* under menyn *Vi arbetar med* och därefter gå vidare till hälso- och sjukvårdens öppna jämförelser.

Via www.socialstyrelsen.se väljer man *Öppna jämförelser* under fliken *Utveckling och kvalitet* i huvudmenyn. Välj därefter fliken *Hälso- och sjukvård*.

På webbplatserna finns rapporten, bilagorna och rapportens diagram tillgängliga för nedladdning. Även tidigare rapporter och engelskspråkigt material finns tillgängligt där.

Indikatorer och datakällor

Antalet indikatorer är i årets *Öppna jämförelser* fler än tidigare. Motivet för denna expansion är att fler sjukdomsgrupper och aspekter av hälso- och sjukvården då kan speglas. Men även om indikatorerna är många, ger de inte en täckande bild av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Viktiga kvalitetsaspekter är otillfredsställande belysta, eftersom det på flera sjukvårdsområden saknas lätt tillgängliga data om kvalitet.

På andra områden, där det finns bättre tillgång på data, publiceras bara ett urval. De sexton indikatorer som redovisas avseende cancersjukvård är ett urval av de sjuttio indikatorer som ingick i den rapport med öppna jämförelser av cancersjukvården som Socialstyrelsens och SKL publicerade i september 2011. Likaså är de elva indikatorer som visas för stroke ett urval av de över trettio indikatorer som ingick i Socialstyrelsens utvärdering av strokesjukvården, som publicerades i juni 2011. Urvalet av indikatorer styr alltså påtagligt bilden av ett landstings sjukvård, vilket läsaren bör notera.

Skäl som dessa gör att de olika resultaten inte läggs samman i en samlad poängmodell, ett "totalindex" för kvalitet och effektivitet i landstingen. Även om syftet är att så långt möjligt spegla hela hälso- och sjukvårdssystemet, så bör indikatorerna och utfallen i första hand betraktas var för sig. Indikatorerna är angelägna, därför att de var och en speglar väsentliga aspekter av sin del av hälso- och sjukvården, inte därför att utfallet för indikatorsetet som helhet utgör ett betyg på ett landstings hela vårdssystem.

INDIKATOROMRÅDEN

Övergripande indikatorer

Dödlighet, undvikbar slutenvård med mera	Tillgänglighet
Förtroende och patienterfarenheter	Kostnader

Områdesvisa indikatorer

Läkemedelsbehandling	Njursjukvård
Graviditet, förlossning och nyföddhetsvård	Cancersjukvård
Kvinnosjukvård	Psykiatrisk sjukvård
Rörelseorganens sjukdomar	Kirurgisk behandling
Diabetesvård	Intensivvård
Hjärtsjukvård	Annan vård
Strokesjukvård	

För första gången visas i rapporten data i egna diagram eller tabeller, utan att de formellt kallas indikatorer och utan att de redovisas i den avslutande resultattablån. Det gäller framförallt psykiatri och vårdinsatser vid barnfetma. Motivet för detta är att kvalitetsmåttan är intressanta och avser viktiga sjukvårdsbehov, men att registreringen är alltför ofullständig för att det skall vara meningsfullt att jämföra landsting. För första gången redovisas även en indikator om tandvård, mest som en signal om att även tandvården framöver kommer att omfattas av indikatorbaserade jämförelser.

Personalrelaterade faktorer som sjukskrivningsfrekvens eller personalomsättning finns heller inte med i rapporten. Syftet med jämförelserna är inte att belysa landstingen i deras roll som arbetsgivare, utan i deras roll som ansvariga för befolkningarnas hälso- och sjukvård och oavsett om utförandet sker i offentlig eller privat regi.

Några få breda, folkhälsoorienterade indikatorer har liksom i förra årets rapport tagits med, som medellivslängd, men folkhälsoaspekten ingår strikt sett inte i dagens ambition för *Öppna jämförelser*. Det finns istället separata arbeten med öppna jämförelser och uppföljning av folkhälsa, från både Statens folkhälsoinstitut, Socialstyrelsen och SKL.

Indikatorsetets indelning och förändring

173 indikatorer redovisas, vilket kan jämföras med att förra årets rapport innehöll 134. Indikatorerna speglar olika dimensioner av kvalitet: medicinska resultat och processer, tillgänglighet, patienterfarenheter och kostnader. Tyngdpunkten ligger på medicinsk kvalitet. Först redovisas en grupp indikatorer som avser hälso- och sjukvårdssystemet i en övergripande mening. Därefter redovisas indikatorerna per sjukdomsgrupp eller behandlingstyp. Se vidare tablå med den använda indikatorindelningen.

Det finns fördelar med att föra samman de indikatorer som speglar flera olika dimensioner av vårdinsatserna för en viss patient- eller sjukdomsgrupp. Det är naturligt att i lokal uppföljning diskutera kvinno- eller strokesjukvårdens kostnader, patientnöjdhet, medicinska kvalitet och tillgänglighet i ett sammanhang. Med denna indelning knyter de öppna jämförelserna väl an till landstingens praktiska arbete med sjukvårdens ledning och styrning.

Följande mera framträdande förändringar av indikatorsetet har skett i årets rapport:

- *Patienterfarenheter (Övergripande indikatorer)*: En ny nationell patientenkät har införts 2009. Från denna visas data dels avseende specialiserad vård, dels resultaten från den andra primärvårdsenkäten, från hösten 2010.
- *Förebyggande hälso- och sjukvård*: Indikatorer om mammografi, influensavaccination och om gynekologiskt cellprov togs bort redan förra året och redovisas inte heller i år, eftersom data inte kan redovisas på ett meningsfullt sätt. Detta är en

brist värd att nämna, eftersom dessa åtgärder är uppmärksammade och viktiga att följa.

- *Flera patientrapporterade mått:* Ytterligare patientrapporterade mått för olika behandlingar har tillkommit, till exempel avseende ryggkirurgi och kvinnosjukvård.
- *Färre tillgänglighetsmått:* Av främst utrymmesskäl har indikatorer från Väntetider i Vården avseende tillgänglighet för olika specialiteters mottagningar och specifika behandlingar tagits bort. De övergripande tillgänglighetsmåten är kvar, liksom de som avser psykiatri.
- *Läkemedelsbehandling:* Eftersom tillgången på data är god är detta ett område där det finns goda utvecklingsmöjligheter. I årets rapport har ambitionen varit mera begränsad. Vissa indikatorer har tagits bort och nya, som bland annat avser läkemedelsbehandling för äldre, har tillkommit.
- *Kvinnosjukvård:* Flera nya indikatorer visas inom detta område. De nya rör framfallsoperation, borttagande av livmodern och urininkontinens. Flertalet indikatorer för kvinnosjukvård avser patienternas uppfattningar om behandlingen, om komplikationer och om resultatet av behandlingen.
- *Rörelseorganens sjukdomar:* Flera ytterligare indikatorer har tillkommit. Bland dem är två som speglar vård vid höftfraktur, som är en stor och åldersstigen patientgrupp. Två avser ryggkirurgi och en korsbandskirurgi. Indikatorer om läkemedelsbehandling vid reumatoid artrit har utvecklats för att ge en bättre bild än tidigare.
- *Diabetes:* Efter olika diskussioner om bästa sättet att visa resultat för diabetesvården sker i år en återgång till det tidigare sättet att visa målpuppfyllelse avseende blodsockervärde, blodtryck och kolesterol för patienter i primärvård, med andel som når ett visst behandlingsmål. En nygammal indikator är andelen amputationer bland patienter med diabetes.
- *Hjärtsjukvård:* För första gången visas indikatorer från det kvalitetsregister som registrerar PCI-behandling, dvs vidgning av hjärtats kärl, vilket är en vanlig behandling. Vidare visas två nya indikatorer om hjärtsvikt, vilket är en vanlig folksjukdom, men där kvalitetsindikatorerna varit få. Även pacemakerinläggning och sekundärprevention vid hjärtinfarkt speglas.
- *Cancersjukvård:* Detta område har utökats med ett flertal indikatorer. Samtliga är hämtade från den mera omfattande rapporten med öppna jämförelser av cancersjukvård, som publicerades i slutet av augusti 2011. I flera fall är mätperiod och därmed data identiska med indikatorerna i denna rapport, medan i andra data är uppdaterade.

- *Kirurgisk behandling:* Både nya indikatorer för existerande behandlingar och indikatorer om nya behandlingar har tillkommit. Nya behandlingar som belyses är obesitaskirurgi, behandling vid blödande magsår och operation vid hotande aortaaneurysm.

I tablån visas de nya indikatorer som redovisas i Öppna jämförelser 2011.

NYA INDIKATORER

6	Avsiktligt självdestruktiv handling – självmordsförsök
16	Bemötande vid besök i specialiserad vård
17	Information vid besök i specialiserad vård
18	Delaktighet vid besök i specialiserad vård
19	Bemötande vid inläggning på sjukhus
20	Information vid inläggning på sjukhus
21	Delaktighet vid inläggning på sjukhus
23	Uppfattning om väntetid vid besök i primärvård
33	Äldre med olämpliga läkemedel
38	Uttagsföljsamhet vid blodtryckssänkande behandling
40	Screening för riskbruk av alkohol under graviditet
44	Infektioner hos barn i neonatalvård
51	Patienttillfredsställelse efter borttagande av livmoder
53	Patientrapporterad förekomst av framfallssymtom efter operation
54	Patientrapporterade komplikationer efter inkontinensoperation
55	Patientrapporterad kontinens efter operation
63	Patienttillfredsställelse efter total höftprotesoperation
66	Implantatöverlevnad vid halvprotesoperation
67	Åter till ursprungligt boende efter höftfraktur
69	Patientrapporterad förbättring efter operation för spinal stenos
70	Patientrapporterad förbättring efter operation för diskbråck
72	Utbytesoperation efter korsbandsoperation
74	Effekt vid behandlingsstart med biologiskt läkemedel
78	Måluppfyllelse för blodsockervärde vid diabetes – primärvård
79	Måluppfyllelse för blodsockervärde vid typ 1-diabetes
80	Måluppfyllelse för blodtryck vid diabetes – primärvård
81	Måluppfyllelse för blodtryck vid typ 1-diabetes
84	Amputation vid diabetes
86	Överlevnad vid hjärtstopp utanför sjukhus
91	Tid till reperforationsbehandling vid ST-höjningsinfarkt
95	Sekundärpreventiv måluppfyllelse efter hjärtinfarkt
96	Dödlighet efter PCI vid instabil kranskärlssjukdom
97	Återförträngning av hjärtats kärl efter PCI
99	Ekokardiografi vid hjärtsvikt
100	Läkemedelsbehandling vid hjärtsvikt
101	Komplikationer efter pacemakerinsättning
107	Test av sväljförmåga vid akut stroke

- 109 Blodfettssänkande behandling efter stroke
- 113 Tillgodosedda behov av rehabilitering efter stroke
- 114 Nya patienter i aktiv uremivård
- 118 Måluppfyllelse för blodtryck för patienter i hemodialys
- 120 Omoperation vid tjocktarmscancer
- 121 Dödlighet vid operation för tjocktarmscancer
- 124 Dödlighet vid operation för ändtarmscancer
- 126 Omoperation vid bröstcancer som följd av tumördata
- 127 Omoperation vid bröstcancer som följd av komplikation
- 128 Tid till operation vid bröstcancer
- 130 Multidisciplinär konferens vid lungcancer
- 131 Tid till behandlingsbeslut vid lungcancer
- 132 Tid till besök vid prostatacancer
- 145 Fetma bland patienter i rättspsykiatrisk vård
- 148 Dödlighet efter vård för blödande magsår
- 149 Uppföljning av patienter efter obesitaskirurgi
- 150 Minskning av övervikt efter obesitaskirurgi
- 153 Antibiotika vid borttagande av gallblåsa
- 157 Död efter planerad operation för aortaaneurysm
- 160 Patientrapporterad symtomfrihet efter tonsilloperation
- 162 Självskattad nytta av kataraktoperation
- 169 Brytpunktssamtal i livets slutskede
- 172 Basal demensutredning som underlag vid demensdiagnos
- 173 Förbättring efter behandling vid makuladegeneration

Process för urval av indikatorer

Förslag till indikatorer kommer främst från företrädare för kvalitetsregister och från pågående indikatorutveckling vid Socialstyrelsen, framförallt från de senaste årens nationella riktlinjer för cancer, hjärtsjukvård, stroke, diabetes och psykiatri. Inför 2011 års rapport har företrädare för kvalitetsregister erbjudits att föreslå nya eller förändrade kvalitetsindikatorer och översyner av områden med nationella riktlinjer har gjorts. Arbetsgruppen för rapporten har därutöver på egen hand genererat olika indikatorer, i dialog med sakkunniga på olika områden.

Både före och efter publicering har indikatorer och resultat diskuterats av sakkunniga i landsting och inom hälso- och sjukvården. Kritiska synpunkter leder inte sällan till antingen modifiering av indikatorer eller till att indikatorer tas bort. Företrädare för landsting och regioner har en viktig roll i diskussionerna om indikatorsetet och i att framföra landstingens och verksamhetsansvarigas synpunkter.

I praktiken spelar tillgången på relevanta data av tillräckligt god kvalitet en stor roll för urvalet. Vissa av de jämförelser som publiceras har så pass stora kvalitetsbrister att de egentligen bara fungerar bra för att jämföra den egna utvecklingen över tid.

VAD ÄR EN INDIKATOR?

Vilka krav skall ställas på en lämplig indikator? Följande kriterier för indikatorurvalet används som vägledning i arbetet med *Öppna jämförelser*:

- **Mätbar och tillgänglig.** Indikatorn ska vara mätbar, väl definierad och data ska finnas tillgängliga på nationell nivå. Indikatorerna ska återkommande kunna rapporteras.
- **Vedertagen och valid.** Indikatorn ska vara vedertagen och därmed gärna förekomma i andra, etablerade indikatorset. Därmed antas även att den är valid, det vill säga ett bra mått på den aspekt av sjukvården som den avser att mäta.
- **Relevant.** Indikatorn ska avse väsentlig volym/kostnad, eller väsentlig aspekt eller problem.
- **Tolkningsbar.** Indikatorn ska stödja en värderande tolkning; man ska veta om det är bra eller dåligt att ha ett högt eller lågt värde.
- **Påverkansbar.** Det ska vara möjligt för landstingen och hälso- och sjukvården att kunna påverka sitt utfall.
- **Resultat och process.** Både resultatmått och processmått kan användas. Processmått ska avse åtgärder i hälso- och sjukvården som bedöms ha en stark påverkan på resultatet för patienten.

I rapporten används indikatorer som bara delvis lever upp till dessa krav. Reservationer som datakvalitet och andra tolkningsproblem ges i texten vid respektive indikator.

Ibland publiceras även jämförelser för att sätta ljuset på bristen av data på viktiga områden. Om dessa och andra datakvalitetsaspekter, se vidare indikatortexterna.

Vilka slags mått på kvalitet och effektivitet redovisas?

De flesta indikatorerna beskriver hälso- och sjukvårdens medicinska kvalitet. Både resultatmått och processmått ingår, men mera sällan strukturmått, som till exempel mått som speglar sjukvårdens organisation. Resultatmått belyser hur det gick för patienten. Flera resultatmått visar patienternas egen skattning av behandlingens resultat. Det finns ett ökat intresse både i Sverige och internationellt för så kallade patientrapporterade resultat, förkortat PROM, *Patient Reported Outcome Measures*.

Processmått speglar vad man gör i sjukvården, och är valda för att de bedöms ha stor betydelse för resultatet. I några fall redovisas även mått med osäker tolkning ur kvalitetsynpunkt, mest för att spegla att sjukvårdens praxis varierar, som till exempel andelen kejsarsnitt vid förlossning.

En grupp indikatorer speglar patienternas och befolkningens värdering av sina vårdkontakter och av sjukvården, till exempel i vilken mån man har förtroende för hälso- och sjukvården. Patientens bedömning av en specifik behandlings resultat redovisas under respektive sjukdomsgrupp.

PATIENTRAPPORTERAD KVALITET

Både beslutsfattare och forskare har under den senaste 10-årsperioden visat ett ökat intresse för patienternas medverkan vid kvalitetsuppföljning av hälso- och sjukvården. Även i *Öppna jämförelser* växer antalet patientrapporterade indikatorer kontinuerligt.

Man kan skilja på två slag av patientrapporterade mått. Å ena sidan patientrapporterade utfalls- eller resultatmått, förkortat PROM, efter engelskans *Patient Reported Outcome Measures*. Å andra sidan mått som speglar patienternas erfarenhet av kontakten med sjukvården, förkortat PREM, efter engelskans *Patient Reported Experience Measures*.

Patientrapporterat utfall, PROM, mäts optimalt genom att kombinera sjukdomsspecifika- och generiska (allmänna) mått. Med generiska mått menas generell hälsorelaterad livskvalitet. De sjukdomsspecifika måtten är lika viktiga som de generiska. I den allmänna diskussionen om PROM har fokus ofta varit på hälsorelaterad livskvalitet. Fördelen med att inkludera generiska mått är möjligheten att kunna jämföra utfallet mellan olika behandlingar i sjukvården.

Mått som speglar patienterfarenheter, PREM, kan till exempel avse patientinformation, bemötande och tillgänglighet, men också serviceaspekter som parkeringsmöjligheter, sjukhuskostens kvalitet och byggnaders ändamålsenlighet. PREM är i de flesta fall struktur- och processmått och har inte ett självklart samband med resultatet av en behandling.

Det är av flera skäl svårare och mer arbetsamt att fånga patientrapporterade variabler jämfört med traditionella medicinska parametrar vid kvalitetsuppföljning. PROM och PREM är också mer komplicerade att statistiskt bearbeta och tolka. Denna typ av mått skall inte ersätta traditionella medicinska resultatmått utan bör ses som ett komplement, vilket ger en möjlighet till flerdimensionell utvärdering.

PROM och PREM-enkäter bör leva upp till basmetodologiska krav på validitet, reliabilitet och sensitivitet. Bortfallsanalyser bör göras, liksom att svarsfrekvens och missade värden ("response rate", "missing values") bör redovisas tillsammans med de rapporterade resultaten.

Tillgänglighetsmått avser tidsrelaterad tillgänglighet och mäter uppfyllande av vårdgarantin. Andra aspekter på tillgänglighet, som geografiska, språkliga eller ekonomiska barriärer för att söka vård, belyses inte. Antalet behandlingar i en viss befolkning är en annan aspekt på tillgänglighet. För ett urval behandlingar redovisas vårdkonsumtion per landsting i bilaga 3.

Kostnads- och resursanvändningsindikatorer är av flera olika slag: kostnad per invånare för hälso- och sjukvård, kostnad per prestation samt indikatorer som speglar kostnad för likvärdiga behandlingsval. Kostnadsmått får sitt stora värde först när de ställs i relation till de övriga resultaten.

Data från KPP-databasen (Kostnad Per Patient) redovisas enbart på sjukhusnivå. Kvaliteten i KPP-databasen är svårbedömd, eftersom det inte finns någon löpande

rapportering av jämförelser mellan sjukhus från den. Genom att ändå visa dessa kostnadsuppgifter lyfts de sjukhus fram som etablerat denna avancerade form av diagnos- och åtgärdsbaserad kostnadsredovisning.

Använda datakällor

Ett stort antal datakällor har använts i rapporten. Några presenteras kort i samband med resultatredovisningen. Landstingens och sjukhusens rapportering till flera av de använda registren och databaserna beskrivs i bilaga 2, där jämförelser av täckningsgrader görs. Använda datakällor redovisas i separat tablå.

För medicinska kvalitetsmått har framförallt hälsodataregistren vid Socialstyrelsen och Nationella Kvalitetsregister använts. Information om dessa datakällor nås via www.socialstyrelsen.se och från www.kvalitetsregister.se.

För mått på bland annat förtroende och patienterfarenheter har SKL:s telefonenkät Vårdbarometern och den nationella patientenkäten använts som källor. Indikatorer om tillgänglighet och väntetider bygger oftast på data från rapportering till nationella väntetidsdatabasen, Väntetider i Vården (www.vantetider.se).

Kostnadsuppgifter per invånare har hämtats från SCB:s ekonomistatistik och SKL:s verksamhetsstatistik och används även tillsammans med DRG-gruppering av patientregistret för att redovisa kostnad per prestation. Slutligen används KPP-databasen vid SKL, för redovisning av sjukhusens kostnader för specifika behandlingar. Se vidare om ekonomisk statistik på www.skl.se.

Hälsodataregister och Nationella Kvalitetsregister är individbaserade, med vilket menas att de innehåller data om unika individer och vårdhändelser. Rapportering till hälsodataregistren är obligatorisk, medan kvalitetsregistren bygger på frivillig rapportering. Datakällor om kostnader, tillgänglighet och patienterfarenheter är inte individbaserade i samma mening. KPP-databasen baseras på individuella vårdkontakter, men innehåller inte personnummer.

DATAKÄLLOR

Socialstyrelsen

Dödsorsaksregistret

Tandhälsoregistret

Abortstatistiken

Medicinska födelseregistret

Patientregistret

Läkemedelsregistret

Cancerregistret

Sveriges Kommuner och Landsting

Nationell Patientenkät

Väntetider i Vården

SKL:s verksamhetsstatistik

Vårdbarometern

KPP-databasen

Nationella Kvalitetsregister

Perinatalt Kvalitetsregister Neonatologi

Svenska Knäprotesregistret

SWESPINE – Svenska Ryggregistret

RIKSHÖFT – Nationella höftfrakturregistret

Nationellt kvalitetsregister för hjärtstopp

Svensk Reumatologis Kvalitetsregister

Svenskt Kvalitetsregister för huvud- och halscancer

Nationella Koloncancerregistret

Nationella Bröstcancerregistret

Nationella prostatacancerregistret

RIKSÄT – Nationellt kvalitetsregister för ätstörning

Scandinavian Obesity Surgery Registry

Swedvasc – Svenska Kärregistret

Svenska Intensivvårdsregistret

SveDem – Svenska Demensregistret

Svenska ICD- och Pacemakerregistret

SWEDEHEART – RIKS-HIA

SWEDEHEART – SEPHIA

GallRiks – Svenskt kvalitetsregister för gallstenskirurgi

Nationella kvalitetsregistret inom gynekologisk kirurgi

Svenskt Kvalitetsregister för Öron-, Näs- och Halssjukvård

RättspsyK – Nationellt kvalitetsregister för rättspsykiatrisk vård

Bipolär – Nationellt kvalitetsregister för bipolär affektiv sjukdom

Övriga källor

Statistiska centralbyrån

Smittskyddsinstitutet

Resultatredovisning och tolkning

Här beskrivs hur data presenteras i rapporten och hur jämförelserna utformats. Framförallt pekas på olika faktorer som läsaren bör vara medveten om när jämförelserna tolkas. Både denna rapport och andra publiceringar av jämförande och värderande vårddata syftar till att popularisera, till att med acceptabel förenkling presentera egentligen komplexa frågor. För varje steg i riktning mot ytterligare förenkling ökar kraven på läsarens kompetens och förmåga att tolka informationen på ett omdömesgillt vis.

Jämförelser av kvalitet och effektivitet kan innehålla både missvisande informationsbrus och äkta signal om verkliga variationer i kvaliteten. Hur mixen mellan brus och signal ser ut beror både på presentationens utformning och på läsarens kunskap och förmåga att hantera informationen: Att kunna filtrera bort bruset och uppfatta signalen.

Redovisningen i *Öppna jämförelser* har en beskrivande karaktär. Jämförelserna kommenteras och läsaren ges därmed stöd för tolkning av utfallet. Men redovisningen sker utan att orsakerna till resultaten analyseras eller att det dras skarpa slutsatser om konsekvenserna av dem. Skälet till detta är att omdömesgilla tolkningar av sjukvårdsdata förutsätter allmän kunskap om sakområdet, tid för analys och fördjupning samt ofta även kunskap om olika lokala omständigheter. Det är landstingens och sjukvårdens företrädare som har de bästa förutsättningarna för att tolka och värdera de egna utfallen. På de områden där det finns riktlinjer eller andra goda kunskapsunderlag, bör dessa förstås vara utgångspunkten för den lokala tolkningen och diskussionen.

En "indikator" är i vanligt språkbruk ett tecken eller en signal på någonting, inte ett uppenbart faktum med en självklar uttolkning. En indikator pekar på ett förhållande att studera vidare, värdera och eventuellt förändra. *Öppna jämförelser*s syfte sträcker sig till att ge signalen, men inte längre.

Hur presenteras indikatorerna?

I huvudrapporten presenteras utfallet för indikatorerna på följande vis, dock beroende på vilka data som är tillgängliga:

- Rangordnade landstingsjämförelser
- Data för sjukhus, uppställda i landstingsordning
- Rikets utveckling över tid

I slutet av rapporten visas i en tablå alla landstings resultat för alla indikatorer. Om färgläggningen av resultaten, se vidare nedan. I bilaga 4 visas för varje landsting profiler, det vill säga det egna utfallet jämfört med rikets, för samtliga indikatorer.

Utveckling över tid: För många indikatorer visas värden per landsting för två perioder. Motivet för detta är att se om resultatet blivit bättre eller sämre över tid. Det senare värdet är det egentliga indikatorvärdet och visas i huvudstapel i diagrammet, medan det tidigare värdet visas som en skuggad stapel.

Könsuppdelning och socioekonomi: För medicinska indikatorer är huvudprincipen att data i den tryckta rapporten visas för båda könen sammantagna, medan könsuppdelad redovisning sker när det finns särskilda skäl för detta. Könsuppdelade diagram finns tillgängliga på respektive organisations hemsidor, i alla de fall könsuppdelade data finns tillgängliga. För några indikatorer visas resultatet även fördelat på utbildningsnivå.

Kommun- eller vårdcentralnivå: Flera indikatorer är i princip intressanta på vårdcentral-, kommun- eller kommungruppsnivå, men det skulle vara alltför utrymmeskrävande att redovisa data på kommun/vårdcentralnivå i denna rapport.

Val av tidsperiod: Det är i princip önskvärt och mest intressant att visa så aktuella data som möjligt. Det är dagens sjukvård som skall beskrivas, inte den vi hade för fem-tio år sedan. Dessutom är det en poäng att utforma en indikator så att förbättringar snabbt syns. Om en klinik eller ett sjukhus förändrar sina rutiner och detta ger bra resultat, bör det synas i uppföljningsmättet, inte spädas ut av tidigare års sämre resultat.

Konfidensintervall

Ett konfidensintervall är ett intervall som med en förutbestämd säkerhet innefattar det sanna värdet av till exempel en andel, ett medeltal eller en oddskvot. Det används ofta för att uppskatta osäkerheten i ett skattat värde. Vanligen anges den övre och nedre gränsen för det intervall inom vilket det "sanna" värdet med 95 procents säkerhet befinner sig.

Jämförelserna i denna rapport baseras i många fall inte på ett slumpmässigt urval, utan på totala antalet observationer inom en tidsperiod. Detta gäller för alla jämförelser som har Socialstyrelsens hälsodataregister som källa och för flera av de som har kvalitetsregister som källa.

Ändå kan det finnas en slumpvariation över tid på grund av att utfallet måste ses som ett av flera möjliga utfall från en process som innehåller slump. Det är osäkerheten på grund av denna variation som här beskrivs med 95 % konfidensintervall. Även för rikets värden finns en slumpmässig variation över tid, om än mindre. Också rikets värde redovisas i de flesta fall med konfidensintervall i diagrammen.

Observera att konfidensintervallen inte avspeglar annan osäkerhet, till exempel den som beror på att återgivna data inte med säkerhet är representativa, eftersom urvalet kan vara snedfördelat.

För de indikatorer där detta är möjligt och fungerar bra används 2010 års data. För de indikatorer där fallen och/eller kvalitetshändelserna (dödsfall, infektion, omoperation etc) är få, bör längre tidsperioder användas. Annars skulle den statistiska osäkerheten vara för stor och de årliga resultaten hoppa upp och ned beroende på slumpen. Man tvingas då väga värdet av aktualitet mot värdet av statistisk säkerhet. Vissa indikatorer mäter dessutom långtidseffekter, som huruvida den inopererade höftprotesen sitter kvar och fungerar efter tio år. Då måste med nödvändighet operationer utförda flera år tillbaka i tiden ingå i jämförelsen.

Jämförelser med rangordnade landsting och indikatorer

Till varje indikator finns diagram och en kort text. Diagrammen är konsekvent ligande stapeldiagram, där landstingen ordnats i en fallande ordning. Ett värde för rikets genomsnitt anges också, i annan färg än den som staplarna för landstingen har.

I normalfallet innebär rangordningen att en placering högt i diagrammet är ett bättre utfall än en lägre placering. I något fall kan hög position dock vara ett uttryck för "överbehandling". Några indikatorers resultat är genuint svåra att värdera, som kejsarsnittsfrekvens vid förlossning. Rangordning har gjorts även i de fall där kvaliteten i data är svagare, där skillnaderna mellan landsting är små och för de indikatorer och resultat där den statistiska osäkerheten är stor.

Även i de fall där rangordning i princip är lätt att motivera (dödlighet, komplikationer vid vård) finns det faktorer att ta hänsyn till. När resultatmått redovisas är skillnader i befolkningarnas hälsotillstånd eller sjukhusens patientsammansättning (case-mix) en sådan faktor. I många fall görs en åldersstandardisering av landstingens befolkningar för att skapa ökad jämförbarhet. Då korrigeras för den effekt som de olikartade åldersstrukturerna kan ha. Det finns dock skillnader i hälsotillstånd eller sjuklighet som inte bara hänger ihop med ålder och som inte korrigeras för.

I *Öppna jämförelser* visas hur resultaten mätt med olika kvalitetsindikatorer varierar mellan olika landsting. Denna variation kan bero på att det finns landsting som har funnit bättre sätt att organisera och bedriva vården än vad andra har lyckats med. Sådana observationer kan användas som underlag i förbättringsarbete.

Men variationen kan således även bero på eller påverkas av att det finns skillnader i befolkningsunderlaget eller patientsammansättningen. För vissa indikatorer har justeringar för skillnader i patientsammansättning gjorts, vilket anges i diagramrubrikerna. För flertalet har ingen annan justering än för ålder, eller ingen justering alls, gjorts.

Effekten av naturlig variation eller slump, som för vissa indikatorer kan vara stor, hanteras i diagrammen med hjälp av konfidensintervall för resultaten. Konfidensintervall visas för flertalet indikatorer, både för landsting och för sjukhus. Se vidare faktaruta om konfidensintervall.

Argumenten för att konsekvent rangordna landstingen i diagrammen är goda, trots dessa reservationer. I normalfallet är en hög placering ett bättre resultat. I de fall osäker datakvalitet eller andra tolkningssvårigheter gör att detta kan ifrågasättas, nämns eller diskuteras detta i indikatortexten.

För de indikatorer där det finns underlag för värdering av utfall, i form av till exempel nationella riktlinjer, görs i texten en bedömning av om resultaten som helhet kan anses leva upp till de rekommendationer som riktlinjerna eller andra underlag anger. Formella målnivåer anges inte i de nationella riktlinjerna. Målnivåer, som är satta av till exempel specialitetsföreningar, refereras för de indikatorer där sådana finns. Vårdgarantins tidsgränser är de enda politiskt beslutade "målnivåerna".

För några av indikatorerna anges hur Sveriges resultat står sig vid en internationell jämförelse. Detta har inte kunnat göras systematiskt, eftersom internationella jämförelsedata av kvalitet som regel saknas eller är osäkra.

Redovisning av data för kliniker/sjukhus

För ett antal indikatorer redovisas data även på sjukhusnivå, direkt i anslutning till landstingsjämförelsen. Syftet med denna redovisning är dels att peka på den större variation som synliggörs när resultat redovisas på sjukhusnivå, dels att göra det möjligt att se hur de olika sjukhusen bidragit till utfallet på landstingsnivå. Det är på klinikinivå som handfasta förbättringar kan ske, vilket är ett starkt argument för

TOLKNING AV JÄMFÖRELSE OCH RESULTAT

- Jämförelserna ska vara underlag för förbättring, och de är inte ensamma tillräckliga för att värdera ett landstings resultat på ett specifikt område i termer av bäst eller sämst.
- Rangordningen av landstingen är inte absolut, utan är en signal om att resultaten bör analyseras vidare. Kännedom om lokala förhållanden är en förutsättning för att värdera resultat och/eller hitta förbättringsmöjligheter.
- Alla jämförelser är relativa. Varken rikets medelvärde, eller ett resultat högt i diagrammen, behöver vara ett bra resultat. Vid en mer absolut bedömning är i vissa fall alla landstings resultat bra, medan i andra fall inget landsting har bra resultat.
- För vissa indikatorer finns tydliga målnivåer satta, men oftare är det mer otydligt vad som är möjligt och önskvärt att uppnå.
- Resultat med breda konfidensintervall är mera osäkra, men detta ska inte ses som skäl att inte fördjupa analyserna av vad som ligger bakom resultaten och skillnaderna mellan landstingen.
- Färgläggningssystemet är en del i signalsystemet. Den ger en förenklad bild och ställer därför stora krav på läsaren vad gäller vidare analys och tolkning av resultaten.
- Jämförelserna i denna rapport syftar inte till, och är inte utformade för, att stödja patienternas val av vårdgivare.

att redovisa sjukhusdata. Ett annat argument för att lyfta fram variation på sjukhusnivå är att ge perspektiv på skillnaderna mellan landsting. Rapportens fokus på jämförelser mellan landsting kan omedvetet leda till den ofta förhastade slutsatsen att skillnaderna i vården är orsakade av den politiskt-administrativa indelningen av hälso- och sjukvården i landsting.

Sjukhusen redovisas per landsting, utan rangordning. Detta gör det lättare att hitta respektive sjukhus, men framförallt är motivet att vi inte ser redovisningen som en värdering av kvalitet på sjukhusnivå. Utfallet på sjukhusnivå vare sig värderas eller kommenteras, utöver rena metod- eller datakvalitetsaspekter.

Exempel från hjärtsjukvården (indikatorerna om icke ST-höjningsinfarkt) får illustrera en viktig aspekt vid sjukhusjämförelser: Indikatorerna är bra, variationer i patienternas sjukdomsgrad är hanterad genom åldersavgränsning och patienturval, men täckningsgraden i det aktuella kvalitetsregistret varierar påtagligt mellan sjukhus. Detta gör att ett sjukhus kan redovisa toppresultat, men baserat bara på hälften av de patienter som egentligen borde ha rapporterats. För resultatmått bör frågor om patientsammansättning hanteras, innan egentliga kvalitetsjämförelser publiceras.

Samma tidsperiod som vid landstingsredovisning används i normalfallet. Konfidensintervall återges, för att visa den osäkerhet som uppstår som följd av att antalet fall kan vara få. Vi har samma sjukhus- eller klinikindelning som fanns i det använda registret, det vill säga Patientregistret eller det aktuella kvalitetsregistret. Ingen justering för patientsammansättning har i normalfallet gjorts, utöver åldersstandardisering i det fall detta gjorts vid landstingsredovisningen.

Strävan har varit att redovisa sjukhusdata för alla indikatorer där det är relevant. Redovisningen är dock inte komplett, av olika skäl. I något fall har företrädare för kvalitetsregister inte velat visa utfall på sjukhusnivå, eftersom överenskommelse om offentlig publicering ännu inte ingåtts inom registret.

Öppna jämförelser är en publiceringsform framförallt för landstingsjämförelser. När en mera fullödig modell för kvalitetsjämförelser av sjukhus lanseras, bör denna vara väl genomarbetad och förberedd, vilket i nuläget inte är fallet i Sverige. Man kan publicera data om sjukhus, men bör då ha måttfull ansats, tona ned utvärderingsperspektivet och istället betona att sjukhus bör jämföra och förbättra sina egna resultat över tid.

Rikets genomsnitt är ingen måttstock

Rangordning av landstingen i diagrammen sker oftast utan explicita angivelser av målvärden. Resultatet för riket markeras i diagrammen. Detta medför en risk för att rikets genomsnitt ses som en norm för det acceptabla eller det medelgod resultatet. Detta vore en feltolkning.

Rikets resultat är inte den måttstock som bör användas, när landstingens utfall värderas. Om utfallet för riket som helhet är positivt, kan en stor negativ avvikelser från riket vara förenligt med att utfallet för det avvikande landstinget ändå är bra. Då är den viktiga slutsatsen att allas resultat är bra, inte att något landsting avviker i den ena eller den andra riktningen.

Även det omvända gäller. Om landstingen generellt sett uppvisar dåliga resultat, jämfört med enskilda sjukhus i Sverige, med andra länder eller helt enkelt bara jämfört med vad som potentiellt är möjligt, kan en placering i toppen av ett diagram ändå vara ett dåligt resultat.

Dessutom kan rikets resultat hamna bland landstingen med sämre resultat då något eller några av de stora landstingen eller regionerna drar med sig rikets värde neråt. Få landsting har då ett sämre resultat än riket; de flesta har jämfört med riket ett bättre utfall. Att jämföra med mittenlandstinget, medianen, kan då vara ett bättre alternativ, men fortfarande måste utfallet bedömas utifrån bredare aspekter än både rikets eller medianlandstingets värde.

Läsaren ska således inte utgå från att rikets eller medianlandstingets värde är ett bra resultat. Medel- eller medianvärde är bara ett statistiskt utfall av allas resultat och rymmer ingen värdering av vad som är bra eller dåligt eller möjligt att uppnå. Intentionen är att fokus ska ligga på att analysera resultaten i relation till tidigare resultat och andras resultat i syfte att hitta förbättringsmöjligheter, oavsett placering.

Kvalitetsregisters representativitet

När data från kvalitetsregister används, bör hänsyn tas till att dessa registers täckningsgrader varierar. Även om ett register har god täckningsgrad i meningen att alla eller de flesta sjukhus/kliniker är med, så är registrets data ändå inte självklart representativa för hela den aktuella patientgruppen. Eftersom andelen rapporterade patienter varierar mellan sjukhus/landsting, så kan det inte uteslutas att detta påverkar utfallet. Det saknas information om vården för de patienter som inte rapporterats. Om dessa får annan vård eller annat resultat än de rapporterade patienterna, blir det redovisade utfallet snedvridet.

För vissa indikatorer accepteras en relativt stor variation i täckningsgrad, men detta anges då i texten som en särskild osäkerhet. I andra fall kan man inte veta hur stor andel av patienterna som rapporteras, eftersom det inte finns något förmodat helt täckande register att jämföra med. Vanligen görs jämförelsen mellan kvalitetsregistret och Patientregistret, som är det bredaste registret för individdata om vårdkontakter i öppen och sluten vård. Men rapporteringen av åtgärder och diagnoser till Patientregistret har också brister.

Dessa frågor kommenteras i indikatorexterna. I bilaga 2 redovisas ett antal kvalitetsregisters täckningsgrad i förhållande till framförallt Patientregistret.

Statistiska aspekter och slump

Textkommentarer till diagrammen berör ofta skillnaderna, spridningen, mellan landstingen. Det är därför viktigt att ha följande i åtanke, när diagrammen studeras.

Det är av rent statistiska skäl mera sannolikt att de mindre landstingen – som Gotland, Blekinge, Kronoberg och Jämtland – intar extrempositioner i rangordningen av en slump, än att de stora landstingen gör det. De stora landstingens värden är statistiskt sett säkrare och därmed också stabilare över tid. Konkretare och något annorlunda uttryckt: Om antalet patienter/behandlingar är få, så får ett mindre antal framgångar eller misslyckanden en större återverkan på resultatet, än om antalet patienter/behandlingar varit flera.

En annan aspekt är att Stockholm, Västra Götaland och Skåne tenderar att hamna nära rikets värden. Detta beror på att de utgör en större del av riket än övriga landsting och därmed påverkar rikets medeltal mer än andra.

I de allra flesta diagram redovisar vi 95-procentiga konfidensintervall med ett svart streck vid respektive landstings stapel. Dessa anger den statistiska osäkerhetens utsträckning kring det faktiska värdet för landstingen. För de mindre landstingen, där antalet observationer är färre och utrymmet för slumpen större, är konfidensintervallen vidare. För några indikatorer har det inte funnits tillgång till det nödvändiga underlaget för att beräkna konfidensintervall.

Att peka på dessa statistiska aspekter är tänkt att vara ett stöd för läsarens tolkning av jämförelserna, inte ett sätt att tömma dem på möjligheten till meningsfulla tolkningar. De misslyckanden eller framgångar i vårdprocessen (dödsfall, reoperationer, återinskrivningar etc) som leder till det redovisade resultatet har faktiskt inträffat. De kan inte avfärdas med hänvisning till slump eller statistisk osäkerhet, utan bör granskas och värderas.

Färgläggning anger relativ position och är inte ett betyg

Alla resultat sammanförs i en tablå i slutet av rapporten. Där ges landstingens utfall en färg för alla indikatorer som presenteras med rangordnade diagram. Färgen är baserad på position i rangordningen: Rött för de sju landstingen i botten, grönt för de sju i toppen och gult för de övriga.

Syftet med färgläggningen är att ge en första signal om ett landstings utfall i förhållande till andras, och då för respektive indikator, inte för helheten. Den är inget betyg. Tablåen kan ses som en tabellbilaga, snarare än som en sammanfattande resultatguide.

Genom åren har flera diskussioner förts om för- och nackdelar med denna enkla färgläggningsmodell. Invändningarna är uppenbara för alla. Ett rött resultat kan vara ett bra resultat och ett grönt ett dåligt, utifrån en saklig värdering. Även grönfärgade utfall kan därför inrymma förbättringsmöjligheter. En liten avvikelse från

medianlandstinget kan medföra rödmarkering. Ingen hänsyn tas till statistisk osäkerhet eller ojämn datakvalitet, utan alla indikatorer behandlas på samma vis i detta hänseende. Ingen hänsyn tas heller till att indikatorerna vid en medveten prövning skulle ges olika vikt.

Övergripande indikatorer

Här redovisas nio övergripande hälso- och sjukvårdsindikatorer, under fyra under-rubriker:

- Dödlighet, undvikbar slutenvård med mera
- Förtroende och patienterfarenheter
- Tillgänglighet
- Kostnader

Indikatorerna är inplacerade i detta avsnitt därför att de är övergripande, i mening-en att de som regel inte avser specifika sjukdomsgrupper eller behandlingstyper. De övergripande indikatorerna syftar således inte till att summera eller sammanfatta utfallen i de övriga områdena.

Flera förändringar har skett sedan föregående år. Uppdaterade data från Folkhälso-institutet om självskattat hälsotillstånd hos landstingens befolkningar fanns inte tillgängligt i tid för att kunna tas med. Kritik har framförts mot indikatorn som mäter smittspårning i samband med MRSA, som därför tagits bort.

Inom området *Förtroende och patienterfarenheter* visas flera nya indikatorer från den nationella patientenkäten avseende specialiserad somatisk vård. Förra årets visades enbart data från primärvården.

Utan att de formellt presenteras som indikatorer, visas data för både barn som slut-envårdas med astmadiagnos (undvikbar slutenvård), ett tandhälsomått och behand-lingseffekt för barn som ges behandling vid fetma. Motiven varierar. Tandvårds-området har inte tidigare ingått i *Öppna jämförelser*, men kan komma att göra det, när tillgången på data för jämförelser förbättras. Barnfetmabehandling speglar ett viktigt hälsoproblem, men rapporteringen till kvalitetsregistret Barnobesitas i Sve-rige är i nuläget för begränsad för att data fullt ut skall kunna presenteras som en indikator i denna rapport.

DÖDLIGHET, UNDVIKBAR SLUTENVÅRD MED MERA

1 Återstående medellivslängd

Medellivslängden är ett mått på hur folkhälsan utvecklas. Tillsammans med barnadödlighet är det ett av de mest använda måtten när man jämför olika länder.

För personer födda år 2006–2010 var den återstående medellivslängden i Sverige beräknad till 83,2 för kvinnor och 79,1 år för män. Medellivslängden fortsätter därmed att öka något för såväl kvinnor som män (mer för män 0,2 mot 0,1 för kvinnor). Skillnaden mellan könen minskade något jämfört med förra mätperioden, men är fortfarande knappt fyra år. För både kvinnor och män är skillnaderna i medellivslängd mellan landstingen som mest cirka två år. På kommunnivå är skillnaderna stora även i samma landsting. Kommunskillnaderna mellan längsta och kortaste medellivslängd är 6,1 år för kvinnor (Danderyd med 85,6 och Älvdalen med 79,6) och hela 8,5 år för män (Danderyd med 83,1 och Pajala med 74,5). Alltså medellivslängdens variation mellan män är större än kvinnor på kommunnivå. Mönstret överensstämmer väl med skillnader i den åtgärdbara dödligheten i ischemisk hjärtsjukdom i landstingen, som redovisas nedan.

I ett internationellt perspektiv är medellivslängden hög i Sverige. Svenska män lever nästan längst av alla män. Bara män på Island, i Schweiz, Japan och Australien lever längre. Även svenska kvinnor lever länge, men här är det förutom de länder med högst medellivslängd för män även några länder i Sydeuropa som har en högre medellivslängd.

Vid en internationell jämförelse av dödligheten i olika åldersklasser ser man att svenska kvinnor och män har den lägsta, eller bland den lägsta, dödligheten från 1 års ålder upp till 60-årsåldern för kvinnor och upp till 75-årsåldern för män. Därefter har vi en relativt sett högre dödlighet. För kvinnornas del beror det till stor del på att rökning blev vanligt tidigare bland svenska kvinnor än i andra länder. Idag minskar rökningen bland svenska kvinnor och de röker i ungefär samma utsträckning som kvinnor i övriga europeiska länder. Svenska män röker dock i betydligt lägre grad än europagenomsnittet.

Skillnaderna mellan könen minskar efter att ha varit som störst i mitten av 70-talet, då kvinnor levde i genomsnitt 6,2 år längre än män. Män har en högre dödlighet i sjukdomar relaterade till livsstilsfaktorer, såsom skador och olyckor, alkoholrelaterad död, självmord och framför allt hjärt-kärlsjukdom i de högre åldrarna. Kvinnor har en högre dödlighet i cancer, beroende på framförallt dödligheten i bröstcancer, än män i åldrar upp till 60 år.

För både kvinnor och män gäller att personer med lång utbildning har högre medellivslängd än personer med kort utbildning.

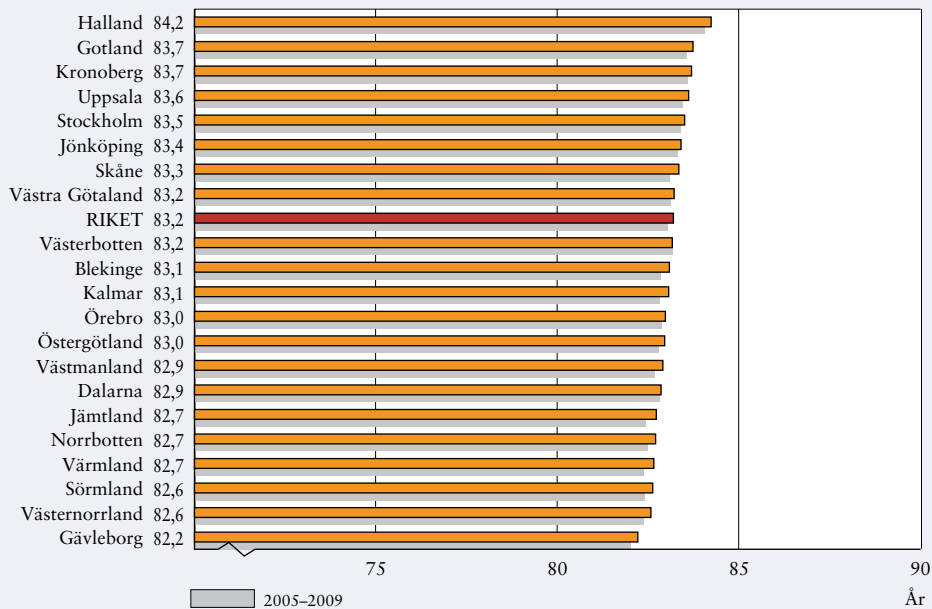


Diagram 1 Beräknad återstående medellivslängd vid födseln.
Kvinnor Barn födda 2006–2010 i Sverige.

Källa: Befolkningsstatistik, Statistiska centralbyrån

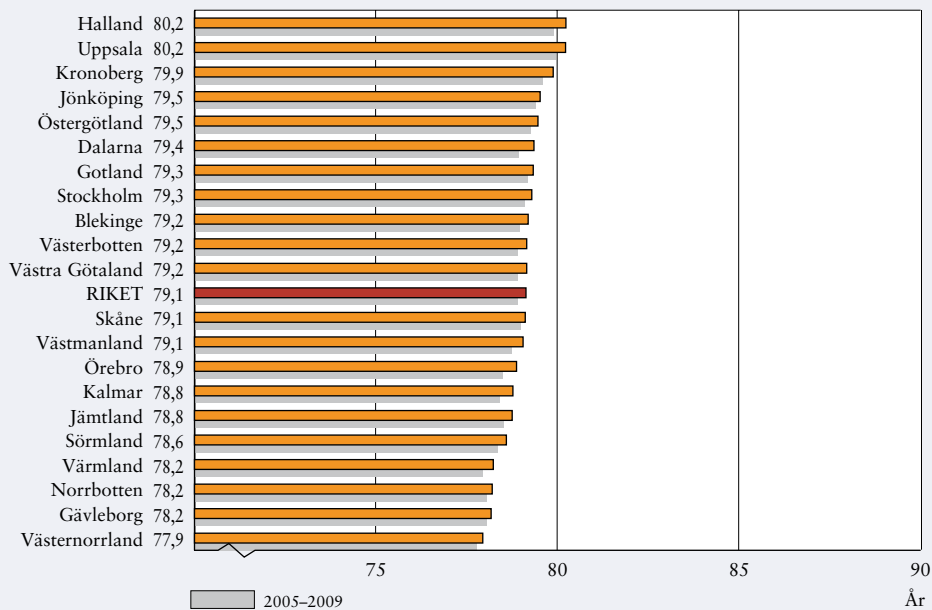


Diagram 1 Beräknad återstående medellivslängd vid födseln.
Män Barn födda 2006–2010 i Sverige.

Källa: Befolkningsstatistik, Statistiska centralbyrån

2 Hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet

Sedan mitten av 1980-talet görs inom EU jämförelser av hälso- och sjukvården i medlemsländerna med hjälp av ett mått på så kallad åtgärdbar dödlighet. Avsikten är att den kunskap som finns om vissa sjukdomars orsaker och om olika behandlingsmetoders effektivitet ska omsättas till handling, genom att i ett mått fokusera på den dödlighet i en befolkning som kan påverkas. Den studerade befolkningen avgränsades tidigare till åldern 1–74 år. Till följd av högre medellivslängd samt effektivare behandlingsmetoder har åldersspannet utvidgats till att omfatta även 75–79-åringar.

Måttet åtgärdbar dödlighet består av dödlighet i ett antal utvalda diagnoser och dödsorsaker, indelade i två grupper, den ena är hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet. Den avser diagnoser och dödsorsaker som anses möjliga att påverka med bredare hälsopolitiska insatser, som kampanjer för rökavvänjning och förbättrade alkoholvänor. De diagnoser och dödsorsaker som ingår i denna indikator är lungcancer, cancer i matstrupe, levercirros och motorfordonsolyckor. Indikatorn är en av Socialstyrelsens nationella indikatorer för uppföljning enligt God vård.

Det faktiska antalet hälsopolitiskt åtgärdbara dödsfall var 15 123 sammantaget för åren 2007–2010, varav 6 256 kvinnor och 8 867 män.

Landstingens hälsopolitiskt åtgärdbara dödlighet avseende kvinnor respektive män återges i diagram 2, uttryckt som antalet åtgärdbara dödsfall per 100 000 invånare, sammantaget för åren 2007–2010. Jämförelsen är åldersstandardiserad, vilket innebär att korrigering gjorts för skillnader i befolkningens åldersstruktur mellan landstingen. I denna indikator utgör dödsfall på grund av lungcancer och motortrafikolyckor den absolut största andelen dödsfall. Observera att Gotlands resultat påverkas av stora slumpvariationer som en följd av en mindre befolkning.

För kvinnorna är dödligheten betydligt lägre än för männen. Skillnaden mellan landstingen är dock stor. Jönköping uppvisar lägst dödstal bland kvinnor (23,9) och Västerbotten har lägst för män (33,5), medan Skåne, Gävleborg, Örebro och Stockholm ligger högst. Det finns dock skillnader inom landstingen, även om dödligheten bland män är större än bland kvinnor i alla landsting.

Utvecklingen av den hälsopolitiskt åtgärdbara dödligheten med befolkningen indelad i utbildningskategorier visas i diagram 2A. För den kvinnliga befolkningen med enbart grundskola eller gymnasieutbildning har denna dödlighet ökat över tid, medan den för männen i dessa utbildningskategorier inte sjunkit så markant som den gjort i befolkningen med eftergymnasial utbildning.

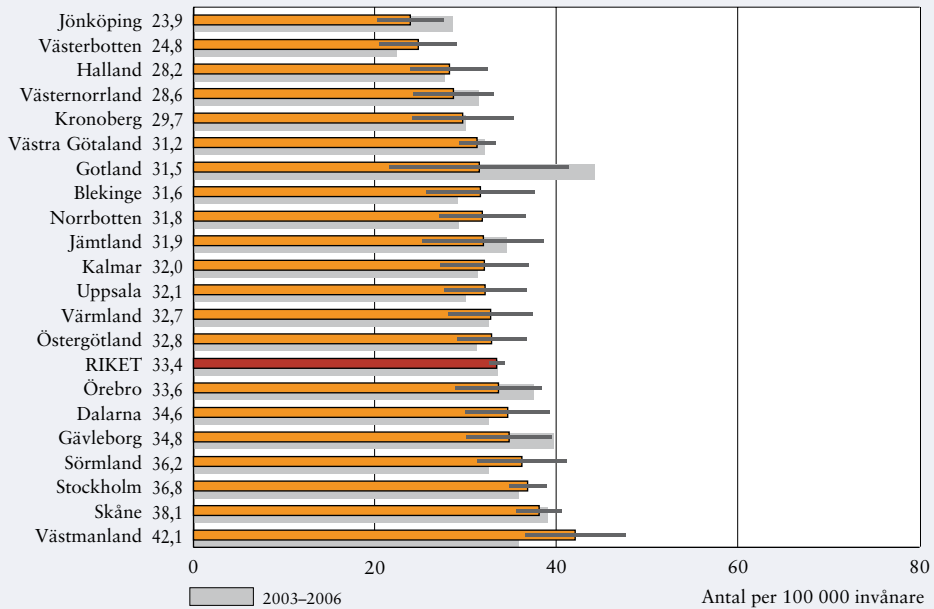


Diagram 2 Hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet – dödsfall per 100 000 invånare 1–79 år, 2007–2010. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

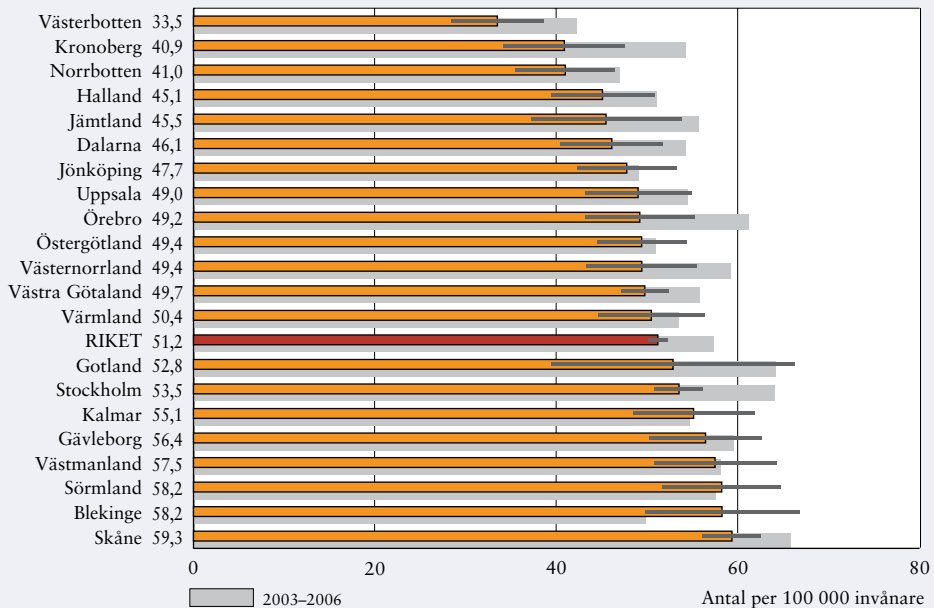
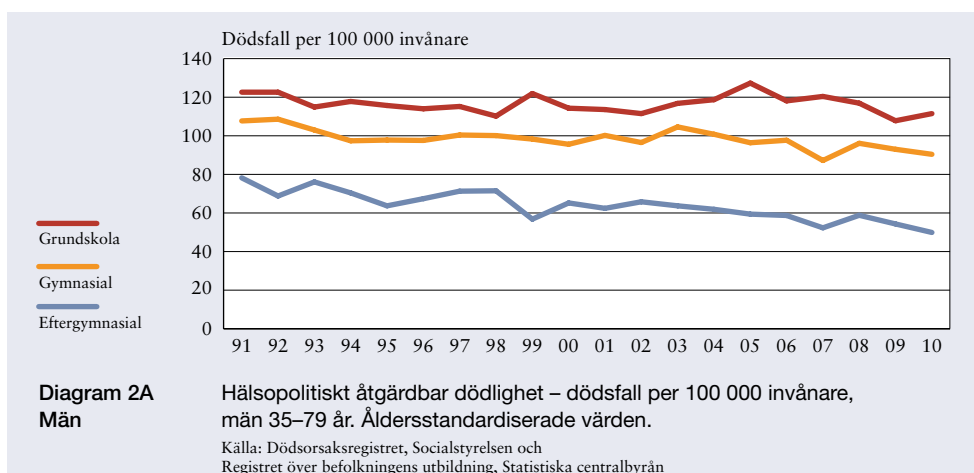
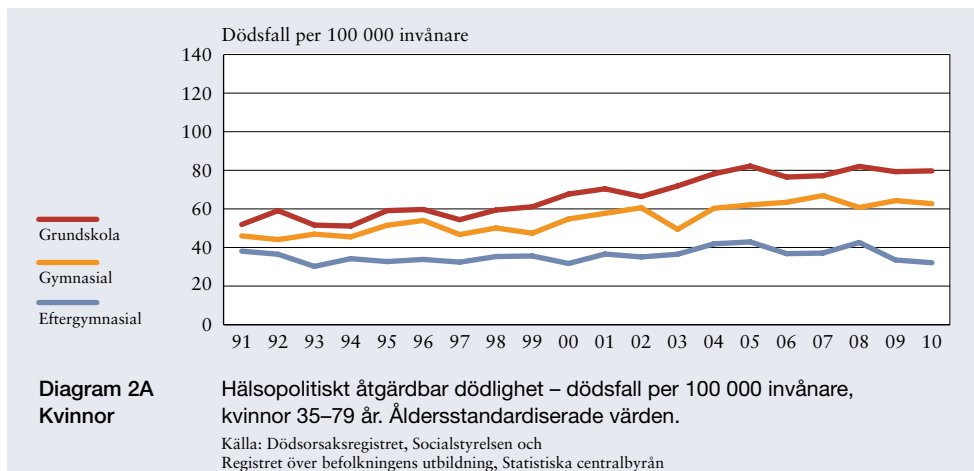


Diagram 2 Hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet – dödsfall per 100 000 invånare 1–79 år, 2007–2010. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen



3 Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet

Den andra gruppen av åtgärdbara dödsfall är sjukvårdsrelaterad dödlighet. Den gruppen består av död i diagnoser som valts ut därför att de bedömts vara möjliga att påverka med olika medicinska insatser, genom tidig upptäckt och behandling. Även denna indikator är en av Socialstyrelsens nationella indikatorer för uppföljning enligt God vård. Exempel på diagnoser som ingår är diabetes, blindtarmsinflammation, stroke, gallstenssjukdom och livmoderhalscancer.

Det faktiska antalet sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödsfall var 14 559 sammantaget för åren 2007–2010, varav 6 344 kvinnor och 8 215 män. Antalet dödsfall per 100 000 invånare per landsting och kön redovisas i diagram 3.

Stroke och diabetes är de diagnoser som har störst påverkan på den sjukvårdsrelaterade dödligheten, för kvinnor även cancer i livmoderhalsen. Variationen mellan landsting är något större än vad den är för den hälsopolitiskt åtgärdbara dödligheten.

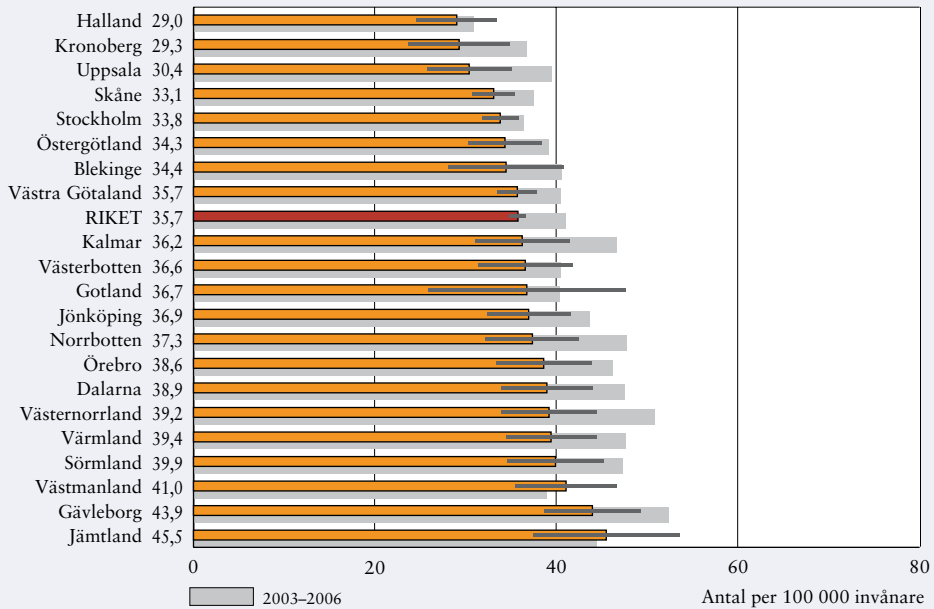


Diagram 3 Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet – dödsfall per 100 000 kvinnor
 Kvinor invånare 1–79 år, 2007–2010. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

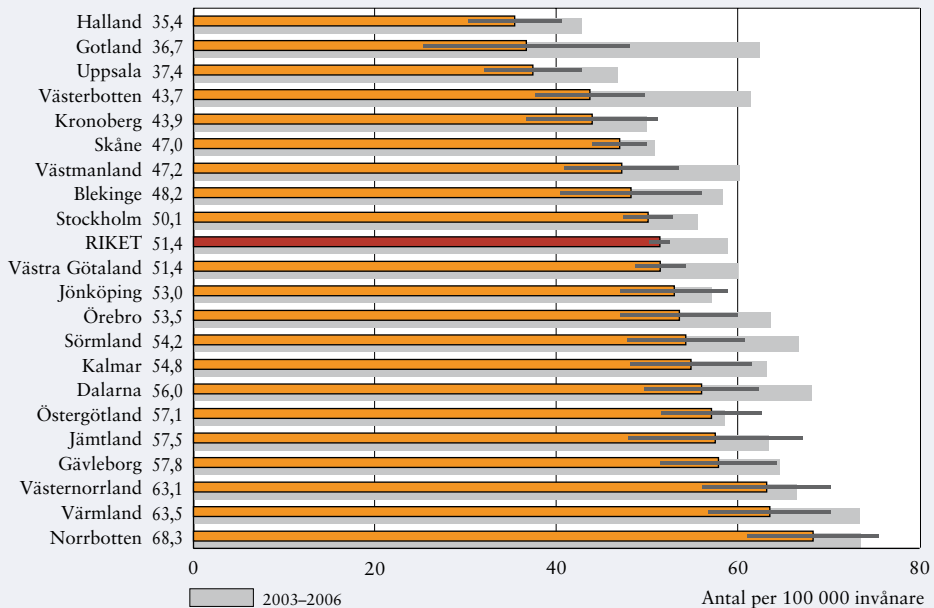
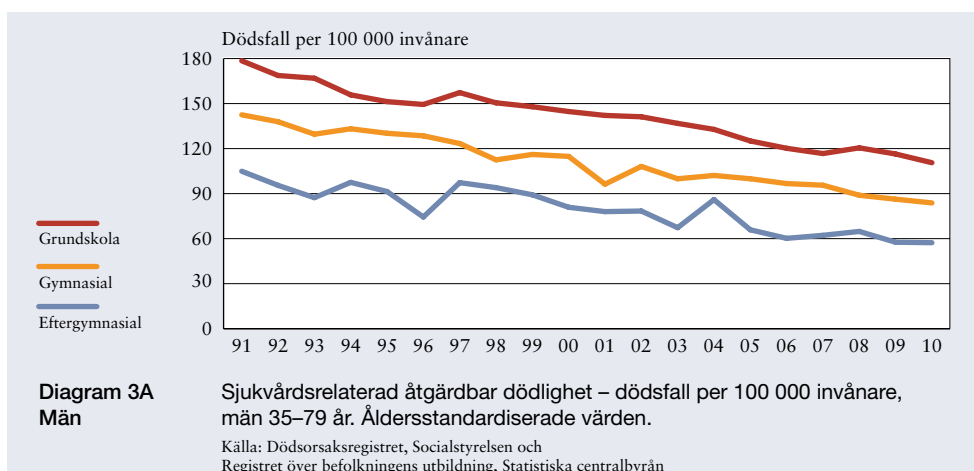
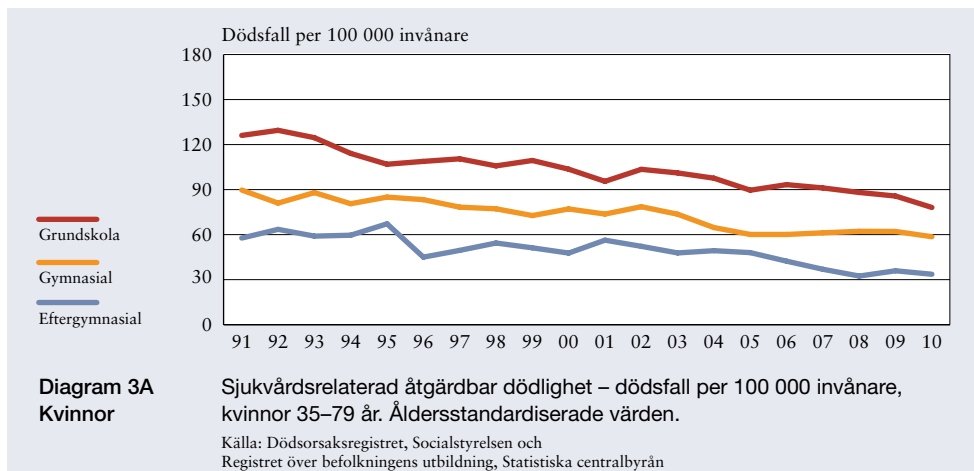


Diagram 3 Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet – dödsfall per 100 000 män
 Män invånare 1–79 år, 2007–2010. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen



Dödligheten för män är generellt sett klart högre än för kvinnor, men skillnaderna är mindre än vad de är för den hälsopolitiskt åtgärdbara dödligheten. Det finns dock skillnader mellan landstingen.

Skillnaderna i sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet ska tolkas med en viss försiktighet, bland annat eftersom sättet att sätta diagnoskoder kan variera mellan landstingen. Särskilt kan detta gälla diabetes.

Det finns inga internationella jämförelser med mått på åtgärdbar dödlighet som är identiskt med det som här används. I en snarlik jämförelse, avseende den åtgärdbara dödlighet som hälso- och sjukvården kan påverka, var Sveriges dödlighet lägst av de 19 undersökta länderna. Dock avsåg denna jämförelse 1998. I jämförelser där dödlighet i hjärtinfarkt är inkluderad har Sverige en sämre position.

I diagram 3A, som visar den sjukvårdsrelaterade dödligheten per utbildningskategori, kan ses att dödligheten minskat i hela befolkningen, oavsett utbildningsnivå.

Det finns även en svag tendens till minskade skillnader i dödlighet mellan de olika utbildningskategorierna, tydligare för män än för kvinnor.

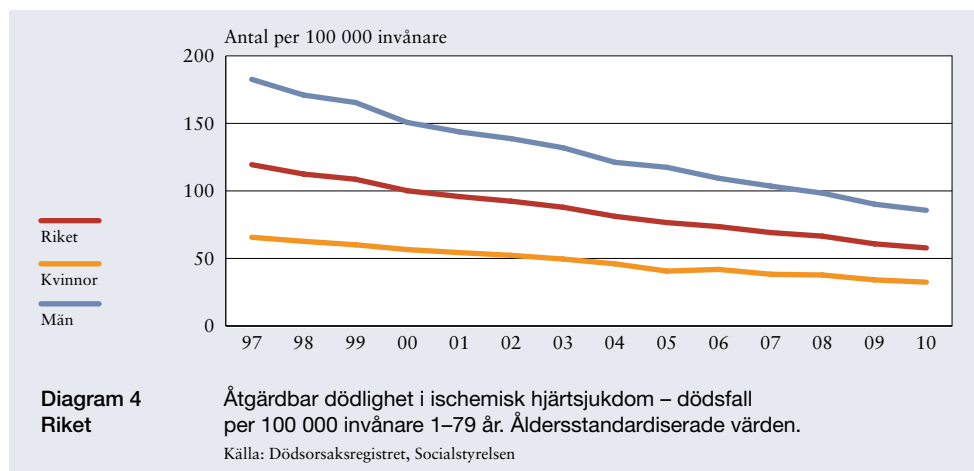
4 Åtgärdbar dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom

Ischemiska hjärtsjukdomar utgörs av sjukdomar orsakade av en försämrad syretillförsel till hjärtat. Akut hjärtinfarkt är den dominerande dödsorsaken i denna kategori. År 2010 dog totalt 15 000 personer i Sverige med huvuddiagnos ischemisk hjärtsjukdom. Detta motsvarar 160 personer per 100 000 invånare.

Dödligheten i ischemisk hjärtsjukdom har minskat betydligt under de senaste tio åren. Efter att hänsyn tagits till skilda åldersfördelningar över tid, sjönk dödligheten med 40 procent mellan åren 1997 och 2010. Nedgången gäller båda könen, men är något större bland män. Män har dock fortfarande en betydligt högre dödlighet i ischemiska hjärtsjukdomar än kvinnor. Trots den beskrivna nedgången i mortalitet är den fortfarande betydande. Närmare 17 procent, av all mortalitet i Sverige kan hänföras till ischemisk hjärtsjukdom. Bara dödligheten i tumörsjukdomar, som står för cirka en fjärdedel av dödligheten, har en större andel.

I den definition av åtgärdbar dödlighet som används idag (se indikator 2 och 3) ingår inga hjärtdiagnoser. Den kraftiga nedgången i mortalitet i ischemiska hjärtsjukdomar visar dock att en betydande del av denna dödlighet kan åtgärdas, antingen med medicinska insatser (sjukvårdsrelaterat åtgärdbara) eller med förändringar av levnadsvanor och livsvillkor (hälsopolitiskt åtgärdbara). Det har i internationell debatt också föreslagits att åtminstone delar av den ischemiska hjärtdödligheten borde ingå som komponent i något av måtten för åtgärdbar dödlighet.

Diagram 4 visar dödligheten i ischemisk hjärtsjukdom, åldersstandardiserat per 100 000 invånare för respektive landsting och som trend för riket. I materialet ingår avlidna före 80 års ålder åren 2009–2010. Källan är Dödsorsaksregistret.



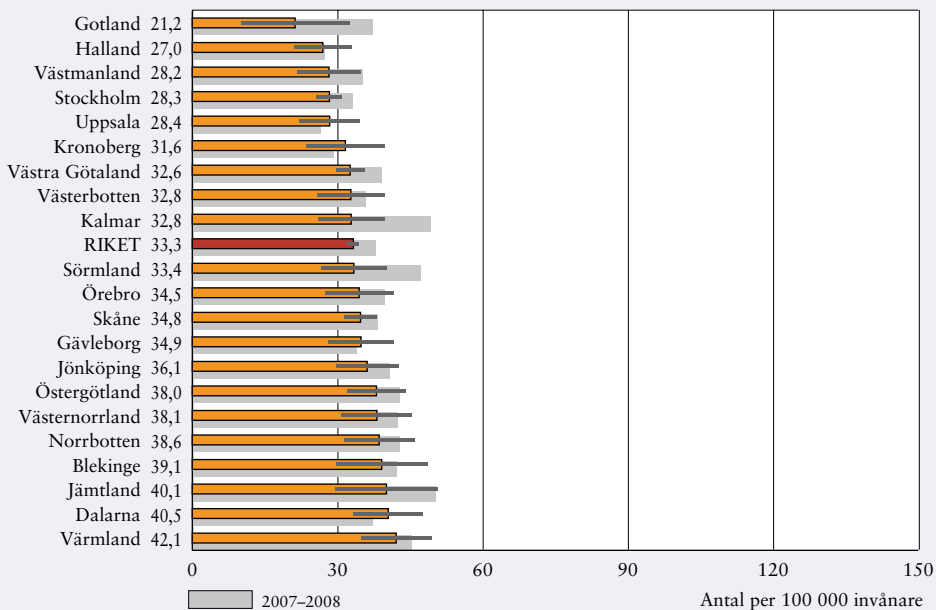


Diagram 4
Kvinnor

Åtgärdbar dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom – dödsfall per 100 000 invånare 1–79 år, 2009–2010. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

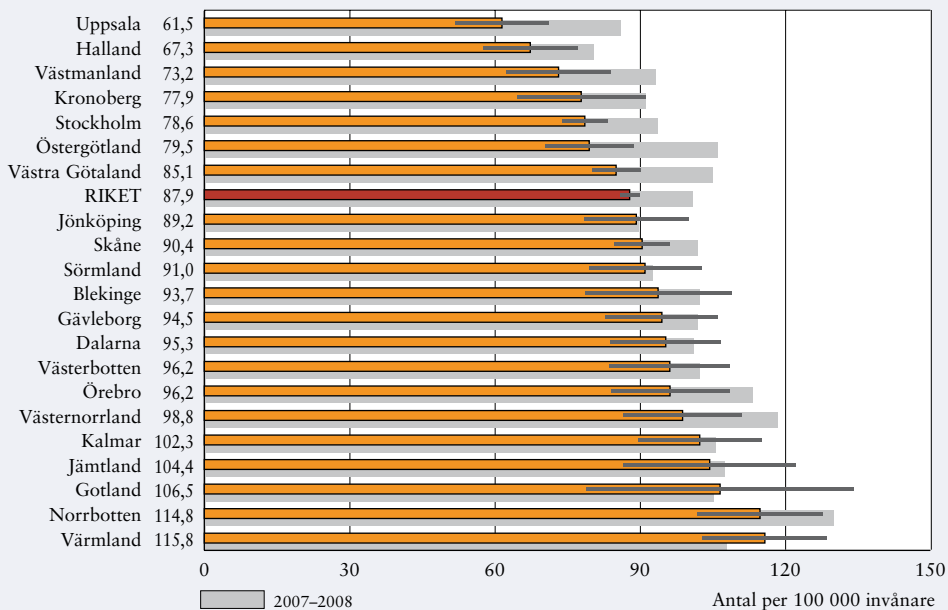
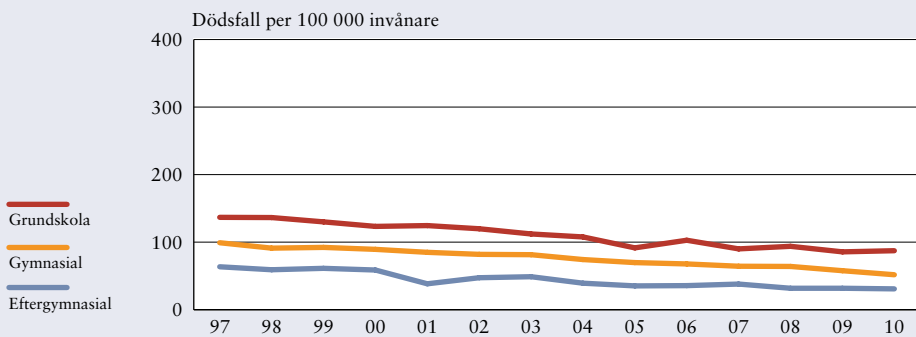


Diagram 4
Män

Åtgärdbar dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom – dödsfall per 100 000 invånare 1–79 år, 2009–2010. Åldersstandardiserade värden.

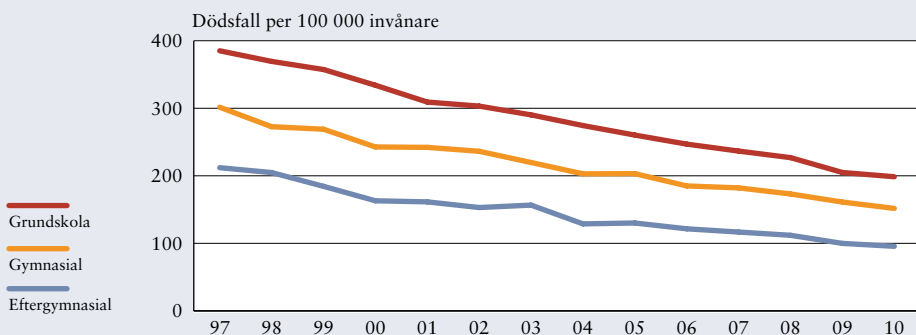
Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen



**Diagram 4A
Kvinnor**

Åtgärdbar dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom – dödsfall per 100 000 invånare, kvinnor 35–79 år. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen och Registret över befolkningens utbildning, Statistiska centralbyrån



**Diagram 4A
Män**

Åtgärdbar dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom – dödsfall per 100 000 invånare, män 35–79 år. Åldersstandardiserade värden.

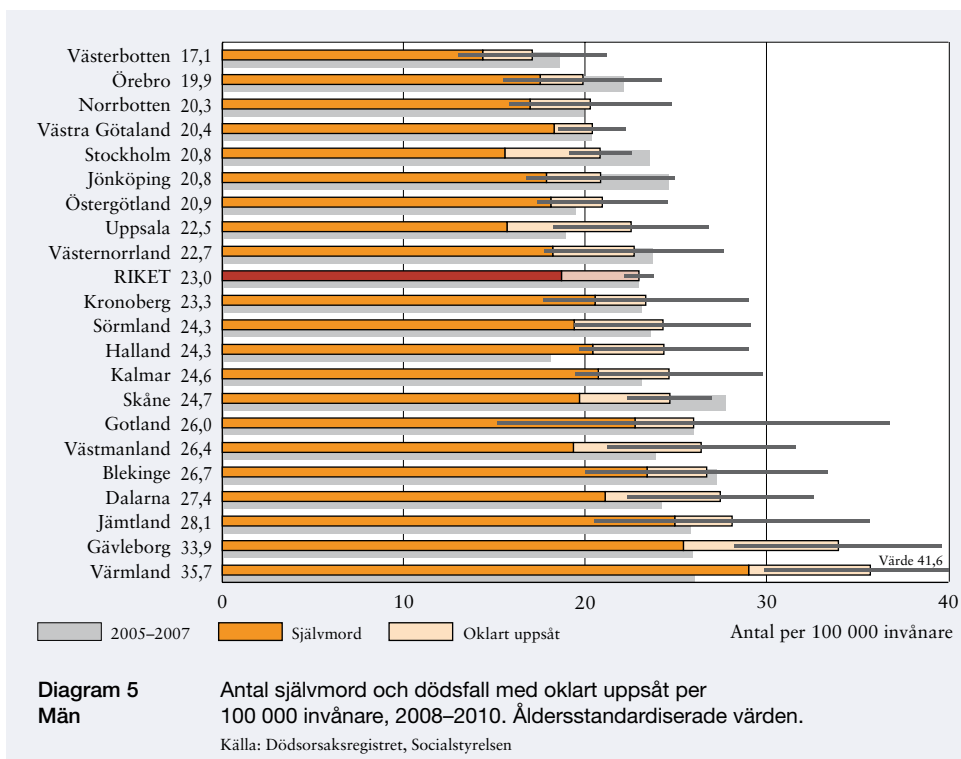
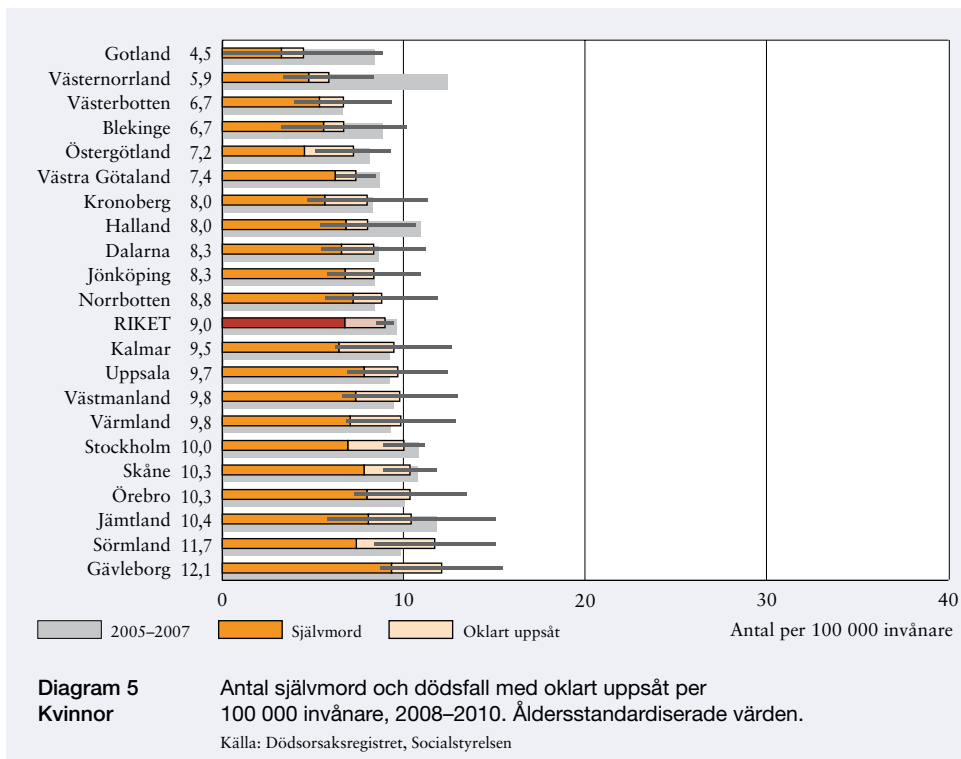
Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen och Registret över befolkningens utbildning, Statistiska centralbyrån

Variationen mellan landstingen för åren 2009–2010 är betydande, både för kvinnor och för män, även om antalet kvinnor som dör är betydligt färre. 2010 avled 1 500 kvinnor och 3 600 män i de aktuella åldrarna i ischemisk hjärtsjukdom. Av trenddiagrammet framgår att dödligheten i ischemisk hjärtsjukdom i åldrarna under 80 år har halverats under åren 1997–2010.

I diagram 4A ses att dödligheten sedan 1997 har minskat i hela befolkningen, oavsett utbildningsnivå. Det finns vidare en klar tendens till minskade skillnader i dödlighet för män med olika utbildningsnivå, medan skillnaderna för kvinnor i stort sett varit konstanta de fem-sex senaste åren.

5 Självmord i befolkningen

Sedan 1 februari 2006 råder anmälningsskyldighet enligt Lex Maria av självmord som begåtts i anslutning till hälso- och sjukvården inom fyra veckor efter senaste kontakt med hälso- och sjukvården. Brister som identifierats inom vården är till ex-



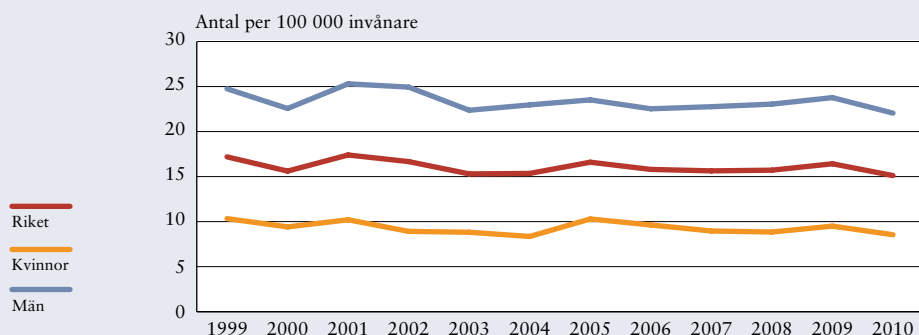


Diagram 5
Riket

Antal självmord och dödsfall med oklart uppsåt per 100 000 invånare. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

empel att det inte gjorts systematiska självmordsriskbedömningar i tillräckligt hög utsträckning, ofullständig dokumentation och att verksamheten inte följt de egna regionala vårdprogrammen.

För att bedöma hälso- och sjukvårdens insatser är självmord efter vårdkontakter i princip en tänkbar indikator. I praktiken är det emellertid svårt att utforma en sådan på ett relevant sätt och med tillförlitliga data på nationell nivå, då primärvården inte finns representerad i hälsodataregistren samt att endast läkarbesök rapporteras till dem.

Sverige har medelhöga självmordstal jämfört med övriga Europa. Danmark och Finland har högre självmordstal än Sverige. Antalet personer som begår självmord i Sverige har minskat sedan början av 1980-talet, framförallt bland män. Självmord är dock fortfarande vanligare bland män än bland kvinnor. År 2010 tog 302 kvinnor och 836 män sitt liv, totalt 1 138 personer. Därtill fanns det 308 dödsfall med oklart uppsåt, 111 kvinnor och 197 män. Utöver detta vårdades år 2010 cirka 10 000 personer i sluten vård på grund av avsiktlig självdestruktiv handling.

Antalet självmord per 100 000 invånare under åren 2001–2010 redovisas. Under denna period begick 14 721 personer självmord, inkluderat dödsfall med oklart uppsåt. Trenden är stabil under den redovisade tidsperioden.

6 Avsiktlig självdestruktiv handling – självmordsförsök

Psykisk ohälsa är en av de stora utmaningarna som hälso- och sjukvården står inför. I den internationella klassifikationen av sjukdomar (ICD-10) finns diagnoskoder som innefattar olika typer av "avsiktlig självdestruktiv handling", det som i vardagligt tal benämns "självmordsförsök". Denna indikator visar, på ett par olika sätt, hur många patienter som vårdats med någon av dessa diagnoser som huvuddiagnos.

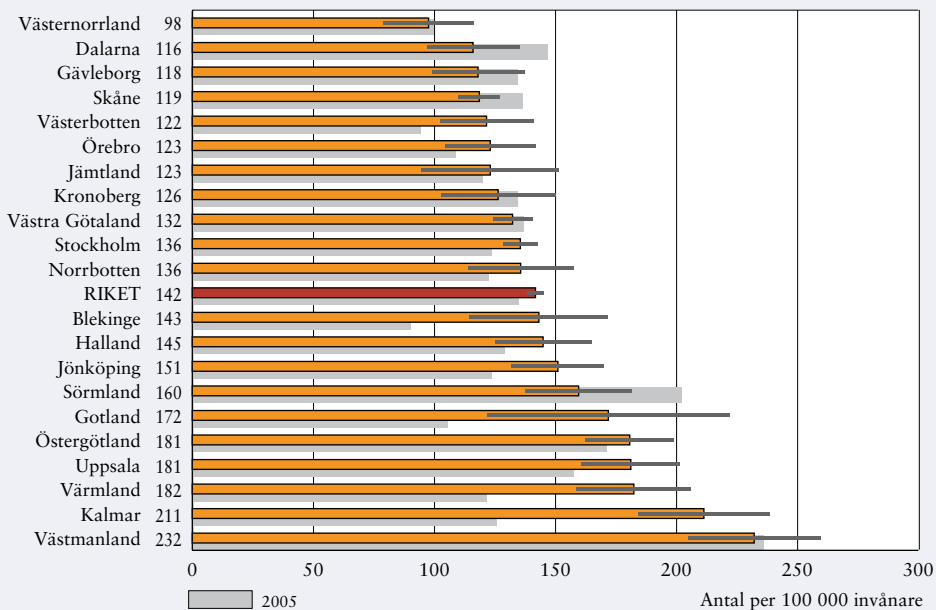


Diagram 6 **Avsiktlig självdestruktiv handling (självordsförsök)**
Kvinnor **– antal per 100 000 invånare, 2010.**

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

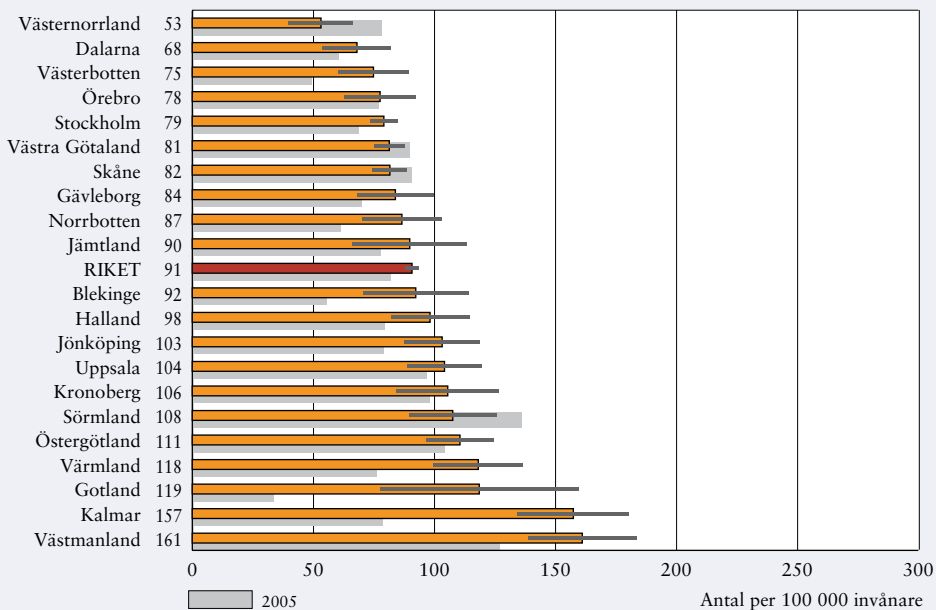
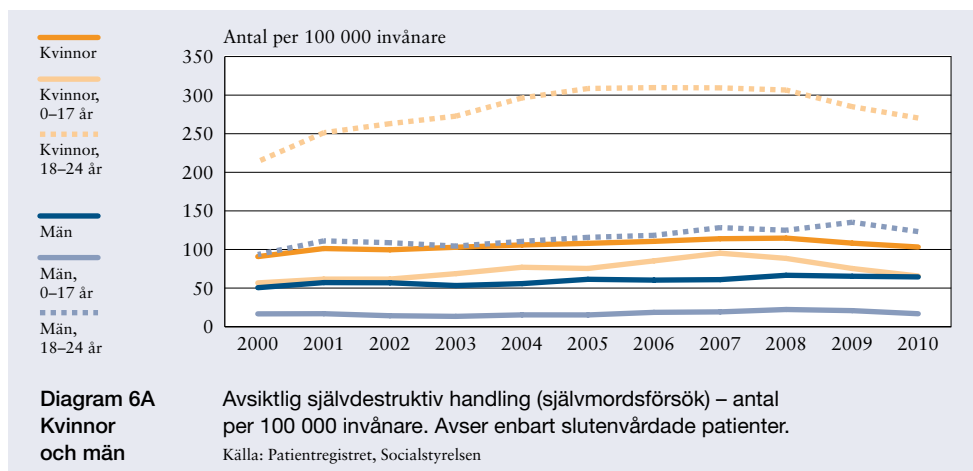


Diagram 6 **Avsiktlig självdestruktiv handling (självordsförsök)**
Män **– antal per 100 000 invånare, 2010.**

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen



Landstingsdiagrammet visar antalet vårdade i alla åldrar per 100 000 invånare. Här ingår alla personer med någon av dessa diagnoser, oavsett om vårdkontakten skedde i slutenvård eller i öppen vård. En begränsning är att den öppna vården i Patientregistret innehåller uppgifter bara från läkarbesök, inte patienters besök hos andra personalkategorier. Trenddiagrammet fokuserar på den nationella utvecklingen vad gäller avsiktlig självdestruktiv handling för barn och unga/unga vuxna. Dessa siffror baserar sig endast på slutenvård, vilket är det vanligaste sättet att redovisa förekomsten av avsiktlig självdestruktiv handling på.

Några saker är viktiga att ta hänsyn till när man bedömer statistik om "avsiktlig självdestruktiv handling". Till exempel kan praxis i diagnosättning variera mellan landsting. Den vanligaste frågan är huruvida de personer som kommer till sjukhuset med skär/rispskador alltid ingår. Den frågan är inte utredd i detta sammanhang. Ett annat exempel är att det troligen generellt sett finns ett stort mörkertal där vissa handlingar aldrig kommer till sjukvårdens kännedom, eller leder till vårdkontakter i primärvård eller annan sjukvård som inte ingår i Socialstyrelsens register.

Diagram 6 visar mycket stora skillnader mellan landstingen när det gäller vårdade för avsiktlig självdestruktiv handling. Detta är första gången som data från både slutenvård och öppen vård visas och de stora skillnaderna kan delvis vara orsakade av brister i den diagnosregistrering som sker till Patientregistret. Jämfört med 2005 har några i landsting antalet vårdade ökat kraftigt, vilket troligen delvis har att göra med en ökad registrering. Fler kvinnor än män vårdas för avsiktlig självdestruktiv handling.

Trenddata på nationell nivå för barn och unga mellan åren 2000–2010 visar att kvinnor 18–24 år vårdas i störst utsträckning för avsiktlig självdestruktiv handling, med en tydlig ökning fram till mitten av decenniet. För motsvarande manliga åldersgrupp ses också en ökning under perioden, men inte lika tydlig. Gemensamt är att en tendens till minskning kan ses. Fortsatt uppföljning är viktig för att se om tendensen är reell, eller beror på slump eller på dålig registrering.

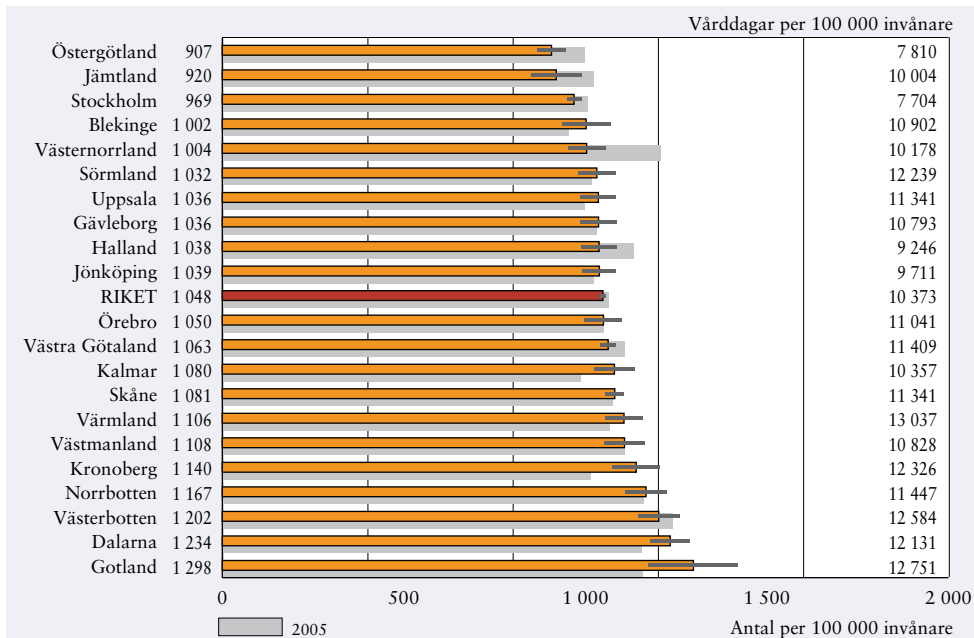


Diagram 7
Kvinnor

Antal personer med undvikbara slutenvårdstillfällen per 100 000 invånare, 2010. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

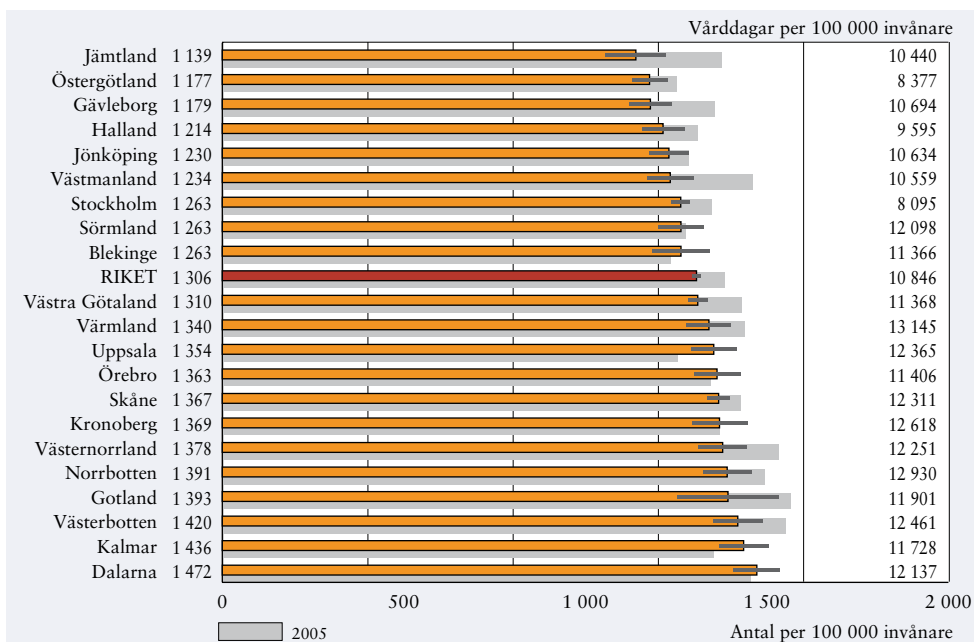
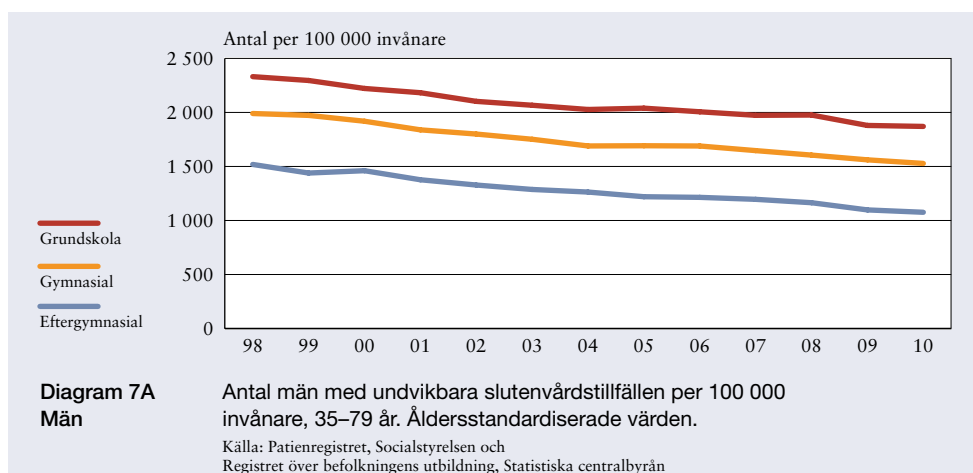
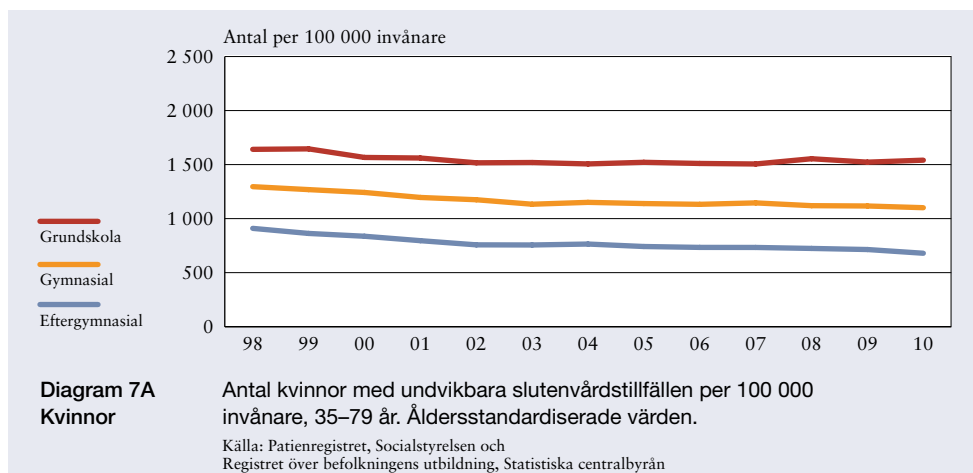


Diagram 7
Män

Antal personer med undvikbara slutenvårdstillfällen per 100 000 invånare, 2010. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen



7 Undvikbar slutenvård

Indikatorn undvikbar slutenvård bygger på antagandet att om patienter med de utvalda sjukdomstillstånden får ett bra omhändertagande i den öppna vården, så kan man förhindra ”onödiga” inläggningar på sjukhus. Därmed belyses omhändertagandet inom den öppna vården, som till exempel förebyggande folkhälsoarbete och primärvård. Indikatorn är en av Socialstyrelsens nationella indikatorer för uppföljning enligt God vård.

Måttet undvikbar slutenvård består av inläggningar på sjukhus i ett antal utvalda diagnoser. Bland de diagnoser som valts ut finns sådana som ska spegla den öppna vårdens insatser vid kroniska eller mer långvariga åkommor. De kroniska sjukdomstillstånd som ingår är anemi, astma, diabetes, hjärtsvikt, högt blodtryck, kroniskt obstruktiv lungsjukdom och kärlkramp.

Utöver detta ingår även några akuta tillstånd, där rätt behandling given inom rimlig tid bedömts kunna förhindra inläggning på sjukhus. De akuta tillstånd som ingår är blödande magsår, diarré, epileptiska krampanfall, inflammatoriska sjukdomar i de kvinnliga bäckenorganen, njurbäckeninflammation och öron-näsa-halsinfektioner.

Liknande sammanvägda mått används internationellt; i engelskspråkig litteratur används begreppet *ambulatory care sensitive conditions*. Det förekommer många olika varianter på måttet, framför allt med avseende på vilka diagnoser som ska ingå. Sverige deltar för närvarande i ett projekt inom OECD för att fastställa ett mått som alla länder kan enas om.

Diagram 7 redovisar antalet personer med undvikbara slutenvårdstillfällen per 100 000 invånare, år 2010. Det faktiska antalet personer med undvikbara slutenvårdstillfällen var drygt 110 000. Uppgifterna är åldersstandardiserade. Generellt ligger männen högre, vilket troligen beror på att det är vanligare att män drabbas av några av de stora sjukdomsgrupper som ingår, snarare än att männen ges sämre insatser i öppen vård.

Resultatet för 2010 kan jämföras med motsvarande värde för 2005, som återges i en skuggad parallell stapel. Antalet undvikbara vårdtillfällen har för riket som helhet minskat något under perioden. Minskningen är större för män än för kvinnor.

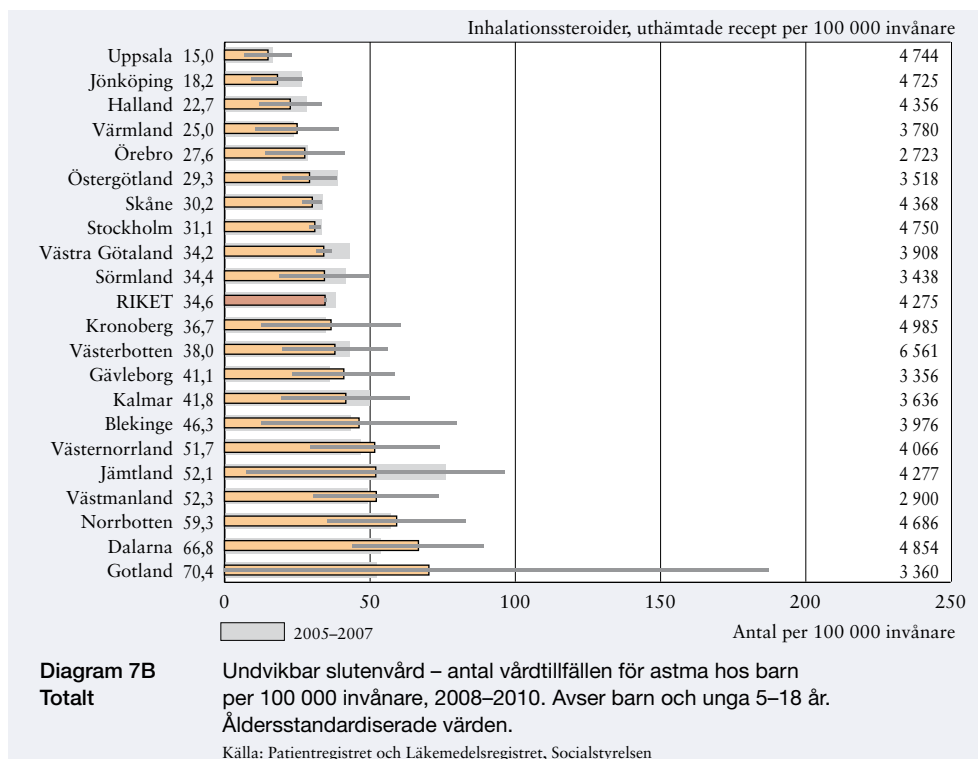
Till höger i diagrammet anges antalet vårddagar för undvikbara vårdtillfällen per 100 000 invånare, cirka 10 700 för kvinnor och drygt 10 800 för män. I riket som helhet motsvaras detta av nästan en miljon vårddagar eller cirka 2 700 vårdplatser.

Omfattningen av undvikbar slutenvård i landstingen påverkas även av att förekomsten av vissa sjukdomstillstånd skiljer sig åt mellan olika landsting och genom att diagnosättning och registrering kan variera. Även tillgången på platser i slutenvård spelar sannolikt in. Om slutenvårdsplatserna är många, är trösklarna för att skrivas in vid sjukhus lägre, och vice versa.

Dessa potentiellt undvikbara inläggningar kommer aldrig helt att kunna undvikas; dock tyder skillnaderna mellan landstingen på att det finns förutsättningar till ett förbättrat omhändertagande i den öppna vården.

Undvikbar slutenvård barn – astma

Internationellt förekommer även indikatorer som speglar förekomsten undvikbar slutenvård för barn, som regel med astma som huvudsaklig eller enda diagnos. Som komplement till huvudindikatorn visas här förekomsten av slutenvård av barn för astma. Astma är en sjukdom som förekommer hos 8–10 procent av alla barn och ungdomar. Den förebyggande behandlingen med antiinflammatoriska inhalationsläkemedel har drastiskt minskat sjukvårdskonsumtionen.



I diagrammet visas antalet slutenvårdstillfällen för astma per 100 000 barn i åldern 5–18 år, för perioden 2008–2010. Antalet vårdtillfällen var i riket 1 480 under de tre åren, det vill säga cirka 500 per år. En liten minskning kan ses vid en jämförelse med perioden 2005–2007. Till höger i diagrammet visas försäljningen av inhalationssteroider för samma period och samma åldrar. Den centrala iakttagelsen är att få barn slutenvårdas i Sverige för astma, men det finns skillnader inom landet framförallt vad gäller konsumtion av läkemedel för astma.

Barn under 5 år har uteslutits i måttet eftersom sjukdomsbilden i den yngsta åldersgruppen domineras av infektionsastma ("förkylningsastma"). Vid den astmatypen har förebyggande läkemedel inte alls lika god effekt som vid "äkta" astma med allergisk sensibilisering, som dominerar hos de äldre barnen.

8 Vårdrelaterade infektioner

En vårdrelaterad infektion definieras i ett kunskapsunderlag från Socialstyrelsen som "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". Urinvägsinfektioner, lunginflammation och hud- och sårinfektioner är de vanligaste vårdrelaterade infektionerna. Det

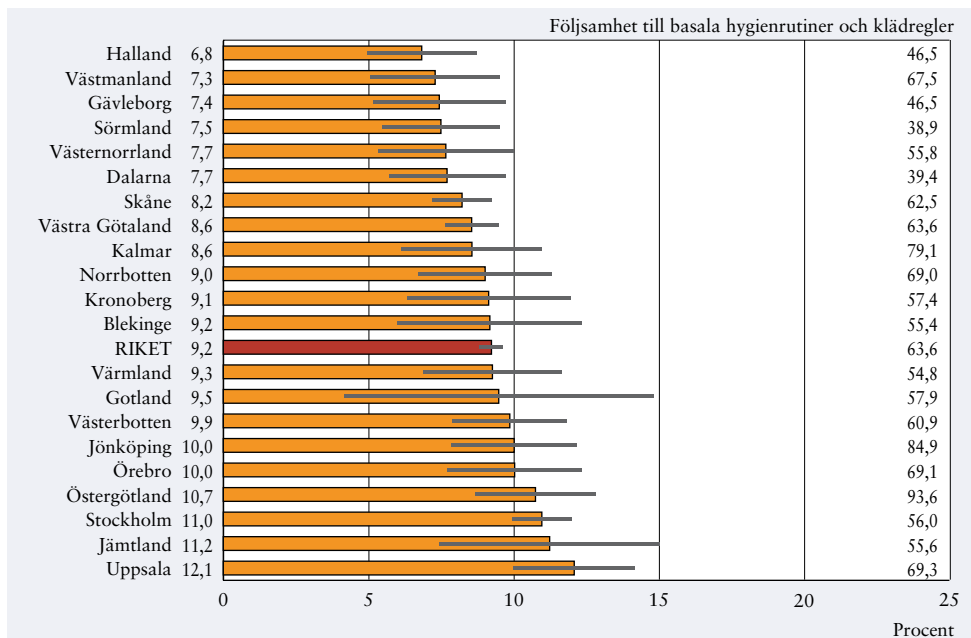


Diagram 8 Andel patienter med vårdrelaterad infektion, 15–31 mars 2011. Avser patienter i slutenvård.

Källa: Sveriges Kommuner och Landsting



Diagram 8 Andel patienter med vårdrelaterad infektion. Avser patienter i slutenvård.

Riket

Källa: Sveriges Kommuner och Landsting

finns bevis för att smittspridningen minskar om vårdpersonalen alltid följer basala hygienrutiner och klädregler. Detta gäller inte minst spridning av antibiotikaresistenta bakterier.

Inom ramen för Nationell satsning för ökad patientsäkerhet läggs det ner ett omfattande arbete i landsting och regioner på att tillämpa de tre åtgärds paket som

förebygger VRI inom områdena urinvägsinfektioner, postoperativa sårinfektioner samt vid centrala venösa infarter. Nationella observationsstudier har genomförts av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler (PPM-BHK) inom landstingen vid två tillfällen, hösten 2010 och våren 2011. Dessa mätningar innefattar slutenvård och öppenvård. Mätningarna skedde parallellt med punktprevalensmätningen av vårdrelaterade infektioner. Sju moment observeras för PPM-BHK: desinfektion av händer före och efter patientnära arbete, användning av handskar och plastförkläde, kortärmad arbetsdräkt, händer och underarmar fria från ringar, klockor och armband samt att håret är kort/upsatt. Följsamhet innebär fullständig följsamhet, att samtliga sju moment klaras.

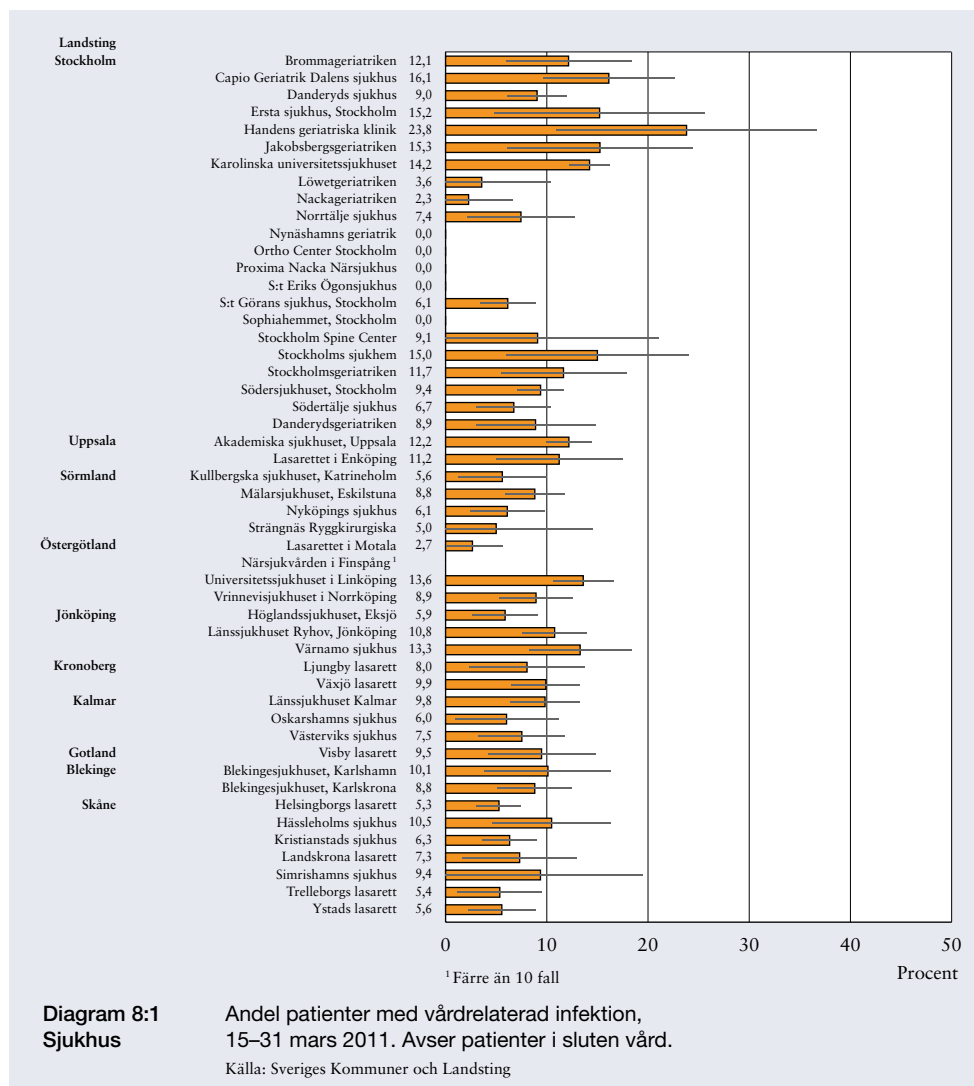
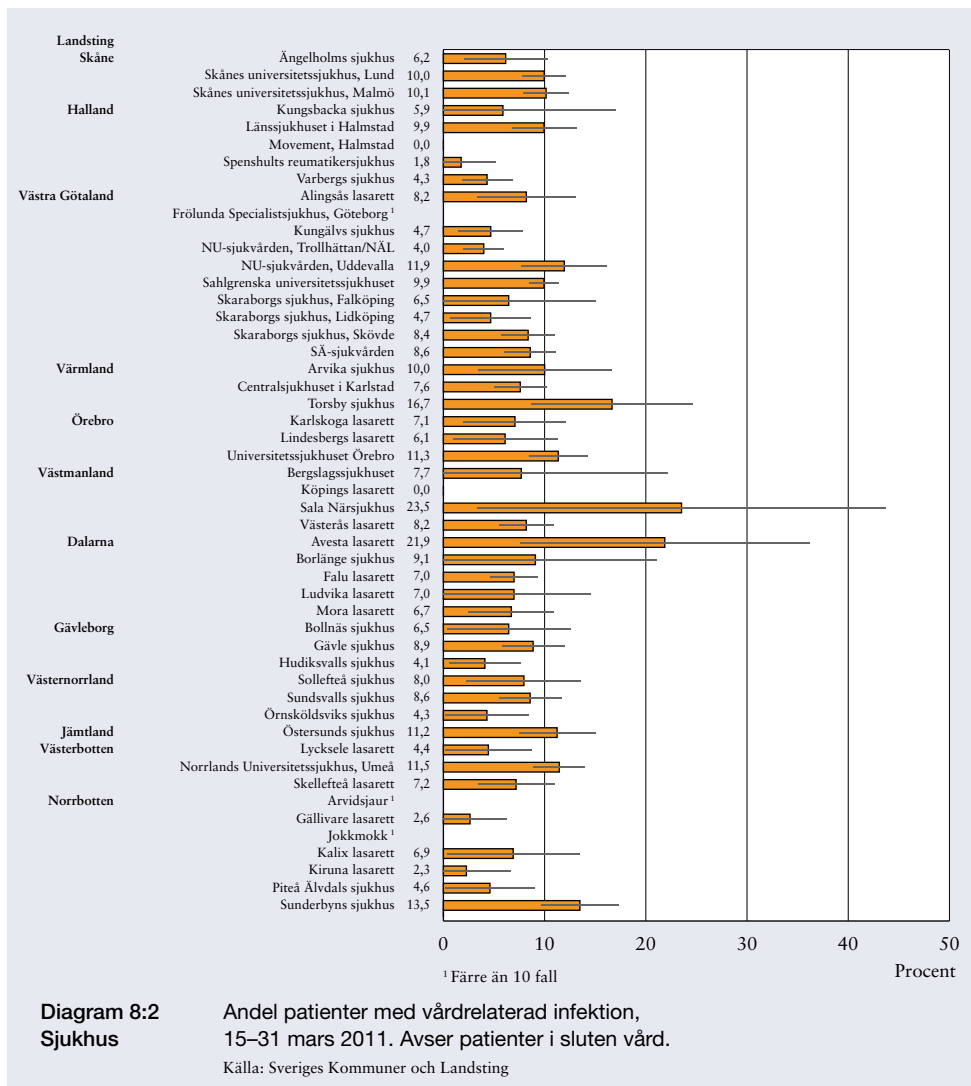


Diagram 8:1 Andel patienter med vårdrelaterad infektion, 15–31 mars 2011. Avser patienter i slutenvård.

Källa: Sveriges Kommuner och Landsting

Diagrammet fortsätter på nästa sida ►



Indikatorn som här visas anger hur stor andel av alla inskrivna patienter som är drabbade av VRI inom somatisk slutenvård vid tidpunkten för mätningen. Detta ger en ögonblicksbild och upprepade mätningar behöver därför göras för att ge ett säkrare tolkningsunderlag för varje ingående klinik och sjukhus. Mätmetoden lämpar sig inte för jämförelse mellan sjukhus eftersom patientsammansättningen varierar mellan sjukhusen.

Samtliga sjukhus inom den offentligt drivna vården samt ett antal privata sjukhus som har avtal med landsting och regioner, deltar i den mätning av VRI som genomförs två gånger per år. Mätningen genomförs under en dag inom ett sjukhus. Samtliga sjukhus i Sverige genomför sina mätningar under en tvåveckorsperiod un-

der vår respektive höst. Mätningen utgår från en standardiserad instruktion och ett protokoll. Samtliga patienter som är inskrivna i den somatiska slutenvården vid en angiven tidpunkt den aktuella mät dagen, ingår i rapporteringen. Våren 2011 var antalet patienter i mätningen 20 100 (inom somatisk slutenvård).

I diagram 8 visas resultatet från mätningen våren 2011, i jämförelse med resultatet hösten 2010. Sedan VRI-mätningarna startade våren 2008 har sju mätningar genomförts. Totalt sett har andelen patienter med VRI sjunkit. Andelen varierar mellan landstingen från knappt 7 till drygt 12 procent. VRI är vanligare i regionsjukvård, vilket påverkar utfallen för landsting med regionsjukhus. Som tilläggsinformation presenteras följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler. Det är andelen av den observerade personalen som är följsamma i samtliga sju steg. Detta mått skiljer sig något från VRI-mätningen eftersom det även inberäknar personal inom psykiatrisk slutenvård samt primärvård men tonvikten är på somatisk slutenvård.

Varje VRI beräknas förlänga vårdtiden med i genomsnitt 4 extra vård dygn. Förutom det direkta lidande som drabbar varje enskild patient så tas betydande resurser i form av vårdplatser och andra kostnader i anspråk. Beräkningar av de årliga kostnaderna för VRI visar att dessa uppgår till drygt 4,4 miljarder kronor, om man utgår från resultatet från mätningen av VRI våren 2010.

9 MPR-vaccination av barn

Mässling, påssjuka och röda hund var tidigare vanliga barnsjukdomar, orsakade av tre olika virus. Att insjukna i någon av sjukdomarna är vanligtvis ofarligt, men det kan i vissa fall ge allvarliga komplikationer, som även kan leda till död. Med en tillräckligt hög vaccinationstäckning kan mässlingvirus utrotas, men enligt WHO:s statistik dog 164 000 barn i en mässlinginfektion under 2008. De flesta av dessa barn bodde i utvecklingsländer.

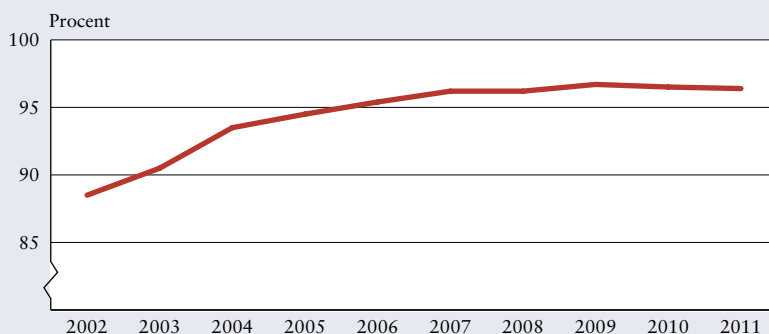
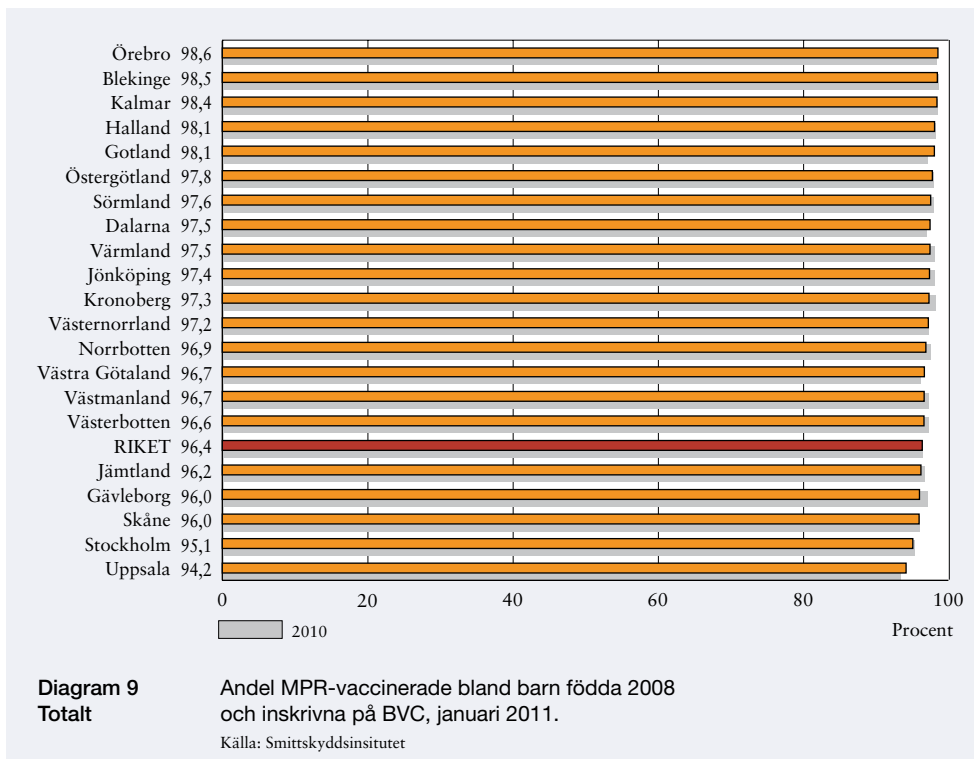


Diagram 9
Riket

Andel MPR-vaccinerade bland barn inskrivna på BVC.
Källa: Smittskyddsinsitutet



Idag är sjukdomarna ovanliga i Sverige, men förekommer bland ovaccinerade personer i alla åldrar. Om vaccinationsprogrammet helt upphör eller om en alltför stor del av befolkningen väljer att avstå från vaccination kommer sjukdomarna att återkomma och fler individer att smittas. För att sjukdomen inte åter ska få fäste krävs att 95 procent av befolkningen är immun, antingen genom vaccination eller som en följd av genomgången naturlig infektion.

Sedan 1982 ingår MPR-vaccin i det allmänna vaccinationsprogrammet i Sverige och erbjuds till barn vid 18 månaders respektive 6–8 års ålder. MPR-vaccin innehåller levande försvagade virusstammar och en injektion leder till en symtomlös eller mycket lindrig infektion. Kroppens immunförsvar lär sig att känna igen virus och ett immunologiskt minne utvecklas. En dos MPR-vaccin ger skydd mot mässling, påssjuka och röda hund hos cirka 95 procent av alla vaccinerade personer.

Uppgifter om barns MPR-vaccinationer registreras inom barnhälsovården och samlas in av Smittskyddsinstitutet. Uppgifter från Örebro och Uppsala är hämtade från individbaserade vaccinationsregister och är därför inte helt jämförbara med övriga. Där beräknas vaccinationstäckningen som andelen vaccinerade av alla folkbokförda barn, inte av alla inskrivna på BVC som i övriga landsting.

Sverige har internationellt sett en hög andel vaccinerade barn. I januari 2011 hade 96,4 procent av alla barn födda 2008 vaccinerats. De allra flesta landsting har en

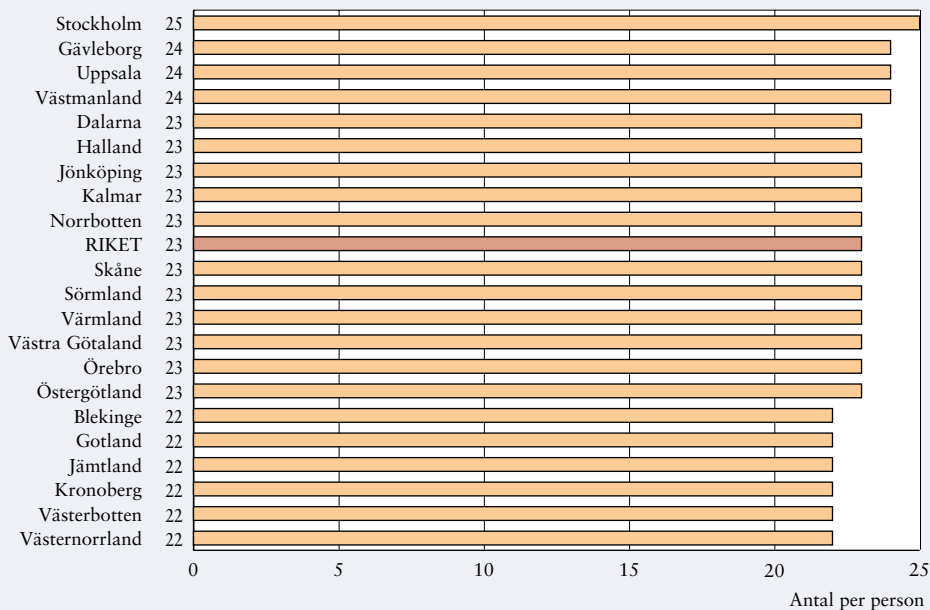


Diagram A Antal kvarvarande egna tänder, 2010. Medianvärde. Avser vuxna 65 till 99 år som är berättigade till statligt tandvårdsstöd.
Totalt
 Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen

vaccinationsfrekvens runt 97–98 procent. Det finns grupper av föräldrar som väljer att inte låta vaccinera sina barn och vaccinationstäckningen har i några kommuner sjunkit under 90 procent. Lokala utbrott, av i synnerhet mässling, kan därför riskeras om smittan kommer in i landet.

Indikatorer för tandhälsa och tandvård – kvarvarande egna tänder

Indikatorer för tandvårdsområdet har tidigare inte ingått i Öppna jämförelser och denna presentation av hälsomåttet kvarvarande egna tänder är ett första steg i riktning mot att i framtiden inkludera även tandvården. Måttet är en av de övergripande nationella indikatorerna för god tandvård som Socialstyrelsen publicerade 2010. Även Nationella riktlinjer för tandvårdsområdet har publicerats, med indikatorer inkluderade. Under 2012 kommer dessa riktlinjer att utvärderas.

Antalet kvarvarande egna tänder hos vuxna är ett mått på genomgången sjukdom och en indikator för oral hälsa, men säger inget om individens förmåga att tugga och äta, då det inte framgår var i munnen de kvarvarande tänderna sitter, eller om saknade tänder har ersatts med avtagbara eller fastsittande proteser eller implantat. De vanligaste orsakerna till att tänder förloras är karies och paradontit, sjukdomar i tändernas fäste.

Uppgifter om antal kvarvarande egna tänder hämtas från Socialstyrelsens Tandhälsoregister som inrättades år 2008. Registret omfattar individer 20 år eller äldre och som behandlats i tandvården med åtgärder som omfattas av det statliga tandvårdsstödet.

Antalet kvarvarande egna tänder är av naturliga skäl högst bland unga vuxna och minskar ju högre upp i åldrarna man kommer. Personer mellan 20 och 65 år har i mediantal endast förlorat någon enstaka tand och har nästan samtliga sina egna tänder kvar i munnen. Efter 65 års ålder ses en tydlig minskning i antalet kvarvarande egna tänder. Det är också i de allra äldsta åldersgrupperna som flest antal helt tandlösa individer återfinns. Andelen personer som är helt tandlösa har minskat kraftigt under de senaste decennierna, från 23 procent 1965 till mindre än 3 procent 2005. En studie från Jönköping visade att antalet kvarvarande egna tänder hos 60 åringar hade ökat från 18,2 år 1973 till 23,3 år 2003.

Skillnaderna av antalet kvarvarande egna tänder mellan könen är små. I åldersgruppen 65 till 99 år har män i mediantal en kvarvarande egen tand fler än kvinnor, beräknat på hela riket. Mellan landsting och regioner varierar antalet kvarvarande egna tänder i befolkningen mellan 22 och 25. I åtta landsting och regioner har kvinnor och män i åldersgruppen 65–99 år lika många kvarvarande egna tänder.

Behandling av fetma hos barn – exempel från BORIS, Barnobesitasregistret
Omkring 3–5 procent av alla barn i Sverige lider av fetma. Barnfetma är en sjukdom som obehandlad leder till ökad sjuklighet. Följdsjukdomar som cancer, hjärt-kärlsjukdom och diabetes, som oftast kommer först i vuxen ålder, medför att barnfetma leder till en förväntad sänkt livslängd. Fetma i barndomen leder också till ökad risk för sämre social anpassning. Förekomst av fetma bland barn är ojämnt fördelad över landet, utan att orsakerna till detta är kända. Det finns också en kraftig påverkan från sociala faktorer, med en betydligt högre förekomst av fetma i områden med lägre inkomst och utbildning.

Beteendebehandling har ofta gynnsam effekt, om den sätts in tidigt. Målsättningen med behandling är att långsiktigt normalisera vikten och att bibehålla en vikt som inte överskrider gränsen för fetma. Behandlingen är personalkrävande, men relativt billig för barn som inte har några andra komplicerande sjukdomar. Behandling senare i livet är betydligt mer kostsam. Fetmasjukdomen belastar samhällsekonomin påtagligt och kostnaderna ökar i takt med att fetma blir vanligare.

Här visas uppgifter om viktnedgång efter behandling, hämtade från BORIS, det nationella kvalitetsregistret för barnobesitas. Det grundläggande syftet med registret är att långsiktigt följa behandling av barnfetma i landet. Ett annat syfte

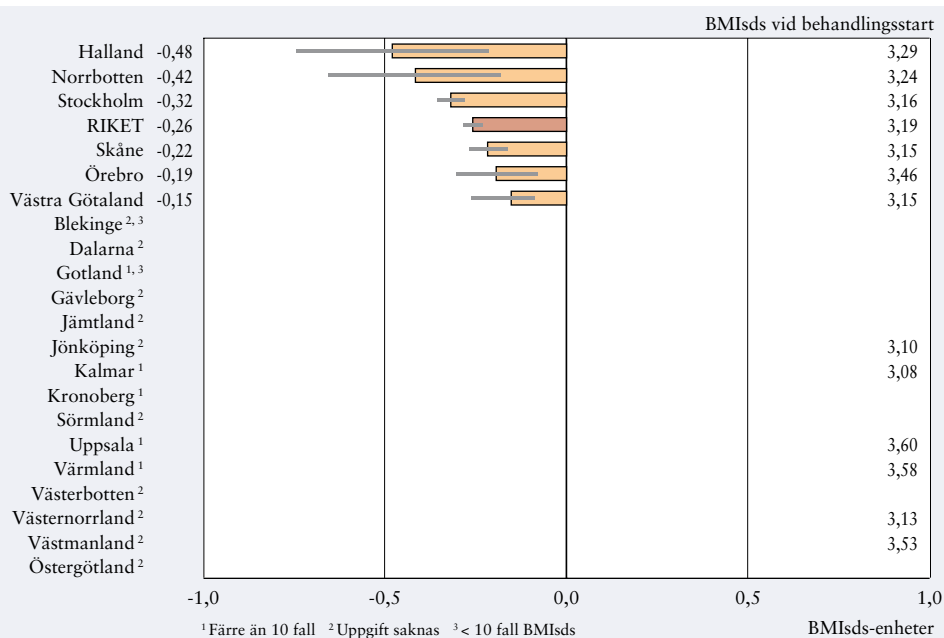


Diagram B Viktresultat efter ett års behandling vid svår fetma, 2006–2010.
Totalt Avser barn under 12 år vid behandlingsstart.
 Källa: BORIS - Barnobesitasregister i Sverige

är att öka kunskapen om vilka behandlingsformer som är bra och vilka som är mindre lämpliga för barn i olika åldrar. Registrering i BORIS avser behandling på barnläkarmottagningar eller barnklinik, inte insatser som ges till exempel i skolhälsovård. Under de senaste åren har täckningsgraden ökat, både sett till deltagande kliniker och antal patienter.

Diagrammet visar hur mycket de barn som får behandling i genomsnitt minskar sin övervikt under ett år. Måttet som används är BMI:sds som tar hänsyn till barnets vikt och längd och normala utveckling. Den genomsnittliga sänkningen i riket är 0,26 BMI:sds enheter på ett år. Tyvärr har endast få landsting rapporterat ett så stort antal årsresultat att man kan göra en rimlig jämförelse. Spridningen är relativt stor, från 0,15 till 0,48. Effekten bland pojkar och flickor är densamma.

Till höger i diagrammet visas genomsnittliga BMI:sds vid behandlingsstart. BMI:sds 0 är det BMI:sds som ett barn med medelvikt har, medan BMI:sds 2,3 ungefärligen motsvarar gränsen för fetma.

Alla landsting visar sjunkande BMI:sds vilket tyder på att behandlingen har effekt. Om viktnedgången håller i sig under ytterligare ett år så har man en BMI:sds sänkning som medför en betydande minskning i fetmarelaterade risk-

markörer och därmed en minskad risk för framtida sjuklighet. Spridningen visar att det finns en förbättringspotential. Resultaten ligger också något lägre än vad som rapporterats från Tyskland, även om jämförelser är svåra att göra på grund av skillnader mellan länderna i vikt-längdstandarder och BMI:s mått.

Detta är en av flera möjliga kvalitetsindikatorer som kan följas med hjälp av BORIS. Med ökande täckningsgrad blir jämförelser mellan flera landsting och så småningom även mellan mottagningar möjliga att göra.

FÖRTROENDE OCH PATIENTERFARENHETER

Från den årliga undersökningen Vårdbarometern redovisas befolkningens uppfattning om bland annat tillgång till vård och förtroende för vården. Från Nationell Patientenkät presenteras patienters erfarenheter från besök i primärvården samt besök och vistelse inom den somatiska öppen- och slutenvården. Respektive enkät presenteras i anslutning till att de olika grupperna av indikatorerna redovisas.

Vårdbarometern

Vårdbarometern är ett instrument som syftar till att mäta den vuxna befolkningens attityder till, kunskaper om och förväntningar på svensk hälso- och sjukvård. Undersökningen genomförs årligen i alla landsting och regioner. Region Gotland deltar från och med hösten 2011.

Vårdbarometern har varit en rullande årlig mätning sedan år 2001. Från och med hösten 2010 har Vårdbarometerns innehåll förändrats så att den blivit en mer renodlad befolkningsundersökning. Förändringen av Vårdbarometern beror till stor del på att patienterfarenheter nu fångas i den nationella patientenkäten.

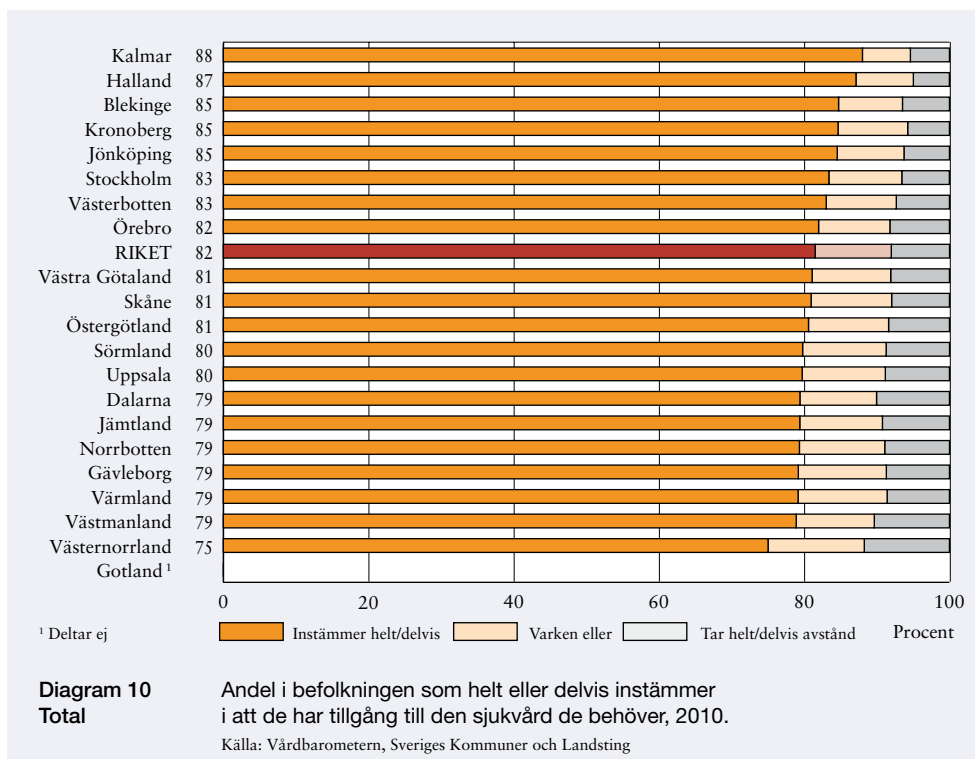
Befolkningens uppfattning om och förtroende för hälso- och sjukvården är en viktig indikator på hur väl vården fungerar. Uppgifterna som redovisas i denna rapport avser hösten 2010 och datainsamlingen omfattar telefonintervjuer med cirka 20 000 slumpvis utvalda individer. Mätningen som genomfördes sista kvartalet 2010 är att betrakta som en pilotundersökning då det var första mätningen inom ramen för "nya" Vårdbarometern. Det finns därför anledning att tolka resultaten med viss försiktighet. Frågebatteriet kan komma att behöva justeras inför kommande mätningar.

Möjligheterna att jämföra bakåt i tiden med resultat i "gamla" Vårdbarometern är begränsade. Det beror inte enbart på förändrade frågor och metod, utan också på att resultaten till viss del redovisas på annat sätt. Till exempel ingår inte de som svarat vet ej/ej svar, i presentationen av 2010 års resultat. Och vissa frågor avser numer de senaste 6 månaderna, mot senaste 12 månaderna i tidigare undersökningar.

En mer omfattande redovisning av resultat från Vårdbarometern görs i en årlig rapport av Sveriges Kommuner och Landsting. De tre indikatorerna nedan baserar sig på frågor ställda till befolkningen oberoende av om respondenten besökt sjukvården eller inte de senaste 6 månaderna.

10 Tillgång till sjukvård

I diagram 10 redovisas befolkningens uppfattning om den egna tillgången till vård, oavsett om man under de senaste 6 månaderna haft kontakt med sjukvården eller inte.

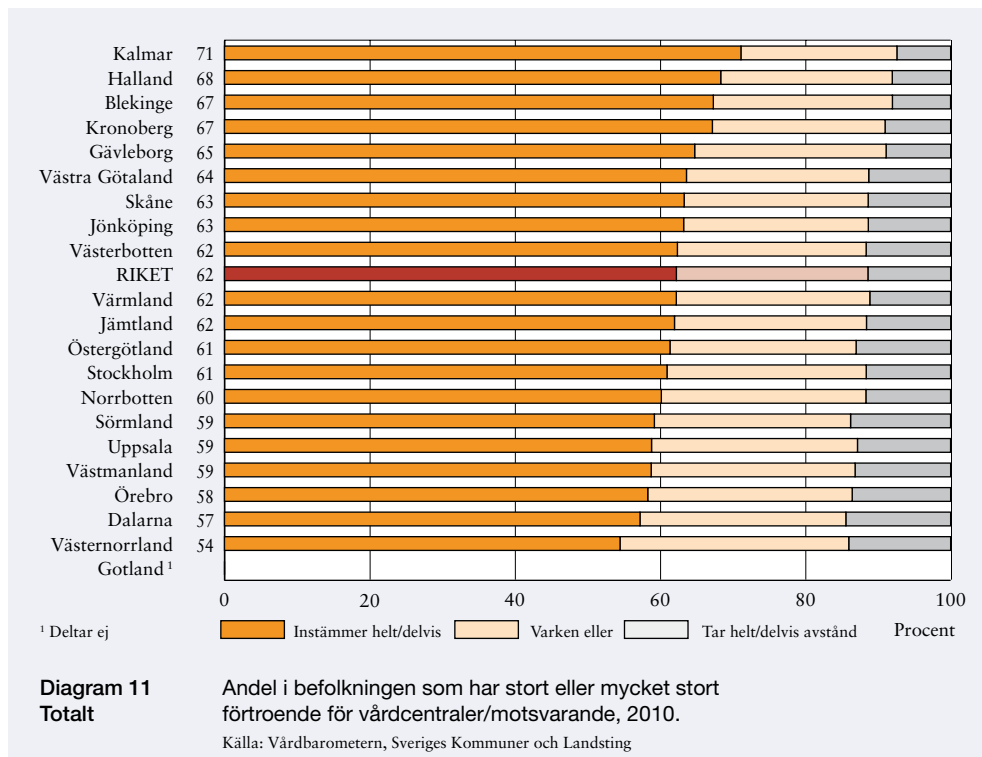


Andelen som helt eller delvis instämmer i påståendet "Jag har tillgång till den sjukvård jag behöver" är för riket 82 procent. Motsvarande siffra år 2009 var 80 procent (vet ej/ej svar exkluderat). Landstingens resultat varierar från 75 till 88 procent. I riket anser åtta procent anser att de inte har tillgång till den vård de behöver. Den andelen varierar från 5 till 12 procent.

Det är marginell skillnad mellan kvinnor och män vad gäller upplevd tillgång till sjukvård. Däremot ser vi större skillnader mellan åldersgrupper. Personer i yrkesverksam ålder uppger i lägre grad än andra åldersgrupper att de har tillgång till den sjukvård de behöver och gruppen 70 år och äldre gör det i högre grad.

Födda utanför Norden anser i lägre utsträckning att de har tillgång till den sjukvård de behöver än personer födda i Sverige och övriga Norden. Variabeln allmänt hälsotillstånd har dock större betydelse. 20 procent av dem som uppger att de har ganska dåligt eller mycket dåligt allmänt hälsotillstånd anser att de inte har tillgång till den sjukvård de behöver. Motsvarande siffra för personer med bra eller mycket bra hälsotillstånd är 6 procent.

Av dem som inte instämmer helt i påståendet, att de har tillgång till den sjukvård de behöver, uppger 21 procent att kortare väntetider skulle göra att de fick bättre tillgång.



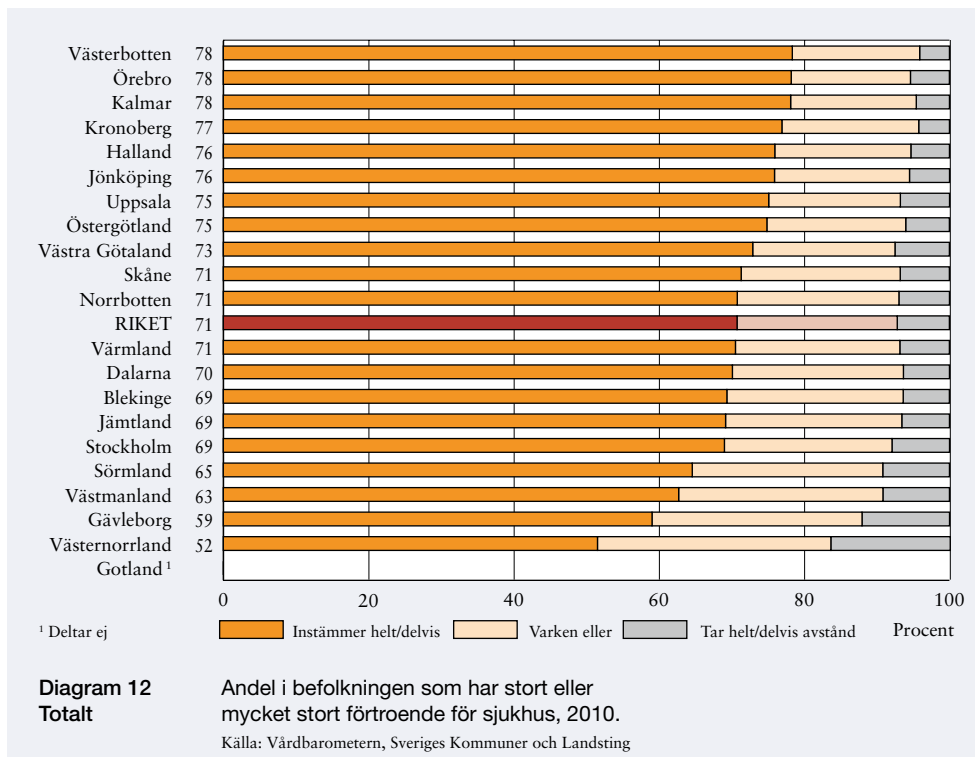
11 Förtroende för vårdcentraler

Diagram 11 redovisar befolkningens förtroende för vårdcentraler eller motsvarande. I riket som helhet har 62 procent mycket eller ganska stort förtroende, med en variation mellan landstingen från 54 till 71 procent. Motsvarande siffra i 2009 års mätning var för riket 59 procent (vet ej/ej svar exkluderat). Frågan är dock något omformulerad till 2010.

Andelen som har litet eller mycket litet förtroende var i riket 11 procent. Det är personer med dåligt eller mycket dåligt hälsotillstånd som har lägst förtroende för vårdcentraler eller motsvarande. 21 procent inom denna grupp uppger att de har litet eller mycket litet förtroende, således en nästan dubbelt så stor andel som i befolkningen som helhet.

Skillnader noteras även mellan olika åldersgrupper. De som är 70 år och äldre har störst förtroende för sitt landstings vårdcentraler eller motsvarande. Andelen uppger till 75 procent. I åldersgruppen 30–39 år, där förtroendet är lägst, är motsvarande siffra 52 procent.

De med ganska litet eller mycket litet förtroende för vårdcentraler (2 190 personer) fick frågan varför deras förtroende brister. De tre främsta anledningarna som uppger var: "Man får inte den hjälp man behöver" (24 procent), "Dålig kompetens hos läkare" (23 procent) samt "Olika läkare/personal från gång till gång" (13 procent).



12 Förtroende för sjukhus

Frågan om befolkningens förtroende för sjukhus i sitt landsting eller sin region redovisas i diagram 12. Resultaten är mer positivt än för primärvården. I riket är det 71 procent har stort eller mycket stort förtroende för sjukhusen med en variation mellan landsting från 52 till 78 procent. I riket har 7 procent litet förtroende för sjukhus.

Skillnaderna mellan landstingen är stora. I Kalmar, Västerbotten och Örebro anger 78 procent "ganska stort" eller "mycket stort" förtroende, mot 51 procent i Västernorrland.

Skillnaderna i förtroende mellan olika undergrupper är mindre för sjukhusen än för vårdcentraler. Lägst förtroende för sjukhusen har de med dåligt eller mycket dåligt hälsotillstånd, födda utanför Norden samt ensamstående med barn. Högst förtroende har åldersgruppen 70 år och äldre.

De som svarade att de har ganska litet eller mycket litet förtroende för sjukhus (1 347 personer) fick följdfrågan varför. De främsta anledningarna som uppgavs var: "Man får inte den hjälp man behöver" (22 procent) samt "Dålig kompetens hos läkare" (19 procent).

Nationell Patientenkät – primärvård

Nationell Patientenkät genomfördes första gången inom primärvården 2009. Hösten 2010 upprepade 15 landsting mätningen. I den aktuella mätningen ingick både sjuksköterskebesök och läkarbesök i urvalet, jämfört med 2009 då populationen endast gällde patienter som besökt läkare. I den här rapporten redovisas dock endast resultatet från respondenter som varit på läkarbesök. Detta för att få jämförelse med 2009. Viktigt att påpeka är dock att frågorna i enkäten täcker in patientens besök i sin helhet och handlar om mer än bara själva läkarbesöket.

Drygt 160 000 enkäter skickades ut till slumpvis utvalda patienter som gjort ett läkarbesök inom primärvården under september månad. Patienterna fick möjlighet att berätta om och gradera sina erfarenheter av sitt besök. Frågorna handlar bland annat om bemötande, delaktighet, information och upplevd tillgänglighet.

Närmare 90 000 patienter besvarade enkäten. Svarsfrekvensen för riket var 58 procent. För landstingen varierade svarsfrekvensen från 45–61 procent. Lägst var svarsfrekvensen i Västernorrland och högst var den i Kalmar.

I den aktuella mätningen deltog inte Uppsala, Gotland, Örebro, Jämtland samt Norrbotten. Stockholm läns landsting ingick inte i Nationell Patientenkät under 2010 men genomförde en liknande enkät och under samma urvalsperiod. Stockholms resultat redovisas i diagrammen för dessa frågor. Resultatet ingår dock inte i basen för beräkning av rikets snitt. Stockholm läns landsting är med i Nationell Patientenkät från och med 2011. Resultatet visas på landstingsnivå samt för riket, men inte på vårdenhet.

Resultat från Nationell Patientenkät finns att tillgå på den publika webbplatsen www.indikator.org/publik och via www.skil.se/nationellpatientenkät. Här visas resultat för riket, per landsting samt ner på klinik/enhetsnivå med möjlighet att jämföra olika vårdcentraler/motsvarande. Resultaten för vårdcentraler/motsvarande finns även publicerade på 1177.se, Jämför vård.

Bortfall och variation i patientsammansättning

Bortfall av svar kan påverka resultatet, framförallt vid jämförelser på lägre nivå, mellan vårdcentraler och mellan sjukhuskliniker. Studier från andra medborgarundersökningar visar att det finns socioekonomiska skillnader i benägenheten att svara på frågeformulär. Svarsfrekvensen är också ofta högre bland svenskfödda medborgare än utlandsfödda. Erfarenheter från folkhälsoundersökningar visar att individer med sämre uppskattat hälsotillstånd är mer benägna att svara än övriga, medan de riktigt svårt sjuka samt äldre har ett högre bortfall. Det är troligt att detta även gäller den nationella patientenkäten.

En slutsats av ovanstående resonemang innebär att bortfallet troligen består av många individer som är svårt sjuka och har sämre socioekonomiska förutsättningar

än de som svarat. Detta innebär att det kan föreligga ett patientmixproblem som påverkar resultaten vid jämförelser. Verksamheter med många svårt sjuka individer samt verksamheter med upptagningsområden i social utsatta områden, borde ha ett större bortfall och därmed en större osäkerhet i utfallet än övriga.

Tidigare refererade uppgifter från Vårdbarometern tyder även på att personer med sämre hälsa tenderar att ha lägre förtroende för sjukvården och i högre grad inte menar sig ha tillgång till den vård man behöver. Variationer i hälsotillstånd kan troligen påverka även hur man som patient värderar de vårdkontakter man haft, och därmed påverka resultatet i patientenkäter.

Patientupplevd kvalitet

Resultaten från primärvården presenteras i ett viktat värde, Patientupplevd kvalitet (PUK-värde), per landsting och riket i diagrammen. För den specialiserade somatiska vården visas fördelningen mellan de olika svarsalternativen samt PUK-värdet.

PUK-värde är ett viktat värde för en fråga. Vid framräkningen av PUK-värdet tas icke aktuella svarsalternativ bort så som "ej ifyllt" och "ej aktuellt". Varje svarsalternativ ges en vikt i förhållande till sin allvarlighetsgrad. Resultaten från varje svarsalternativ adderas, multipliceras med 100 och avrundas uppåt till närmaste heltal mellan 0 till 100.

13–15 Bemötande, information och delaktighet vid besök i primärvård

I diagram 13 redovisas resultatet för patienters upplevelse av bemötandet i primärvården inom respektive landsting. Bemötande är en av de indikatorer där patienter över landet generellt har gett det mest positiva omdömet. Värdena för patientupplevd kvalitet (PUK) varierar mellan 84 och 92.

Män uppger i något högre grad än kvinnor att de fått ett hänsynsfullt och respektfullt bemötande. Mellan landstingen varierar PUK-värdet från 83 till 91 för kvinnor och från 86 till 94 för män. Jämfört med föregående år kan man inte se några direkta skillnader i resultatet för riket. För enskilda landsting kan man dock se vissa skillnader mellan åren.

I diagram 14 redovisas resultatet för frågan om patienterna tyckte att de fick tillräcklig information om sitt tillstånd. Värdet för patientupplevd kvalitet är i riket 78, med en variation mellan landsting från 72 till 82. För kvinnor är värdet 77, med en variation från 71 till 81. PUK-värdet för män var något högre, 80, med en variation från 74 till 83. Resultatet i riket har inte förändrats sedan föregående år, medan det för enskilda landsting finns vissa skillnader.

I diagram 15 redovisas resultatet för patienters upplevelse av delaktighet vid läkarbesök på vårdcentral eller motsvarande. Resultatet för denna indikator är något lägre än för Bemötande. Värdena för patientupplevd kvalitet (PUK) är i riket 79 och va-

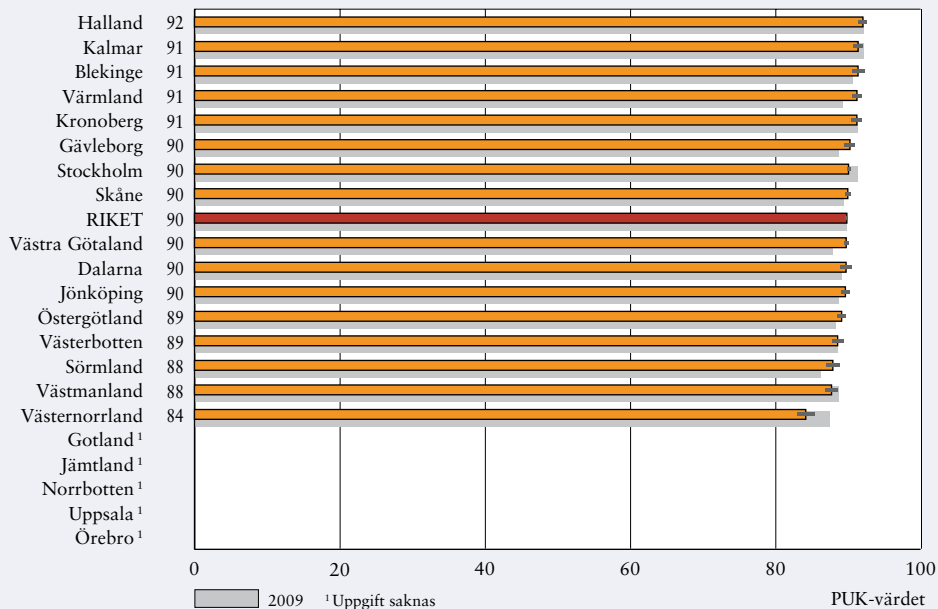


Diagram 13
Totalt

"Kände du att du blev bemött med respekt och på ett hänsynsfullt sätt?" Värde för patientupplevd kvalitet i primärvård, 2010.

Källa: Nationell Patientenkät, Sveriges Kommuner och Landsting

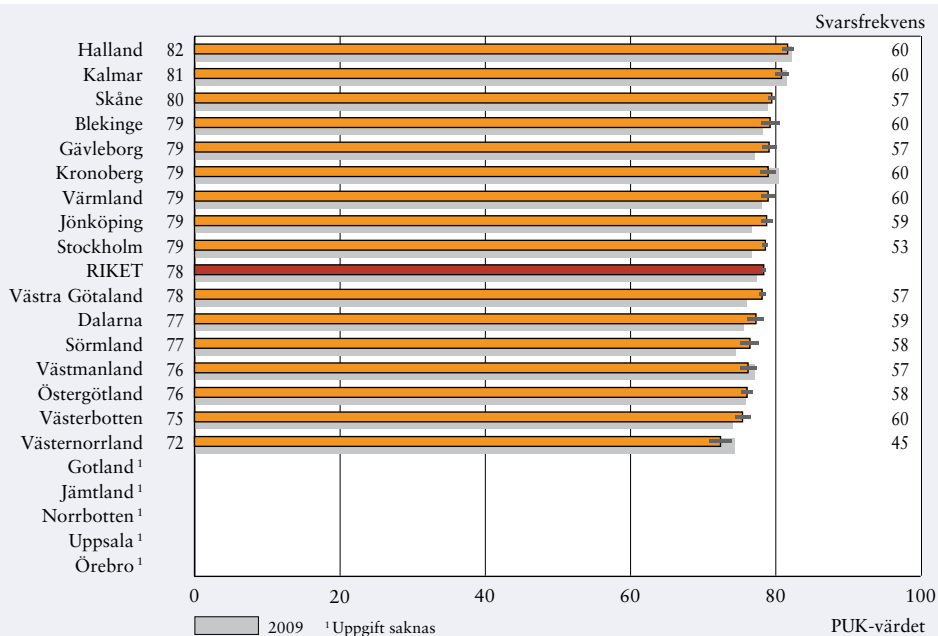
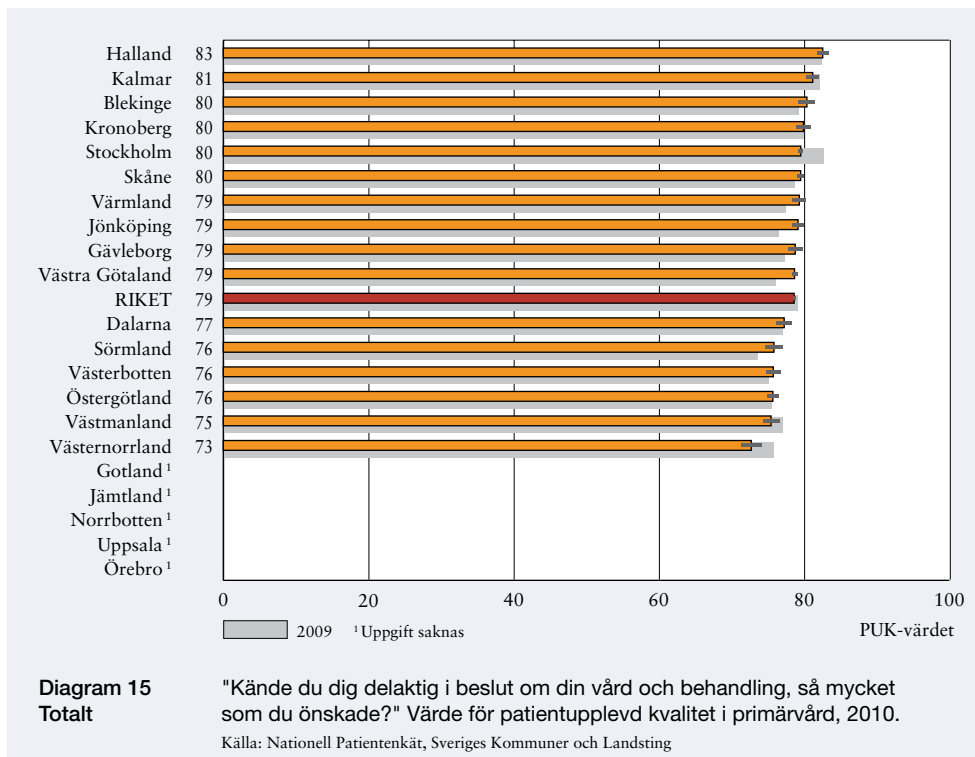


Diagram 14
Totalt

"Fick du tillräcklig information om ditt tillstånd?" Värde för patientupplevd kvalitet i primärvård, 2010.

Källa: Nationell Patientenkät, Sveriges Kommuner och Landsting



rierar mellan landstingen från 73 till 83. Skillnaderna mellan könen är marginell. Resultatet i riket är även för denna indikator oförändrat sedan föregående år.

Nationell Patientenkät – somatisk vård

Nationell Patientenkät genomfördes första gången inom den specialiserade vården våren 2010. Mätning genomfördes inom öppen och sluten psykiatrisk vård (vuxna) samt inom somatisk öppen- och slutenvård. Alla landsting deltog utom Norrbotten och Stockholm. Här presenteras resultat på landstingsnivå för somatisk öppen- och slutenvård.

Drygt 148 000 enkäter skickades ut till slumpvis utvalda patienter som gjort ett besök inom den somatiska öppenvården. Inom den somatiska slutenvården gick enkäten ut till drygt 56 000 patienter som legat inlagda på sjukhus. Patienterna fick möjlighet att berätta om och gradera sina erfarenheter av sitt besök.

Det var cirka 88 000 patienter som valde att besvara enkäten inom öppenvården och 35 000 inom den slutna vården, vilket gav en korrigerad svarsfrekvens för riket på 61 procent respektive 67 procent. Det är framförallt kvinnor i åldern 60–69 år som har en hög svarsfrekvens (79 procent), medan män som är under 40 år har lägst (40,6 procent).

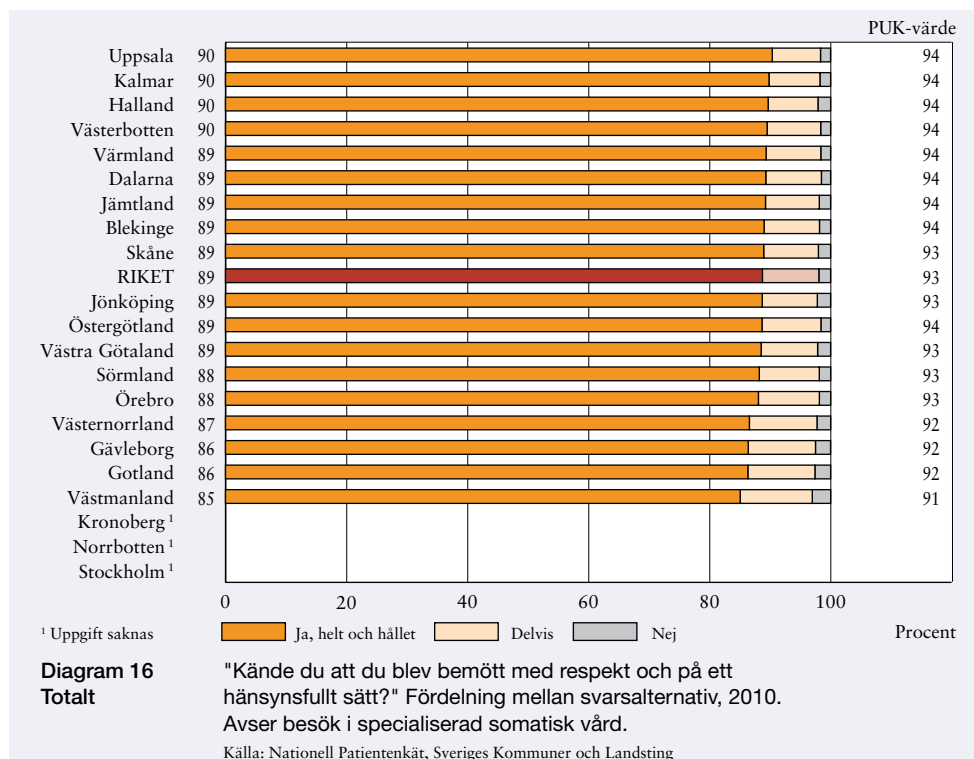
De indikatorer från *Nationell Patientenkät* som visas här belyser bemötande, delaktighet och information. Resultatet visas på landstingsnivå samt för riket, men inte på klinik eller vårdenhetsnivå. Variationen är större på klinikinivå, vilket i princip skulle göra en redovisning intressant. Det totala bortfallet och varierande svarsfrekvenser påverkar dock säkerheten i resultaten.

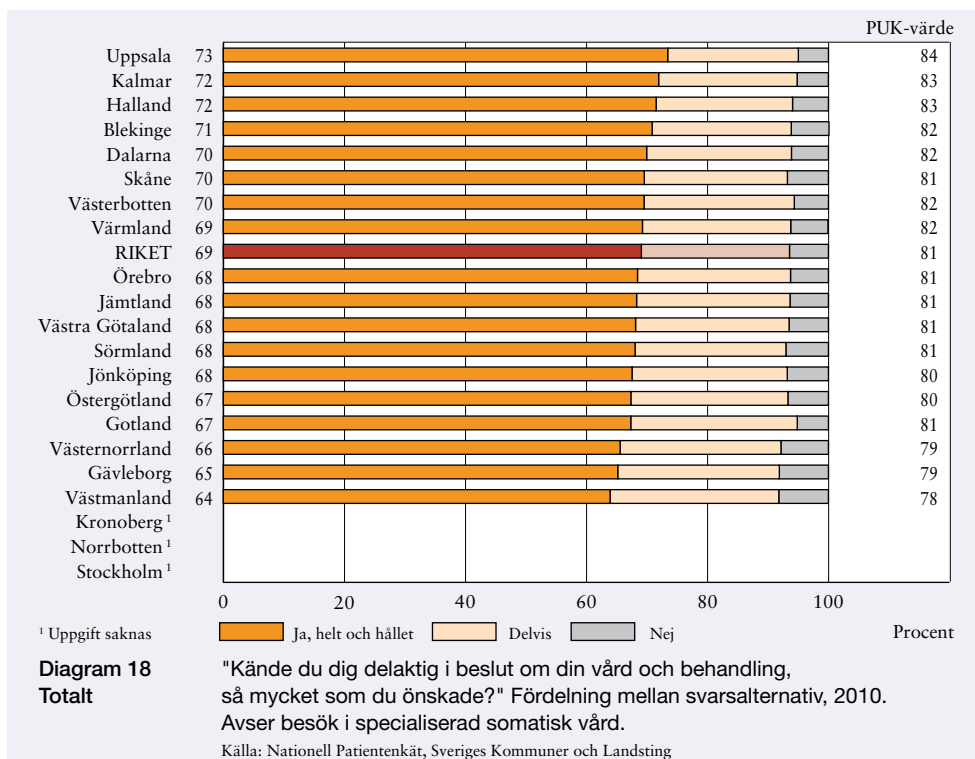
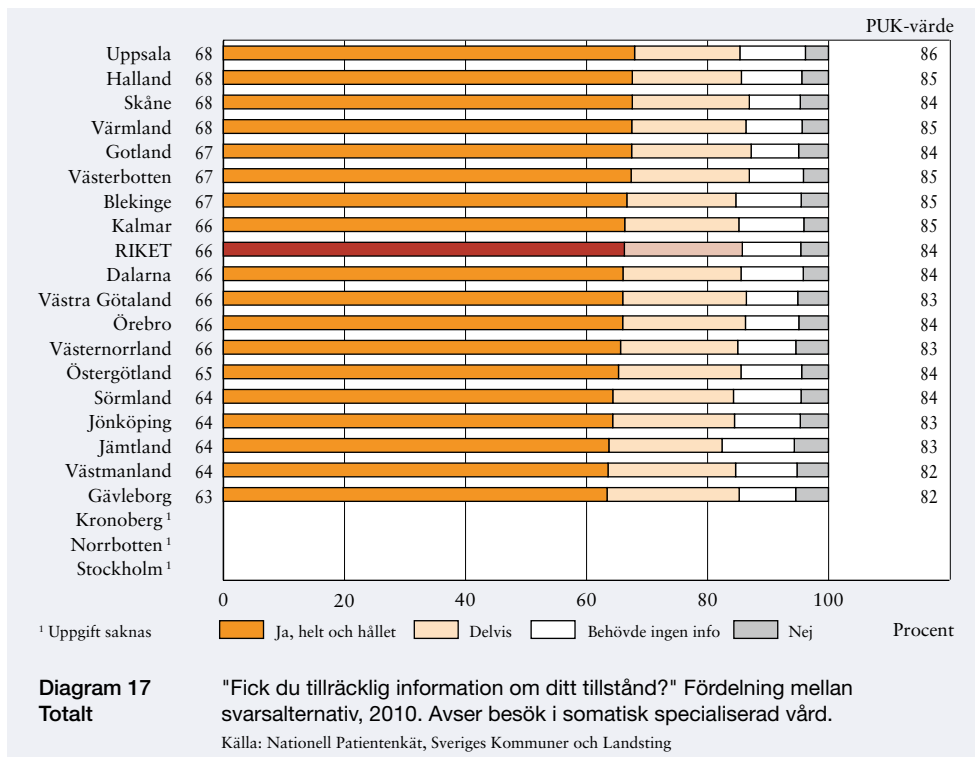
En generell iakttagelse är att resultaten är mera positiva för den somatiska öppenvården än för den slutna och även jämfört med primärvården.

16–18 Bemötande, information och delaktighet vid besök i specialiserad vård

I diagram 16 redovisas resultatet för patienternas upplevelse av bemötandet inom den somatiska öppenvården i respektive landsting. 89 procent av dem svarade "Ja, helt och hållet" på frågan om man blivit bemött med hänsyn och respekt. Den patientupplevda kvaliteten uppgick i riket till PUK-värdet 93. Det är små skillnader mellan landstingen. Män anser i något högre grad än kvinnor att de blivit bemötta med hänsyn och respekt.

I diagram 17 redovisas resultatet för i vilken utsträckning patienterna tyckte att de fick tillräcklig information om sitt tillstånd. I riket svarade 66 procent "Ja, helt och hållet". Kvinnorna (64 procent ja-svar) är mindre nöjda med informationen än män-





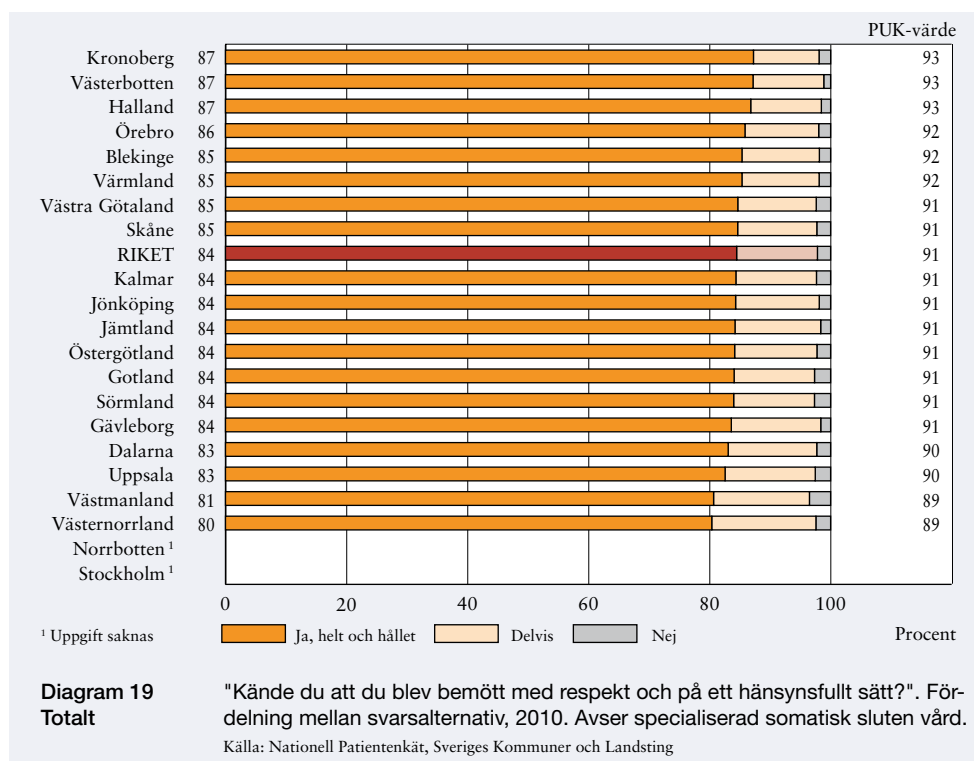
nen (70 procent ja-svar). Värdet för patientupplevd kvalitet är i riket 84. Det är små skillnader mellan landstingen.

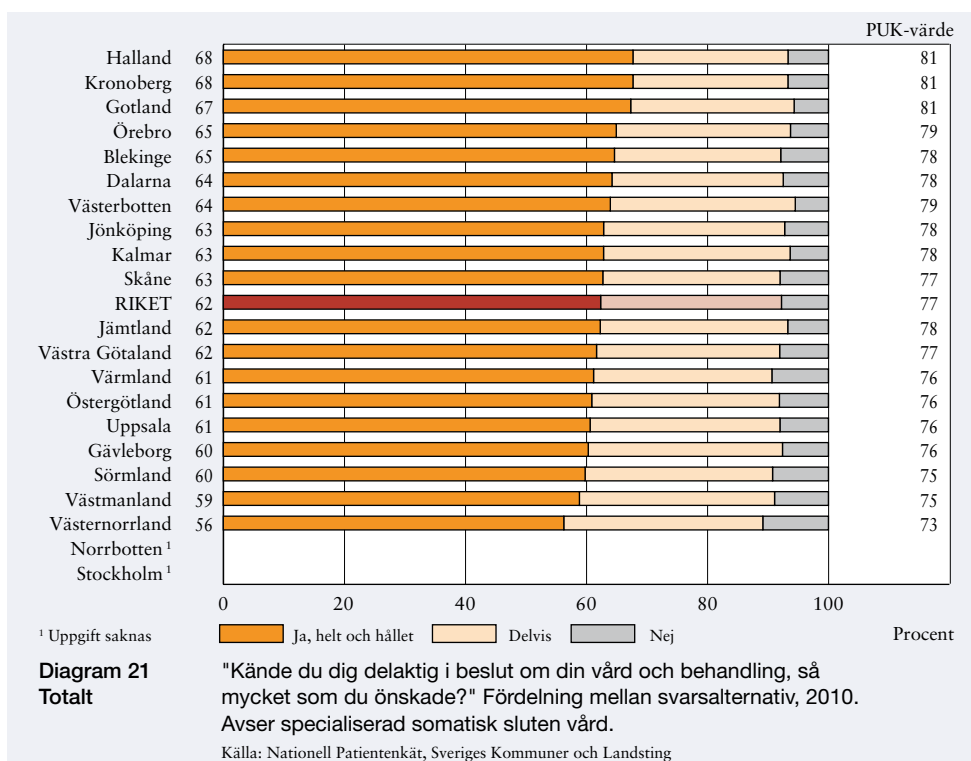
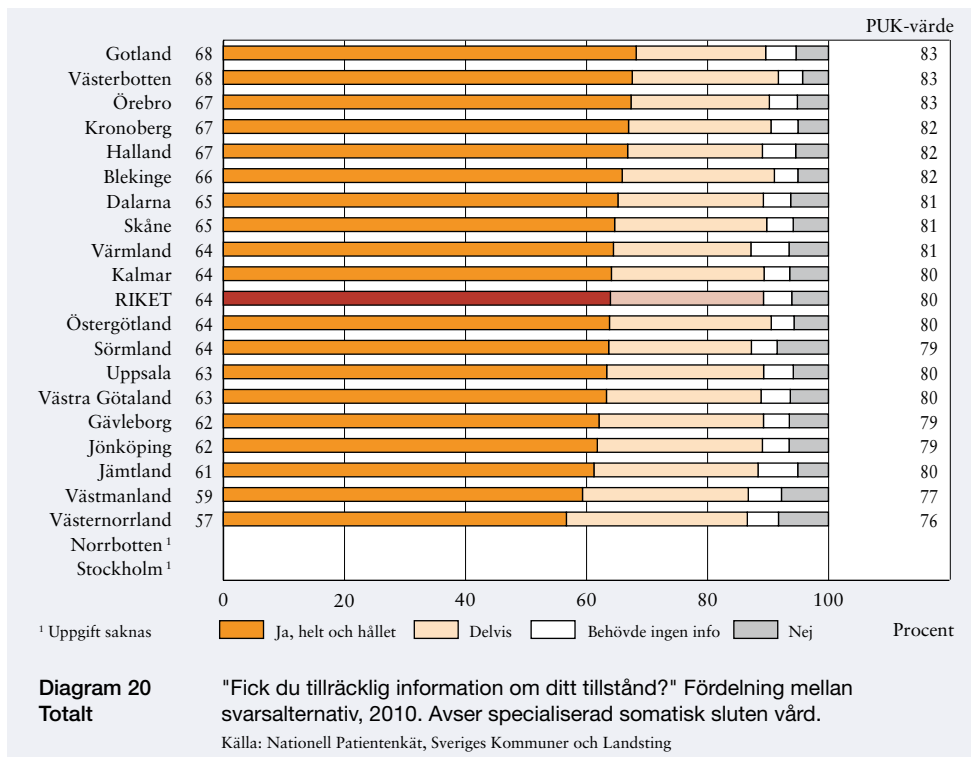
Patienters upplevelse av delaktighet inom den somatiska öppenvården redovisas i diagram 18. I riket var det 69 procent som svarade "Ja, helt och hållet" på frågan om de fått vara delaktiga i beslut om sin vård och behandling så mycket som de önskade. Värdena för patientupplevd kvalitet (PUK) varierar mellan landsting från 78 till 84. Skillnaderna mellan könen är marginell.

19–21 Bemötande, information och delaktighet vid inläggning på sjukhus

I diagram 19 redovisas resultatet för patienternas upplevelse av bemötandet inom den somatiska slutenvården. I riket svarade 84 procent "Ja, helt och hållet" på frågan om man blivit bemött med hänsyn och respekt. Den patientupplevda kvaliteten uppgick totalt för riket till 91. Andelen varierar från 80 till 87 procent. Det går att utläsa vissa skillnader i resultat mellan könen, särskilt i enskilda landsting: En högre andel av männen ger ja-svar på frågan.

I diagram 20 redovisas resultatet för i vilken utsträckning patienter som legat inlagda inom den somatiska vården tyckte att de fick tillräcklig information om sitt tillstånd. Andelen som svarar positivt uppgår i riket till 64 procent och skillnaderna





mellan landstingen är måttliga. Värdet för patientupplevd kvalitet är i riket 80. Männen upplevde i högre grad än kvinnorna att de fått tillräcklig information om sitt tillstånd: 67 procent avgav ja-svar, medan andelen bland kvinnorna var 61 procent.

I diagram 21 redovisas resultatet för patienters upplevelse av delaktighet inom den somatiska slutenvården. Resultatet är lägre än för både bemötande och information. I riket svarar 62 procent att de helt och hållet kände sig delaktiga, med en variation mellan landstingen på tolv procentenheter. PUK-värdet för riket är 77, vilket är lägre än motsvarande värde inom den somatiska öppenvården samt primärvården. I riket är skillnaderna mellan könen små, medan variationerna kan vara större för inom enskilda landsting och även mellan landsting.

TILLGÄNGLIGHET

Indikatorområdet *Tillgänglighet* avser tidsrelaterad tillgänglighet. De indikatorer som redovisas är relaterade till den nationella vårdgarantin som gäller all planerad vård. Garantin reglerar inom vilka tidsgränser en patient ska erbjudas den vård, som behörig vårdpersonal fattat ett beslut om i samråd med patienten, efter genomförd utredning och prioritering. Vårdgarantin reglerar däremot inte om vård ska ges eller vilken vård som kan komma i fråga.

Målen uttrycks med sifferserien 0–7–90–90, vilket anger vårdgarantins krav på maximal väntetid i antal dagar för de olika stegen i vårdprocessen. I första hand ska besök och behandling erbjudas inom det egna landstinget/regionen. Om hemlandstinget inte kan erbjuda detta inom gällande tidsgränser ska patienten få information om och hjälp till vård inom garantitiden hos annan vårdgivare. Hemlandstinget ska hjälpa till med alla kontakter och det får inte innebära extra kostnader för patienten.

Kontakt med primärvården ska ske samma dag (0). Ett beslutat läkarbesök i primärvården ska ske inom högst sju dagar (7). Ett besök inom den planerade specialiserade vården ska erbjudas inom högst 90 dagar efter datum för beslut. En beslutad behandling ska erbjudas inom ytterligare högst 90 dagar efter beslutsdatum.

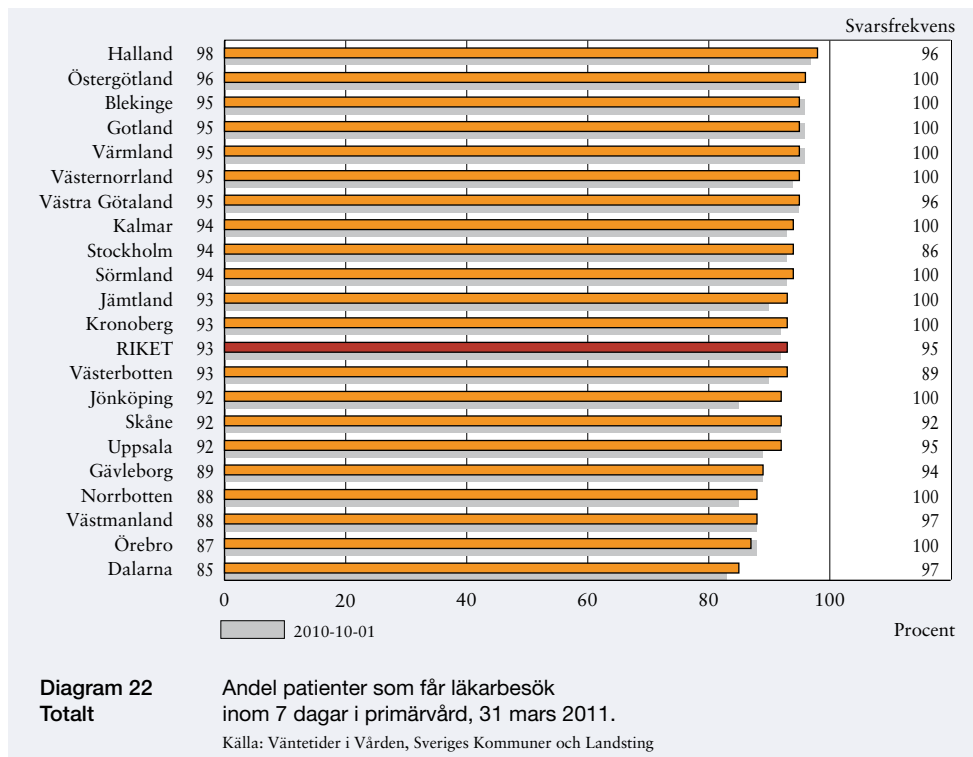
Utvecklingen av tillgängligheten inom såväl primärvård som specialiserad vård enligt vårdgarantins tidsgränser följs upp med regelbundna publiceringar på webbplatsen www.vantetider.se. Det finns metodproblem att beakta i all uppföljning av väntetider. Mycket tyder på att de medicinska indikationerna, kriterierna för när en patient skall ges en viss behandling, varierar avsevärt inom landet. Detta medför att en del patienter uppsatta på väntelista kanske inte alltid skulle vara aktuella för denna åtgärd.

Källan till uppgifter om tillgänglighet och väntetider är landstingens gemensamma nationella databas, Väntetider i Vården. Tillgången till och kvaliteten på data förbättras kontinuerligt med hjälp av den nationella rapporteringsorganisationens arbete. Svarefrekvensen har under de senaste åren varit mycket bra med undantag av sommarmånaderna juni och juli, vilket dock inte påverkar de resultat som här redovisas.

Av de indikatorer som presenteras i detta avsnitt avser två tillgänglighet inom primärvård. De övriga avser besök och behandlingar inom den planerade specialiserade vården. Uppgifterna avser läget den 31 mars 2011 för den specialiserade vården och mätperioden 14–25 mars 2011 för primärvården.

22 Läkarbesök inom sju dagar i primärvård

Väntetider till allmänläkarbesök mäts två gånger per år, i mars och oktober under två helgfria veckor. Uppgifterna rapporteras i ett webbaserat system som Sveriges Kommuner och Landsting tillhandahåller. Redovisningen här bygger på uppgif-

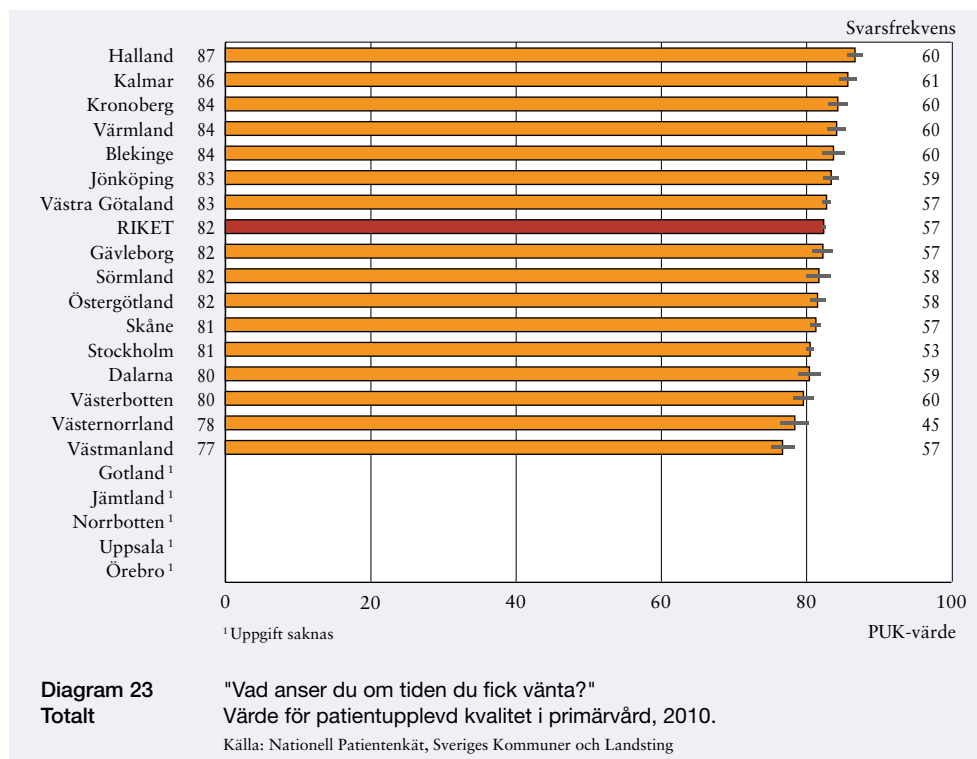


ter från den senaste mätningen, som genomfördes den 16 mars–27 mars 2011. Alla vårdcentraler eller motsvarande förväntas rapportera uppgifter. Totalt deltog 1 092 vårdcentraler och privata allmänläkare med vårdavtal i mätningen. 61 vårdcentraler deltog inte. Detta gav en svarsfrekvens på 95 procent. Tolv landsting hade 100 procents svarsfrekvens. Två landsting hade svarsfrekvens under 90 procent. Uppgifter för vårdcentraler redovisas på www.vantetider.se

Sammanlagt rapporterades över 279 000 besök som omfattas av vårdgarantin. Läkarbesök för hälsointyg, vaccination eller kontroll/uppföljning ingår inte. Vid rapportering av vantetider kan vårdcentralen ange om patienten själv valt en tid som ligger längre fram i tiden än 7 dagar i de fall patienten initialt erbjudits detta. Denna väntetid kallas "patientvald väntetid" och är exkluderad från redovisningen.

I diagram 22 återges andelen patienter som under mätperioden fick besök hos allmänläkare inom sju dagar, enligt vårdgarantins intention. Även svarsfrekvensen per landsting redovisas i diagrammet.

Mätningen visar att 93 procent i genomsnitt av de patienter som omfattas av vårdgarantin fick träffa en läkare inom föreskriven tid. För landstingen varierar andelen mellan 85 och 98 procent. En procentenhets förbättring för riket kan noteras jämfört med oktober 2010.



23 Uppfattning om väntetid vid besök i primärvården

I diagram 23 redovisas hur patienterna upplevde tillgängligheten till sitt besök på vårdcentralen eller motsvarande. Källan är Nationell Patientenkät. Resultatet på frågan "Vad anser du om tiden du fick vänta?" redovisas med ett värde för patientupplevd kvalitet (PUK). I riket var PUK-värdet 82, med en variation mellan lands-
 ting från 77 till 87. Det finns i riket inga egentliga skillnader mellan könen. Jämfört med föregående år kan man se en viss förbättring av resultatet för riket. Det finns även en viss överensstämmelse mellan landstingens resultat för denna indikator och resultaten från uppföljning av väntetiderna i primärvården.

24 Vårdcentralers tillgänglighet per telefon

Telefontillgänglighet är en viktig del av vårdens tillgänglighet och är oftast det första ledet i en vårdkontakt. Den faktiska telefontillgängligheten per telefon mäts kontinuerligt och har förbättrats markant under de senaste åren. Förbättringen kan delvis bero på införandet av olika elektroniska svars- och återuppringningssystem.

Telefontillgängligheten mäts två gånger per år, mars och oktober. Uppgifterna rapporteras i ett webbaserat system som SKL tillhandahåller. Redovisningen här bygger på uppgifter från den senaste mätningen, som genomfördes den 1–31 mars 2011, en hel kalendermånad.

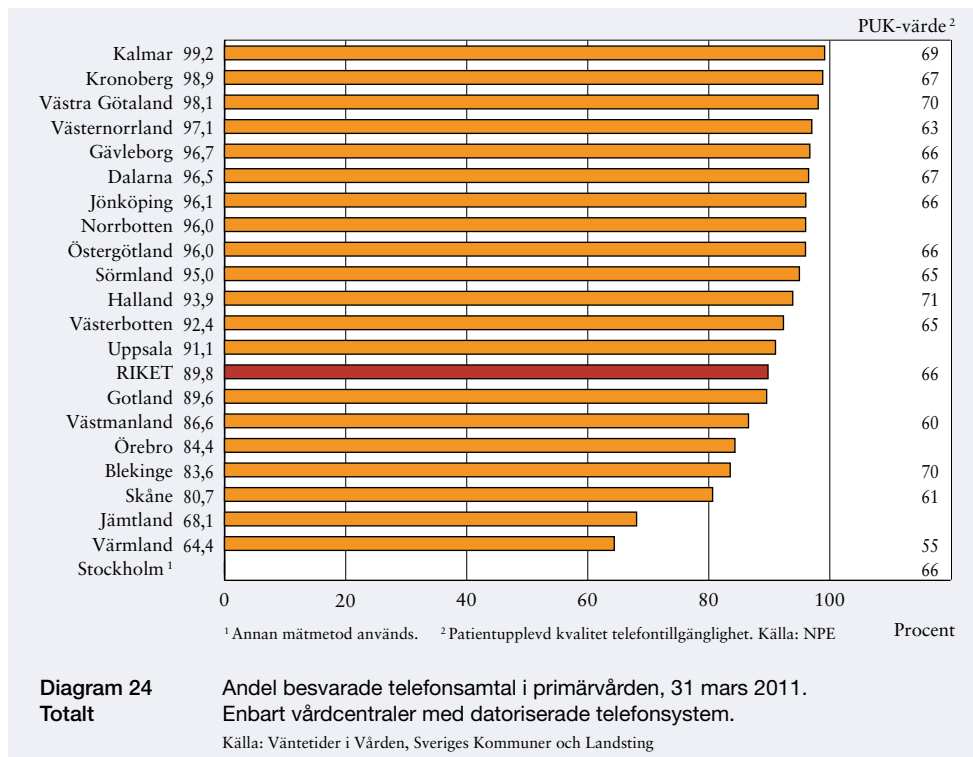
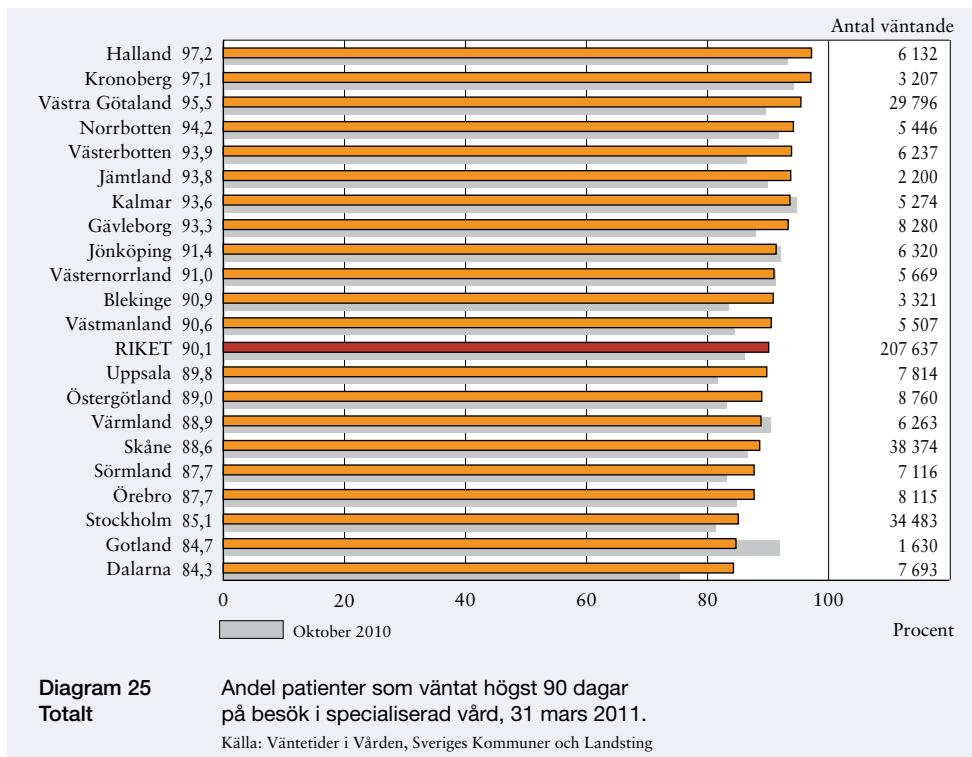


Diagram 24 Andel besvarade telefonsamtal i primärvården, 31 mars 2011.
Totalt Enbart vårdcentraler med datoriserade telefonsystem.
 Källa: Vantetider i Vården, Sveriges Kommuner och Landsting

Alla vårdcentraler eller motsvarande som har datoriserade telefonsystem förväntas rapportera uppgifter. Totalt deltog 839 vårdcentraler och privata allmänläkare med vårdavtal i mätningen. 85 vårdcentraler deltog inte eftersom de saknar datoriserat system och 229 vårdcentraler rapporterade inga uppgifter alls. Stockholm ingår inte i mätningen på grund av att man använder en annan mätmetod. Sammanlagt rapporterades över 1 900 000 samtal varav över 1 700 000 bevarades. Uppgifter per vårdcentral redovisas på www.vantetider.se

I diagram 24 återges andelen besvarade samtal under mätperioden, enligt vårdgarantins intention. Mätningen visar att i genomsnitt besvarades 90 procent av samtliga telefonsamtal. För landstingen varierar andelen mellan 64 och 99 procent. De två landsting som har lägst telefontillgänglighet, Värmland och Jämtland, anger att det delvis beror på metodproblem.

I diagrammet visas även resultatet från den nationella patientenkätens fråga om hur patienter upplevt telefontillgängligheten, när de i samband med sitt besök ringt till vårdcentralen eller motsvarande. Värdet för patientupplevd kvalitet är i riket 66, med en variation mellan landstingen från 55 till 71.



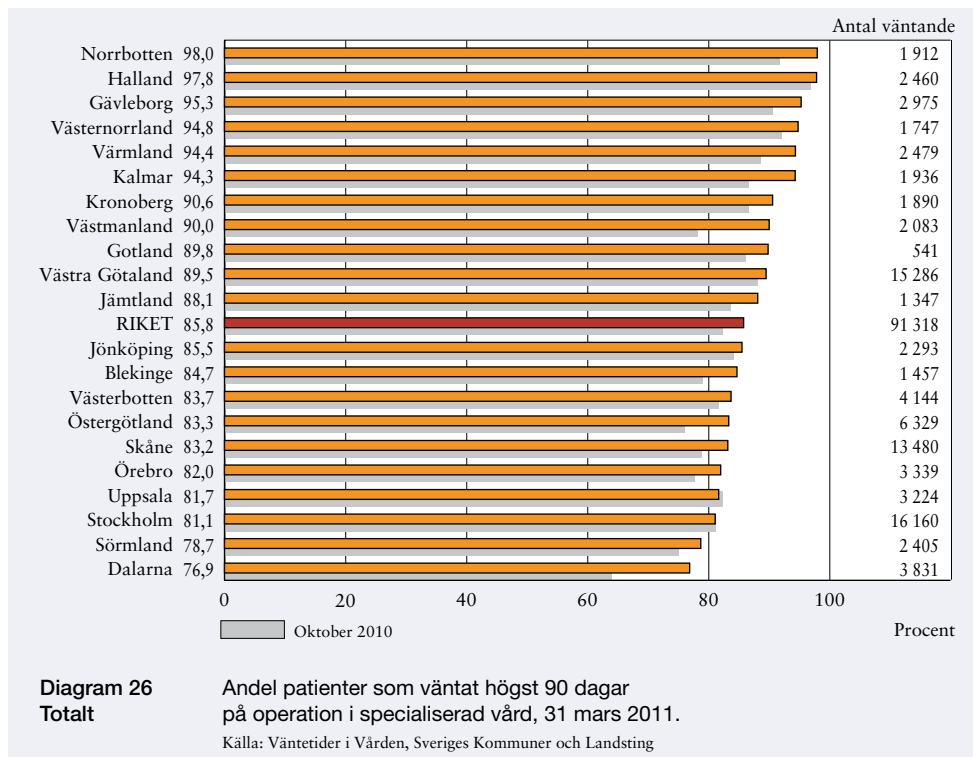
25–26 Besök respektive operation inom 90 dagar i specialiserad vård

Dessa två indikatorer baseras på uppgifter som varje månad rapporteras till den nationella databasen Väntetider i Vården. Uppgifterna omfattar antal väntande för planerad specialiserad vård inom ett 70-tal specialist- och åtgärdsområden. Väntande patienter definieras som såväl bokade som obokade patienter, för vilka ett beslut om vård har fattats.

Det sammanlagda antalet patienter som är uppsatta på vänte- eller planeringslistor till specialistbesök, har minskat från 225 000 till 207 000 patienter mellan oktober 2010 och mars 2011. Det totala antalet patienter med ett beslut om behandling/operation har också minskat något, från 98 000 till 91 300 patienter.

I riket som helhet har antalet som väntat längre än 90 dagar på en operation minskat till 12 900 från 17 500. Antal patienter som väntat längre än 90 dagar på ett specialistbesök har minskat från cirka 31 000 personer till 20 400 personer vid mätningen i mars 2010.

Diagram 25 visar att av alla patienter som väntar på ett planerat besök, så har 90 procent av patienterna väntat högst 90 dagar vid mätningen i mars 2011. Detta är en förbättring från oktober 2010 med fyra procentenheter då cirka 86 procent var planerade för vård inom 90 dagar.



I tretton landsting har 90 procent eller fler av patienterna väntat högst 90 dagar. Övriga åtta landsting har en variation på 84–89 procent. Fyra landsting har en sämre tillgänglighet jämfört med oktober 2010, men flertalet landsting har gjort stora förbättringar sedan oktober 2010.

Diagram 26 visar att variationen mellan landsting är stor för behandlingar: Mellan 77 och 98 procent av patienterna har väntat kortare tid än vårdgarantins tidsgräns, att vård skall ges inom 90 dagar. I Halland och Norrbotten har 98 procent av patienterna väntat högst 90 dagar.

Enligt svaren i den nationella patientenkäten menar 62 procent av de som opererats att man tyckte det var en acceptabel väntetid mellan beslut av operation och genomförd operation.

KOSTNADER

Ett övergripande mål för hälso- och sjukvården är att den skall vara effektiv. Det innebär att resurserna i form av personalens kompetens, medicinsk utrustning, läkemedel med mera skall användas på ett sådant sätt att de ger största möjliga bidrag till att nå målen om en god hälsa, hög tillgänglighet, respekt för patienten och vård efter behov.

Det enklaste och oftast enda tillgängliga måttet på resursåtgång är kostnaderna. Genom att relatera resultatindikatorerna till vårdens kostnader får vi ett mått på effektivitet. Normalt är emellertid kostnadsdata tillgängliga på en mer aggregerad nivå än resultatindikatorerna. Dessutom behöver då olika resultatmått vägas samman till ett mått, som kan relateras till kostnaderna. I rapporten Öppna jämförelser görs ingen sådan sammanvägning, utan här redovisas istället några övergripande jämförelser av kostnader per invånare och kostnad per prestation.

De formella indikatorerna är tre, men dessutom visas under respektive indikator ytterligare kostnadsdata per landsting och även per sjukhus. Därtill visas längre fram i rapporten kostnader per vårdtillfälle eller DRG-poäng för några specifika behandlingar, för de sjukhus som kan rapportera sådana uppgifter.

Källorna till kostnadsuppgifterna är SCB:s ekonomistatistik, SKL:s verksamhetsstatistik samt KPP-databasen vid SKL. KPP-databasen innehåller patientrelaterade kostnadsuppgifter om specifika vårdtillfällen och om kostnader för de åtgärder eller vårdinsatser som görs vid varje enskild vårdkontakt.

Först på senare tid har vissa jämförelser på sjukhusnivå för specifika behandlingar publicerats. I nuläget bör läsaren därför inte dra långtgående slutsatser av de kostnadsskillnader mellan sjukhus som redovisas. Kostnadsjämförelser är bara skenbart exakta. De är lika komplexa och innehåller lika många fallgropor som jämförelser av medicinsk kvalitet.

27 Strukturjusterad hälso- och sjukvårdskostnad

Resultat eller måluppfyllelse i förhållande till insatta resurser är ett mått på effektiviteten. Kostnader kan ses som ett samlat mått på de insatta resurserna för att bedriva hälso- och sjukvård och är en viktig beståndsdel för att kunna uppskatta effektiviteten. För att kunna göra rättvisande jämförelser av kostnadsskillnader måste hänsyn tas till landstingens olika förutsättningar att bedriva sjukvård. Kostnadsnivån kan inte förväntas vara densamma i alla landsting. Det finns strukturella faktorer som landstingen inte har möjlighet att påverka som befolkningens ålderssammansättning, den socioekonomiska strukturen och sjukdomspanorama.

Årligen beräknas för respektive landsting en standardkostnad för hälso- och sjukvården. Denna beräknas utifrån uppskattade genomsnittliga vårdkostnader för befolkningen indelad efter kön, ålder och socioekonomisk tillhörighet samt kostnaden för behandling av vissa diagnoser, så kallade vårdtunga grupper. Skillnader i standard-

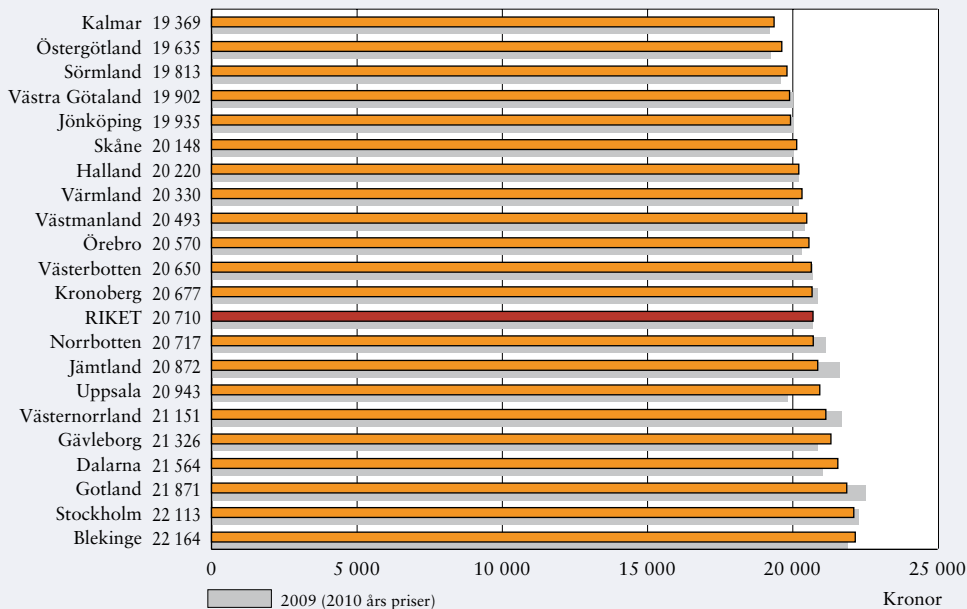


Diagram 27
Totalt

Strukturjusterade hälso- och sjukvårdskostnader per invånare, 2010. Primärvårdsansluten hemsjukvård, tandvård och omstruktureringskostnader är exkluderade.

Källa: Sveriges Kommuner och Landsting och Statistiska centralbyrån

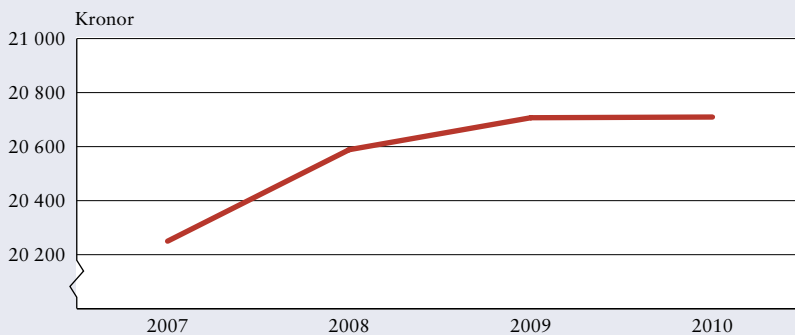


Diagram 27
Riket

Hälso- och sjukvårdskostnader per invånare. Primärvårdsansluten hemsjukvård, tandvård och omstruktureringskostnader är exkluderade. 2010 års priser.

Källa: Sveriges Kommuner och Landsting och Statistiska centralbyrån

kostnad mellan landstingen skall spegla den kostnadsskillnad som kan förklaras av olika befolkningsstruktur m.m. Denna standardkostnad ligger till grund för det kommunala utjämningsystemet som är utformat för att utjämna kostnadsskillnader som inte landstingen kan påverka. En motsvarande modell ligger till grund för fördelningen mellan landstingen av statsbidraget för läkemedel, som skall avspegla strukturella skillnader i läkemedelskostnader.

Kvoten mellan standardkostnad respektive läkemedelsstatsbidrag per invånare för respektive landsting, och motsvarande för riksgenomsnittet, är ett mått på hur mycket de strukturella faktorerna betyder. Genom att dividera den faktiska kostnaden med denna kvot erhålls en strukturjusterad kostnadsnivå. Måttet är en av Socialstyrelsens nationella indikatorer för uppföljning enligt God vård och redovisas i diagram 27.

Att den strukturjusterade kostnaden per invånare skiljer sig mellan landstingen kan avspegla olika ambitionsnivåer eller varierande effektivitet i hälso- och sjukvården. Men det kan även förklaras av faktorer som påverkar kostnadsläget och som landstingen har svårt att styra över, men som ändå inte beaktas i utjämningsystemet.

Mellan 2009 och 2010 har rikets kostnader inte förändrats nämnvärt. Däremot har det varit relativt stor ökning i vissa landsting. Uppsals kostnader har ökat med 5,5 procent, medan Jämtland å andra sidan har minskat kostnaderna med drygt 3 procent.

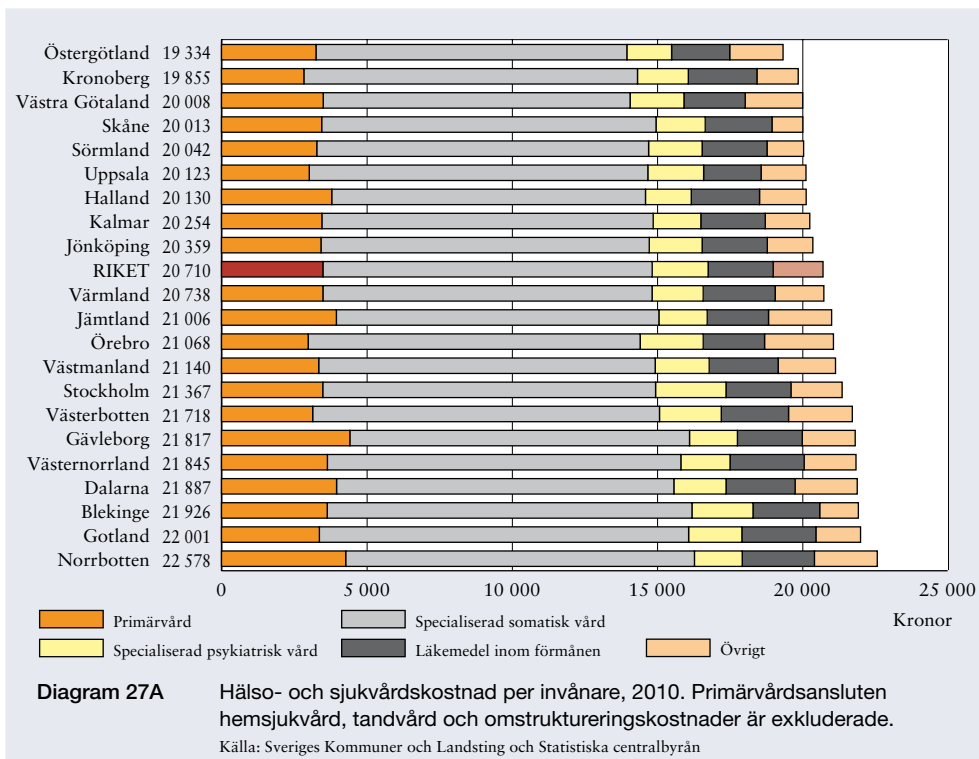
27A Kostnad per invånare per verksamhetsgren

Den faktiska nettokostnaden per invånare kan fördelas på olika verksamhetsgrenar. Då finns dock ingen möjlighet att justera för strukturella skillnader. Däremot kan jämförelser ge en ungefärlig uppfattning om hur respektive landsting valt att fördela resurserna.

Med nettokostnader avses de kostnader som finansieras med landstingsskatt, generella statsbidrag och finansnetto. Patientavgifter och specialdestinerade statsbidrag är fråndragna.

Genomsnittskostnaden för landstingens hälso- och sjukvård uppgick 2010, med den angivna avgränsningen, till drygt 20 700 kronor per invånare. Norrbotten hade en kostnad per invånare som var 9 procent över genomsnittet, medan Östergötland låg 7 procent under. En jämförelse med diagram 27 visar att Norrbottens höga kostnadsnivå till stor del kan förklaras av strukturella faktorer, eftersom den strukturjusterade kostnaden är på samma nivå som rikets, drygt 20 700 kronor. Ett motsatt mönster gäller för Kronoberg som har låga faktiska kostnader, men ligger högre sedan justering gjorts för strukturella faktorer.

Den genomsnittliga kostnaden för primärvård uppgick 2010 till 3 491 kronor per invånare, vilket motsvarar 17 procent av de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna. Variationen mellan landstingen är relativt stor. Landstingens geografiska förhållanden påverkar kostnadsnivåerna inom primärvården. I några landsting med stora avstånd finns slutenvårdsplatser i anslutning till primärvården, vilket drar upp primärvårdskostnaden i dessa landsting. Kostnadsjämförelsen påverkas av att verksamhetsuppdraget inom primärvård även i övrigt skiljer sig åt mellan landstingen.



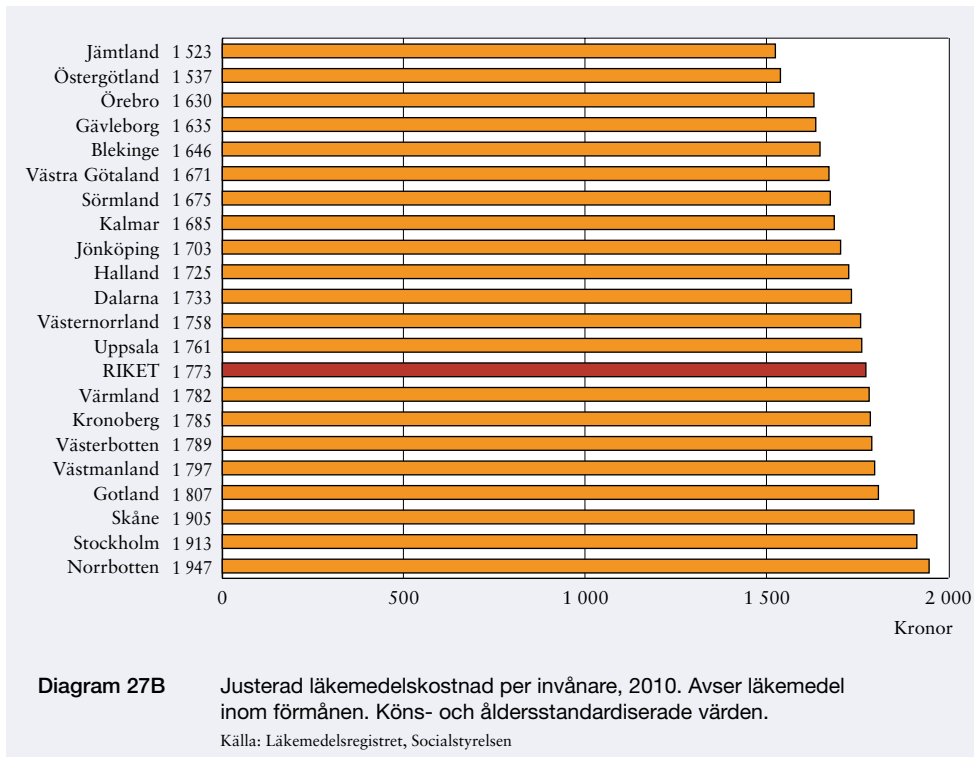
Kostnaderna för den specialiserade somatiska vården, som i genomsnitt svarar för drygt hälften av landstingens hälso- och sjukvårdskostnader, var 11 337 kronor per invånare 2010. Relativt sett är kostnadsskillnaderna mindre för somatisk specialist-sjukvård än för primärvård.

För den psykiatriska vården var genomsnittskostnaden 1 962 kronor per invånare 2010. Stockholm har påtagligt högre kostnader än vad övriga landsting har. En förklaring kan vara att den psykiska ohälsan är större i storstadsmiljön.

27B Justerad läkemedelskostnad per invånare

2010 var kostnaden för läkemedel 36,4 miljarder kronor. Cirka 70 procent av detta belopp avsåg kostnaden för läkemedel som såldes mot recept och resterande del avsåg främst läkemedel i slutenvård och egenvård. Den del av kostnaden för receptförskrivna läkemedel som individen själv inte behöver betala, utan som finansieras av landstinget kallas förmånskostnad. 2010 uppgick förmånskostnaden för läkemedel till cirka 2 200 kronor per invånare (totalt 18,8 miljarder kronor), vilket motsvarar drygt 10 procent av den totala kostnaden för hälso- och sjukvården.

Introduktion av nya läkemedel, den ökande andelen äldre i befolkningen, ökad förekomst av exempelvis fetma och psykisk ohälsa, förändrad syn på vad som är en behandlingsbar sjukdom och vidgade användningsområden för befintliga läkemedel är

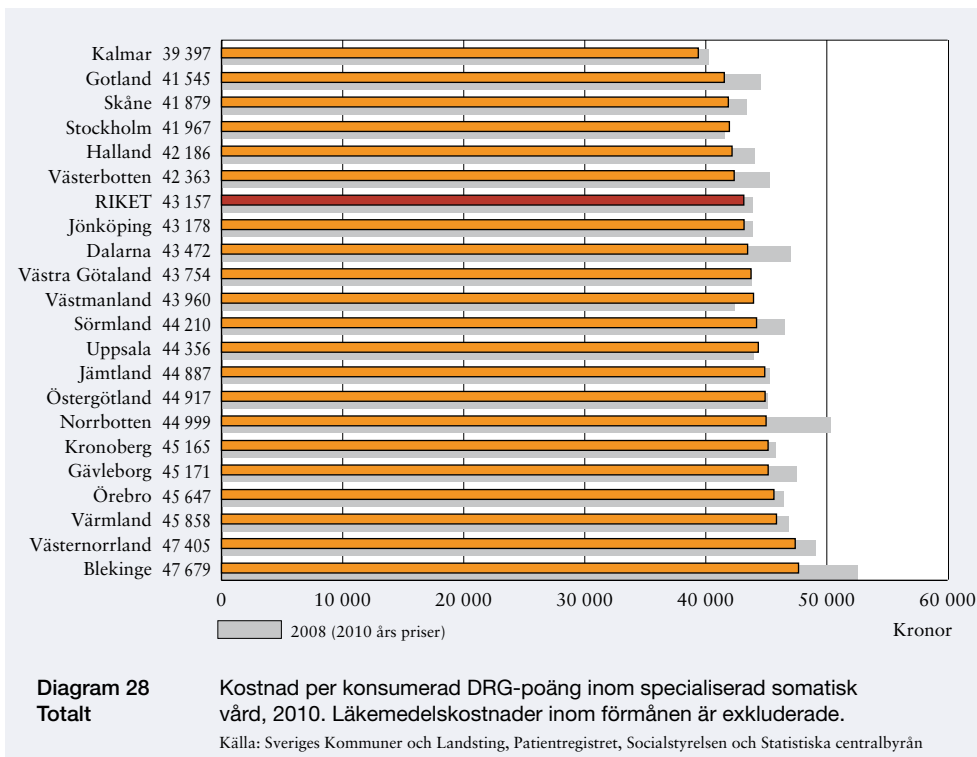


några faktorer som påverkar utvecklingen av läkemedelskostnader. Även ökat antal läkarbesök och förväntningar från patienter kan tänkas öka läkemedelskostnaderna. Det finns också en rad faktorer som bromsar kostnadsökningen. Patentutgångar och introduktion av billiga generika kan ha stor effekt. Exempel på andra faktorer är ökat kostnadsmedvetande bland förskrivare och incitament till kostnadseffektiv läkemedelsanvändning.

Diagram 27B visar landstingens förmånskostnad per invånare för receptförskrivna läkemedel. Kostnaden för de handelsvaror som ingår i förmånen ingår inte i jämförelsen, till exempel särskild näring och stomiprodukter. Inte heller kostnader för läkemedel som ges som en integrerad del inom sjukhusvården, så kallade rekvisitionsläkemedel, ingår.

Läkemedel med stor variation i huruvida landstingen väljer att förskriva eller rekvirera har exkluderats i jämförelsen, för att minska skillnader som beror på att kostnader förs över från förmånen till rekvisition. Detta varierar över tid och därför är indikatorn förändrad jämfört med förra årets rapport med avseende på vilka läkemedel som exkluderas. Jämförelsen omfattar totalt cirka 88 procent av kostnaderna för läkemedelsförmånen.

Kostnadsuppgifterna är standardiserade för skillnader i befolkningens sammansättning av åldrar och kön. Däremot har inte gjorts någon justering för att sjukdoms-



bilden varierar mellan landstingen, vilket kan vara en förklaring till kostnadsskillnaderna.

28 Kostnad per konsumerad DRG-poäng

Hittills har kostnader i relation till befolkningen beskrivits, men ett mer direkt sätt att mäta kostnadsnivå är att relatera kostnaden till mängden prestationer, på så sätt uppskattas hälso- och sjukvårdens produktivitet. Produktivitet är ett snävare begrepp än effektivitet. En god produktivitet innebär att rätt insats görs i förhållande till den insatta resursen. En god effektivitet innebär att insatsen uppfyller målen givet den insatta resursen.

För att få ett rättvisande mått på prestationer måste hänsyn tas till att resurskraven skiljer sig markant mellan olika sjukdomstillstånd och åtgärder. I Patientregistret vid Socialstyrelsen registreras samtliga vårdtillfällen och läkarbesök inom den specialiserade somatiska vården. Uppgifter om patientens diagnos och ålder ingår, vilket gör att varje vårdtillfälle och läkarbesök kan viktas med DRG-poäng. DRG står för diagnosrelaterade grupper och är ett system för att gruppera enskilda vårdkontakter till större grupper, baserat på dessas medicinska innehåll och resursförbrukning.

Diagram 28 visar kostnaden per DRG-poäng för den specialiserade somatiska vård som invånarna i respektive landsting fått del av. Kostnaden per DRG-poäng var

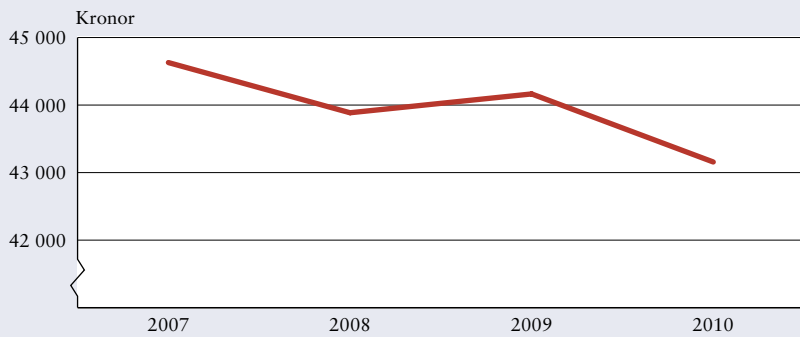


Diagram 28
Riket

Kostnad per konsumerad DRG-poäng inom specialiserad somatisk vård. Läkemedelskostnader inom förmånen är exkluderade. 2010 års priser.

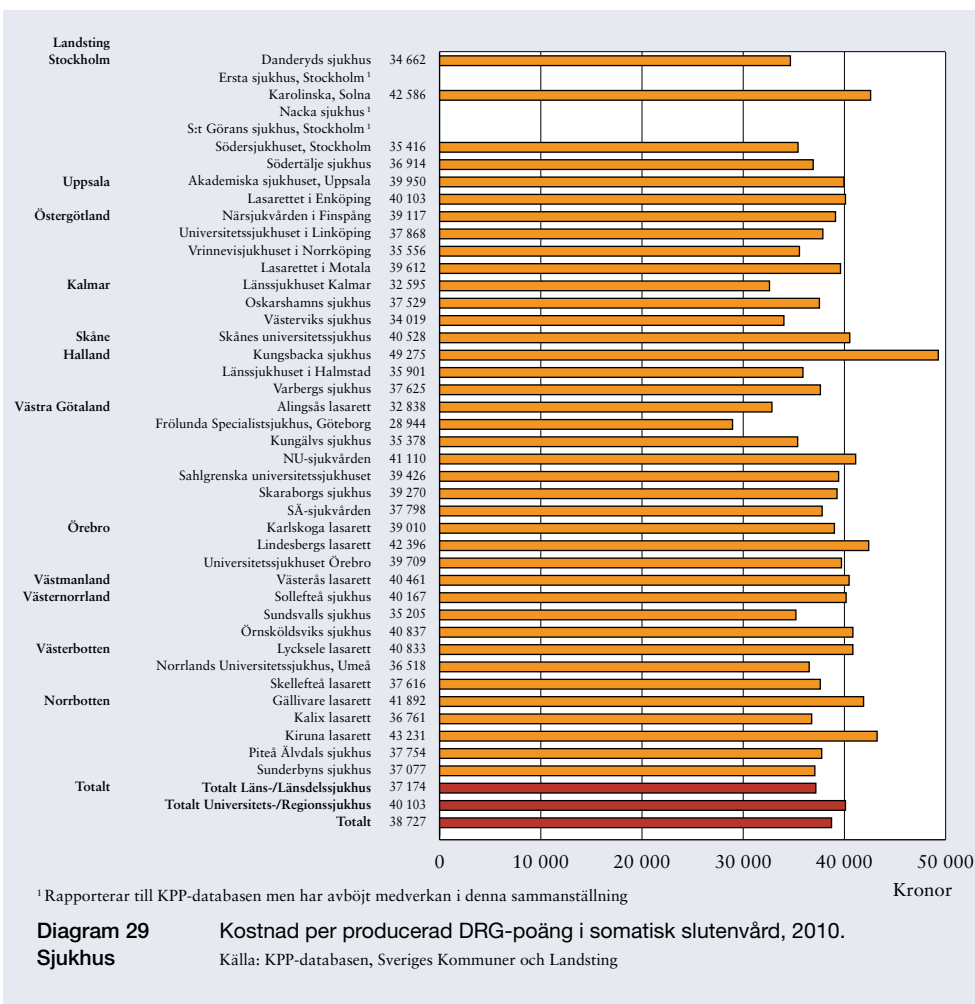
Källa: Sveriges Kommuner och Landsting, Patientregistret, Socialstyrelsen och Statistiska centralbyrån

noget lägre 2010 än 2008, vilket indikerar att produktiviteten stigit, det vill säga att kostnaderna ökat mindre än de viktade prestationerna.

De uppmätta skillnaderna i kostnad per DRG-poäng mellan landstingen kan delvis bero på mätproblem. Kvaliteten på den primära kodningen av åtgärder och diagnoser skiljer sig fortfarande åt mellan landstingen, framförallt i den öppna vården. En ökning i konsumerade DRG-poäng kan vara en följd av att sjukhusen förbättrar sin inrapportering till Patientregistret. Härigenom ökar det registrerade "värdet" av konsumtionen, utan att detta motsvaras av ökade kostnader. Det finns också en strukturell aspekt som inte beaktas. DRG tar hänsyn till skillnader i landstingens patientsammansättning, men inte till andra faktorer.

Det bör noteras att det är kostnaden per konsumerad DRG-poäng som återges, oavsett i vilket landsting vården ges. Därför är till exempel Gotlands kostnad per DRG-poäng delvis bestämd av priset för den utomlänsvård som köps från andra landsting. Indikatoren är en av Socialstyrelsens nationella indikatorer för uppföljning enligt God vård.

Mätt på detta sätt är kostnadsskillnaderna mellan landstingen ungefär lika stora som när de mäts med hälso- och sjukvårdskostnader per invånare. Men rangordningen skiljer sig. Kalmar har den lägsta kostnaden per DRG-poäng, det vill säga den högsta produktiviteten, 9 procent över genomsnittet. Stockholm har låga kostnader per prestation mätt med DRG-poäng. Att kostnaderna per invånare för den specialiserade somatiska vården inte hamnar lägst i dessa landsting beror på att vårdkonsumtionen (DRG-poäng per invånare) är förhållandevis hög.



¹ Rapporterar till KPP-databasen men har avböjt medverkan i denna sammanställning

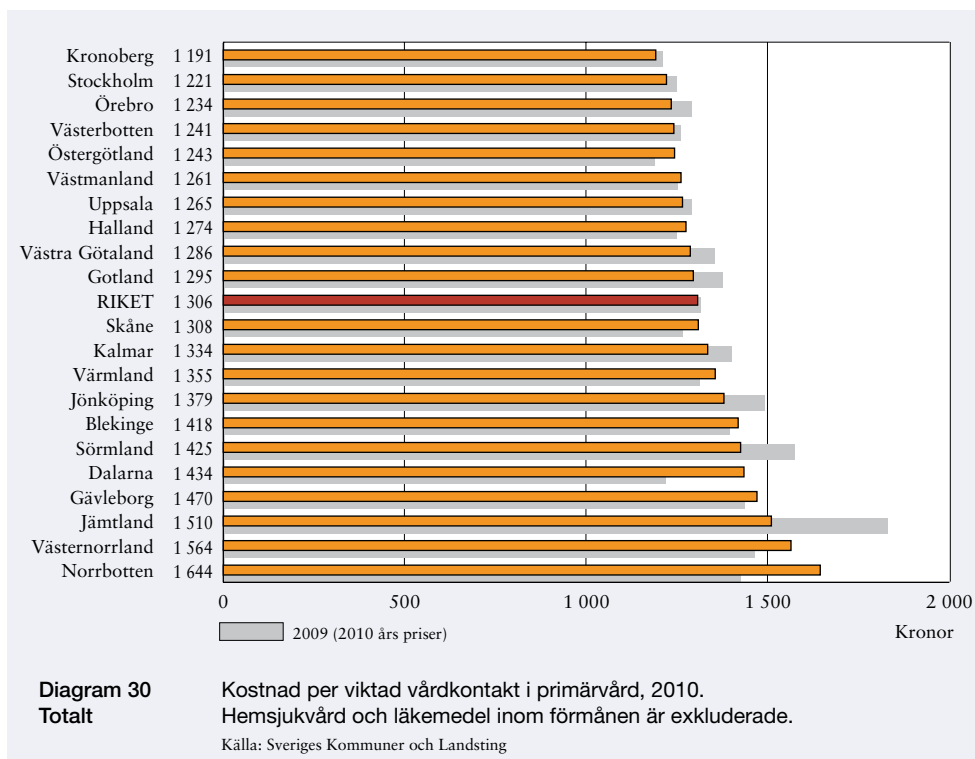
Kronor

Diagram 29 Kostnad per producerad DRG-poäng i somatisk slutenvård, 2010.
Sjukhus Källa: KPP-databasen, Sveriges Kommuner och Landsting

29 Kostnad per producerad DRG-poäng

För sjukhusen som rapporterar data till KPP-databasen (Kostnad per Patient) visas i diagram 29 kostnaderna per prestation i slutenvård 2010. Här har värdet av prestationerna viktats med hjälp av DRG-systemet. Kostnaderna för ett genomsnittligt slutenvårdstillfälle i KPP-databasen uppgick 2010 till knappt 47 000 kronor. Då ingår alla fall, även de så kallade kostnadsytterfallen. I diagram 29 är dessa exkluderade, vilket gör kostnaderna lägre, 38 727 kronor per DRG-poäng totalt.

Ett särskilt problem när bara kostnader per prestation i slutenvård ingår, är att kostnaderna måste fördelas mellan öppen och sluten vård på ett likformigt sätt. Om inte detta görs, påverkar dessa redovisningsskillnader den uppmätta produktiviteten. Som i resten av rapporten redovisas sjukhus per landsting, inte rangordnade efter utfall.



30 Kostnad per vårdkontakt i primärvård

För primärvården saknas en motsvarighet till DRG-poäng. På nationell nivå registreras besök hos olika personalkategorier, men inte uppgifter om patientens diagnos, ålder eller liknande. Det går därför inte att vikta prestationerna på samma sätt som för den specialiserade somatiska vården.

I diagram 30 har vårdkontaktarna viktats med hänsyn till typen av kontakt, vilken personalkategori som är involverad och i vilken delverksamhet inom primärvården kontakten redovisas. Det sammanvägda antalet besök har därefter relaterats till kostnaden för primärvård i respektive landsting. Indikatorn är en av Socialstyrelsens nationella indikatorer för uppföljning enligt God vård.

Kostnad per vårdkontakt kan vara stöd vid analys av kostnaden för primärvården i ett landsting. Exempelvis kan den höga primärvårdskostnaden i Norrbotten till stor del förklaras av att genomsnittskostnaden per vårdkontakt är hög, inte av att mängden konsumerad vård är hög. För Halland gäller däremot att det är mängden vårdkontakter som bidrar till höga kostnader, eftersom kostnaden per vårdkontakt inte är påfallande hög, samtidigt som primärvårdskostnaden per invånare är relativt hög.

Kostnadsjämförelsen är grov, dels eftersom vårdkontakter/besök i primärvården inte speglar hela primärvårdsinsatsen, dels eftersom innehållet i vårdkontakter kan

förväntas ha en betydande variation vad gäller tid/resursåtgång, en variation som inte fångas i måttet.

Områdesvisa indikatorer

LÄKEMEDELSBEHANDLING

31 Tio eller fler läkemedel bland äldre

Med polyfarmaci avses samtidig användning av många läkemedel. Studier har visat att detta är förknippat med lägre följsamhet till ordination, högre kostnader, risk för skadliga läkemedelsinteraktioner och med läkemedelsorsakad inläggning på sjukhus.

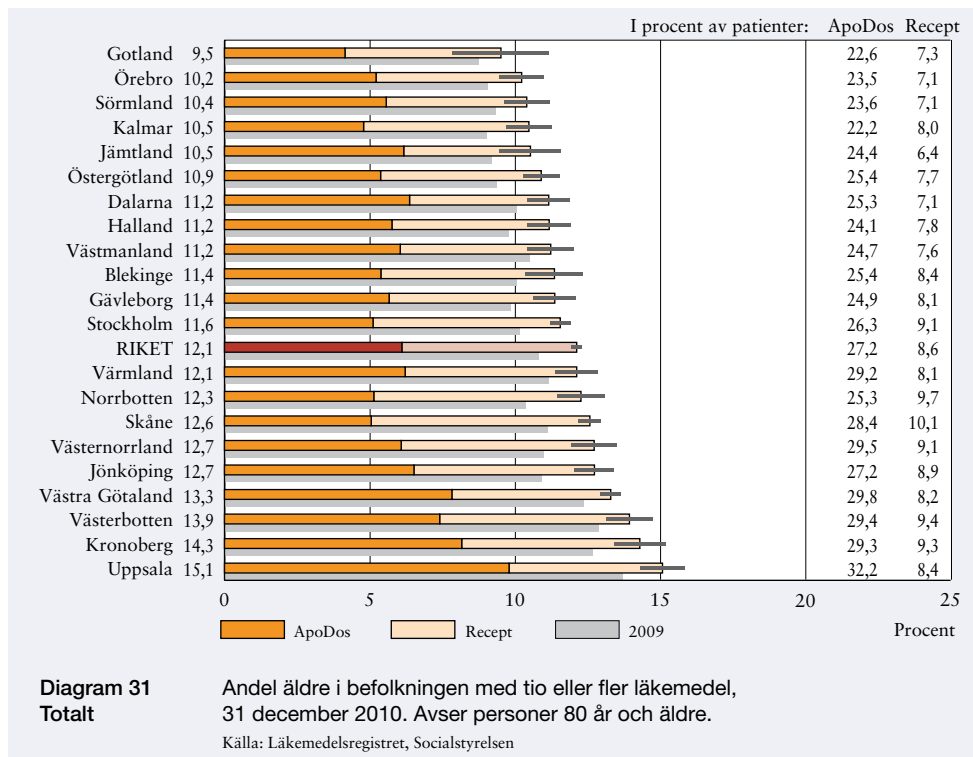
Polyfarmaci brukar i den vetenskapliga litteraturen ofta definieras som "användning av fem eller fler läkemedel". Användning av tio eller fler läkemedel har i vissa studier av äldre tillämpats som mått på "excessive polypharmacy", vilket skulle kunna översättas med "avsevärd" eller "extrem" polyfarmaci. Indikatorn är sedan 2010 en av Socialstyrelsens nationella indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre.

I diagram 31 visas att andelen äldre med tio eller fler läkemedel var i befolkningen 12,1 procent vid mättidpunkten 31 december 2010. Detta motsvarar cirka 60 000 personer i riket som helhet. Andelen bland kvinnor är högre, 13,2 procent, medan den för männen är 10,3 procent. Variationen mellan landsting är förhållandevis stor och sträcker sig från 9,5 till 15,1 procent. Jämfört med förra året har andelen äldre med tio eller fler läkemedel ökat med 1,4 procentenheter för kvinnor och 1,1 procentenheter för män.

Staplarna är fördelade på patienter som fått sina läkemedel förskrivna via ApoDos-respektive recept. I diagrammet anges i kolumnerna till höger även utfallet för ApoDos- respektive receptexpedierade läkemedel. De senare siffrorna baseras på äldre med förskrivna läkemedel.

Andelen är mycket hög i gruppen äldre med ApoDos, där totalt 27,2 procent hade tio eller flera läkemedel, att jämföra med 8,6 procent för dem med receptexpedierade läkemedel. En betydande variation mellan landstingen återfanns framförallt inom gruppen med ApoDos-expedierade läkemedel, med en variation från cirka 22 till 32 procent, för män och kvinnor sammantagna.

I alla landsting finns läkemedelsförråd i hemsjukvård/äldreboenden, vilket kan tänkas påverka denna indikator. Hemsjukvård är per definition en del av den öppna vården. Användningen av läkemedel ur läkemedelsförråd registreras dock inte i läkemedelsregistret vilket kan leda till att läkemedelsanvändningen i den öppna vården underskattas. Sådana läkemedel används dock sannolikt oftast tillfälligt, i akuta si-



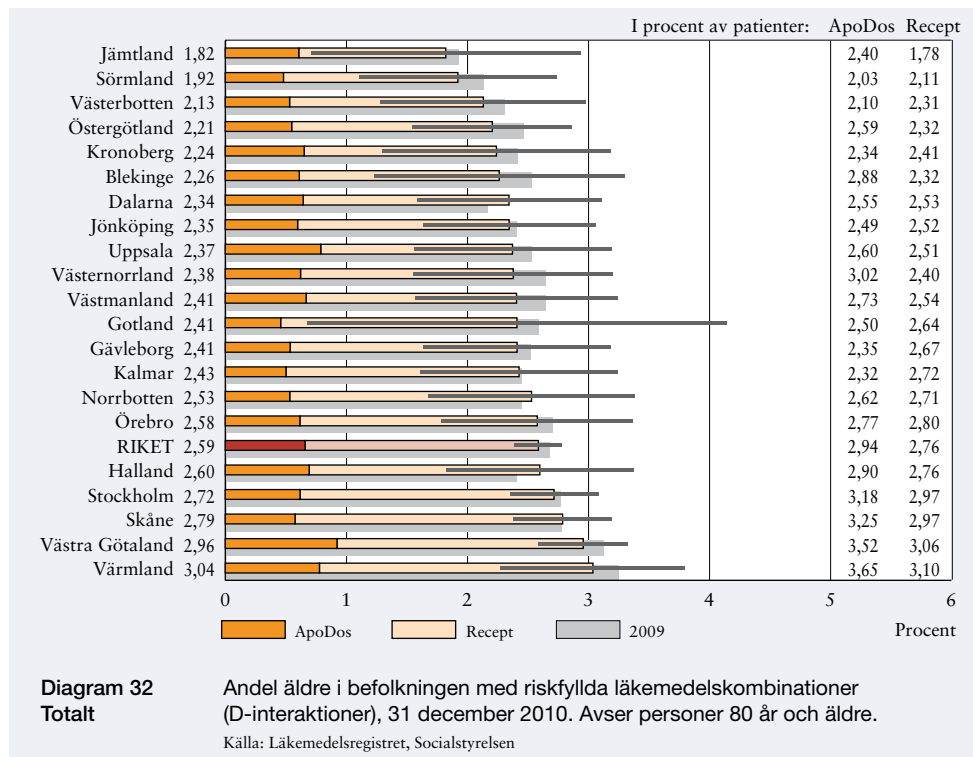
tuationer, eller inom korttidsvård på särskilt boende. Det är därför svårt att bedöma hur stor påverkan denna läkemedelsanvändning har på jämförelsen i diagram 31.

I flera av rapportens andra indikatorer ses en hög andel läkemedelsbehandlade patienter som ett positivt resultat, till exempel vid diabetes och efter stroke och hjärtinfarkt. En stor mängd olika samtidiga läkemedelsbehandlingar kan dock sammantaget leda till oönskade effekter. Denna indikator är en viktig illustration av att behandlingsvalet ska utgå från en sammanvägd bedömning av den enskilde patientens situation.

32 Läkemedelsinteraktion bland äldre

C- och D-interaktioner är de kliniskt relevanta läkemedelsinteraktionerna, med vilket menas kombinationer av läkemedel som kan ha en betydande påverkan på varandras omsättning eller verkan. D-interaktion kan enligt FASS, ett uppslagsverk som beskriver alla läkemedel som är godkända i Sverige, "leda till allvarliga kliniska konsekvenser i form av svåra biverkningar, utebliven effekt eller är i övrigt svår att bemästra med individuell dosering. Kombinationen bör därför undvikas". Indikatorn är en av Socialstyrelsens nationella indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre.

I diagram 32 visas andelen patienter i gruppen 80 år och äldre som har kombinationer av läkemedel med risk för D-interaktioner vid mättdpunkten 31 december

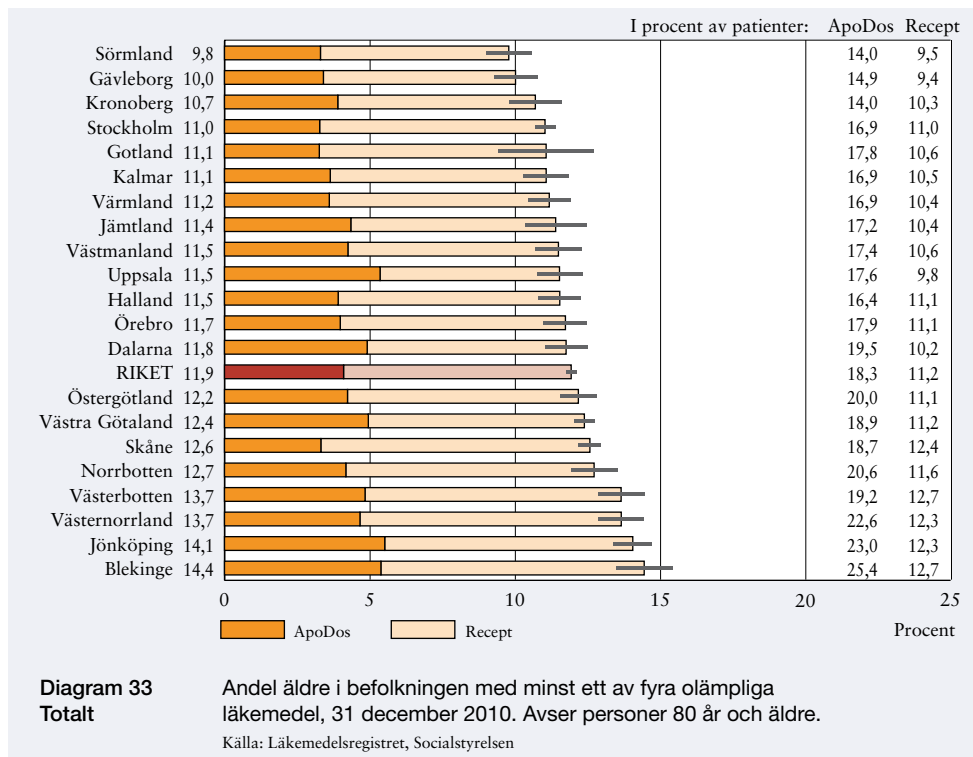


2010. Staplarna är fördelade på patienter som får sina läkemedel via dosexpedition (ApoDos) respektive via recept.

Andelen med dessa läkemedelskombinationer är i riket 2,6 procent. Detta motsvarar knappt 13 000 patienter. Jämfört med förra året är andelen äldre med riskfyllda kombinationer i stort sett oförändrad. Det finns för riket inga könsskillnader

Det finns en diskussion om att ApoDos, som har betydande fördelar för vissa patientgrupper, ökar risken för att nya läkemedel läggs till i medicineringen, utan att den samlade användningen revideras. Andelen äldre som får sina läkemedel via ApoDos varierar mellan länen. Detta motiverar särredovisning av andelen med dessa läkemedelskombinationer för gruppen äldre med ApoDos-expediering respektive gruppen med receptexpedierade läkemedel. Se till höger i diagrammet. I denna jämförelse ingår enbart äldre som hade läkemedel förskrivna, medan i stapeldiagrammet hela befolkningen ingår.

En möjlig felkälla är att Läkemedelsregistret inte fångar den läkemedelsanvändning som sker från läkemedelsförråd i äldreboenden.

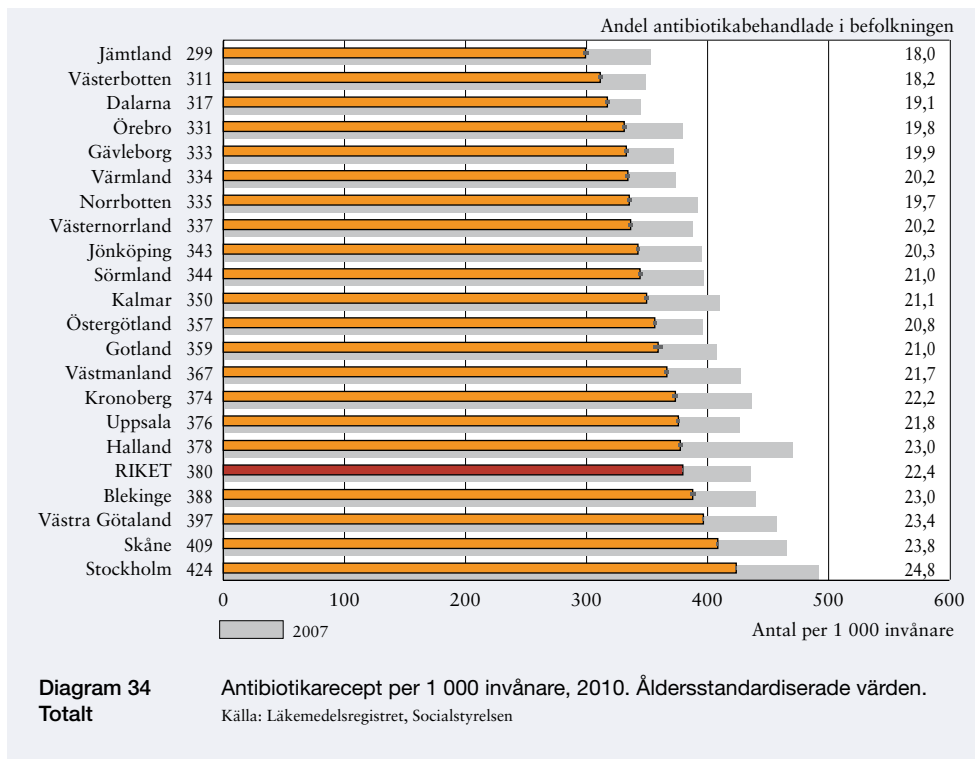


33 Äldre med olämpliga läkemedel

Vissa läkemedel medför en betydande risk för biverkningar hos äldre och bör därför undvikas i denna åldersgrupp. Dessa omfattas av indikatorn *Preparat som bör undvikas om inte särskilda skäl föreligger*, som är en av Socialstyrelsens nationella indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre. Indikatorn innefattar läkemedlen/läkemedelsgrupperna: bensodiazepiner med lång halveringstid, läkemedel med betydande antikolinerga effekter, det smärtstillande medlet tramadol och sömnmedlet propiomazin.

I diagram 33 visas andelen äldre av hela befolkningen som hade minst ett av dessa fyra olämpliga läkemedel, vid mättidpunkten 31 december 2010. Staplarna är fördelade på patienter som får sina läkemedel via dosexpedition (ApoDos) respektive via recept. Andelen var bland kvinnor 13,1 procent och bland män 10,0 procent år 2010, vilket totalt motsvarar knappt 60 000 personer. Variationen mellan landstingen är relativt stor och sträcker sig från Sörmlands 11,0 till Blekinges 16,5 procent för kvinnor och från Sörmlands 7,7 till Jönköpings 12,0 procent för männen.

Användningen av dessa läkemedel var högre i gruppen med ApoDos, där 18,3 procent hade detta, att jämföra med 11,2 procent i gruppen med receptexpedierade läkemedel.



34 Förekomst av antibiotikabehandling

Det finns ett tydligt samband mellan ett lands antibiotikaanvändning och andelen resistenta bakterietyper. Med allt högre antibiotikaanvändning riskerar vi att hamna i en situation där patienter med allvarliga infektioner inte längre kan få effektiv behandling. Sverige och övriga Norden har en förhållandevis låg förskrivning av antibiotika jämfört med övriga Europa.

Antibiotika ska alltså inte användas i onödan. Ett sätt att minska onödig antibiotikaanvändning är att inte omedelbart sätta in antibiotikabehandling vid sådana lindriga infektioner som oftast läker ut utan behandling. Behandlingstidens längd påverkar också det totala antibiotiketrycket. Flera nya studier har visat att behandlingstiden vid vissa infektioner, till exempel urinvägsinfektioner hos kvinnor, kan förkortas utan att behandlingsresultatet blir sämre.

Vid antibiotikabehandling är det vidare önskvärt att använda så "smal" terapi som möjligt för att påverka så få bakterier som möjligt. Detta är önskvärt både ur resistensutvecklingssynpunkt och ur biverkningssynpunkt. Användning av ett antibiotikum med brett antibakteriellt spektrum innebär större störningar av kroppens normala bakterieflora, vilket kan öka risken för biverkningar. Dessutom ökar risken för resistensutveckling hos flera bakteriearter.

Indikator 34 visar antalet antibiotikarecept per 1 000 invånare för 2010, med 2007 som jämförelseår. Dessutom visas andelen personer i befolkningen som behandlats med antibiotika. Källan är Läkemedelsregistret, som är komplett avseende läkemedelsanvändning i öppen vård, men som saknar uppgift om förskrivningsorsak. Detta gör att indikatorn ger en grov bild av antibiotikaanvändningen.

Under mätperioden hämtades i riket 380 recept per 1 000 invånare ut, med en variation från 299 till 425. I alla landsting har antalet recept minskat sedan 2007. Antibiotikaanvändningen är högre bland kvinnor än bland män. Generellt kan även sägas att det skrivs ut mer antibiotika i storstadsregionerna och mindre antibiotika i de norra delarna av landet.

Skillnaderna mellan landstingen är relativt stora. De är sannolikt ett uttryck för skillnader i behandlingstradition, och kan inte förklaras med variationer i befolkningens behov av antibiotika.

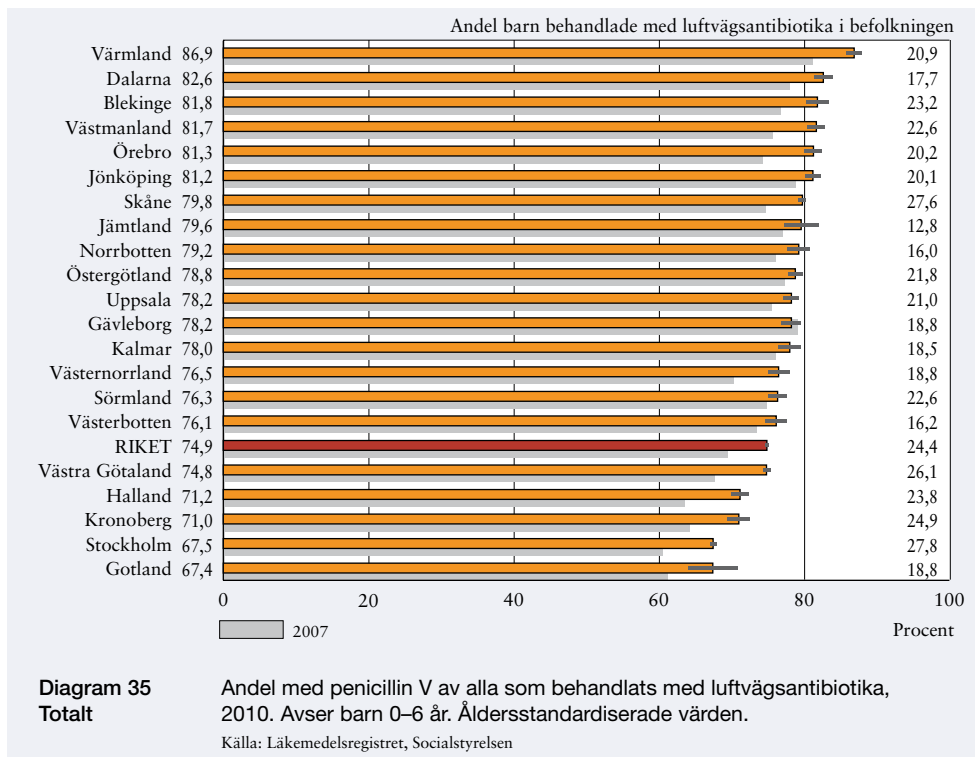
Det är önskvärt att ha en låg förskrivning av antibiotika, men den optimala nivån är svår att fastslå. Strama, Strategigruppen för rationell antibiotikaanvändning, har föreslagit målnivån 250 recept per 1 000 invånare och år. Inget landsting når denna nivå idag, utan tvärtom krävs det i riket betydande minskningar av antalet förskrivna recept för att detta mål skall nås.

35 Penicillin V vid behandling av barn med luftvägsantibiotika

De flesta luftvägsinfektioner beror på virussmitta och går över av sig själva. Vid antibiotikabehandling av luftvägsinfektion som bedöms vara orsakad av bakteriell smitta, är penicillin V (Fenoximetylpenicillin) förstahandsval och bör därmed i de flesta fall användas. Penicillin V är ett så kallat smalspektrumantibiotika, som är verksamt mot ett fåtal bakterier och har en mindre påverkan på kroppens normala bakterieflora.

Diagram 35 visar andelen penicillin V-behandlade barn av alla som vid första förskrivning under perioden fick något av de antibiotika som vanligen används vid luftvägsinfektion. Källan är Läkemedelsregistret. Detta är heltäckande, men saknar uppgift om förskrivningsorsak. Istället har patientgruppen med luftvägsinfektion ringats in via de använda läkemedlen. Under 2010 behandlades 24 procent av alla barn 6 år och yngre med någon typ av antibiotika mot luftvägsinfektion, vilket redovisas till höger i diagrammet.

I riket var andelen penicillin V-behandlade barn knappt 75 procent. Andelen bland pojkar var något högre än bland flickor. I riket har andelen med penicillin V ökat något jämfört med jämförelseperioden 2007. Det finns skillnader mellan landstingen. Den lägsta andelen förskrivning av smalspektrapenicillin V är Stockholm och Gotland med 67 procent, medan Värmland har den högsta andelen, 87 procent.



Någon absolut målnivå finns inte, men resultaten för landstingen som har högst andel penicillin V ger en god fingervisning om vilka resultat som är möjliga att uppnå.

36 Kinoloner vid behandling med urinvägsantibiotika

Sverige och de övriga nordiska länderna använder generellt sett i högre grad antibiotika med ett smalt spektrum, i motsats till Öst- och Sydeuropa som har en hög andel av bredspektrumantibiotika. Det är generellt önskvärt att ha en så låg förskrivning av dessa som möjligt.

Kinoloner är bredspektrumantibiotika som i huvudsak bör förbehållas allvarliga infektioner. Strategigruppen för rationell antibiotikaförskrivning och minskad antibiotikaresistens (Strama) och Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM) har som mål att andelen kinoloner vid förskrivning mot urinvägsinfektion inte ska vara högre än 10 procent.

Andelen kinoloner av den totala förskrivningen av antibiotika mot nedre urinvägsinfektion jämförs här för samtliga kvinnor mellan 18 och 79 år, som någon gång under 2010 hämtat ut ett recept på ett urval av antibiotika. Totalt hade cirka 45 000 kvinnor förskrivits kinoloner, av de knappt 317 000 kvinnor som ingick i jämförelsen.

Ur diagram 36 kan utläsas att alla landsting ligger högre än de nivåer som Strama och SFAM rekommenderar, med en variation mellan 12 till 17 procent. Andelen för-

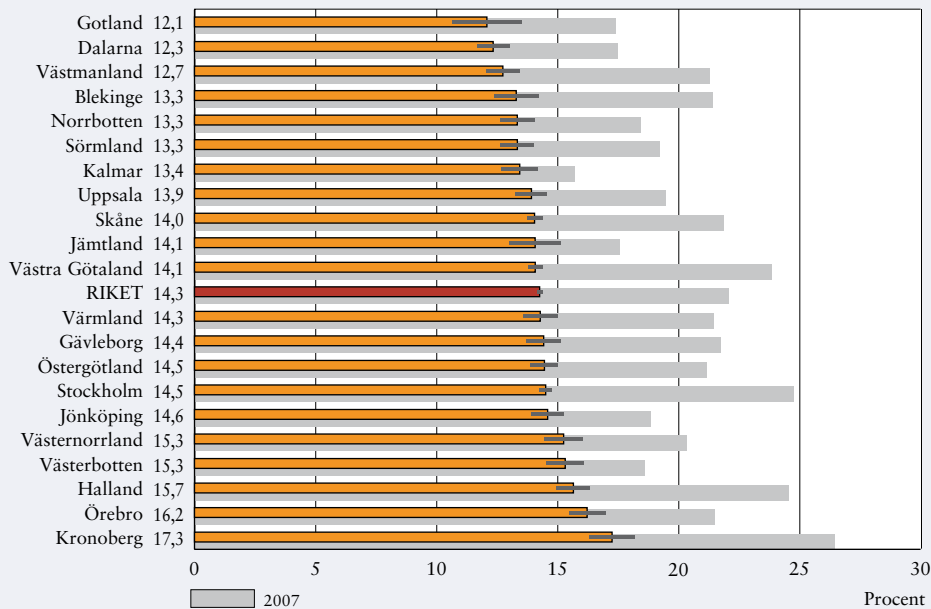


Diagram 36
Kvinnor

Andel med kinoloner av alla som behandlats med urinvägsantibiotika, 2010. Avser kvinnor 18–79 år. Åldersstandardiserade värden.

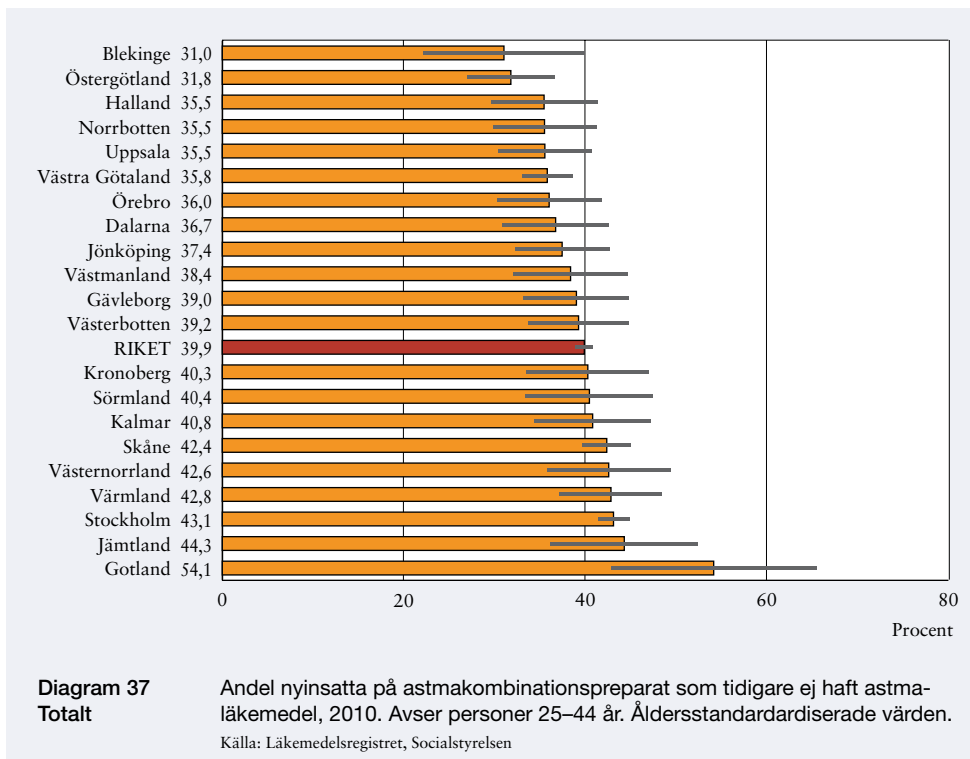
Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

skrivningar av kinoloner har dock minskat betydligt jämfört med 2007, då den i riket uppgick till 22 procent. Just användningen av kinoloner vid urinvägsinfektion har fått mycket uppmärksamhet de senaste åren, vilket verkar ha fått effekt på förskrivningen.

Det är inte möjligt att dela upp uttagna läkemedel på förskrivningsorsak. Därmed kan en del av förskrivningen vara avsedd för annat infektionstillstånd än nedre urinvägsinfektion. Denna bör dock vara en liten del av den totala förskrivningen och bör inte nämnvärt skilja sig åt mellan landstingen. Analysen har inte tagit hänsyn till eventuella skillnader i resistensförekomst mellan landstingen.

37 Kombinationspreparat vid astma

Astma och astmaliknande luftrörsbesvär är vanliga hos spädbarn. I skolåldern har 8–10 procent av barnen astma. Hos vuxna bedöms ungefär 6–7 procent lida av astma. I yngre åldrar är astma vanligare bland pojkar, kanske till följd av att pojkar föds med trängre luftrör i förhållande till lungvolymen. Bland vuxna är astma vanligare bland kvinnor. Rökning, som är vanligare bland kvinnor, ökar risken för astma. Ökade luftföroreningar och förändrad kontakt med mikroorganismer tidigt i livet genom urbaniseringen kan vara en bidragande orsak till att astma har ökat de senaste 50 åren. Modern behandling har gjort att vård på sjukhus idag är ovanlig bland barn och vuxna med astma.



Läkemedelsverkets rekommenderade behandlingstrappa vid astma innebär att fasta kombinationer av beta-2-stimulerare och inhalationssteroider endast ska användas av enkelhetsskäl efter noggrann utprovning var för sig. Användning av kombinationen av inhalationssteroider och långverkande beta-2-stimulerare hos vuxna som inte tidigare använt inhalationssteroider minskar inte risken för försämring eller behovet av snabbverkande luftrörsvidgare.

En stor andel av dem som behandlas med så kallade astmaläkemedel är inte personer med astma, utan äldre personer med kronisk obstruktiv lungsjukdom, KOL, vanligen orsakad av rökning. Läkemedelsregistret saknar uppgifter om behandlingsindikation. Det är därför svårt att i Läkemedelsregistret särskilja astmapatienterna från de med KOL. Om man begränsar åldersintervallet till enbart yngre åldrar fångar man en övervägande del astmatiker.

Indikator 37 mäter andelen av dem som är nyinsatta på kombinationspreparat som tidigare inte har provat något annat astmaläkemedel, i åldern 25–44 år. Under 2010 tillkom cirka 10 000 nya användare av kombinationspreparat. Av dessa hade drygt 4 000, cirka 40 procent, inte tidigare använt något annat astmaläkemedel. Andelen är lägre bland kvinnor än bland män, knappt 38 procent respektive knappt 43 procent. Ingen tydlig förändring kan ses från föregående år och man kan fortfarande se stora variationer mellan landstingen.

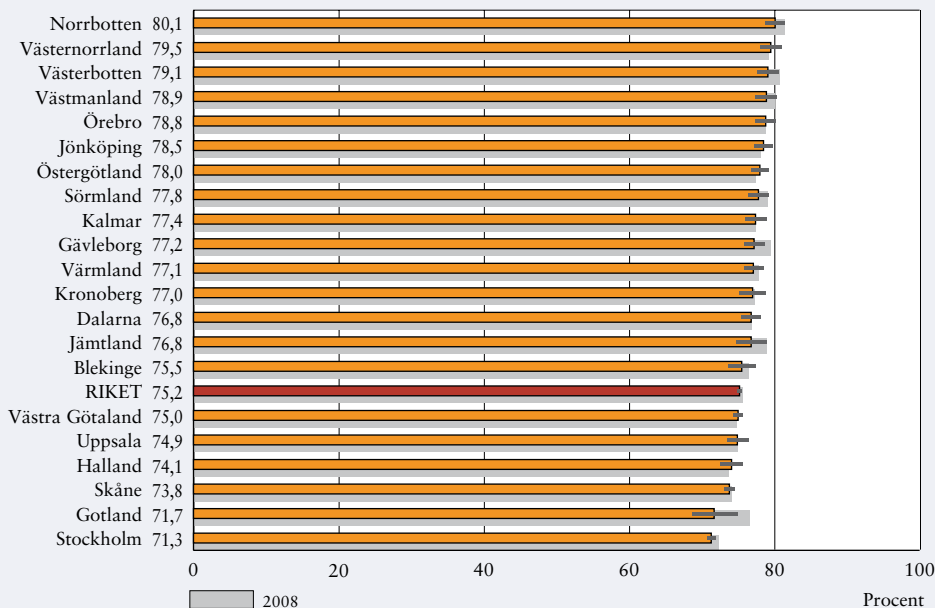


Diagram 38 Andel personer med fortsatt blodtryckssänkande behandling 12–18 månader efter första uttag, 2009. Avser personer 50–79 år med nyinsatt blodtrycksbehandling.

Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Läkemedelsverkets rekommendation innebär i princip att alla patienter som förskrivs kombinationspreparat ska ha prövat annat astmaläkemedel först. Hög följsamhet skulle innebära att betydligt fler hade prövat annat astmaläkemedel än vad som verkar vara fallet idag. Dock med reservation för att den studerade gruppen i viss mån innehåller KOL-patienter samt att det förekommer en inte obetydlig säsongsanvändning av astmapreparat.

38 Uttagsföljsamhet vid blodtryckssänkande behandling

Indikatorn avser att belysa uppföljningen och det fortsatta omhändertagandet efter nyinsatt läkemedelsbehandling. Följsamhet till läkemedelsbehandling kan belysa kvaliteten i primärvård, specialiserad öppenvård och apoteksverksamhet samt i samspelet dem emellan. Blodtryckssänkande behandling valdes dels för att högt blodtryck, hypertoni, är ett stort terapiområde i primärvården. Dels för att studier antytt att det finns en stor förbättringspotential för patienters följsamhet vid behandling med dessa läkemedel.

Faktorer som kan påverka följsamhet till läkemedelsbehandling vid hypertoni är till exempel att ett högt blodtryck oftast inte ger några påtagliga symtom eller varningstecken samt att om en patient väl fått ett högt blodtryck är tillståndet oftast är livslångt. I en rapport från WHO från 2003, nämns flera tänkbara orsaker till bristande följsamhet såsom till exempel socialekonomisk status, patientens förståelse

för behandlingen, hälso- och sjukvårdens förmåga att introducera och följa upp en ny läkemedelsbehandling och läkemedelsbehandlingens komplexitet.

Indikatorn inkluderar flera patientgrupper eftersom blodtryckssänkande behandling inte bara används för att behandla högt blodtryck, utan också för att behandla andra sjukdomstillstånd, som exempelvis hjärtsvikt och kärlkramp. Blodtrycksbehandling efter stroke eller hjärtinfarkt är en av de viktigaste åtgärderna för att förhindra att patienterna på nytt drabbas av hjärt- och kärlsjukdom, oavsett om de har normalt eller ett alltför högt blodtryck.

Diagram 38 visar andelen personer med nyinsatt blodtryckssänkande behandling år 2009 och som kvarstod på behandling efter 12–18 månader. Uppgifterna är hämtade från Läkemedelsregistret. I jämförelsen ingår cirka 104 500 patienter i åldern 50–79 år som ordinerats och hämtat ut ett nyinsatt blodtryckssänkande läkemedel under 2009. I riket var denna andel 75 procent, 72 procent för kvinnor och 79 procent för män. Resultatet överensstämmer med vad som tidigare rapporterats och visar att det finns ett behov av förbättring. Variationen mellan landsting tyder på att en sådan är möjlig.

Läkemedelsindikatorer från Öppna jämförelser överförda till primärvård – exempel från Västra Götaland

Många indikatorer i Öppna jämförelser (ÖJ) är sådana att resultat direkt kan hänföras till enskilda verksamheter eller kliniker, till exempel de som hämtas från nationella kvalitetsregister. Men det finns också indikatorer som inte enkelt kan återkopplas till den som faktiskt har behandlat patienten. Resultaten för sådana indikatorer måste brytas ned till relevanta lokala enheter, för att de skall kunna användas i lokalt utvecklingsarbete. Med exempel från läkemedelsområdet visas här hur detta görs för primärvården i Västra Götalandsregionen.

Ett flertal läkemedelsindikatorer i ÖJ baseras på läkemedelsregistret och är av mycket övergripande karaktär, där väldigt många vårdgivare bidrar till det samlade resultatet för ett landsting. För att ge lokalt användbar information har Västra Götalandsregionen tagit fram läkemedelsindikatorerna i ÖJ för varje vårdcentralens listade individer. Databearbetningen har gjorts av Läkemedelsregistret vid Socialstyrelsen.

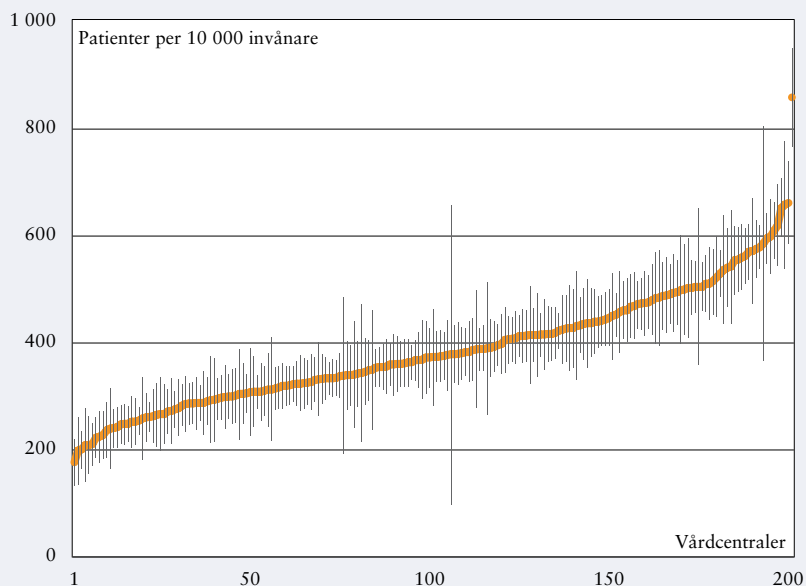
Västra Götalandsregionen har landets högsta andel av personer med regelbunden eller hög konsumtion av lugnande/sömnmedel. I diagram C1 visas utfallet när denna indikator har beräknats för varje vårdcentralens listade individer. Linjen i diagrammet består av punkter, som är värdet för respektive vårdcentralens listade befolkning, i en rangordning från låg till hög förskrivning. De lodräta strecken anger konfidensintervall (95 %).

Vad tillför denna indikator på vårdcentralnivå? Den ger varje vårdcentral information om hur de patienter som är listade på vårdcentralen behandlas. Man kan inte hänföra resultatet enbart till respektive vårdcentralens förskrivning, eftersom det baseras på all förskrivning, oberoende av vilken vårdgivare som svarar för den. Däremot ger den vårdcentralerna information som de inte kan få fram enbart genom att se på sin egen förskrivning.

Ett annat exempel är antibiotikaförskrivning, som visas i diagram C2. Diagrammet redovisar på samma sätt behandlingen för varje vårdcentralens listade barn, oberoende av var förskrivningen skett. Variationen är påtaglig. I vissa vårdcentralers listade befolkning behandlas 6 av 10 barn med minst en antibiotikakur under året, medan i andra 1 av 10 barn förskrivs antibiotika. Även bortsett från extremvärden är variationen stor.

Syftet med dessa lokalt nedbrutna indikatorer är således att förse varje vårdcentral med relevant information för deras eget förbättringsarbete, med utgångspunkt i indikatorer från ÖJ. Framöver kan dessa indikatorer beräknas av VGR, med hjälp av de läkemedelsdata som sedan juli 2010 lämnas ut till landstingen för uppföljningsändamål.

En av de viktigaste svårigheterna med redovisningar på vårdcentralnivå är att antalet individer kan bli för litet tillförlitliga jämförelser, beroende på vilken indikator

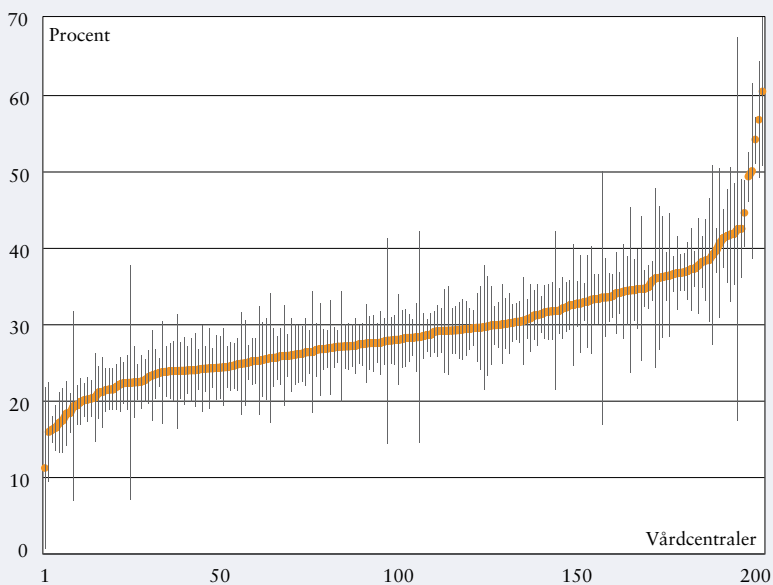


Avser varje vårdcentrals listade befolkning och personer 20–79 år

Diagram C1
Vårdcentraler

Antal patienter i Västra Götalandsregionen med regelbunden användning av lugnande medel/sömnmedel per 10 000 invånare, 2010. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen och Västra Götalandsregionen.



Avser varje vårdcentrals listade befolkning och barn 0–6 år

Diagram C2
Vårdcentraler

Andel barn i Västra Götalandsregionen som behandlas med luftvägsantibiotika, 2010. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen och Västra Götalandsregionen.

det är frågan om. Erfarenheter från VGR är att de flesta läkemedelsindikatorer i ÖJ baseras på ett tillräckligt antal individer för att ge meningsfull information, men några saknar värde för återkoppling till respektive vårdcentral på grund av statistisk osäkerhet. Men de kan istället sammanställas för större geografiska områden inom ett landsting.

En annan indikator som kan vara svår att förmedla till lokal nivå är behandling med antikoagulantia efter stroke med förmaksflimmer. Indikatorn i ÖJ bygger på Patientregistrets diagnosuppgifter kombinerade med Läkemedelsregistrets uppgifter om uthämtade recept på antikoagulantia. Såväl sjukhuset som primärvården har ett ansvar för läkemedelsförskrivningen, men framförallt skulle antalet patienter per vårdcentral bli litet vid en sådan analys.

I diagram C3 visas en snarlik indikator, som är omformulerad så att den per varje vårdcentral listade befolkning visar andelen patienter med förmaksflimmer som behandlas med antikoagulantia, oavsett om patienten haft stroke eller ej. Därmed ökar antalet patienter. Indikatorn ger en bredare bild av principiellt sett samma frågeställning, eftersom den speglar såväl primär- som sekundärprevention mot stroke hos individer med förmaksflimmer.

I Västra Götalandsregionen fanns 2010 cirka 38 000 individer som har fått diagnosen förmaksflimmer. Även om den specialiserade vården ofta har ansvar för att starta sådan behandling ger indikatorn information till vårdcentralerna om behovet av att fånga upp dessa patienter.

Denna indikator kan inte visas i ÖJ eftersom nationella primärvårdsdata saknas. Den värderas för närvarande för att kunna ingå i VGR:s kvalitetsindikatorer för primärvård. VGR kan även använda den för att följa användningen av de nya antikoagulantia som nu introduceras, som alternativ till behandling med warfarin.

Primärvårdens kvalitetsregister – exemplet kolesterol vid hypertoni

I Västra Götalandsregionen finns sedan 2006 ett kvalitetsregister som hämtar data från journalsystem för diagnosgrupperna hypertoni, kranskärslsjukdom, diabetes, astma och KOL. Det omfattar all offentligt finansierad primärvård. Från registret kan hämtas resultat som till exempel dessa, som alla är giltiga vid hjärt-kärlsjukdom: Måluppfyllelse för blodtryck, kolesterolsänkande behandling och rökstatus.

Gruppen patienter med hypertoni, högt blodtryck, som har kontakt med primärvården är mycket stor och består av cirka 200 000 individer i VGR. Primärvårdens kvalitetsregister ger en möjlighet till uppföljning av denna grupp, som såvitt känt annars saknas i Sverige.

Diagram C4 visar som exempel på sådan uppföljning andelen patienter med högt blodtryck som uppnått LDL-kolesterol < 3 mmol/l. Bilden är snarlik de tidigare exemplen, med en påtaglig variation mellan de olika vårdcentralernas befolkningar.

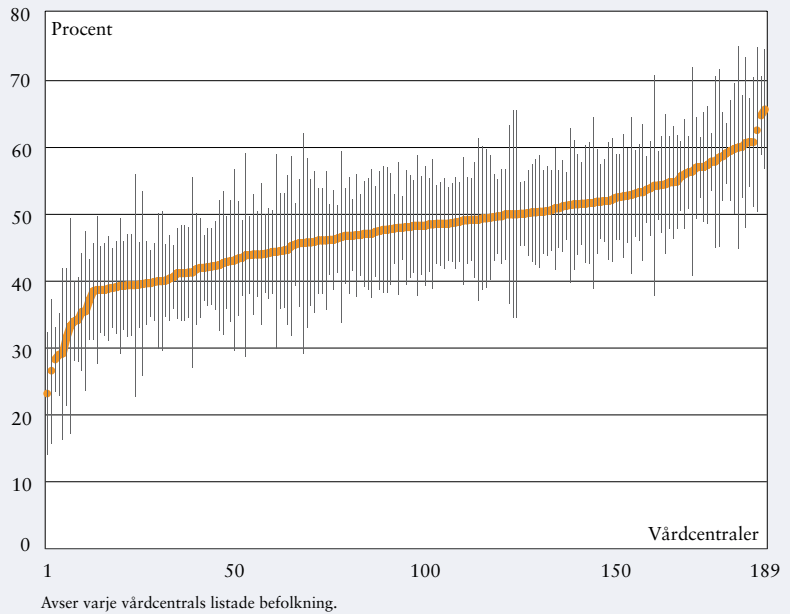


Diagram C3
Vårdcentraler

Andel patienter med förmaksflimmer i Västra
Götalandsregionen som behandlas med warfarin, 2010.
Källa: Läkemedelsdata och patientregistret VEGA, Västra Götalandsregionen.

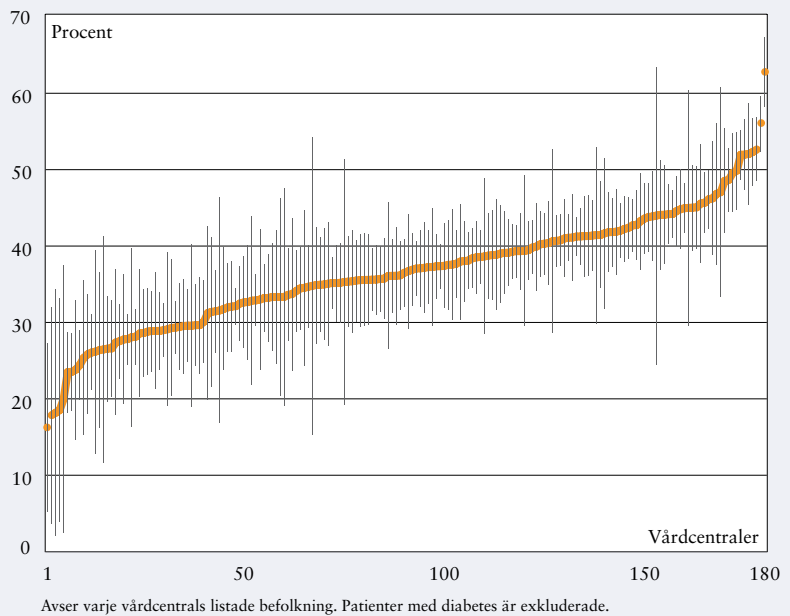


Diagram C4
Vårdcentraler

Andel patienter med högt blodtryck (hypertoni) i Västra
Götalandsregionen som har LDL-kolesterol lägre än 3 mmol/l, 2010.
Källa: Primärvårdens kvalitetsregister, Västra Götalandsregionen.

Resultaten har stor giltighet för primärvården, eftersom det för de allra flesta av dessa patienter är primärvården som är huvudsaklig vårdkontakt.

Alla de data som tas fram på vårdcentralsnivå återkopplas till alla vårdenheter med en webblösning där data från primärvårdens kvalitetsregister uppdateras varje månad. Idag gäller detta ett betydande antal kvalitetsindikatorer.

Sammanfattningsvis är det möjligt att ta fram ett stort antal kvalitetsmått för primärvård som kan återkopplas till enskilda vårdenheter, där vi här gett några exempel. Ett kvalitetsregister för primärvård är i Västra Götaland en viktig del av detta. Det som försvårat en samlad nationell uppföljning är att det saknas en nationell motsvarighet till Socialstyrelsens patientregister för primärvård och ett nationellt kvalitetsregister för primärvård.

GRAVIDITET, FÖRLOSSNING OCH NYFÖDDHETSVÅRD

Inom detta område redovisas tio indikatorer, varav två är nya. Den ena speglar screening av riskbruk av alkohol vid inskrivning till mödrahälsovård. Den andra avser infektioner hos barn som vårdats på neonatalavdelningar. Dessa båda har kvalitetsregister som källa, som kort presenteras i samband med redovisningen av indikatorn

Källan till indikatorn om aborter kommer från Socialstyrelsens abortstatistik. För indikatorer om graviditet, förlossning och nyfödda barn har uppgifterna hämtats från Medicinska Födelseregistret, MFR, vid Socialstyrelsen. MFR innehåller data om i stort sett samtliga förlossningar i Sverige. För uppgifter om kostnader vid förlossning är källan KPP-databasen (Kostnad Per Patient) vid SKL.

För några av indikatorerna gäller att resultaten kan bero på förhållanden som är svårpåverkbara för hälso- och sjukvården. För andra indikatorer är kopplingen till vårdprocessen tydligare. Viss variation i diagnosättning mellan olika sjukhus och landsting kan förekomma, vilket kan påverka resultaten.

39 Tobaksvanor under graviditet

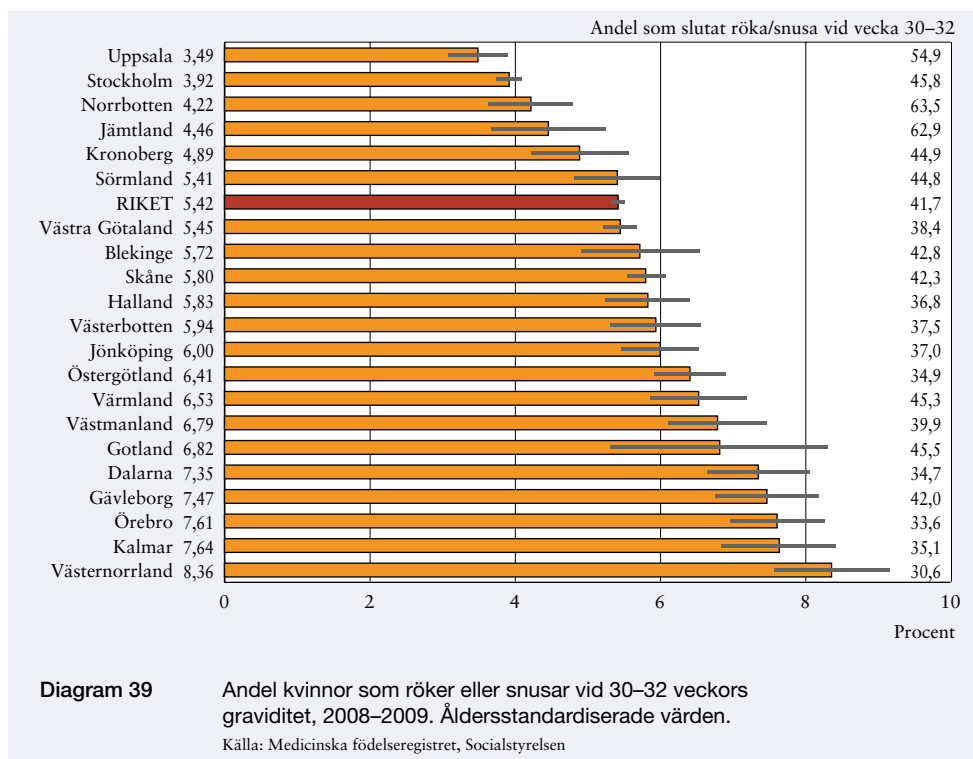
Gravida kvinnors tobaksvanor registreras vid inskrivning till mödrahälsovård i tidig graviditet, vilket oftast sker i graviditetsvecka 8–12 samt cirka två månader före beräknad förlossning, i vecka 30–32. Rökning i senare delen av graviditeten har registrerats sedan 1992. Andelen kvinnor i Sverige som röker i tidig graviditet har minskat från drygt 31 procent 1983 till knappt sju procent 2009 och det har skett en obetydlig minskning sedan 2008.

Användning av snus började registreras i MFR år 1999. Andelen kvinnor som snusar i tidig graviditet har ökat från 1,1 procent 2008 till 1,4 2009, vilket är i samma nivå som år 2003, medan snusning i vecka 30–32 legat konstant på ca 0,5 procent under samma tidsperiod. Det är främst kvinnor i de nordligaste länen Jämtland, Västerbotten och Norrbotten och Västernorrland som snusar.

Rökning är den enskilt största förebyggbara riskfaktorn för sjukdom och för tidig död. Beläggen för tobakens skadeverkningar under graviditet har stärkts. Flera vetenskapliga studier har visat att rökning ökar riskerna för missfall, för tidig förlossning, minskad fostertillväxt, moderkaksavlossning, fosterdöd under graviditeten och plötslig spädbarnsdöd. Omfattningen av rökning står i direkt proportion till riskerna för fostret. Så fort kvinnan slutar röka kommer det fostret till godo.

Hälsoeffekterna av snusning är inte lika utforskade, men en vetenskaplig studie från Sverige visade att risken för fosterdöd under graviditet var 60 procent högre för kvinnor som snusade jämfört med icke snusare.

I diagram 39 visas andelen kvinnor som rökte eller snusade vid graviditetsvecka 30–32. Andelen varierade mellan 3,5 och 8,4 procent med ett riksgenomsnitt på drygt



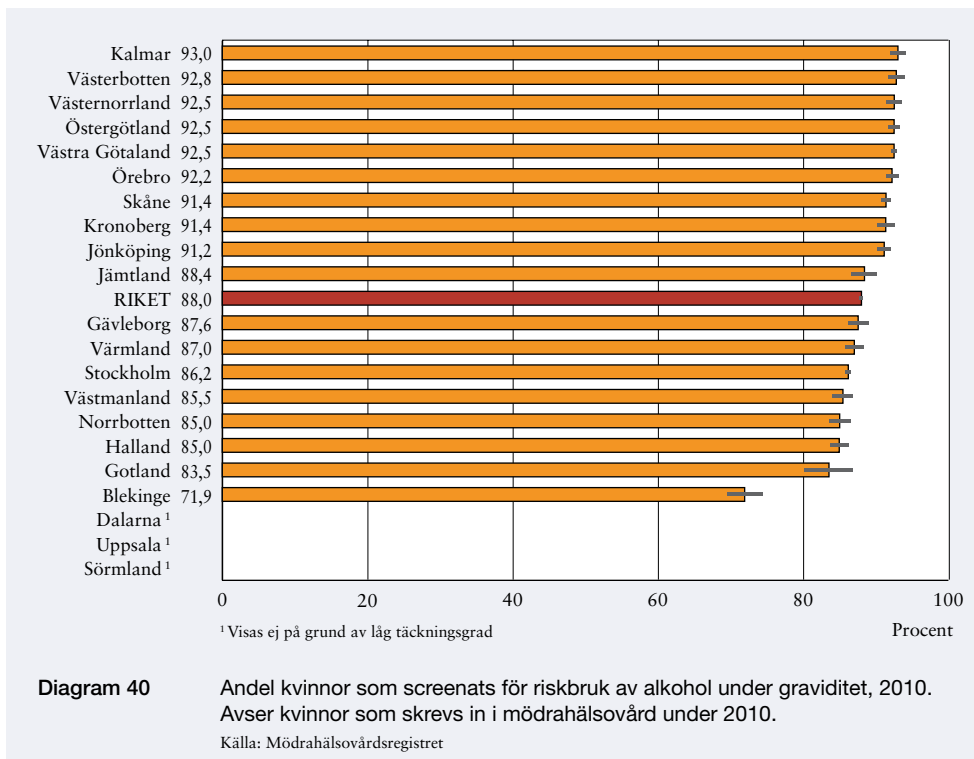
fem procent. Här ingår också de kvinnor som inte använde tobak i början av graviditeten men som rökte eller snusade i vecka 30–32.

Diagrammet visar också i sifferkolumnen till höger andelen kvinnor som slutat använda tobak under graviditeten. Andelen kvinnor som rökte eller snusade i tidig graviditet och som slutat använda tobak vid vecka 30–32 var störst i Norrbotten, där 63,5 procent slutat medan i Västernorrland hade 30,6 procent slutat använda tobak under graviditeten.

En större andel kvinnor slutade använda tobak i landsting där nivån för tobaksbruk redan var låg. I Uppsala och Stockholm var tobaksanvändningen som lägst i senare delen av graviditeten, vecka 30–32, och en större andel hade slutat röka eller snusa sedan inskrivningen i mödravård.

40 Screening för riskbruk av alkohol vid graviditet

Alkohol under graviditet kan skada fostret. Fosterskador kan inkludera tillväxthämning, missbildningar och hjärnskador, men kan även leda till beteendestörningar och andra mentala problem. Även risken för missfall och låg födelsevikt ökar vid alkoholkonsumtion under graviditeten. Det finns ett tydligt samband mellan skadornas omfattning och mängden alkohol som modern druckit under graviditeten, men eftersom ingen vet var gränsen för skadlig alkoholkonsumtion går, är de svenska



rekommendationerna att inte dricka alkohol alls. Andelen gravida som uppger att de druckit alkohol under graviditeten har mellan åren 2003 till 2008 sjunkit från 16 till 8 procent.

För att så väl som möjligt kunna upptäcka riskbruk av alkohol används inom mödrhälsövård screeningsinstrumentet AUDIT, Alcohol Use Disorders Identification Test. AUDIT speglar alkoholvanor året före graviditeten. Målet är att alla gravida ska nås av information om alkohol under graviditet och erbjudas screening med AUDIT. Det användes under 2010 i alla landsting förutom i Uppsala. Screening med AUDIT ingår i de riktlinjer för mödrhälsövård som SFOG, Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi och SBF, Svenska Barnmorskeförbundet, gemensamt arbetat fram. Registrering av screening sker i Mödrhälsövarsregistret, som är ett kvalitetsregister.

Indikatorn visar andelen gravida kvinnor som screenats med AUDIT vid inskrivning inom mödrhälsövård. Underlaget för jämförelsen är drygt 90 000 kvinnor som skrevs in i mödrhälsövarsregistret under 2010. Andelen som screenats med AUDIT måste anses som relativt hög. Den är i riket 88 procent, med en spridning mellan landstingen från 72 till 93 procent.

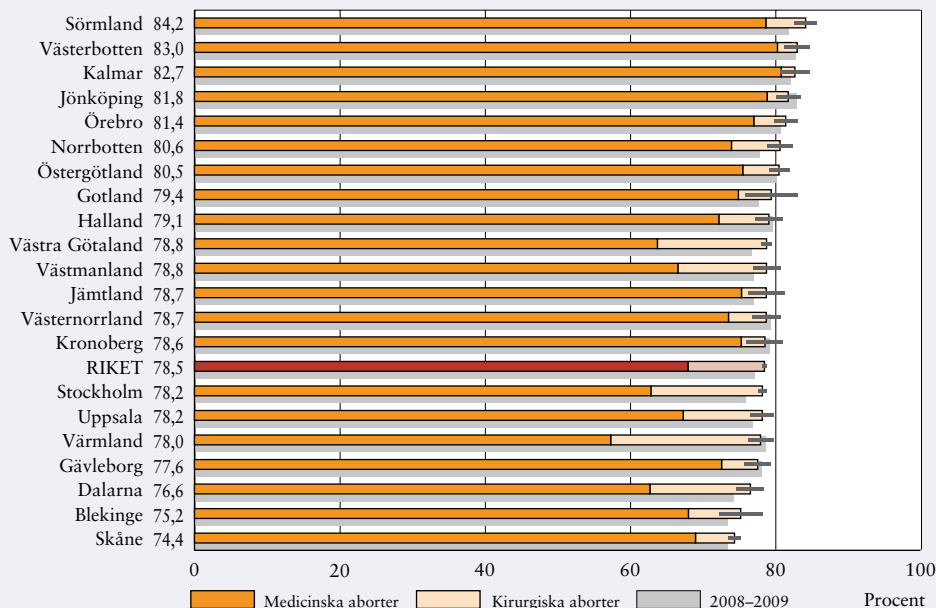


Diagram 41 Andel tidiga aborter med fördelning på medicinska och kirurgiska, 2009–2010. Åldersstandardiserade värden.
Källa: Abortstatistik, Socialstyrelsen

41 Tidiga aborter

År 2010 gjordes totalt 37 693 aborter i Sverige, vilket är en ökning jämfört med år 2009. Av dessa utfördes 29 503 i tidig graviditet, det vill säga före nio fullgångna (9+0) graviditetsveckor, vilket innebär att andelen tidiga aborter ökade med ca 0,5 procent jämfört med år 2008. Tidigt utförd abort är säkrare ur medicinskt perspektiv. Det är ovanligt med komplikationer vid abort, men risken ökar med graviditetslängden. Det är därför viktigt att minimera väntetiderna till abort.

Före 9:e graviditetsveckan kan både medicinsk och kirurgisk abort utföras. Kvinnan kan fram till vecka 9 själv, i samråd med läkare, välja metod under förutsättning att inga medicinska hinder finns. Efter vecka 9 sker aborterna vanligen med kirurgisk metod. Detta innebär att en skyndsam handläggning av aborten är en förutsättning för att kvinnan ska ha möjlighet att välja metod.

Medicinsk abort innebär att graviditeten avbryts genom läkemedelsbehandling i två omgångar med 2–3 dygns intervall. Den inledande läkemedelsbehandlingen ska ges på ett allmänt sjukhus eller någon annan sjukvårdsinrättning. Den påföljande behandlingen kan ske i hemmet om vissa kriterier är uppfyllda. Vid kirurgisk abort avbryts graviditeten genom instrumentell utrymning av livmodern som görs i lokalbedövning eller under narkos.

Medicinsk abort kan utföras direkt efter positivt graviditetstest, medan kirurgisk abort sällan utförs före graviditetsvecka sju. Andelen medicinska aborter har ökat i Sverige under senare år och vid 76,4 procent av alla aborter användes medicinsk metod år 2010, vilket är en ökning med ca 3 procent jämfört med år 2008.

Diagram 41 visar andelen tidiga aborter, före nio fullgångna (9+0) graviditetsveckor, fördelat på medicinsk respektive kirurgisk metod, för perioden 2009–2010. I genomsnitt utfördes drygt 78,5 procent av alla aborter vid tidig graviditet, med en variation mellan landstingen från 74,4 till 84,2 procent vilket är en positiv ökning med ca 1 procent jämfört med tidigare året. Av de tidiga aborterna utfördes majoriteten med medicinsk metod, men med stor variation mellan landstingen. De landsting som har störst andel tidiga aborter har också en mycket stor andel medicinska aborter.

42 Dödfödda barn

Dödföddhet definierades till och med juni 2008 som framfödande av ett barn utan livstecken efter 28 fullgångna graviditetsveckor. Den första juli 2008 ändrades gränsen till att gälla barn födda efter utgången av tjuogoandra graviditetsveckan.

Fosterdöd kan inträffa innan förlossningen startat eller under pågående förlossning, vilket är ovanligare. Missbildningar, infektioner, allvarlig sjukdom hos modern, komplikationer i moderkaka eller navelsträng är några orsaker till fosterdöd, men fortfarande kan man inte identifiera någon uppenbar orsak till fosterdöden i 10–15 procent av fallen.

Under de senaste åren har det fötts cirka 300 dödfödda barn varje år i Sverige. Sedan 1970 har andelen dödfödda barn mer än halverats men en ökning kan ses från 2007. En faktor som kan komma att öka antalet dödfödda barn är att mammorna blir allt äldre. Kvinnor i åldern 35 år och äldre har en ökad risk, jämfört med kvinnor mellan 20 och 34 år. Även förstföderskor har en större risk för så kallad intrauterin fosterdöd, att fostret dör i livmodern, jämfört med omföderskor.

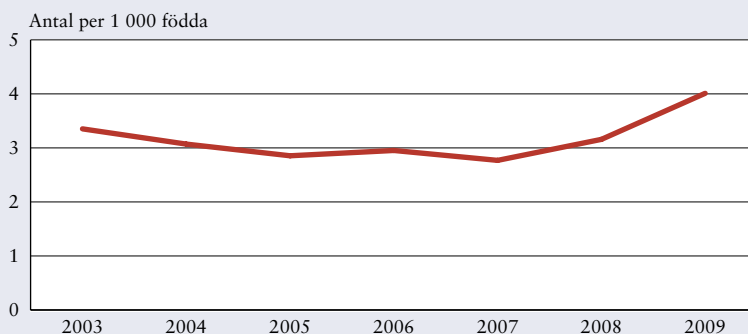


Diagram 42
Riket

Antal dödfödda per 1 000 födda barn. Åldersstandardiserade värden.
Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen

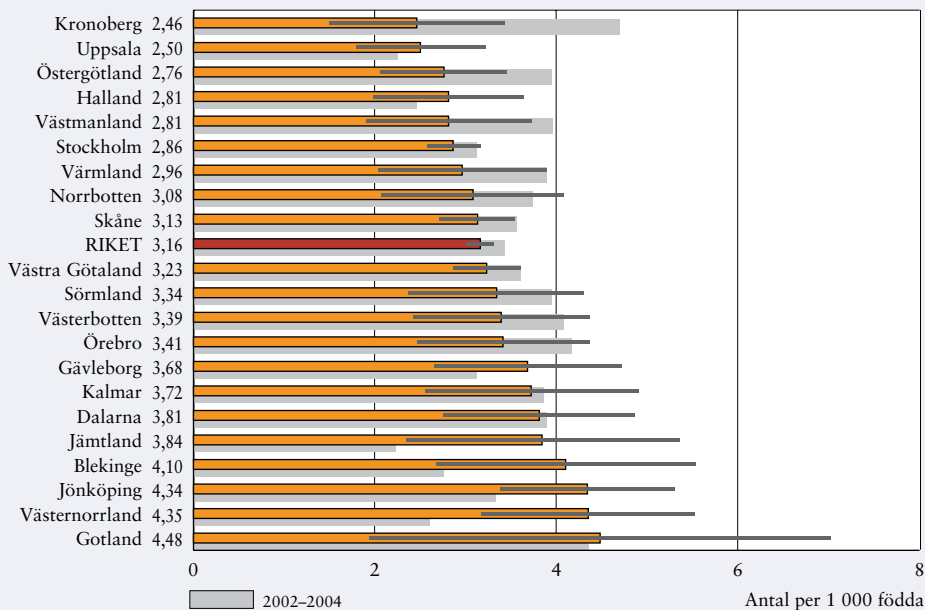


Diagram 42 Antal dödfödda per 1 000 födda barn, 2005–2009. Åldersstandardiserade värden.
Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen

Rökning och övervikt hos modern tillhör de viktigaste kända förebyggbara riskfaktorerna för intrauterin fosterdöd. Mödrahälsovården bör genom övervakning och regelbundna kontroller minska riskerna genom tidiga åtgärder. Enligt de jämförelser WHO Europa gjort har Sverige en mycket låg andel dödfödda barn.

I diagram 42 redovisas antal dödfödda barn per 1 000 födda, under perioden 2005–2009. I riket som helhet var antalet dödfödda barn 3,2 per 1 000 födda. Variationen mellan landstingen nästan är samma som perioden 2004–2008, från 2,5 till 4,5 dödfödda barn per 1 000 födda. För flera landsting redovisas minskningar av antalet dödfödda barn, i jämförelse med den tidigare perioden som redovisas med skuggad stapel. Av diagrammet framgår att den statistiska osäkerheten är stor, då de faktiska värdena är mycket små.

43 Neonatal dödlighet

Neonatal dödlighet definieras som det antal barn som avlidit inom 28 dagar efter förlossningen. Nivån på den neonatala dödligheten kan vara en effekt av både förlossningsvårdens och den neonatala vårdens kvalitet. Över tid har i Sverige den neonatala dödligheten minskat, från nivåer på över 5 barn per 1 000 levande födda i början av 1980-talet till mellan 1,5 och 1,8 barn per 1 000 levande födda för den perioden som här redovisas i diagrammet. Variationen mellan landstingen är för-

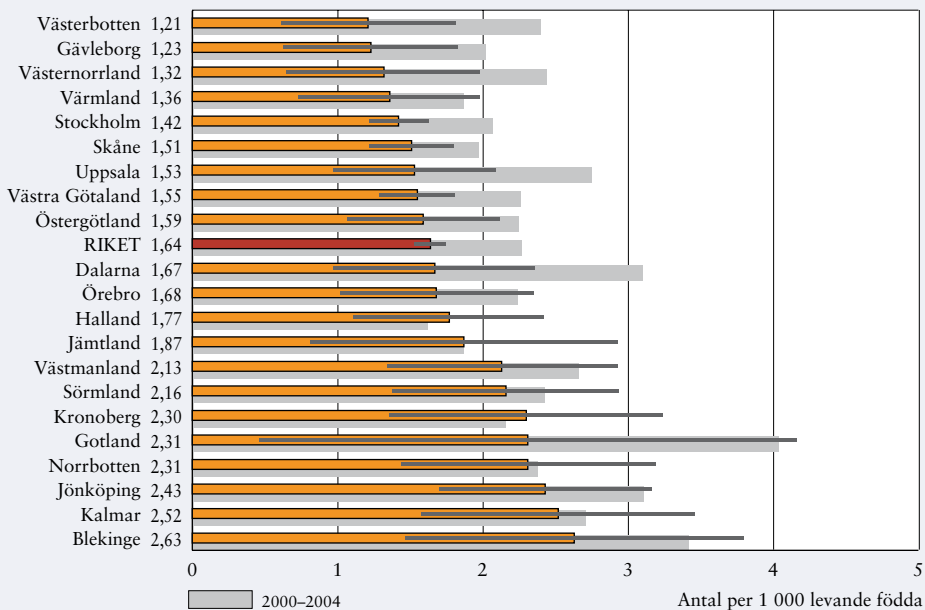


Diagram 43 Antal döda barn inom 28 dygn per 1 000 levande födda barn, 2005–2009. Åldersstandardiserade värden.
Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen

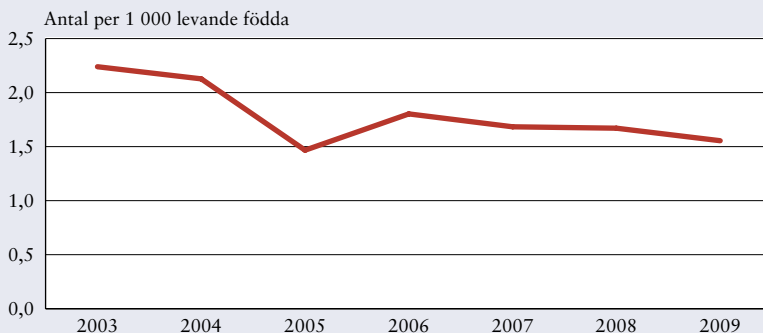


Diagram 43 Antal döda barn inom 28 dygn per 1 000 levande födda barn. Åldersstandardiserade värden.
Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen

hållandevis stor, från 1,2 till 2,6, men mindre än föregående period 2004–2008. Den statistiska osäkerheten är stor, eftersom de faktiska värdena är mycket små.

Den neonatala dödligheten är låg i Sverige, jämfört med övriga Europa. Enligt WHO Europas sammanställningar hamnar Sverige bland de länder som har den lägsta neonatala dödligheten sedan 2004.

I diagram 43 redovisas antal neonatalt döda barn, döda inom 28 dygn, per 1 000 levande födda, under perioden 2005–2009. I riket som helhet avled 1,6 barn per 1 000 levande födda, vilket motsvarar ca 170 barn per år.

44 Infektioner hos barn i neonatalvård

År 2007 vårdades i riket nästan 10 procent av alla nyfödda barn på neonatalavdelning. Variationerna mellan landstingen var stora, främst beroende på skillnader i hur vården av nyfödda barn med lättare, övergående vårdbehov i samband med födseln är organiserad.

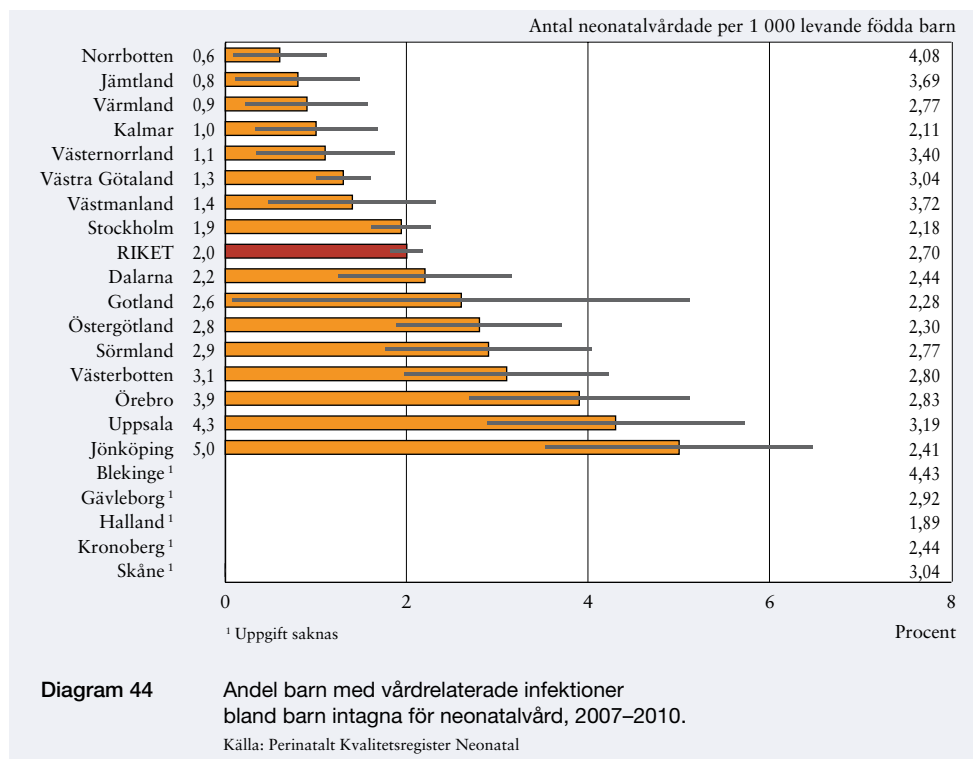
Vård på neonatalavdelning kan vara motiverad av till exempel infektioner, som snabbt kan leda till livshotande tillstånd hos nyfödda. Syrebrist under förlossningen kan göra att barnet får svårare att anpassa sig till livet utanför livmodern (svårare hålla kroppstemperatur, andningsproblem med mera). Missbildningar, främst hjärtfel, är en ytterligare orsak. Slutligen är för tidig födsel en orsak till neonatalvård. En tredjedel av alla neonatalvårdade barn är födda för tidigt, det vill säga före 37:e graviditetsveckan.

Till det perinatala kvalitetsregistret, PNQn, rapporteras uppgifter om de nyfödda barn som vårdas på sjukhusens neonatalavdelningar. Kvalitetsregistret används för att besvara frågor om hur behandlingsmetoder och -rutiner varierar över landet, samt hur dessa variationer påverkar vårdens resultat och barnens framtida hälsa. Alla neonatalavdelningar rapporterar till registret. PNQ har samordnas med det medicinska födelseregistret (MFR) så att gemensamma variabler definieras och rapporteras på samma sätt.

Diagram 44 visar andelen nyfödda barn med vårdrelaterade infektioner, av alla som vårdas på neonatalavdelning. Ingår gör fall med infektion (påvisande av bakterier i blodbanan) som uppkommit efter det andra levnadsdygnet hos barn som är vårdade i neonatalvård direkt efter födseln, och där infektionen inte var anledning till att barnet behövde vård. Totalt ingår nästan 24 000 barn i jämförelsen, redovisade per landsting efter moderna hemort.

I riket fick 2 procent av de vårdade barnen en vårdrelaterad infektion 2007–2010, med en spridning mellan landsting från 0,6 till 5 procent. Antalet vårdade barn är många, men den låga andelen barn med infektioner gör att den statistiska osäkerheten ändå är stor.

Skillnader mellan enheter kan bero på många olika faktorer. En faktor är efterlevnaden av goda hygienrutiner. Hög belägningsgrad påverkar infektionsrisken i negativ riktning. Enheter som tar emot patienter med särskilt komplicerade tillstånd har en högre infektionsfrekvens. Rutiner för att utföra blododling vid misstänkt infektion kan variera mellan enheter – mer frekvent blododling ger fler positiva svar. Även bortfall av uppgifter kan påverka de redovisade resultaten. Slutligen är datakvaliteten i PNQn ännu inte känd.



45 Låg Apgar-poäng hos nyfödda

Apgar-poäng är ett poängsystem för standardiserad bedömning av nyfödda för att avgöra deras vitalitet. Systemet innebär att man bedömer det nyfödda barnets hjärtfrekvens, andning, hudfärg, muskeltonus och reflexer på en skala mellan noll och två. Detta görs en minut, fem minuter och tio minuter efter födelsen. Högsta möjliga Apgar-poäng vid en bedömning är tio. Låg Apgar-poäng brukar definieras som under sju poäng vid fem minuters ålder.

Flera faktorer kan leda till låg Apgar-poäng vid fem minuter. Apgar-bedömningen speglar syrebrist hos fostret som kvarstår eller uppträder fem minuter efter födseln. Syrebristen kan vara orsakad av komplikationer i moderkakan, navelsträngen, tillväxthämning hos fostret, sjukdomar hos modern eller komplikationer i samband med förlossningen som värksvaghet eller instrumentell förlossning. Orsaken kan också vara att barnet 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 minuter.

För riket som helhet är andelen barn födda med Apgar-poäng mindre än sju vid fem minuter strax över en procent under den studerade perioden 2005–2009, vilket motsvarar drygt 1 200 barn per år. Bland landstingen varierade andelen barn med låg Apgar-poäng mellan 0,9 och 1,7 procent.

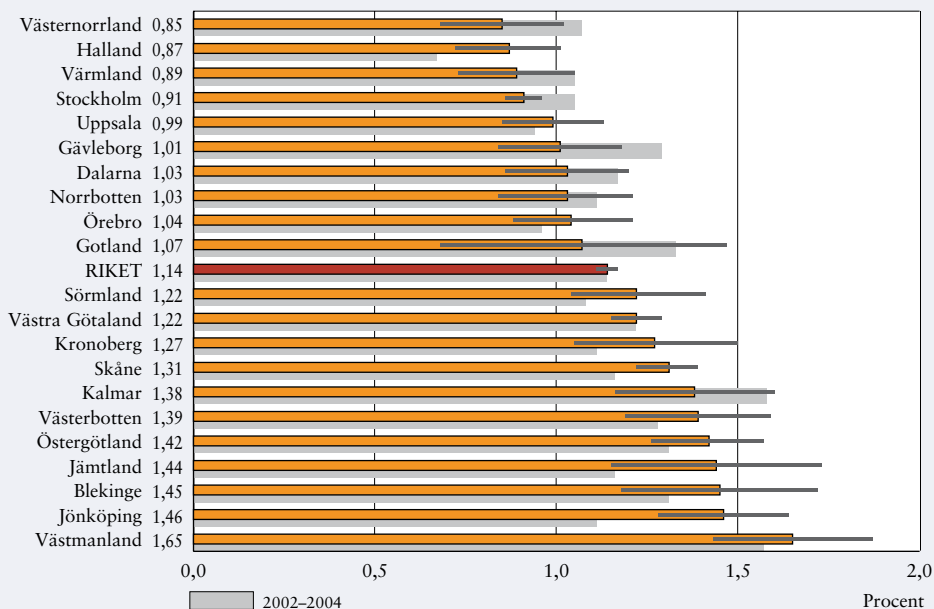


Diagram 45 Andel födda barn med låg Apgar-poäng (< 7) vid 5 minuter, 2005–2009. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen

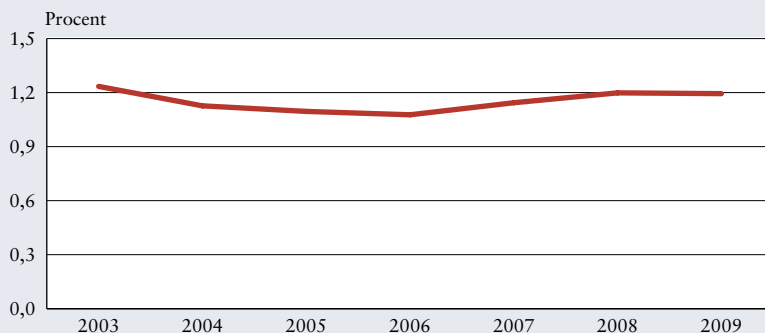


Diagram 45 Andel födda barn med låg Apgar-poäng (< 7) vid 5 minuter. Åldersstandardiserade värden.

Riket

Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen

46 Bristningar vid förlossning

Bristningar i bäckenbotten i samband med vaginal förlossning, så kallade perinealbristningar, indelas i fyra grader. Första och andra gradens bristning omfattar ytligare vävnader i slidan och mellangården och är oftast mindre allvarliga. Tredje gradens bristning omfattar förutom ytliga vävnader även hela eller delar av ändtarmens slutmuskel och fjärde gradens bristning dessutom rektalslemhinnan.

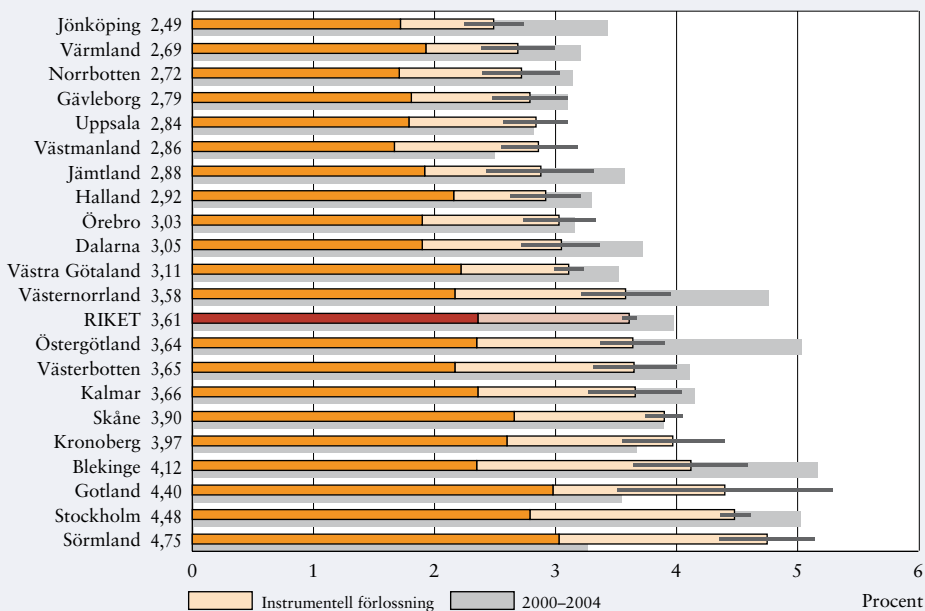


Diagram 46 Andel perinealbristningar av grad III och IV vid vaginal förlossning med fördelning på instrumentella och icke-instrumentella, 2005–2009. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen

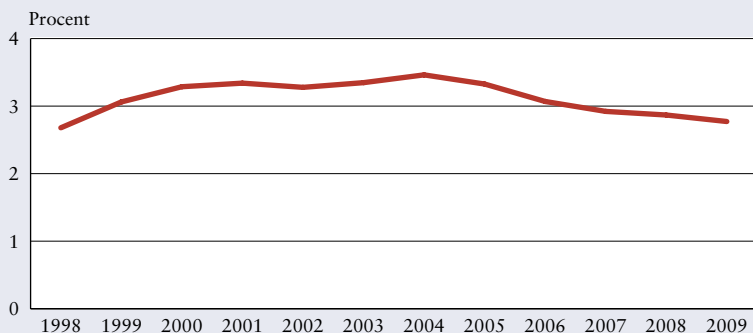


Diagram 46 Andel perinealbristningar av grad III och IV vid vaginal förlossning. Riket. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen

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

De flesta bristningar läker bra och kvinnan får inga bestående men. Bristningar som inte blir upptäckta och adekvat åtgärdade kan medföra allvarliga problem för

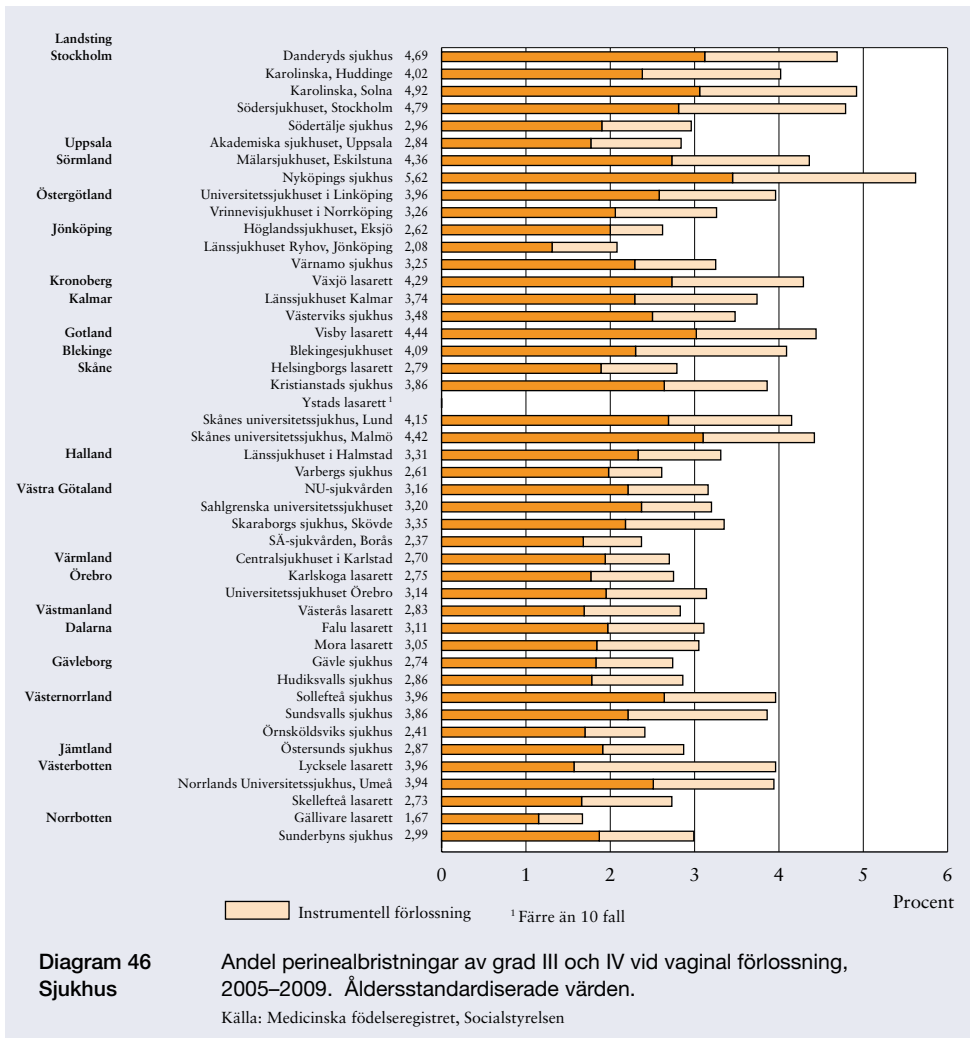


Diagram 46
Sjukhus

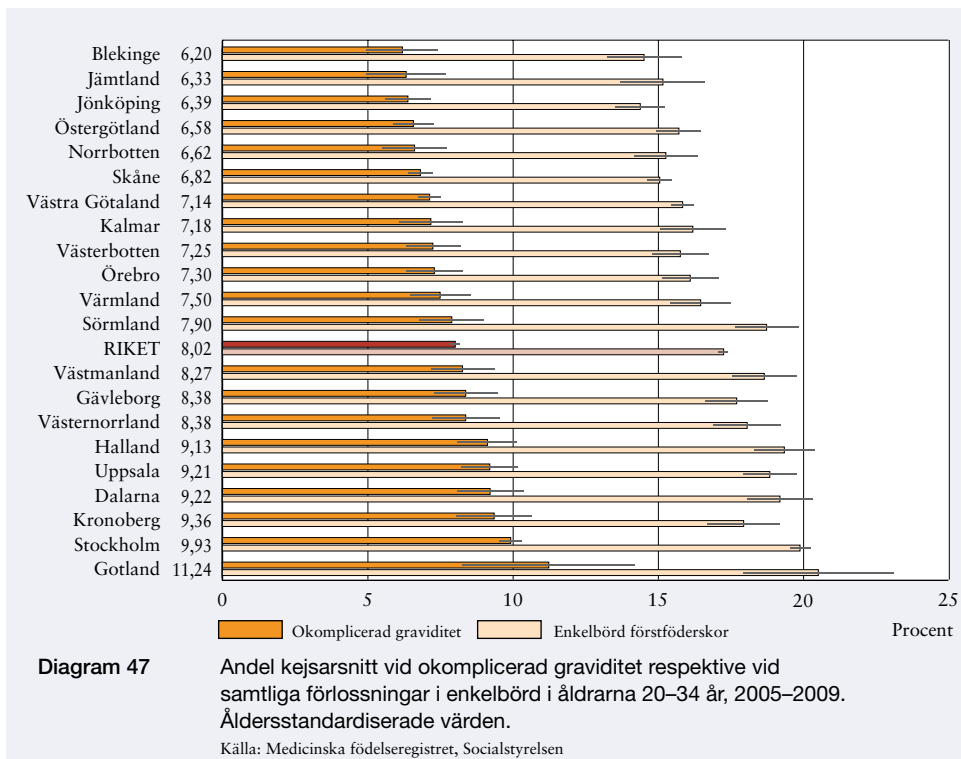
Andel perinealbristningar av grad III och IV vid vaginal förlossning, 2005–2009. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen

de drabbade kvinnorna. Skadan kan orsaka nedsatt psykologiskt och emotionellt välbefinnande med oro för inkontinens, sexuell funktion och framtida graviditeter. De komplikationer som kan vara bestående är till exempel smärtor i mellangården, smärta vid samlag och avföringsinkontinens.

I diagram 46 visas andel perinealbristningar av grad III och IV vid vaginala förlossningar under perioden 2005–2009. Staplarna visar även fördelning på instrumentella och icke-instrumentella förlossningar. Den grå skuggade stapeln visar förekomsten av grad III och IV-bristningar under perioden 2000–2004. Både förstföderskor och omföderskor är inkluderade i analyserna.

I riket som helhet medförde mellan 3,6 procent av de vaginala förlossningarna bristningar av grad III och IV. Den totala andelen grad III och IV bristningar var mellan



2,5 och 4,7 procent under den studerade perioden 2005–2009, vilket innebär att ca 3 000 kvinnor drabbas årligen. Variationen mellan landsting och sjukhus tyder på att frekvensen grad III och IV-bristningar kan påverkas och att ett avsevärt antal förlossningsskador därmed kan undvikas.

47 Kejsarsnitt vid okomplicerad graviditet

Andelen kvinnor som förlöses med kejsarsnitt ökar i Sverige. År 1990 var andelen kejsarsnitt 10,6 procent och år 2009 17 procent. Det finns ingen internationell konsensus om den optimala frekvensen av kejsarsnittsförlossningar. Kejsarsnittsfrekvensen kan därmed inte direkt ses som ett kvalitetsmått för mödrahälso- och förlossningsvård. Däremot innebär en ökad förekomst av kejsarsnitt utan medicinsk indikation att kostnaderna för förlossningar ökar. Både kostnadsaspekten och variationen i medicinsk praxis mellan olika sjukhus och landsting gör frågeställningen intressant.

Vid en akut risksituation är ett beslut om en akut åtgärd inte kontroversiell, men då riskminskningarna för barnen är mer måttliga måste en rad aspekter vägas in. Det har under de senaste åren identifierats nya riskgrupper, exempelvis sätesbjudning, där det är visat att riskerna för barnet minskas vid planerat kejsarsnitt före värddebut. En alltmer effektiv identifiering av risksituationer kommer således ofelbart att leda till att kejsarsnittsfrekvensen ökar.

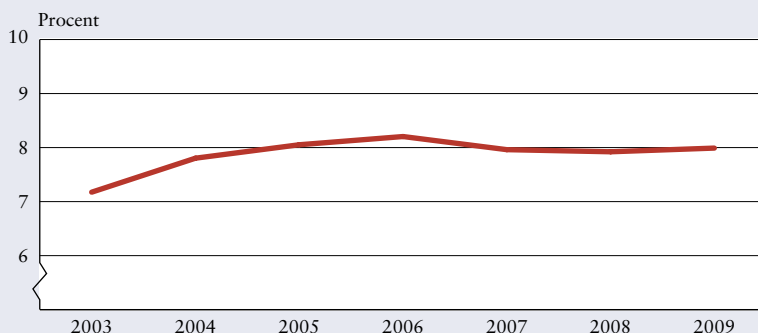


Diagram 47
Riket

Andel kejsarsnitt vid okomplicerad graviditet i enkelbörd i åldrarna 20–34 år. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen

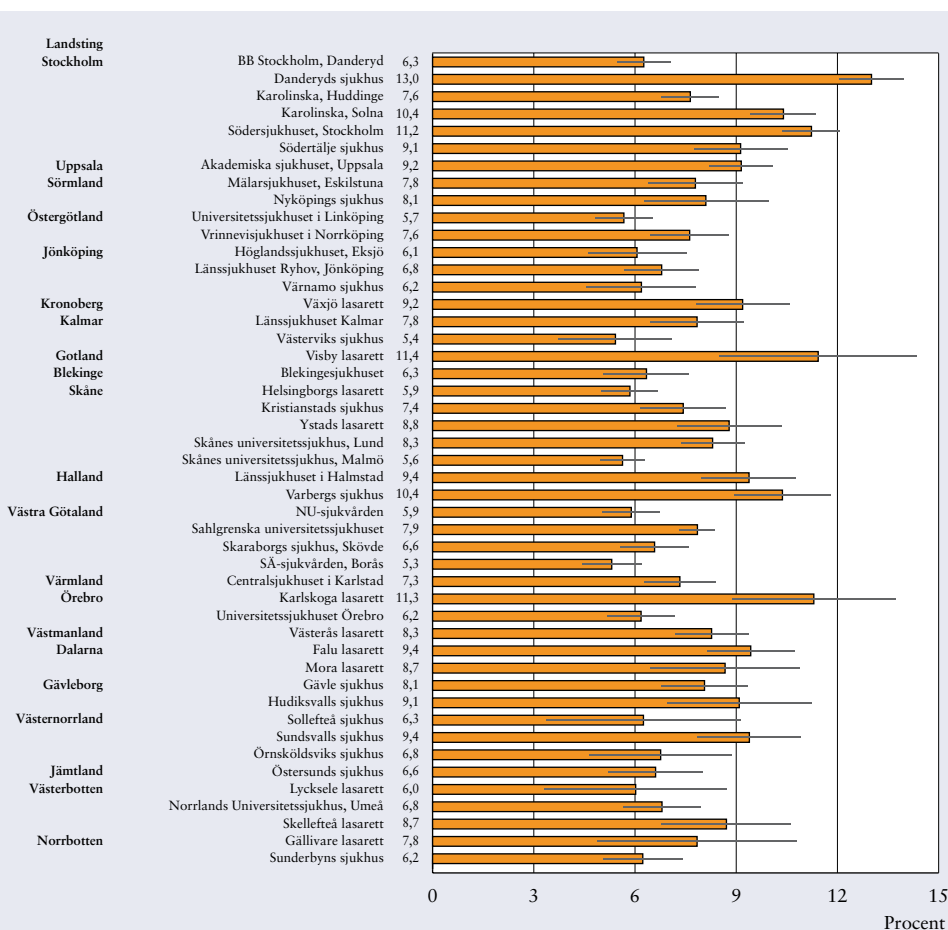


Diagram 47
Sjukhus

Andel kejsarsnitt vid okomplicerad graviditet i enkelbörd i åldrarna 20–34 år, 2005–2009. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen

Samtidigt har det publicerats studier som visar att planerat kejsarsnitt inte är helt riskfritt för moder och barn. Barn som är förlösta med planerat kejsarsnitt har en ökad förekomst av tidig andningsstörning, jämfört med dem som förlösts med vaginal förlossning. För modern ökar kejsarsnitt risken för riklig blödning, infektion och blodpropp i samband med förlossningen. Däremot minskar risken för bristningar i underlivet och senare urininkontinens. Vid nästföljande graviditet har kvinnan som har blivit förlöst med kejsarsnitt en ökad risk för problem med moderkakans läge och att livmodern brister vid förlossningen.

I diagram 47 visas två staplar. Den kortare avser andelen kejsarsnitt hos förstföderskor utan riskfaktorer vid okomplicerad graviditet. Till den här gruppen räknas kvinnor i åldern 20–34 år med BMI under 30, som var sammanboende med barnafadern och som varken röker eller snusar. Mödrar med allvarliga sjukdomar, till exempel diabetes eller njursjukdomar, som kan inverka på graviditeten har uteslutits ur jämförelsen. Detsamma gäller graviditeter där olika komplikationer uppträtt. Även ytterligare exkluderingar har gjorts i syfte att avgränsa de okomplicerade graviditeterna och förlossningarna. Både planerade och akuta kejsarsnitt är inkluderade i statistiken. För detaljer – se vidare Bilaga I Indikatorbeskrivningar.

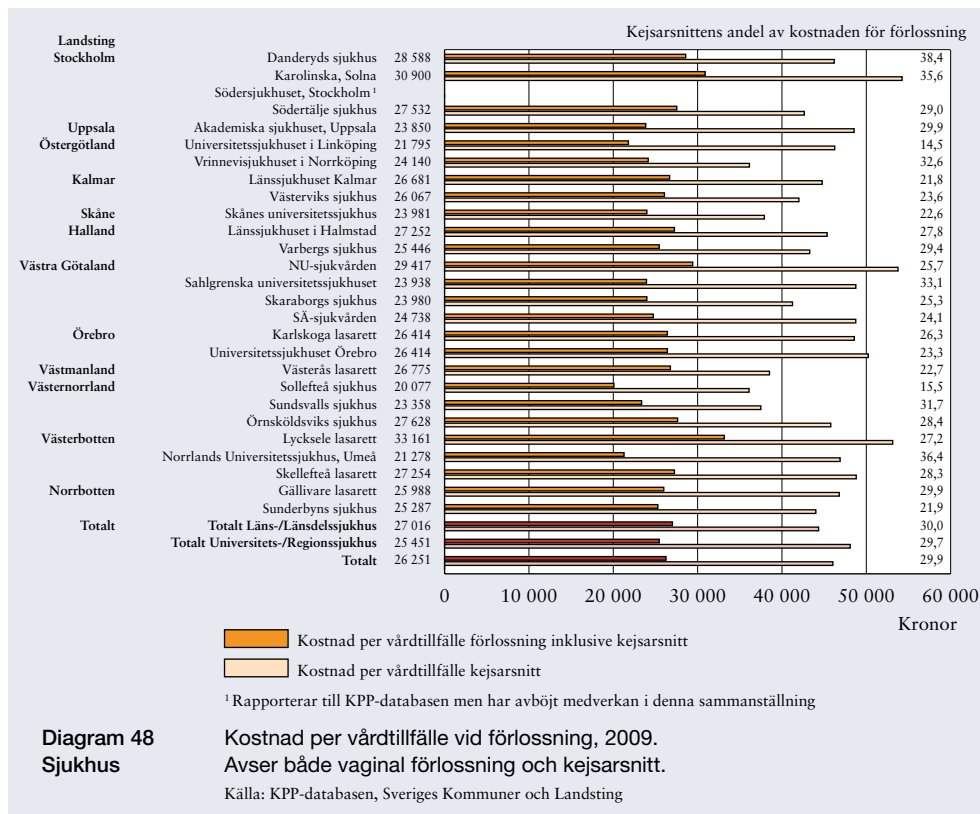
Det är framförallt i denna kategori förlossningar som man ur medicinsk synvinkel bör förvänta sig att kejsarsnittet är få. I riket var kejsarsnittsfrekvensen för den här gruppen 8,0 procent 2005–2009, vilket motsvarar drygt 7 971 förlossningar under hela perioden. Frekvensen kejsarsnitt utan riskfaktorer vid okomplicerade graviditeter uppgick till 7,7 procent under perioden 2000–2004 (visas ej i diagram).

Den längre stapeln i diagrammet visar andelen kejsarsnitt hos alla förstföderskor i en betydligt större jämförelsepopulation. I den gruppen har enkelbördsförlossningar hos förstföderskor i åldern 20–34 år inkluderats. Kejsarsnittsfrekvensen för den här gruppen låg på 17,3 procent i riket 2005–2009 mot 16,7 procent 2000–2004 (visas ej i diagram).

48 Kostnad per vårdtillfälle vid förlossning

Under 2010 rapporterade 27 sjukhus i 12 landsting kostnadsdata om förlossningar till KPP-databasen (Kostnad Per Patient) vid SKL. Kostnader för varje förlossning och för de vårdinsatser som knyts till dessa redovisas i databasen. Däremot ingår inte kostnader för kontroll- och uppföljningsbesök samt läkemedelsanvändning i öppen vård. De allra dyraste fallen, de så kallade kostnadsytterfallen, är exkluderade. Motivet för detta är att visa en "normal" genomsnittskostnad per sjukhus och i viss mån hantera olikheter i patientsammansättningen vid sjukhusen.

I diagram 48 visas kostnaden per vårdtillfälle i slutenvård inom DRG (DiagnosRelaterade Grupper) 370–373, för dels samtliga förlossningar, dels för enbart kejsarsnitt. Kostnader för totalt 81 032 förlossningar rapporterades till KPP-databasen 2010. Antalet förlossningar per sjukhus varierade stort. KPP-databasens genomsnittskost-



nad för innerfallen uppgick 2010 till 26 251 kronor. Det finns en variation mellan sjukhusen från drygt 20 000 kr till 33 000 kr.

Kostnadsskillnaderna kan inte förklaras enbart av medelvårdtiden, som ligger på två till drygt tre dagar för alla sjukhusen. En faktor som påverkar kostnaderna är andelen kejsarsnitt. Kejsarsnitt utförs på operationssal och är bland annat därför mer resurskrävande. Kejsarsnittet kostade i genomsnitt drygt 46 000 kr, medan de vaginala förlossningarna kostade knappt 20 000 kronor i genomsnitt, det vill säga drygt hälften av kostnaden för kejsarsnitt. Kejsarsnittens andel av de totala kostnaderna varierar från 14 till 38 procent mellan sjukhusen. Dessa andelar visas till höger i diagrammet.

Kostnadsskillnaderna avseende samtliga förlossningar kan ha flera ytterligare orsaker. Utöver kejsarsnittsfrekvens och vårdtidens längd påverkas kostnaderna av bemanningen på sjukhuset. Patientsammansättningen kan påverka, även utöver kejsarsnittsfrekvensen. Förlossningar som anses ha ökad risk genomförs inte vid alla kliniker.

Det finns ett regelverk för hur kostnader skall kalkyleras och redovisas till KPP-databasen, till exempel vilka kostnader som skall ingå. Trots detta kan kalkylerna skilja sig mellan sjukhusen. Detta bör man ta hänsyn till vid jämförelser mellan sjukhusen.

KVINNOSJUKVÅRD

Här visas nio indikatorer, som alla speglar vanliga sjukdomstillstånd i kvinnosjukvård och operationer vid dessa: Borttagande av livmoder, framfallsoperation och operation vid urininkontinens. Två av indikatorerna baseras på Patientregistret vid Socialstyrelsen. Den ena avser oönskade händelser, komplikationer som leder till återinläggning, efter borttagande av livmoder, medan den andra speglar resursanvändning och visar andelen framfallsoperationer som utförs som dagkirurgi. Ytterligare en indikator speglar resursanvändning och visar kostnaden per operation, vid borttagande av livmoder.

Övriga sex indikatorer speglar alla patientens erfarenheter av behandlingen och är hämtade från det nationella registret för gynekologisk kirurgi, Gynop-registret. De avser dels komplikationer och oväntade besvär efter operationen, dels hur nöjda kvinnorna är eller i vilken grad operationen ledde till frihet från sjukdomssymtom. Dessutom visas en avslutande tabell som redovisar patienternas uppfattning om vårdtidens längd i samband med operationen.

Gynop-registret består idag av sex självständiga delregister, som tillsammans täcker cirka 90 procent av den gynekologiska kirurgin. Av landets 56 kliniker deltar 44 i registret. Stockholmsområdets sju sjukhus har utvecklat ett eget regionalt register. Arbete pågår för att möjliggöra att samredovisning med Gynop skall kunna ske. Därmed kommer täckningsgraden att öka ytterligare.

Tre av Gynops delregister avser hysterektomi, framfalls- respektive inkontinensoperationer. Av landets 56 kliniker rapporterar 42 data till Gynop-registrets hysterektomidel. Registret täcker därmed 75 procent av de gynekologiska klinikerna i Sverige. Uppföljning av ett urval sjukhus visar att i medeltal 96 procent av operationerna vid dessa registreras och att svarsfrekvensen för patientenkäterna är över 95 procent. Till registret för prolaps (framfall) rapporterar 39 kliniker och till inkontinensregistret 36 kliniker. Täckningsgrad för operationer jämförs under hösten 2011 med Patientregistret, för samtliga kliniker och landsting. Se vidare bilaga 2, Täckningsgradsjämförelser.

49 Önskade händelser efter borttagande av livmoder

Hysterektomi innebär att livmodern opereras bort och är en relativt vanlig operation hos kvinnor. Som vid alla kirurgiska ingrepp, finns det vid hysterektomi risk för postoperativ infektion eller annan komplikation och att patienten därmed kan behöva återinläggas på sjukhus för behandling. Andelen som återinskrivs är en patientsäkerhetsindikator för kvinnosjukvården. 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.

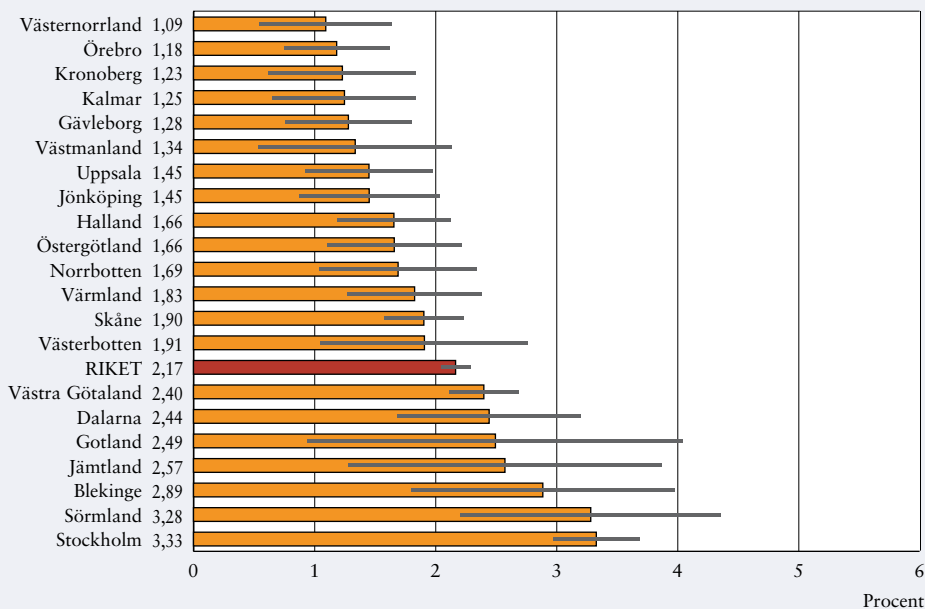


Diagram 49 Oönskade händelser efter borttagande av livmoder, 2000–2010. Avser kvinnor 15–84 år.
Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

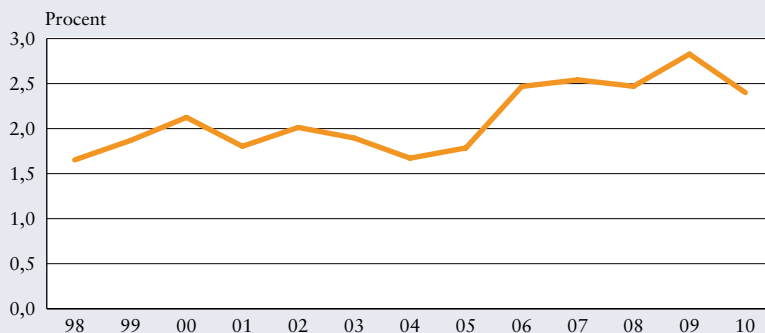


Diagram 49 Oönskade händelser efter borttagande av livmoder. Avser kvinnor 15–84 år.
Riket Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Indikatorn visar oönskade händelser, mätt som återinläggning hos de kvinnor som opererat bort livmodern med benign indikation, det vill säga utan cancerdiagnos. Den vanligaste orsaken till denna operation är myom (godartad muskelknuta) i livmodern, framfall samt riklig blödning i samband med menstruation, där läkemedelsbehandling ej räcker till. Hysterektomi i samband med förlossning eller med skadediagnos ingår inte i denna jämförelse.

Under senare år görs enligt Patientregistret knappt 5 000 operationer per år på benign indikation. Antalet hysterektomier har minskat de senaste tio åren. Detta kan bland annat förklaras av förbättrade möjligheter till läkemedelsbehandling vid riklig blödning, vilket minskat behovet av kirurgi.

Cirka 54 000 kvinnor i åldrarna 15 till 84 år med benign indikation som opererades under åren 2000 till 2010 studerades. De följdes upp avseende återinläggning på grund av komplikationer inom 28 dagar. De komplikationer som inkluderades var postoperativ infektion, tarmvred, sjukdomar i urinorganen samt svårighet att tömma urinblåsan. Den helt dominerande återinskrivningsdiagnosen var postoperativ infektion, som stod för mer än 80 procent av de återinskrivna.

I riket återinskrivs under de studerade åren 2,2 procent av de opererade kvinnorna på grund av komplikation. Andelen varierade från en till tre procent i landstingen, men konfidensintervallen är för många landsting vida. Indikatorn formulerades och användes först i Kanada (Canadian Institute of Health Information). Man har där funnit återinskrivningar till sjukhusvård på mellan 1,0 och 1,2 procent under senare år. De svenska resultaten förefaller ligga på en något högre nivå. Under de studerade åren varierade andelen återinskrivna från 1,6 till 2,8 procent.

Detta mått fångar enbart komplikationer som lett till återinskrivning. Se vidare nästa indikator, som visar om de opererade kvinnorna själva bedömde att efterförloppet var fritt från komplikationer, oavsett om dessa föranledde återinskrivning eller ej.

50 Patientrapporterade komplikationer efter borttagande av livmoder

Cirka 8 000 kvinnor får varje år i Sverige sin livmoder bortopererad (hysterectomi) vilket medför att var tionde kvinna i Sverige blir av med sin livmoder under sin livstid. Ungefär hälften av dessa opereras på grund av symtomgivande, men benigna (godartade) besvär från livmodern. I ett internationellt perspektiv är det en låg operationsfrekvens, vilket kan förklaras av att man i andra länder tillämpar vidare indikationer för ingreppet.

Den vanligaste orsaken till att livmodern avlägsnas vid symtomgivande benigna besvär är en blödningsrubbning som inte svarar på medicinsk behandling. En vanlig orsak till blödningsbesvär är muskelknutor (myom) i livmodern. Ungefär 80 procent av alla kvinnor får myom, de flesta utan att få några besvär. Även vid operation av framfall i underlivet är det vanligt att livmodern samtidigt avlägsnas.

I början av 90-talet opererades de flesta livmödrar bort via ett större buksnitt, om det inte samtidigt förelåg ett framfall. Nu används istället oftare mindre invasiva metoder. Framför allt har den vaginala metoden etablerats, men även titthålskirurgi används idag allt mer. Undvikandet av ett stort buksnitt medför mindre behov av smärtstillande läkemedel, leder till kortare vårdtid och påskyndar patientens återkomst till normal ADL-funktion (Activities of Daily Living).

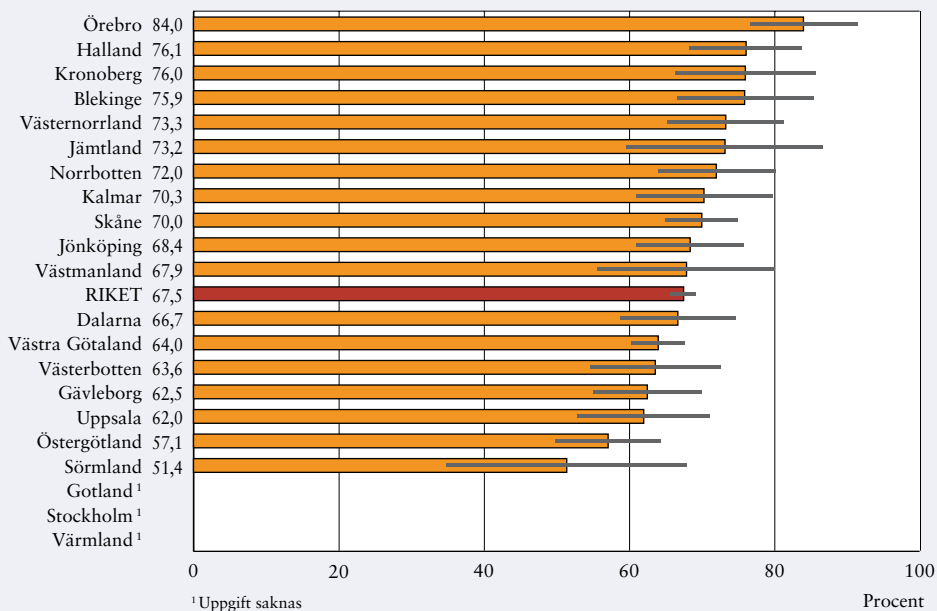


Diagram 50

Andel kvinnor som anger att de var komplikationsfria och utan oväntade besvär efter borttagande av livmoder, 2010.

Källa: Nationella kvalitetsregistret inom gynekologisk kirurgi

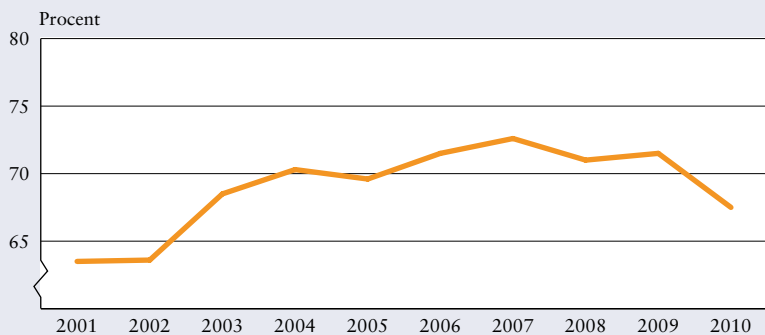


Diagram 50
Riket

Andel kvinnor som anger att de var komplikationsfria och utan oväntade besvär efter borttagande av livmoder.

Källa: Nationella kvalitetsregistret inom gynekologisk kirurgi

Bortsett från vid cancer består utvärderingen efter hysterektomi i huvudsak av att följa upp förekomsten av komplikationer. Patienterna är i stort sett friska, fränsett de livskvalitetssänkande besvär/symtom de söker lindring för. Under dessa förutsättningar är det extra viktigt att patienten inte drabbas av allvarliga komplikationer. Allvarliga komplikationer, som kräver återinläggning, reoperation och

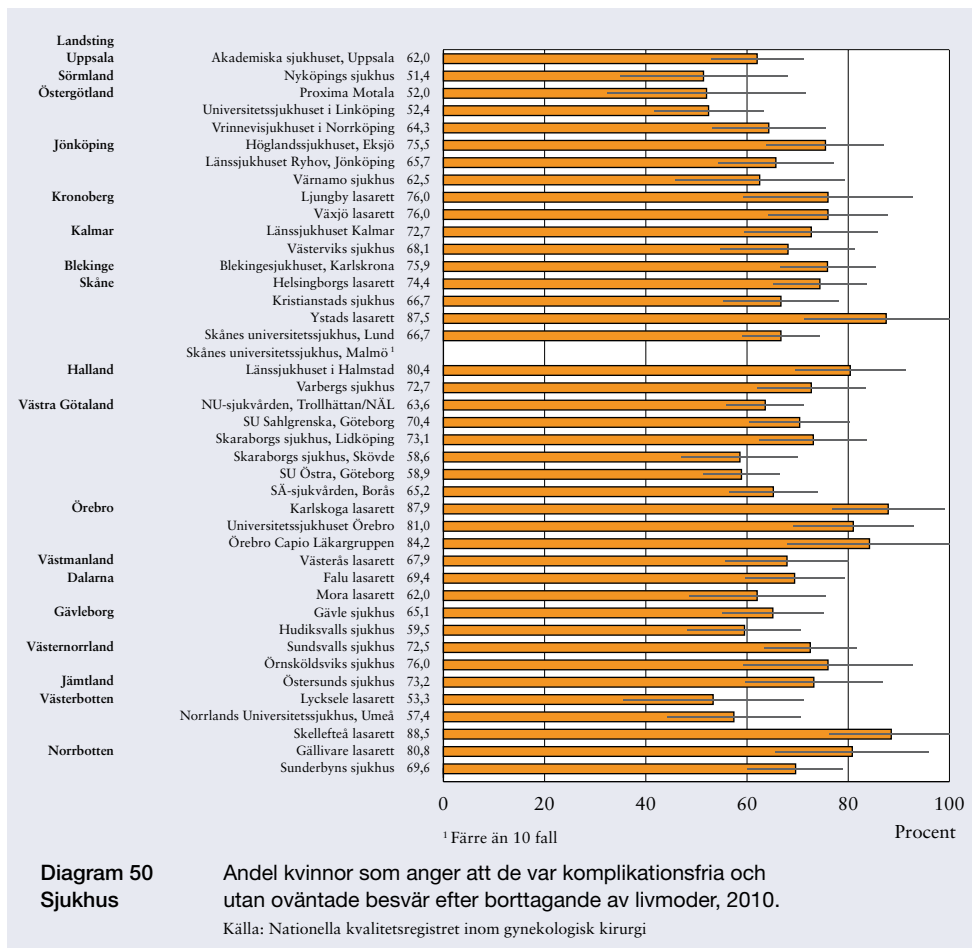


Diagram 50
Sjukhus

Andel kvinnor som anger att de var komplikationsfria och utan oväntade besvär efter borttagande av livmoder, 2010.

Källa: Nationella kvalitetsregistret inom gynekologisk kirurgi

sjukskrivning förlängd till längre än 4 veckor, är också sällsynta och drabbar cirka 3 procent av patienterna.

Indikatorn som här visas bygger istället på patientens egen värdering och speglar komplikationer efter operationen i en vidare mening, som oplanerade vårdkontakter till följd av ej förväntade händelser, lindrigare infektioner, sårproblem och bristande information.

I diagram 50 visas andelen av de opererade patienterna som uppgav att de inte haft komplikationer eller oväntade besvär, eller att de haft lindrigare besvär, men som inte krävt vårdkontakt. I riket var andelen drygt 67 procent, med en spridning mellan landstingen från 51 till 84 procent.

Totalt 2 631 kvinnor svarade på enkäten, som sändes ut två månader efter operationen. Svarefrekvensen var totalt sett över 95 procent, men med variationer. I en internationell jämförelse är resultaten goda och komplikationsfrekvensen är lägre än vad som redovisas i randomiserade studier.

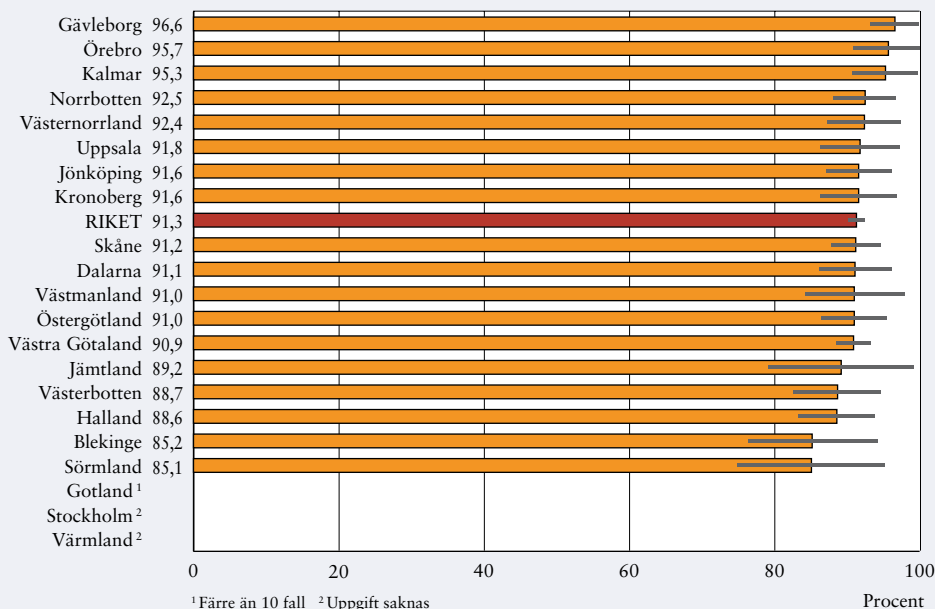


Diagram 51

Andel kvinnor som anger att de är nöjda eller mycket nöjda med operationsresultatet 1 år efter borttagande av livmoder, 2009. Mätperioden avser operationsår.

Källa: Nationella kvalitetsregistret inom gynekologisk kirurgi

51 Patienttillfredsställelse efter borttagande av livmoder

Indikatorn visar andelen patienter som ett år efter att livmodern avlägsnats anger att de är mycket nöjda eller nöjda med operationsresultat. Enkäten besvarades av 2 442 patienter. Redovisningen per landsting baseras på klinikernas lokalisering, inte patientens hemort.

Andelen nöjda eller mycket nöjda patienter varierar mellan landstingen från 85 till 97 procent, med ett genomsnitt för riket på drygt 91 procent. I en enkät före operationen anger så gott som samtliga patienter att de förväntar sig att helt bli av med sina besvär genom operationen. Förväntningarna på resultatet av operationen är således mycket höga. I ljuset av detta kan resultatet generellt sett beskrivas som bra.

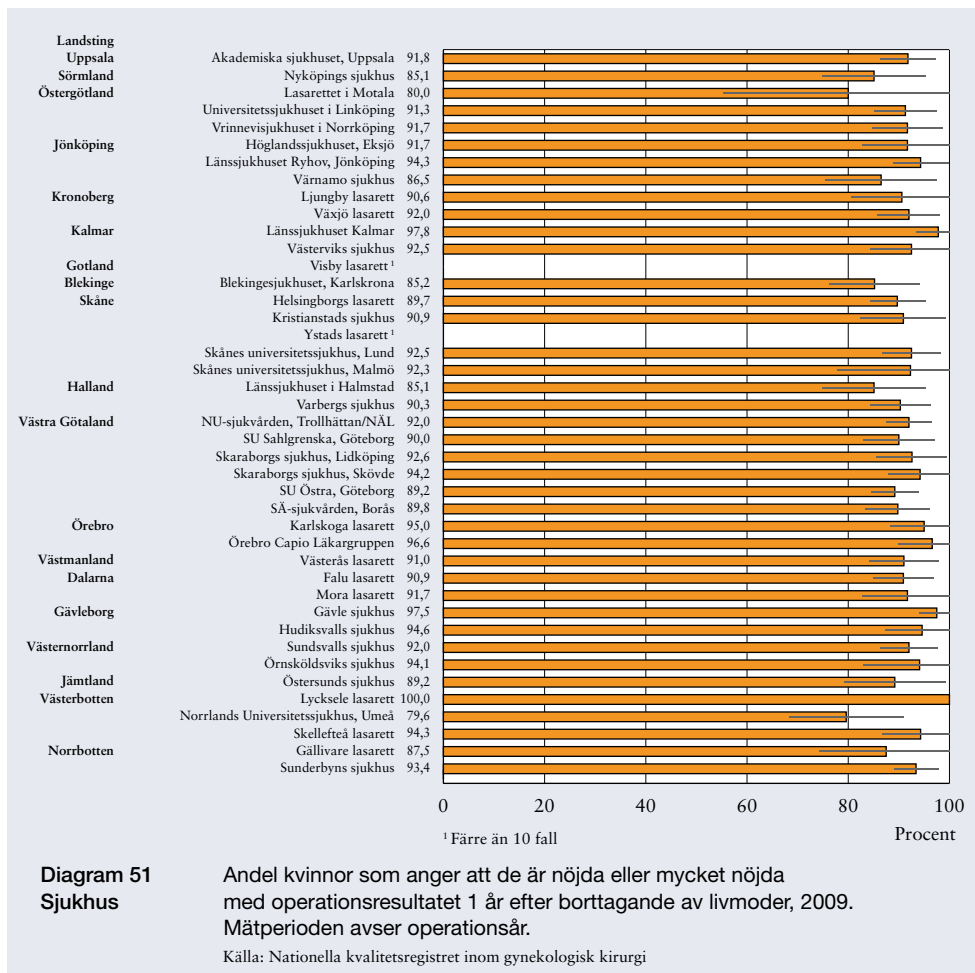


Diagram 51
Sjukhus

Andel kvinnor som anger att de är nöjda eller mycket nöjda med operationsresultatet 1 år efter borttagande av livmoder, 2009. Mätperioden avser operationsår.

Källa: Nationella kvalitetsregistret inom gynekologisk kirurgi

52 Patientrapporterade komplikationer efter framfallsoperation

Ungefär 6 500 svenska kvinnor opereras varje år för framfall av livmodern och/eller slidan (genital prolaps). Framfallet innebär att livmodern eller slidan (tillsammans med urinblåsan eller tarmen) sjunker ned till eller utanför slidöppningen. Detta medför normalt sett inte medicinska komplikationer, men de symtom som uppkommer kan vara mycket besvärande. Prolapsoperation syftar till symtomlindring och uppföljning av komplikationer efter operation är en viktig del i uppföljning av resultatet.

I Gynop-registrets prolapsregister har man år 2010 registrerat 3 872 fall, vid 39 deltagande kliniker. Ytterligare 959 fall registrerats i det register där klinikerna i Stockholmsområdet, Värmland och Visby deltar. Arbete pågår för att kunna samredovisa resultat från de båda registren, men årets redovisning inkluderar endast data från Gynop.

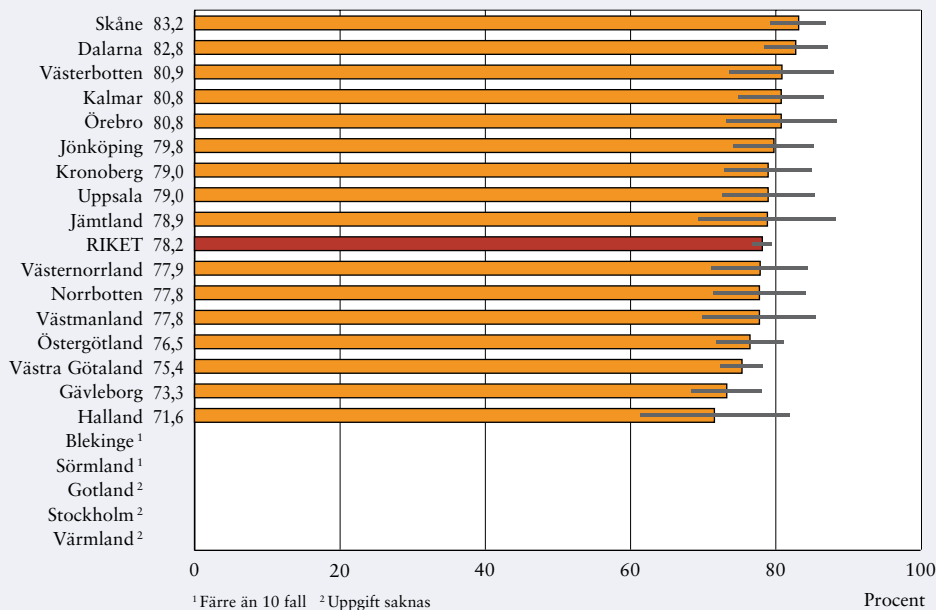


Diagram 52

Andel kvinnor som anger att de var komplikationsfria och utan oväntade besvär efter operation för livmoderframfall, 2010.

Källa: Nationella kvalitetsregistret inom gynekologisk kirurgi

Indikatorn visar andelen av de opererade patienterna som uppger att de inte haft komplikationer eller oväntade besvär som resulterat i vårdkontakt. Jämförelsen baseras på 3 615 patienter som opererades 2010 och som svarade på enkät två månader efter operationen. Redovisning av landsting baseras på klinikers lokalisering, inte på patientens hemort.

I riket anger drygt 78 procent av kvinnorna att de inte haft komplikationer eller oväntade besvär. Det är små skillnader mellan landsting, med en spridning från 72 till 83 procent. Variationen mellan olika kliniker är större, men bör tolkas försiktigt eftersom ingen hänsyn tagits till skillnader i patientsammansättningen.

En prolapsoperation kan ha många olika svårhetsgrader. Det kan vara ett tekniskt enkelt dagkirurgiskt ingrepp, men det kan också vara en större utmaning, utan säkerhet för att resultatet blir lyckat. Operationerna görs i stigande grad i samarbete mellan kliniker: Några kliniker specialiserar sig på "fast track"-kirurgi och gör endast relativt enkla operationer, medan andra kliniker fungerar som remisskliniker för de mera komplexa fallen. Vid jämförelse mellan olika kliniker är det nödvändigt att ta hänsyn till dessa skillnader i patientsammansättning eller casemix.

Troligen spelar även information om det normala postoperativa förloppet stor roll för hur patienten uppfattar vissa förväntade symtom och därmed för hur man svarar

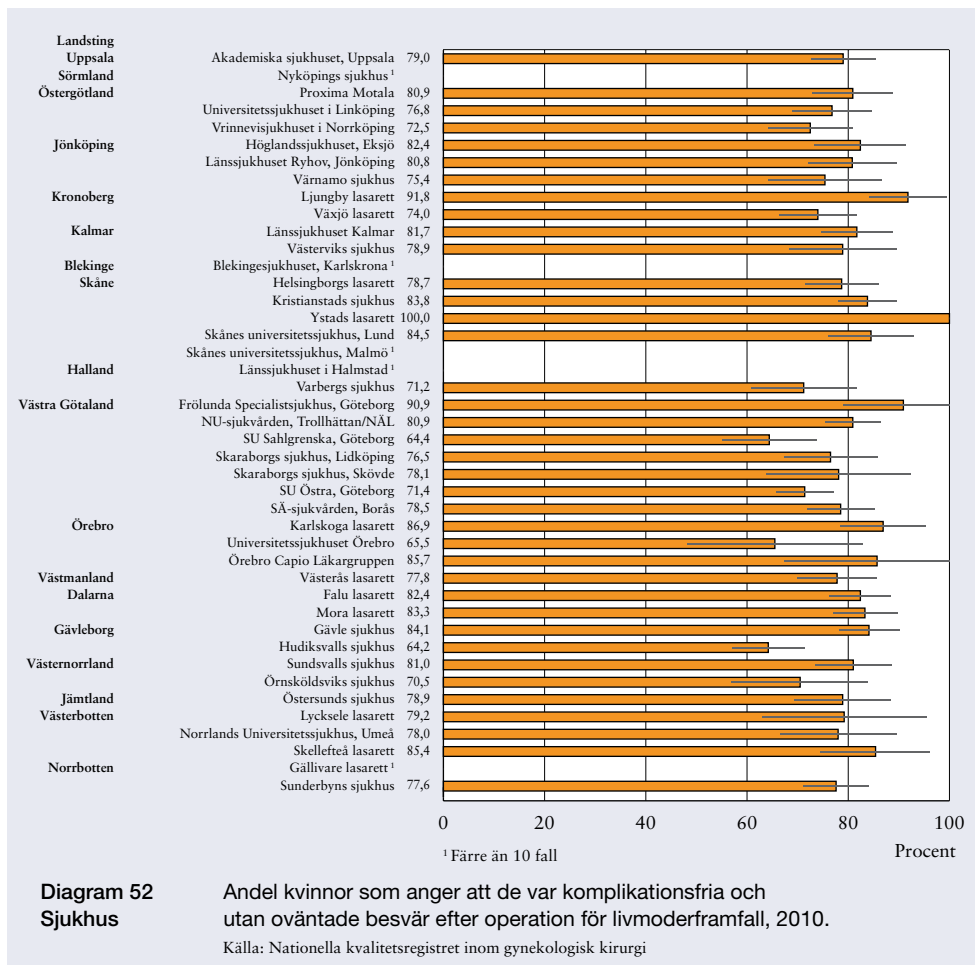


Diagram 52
Sjukhus

Andel kvinnor som anger att de var komplikationsfria och utan oväntade besvär efter operation för livmoderframfall, 2010.

Källa: Nationella kvalitetsregistret inom gynekologisk kirurgi

på enkätfrågan. Svarefrekvensen på denna fråga var i riket endast 65 procent, med stor variation mellan klinikerna, från 50 till 85 procent.

53 Patientrapporterad förekomst av framfallssymtom efter operation

Det enda prolapspecifika symtomet är patienternas känsla av att något buktar ut ur slidan. Effekten av en prolapsoperation på urinblåsan, ändtarmen och funktionella parametrar är komplex och förbättringar kan inte garanteras. Därför väljer man i Gynop-registret att som patientrapporterat resultat redovisa förekomsten av detta framfallssymtom, angivet i enkäten som upplevelsen av att "något buktar ur slidan".

Indikatorn visar andelen patienter som ett år efter operationen anger att man aldrig eller nästan aldrig har framfallssymtom. Jämförelsen baseras på 2 890 kvinnor som svarade på enkäten, av cirka 3 400 som opererades under 2009 och som registrerades i Gynop-registret. Svarefrekvensen är 83 procent.

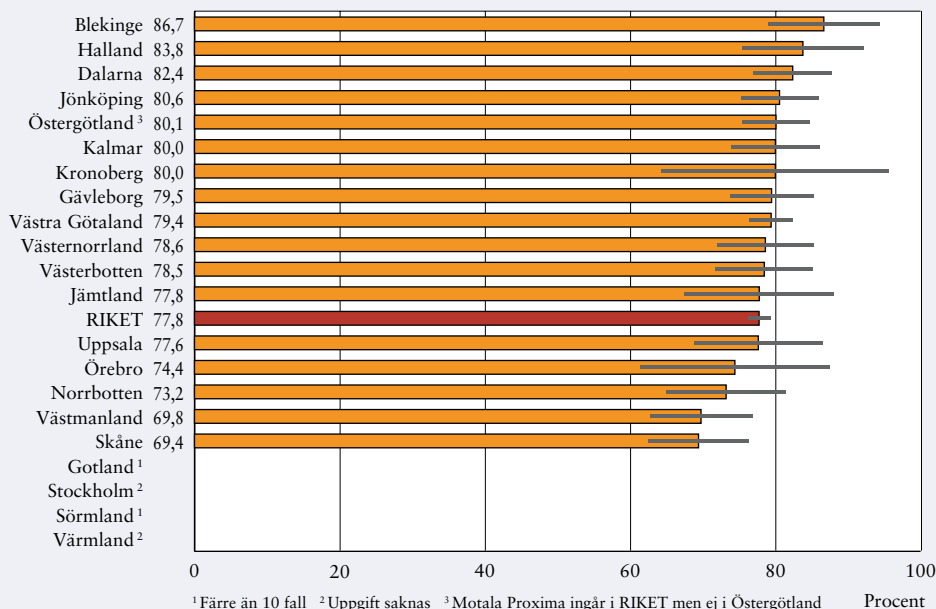


Diagram 53

Andel kvinnor som anger att de aldrig eller nästan aldrig har framfalls-symtom 1 år efter operationen, 2009. Mätperioden avser operationsår.

Källa: Nationella kvalitetsregistret inom gynekologisk kirurgi

I riket var andelen som aldrig eller nästan aldrig hade framfallsymtom 78 procent, med en variation mellan landsting från 69 till 87 procent. Rättvisande jämförelser på framförallt klinisk nivå förutsätter att hänsyn tas till varierande casemix.

54 Patientrapporterade komplikationer efter inkontinensoperation

Cirka 3 000 svenska kvinnor opereras varje år för urininkontinens. Drygt 2 100 av dessa, eller 70 procent, registreras idag av Gynop-registrets 36 kliniker. Stickprov vid olika sjukhus har visat att 95 procent av inkontinensoperationerna faktisk registreras. Ytterligare 600 fall registreras i det register där klinikerna i Stockholmsområdet, Värmland och Visby deltar. Arbete för att kunna samredovisa pågår, men årets redovisning inkluderar endast data från Gynop-registret.

För 20 år sedan opererades nästan alla inkontinenta kvinnor med metoder som innebar buksnitt (öppen kirurgi). Vid 1990-talets början påbörjades en utveckling som innebar ökad användning av minimalinvasiva och dagkirurgiska ingrepp. Inkontinensoperationsregistret har en viktig roll för att utvärdera de olika operationstyper som idag förekommer. Detsamma gäller analyser för att identifiera högriskpatienter och lämpliga preoperativa utredningar.

Syftet med operation är göra patienten kontinent eller åtminstone signifikant förbättra hennes inkontinens. Alla metoder är utvecklade för att eliminera eller

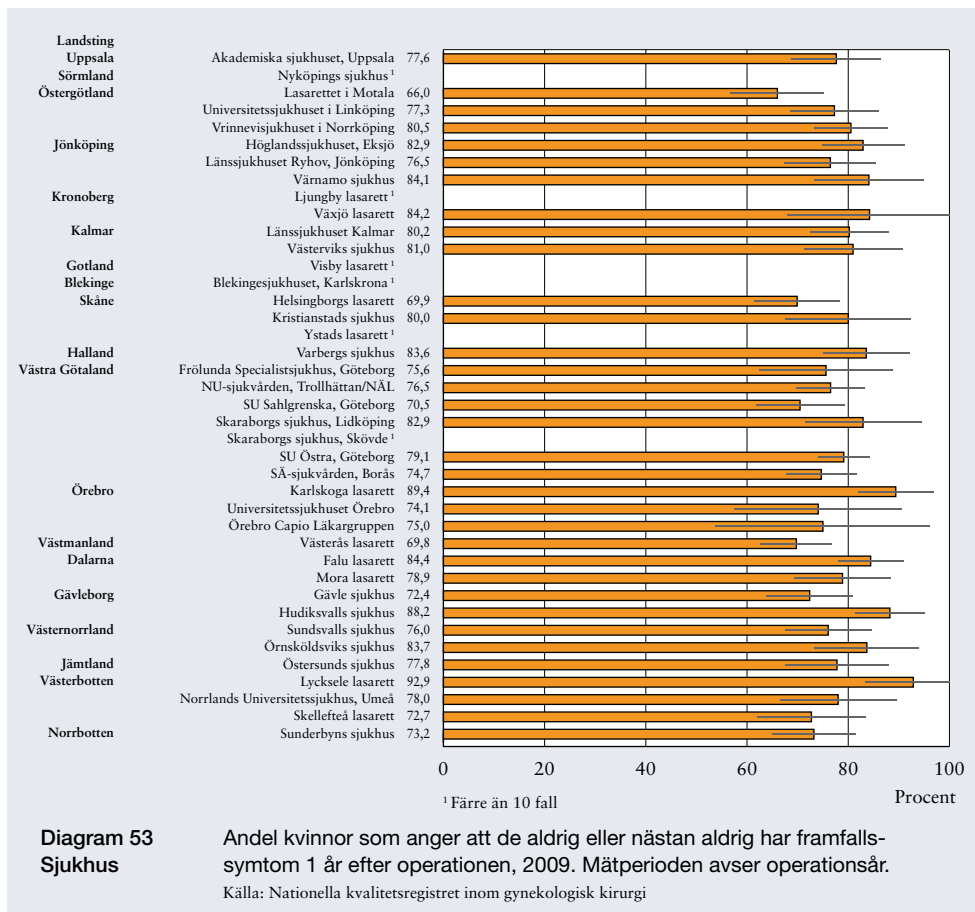


Diagram 53
Sjukhus

Andel kvinnor som anger att de aldrig eller nästan aldrig har framfalls-symtom 1 år efter operationen, 2009. Mätperioden avser operationsår.

Källa: Nationella kvalitetsregistret inom gynekologisk kirurgi

minska urinläckaget vid ansträngning, men har även en viss effekt på samtidigt förekommande trängningsläckage. Hög ålder (> 75 år), tidigare inkontinens- eller framfallsoperationer och fetma (BMI > 35) försämrar behandlingsresultaten. Mer än 80 procent av de opererade har minst en sådan riskfaktor och andelen medel- och högriskpatienter kan variera avsevärt mellan olika kliniker. Hänsyn till detta måste tas, för att jämförelser mellan kliniker skall vara rättvisande.

Indikatorn visar andelen patienter som anger att de inte haft några komplikationer eller oväntade besvär som föranlett läkarbesök två månader efter operationen. Jämförelsen baseras på 1 884 opererade patienter som besvarade patientenkäten. Svarsfrekvensen är 91 procent.

Andelen som anger att de varit komplikationsfria och inte haft oväntade besvär är i riket 80 procent, med en variation mellan landstingen från 74 till 90 procent.

Troligen spelar information om det normala förloppet efter operationen stor roll för hur patienten uppfattar vissa förväntade symtom.

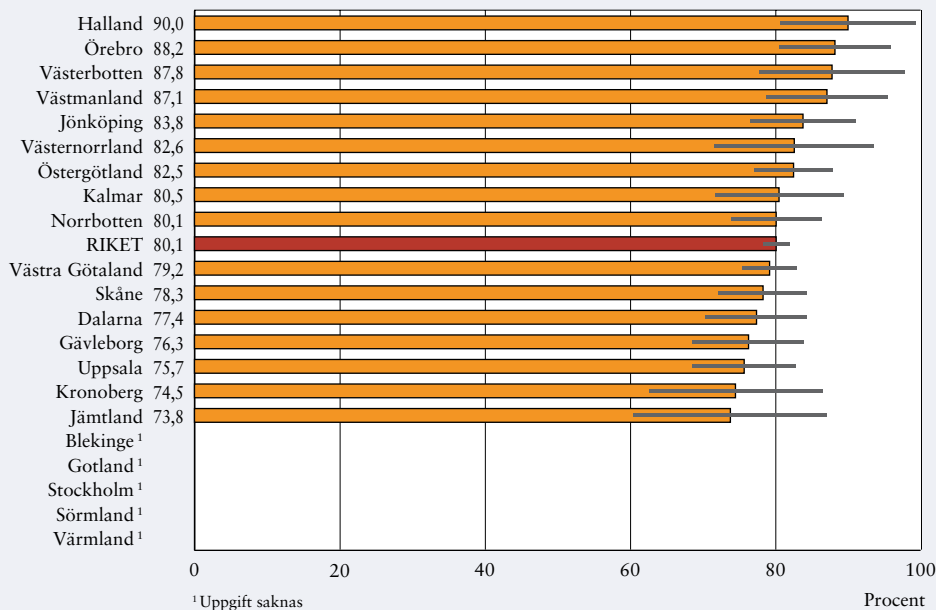


Diagram 54

Andel kvinnor som anger att de var komplikationsfria och utan oväntade besvär efter operation för urininkontinens, 2010.

Källa: Nationella kvalitetsregistret inom gynekologisk kirurgi

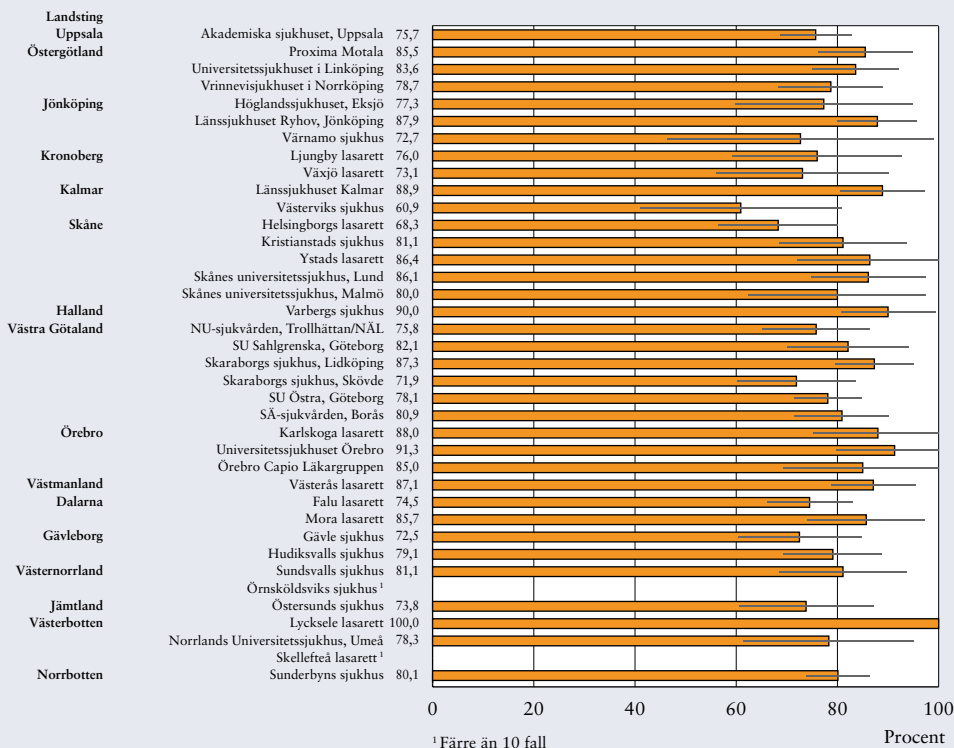
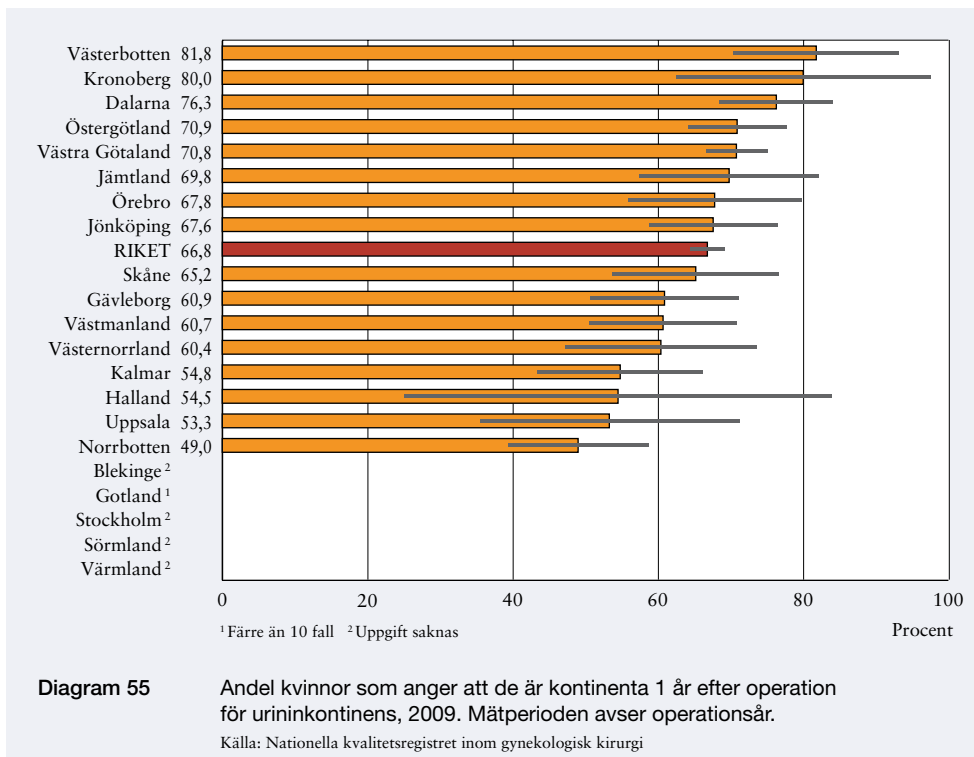


Diagram 54
Sjukhus

Andel kvinnor som anger att de var komplikationsfria och utan oväntade besvär efter operation för urininkontinens, 2010.

Källa: Nationella kvalitetsregistret inom gynekologisk kirurgi



55 Patientrapporterad kontinens efter inkontinensoperation

Denna indikator speglar patientens bedömning av operationens resultat efter ett år. Gynop-registret ställer även frågan om patienterna är nöjda med operationen, men här visas istället andelen patienter som anger att de är kontinenta efter ett år. Jämförelsen baseras på 1532 patienter som opererades 2009 och som svarade på enkäten. Svarefrekvensen är 90 procent.

I riket är andelen som uppger att de är kontinenta 67 procent. Det är stora skillnader mellan landstingen, med en spridning från 49 till 82 procent. Jämförelser både mellan landsting och mellan kliniker försvåras av att andelen högriskpatienter varierar.

Definitionen av kontinens följer här internationella kriterier (International Continence Society, ICS) som är relativt stränga, med krav på ofrivilligt urinläckage < 1 gång per månad. Om patienter med lätt inkontinens inkluderades, definierat som ofrivilligt urinläckage < 1 gång per vecka, skulle andelen öka till drygt 75 procent.

Andelen patienter som uppger att de är nöjda med operationen är betydligt högre. Detta avspeglar troligen att många patienter upplever minskad inkontinensproblematik efter operationen, även om de inte är helt kontinenta enligt den använda definitionen.

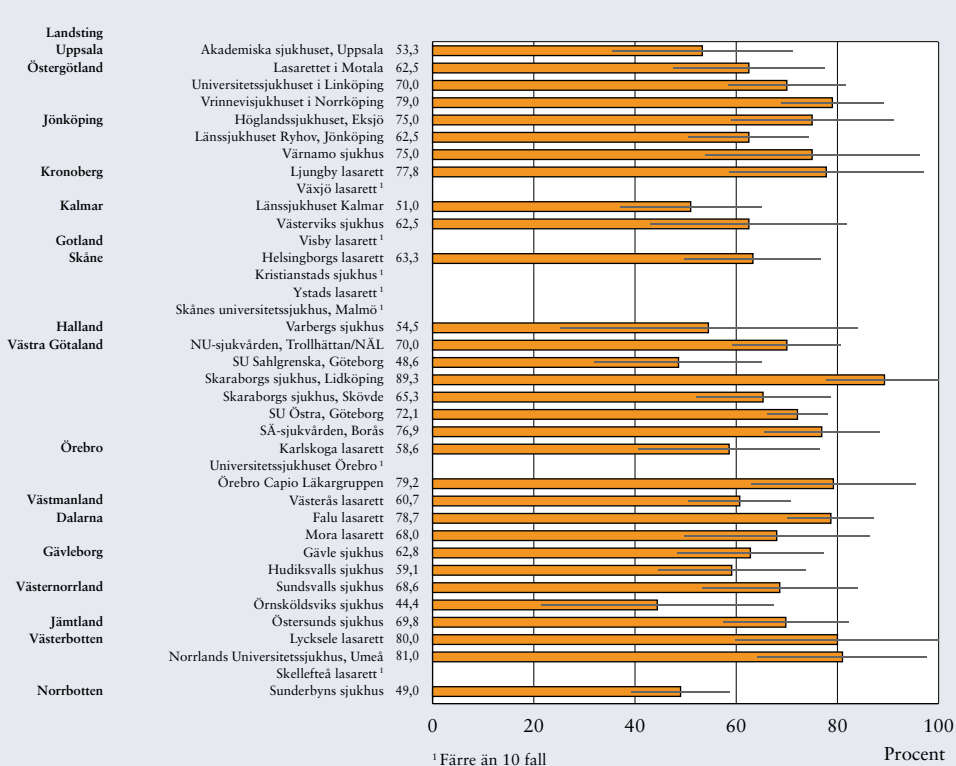


Diagram 55
Sjukhus

Andel kvinnor som anger att de är kontinenta 1 år efter operation för urininkontinens, 2009. Mätperioden avser operationsår.

Källa: Nationella kvalitetsregistret inom gynekologisk kirurgi

Vårdtidens längd vid borttagande av livmoder, framfalls- och inkontinensoperation – vad säger patienterna?

Två månader efter operationen ombeds patienten i enkät ange hur hon bedömer vårdtidens längd. Alternativet hon kan välja på är: för kort, lagom, för lång. I tabell 1 visas per klinik andelen som svarar att vårdtiden på sjukhus var lagom lång, för var och en av de tre operationerna. Vårdtiden längd styrs i stor utsträckning av respektive kliniks lokala traditioner. Vårdtidens längd påverkas även av faktorer som geografisk tillgänglighet, möjlighet till att nå snabb kontakt med sjukvården efter utskrivning och vilken operationsmetod som använts.

För *hysterektomi* är i riket andelen som menar att vårdtiden var lagom lång 87 procent. Jämförelser inom Gynop-registret visar att det inte finns direkta samband mellan korta vårdtider och att patienterna angett att vårdtiden varit för kort. Det spelar sannolikt roll om operationen utförts med vaginal eller laparoskopisk metod, som kräver mindre postoperativ smärtlindring och kortare vårdtider än öppen bukkirurgi. Det sjukhus som enbart använder öppen bukkirurgi vid hysterektomi har den lägsta andelen patienter som är nöjda med vårdtidens längd.

Sjukhus	Hysterektomi	Framfall	Inkontinens
Akademiska sjukhuset, Uppsala	89	90	89
Nyköpings sjukhus	91		
Universitetssjukhuset i Linköping	83	91	91
Vrinnevisjukhuset i Norrköping	85	94	92
Proxima Motala	76	93	97
Länssjukhuset Ryhov, Jönköping	82	92	94
Höglandssjukhuset, Eksjö	89	88	87
Värnamo sjukhus	84	93	89
Växjö lasarett	86	99	85
Ljungby lasarett	84	88	100
Västerviks sjukhus	76	84	94
Länssjukhuset Kalmar	96	89	90
Blekingesjukhuset, Karlskrona	95		
Kristianstads sjukhus	96	90	85
Skånes universitetssjukhus, Malmö	80	0	87
Skånes universitetssjukhus, Lund	82	82	94
Helsingborgs lasarett	82	94	90
Ystads lasarett	88	100	93
Länssjukhuset i Halmstad	80		
Varbergs sjukhus	94	97	92
SU Sahlgrenska, Göteborg	92	92	97
SU Östra, Göteborg	86	90	87
NU-sjukvården, Trollhättan/NÄL	86	89	85
SÄ-sjukvården, Borås	82	87	90
Skaraborgs sjukhus, Skövde	92	91	97
Skaraborgs sjukhus, Lidköping	88	94	98
Örebro Capho Läkargruppen	68	92	100
Karlskoga lasarett	100	97	85
Västerås lasarett	90	89	96
Falu lasarett	88	94	88
Mora lasarett	90	89	96
Gävle sjukhus	90	90	91
Hudiksvalls sjukhus	90	90	88
Sundsvalls sjukhus	85	88	94
Örnsköldsviks sjukhus	96	79	100
Östersunds sjukhus	82	91	84
Norrlands Universitetssjukhus, Umeå	68	93	93
Skellefteå lasarett	85	82	100
Lycksele lasarett	93	83	86
Sunderbyns sjukhus	86	85	89
Gällivare lasarett	92		

Tabell 1
Sjukhus

Andel kvinnor som anger att vårdtiden på sjukhus var lagom lång, 2010.
Procent.

Källa: Nationella kvalitetsregistret inom gynekologisk kirurgi

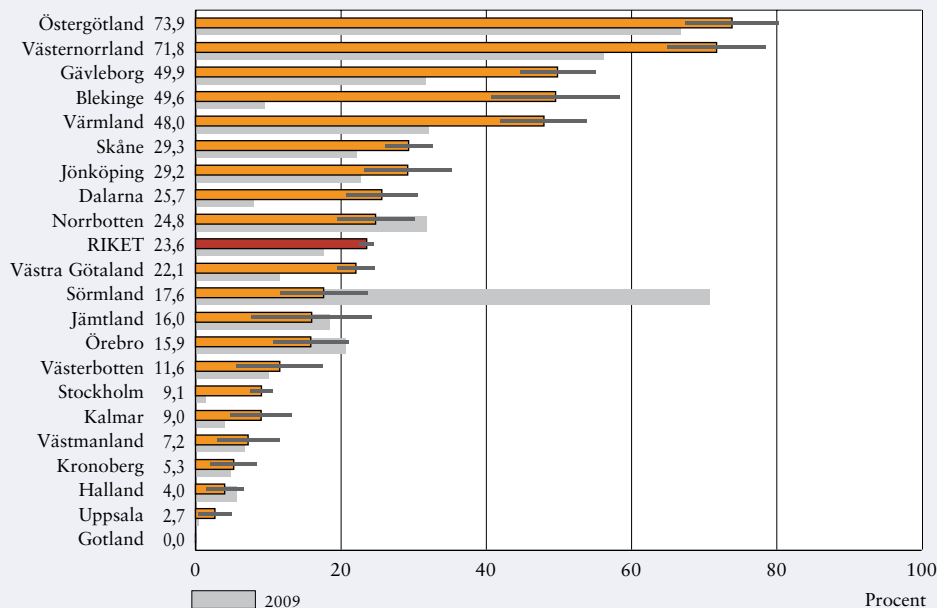


Diagram 56 Andel framfallsoperationer utförda i dagkirurgi, 2010.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

För *framfallsoperationer* skrivs drygt 30 procent av patienterna ut samma dag. Vårdtiderna på sjukhus varierar påtagligt. Patienterna är i hög grad nöjda med vårdtidens längd och 90 procent av kvinnorna anger att den var lagom lång. Det finns inga direkta samband mellan vårdtidernas faktiska längd och att patienterna angett att vårdtiden varit för kort.

Vid *inkontinensoperationer* skrivs 82 procent av patienterna ut samma dag, och 11 procent dagen efter operationen. Bara sju procent av kvinnorna ansåg att sjukhusvistelsen var för kort, medan 91 procent ansåg att den var lagom lång. Svarsfrekvensen på denna fråga var dock relativt låg, nämligen 78 procent.

56 Dagkirurgiska operationer vid livmoderframfall

År 2010 opererades cirka 6 500 kvinnor för livmoderframfall. Drygt 1 500 av dessa skedde som dagkirurgi, vilket är en något högre andel än 2009 och 2008. Operationen kan göras som dagkirurgi om man har möjlighet till postoperativ övervakning tillräckligt antal timmar och det finns tillgång till slutenvårdsresurser, som kan tas i anspråk vid behov. Diagnosen prolaps (framfall) är bred och kan avse helt olika svårighetsgrader. Även operationen kan spänna från att vara en enkel standardoperation till ett komplicerat ingrepp. Måttet är inte ett kvalitetsmått, utan en spegling av skillnader i medicinsk praxis, som har påverkan på resursanvändningen.

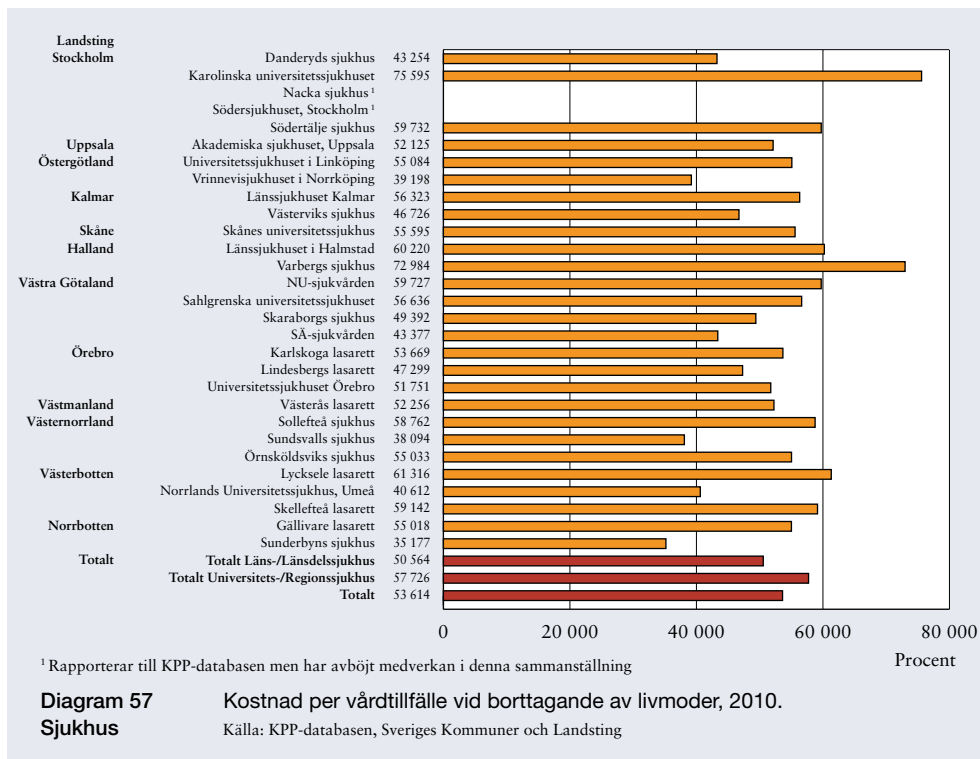


Diagram 57 Kostnad per vårdtillfälle vid borttagande av livmoder, 2010.
Sjukhus

Källa: KPP-databasen, Sveriges Kommuner och Landsting

De olikartade svårighetsgraderna, patientens ålder och allmäntillstånd är alla faktorer som påverkar vårdtidens längd och hur stor andel av operationerna som sker utan inskrivning i slutenvård, således i dagkirurgi. Men det finns även andra aspekter som spelar stor roll för andelen dagkirurgiskt opererade, vilket framgår av de stora variationerna i diagrammet.

Det finns ingen orsak att tro att kvinnornas allmän- och sjukdomstillstånd skulle skilja sig radikalt mellan olika landsting. Andelarna operationer utförda i dagkirurgi varierar så markant att man kan sluta sig till att lokala traditioner spelar en betydande roll. Ett landsting utför cirka 70 procent i dagkirurgi, medan i andra landsting operationerna i princip utförs uteslutande i slutenvård. Mycket talar för att de landsting som har en hög slutenvårdsandel kan minska sina kostnader för dessa operationer, utan att kvaliteten försämras.

57 Kostnad per vårdtillfälle vid borttagande av livmoder

Under 2010 rapporterades 3 435 vårdtillfällen med en åtgärdskod för hysterektomi, borttagande av livmoder, till KPP-databasen. Medelvårdtiden är 5 dagar, men varierar mellan sjukhusen från 3 till 9 dagar. Denna variation kan bero på patientselektion och arbetsfördelning mellan sjukhus, men också på valet av operationsmetod och kan då vara ett uttryck för skillnader i medicinsk praxis.

I diagram 57 visas kostnaderna per vårdtillfälle i slutenvård för hysterektomi. Patientgruppen och operationen är densamma som den för vilken oönskade händelser redovisades i diagram 49. KPP-databasens genomsnittskostnad för innerfallen uppgick 2010 till 53 614 kr. De redovisade kostnaderna skiljer sig påtagligt mellan sjukhusen, från drygt 35 000 kr till 75 000 kr.

Kostnadsskillnaderna kan ha flera orsaker, utöver vårdtidens längd. De kan spegla dels tiden för själva operationen, dels bemanning per vårdplats och vid sjukhuset. De kan också återspegla patientsammansättningen vid sjukhuset. Kostnaden påverkas även av valet av teknik vid genomförandet av denna operation. Slutligen kan det även finnas redovisningsmässiga skillnader mellan sjukhusen.

RÖRELSEORGANENS SJUKDOMAR

Sjukdomar och besvär i rörelseorganen är i Sverige den vanligaste anledningen till smärta, nedsättning av arbetsförmågan, långtidssjukskrivning samt sjuk- och aktivitetsersättning. En tredjedel av all ohälsa och sjukfrånvaro i Sverige beror på rörelseorganens sjukdomar och kostar därför samhället stora summor årligen. Sjukskrivning på grund av artros belastar sjukförsäkringssystemet med 1,4 miljarder kronor per år.

Artros är, enligt en WHO-utredning (The Global Burden of Disease, 1997), en folksjukdom i världens I-länder. Artros är den näst vanligaste sjukdomen hos kvinnor äldre än 60 år och den fjärde vanligaste hos män i samma åldersgrupp.

Man bedömer att det finns cirka 90 000 personer i Sverige som lever med inflammatorisk ledsjukdom, av vilka cirka 60 000 har reumatoid artrit. Reumatoid artrit är en svår, ofta livslång handikappande sjukdom som främst drabbar kvinnor och som ger sämre hälsorelaterad livskvalitet och förkortad livslängd.

Inom området *Rörelseorganens sjukdomar* redovisas 20 indikatorer inom ortopedi och reumatologi. Specialiteterna är överlappande och behandlar inte sällan samma patienter. Tre avser reumatisk vård och har Svensk Reumatologis Kvalitetsregister som källa. De övriga indikatorerna rör ortopedisk sjukvård och speglar utöver medicinsk kvalitet även kostnader. Källorna är olika ortopediska Nationella Kvalitetsregister, Patientregistret och Läkemedelsregistret på Socialstyrelsen samt KPP-databasen på SKL.

Indikatorerna belyser vanliga och ur ett samhällsperspektiv resurskrävande sjukdomar och behandlingar: Knä- och höftproteskirurgi, höftfraktur, knäartroskopi, ryggkirurgi, korsbandskirurgi, läkemedelsbehandling efter benskörhetsfraktur och vid reumatoid artrit.

Inom denna sjukdomsgrupp utförs sammantaget drygt 80 000 operationer årligen. Till detta antal operationer skall för sjukdomsområdet även läggas frakturkirurgi, som är ett av Sveriges vanligaste kirurgiska ingrepp. Här visas för frakturkirurgin indikatorer enbart för höftfraktur, eftersom det saknas väl täckande kvalitetsregister för övrig frakturbehandling. Under 2012 publicerar Socialstyrelsen Nationella riktlinjer för området.

58 Implantatöverlevnad vid total knäprotesoperation

Artros i knäleden är relativt ovanligt före 50 års ålder men blir vanligare med stigande ålder. Kvinnor drabbas av knäledsartros betydligt oftare än män, särskilt bland äldre personer. Under 2010 utfördes 12 800 primära knäprotesoperationer på 79 kliniker. Kvinnor svarade för knappt 60 procent av dessa.

De uppgifter som redovisas här är hämtade från Svenska Knäprotesregistret, som är Sveriges äldsta Nationella Kvalitetsregister. Alla knäprotesopererande enheter från

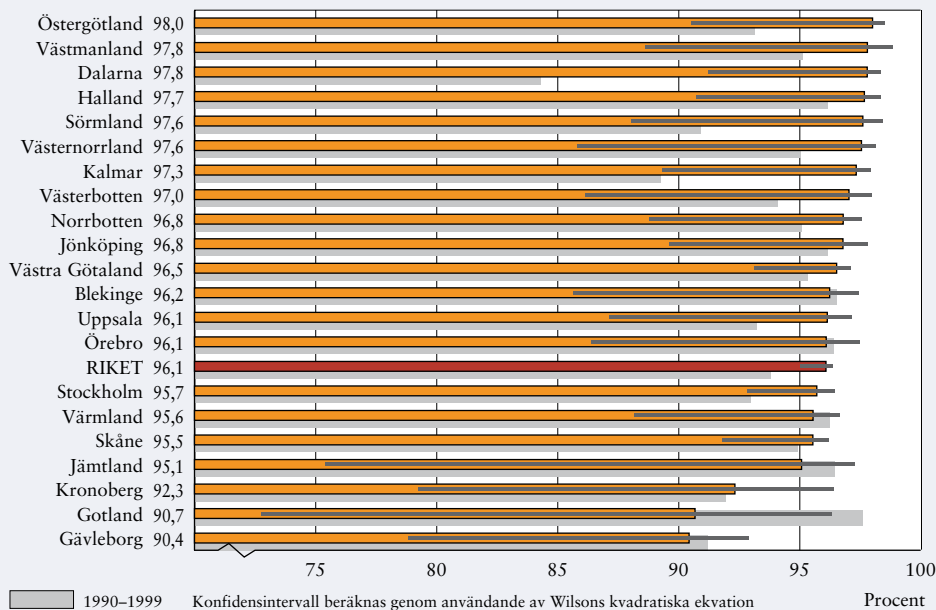


Diagram 58
Totalt

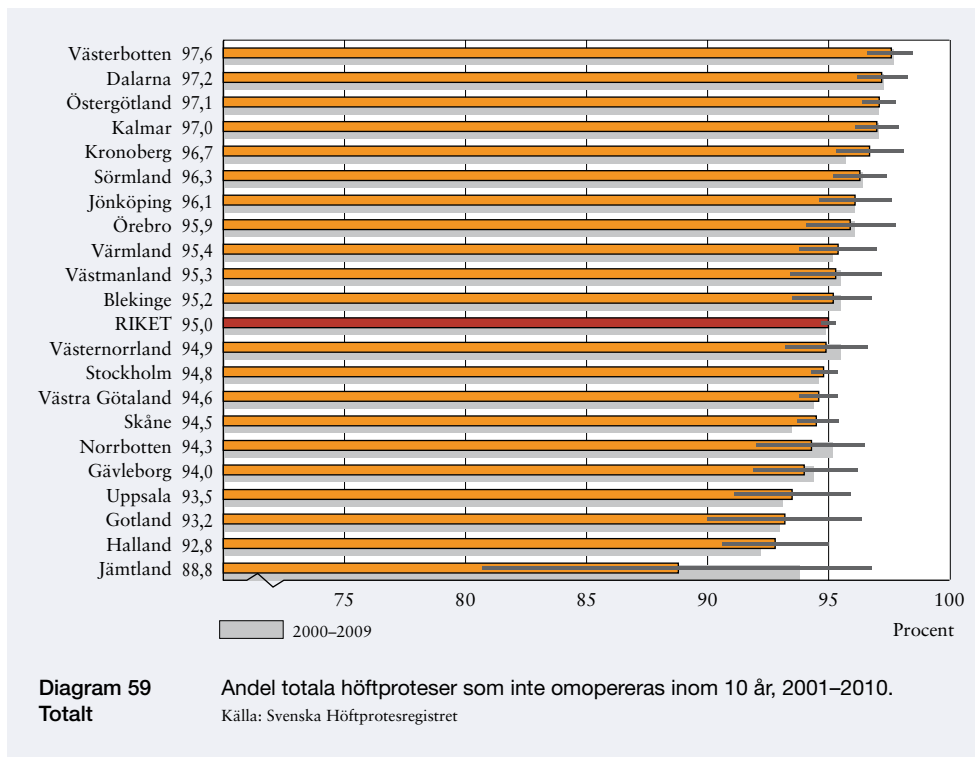
Andel totala knäproteser som inte omopereras inom 10 år, 2000–2009.

Källa: Svenska Knäprotesregistret

alla landsting ingår i registret och täckningsgraden är på över 95 procent. Kliniker lokaliserade inom ett visst landsting redovisas under detta, oavsett varifrån patienten kommer.

Indikatorn avser total knäprotesoperation vid artros, operationer utförda under perioden 2000–2009. Antalet operationer under denna period var drygt 93 000. I diagram 58 redovisas andelen knäproteser som inte är reviderade (utbytesoperation) inom 10 år, oavsett vilken orsaken till detta är. Analysen är gjord med så kallad Kaplan-Meierstatistik, och beskriver hur många knäproteser av 100 som finns kvar i patienter som är opererade under den senaste 10-årsperioden och som fortfarande lever tio år efter operationen. Den andel som anges är strikt sett ett beräknat värde då den statistiska metoden inkluderar patienter som under observationstiden har avlidit eller emigrerat. Dessa så kallade "drop-outs" anses i metoden ha samma risk för att bli omopererade som övriga gruppen.

Revision, utbyte av delar av eller hela protesens, kan bero på patientrelaterade faktorer men kan också vara tecken på olämpligt protesval eller kirurgisk teknik. Riksnivået för perioden var 96 procent för både kvinnor och män, med en spridning mellan landstingen från 90 till 98 procent för kvinnor och från 89 till 99 procent för män. I riket fick således cirka fyra av 100 patienter omopereras inom 10 år med byte av protesens eller borttagning/addering av protesdelar. Resultaten gäller



de senaste tio årens operationer och behöver därför inte helt återspegla den aktuella situationen. Indikatorn är således relativt trög, men den är viktig därför att den redovisar långtidsresultaten av denna vanliga typ av ortopedisk kirurgi.

Komplikationstalen är generellt låga, både inom knä- och höftproteskirurgi, vilket gör att slumpmässig variation och varierande patientsammansättning har påverkan på resultaten. Resultatet är världsledande när man jämför med andra länder som kan redovisa liknande statistik, till exempel de nordiska länderna och Australien.

59 Implantatöverlevnad vid total höftprotesoperation

Till Svenska Höftprotesregistret rapporterar samtliga berörda kliniker, offentliga som privata. En nyligen genomförd jämförelse med Patientregistret visade att höftprotesregistret på individnivå hade en täckningsgrad på 98,5 procent verksamhetsåret 2010.

I Sverige utfördes 15 935 primära totala höftproteser under 2010, vilket är en viss ökning jämfört med föregående år. Procedurfrekvensen under 2010 var 170 totala höftproteser per 100 000 invånare. En rättvisare bild för jämförelser är att ange antal procedurer för individer över 40 års ålder, vilket ger frekvensen 332/100 000. I denna befolkningsjusterade beräkning blir ökningen 8,3 procent de senaste två åren och hela 37 procent sedan årsskiftet 1999 och 2000.

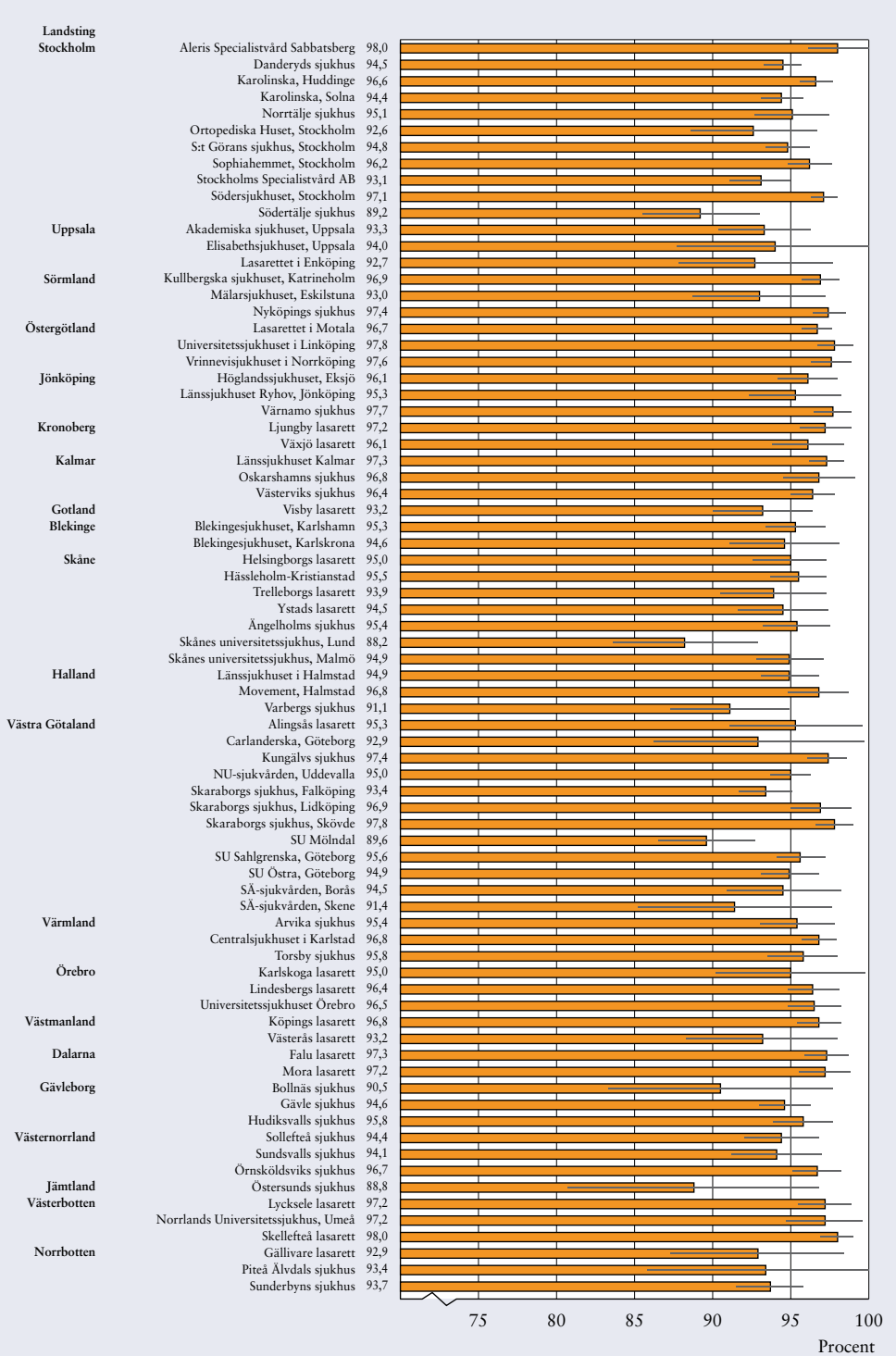


Diagram 59
Sjukhus

Andel totala höftprotoser som inte omopereras inom 10 år, 2001–2010.
Källa: Svenska Höftprotresregistret

Flera kvinnor än män opereras. Ungefär 60 procent av operationerna görs på kvinnor. Under året rapporterades 2 197 reoperationer, varav 1 894 var revisioner. Ett viktigt kvalitetsmått är hur länge protesen "överlever" efter operationen, så kallad Kaplan-Meier statistik (se föregående indikator). Definition av misslyckande är utbyte av någon del av protesen eller borttagande av hela protesen (revision). Svenska Höftprotesregistret följer sedan länge denna kvalitetsindikator. Uppgifterna här avser drygt 139 000 operationer utförda under senaste 10-årsperioden 2001–2010. Alla diagnoser är inkluderade.

Riket hade under den gångna 10-årsperioden en 95-procentig protesöverlevnad, vilket är världens högsta rapporterade 10-årsresultat. Landstingens resultat varierar från 88,8 till 97,6 procent, för båda könen sammantagna. Kvinnors operationer har ett något bättre långtidsresultat än männens, med 95,6 procents protesöverlevnad, mot männens 94,2 procent. Denna könsskillnad beror sannolikt på männens högre fysiska aktivitet, som ger ett högre långtidsslitage av protesdelarna, vilket i sin tur kan orsaka lossning av protesen.

10-årsöverlevnad av höftprotes är en "långsam" kvalitetsindikator, som även beskriver resultat av operationer utförda längre tillbaka i tiden, men som framförallt återspeglar långtidskomplikationer såsom mekanisk lossning av protesen. Detta kvalitetsmått är internationell standard vid alla jämförelseanalyser inom området.

Jämförelsen mellan landsting inkluderar alla patienter, med stor spridning av riskfaktorer och stor skillnad när det gäller sjukhustyper. Klinikens lokalisering, inte patientens landstingstillhörighet, är grund för presentation på landstingsnivå. Samarbeta mellan kliniker innebär att svårare patientfall remitteras till särskilda kliniker. Dessa opererar därmed patienter med större operationsrisker, vilket ger en högre komplikationsfrekvens. Vid remittering över landstingsgränser kan utfallet därför påverkas. Ingen korrigering för detta har gjorts i redovisningen.

60 Omoperation efter total höftprotesoperation

10-årsöverlevnad av höftprotes är en central kvalitetsvariabel, men det behövs även indikatorer som kan ge en snabbare återkoppling till kliniker och som kan initiera kliniskt förbättringsarbete utan alltför lång fördröjning.

En sådan "snabbare" indikator är andelen omoperationer inom två år efter den ursprungliga operationen, oavsett vilken orsaken till dessa är. Omoperation är ett vidare begrepp än utbytesoperation eller revision och innefattar all form av vidare kirurgi. Den korta uppföljningstiden återspeglar i huvudsak tidiga och allvarliga postoperativa komplikationer, som djup infektion och revision på grund av upprepade urljedvridningar av höftledsprotesen, luxationer. Arbetsföra patienter som omopereras på grund av protesrelaterad infektion eller luxationer får inte sällan ett sämre slutresultat och kan för sjukvården och försäkringskassan kosta miljonbelopp per komplikation.

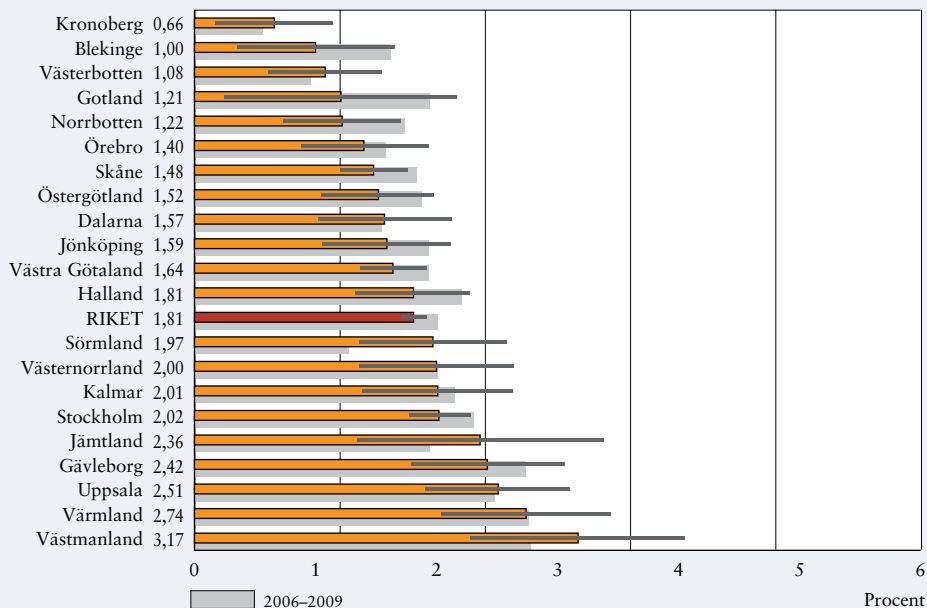


Diagram 60
Totalt

Andel omoperationer inom 2 år efter total höftprotresoperation, 2007-2010.

Källa: Svenska Höftprotresregistret

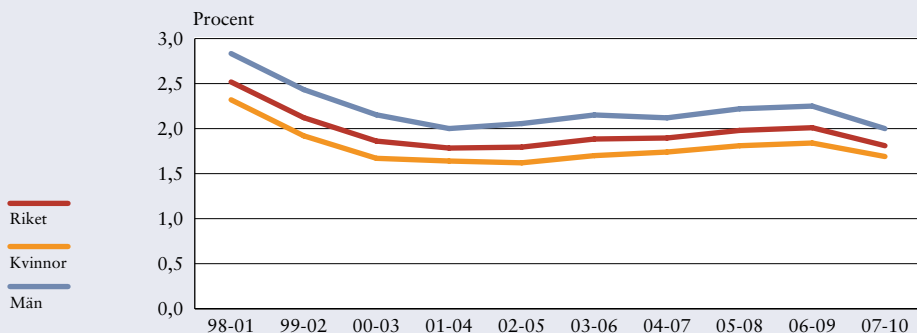


Diagram 60
Riket

Andel omoperationer inom 2 år efter total höftprotresoperation.

Källa: Svenska Höftprotresregistret

Bara komplikationer som är kirurgiskt åtgärdade är inkluderade. Antibiotikabehandlade infektioner och icke-kirurgiskt behandlade urledsvridningar fångas inte i registret. Patienter som opereras upprepade gånger, som följd av samma komplikation, anges som en komplikation. Patienter som omopereras på annan klinik än primärkliniken tillräknas ändå primärkliniken.

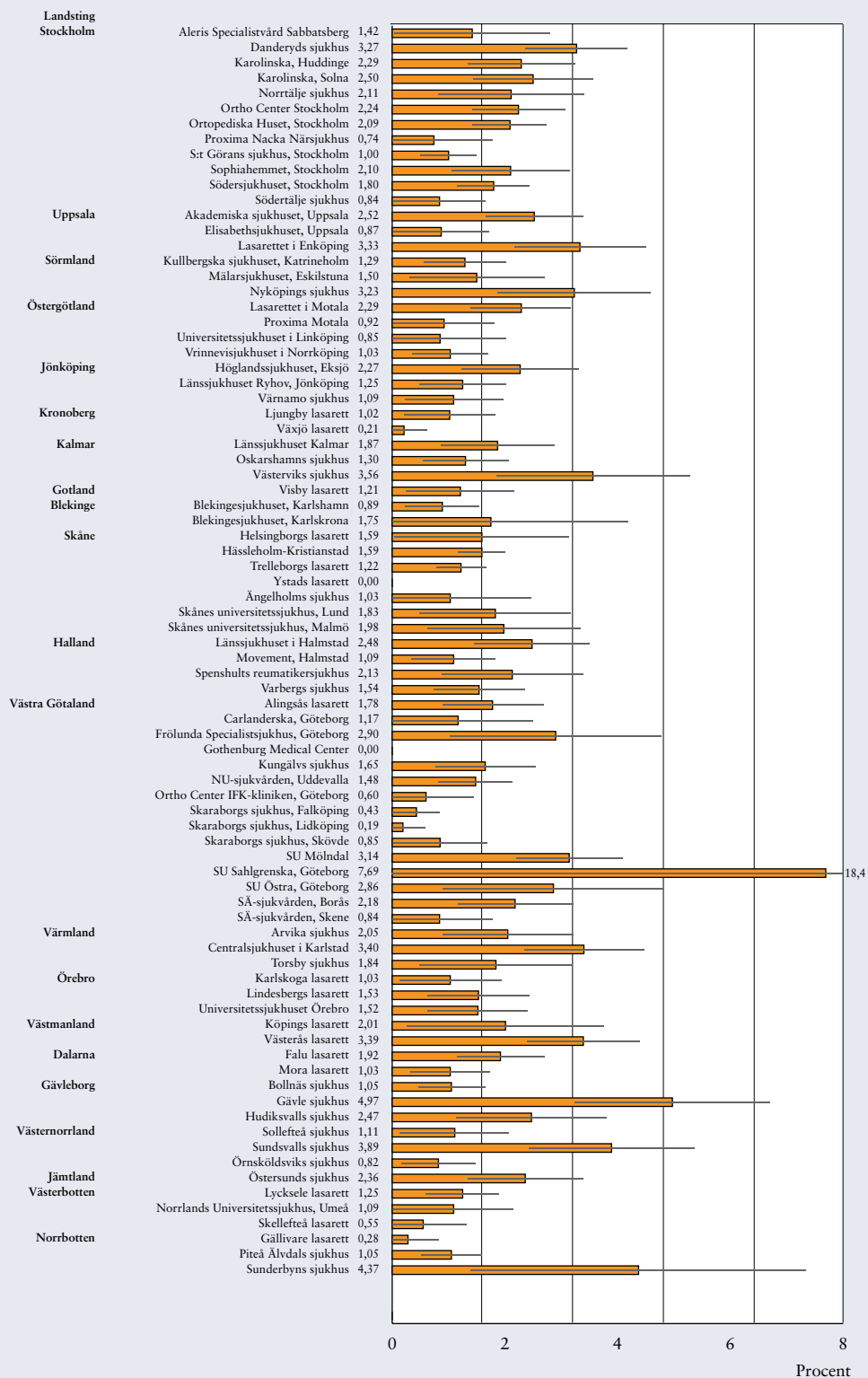


Diagram 60
Sjukhus

Andel omoperationer inom 2 år efter total höftprotosoperation, 2007–2010.

Källa: Svenska Höftprotosregistret

Andelen omoperationer återges i diagram 60 och avser drygt 60 000 operationer som utförts under perioden 2007–2010. I riket som helhet omopererades 1,8 procent av patienterna inom två år. Detta motsvarar 1 098 patienter. I två landsting var andelen omoperationer under eller lika med 1 procent. Tre landsting har över 2,5 procent omoperationer.

Komplikationsfrekvensen är lägre bland kvinnor än för män, dock är skillnaden liten: 1,7 respektive 2 procent. Variationen på sjukhusnivå var större: Från inga komplikationer upp till 7,7 procent. Det högsta värdet avser SU/Sahlgrenska som i en lokal arbetsfördelning mellan sjukhus enbart opererat patienter med tumörsjukdom, som har stor komplikationsrisk. Denna större spridning på enhetsnivå ger indikatorn större tyngd avseende förbättringsarbete. Komplikationstalen är generellt låga. Patientsammansättning och slumpmässig variation har stor påverkan på resultaten. Resultatet kan egentligen bara värderas över tid, det vill säga om klara trender föreligger.

En nollvision är inte realistisk vad gäller komplikationer efter en kirurgisk operation. Riksgenomsnittet har de senaste åren legat konstant på 1,6–1,8 procent omoperationer inom två år. Detta gör att man kan anse att målnivån bör ligga på högst 1,8 procent för hela den aktuella patientgruppen. Men som framgår av vissa landstings resultat är än lägre komplikationsfrekvenser möjliga.

61 Önskade händelser efter knä- och höftprotesoperation

I Sverige opereras årligen cirka 13 000 knäproteser och 16 000 totala höftproteser. Därtill kommer även revisionsoperationer, där protesens 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. Modern anestesilogi, noggrann medicinsk utredning före operationen, liksom infektions- och blodproppsförebyggande åtgärder är viktiga för att nå låga komplikations- och mortalitetsfrekvenser.

Återinläggning och död efter operation är internationellt sett vanligt förekommande kvalitetsindikatorer. Rubrikens ”önskade händelser” är en försvenskning av det vanligt förekommande engelska uttrycket ”adverse events”.

Återinläggning och död kan bero på lokala komplikationer relaterade till kirurgen, men också på andra medicinska komplikationer. Till de svenska knä- och höftprotesregistren rapporteras återinläggningar på grund av lokala komplikationer, som krävt någon form av reoperation. Dessa register fångar dock inte de övriga medicinska komplikationerna.

Med Patientregistret som källa kan flera önskade händelser analyseras. Indikatorn som här presenteras är en del i arbetet med att utveckla flera breda resultatmått, indikatorer som omspannar flera olika behandlingar och sjukdomar.

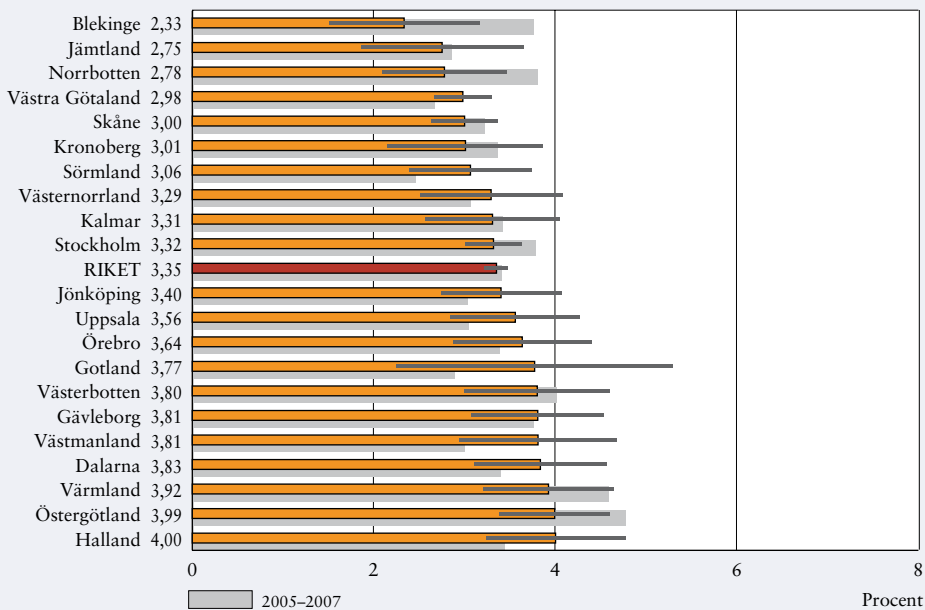


Diagram 61 Oönskade händelser inom 30 dagar efter knä- eller total höftprotesoperation, 2008-2010. Åldersstandardiserade värden.
Totalt
 Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

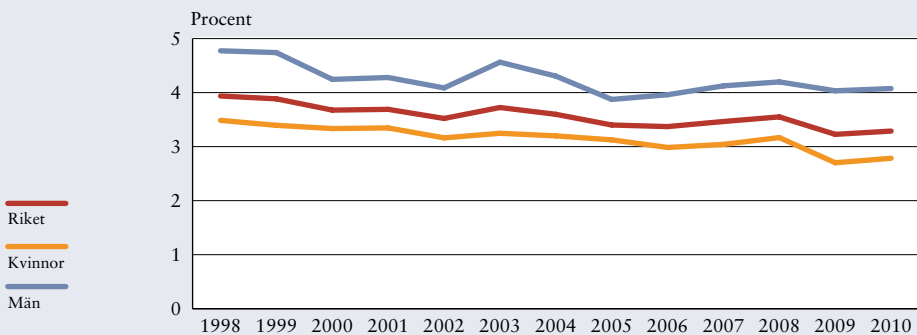


Diagram 61 Oönskade händelser inom 30 dagar efter knä- eller total höftprotesoperation. Åldersstandardiserade värden.
Riket
 Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

I diagram 61 redovisas frekvensen återinläggning och död inom 30 dagar efter höft- och knäprotesoperation. Knappt 74 000 operationer utförda under 2008-2010 ingår i jämförelsen. Som orsak till återinläggning valdes bland annat proteskomplikationer och vanliga hjärt-kärlsjukdomar som hjärtinfarkt, kärlkramp, hjärtsvikt och stroke. Redovisningen per landsting baseras på patientens hemort, inte på klinikens lokalisering.

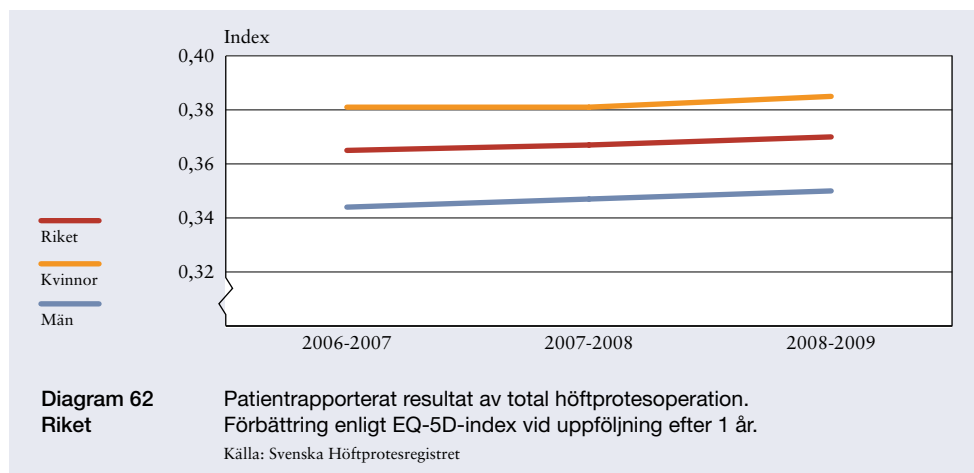
Statistiken för år 2010 visar att 2,8 procent av de opererade kvinnorna avlider eller återinläggs på sjukhus med någon form av komplikation. Motsvarande tal för män är 4,1 procent. De avlidna är mycket få. De specifika proteskomplikationerna står för två tredjedelar av de studerade återinläggningarna. Det är en viss spridning mellan landstingen, från 1,8 till 3,8 procent för kvinnor och från 2,4 till 5,3 procent för män. I riket som helhet kan en tendens till minskning noteras under den senaste 10-årsperioden, trots en kraftig nedgång av medelvårdtiden från cirka tio dagar 1998 till strax under 6 dagar 2010.

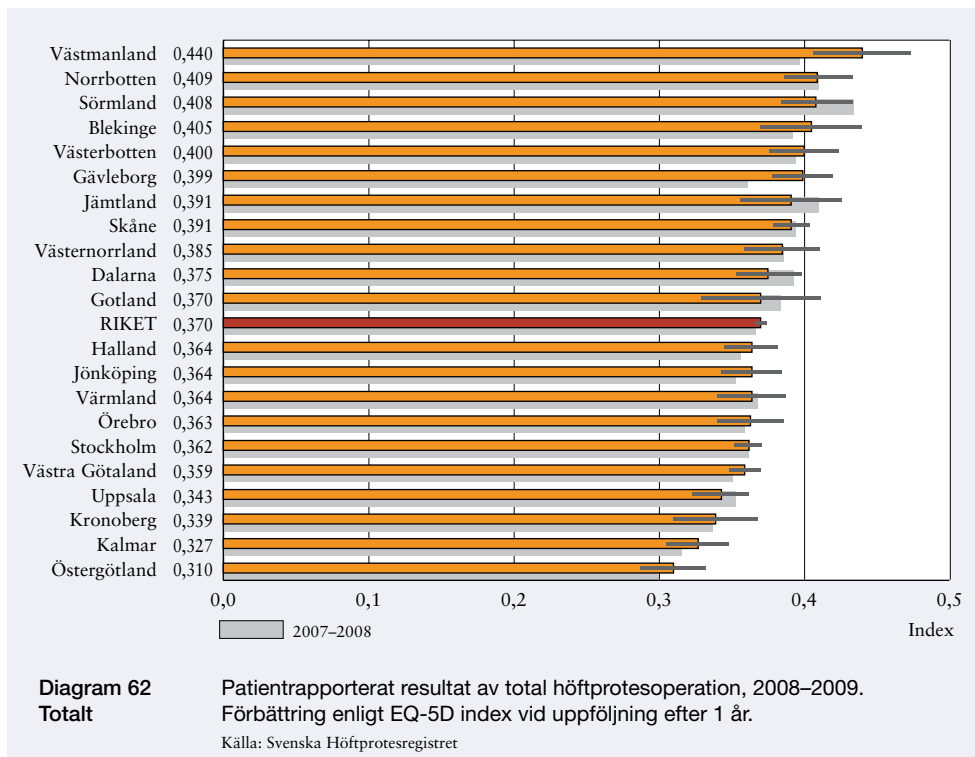
62 Patientrapporterat resultat av total höftprotesoperation

De främsta indikationerna för höftproteskirurgi är upplevd smärta och låg hälsorelaterad livskvalitet. Därför är det viktigt att mäta och rapportera dessa variabler för att kunna optimera den enskilda patientens behandling och att mäta resultat i flera dimensioner. Höftprotesregistret följer sedan 2002 upp patientrapporterade resultat av operationen. Man använder bland annat instrumentet EQ-5D, som ger hälsorelaterad livskvalitet i ett index.

Alla patienter besvarar innan operationen ett formulär med tio frågor. Samma formulär med en kompletterande fråga om tillfredsställelse skickas till patienten efter ett år. Proceduren upprepas efter sex och tio år. Diagram 62 återger differensen i EQ-5D-index, således den ökning av den hälsorelaterade livskvaliteten som uppmättes ett år efter operationen, jämfört med tillståndet innan. Årets analys avser operation utförd 2007–2008 med 1-årsuppföljning 2008–2009 och inkluderar 17 300 patienter. Alla höftprotesopererande enheter i landet ingår i denna uppföljningsrutin. Svarsfrekvensen på enkäten var under denna tid 90 procent.

Någon säker målnivå går inte att ange vad gäller hälsorelaterad livskvalitet, som är avhängig en rad faktorer utöver artrossjukdomen. Exempel på sådana faktorer är ålder, förekomst av andra sjukdomar och kön. Eftersom indikatorn avser vun-





nen hälsorelaterad livskvalitet justeras resultatet i viss mån för dessa andra faktorer. Riksmedelvärdet för EQ-5D indexvinst efter 1 år har konstant legat på 0,36–0,37, hela perioden från det att databasen innehöll 200 patienter, till dagens läge med mer än 70 000 patienter. Detta värde kan anses vara en rimlig målnivå. För låga värden kan indikera en indikationsglidning och för höga att patienten i vissa fall fått vänta för länge på operation.

Variationen mellan landstingen är liksom tidigare stor. Landsting med låg vinst bör analysera om indikationsglidning uppstått som ett resultat av ökad fokus på att öka operationsvolymerna. Opereras jämförelsevis "friskare" patienter blir vinsten av operationen lägre. Låg hälsovinst ger med stor sannolikhet en låg kostnadseffektivitet vid en hälsoekonomisk analys. Den hälsorelaterade livskvaliteten före operationen är lägre för kvinnor, men vinsten efter 1 år är något högre än mäns.

63 Patienttilfredsställelse efter total höftledsoperation

I Svenska Höftprotesregistrets rutin med patientrapporterat utfall ingår en fråga om patienttilfredsställelse, vid uppföljningarna 1, 6 och 10 år efter operationen. Frågan kan betraktas som en sjukdomsspecifik utfallsfråga då patienten på en skala, VAS, skall ange hur nöjda de är med operationsresultatet ett år efter operation. Det är således en PROM-fråga, som inte skall förväxlas med frågan om patienten var nöjda med bemötandet. Svarefrekvensen är drygt 90 procent och alla sjukhus rap-

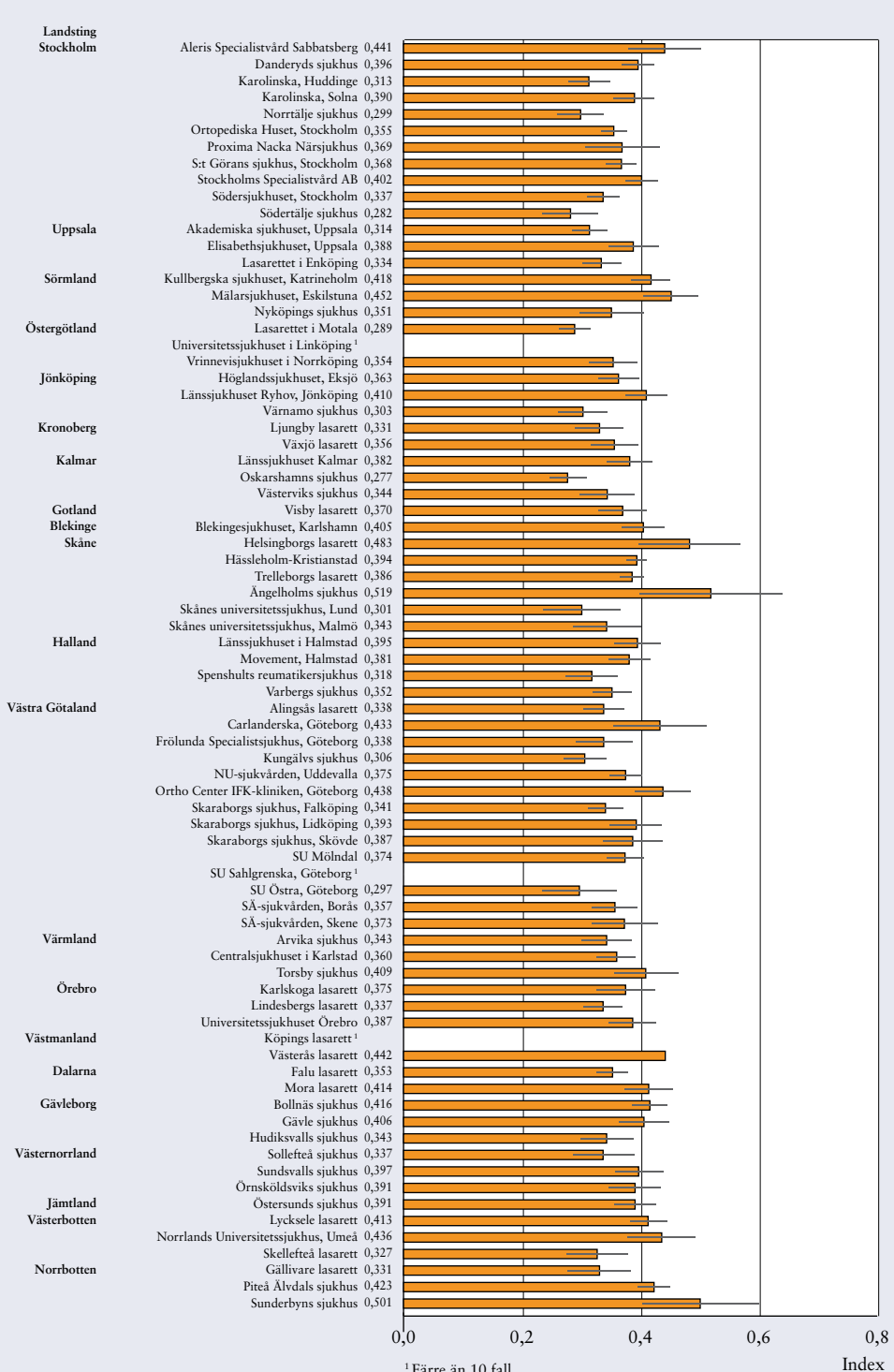
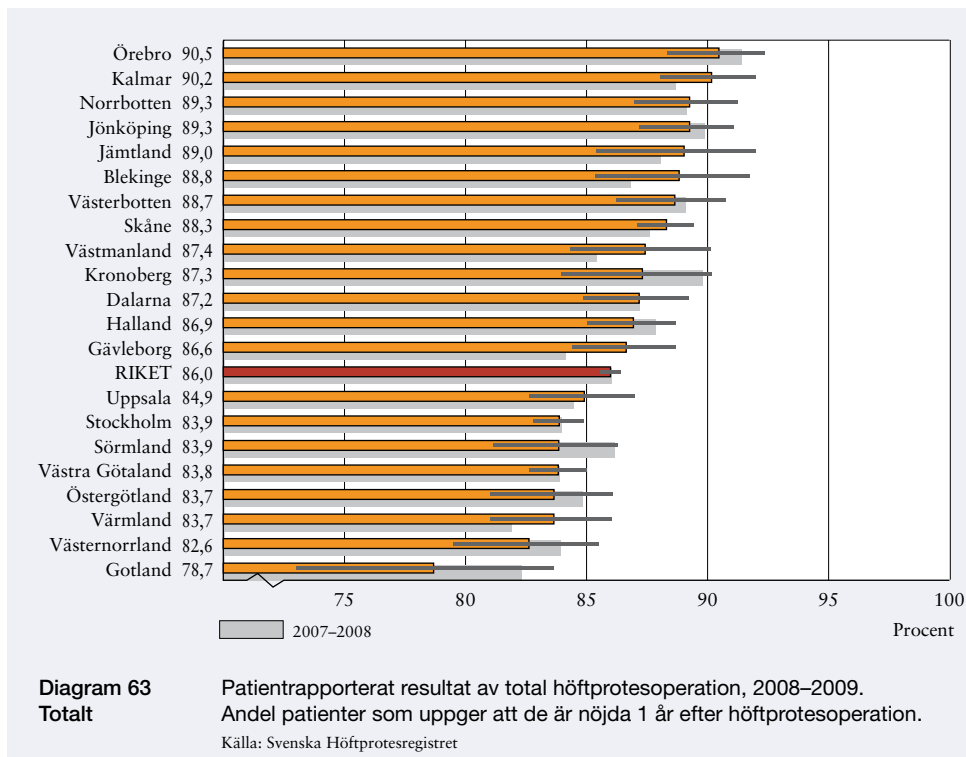


Diagram 62
Sjukhus

Patientrapporterat resultat av total höftprotesoperation, 2008–2009.
Förbättring enligt EQ-5D-index vid uppföljning efter 1 år.

Källa: Svenska Höftprotesregistret



porterar. Resultatet för patienttillfredsställelse behöver inte samvariera med indexvärdet av EQ-5D (se tidigare indikator). En låg EQ-5D indexvinst kan vara kopplad till en hög nöjdhetsgrad och vice versa, då den också beror på vilket EQ-5D index patienten rapporterat före operationen.

VAS går från 0 (nöjd) till 100 (missnöjd). Värden mellan 40 och 100 anses ange att patienten är osäker på eller missnöjd med resultatet. Indikatorn visar andelen patienter som angivit värden på 0 till 39. Med denna definition anger i riket 86 procent av alla patienter att de var nöjda med resultatet. Under det första året efter operationen är frekvensen för omoperation lägre än 1 procent. Män angav något högre nöjdhetsgrad än kvinnor, men skillnaden var liten, 87,4 respektive 85 procent. På enhetsnivå varierar andelen nöjda patienter mellan 73 till 94 procent.

Orsaken till att en komplikationsfri patient inte är nöjd ett år efter operationen är säkerligen multifaktoriell, där flera olika faktorer samspelar. Dessa kan till exempel vara tveksam indikation för kirurgi; andra sjukdomar (komorbiditet); socioekonomiska bakgrundsvariabler; födelseland och med detta sammanhängande språksvårigheter; bristande information om förväntat resultat och rehabiliteringslängd samt orealistiskt höga förväntningar på slutresultatet.

Höftprotesregistret kommer i sin fortsatta analys och kliniska forskning att fokusera på de patienter som anger att de är osäkra om eller missnöjda med resultatet av

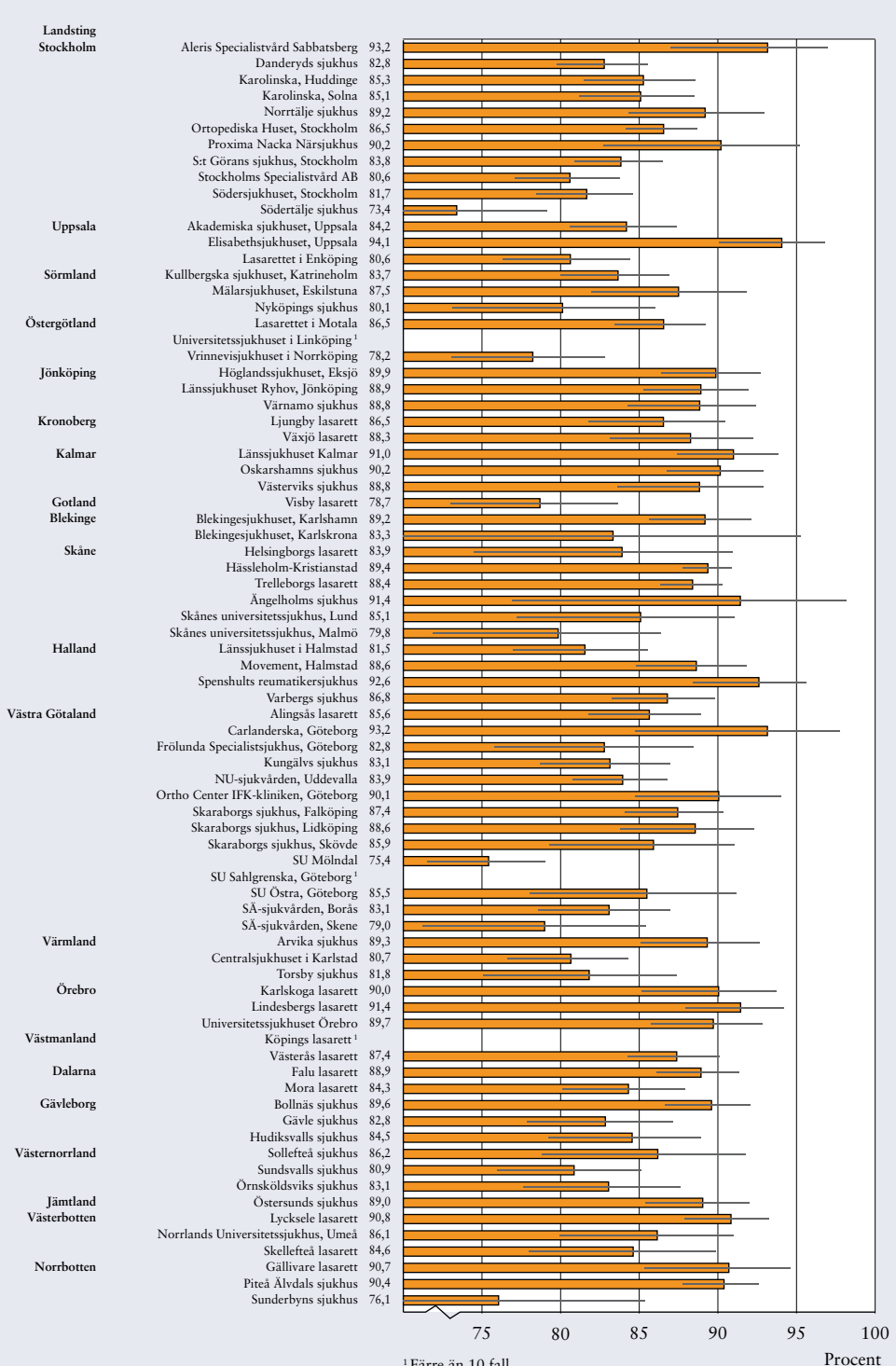
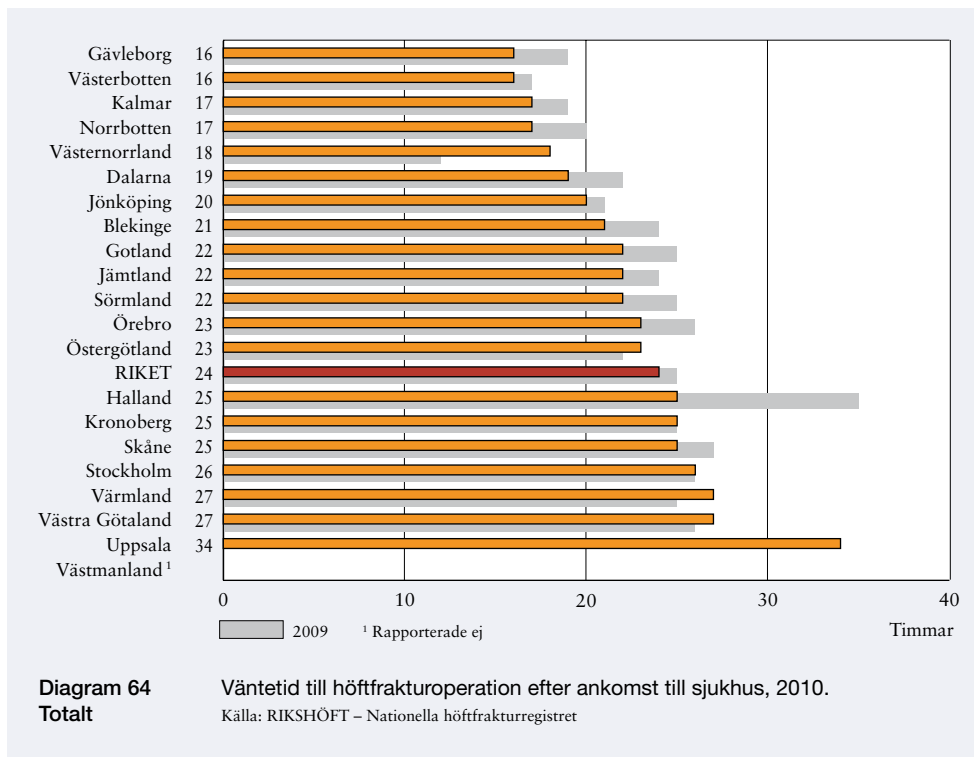


Diagram 63
Sjukhus

Patientrapporterat resultat av total höftprotosoperation, 2008–2009.
Andel patienter som uppger att de är nöjda 1 år efter höftprotosoperation.
Källa: Svenska Höftprotosregistret



operationen. Indikatorn visar sammanfattningsvis ett patientrapporterat resultat med stor förbättringspotential avseende vårdprocessen, framförallt utanför operationssalen, för denna stora patientgrupp.

64 Väntetid inför höftfrakturoperation

Årligen inträffar cirka 18 000 höftfrakturer i Sverige. Alla höftfrakturpatienter förs till akutsjukhus och opereras, även om valet av operationsmetod varierar. Själva frakturen är inte akut livshotande, vilket gör att det kan uppkomma väntetid inför operationen. Studier har visat att fördröjning av operation till efter 24 timmar leder till ökad dödlighet inom 4 månader från operation, även för i övrigt friska patienter. Dessutom ökar komplikationer såsom infektion, trycksår och förvirring. Väntan på operation är ansträngande såväl fysiskt som psykiskt för patienten och vårdtiden förlängs.

Väntetiden till operation är därför en viktig processindikator, som är beroende av resursinsats och attityd. Tid mellan ankomst till sjukhus och start för operation är också ett internationellt vanligt förekommande kvalitetsmått. Källan till indikatorn är kvalitetsregistret RIKSHÖFT, som samlar data om höftfrakturvården.

Patienter 50 år och äldre med icke patologisk fraktur ingår i jämförelsen. Hos yngre patienter är höftfraktur ovanlig och uppkomstmekanismen annorlunda. Beroende

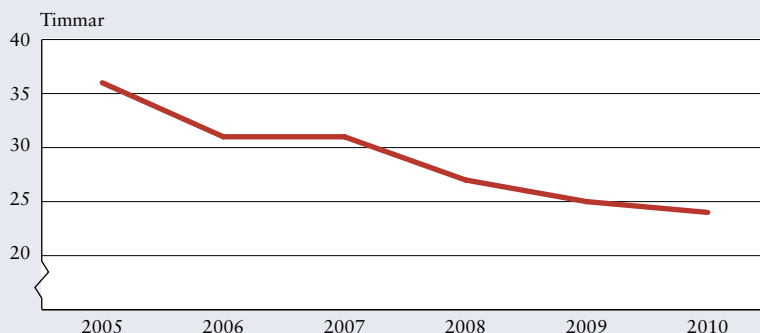


Diagram 64
Riket

Väntetid till höftfrakturoperation efter ankomst till sjukhus.

Källa: RIKSHÖFT – Nationella höftfrakturregistret

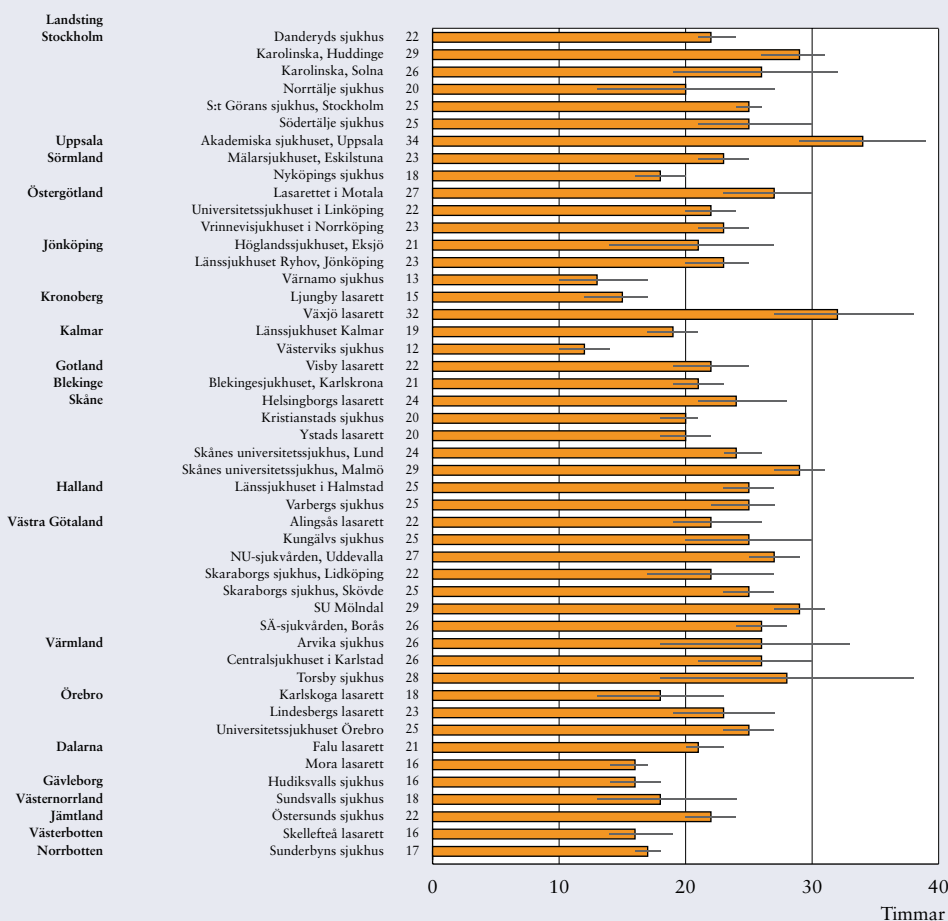


Diagram 64
Sjukhus

Väntetid till höftfrakturoperation efter ankomst till sjukhus, 2010.

Källa: RIKSHÖFT – Nationella höftfrakturregistret

på omorganisationen inom svensk ortopedi, med uppdelning i elektiv och akut verksamhet, opereras i dagsläget patienter med höftfraktur på 54 sjukhus. Underlaget till jämförelsen i diagram 64 utgörs av 14 147 höftfrakturpatienter, varav närmare 10 000 var kvinnor. Källan är RIKSHÖFT, som 2010 innehöll 79 procent av alla fall av höftfraktur. Se vidare bilaga 2 Täckningsgradsjämförelser.

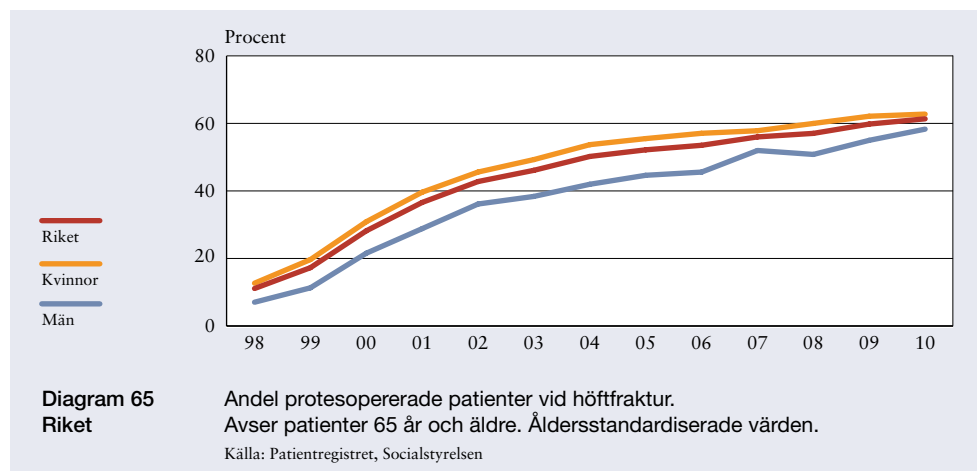
Medelväntetiden i riket var 24 timmar 2010, med en spridning mellan landstingen från 16 till 34 timmar. I flertalet landsting har väntetiden minskat jämfört med 2009. Socialstyrelsens riktlinjer från 2003 anger som sin rekommendation att operation bör utföras så tidigt som möjligt under ankomstdagen, helst inom 24 timmar. Flera landsting ligger klart över 24 timmars medelväntetid, vilket kan resultera i förlängda vårdtider och en förhöjd komplikationsfrekvens hos denna sköra patientgrupp.

Behandlingsmodellen vid felställda lårbenshalsbrott har radikalt förändrats i Sverige under de senaste tio åren. Allt fler patienter opereras med höftprotes för sitt felställda lårbenshalsbrott, vilket har medfört en ökad belastning på ortopediska operationsavdelningar. Sannolikt bidrar detta till längre väntetider. Här finns en stor förbättringspotential och de flesta landsting bör se över sina rutiner.

65 Protosoperation vid höftfraktur

Tidigare har cervikala höftfrakturer, brott på lårbenshalsen och där benet vridits ur läge, vanligen behandlats genom spikning, så kallad osteosyntes. Detta är en snabb operation som är lätt att utföra, men som har en hög frekvens av komplikationer i form av att frakturen glider, inte läker eller att ledhuvudet försvinner på grund av en kärlskada vid frakturtilfället.

Olika studier har visat att insättning av höftprotes vid höftfraktur ger ett betydligt bättre resultat, med mindre än 10 procent misslyckade fall, jämfört med 40–50 procent efter osteosyntes. Protosoperation ger bättre resultat även för dementa patienter, som är en särskilt sköra grupp bland höftfrakturpatienterna.



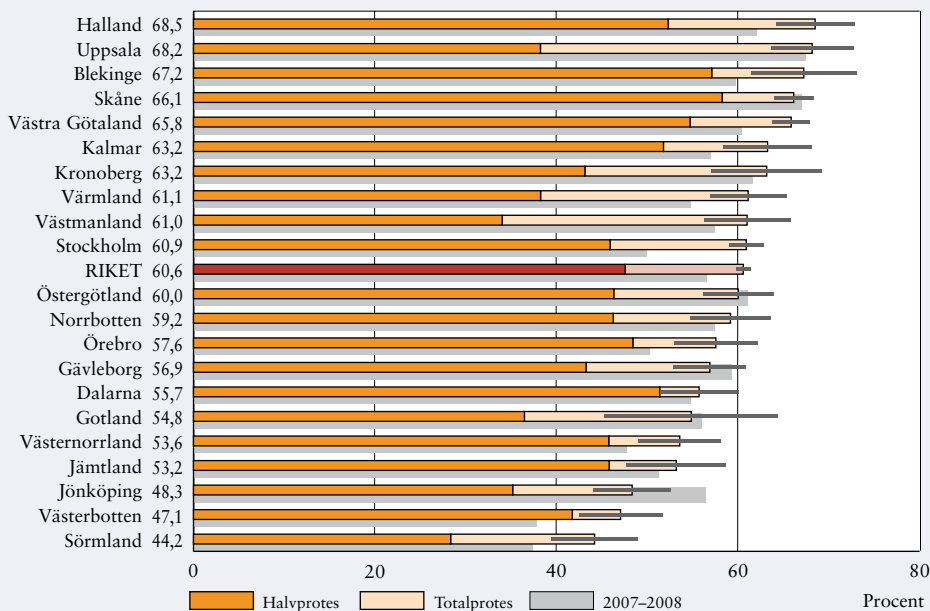


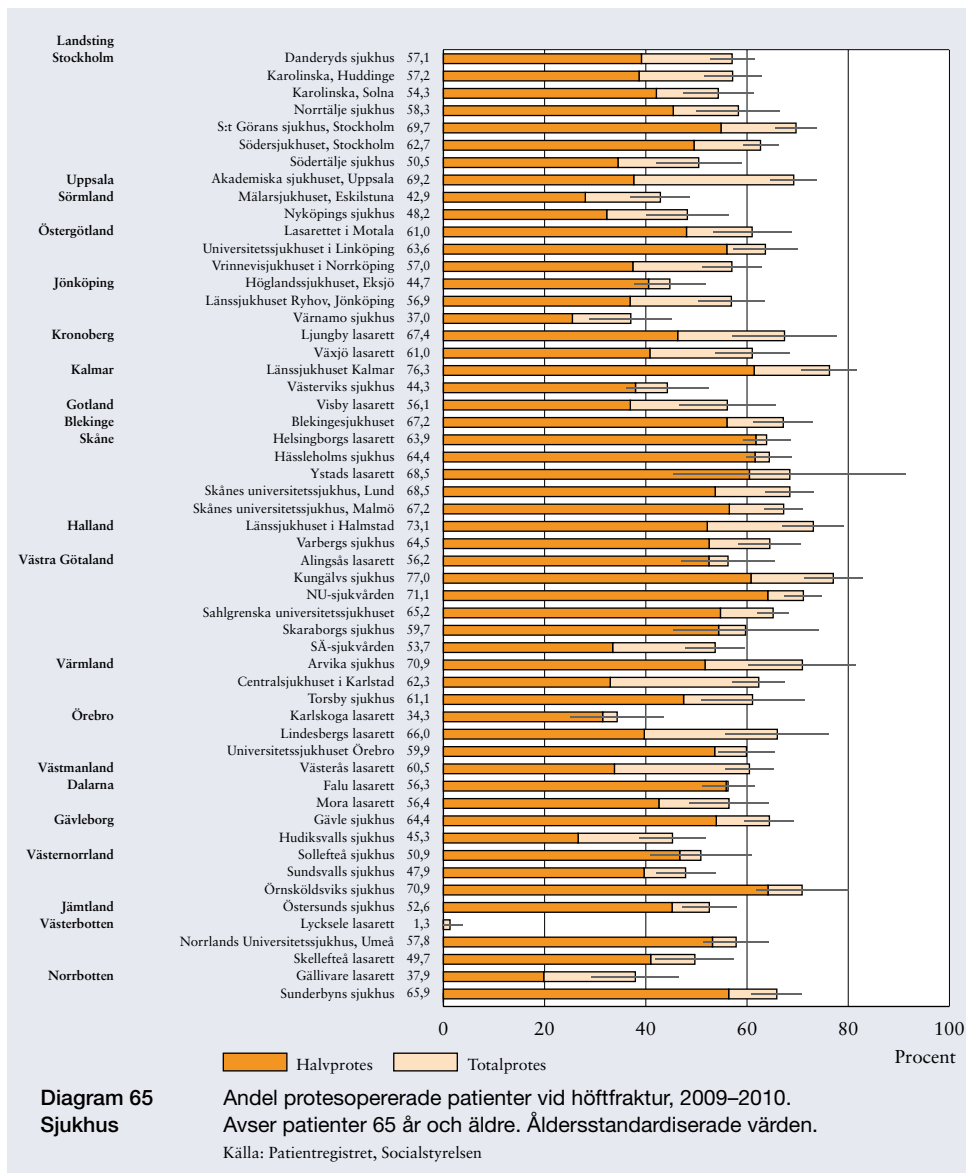
Diagram 65 Andel protesopererade patienter vid höftfraktur, 2009–2010. **Totalt** Avser patienter 65 år och äldre. Åldersstandardiserade värden. Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Dessa rön har lett till att behandlingsmodellen i Sverige har ändrats det senaste decenniet. 65–70 procent av patienterna med cervikal höftfraktur bör opereras med höftprotes. Vanligen används då så kallade halvproteser, där patientens ledskål inte byts ut. Cirka 30–35 procent av dessa frakturer skall dock fortsatt opereras med osteosyntes, då de inte är felställda eller inträffar hos yngre individer. För yngre patienter kan fördelar med osteosyntes föreligga. Vidare kan akut livshotande sjukdom göra att den mera begränsade osteosyntesoperationen bör väljas.

Diagram 65 visar andelen patienter 65 år och äldre med cervikal höftfraktur som protesopererades under 2009–2010. Källan är Patientregistret med 14 100 patienter som underlag för denna jämförelse. Åldersstandardisering har gjorts och enbart förstagångsfall ingår. Redovisningen per landsting baseras på patientens hemort, inte på klinikens lokalisering.

Andelen protesopererade har ökat påtagligt sedan 1998, från 11 till 61 procent, i riket som helhet. År 2010 var medelvärdet för riket 63 procent för kvinnor och 58 procent för män. Fem landsting når över nivån 65 procent. Trots ökningen finns det således möjligheter till ytterligare förbättringar.

Att protesoperera 65–70 procent av alla patienter med cervikala höftfrakturer ställer stora krav på klinikerna, med omorganisation av jourarbete och krav på ökad kirurgisk kompetens. En ytterligare anledning till att man i vissa landsting/kliniker inte



fullt ut tillämpar den nya behandlingsmodellen kan vara att man uppfattar att kostnaderna är för höga. Protesoperation medför förlängda operationstider och ökade proteskostnader, men denna fördyring av det första operationstillfället kompenseras av den betydligt lägre frekvensen av omoperationer. Primär höftprotes leder också till mindre smärta, lättare rehabilitering och bättre hälsorelaterad livskvalitet för patienten. Vid hälsoekonomiska analyser med beaktande av dessa variabler har man funnit att den nya behandlingsmodellen ger en markant förbättrad kostnads-effektivitet.

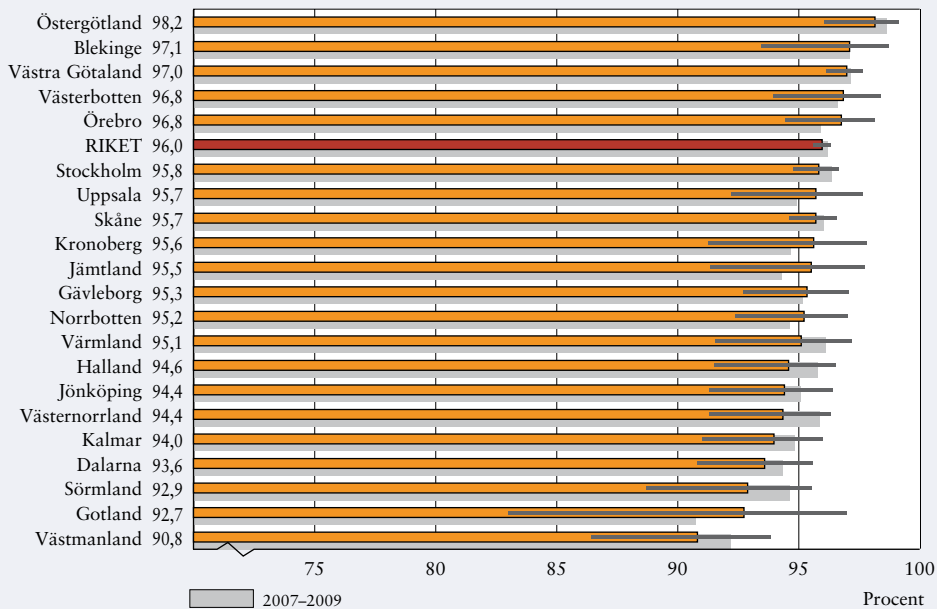


Diagram 66
Totalt

Andel patienter med halvprotes som inte omopereras inom 1 år efter höftprotesoperation, 2008-2010. Avser vanligen höftfrakturpatienter.

Källa: Svenska Höftprotesregistret

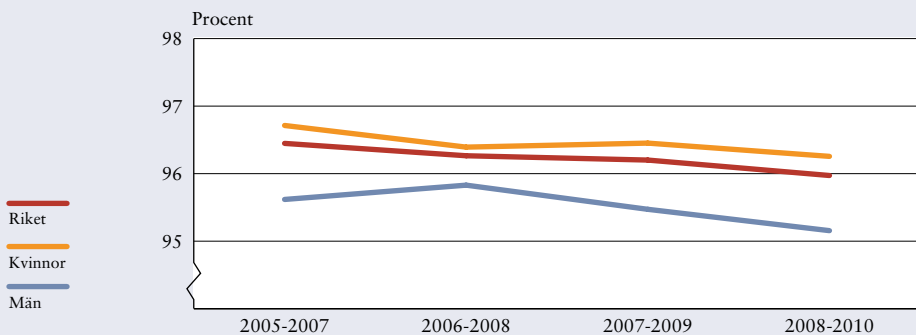


Diagram 66
Riket

Andel patienter med halvprotes som inte omopereras inom 1 år efter höftprotesoperation. Avser vanligen höftfrakturpatienter.

Källa: Svenska Höftprotesregistret

66 Implantatöverlevnad vid halvprotesoperation

För cirka 10 år sedan utfördes årligen i Sverige cirka 300 halvprotesoperationer. Eftersom en växande andel av höftfrakturpatienterna nu protesopereras, framförallt med halvproteser, har antalet ökat till drygt 4 500 halvproteser per år.

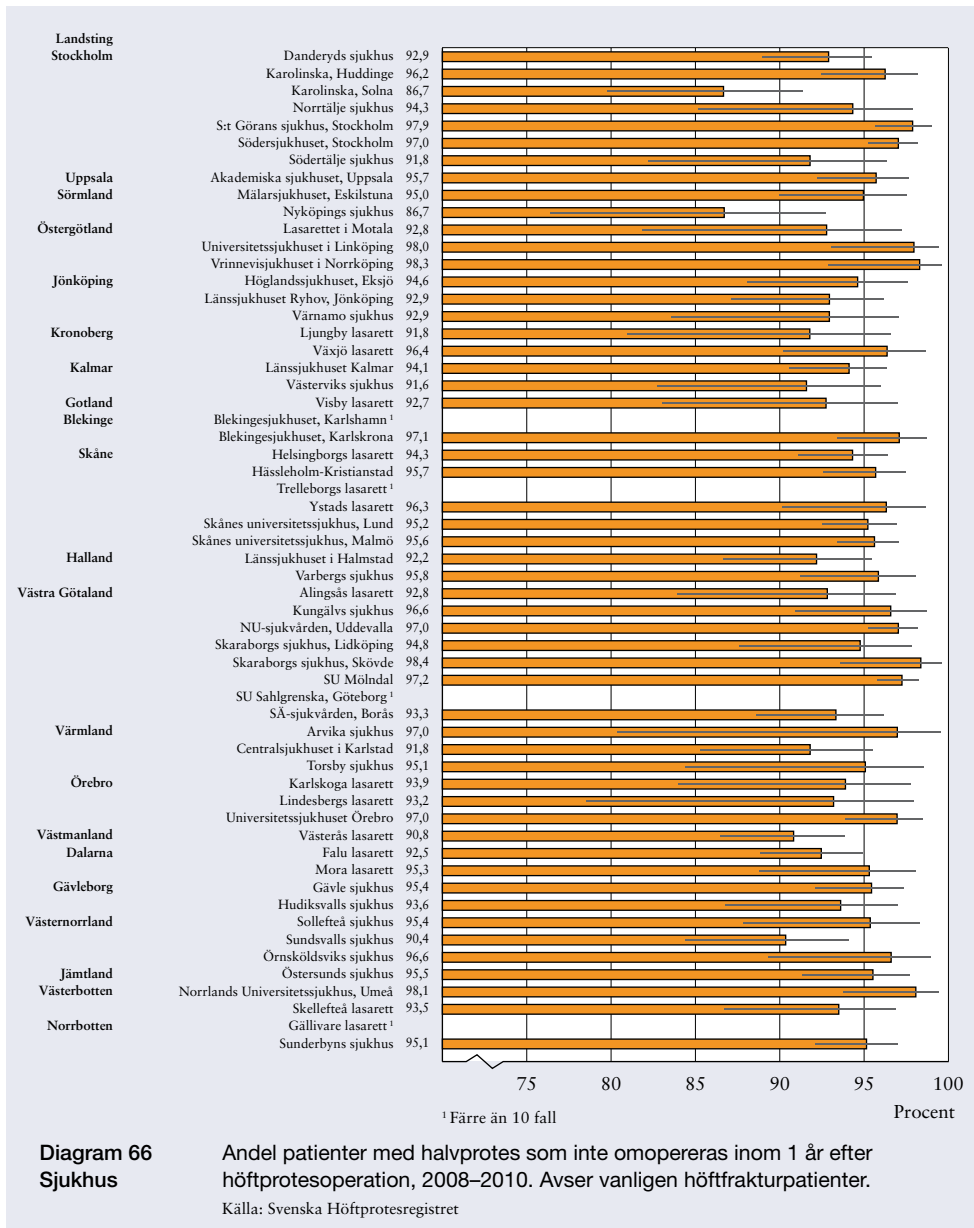


Diagram 66
Sjukhus

Andel patienter med halvprotos som inte omopereras inom 1 år efter höftprotosoperation, 2008–2010. Avser vanligen höftfrakturpatienter.

Källa: Svenska Höftprotosregistret

Svenska Höftprotosregistret har därför inkluderat halvprotosoperationer i sina databaser. Täckningsgrad på individnivå för denna behandling var 96 procent under 2010. Patientgruppen som opereras med halvprotos är vitt skild från totalprotosgruppen, med en medelålder på 85 år (för totalprotos är medelåldern 68 år), avsevärt större sjuklighet och högre 1-års mortalitet.

Implantatöverlevnad enligt Kaplan-Meierstatistik beräknas för denna patientgrupp redan efter ett år, på grund av att den är en högriskgrupp vad gäller komplikationer

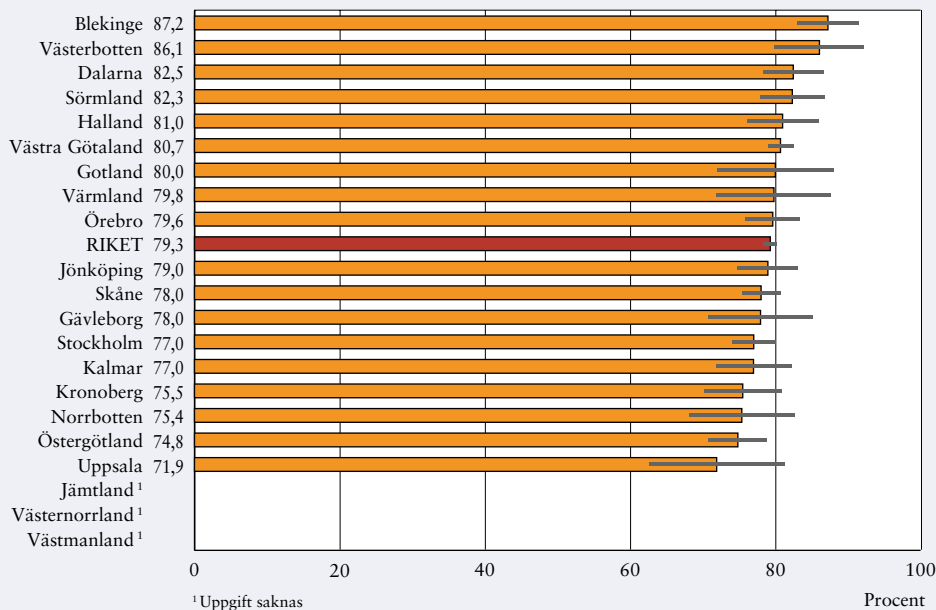


Diagram 67
Totalt

Andel patienter som är åter till ursprungligt boende 4 månader efter operation för höftfraktur, 2010. Avser patienter 50 år och äldre.

Källa: RIKSHÖFT – Nationella höftfrakturregistret

och att så många som en tredjedel av patienterna avlider inom ett år. Denna indikator speglar i högre grad patientens omhändertagande i hela vårdprocessen, jämfört med vad som gäller för de artrospatienter som opereras med totalprotes.

På riksnivå var protesöverlevnaden 96 procent med en spridning mellan landsting från 91 till 98 procent. Liksom vid totalprotesoperation har kvinnorna ett något bättre resultat än männen, med 96,3 respektive 95,2 procents protesöverlevnad. Variationen är större på enhetsnivå, från 87 till 98 procent.

67 Åter till ursprungligt boende efter höftfraktur

Andel patienter som är tillbaka i sitt ursprungliga boende fyra månader efter höftfraktur är en resultatindikator som speglar samtliga delar av behandlingskedjan: det akuta akutomhändertagandet med operation, gångmobilisering på vårdavdelningen och den fortsatta rehabiliteringen. Att kunna återvända till sin tidigare boendeform tyder vanligtvis på att patienten återfått funktion nära den funktionsförmåga som fanns före höftfrakturen.

Indikatorn visar andelen patienter som fyra månader efter höftfraktur är åter i det ursprungliga boendet. Jämförelsen baseras på drygt 7 000 fall av höftfraktur år 2010, för vilka det fanns uppgift om boende vid fyra-månadersuppföljning, av totalt 14 000 fall i RIKSHÖFT detta år. Patienter som avled på sjukhus eller inom fyra må-

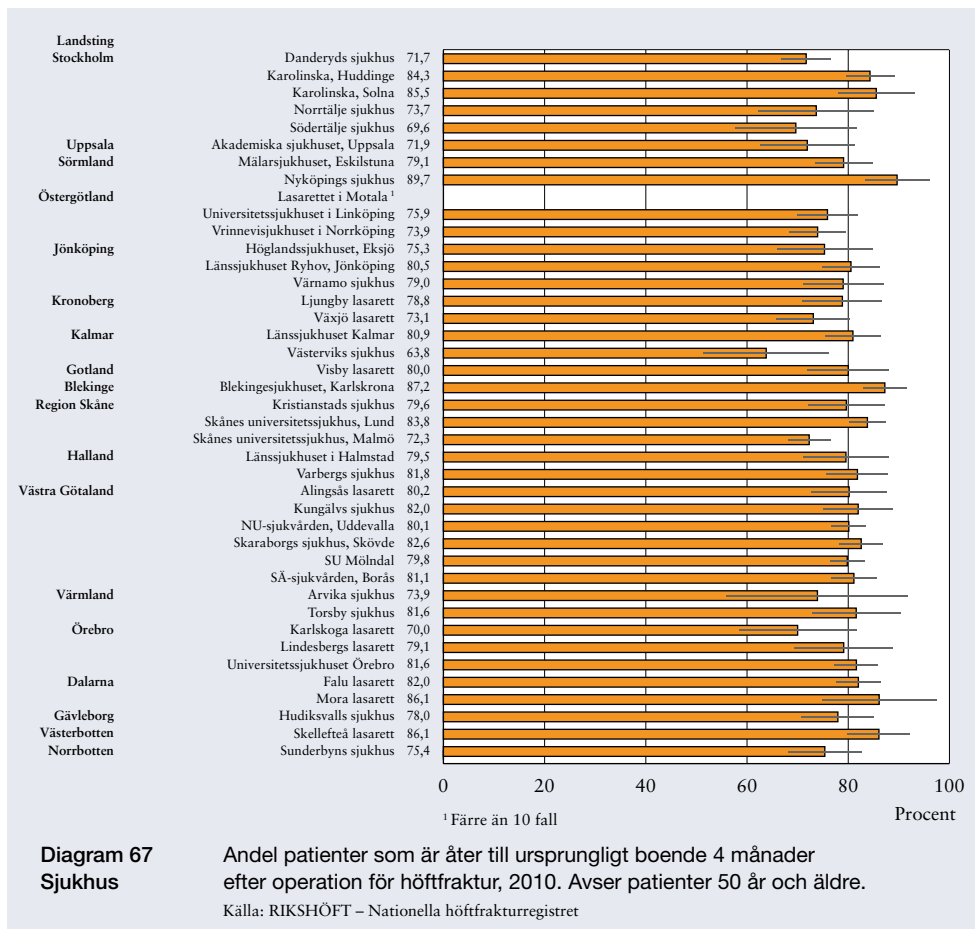


Diagram 67 Andel patienter som är åter till ursprungligt boende 4 månader efter operation för höftfraktur, 2010. Avser patienter 50 år och äldre.
Källa: RIKSHÖFT – Nationella höftfrakturregistret

nadersperioden är exkluderade. Varierande rehabiliteringsresurser och organisation för denna kan påverka boendeformen vid utskrivning från sjukhus, men efter fyra månader har vanligtvis rehabiliteringsresultatet stabiliserats.

I riket var 79 procent av patienterna åter till ursprungligt boende efter fyra månader, med en variation mellan landstingen från 72 till 87 procent. Utöver insatser i den akuta vårdfasen och den efterföljande rehabiliteringen kan resultatet även vara påverkat av kommunala beslut om erbjudande om äldreboende respektive hemtjänst i den egna bostaden.

68 Läkemedel mot benskörhet efter fraktur

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 låg-energitrauma, som 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.

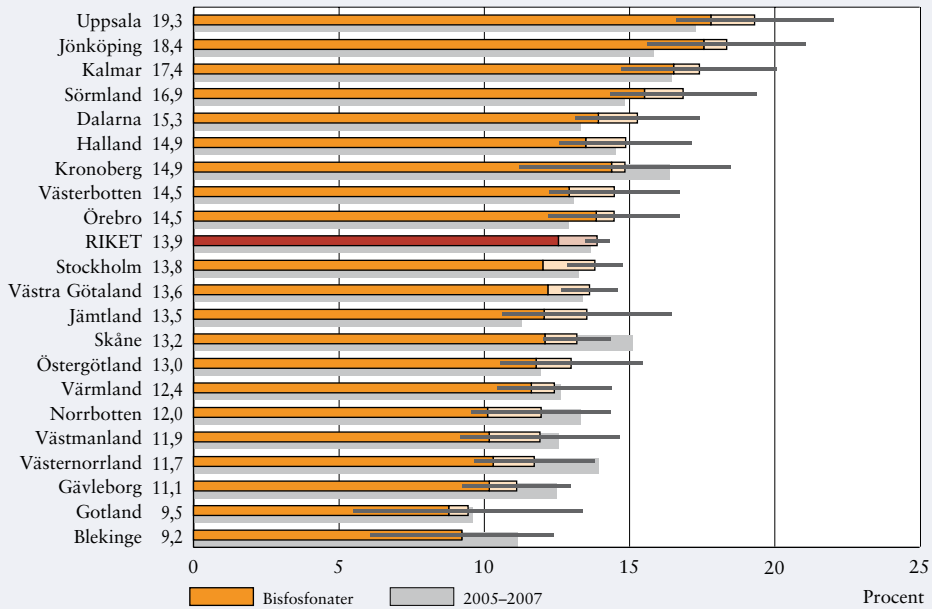


Diagram 68
Kvinnor

Andel kvinnor med benskörhetsfraktur som hade läkemedelsbehandling efter 6-12 månader, 2008-2010. Avser kvinnor 50 år och äldre.

Källa: Läkemedelsregistret och Patientregistret, Socialstyrelsen

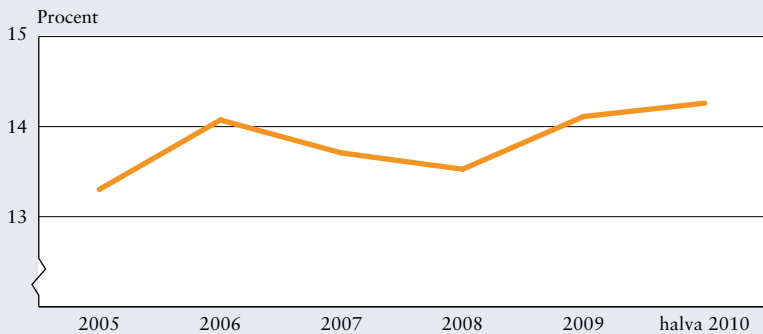


Diagram 68
Riket

Andel kvinnor med benskörhetsfraktur som hade läkemedelsbehandling efter 6-12 månader. Avser kvinnor 50 år och äldre.

Källa: Läkemedelsregistret och Patientregistret, Socialstyrelsen

Sjukdomen är ovanlig före 50 års ålder men förekomsten ökar kraftigt med åldern. Framförallt 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.

Behandling med läkemedel, som dämpar utvecklingen av benskörhet är aktuell för många i patientgruppen. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) och Läkemedelsverket har i flera genomgångar under senaste åren konstaterat att läkemedelsbehandling av äldre med osteoporos och frakturer är väl dokumenterad och att behandlingen minskar risken att få fler frakturer. Det är därför angeläget att studera om diagnosen osteoporos ställs och behandlas efter det att äldre kvinnor vårdats på grund av en fraktur.

Med Patientregistret och Läkemedelsregistret som källa studerades om frakturdrabbade kvinnor fick förebyggande läkemedelsbehandling i form av bisfosfonater eller hormonbehandling. Uppföljningen avsåg 26 400 kvinnor i åldrarna 50 år och äldre som slutenvårdats för ett urval av frakturer under perioden januari 2008 – juni 2010. Kvinnornas läkemedelsuttag 6 till 12 månader efter sjukhusvården studerades.

Diagram 68 visar att i riket som helhet fick knappt 14 procent av kvinnorna läkemedelsbehandling. Cirka 12,5 procent behandlades med bisfosfonater. Det är stora skillnader mellan landstingen. Andelen behandlade varierar mellan 9 och 19 procent, vilket antyder att landsting och vårdgivare i olika grad och olika snabbt tagit till sig budskapen i riktlinjer och tillämpar dem. Läkemedelsregistret innehåller inte de läkemedel som ges vid sjukhus, så kallade rekvisitionsläkemedel. Skillnader i huruvida landstingen väljer att förskriva eller rekvirera bisfosfonater som zoledronsyra påverkar därför resultatet, dock inte i någon större omfattning.

Andelen patienter som hormonbehandlas, knappt 10 procent, är liten jämfört med andelen bisfosfonatbehandlade, vilket är förenligt med behandlingsrekommendationerna från Läkemedelsverket. Hormonbehandling bör reserveras till postmenopausala kvinnor med hög risk för framtida fraktur, och som inte tål eller har kontraindikationer mot andra läkemedel godkända för att förebygga osteoporos.

Ur Läkemedelsregistret går inte att utläsa på vilken indikation olika preparat sätts in. Det är sannolikt att en del av de hormonbehandlade kvinnorna inte behandlas för att minska risken för nya frakturer, utan för behandling av klimakteriebesvär. Detta förstärker bilden av en generell underbehandling med osteoporosförebyggande medel.

Socialstyrelsen arbetar för närvarande med riktlinjer för vård och behandling av rörelseorganens sjukdomar, till vilka osteoporos hör. Det finns i nuläget inga målnivåer eller rekommendationer, men de flesta vetenskapliga studier i sammanhanget anger att 60–70 procent av dessa patienter bör ha någon form av osteoporosförebyggande behandling. För denna indikator finns således en stor förbättringspotential för hela riket.

69 Patientrapporterad förbättring efter operation för spinal stenosis

Spinal stenosis är den vanligaste orsaken till ländryggsoperation i Sverige och frekvensen har ökat under de senaste 10 åren. Mellan 3 000 och 3 500 operationer för

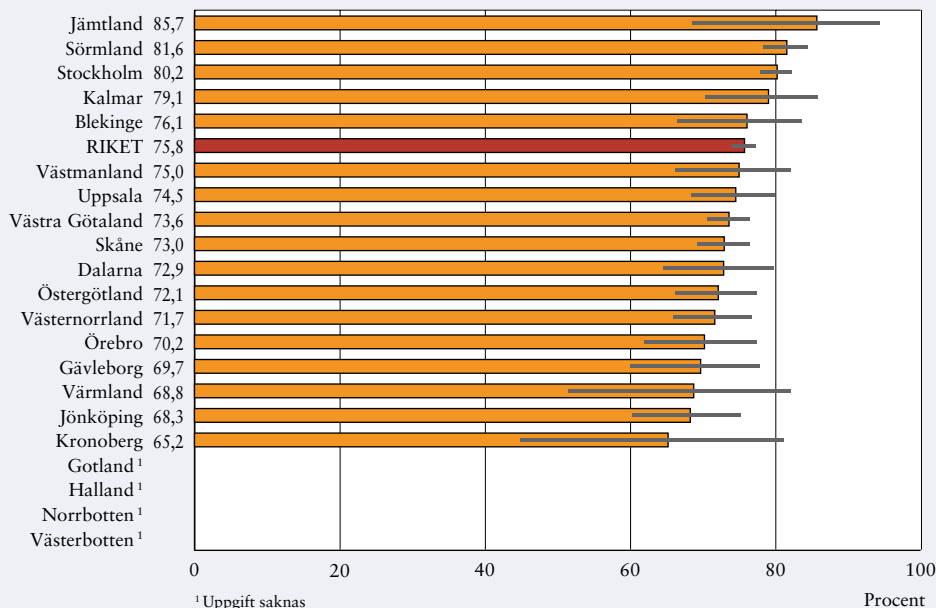


Diagram 69
Totalt

Andel patienter som anger att bensmärta är helt förvunnen eller mycket bättre 1 år efter operation för spinal stenos i ländryggen, 2008–2009. Mätperioden avser operationsår.

Källa: SWESPINE – Svenska Ryggregistret

spinal stenos utförs årligen. Sjukdomen drabbar huvudsakligen äldre människor, med en genomsnittsalder på 70 år. Den yttrar sig vanligen i smärtor och svaghet i benen, som gör att patienterna har svårt att gå längre sträckor. Symtomen orsakas av nervinklämning, det vill säga ett tryck på nerver till benen.

I första hand föreslås patienten att avvakta för att se om symtomen lindras spontant. Sjukdomen genomgår sällan dramatiska förändringar, men kan däremot ge långsamt ökande symtom över tid. Efter undersökning med magnetkamera (MR) kan ställning tas till kirurgisk behandling om symtomen och funktionsinskränkningen är uttalade.

Operationen syftar till att eliminera trycket på nerver till benen och därmed minska bensmärta samt förbättra funktion, särskilt gångförmåga. Patienter som opereras för spinal stenos i Sverige har vanligen haft besvär länge, i genomsnitt närmare tre år. Som en följd av patienternas ålder är inte sjukskrivningskostnaderna besvärande, däremot kan funktionsinskränkningen inte sällan vara uttalad vilket kan innebära kostnadskrävande hjälpinsatser av anhöriga och samhället. Operation sker i slutenvård med en medianvårdtid på 5 dygn.

De åldersförändringar i ryggen som är grundorsaken till sjukdomen påverkas inte av operationen. Att mäta bensmärta och gångfunktion/gångsträcka ett år efter operation jämfört med tillståndet före operationen, är de bästa indikatorerna på i vilken

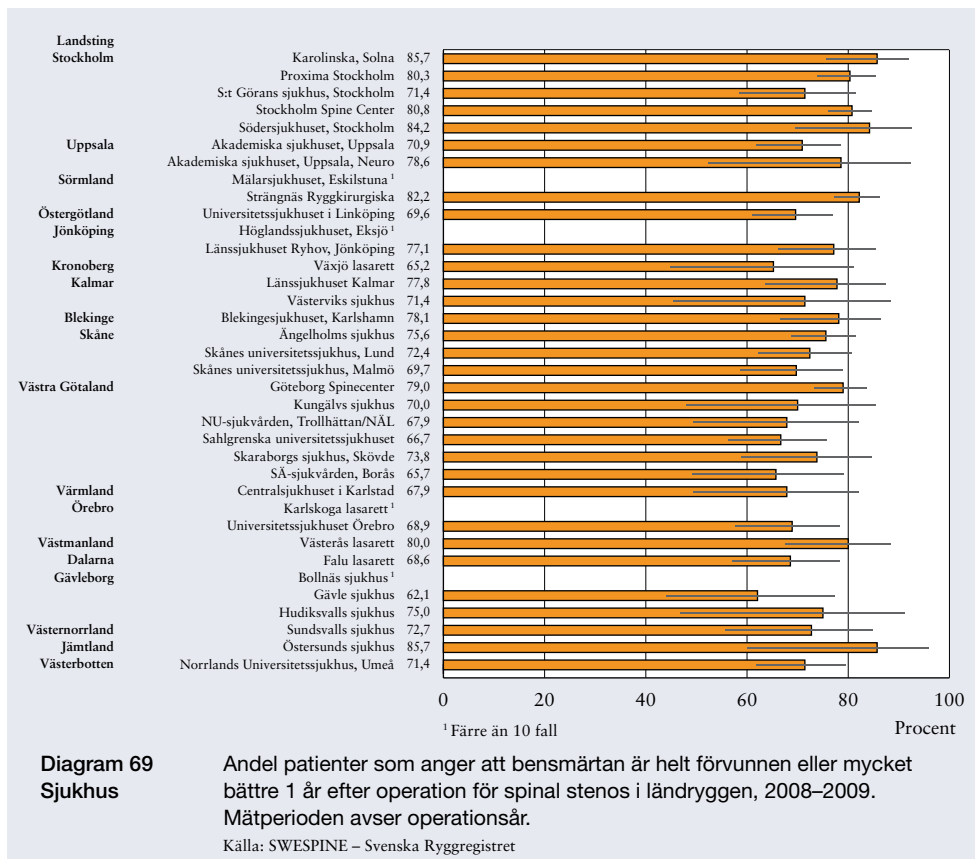


Diagram 69
Sjukhus

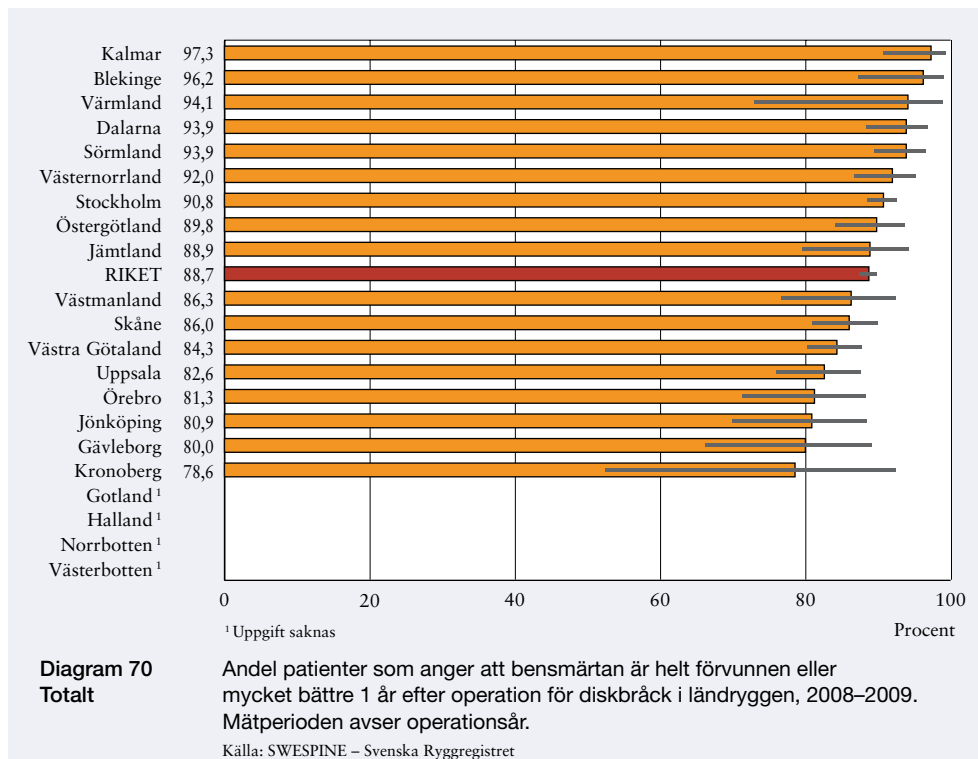
Andel patienter som anger att bensmärta är helt försvunnen eller mycket bättre 1 år efter operation för spinal stenos i ländryggen, 2008–2009. Mätperioden avser operationsår.

Källa: SWESPINE – Svenska Ryggregistret

omfattning patienten blivit hjälpt. Här visas uppgifter om bensmärta förändring. Beträffande gångsträckerförändring och andra funktionsförändringar hänvisas till Swespines årsrapport (www.swespine.se).

Indikatorn visar andelen patienter som ett år efter operationen anger att bensmärta är helt försvunnen eller mycket bättre. Jämförelsen baseras på knappt 5 000 patienter som opererades 2008–2009 och som följdes upp till och med 2010. Källan är kvalitetsregistret Svenska Ryggregistret, Swespine, till vilket 37 av 40 kliniker rapporterar. En validering mot Patientregistret och även specifikt mot respektive kliniks operationslistor tyder på att cirka 80 procent av alla operationer mot spinal stenos registreras i Swespine. Svarsfrekvensen vid ett-årsuppföljningen är även den ungefär 80 procent. Redovisningen på landsting baseras på klinikkens lokalisering, inte patientens hemort.

Andelen som anger att bensmärta är mycket bättre eller helt försvunnen är i riket knappt 76 procent, med en spridning mellan landstingen från 65 till 86 procent. Det finns inga skillnader mellan könen.



Innebörden är att tre fjärdedelar av patienterna på riksnivå är starkt förbättrade avseende benskärtan, medan det i den övriga gruppen både finns patienter som har oförändrad benskärta, och patienter vars benskärta förvärrats. Det är angeläget att bättre kunna förutse för vilka patienter som operationen sannolikt inte hjälper. I detta pågående analysarbete är data i Swespine ett stöd.

Det finns en viss skillnad i patientsammansättning, casemix, mellan olika kliniker. Patienter med komorbiditet (flersjuklighet) opereras vid sjukhus med intensivvårdsresurser, som har bättre resurser för postoperativt omhändertagande i händelse av komplikation. Detta innebär att dessa patienter således inte opereras vid de privata klinikerna. Detta kan påverka resultaten vid jämförelser.

70 Patientrapporterad förbättring efter operation för diskbräck

Diskbräck och spinal stenos är de vanligaste orsakerna till operationer som berör ryggen och drabbar med stor övervikt ländryggen. Mellan 2 500 och 3 000 ländryggsdiskbräckoperationer utförs årligen i Sverige. Diskbräckoperation görs huvudsakligen vid benskärta betingad av nervinklämning, som ger upphov till nervsmärta, ischias. Vid nervsmärta av ischiastyp som misstänks bero på diskbräck rekommenderas i första hand att patienten avvaktar 6–8 veckor, eftersom självläkning är vanlig. Om besvärande symtom därefter kvarstår görs undersökning med magnetkamera (MR) och eventuell kirurgisk behandling diskuteras.

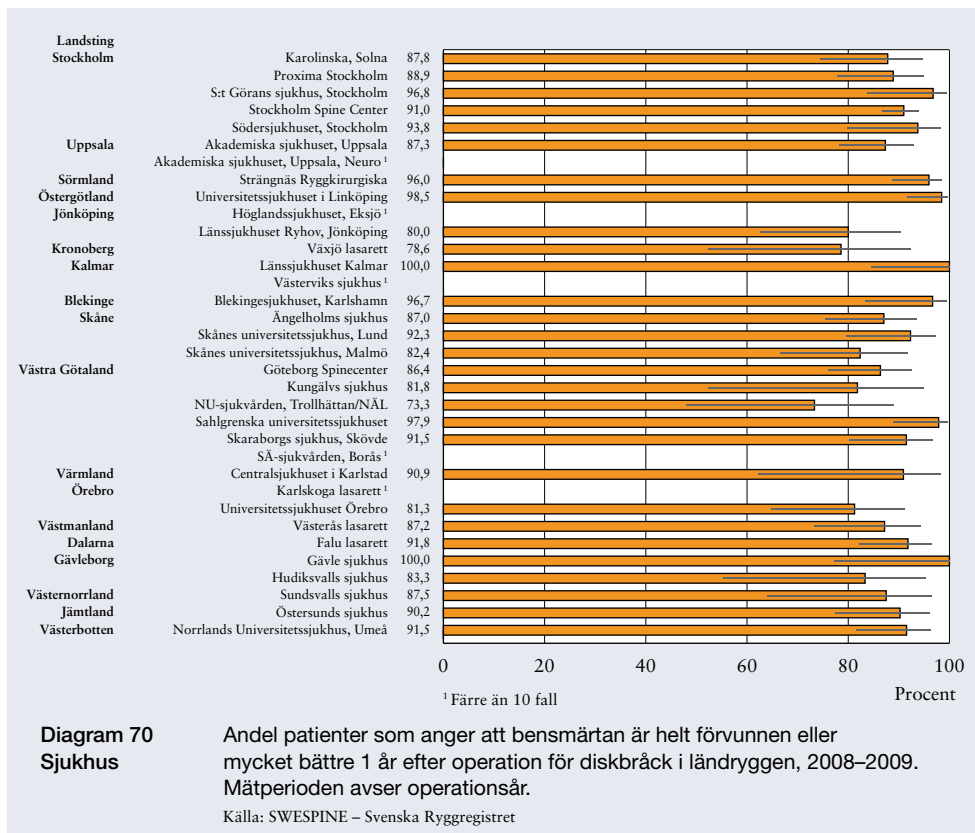


Diagram 70
Sjukhus

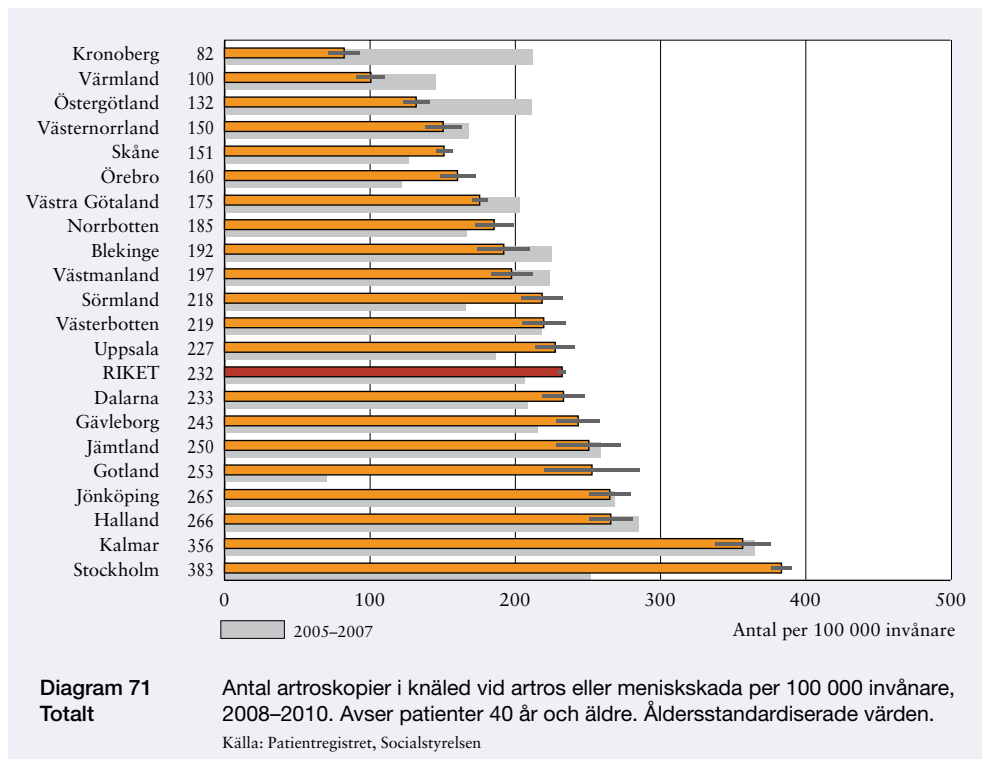
Andel patienter som anger att benskärtan är helt försvunnen eller mycket bättre 1 år efter operation för diskbräck i ländryggen, 2008–2009. Mätperioden avser operationsår.

Källa: SWESPINE – Svenska Ryggregistret

Den kirurgiska behandlingen syftar till att eliminera trycket på en eller flera nerver till benet och därmed minska benskärtan/ischias. Trots rekommendationen ovan är genomsnittlig besvärstid innan operation för diskbräck i Sverige närmare ett år. Kvinnor har jämfört med männen större smärta och funktionsinskränkning när de opereras. Diskbräckssjukdomen förorsakar sjukskrivning i stor omfattning. Operationen utförs oftast i slutenvård, med en vårdtid på sjukhus på normalt tre dygn, men utförs även som dagkirurgi på vissa privata kliniker. Liksom vid spinal stenosis utförs kirurgiskt ingrepp för att påverka benskärtan, medan åldersförändringarna i ryggen som är grundorsaken till diskbräck inte påverkas av kirurgi.

Indikatorn visar andelen patienter som ett år efter operation för diskbräck i ländryggen anger att benskärtan är helt försvunnen eller mycket bättre. Jämförelsen baseras på knappt 2 700 patienter som opererades 2008–2009 och som följdes upp till och med 2010.

I riket är andelen patienter som anger denna förbättring av benskärtan nästan 89 procent, med en spridning mellan landstingen från knappt 79 till 97 procent. Andelen är ungefär lika hög bland kvinnor som bland män.

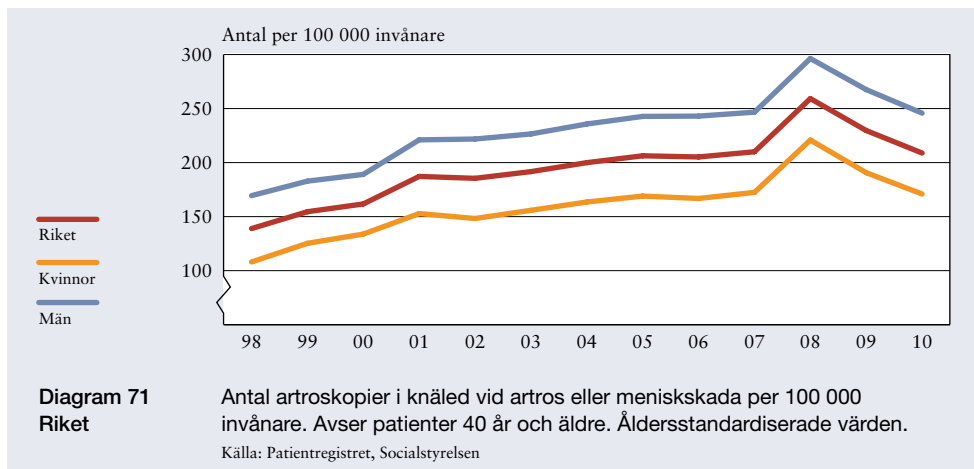


Resultaten påvisar en god effekt av diskbråcksoperation, men med en spridning som gör att det finns starka skäl att bättre kunna förutse för vilka patienter resultatet tenderar att vara dåligt och undvika kirurgi hos dessa patienter. Ingen justering har gjorts för skillnader i patientsammansättning mellan kliniker. Detta kan påverka resultatet. Det finns en tendens till sämre resultat hos kliniker med liten operationsvolym, vilket analyseras vidare inom kvalitetsregistret. I en internationell jämförelse är antalet opererade i befolkningen tämligen låg i Sverige.

71 Artroskopi i knäleden vid artros eller meniskskada

När artroskopi (titthålskirurgi) i knäleden introducerades under 70-talet var ingreppet i första hand en diagnostisk åtgärd, för att snabbt förändras till ett åtgärdsingrepp. Tekniken utvecklades så att man till exempel kunde operera bort skadade menisker via artroskopet. Såväl internationellt som nationellt pågår en kritisk diskussion om användning av artroskopi av knäleden vid smärttillstånd som beror på artros. Dessutom diskuteras om borttagande av skadad meniskvävnad kan förbättra patientens smärttillstånd, i åldersgruppen över 40 år. Båda tillstånden kan förekomma samtidigt, eftersom en åldersrelaterad meniskskada kan vara en del i artrossjukdomen.

Ett flertal studier har enstämmt visat att artroskopi vid artros saknar patientnytta. Åtgärden kan därför inte motiveras och bör inte utföras. När det gäller meniskskadans eventuella roll för smärtan för patienter i åldersgruppen över 40 år är bilden



inte helt entydig. I denna ålder är mekanisk låsning/hinder av knäledsrörligheten sannolikt den enda, men samtidigt ovanliga, indikationen för artroskopi på grund av meniskskada.

I diagram 71 visas antalet knäledsartroskopier per 100 000 invånare för perioden 2008–2010, med jämförelseperioden 2005–2007. Enbart patienter 40 år och äldre som fått diagnosen artros och/eller meniskskada ingår i jämförelsen. Uppgifterna om antalet operationer är åldersstandardiserade, avser både öppenvård och slutenvård och har Patientregistret (PAR) som källa. Redovisningen baseras på patienternas hemortslandsting, oavsett var operationen utfördes.

2010 rapporterades totalt 23 988 artroskopier till PAR, vilket är en minskning med 1 859 jämfört med 2009. Av dessa avsåg 9 300 patientgruppen ovan, vilket är en minskning med 1 800 jämfört med året innan.

Som framgår av diagrammet är det stor spridning mellan landstingen, liksom ojämna fördelning mellan könen. Riksmedelvärdet för kvinnor var 192 per 100 000 invånare och för män 267, alltså oförändrad jämfört med tidigare perioden. Antalet artroskopier för den aktuella patientgruppen ökade till och med 2008, men har därefter minskat. Cirka 40 procent av artroskopierna gjordes med diagnosen artros, vilket är en nedgång med cirka 10 procent jämfört med föregående år. Det görs varje år drygt 50 000 undersökningar av knä med magnetkamera. Det är inte osannolikt att dessa har medfört en överdiagnostik av meniskskador, som kan ha bidragit till att öka antalet artroskopier under den senaste 10-årsperioden.

Med litteraturen som bakgrund visar analysen att 2010 gjordes cirka 7 100 av 9 300 artroskopier med tveksam indikation på denna patientgrupp. 2 200 av dessa avser patienter med diagnosen artros, för vilka ingreppet inte bör utföras enligt kommande riktlinjer.

Underrapportering till PAR, framförallt avseende privata vårdgivare och behandlingar som görs i öppen vård, är en källa till osäkerhet. Rapporteringen från privata vårdgivare har stora brister, eftersom några kliniker med stor operationsvolym inte rapporterar alls. Antalet rapporterade operationer utförda av privata vårdgivare minskade med fyra procent under 2010. Utvecklingen i riket för de senaste åren är svårtolkad. Nedgången 2010 kan bero på att operationsantalet faktiskt minskat, men den kan även vara en följd av försämrade rapportering. Antalet artroskopier i landsting med stor privat artroskopiverksamhet kan ha underskattats, vilket skulle påverka jämförelsen mellan landsting. Underrapportering från landstingsägda kliniker kan förekomma främst i öppenvård och får samma effekt.

72 Utbytesoperation efter korsbandsoperation

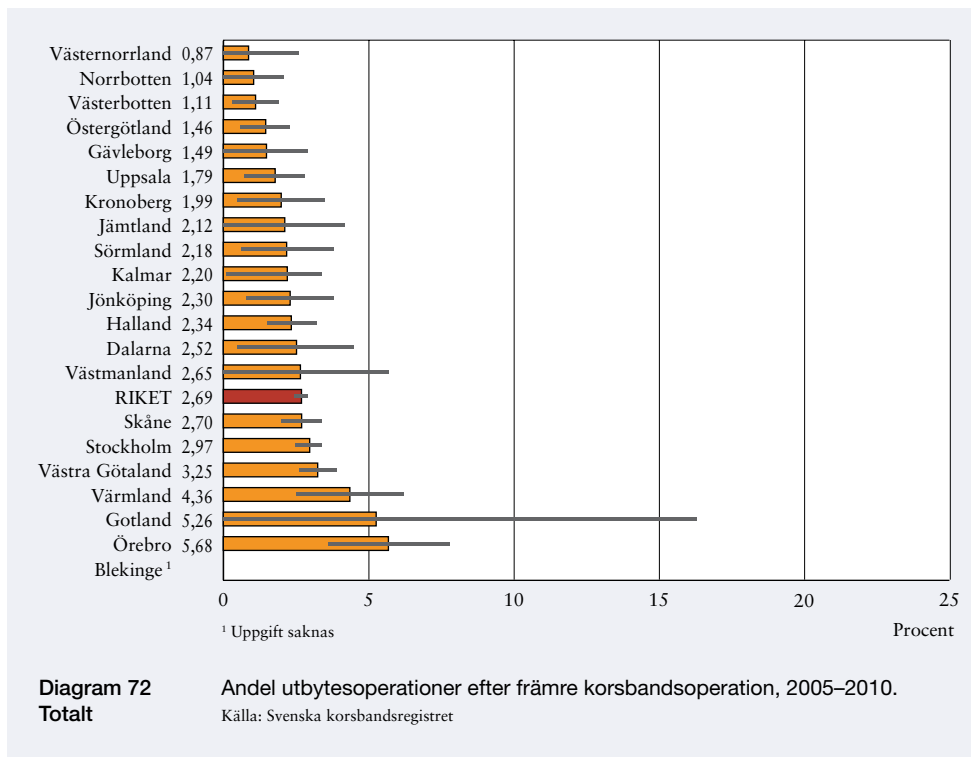
Främre korsbandsskada är en allvarlig knäskada, som ofta bidrar till att unga människor inte kan fortsätta med tungt arbete eller motionsidrott om adekvat behandling uteblir. Förekomsten av främre korsbandsskada är okänd. Färska svenska studier tyder på en något högre förekomst än tidigare bedömningar, runt 80 fall per 10 000 invånare och år, således cirka 7 200 individer. Man räknar dock med att knappt hälften av alla korsbandsskador av olika anledningar aldrig opereras.

Oavsett primär behandling har undersökningar visat att omkring 50 procent av patienterna uppvisar radiologiska tecken på knäledsartros inom 10–15 år efter den initiala skadan. Senare tids studier visar att ungefär 20 procent av de opererade patienterna måste opereras igen inom några år på grund av komplikationer, framför allt menisk- och/eller broskskada, rörelseinskränkning eller svikt av det rekonstruerade korsbandet. Resultaten efter utbytesoperation är sannolikt sämre än efter förstagångsoperationen. Goda resultat har redovisats på kort sikt efter förstagångsoperation, men det finns bara få studier som har en lång uppföljningstid eller är sådana där resultatet av operation jämförs med annan behandling, i enlighet med kraven på kliniska, randomiserade studier.

Operationen kan ske som dagkirurgi och tar cirka 75 minuter att utföra. Kostnaden för själva operationen är enligt tillgängliga uppgifter från KPP-databasen (Kostnad Per Patient) cirka 25 000 kronor. Rehabiliteringen är minst 6 månader lång, med sjukgymnastisk behandling 2–3 gånger per vecka.

Indikatorn visar andelen patienter som sedan 2005 (oavsett tid från primäroperation) blivit föremål för utbytesoperation efter en primär främre korsbandsoperation. Anledningen till utbytet är att den primära operationen inte nått önskat resultat. Detta kan bero på undermålig kirurgisk teknik, dåliga läkningsförhållanden eller ett nytt olycksfall som gett en ny skada. Det finns många patienter med ny skada som inte valt eller inte erbjudits en ny operation.

Jämförelsen baseras på knappt 18 000 patienter som opererats under perioden 2005–2010 och som registrerats i Svenska Korsbandsregistret, ett kvalitetsregister där data



om korsbandsoperationer registreras. Korsbandsregistret anger att cirka 90 procent av alla korsbandsoperationer registreras i det. Alla patienter ingår och ingen justering för skadans svårighetsgrad har gjorts.

I riket är andelen som genomgår utbytesoperation 2,7 procent, med en variation mellan landsting från 0,9 till 5,7 procent. I riket är det lika stor andel män som kvinnor som gör utbytesoperation. Skillnaderna mellan olika landsting kan dels bero på faktiska skillnader i kvalitet beträffande exempelvis operationsteknik och rehabilitering, men kan också bero på skillnader i indikationer mellan olika landsting. Kliniker och landsting som opererar en högre andel patienter med svårare skador kan förväntas redovisa ett sämre resultat.

73 Biologiska läkemedel vid reumatoid artrit

De biologiska läkemedlen påverkar immunsystemet och ges antingen som injektioner eller som intravenösa dropp inom reumatologisk specialistvård. Hos rätt patient vid rätt tillfälle kan en kronisk inflammatorisk sjukdom helt gå tillbaka. Samtidigt är läkemedlen associerade med vissa biverkningar och kostar cirka 100–150 000 kronor per patient och år. Det är därför viktigt att alla patienter som behöver får dessa läkemedel, men också att patienter som klarar sig bra med annan antireumatisk behandling inte utsätts för dessa medel.

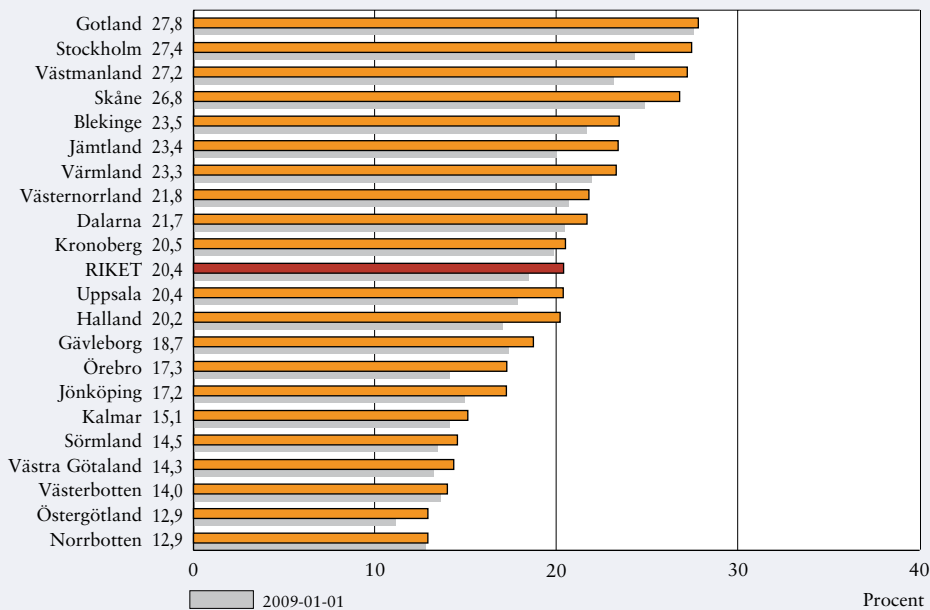


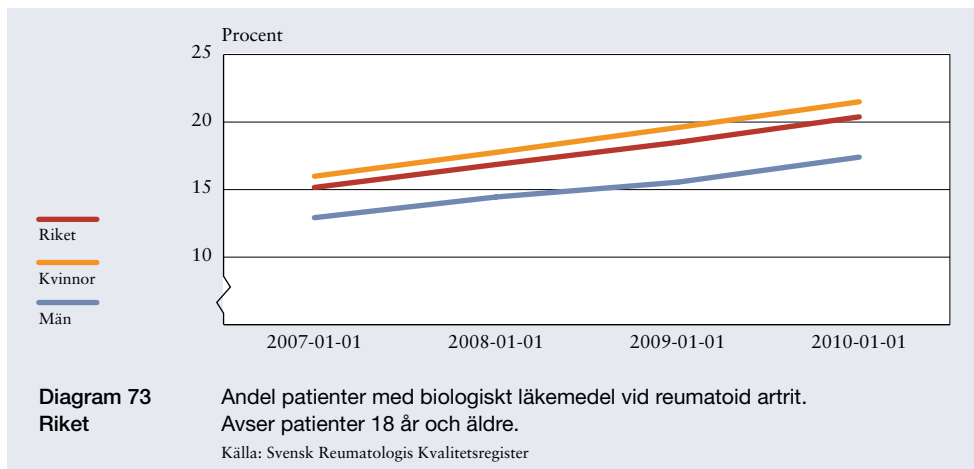
Diagram 73 Andel patienter med biologiskt läkemedel vid reumatoid artrit, Totalt 1 januari 2010. Avser patienter 18 år och äldre.

Källa: Svensk Reumatologis Kvalitetsregister

Förbättrad hälsa är målet, men ett första steg är att beskriva omfattningen av den biologiska behandlingen i de olika landstingen. Indikatorn visar andelen patienter med kronisk ledgångsreumatism, reumatoid artrit (RA), som behandlas med biologiskt läkemedel. Källan är Svensk Reumatologis Kvalitetsregister. Till skillnad från tidigare års redovisning i Öppna jämförelser relateras antalet behandlade patienter till patienter med RA, inte som tidigare till hela befolkningen. Detta gör beskrivningen mera korrekt.

Kvalitetsregistrets täckningsgrad för biologiska behandlingar kan inte säkert beräknas eftersom dessa läkemedel inte finns till fullo i andra nationella register. De biologiska läkemedel som 2006–2008 förskrivits på recept och som därmed finns i Läkemedelsregistret har jämförts med registreringen av samma läkemedel i kvalitetsregistret vid RA. Täckningsgraden var då 87 procent i riket. Endast tre landsting hade då under 80 procent av sina behandlade patienter i kvalitetsregistret, nämligen Västernorrland, Norrbotten och Örebro. De patienter som fanns i Läkemedelsregistret men inte i kvalitetsregistret hade samma fördelning av kön, ålder och utbildningsnivå som de som ingick i kvalitetsregistret. Detta talar för att saknade data sannolikt inte avviker betydligt från de data som finns tillgängliga i kvalitetsregistret.

För denna indikator har patienter med RA uppskattats vara de som haft minst två besök med denna diagnos vid samkörning mellan Patientregistret vid Socialstyrel-



sen och kvalitetsregistret. Biologisk behandling av dessa patienter har uppskattats genom länkning av dessa register och Läkemedelsregistret vid Socialstyrelsen. Att uppgifter om biologisk behandling hämtas från båda registren syftar till att minimera felskattningar på grund av eventuella skillnader i täckningsgrad mellan län.

Januari 2010 hade 20 procent av alla vuxna patienter med RA biologisk behandling, knappt 7 500 patienter. Detta är en ökning sedan 2007, då 15 procent hade sådan behandling. Det finns skillnader mellan landsting, med en spridning i andel behandlade från 13 till 28 procent. Skillnaden i användning mellan de tre stora landstingen Stockholm, Skåne och Västra Götaland är stor (14–27 procent) och sannolikt rättvisande då täckningsgraden enligt studien ovan för de två läkemedlen förskrivna på recept för RA var hög i alla tre landstingen.

I riket behandlas 21 procent av kvinnorna, vilket är en högre andel med biologisk behandling än männens, som är 17 procent. Detta resultat skiljer sig från den redovisning som tidigare år gjorts, då kvinnor föreföll underbehandlade. Då relaterades antalet behandlade enligt kvalitetsregistret med landstingens hela befolkningar. Den samkörning som nu gjorts med Socialstyrelsens register ger en mer korrekt skattning av den verkliga vården i landet och stämmer med aktuella vetenskapliga studier.

Med hjälp av ovanstående datakällor kan man också skatta andelen av alla vuxna patienter med RA som står på behandling med någon form av immundämpande antireumatisk terapi, vare sig den innehåller ett biologiskt läkemedel eller ej. En sådan skattning visar att nära 90 procent av patienterna står på aktiv antireumatisk behandling. Skillnaderna mellan landsting är också betydligt mindre.

Det slutliga målet för reumatologins kvalitetsregister är att inte visa bara vilka behandlingar som ges, utan att stöda utveckling av en allt bättre hälsa. 90 procent av patienterna med RA har aktiv immundämpande behandling enligt Socialstyrelsens

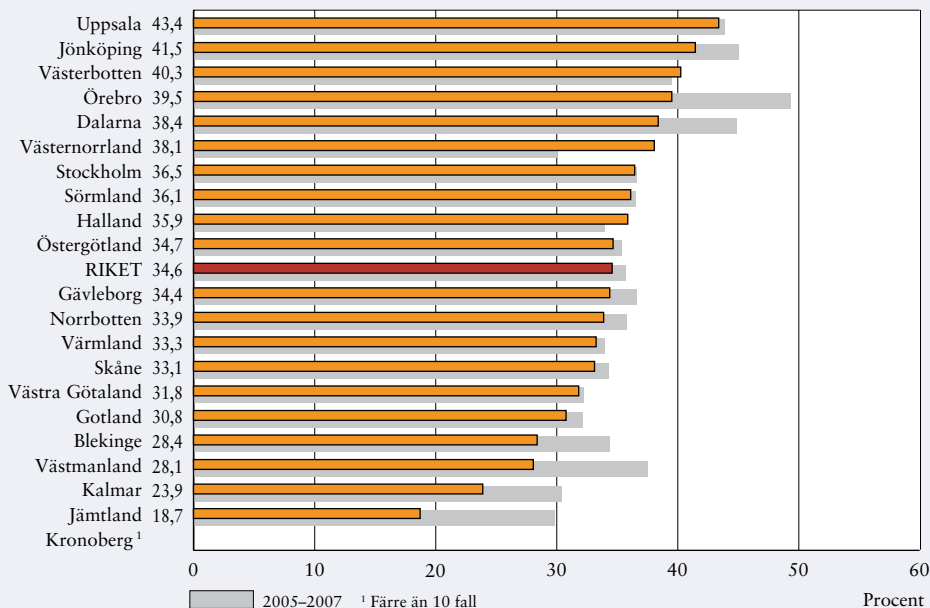


Diagram 74
Totalt

Förbättring av sjukdomsaktivitet 4–12 månader efter behandlingsstart av första biologiska läkemedel vid reumatoid artrit, 2008–2010. Effekt mäts som procentuell förändring av DAS28.

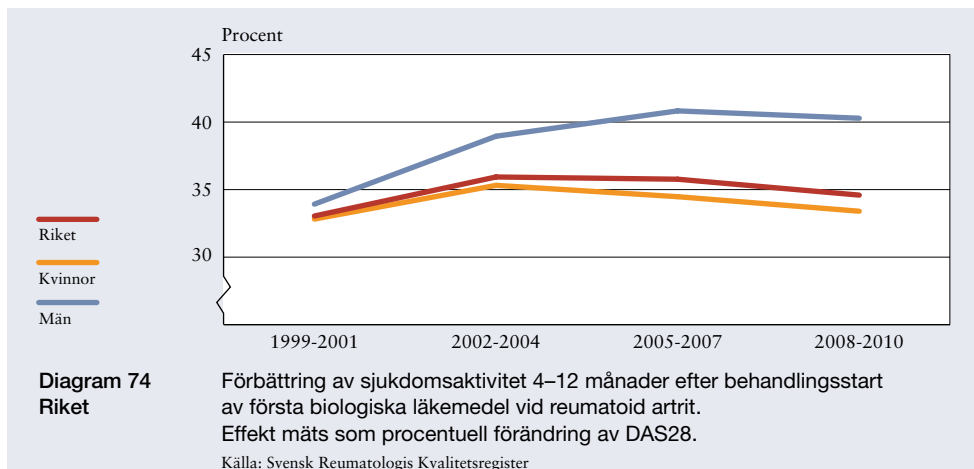
Källa: Svensk Reumatologis Kvalitetsregister

register, medan således 20 procent har biologisk behandling. Skillnader i hälsoutfall kan dock ses bäst i kvalitetsregistret, som ännu innehåller patienter främst med biologisk behandling och en mindre andel av de som har annan antireumatisk behandling. Arbete pågår för att öka täckningsgraden, så att även dessa patienter inkluderas i kvalitetsregistret. Först då kan jämförelsegrupper skapas för att besvara frågan om fördelningen av hälsan är jämlik eller inte.

74 Effekt vid behandlingsstart med biologiska läkemedel

Biologisk behandling ges när annan antireumatisk behandling sviktar vid upprepade försök och när sjukdomsaktiviteten är hög. Denna mäts i Svensk reumatologis kvalitetsregister med ett index, Disease Activity Score – DAS28. Där ingår fyra variabler: Andelen svullna respektive ömma indexleder, sänka och patientupplevd hälsa, således en kombination av läkarundersökning, blodprov och patientens egen bedömning. DAS28 är internationellt överenskommet och används vid kliniska prövningar av läkemedel, men också för uppföljning av sjukdomsaktivitet i klinisk praktik.

Effekten på flera aspekter av hälsan är viktig att mäta samlat, särskilt när nya och dyra läkemedel kommer ut i användning i vardagsvården efter godkännandet. En klar förbättring i sjukdomsaktivitet sker vid första insättande av biologisk behandling, vilket visas med denna indikator.



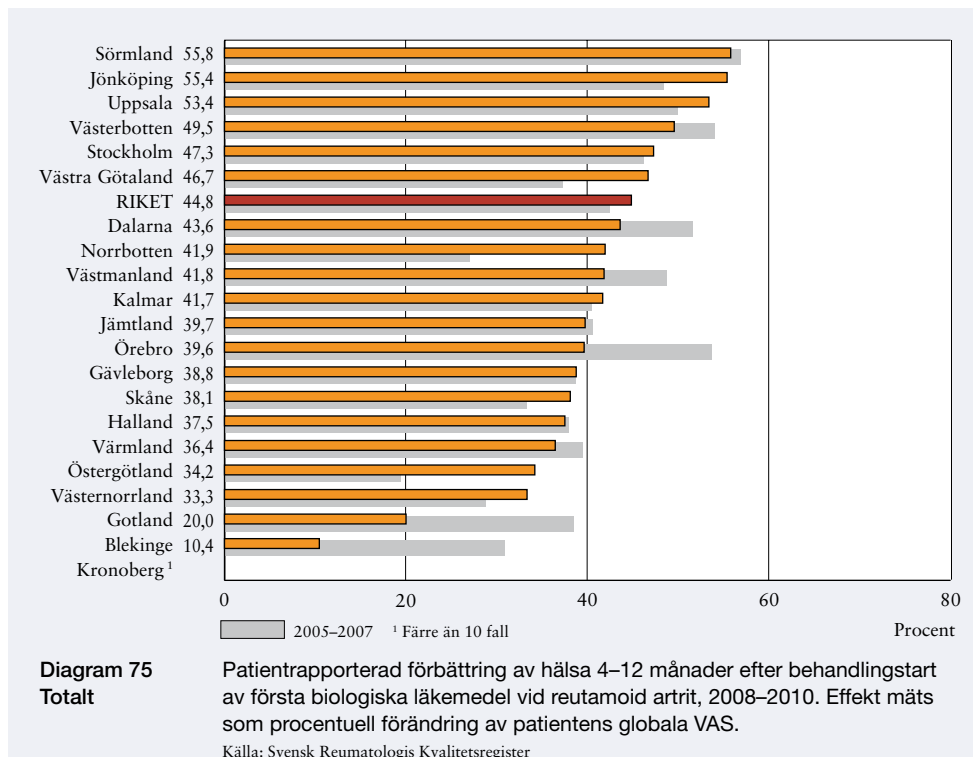
Sjukdomsaktiviteten mäts vid besöket hos specialist, när det konstateras att tidigare prövad behandling varit otillräcklig och biologiskt läkemedel sätts in. Detta jämförs sedan med genomsnittet vid de uppföljningsbesök som görs under det kommande året (4–12 månader efter det initiala besöket). Förbättringen uttrycks här i procent, som hur mycket patientens sjukdomsaktivitet förbättras i förhållande till hur hon mådde vid första besöket.

I riket uppgår förbättringen av sjukdomsaktivitet till 35 procent, med en variation mellan landstingen från 19 till 43 procent. Jämförelsen baseras på drygt 2 500 patienter med uppföljning under mätperioden. Sju landsting har färre än 50 uppföljda patienter (Kronoberg, Gotland, Blekinge, Värmland, Västernorrland, Jämtland och Västerbotten), vilket gör deras resultat något osäkra. Männens förbättring är i riket större än kvinnornas, men antalet män är i flera landsting så litet att resultaten i dessa landsting får anses osäkra.

Det kan inte förväntas att sjukdomsaktiviteten helt ska försvinna hos alla patienter som resultat av den första biologiska behandlingen, särskilt som tidigare, upprepade antireumatiska behandlingar har sviktat. Slutsatsen är att det stora flertalet patienter kan räkna med att bli klart förbättrade av sin första biologiska behandling, efter flera misslyckade traditionella behandlingar. Den största förbättring av DAS28 som uppnås i någon del av landet bör tjäna som riktmärke för vad som är möjligt, förutsatt att patientgrupperna som jämförs har lika förutsättningar att bli bättre.

75 Patientrapporterad hälsa vid behandling med biologiskt läkemedel

Patientens egen upplevelse av hälsan är särskilt viktig just vid insättande av ny behandling vid en kronisk, ofta livslång sjukdom som reumatoid artrit (RA). Den förbättring patienten upplever i sin hälsa vid behandling mäts i Svensk Reumatologis Kvalitetsregister, helt ur patientperspektiv och individuellt, med en visuell analog-

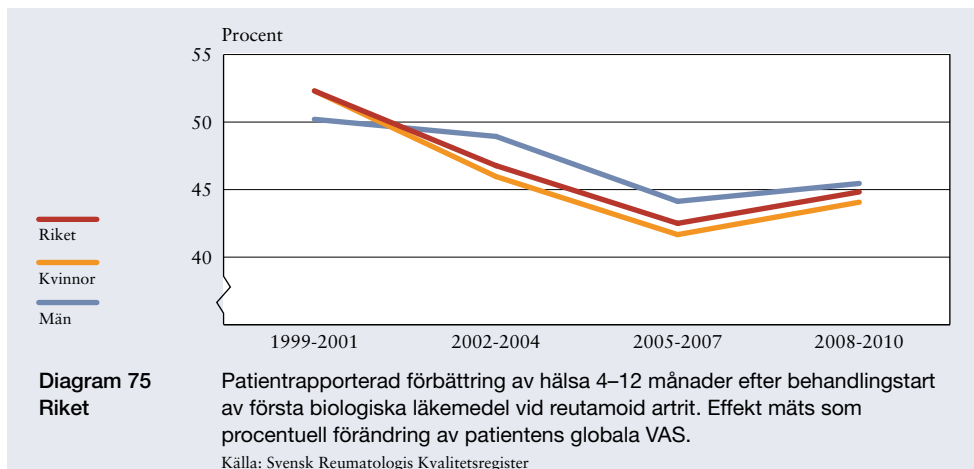


skala (VAS). En klar förbättring i patientrapporterad hälsa ses vid första insättande av biologisk behandling, vilket avspeglas med denna indikator.

Biologisk behandling ges när annan antireumatisk behandling sviktar vid upprepade försök och har varit tillgänglig sedan 10 år i Sverige. Patientens egen upplevelse av hälsan är betydelsefull när helt nya behandlingsmetoder införs, och särskilt vilka effekter läkemedlen har i klinisk vardagsvård.

Patienten mäter själv sin hälsa vid besöket hos specialist, när det konstateras att tidigare prövad behandling varit otillräcklig och biologiskt läkemedel sätts in. Detta jämförs sedan med genomsnittet vid de uppföljningsbesök som görs under det kommande året (4–12 månader efter det initiala besöket). Måttet visar därmed den skillnad i upplevd hälsa som uppnås med behandlingen. Förbättringen uttrycks här i procent, som hur mycket patienten förbättrats i förhållande till hur hon mådde vid första besöket.

Det kan inte förväntas att alla patienter ska uppleva full hälsa som resultat av sin första biologiska behandling, särskilt som tidigare upprepade antireumatiska behandlingar sviktat. Någon bestämd grad av hälsa som bör uppnås kan inte heller fastställas, då ingen kan uttala sig om vad alla patienter skulle kunna vara nöjda med. Det stora flertalet patienter kan räkna med att bli så mycket förbättrade att nästan hälften av deras upplevda sjukdomsburda försvinner med deras första biolo-



giska behandling. Den största förbättring av upplevd hälsa som uppnås i någon del av landet bör tjäna som riktmärke för vad som är möjligt, förutsatt att patientgrupperna som jämförs har lika förutsättningar att bli bättre.

I riket är förbättringen 45 procent, med en variation mellan landsting från 10 till 56 procent. I Gotland och Blekinge är antalet patienter få och resultaten därmed mer osäkra. Det finns i riket som helhet inga skillnader mellan kvinnors och mäns förbättring. Jämförelsen baseras på knappt 2 800 patienter, varav över 2 000 är kvinnor.

76–77 Kostnad per vårdtillfälle vid total höft- respektive knäprotesoperation

I diagram 76 och 77 visas kostnaderna i slutenvård per vårdtillfälle för primär total höftprotesoperation och primär total knäprotesoperation.

Under 2010 rapporterades 7 900 höftprotesoperationer till KPP-databasen, vilket motsvarar cirka hälften av de höftprotesoperationer som utfördes 2010. Kostnader som inkluderas i databasen är kostnaden för varje enskilt vårdtillfälle samt för den vårdinsats som kan knytas till dessa vårdtillfällen. Kostnader för efterföljande uppföljningsbesök och läkemedelsanvändning i öppen vård ingår inte. För vissa sjukhus ingår inte heller alla kostnader för rehabilitering. De allra dyraste fallen, de så kallade kostnadsytterfallen, är exkluderade.

Genomsnittskostnaden för innerfallen uppgick 2010 till 74 937 kronor. De redovisade kostnaderna skiljer sig påtagligt mellan sjukhusen, med en spridning från 56 000 kronor till drygt 90 000 kronor.

Knappt 13 000 primära totala knäprotesoperationer utförs varje år. 2010 rapporterades 5 619 vårdtillfällen till KPP-databasen, det vill säga knappt hälften av samtliga knäprotesoperationer. Genomsnittskostnaden för knäprotesoperationer uppgick

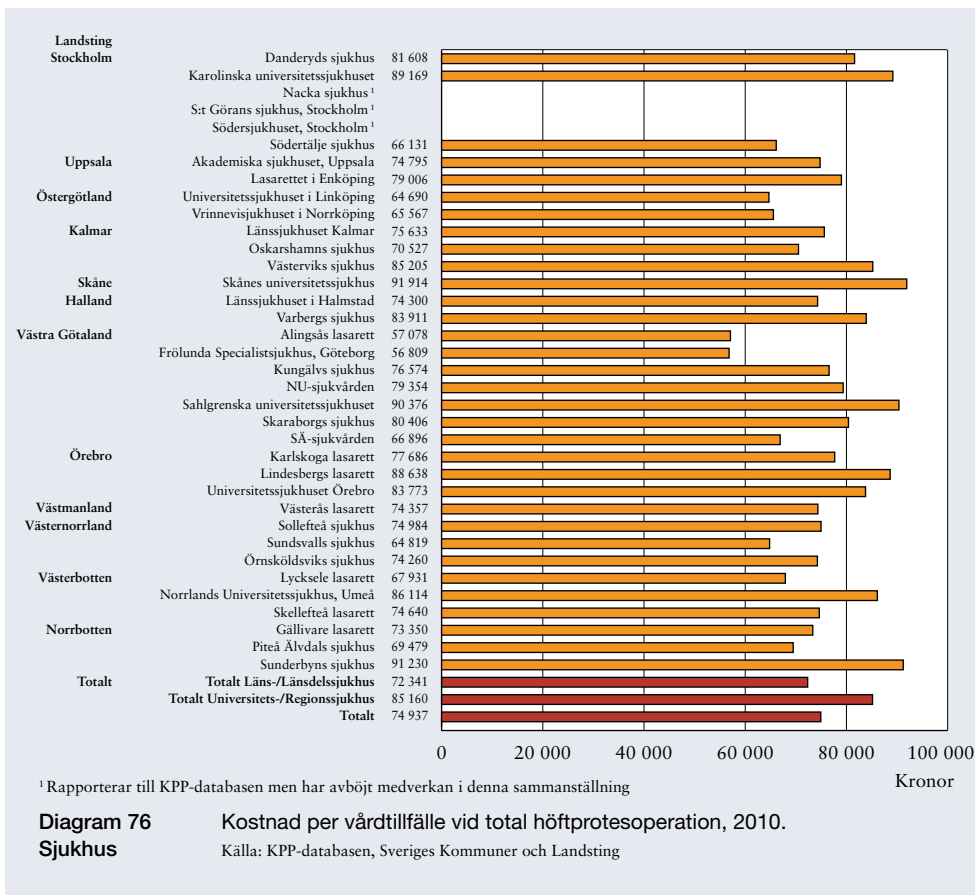


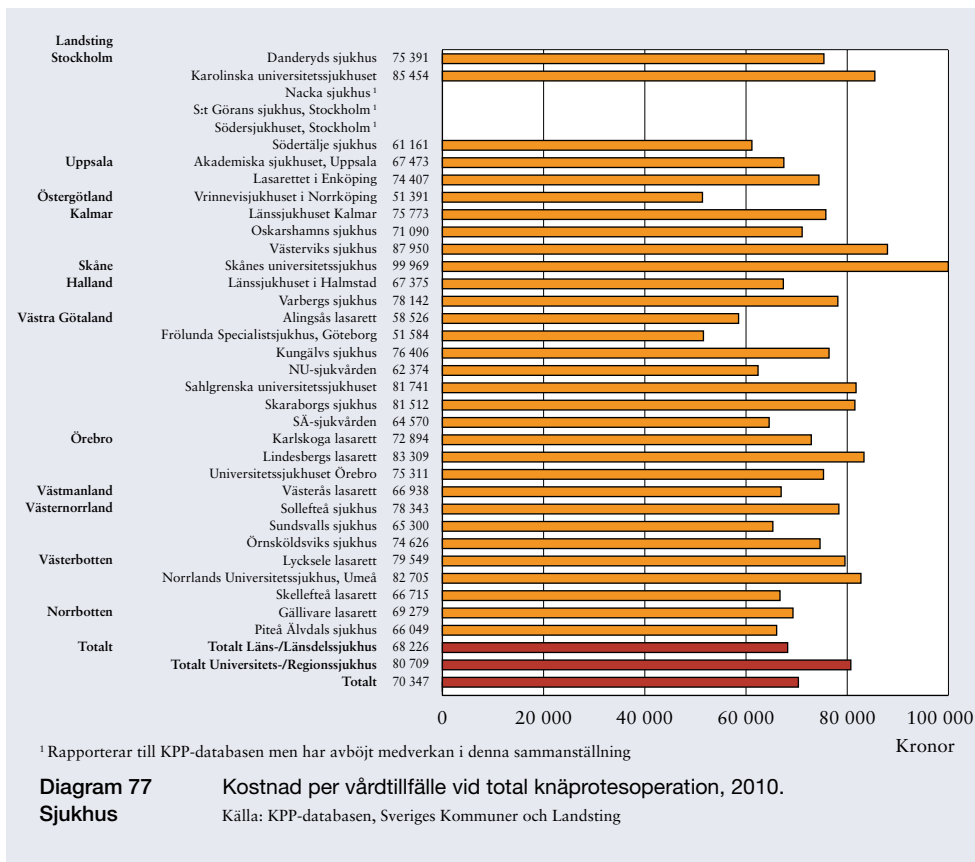
Diagram 76
Sjukhus

Kostnad per vårdtillfälle vid total höftprotosoperation, 2010.
Källa: KPP-databasen, Sveriges Kommuner och Landsting

till 70 347 kronor, något lägre än kostnaderna för höftprotosoperationerna. Spridningen är ungefär densamma som för höftprotosoperationer.

Medelvårdtiderna för höftprotosoperationer varierar från cirka 3 till 9 dagar, med ett genomsnitt på 6 dagar. För knäprotosoperationer var vårdtiden i genomsnitt något kortare, 5 dagar, men variationen var densamma, från 3 till 9 dagar. De rapporterade medelvårdtiderna påverkas av vårdens organisation. Om rehabilitering efter operationen sker på annan klinik, leder detta till att den redovisade kostnaden och medelvårdtiden blir lägre. Den egentliga kostnaden är då högre än den som KPP-databasen redovisar. I till exempel Stockholm har man ofta en sådan vårdprocess.

Kostnadsskillnaderna påverkas även av patientsammansättningen, av patientens allmänna funktionsförmåga och sjuklighet. Enheter kan ha mycket korta vårdtider och därmed låga kostnader bland annat beroende på att patienter selekterats dit. Kostnaderna speglar slutligen även tiden för själva operationen och bemanningen vid sjukhuset i stort. Universitetssjukhusens kostnader är cirka 12 000 kr högre per vårdtillfälle än länsjukhusens.



Det finns ett regelverk för hur kostnader skall kalkyleras och redovisas till KPP-databasen, till exempel vilka kostnader som skall ingå. Trots detta kan det finnas olikheter i dessa avseenden. Även detta kan påverka de redovisade kostnaderna.

DIABETESVÅRD

Diabetes är en kronisk sjukdom som även medför ökad risk för andra sjukdomar, så kallade diabeteskomplikationer. Över 350 000 svenskar, cirka fyra procent av befolkningen, bedöms ha diabetes. Av dessa har 85–90 procent typ 2-diabetes, ”vuxen-diabetes”. Övriga har diabetes av typ 1, ”barn- och ungdomsdiabetes”. De flesta diabetespatienter har sin regelbundna vårdkontakt med primärvården. Andra, särskilt de med typ 1-diabetes, har sin huvudsakliga vårdkontakt med medicinkliniker vid sjukhusen.

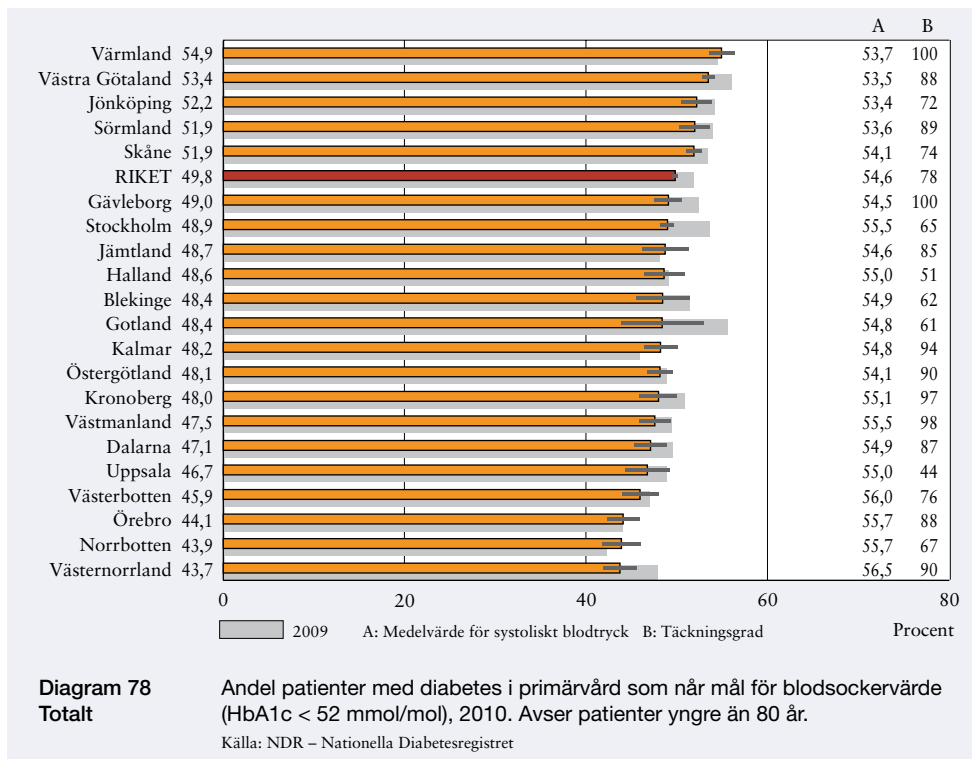
Exempel på diabeteskomplikationer är hjärtinfarkt och kärlkramp, ischemisk stroke, högt blodtryck, kärlförträngning i ben och ögonsjukdomen retinopati. Det finns ett starkt vetenskapligt stöd för att diabeteskomplikationer kan fördröjas eller förhindras. Detta gör man bäst genom att brett angripa de riskfaktorer som har starkast samband med uppkomsten av komplikationer. För diabetesvården finns ett antal etablerade kvalitetsindikatorer som speglar riskfaktorer och behandlingsmål för dessa. Bland dem är patienternas medelblodsockervärde (HbA1c), blodtryck och kolesterol, liksom förekomst av rökning och fetma.

Åtta indikatorer för diabetesvård redovisas. Sex av dessa är baserade på data från Nationella Diabetesregistret, NDR eller kvalitetsregistret för barn och ungdomar med diabetes, SWEDIABKIDS, som ingår i NDR. En indikator baseras på en samkörning mellan Läkemedelsregistret och NDR och en indikator bygger på data från Patientregistret vid Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen har år 2010 publicerat nya nationella riktlinjer för diabetesvården. En viktig del av riktlinjearbetet är framtagandet av kvalitetsindikatorer som ger stöd för systematisk uppföljning. De indikatorer som här redovisas svarar väl mot de indikatorer som rekommenderas i riktlinjerna och indikatorerna här är huvudsakligen desamma som kommer att ingå i Socialstyrelsens utvärdering av diabetesvården som publiceras i januari 2012.

Tre indikatorer avser behandlingsmål för blodsockervärde, blodtryck och blodfetter i primärvård och en avser måluppfyllelse för blodsocker vid behandling av barn och unga med diabetes. Två indikatorer redovisas för patienter med typ 1-diabetes på sjukhus och avser behandlingsmål för blodsockervärde och blodtryck. Vidare redovisas amputationer bland diabetiker och andelen äldre patienter med nedsatt njurfunktion som behandlas med läkemedlet metformin.

NDR samlar data om diabetesvård både från medicinkliniker och från primärvården. Deltagandegraden år 2010 bedöms av registret vara cirka 70 procent för riket totalt, men med relativt stora variationer mellan landstingen. Deltagandegraden på sjukhus är mycket hög och deltagandet i primärvården har ökat påtagligt de senaste åren. I diagrammen redovisas uppskattad deltagandegrad per landsting. Vid lågt deltagande är det osäkrare om det redovisade resultatet verkligen är representativt för diabetesvården som helhet. Läkemedelsregistret är heltäckande avseende de patien-

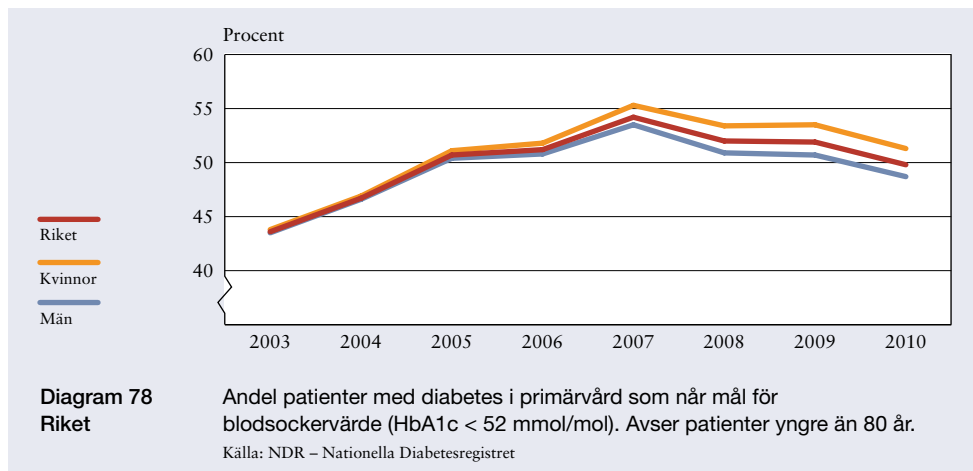


ter som får läkemedelsbehandling för sin diabetes och är baserat på faktiska uttag av receptförskrivna läkemedel.

78 Måluppfyllelse för blodsockervärde vid diabetes – primärvård

Till en god diabetesbehandling hör bland annat att blodsockernivån ska hållas på en så normal nivå som möjligt, med endast mindre stegringar efter måltider. För låga blodsockernivåer ska undvikas, eftersom patienterna mår dåligt av dem och de dessutom kan vara farliga. Vid för höga blodsockernivåer blir man trött, törstig och till och med allmänpåverkad i det akuta skedet, och långsiktigt ökar det risken för komplikationer. Personer med diabetes har mycket olika behov av medicinsk behandling, men också varierande risk för utveckling av komplikationer. Detta kräver välfungerande screening, kontroll av riskfaktorer och individualiserad behandling.

HbA1c återspeglar den långsiktiga glukoskontrollen och har ett starkt samband med risken att utveckla komplikationer till diabetes. Målet för HbA1c är lägre än 52 mmol/mol enligt nationella riktlinjer men i dessa betonas också att behandlingen skall individualiseras. Målet kan inte tillämpas på alla personer utan hänsyn bör tas till risken för frekvent svår hypoglykemi, svåra mikro- och makrovaskulära komplikationer, annan sjukdom och begränsad återstående livslängd, som alla kan vara motiv för högre HbA1c-nivå. Det finns ännu få studier där patientupplevda effektmått som livskvalitet har analyserats. Alla publicerade rekommendationer betonar vik-



ten av att den blodsockersänkande behandlingen ska genomföras utan att förorsaka för låga blodsockervärden. Balansen av blodsockret är således ofta en stor utmaning.

I diagram 78 visas hur stor andel av patienterna som har medelblodsockervärde ($HbA1c$) lägre än 52 mmol/mol , vilket är behandlingsmålet. Ingår i jämförelsen gör alla till NDR rapporterade diabetespatienter i primärvård som är yngre än 80 år, vilket var cirka 200 000 patienter 2010.

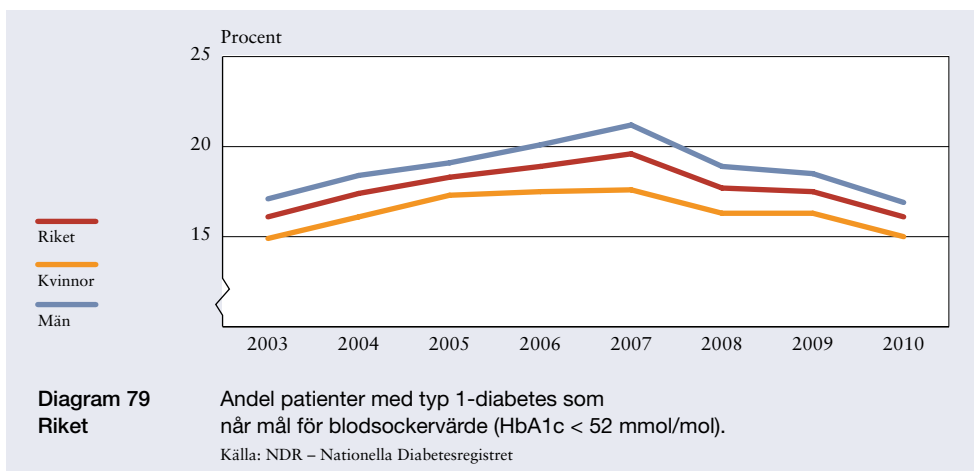
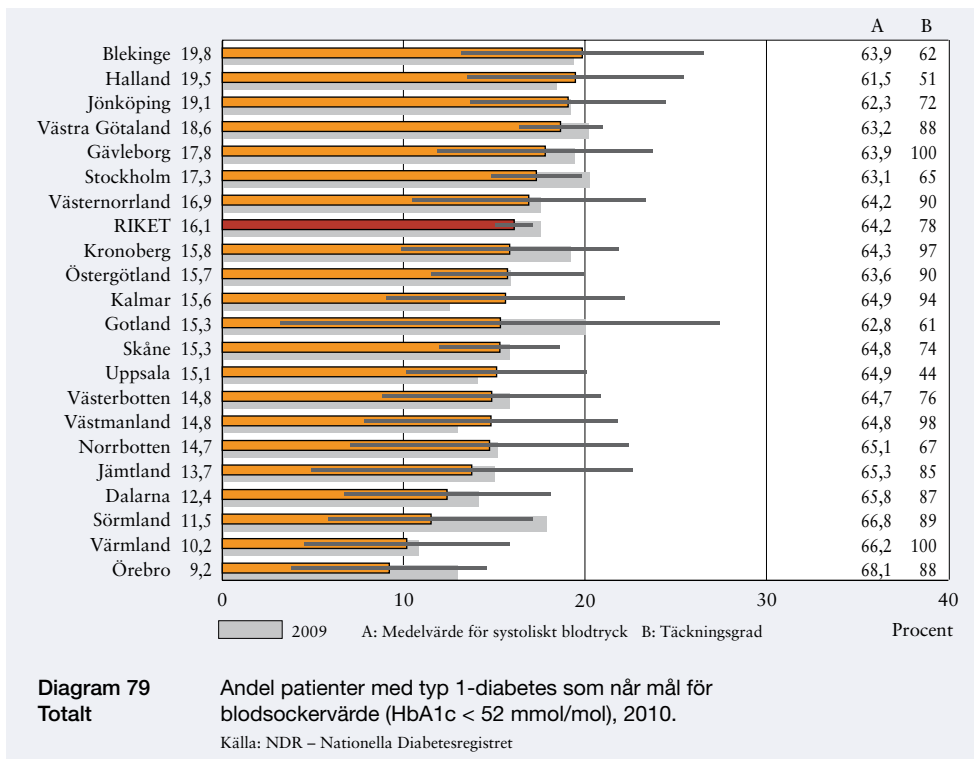
I riket som helhet har cirka hälften av patienterna ett värde lägre än 52 mmol/mol . Skillnaderna mellan landstingen är måttliga. Behandlingsmålet för $HbA1c$ uppnåddes 2010 av något fler kvinnor än män. Det är dock viktigt att notera att bara 9 procent av patienterna i primärvården har mycket dålig blodsockerkontroll, definierat som $HbA1c$ över 73 mmol/mol .

Resultatet här talar för att en del av patienterna inte får fullgod behandling, inte minst med tanke på att många patienter är endast kostbehandlade för sin diabetes. I de nya nationella riktlinjerna betonas vikten av tidig behandling vid typ 2-diabetes.

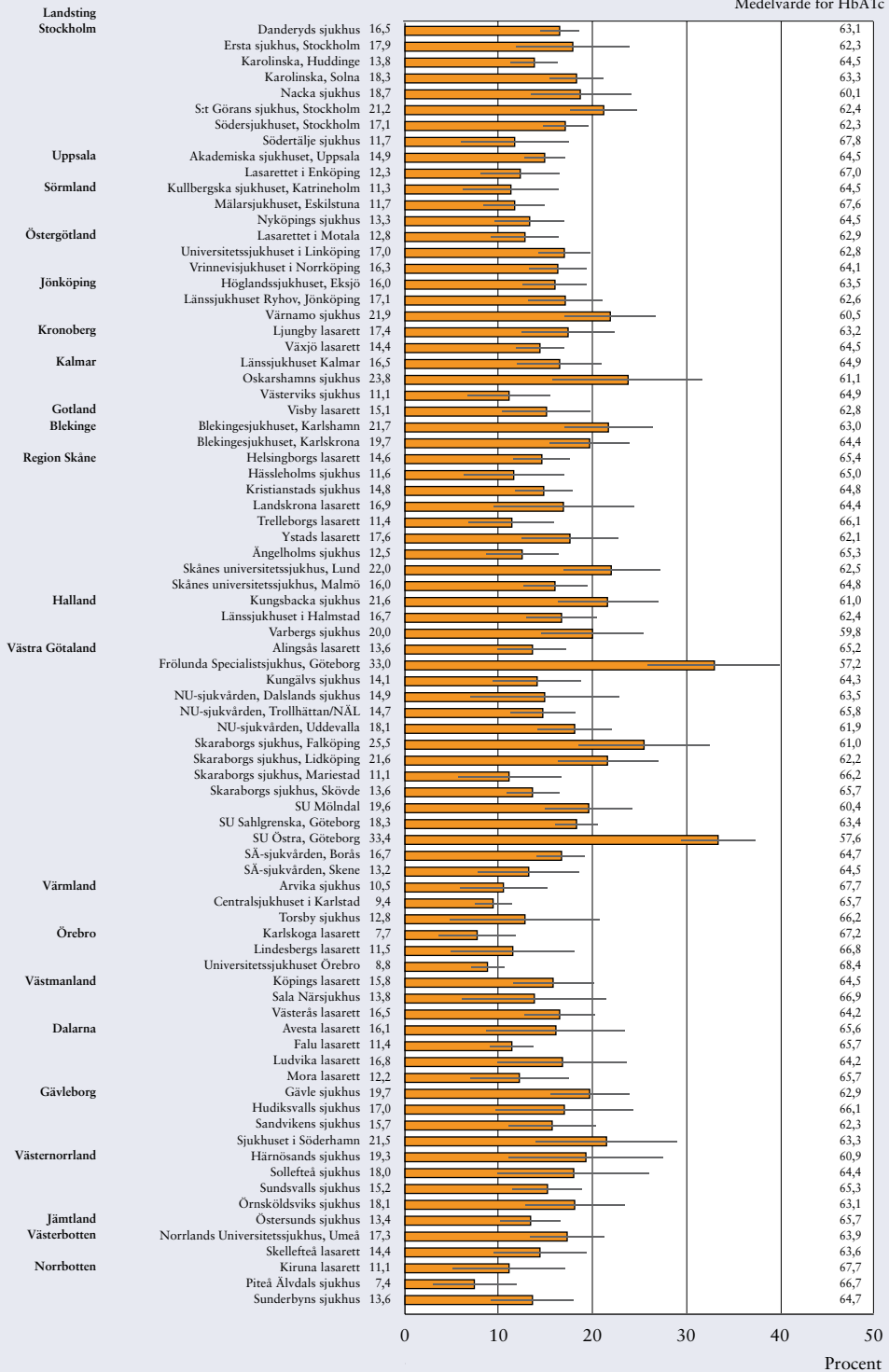
Medelvärde för $HbA1c$ hos patienter i primärvården har inte förbättrats de senaste åren enligt data från Nationella Diabetesregistret. Förbättringar verkar således svåra att uppnå med oförändrat arbetssätt. Lokala analyser av utfallen bör därför göras och kunna resultera i strukturerade program för intensiv påverkan på levnadsvanor och eventuellt mer aktiv läkemedelsbehandling.

79 Måluppfyllelse för blodsockervärde vid typ 1-diabetes

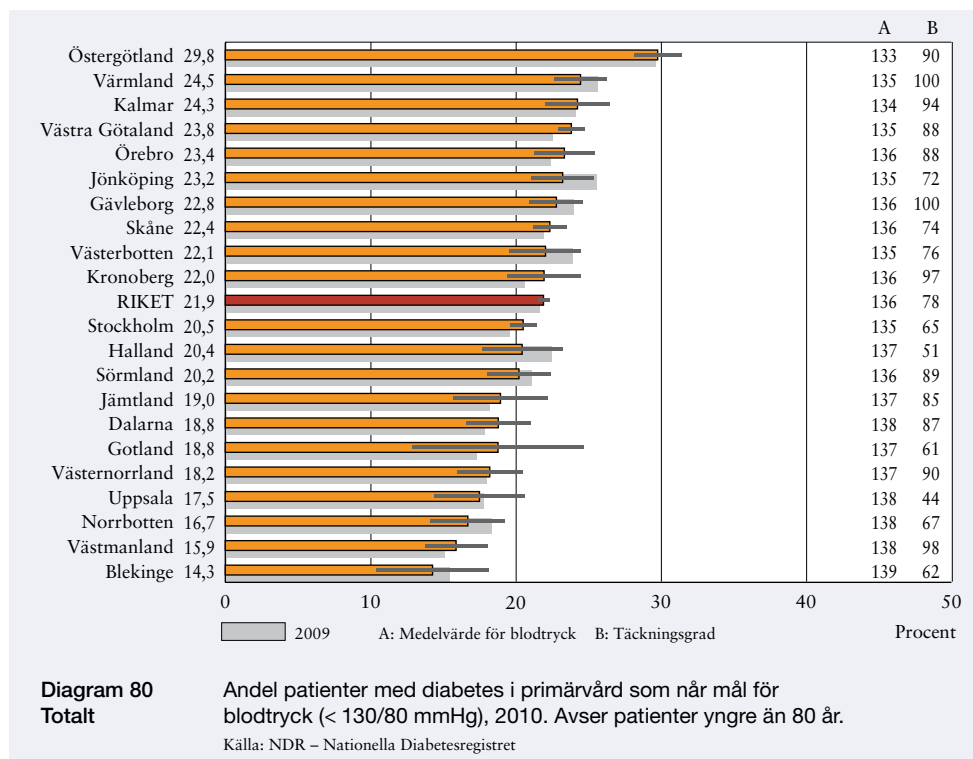
Vikten av blodsockerkontroll är densamma vid typ 1-diabetes som vid typ 2-diabetes och de nationella riktlinjernas behandlingsmål är detsamma. Denna indikator visar således samma sak som indikator 78 ovan, men avser en annan grupp personer, de med typ 1-diabetes. Dessa har sin primära vårdkontakt på mottagning vid sjukhus.



I riket når bara en minoritet av patienterna, 16 procent, behandlingsmålet för blodsockerkontroll, med en variation mellan landstingen från nio till knappt 20 procent. Dessutom ses ingen positiv trend över tid. För sjukhusen varierar andelen mera, men skillnaderna bör inte övertolkas, eftersom måttet uppnådd målnivå ger betydligt kraftigare utslag i form av skillnader mellan olika vårdgivare än vad medelvärde eller median för HbA1c gör.

Diagram 79
SjukhusAndel patienter med typ 1-diabetes som når mål för
blodsockervärde (HbA1c < 52 mmol/mol), 2010.

Källa: NDR – Nationella Diabetesregistret



I riktlinjerna betonas också att målet måste vara individuellt och för många patienter med typ 1-diabetes kan inte detta låga HbA1c-värde tillämpas som målvärde av olika skäl. Att minska andelen patienter med mycket höga HbA1c-värden är av stor vikt. Av alla patienter med typ 1-diabetes har cirka 20 procent ett påtagligt högt HbA1c, högre än 73 mmol/mol. Sammanfattningsvis finns det stor förbättringspotential, oavsett vilket mått och vilken patientgrupp man väljer att fokusera.

80 Måluppfyllelse för blodtryck vid diabetes – primärvård

Risken för hjärt-kärlsjukdom är två-tre gånger högre hos patienter med diabetes än hos dem som inte har diabetes, enligt flera olika studier. Ett flertal riskfaktorer bidrar till detta, som rökning, högt blodsocker, högt blodtryck och förhöjda blodfetter. Risken ökar med antalet riskfaktorer. Gränsen för förhöjt blodtryck för diabetiker är satt till högre än 130/80 mmHg. Detta värde innebär att i storleksordningen 80–90 procent av alla diabetiker i primärvården har högt blodtryck, definierat som alla med blodtryckssänkande läkemedel eller alla som är obehandlade med blodtryck högre än 130/80 mmHg.

Allt fler patienter behandlas med blodtryckssänkande läkemedel. Över 80 procent av patienter med typ 2-diabetes behandlades år 2010. De senaste åren har medelvärdet för blodtryck sjunkit och andelen som har lika med eller lägre än 130/80 mmHg har ökat påtagligt de senaste åren. Ännu viktigare är att andelen med systoliskt

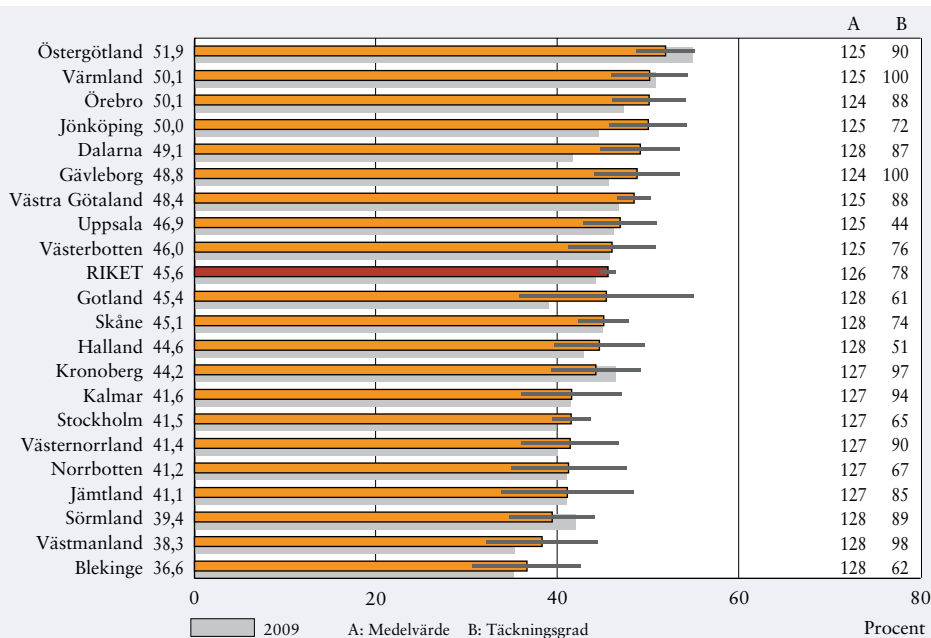


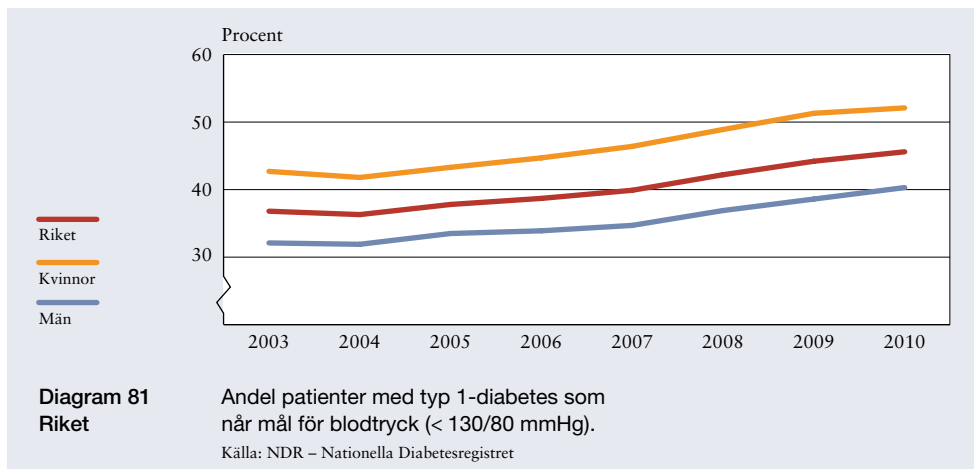
Diagram 81 Andel patienter med typ 1-diabetes som når mål för blodtryck (< 130/80 mmHg), 2010.
Totalt Källa: NDR – Nationella Diabetesregistret

blodtryck över 140 mmHg har minskat från 40 till 30 procent de senaste åren, vilket är ett tydligt positivt trendbrott.

I diagram 80 visas andelen patienter med typ 2-diabetes som har ett blodtryck lägre än 130/80 mmHg. Bara patienter i primärvården och som är yngre än 80 år ingår. Jämförelsen baseras på cirka 195 000 personer.

I riket som helhet når bara 22 procent av patienterna målet. Till bilden hör dock att resultatet blir betydligt bättre om man mäter andelen patienter som har ett blodtryck lika med eller under 130/80 mmHg. Då är andelen istället 40 procent. Denna stora differens är inte reell, utan har med mätmetoden att göra och beror på att blodtrycksvärden avrundas vid registreringen.

Innebörden, oavsett frågor om mätmetod, är att i denna åldersgrupp har majoriteten av patienterna ett högre blodtryck än det som anges i riktlinjerna och därmed ökad risk för hjärt-kärlsjukdomar. Det bör också noteras att hela 40 procent av patienterna har ett blodtryck högre än 140/80. Det finns klara skillnader mellan landstingen, men den centrala iakttagelsen är att resultaten tyder på underbehandling och att det föreligger en stor förbättringspotential i alla landsting.



81 Måluppfyllelse för blodtryck vid typ 1-diabetes

Högt blodtryck hos personer med typ 1-diabetes ökar risken för stroke, hjärtinfarkt, kärlkramp, njurskada, perifer kärlsjukdom och död. Högt blodtryck kan således medföra stort lidande för individerna och en stor kostnad för samhället. Målnivån för blodtrycket är enligt de nationella riktlinjerna < 130/80 mmHg, samma som vid typ 2-diabetes.

Indikatorn mäter andelen personer med typ 1-diabetes som uppnått målnivå för blodtryck vid det senast besöket under året. Jämförelsen avser 2010 och baseras på cirka 30 000 personer, varav 44 procent var kvinnor.

I riket når knappt 46 procent av patienterna behandlingsmålet. Fler kvinnor än män når blodtrycksmålet. Mellan sjukhusen är skillnaderna påtagliga, med en variation från 24 till 70 procent. Under perioden 2006–2010 ökade andelen patienter som når ett blodtryck under 130/80 mmHg med cirka 7 procentenheter.

Samma mätproblematik som beskrevs för indikator 122 finns även för denna: Andelen patienter som når blodtryck *lika med* eller under 130/80 mmHg är klart högre. Även slutsatsen är densamma – det finns ett betydande behov av förbättringar om de nationella riktlinjernas behandlingsmål skall nås.

82 Måluppfyllelse för LDL-kolesterol – primärvård

Höga blodfetter hos patienter med diabetes ökar risken för hjärtsjukdomar, stroke och för nedsatt cirkulation i benen. Förebyggande behandling med blodfettssänkande läkemedel kan påtagligt minska risken och rekommenderas mot höga blodfetter hos patienter med typ 2-diabetes.

Målnivån för LDL-kolesterol, det ”onda” kolesterolet, är i Socialstyrelsens nationella riktlinjer ett värde som är lägre än 2,5 mmol/l. Indikatorn visar andelen patienter

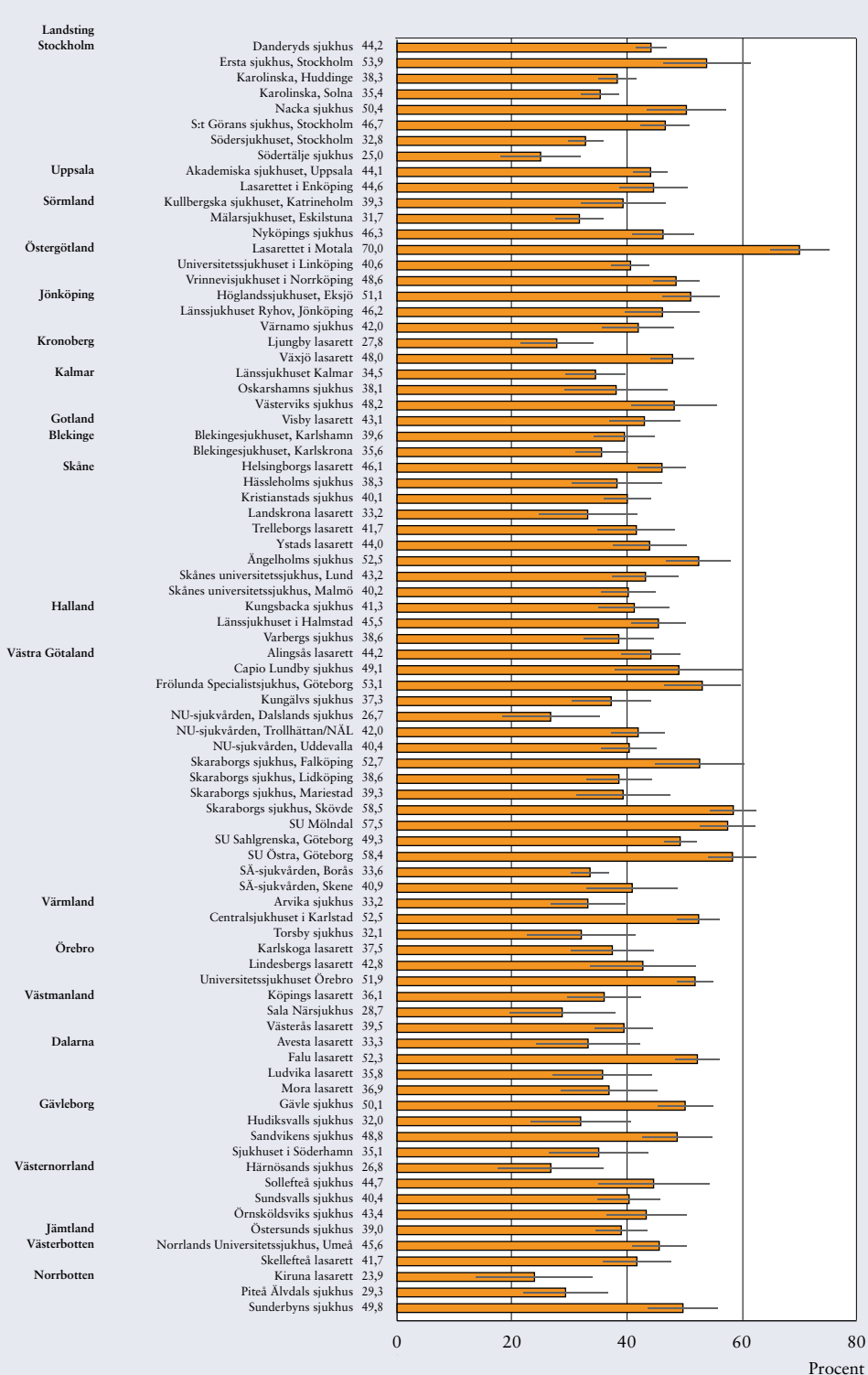
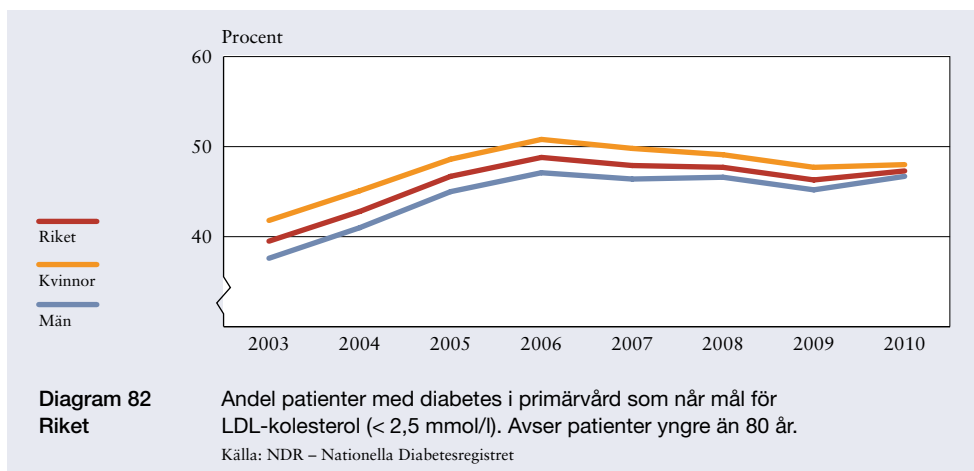
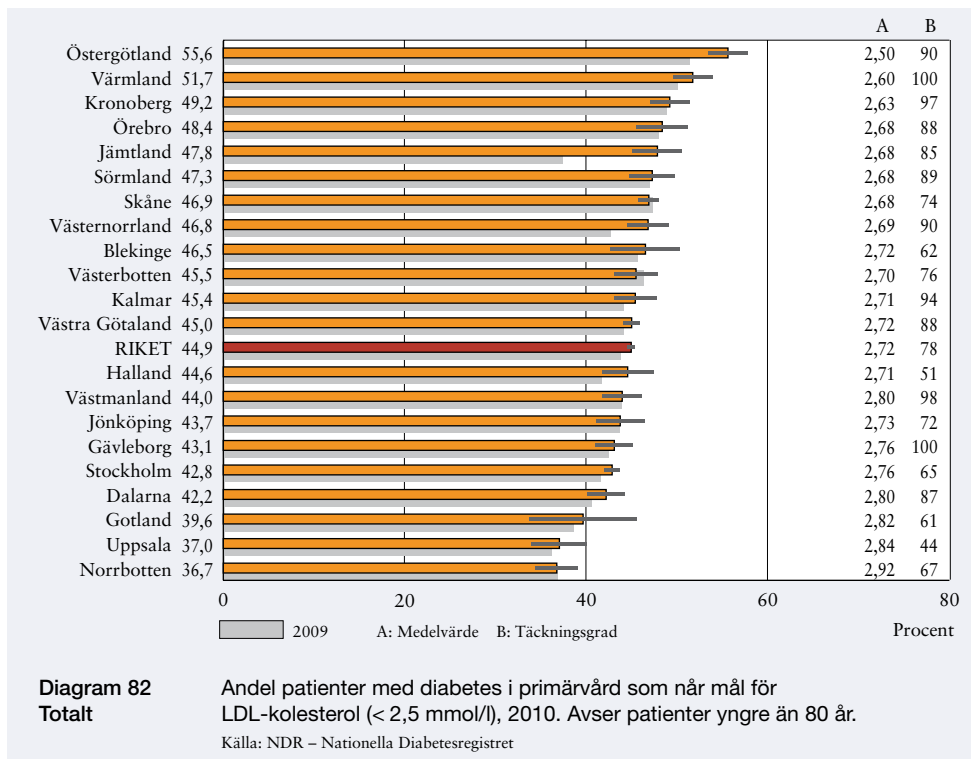


Diagram 81
Sjukhus

Andel patienter med typ 1-diabetes som når mål för blodtryck (< 130/80 mmHg), 2010.

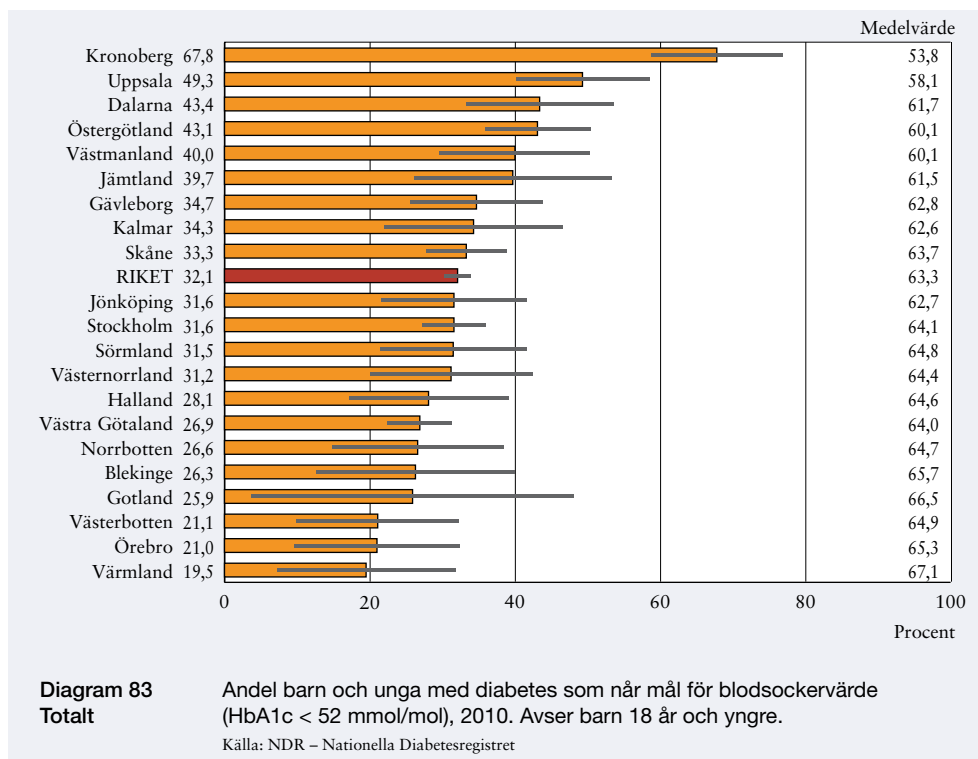
Källa: NDR – Nationella Diabetesregistret

Procent



yngre än 80 år som når detta mål. Jämförelsen baseras på drygt 130 000 patienter i primärvård.

I diagram 82 framgår att i riket som helhet nås behandlingsmålet bara av knappt 45 procent av patienterna. Fler män än kvinnor når målnivån. Det finns klara skillnader mellan de olika landstingen, med en variation mellan landsting på nästan 20



procentenheter. Bara i två landsting nås målen för fler än hälften av patienterna i denna åldersgrupp.

Andelen som behandlas med blodfettssänkande läkemedel har enligt NDR mer än fördubblats på några år, så att 62 procent av patienterna i primärvården får blodfettssänkande behandling. Den låga måluppfyllelsen och variationen mellan landsting tyder på att en klar underbehandling fortfarande råder. Det finns anledning att skärpa följsamheten till riktlinjerna och uppföljningen av behandlingen.

83 Måluppfyllelse för blodsockervärde – barn

Diabetes är den näst vanligaste kroniska sjukdomen hos barn och ungdomar i Sverige och medför risk för allvarliga komplikationer senare i livet. Nästan 800 barn insjuknar i diabetes varje år. Det finns cirka 7 700 barn med diabetes som får sin vård vid barnklinikerna i Sverige. Nästan alla, cirka 7 500, har typ 1-diabetes.

Samtliga barn och ungdomar med diabetes ingår i SWEDIABKIDS, ett nationellt kvalitetsregister för barn och ungdomsdiabetes. Registret kartlägger vilka resultat som uppnås inom barndiabetesvården och belyser följsamheten till vårdprogrammet.

För barn- och ungdomsdiabetesvården finns flera kvalitetsindikatorer och behandlingsmål för dessa. En av de allra viktigaste indikatorerna är medelblodsocker (HbA1c). Individer med högt HbA1c löper betydligt högre risk för komplikationer.

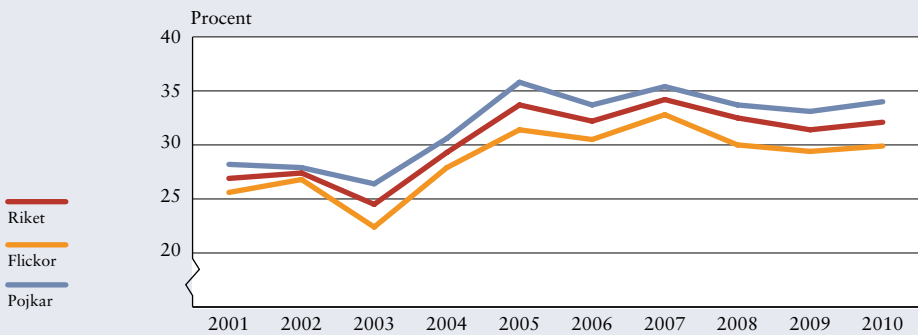


Diagram 83 Andel barn och unga med diabetes som når mål för blodsockervärde (HbA1c < 52 mmol/mol). Avser barn 18 år och yngre.

Källa: NDR - Nationella Diabetesregistret

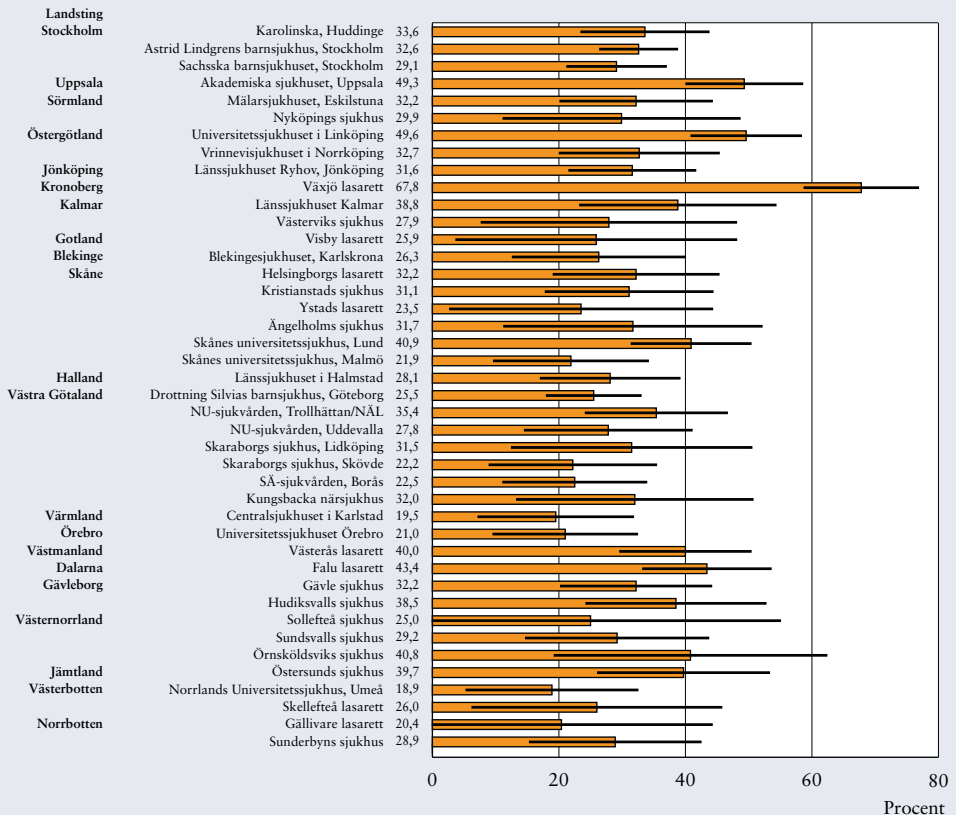


Diagram 83 Andel barn och unga med diabetes som når mål för blodsockervärde (HbA1c < 52 mmol/mol), 2010. Avser barn 18 år och yngre.

Källa: NDR - Nationella Diabetesregistret

Vid barndiabetesmottagningarna kontrolleras HbA1c som regel fyra gånger per år. Ett högt värde föranleder åtgärder i behandlingen, som handlar om balansen mellan kost, motion och insulinbehandling. Redan efter en månad med bättre behandling kan värdet ha förbättrats märkbart.

Vårdprogrammet har ett målvärde där HbA1c ska vara lägre än 52 mmol/mol. Svårigheten kan ibland vara att barnet/ungdomen har ett för lågt värde, med risk för blodsockerfall. I diagram 83 redovisas andelen barn med ett årsmedel-HbA1c under 52 mmol/mol. I riket som helhet uppnådde drygt 32 procent av barnen år 2010 detta mål, 30 procent av flickorna och 34 procent av pojkarna.

Möjligtvis kan detta utfall anses vara för lågt, men en ålderjustering av målvärdet skulle ge klarare bild, då det är allmänt känt att det är framförallt inom tonårsgruppen som de flesta höga värden förekommer. Internationellt sett har Sverige låga HbA1c-värden bland barn och ungdomar. Att variationen mellan landstingen är relativt stor visar att det finns en förbättringspotential i många landsting.

De senaste åren har skillnaden i HbA1c mellan klinikerna varit föremål för diskussion inom professionen. För att bra resultat skall nås är en tydlig målbeskrivning vad gäller HbA1c viktig, liksom att de som arbetar i teamet framför samma budskap till patienterna. Regelbundna teamträffar är värdefulla. I ett aktuellt avhandlingsarbete har inget tydligt samband mellan HbA1c och mer "hårda" data noterats. Med hårda data menas exempelvis insulindos, typ av insulinbehandling med mera.

84 Amputation vid diabetes

Nedsatt blodcirkulation i benen är en allvarlig komplikation vid långvarig diabetes. Vid sådan uttalad försämrad perifer cirkulation finns det risk för vävnadsdöd i fötter och ben, en komplikation som kan vara livshotande. För att behandla detta kan man tvingas att amputera delar av benet.

Det finns i huvudsak tre faktorer som ökar risken för amputation på grund av kärlsjukdom: Hög ålder, rökning och diabetes. Om man inte tillhör någon av dessa grupper är risken att bli amputerad liten. Förebyggande information och god fotvård är viktigt för att minska antalet amputationer. Hos diabetiker har välanpassade skor, dagliga inspektioner av fötterna för att tidigt hitta sår och tidig och korrekt behandling av uppkomna sår visats minska risken för amputation. Rökstopp är särskilt viktigt.

I god fotvård och tidig intervention kan amputation av delar av framfötter och tår ingå, så kallad mindre amputation. Genom tidig mindre amputation kan man förhindra eller fördröja försämrad cirkulation och vävnadsdöd högre upp i benet. En sådan mindre amputation ger, om den läker komplikationsfritt, oftast god funktion och bibehållen hälsorelaterad livskvalitet.

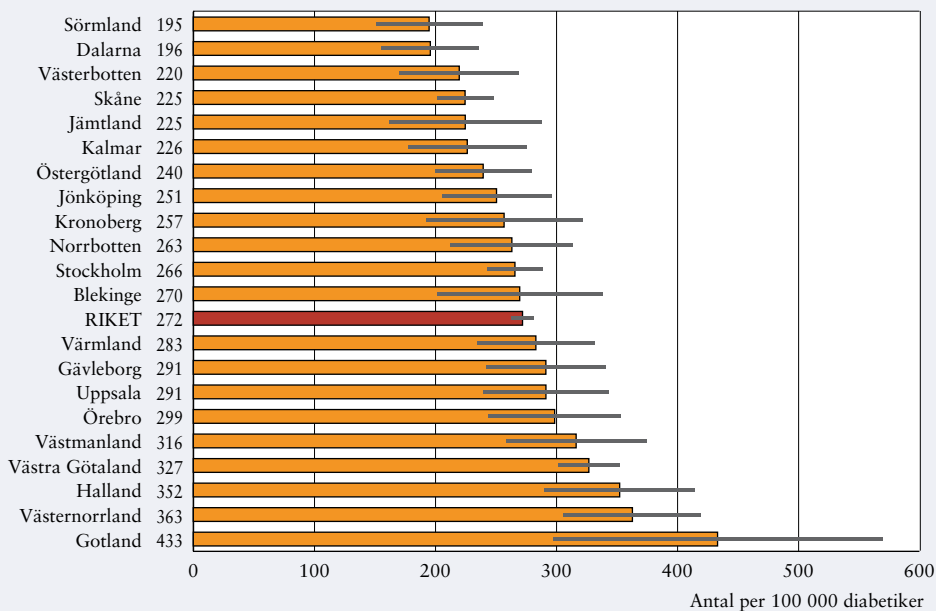


Diagram 84 Antal amputerade ovan fotled per 100 000 patienter med diabetes, 2007–2010. Avser patienter 40 år och äldre med diabetesläkemedel.

Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

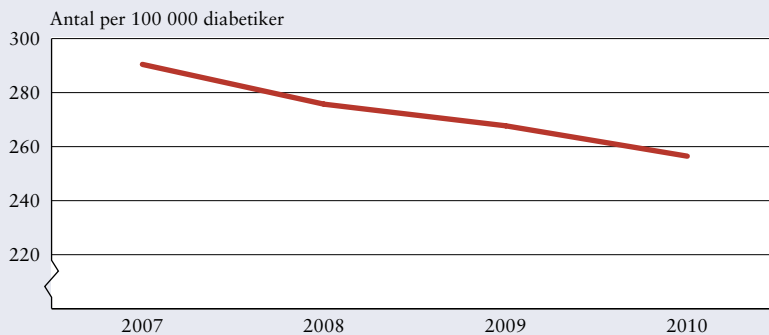


Diagram 84 Antal amputerade ovan fotled per 100 000 patienter med diabetes, Avser patienter 40 år och äldre med diabetesläkemedel.

Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

En amputation ovan fotled brukar benämnas som större och kan i många fall ses som ett tecken på för sent insatta åtgärder från diabetesvården. Årligen görs drygt 800 sådana större amputationer bland de över 300 000 läkemedelsbehandlade diabetespatienterna i åldern 40 år och äldre. Antalet som genomgår en mindre amputation är lite mer osäkert då dessa mindre amputationer inte alltid registreras.

I diagram 84 visas antalet diabetespatienter som genomgår en amputation ovan fotled, per 100 000 läkemedelsbehandlade diabetiker åren 2007–2010. På grund av relativt få fall redovisas för länen sammanslagna data för båda könen för fyraårsperioden. I riket amputerades 257 per 100 000 läkemedelsbehandlade patienter under året 2010.

Varianter av detta mått används ofta internationellt, bland annat har Sverige lämnat data till en jämförelse inom OECD. Måttet speglar inte kvaliteten i dagens diabetesvård, utan snarare den vård som gavs för 5–10 år sedan. Då en amputation ovan fotled är ett mycket stort ingrepp för patienten, med efterföljande funktionsnedsättning och stora kostnader för samhället, är det viktigt att följa utvecklingen.

85 Metformin och nedsatt njurfunktion

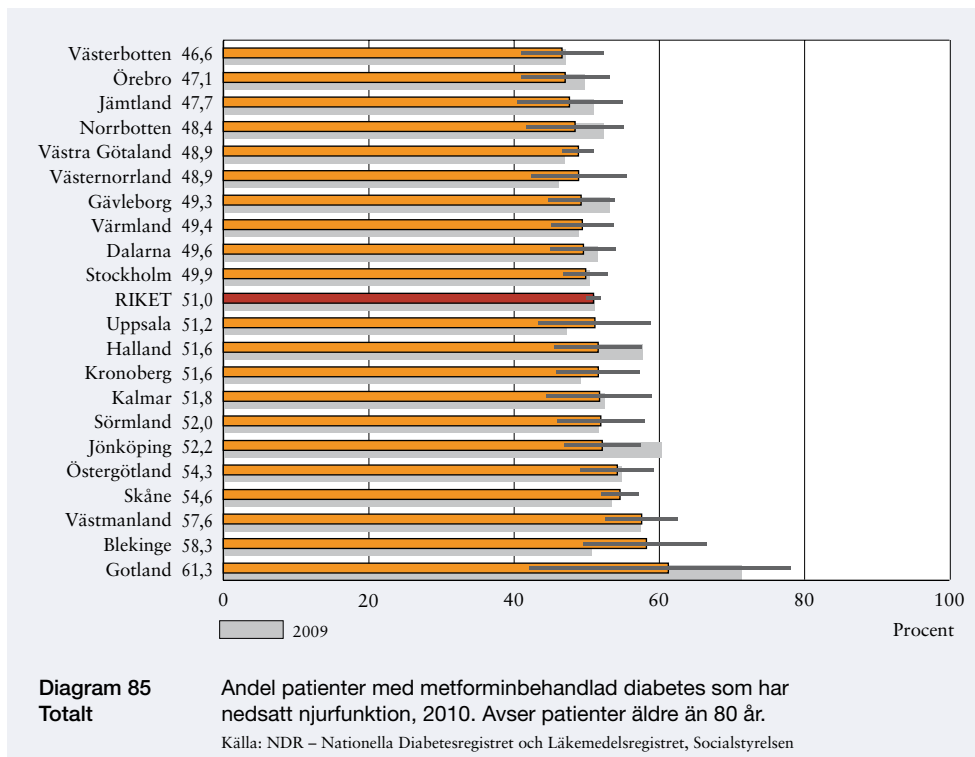
Metformin är idag förstahandsmedel vid behandling av diabetes typ 2 över hela världen. Medlet är väl beprövat och har en rad positiva effekter på den metabola rubbningen vid denna sjukdom; insulinkänsligheten ökar med sänkt blodglukos som följd och även risken för hjärt-kärlsjukdomar minskas. Socialstyrelsens riktlinjer för diabetesvård lyfter dock fram och ifrågasätter användningen av metformin för en grupp patienter, de som har nedsatt njurfunktion.

Metformin utsöndras helt via njurarna vilket gör att gravt nedsatt njurfunktion kan leda till ansamling av metformin i blodet och då ge upphov till det sällsynta men allvarliga och ibland dödliga tillståndet mjölksyreacidosis. I svensk FASS-text för metformin har angivits en gräns för nedsatt njurfunktion till s-Kreatinin 130 $\mu\text{mol/L}$ alternativt Kr-clearance (eGFR) på 60 ml/min (enligt Cockcroft-Gault formeln). Under denna gräns rekommenderas inte behandling med metformin. I övriga världen tillåter man ofta behandling under denna gräns.

En nyligen publicerad svensk studie tyder på att njurfunktionen sannolikt behöver vara gravt nedsatt för att risken för mjölksyreacidosis ska uppstå. Det är däremot väl känt att alla former av allvarlig sjukdom kan leda till snabbt försämrad njurfunktion och att den risken ökar med stigande ålder. Att sluta ta metformin vid allvarlig sjukdom är sannolikt den viktigaste åtgärden för att förhindra uppkomst av mjölksyreacidosis.

I diagram 85 visas andelen patienter som har nedsatt njurfunktion, av alla patienter över 80 år med metforminbehandling. Totalt ingår ca 9 900 patienter med metforminbehandling i underlaget, varav drygt 5 600 kvinnor. Jämförelsen baseras på uppgifter från en samkörning mellan NDR och Läkemedelsregistret. Ingår gör alla patienter i NDR som har minst tre uttag av metforminpreparat under mätperioden och för vilka information om njurfunktion finns före läkemedelsuttaget.

I riket har drygt 50 procent av patienterna över 80 år med metforminbehandling nedsatt njurfunktion. Problemet är således större för kvinnor än för män. Den centrala iakttagelsen är emellertid att betydande andelar äldre män och kvinnor



behandlas med metformin, trots att deras njurfunktion är sämre än den som hittills angivits som gräns för behandling i FASS.

I verkligheten kan det röra sig om betydligt fler patienter än de som ingick i underlaget för denna jämförelse, eftersom alla patienter med diabetes inte registreras i NDR.

Flera aspekter är viktiga. Det bör understrykas att det är otillräckligt att enbart mäta kreatinin vid värdering av njurfunktionen, framför allt hos äldre personer. Val av gränser för när metformin inte skall ges eller skall dosreduceras behöver eventuellt omformuleras, vilket har skett i vissa andra länder. Metformin skall inte ges om det finns risk för snabb försämring av njurfunktionen. Denna risk är stor vid hög ålder och vid redan nedsatt njurfunktion. En ytterligare aspekt är att metformin alltid skall avbrytas vid allvarlig sjukdom och att patienterna bör vara informerade om detta. Inte minst i det senare avseendet kan det finnas en förbättringspotential.

Resultaten kan användas i förbättringsarbete och till exempel uppmuntra till systematiska läkemedelsgenomgångar bland äldre personer med diabetes.

HJÄRTSJUKVÅRD

Hjärt-kärlsjukdom är den vanligaste orsaken till död och en av de vanligaste orsakerna till invaliditet i Sverige. Akut hjärtinfarkt, som 2008 drabbade närmare 35 000 individer, är den vanligaste dödsorsaken bland hjärt-kärlsjukdomarna. Vården av akut hjärtinfarkt har genomgått snabba förändringar under den senaste tioårsperioden, vilket medfört en påtagligt minskad dödlighet.

Här redovisas 18 indikatorer, som nästan alla ingår i den större rapport om hjärtsjukvård som Socialstyrelsen publicerade 2009. De flesta avser hjärtinfarkt eller den vidare gruppen ischemisk hjärtsjukdom. Även indikatorer för hjärtsvikt, hjärtrytmrubbning och hjärtstopp utanför sjukhus redovisas.

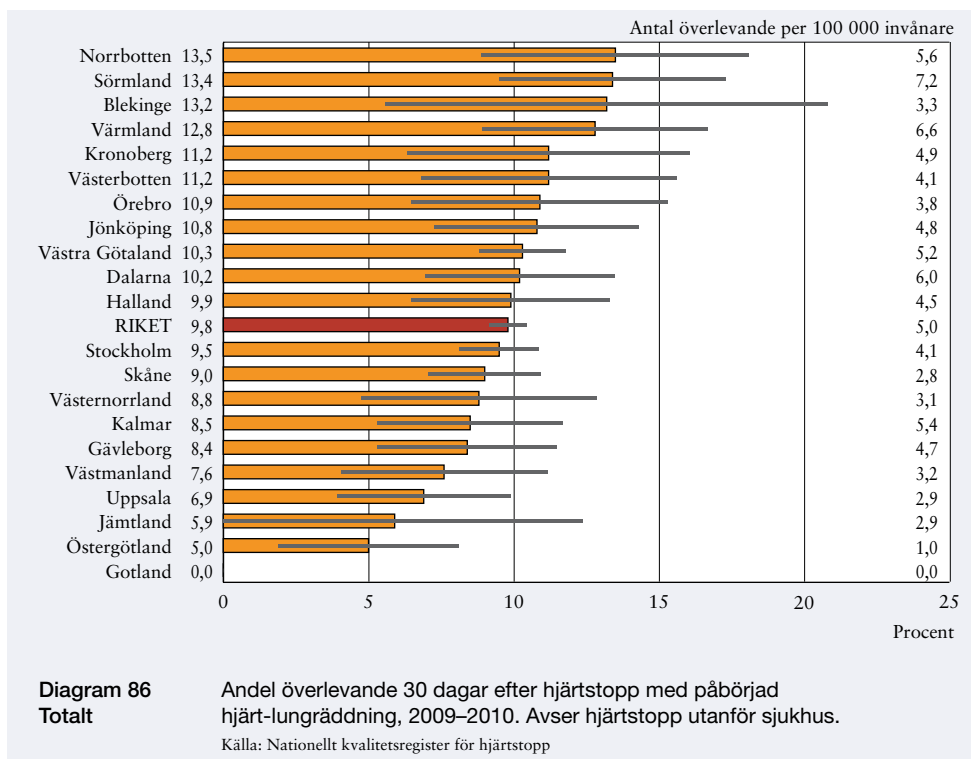
Både hälsodataregister vid Socialstyrelsen och Nationella Kvalitetsregister är källor till indikatorerna. Bortsett från RIKS-HIA presenteras kvalitetsregistren i samband med respektive indikator, då även täckningsgrad och andra aspekter på datakvalitet kommenteras.

Kvalitetsregistret RIKS-HIA, som nu ingår i det större hjärtregistret SWEDHEART, är källa till fyra av indikatorerna. Där registreras uppgifter om de infarktpatienter som är intagna för hjärtintensivvård vid sjukhusen. Alla landets 71 sjukhus som bedriver akut hjärtsjukvård deltar, men vid alla sjukhus finns infarktpatienter som inte rapporterats till RIKS-HIA.

Rapporteringen till RIKS-HIA för 2010 har jämförts med den till Patientregistret (PAR), i en jämförelse av registrens täckningsgrad. I riket som helhet fanns det detta år drygt 27 800 fall av hjärtinfarkt. 67,3 procent av dessa rapporterades till RIKS-HIA, medan PAR hade 99 procent av fallen. Drygt 8 800 fall med hjärtinfarktdiagnos rapporterades inte till RIKS-HIA. Variationen mellan sjukhusen är större än mellan landstingen. Jämförelsen av täckningsgrad mellan RIKS-HIA och PAR återfinns i bilaga 2.

Den ojämna täckningsgraden bör tas i beaktande när data från RIKS-HIA tolkas, framförallt för de indikatorer som avser icke-ST-höjningsinfarkt. Om olika kategorier av hjärtinfarktpatienter inkluderas i data för de olika landstingen kan detta påverka resultaten av jämförelserna.

I ett separat textblock redovisas för sjukhus dödlighet efter hjärtinfarkt, justerat för även andra faktorer än ålder. I förra årets rapport beskrevs en sådan case-mixjustering med hjälp av data från Patientregistret. I år är källan RIKS-HIA, som registrerar flera uppgifter om patienternas tillstånd än de som finns i Patientregistret. Syftet är framförallt att undersöka i vilken mån resultaten för sjukhusen förändras när man tar hänsyn till dessa ytterligare faktorer.



86 Överlevnad vid hjärtstopp utanför sjukhus

En stor andel av de personer som dör på grund av hjärtsjukdom avlider redan före ankomst till sjukhus på grund av ett plötsligt hjärtstopp. Hjärtstoppet föregås nästan alltid av ett kammarflimmer. Den viktigaste behandlingen för flertalet av dessa personer är en elektrisk chock över hjärtat med en så kallad hjärtstartare, en defibrillator, som kan återföra hjärtat till normal funktion. Det tar dock i de flesta fall alltför lång tid från hjärtstoppet till den elektriska behandlingen för att patienten skall överleva. Sannolikheten att överleva ökar dramatiskt om personens andning och cirkulation kan hållas igång på konstgjord väg i väntan på ambulansens ankomst, med hjärt-lungräddning (HLR).

I Sverige är cirka tre miljoner personer utbildade i HLR, vilket ger förutsättningar för att personer med hjärtsjukdom som drabbas av hjärtstopp utanför sjukhus skall kunna överleva. Bland samtliga hjärtstopp som bevitnats av en så kallad bystander får idag 68 procent HLR före ambulansens ankomst, vilket är en hög andel i en internationell jämförelse och ett resultat av ett stort ideellt engagemang i HLR-utbildning.

Uppgifter om hjärtstopp utanför sjukhus rapporteras till kvalitetsregistret Nationellt Register för Hjärtstopp. I registret skall ingå alla patienter som drabbas av hjärtstopp utanför sjukhus och där någon form av behandling påbörjas av ambulanspersonal eller före ambulanspersonalens ankomst.

Registret täcker samtliga ambulansorganisationer i landet. Man uppskattar täckningsgraden på individnivå till cirka 80 procent, med en klar ökning under de senaste åren. Under 2010 rapporterades 4 514 fall till registret. En iakttagelse är att antalet rapporterade fall per 100 000 invånare per år varierar påtagligt mellan landstingen, från 22 till 63. Detta kan tyda på en ojämn täckningsgrad, men även på en variation i andelen fall där HLR startas.

Indikatorn visar andelen personer med hjärtstopp utanför sjukhus som var vid liv 30 dagar efter hjärtstoppet, av alla patienter där HLR startats. Jämförelsen baseras på 8 090 fall under perioden 2009–2010.

I riket överlevde knappt 10 procent i 30 dagar, med en variation mellan landstingen från fem procent (noll för Gotland, men med få fall) till drygt 13 procent. Sedan år 2002 har andelen som överlevde i 30 dagar i riket mer än fördubblats, från 4,2 procent till 9,8 procent år 2010. Till höger i diagrammet visas per landsting antalet överlevande per 100 000 invånare.

Resultatet för landstingen påverkas av många faktorer, även utöver det akuta omhändertagandet i ambulansorganisationen och vid sjukhus. Bland dem är patientens ålder, hjärtsjukdomens svårighet, och annan samtidig sjukdom, men även sådant som tillgången till hjärtstartare på offentliga platser och tid till och skicklighet vid den HLR som utförs innan ambulans anländer.

87 Dödlighet efter hjärtinfarkt

Risken att dö inom 28 dagar efter hjärtinfarkt (letalitet eller case fatality) är en internationellt etablerad indikator på hur väl sjukvården klarar det akuta omhändertagandet efter hjärtinfarkt. Måttet avser att mäta kvaliteten i hela vårdkedjan, från den förebyggande verksamheten till ambulansverksamheten, det akuta omhändertagandet och efterföljande vård.

I diagram 87 återges landstingens resultat för perioden 2008–2010 i en jämförelse med åren 2005–2007. Inom stapeln för den totala 28-dagarsdödligheten anges också andelen som avled utanför akutsjukvården. Som hjärtinfarkt har räknats alla fall med någon diagnos för hjärtinfarkt i Dödsorsaksregistret eller Patientregistrets slutenvårdsdel. Därmed ingår både de fall som sjukhusvårdades initialt och de som dog med dödsorsaken akut hjärtinfarkt utan att ha vårdats vid sjukhus.

Variationer i dödlighet mellan landstingen kan ha flera orsaker. Utöver att tillförlitligheten i diagnosättning spelar roll, så påverkar skillnader i bakgrundsfaktorer såsom annan sjuklighet, sociala faktorer samt skillnader i befolkningens benägenhet att söka vård. Direkt sjukvårdsrelaterade faktorer kan vara avståndet till akutsjukhus, ambulansverksamhetens effektivitet och det akuta omhändertagandet på sjukhus.

Mellan åren 1990 och 2000 minskade den åldersstandardiserade 28-dagarsletaliteten med 10 procentenheter för både kvinnor och män. Ur diagrammet kan utläsas att i nästan alla landsting har minskningen fortsatt, om än i varierande takt.

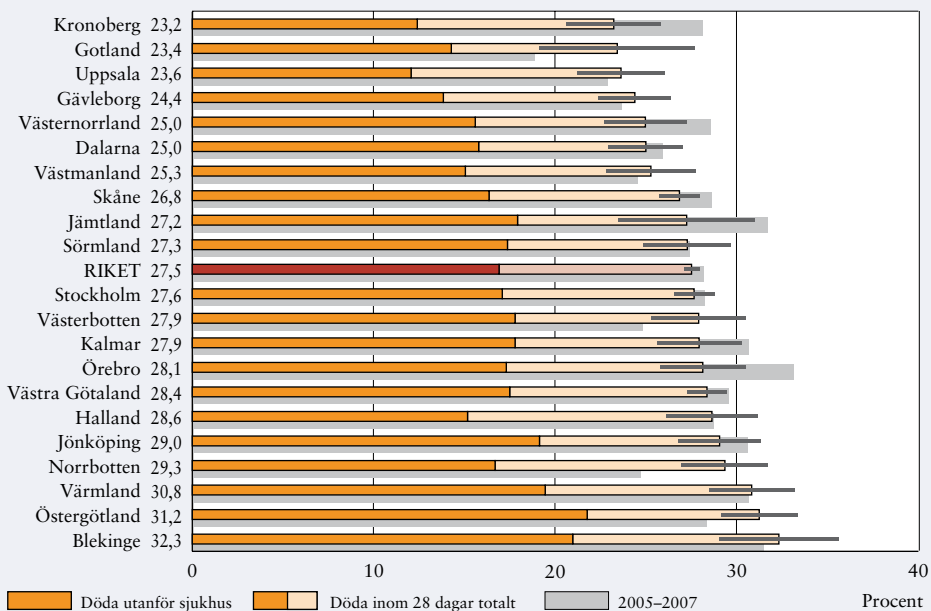


Diagram 87
Kvinnor

Andel döda inom 28 dagar efter hjärtinfarkt, 2008-2010. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

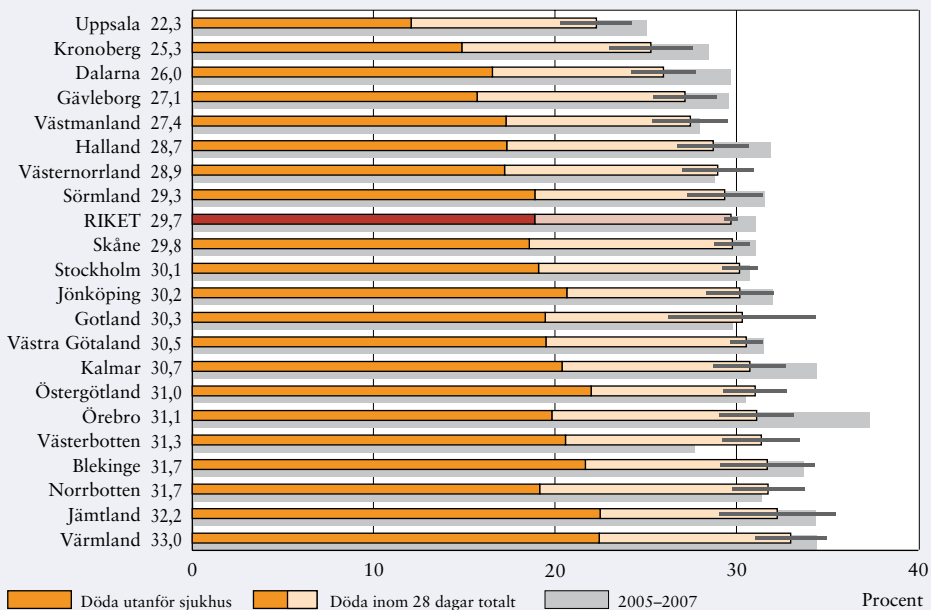


Diagram 87
Män

Andel döda inom 28 dagar efter hjärtinfarkt, 2008-2010. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

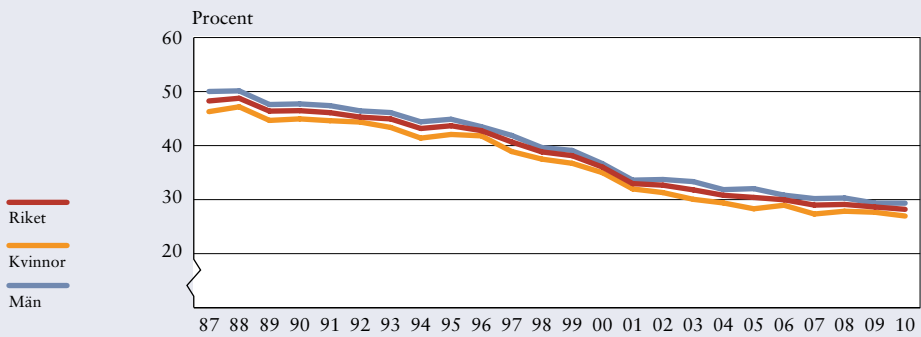


Diagram 87
Riket

Andel döda inom 28 dagar efter hjärtinfarkt. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

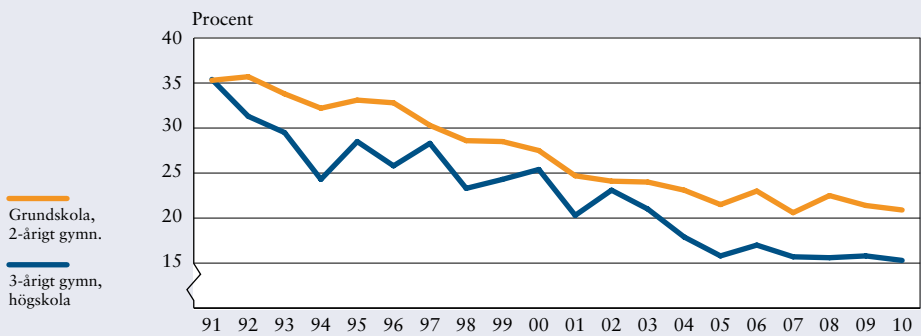


Diagram 87A
Kvinnor

Andel döda inom 28 dagar efter hjärtinfarkt efter utbildning. Åldersstandardiserade värden. Avser personer 35–79 år.

Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen och Registret över befolkningens utbildning, Statistiska centralbyrån

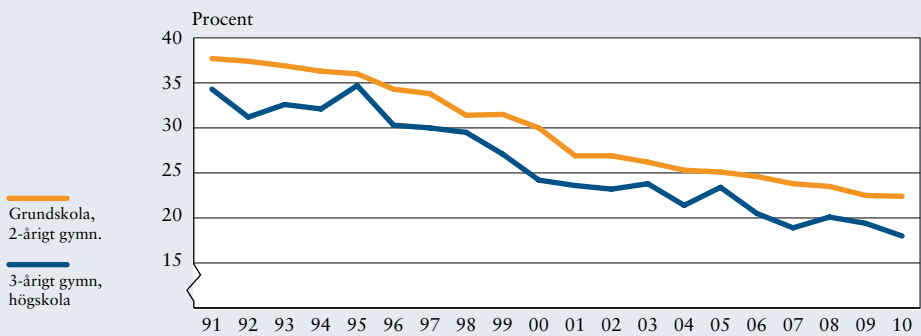


Diagram 87A
Män

Andel döda inom 28 dagar efter hjärtinfarkt efter utbildning. Åldersstandardiserade värden. Avser personer 35–79 år.

Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen och Registret över befolkningens utbildning, Statistiska centralbyrån

Under år 2009 drabbades drygt 20 000 män och drygt 14 500 kvinnor av hjärtinfarkt. Av de drabbade dör knappt en tredjedel inom 28 dagar efter infarkt. Cirka 6 500 dör med infarkt som diagnos utanför akutsjukvården varje år. Uppgifterna för år 2010 är fortfarande preliminära, eftersom en del infarktfall som skrevs in vid sjukhus detta år skrevs ut först under 2011 och ingår därför inte i statistiken.

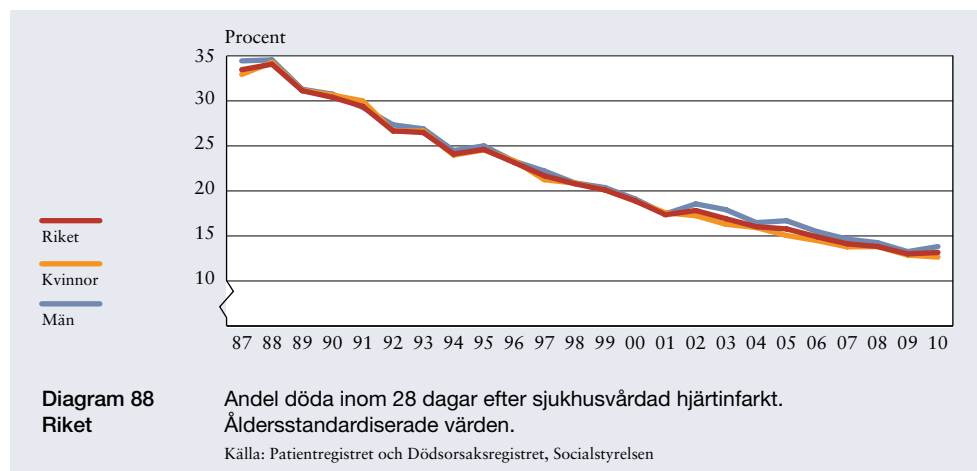
En felkälla att notera är att andelen obducerade bland äldre, icke sjukhusvårdade är låg. Osäkerheten i diagnossättning vid fastställande av dödsorsak kan vara större bland dessa. Men det är ändå viktigt att ta med dessa dödsfall i måttet, eftersom de påtagligt påverkar dödligheten och sammansättningen av de patienter som sjukhusvårdas.

88 Dödlighet efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt

Detta mått avser att mäta kvaliteten i det akuta omhändertagandet av hjärtinfarkt-patienter och i den efterföljande vården på sjukhus. Även detta är internationellt etablerat. De två svenska centra som ingick i WHO:s MONICA-projekt uppvisade en mycket låg dödlighet bland hjärtinfarktpatienter på sjukhus, i en jämförelse med övriga centra i 24 länder. Att mäta korttidsöverlevnaden endast bland sjukhusvårdade är i många länder det mått som är möjligt att ta fram.

Jämförelsen i diagram 88 baseras på alla fall med någon diagnos för hjärtinfarkt som sjukhusvårdades initialt under åren 2008–2010. Samtliga fall i åldrarna 20 år eller över ingår. Åldersstandardisering har gjorts, för att ta hänsyn till att åldersstrukturen skiljer sig åt mellan könen och mellan landstingen. Motsvarande värde för åren 2005–2007 återges i den skuggade stapeln.

Under senare år vårdas mellan 11 000 och 12 000 kvinnor och närmare 17 000 män årligen på sjukhus för akut hjärtinfarkt. Bland samtliga sjukhusvårdade hjärtinfarktpatienter åren 2008–2010 dog drygt 13 procent inom 28 dagar och en tredjedel inom ett år. Efter åldersstandardisering har männen numera bara en något högre



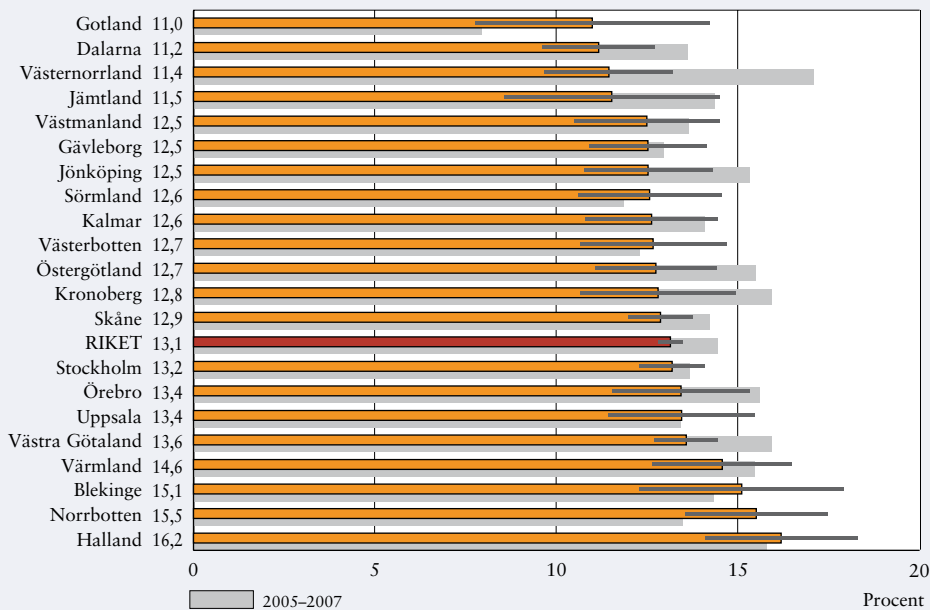


Diagram 88
Kvinnor

Andel döda inom 28 dagar efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt, 2008-2010. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

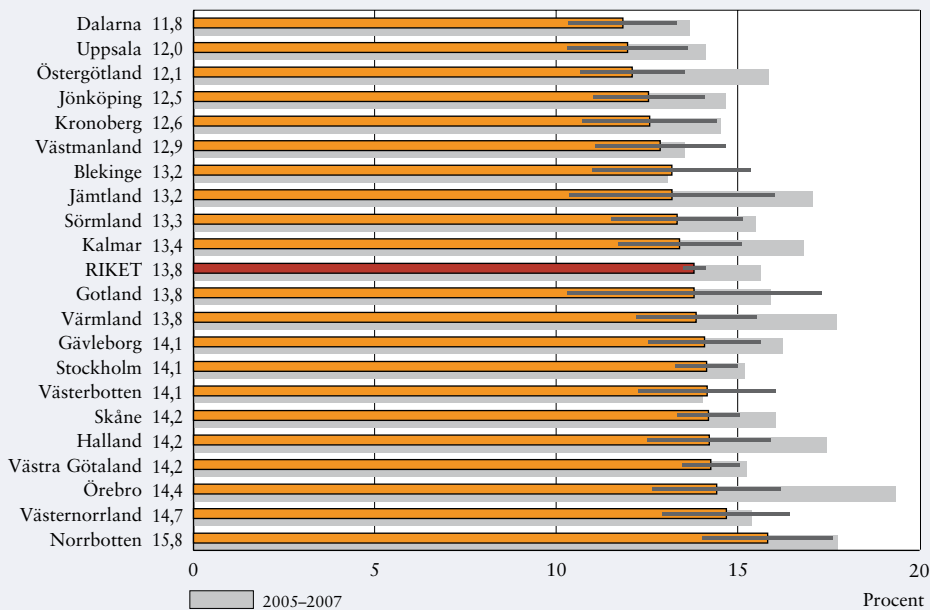


Diagram 88
Män

Andel döda inom 28 dagar efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt, 2008-2010. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

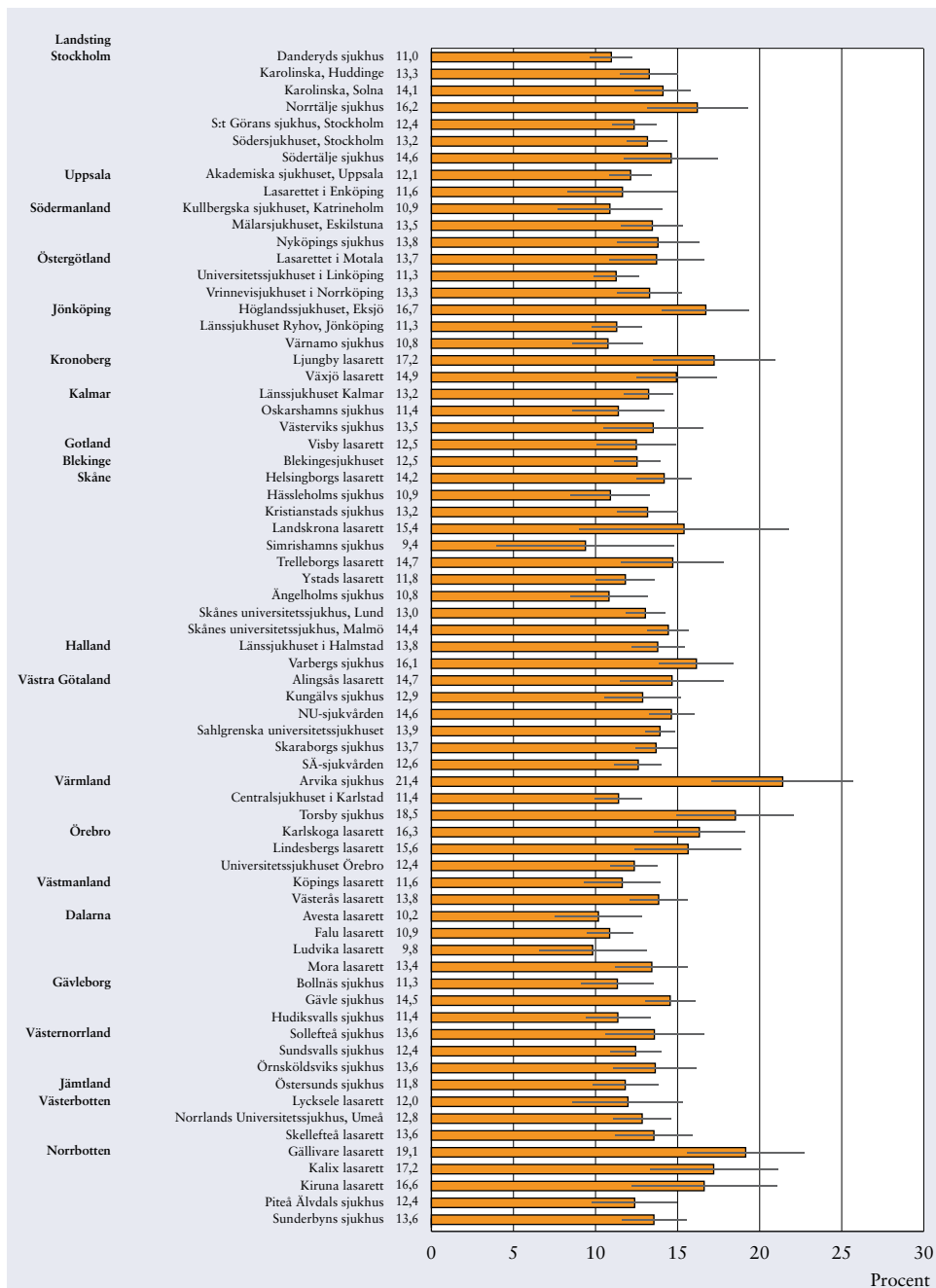


Diagram 88
Sjukhus

Andel döda inom 28 dagar efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt, 2008–2010. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

dödlighet efter hjärtinfarkt än vad kvinnorna har. I riket har dödligheten minskat med drygt en procentenhet för kvinnorna och närmare två procentenheter för männen sedan perioden 2005–2007.

Efter att hänsyn tagits till skilda åldersfördelningar har männen således en högre dödlighet efter infarkt än kvinnorna, både i kategorin alla med hjärtinfarkt och i den kategori som sjukhusvårdats. Men skillnaden till männens nackdel är större i den förra gruppen. Männens överdödlighet är betydligt lägre bland de fall som sjukhusvårdats.

89 Ny infarkt eller död i ischemisk hjärtsjukdom

Indikatorn mäter andelen hjärtinfarktpatienter som skrevs ut från sjukhus och som inom 365 dagar fick en ny infarkt eller avled i annan ischemisk hjärtsjukdom som underliggande dödsorsak inom 365 dagar efter utskrivningen. Ischemisk hjärtsjukdom är sjukdomar orsakade av försämrade syretillförsel till hjärtat. Andelen patienter som avled eller fick en ny infarkt kan vara ett resultat både av vårdinsatsen i det akuta skedet och av sekundärpreventiva åtgärder. En grundläggande faktor som påverkar utfallet är självfallet patientens tillstånd före och efter den första infarkten.

Jämförelsen omfattar 39 000 patienter i alla åldrar som sjukhusvårdats under åren 2008–2009 med hjärtinfarkt som huvud- eller bidiagnos och som sedan skrevs ut. Endast patienter utan en registrerad infarkt under de sju föregående åren ingår. På detta sätt speglas vården av förstagångsinsjuknade patienter. Ett motiv för att inkludera död i annat än hjärtinfarkt är att utfallet i mindre utsträckning påverkas av skillnader i dödsorsaksdiagnostisering och valet mellan hjärtinfarkt och annan ischemisk hjärt-diagnos. Även dödlighet utan föregående sjukhusvård är inkluderad. Åldersstandardisering har gjorts. Källorna är Patientregistret och Dödsorsaksregistret.

I riket som helhet och för båda könen totalt fick knappt 14 procent av patienterna en ny infarkt eller avled i ischemisk hjärtsjukdom inom 365 dagar. Skillnaden mellan könen var ungefär en procentenhet, till kvinnornas fördel. Under femårsperioden 2004 till 2009 har andelen återinfarkter och död minskat med cirka två procentenheter.

Variationen mellan landstingen är ganska stor och sträcker sig från cirka nio procent till cirka 16 procent.

Det är inte möjligt att ange en nivå för önskat eller optimalt utfall. Viss vägledning kan fås genom variationen mellan landsting. Det finns en betydande variation avseende hur många patienter som avlider i hjärtinfarkt utan att ha sjukhusvårdats (se indikator 87). Detta innebär att även annat än vårdinsatserna på sjukhus spelar roll, också för denna indikator: sjukvårdsrådgivning, larmcentral och ambulanssjukvård, till exempel.

Det finns felkällor. Med en låg andel obducerade bland äldre avlidna är osäkerheten i diagnosättning större för dödsfall som sker utan initial sjukhusvård. Variation i denna diagnosättning påverkar resultaten. Å andra sidan skulle en uppföljning endast avseende sjukhusvård för infarkt påverkas just av andelen infarktfall som aldrig kommer till sjukhus. En stor andel som inte sjukhusvårdas får då andelen

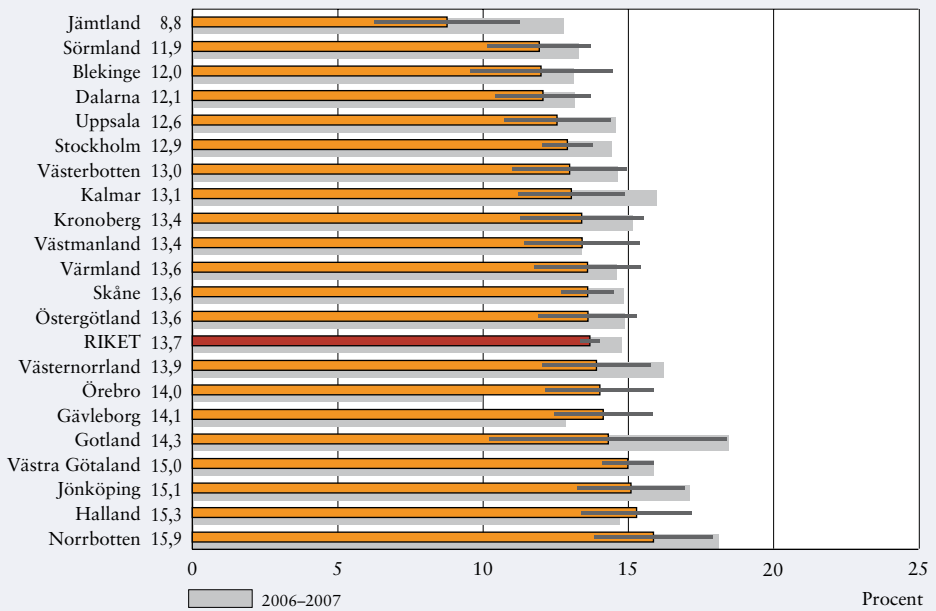


Diagram 89 **Totalt** Andel patienter som får ny hjärtinfarkt eller avlider i ischemisk hjärtsjukdom inom 365 dagar, 2008-2009. Åldersstandardiserade värden.
Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

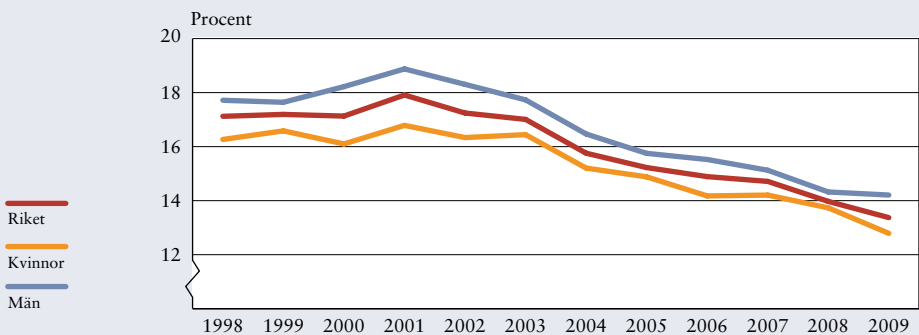


Diagram 89 **Riket** Andel patienter som får ny hjärtinfarkt eller avlider i ischemisk hjärtsjukdom inom 365 dagar. Åldersstandardiserade värden.
Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

återinsjuknade att se lägre ut. En del av osäkerheten i diagnossättningen av de döda utanför sjukhus har sannolikt minskats genom att även döda i annan ischemisk hjärtsjukdom som underliggande dödsorsak har inkluderats i utfallet.

Justering för casemix vid analys av dödlighet efter hjärtinfarkt i RIKS-HIA

Ett problem vid jämförelser av dödlighet efter hjärtinfarkt mellan regioner, länsting och sjukhus är att dödligheten påverkas av skillnader i patientsammansättningen, så kallad casemix. Med detta begrepp avses skillnader i demografi (ålder och kön), riskfaktorer, bakomliggande sjuklighet (komorbiditet), den aktuella sjukdomens (infarktens) svårighetsgrad och andra faktorer, såsom patientens socioekonomiska status. Kvalitetsregistret RIKS-HIA har i en modell analyserat den påverkan på dödlighet efter hjärtinfarkt som casemix kan ha.

Genom bearbetning av data ur RIKS-HIA för åren 2005–2008 har en uppsättning av viktiga faktorer som kan påverka dödligheten tagits fram. Dödligheten ett år efter infarkt för åren 2008 och 2009 analyseras. I modellen justeras för skillnader i ålder, kön, förekomst av rökning, diabetes, hypertoni, tidigare hjärtinfarkt, hjärtsvikt, stroke, tidigare by pass-kirurgi eller PCI, ambulanstransport, hjärtlungräddning innan ankomst, rytm på EKG vid ankomst, hjärtfrekvens, systoliskt blodtryck vid ankomst, typ av hjärtinfarkt och förekomst av lungrassel vid ankomst. Bara patienter där uppgift finns om samtliga ovanstående faktorer ingår i analysen, totalt 23 208 patienter. Detta gör att vissa sjukhus får färre fall, vilket resulterar i vidare konfidensintervall.

Den högra delen av figur D1 visar för varje sjukhus den faktiska ettårsdödligheten efter infarkt som en ofylld cirkel. Ju fler patienter som vårdades på sjukhuset, ju större är cirkeln. Den fyllda cirkeln visar istället den förväntade dödligheten, givet patienternas bakgrundsfaktorer. Gröna cirklar anger att dödligheten är lägre än förväntat och röda cirklar anger att den är högre än förväntat.

Den vänstra delen av figuren visar skillnaden mellan faktisk och förväntad dödlighet tillsammans med ett 95-procentigt konfidensintervall för denna skillnad. Sjukhus med värden till vänster om noll-värdet har en faktisk dödlighet som är lägre än den förväntade, vilket tyder på ett bättre resultat än vad sjukhus med värden till höger om noll-värdet har. Konfidensintervallet visar området inom vilket det "sanna" värdet med 95 procents säkerhet ligger.



Figur D1 Faktisk respektive förväntad dödlighet 1 år efter hjärtinfarkt, 2008–2009

Figur D2 visar två så kallade funnel plots. Den övre visar den faktiska 1-årsdödligheten efter infarkt på respektive sjukhus, utan hänsyn tagen till skillnader i patientsammansättning. På den vågräta axeln fördelas sjukhusen efter antal fall av hjärtinfarkt under de två åren 2008–2009, med sjukhus med få fall till vänster och vice versa. Det röda vågräta strecket anger medianvärdet för sjukhusens dödlighet.

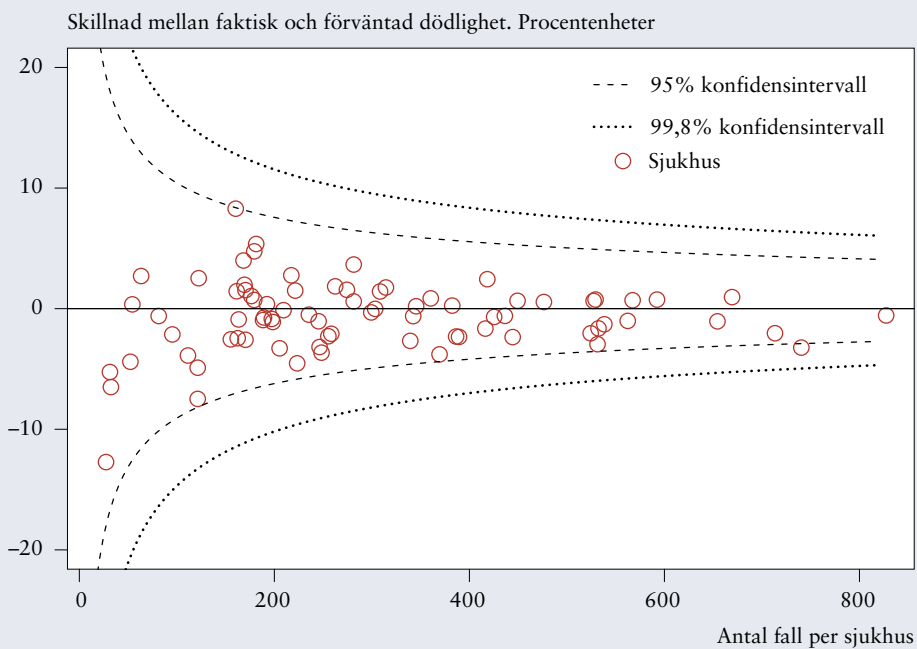
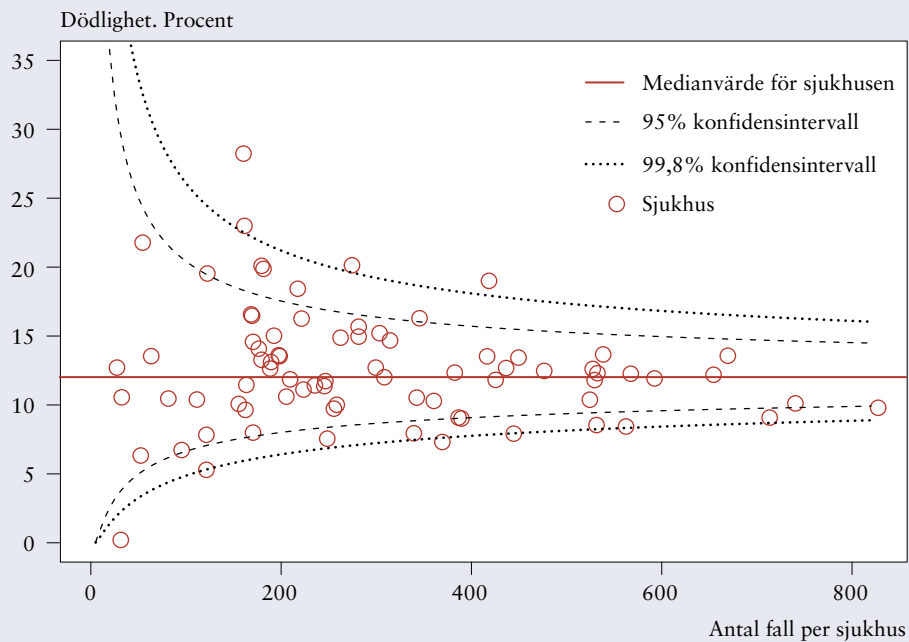
Den nedre grafen visar för sjukhusen skillnaden mellan den faktiska dödligheten och den förväntade, givet patienternas bakgrundsfaktorer. Skillnaden har beräknats som faktiskt värde minus förväntat och uttrycks som procentenheter. Sjukhuset presterar bättre än förväntat om den faktiska dödligheten är lägre än den förväntade. Då hamnar sjukhuset under 0 på den lodräta Y-axeln. Ju lägre värde på denna axel, desto bättre är sjukhusets resultat.

De streckade linjerna visar konfidensintervallen (95 respektive 99,8 procent). Ju fler patienter ett sjukhus tar hand om desto snävare är konfidensintervallet. Skillnader mellan sjukhus som ligger inom konfidensintervallens linjer är inte statistiskt säkerställda.

En jämförelse mellan de båda figurerna illustrerar hur skillnaderna mellan sjukhusens dödlighet minskar när man tar hänsyn till skillnader i casemix. Bara ett sjukhus har en statistiskt säkerställd (vid 95 procents konfidensintervall) lägre dödlighet än övriga, efter justering för casemix. För övriga sjukhus är skillnaderna mellan faktisk och förväntad dödlighet för små för att vara statistiskt säkerställda. Detta är en illustration av svårigheterna att ranka sjukhusen som bättre eller sämre i kvalitetsjämförelser.

Sammanfattningsvis kan sägas att denna casemix-analys visar att skillnader mellan sjukhusens dödlighet efter hjärtinfarkt till viss del kan förklaras av skillnader hos patienternas bakgrundsfaktorer. Samtidigt visar analysen att det kan finnas stora skillnader mellan sjukhus även efter att hänsyn tagits till casemix. En del sjukhus har en högre dödlighet än förväntat. Nästan alla skillnader mellan faktisk och förväntad dödlighet hamnar dock inom gränserna för ett 95-procentigt konfidensintervall och skulle därför kunna förklaras av den slumpmässiga variationen.

Statistisk analys med justering för casemix kan aldrig bli komplett, vilket gör att problemet med skillnader i patientsammansättning till viss del alltid kommer att kvarstå. Vi kan bara justera för de skillnader vi registrerar. I en analys av casemix måste det för varje patient dessutom finnas fullständig information om alla de faktorer som kan påverka utfallet, i det här fallet död efter infarkt. Detta kan leda till ett stort bortfall av patienter från analysen. I denna analys har ingen justering gjorts för bland annat socioekonomiska faktorer. RIKS-HIA har dock planer på att utvidga casemix-analysen i kommande årsrapporter.



Figur D2 Dödlighet 1 år efter hjärtinfarkt utan respektive med hänsyn till sjukhusens casemix, 2008–2009.

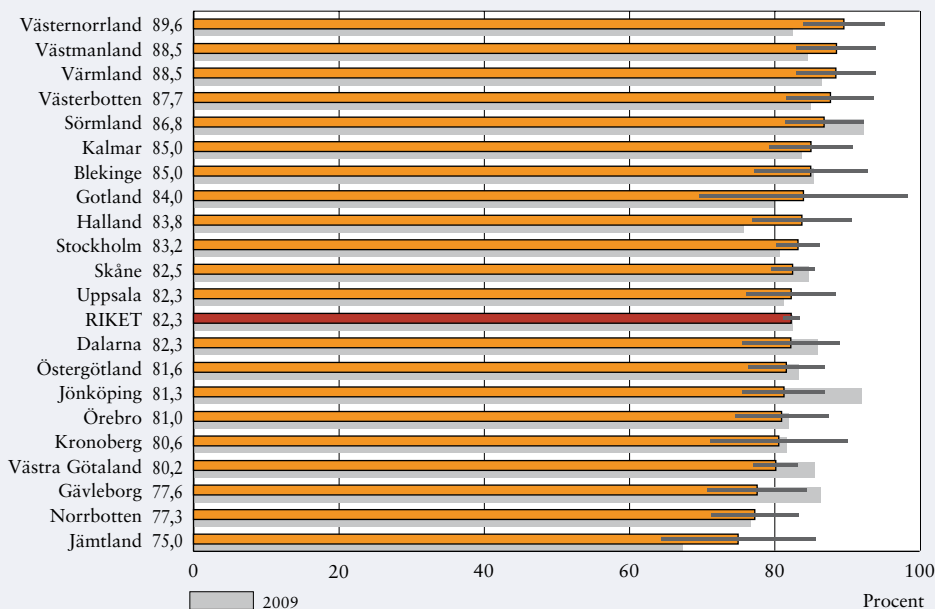


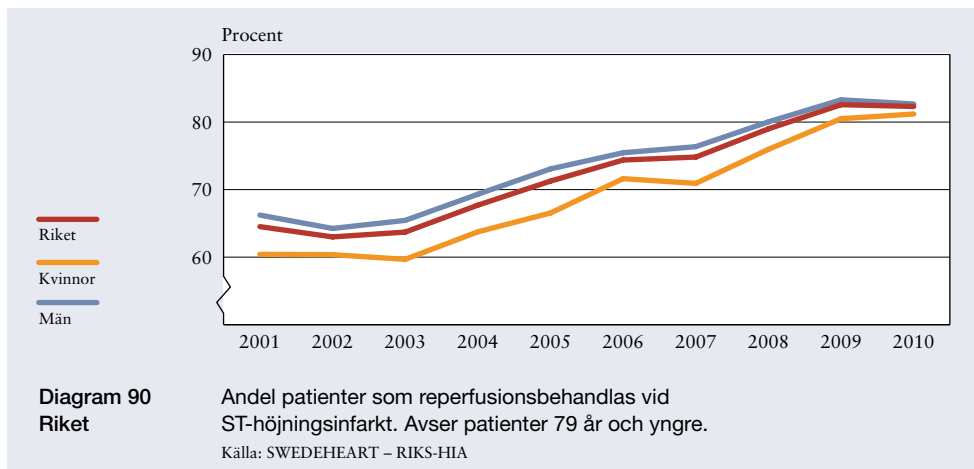
Diagram 90 Andel patienter som reperfusionbehandlas vid ST-höjningsinfarkt, 2010. Avser patienter 79 år och yngre.
Totalt Källa: SWEDEHEART – RIKS-HIA

90 Reperusionsbehandling vid ST-höjningsinfarkt

Totalt sjukhusvårdas cirka 29 000 patienter för hjärtinfarkt per år. Drygt 5 000 av dessa är ST-höjningsinfarkter, enligt rapporteringen till RIKS-HIA (numera en del av SWEDEHEART), som har god täckningsgrad vad avser denna infarktgrupp. ST-höjningsinfarkter är orsakade av en akut tilltäppande blodpropp i ett kranskärl. Antalet fall minskar år för år. Hjärtinfarkt med samtidigt vänstergrenblock på EKG innebär även det en stark misstanke om tilltäppt kranskärl. 2010 fanns i RIKS-HIA cirka 1 200 sådana infarktfall.

Dessa patienter har behov av omedelbart öppnande av kranskärl med PCI-behandling (primär PCI) eller propplösande behandling med läkemedel, trombolys. Behandlingen bör påbörjas så fort som möjligt efter symtomdebut och diagnostik, för att minimera skadan på hjärtat och risken för framtida hjärtsvikt och död. I reperusionsbehandling ingår primär PCI, trombolys och akut bypass-operation, CABG. Även akut kranskärlsröntgen som inte leder till genomförd PCI ingår.

Så kallad primär PCI är nu den helt dominerande behandlingen i de flesta landsting. PCI gavs under 2010 på 29 sjukhus. Enligt de nationella riktlinjerna bör primär PCI väljas framför läkemedelsbehandling, trombolys. Trombolys bör väljas i de fall primär PCI skulle innebära en tidsfördröjning på mer än 90 minuter. Reperusionsbe-



handling vid ST-höjningsinfarkt och vänstergrenblock är oavsett val av metod högt prioriterad i de nationella riktlinjerna för hjärtsjukvård.

Måttet visar andelen patienter med hjärtinfarkt och ST-höjning eller vänstergrenblock på EKG som fick akut reperfusionbehandling. Indikatorn ingår i de nationella hjärtriktlinjernas indikatorset för uppföljning och i RIKS-HIA:s kvalitetsindex för hjärtinfarktvård 2010. Resultatet återges enbart på landstingsnivå, med patientens hemortslandsting som grund.

År 2010 ingick 4 100 patienter i jämförelsen, varav drygt 1 000 var kvinnor. Enbart patienter 79 år och yngre ingår. Vidare ingår bara patienter där tiden mellan symptomdebut och EKG understeg 12 timmar.

År 2010 fick i riket 82 procent av patienterna reperfusionbehandling, ungefär lika stor andel bland kvinnorna som bland männen. Detta är en ökning med över tio procentenheter sedan 2005. Det finns en kvarstående variation mellan andelen behandlade i de olika landstingen, men skillnaderna är nu mindre än tidigare. I RIKS-HIA:s kvalitetsindex ges poäng vid nivåer på 80–85 procent, vilket därmed kan anses vara den målnivå man satt.

Åtgärden har hög prioritet i de nationella riktlinjerna. Även om andelen behandlade ökat de senaste åren, finns det fortfarande utrymme för förbättringar, särskilt i de landsting som har en jämförelsevis låg andel behandlade.

91 Tid till reperfusionbehandling vid ST-höjningsinfarkt

Indikatorn avser tidsfördröjning mellan första EKG och start av reperfusionbehandling hos patienter med ST-höjningsinfarkt. Måttet visar hur stor del av patienterna som behandlades inom den målsatta tiden, som för PCI är 90 minuter och för trombolys 30 minuter.

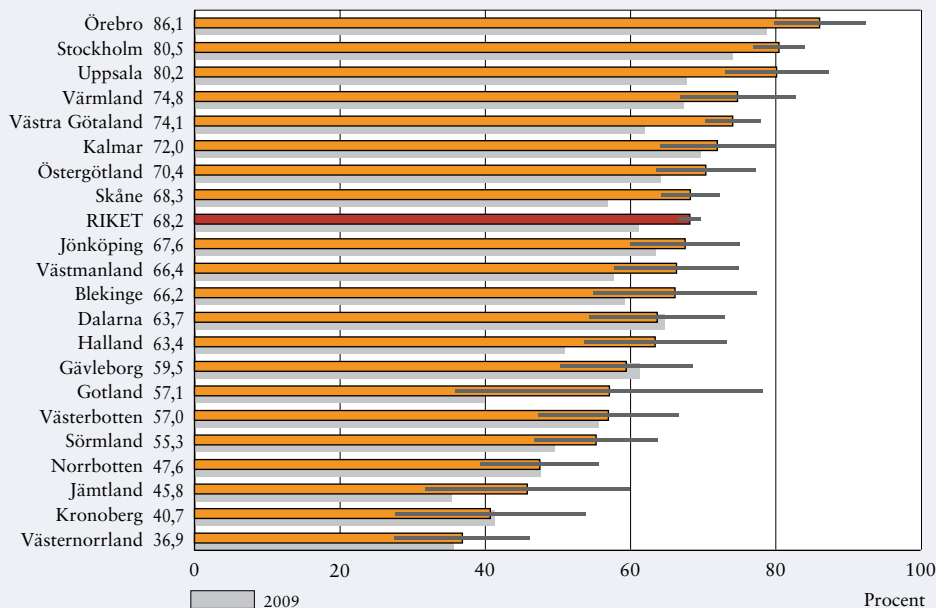


Diagram 91 Andel patienter som reperfusionbehandlas i målsatt tid vid ST-höjningsinfarkt, 2010. Avser patienter 79 år och yngre.

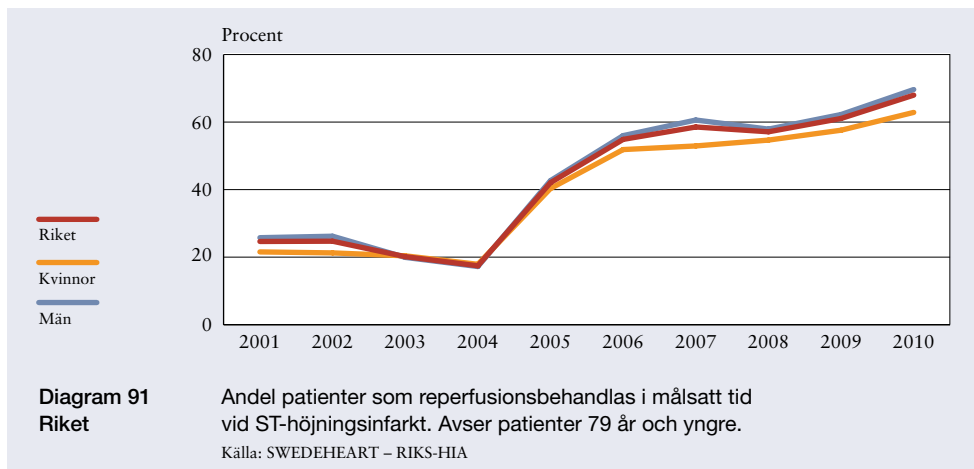
Källa: SWEDEHEART – RIKS-HIA

Snabbt insatt reperfusionbehandling är en viktig framgångsfaktor – ju kortare tid till behandling, desto större behandlingsvinst. Motivet för den internationellt använda tidsgränsen 30 minuter för trombolys är att det är den tid som anses praktiskt möjlig att hålla sig inom för de olika åtgärder som krävs för att initiera trombolysbehandling. Tidsgränsen 90 minuter för den mer komplexa behandlingen, PCI, motiveras av att PCI ger otvetydiga medicinska vinster jämfört med trombolys om tidsfördröjningen på grund av transport till PCI-centrum är mindre än 90 minuter, eller om behandlingen kan påbörjas inom 90 minuter från utfört pre-hospitalt EKG.

Indikatorn fångar agerandet i sjukvården, genom att välja tid för första EKG som startpunkt. Den samlade tiden mellan symtomdebut och behandling påverkas också av hur patienten, anhöriga, sjukvårdsrådgivning och larmcentral förhåller sig till bröstsmärta och andra symtom på hjärtinfarkt, liksom av transporttider.

Indikatorn ingår i de nationella riktlinjernas indikatorset för uppföljning av hjärtsjukvård och i RIKS-HIA:s kvalitetsindex. Jämförelsen avser 2010 och baseras på 3 395 patienter, varav drygt 800 är kvinnor.

I riket behandlades 68 procent av patienterna enligt tidsmålet, knappt 70 procent av männen och drygt 63 procent av kvinnorna. Variationen mellan landstingen är påtaglig och sträcker sig från 37 till 86 procent. Inget landsting når upp till RIKS-HIA:s gräns för högsta poäng, 90 procent behandlade inom målsatt tid. Andelen



patienter som behandlats inom de uppsatta tidsgränserna 90 respektive 30 minuter har ökat under perioden 2001 till 2010, från 25 till dagens 68 procent. Utfallet på sjukhusnivå visas inte, eftersom utfallet för denna indikator ses som ett resultat av landstingets samlade organisation.

Denna indikator påvisar det största förbättringsutrymmet inom akut kranskärlsjukvård. Det finns för de flesta landsting och sjukhus stora möjligheter att förkorta fördröjningstiden till reperfusionbehandling. Om man tar hänsyn till kompletterande uppgifter om tidsfördröjning mellan symtomdebut och start av behandling accentueras förbättringsbehovet ytterligare. Hälften av de patienter som PCI-behandlas har en fördröjningstid mellan symtomdebut och behandling på över tre timmar.

En aspekt är att om första EKG tas i ambulansen istället för vid ankomst till sjukhuset så påverkar detta den uppmätta tidsfördröjningen. I landsting där en hög andel infarktfall diagnostiserats i ambulansen kommer värdet på den uppmätta tidsfördröjningen att bli sämre på grund av tidsförlust under transporten. Å andra sidan innebär pre-hospitalt EKG att förberedelserna för angiografi och PCI kan påbörjas utan att patienten anlänt till sjukhus och att härmed den totala tiden från smärtdebut till insatt reperfusionbehandling kan minskas.

92 Kranskärlsröntgen vid icke ST-höjningsinfarkt och riskfaktor

Icke ST-höjningsinfarkt är betydligt vanligare än ST-höjningsinfarkt och medför över 20 000 vårdtillfällen per år. Patienterna ges vid denna infarkt vanligen intensiv blodproppshämmande behandling. Patienter med måttlig eller hög risk bör inom några dygn kranskärlsröntgas för att klargöra behovet av kranskärlsingrepp. Eventuellt ingrepp, i form av PCI eller kranskärlsoperation, bör utföras inom 7–8 dagar. PCI eller kranskärlsoperation minskar risken för nya infarkter.

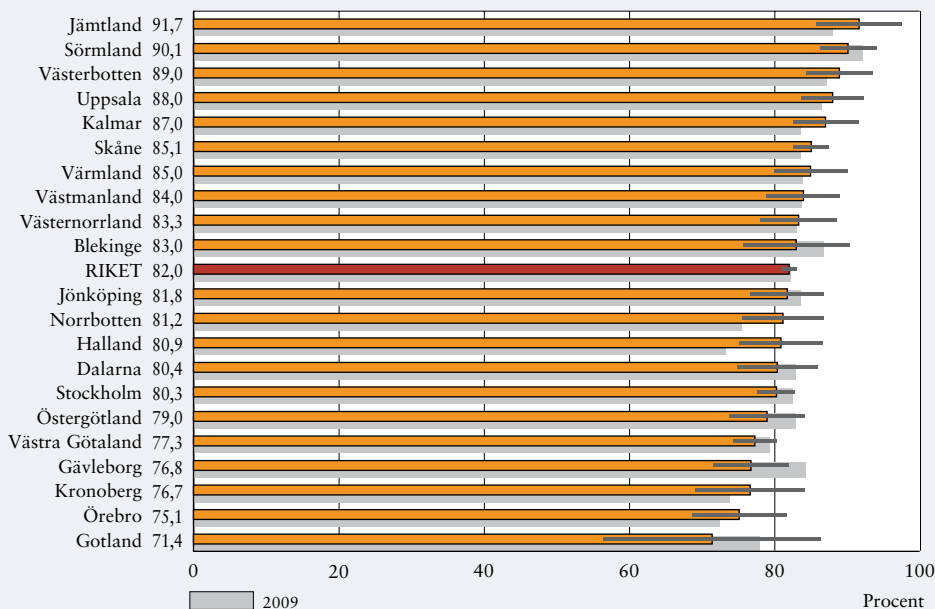


Diagram 92 Andel patienter som kranskärlsröntgas vid icke ST-höjningsinfarkt och riskfaktor, 2010. Avser patienter 79 år och yngre.

Källa: SWEDEHEART – RIKS-HIA

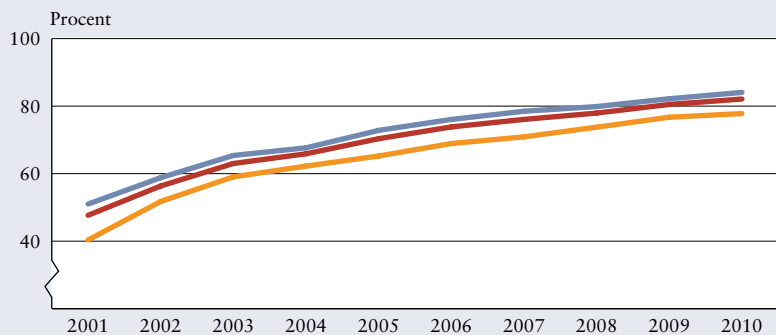


Diagram 92 Andel patienter som kranskärlsröntgas vid icke ST-höjningsinfarkt och riskfaktor. Avser patienter 79 år och yngre.

Källa: SWEDEHEART – RIKS-HIA

Enligt de nationella riktlinjerna har kranskärlsröntgen en hög prioritet för patienter med måttlig eller hög risk för nya hjärthändelser. Detta är patienter som visar fortsatt instabilitet, har minst en ytterligare riskfaktor (som till exempel diabetes eller tidigare infarkt) eller patologiskt resultat av arbetsprov. I praktiken finns det dock för vissa av dessa patienter skäl att avstå från kranskärlsröntgen, därför att den förväntade nyttan bedöms vara för låg. Patienten kan vara multisjuk eller ha ett

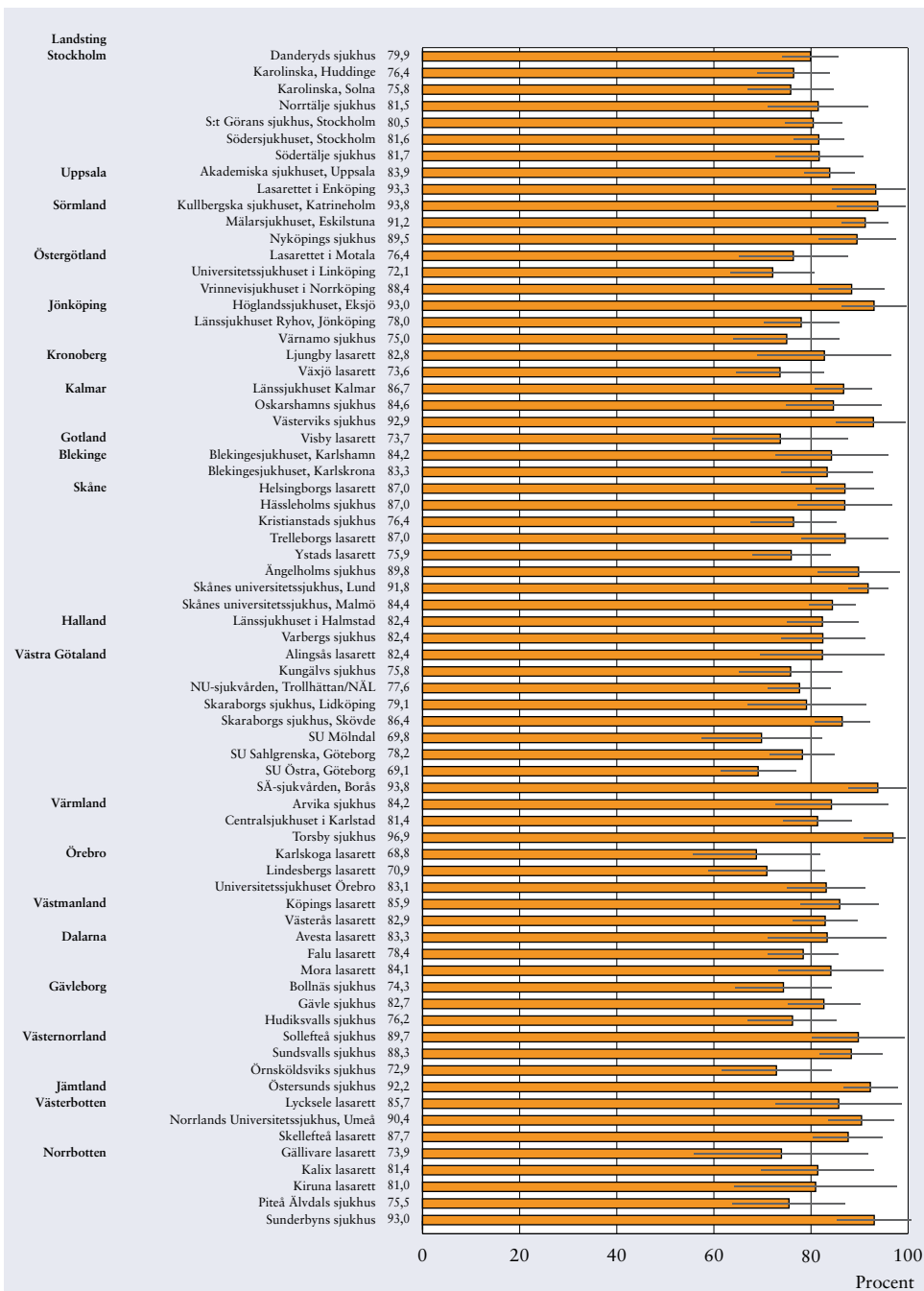


Diagram 92
Sjukhus

Andel patienter som kranskärlsröntgas vid icke ST-höjningsinfarkt och riskfaktor, 2010. Avser patienter 79 år och yngre.

Källa: SWEDEHEART – RIKS-HIA

allmäntillstånd som är dåligt. Därför bör inte 100 procent kranskärlsröntgade sättas upp som ett absolut mål.

Indikatorn visar andelen patienter med icke ST-höjningsinfarkt och minst en riskfaktor som genomgick eller planerades för kranskärlsröntgen i samband med sjukhusvård. Indikatorn ingår i de nationella riktlinjernas indikatorset för uppföljning av hjärtsjukvård och i RIKS-HIA:s kvalitetsindex för sjukhus.

Underlaget för jämförelsen i diagram 92 är 6 241 patienter, varav drygt 1 900 var kvinnor och resten män. Bara patienter 79 år och yngre ingår.

År 2010 kom kranskärlsröntgen ifråga för 82 procent av patienterna i riket, för 77 procent av kvinnorna och för 84 procent av männen. Andelen har stadigt ökat sedan början på 2000-talet. Skillnaderna mellan landstingen är förhållandevis stora. Andelen patienter som kranskärlsröntgas varierar från 71 till 92 procent i de olika landstingen.

Fler män än kvinnor behandlas. Det kan finnas rationella skäl till detta. Dels finns det vetenskapliga studier som antyder att kvinnor har mindre nytta av den behandling (PCI eller kranskärlskirurgi) som motiverar kranskärlsröntgen. Dels sjunker andelen kranskärlsröntgade med ålder, vilket kan bero på ökad förekomst av olika kontraindikationer. Eftersom kvinnorna vid insjuknandet är äldre än männen påverkas deras utfall av denna åldersaspekt. Det kan även finnas inslag av åldersdiskriminering.

I ljuset av riktlinjernas rekommendation kan förväntas att i storleksordningen 80 procent av denna patientgrupp bör kranskärlsröntgas. En mindre grupp landsting når inte upp till denna nivå. Generellt gäller att landsting och sjukhus med låg täckningsgrad i RIKS-HIA har osäkrare resultat.

93 Blodproppshämmande behandling vid icke ST-höjningsinfarkt

Vid icke ST-höjningsinfarkt behandlas patienterna med acetylsalicylsyra (ASA), P2Y12-receptorblockad eller warfarin för att förebygga blodproppar. Tillägg av P2Y12-receptorblockad till ASA under de första 3–12 månaderna efter en episod av instabil kranskärlssjukdom har visats minska risken för hjärtinfarkt, stroke eller död. Tidigare ingick enbart clopidogrel i denna indikator, men nu finns flera läkemedel att tillgå och indikatorn har därför förändrats i RIKS-HIA:s kvalitetsindex och därmed även i denna rapport.

Behandling under denna period har en hög prioritet i de nationella riktlinjerna. Längre tids behandling rekommenderas emellertid inte, eftersom det saknas data som stöder att nyttan överväger riskerna (blödningskomplikationer) vid långtidsbehandling.

I princip bör samtliga patienter med icke ST-höjningsinfarkt behandlas med P2Y12-receptorblockad, om inga kontraindikationer finns. Ställningstagande till läke-

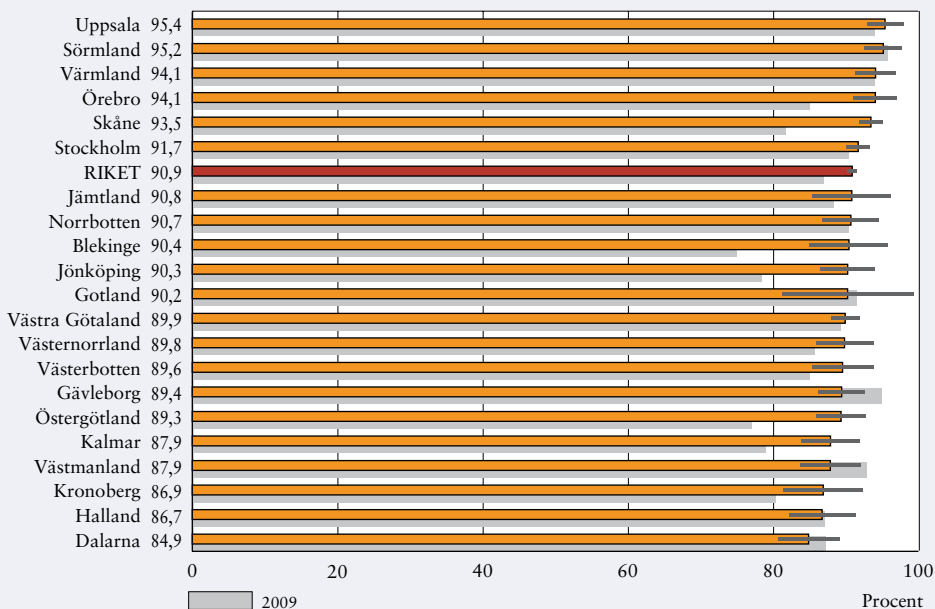


Diagram 93 **Totalt** Andel patienter med blodproppshämmande behandling (P2Y12-blockad) vid icke ST-höjningsinfarkt, 2010. Avser patienter 79 år och yngre.

Källa: SWEDEHEART – RIKS-HIA

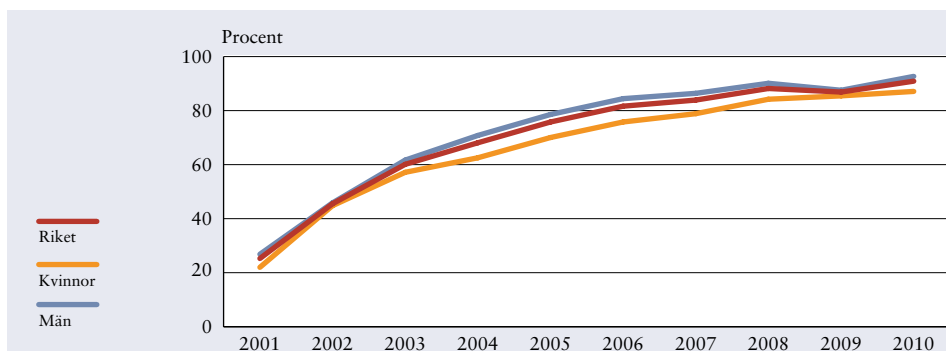


Diagram 93 **Riket** Andel patienter med blodproppshämmande behandling (P2Y12-blockad) vid icke ST-höjningsinfarkt. Avser patienter 79 år och yngre.

Källa: SWEDEHEART – RIKS-HIA

medelsbehandling görs efter individuell bedömning av patienten, vilket innebär att 100 procent behandlade inte bör sättas upp som mål.

Indikatorn visar andelen patienter som vid utskrivning från sjukhus behandlades med P2Y12-receptorblockad. Indikatorn ingår i RIKS-HIA:s kvalitetsindex. Underlaget för denna jämförelse är 6 903 patienter, varav drygt 2 200 är kvinnor. Enbart patienter 79 år och yngre ingår. Observera att denna indikator i RIKS-HIA:s års-

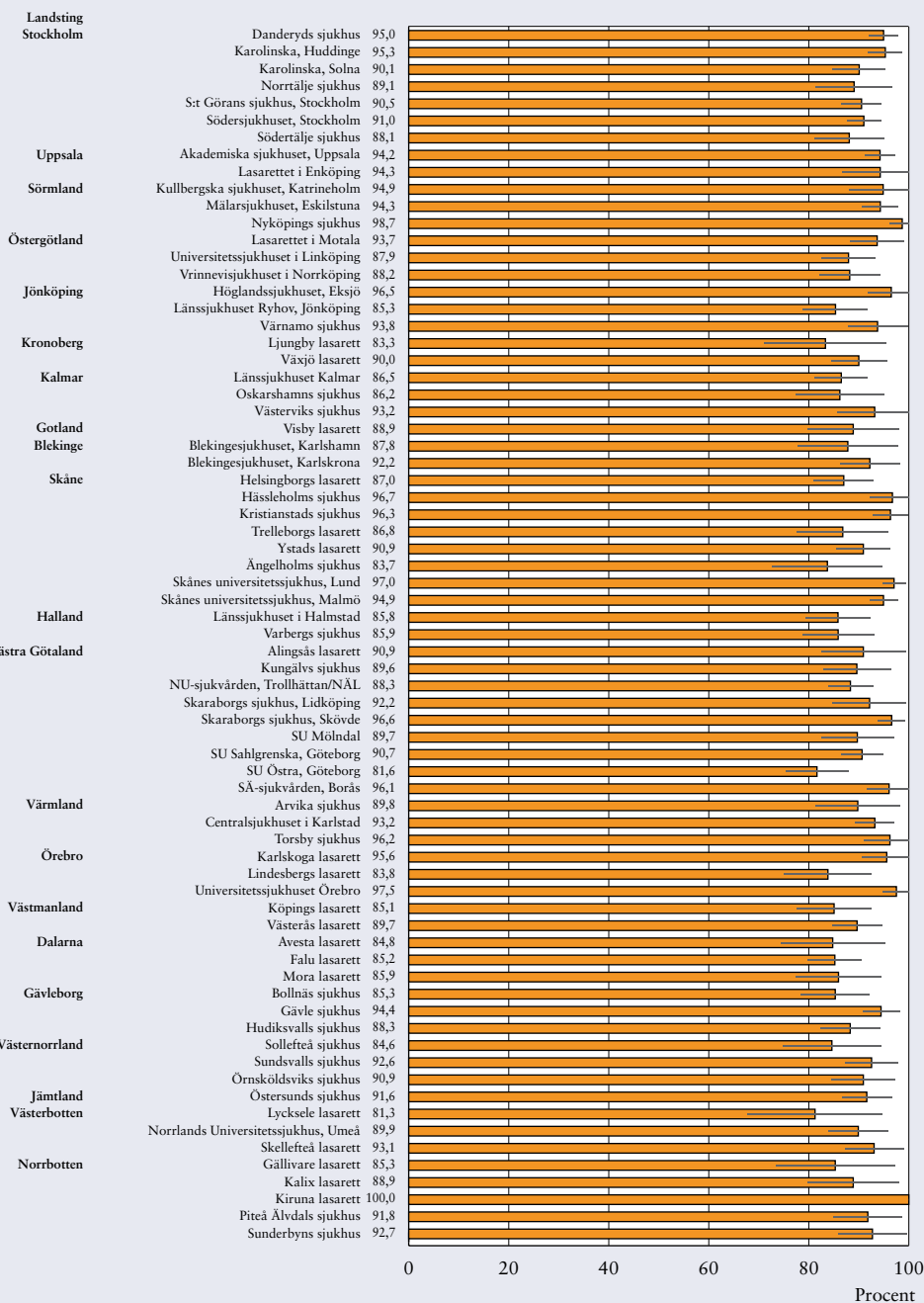
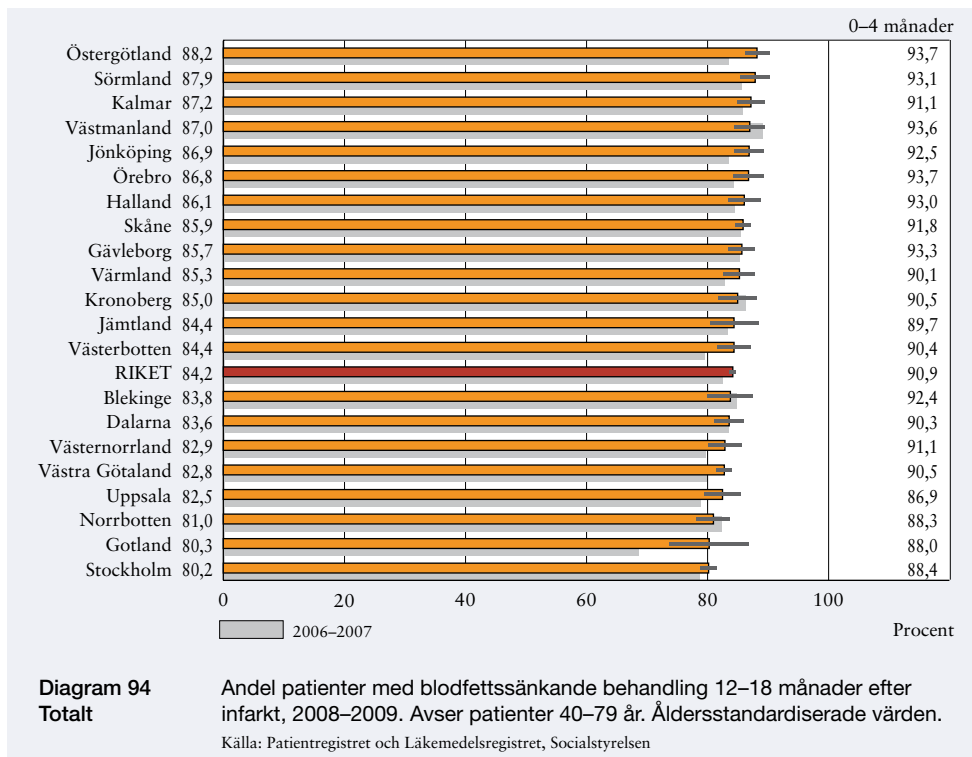


Diagram 93
Sjukhus

Andel patienter med blodproppshämmande behandling (P2Y12-blockad) vid icke ST-höjningsinfarkt, 2010. Avser patienter 79 år och yngre.

Källa: SWEDEHEART – RIKS-HIA



rapport för 2010 visar resultatet för alla infarktpatienter, medan här enbart patienter med icke-ST-höjningsinfarkt ingår.

Andelen patienter som behandlades med P2Y12-receptorblockad var år 2010 i riket 91 procent, 87 procent av kvinnorna och 92 procent av männen. Det är en ökning sedan 2005 med cirka 15 procentenheter. Skillnaderna mellan landstingen är måttliga, och variationen sträcker sig mellan 85 och 95 procent behandlade.

RIKS-HIA:s poängnivåer på 85–90 procent behandlade är riktmärken som ligger väl i linje med de nationella riktlinjernas rekommendation. Måluppfyllelsen är således god, även om det finns mindre skillnader mellan landstingen.

94 Blodfettssänkande behandling efter hjärtinfarkt

Efter hjärtinfarkt, liksom efter stroke, är för höga nivåer för blodtryck och blodfetter (kolesterol) viktiga riskfaktorer för förnyad hjärt-kärlsjukdom. God kost- och livsföring är naturliga delar av behandlingen, men en betydande andel av hjärtinfarktpatienterna kan förväntas ha behov av blodfettssänkande läkemedelsbehandling. Statiner sänker kolesterolvärdet och minskar därmed risken för nya förträngningar av kranskärlen. Behandling med lågkostnadsstatin har hög prioritet i de nationella riktlinjerna.

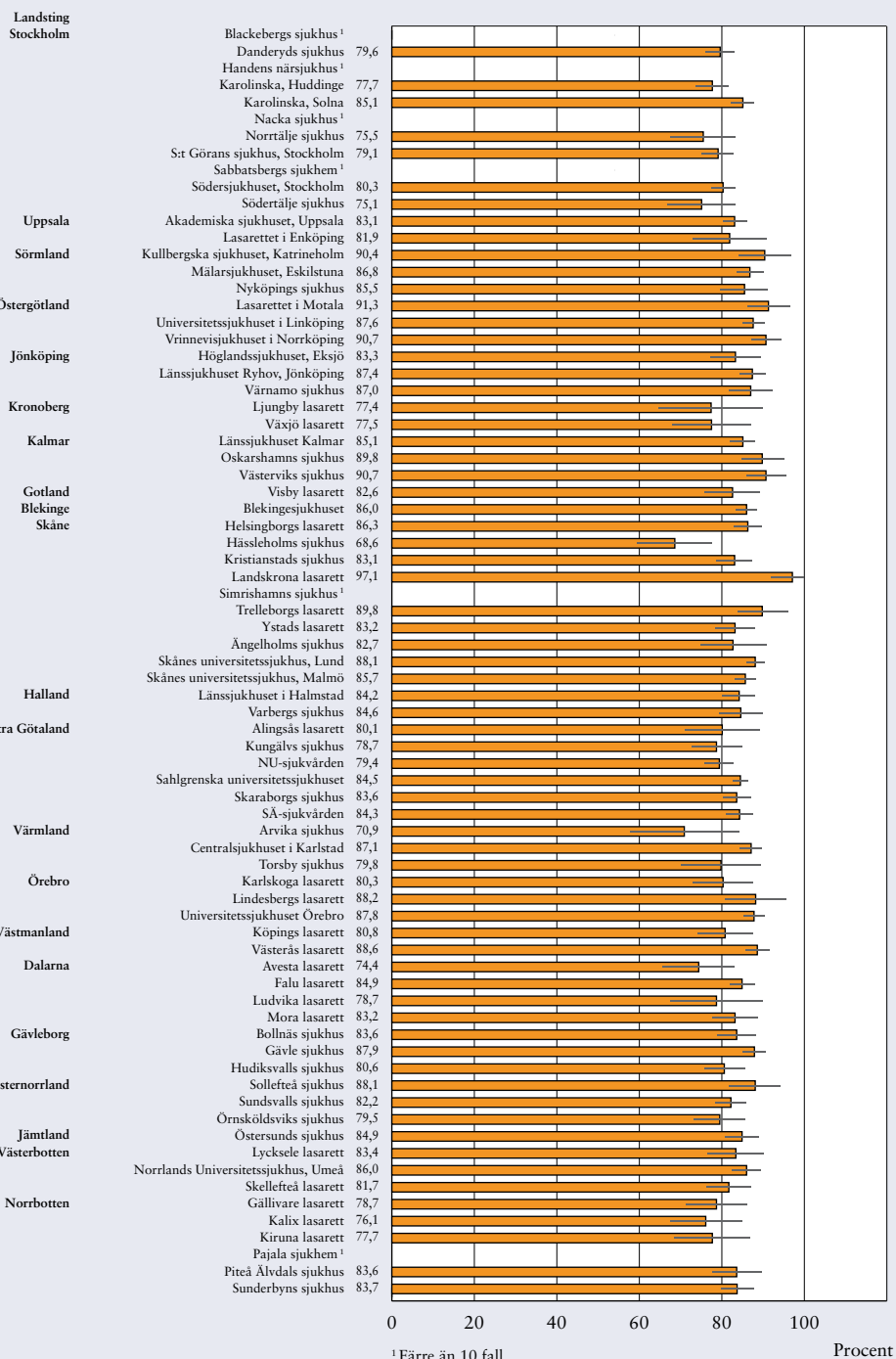


Diagram 94
Sjukhus

Andel patienter med blodfettssänkande behandling 12–18 månader efter infarkt, 2008–2009. Avser patienter 40–79 år. Åldersstandardiserade värden.
Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Här redovisas hur stor andel av hjärtinfarktpatienterna som hämtat ut blodfettssänkande läkemedel, under perioden 12–18 månader efter sjukhusvistelsen. Uppgifter från Patientregistret har kombinerats med Läkemedelsregistret för detta ändamål. Ingår gör knappt 24 000 patienter 40–79 år som sjukhusvårdats för hjärtinfarkt under 2008–2009. Uppgifterna har åldersstandardiserats.

I diagram 94 redovisas hur stor andel som ges blodfettssänkande behandling efter infarkt. För riket är andelen behandlade 84 procent. Andelen behandlade kvinnor är lägre än andelen män, med andelar på 81 respektive knappt 86 procent. Skillnaderna mellan landstingen är måttliga.

I diagrammet anges även andelen behandlade under perioden 0–4 månader efter utskrivning från sjukhus. Det framgår att andelen är högre då, vilket betyder att personer som tidigt efter infarkten har blodfettssänkande behandling upphör med denna. Detta gäller kvinnor i högre grad än män.

I RIKS-HIAs kvalitetsindex för sjukhus, som mäter läkemedelsbehandling vid utskrivning från sjukhus, har gränserna för poäng satts till 90 respektive 95 procent behandlade. I ljuset av detta skulle de här redovisade nivåerna snarast tolkas som att underbehandling råder, då inget landsting når upp till nivån 90 procent 12–18 månader efter infarkt.

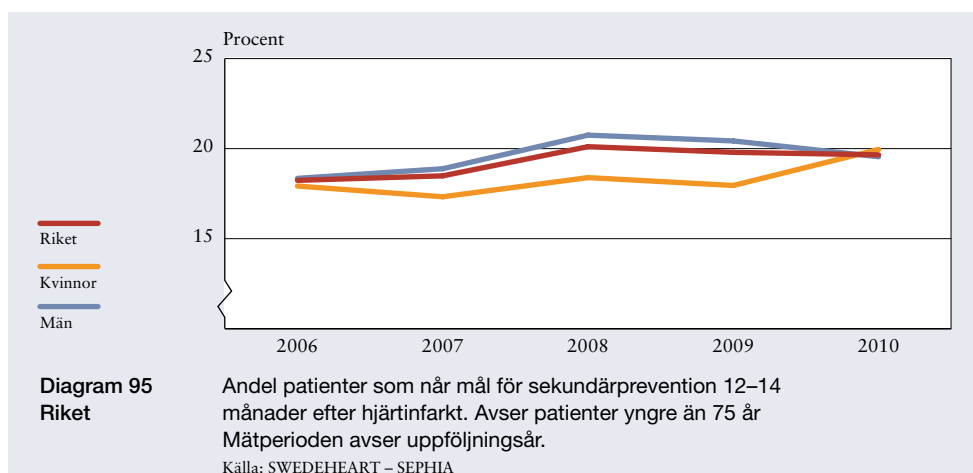
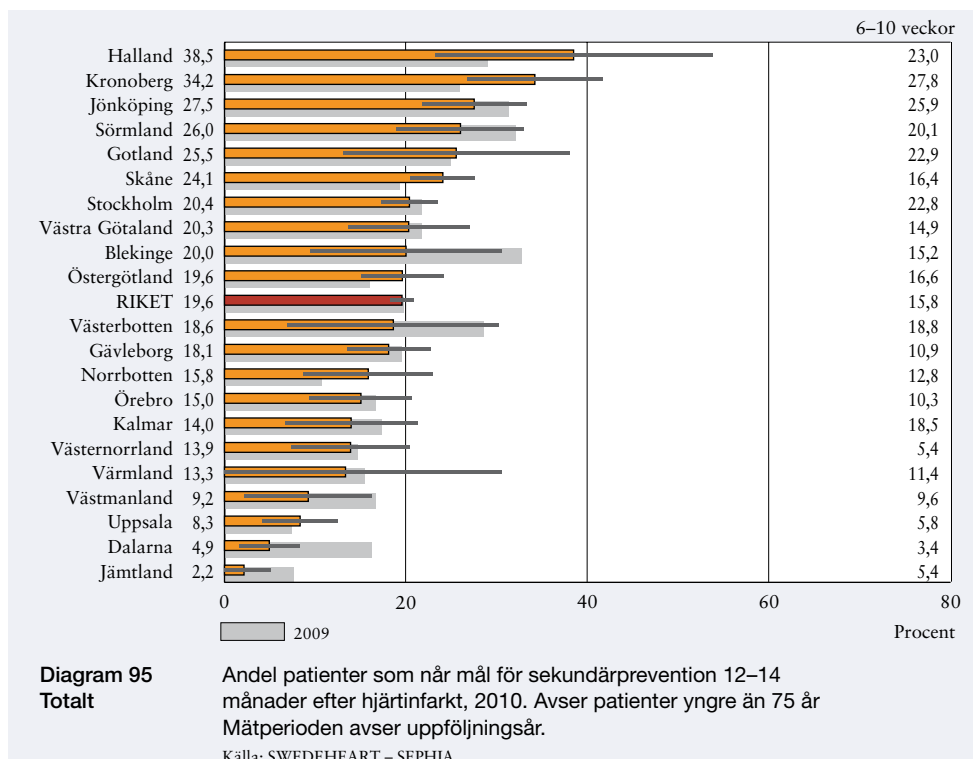
Om man istället utgår från att bara patienter med förhöjt kolesterolvärde skall behandlas, bör man förvänta sig att 80 procent av alla bör komma ifråga för blodfettssänkande behandling. För riket som helhet skulle enligt detta synsätt ingen underbehandling föreligga.

95 Sekundärpreventiv måluppfyllelse efter hjärtinfarkt

Den ökade överlevnaden efter hjärtinfarkt har medfört att allt fler människor lever med sin hjärtsjukdom. Detta gör det viktigare med kunskap om patientrapporterade symtom och livskvalitet, vilka sekundärpreventiva åtgärder som satts in och vilka resultat man uppnår när det gäller behandlingsmål för viktiga riskfaktorer.

I kvalitetsregistret SEPHIA registreras uppgifter från uppföljning av patienter under 75 år, dels 6–10 veckor efter infarkt, dels 12–14 månader efter infarkt. Infarktpatienterna är sådana som registrerats i RIKS-HIA. Efter sammanslagningen med övriga SWEDEHEART-register kan även patienter i äldre åldrar och de som genomgått planerad PCI eller by pass-kirurgi följas upp i SEPHIA. Till det som följs upp hör bland annat måluppfyllelse för sekundärprevention, förekomst av sjukdomssymtom, livskvalitet och sjukskrivning.

AV RIKS-HIAs 71 sjukhus rapporterade 61 data för 2010. Andelen uppföljda hjärtinfarktpatienter är cirka 50 procent, med stor variation mellan kliniker. Om hänsyn tas till RIKS-HIA inte innehåller alla infarktpatienter blir täckningsgraden lägre. Täckningsgraden och variationen i denna gör att jämförelser mellan sjukhus blir osäker.



Den indikator som här visas är ett sammanfattande mått på kvaliteten i den sekundärpreventiva vården efter hjärtinfarkt. Den visar andelen patienter i SEPHIA som når behandlingsmål för fyra viktiga sekundärpreventiva faktorer: deltagande i fysiskt träningsprogram, rökfrihet, blodtryck (systoliskt blodtryck <140 mmHg) och blodfetter (LDL < 2,5 mmol/l alternativt Apo B/Apo A-1-kvot < 0,60 för kvinnor resp < 0,70 för män). För att en patient ska anses ha uppnått de sekundärpreventiva målen i indikatorn måste alla fyra mål nås.

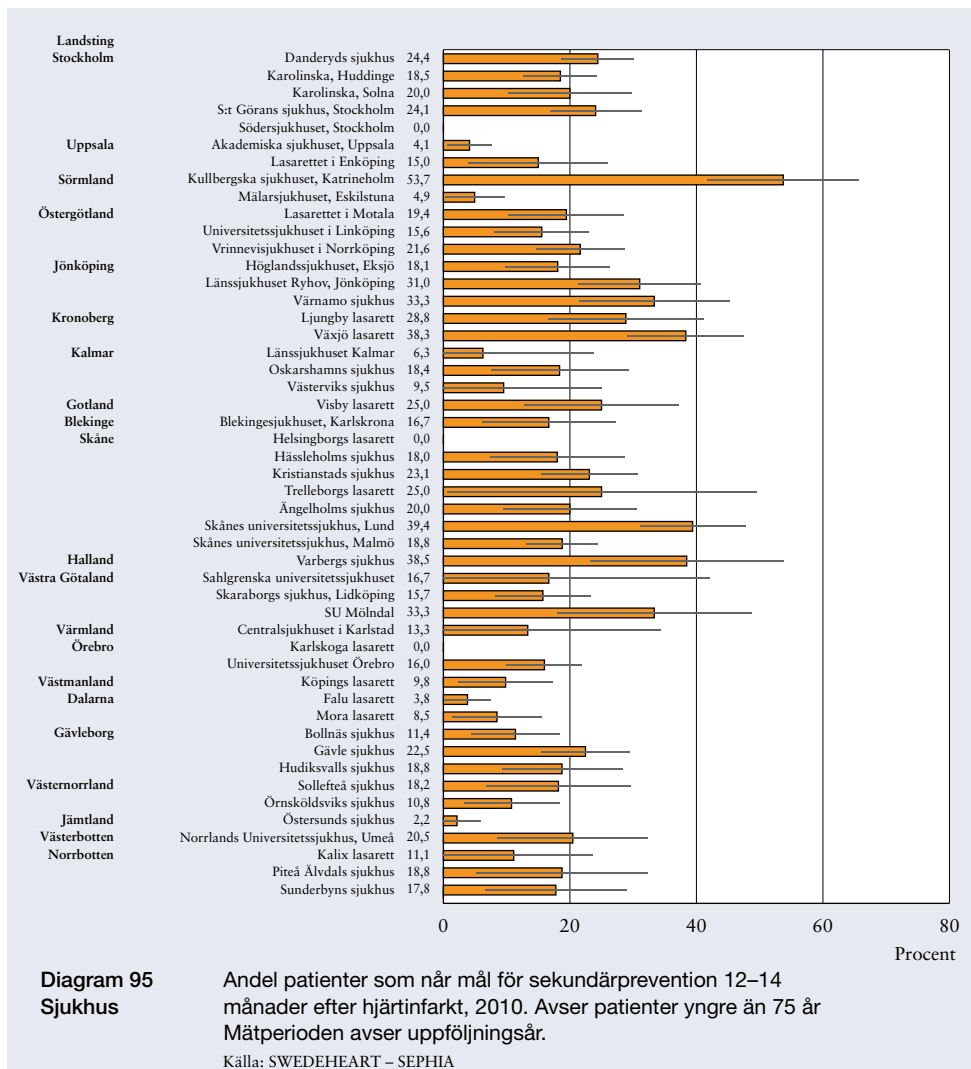


Diagram 95
Sjukhus

Andel patienter som når mål för sekundärprevention 12–14 månader efter hjärtinfarkt, 2010. Avser patienter yngre än 75 år. Mätperioden avser uppföljningsår.

Källa: SWEDEHEART – SEPHIA

Jämförelsen baseras på 3 569 patienter som 12-14 månader efter infarkten följdes upp under 2010, varav knappt 1 000 var kvinnor. Enbart patienter under 75 år ingår. Patienterna redovisas i respektive hemortslandsting, oavsett var uppföljningen skett. I kolumn till höger i diagrammet visas andelen som nådde målen vid den första uppföljningen, efter 6-10 veckor.

I riket når knappt 20 procent av patienterna alla målen, med en variation mellan landsting från 2 till 38 procent. Det finns i riket inga skillnader mellan könen. En tredjedel av alla patienter når inte målen för blodtryck och blodfetter, trots att läkemedel i stor utsträckning förskrivs enligt nationella riktlinjer. Hela 45 procent av rökarna hade fortsatt med rökning och endast cirka 50 procent av patienterna deltog i fysiskt träningsprogram under det första året efter hjärtinfarkt. Det finns således stora möjligheter till förbättringar.

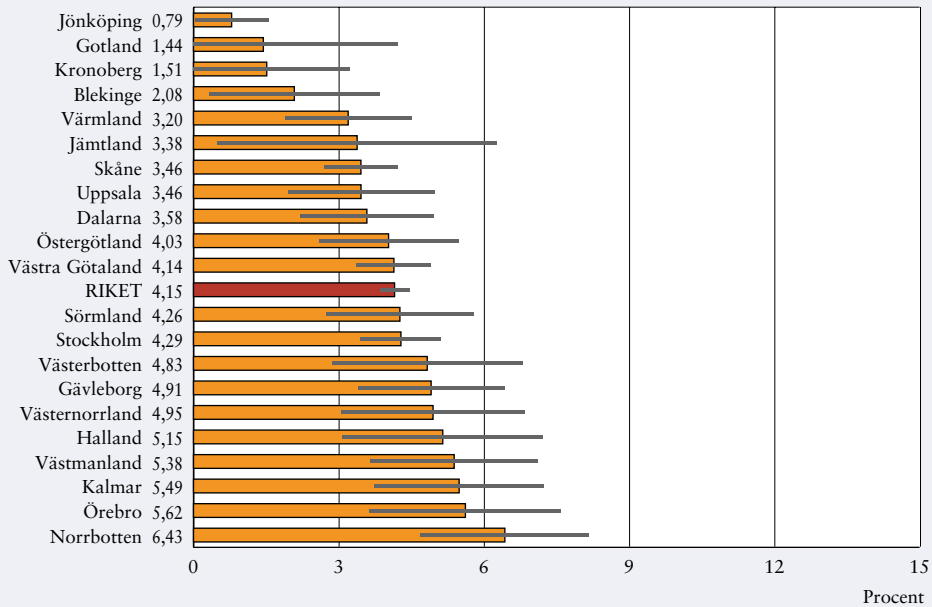


Diagram 96
Totalt

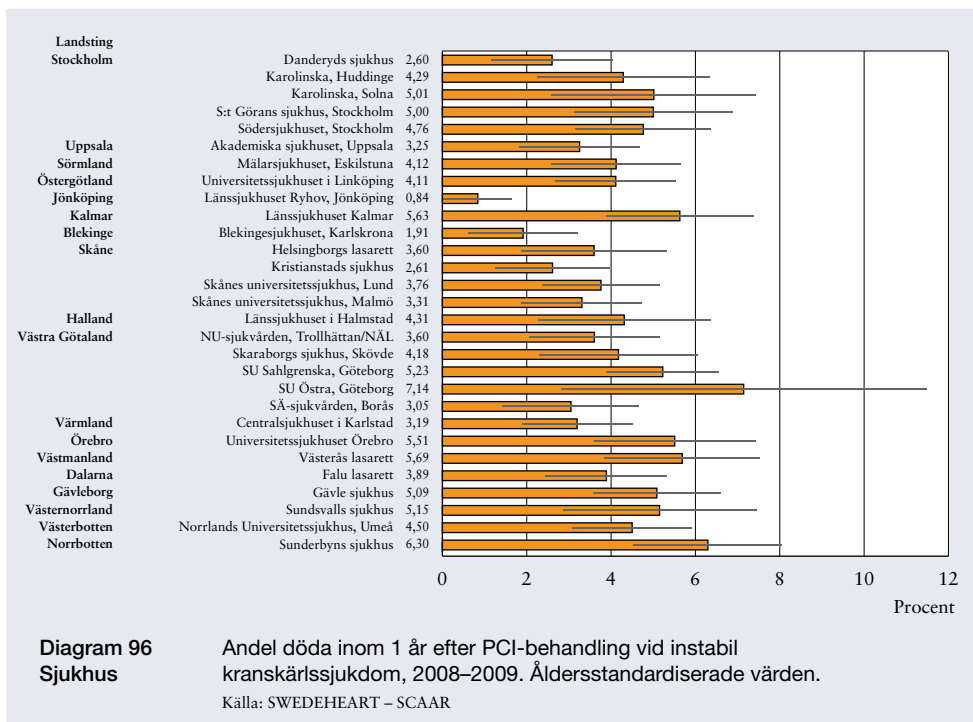
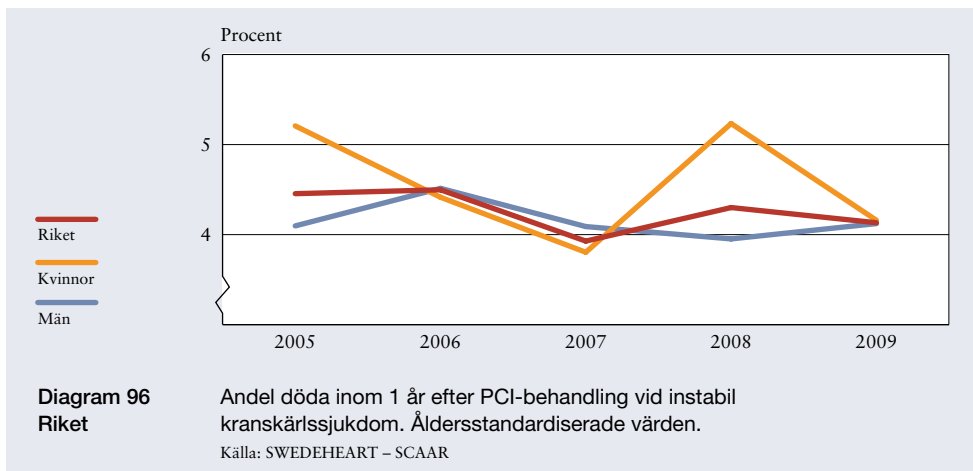
Andel döda inom 1 år efter PCI-behandling vid instabil kranskärlssjukdom, 2008–2009. Åldersstandardiserade värden.
Källa: SWEDEHEART – SCAAR

96 Dödlighet efter PCI vid instabil kranskärlssjukdom

Följande två indikatorer och en tabell med processmått som belyser variation i hur PCI-behandlingen genomförs, baseras på uppgifter från kvalitetsregistret SCAAR. SCAAR är en del i SWEDEHEART, och registrerar uppgifter om PCI-behandling och den kranskärlsröntgen, koronarangiografi, som föregår och syftar till att klargöra behovet av PCI-behandling eller öppen hjärtkirurgi, by-pass-operation.

PCI-behandling innebär att en kateter via handled eller ljumske förs in i och vidgar tilltäppta kärl i hjärtat, med en ballong. Därav uttrycket ballongvidgning. Ett metallnät, stent, expanderas sedan av en ballong och armerar kärlväggen. Den största patientgruppen som PCI-behandlas är patienter med instabil kranskärlssjukdom, som betyder svår kärlkramp eller liten hjärtinfarkt utan så kallad ST-höjning på EKG och som riskerar att leda till större hjärtinfarkt. De två övriga större grupperna är patienter med stabil kärlkramp och de som drabbats av akut hjärtinfarkt med ST-höjning på EKG, ett tillstånd som har hög tidig dödlighet och kräver snabbast möjliga behandling. 2010 utfördes 20 000 PCI och närmare 38 000 koronarangiografier.

Alla 29 sjukhus som utför PCI rapporterar till SCAAR. Registrets täckningsgrad avseende behandlingar är näst intill total. En jämförelse med Patientregistret vid Socialstyrelsen (PAR) avseende 2010 visade att SCAAR innehöll 98,2 procent av alla



de PCI-behandlingar som fanns i endera registret, medan PAR innehöll 94,9 procent. En jämförelse av täckningsgrad för landsting och sjukhus redovisas i bilaga 2.

Död efter PCI är ett av flera möjliga resultatmått. Dödligheten skiljer sig mellan de olika patientgrupperna och här har valts att visa dödligheten för patienter med instabil kranskärlssjukdom, den största gruppen. Detta innebär att det finns en viss överlappning med indikator 88, som visar dödligheten bland patienter med något

slag av hjärtinfarkt, oavsett om behandling sker med PCI eller med propplösande läkemedelsbehandling.

Indikatorn visar andelen patienter som avled inom 1 år efter PCI för instabil krans-kärlsjukdom. Jämförelsen baseras på 15 804 patienter som PCI-behandlades 2008–2009. Över 11 000 av dessa var män. Åldersstandardisering har gjorts. Patienterna redovisas under sitt hemlandsting, oavsett i vilket landsting behandlingen utfördes.

I riket avled drygt 4 procent inom ett år. Skillnaderna mellan landstingen är förhållandevis stora, med en spridning från knappt 1 till drygt 6 procent döda. Det finns inga väsentliga skillnader mellan kvinnors och mäns dödlighet. Sedan 2005 har inga större förändringar i dödligheten i riket skett.

Den redovisade skillnaden i dödlighet efter PCI kan bero på flera saker. Slumpen är den mest sannolika. I mindre landsting kan enstaka dödsfall som inte beror på hjärt-kärlsjukdom påverka utfallet kraftigt eftersom antalet döda är lågt. En viktig faktor är den så kallade case-mixen, det vill säga att patienterna har olika sjukdomsgrad eller skiljer sig åt avseende andra egenskaper. Skiljer den sig åt mellan kliniker och mellan landsting, så påverkar detta dödligheten. Ingen hänsyn till patienternas sjukdomsgrad har tagits, mer än via åldersstandardiseringen. Skickligheten och erfarenheten av själva behandlingen men också sjukvårdsorganisationen kan påverka resultatet. Eftersom det är andelen döda efter ett år som mäts, spelar också skillnader i den sekundärpreventiva insatsen roll.

97 Återförträngning av hjärtats kärl efter PCI

PCI-behandling syftar till att vidga hjärtats kärl men det finns en viss risk att förträngningen kommer tillbaka på samma ställe vilket kan kräva förnyad PCI eller annan behandling. Detta gör återförträngning efter PCI, restenos, till ett givet och ofta använt resultatmått. Kärlförträngningens diameter och längd är en faktor som påverkar risken för återförträngning. Patienter med diabetes löper högre risk.

Indikatorn visar andelen patienter som drabbades av återförträngning inom ett år efter PCI-behandlingen, av de patienter som var vid liv och gjorde uppföljningsangiografi på grund av återkommande besvär. Jämförelsen baseras på 15 687 patienter som PCI-behandlades 2009. Patienter i alla åldrar och med alla sjukdomstillstånd ingår. Över 11 000 av dessa var män. Ingen åldersstandardisering har gjorts. Patienterna redovisas under sitt hemlandsting, oavsett i vilket landsting behandlingen utfördes.

I riket fick 6 procent av patienterna återförträngning inom ett år. Skillnaderna mellan landsting är stora, med en variation som sträcker sig från 1–2 procent till över 8 procent av patienterna som får återförträngda kärl. Det finns i riket inga skillnader mellan kvinnor och män.

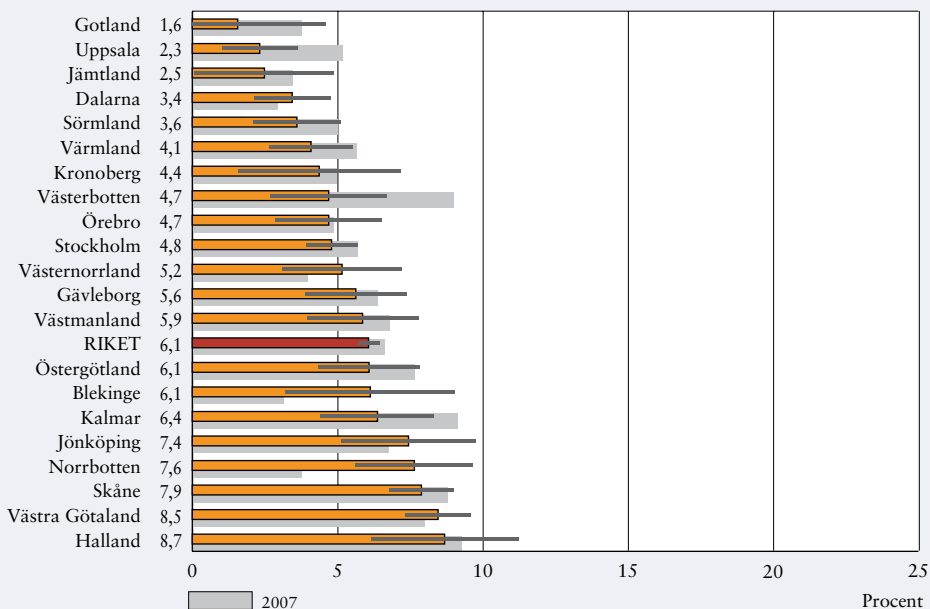


Diagram 97
Totalt

Andel patienter där återförträngning av hjärtats kärl påvisats vid kontrollundersökning inom 1 år efter PCI-behandling, 2009. Avser samtliga PCI-behandlade patienter.

Källa: SWEDEHEART – SCAAR

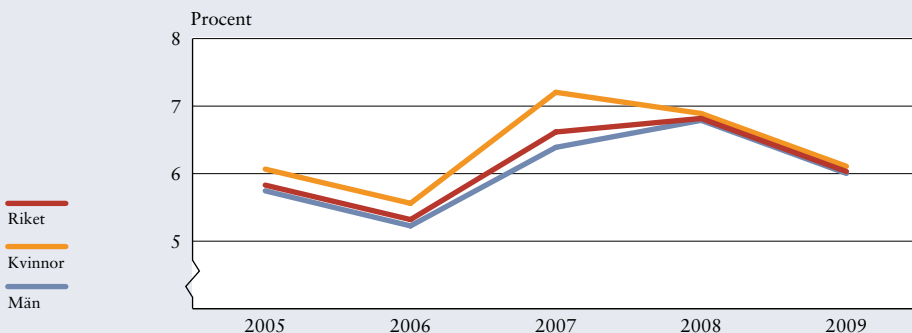
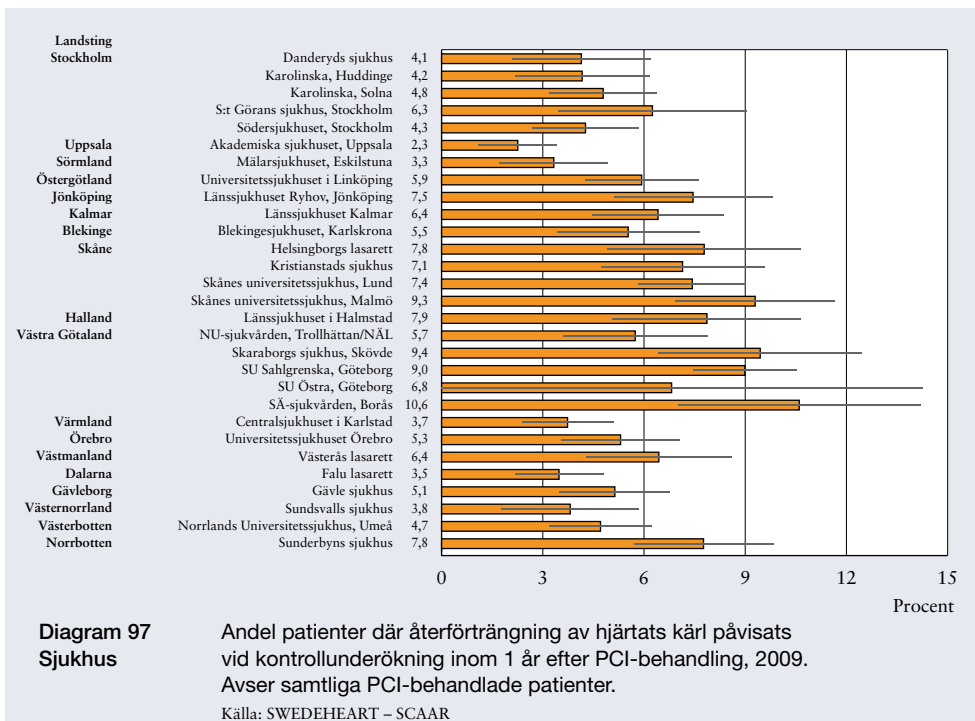


Diagram 97
Riket

Andel patienter där återförträngning av hjärtats kärl påvisats vid kontrollundersökning inom 1 år efter PCI-behandling, 2009. Avser samtliga PCI-behandlade patienter.

Källa: SWEDEHEART – SCAAR

Risken för återförträngning är betydligt mindre om stent används jämfört med enbart ballongvidning. Stent med en läkemedelsyta som hämmar inväxt av celler och bindväv minskar ytterligare risken för återförträngning. I riket har sedan 2005 andelen kärl med återförträngning, restenos, först ökat för att efter 2008 sjunkit tillbaka. Detta beror troligen på att användningen av läkemedelsbelagda stent minskade under 2006–2007, efter indikationer om att dessa stent visserligen minskade risken för



återförträngning, men i gengäld ökade risken för akut blodpropp som misstänktes kunna öka dödligheten. När den långsiktiga säkerheten hos dessa stent kunde bevisas ökade användningen igen, med minskad incidens av stenosis som följd.

Variationen mellan landsting och kliniker kan påverkas av case-mix, av skillnader i urvalet av patienter som föreslås PCI-behandling i första skedet, men också av benägenheten att kontrollera patienterna efteråt och genomföra ny kranskärlsröntgen. Även valet av stent spelar roll för risken för återförträngning. Kliniker som använder stor andel läkemedelsstent tenderar att ha lägre risk för restenosis.

Variation i PCI-behandlingen belyst med tre processmått

Även om PCI-behandling generellt kan beskrivas vara en väl etablerad behandling, så sker det kontinuerligt förändringar av hur den utförs, vilket bidrar till att det även finns skillnader mellan sjukhusen i hur PCI-behandlingen genomförs. Här visas tre processmått som beskriver detta, som komplement till de två resultatmått som visas som egentliga indikatorer. I tabellen visas för sjukhus, sorterade i landstingsordning, följande andelar:

- Andel PCI där läkemedelsstent används
- Andel PCI som utförs med hjälp av tryckmätning i hjärtats kranskärl
- Andel PCI och kranskärlsröntgen som utförs via handleden

Läkemedelsstent vid PCI

Vid 90 procent av alla PCI förs ett metallnät, en stent, in i det kärl som vidgats, i syfte att stödja kärlväggarna efter vidgningen. Stenten kan antingen vara en ren metallstent, eller en stent som är bestruken med och avger ett läkemedel. De senare kallar DES, efter engelskan drug eluting stent. DES används särskilt när risken för ny förträngning på samma ställe är stor, till exempel vid kärl med liten diameter eller där förträngningen är lång.

Mellan 2002 och till början av 2006 ökade användningen av DES, men föll snabbt efter att kliniska studier med data från SCAAR presenterats, som tydde på en ökad risk med DES. Senare studier, både utifrån SCAAR-data och andra studier, har visat att den långsiktiga risken för död eller hjärtinfarkt inte ökar vid användning av DES. Som följd av detta har DES-användningen därefter ökat successivt. 2010 varierade andelen DES hos de olika sjukhusen stort, med en spridning från 24 till 92 procent.

Den stora spridningen inom Sverige kan inte förklaras av att det vetenskapliga kunskapsläget är oklart. Istället finns det uttalade skillnader mellan kliniker i hur man värderar de olika riskerna samt kostnadseffektiviteten. Priset på DES har med åren sjunkit snabbare än rena metallstent vilket har gjort att prisdifferensen minskat. Den kritiska granskningen av resultat av DES som genomförts av SCAAR-registret har sannolikt bidragit till en ökad resultatmedvetenhet hos både läkare och industri och till en ökad konkurrens med prispress som följd.

Trots att det nu anses klarlagt att DES inte ökar risken för död anser man fortfarande att risken för sent förekommande blodproppar är högre. Detta gör att en längre tid med blodproppshämmande behandling krävs, vilket i sin tur medför en ökad blödningsrisk. Balansen mellan nyttan med DES i form av ett minskat behov att göra nya ingrepp och risken med att behandla längre tid med blodproppshämmande läkemedel är fortfarande lite kontroversiell vilket resulterar i olika grad av användning.

Mätning av blodtryck inuti hjärtats kranskärl

Kranskärlsröntgen syftar till att klargöra behovet av PCI eller by pass-kirurgi. Den kan resultera i att man upptäcker olika grader av förträngningar i hjärtats kärl. Högggradiga förträngningar leder till syrebrist och risk för kärlkramp och hjärtinfarkt. Mer lindriga förträngningar behöver inte ha någon fysiologisk betydelse eftersom de inte påverkar blodflödet och syreförsörjningen till hjärtat. De skall därför inte behandlas.

Graden av förträngning är mycket svår att avgöra med bara ögat. Mätning av blodtrycket inuti hjärtats kranskärl är ett diagnostiskt komplement som an-

Sjukhus	Läkemedelsstent ¹	Tryckmätning ²	Via handled ³
S:t Görans sjukhus, Stockholm	57	29	70
Södersjukhuset, Stockholm	76	60	62
Karolinska, Solna	27	31	10
Karolinska, Huddinge	51	38	29
Danderyds sjukhus	61	33	41
Akademiska sjukhuset, Uppsala	65	22	90
Mälarsjukhuset, Eskilstuna	70	15	88
Universitetssjukhuset, Linköping	73	26	59
Länssjukhuset Ryhov, Jönköping	35	21	50
Länssjukhuset Kalmar	55	23	88
Blekingesjukhuset, Karlskrona	79	8	68
Kristianstads sjukhus	37	7	0
Skånes universitetssjukhus, Malmö	52	5	5
Skånes universitetssjukhus, Lund	38	16	50
Helsingborgs lasarett	38	46	29
Länssjukhuset i Halmstad	33	19	74
SU Sahlgrenska, Göteborg	30	19	71
SU Östra, Göteborg	24	14	71
SÄ-sjukvården, Borås	39	15	46
NU-sjukvården, Trollhättan/NÄL	56	5	84
Skaraborgs sjukhus, Skövde	33	9	9
Centralsjukhuset i Karlstad	51	24	94
Universitetssjukhuset Örebro	57	41	89
Västerås lasarett	44	18	95
Falu lasarett	92	15	88
Gävle sjukhus	71	16	97
Sundsvalls sjukhus	47	18	83
Norrlands Universitetssjukhus, Umeå	28	14	78
Sunderbyns sjukhus	27	8	7

¹ Vid instabil och stabil kranskärslssjukdom ² Vid stabil kranskärslssjukdom ³ Vid kranskärslsröntgen och PCI-behandling

Tabell 2 Andel PCI där läkemedelsstent respektive blodtrycksmätning inuti hjärtat används samt andel PCI och kranskärslsröntgen som utförs via handleden, 2010. Procent.

Källa: SWEDEHEART – SCAAR

vänds för att avgöra om en kärlförträngning har fysiologisk betydelse. Användning av tryckmätning minskar risken för att betydelselösa kärlförträngningar behandlas i onödan och minskar därmed komplikationsrisken. Metoden minskar också risken för att man avstår att behandla förträngningar som faktiskt har betydelse för framtida risk och hjälper också till att bedöma om vidgningen var tillräcklig för att faktiskt öka flödet.

Den vetenskapliga dokumentationen för metodens prognostiska värde och även ekonomiska fördel har ökat och detta speglas också i en ökad användning. Tryckmätning har numera högsta rekommendationsgrad i internationella riktlinjer.

2010 var det en stor spridning mellan olika kliniker, med andelar från fem till 60 procent. Den ojämna användningen av metoden beror bland annat på att kunskapen om metodens fördel är relativt ny. Andelen PCI som utförs med stöd av tryckmätning förväntas öka ytterligare i framtiden, och en förhoppning är då även att skillnaderna mellan klinikerna utjämnas.

PCI och kranskärlsröntgen via handleden

Tidigare var det vanligast att man vid krankärlsröntgen och PCI-behandling gick in i blodkärlet via ljumsken (femoralsartären), men de senare åren har istället allt oftare handleden (radialisartären) valts som så kallat punktionsställe. Att använda handleden som punktionsställe minskar risken för blödningsskomplikationer, medför snabbare mobilisering och kortare vårdtid. Tekniken med punktion vid handleden anses något svårare att lära sig och läkaren kan inte använda riktigt lika stora katetrar som vid punktion i ljumsken. Ökningen har varit snabb och 2010 användes handleden som punktionsställe vid 60 procent av alla kranskärlsröntgen och PCI-behandlingar.

Av tabellen framgår att det är mycket stor variation mellan klinikerna i valet av punktionsställe. Andelen som utförs via handleden utgör från noll till 97 procent av alla kranskärlsröntgen och angiografier. Att ökningen av andelen skett så snabbt är en förklaring till skillnaderna. En annan förklaring är att andelen patienter med akut hjärtinfarkt varierar mellan olika kliniker.

En stor vetenskaplig studie visade nyligen att punktion av handleden totalt sett inte minskade risken för allvarliga komplikationer som död, hjärtinfarkt och stroke men att blödningarna minskade. Hos patienter med akut hjärtinfarkt tycktes det dock finnas indikation på minskad dödlighet.

98 Död eller återinskrivning efter vård för hjärtsvikt

Det finns i Sverige ungefär 200 000 personer med symtomgivande hjärtsvikt och lika många med latent hjärtsvikt. Hjärtsvikt medför påtagligt ökad risk för förtida död och är en av de vanligaste diagnoserna hos äldre som vårdas på sjukhus. Hjärtsvikt är en kronisk sjukdom med symtom som trötthet, andfåddhet vid ansträngning, andnöd och hosta på natten och svullna ben.

Tillgången på data om hjärtsviktsvårdens kvalitet är ganska begränsad. Här visas tre indikatorer om hjärtsvikt, med Patientregistret, Läkemedelsregistret och kvalitetsregistret RiksSvikt som källor.

Det är relativt vanligt att patienterna avlider eller återinläggs kort tid efter sjukhusvård för hjärtsvikt. Att hjärtsvikt är en kronisk sjukdom gör att utfallet död efter sjukhusvård är ett komplicerat kvalitetsmått, men ändå värt att lyfta fram.

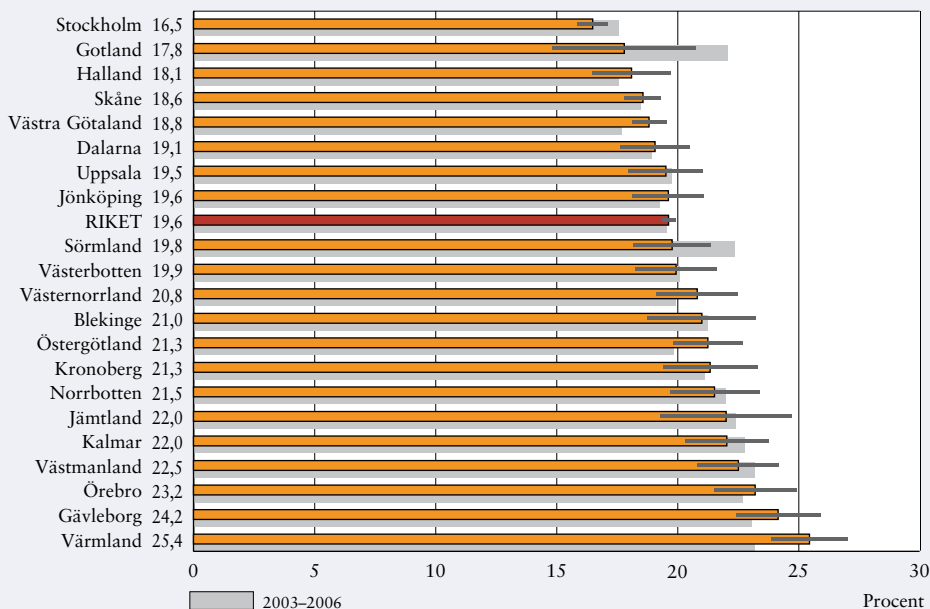


Diagram 98
Totalt

Andel patienter som återinskrivs för hjärtsvikt eller avlider inom 30 dagar efter sjukhusvårdad hjärtsvikt, 2007–2010. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

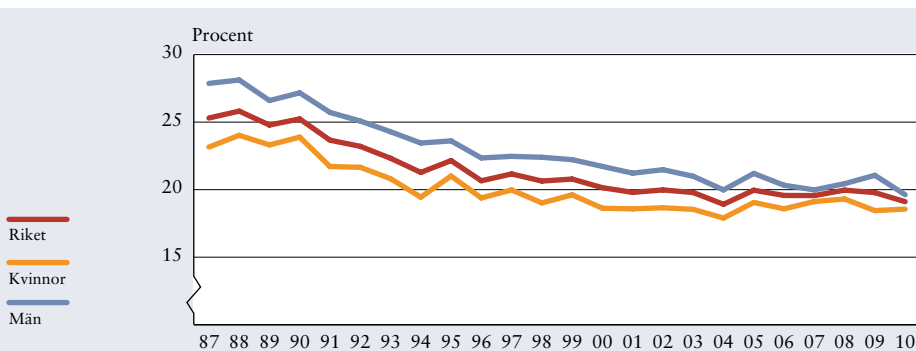


Diagram 98
Riket

Andel patienter som återinskrivs för hjärtsvikt eller avlider inom 30 dagar efter sjukhusvårdad hjärtsvikt. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

Orsaker till återinläggning kan bland annat vara alltför tidig utskrivning, bristande läkemedelsbehandling eller för dålig information till patienterna om sjukdomen. Undvikbara återinskrivningar är en kvalitetsbrist som både medför ökat lidande för patienten och ökade kostnader för sjukvården.

Indikator 98 avser patienter som sjukhusvårdats för hjärtsvikt. Måttet anger andelen patienter som inom 30 dagar efter utskrivningen antingen avlidit eller åter-

inskrivits på sjukhus med diagnosen hjärtsvikt. Jämförelsen avser alla åldrar och åldersstandardisering har gjorts.

Under mätperioden 2007–2010 registrerades 74 000 vårdepisoder med huvuddiagnosen hjärtsvikt, något fler män än kvinnor. 12 procent eller cirka 9 000 avled inom 30 dagar och bland de överlevande återinskrivs närmare 6 000 inom 30 dagar. Andelen avlidna eller återinskrivna i riket var knappt 20 procent, med en liten övervikt bland männen. Död är ett vanligare utfall än återinskrivning.

Trenden över tid visar att andelen återinskrivna eller döda minskat något sedan början av 1990-talet. Fram till 1992 rapporterade till Patientregistret även sjukhem och andra äldrevårdsenheter, som då överfördes till primärkommunerna.

Variationen mellan landsting och mellan sjukhus kan i hög grad vara påverkad av annat än kvaliteten i vårdinsatsen. Om praxis för att skriva in patienter i slutenvård skiljer sig åt, påverkas utfallet. Ju lindrigare sjuka de inskrivna är, desto bättre blir det redovisade utfallet. Av detta skäl bör bättre hänsyn till patientsammansättningen vid olika sjukhus tas i framtida jämförelser.

Detsamma gäller diagnosättningspraxis. Om patienter med lätt hjärtsvikt får diagnosen oftare i ett landsting eller sjukhus än i ett annat, så förbättras utfallet för det förra landstinget eller sjukhuset.

99 Ekokardiografi vid hjärtsvikt

Ekokardiografi, ultraljudsundersökning av hjärtat, skall användas för att diagnostisera och klassificera hjärtsvikt och dess svårighetsgrad. Diagnos byggd enbart på symtom och kliniska fynd ger fel diagnos i cirka hälften av fallen. Det finns nu enighet om att modern diagnostik av hjärtsvikt ska inkludera verifiering av nedsatt hjärtfunktion och ekokardiografi är den vanligast förekommande metoden. I Socialstyrelsens riktlinjer för hjärtsjukvård har ekokardiografi vid misstänkt hjärtsvikt hög prioritet.

Källan till indikatorn är kvalitetsregistret RiksSvikt. RiksSvikt innehåller i nuläget 43 000 unika patienter och hade under 2010 cirka 11 000 registrerade hjärtsviktspatienter. Både sjukhus och primärvård rapporterar data, men få hjärtsviktspatienter från primärvård rapporteras till RiksSvikt. Över 80 procent av sjukhusen rapporterar till RiksSvikt, men täckningsgraden vad avser patienter är lägre. Enligt en jämförelse med Patientregistret fanns 2009 48 procent av de sjukhusvårdade hjärtsviktspatienterna i RiksSvikt. RiksSvikt beräknar själv täckningsgraden för 2010 till 61 procent, avseende de sjukhusvårdade patienterna. Det är stora variationer mellan sjukhusen och därmed även mellan landsting. Den ojämna täckningsgraden gör att jämförelser är osäkra.

Indikator 99 visar andelen hjärtsviktspatienter som 2010 diagnostiserades med hjälp av ekokardiografi. Jämförelsen baseras på 6 000 nyregistrerade patienter, nästan

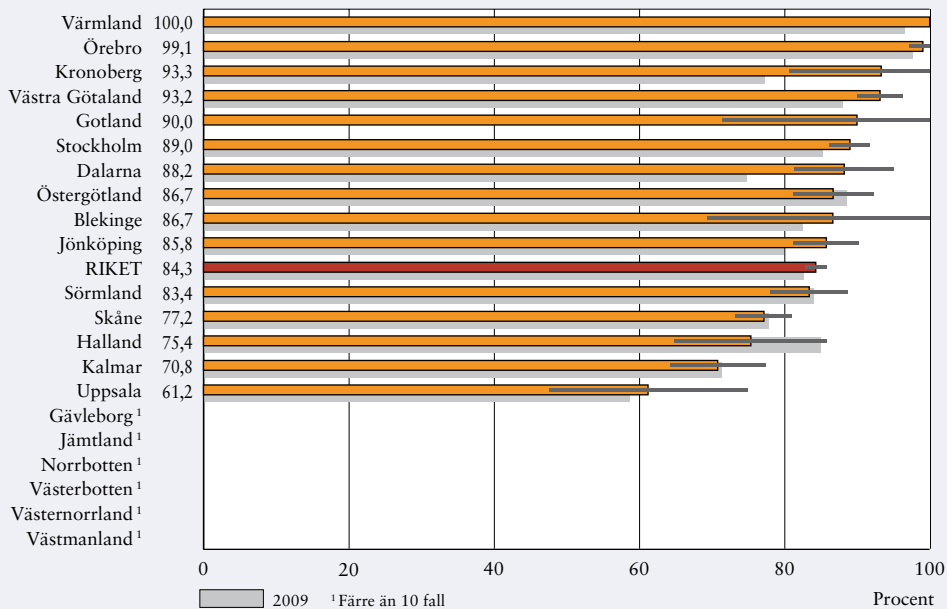


Diagram 99
Kvinnor

Andel hjärtsviktpatienter som fick sin diagnos med stöd av EKO-kardiografi, 2010.

Källa: Riksvikt – Nationellt kvalitetsregister för hjärtsvikt

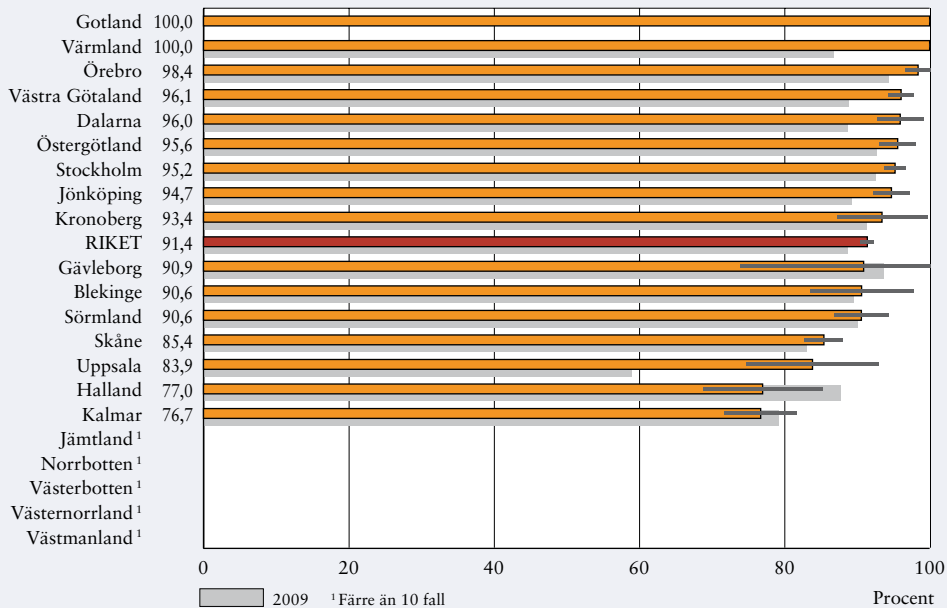
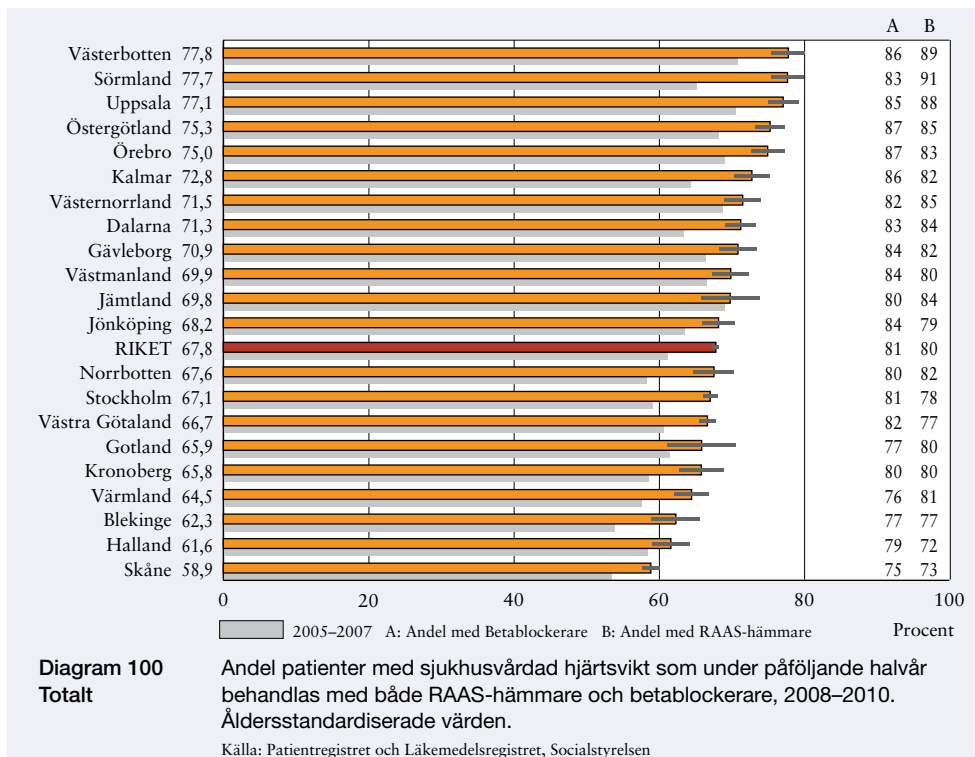


Diagram 99
Män

Andel hjärtsviktpatienter som fick sin diagnos med stöd av EKO-kardiografi, 2010.

Källa: Riksvikt – Nationellt kvalitetsregister för hjärtsvikt

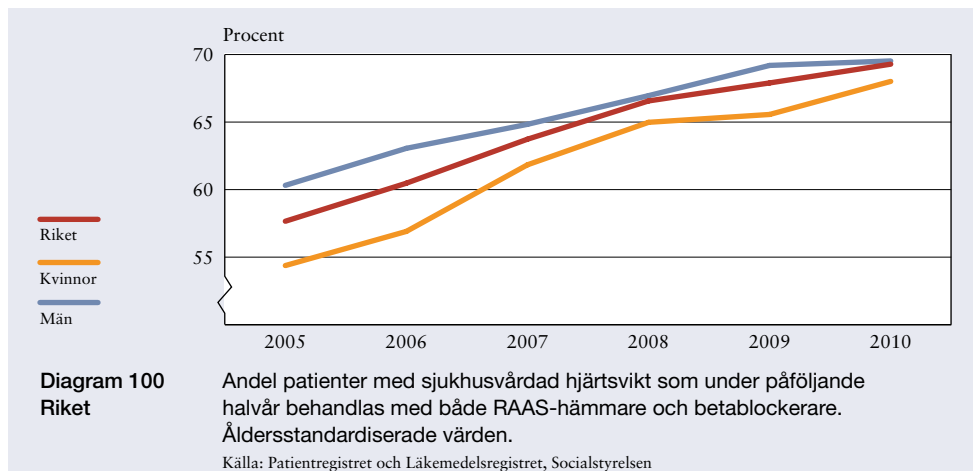


dubbelt så många män som kvinnor. I riket ekokardiograferades nästan 89 procent av patienterna, en större andel bland män än bland kvinnor. I några landsting är andelen 100 procent, medan i andra den är under 80 procent.

100 Läkemedelsbehandling vid hjärtsvikt

Blodtryckssänkande behandling med RAAS-hämmare (ACE-hämmare och angiotensinreceptorblockerare, ARB) minskar risken för sjukhusinläggningar, 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. I princip bör alla hjärtsviktpatienter behandlas, om inga medicinska hinder finns.

Indikatorn visar andelen patienter som behandlas med både RAAS-hämmare och betablockerare, av sjukhusvårdade hjärtsviktpatienter. Enbart patienter som inte slutenvårdats för hjärtsvikt under de föregående 365 dagarna ingår. Jämförelsen baseras på drygt 40 000 vårdepisoder för patienter som sjukhusvårdades med huvuddiagnos hjärtsvikt under perioden 2008–2010 och som överlevde de första sex månaderna efter infarkt. Männen var något fler än kvinnorna.



Andelen som behandlades med båda typerna av läkemedel var i riket knappt 68 procent, med en spridning mellan landstingen från 58 till 78 procent. Skillnaderna mellan könen är små. Cirka 80 procent av patienterna fick åtminstone ett av läkemedlen.

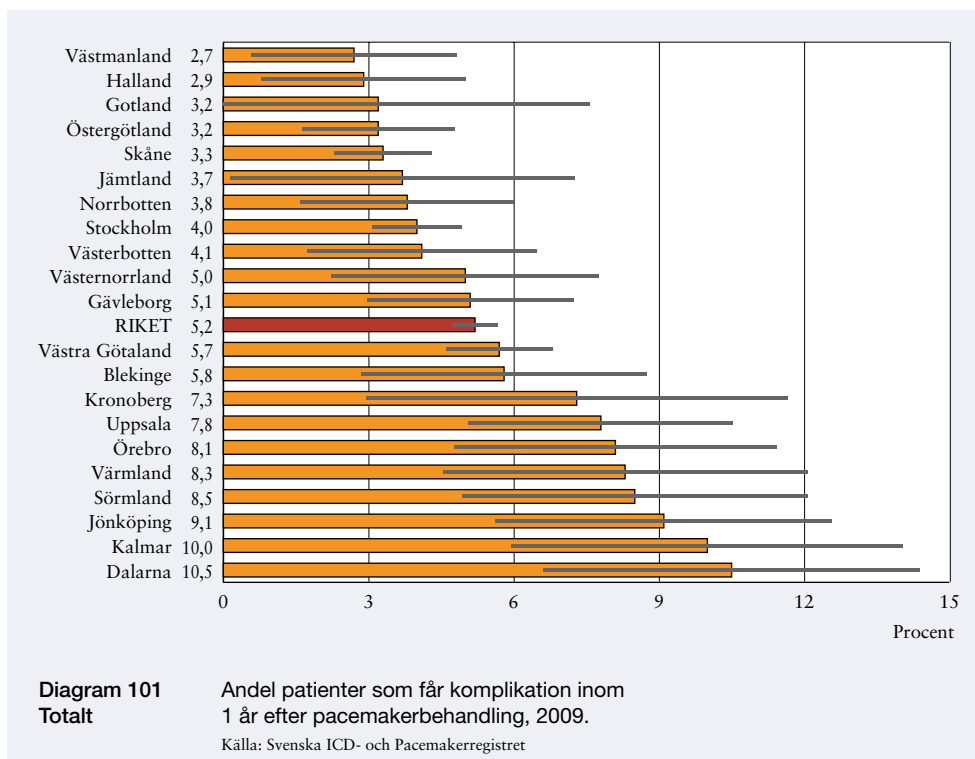
Det finns i riktlinjerna inte angivet hur stor andel av patienterna som bör behandlas, efter att individuella bedömningar gjorts. Riksvikts målsättning är att minst 90 procent av patienterna bör ha behandling med RAAS-hämmare och en lika stor andel bör behandlas med betablockerare. Av detta kan man sluta sig till att minst 80 procent av patienterna bör ha basbehandling för sin hjärtsvikt med båda typerna av läkemedel. Det finns därför en betydande förbättringspotential

101 Komplikationer efter pacemakerinsättning

Om hjärtat slår för långsamt eller oregelbundet kan detta leda till yrsel, svimningsattacker eller plötslig död. Insättning av pacemaker görs för att hjälpa hjärtat att återställa en tillräckligt snabb puls eller nå en jämn rytm. Cirka 6 300 nyinsättningar av pacemakers sker per år, med en genomsnittsålder för män på 75 år och för kvinnor på 78 år. Knappt 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 i vissa fall även som dagkirurgi. Implantation av pacemaker är dock förenat med risk för komplikationer. Komplikationsfrekvensen är därför en naturlig indikator vid kvalitetsuppföljning.

Källan till indikatorn är det Svenska Pacemaker- och ICD-registret. Till registret rapporteras uppgifter om insättning av standardpacemaker, implanterbara defibrillatorer (ICD) och sviktpacemakers (CRT). Alla 43 kliniker som sätter in pacemaker rapporterar till registret. Täckningsgraden på individnivå är mycket god. En jämförelse avseende 2006 visade att täckningsgraden var 95 procent, vilket var högre än Patientregistrets.



Indikatorn visar andelen patienter som inom 365 dagar drabbas av komplikation vid nyimplantation, utbyte eller korrektion av standardpacemaker. Redovisning per landsting baseras på patientens hemort, inte klinikens lokalisering.

Komplikationen kan dels avse händelser under vårdtillfället, dels händelser som uppkommer efter vårdtillfället. Som komplikation räknas en oförutsedd händelse med felfunktion i pacemakersystemet eller en annan för patienten allvarlig händelse. För att registreras som komplikation ska händelsen vara av den art och grad att den antingen kräver operativt åtgärdande eller läkemedelsbehandling, till exempel antibiotika vid infektion.

Jämförelsen omfattar cirka 9 100 patienter som fick behandling under 2009 och följdes upp under 2010. I riket var andelen komplikationer 5,2 procent för patienter opererade under 2009, med en spridning mellan landstingen från knappt tre till drygt tio procent.

Skillnaderna kan också bero på olikheter i hur likformig och komplett komplikationsregistreringen är. Varje sjukhus registrerar sina egna komplikationer i samband med operation eller vid uppföljning. I kvalitetsregistrets egen årsrapport markeras orimliga resultat genom att kliniker med lägre komplikationsandel än två procent inte visas med övriga, då de anses ha för stort bortfall av registrering av komplikationer för att anses tillförlitliga.

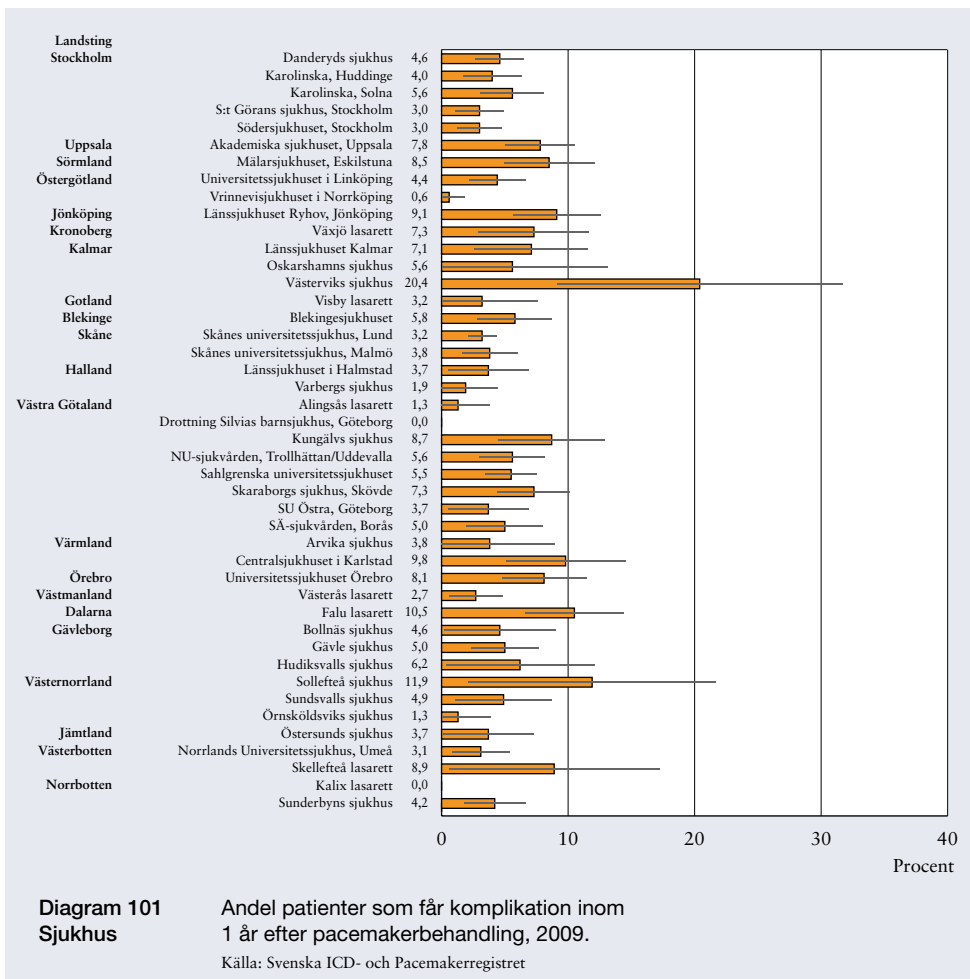


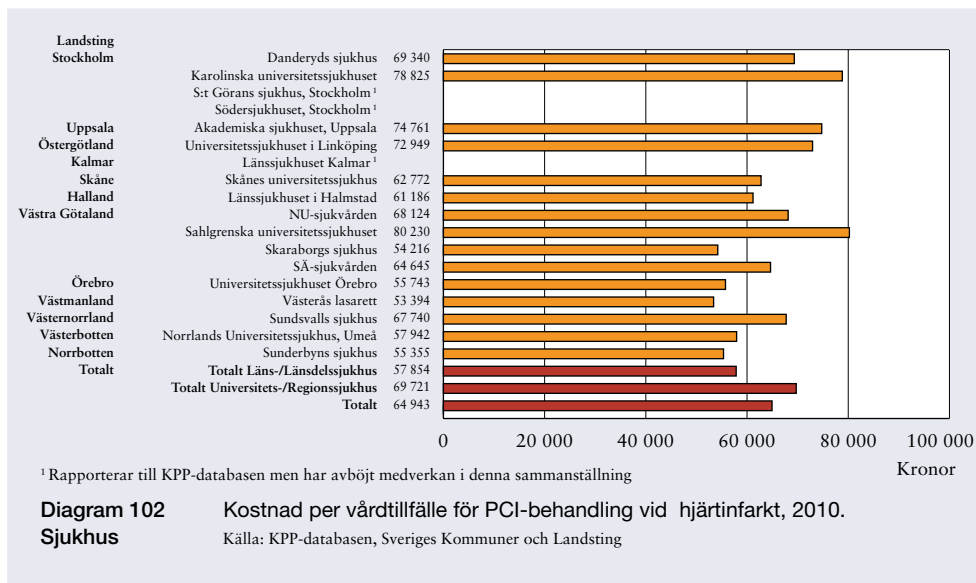
Diagram 101 Andel patienter som får komplikation inom 1 år efter pacemakerbehandling, 2009.

Källa: Svenska ICD- och Pacemakerregistret

102 Kostnad per vårdtillfälle för PCI vid infarkt

Under 2010 rapporterade 19 sjukhus från 12 landsting kostnadsuppgifter till KPP-databasen. Databasen innehåller kostnader för varje unikt vårdtillfälle och för de vårdinsatser som i denna patientrelaterade redovisning knyts till vårdtillfället. Kostnader för efterföljande uppföljningsbesök och läkemedelsanvändning i öppen vård ingår inte i de kostnader som redovisas. De allra dyraste fallen, de så kallade kostnadsytterfallen, är också exkluderade. Avsikten är att visa en "normal" genomsnittskostnad per sjukhus.

I diagram 102 visas kostnaderna per vårdtillfälle i slutenvård för PCI, ballongvidgning av hjärtats kärl vid diagnosen hjärtinfarkt. I DRG-systemet avser detta gruppen DRG 112E och DRG 112F. Dels utförs detta ingrepp akut vid så kallad ST-höjningsinfarkt, dels utförs det vid icke ST-höjningsinfarkter. I det senare fallet sker det inte akut, men bör ske inom några dagar efter det att infarkten diagnostiserades



och då behandlades med läkemedel. Syftet med PCI-behandlingen är då att förebygga återinsjuknande.

I KPP-databasen 2010 finns det 7 352 vårdtillfällen där patienten PCI-behandlats. Genomsnittskostnad för innerfallen uppgick till 64 943 kr. Det är stor variation mellan sjukhusen, från 53 000 kr till drygt 80 000 kr.

De redovisade kostnadsskillnaderna kan ha flera orsaker. En aspekt är att sjukhusen samarbetar i vården av dessa patienter. PCI utförs vid 28 sjukhus i landet, medan hjärtinfarktvård bedrivs vid cirka 70 akutsjukhus. En patient kan få PCI akut vid ett sjukhus och därefter föras till ett annat sjukhus för fortsatt vård. En annan patient vårdas vid ett och samma sjukhus under hela vårdepisoden. Detta påverkar de kostnader som rapporteras till KPP-databasen. Man bör således ha kunskap om den lokala vårdprocessen för att tolka kostnadsuppgifterna.

Utöver denna aspekt påverkas kostnaderna av bemanning per vårdplats och vid sjukhuset i stort. De kan även återspegla patientsammansättningen vid sjukhuset, till exempel andelen akut utförda PCI på patienter med ST-höjningsinfarkt.

STROKESJUKVÅRD

Stroke är en av våra stora folksjukdomar. Varje år drabbas ungefär 33 000 personer av stroke, ungefär lika många män som kvinnor. Cirka tre fjärdedelar 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. Sedan år 2000 kan en tydlig minskning av antalet strokefall märkas.

Vårdtillfällen där någon typ av stroke var huvuddiagnos står för närmare 400 000 vård dagar på sjukhus. För många patienter kvarstår ett betydande behov av rehabilitering och omsorg därefter. Därför tillkommer ett mycket stort vård- och resursutnyttjande i kommunala särskilda boendeformer och hemtjänst.

Här redovisas elva indikatorer, vilket är en utökning jämfört med förra året. De nya måtten avser både insatser i akutskedet, sekundärpreventiv läkemedelsbehandling och patienternas uppfattning om rehabiliteringsinsatserna efter stroke.

Socialstyrelsen har under 2011 publicerat en indikatorbaserad utvärdering av stroke-sjukvården, som en uppföljning av strokeriktlinjernas tillämpning. Samtliga de elva indikatorer som här visas med uppdaterade resultat, ingick även i den mera omfattande rapporten från Socialstyrelsen.

Utöver Patientregistret (PAR) och Dödsorsaksregistret är källorna Läkemedelsregistret och kvalitetsregistret Riks-Stroke. Alla sjukhus som vårdar strokepatienter i akutskedet deltar i Riks-Stroke. Antalet registrerade vårdtillfällen var 2010 knappt 26 000. Utöver registrering av uppgifter om akutskedet genomförs även en uppföljning efter tre månader. Nyligen har även en ettårsuppföljning införts, som ger värdefull ytterligare information om strokepatienters hälsa och funktionsförmåga.

Riks-Stroke's täckningsgrad visavi PAR följs årligen. Täckningsgraden är hög och över 86 procent av alla förstagsångsfall registreras, men med viss variation mellan landsting och framförallt mellan sjukhus. Täckningsgraden i Riks-Stroke kan i realiteten vara något högre, eftersom det förekommer en viss överdiagnostik i PAR. Svarefrekvensen i tre- och tolv månadersuppföljningen 2010 uppgick till 88 respektive knappt 80 procent.

103 Dödlighet efter förstagsångsstroke

Bland annat i OECD-samarbetet används måttet dödlighet efter stroke, stroke-letaliteten, som indikator på sjukvårdens kvalitet vid internationella jämförelser. Måttet här avser att mäta kvaliteten i hela vårdkedjan från den förebyggande verksamheten till ambulansverksamheten, det akuta omhändertagandet och efterföljande vård.

Som stroke räknas alla fall med någon diagnos för hjärnblödning, hjärninfarkt eller ej specificerad stroke i Dödsorsaksregistret eller Patientregistrets slutenvårdsdel. Därmed ingår både de patienter som dog utan att ha vårdats på sjukhus och de som sjukhusvårdades. I jämförelsen ingår endast förstagsångsfall, definierat som de

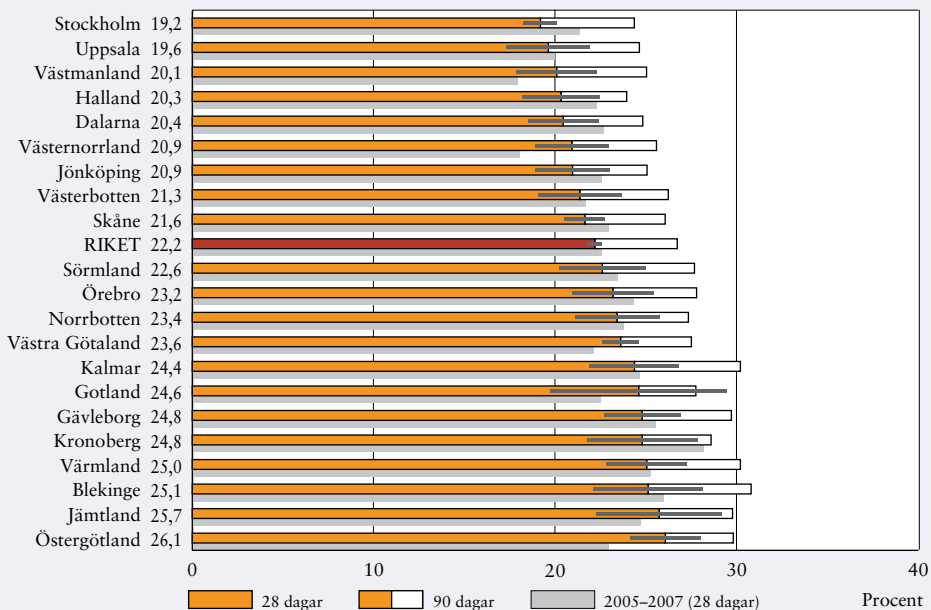


Diagram 103
Kvinnor

Andel döda inom 28 respektive 90 dagar efter förstagångsstroke inklusive döda utanför sjukhus, 2008–2010. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

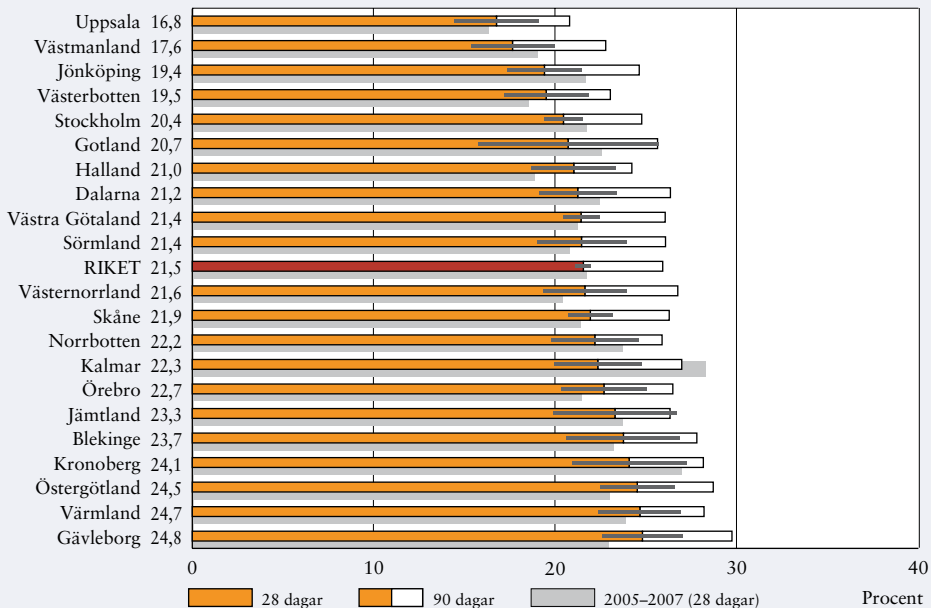


Diagram 103
Män

Andel döda inom 28 respektive 90 dagar efter förstagångsstroke inklusive döda utanför sjukhus, 2008–2010. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

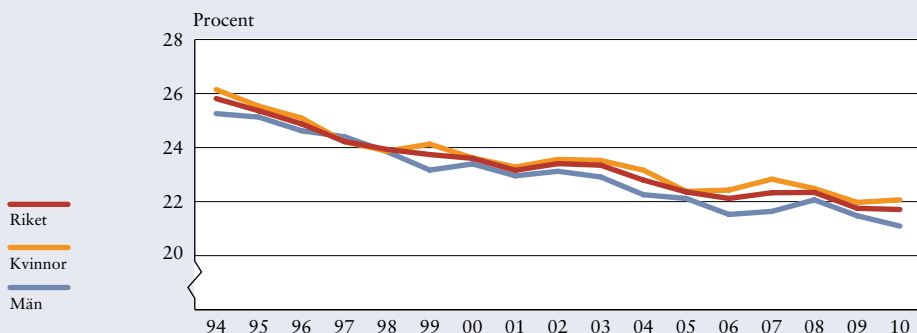


Diagram 103
Riket

Andel döda inom 28 dagar efter förstagsstroke inklusive döda utanför sjukhus. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

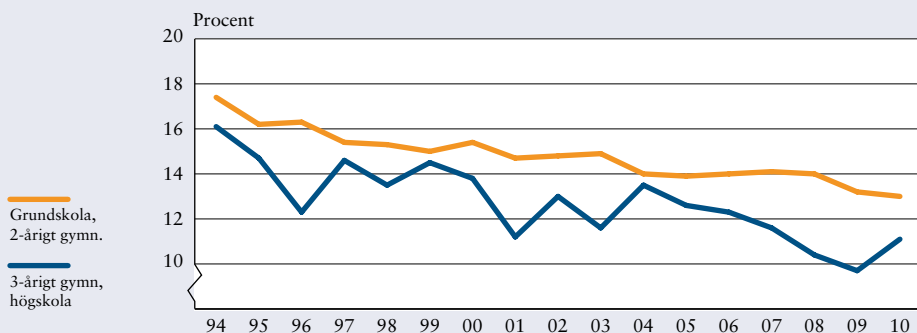


Diagram 103A
Kvinnor och män

Andel döda inom 28 dagar efter förstagsstroke efter utbildning. Åldersstandardiserade värden. Avser personer 35–79 år.

Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen och Registret över befolkningens utbildning, Statistiska centralbyrån

personer som inte haft någon stroke under de sju föregående åren. Dessa var cirka 78 000 under hela den studerade perioden 2008–2010.

Under de tre åren 2008–2010 avled cirka 22 procent av dessa strokefall inom 28 dagar, knappt 6 000 personer per år. Drygt 26 procent av patienterna avled inom 90 dagar. Dödligheten efter stroke är lika för kvinnor och män efter att man tagit hänsyn till skilda åldersfördelningar. Dödligheten inom 28 dagar och inom 90 dagar har bara minskat marginellt jämfört med perioden 2005–2007.

Diagram 103 visar att det finns en viss variation i dödlighet efter stroke mellan landstingen. Denna kan ha flera orsaker, bland annat tillförlitligheten i diagnosättning, skillnader i bakgrundsfaktorer såsom annan sjuklighet, sociala faktorer, slumpmässiga avvikelser samt befolkningens benägenhet att söka vård. Vårdrelaterade faktorer kan vara avståndet till akutsjukvård, ambulansverksamhetens effektivitet och det akuta omhändertagandet på sjukhus.

För kvinnorna varierade 28-dagarsdödligheten från 19 till 26 procent mellan lands-
tingen. Motsvarande variation för männen var mellan 17 och 25 procent.

I trenddiagrammet ses att överlevnaden de senaste femton åren efter stroke har
förbättrats något för både kvinnor och män, dock inte i lika hög grad som för hjärt-
infarkt.

104 Dödlighet efter sjukhusvårdad förstagångsstroke

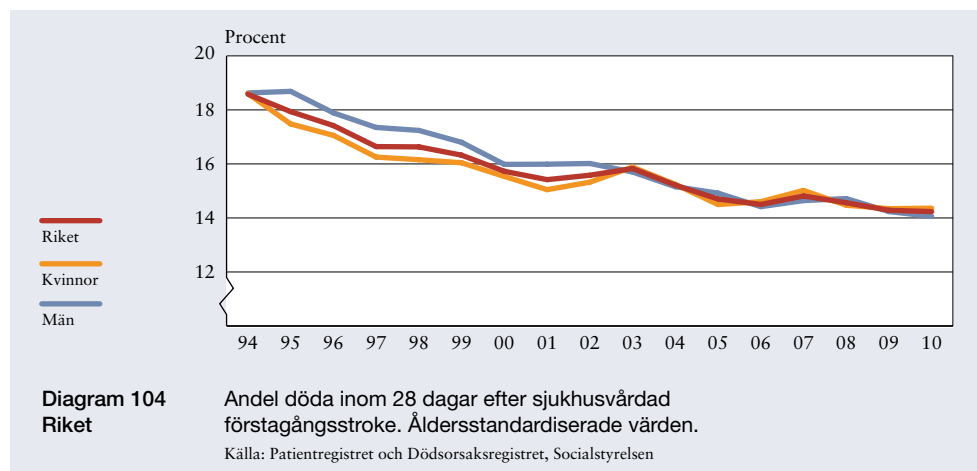
Här redovisas dödligheten inom 28 och 90 dagar efter sjukhusvård för stroke. Måttet
syftar till att mäta kvaliteten i det akuta omhändertagandet och i den efterföljande
vården vid sjukhus.

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

Bland de cirka 33 000 personer, lika många kvinnor som män, som årligen drabbas
av stroke vårdas drygt 29 000 på sjukhus för sin stroke. Uppskattningsvis 3–4 000 av
de som får stroke avlider utan att ha sjukhusvårdats.

Som stroke räknas här fall med någon diagnos för hjärnblödning, hjärninfarkt eller
ej specificerad stroke åren 2008–2010 i Patientregistrets slutenvårdsdel, således de
strokefall som sjukhusvårdades initialt. Enbart förstagångsfall omfattas, beräknat
på så sätt att endast de personer som inte haft någon stroke under de sju föregående
åren ingår. Av dessa ingår alla personer i åldrarna 20 år eller över. Totalt ingår unge-
fär 70 500 fall i jämförelsen.

Av de sjukhusvårdade fallen avled drygt 14 procent inom 28 dagar efter slaganfallet
och drygt 19 procent inom 90 dagar. I genomsnitt avlider 3 300 personer per år inom
28 dagar efter en förstagångsstroke. Efter att man tagit hänsyn till skilda åldersför-



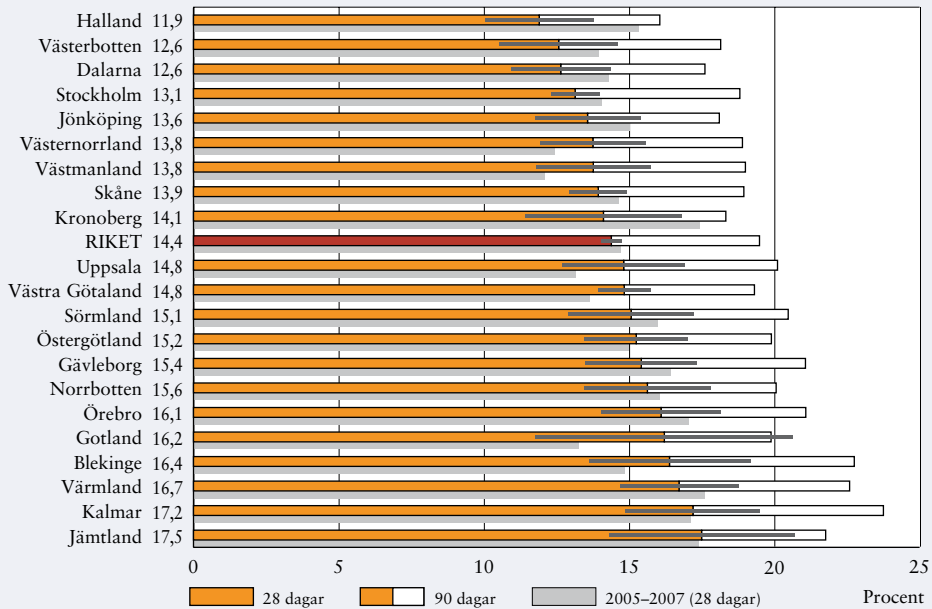


Diagram 104
Kvinnor

Andel döda inom 28 respektive 90 dagar efter sjukhusvårdad förstagångsstroke, 2008–2010. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

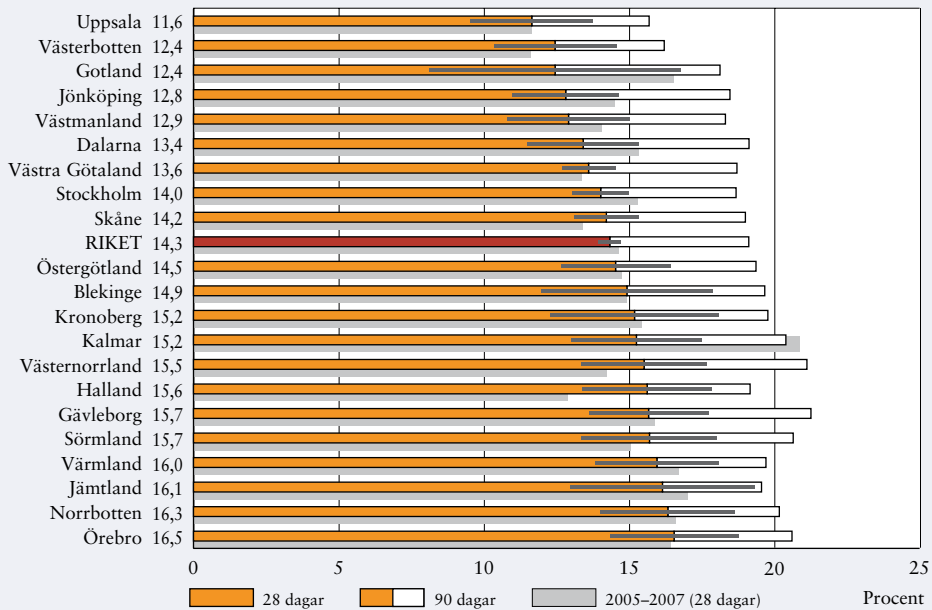


Diagram 104
Män

Andel döda inom 28 respektive 90 dagar efter sjukhusvårdad förstagångsstroke, 2008–2010. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

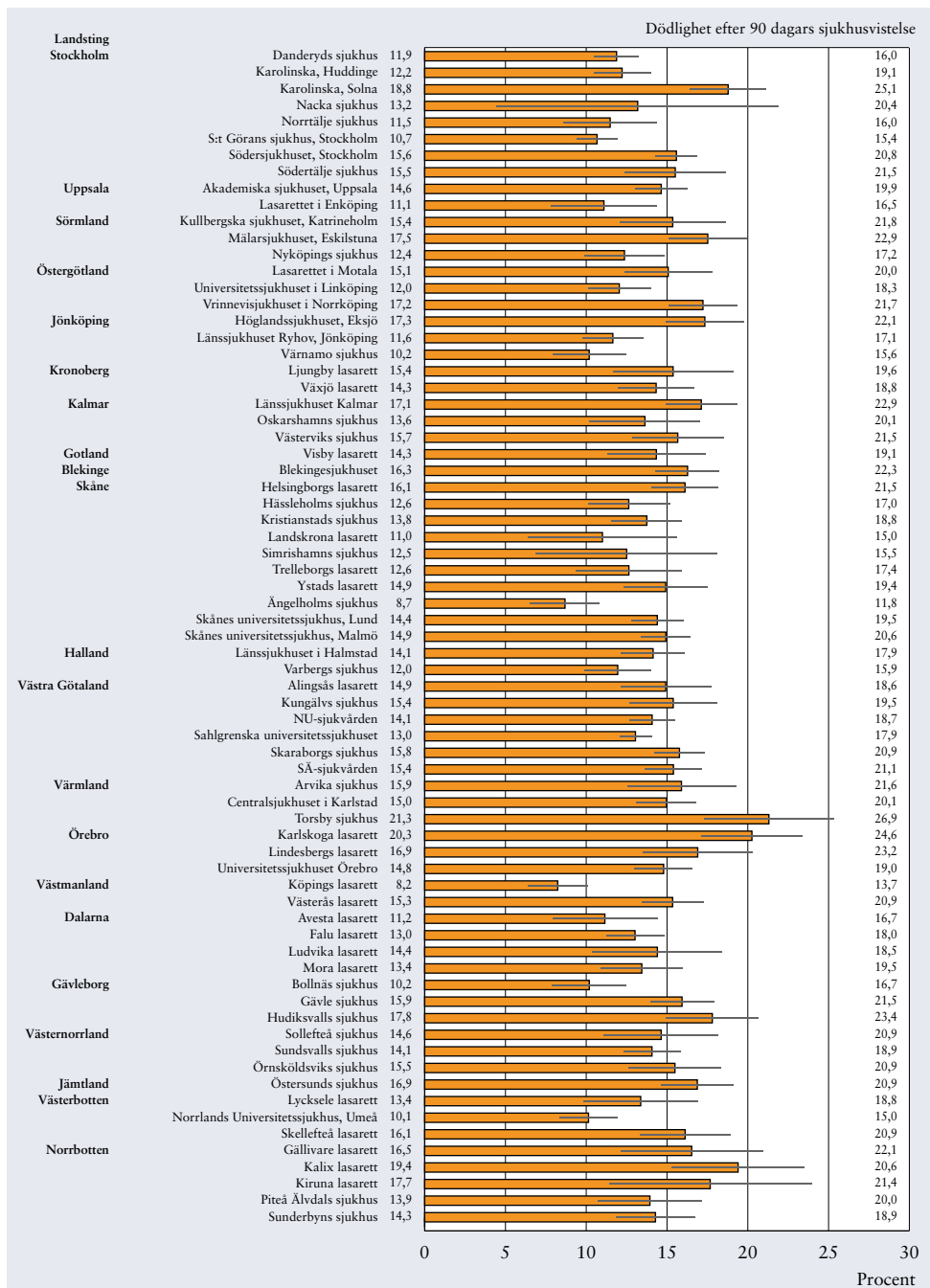


Diagram 104
Sjukhus

Andel döda inom 28 dagar efter sjukhusvårdad förstagångsstroke, 2008–2010. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

delningar är dödligheten efter stroke i riket, både efter sjukhusvård och totalt, lika för kvinnor och män. För båda könen har under den senaste femårsperioden bara mycket små förändringar skett av 28- och 90-dagarsdödligheten.

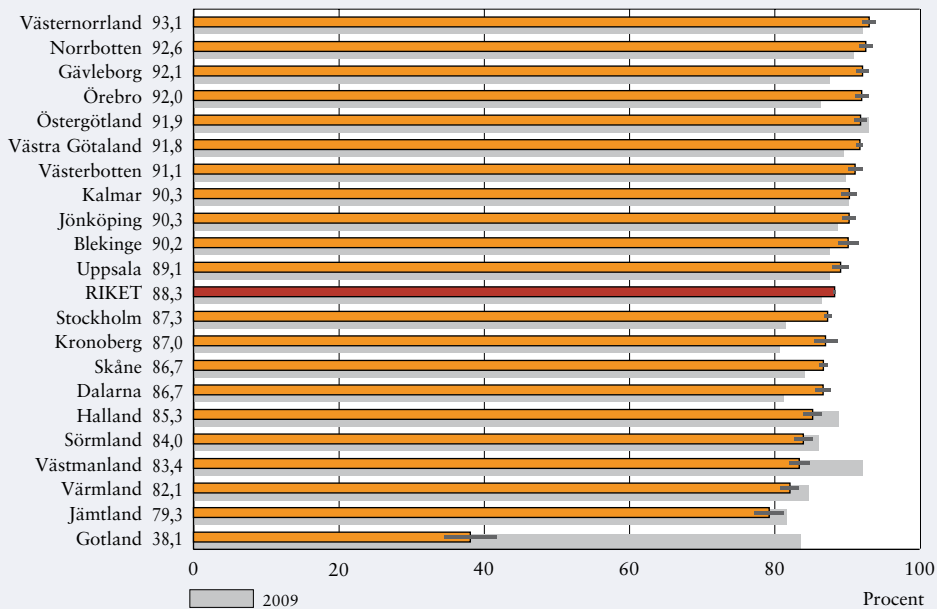


Diagram 105 Andel strokepatienter som vårdats på strokeenhet, 2010.
Totalt

Källa: Riks-Stroke – Nationella kvalitetsregistret för Stroke

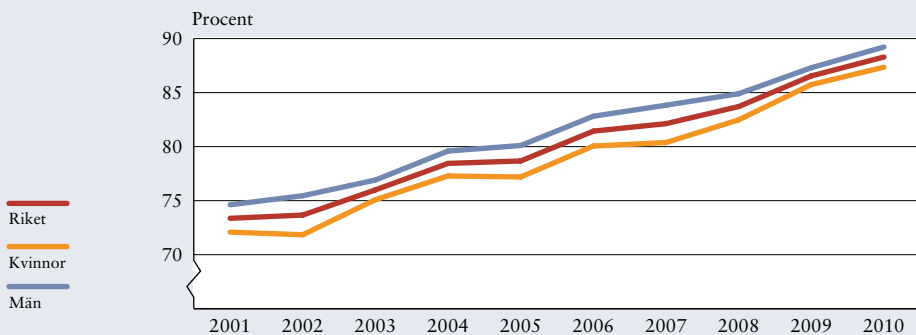


Diagram 105 Andel strokepatienter som vårdats på strokeenhet.
Riket

Källa: Riks-Stroke – Nationella kvalitetsregistret för Stroke

105 Vård vid strokeenhet

Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer ska vård i akutfasen vid stroke bedrivas vid strokeenheter. En strokeenhet är en specialiserad vårdavdelning som i princip enbart arbetar med strokepatienter och som har personal med expertkunnande inom stroke och rehabilitering. Den skall bestå av ett multidisciplinärt team som innefattar läkare, sjuksköterska, undersköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut, kurator och

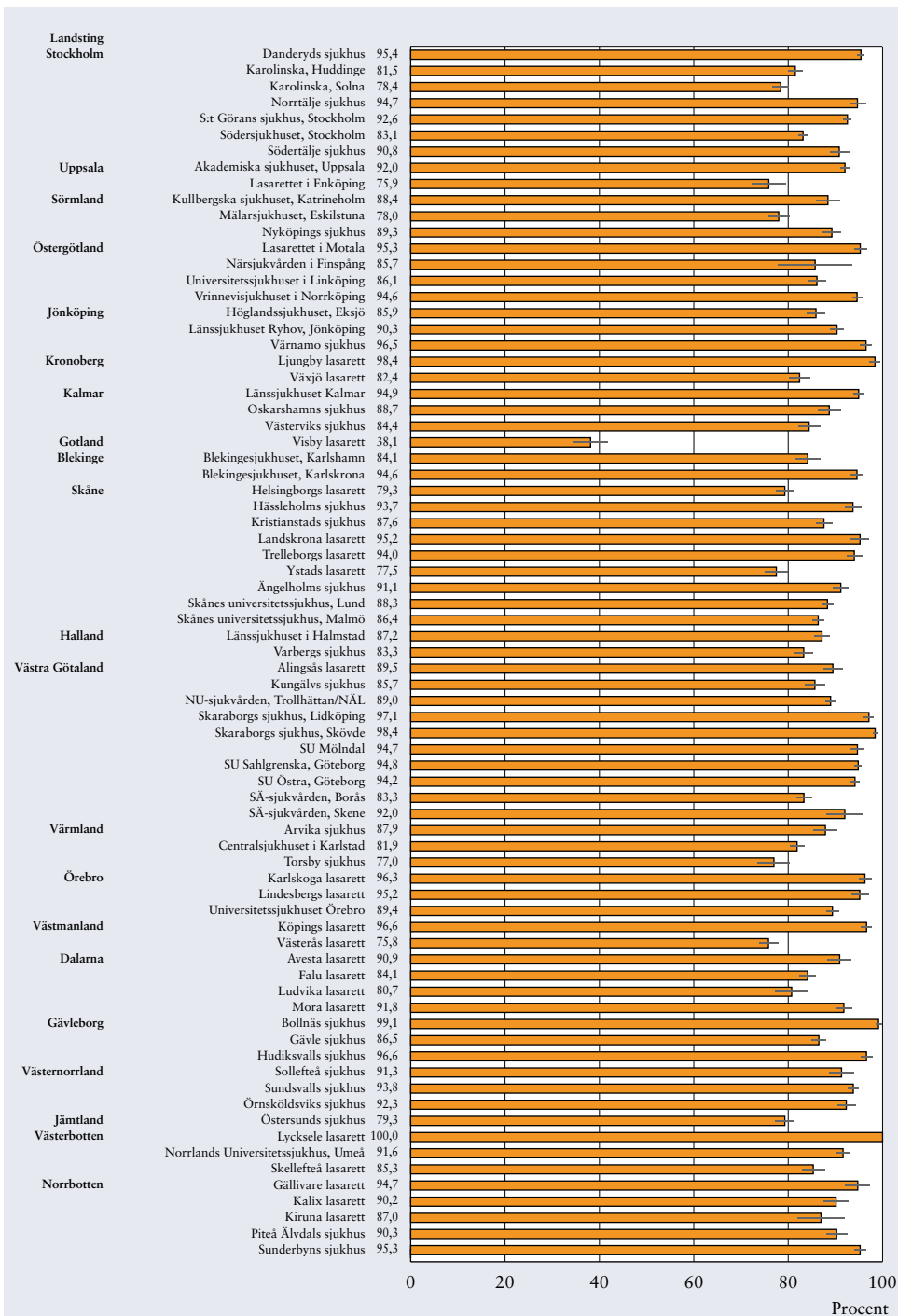


Diagram 105
Sjukhus

Andel strokepatienter som vårdats på strokeenhet, 2010.

Källa: Riks-Stroke – Nationella kvalitetsregistret för Stroke

logoped samt har tillgång till dietist och psykolog eller psykiater. En nyckelaspekt i vårdinsatsen är omedelbar mobilisering och tidig rehabilitering av patienten.

Det finns ett starkt kunskapsunderlag för att hävda att vård på väl fungerande strokeenheter minskar dödligheten, det personliga beroendet och behovet av institutionsboende. De positiva effekterna gäller samtliga patienter med stroke oavsett deras ålder, kön eller hjärnskadans svårighetsgrad. Vård på en strokeenhet har givits högsta prioritet i riktlinjerna.

I riket vårdades år 2010 över 88 procent av alla nästan 26 000 patienter i Riks-Stroke på strokeenhet. Detta är ökning med närmare två procentenheter sedan jämförelseåret 2009. Kvinnor vårdas i något lägre grad än män på strokeenhet, med andelar på respektive 89 procent. Det finns skillnader mellan landstingen, men de är påtagligt mindre 2010 än för fem-sex år sedan.

106 Trombolysbehandling vid stroke

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, använd enligt de gällande kriterierna, en mycket gynnsam effekt på utfallet för en del av patienterna som får behandlingen. Risken för död och funktionsnedsättning minskar. Trombolysbehandling har därför en hög prioritet i de nationella riktlinjerna för stroke.

Det finns flera kriterier för när propplösande behandling skall sättas in, bland dem att det är en hjärninfarkt och att det gått högst 4,5 timmar sedan symtomen började. Av Riks-Stroke's samtliga patienter under 2010 uppfyllde cirka 11 800 kriterierna att stroke var en hjärninfarkt, att patienterna var 18–80 år och att de tidigare hade varit funktionsberoende. Tidsintervallet mellan symtomdebut och behandling begränsar i praktiken andelen av dessa patienter som kan trombolysbehandlas.

I princip ska samtliga akutsjukhus i landet kunna ge denna behandling, eftersom den främst kräver kompetensutveckling inom klinisk och radiologisk diagnostik, men annars är baserad på traditionell strokevård. Vid trombolysbehandling är minimal tidsfördröjning av största värde för slutresultatet. Att tidsfaktorn är så viktig understryker behovet av att denna vårdinsats ges decentraliserat. En viktig faktor är även att de drabbade och personer i omgivningen känner igen strokesymtom och skyndsamt söker vård.

I diagram 106 visas andelen av de som uppfyllde kriterierna ovan som 2010 fick trombolysbehandling. I riket var andelen behandlade 9 procent, ungefär lika stor för båda könen. Skillnaderna mellan landstingen är stora, vilket i någon mån är förväntat, eftersom behandlingen är förhållandevis ny och sjukhusen introducerat den i olika takt. Stora ökningar kan noteras i några landsting, bland dem Västerbotten som på ett år har fördubblat andelen trombolysbehandlade.

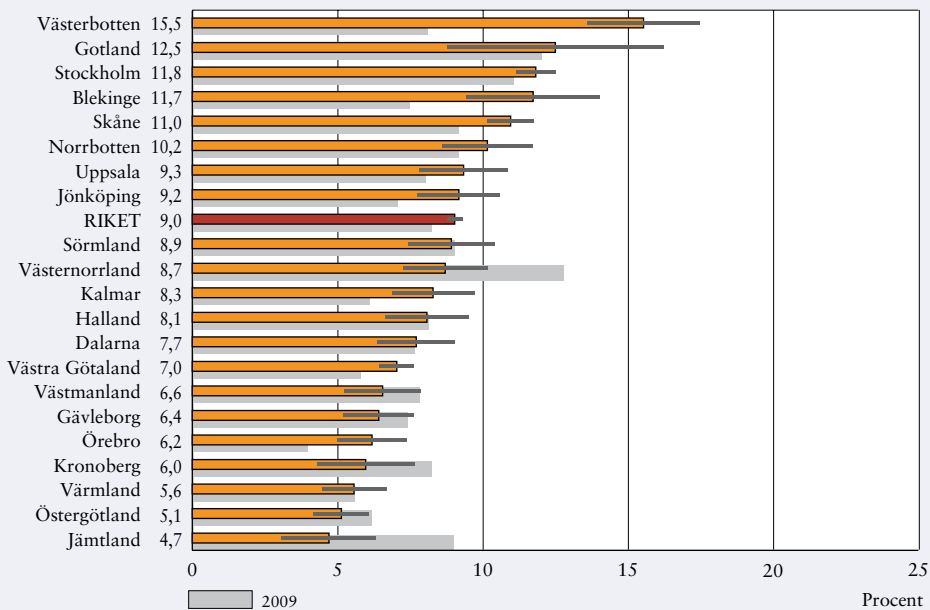


Diagram 106
Totalt

Andel patienter i målgruppen som fått trombolys vid stroke, 2010.

Källa: Riks-Stroke – Nationella kvalitetsregistret för Stroke

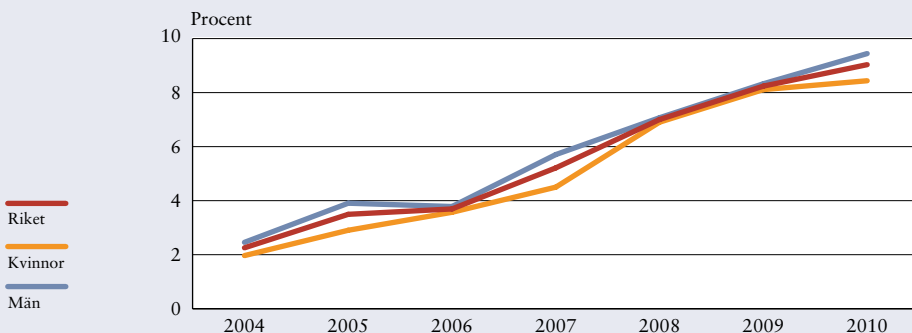


Diagram 106
Riket

Andel patienter i målgruppen som fått trombolys vid stroke.

Källa: Riks-Stroke – Nationella kvalitetsregistret för Stroke

Något mål för andelen trombolysbehandlade finns inte formulerat. Viss vägledning kan fås från de landsting och sjukhus som har de högsta andelarna, men alla bör kunna öka andelen behandlade. I en internationell jämförelse förefaller andelen behandlade i Sverige ligga högt.

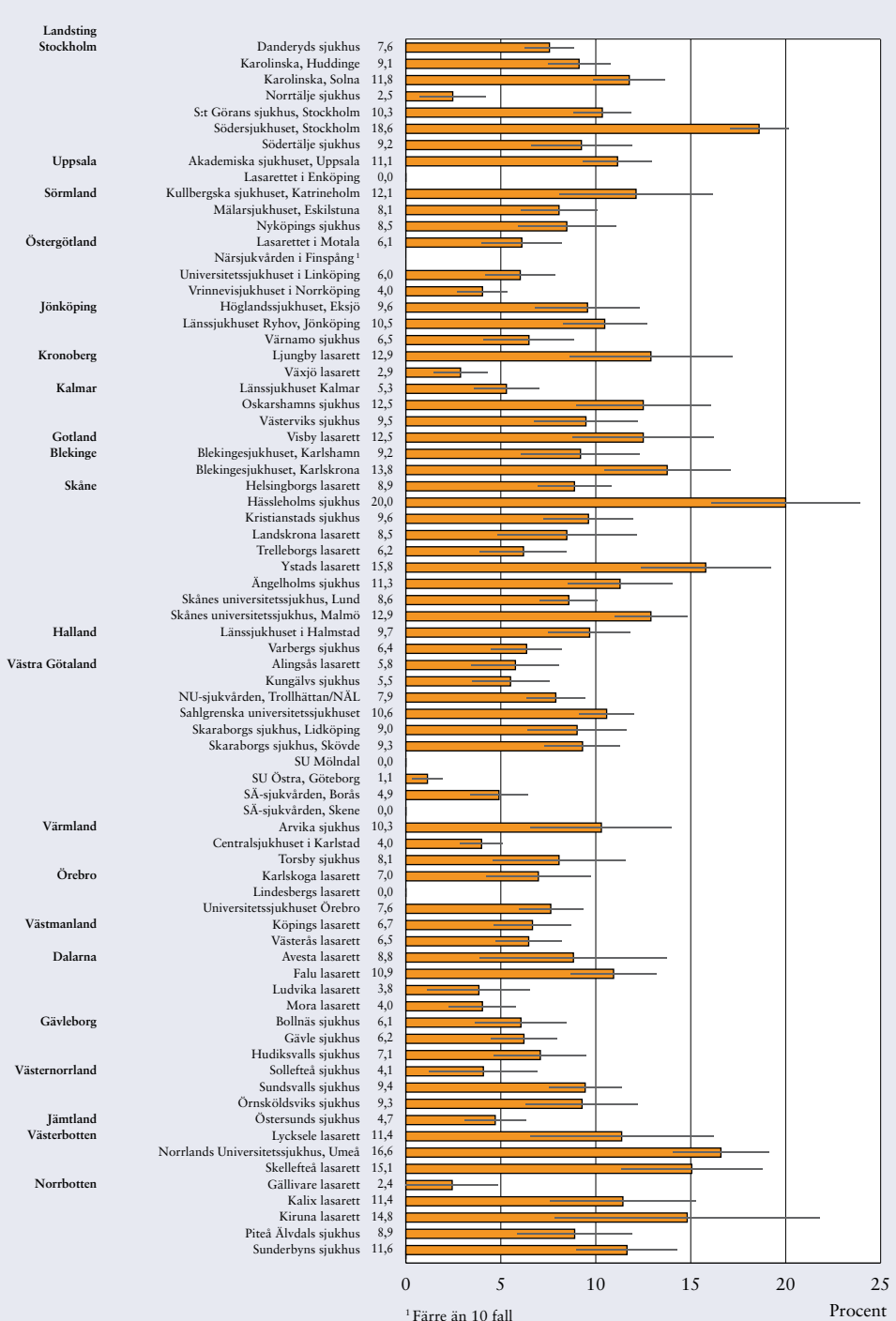
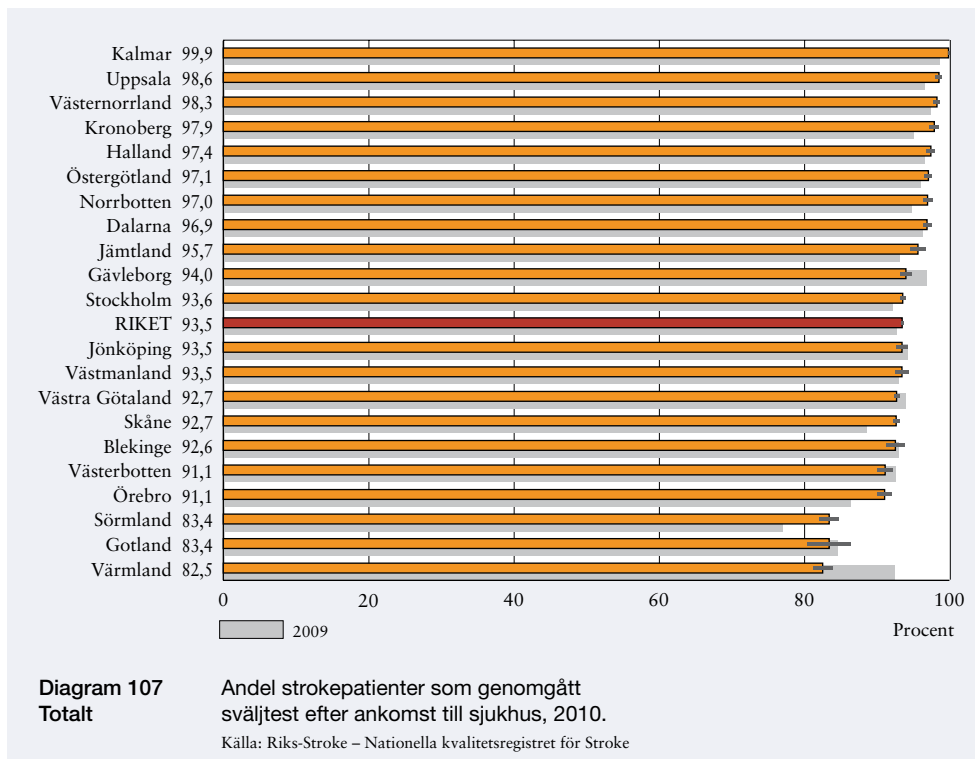


Diagram 106
Sjukhus

Andel patienter i målgruppen som fått trombolys vid stroke, 2010.
Källa: Riks-Stroke – Nationella kvalitetsregistret för Stroke

Procent

¹ Färre än 10 fall



107 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 vid sjukhus bör vårdpersonalen därför rutinmässigt bedöma sväljförmågan med ett enkelt sväljtest med vatten. Åtgärden är högt prioriterad (prioritet I av 10) i de nationella riktlinjerna.

Patienter som har uttalad medvetandesänkning vid ankomst till sjukhus kan inte genomgå testet. Även bland övriga kan det förekomma patienter som av olika anledningar inte kunnat genomgå sväljtestet.

Indikatorn mäter andelen patienter som genomgått test av sväljförmågan vid ankomst till sjukhuset, eller som är patienter där sväljförmågan inte kunnat testas på grund av patientens tillstånd, av alla som vårdats på sjukhus för akut stroke under 2010. Totalt ingår cirka 24 500 patienter i jämförelsen, varav knappt hälften är kvinnor.

I riket som helhet har 93 procent av patienterna antingen genomgått sväljtest eller är patienter som till följd av sitt tillstånd inte kunnat göra det. Det finns inga könsskillnader. Skillnaderna mellan landsting är för merparten mindre än tio procentenheter, men några landsting har klart lägre andelar än övriga.

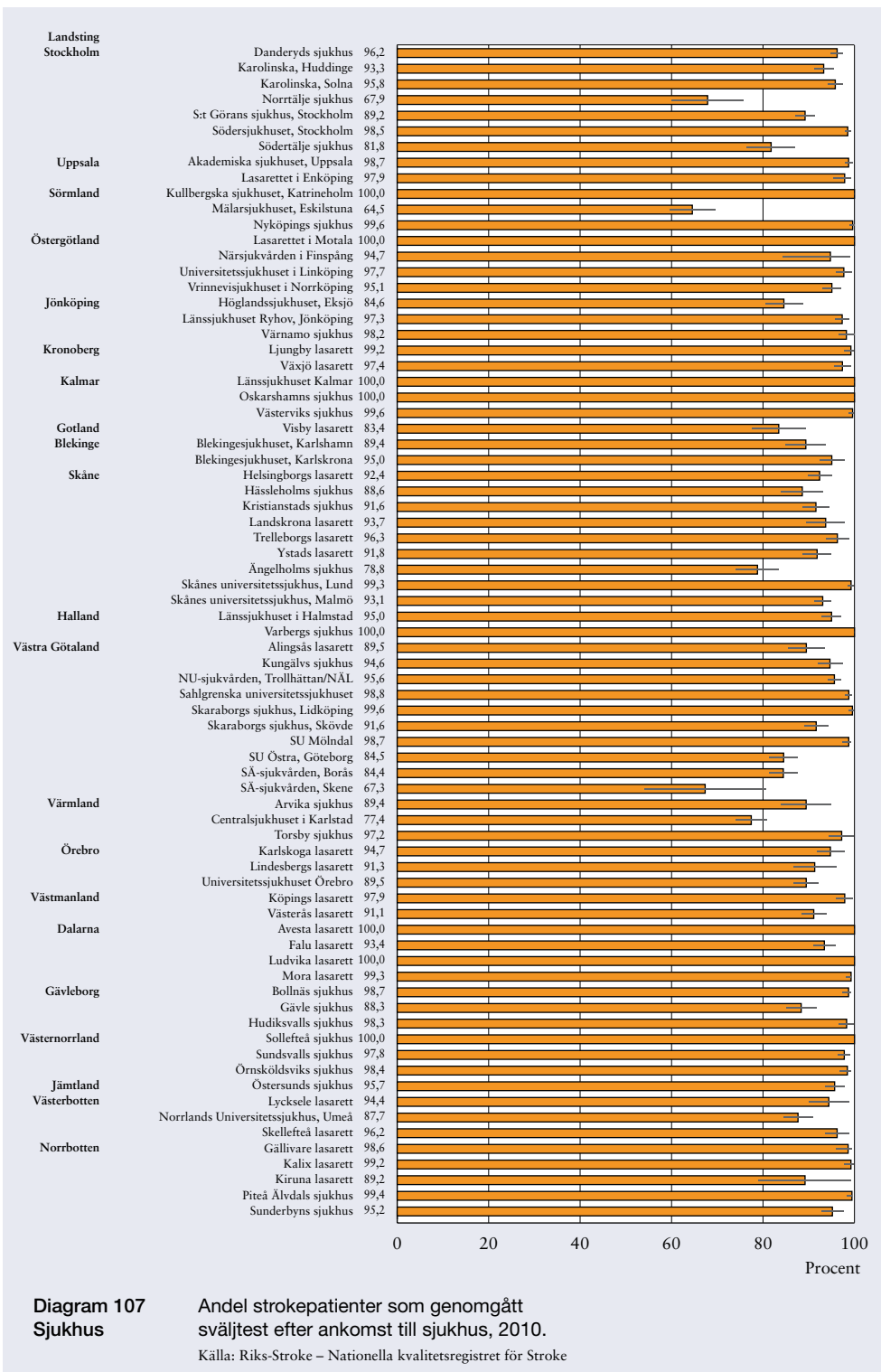
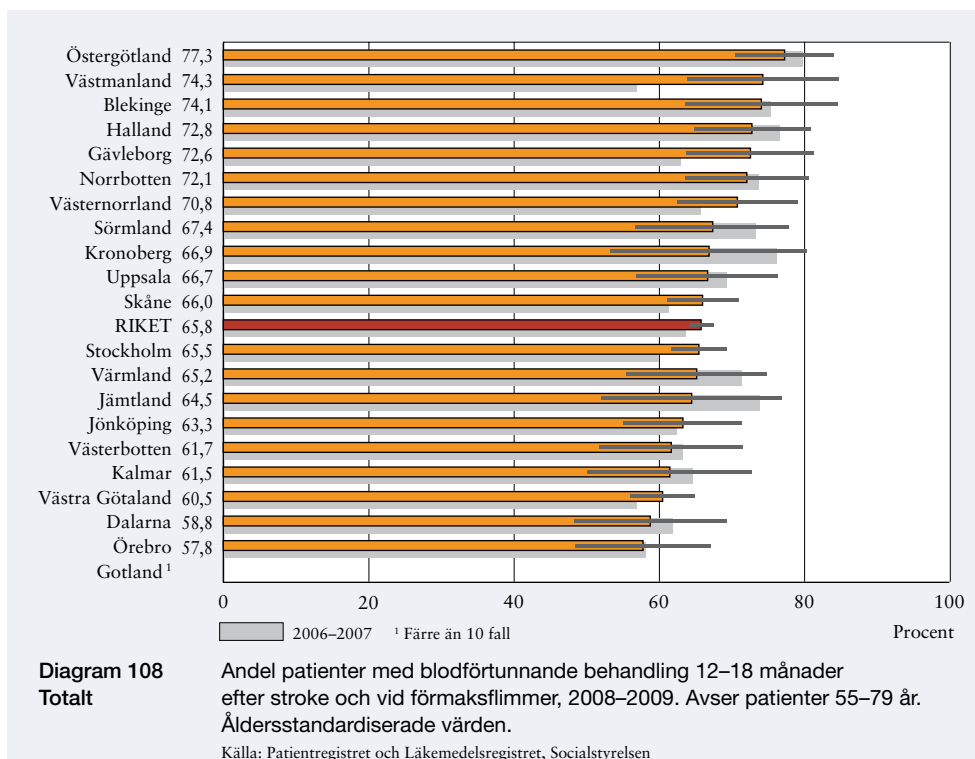


Diagram 107
Sjukhus

Andel strokepatienter som genomgått
sväljttest efter ankomst till sjukhus, 2010.

Källa: Riks-Stroke – Nationella kvalitetsregistret för Stroke



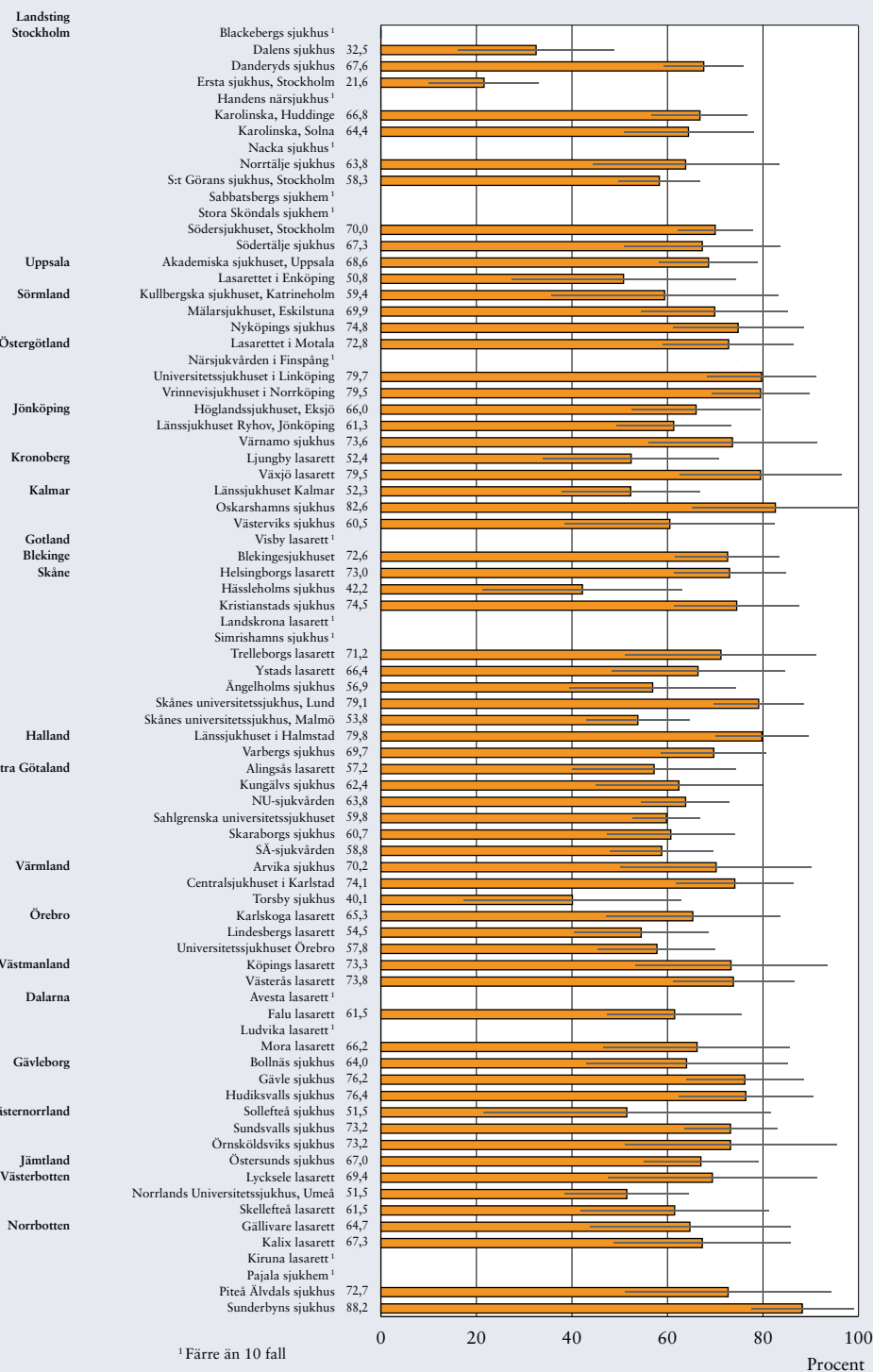
Med den utformning indikatorn här har, bör samtliga landsting sträva efter värde på 100 procent. I princip bör alla patienter för vilka det är möjligt genomgå sväljttest. Därmed finns det möjligheter till ytterligare förbättringar.

108 Blodförtunnande behandling vid stroke och förmaksflimmer

Ungefär en procent av befolkningen bedöms ha hjärtrytmrubbningen förmaksflimmer. Detta är också en av de vanligaste orsakerna till stroke. Cirka 6 000 svenskar får varje år stroke till följd av förmaksflimmer. Förmaksflimmer är därmed också en viktig riskfaktor för återinsjuknande i stroke. Behandling med warfarin efter stroke (hjärninfarkt) och vid förmaksflimmer medför en betydligt lägre risk för att patienten ska återinsjukna i stroke eller annan hjärt-kärlsjukdom.

Warfarinbehandling efter stroke och vid förmaksflimmer är en högt prioriterad åtgärd i de nationella riktlinjerna för stroke. Många av dessa patienter bör vara aktuella för blodförtunnande behandling, dock efter individuellt hänsynstagande till andra sjukdomar och mycket hög ålder.

Diagram 108 redovisar andelen strokepatienter med förmaksflimmer som fick blodförtunnande läkemedelsanvändning 12–18 månader efter utskrivning från sjukhus. Uppgifterna är baserade på Patientregistret och Läkemedelsregistret. I jämförel-



¹ Färre än 10 fall

Diagram 108
Sjukhus

Andel patienter med blodförtunnande behandling 12–18 månader efter stroke och vid förmaksflimmer, 2008–2009. Avser patienter 55–79 år. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret och Läkemiddelsregistret, Socialstyrelsen

sen ingår knappt 3 000 patienter i åldern 55–79 år som skrevs ut från sjukhus efter stroke under 2008–2009.

I riket är andelen behandlade knappt 66 procent, vilket är en mindre ökning jämfört med 2006–2007. Det finns inga könsskillnader. Det är dock ganska stora skillnader mellan landstingen, vilket antyder att landstingen gör olika bedömningar av risk respektive nytta när det gäller behandling med warfarin. Hur stor andel av den aktuella patientgruppen som borde behandlas är dock svårbedömt.

Det aktuella läkemedlet har en låg kostnad och den potentiella vinsten är stor. Själva behandlingen kräver regelbunden kontakt med sjukvården och är förbunden med viss ökad risk för blödning. Frågan om lämplig andel behandlade måste diskuteras och tolkas i ljuset av att äldre patienter kan ha kontraindikationer för warfarin, som till exempel fallbenägenhet eller demens. De allra äldsta är dock exkluderade ur den jämförelse som här redovisas.

109 Blodfettssänkande behandling efter stroke

Sekundärpreventiva insatser efter stroke är viktiga för att förhindra ett återinsjuknande i stroke eller annan hjärt- och kärlsjukdom. Behandling med statiner, blodfettssänkande läkemedel, har dokumenterat god effekt som sekundärprevention efter hjärninfarkt. I de nationella riktlinjerna har åtgärden hög prioritet, och i princip ska samtliga patienter med hjärninfarkt behandlas med statin. Det finns dock risker med behandlingen, som biverkningar och ogynnsam interaktion med andra läkemedel.

Indikatorn mäter andelen patienter som behandlas med statiner 12–18 månader efter utskrivning från sjukhus efter vård för hjärninfarkt. I jämförelsen ingår cirka 16 600 patienter som vårdats för förstaångångsinsjuknande i ischemisk stroke i åldern 50–79 år under 2008–2009. Redovisningen baseras på uppgifter från Patientregistret och Läkemedelsregistret.

I riket behandlades 69 procent av patienterna med statiner 12–18 månader efter utskrivningstillfället. Mellan landstingen varierar andelen statinbehandlade patienter mellan 61 och 76 procent. Kvinnor behandlas i lägre grad än män, 66 procent respektive 71 procent, en skillnad på fem procentenheter mellan könen. Könsskillnaden kan ha att göra med att en högre andel män behandlades med statiner redan före sin stroke på grund av hjärtsjukdom.

Vidare tyder jämförelser i Socialstyrelsens strokerapport från 2011 på att skillnaderna mellan könen är mindre vid utskrivningen från sjukhus, men att flera kvinnor än män upphör med statinbehandlingen efter en period. Samma mönster kan ses även i indikator 94 om statinbehandling efter hjärtinfarkt samt i indikator 38 om uttagsföljsamhet vid blodtryckssänkande behandling. Även om andelen behandlade ökat de senaste åren finns stora skillnader mellan landsting. Dessutom finns vissa

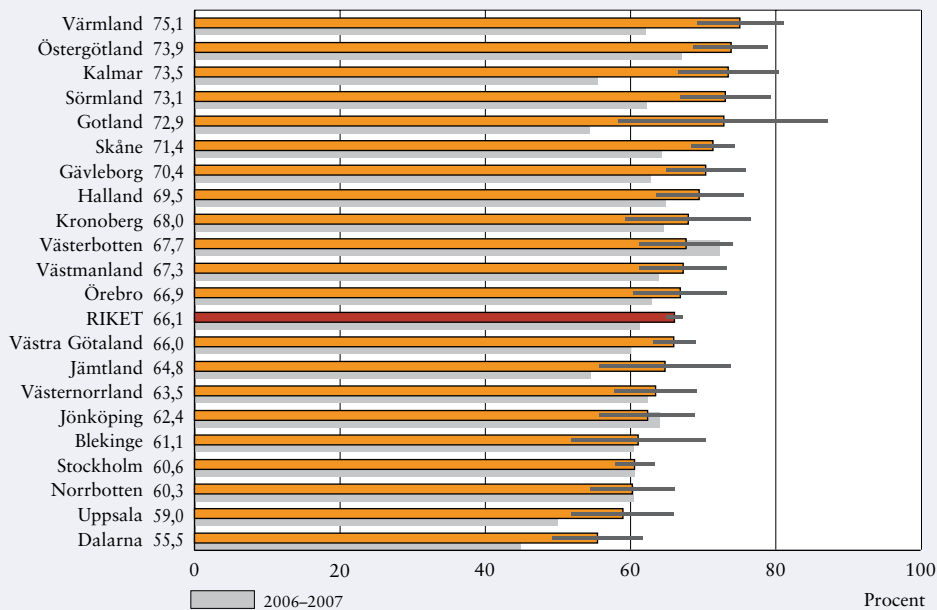


Diagram 109
Kvinnor

Andel patienter med blodfets-sänkande behandling
12-18 månader efter stroke (hjärninfarkt), 2008-2009.

Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

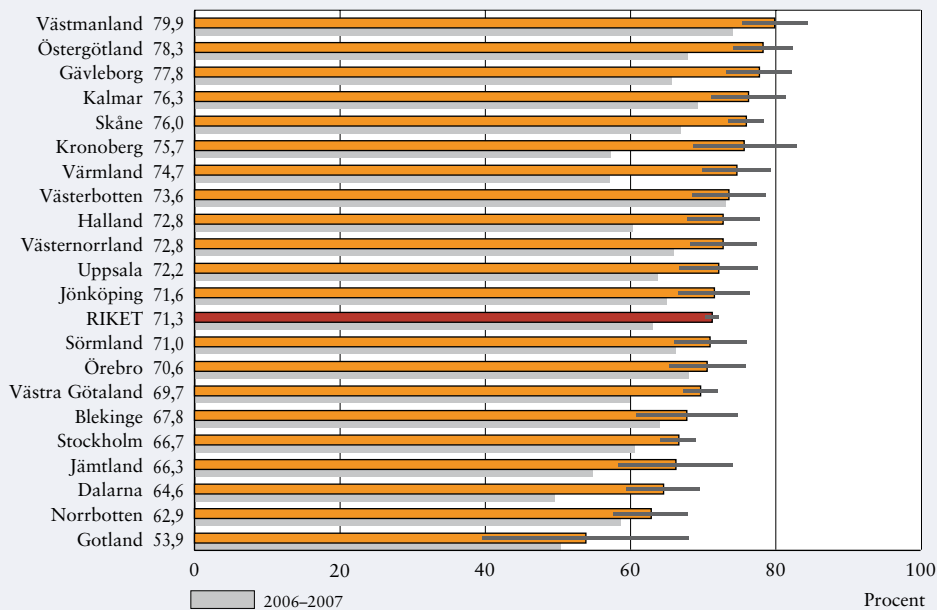


Diagram 109
Män

Andel patienter med blodfets-sänkande behandling
12-18 månader efter stroke (hjärninfarkt), 2008-2009.

Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

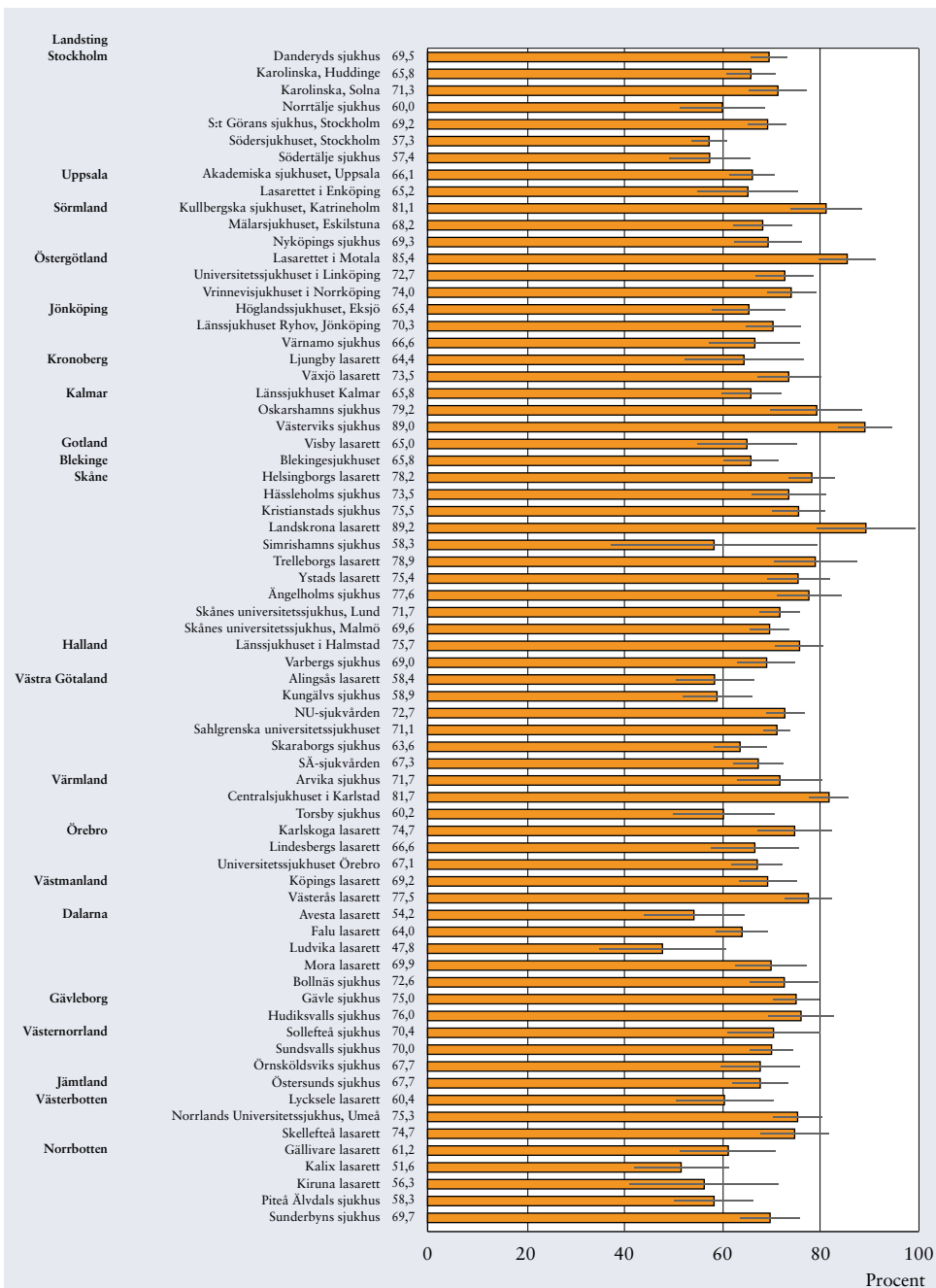


Diagram 109
Sjukhus

Andel patienter med blodfettsänkande behandling
12–18 månader efter stroke (hjärninfarkt), 2008–2009.

Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

könsskillnader att uppmärksamma. För att följa riktlinjerna bör de flesta landsting öka sin förskrivning av statiner till patienter med hjärninfarkt.

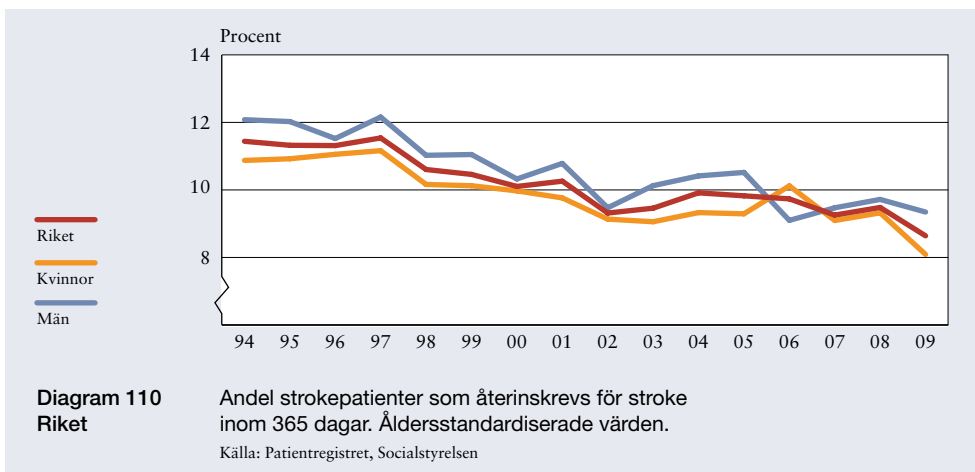
110 Återinsjuknande efter stroke

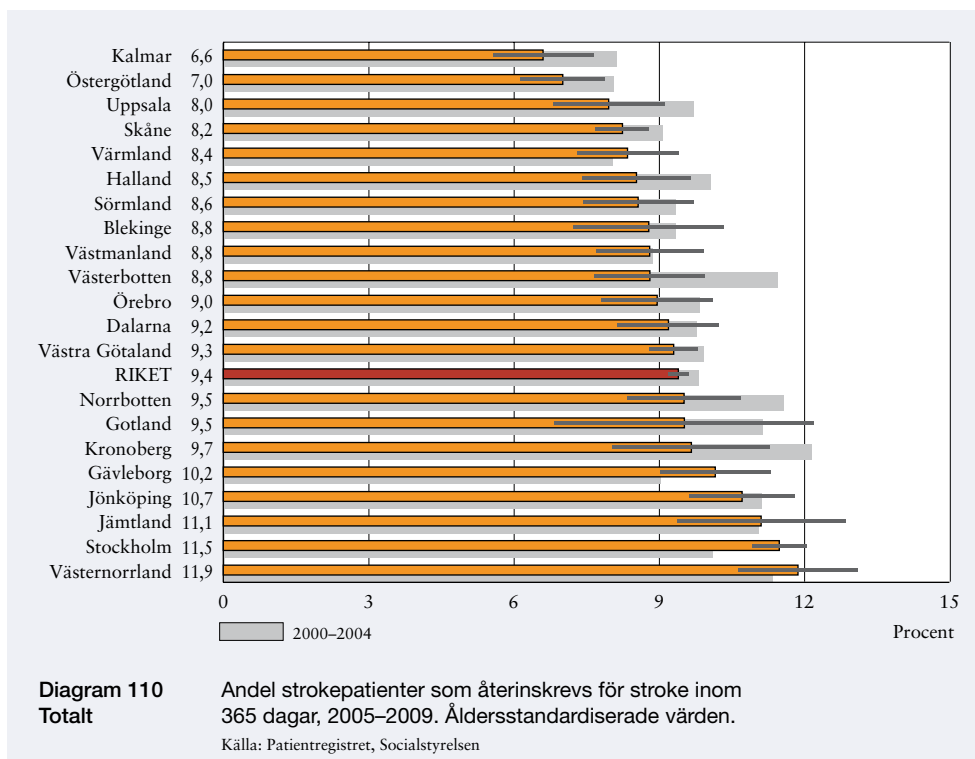
Andel återinskrivningar på sjukhus efter stroke kan utgöra ett mått på effekterna av de sekundärpreventiva insatserna efter första strokeinsjuknandet. Sekundärpreventiva åtgärder omfattar bland annat påverkan av livsstilsfaktorer genom exempelvis rökavvänjning, kostrådgivning och hjälp med fysisk aktivitet. Andra åtgärder är läkemedelsbehandling (blodtryck, blodfetter, blodproppsförebyggande behandling) och karotiskirurgi vid förträngning av halspulsådern. Återinsjuknande utgör också, jämsides med överlevnad och anpassning till dagligt liv, ett centralt resultatmått för strokesjukvården.

I diagram 110 redovisas andelen strokepatienter som återinskrivs för stroke inom 365 dagar efter den initiala vårdeposoden. I jämförelsen ingår 80 000 patienter i Patientregistret som under åren 2005–2009 vårdades för ett förstagångsinsjuknande i stroke med huvuddiagnosen hjärnblödning, hjärninfarkt eller ej specificerad stroke. Bara förstagångsstroke och patienter som överlevt det första året efter den initiala stroke ingår. Uppföljningen har gjorts i Patientregistret till och med år 2010.

I riket var andelen återinskrivna för stroke eller för sena effekter av stroke 9,4 procent under den studerade femårsperioden, utan stora skillnader mellan kvinnor och män. Landstingens värden varierar mellan 7 och 12 procent. Under den senaste tioårsperioden har andelen återinskrivna minskat något. År 1997 var denna andel i riket 11 procent för kvinnorna och 12 procent för männen, för att år 2009 vara 8 procent respektive 9 procent för kvinnor och män.

Risken för återinsjuknande i stroke är betydande. Till detta kan läggas risken att återinsjukna i annan hjärt-kärlsjukdom. Hälso- och sjukvårdens samlade sekundärpreventiva insatser är angelägna och kan påverka risken för återinsjuknande efter stroke. För att respektive landsting ska kunna följa effekterna av exempelvis insatta





riktade åtgärder krävs upprepade undersökningar över tid. Det är också viktigt att sjukvården följer upp sina patienter med avseende även på återinsjuknande.

111 Funktionsförmåga efter stroke

Patienter som överlever stroke återfår i olika grad den funktion man hade före insjuknandet. I Riks-Stroke samlas data om strokepatienternas beroende av andra för sin personliga ADL, i en uppföljning efter tre månader. ADL står för Aktiviteter i Dagligt Liv. Med personlig ADL avses aktiviteterna förflyttning, toalettbesök samt av- och påklädning. Som kvalitetsindikator speglar måttet sjukvårdsinsatserna både i akutfasen och i den fortsatta rehabiliteringen efter utskrivning från akutsjukhus.

I diagram III redovisas andelen patienter som var oberoende av andra för sin personliga ADL tre månader efter akutfasen, av dem som överlevde och som före insjuknandet själva klarade sin personliga ADL. Resultaten är justerade för ålder och patientens medvetandegrad vid insjuknandet. Detta gör jämförelserna mera rättvisande, men är viktigast vid presentation på sjukhusnivå, där variationen sannolikt är större. Totalt ingick drygt 16 000 patienter i jämförelsen.

För riket som helhet är andelen oberoende i personligt ADL 81 procent, utan några skillnaden mellan könen. Skillnaden mellan landstingen är måttliga.

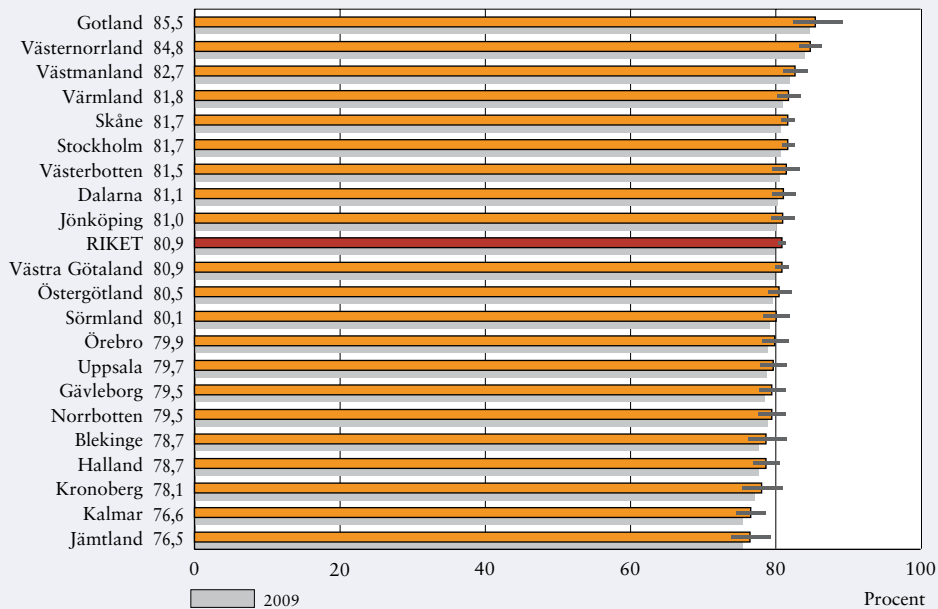


Diagram 111 Andel strokepatienter som var ADL-oberoende 3 månader efter akutfasen, 2010. Justerat för ålder och medvetandegrad vid insjuknandet.

Totalt

Källa: Riks-Stroke – Nationella kvalitetsregistret för Stroke

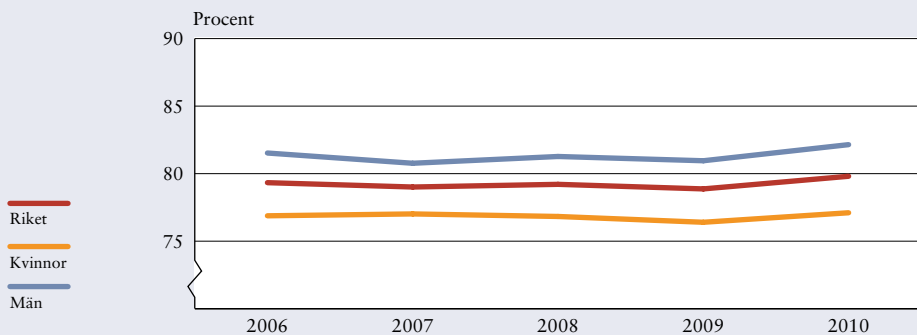


Diagram 111 Andel strokepatienter som var ADL-oberoende 3 månader efter akutfasen. Justerat för ålder och medvetandegrad vid insjuknandet.

Riket

Källa: Riks-Stroke – Nationella kvalitetsregistret för Stroke

Detta mått på resultat bör helst tolkas tillsammans med andelen som överlevde. Det bästa resultatet når sjukhus och landsting som dels har en hög andel patienter som överlever, dels har en hög andel som är personligt ADL-oberoende, som alltså i hög grad återfår sina funktioner.

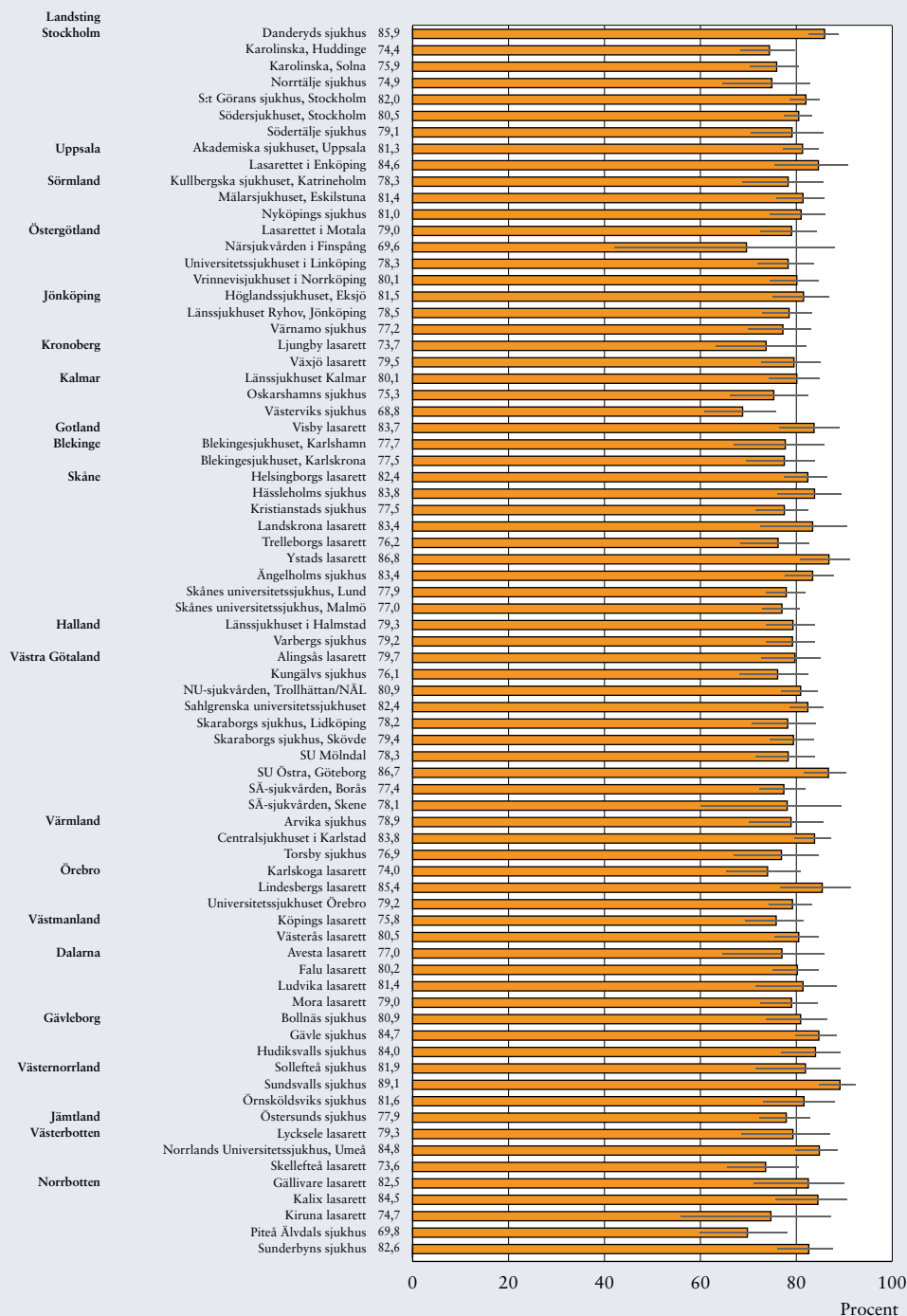


Diagram 111
Sjukhus

Andel strokepatienter som var ADL-oberoende 3 månader efter akutfasen, 2010. Justerat för ålder och medvetandegrad vid insjuknandet.

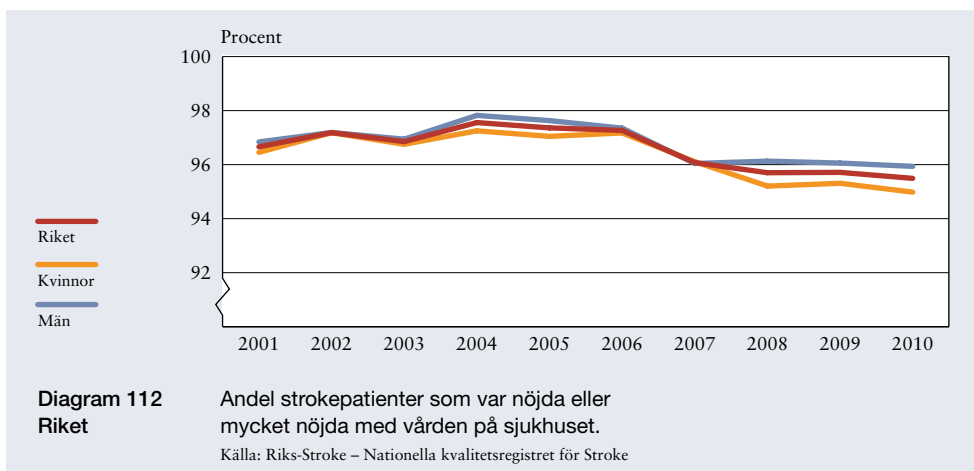
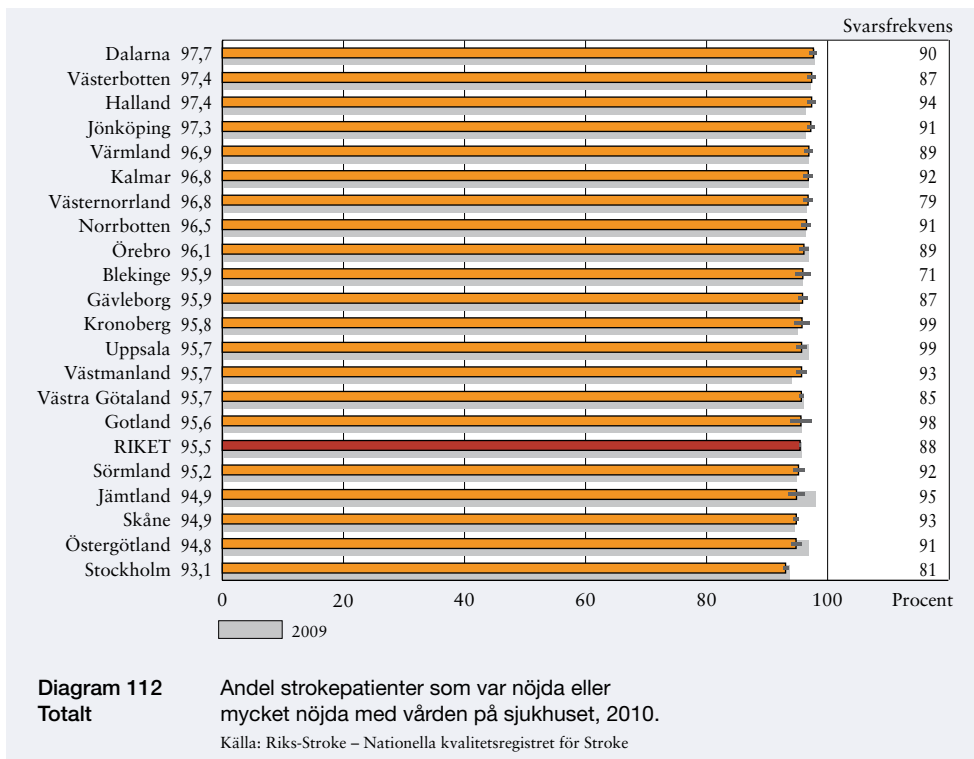
Källa: Riks-Stroke – Nationella kvalitetsregistret för Stroke

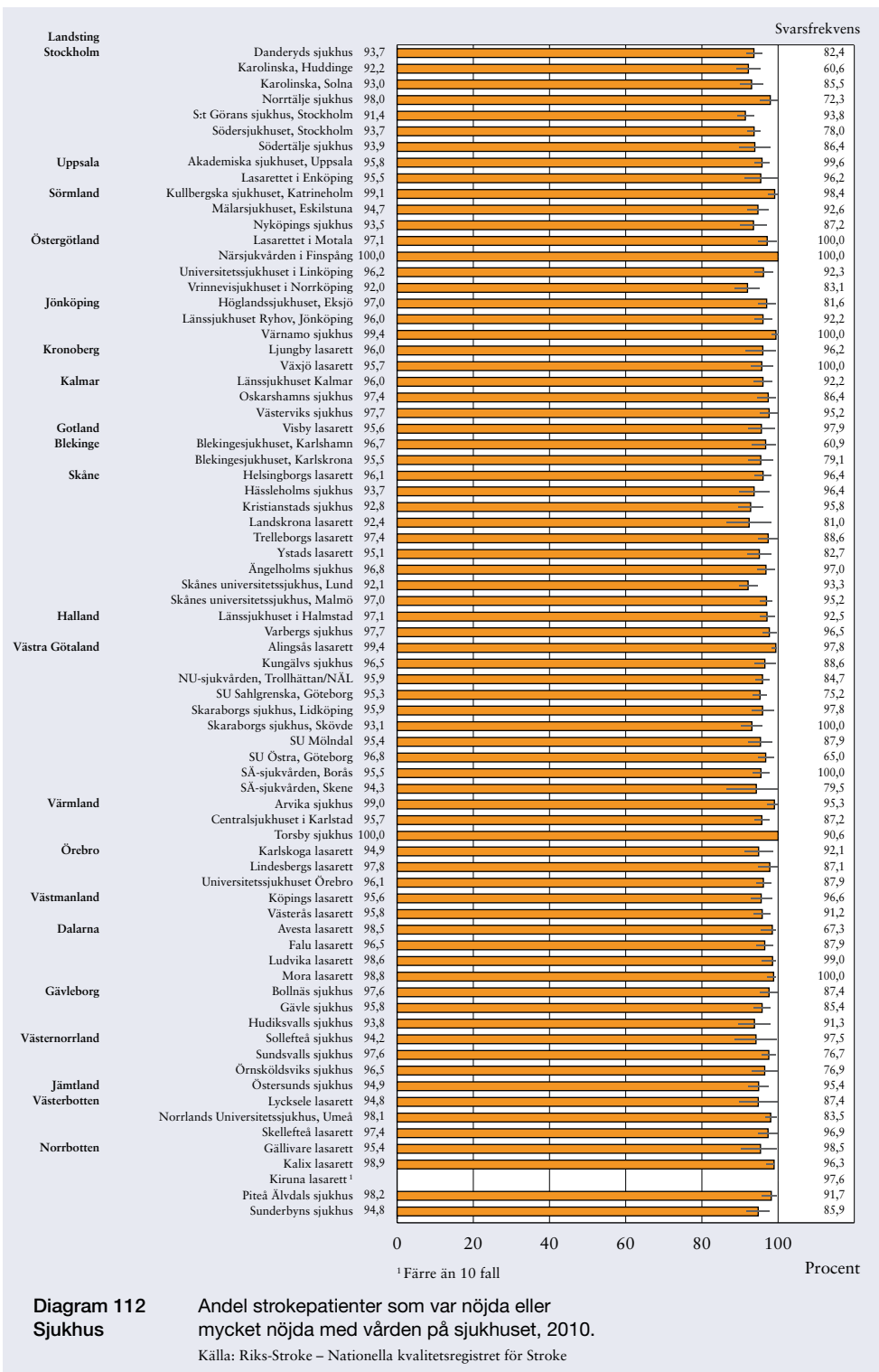
112 Nöjdhet med sjukhusvård vid stroke

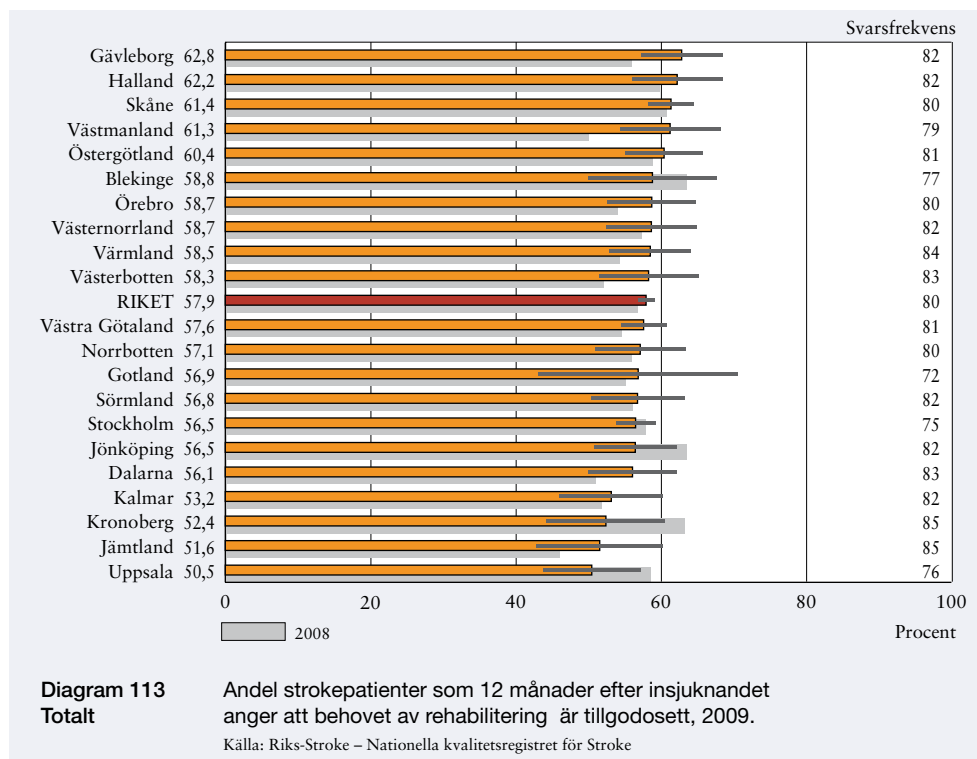
I Riks-Strokes tremånadersuppföljning ingår även frågor till patienter och deras anhöriga gällande bland annat hur nöjda de är med den vård de fått. Två sådana frågor redovisas här, i denna och i nästa indikator.

Hur nöjda patienterna är med vården vid sjukhus redovisas i diagram 112. Även svarsfrekvensen i tremånadersuppföljningen visas. Drygt 16 300 patienter svarade och ingår därmed i jämförelsen. I riket är drygt 95 procent av patienterna nöjda eller mycket nöjda, lika stor andel kvinnor som män. män är något högre, över 91 procent. För riket som helhet har resultatet legat på ungefär samma nivå sedan år 2001, med en topp år 2004–2005 på 92–93 procent. Svaren nu är dock mera representativa, eftersom täckningsgrad och svarsfrekvens ökat.

Skillnaderna mellan landstingen är små, inte minst i ljuset av de överlag mycket positiva svaren och även den osäkerhet som följer av variationer i andel uppföljda. En ytterligare aspekt är att patienterna är äldre och kan ha funktionspåverkan från sin sjukdom, vilket kan påverka förmågan att efter tre månader bedöma den vård man fick.







113 Tillgodosedda behov av rehabilitering efter stroke

Personer som har insjuknat i stroke kan behöva rehabilitering under en lång tid. Det är därför motiverat att belysa i vilken mån behovet av rehabilitering är tillgodosett även ett år efter insjuknandet i stroke. Detta är en kvalitetsindikator som kan spegla hur patienten eller anhörig bedömer insatser från såväl landsting som kommun.

Indikatorn visar andelen patienter som tolv månader efter insjuknandet anger att deras behov av rehabilitering är tillgodosett. Jämförelsen baseras på drygt 7 000 patienter som hade en stroke under 2009 och som svarade på 12-månadersuppföljningens enkät.

I riket svarade 58 procent att deras behov av rehabilitering är tillgodosett. Det finns vissa men måttliga skillnader mellan landstingen, med en variation från 50 till 63 procent. Kvinnorna menar att rehabiliteringsbehovet är tillgodosett i något högre grad än vad männen gör, med resultat på 60 respektive 56 procent.

Fyra av tio strokepatienter uppger således att de har behov av rehabilitering som inte tillgodosetts. Detta kan delvis bero på högt eller alltför högt ställda förväntningar på att funktionsnedsättning efter stroke skall kunna åtgärdas med rehabiliteringsinsatser, men troligen finns det också ett behov som kommuner och landsting inte har tillgodosett.

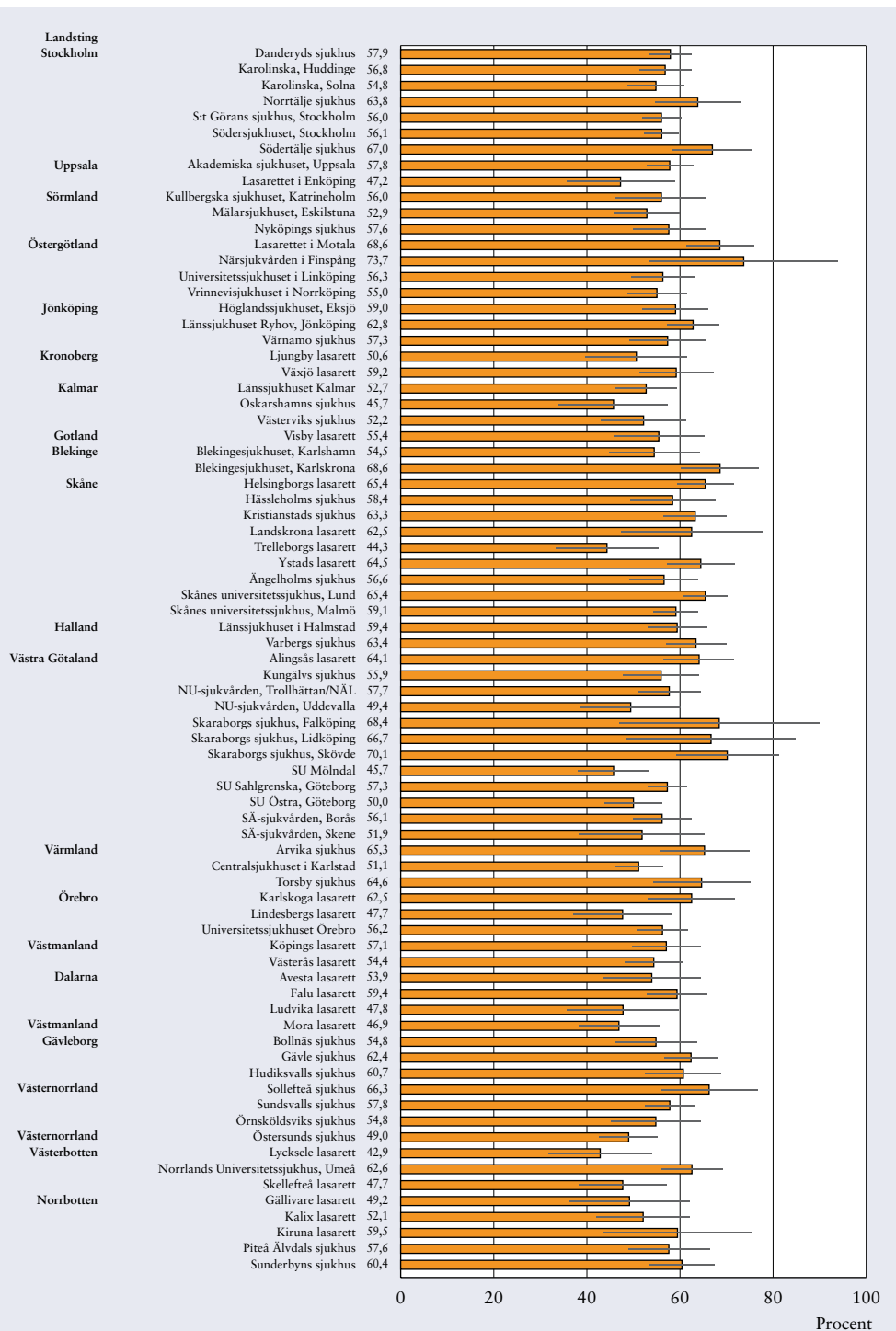


Diagram 113
Sjukhus

Andel strokepatienter som 12 månader efter insjuknandet anger att behovet av rehabilitering är tillgodosett, 2009.

Källa: Riks-Stroke – Nationella kvalitetsregistret för Stroke

NJURSJUKVÅRD

Drygt fyra procent av den svenska befolkningen har påtagligt nedsatt njurfunktion. För merparten utgör detta inget omedelbart hot, men det är förenat med en ökad risk för kardiovaskulär sjukdom och död. Endast en mindre andel drabbas av så allvarlig njursvikt att dialys eller transplantation blir nödvändig för fortsatt överlevnad. Drygt en tredjedel av alla patienter som behöver dialys eller transplantation har diabetes. Andra vanliga orsaker är åderförkalkning i njurarnas kärlsystem och kronisk glomerulonefrit, kapillärnystansinflammation, som är en betydligt mer heterogen patientgrupp. Dessa står för vardera 15–20 procent av patienterna med behov av dialys eller njurtransplantation. Årftliga njursjukdomar står för ungefär tio procent.

Det totala antalet patienter med behandlad livshotande njursvikt var cirka 8 500 vid senaste årsskiftet, efter cirka tre procents ökning per år under den senaste tioårsperioden. Ökningen beror huvudsakligen på en gradvis förbättrad överlevnad. För närvarande påbörjar cirka 1 100 personer behandling årligen, en siffra som varit stabil under det senaste decenniet. Jämfört med Väst- och Nordeuropa ligger Sverige genomsnittligt, både avseende nyupptag och patienter i behandling. Livshotande njursjukdom är ungefär dubbelt så vanlig hos män som hos kvinnor.

Drygt hälften av de behandlade patienterna i så kallad aktiv uremivård är njurtransplanterade, medan resten dialyseras. Sverige har en hög andel transplanterade, som i vårt närområde endast överträffas av Norge. Ungefär tre fjärdedelar av dialyspatienterna får bloddialys (hemodialys, HD) och resten bukhåledialys (peritonealdialys, PD). De sammantagna kostnaderna för den svenska dialys- och transplantationsvården kan skattas till två–tre miljarder kronor årligen, beroende på vad som inkluderas i kalkylen. Utan behandling skulle de aktuella patienterna avlida.

Njurtransplantation är den bästa behandlingen, med hög hälsorelaterad och patientupplevd livskvalitet och låg risk att dö. Av medicinska skäl är transplantation endast lämplig som behandling för mindre än en fjärdedel av alla nytillkommande patienter. Bristen på njurar från avlidna donatorer gör att merparten av de lämpliga kandidaterna måste vänta i genomsnitt två till tre år i dialys, innan transplantation kan erbjudas. De patienter som har tillgång till levande njurdonator kan transplanteras just innan behov av dialys uppstår, eller efter en kort tid i dialys.

Dialysverksamhet med god tillgänglighet och god kvalitet är därför både en livsuppehållande behandling för de patienter som inte kan bli transplanterade och en förutsättning för välfungerande transplantationsverksamhet. Fem indikatorer redovisas med Svenskt Njurregister (SNR) som källa. SNR har fullständig täckning på kliniknivå. För njurtransplantation är täckningen fullständig även på individnivå, medan den bedöms vara minst 95 procent för de patienter som får kronisk dialys. SNR samarbetar med Socialstyrelsen i arbetet med jämförelser av täckningsgrad.

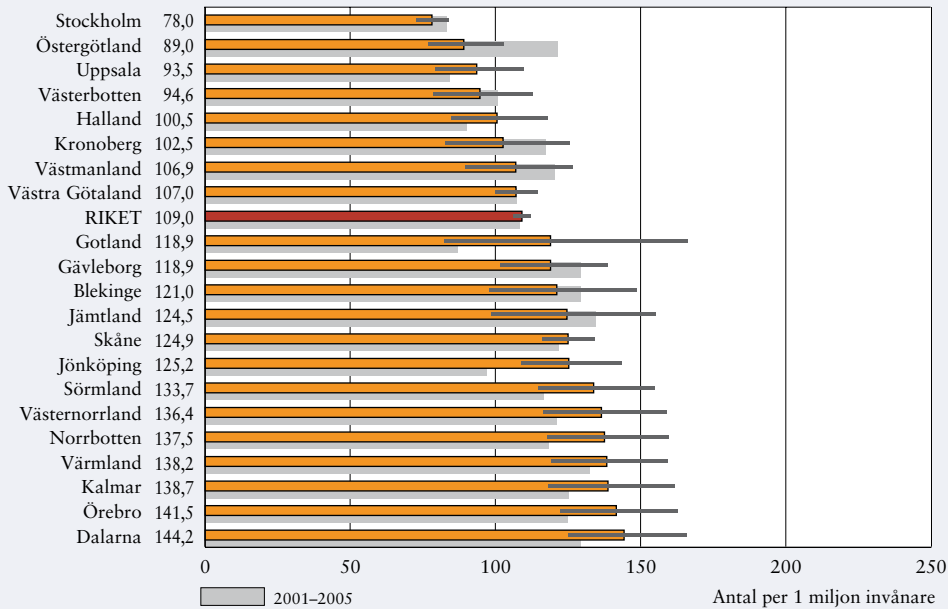
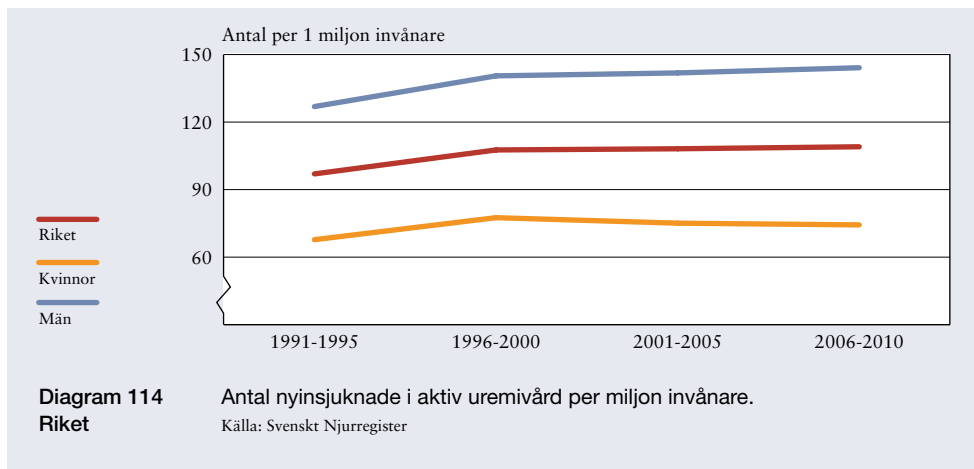


Diagram 114 Antal nyinsjuknade i aktiv uremivård per miljon invånare, 2006–2010.
Totalt Källa: Svenskt Njurregister

114 Nya patienter i aktiv uremivård

Antalet patienter som påbörjar aktiv uremivård årligen är ett av njursjukvårdens viktigaste mått. Jämförelser mellan olika länder och regioner låter sig göras genom normalisering till ett givet befolkningsunderlag och anges då som incidenstal. Inom njursjukvården brukar dessa anges som antal nya patienter per miljon invånare och år. Det finns goda möjligheter till internationella jämförelser av incidens, främst via European Renal Association – European Dialysis and Transplant Association (www.era-edta-reg.org) och United States Renal Data System (www.usrds.org). Svenskt Njurregister deltar aktivt i det europeiska registersamarbetet och svenska data kan jämföras med internationella i dessa registers rapporter.

Det måste betonas att incidenstalen visar nyupptag i behandling och inte sjukdomsförekomst. Nyupptag och sjukdomsförekomst kan bara likställas ett läge där alla patienter med livshotande njursvikt behandlas. Verkligheten är mer komplicerad än så. Incidenstalen påverkas av ett antal faktorer, som inte kan hanteras med tillgängliga registerdata. I ett historiskt och internationellt perspektiv har tillgång på resurser för dialys och transplantation varit en viktig begränsande faktor. I ett globalt perspektiv är det fortfarande så. Låga incidenstal i fattiga länder betyder inte att njursvikt är ovanligt, utan att mängder av patienter avlider av en sjukdom som kan behandlas med dialys eller njurtransplantation.



I vårt land har resurserna för aktiv uremivård fortlöpande byggts ut sedan 1960-talet och incidenstalen har planat ut under de senaste 10–15 åren. Mycket talar för att adekvata resurser i allt väsentligt har tillförts, men med regionala variationer i utbyggnadstakt och prioriteringar.

Diagram 114 visar nyupptag i aktiv uremivård i landstingen 2006-2010, mätt som antalet nya patienter per 1 miljon invånare och år. Under femårsperioden var antalet nya patienter i riket cirka 5 500, således cirka 1 100 per år. Cirka två tredjedelar var män. På nationell nivå avlider cirka tio procent av patienterna under de första tre månaderna i behandling, men data i SNR visar en påtaglig variation mellan landstingen i rapporteringen. Därför ingår i denna redovisning endast de cirka 5 000 patienter som överlevt mer än 90 dagar efter behandlingsstart.

Redovisningen av incidenstal i Öppna jämförelser syftar till att synliggöra variationen inom landet, men kan inte ses som kvalitetsjämförelse i traditionell bemärkelse. Inom vissa rimliga gränser kan skillnader mellan landstings incidenstal vara uttryck för både bra och dålig kvalitet. En välfungerande preventiv njursjukvård bidrar till att minska progresshastigheten hos en stor andel av de sjukdomar som leder till njursvikt och kan på det viset minska behovet av aktiv vård, vilket minskar incidenstalen. Resursbrist, eller svårtillgänglighet – exempelvis i form av orimligt stora reseavstånd till dialys – leder till samma slutresultat, lägre incidenstal. Obefintlig eller dåligt fungerande vård av njursjuka patienter, men lättillgänglig dialysvård, kan leda till höga incidenstal. Slutligen varierar förekomsten av kronisk njursjukdom på ett påtagligt sätt både globalt och inom landet, vilket gör att viss variation kan förväntas även i välfungerande sjukvårdssystem.

115 Risk för död i dialysbehandling

Aktiv uremivård är det samlade begreppet för dialysvård och njurtransplantation. Internationellt används termen Renal Replacement Therapy, RRT. I Öppna jämfö-

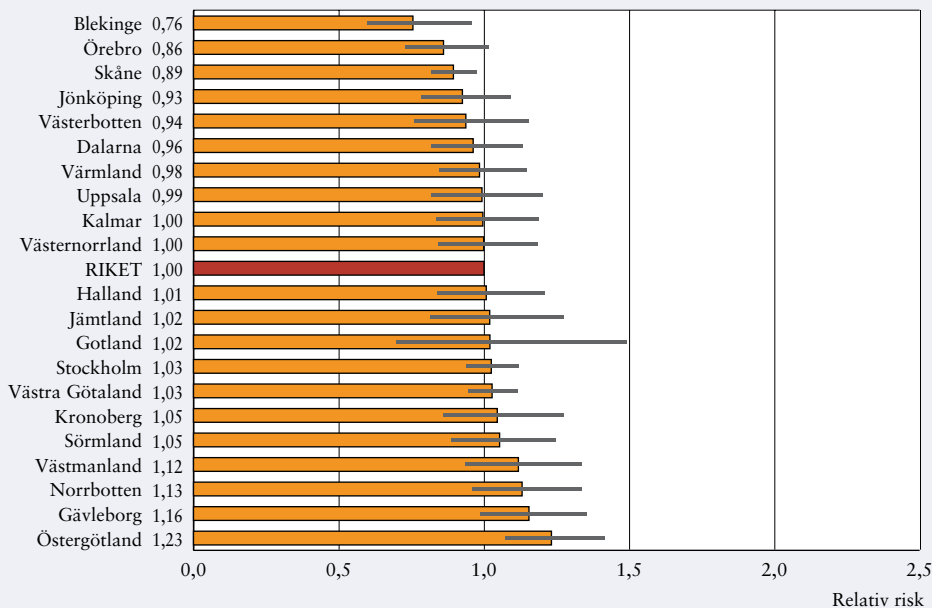


Diagram 115 Relativ risk för död i dialysbehandling, 2001–2010.
Totalt Justering för ålder och grundsjukdom har gjorts.
 Källa: Svenskt Njurregister

relser 2008 redovisades överlevnadsdata för aktiv uremivård på landstingsnivå som relativ risk för död med Cox-regression, justerade för tillgängliga relevanta variabler. Denna redovisning ansågs svårtolkad, varför överlevnadsdata i stället visades som ojusterad femårsöverlevnad med Kaplan-Meier-metodik i rapporterna 2009 och 2010. Denna redovisning lider istället av bristen att den inte tar hänsyn till olikheter i patientsammansättningen mellan landsting.

Risken för död i dialys är i grova drag tio gånger högre än den är med fungerande transplanterad. Om och hur snabbt en patient med terminal njursvikt blir transplanterad avgörs av faktorer som bara delvis är påverkbara. Detta gäller både tillgång på levande givare och väntetid före transplantation. Totalöverlevnaden för patienter i aktiv vård kan bland annat på denna grund ifrågasättas som kvalitetsmått. Efter nya överväganden redovisas därför nu jämförelsen endast för patienter i dialysbehandling, beräknad som relativ risk för död beräknad med Cox-regression.

Analysen omfattar de 9 343 patienter som påbörjat sin behandling under åren 2001-2010. Endast de patienter som överlevt mer än 90 dagar efter dialysstart ingår, vilket gör att problemet med ofullständig eller varierande registrering tidigt i förloppet undviks. Patienter som transplanterats efter en tid i dialys ingår fram till transplantationsdatum. Analysen har justerats för ålder och grundsjukdom. Den relativa risken för varje landsting jämförs med övriga riket, det vill säga med alla andra landsting.

Skillnaderna mellan de olika landstingen är små och ligger med enstaka undantag inom den statistiska felmarginalen. Påtagligt är däremot den klara förbättringen som skett över tid. Justerat för förändringar i patientmixen minskade den relativa risken för död under perioden 1991–2010 i genomsnitt 3,7 procent årligen. Uttryckt på annat sätt var risken för död under de senaste tio åren 72 procent av risken under de föregående tio åren.

Trots att dialys är en livräddande behandling är dödligheten betydande. I stor omfattning förklaras detta av faktorer som inte direkt har med njursvikten och behandlingen att göra, såsom ålder och annan samtidig sjuklighet. Dialys eller njurtransplantation används som behandling när njursvikten inom en nära framtid bedöms vara livshotande, men det är välkänt att synen på vid vilken grad av funktionsnedsättnings dialys skall inledas varierar, både internationellt och i landet. Det är också välkänt att kvarvarande njurfunktion hos en dialyspatient minskar risken för död. Det kan inte uteslutas att det finns systematiska olikheter i synen på dialysstart inom landet, som påverkar resultaten. I nuläget saknas möjligheter att statistiskt hantera detta problem.

Analyserna baseras på samtliga dödsfall. I mindre landsting kan därför enstaka dödsfall som är helt orelaterade till dialysbehandlingens kvalitet också påverka utfallet.

Överlevnadsdata är väsentliga vid kvalitetsjämförelser, men värderande jämförelser mellan sjukvårdshuvudmännen kan med nuvarande redovisningsmetod inte göras. Diskussioner förs fortlöpande om hur överlevnad, som en del av kvalitetsjämförelser, bäst redovisas. I nuläget bör denna indikator främst stimulera sjukvårdshuvudmännen till analys av de egna överlevnadsresultaten.

Med detta sagt är det välkänt att behandlingspraxis varierar mellan länder, regioner och enskilda kliniker och att detta påverkar utfallet. De följande tre indikatorerna, dialysdos, accesspraxis och blodtrycksreglering är tre viktiga mått på processkvalitet inom hemodialys.

116 Måluppfyllelse för dialysdos vid hemodialys

Tillräcklig mängd dialys är förutsättningen för långsiktigt välmående och låg risk att avlida. Otillräcklig dialys leder till att patienten dör i förtid. Mätning, uppföljning och justering av dialysdosen är centralt för hemodialysverksamhetens kvalitet. För närvarande behandlas cirka 80 procent av rikets HD-patienter med tre dialyser i veckan. Ungefär tio procent av patienterna dialyseras mer än tre gånger i veckan, medan ungefär lika många behandlas mindre än tre gånger i veckan. Under de senaste åren har utvecklingen gått mot mer frekventa dialyser. Övergripande jämförelser av dialysdos måste därför baseras på den sammantagna veckodosen dialys.

Måttet standardiserat Kt/V bygger på en beräkning baserad på blodprov före och efter dialys, vätskeborttagning under dialys, dialystid samt antal dialyser per vecka. Måluppfyllelse för dialysdos anses föreligga vid värden över 2.

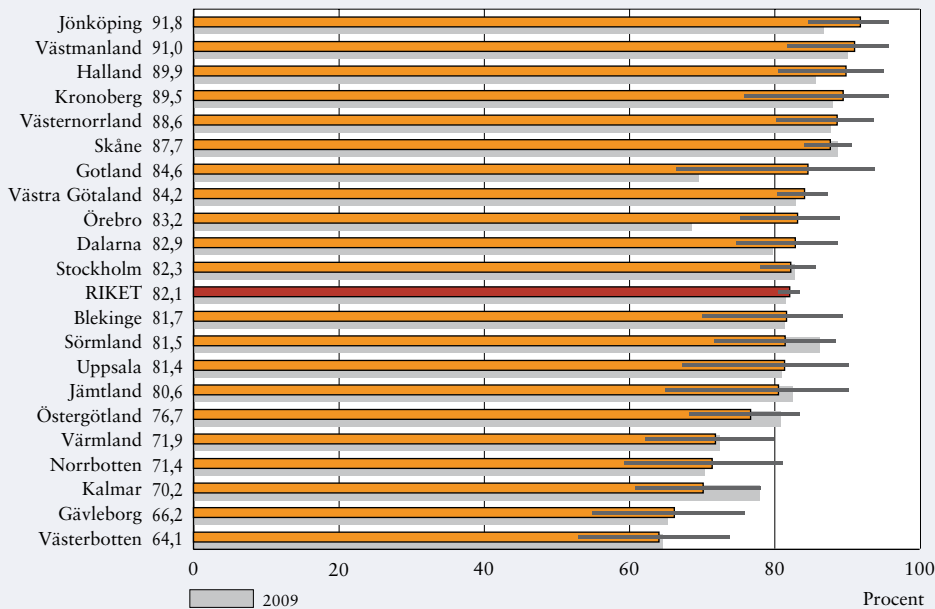


Diagram 116 Andel patienter som når mål (standardiserat Kt/V > 2) för dialysdos vid hemodialys, 2010. Dialysdos mäts som standardiserat Kt/V.

Totalt

Källa: Svenskt Njurregister

I diagram 116 visas per landsting andelen patienter som når målvärdet för dialysdos. Resultaten är hämtade från SNR:s senaste årliga tvärsnittsundersökning hösten 2010. Det är osannolikt att skillnader i patientsammansättningen kan förklara den stora variation som påvisas. Låg dialysdos förklaras framförallt av att bara två dialyser per vecka ges. I riket som helhet har måluppfyllelsen gradvis ökat sedan den första undersökningen genomfördes år 2002.

Vid varje givet mätillfälle finns det både patienter med kvarvarande betydelsefull restnjurfunktion, som gör att full dialysdos inte behövs, och patienter där full dialysdos av olika skäl är olämpligt att eftersträva. Båda grupperna är små, men hur dessa grupper fördelar sig på varje klinik vid tillfället för tvärsnittsundersökningen är okänt. Vid jämförelse av dialysdos på klinikinivå måste denna osäkerhet beaktas.

Med hänsyn till ovanstående kan för landstingsnivån bedömas att det optimala resultatet är att 80–90 procent av patienterna når målet för dialysdos. Kvinnor uppnår på riksnivå en något högre måluppfyllelse, men praxis varierar mycket mellan kliniker och landsting. Under senare år har nya rön framkommit, som talar för att kvinnor behöver påtagligt högre dialysdos än män. Den till synes bättre måluppfyllelsen för kvinnor skall tolkas med hänsyn till detta.

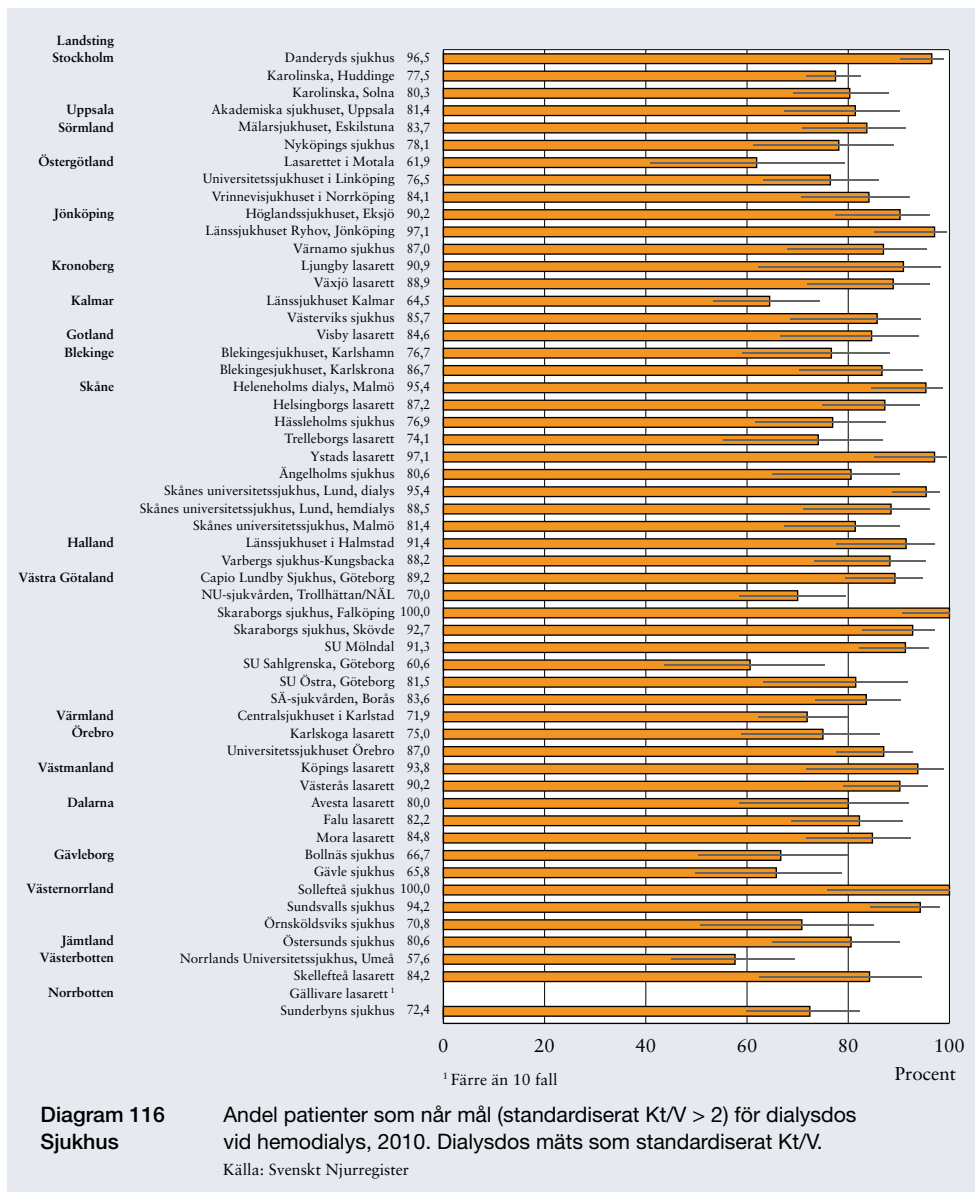


Diagram 116 Andel patienter som når mål (standardiserat Kt/V > 2) för dialysdos vid hemodialys, 2010. Dialysdos mäts som standardiserat Kt/V.

Källa: Svenskt Njurrregister

117 Kärlaccess vid dialys

För HD-behandling krävs tillgång (access) till blodbanan, vilket kan ske på olika sätt. Den bästa formen av access är AV(arteriovenös)-fistel, anlagd med hjälp av patientens egna blodkärl. AV-graft med syntetiskt kärlmaterial är något sämre, med större risk för tilltäppning och försämrad funktion, liksom med något ökad infektionsrisk. Alternativet till AV-fistel eller AV-graft är central dialyskateter, CDK. Denna accesstyp medför en påtagligt ökad risk för allvarliga infektioner och ger ofta också sämre blodflöden och därmed försämrad dialyseffektivitet.

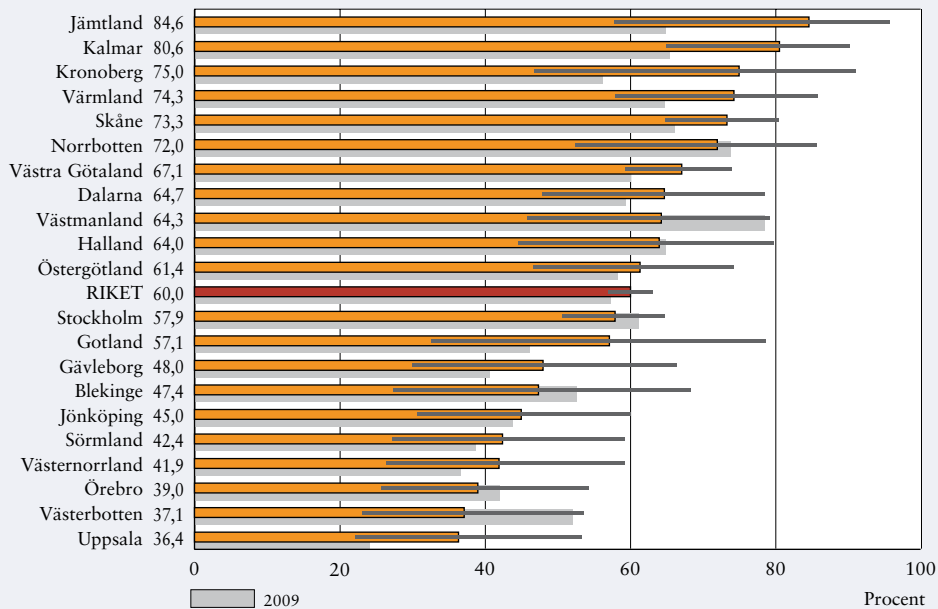


Diagram 117 Andel bloddialyspatienter med AV-fistel eller AV-graft, 2010.
Kvinnor

Källa: Svenskt Njurregister

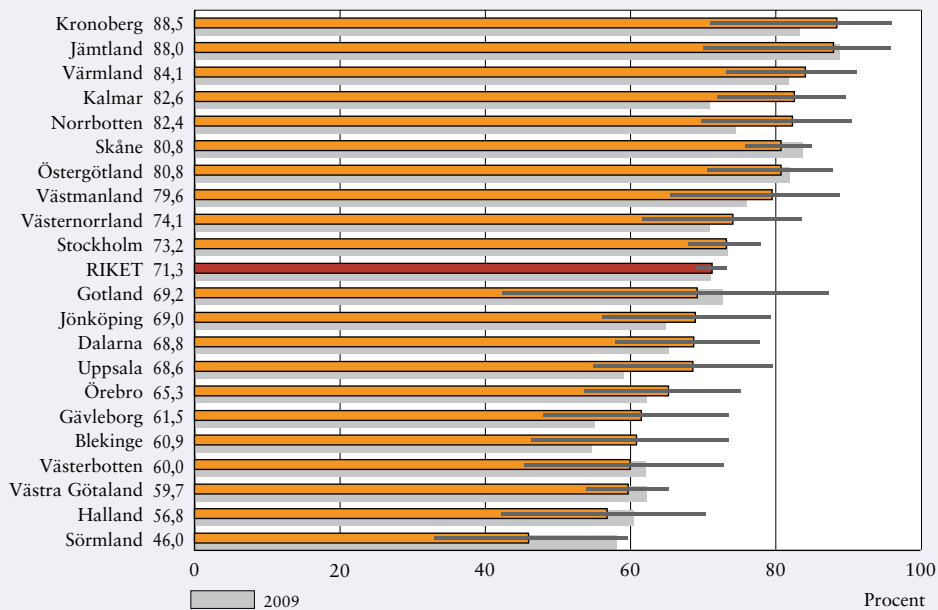
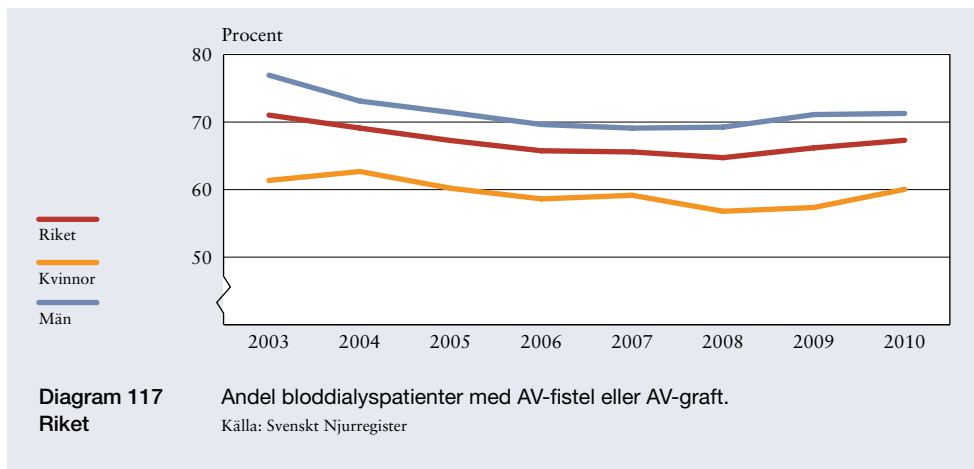


Diagram 117 Andel bloddialyspatienter med AV-fistel eller AV-graft, 2010.
Män

Källa: Svenskt Njurregister



Andelen patienter som dialyseras med AV-fistel eller AV-graft är en betydelsefull indikator, eftersom en välfungerande access är grundläggande för att bra bloddialys skall kunna ges. Indikatorn avspeglar också resultatet av en vårdkedja som börjar redan innan patienten startat i dialys. Indikatorn sammanfattar flera viktiga dimensioner i det njurmedicinska omhändertagandets totala kvalitet, såväl tillgången på accesskirurgi, som hur väl dialysverksamheten lyckas hålla accesser i funktion. Den under år 2009 öppnade särskilda databasen i SNR för kärlaccess har nu nästan samtliga landets dialysverksamheter anslutna.

Diagram 117 visar andel patienter som hösten 2010 dialyserades med AV-fistel eller AV-graft. Uppgifterna baseras på årliga tvärsnittundersökningar som görs av Svenskt Njurregister. Den positiva utvecklingen, i form av en långsamt ökad prevalens av önskvärda accesstyper – efter flera år med neråtgående trend – ser ut att fortsätta. Fortfarande är dock situationen sämre än den var då tvärsnittundersökningarna inleddes i början av 2000-talet.

Variationen mellan landstingen är fortsatt alltför stor. Det finns uppenbara förbättringsmöjligheter, både på klinik- och landstingsnivå. Välfungerande accesspraxis ställer stora krav på samverkan mellan kärlkirurgi, interventionell radiologi och njurmedicin. Kvinnor har generellt lägre andel AV-fistel eller AV-graft än vad männen har. Till viss del kan detta förklaras av sämre anatomiska förutsättningar i blodkärlen, vilket försvårar den kirurgiska anläggningen av en AV-fistel, men det kan också finnas påverkbara orsaker, till exempel att kvinnor kanske remitteras senare till specialistvård, och därför i mindre omfattning har en optimal kärlaccess vid dialysstart.

Ett preciserat mål finns inte för denna indikator, men i en oselektad patientgrupp är ett mål på 70–80 procent med AV-fistel eller AV-graft fullt rimligt.

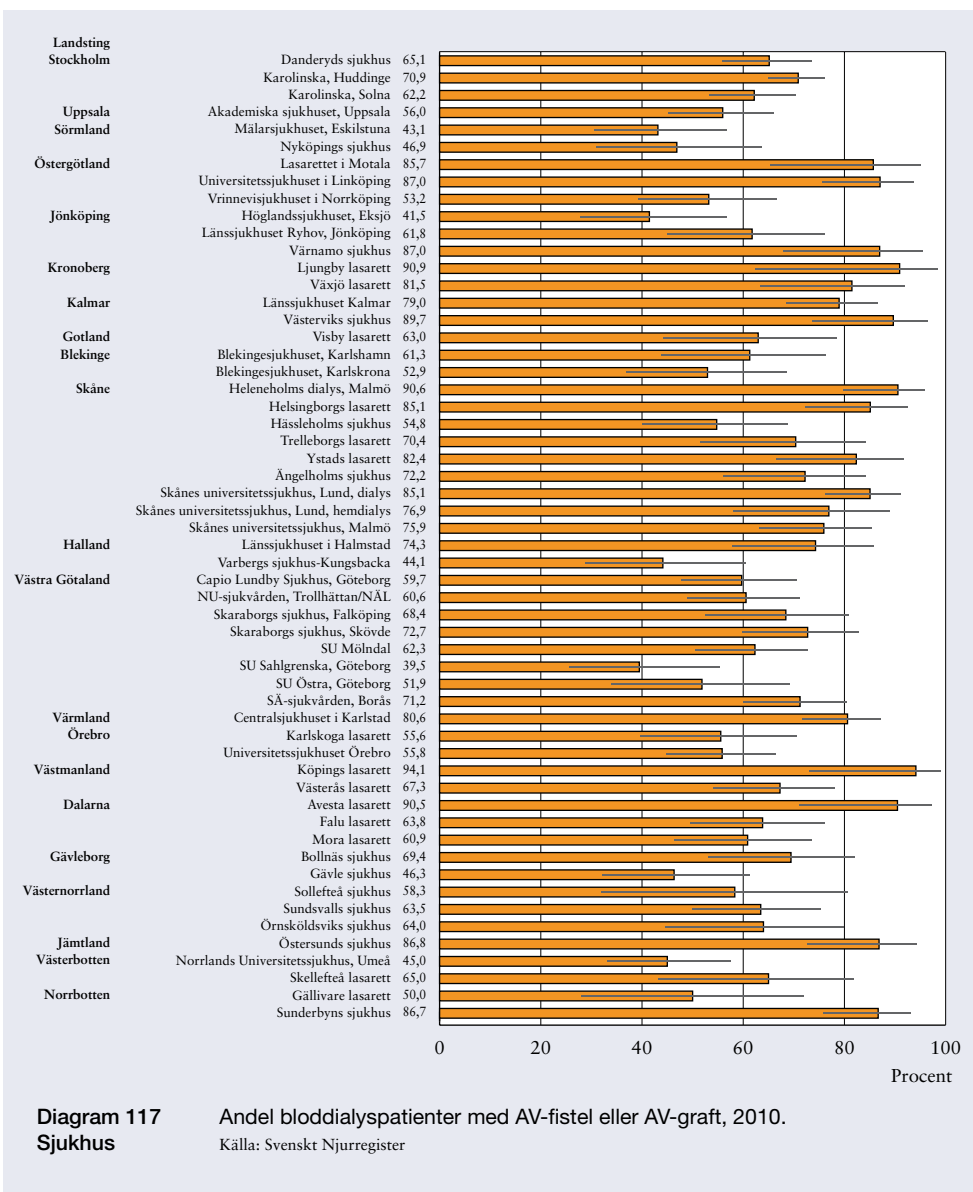


Diagram 117 Andel bloddialyspatienter med AV-fistel eller AV-graft, 2010.
Sjukhus Källa: Svenskt Njurrregister

118 Måluppfyllelse för blodtryck för patienter i hemodialys

Patienter med kronisk njursjukdom uppvisar regelmässigt högt och inte sällan svårbehandlat blodtryck. Det finns ett mycket omfattande stöd för att god blodtrycks-kontroll både minskar försämringshastigheten hos flertalet njursjukdomar och minskar risken för död i hjärt-kärlsjukdom. De blodtrycksmål som rekommenderas för patienter med kronisk njursvikt under den period som föregår aktiv uremivård är lägre än det målblodtryck på <140/90 mm Hg som gäller allmänt. Dock saknas vetenskapligt stöd för lägre målblodtryck än <140/90 hos patienter som väl påbörjat dialysbehandling. Måluppfyllelse anses därför föreligga vid tryck under denna nivå.

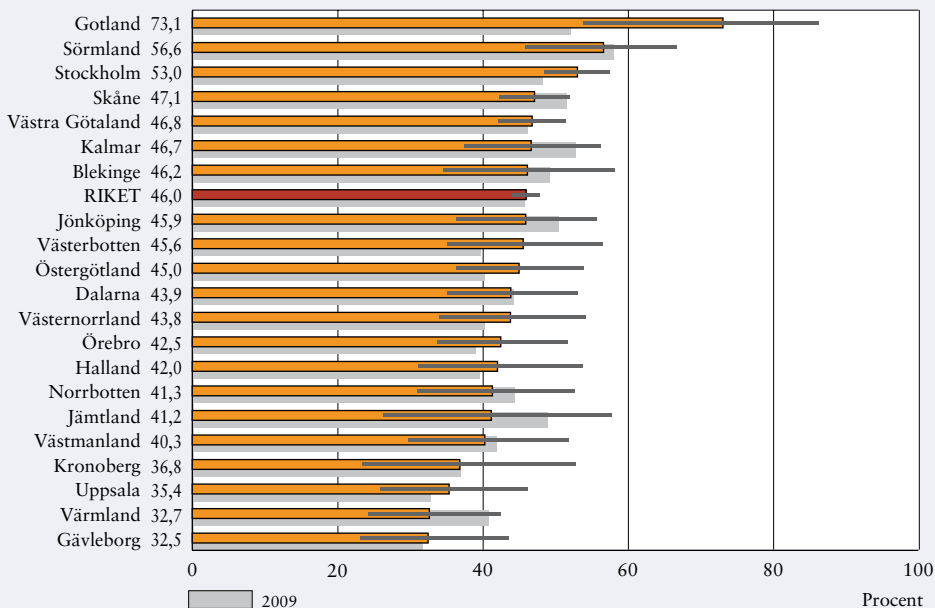


Diagram 118 Andel dialyspatienter som når mål för blodtryck (<140/90 mmHG), 2010. Avser patienter i hemodialys.
Totalt
 Källa: Svenskt Njurregister

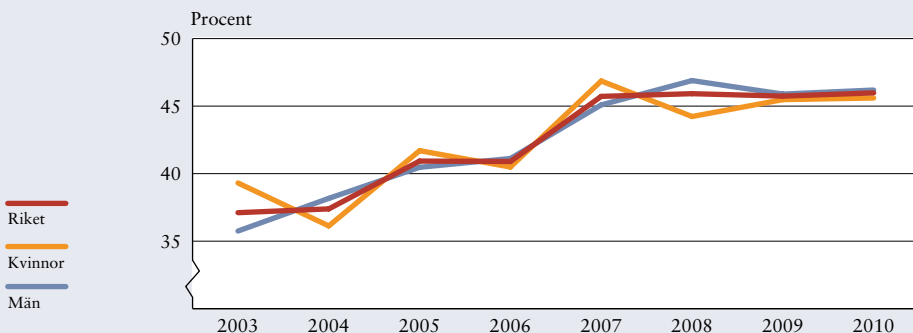


Diagram 118 Andel dialyspatienter som når mål för blodtryck (<140/90 mmHG). Avser patienter i hemodialys.
Riket
 Källa: Svenskt Njurregister

Blodtrycksbehandling hos hemodialyspatienter utgör en särskild utmaning. Eftersom flertalet dialyspatienter har försumbar urinproduktion ansamlas vätska mellan dialystillfällena. Detta försvårar blodtryckskontrollen. Förutom nedsatt urinproduktion påverkas blodtrycket av ett flertal andra faktorer. Men med rätt dialysduration, dialysfrekvens, dialysvätskesammansättning och dialysteknik kan blodtrycket många gånger normaliseras utan omfattande läkemedelsbehandling.

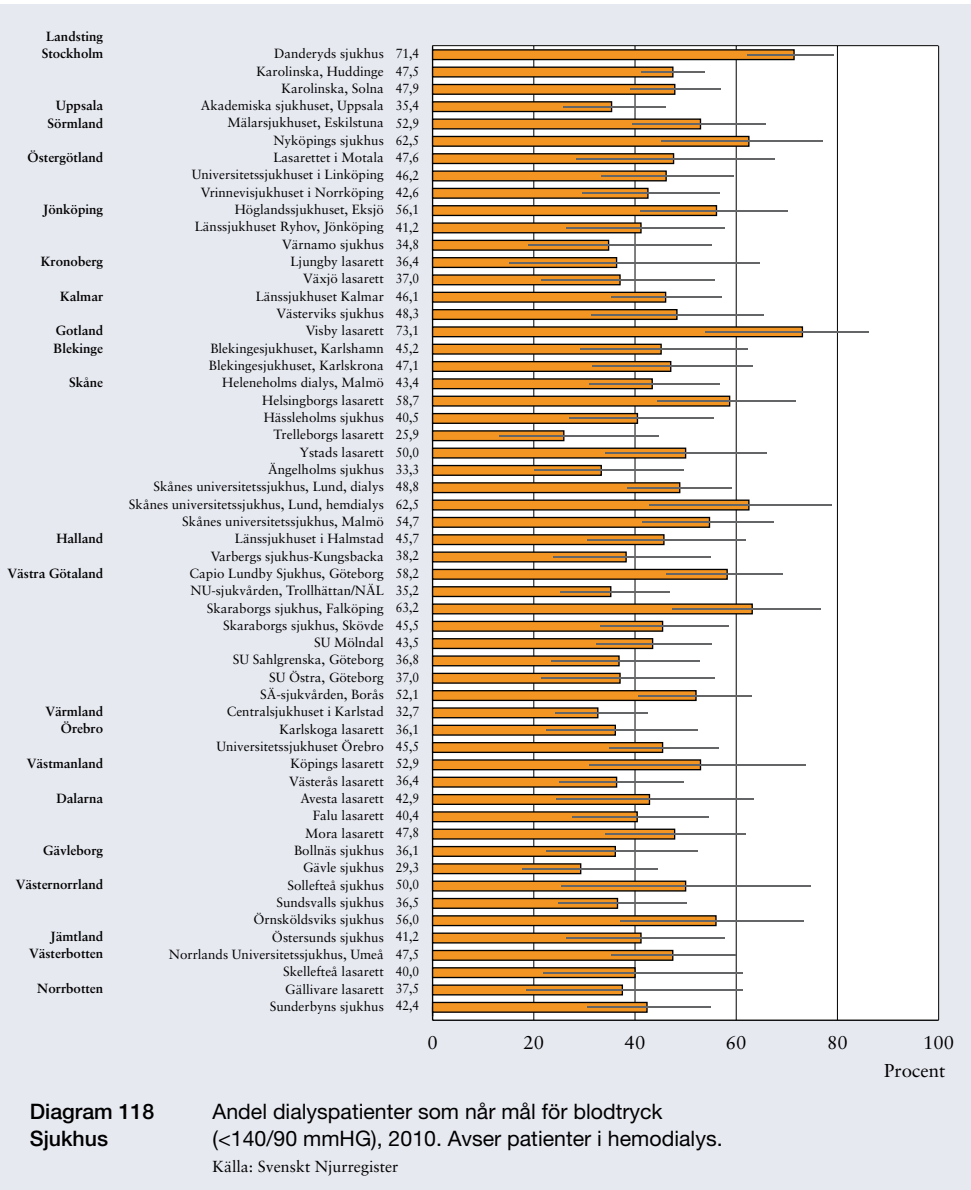


Diagram 118 Andel dialyspatienter som når mål för blodtryck (<140/90 mmHG), 2010. Avser patienter i hemodialys.
Sjukhus
Källa: Svenskt Njurrregister

Diagram 118 visar att det finns tydliga skillnader i vilken grad av blodtrycks kontroll som uppnås. Liksom för övriga processvariabler är skillnaderna påtagliga även mellan landstingen och det finns betydande förbättringsutrymme.

CANCERSJUKVÅRD

Årligen diagnostiseras över 50 000 fall av cancer i Sverige. Cancer är den näst vanligaste dödsorsaken, efter hjärt-kärlsjukdom. Men många överlever och i slutet av 2009 levde cirka 172 000 individer i Sverige som diagnostiserats med cancer under femårsperioden 2005–2009. Denna så kallade prevalens beräknas öka i framtiden, på grund av ökad diagnostisering och förlängd överlevnad. Cancersjukvården är ett ofta diskuterat område, med nya behandlingsmetoder och lika tillgång till dessa som viktiga teman.

Här redovisas sexton indikatorer, som är ett urval av de indikatorer som redovisades i den mera omfattande rapport med öppna jämförelser för cancersjukvård som Socialstyrelsen och SKL publicerade hösten 2011. Alla utom en indikator avser de vanliga cancerformerna bröstcancer, tjocktarmscancer, ändtarmscancer, lungcancer och prostatacancer. Måtten som visas är överlevnad efter diagnos för cancer, dödlighet eller omoperation efter operation, olika väntetidsmått, användandet av multidisciplinär konferens vid lungcancer samt kurativ behandling vid prostatacancer. Slutligen redovisas en indikator om tid till behandlingsbeslut vid elakartad tumör inom öron-, näs- och halssjukvård

Uppgifterna om fem- och tvåårsöverlevnad hämtas från Cancerregistret, medan de övriga kommer från Nationella Kvalitetsregister.

Flera väntetidsmått visar patienternas väntetid som median- och kvartilvärden. Se vidare förklaringsruta om denna modell för redovisning av väntetider.

MEDIAN OCH KVARTILER



Medianvärdet är det mittersta värdet på skalan som delar materialet i två lika stora delar. Hälften av observationerna har ett värde som är mindre än eller lika med medianen och hälften har ett värde som är större än eller lika med medianen.

Om materialet delas i fyra lika stora delar tillkommer ett värde för första kvartilen och ett för tredje kvartilen. Första kvartilen delar nedre halvan av materialet i två lika stora delar. 25 procent av observationerna har ett värde som är mindre än eller lika med första kvartilen och 75 procent har ett värde som är större än eller lika med första kvartilen. Tredje kvartilen delar övre halvan av materialet i två lika stora delar. 75 procent av observationerna har ett värde som är mindre än eller lika med tredje kvartilen och 25 procent har ett värde som är större än eller lika med tredje kvartilen.

I denna rapport presenteras värden för första kvartilen, medianen och tredje kvartilen i tunna stolpdigram. Den nedre änden av strecket markerar värdet för första kvartilen. Cirkeln markerar värdet för medianen och övre änden av strecket anger värdet för tredje kvartilen. Diagrammen är fördelade på landsting eller regioner och illustrerar spridningen inom landstinget/regionen.

Överlevnad vid cancersjukdom

Den relativa fem- eller tvåårsöverlevnaden har beräknats för de patienter som diagnostiserats med cancer under åren 2003–2009, med uppföljning till och med december 2009. Den relativa canceröverlevnaden beskriver patienternas överlevnad i förhållande till den förväntade överlevnaden för personer som inte diagnostiserats med cancer. En relativ femårsöverlevnad på 50 procent innebär att hälften av cancerpatienterna skulle ha varit vid liv efter fem år, om cancer var den enda möjliga dödsorsaken. Hänsyn har tagits till eventuella skillnader i medellivslängd mellan landstingens befolkningar. Patienten redovisas i det landsting där han/hon är folkbokförd vid tidpunkten för diagnos.

Med överlevnadstid avses tiden mellan patientens diagnos och död. Överlevnadstiden blir längre både av en tidigt upptäckt tumör och av en förlängd överlevnad, som till exempel kan bero på patientens vård. Tidig diagnos innebär således en längre överlevnadstid, oberoende av om den faktiska livslängden ökar eller inte. Om en tidigt satt diagnos innebär att tumören upptäcks i ett stadium då den är lättare att behandla, vilket leder till att patientens död flyttas framåt, kombineras dessa båda effekter.

En jämförande studie av canceröverlevnaden i Europa är gjord inom projektet EUROCORE-4, som är ett samarbetsprojekt mellan 19 europeiska länder. Överlevnads-siffrorna i EUROCORE-4 är dock inte direkt jämförbara med de siffror som redovisas här, på grund av att man har en annan analysmetod än den som här använts vid beräkning av femårsöverlevnad.

För de tre cancertyper för vilka femårsöverlevnad här redovisas, har Sverige enligt EUROCORE-4 en bättre överlevnad än genomsnittet av de studerade europeiska länderna. För tjocktarms- och ändtarmscancer, grupperat som kolorektalcancer, är överlevnaden knappt fyra procentenheter över det europeiska genomsnittet och för bröstcancer cirka sju procentenheter över. De nordiska länderna, exklusive Danmark, som inte deltog i studien, ligger på samma nivå med undantaget Island som har en högre bröstcanceröverlevnad.

Tjocktarmscancer

Det är vanligt att tjock- och ändtarmscancer betraktas som en enhet (kolorektalcancer) men eftersom dessa cancertyper skiljer sig åt, till exempel med avseende på behandling, redovisas överlevnaden för dessa cancerformer var för sig i *Öppna jämförelser*.

Cancer i tjocktarmen, även kallad koloncancer, är den tredje vanligaste cancersjukdomen hos kvinnor och män. År 2009 fick sammanlagt 4 059 personer tjocktarmscancer, 2 036 kvinnor och 2 023 män. I Sverige lever idag mer än 28 000 personer som har eller har haft tjocktarmscancer. Tjocktarmscancer är ovanligt i åldersgruppen under 49 år och av dem som insjuknar är cirka 75 procent över 65 år. Antalet nya fall i tjocktarmscancer har varit stabilt sedan 1990 men en svag tendens till ökning kan ses under perioden. Till viss del beror det på att befolkningen blir äldre.

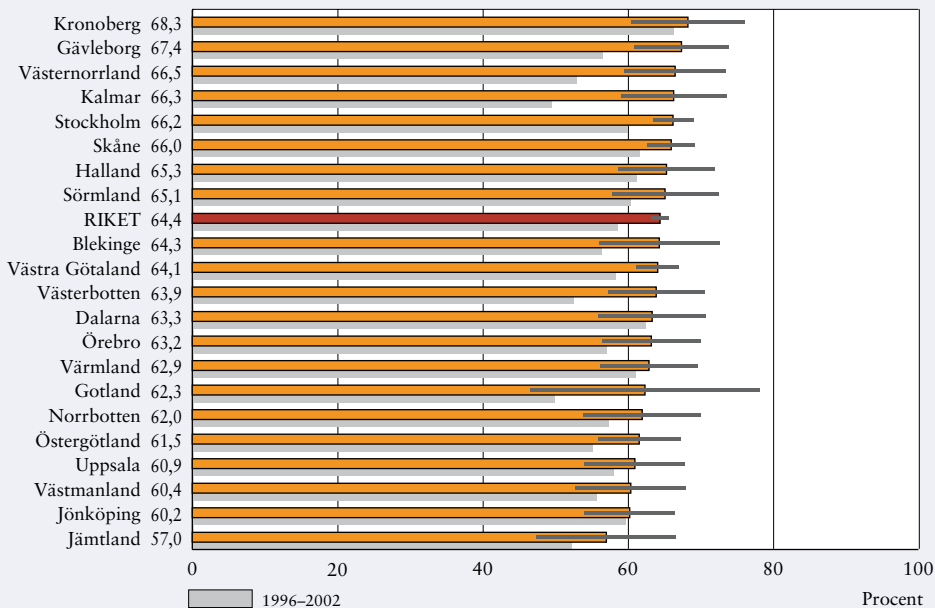


Diagram 119 5-årsöverlevnad vid tjocktarmscancer. Patienter diagnostiserade 2003–2009 med uppföljning t.o.m. december 2009.

Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen

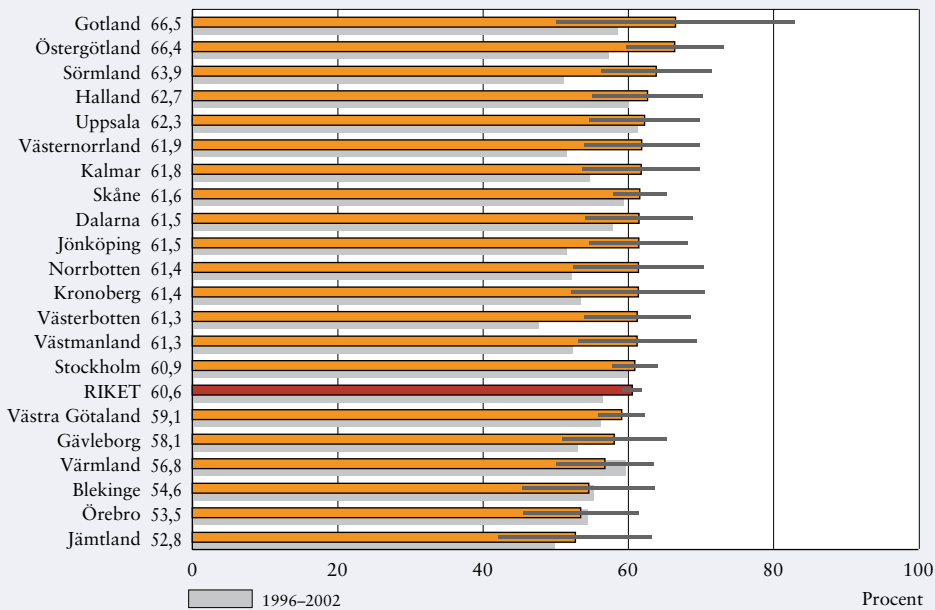
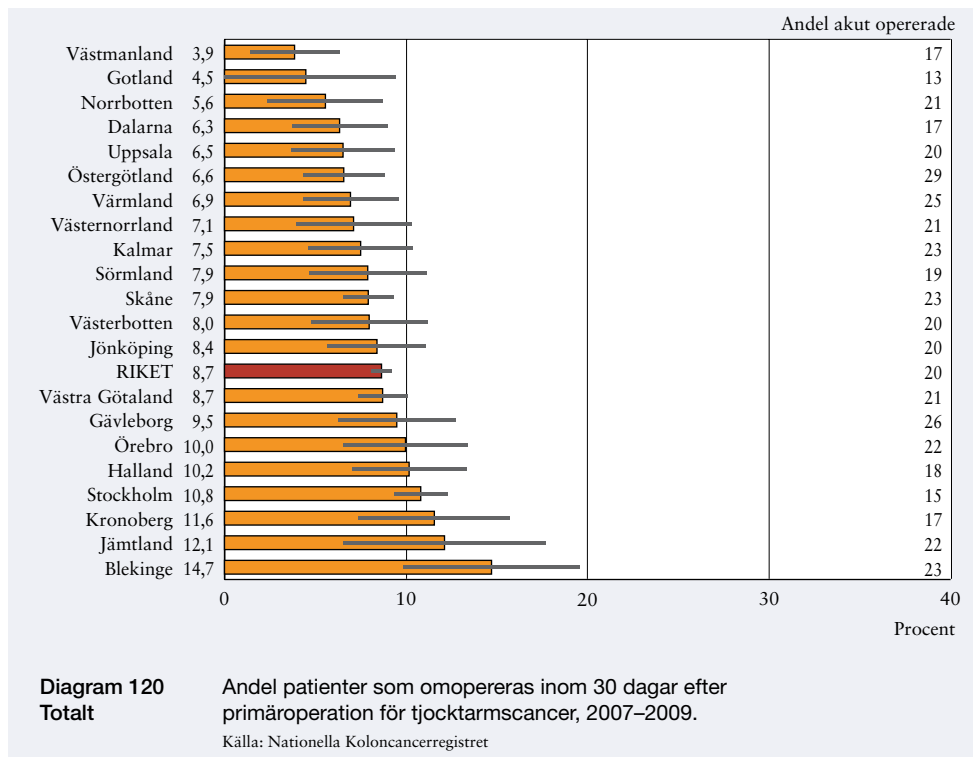


Diagram 119 5-årsöverlevnad vid tjocktarmscancer. Patienter diagnostiserade 2003–2009 med uppföljning t.o.m. december 2009.

Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen



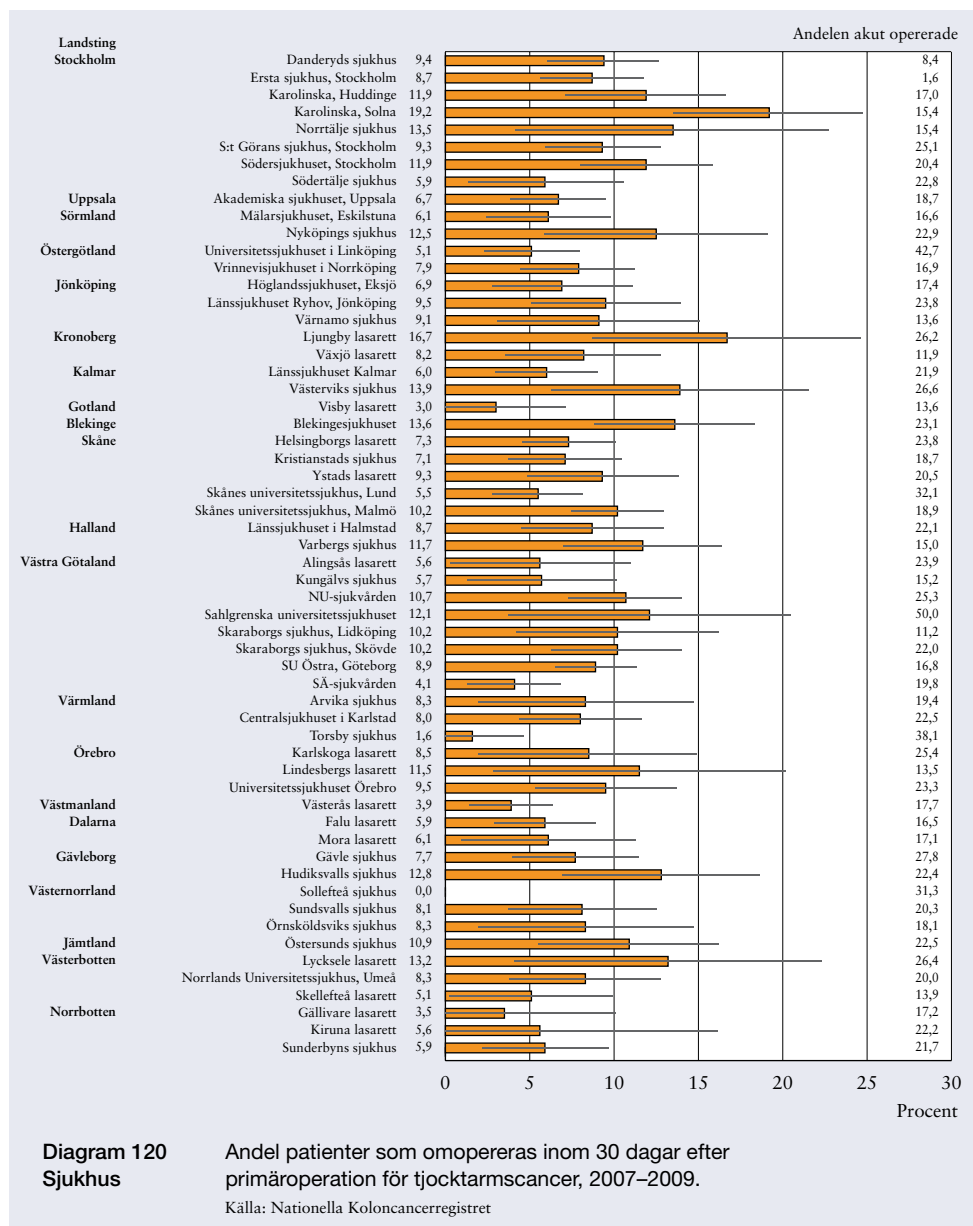
119 Överlevnad vid tjocktarmscancer

Cirka 1 800 personer dog i tjocktarmscancer 2009, ungefär lika många män som kvinnor. Den relativa femårsöverlevnaden i tjocktarmscancer är i riket 64 procent för kvinnor och 61 procent för män. Spridningen mellan landstingen är relativt stor. För kvinnorna varierar överlevnaden från 57 till 68 procent mellan landstingen. För männen är variationen från 53 till 67 procent. Antalet tjocktarmscancerfall är relativt få, vilket medför ökad osäkerhet i överlevnadssiffrorna för vissa landsting, vilket också avspeglas i de breda konfidensintervallen.

120 Omoperation vid tjocktarmscancer

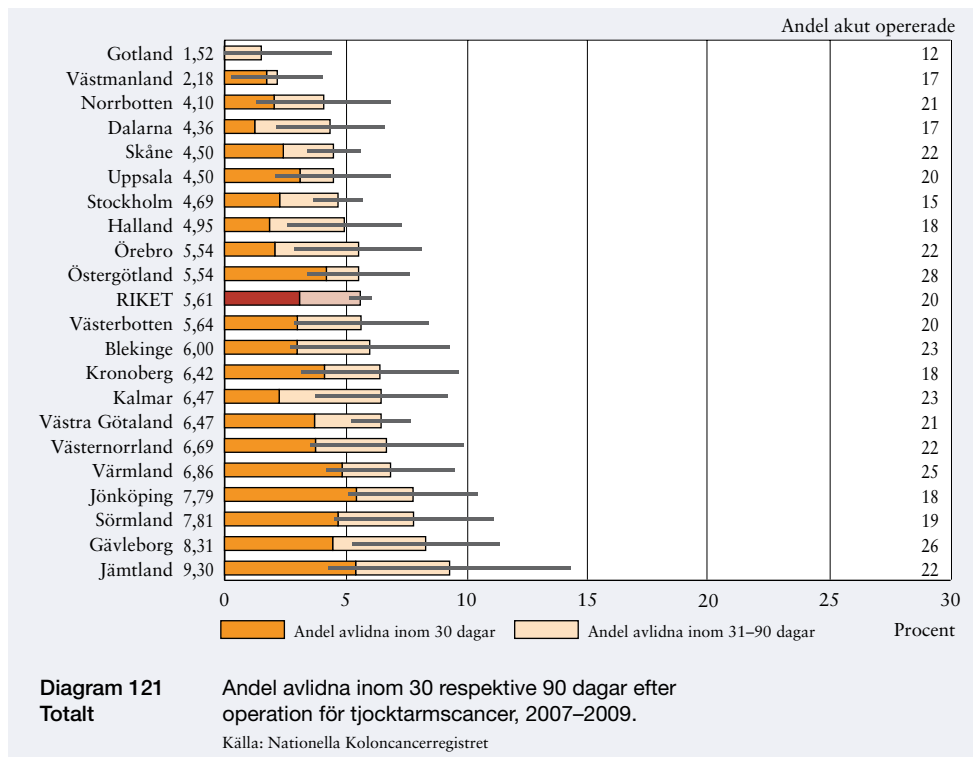
Ungefär 95 procent av alla patienter med cancer i tjocktarmen opereras. Operationerna kan vara olika omfattande och riskfyllda beroende på tumörens läge, lokala utbredning och patientens allmänna hälsotillstånd. Dessutom kan patienten drabbas av komplikationer som kräver en omoperation inom relativt kort tid efter den första operationen. En omoperation innebär att man måste göra en ny och oförutsedd operation, exempelvis på grund av en blödning eller en infektion eller läckage från tarmen. Omoperationen medför lidande för patienten och ökar risken för ytterligare komplikationer.

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för koloncancer är omoperationer inom 30 dagar efter den första operationen en av de indikatorer som är viktiga att följa upp.



I diagram 120 redovisas andelen omoperationer under 2007–2009. Av de 9 772 personer som primäropererades var det 845 som omopererades, vilket motsvarar 8,7 procent. Andelen varierar mellan landstingen från 3,9 till 14,7 procent. Nästan lika många kvinnor och män primäropererades under perioden, men fler män behövde en omoperation: 10,9 procent jämfört med 6,5 procent.

En felkälla är att vissa sjukhus registrerar små operationsingrepp som omoperationer medan andra inte gör det. Andelen omoperationer påverkas även av hur primäroperationen utfördes och av patientens sjuklighet vid operationstillfället.

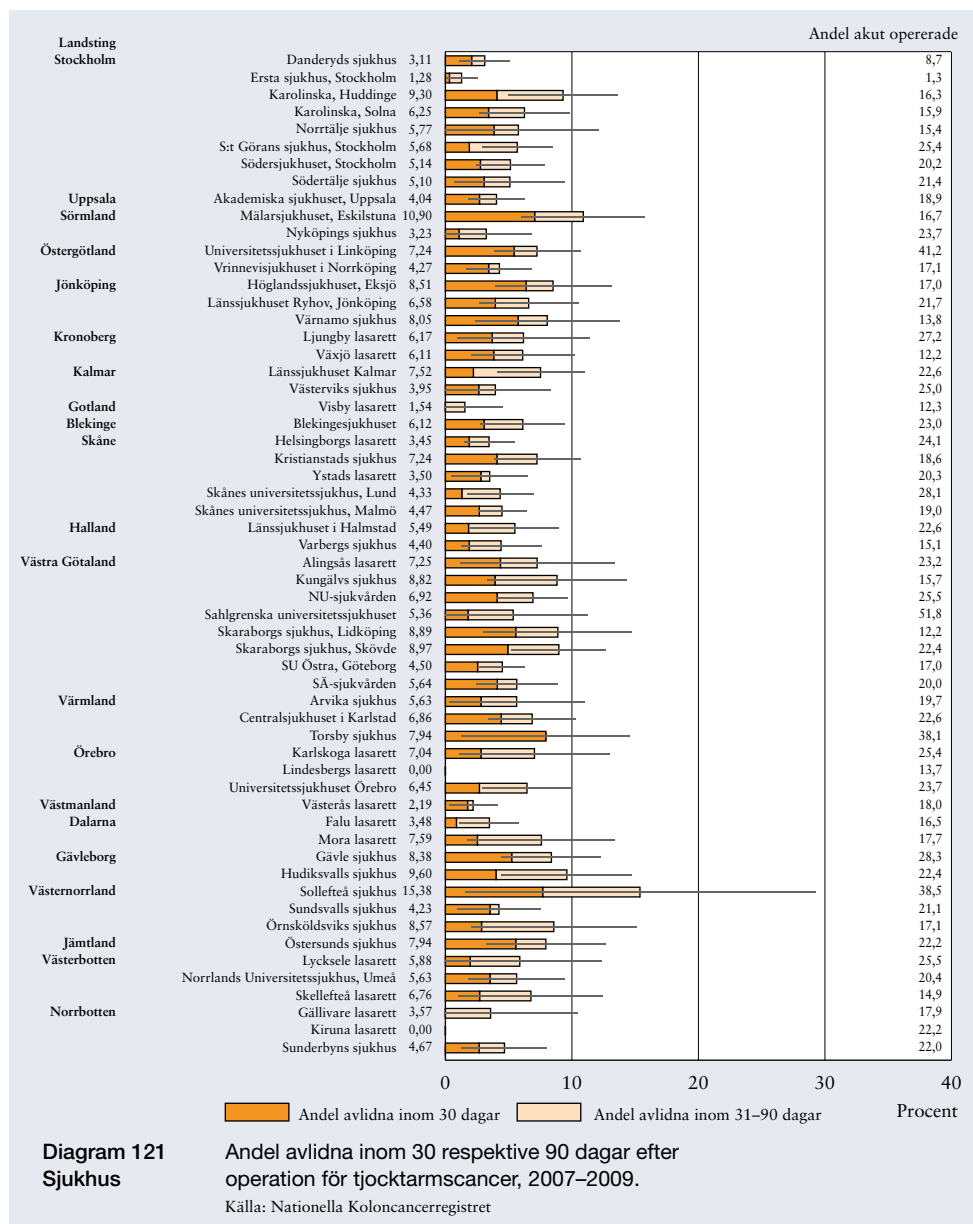


121 Dödlighet vid operation för tjocktarmscancer

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för koloncancer är andelen avlidna inom 30 respektive 90 dagar efter operationen en viktig indikator för att följa vårdkvaliteten. Den speglar urvalet av patienter för operation och omhändertagandet inför, under och efter operationen.

I diagram 121 återges landstingens resultat för perioden 2007-2009. Jämförelsen omfattar 9 364 patienter som under perioden genomgick så kallad resektionskirurgi, vilket omfattar cirka 90 procent av alla som opererades. Den delade stapeln i diagrammet redovisar utfallet för andelen avlidna inom 30 respektive 90 dagar. 290 personer avled inom 30 dagar efter operationen, och totalt 525 personer avled inom 90 dagar, vilket motsvarar 5,6 procent av samtliga opererade. Andelen avlidna inom 90 dagar varierande mellan landstingen från 1,5 till 9,3 procent men den statistiska osäkerheten är stor. Det går inte att göra någon jämförelse med tidigare år eftersom koloncancerregistret startade 2007. Resultatet för riket är dock i linje med de resultat som förekommer internationellt.

Till höger i diagrammet anges andelen patienter som opererades akut och som löper en högre risk för att avlida efter operationen. Av de patienter som avled inom 90 dagar efter operationen hade cirka 20 procent opererats akut, med variationen 12-28 procent.



Andelen avlidna påverkas i viss mån av faktorer som patientens ålder och kön samt cancers svårighetsgrad, vilket inte justeras för i denna redovisning.

Ändtarmscancer

Cancer i ändtarmen, även kallad rektalcancer, är vanligare bland män än kvinnor och utgör cirka 4 procent av samtliga cancertumörer. År 2009 drabbades sammanlagt 2 121 personer, 888 kvinnor och 1 233 män. I Sverige lever idag omkring 16 400 personer som har eller har haft ändtarmscancer. Oftast är man över 60 år när man blir sjuk. Eftersom symtomen ofta visar sig tidigt och de drabbade då kontaktar vården, har många patienter stora chanser att bli botade.

122 Överlevnad vid ändtarmscancer

Under 2009 avled cirka 700 personer i ändtarmscancer. Den femåriga relativa överlevnaden är för riket 64 procent för kvinnor och 60 procent för män. Antalet fall av ändtarmscancer är litet i många landsting vilket medför ökad osäkerhet i överlevnadssiffrorna.

123 Omoperation vid ändtarmscancer

Ungefär 82 procent av alla patienter med cancer i ändtarmen opereras med ett stort ingrepp där hela tumören tas bort. Operationerna kan vara olika omfattande och riskfyllda beroende på tumörens läge, lokala utbredning och patientens allmänna hälsotillstånd. Dessutom kan patienten få komplikationer som kräver en omoperation inom relativt kort tid efter den första operationen. En omoperation innebär att man måste göra en ny och oförutsedd operation, exempelvis på grund av en blödning, infektion eller läckage från tarmen. Den andra operationen medför lidande för patienten och ökar risken för ytterligare komplikationer.

Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för rektalcancer är omoperationer inom 30 dagar efter den första operationen en av de indikatorer som är viktiga att följa upp.

I diagram 123 redovisas andelen omoperationer under 2005–2009. Av de 6 327 personer som primäropererades var det 685 som omopererades, vilket motsvarar 10,8 procent. Andelen varierar mellan landstingen från 3,9 till 14,0 procent. Rektalcancerregistret bedömer att det är en hög andel, och registrets uppföljningar visar att andelen omopererade har legat på denna nivå under de senaste åren. Jämfört med perioden 2003–2007 var dock detta en förbättring i tio landsting. Fler män än kvinnor omopererades, 11,9 procent respektive 9,2 procent.

En felkälla är att vissa sjukhus registrerar små operationsingrepp som omoperationer medan andra inte gör det. Andelen omoperationer påverkas även av hur primäroperationen utfördes och av patientens sjuklighet vid operationstillfället.

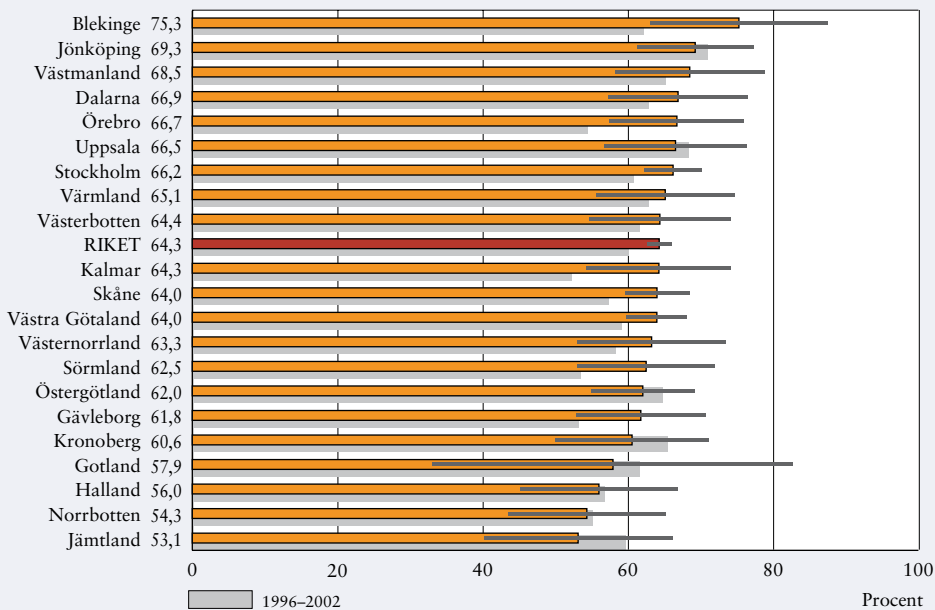


Diagram 122 5-årsöverlevnad vid ändtarmscancer. Patienter diagnostiserade 2003–2009 med uppföljning t.o.m. december 2009.

Kvinnor

Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen

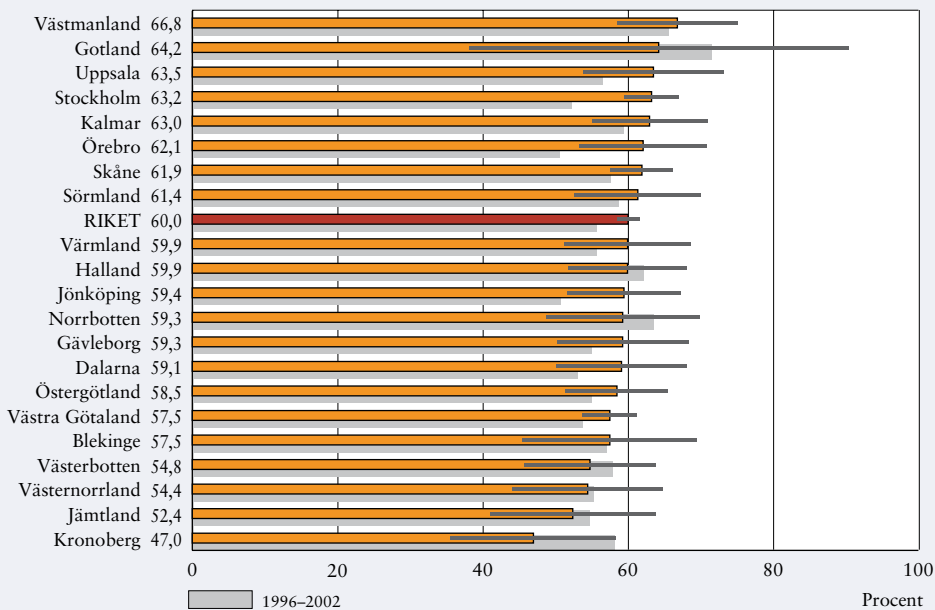


Diagram 122 5-årsöverlevnad vid ändtarmscancer. Patienter diagnostiserade 2003–2009 med uppföljning t.o.m. december 2009.

Män

Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen

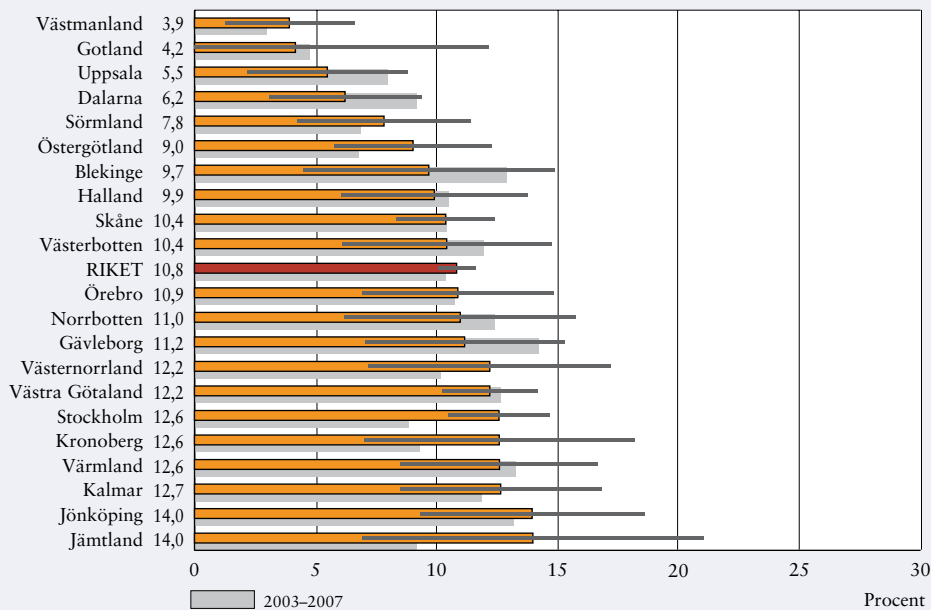


Diagram 123 Andel patienter som omopereras inom 30 dagar efter primäroperation för ändtarmscancer, 2005–2009. **Totalt**

Källa: Svenska Rektalcancerregistret

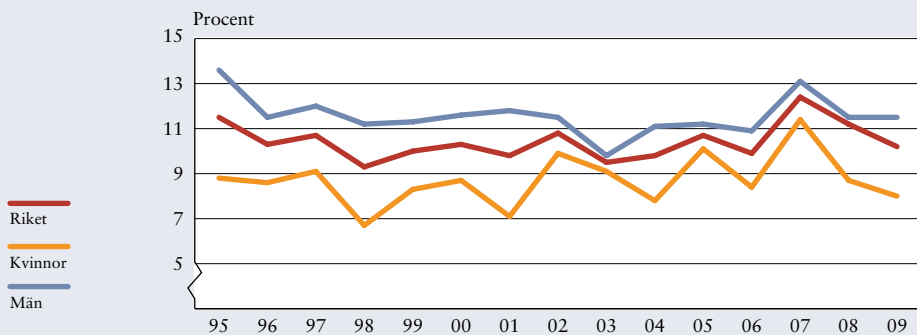
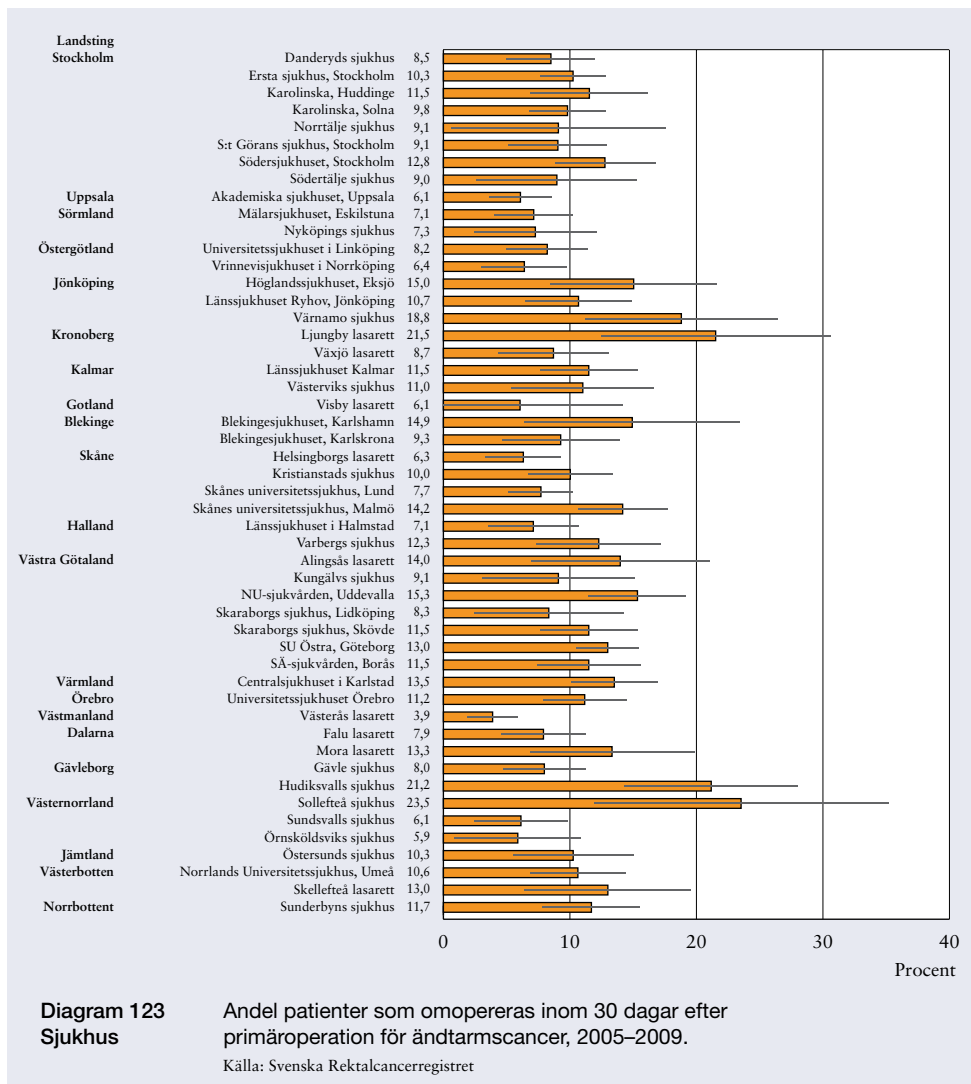


Diagram 123 Andel patienter som omopereras inom 30 dagar efter primäroperation för ändtarmscancer. **Riket**

Källa: Svenska Rektalcancerregistret



124 Dödlighet vid operation för ändtarmscancer

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för rektalcancer är andelen avlidna inom 30 dagar efter operationen en viktig indikator för att följa vårdkvaliteten. Den speglar urvalet av patienter för operation och omhändertagandet inför, under och efter operationen. I denna jämförelse redovisas även andelen avlidna inom 90 dagar eftersom patienter som får komplikationer oftast överlever de första 30 dagarna, bland annat tack vare intensivvårdsinsatser.

I diagram 124 återges landstingens resultat för perioden 2007–2009. Jämförelsen omfattar alla de 4 037 patienter som genomgick så kallad resektionskirurgi, vilket motsvarar nästan 90 procent av alla som opererades för ändtarmscancer. Den delade stapeln i diagrammet redovisar andelen avlidna inom 30 respektive 90 dagar. 87 per-

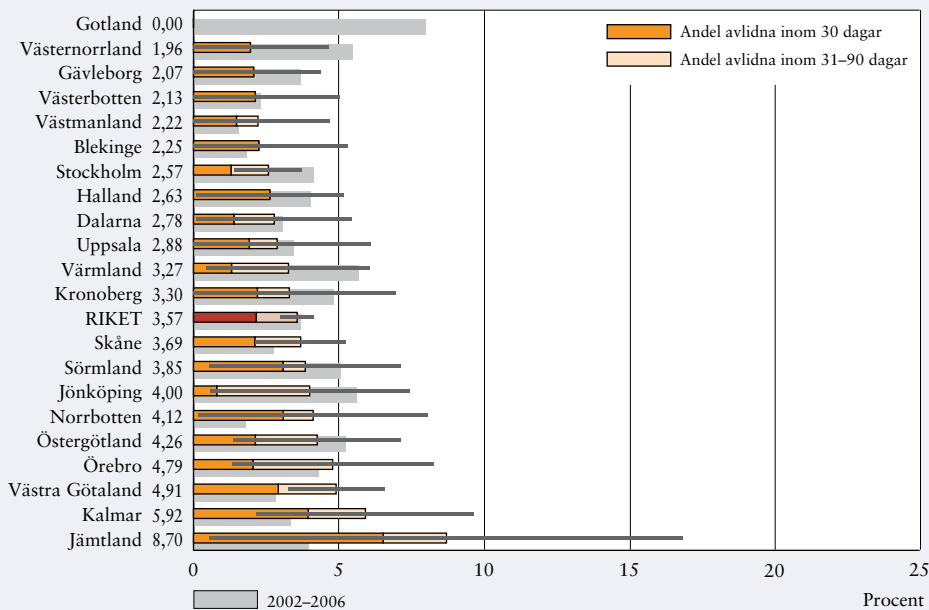


Diagram 124 Andel avlidna inom 30 respektive 90 dagar efter operation för ändtarmscancer, 2007–2009. **Totalt**

Källa: Svenska Rektalcancerregistret

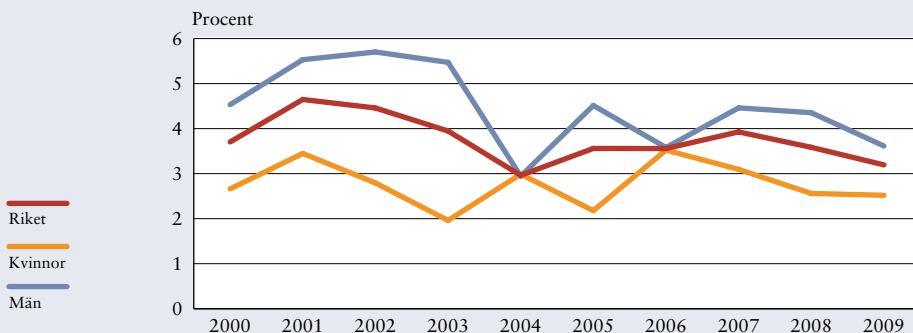
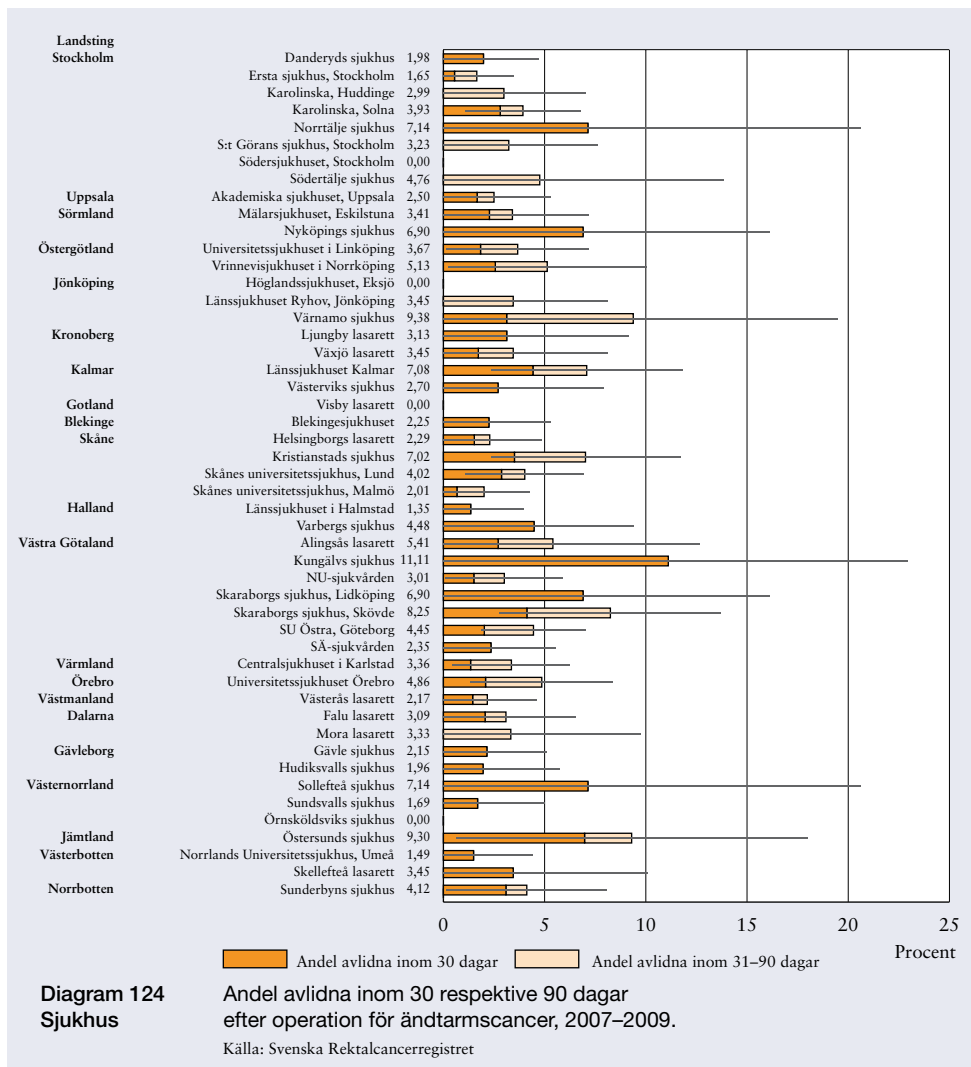


Diagram 124 Andel avlidna inom 90 dagar efter operation för ändtarmscancer. **Riket**

Källa: Svenska Rektalcancerregistret

soner avled inom 30 dagar efter operationen, vilket motsvarar 2,2 procent, och totalt 144 personer avled inom 90 dagar, vilket motsvarar 3,6 procent. Mellan landstingen var andelen avlidna inom 90 dagar 0–8,7 procent men den statistiska osäkerheten är stor. Det var fler män än kvinnor som avled inom 90 dagar efter operationen, 4,1 respektive 2,7 procent.



Andelen avlidna påverkas i viss mån av faktorer som patientens ålder och kön samt cancers svårighetsgrad, vilket inte hänsyn tas i denna redovisning.

Bröstcancer

Bröstcancer är den vanligaste cancersjukdomen hos medelålders kvinnor. År 2009 fick 7 380 kvinnor diagnosen och i Sverige lever idag omkring 88 800 kvinnor som har eller har haft bröstcancer. Risken att få en bröstcancerdiagnos före 75 års ålder är cirka 10 procent. Bröstcancer är ovanlig före 35–40 års ålder, därefter ökar risken med högre ålder. Majoriteten av bröstcancerpatienterna får sin diagnos före 65 års ålder. År 2009 avled 1 378 kvinnor i bröstcancer. Sedan flera decennier tillbaka ökar antalet som drabbas av bröstcancer, men ökningen går långsamt. Manlig bröstcancer förekommer, men är mycket ovanlig.

Nästan alla bröstcancerfall i Sverige kan opereras. Bröstcancerregistrets uppföljning för 2008 visade att 93 procent opererades och andelen varierade endast med några procent mellan regionerna.

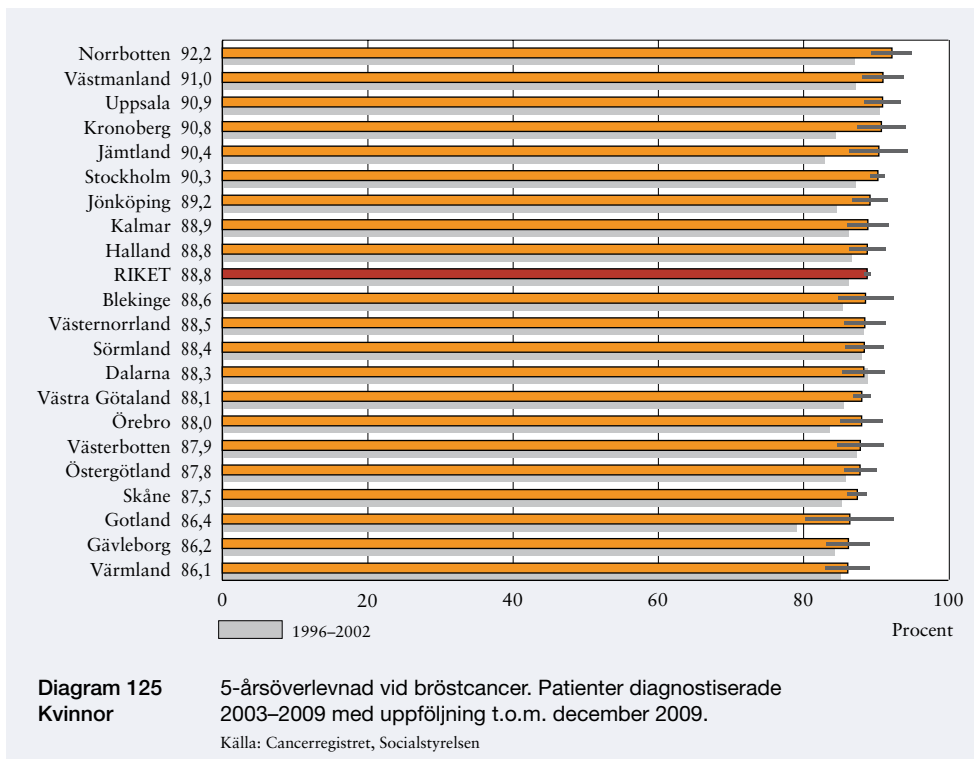
125 Överlevnad vid bröstcancer

Antalet kvinnor som avlider av bröstcancer uppgår till cirka 1 400 per år. Femårsöverlevnaden har ökat från 65 procent i mitten av 1960-talet till 84 procent för kvinnor som fick sin diagnos under mitten av 1990-talet och nu är den 89 procent. Den förbättrade överlevnaden beror dels på att mammografiscreeningen medför att tumörer upptäcks tidigare, dels på förbättrade behandlingsmetoder.

Mammografiscreening finns idag i samtliga landsting, men det finns skillnader mellan landstingen dels avseende när screeningverksamheten startade, dels inom vilket åldersintervall som en kvinna inbjuds till screening.

Diagram 125 visar att det är liten skillnad mellan landstingen, med en variation från 86 till 92 procent femårsöverlevnad. Detta tyder på att bröstcancer vården i landets olika delar bedrivs med hög och relativt likvärdig kvalitet. I tidigare analyser har skillnaderna mellan landstingen varit större, bland annat beroende på att landstingen med sämre överlevnad inte hade startat med mammografiscreening vid den tidpunkten.

Den intressanta iakttagelsen avseende denna indikator är inte främst vilka inbördes positioner landstingen har, utan istället dels det goda och jämna resultatet i riket, dels det faktum att femårsöverlevnaden ökat i nästan alla landsting.



126 Omoperation vid bröstcancer på grund av tumördata

Efter operationen skickas den borttagna tumören tillsammans med omgivande vävnad (till exempel lymfkörtlar) för patologisk anatomisk diagnostik (PAD). Om analysen visar att det finns tumörceller kvar i bröstet (så kallade multipla tumörer) eller cancer inom ett större område än tidigare känt rekommenderas en omoperation för att minska risken för återfall i cancersjukdomen. Den andra operationen kan innebära ett lidande för patienten.

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för bröstcancervård är andelen patienter som omopereras på grund av tumördata en av de indikatorer som är viktiga att följa upp [2]. Den här indikatorn mäter både kvaliteten på malignitetsutredningen före operationen och hur väl kirurgen lyckades avlägsna tumören vid operationen.

Diagram 126 visar andelen kvinnor som omopererades på grund av tumördata år 2009. Jämförelsen omfattar 6 709 kvinnor och av dem omopererades 798, vilket motsvarar 11,9 procent. Andelen omopererade har i genomsnitt legat på denna nivå under de senaste åren. Landstingens värden varierar mellan 1,7–24,3 procent.

Underlaget bygger på relativt få uppgifter, vilket gör att konfidensintervallen är breda. Dessutom kan det finnas fel som beror på att vissa sjukhus inte rapporterar alla sina omoperationer till bröstcancerregistret. Resultatet bör även relateras till i vilken grad bröstbevarande kirurgi har utförts vilket ökar risken för omoperation.

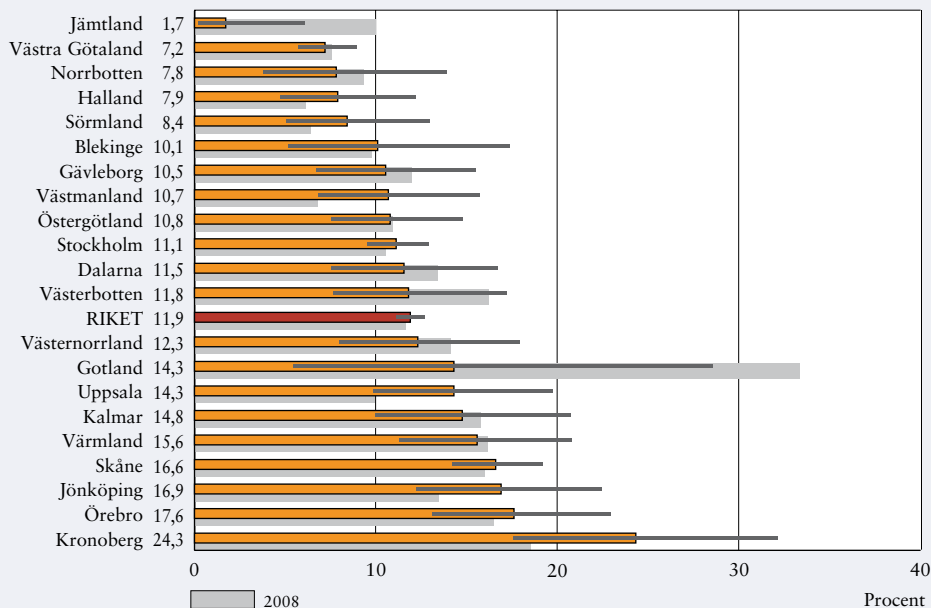


Diagram 126 Andel kvinnor med bröstcancer som omopereras på grund av tumördata, 2009.
Kvinnor

Källa: Nationella Bröstcancerregistret

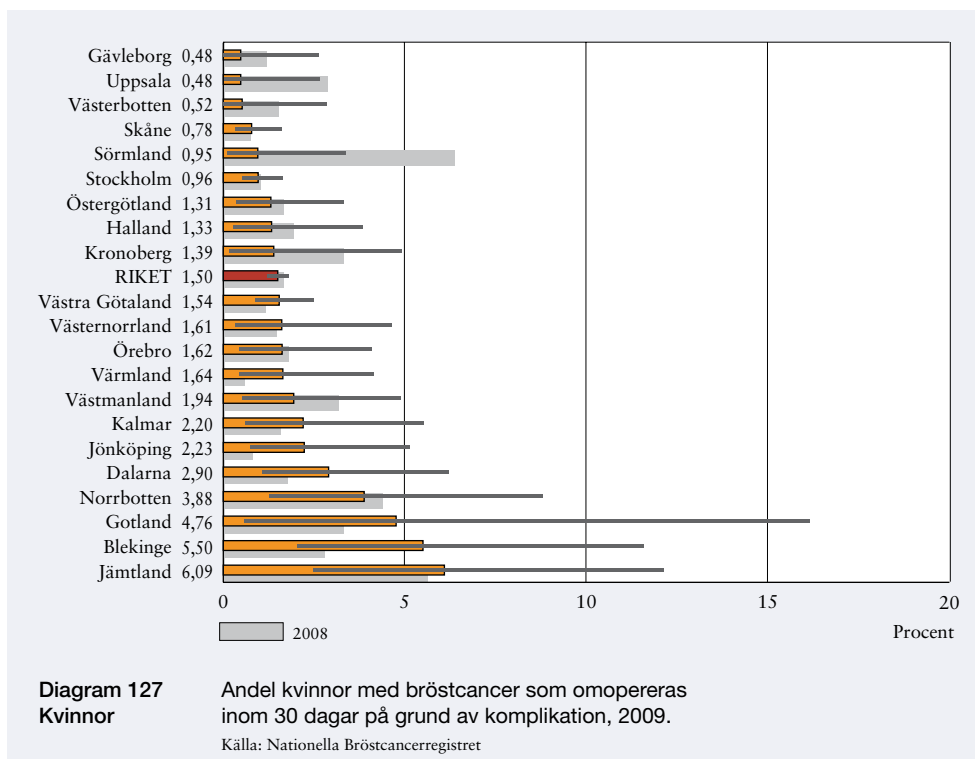
Likaså i vilken utsträckning den första operationen syftade till att bekräfta cancerdiagnos.

Enligt Svensk Förening för Bröstkirurgi (SFBK) bör den kirurgiska behandlingen vara så definitiv som möjligt för att patienten ska slippa en ny operation, och mindre än 10 procent av patienterna bör genomgå en omoperation på grund av tumördata. Endast fem landsting når denna nivå.

127 Omoperation vid bröstcancer på grund av komplikation

Mer än 90 procent av patienterna med bröstcancer opereras, vilket innebär att kirurgi är den primära åtgärden. Operationerna kan vara olika omfattande beroende på tumörens läge, mikroskopiska bild och patientens allmänna hälsotillstånd. Dessutom kan patienten drabbas av komplikationer som kräver en omoperation inom relativt kort tid efter den första operationen. En omoperation innebär att man måste göra en ny och oförutsedd operation, exempelvis på grund av en blödning, som oftast inträffar inom det första dygnet efter operationen, eller en infektion, vars symtom uppkommer inom en vecka.

Bröstcancerregistrets uppföljning visar att de flesta omoperationer berodde på blödningar inom det första dygnet. Eftersom bröstkirurgi är en så kallad ren operation bör infektioner vara sällsynta, och det var också mycket få omoperationer som

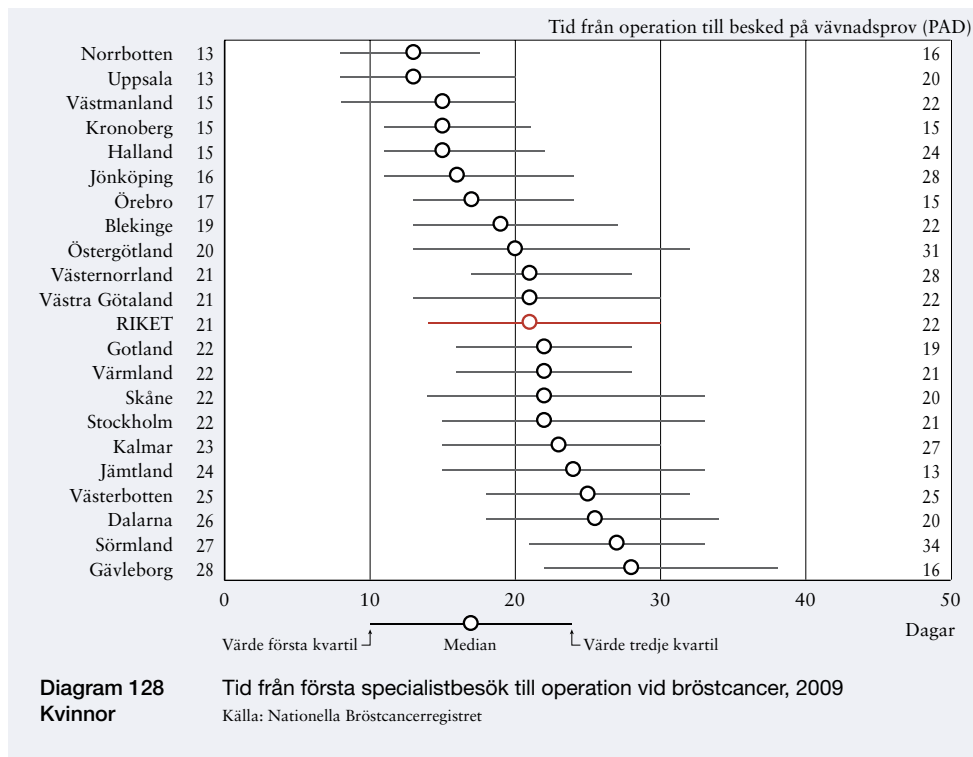


gjordes på grund av en sårinfektion. Infektioner som inte leder till omoperationer registreras dock inte i registret.

Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för bröstcancervård är omoperation inom 30 dagar efter den första operationen en av de indikatorer som är viktiga att följa upp.

I diagram 127 redovisas andelen omoperationer under 2009. Av de 6 688 kvinnor som primäropererades var det 100 som omopererades, vilket motsvarar 1,5 procent. Andelen omoperationer har varit i stort sett oförändrad de senaste åren. Landstingens värden var 0,5–6,1 procent.

Jämförelsen baseras på relativt få uppgifter, vilket gör att konfidensintervallen är breda. Dessutom kan det finnas registreringsskillnader där vissa sjukhus missar att rapportera in omoperationer till bröstcancerregistret. Andelen omoperationer på grund av oförutsedda händelser ska självfallet vara så låg som möjligt. Riksgenomsnittet på någon procentenhet är ett bra riktvärde.



128 Tid till operation vid bröstcancer

SFBK arbetar för att patienterna ska få ett snabbt omhändertagande, och har angett att mer än 90 procent av alla patienter med verifierad bröstcancer ska erbjudas en operation inom tre veckor och ingen bör vänta mer än fyra veckor. Väntetiden påverkas av hur bröstcancervårdkedjan är utformad lokalt. I vissa landsting är till exempel utredningen påbörjad eller redan avklarad innan patienten remitteras till specialistkliniken för behandling.

Efter operationen skickas den borttagna tumören tillsammans med omgivande vävnad för patologisk anatomisk diagnostik (PAD), en vävnads- och cellanalys. SFBK har målsättningen att patienten bör få ett besked inom en vecka efter operationen. Väntetiden påverkas av tillgången till patologer och av de rutiner som finns för att hantera prover och provsvar.

Diagram 128 visar medianväntetiden från det första besöket hos en specialist, i detta fall en kirurg, till dagen för operationen. I kolumnen till höger i diagrammet visas även medianväntetiden mellan operationsdag och dag då patienten får besked om resultatet av vävnadsprovet. Väntetiden mellan besök och operation gäller primäroperationer och omfattar 6 728 kvinnor. Väntetiden mellan operation och besked om resultat omfattar däremot samtliga patienter som opererades för en bröstcancer 2009.

En kvinna får vänta cirka 21 dagar från första besöket till operation och därefter kan hon få vänta ytterligare drygt 20 dagar på besked om resultat av vävnadsprovet. Det är stor variation mellan landstingen.

Lungcancer

Lungcancer är den femte vanligaste cancerformen i Sverige och år 2009 fick sammanlagt 3 468 personer lungcancer, 1 772 kvinnor och 1 696 män. Ungefär hälften av alla som insjuknar är över 70 år och mindre än 1 procent är under 40 år. Varje år dör ungefär 3 500 personer i sjukdomen och lungcancer är därmed den cancersjukdom som tar flest liv i Sverige. Den dominerande orsaken till att utveckla lungcancer är rökning.

Antalet nya årliga fall är numera rätt jämt fördelat mellan män och kvinnor. Efter att hänsyn tagits till skilda åldersfördelningar hos kvinnor och män, har insjuknandet per 100 000 invånare trefaldigats hos kvinnor sedan början på 1970-talet. Hos männen har en 30-procentig minskning skett sedan den högsta uppmätta nivån i början av 1980-talet. Den ökande incidensen bland kvinnorna brukar tillskrivas deras rökvanor. Kvinnorna är också något yngre än männen vid insjuknandet.

Lungcancer är en aggressiv tumörsjukdom, men kan i vissa fall botas om sjukdomen inte har spridit sig. Det finns två olika cancerformer: Småcellig och icke småcellig cancer. Icke småcellig lungcancer utgör cirka 80 procent av all lungcancer och småcellig cirka 15 procent. Resterande 5 procent går inte att klassificera. Cancern kan också vara i olika stadier där stadium I och II av icke småcellig cancer är tumörer som kan opereras om inte patienten har nedsatt lungkapacitet, dåligt allmäntillstånd eller andra sjukdomar som lägger hinder i vägen. Stadium III betyder att tumören är begränsad till brösthålan och i vissa fall kan opereras. Stadium IV är en tumör som har spridit sig till andra delar av kroppen och den går inte att bota genom operation.

Cirka 70 procent av alla drabbade har en långt framskriden sjukdom (stadium IIIB–IV) redan vid diagnosen, och den går då oftast inte att bota. Ungefär 75 procent av patienterna med lungcancer i dessa stadier dör inom ett år. För dessa patienter finns det olika palliativa behandlingsmetoder (läkemedelsbehandling, strålning eller någon annan symtomlindring) som alla går ut på att patienten ska få färre och minskade symtom och en bättre livskvalitet .

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för lungcancervård som utkom 2011 finns målnivåer för flera av indikatorerna. Målformuleringsarbetet, som gjordes våren 2011, bygger på data från lungcancerregistret och för att få ett tillförlitligt underlag samlades uppgifter för alla som fick diagnosen lungcancer under åren 2002–2009. Sedan användes en statistisk metod som innebär att den 90:e percentilen av resultaten i riket blir målnivån. På så sätt får man en realistisk målnivå eftersom några landsting redan har nått upp till den nivån, samtidigt som målet blir en utmaning för de övriga landstingen.

De jämförelser som presenteras avser perioden 2002–2009 då det inte fanns några formulerade målnivåer. Tillsammans med resultatet för respektive indikator anges dock de framtida målnivåerna som nu kan användas för att analysera det utvecklingsbehov som kan finnas inom lungcancersjukvården.

129 Överlevnad vid lungcancer

Kvinnor med lungcancer lever längre än män med lungcancer, men andelen som blir botade är mycket liten för båda könen. I diagram 129 visas per landsting 1-årsöverlevnaden för två olika tidsperioder. 1-årsöverlevnaden är idag cirka 46 procent för kvinnor och 39 procent för män. Det är ganska stora variationer mellan landstingen. I riket har överlevnaden ökat något mellan jämförelseperioderna, med cirka fyra procentenheter.

Den relativa 2-årsöverlevnaden för lungcancer är för kvinnor cirka 29 procent och för män 22 procent. Den relativa 5-årsöverlevnaden är cirka 17 procent för kvinnor och 12 procent för män .

Tidig diagnostisering kan visserligen påverka överlevnaden, men sjukdomen måste idag främst bekämpas med förebyggande åtgärder, framförallt genom rökprevention.

I diagram 129A visas 1-årsöverlevnaden för kvinnor och män med olika utbildningsbakgrund. Det finns skillnader, men jämfört med motsvarande jämförelser för flera andra sjukdomsgrupper, ser denna socioekonomiska faktor ut att påverka patientens ettårsöverlevnad vid lungcancer i något mindre utsträckning.

130 Multidisciplinär konferens vid lungcancer

Inför primärbehandlingen av lungcancer genomförs en multidisciplinär konferens, en omfattande granskning av cancersjukdomen för att man ska kunna optimera behandlingen. I konferensen deltar specialister från flera discipliner, exempelvis kirurg, onkolog, lungmedicinsk specialist, radiolog och patolog samt kontaktsjuksköterska. En multidisciplinär konferens är särskilt viktig när det är svårt att bedöma nyttan av en operation, strålbehandling och läkemedelsbehandling, och flera behandlingar kan behöva kombineras. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för lungcancervård har en multidisciplinär konferens inför behandlingsstarten av en nyupptäckt lungcancer fått en hög prioritet.

Här används samma underlag från lungcancerregistret som vid målformuleringsarbetet. Det innebär att resultaten presenteras för en längre tidsperiod än vad som är normalt i Öppna jämförelser.

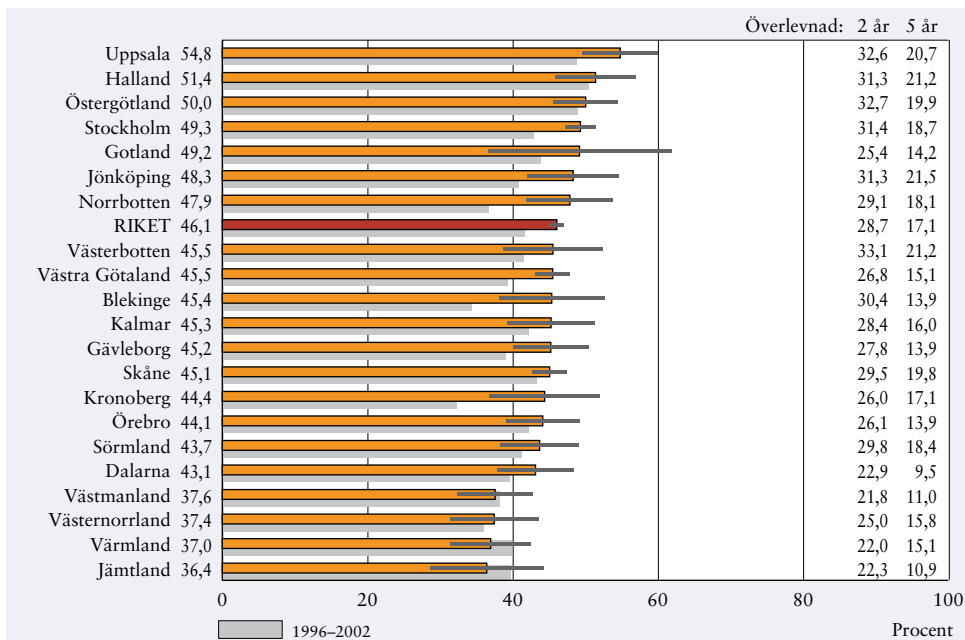


Diagram 129 1-årsöverlevnad vid lungcancer. Patienter diagnostiserade 2003–2009 med uppföljning t.o.m. december 2009.

Kvinnor

Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen

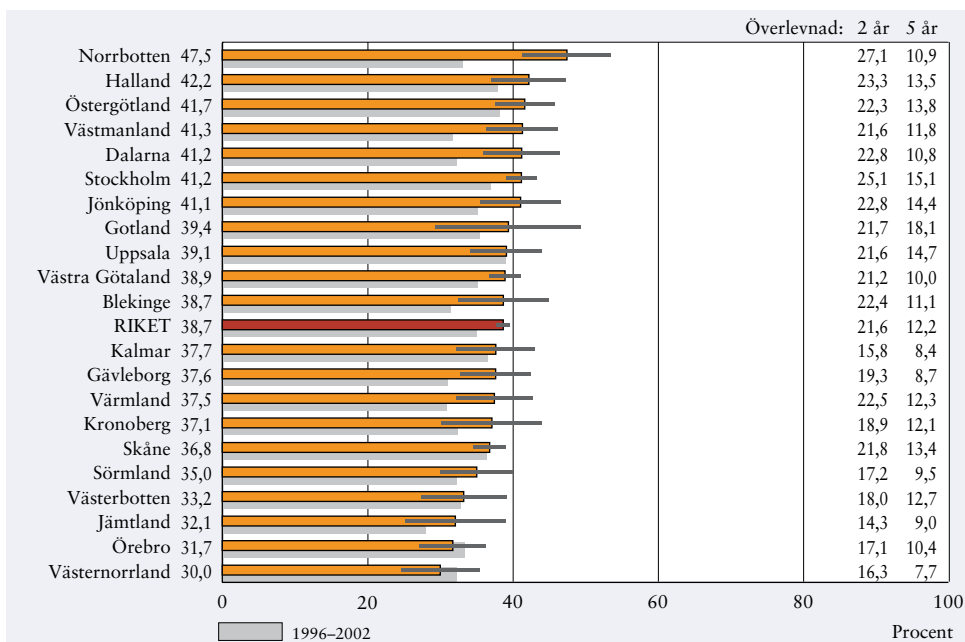


Diagram 129 1-årsöverlevnad vid lungcancer. Patienter diagnostiserade 2003–2009 med uppföljning t.o.m. december 2009.

Män

Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen

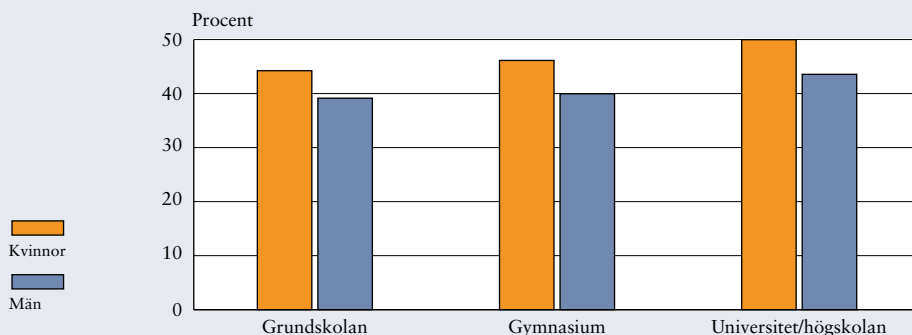


Diagram 129A 1-årsöverlevnad vid lungcancer efter utbildningsnivå. Patienter diagnostiserade 2003–2009, med uppföljning t.o.m. december 2009. Avser patienter 35–79 år. Åldersstandardiserade värden

Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen och Registret över befolkningens utbildning, Statistiska centralbyrån

Indikatorn visar andelen patienter som bedömdes vid en multidisciplinär konferens inför primärbehandlingen. Resultaten speglar om sjukhuset och regionen har en struktur för omhändertagandet av patienter med lungcancer och i vilken grad denna erbjuds.

Diagram 130 visar att av 24 576 diagnostiserade patienter åren 2002–2009 var det 50,4 procent som bedömdes vid en multidisciplinär konferens. Variationen är dock mycket stor mellan landstingen från 11,8 till 80,5 procent. Det är något fler kvinnor än män som bedöms vid en sådan konferens, 51,9 procent jämfört med 49,1 procent för män.

Enligt Socialstyrelsens riktlinjer är målnivån 74 procent, men det är få landsting som når upp till detta mål. I riktlinjerna står att alla landsting bör kunna uppnå den nivån och att den på sikt bör höjas ännu mer.

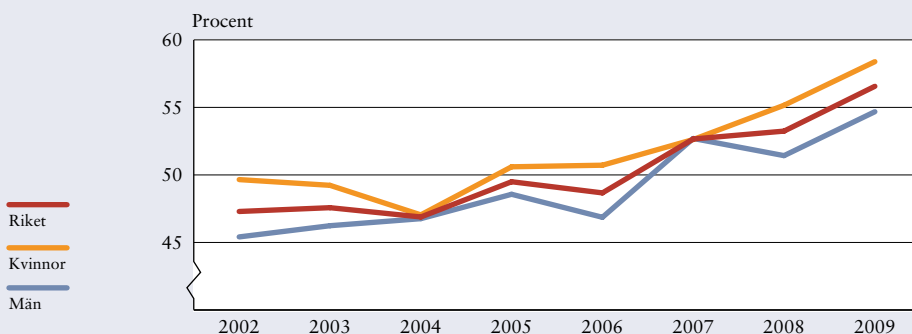
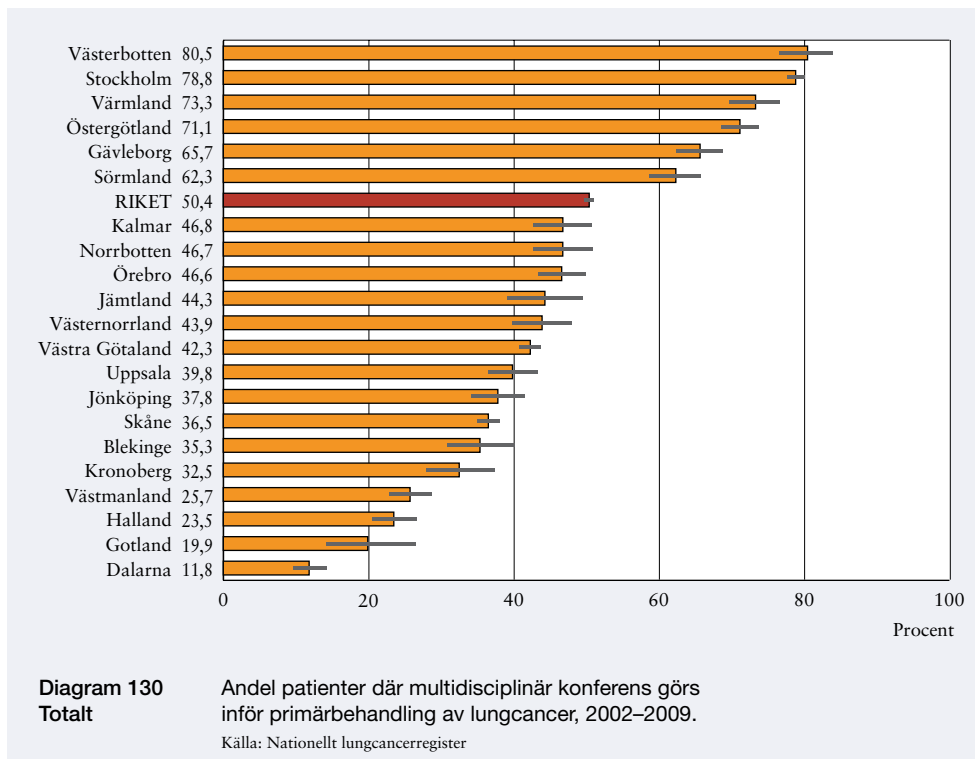


Diagram 130 Andel patienter där multidisciplinär konferens görs inför primärbehandling av lungcancer.

Källa: Nationellt lungcancerregister



131 Tid till behandlingsbeslut vid lungcancer

En viktig indikator för omhändertagandet av lungcancerpatienter är tiden från det att en remiss inkommer till den utredande kliniken (en specialistklinik) fram till dagen för beslutet om behandling. Jämförelsen gäller tiden från det att remissen kommer till specialistkliniken, eller från det att patienten själv tar kontakt med kliniken. Väntetiden omfattar tiden för utredning och diagnossättning till dess att beslutet om behandlingsinsatserna har fattats, exempelvis vid en multidisciplinär konferens. Specialistkliniken är vanligtvis en lungmedicinsk eller onkologisk klinik. Enligt Svenska lungcancergruppen bör väntetiden vara maximalt 28 dagar för minst 80 procent av patienterna.

Diagram 131 visar antalet dagar som 25, 50 och 75 procent av patienterna fick vänta, från remissankomsten till beslutet om behandling, år 2009. 25 procent av patienterna fick ett behandlingsbeslut inom 16 dagar, 50 procent inom 33 dagar och 75 procent inom 57 dagar. Ytterligare 25 procent av patienterna fick vänta längre än 57 dagar. Väntetiderna för riket var i stort sett oförändrade jämfört med år 2007. Skillnaderna mellan landstingen var stora och medianen (då minst 50 procent av patienterna hade fått ett behandlingsbeslut) varierar mellan 15–48 dagar.

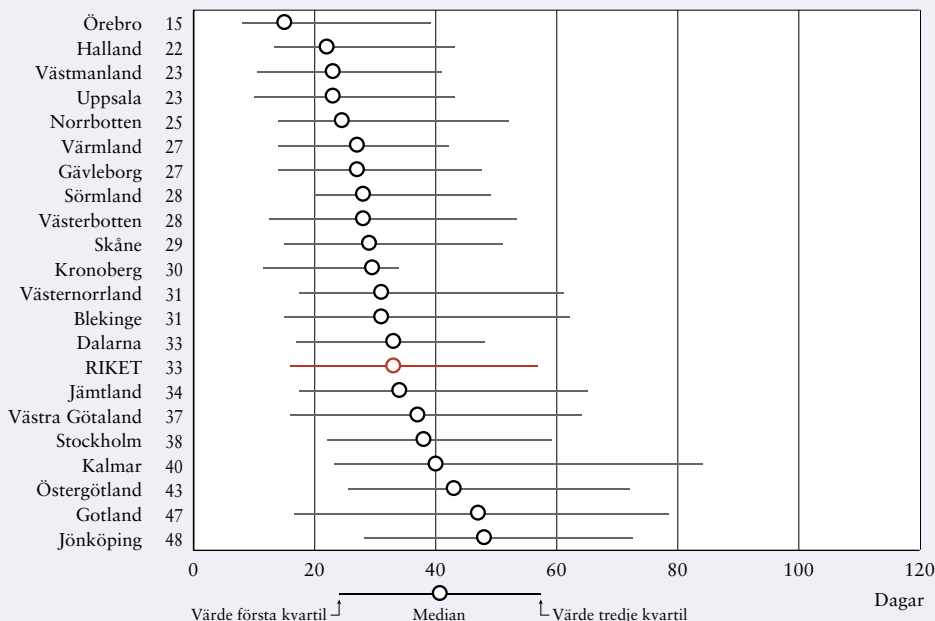


Diagram 131 Väntetid från remissankomst till specialistklinik till beslut om behandling för lungcancer, 2009.

Källa: Nationellt lungcancerregister

Prostatacancer

Prostatacancer är den vanligaste cancersjukdomen i Sverige och står för drygt 36 procent av all cancersjukdom hos män. År 2009 diagnostiserades 10 317 fall och i Sverige lever idag mer än 75 700 män som har eller har haft prostatacancer. Var tionde man i Sverige diagnostiseras med prostatacancer under sin livstid och hälften av alla männen som diagnostiseras är under 70 år vid diagnostillfället. Risken att avlida av prostatacancer beror på tumörens stadium och grad. Allt fler män diagnostiseras i dag med små och väldifferentierade tumörer. Den relativa femårsöverlevnaden har därför ökat och är nu 86,5 procent. År 2009 dog 2 424 män av prostatacancer. Dödligheten i prostatacancer, i den manliga befolkningen som helhet, har varit nästan konstant under en lång tid i Sverige.

Antalet nya fall var stabilt mellan 1990 och 1995, men sedan ökade antalet prostatacancerfall kraftigt till och med 2005 då trenden avstannade under några år. År 2009 kom återigen en ökning. Denna ökning beror till allra största delen på att allt fler män utan symtom undersöker sin nivå av prostataspecifikt antigen (PSA) i ett blodprov och på att män med förhöjt PSA, som förekommer bland cirka 10 procent av alla symtomfria män, utreds med biopsi (ett vävnadsprov) av prostatan. Ökningen av antalet provtagningar förklarar varför prostatacancer diagnostiseras i allt tidigare stadier och varför åldern vid diagnosen har sjunkit.

Källan till indikatorerna är Nationella Prostatacancerregistret, NPCR. Syftet med NPCR är att övervaka tidstrender och geografiska skillnader med avseende på utredning, diagnostisk, tumörkaraktäristika och behandling. Registrering sker på alla enheter som diagnostiserar och behandlar prostatacancer. I Bilaga 2, Täckningsgradsjämförelser, visas en jämförelse mellan behandlingar i Patientregistret och de i NPCR.

Sedan 2008 gör NPCR fem år efter diagnos en uppföljning av patienter med lokaliserad tumör och som är under 70 år. I denna långtidsuppföljning registreras flera variabler som speglar prostatavårdens kvalitet, som allvarliga komplikationer, återfall, spridning och överlevnad. Via enkäter insamlas också uppgifter om patienternas biverkningar som sexuell dysfunktion, urinläckage och ändtarmsbesvär.

132 Tid till besök vid prostatacancer

Oftast är det en allmänläkare som utreder vid misstanke om prostatacancer eller, om mannen själv önskar det, gör en PSA-testning som del i en hälsoundersökning. Om allmänläkaren misstänker prostatacancer remitteras patienten till en urolog för en fortsatt utredning.

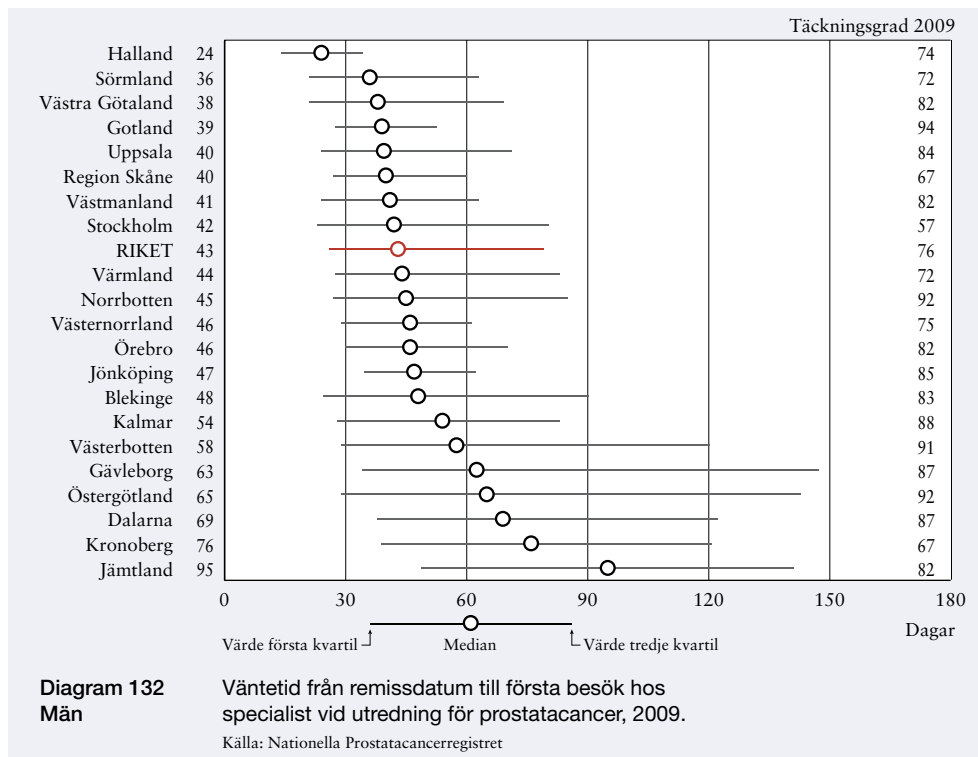
Enligt den nationella vårdgarantin ska remitterade patienter få sitt första specialistläkarbesök inom 90 dagar från det att remissen skickas. Prostatacancer är oftast en långsamväxande tumör, vilket innebär att väntetiden sällan är avgörande för behandlingens resultat. Till viss del kan man också bedöma behovet av en snabb utredning med hjälp av PSA-värdet som speglar tumörens utbredning. Men det första besöket bör ändå komma snabbt eftersom en lång väntetid innebär onödig oro för patienten.

Indikatorn visar tiden från det att remissen inkommer till urologkliniken eller patienten själv kontaktar urologen, till dagen för det första besöket hos specialistläkaren. Jämförelsen baseras på 7 870 män och avser 2009.

Stapeln i diagram 132 visar antalet dagar som 25, 50 och 75 procent av patienterna fick vänta till första besöket hos en specialist. 25 procent av patienterna fick sitt första besök inom 26 dagar, 50 procent inom 43 dagar och 75 procent inom 79 dagar. Det innebär att 25 procent av samtliga patienter med bekräftad prostatacancer väntade längre än 79 dagar på det första besöket till en specialist.

Det var stora variationer mellan landstingen. Halland hade kortast medianväntetid till det första besöket och även jämförelsevis korta väntetider för de patienter som fick vänta längre: Endast 25 procent av patienterna fick vänta mer än 34 dagar. Ingen väntetid fanns dock redovisad för 26 procent av fallen vilket ökar osäkerheten i resultatet.

I sju landsting fick minst 25 procent av patienterna vänta längre än tre månader för att komma till ett första besök. Det talar för att många landsting under 2009 inte



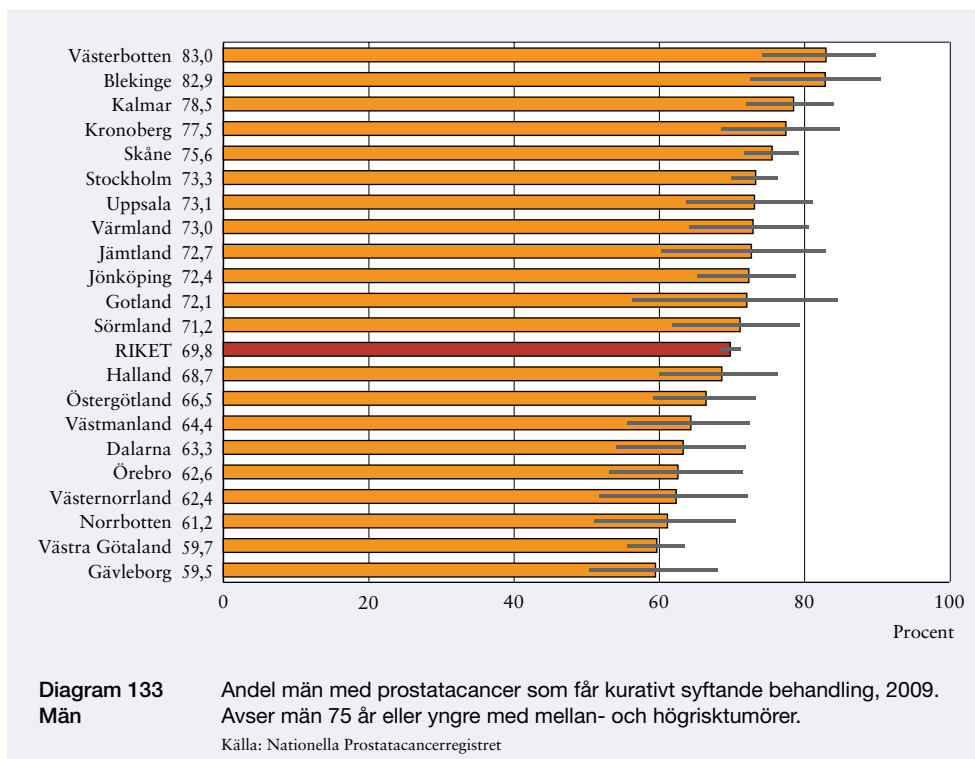
hade kapacitet att klara den tidsgräns på 90 dagar som finns uppsatt i vårdgarantin, trots att den kan anses vara rimlig.

Denna uppföljning tar inte hänsyn till män som under väntetiden erbjöds tid hos någon annan urologmottagning men tackade nej.

I sifferkolumnen till höger i diagrammet anges hur stor andel av fallen som hade uppgift om väntetid och som därmed ingår i jämförelsen. Det finns stora variationer mellan landstingen och en hög andel "bortfall" kan påverka de redovisade väntetiderna.

133 Kurativ behandling vid prostatacancer

Kunskapen om utfall vid olika behandlingar av prostatacancer i olika stadier är ofullständig. Under det senaste året har publikationer från svenska studier bidragit med ny kunskap inom området. I SPCG-7, en skandinavisk randomiserad studie, visades att dödligheten vid lokalt avancerad prostatacancer var lägre bland män som fått strålterapi och endokrin behandling jämfört med enbart endokrin behandling. I en nyligen publicerad studie från Göteborg minskade screening med tidig diagnostik och tidig behandling dödligheten i prostatacancer. Data i NPCR visade att dödligheten i prostatacancer tio år efter diagnos av lokaliserade tumörer med lågt PSA och hög eller medelhög differentiering var under 3 procent.



Vid mellanrisktumörer och framför allt högrisktumörer i prostatan är risken att dö betydligt större än vid lågrisktumörer, och därför brukar män med dessa former av prostatacancer erbjudas en kurativ behandling. Kurativ behandling innebär att prostatan opereras bort eller strålas med någon av flera olika tekniker. Detta gäller dock bara om cancer är lokaliserad, det vill säga är avgränsad till prostatan och inte har spridit sig utanför denna. Här redovisas en uppföljning avgränsad till män 75 år och yngre, eftersom de oftast har mer än tio års förväntad överlevnad.

Diagram 133 visar andelen män med en lokaliserad mellan- eller högrisktumör som 2009 fick en kurativt syftande behandling. I denna grupp fanns 3 995 män 75 år eller yngre, varav knappt 70 procent fick en sådan behandling. Variationen mellan landstingen var 59,5–83,0 procent. Andelen män med mellan- och högrisktumörer som får en kurativ behandling har ökat stadigt under 2000-talet, från som lägst 48,0 procent år 2000 till 68,4 procent 2009.

I landsting där andelen kurativt behandlade är lägre än riksgenomsnittets 70 procent finns sannolikt en underbehandling av denna patientgrupp. Men eftersom den biologiska och inte den kronologiska åldern styr behandlingsstrategin ska inte samtliga patienter i denna kategori behandlas kurativt. Därför är inte 100 procent ett mål att uppnå vad gäller kurativ behandling av lokaliserad prostatacancer.

Huvud- och halscancer

Huvud- och halscancer innefattar cancer i läpp, munhåla, svalg, struphuvud, näsa, bihålor och spottkörtlar. Det finns stora skillnader mellan dessa cancersjukdomar när det gäller utredning, behandling och prognos. Idag lever cirka 10 000 personer som har eller har haft huvud- och halscancer. Den samlade femårsöverlevnaden är 65 procent för kvinnor och 60 procent för män. Sjukdomen är vanligare bland män och drabbar främst personer över 60 år.

Huvud- och halscancer kan orsaka stort lidande eftersom sjukdomen kan göra det svårt att andas och äta, men även andra viktiga funktioner som tal, syn, hörsel och lukt kan påverkas.

134 Tid till behandlingsbeslut vid huvud- och halscancer

Vid utredning av misstänkt cancer är det viktigt att utredningen kan genomföras snabbt, så att patienten kan komma till behandling innan canceren tillväxer eller sprider sig. Utredningens planering och de resurser som finns på de enheter som behöver utnyttjas avgör hur lång tid det tar från att remissen kommit in till utredande klinik tills dess behandlingsbeslut kan tas.

Indikatoren visar tiden från remissankomst till behandlingsbeslut för elakartade tumörer inom öron-, näs- och halssjukvård. Tiden från behandlingsbeslut till behandlingsstart visar inte här. Ur patientens perspektiv är dock hela denna tidsperiod viktig.

Datakällan är Svenskt Kvalitetsregister för huvud- och halscancer (SweHNCR). Registret bygger på INCA-plattformen som drivs av de Regionala Cancercentra. Varje nyupptäckt primär huvud- och halscancer i Sverige ingår i registret. Täckningsgraden mot Cancerregistret är hög, 90 procent.

I diagram 134 visas antalet dagar som 25, 50 och 75 procent av patienterna fick vänta från det att remiss inkommit till dess att behandlingsbeslut tagits. Mätperioden är 2009–2010 och omfattar 2 223 patienter. Redovisningen per landsting baserar sig på patientens hemort. Då en del av vårdprocessen från remissankomst till behandlingsbeslut även innefattar regionklinikerna, redovisas ledtiderna också per region i separat diagram.

Diagrammet visar att 50 procent av patienterna i riket fick vänta i högst 35 dagar och 25 procent fick vänta längre än 59 dagar. Skillnaderna i ledtider från remissankomst till behandlingsbeslut är stora mellan landstingen, men även inom ett landsting är variationen stor. Skillnaderna mellan regionerna är mindre och spänner från 32 till 44 dagar. Det finns all anledning för flera kliniker att analysera sina vårdprocesser och försöka initiera förbättringar. Det finns ingen fastslagen målnivå för ledtiden till beslut om behandling.

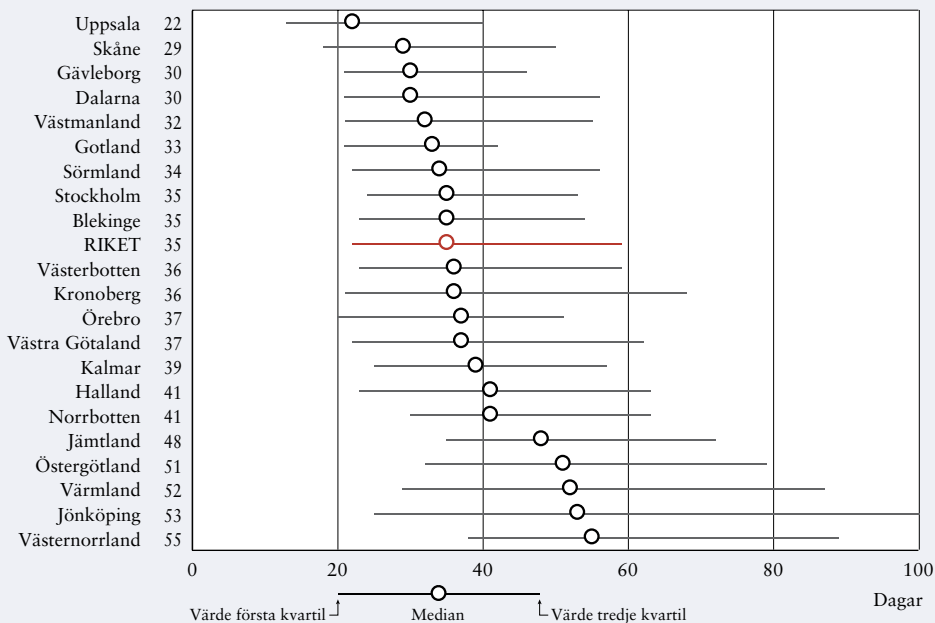


Diagram 134 Totalt Väntetid från remissankomst till specialistklinik till beslut om behandling vid elakartad huvud- och halstumör, 2009–2010.

Källa: Svenskt kvalitetsregister för huvud- och halscancer

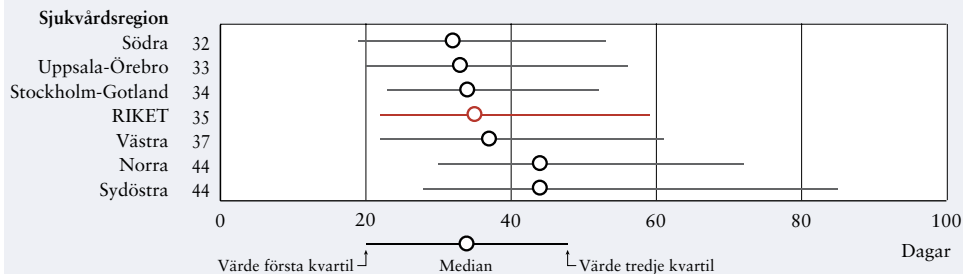


Diagram 134 Regioner Väntetid från remissankomst till specialistklinik till beslut om behandling vid elakartad huvud- och halstumör, 2009–2010.

Källa: Svenskt kvalitetsregister för huvud- och halscancer

PSYKIATRISK SJUKVÅRD

Den specialiserade psykiatrin svarar för cirka 9 procent av landstingens totala kostnader för hälso- och sjukvården. För psykiatrisk vård, och generellt för gruppen psykiskt funktionshindrade, behöver både beskrivningssystem i stort och indikatorer utvecklas.

Avgörande för att kunna ta fram fler och bättre indikatorer är tillgången på relevanta data. Även tillgången till evidensbaserade riktlinjer och annat kunskapsstöd är avgörande. Det finns fortfarande brister i rapporteringen till de nationella obligatoriska hälsodataregistren, framför allt gäller detta uppgifter om åtgärder för läkarbesök inom öppenvården. Bristen på information om den psykiatriska öppenvården beror till del på att nuvarande regelverk gör att Socialstyrelsen inte får ta in data för andra typer av besök än läkarbesök.

Vid Socialstyrelsen bedrivs olika arbeten för att utveckla rapporteringen till Patientregistret. Det gäller exempelvis aktualiteten, förbättrad rapportering av diagnoser, tvångsvårdsåtgärder och möjlighet att beskriva vården hos andra yrkeskategorier än läkare.

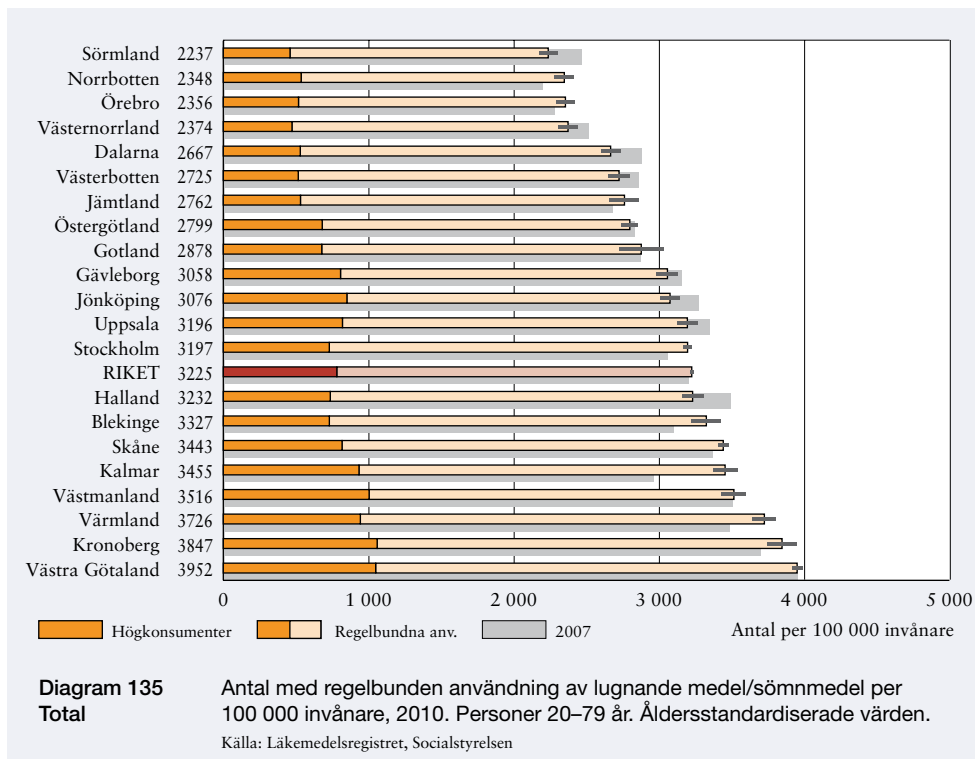
Detta år har en del omflyttningar gjorts vad gäller indikatorer som förra året återfanns under rubriken Psykiatrisk vård. Indikatorn om självmord i befolkningen har flyttats till de övergripande indikatorerna. Även en ny indikator om självmordsförsök redovisas där.

Två indikatorer från kvalitetsregistret RättspsyK redovisas, varav den ena är ny. Rapporteringen till de frivilliga kvalitetsregistren har fortfarande ofta en låg täckningsgrad. Utan att de redovisas som egna indikatorer presenteras data från ytterligare två kvalitetsregister för psykiatrisk vård i slutet av avsnittet. Registren avser ådstörning och bipolär sjukdom.

Hösten 2011 ingås en överenskommelse mellan Sveriges Kommuner och Landsting och regeringen om en satsning och ett betydande ekonomiskt stöd med det övergripande målet att de Nationella kvalitetsregistren ska bli en självklar del i psykiatris uppföljnings- och utvecklingssystem. De ska vara användbara, lättillgängliga och anpassade efter sina målgruppers behov. Dels är syftet att öka täckningsgraden, andelen patienter som rapporteras till berörda kvalitetsregister, dels att öka nyttjandet av registren för löpande verksamhetsutveckling, verksamhetsuppföljning och i forskning.

135 Regelbunden behandling med sömnmedel eller lugnande medel

Bensodiazepiner och bensodiazepinlika läkemedel är internationellt accepterade läkemedel vid kortvarig behandling av sjukliga ångesttillstånd och tillfälliga sömnstörningar. De används även för att behandla lindrigare former av oro och ångest. Bensodiazepiner förskrivs främst av allmänläkare, men också av psykiater och i läg-

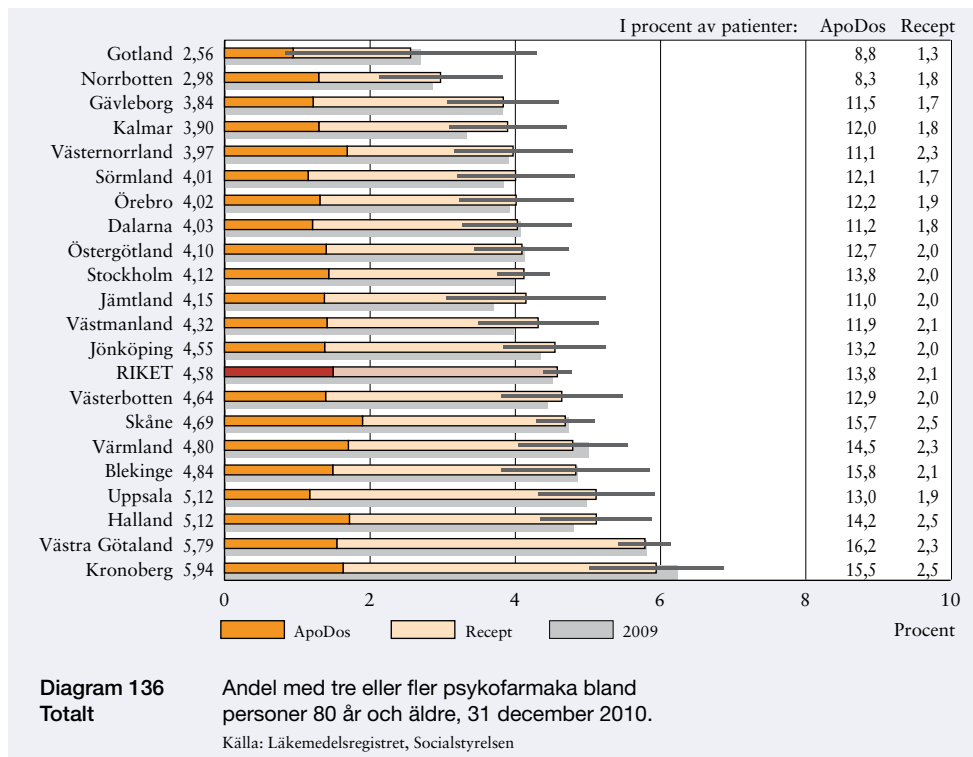


re grad av invärtesmedicinare. Indikatorn skulle därmed ha kunnat placeras under en annan rubrik.

Patienterna kan få oönskade biverkningar efter ett regelbundet långtidsbruk eller en hög konsumtion av preparaten. Exempelvis kan den kognitiva förmågan påverkas. Preparaten kan även ha en aggressivitetshöjande effekt och kan framkalla beroende och missbruk. Därför är det viktigt att inte slentrianmässigt förskriva dessa läkemedel.

Kvinnor ordineras oftare bensodiazepiner, vilket kan bero på att det är vanligare med ångesttillstånd hos kvinnor än hos män. Användningen av bensodiazepiner har också samband med åldern. Personer över 65 år svarar för mer än hälften av konsumtionen. Det gör att benzodiazepiner också har inkluderats i indikator 33, äldre med olämpliga läkemedel.

Indikatorn speglar antalet regelbundna användare, det vill säga personer som i genomsnitt konsumerar en halv daglig definierad dygnsdos (DDD) av bensodiazepiner per dag under ett år. Hög konsumtion definieras som minst 1,5 dygnsdoser per dag. Källan är Läkemedelsregistret, som är heltäckande när det gäller uthämtade läkemedel i öppen vård.



Under 2010 hämtade knappt 216 000 personer i åldern 20–79 år regelbundet ut bensodiazepiner, fördelat på cirka 133 000 kvinnor och 83 000 män. Diagram 135 belyser den högre andelen regelbundna användare och storkonsumenter bland kvinnor, jämfört med männen. Det finns en påtaglig variation mellan landstingen i användning av bensodiazepiner. En intressant fråga är i vilken mån befolkningarnas psykiska ohälsa kan förklara skillnaderna mellan olika landsting, eller i vilken mån det är olika behandlingstraditioner som ger upphov till dessa.

Användningen i riket totalt är oförändrad, jämfört med den tidigare mätperioden, 2007. För de olika landstingen kan man se såväl öknings- som minskningar jämfört med tidigare period.

136 Tre eller fler psykofarmaka bland äldre

Samtidig behandling med tre eller fler psykofarmaka, regelbundet eller vid behov, är en vedertagen indikator på polyfarmaci, samtidig användning av många läkemedel. Behandling med många psykofarmaka innebär inte bara en ökad risk för biverkningar och läkemedelsinteraktioner, utan kan också vara ett tecken på brister i behandlingen av psykiatriska tillstånd. Indikatorn är en av Socialstyrelsens nationella indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre.

I diagram 136 visas andelen äldre av hela befolkningen som hade tre eller fler psykofarmaka vid mättdpunkten 31 december 2010. Andelen äldre med tre eller fler psykofarmaka var bland kvinnor 5,5 procent och bland män 3,1 procent år 2010, vilket totalt motsvarar knappt 22 800 personer. Andelarna är i riket i stort sett oförändrade jämfört med 2008. Variationen mellan landstingen är stor och sträcker sig från cirka 3 till 7 procent för kvinnor och från knappt 2 till 4 procent för männen.

Staplarna är uppdelade på patienter som fått sina läkemedel via ApoDos- respektive receptexpedition. Det finns en diskussion om att ApoDos, som kan ha betydande fördelar för vissa patientgrupper, ökar risken för att nya läkemedel läggs till i medicineringen, utan att den samlade användningen revideras. Andelen äldre som får sina läkemedel via ApoDos varierar mellan länen. Detta motiverar särredovisningen av ApoDos och receptexpedierade läkemedel, som visas till höger i diagrammet. I de senare siffrorna ingår enbart äldre som hade läkemedel förskrivna, medan hela befolkningen ingår i stapeldiagrammet.

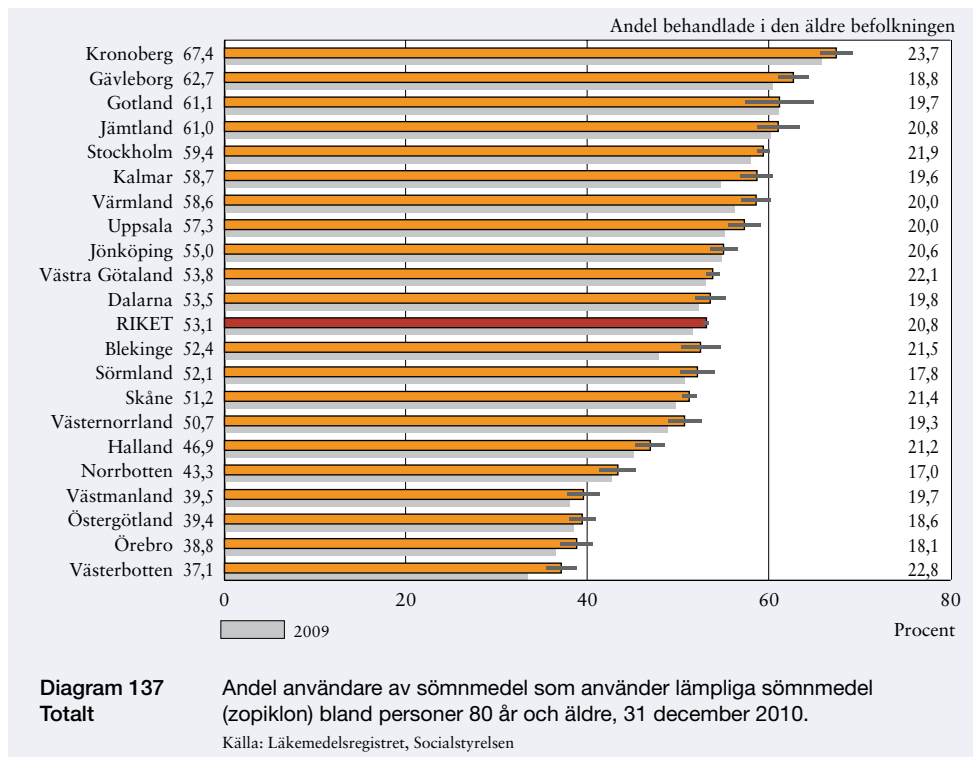
Patienter med tre eller flera psykofarmaka förekom framförallt i gruppen med ApoDos, där 13,8 procent hade detta, att jämföra med 2,1 procent i gruppen med receptexpedierade läkemedel. Variationen mellan landstingen kan främst hänföras till den som finns i gruppen med ApoDos, där spridningen är 8,3–16,2 procent i de olika landstingen.

137 Användning av lämpliga sömnmedel till äldre

Långvarig användning av sömnmedel är vanligt bland äldre. Med stigande ålder sker dock förändringar i kroppen som kan leda till att lugnande medel och sömnmedel får en förlängd verkan, och att halten av dem byggs upp till alltför höga nivåer med risk för biverkningar. Samtidigt är centrala nervsystemet hos äldre mer känsligt för effekterna av dessa läkemedel. Detta innebär en större risk för biverkningar såsom dagtrötthet, fall och störningar av kognitiva funktioner, som minne, orientering i tid och rum, förmåga till abstrakt tänkande och liknande.

Vid läkemedelsbehandling av sömnbesvär hos äldre är det därför viktigt att använda rätt typ av preparat. Enligt Socialstyrelsens indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre är zopiklon mest lämpligt för äldre, på grund av dess relativt korta halveringstid, förutsatt att det inte finns någon bakomliggande orsak som gör att det krävs en annan behandling.

Totalt hade drygt 103 000 personer som är 80 år och äldre sömnmedel vid mättdpunkten 31 december 2010. Enligt diagram 137 står zopiklon år 2010 dock för bara drygt hälften av all användning av sömnmedel till personer som är 80 år och äldre. Variationen mellan landstingen är också påtaglig.

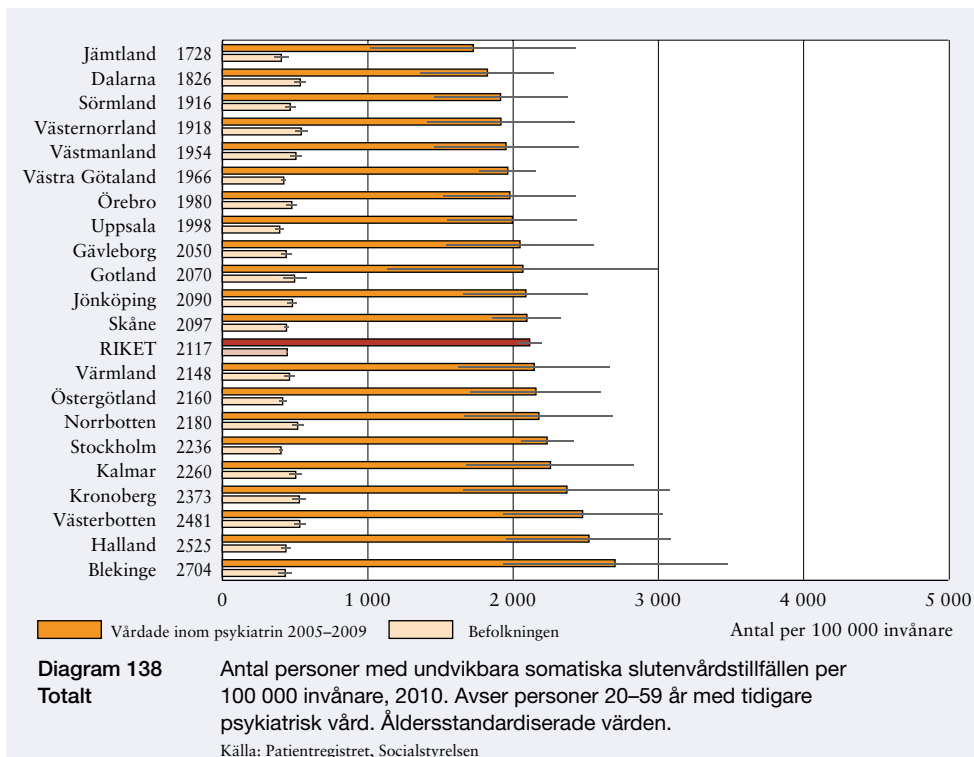


138 Undvikbar somatisk slutenvård för personer med psykiatrisk diagnos

Indikatorn undvikbar somatisk slutenvård ska belysa omhändertagandet vid vissa specificerade sjukdomstillstånd inom den öppna vården, till exempel genom en välfungerande primärvård och förebyggande folkhälsoarbete. Tanken är att man kan förhindra "onödiga" inläggningar på sjukhus om patienter med de utvalda sjukdomstillstånden får ett bra omhändertagande i den öppna somatiska vården. Se vidare indikator 7. I diagram 138 visas samma indikator, men för personer som varit inskrivna i slutenvård med psykiatrisk diagnos.

I diagram 138 redovisas antal personer, 20–59 år, som någon gång åren 2005–2009 slutenvårdats med en psykiatrisk diagnos (F-diagnos) och sedan haft minst ett undvikbart somatiskt slutenvårdstillfälle 2010. Av knappt 111 000 personer vårdade för en psykiatrisk diagnos, hade 2 423 personer haft ett undvikbart somatiskt slutenvårdstillfälle under 2010, det vill säga 2117/100 000 invånare. Denna siffra ska jämföras med hela befolkningen där de undvikbart vårdade var 447/100 000 invånare. En viss minskning kan ses på riksnivå från föregående år.

Andelen med undvikbara somatiska slutenvårdstillfällen är betydligt högre bland personer som har vårdats för psykiatriska diagnoser än bland totalt antal vårdade. Detta kan bero på att sjukdomen upptäcks senare, behandlingen tar längre tid och



patienterna är sämre på att följa ordinationer. Dessutom har gruppen en ökad förekomst av livsstilsriskfaktorer.

Generellt har fler män undvikbara vårdtillfällen. Detta beror troligen på att fler män drabbas av några av de stora sjukdomsgrupper som ingår, snarare än att männen får sämre insatser i öppen vård.

Personer med en allvarlig psykisk störning kan också ha svårt att sköta viss somatisk behandling i öppen somatisk vård, vilket kan göra att patienten vårdas inläggande. Skälen till att patienter med psykiatrisk diagnos i högre utsträckning vårdas i sluten somatisk vård i enlighet med indikatorn bör studeras närmare.

Förekomsten av vissa sjukdomstillstånd kan skilja sig åt mellan olika landsting och genom att diagnosättningen och registreringen kan variera. Tillgången på platser i sluten vård spelar sannolikt också in. Med många slutenvårdsplatser är trösklarna för att skrivas in vid sjukhus lägre, och vice versa. Detta gäller för både den somatiska och den psykiatriska vården. Faktorer som dessa kan ha påverkat landstingens resultat.

139 Återinskrivning efter 14 resp. 28 dagar efter vård för schizofreni

Ungefär en procent av befolkningen kommer under sin livstid att insjukna i schizofreni. Kvinnor och män drabbas i lika hög grad. Risken att insjukna är högst i ung-

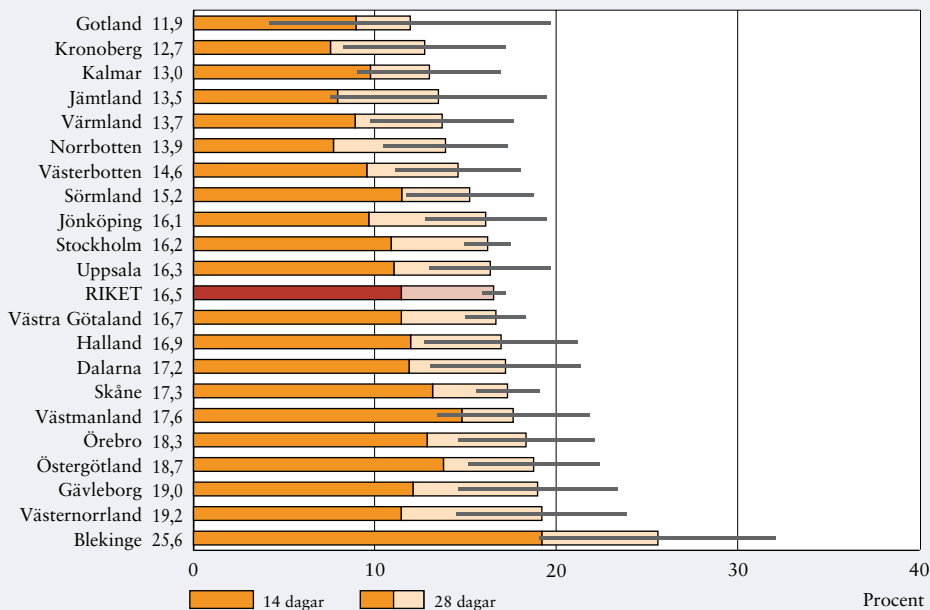


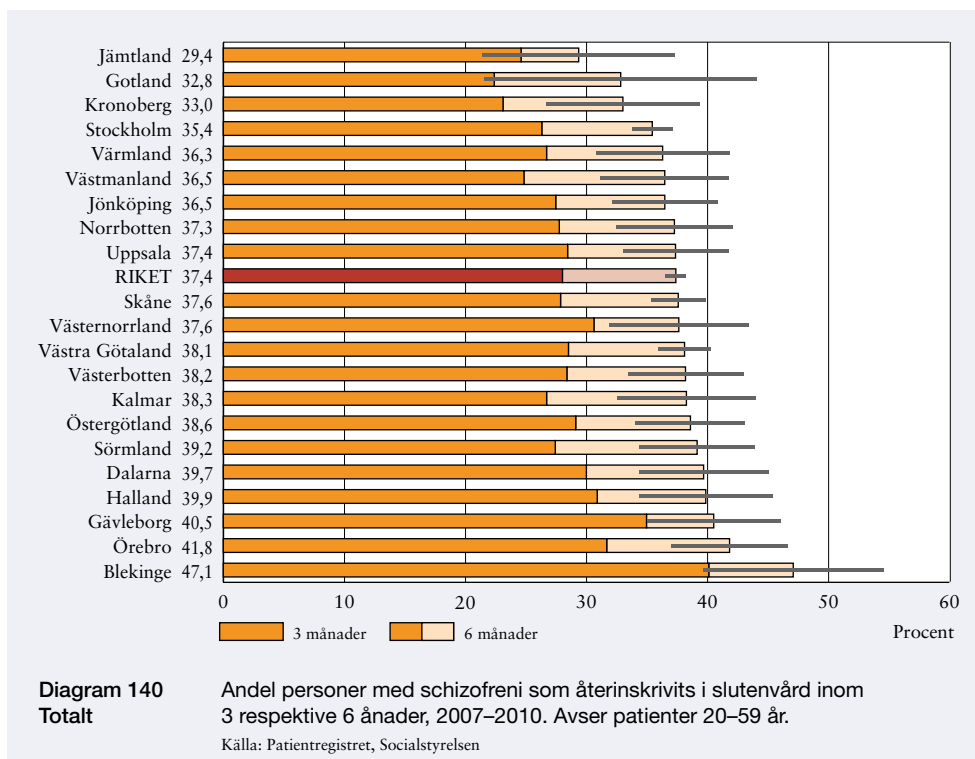
Diagram 139 Andel personer med schizofreni som återinskrivits i slutenvård inom 14 respektive 28 dagar, 2007–2010. Avser patienter 20–59 år. **Totalt**
 Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

domen och minskar sedan, för att efter 70 års ålder öka något igen. Indikatorn ingår i de preliminära nationella riktlinjerna för psykosociala insatser vid schizofreni. Inventeringar har visat att slutenvården till del har ersatts med kommunala boenden.

Indikatorn återinskrivning inom 14 respektive 28 dagar syftar till att belysa alltför tidig utskrivning från slutenvården, eller utskrivning där uppföljning och fortsatt omhändertagande via öppenvården inte är tillräckligt samordnad efter utskrivningen. Genom att mäta återinskrivning inom en månad försöker måttet belysa kvaliteten i slutenvården.

Diagram 139 visar andelen patienter som återinskrivits med diagnosen schizofreni under de tre åren 2008–2010. Mätperioden innefattar tre år eftersom antalet fall per år är relativt lågt och ett sammanvägt årligt genomsnittligt värde under en längre mätperiod minskar den statistiska osäkerheten.

I riket återinskrivs drygt 11 procent inom 14 dagar och drygt 16 procent inom 28 dagar. I riket är andelen återinskrivna lika för kvinnor och män. Det är svårt att bedöma i vilken mån återinskrivning kan undvikas och därmed även att veta om resultatet är bra eller dåligt. Variationen mellan landstingen är stor, mellan 12–26 procent återinskrivna, men också svår att tolka, inte minst eftersom kriterierna för inläggning i slutenvård påverkar utfallet.

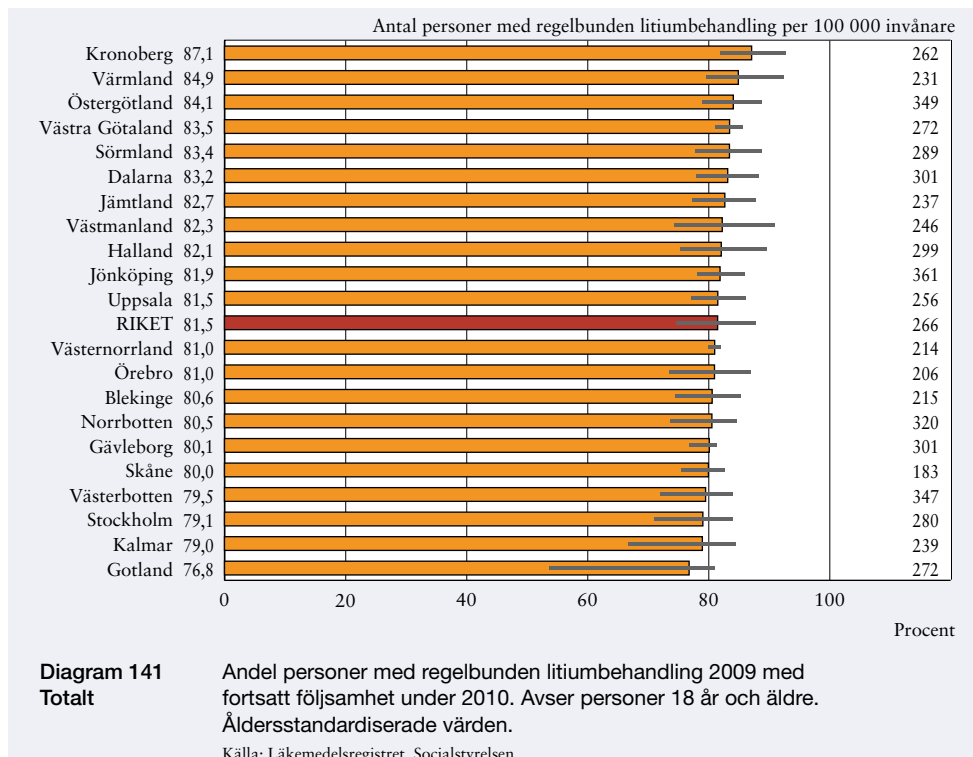


140 Återinskrivning efter 3 resp. 6 månader efter vård för schizofreni

Indikatorn återinskrivning inom 3 respektive 6 månader avser att belysa uppföljningen och det fortsatta omhändertagandet efter patienternas utskrivning. Återinskrivningarna inom 6 månader kan belysa kvaliteten i öppenvården, i kommunens och socialtjänstens insatser samt i samspillet dem emellan. Återinskrivningar inom till exempel 14 eller 28 dagar bedöms i högre grad mäta kvaliteten i slutenvården. Indikatorn ingår i de preliminära nationella riktlinjerna för psykosociala insatser vid schizofreni.

Diagram 140 visar andelen patienter med diagnosen schizofreni som återinskrivs under de tre åren 2008–2010. Mätperioden innefattar tre år eftersom det gäller relativt få fall per år, och ett sammanvägt årligt genomsnittligt värde under en längre mätperiod minskar den statistiska osäkerheten.

I riket återinskrivs knappt 28 procent inom 3 månader och cirka 37 procent inom 6 månader, med en jämn fördelning mellan kvinnor och män. Det är svårt att bedöma i vilken mån återinskrivningar kan undvikas, och därmed är det även osäkert om resultatet är bra eller dåligt. Variationen mellan landstingen som är stor, mellan 29 och 47 procent, är också svår att tolka. Inte minst eftersom kriterierna för inläggning i slutenvård och organisationen av öppenvården påverkar utfallet. Denna indikator behöver utvecklas, för att försöka klargöra i om den kan fungera som en



indikator på kvaliteten i den psykiatriska öppenvården och i samspelet med kommuner och socialtjänst.

141 Följsamhet till litiumbehandling vid bipolär sjukdom

Litiumbehandling är en förebyggande behandling som ska förhindra återfall i depressioner eller i maniska perioder. När det gäller bipolär sjukdom är behandlingen högprioriterad i de nationella riktlinjerna för vård vid depression och ångestsjukdom. Det är svårt att veta vilka patienter som riskerar att återinsjukna, men risken är högre om patienten har haft minst två episoder under de två senaste åren. Man väger också in om de tidigare episoderna har medfört en hög självmordsrisk eller fått stora konsekvenser på familje- eller arbetslivet.

Förebyggande behandling med litium förhindrar inte återfallen helt, men eventuella återfallsepisoder blir oftast kortare och mindre svåra. Överdödligheten i självmord och hjärt- och kärlsjukdom minskar också. Många drabbas av biverkningar av litiumbehandling, som finvägig handsakning och effekter på ämnesomsättningen. Hos långtidsbehandlade är det vanligt med nedsatt njurfunktion.

Diskussioner har förts om att visa indikatorn baserad på personer som är nyinsatta på litium. Till nästa år kan indikatorn därför komma att förändras.

Diagram 141 visar andelen personer som fick regelbunden litiumbehandling år 2009 och som fortsatte med regelbunden behandling under 2010. Datakälla är Läkemedelsregistret. I riket är denna andel drygt 81 procent, med ungefär samma andel för kvinnor som för män. Variationen mellan landstingen är måttlig, framför allt för kvinnor. Diagrammets högerspalt visar förekomsten av litiumbehandling. Det är relativt stora skillnader mellan landstingen.

Enligt de nationella riktlinjerna har litium god återfallsförebyggande effekt vid bipolär sjukdom. Indikatorn är ett försök att spegla följsamheten till behandling med litium i förebyggande syfte och är något förändrad i jämförelse med motsvarande indikator i riktlinjen för vård av depression och ångesttillstånd. För enskilda patienter kan det vara bättre att avbryta behandlingen och i stället försöka med andra läkemedel, och därför bör man inte förvänta sig 100 procents följsamhet.

Det finns fortfarande stora brister och variationer i diagnossättningen och registreringen inom psykiatrins öppen- och slutenvård. Därför är det svårt att via hälso-dataregister mäta hur stor andel av patienterna med bipolär sjukdom som står på litiumbehandling. Antalet personer med läkemedelsbehandlingen är känd, men det råder osäkerhet om det totala antalet personer som har sjukdomen.

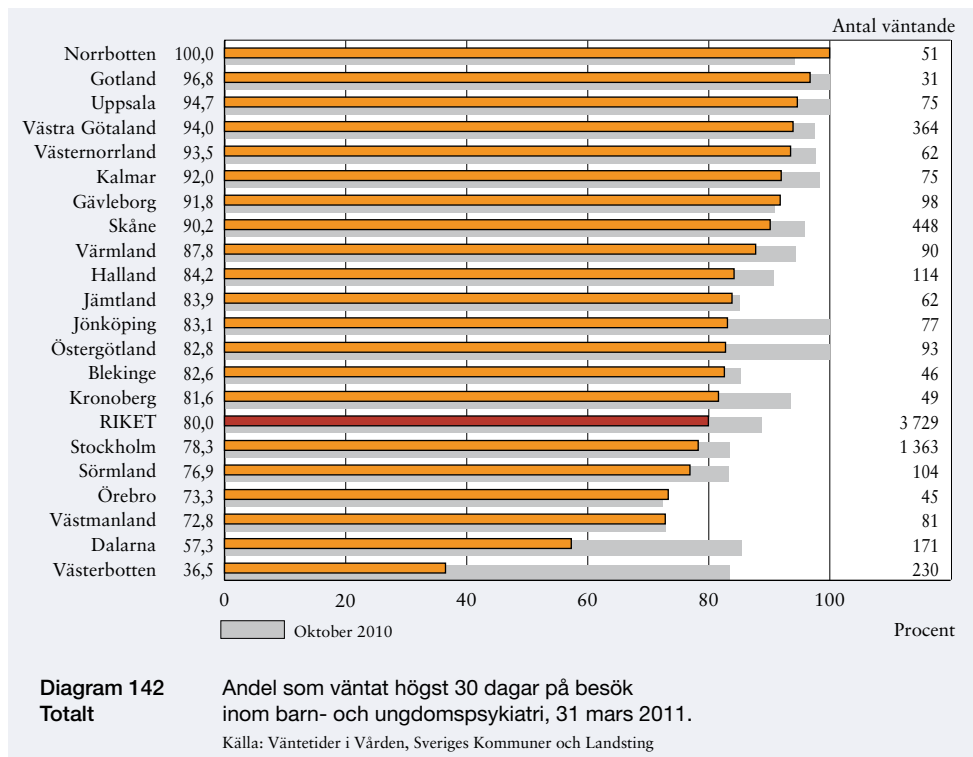
142 Besök inom 30 dagar – barn- och ungdomspsykiatri

I februari 2009 kom SKL och regeringen överens om en förstärkt vårdgaranti inom barn- och ungdomspsykiatrin. Ett förstabesök hos den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrin ska kunna erbjudas inom 30 dagar, istället för de 90 dagar som anges i den nationella vårdgarantin. För 2011 gäller att även fördjupad utredning eller behandling ska kunna erbjudas inom 30 dagar.

Ekonomiska stimulansmedel utgår till de landsting som når mål om hur stor andel av patienterna som når tidsgränserna i den förstärkta vårdgarantin. Målnivån för förstabesök var 80 procent 2009, men är för 2011 höjd till 90 procent. I beräkningen för måluppfyllelsen exkluderas patienter med patientvald väntan.

I diagram 142 visas andelen barn som väntat högst 30 dagar på ett förstabesök till barn- och ungdomspsykiatri 31 mars 2011. I riket är andelen som väntat högst 30 dagar 80 procent, jämfört med oktober 2010 är det en minskning med 9 procentenheter.

Antalet barn som väntade var i riket cirka 3 700 och av dessa hade cirka 3 000 väntat högst 30 dagar på förstabesök. Svarsfrekvensen i rapporteringen är hög.



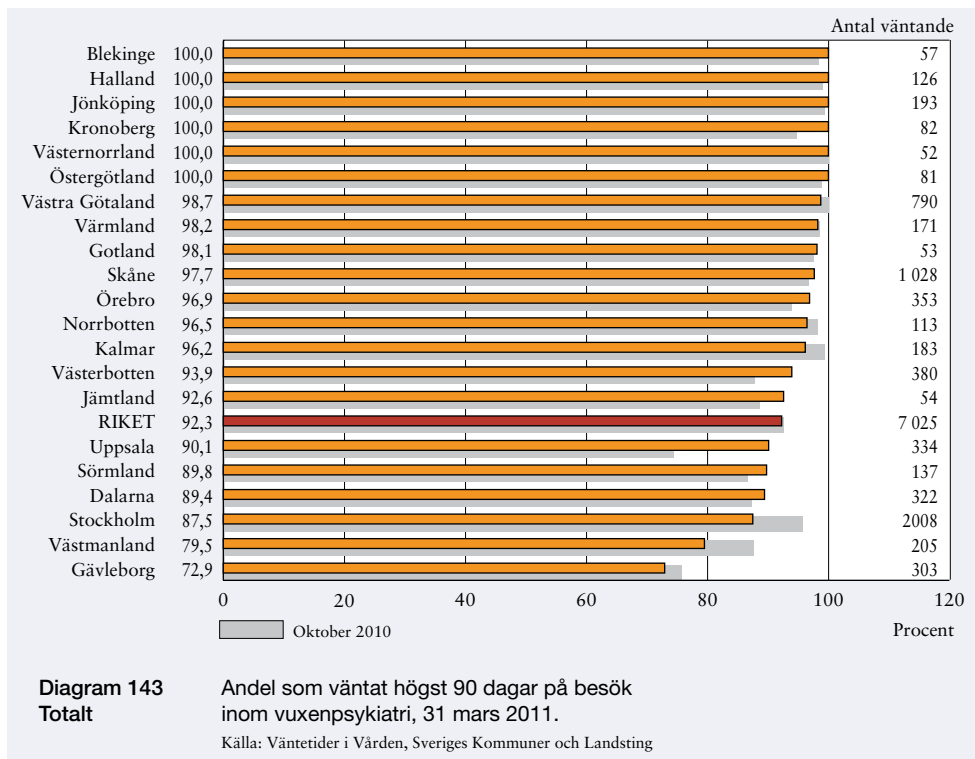
143 Besök inom 90 dagar – vuxenpsykiatri

Uppgifterna omfattar antal väntande för planerat förstebesök inom vuxenpsykiatri. Väntande patienter definieras som såväl bokade som obokade patienter, för vilka ett beslut om vård har fattats.

Andelen som har väntat högst 90 dagar har legat tämligen stabilt under det senaste året, omkring 90 procent i riket. Variationen mellan landsting sträcker sig från 73 till 100 procent.

I sjutton landsting har 90 procent eller mer av patienterna väntat högst 90 dagar. Övriga fyra landsting har en variation på 84–89 procent för andelen som väntat 90 dagar eller kortare. Samtliga landsting ligger, med några få undantag, på ungefär samma nivå som i oktober 2010.

Totalt i riket är det cirka 7 000 patienter som väntar på ett besök till vuxenpsykiatri. Av dessa hade cirka 6 500 väntat högst 90 dagar.



144 Återfall i brottslig gärning vid rättspsykiatrisk vård

Cirka 1 500 individer vårdades i maj 2008 i rättspsykiatrisk vård. Den rättspsykiatriska vården innebär frihetsberövande och vården utövas enligt tvångslag. Målet med den rättspsykiatriska vården är att patienten ska klara av ett liv ute i samhället utan att återinsjukna i psykisk ohälsa, missbruk och/eller brottslighet.

Vårdtiden är ofta lång, i snitt runt 5 år. Det medför att förtroendefulla behandlingsrelationer kan byggas upp mellan patienter och personal. Att vården bedrivs under tvång ställer samtidigt särskilda krav när det gäller att få patienten delaktig. Det är en grannlaga uppgift att bedriva vården med största hänsyn till patientens integritet och självbestämmande. Höga krav måste ställas på att vården är likvärdig i landet och bedrivs med hög kvalitet. De olika verksamheterna har ett stort behov av att kunna jämföra sina resultat med andra, för att både kunna förbättra och utveckla sin egen verksamhet.

Ett viktigt syfte med vården är att patienten inte skall begå nya brott. Diagram 144 visar återfall i brottslig gärning under pågående vård. Det hade varit önskvärt att kunna följa hur det går för patienterna efter utskrivning, genom att få tillgång till brottsregistret. Med nuvarande lagstiftning är detta inte möjligt och återfall i brott kan därmed inte mätas. Istället baseras uppgifterna på vad som blivit känt genom personalens observationer eller patientens eller annans berättelse. Termen "brotts-

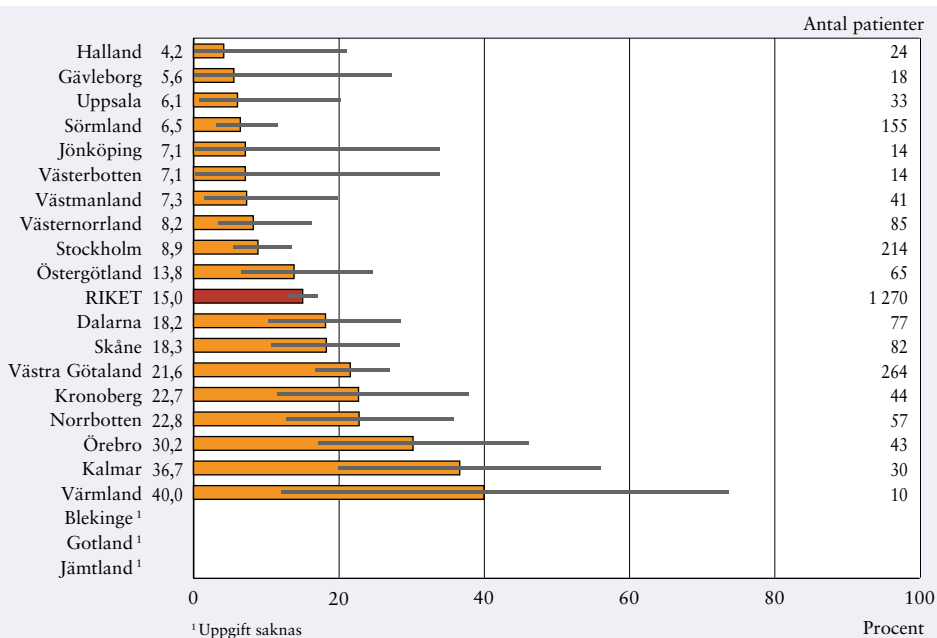


Diagram 144
Totalt

Andel patienter i rättspsykiatrisk vård som det senaste året återfallit i brottslig gärning, 2010

Källa: RättspsyK – Nationellt kvalitetsregister för rättspsykiatrisk vård

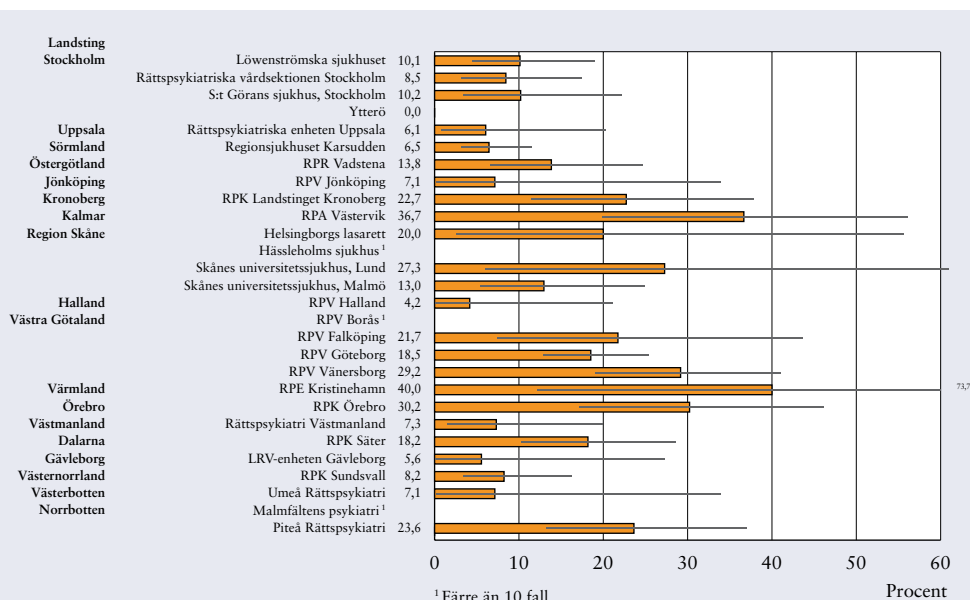


Diagram 144
Sjukhus

Andel patienter i rättspsykiatrisk vård som det senaste året återfallit i brottslig gärning, 2010

Källa: RättspsyK – Nationellt kvalitetsregister för rättspsykiatrisk vård

lig gärning” är vald för att svara mot instruktionstexten till variabeln i registret. Denna lyder ”sådan handling att polisanmälan gjorts eller grund för polisanmälan föreligger”. För att en person ska anses ha begått ett brott ska detta ha avgjorts i domstol.

Källan till indikatorn är kvalitetsregistret RättspsyK. 1 270 patienter ingår i jämförelsens underlag. Närmare 90 procent av dessa är män. Täckningsgraden i registret är 85 procent, under antagandet att antalet patienter i rättspsykiatrisk vård är oförändrat sedan den inventering som gjordes 2008. Av 28 möjliga enheter rapporterar 27 till registret. Redovisning per landsting baseras på klinikernas lokalisering, inte patienternas hemort.

Andelen som under det senaste året någon gång återfallit i brottslig gärning var i riket 15 procent 2010. De uppmätta skillnaderna mellan landsting (kliniker) är stora, men den statistiska osäkerheten är betydande. Jämfört med 2009 har andelen som återfallit i brottslig gärning sjunkit, från knappt 21 procent till 15 procent 2010

Detta är andra året som indikatorn följs. Något förväntat värde kan därför inte anges, även om målet är att ingen patient ska återfalla i brottslig gärning under pågående vård. Olikheter i respektive kliniks toleransnivå för brottslig gärning, exempelvis verbala hot, påverkar utfallet. Vidare kan olika uppfattningar om vad som är en brottslig gärning ha betydelse.

145 Fetma bland patienter i rättspsykiatrisk vård

I gruppen psykiskt sjuka finns en somatisk översjuklighet och överdödlighet. Övervikt och fetma är en bidragande orsak till detta. Det är ett tecken på metabol störning och utgör ett växande problem generellt i Sverige. 10 procent av alla svenska män och kvinnor är drabbade av fetma, med vilket menas att de har ett BMI > 30. Bidragande faktorer är genetik, livsstilsfaktorer och socioekonomiska faktorer.

Personer med psykisk sjukdom är drabbade av fetma i högre grad än befolkningen i övrigt. Bidragande orsaker kan vara ohälsosamma levnadsvanor såsom brist på fysisk aktivitet eller ofördelaktig kosthållning, liksom viss läkemedelsbehandling av den psykiska sjukdomen. Det finns också en underdiagnostik och underbehandling av somatiska sjukdomar hos personer med allvarlig psykisk störning, vilket framhålls i de Kliniska riktlinjer för att förebygga och behandla metabol risk hos patienter med allvarlig psykisk störning som 2009 arbetades fram av bland andra Svenska Psykiatriska föreningen.

Indikatorn visar att år 2010 hade i genomsnitt 38 procent av patienterna ett BMI > 30, att jämföras med 10 procent i befolkningen som helhet. Jämförelsen baseras på drygt 1 000 patienter. Skillnaderna mellan landstingen (kliniker) är stora, men kan påverkas av olikartad patientsammansättning. Antalet patienter är i flera fall även litet, vilket ökar påverkan från slumpfaktorer.

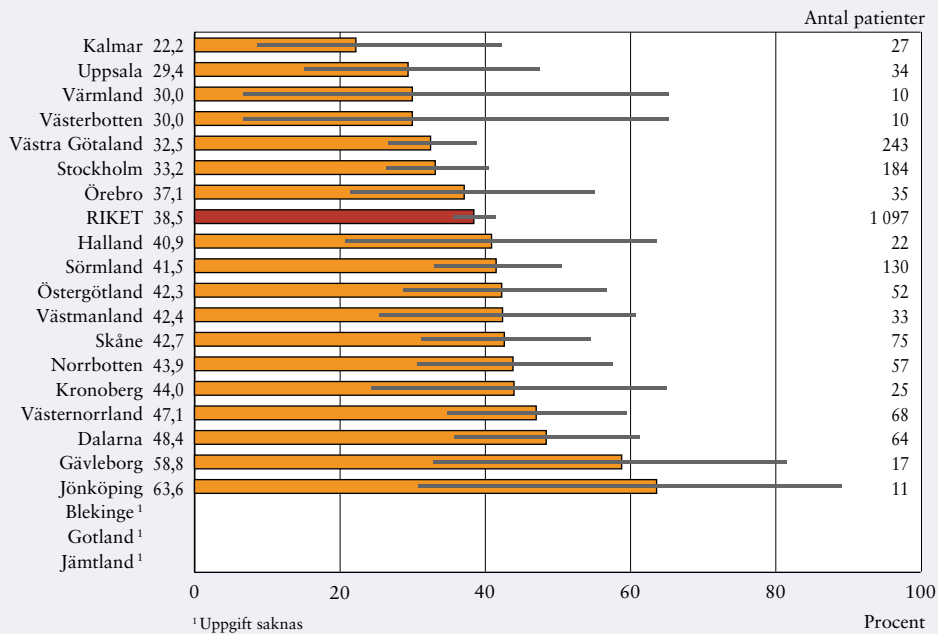


Diagram 145 Andel patienter i rättspsykiatrisk vård med BMI över 30, 2010
Totalt

Källa: RättspsyK – Nationellt kvalitetsregister för rättspsykiatrisk vård

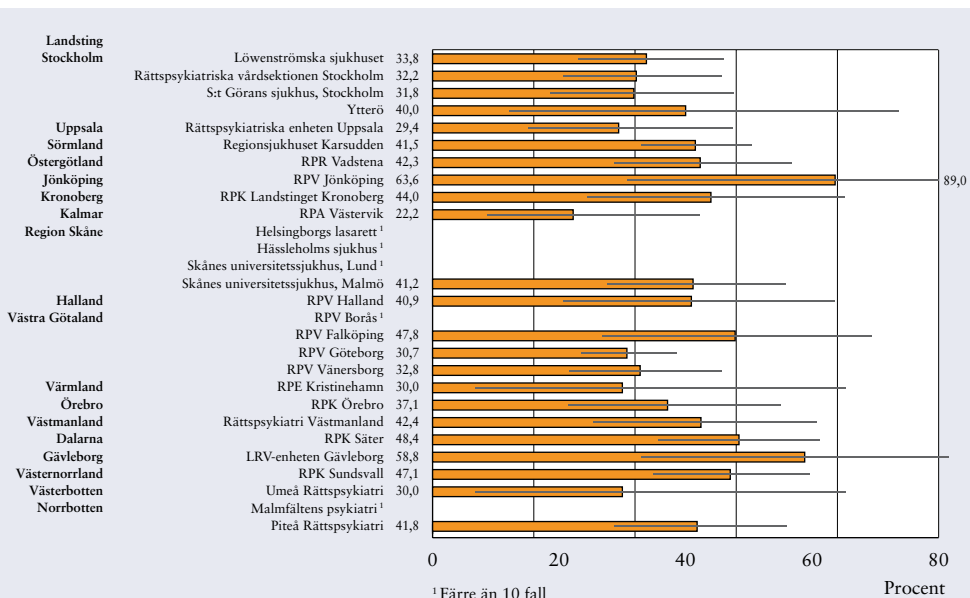


Diagram 145 Andel patienter i rättspsykiatrisk vård med BMI över 30, 2010
Sjukhus

Källa: RättspsyK – Nationellt kvalitetsregister för rättspsykiatrisk vård

Kvalitetsmått för ätstörningsvård och vid bipolär sjukdom – några exempel

Här visas fyra mått som speglar kvalitet inom ätstörningsvård respektive vid bipolär sjukdom, två vardera hämtade från de båda kvalitetsregistren RIKSÄT – Nationellt kvalitetsregister för ätstörning respektive Bipolär – Nationellt kvalitetsregister för bipolär affektiv sjukdom.

Båda registren har i förhållande till patientgruppernas storlek en begränsad registrering, det vill säga att täckningsgraden är låg på individnivå. Detta och att registreringen även varierar mellan landstingen, gör att landstingens resultat inte kan jämföras med varandra på ett rättvisande sätt. Syftet med att visa data här är därför istället att uppmärksamma dessa båda kvalitetsregister inom den psykiatriska vården och att därmed peka på vikten av att rapporteringen till dem ökar.

RIKSÄT – resultat ett år efter behandlingsstart

I RIKSÄT registreras nya behandlingar för ätstörning, huvudsakligen vid ätstörningsspecialiserade psykiatriska enheter eller specialiserade team inom allmänpsykiatrin. Ätstörningar är vanliga och allvarliga hälsoproblem bland tonåringar och unga vuxna. Det finns tre huvudkategorier: anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN) och ätstörning utan närmare specifikation. Ätstörningar drabbar oftare flickor och kvinnor än pojkar och män, men flera studier pekar på en ökning bland pojkar och män. Man kan räkna med att 1,5–2 procent av tonårsflickor och unga kvinnor vid en given tidpunkt är drabbade av AN eller BN.

Utbudet av behandlingsmetoder varierar mellan enheter. Kliniska riktlinjer understryker vikten av tidiga interventioner, öppenvårdsbehandling, erbjudande om konkret matstöd, familjebaserade behandlingar för barn/ungdomar och självhjälpsbehandling samt kognitiv beteendeterapi för vuxna patienter med bulimi. Samsjuklighet med ångest-, depressions- och andra psykiatriska tillstånd är vanligt. Ofta används läkemedelsbehandling som komplement. Genomsnittlig behandlingstid för patienterna i registret är 11,5 månader.

Diagram El visar andelen patienter med ätstörning som ett år efter behandlingsstart inte längre uppfyller kriterierna för diagnos, det vill säga att symtomen har minskat så att ätstörningsdiagnos inte längre är tillämplig. Måttet syftar till att visa hur många patienter som har svarat snabbt på vården och blivit friska. De faktiskt behandlingstiderna kan vara betydligt längre. Uppföljningen, som avser åren 2009–2010 och 2 238 patienter, visar att knappt en tredjedel av patienterna som har registrerats och följts upp har blivit diagnosfria på ett år.

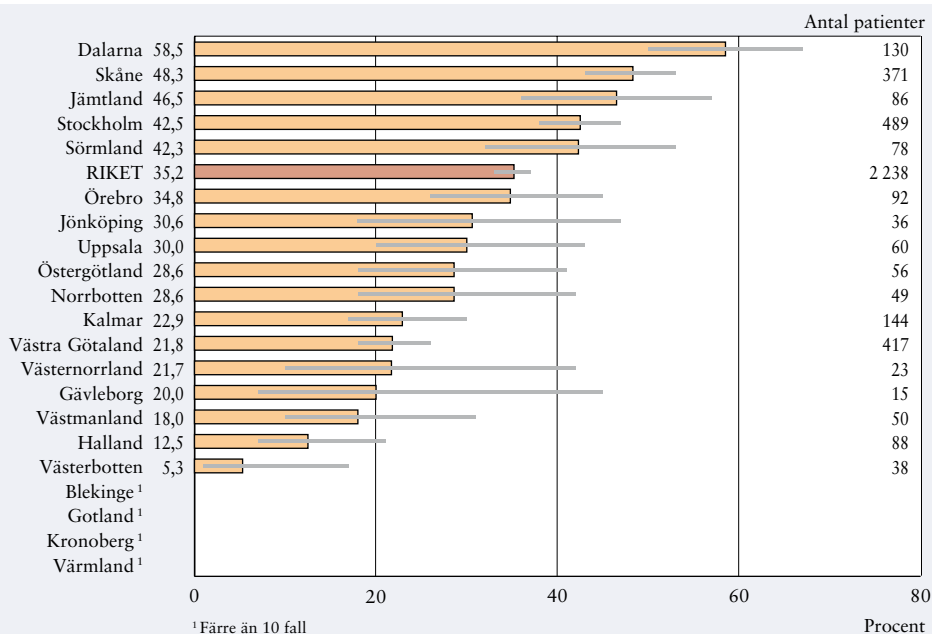


Diagram E1 Andel patienter med ätstörning som är fria från diagnos ett år efter behandlingsstart, 2009-2010
Totalt

Källa: RIKSÄT – Nationellt kvalitetsregister för ätstörning

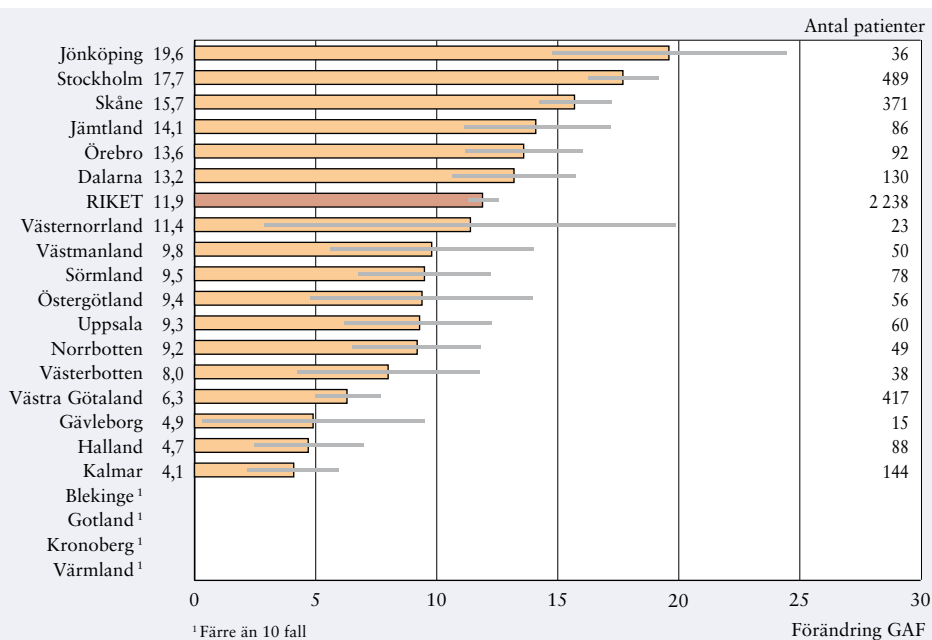


Diagram E2 Förbättring av GAF-skattad funktionsförmåga vid ätstörning ett år efter behandlingsstart, 2009-2010. GAF = Global Assessment of Functioning
Totalt

Källa: RIKSÄT – Nationellt kvalitetsregister för ätstörning

Diagram E2 visar patienternas förbättring ett år efter behandlingsstart. Förbättringen mäts med GAF, som är ett skattningsinstrument för patientens funktionsförmåga. Det förs diskussioner om GAF är ett lämpligt instrument att använda eftersom ätstörningspatienter ofta har en "ojämn" funktionsförmåga. De kan fungera olika väl i olika sammanhang. GAF-värdet kan variera mellan 1–100 och måttet redovisar den genomsnittliga förändringen mellan två mätningar. Ett högt värde anger en stor förbättring. I riket har en förbättring med 12 skalsteg skett, ett år efter behandlingsstart. Mätperiod och patienter är desamma som ovan. För båda uppföljningarna gäller även att redovisning för landstingbaseras på klinikens lokalisering, inte patientens hemort.

Bipolär – patientutbildning och återfall i sjukdomsskov

I registret Bipolär registreras bipolär sjukdom som innebär att stämningsläget periodvis förskjuts i sjuklig riktning. Perioder av mani följs ibland av depression, men sjukdomen har skiftande uttryckssätt med ett spektrum av bipolära syndrom. Beroende på sjukdomsdefinition beräknas att mellan 2–4 procent av befolkningen drabbas under sin livstid. Sjukdomen debuterar ofta runt 20-årsåldern. Manier kan vara så svåra att patienterna tappar verklighetsförankringen. Vid akut mani kan man vara kraftigt upprymd, men ibland istället lättirriterad. Tillståndet är allvarligt och kräver ofta slutenvård. Mildare mani, så kallad hypomani, har samma symtom men är mindre allvarliga och kräver inte slutenvård. Vid en depression är stämningsläget sänkt. Sömnbehovet kan vara ökat, men sömnsvårigheter kan förekomma. Förhöjd suicidrisk föreligger vid bipolär sjukdom.

Den bipolära sjukdomen är livslång och målet med behandlingen är att patienten ska kunna leva ett så normalt liv som möjligt. Riktlinjer för behandling finns i Socialstyrelsens riktlinjer för vård vid depressions- och ångestsyndrom från 2010.

I diagram E3 visar andelen patienter med bipolär sjukdom som deltagit i patientutbildning. Patientutbildning rekommenderas i riktlinjerna som ett komplement till återfallsförebyggande läkemedelsbehandling. Den planlagda utbildningen ska öka patientens kunskap om den bipolära sjukdomen. Den ska även stärka patientens kompetens i att bemästra sjukdomen, känna igen tidiga tecken på återfall och på så vis förkorta eller förhindra tid i slutenvård genom tidiga ingripanden.

Av de 4 284 patienter som var nyregistrerade i registret under 2010 hade i riket knappt 11 procent fått patientutbildning. Utbildningen sker i grupp och ges ibland endast när patientunderlaget är tillräckligt stort, vilket kan påverka utfallet. Dock bör patientutbildning ske så snart som möjligt efter diagnos

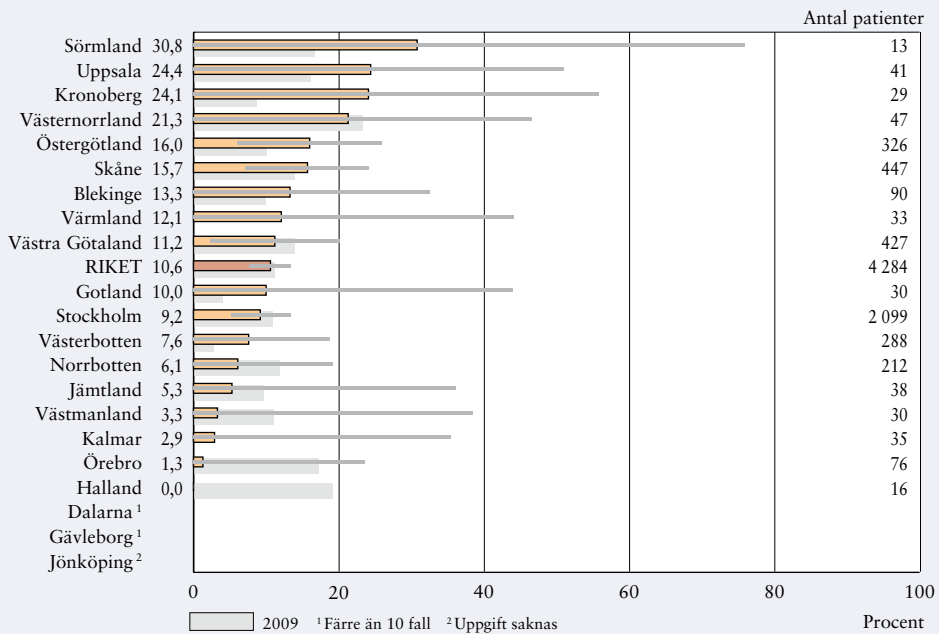


Diagram E3
Totalt

Andel patienter med bipolär sjukdom som deltagit i patientutbildning, 2010

Källa: BipolärR – Nationellt kvalitetsregister för bipolär affektiv sjukdom

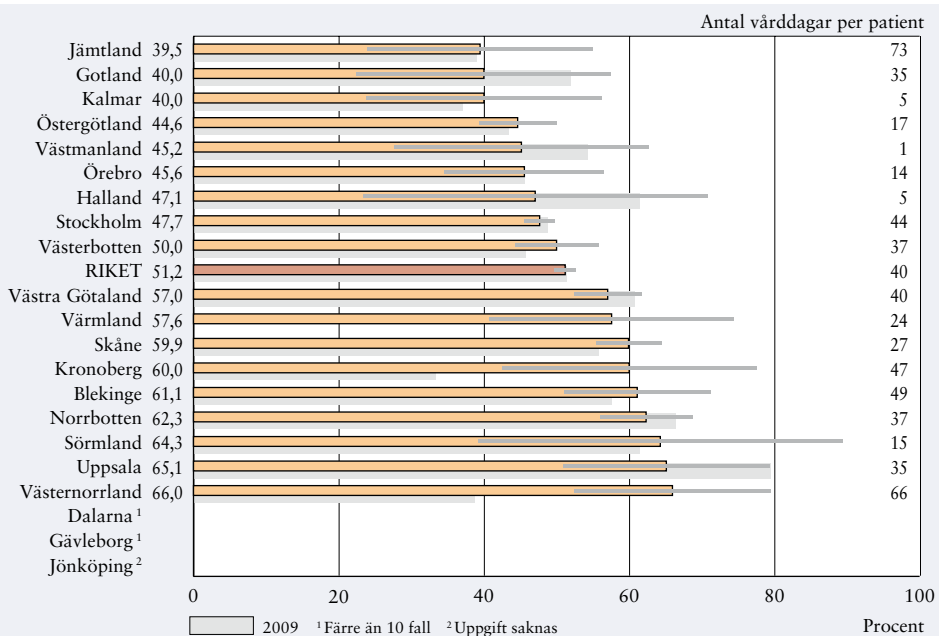


Diagram E4
Totalt

Andel patienter med bipolär sjukdom som haft sjukdomsskov de senaste 12 månaderna, 2010

Källa: BipolärR – Nationellt kvalitetsregister för bipolär affektiv sjukdom

för att underlätta anpassning till sjukdomen samt för nå bättre följsamhet till medicinerig (se indikator 141).

I diagram E4 visas andelen patienter som haft sjukdomsskov under den senaste tolv månadersperioden. Med skov menas återfall i sjukdomsepisoder, som kan vara depressiva, maniska, hypomana eller mixade. Frågan registreras vid ettårs-uppföljningen av patienten.

Måttet är ett resultatmått och kan spegla hur effektivt den förebyggande läkemedelsbehandlingen fungerar, men även effekten av till exempel patientutbildning. Det finns en stor individuell variation i återfallsfrekvens, samtidigt som det kan vara svårt att avgöra vad som är ett tidigt återfall i samma skov och vad som är ett nytt skov. Knappt hälften av de registrerade patienterna hade haft ett rapporterat återfall i skov under de senaste 12 månaderna.

Via Patientregistret vid Socialstyrelsen kan återinskrivningar mätas för patienter med bipolär sjukdom. De mätningar av detta som har gjorts bygger på en annorlunda metod, men har resultat som ligger nära de i Bipolär. För liknande indikatorer om återinskrivningar för schizofreni, se indikatorer 139 och 140.

KIRURGISK BEHANDLING

Under denna rubrik redovisas 17 indikatorer som avser kirurgisk behandling. Sju av indikatorerna är nya. Bland annat speglas resultatet av fetmakirurgi, en operation som blivit allt vanligare. Utöver mått på medicinska resultat ingår även redovisning av kostnader per operation för två av operationerna.

146 Omoperation vid ljumskbråck

Operation för ljumskbråck är den vanligaste allmänkirurgiska operationen i Sverige. Årligen utförs i landet drygt 18 000 ingrepp. Ljumskbråck är betydligt vanligare bland män än bland kvinnor, vilket illustreras av att 92 procent av alla operationer utförs på män. Under 2010 registrerades 16 000 ljumskbråckoperationer i Svenskt Bråckregister. För en jämförelse av täckningsgrad mellan Patientregistret och Svenska Bråckregistret, se bilaga 1.

En lyckad bråckoperation är en okomplicerad åtgärd med cirka en veckas arbetsfrånvaro, oftast följd av besvärsfrihet. Operationer för ljumskbråck kan dock leda till återfall av bråck och till kroniska smärttillstånd eller obehagskänslor. Återfallsbråck drabbade tidigare uppemot 20 procent av alla opererade patienter. Dagens operationsmetoder och material har medfört en stark minskning av frekvensen återfallsbråck.

Indikatorn skattar "risken" att inte drabbas av omoperation inom fem år efter den utförda ljumskbråckoperationen, det vill säga "överlevnad" enligt så kallad Kaplan-Meier estimation. Jämförelsen baseras på operationer rapporterade till Svenskt Bråckregister under perioden 2006–2010. Totalt under studieperioden 2006–2010 registrerandes drygt 77 000 operationer. Klinikens lokalisering styr landstingstillhörighet i redovisningen, inte patientens hemort.

Diagram 146 visar att det finns vissa smärre skillnader mellan landstingen. I riket kan drygt 97 av 100 patienter förväntas slippa genomgå omoperation inom fem år. För sjukhus är variationerna större. Skillnaderna mellan olika sjukhus och mel-

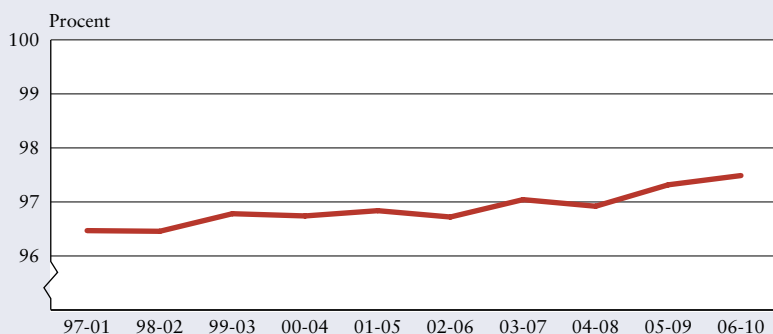
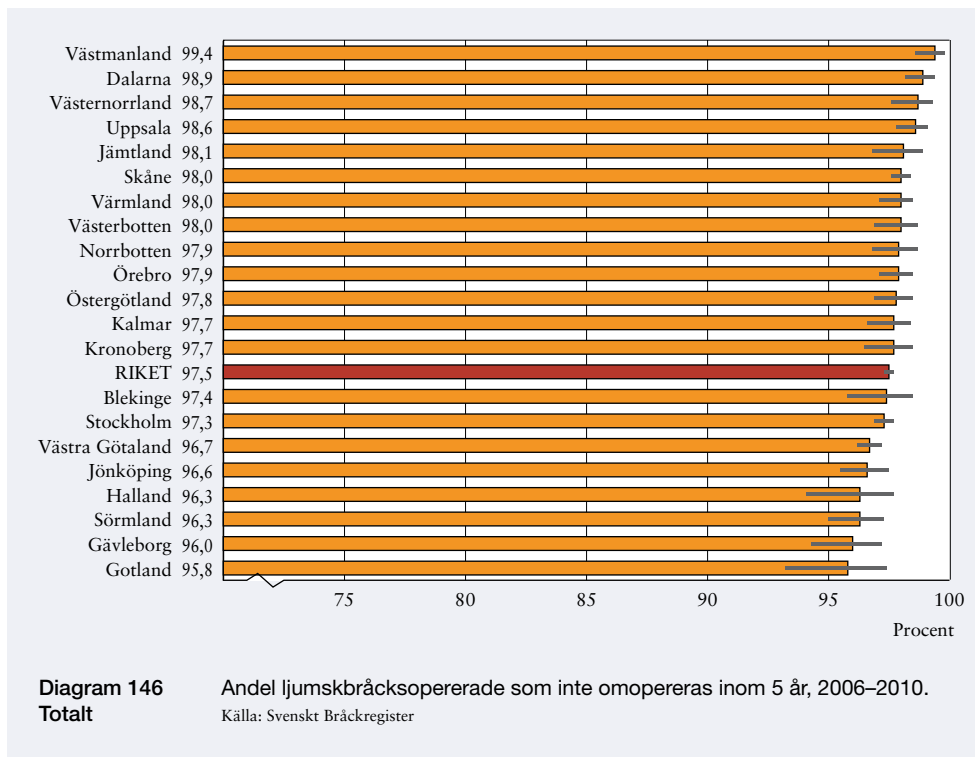


Diagram 146
Riket

Andel ljumskbråcksopererade som inte omopereras inom 5 år.
Källa: Svenskt Bråckregister



lan landsting visar att det fortfarande finns en förbättringspotential inom svensk ljumskbräckskirurgi.

147 Dagkirurgiska operationer vid ljumskbräck

2010 rapporterades drygt 14 700 ljumskbräckoperationer till Patientregistret. Detta är en underskattning av det verkliga antalet, eftersom det finns en underrapportering av framförallt privat utförda operationer i öppen vård. Operationen kan ofta göras som dagkirurgi, vilket är mindre resurskrävande än om patienten skrivs in i slutenvården. Indikatoren syftar till att påvisa variation i resursanvändning.

2010 utfördes i riket knappt 11 370 eller 77 procent av operationerna i dagkirurgi. Denna andel är ungefär densamma som jämförelseårets. Ett landsting utförde 92 procent av sina operationer som dagkirurgi, medan en majoritet av landstingen (lite mer än hälften) har en dagkirurgiandel på under 80 procent.

Det finns lokala skillnader som kan påverka andelen operationer som utförs i dagkirurgi. Vissa kliniker opererar till exempel fler bräck som är tekniskt krävande, fler återfallsbräck och akuta bräckoperationer, medan andra framförallt opererar okomplicerade förstagångsbräck. Detta spelar roll främst vid jämförelser mellan kliniker.

Den relativt stora variationen mellan landstingen tyder på att det i flera landsting finns möjligheter att öka andelen operationer som utförs i dagkirurgi och därmed

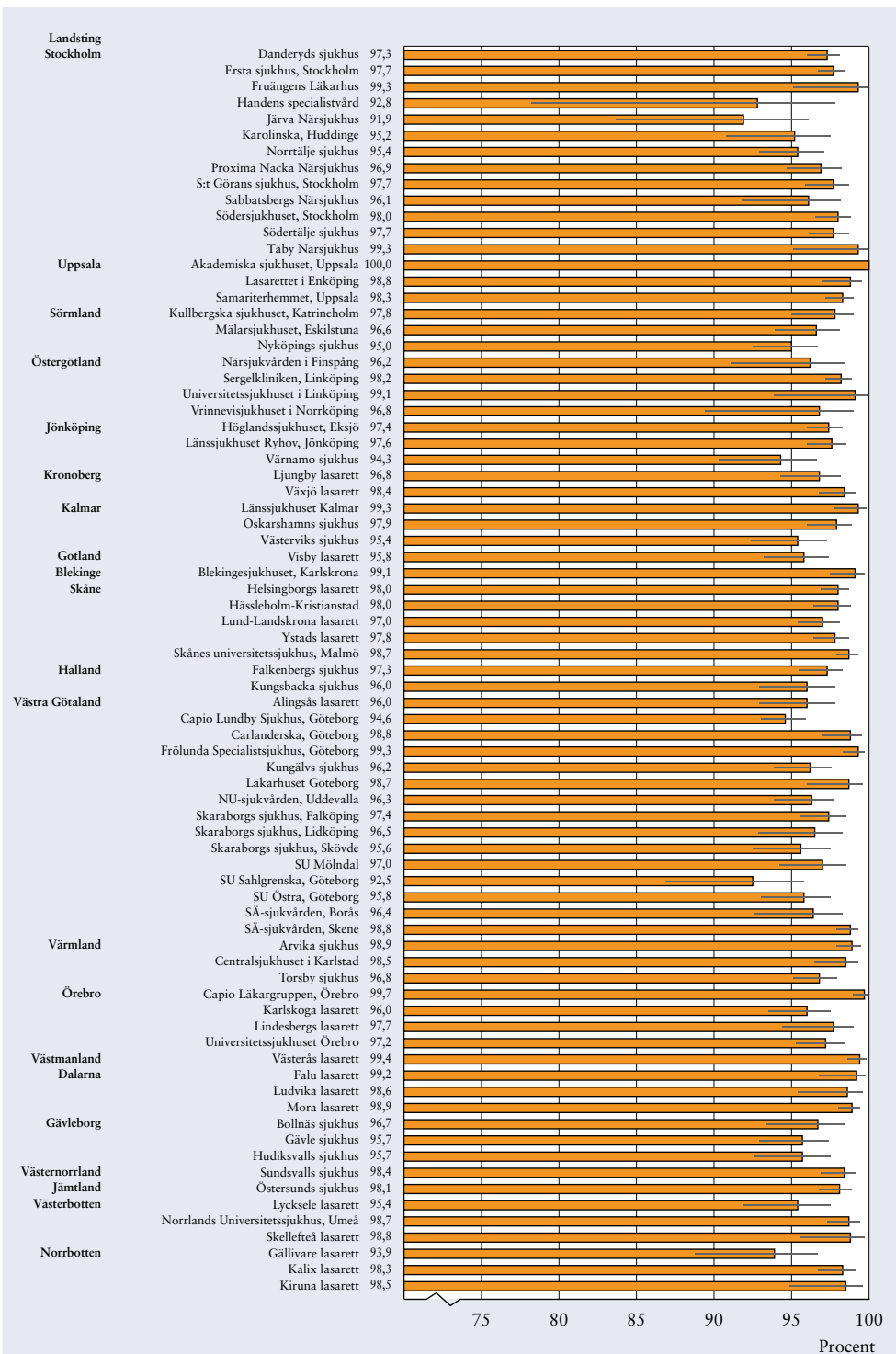
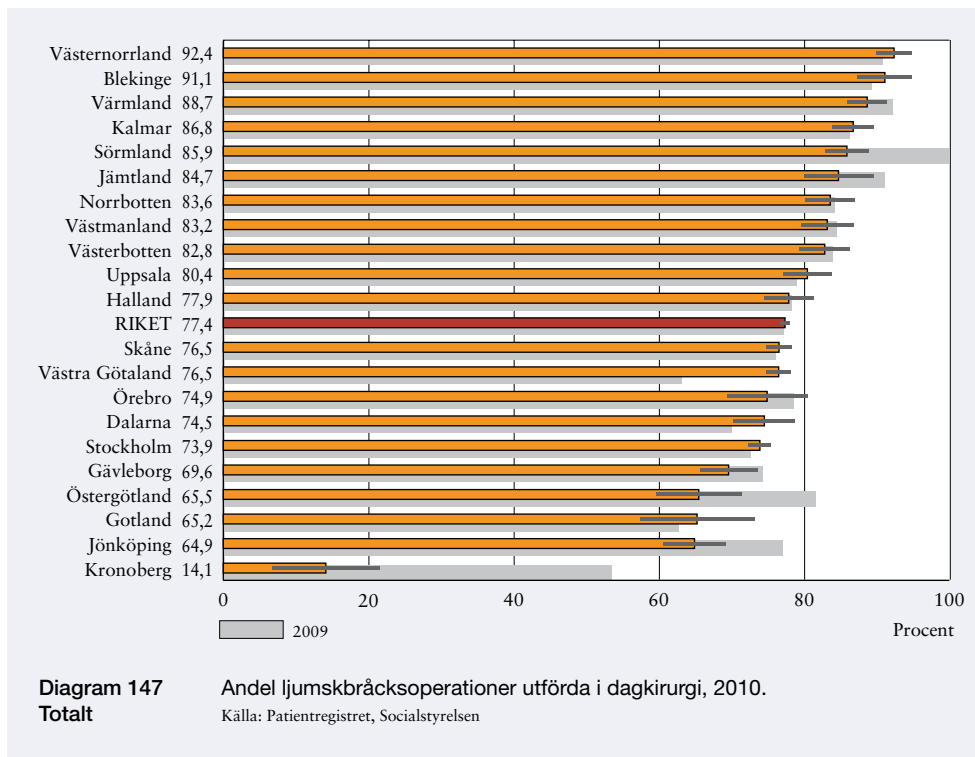


Diagram 146
Sjukhus

Andel ljumskråcksopererade som inte omopereras inom 5 år, 2006–2010.
Källa: Svenskt Bräckregister



minska kostnaderna per operation, med bibehållen god kvalitet. Det finns inga skäl att tro att stora skillnader i dagkirurgiandel kan förklaras av att patienterna skulle ha olikartade behov och förutsättningar. Större minskningar av andelen dagkirurgi mellan 2009 och 2010 i enskilda landsting kan bero på bristfällig rapportering.

148 Dödlighet efter vård för blödande magsår

Blödande magsår är ett akut livshotande tillstånd som kräver sjukhusvård. Risken ökar kraftigt med stigande ålder. Män löper större risk än kvinnor att insjukna. Enligt en rapport från SBU från 2011 beräknas 7–10 personer i Sverige insjukna per dag i blödande magsår och varannan till var tredje dag avlider någon till följd av sjukdomen. Enligt samma rapport framkommer att insjuknandet har långsamt minskat över tid, vilket förmodligen beror på att magsårsbakterien *Helicobacter pylori* minskar i befolkningen.

Etablerade riskfaktorer för blödande magsår är: Hög ålder, infektion med *Helicobacter pylori*, tidigare magsårssjukdom, bruk av smärtstillande och inflammationsdämpande medel (NSAID, ASA eller lågdos-ASA). På senare år har även användande av SSRI-preparat kopplats samman med en ökad risk. Antikoagulantia och kortikosteroider orsakar troligen inte magsår, men ökar risken för blödning från ett magsår. I flera studier har samsjuklighet, främst hjärt-kärlsjukdom, visat sig öka risken för

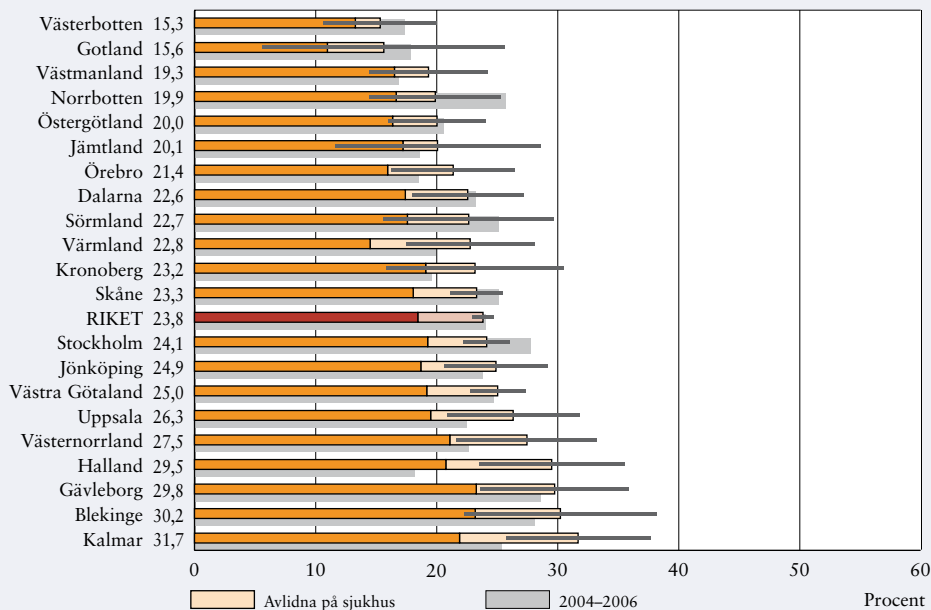


Diagram 148 Andel döda inom 1 år efter sjukhusvård för blödande magsår, 2007–2009. Åldersstandardiserade värden.

Totalt

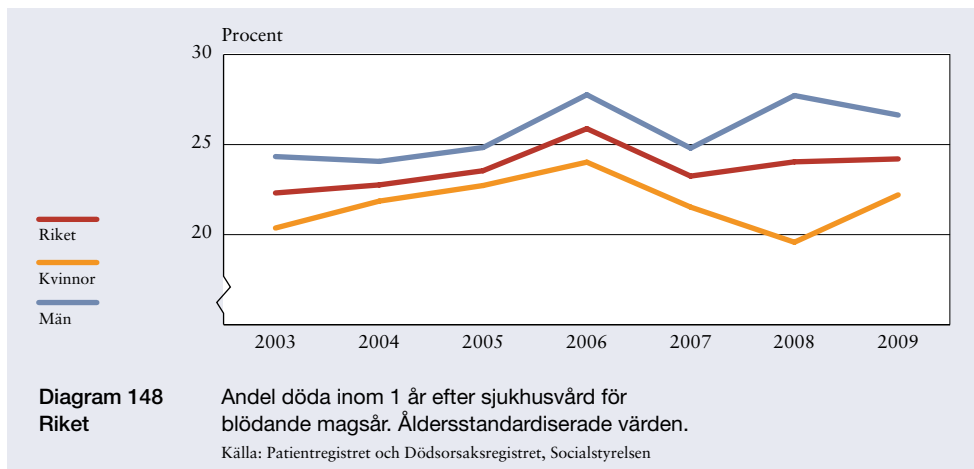
Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

insjuknande, medan det inte råder samstämmighet huruvida livsstilsfaktorer som rökning och alkoholkonsumtion utgör oberoende riskfaktorer.

Risken att dö inom ett år efter blödande magsår kan ses som en indikator på hur väl sjukvården klarar såväl det akuta omhändertagandet, med påverkan på dödlighet under sjukhusvården, som dödligheten efter det att patienten skrivits ut från sjukhus. Den senare kan möjligen ses som en indikator på kvaliteten i efterföljande vård.

I diagram 148 återges landstingens resultat för perioden 2007–2009 i en jämförelse med åren 2004–2006. Som magsår räknas fall med någon diagnos för blödande magsår i Patientregistrets slutenvårdsdel åren 2007–2009. Jämförelsen omfattar enbart förstagångsfall, definierat som personer som inte vårdats för blödande magsår under de fem föregående åren. Antalet patienter uppgick till cirka 8 400 personer under den studerade treårsperioden.

Under de tre åren 2007–2009 avled närmare 24 procent av dessa patienter inom ett år, i genomsnitt 670 personer per år. Dödligheten är lägre för kvinnor än för män: 21 procent avled bland kvinnorna, jämfört med drygt 26 procent bland männen. Det finns en ganska stor variation i dödlighet efter blödande magsår mellan landstingen, för båda könen från 15 till knappt 32 procent.



För kvinnorna varierade dödligheten mellan landstingen från 11 till 30 procent. Motsvarande värden för männen var 12 respektive 36 procent. Landsting med högst respektive lägst dödlighet var inte desamma för män som för kvinnor. Även andelen dödsfall som skedde under sjukhusvistelsen varierar mellan landstingen. En drygt femtedel av de som avled, avled under sjukhusvistelsen.

Variationen kan ha flera orsaker, bland annat tillförlitligheten i diagnosättning, skillnader i bakgrundsfaktorer såsom annan sjuklighet, sociala faktorer och slumpmässiga avvikelser. Vårdrelaterade faktorer kan vara avståndet till akutsjukvård, det akuta omhändertagandet och kompetens hos tillgänglig personal i samband med detta. Vidare vårdinsatser efter sjukhusvistelsen och hänsynstagandet till riskfaktorer för att åter drabbas av ny blödning, bland de vårdgivare som möter patienten efter utskrivningen.

149 Uppföljning av patienter efter obesitaskirurgi

Antalet patienter som opereras för svår fetma ökar påtagligt. 2010 utfördes över 8 000 operationer, att jämföra med cirka 700–800 per år i början av 2000-talet. Tre av fyra opererade är kvinnor. Behovsbedömningar antyder att väl över 10 000 operationer per år kan behöva utföras. De patienter som opereras är inte sällan diabetiker, lider av hjärt-kärlsjukdom eller ledbesvär och löper högre risk för cancer och för tidig död.

Uppgifter om de patienter som opereras för fetma samlas i kvalitetsregistret SO-Reg, Scandinavian Obesity Surgery Register. 43 av 44 enheter i landet som nu utför operationen rapporterar till registret och 2010 registrerades 91 procent av alla operationerna i likhet med 2008 och 2009. Registret jämför sin täckningsgrad med Patientregistret vid Socialstyrelsen .

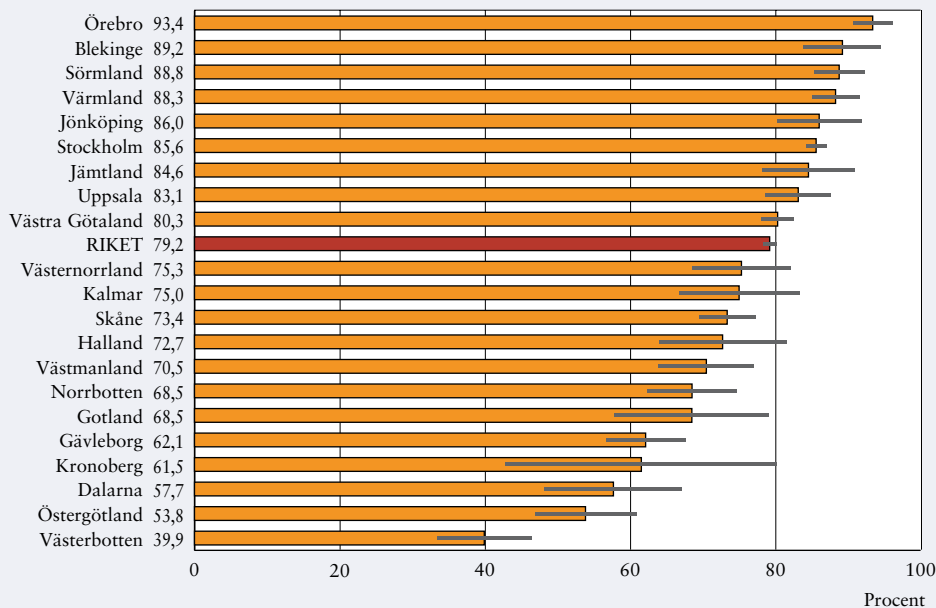


Diagram 149
Totalt

Andel patienter som följs upp 1 år efter obesitaskirurgi, 2008–2009.

Källa: Scandinavian Obesity Surgery Registry

Två indikatorer om obesitaskirurgi redovisas, båda med SOReg som källa: Andel patienter som följs upp efter operation samt patienternas viktning ett år efter operation.

Alla patienter som opereras för svår fetma behöver följas upp efter operationen, av flera skäl. Alla patienter behöver behandling med vitamin B12 för att inte få blodbrist. Så gott som alla kvinnor i fertil ålder och även många män och äldre kvinnor behöver periodvis tillskott av järn för att inte utveckla järnbrist. Många personer har följsjukdomar till fetman som förändras efter att kroppsvikten ändras av operationen, till exempel diabetes, högt blodtryck, sömnapné och belastningssmärter. Förändring av behandlingen av dessa kan då bli nödvändiga. Slutligen både förutsätter och leder operationerna till livsstilsförändringar i fråga om ätbeteende och fysisk aktivitet. Kontinuerlig kontakt med sjuk- och hälsovården kan då tänkas förstärka dessa livsstilsförändringar. Sjukvårdens förmåga att sköta denna uppföljning är en mycket viktig indikator på vårdens kvalitet.

Indikator 149 visar hur stor andel patienter som följts upp vid ett-årskontroll efter obesitaskirurgi. De 7 340 patienter som ingår i redovisningen har opererats under 2008–2009 och uppföljningen har registrerats under perioden januari 2009 till maj 2011. Patienterna redovisas under sina respektive hemortslandsting, oavsett var ope-

rationen eller uppföljningen skett. De aktuella åren fanns 34 opererande enheter där alla utom en rapporterade i SOReg.

I riket hade 79 procent av patienterna följts upp efter ett år, med en spridning mellan landstingen från 40 till 93 procent. Det finns således stora skillnader i hur väl de olika landstingen förmått ta ansvar för uppföljningen ett år efter operationen och därmed utrymme för förbättring.

Det finns inget överenskommet målvärde för andelen som bör följas upp, men den borde omfatta samtliga fall, såväl som på de enstaka patienter som av olika skäl inte hörsammar kallelse till uppföljning.

Patienter som genomgår obesitasoperation har visat sig vara en mobil patientgrupp som ofta söker vård utanför det egna hemlandstinget samtidigt som lång uppföljning krävs. Detta är ett förhållanden som ställer vården inför nya utmaningar.

150 Minskning av övervikt efter obesitaskirurgi

Anledningen till att patienter söker kirurgisk hjälp för svår fetma är framförallt en önskan om att få hjälp med olika aspekter av den ofta svåra belastning på livskvaliteten som tillståndet innebär. Sjukvårdens målsättning med behandlingen är snarare bot och lindring av fetmans följsjukdomar såsom diabetes, högt blodtryck, hjärt-kärlsjukdom och belastnings- och mekaniskt betingade besvär från leder och andra organsystem.

Det finns inget enda etablerat sammansatt resultatmått på dessa olika behandlingsmål. Här visas ett mått på viktnedgångens storlek, trots att denna nedgången inte är ett egentligt behandlingsmål, inte är ett mål i sig. Men det finns åtminstone för en del av de medicinska behandlingsmålen ett samband med viktnedgångens storlek, som motiverar att detta mått används. Dessutom har studier visat att för att erhålla bestående livskvalitetsförbättringar över lång tid måste viktnedgången, förutom att vara bestående också vara betydande, minst 25 kg vilket som regel motsvarar halva övervikten.

Det mått på viktnedgång som här visas är ett internationellt etablerat mått inom obesitaskirurgin. Det beskriver i procent hur stor andel av patientens övervikt som försvunnit ett år efter operationen. Övervikt innan operationen definieras som antalet BMI-enheter som överstiger 25. Viktförändringen är antalet försvunna (undantagsvis vunna, vid viktökning) BMI-enheter vid mättillfället i förhållande till BMI-värdet innan operationen.

Jämförelsen i diagram 150 baseras på 5 054 patienter som opererats under perioden 2008–2009 och vars viktnedgång efter ett år följdes upp. Patienter som omopererats men där den primära operationen gjordes före registrets start har exkluderats. Patienterna redovisas under sina respektive hemortslandsting, oavsett var operationen eller uppföljningen skett.

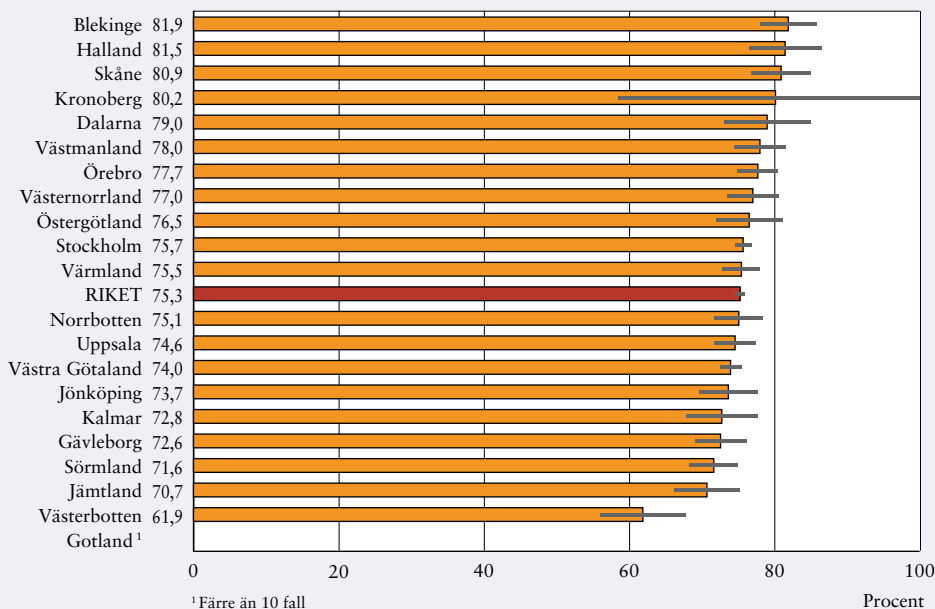


Diagram 150
Totalt

Minskning av övervikt 1 år efter obesitaskirurgi, 2008–2009.

Källa: Scandinavian Obesity Surgery Registry

I riket har 75 procent av patienternas övervikt före operationen försvunnit ett år efter operationen. Variationen mellan landsting är måttlig. Kvinnors vikttnedgång är större än mäns. Från olika studier vet man att kirurgisk teknik och val av operationsmetod spelar roll för resultatet. Andra faktorer som har med medicinska indikationer och case-mix att göra är ålder, grad av övervikt och kön. Sannolikt spelar system och omfattning av uppföljning också in på resultatet.

151 Miniinvasivt borttagande av gallblåsa

Gallsten är en vanlig sjukdom. Mellan 25 och 50 procent av befolkningen kommer förr eller senare i livet utveckla sten i gallblåsan. De flesta känner inte av sina gallstenar och blir inte föremål för operation. Ändå är gallstensoperation bland de allra vanligaste kirurgiska ingreppen och årligen får cirka 12 000 patienter sin gallblåsa bortopererad i Sverige. En mindre del av befolkningen utvecklar dessutom sten i gallgångarna. Endoskopisk undersökning av gallgångarna (ERCP) och endoskopiska ingrepp är vanliga och mellan 6 000 och 7 000 sådana utförs varje år i Sverige.

Både vid operation för sten i gallblåsan och endoskopisk behandling av sten i gallgångarna finns en risk för någon form av postoperativ komplikation på mellan 5 och 10 procent. Allvarliga missöden vid kolecystektomi, som skadad gallgång eller död, drabbar 0,1–0,5 procent av patienterna. Nästan 80 procent av de opererade blir av med de besvär som operationen avsåg bota.

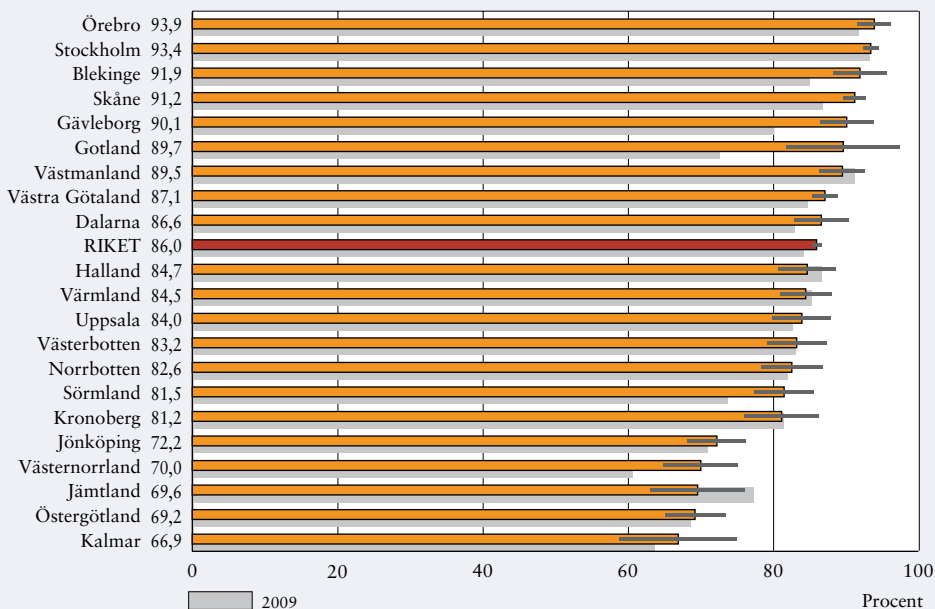


Diagram 151 Andel patienter som opereras med miniinvasiv teknik vid borttagande av gallblåsa, 2010.
Totalt

Källa: GallRiks – Svenskt kvalitetsregister för gallstenskirurgi

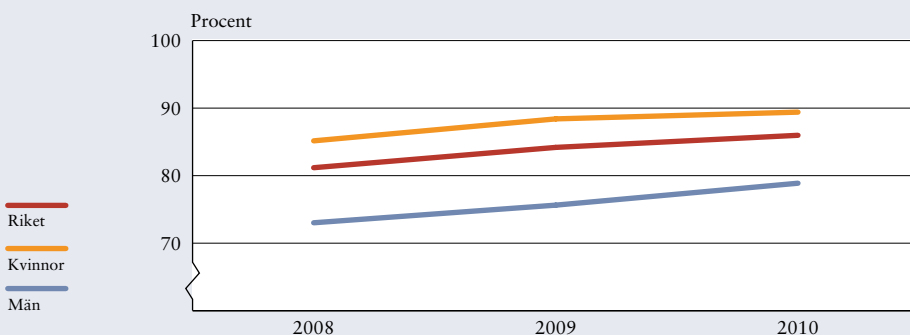


Diagram 151 Andel patienter som opereras med miniinvasiv teknik vid borttagande av gallblåsa.
Riket

Källa: GallRiks – Svenskt kvalitetsregister för gallstenskirurgi

GallRiks, ett nationellt kvalitetsregister för gallstensoperationer, startades 2005 och har nu etablerats som ett heltäckande nationellt register med drygt 70 deltagande sjukhus och en täckningsgrad på över 90 procent år 2009. GallRiks syfte är att bidra till att säkerställa en optimal kvalitet och säkerhet gällande den kirurgiska behandlingen av gallstenssjukdom i Sverige.

Vid operation för sten i gallblåsan tas gallblåsan bort. Det är bra om detta görs med så litet kirurgiskt trauma som möjligt för att därmed leda till ett snabbare tillfrisknande och ett skonsammare postoperativt förlopp. Olika operationsmetoder ger olika mycket kirurgiskt trauma, men i vissa fall kan inte valet av metod enbart ta hänsyn till det kirurgiska traumat, utan måste också vägas mot vad som är tekniskt möjligt och vilken metod som ger minst risk för komplikationer.

Diagram 151 visar andelen patienter som 2010 genomgick kolecystektomi, borttagande av gallblåsa, med laparoskopisk metod eller som "mini-galla", med enbart ett kort snitt i bukväggen.

2010 utfördes i riket 86 procent av alla kolecystektomier med miniinvasiv metod, en ökning från 81 procent år 2008. Den ökade andelen miniinvasiva operationer bidrar till att vårdtiden på sjukhus efter kolecystektomi i genomsnitt minskat från 2,1 till 1,7 vård dagar mellan åren 2008 och 2010.

För både kvinnor och män ökar andelen som opereras med miniinvasiv metod. Skillnaden mellan män och kvinnor kvarstår dock och är betydande: Män opererades 2010 med miniinvasiv teknik i 79 procent och kvinnor i 89 procent av fallen. Att män oftare opereras med öppen teknik hänger sannolikt ihop med att en högre andel av operationerna hos män görs på indikationen gallstenskomplikation. Detta leder i sin tur även till en högre andel postoperativa komplikationer och bidrar till att en högre andel antibiotikaproylax ges vid operationerna. Varför män har en mer avancerad gallstenssjukdom när de opereras är oklart och kommer att bli föremål för forskning.

Det finns ingen bestämd optimal nivå på andelen patienter som bör opereras med miniinvasiv teknik. Däremot kan den stora variationen mellan olika landsting, från 69 till 96 procent för kvinnor och från 54 till 90 procent för män, tala för att andelen kan öka ytterligare, utan några negativa medicinska konsekvenser.

En stickprovskontroll av 1 168 journaler som jämförts med registerdata visar rätt registrering av operationsmetod i 99,5 procent av fallen. På landstingsnivå är risken för skillnader i patientsammansättning begränsad och täckningsgraden hög, varför både akuta och planerade operationer ingår i analyserna. Resultaten för denna indikator är på landstingsnivå mycket tillförlitliga.

152 Kirurgiska komplikationer efter borttagande av gallblåsa

Denna indikator speglar de kirurgiska komplikationerna inom 30 dagar efter en operation där gallblåsan opereras bort, kolecystektomi. Exempel på komplikationer är blödning, infektion eller gallläckage. All kirurgi är förknippad med risk för komplikationer. De som här redovisas är sådana som betraktas som specifika för det kirurgiska ingreppet ifråga och som har krävt någon form av åtgärd.

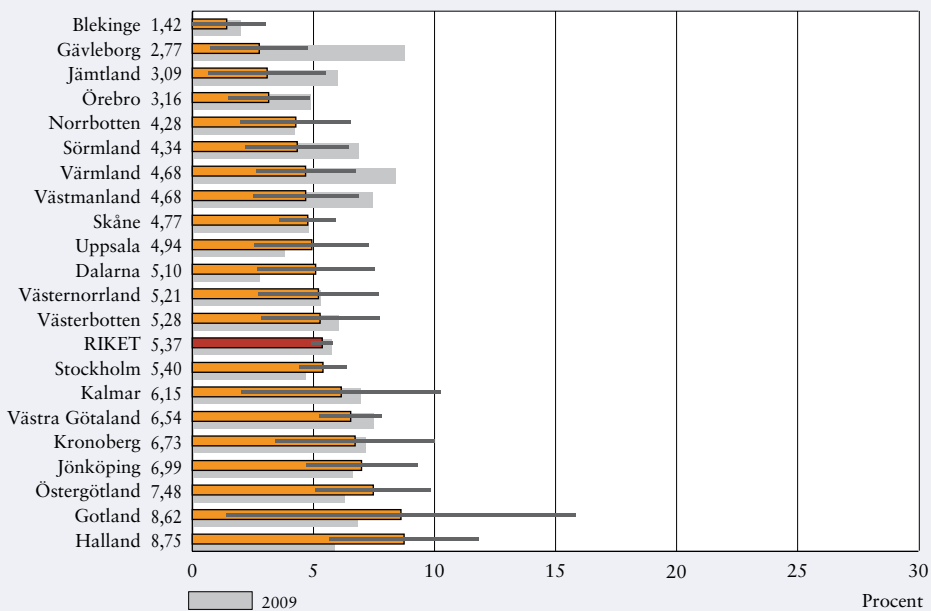


Diagram 152 Andel kirurgiska komplikationer inom 30 dagar efter borttagande av gallblåsa, 2010. **Totalt**

Källa: GallRiks – Svenskt kvalitetsregister för gallstenskirurgi

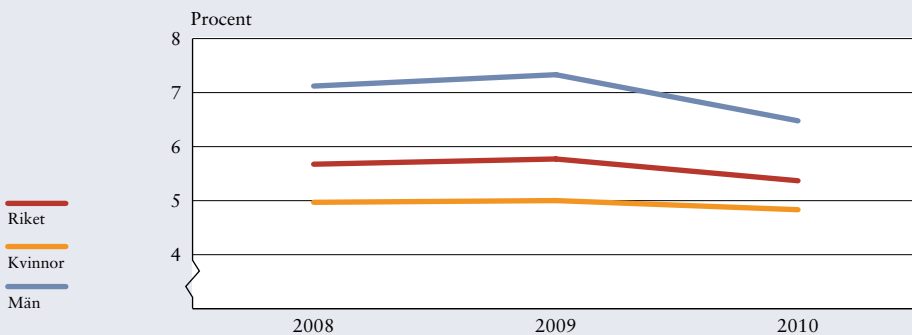


Diagram 152 Andel kirurgiska komplikationer inom 30 dagar efter borttagande av gallblåsa. **Riket**

Källa: GallRiks – Svenskt kvalitetsregister för gallstenskirurgi

År 2010 drabbades 547 av 10 189 opererade patienter av någon kirurgisk komplikation inom 30 dagar, vilket motsvarar 5,4 procent. Komplikationer drabbar oftare män än kvinnor, med komplikationstal på 6,5 respektive 4,8 procent. Komplikationsfrekvensen ligger relativt stabil över åren även om en viss tendens till sjunkande frekvens anas för år 2010.

Det finns ingen "acceptabel" nivå för andelen patienter som får drabbas av kirurgiska komplikationer vidolecystektomi. Målet måste vara noll, även om det idag verkar vara långt borta. Väl genomarbetade rutiner, checklistor, god utbildning och ett väl fungerande team kring patienten ökar chansen till en komplikationsfri operation.

Det finns skillnader mellan olika landsting, men tolkningen av dessa bör göras med stor försiktighet, dels för att konfidensintervallen är breda, dels för att det för närvarande finns vissa frågetecken kring validiteten i denna del av GallRiks.

En omfattande kontroll av GallRiks validitet pågår. Denna visar att av 45 226 registerdata var 1,8 procent felregistrerade, jämfört med vad som framgick av den medicinska journalen, vilket kan betecknas som en hög kvalitet. Dock fann granskarna ett antal kirurgiska komplikationer som inte blivit registrerade. Av 1 172 granskade journaler hade 30 en notering om en kirurgisk komplikation som inte registrerats. Detta motsvarar en underregistrering av komplikationer på cirka 30 procent. Ökad utbildning och mer arbetstid avsatt för uppföljningsarbetet vid deltagande kliniker bör de kommande åren kunna höja datakvaliteten även i denna del.

153 Antibiotika vid borttagande av gallblåsa

Det har länge varit oklart om antibiotika behöver ges vid elektiv (planerad)olecystektomi för att förebygga att operationen medför infektionskomplikationer. Det finns emellertid nu flera studier som visar att förebyggande behandling med antibiotika inte minskar risken för infektionskomplikationer, bland annat en studie som är baserad på ett relativt stort antal opererade patienter från GallRiks. Därför rekommenderas nu att inte ge förebyggande antibiotikabehandling vid elektivolecystektomi.

Indikatorn visar andelen patienter som ges förebyggande antibiotikabehandling i samband med elektivolecystektomi. Jämförelsen baseras på drygt 7 200 patienter. I riket fick 2010 knappt 1 200 eller 16 procent av dessa patienter antibiotikabehand-

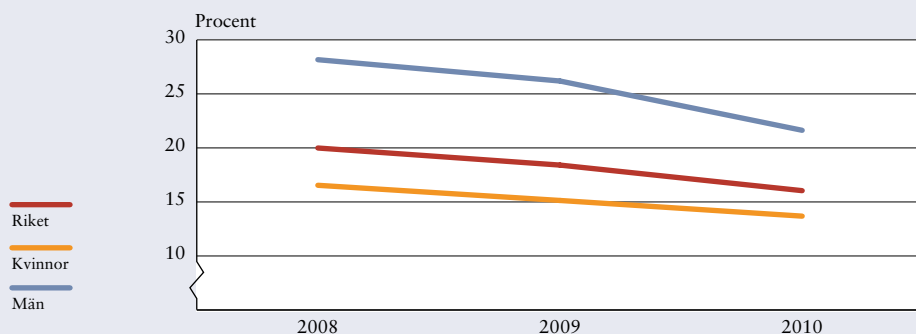
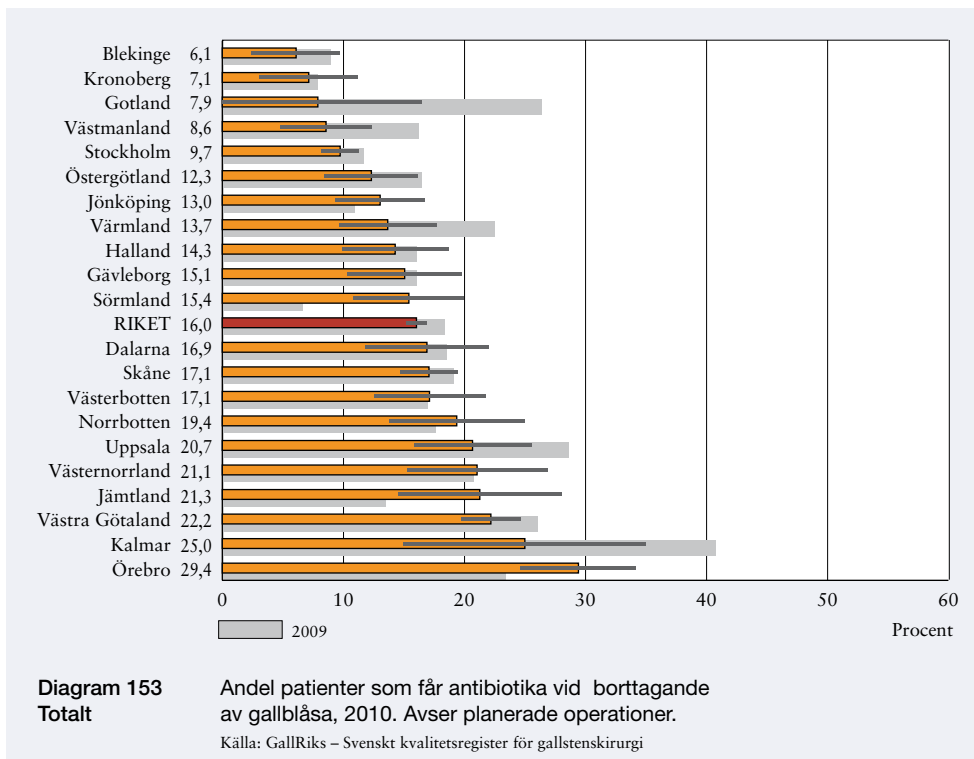


Diagram 153
Riket

Andel patienter som får antibiotika vid borttagande av gallblåsa. Avser planerade operationer.

Källa: GallRiks – Svenskt kvalitetsregister för gallstenskirurgi



ling i samband med operationen. Andelen har minskat från 20 procent år 2008. Det kvarstår ännu stora skillnader i användningen av antibiotika mellan olika landsting, med en spridning från sex till 29 procent.

Även om det generellt inte anses motiverat att ge förebyggande antibiotikabehandling kan det i enskilda fall finnas faktorer som talar för att antibiotika bör ges "för säkerhets skull". Därför kan det på sjukhusnivå finnas en selektion av patienter med olika svårighetsgrad, vilket till en viss del kan förklara en skillnad i antibiotikaanvändning. På landstingsnivå borde det dock inte finnas någon avgörande skillnad i patientsammansättning. En utjämning mellan landstingen borde därför vara möjlig, liksom en totalt sett lägre antibiotikaanvändning. Genom GallRiks sker en kontinuerlig bevakning av frekvensen infektionskomplikationer. Det finns hittills inga tecken på att infektionskomplikationerna ökar i Sverige, trots en minskande antibiotikaanvändning.

154 Kostnaden per DRG-poäng vid galloperation

Hittills har kostnader för olika sjukdomstillstånd eller åtgärder redovisats som kostnader per vårdtillfälle. Detta innebär att ingen hänsyn tas till olikheter i patientsammansättningen och till att enskilda vårdtillfällen kan kräva olika resursinsats trots att grundsjukdomen är densamma. I avsnittet om övergripande indikatorer och kostnader beskrivs kostnad per DRG-poäng, ett mått som relaterar kostnader

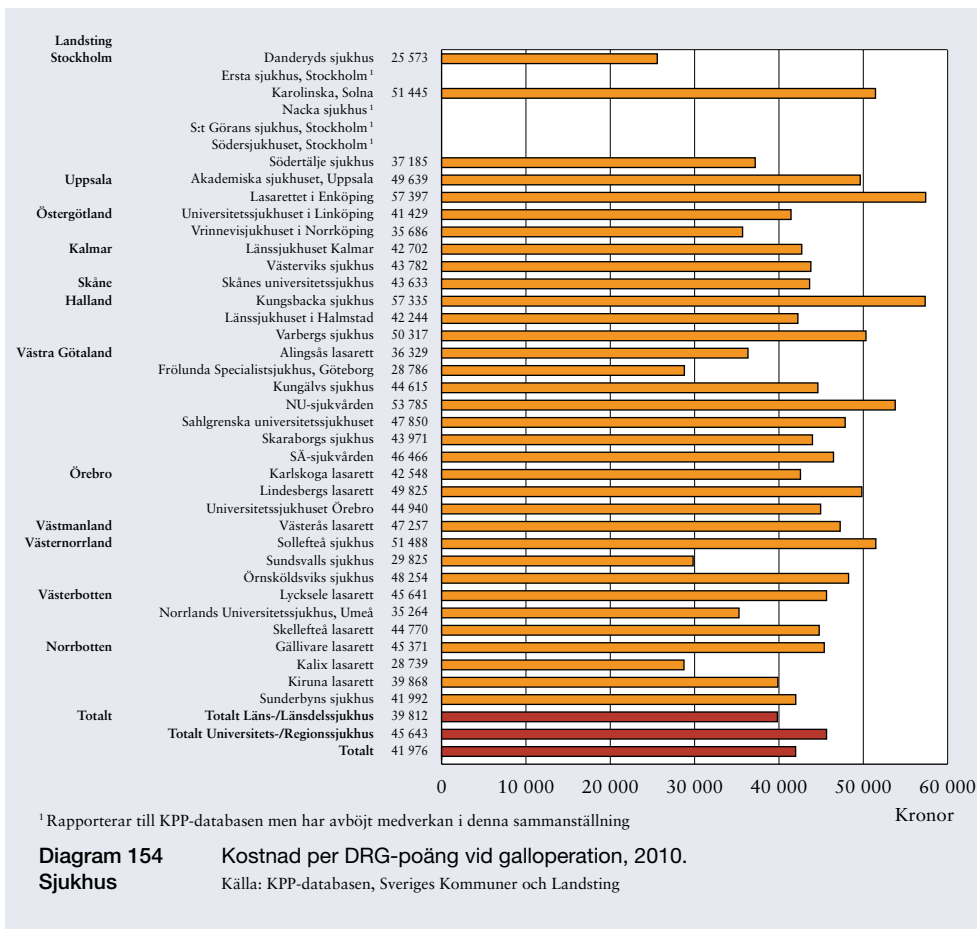
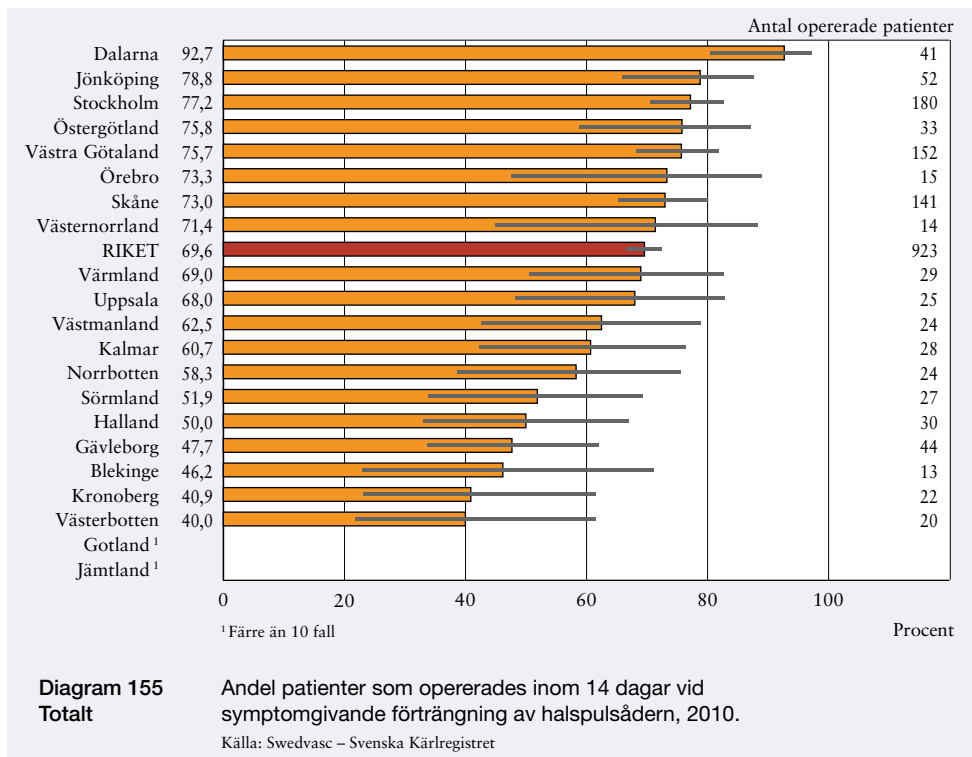


Diagram 154 Kostnad per DRG-poäng vid galloperation, 2010.
Sjukhus Källa: KPP-databasen, Sveriges Kommuner och Landsting

till prestationer med en metod som innebär att hänsyn tas till resursinsatsen och är en uppskattning av hälso- och sjukvårdens produktivitet.

I diagram 154 visas kostnader per DRG-poäng för kolecystektomi, borttagande av gallblåsan. 2010 fanns det i KPP-databasen 6 871 vårdtillfällen med åtgärds-koden för kolecystektomi. Både planerade och akuta operationer ingår. KPP-databasens genomsnittliga kostnad per DRG-poäng för innerfallen uppgick 2010 till 41 976 kr. Kostnadsskillnaderna är påtagliga, liksom variationen i vårdtidens längd från 1 till 10 dagar, men som i genomsnitt är cirka 4 dagar.

Kostnadsskillnaderna kan ha flera orsaker. De kan spegla dels tiden för själva ingreppet och även vårdtidens längd, dels bemanning per vårdplats och vid sjukhuset i stort. De kan även återspegla patientsammansättningen vid sjukhuset, till exempel andelen akuta respektive planerade operationer. Även val av operationsmetod påverkar.



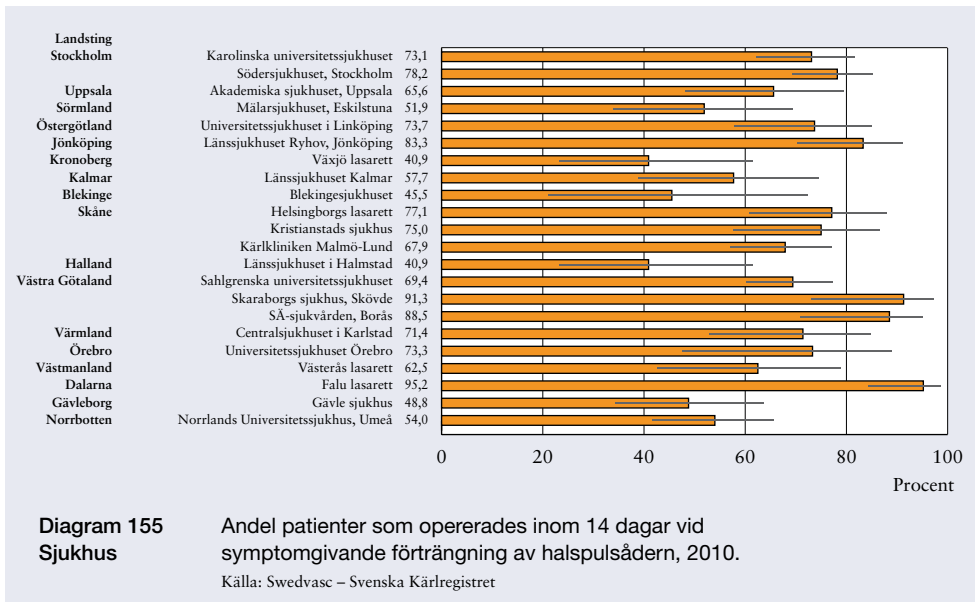
Det finns ett regelverk för hur kostnader skall kalkyleras och redovisas till KPP-databasen, till exempel vilka kostnader som skall ingå. Trots detta kan kalkylerna skilja sig mellan sjukhusen, vilket påverkar den redovisade kostnaden.

155 Tid till operation vid förträngning av halspulsåder

Förträngning av halspulsådern kallas karotisstenos. På den skrovliga åderväggen kan blodproppar bildas som kan föras upp i hjärnan och orsaka övergående förlamning (TIA) eller varaktig hjärninfarkt (stroke). Vid karotiskirurgi opererar man bort denna förträngning. De flesta operationerna utförs som sekundärpreventiv åtgärd efter en TIA eller en hjärninfarkt med mindre till måttliga kvarstående symtom. Ett mindre antal ingrepp utförs även primärpreventivt, på patienter utan symtom men som ändå diagnostiserats med en tät stenos.

Operation minskar påtagligt risken för stroke, särskilt hos patienter med symptomgivande höggradig stenos. Statistiskt sett krävs det i denna grupp få operationer för att förebygga en stroke, men tidsaspekten är väldigt viktig. Om behandlingen dröjer mer än två veckor halveras den gynnsamma effekten av karotiskirurgi.

Indikatorn ingår i de nationella riktlinjerna för stroke. Måttet speglar kvalitet både inom strokesjukvård och inom kärnkirurgisk verksamhet. För att minska fördröjningen är det även viktigt att befolkningen förstår och tar symtomen på allvar.



Källan är Svenska Kärregistret, Swedvasc, som varje år publicerar uppgifter om tid till karotisoperation. Registrets täckningsgrad är god. Mer än 95 procent av alla operationer registreras, och handläggningstiderna finns i samtliga registrerade fall. Tidsangivelsen avser tiden från "alarmsymtom", de strokesymtom som ledde patienten att söka sjukvård, fram till operation.

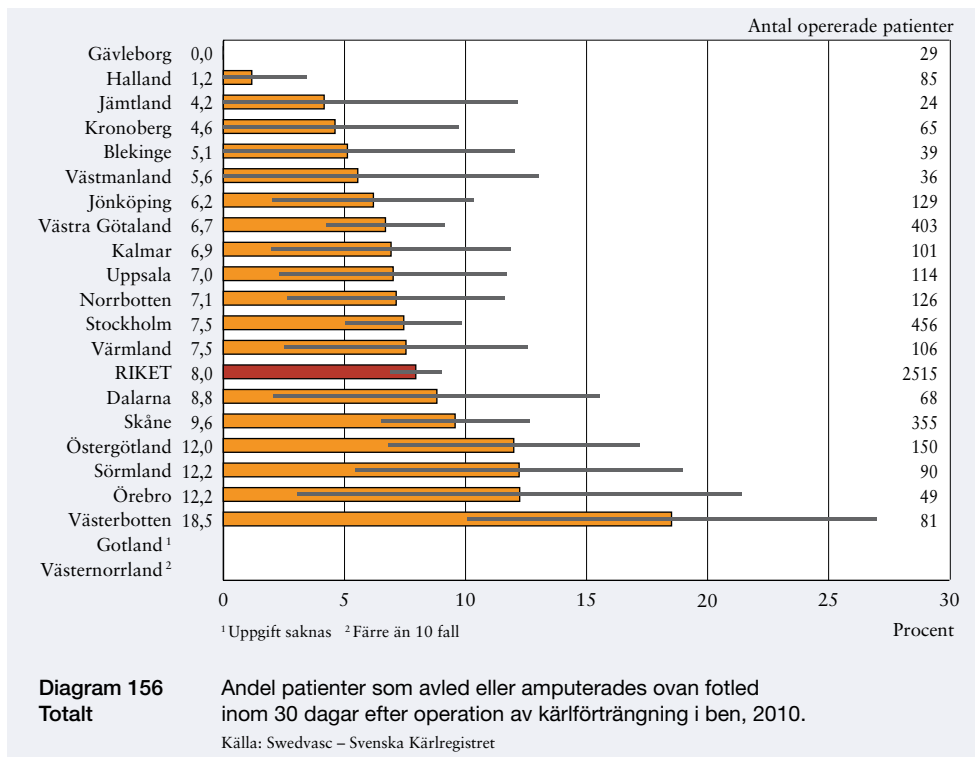
I diagram 155 anges andelen karotisoperationer av symtomgivande förträngningar som gjordes inom 14 dagar efter alarmsymtomet. Jämförelsen omfattar 923 operationer under 2010.

Cirka 70 procent av alla operationer för symtomgivande karotisstenos görs inom 14 dagar. Detta är en förbättring jämfört med 2009, då andelen var 55 procent. Det finns en stor spridning mellan landstingen, med andelar som opererats inom den målsatta tiden från 40 till 93 procent. I vissa landsting är ingreppen få och den statistiska osäkerheten så stor att jämförelser försvåras. Andelen kvinnor och män som opereras inom 14 dagar efter symtomdebut är väsentligen lika, 69 procent jämfört med 70 procent.

Socialstyrelsens riktlinjer från år 2009 rekommenderar operation inom 14 dagar. Det finns ett fortsatt behov av förbättring och variationen mellan landsting tyder på att en sådan är möjlig.

156 Död eller amputation efter operation av kärlförträngning i ben

Åderförkalkning medför att artärerna förträngs eller täpps till. Sjukdomen är förknippad med avsevärt förkortad livslängd. Benen drabbas ofta av försämrat blodflöde. Claudicatio är benämningen för de lindriga fall då blodflödet är otillräckligt bara



vid ansträngning, vilket ger upphov till värk vid gång. I svårare fall är blodflödet otillräckligt även i vila, vilket kallas kritisk ischemi och medför risk för kallbrand.

Den största riskfaktorn är rökning och uppemot 90 procent av patienterna med åderförkalkning har varit eller är rökare. Rökstopp är den viktigaste behandlingen av sjukdomen. Diabetes är också en betydande riskfaktor och förekommer hos 30 procent av patienterna. Noggrann och kontinuerlig kontroll av blodsocker är viktigt. Behandlingen består av såväl icke-kirurgiska som kirurgiska metoder. De senare innebär olika typer av bypass-operationer av kärlsystemet till benet.

I diagram 156 anges andelen patienter som avlidit och/eller blivit amputerade ovan fotled inom 30 dagar efter kärlingrepp på benet. I jämförelsen ingår 2 515 patienter med kronisk kritisk ischemi som under år 2010 registrerats i kvalitetsregistret Swedvasc. Hälften av de opererade var kvinnor.

Totalt avled eller amputerades 8 procent av patienterna inom 30 dagar. Under åren 1999–2010 har andelen varierat mellan sju och elva procent. Trots tillkomsten av nya kirurgiska behandlingsmetoder har ingen trend till förbättringar kunnat skönjas. Tre procent av patienterna avled inom 30 dagar, utan några skillnader mellan könen. Amputation var dock signifikant vanligare för män, där andelen amputerade var 5,9 procent, medan andelen för kvinnor var fyra procent.

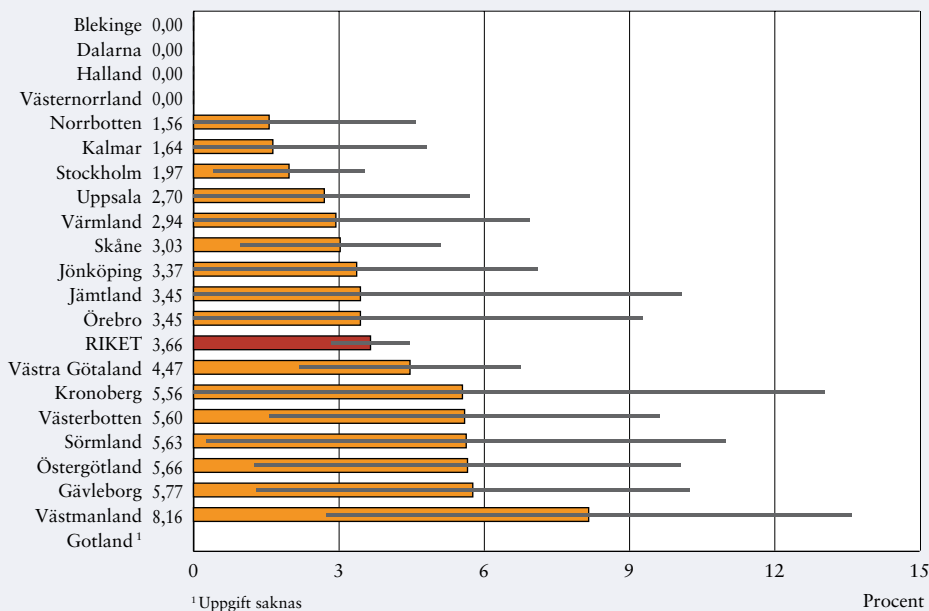


Diagram 157 Andel döda inom 90 dagar efter planerad operation för aortaaneurysm, 2009–2010.

Totalt

Källa: Swedvasc – Svenska Kärregistret

Det är stor variation mellan landstingen, med andelar från noll till 18 procent. Tolkning av denna stora spridning är svår att göra, eftersom antalet operationer är få och den statistiska osäkerheten stor. Tidigare års värden visar att de enskilda landstingens resultat varierar stort över tid. Skillnader mellan landstingen kan även bero på ofullständig inrapportering och på olikheter i patientsammansättning.

Någon målnivå för andelen amputerade eller döda efter ingrepp för kritisk ischemi finns inte. Det finns heller inga randomiserade studier som jämför icke-kirurgisk behandling med kärllingrepp för kritisk ischemi.

157 Död efter planerad operation för aortaaneurysm

Aortaaneurysm eller pulsåderbräck är en sjuklig vidgnung av stora kroppspulsådern, aorta. Vid aneurysm har aortakärlväggens olika lager försvagats, vilket ökar risken för att kärlet ska brista. Aortaaneurysm är vanligast i buken och där vanligast hos män över 60 år. Övriga riskfaktorer, även för kvinnor, är ett långvarigt förhöjt blodtryck, rökning och hjärt-kärlsjukdom. Det finns även en viss ärftlighet hos denna sjukdom.

Aortaaneurysm ger sällan symtom och förblir därför ofta odiagnostiserat. Obehandlade aneurysm kan leda till bristning, vilket är ett allvarligt tillstånd som kräver akut kirurgi och som har en hög dödlighet. Cirka 80 procent av alla som kommer till sjukhus med ett brutet aortaaneurysm avlider.

5–10 procent av alla män mellan 65–79 år har ett aortaaneurysm, som oftast inte ger några symtom. De upptäcks som regel genom den screening med ultraljud som de senaste åren införts i landstingen, bland annat efter att SBU påvisat nyttan av screening av män över 65 år. Screening leder till att flera patienter med aortaaneurysm upptäcks, varav de med hög risk opereras, medan andra erbjuds fortsatt uppföljning. Screeningens syfte är att öka antalet patienter som genomgår planerad operation och att antalet patienter som drabbas av brutet aortaaneurysm skall minska.

Indikatorn mäter dödligheten inom 90 dagar efter planerad operation för aortaaneurysm. Jämförelsen baseras på drygt 2 000 patienter som opererades 2009–2010 och som registrerades i Swedvasc. Landstingsredovisningen baseras på klinikens lokalisering, inte på patientens hemort. Gotland (Visby) utförde inga operationer.

I riket avled 3,6 procent av patienterna inom 90 dagar efter operationen. Den redovisade skillnaden mellan landsting är stor, men den låga andelen döda och ett relativt lågt antal opererade patienter gör att resultaten är osäkra. Resultaten kan påverkas av kirurgisk skicklighet, men även av egenskaper hos de patienter som genomgår operation, av skillnader i casemix.

158 Kostnad per operation av kärlförträngning i ben

För 2010 rapporterade 17 sjukhus från 12 landsting kostnader för drygt 2 200 vårdtillfällen för kärloperation. Det är kostnader för de vårdinsatser som kan knytas till varje enskilt vårdtillfälle som rapporteras. Kostnader för efterföljande uppföljningsbesök och läkemedelsanvändning i öppen vård ingår inte. I denna redovisning är det enbart de så kallade innerfallen som ingår, vilket innebär att de dyraste vårdtillfällena är exkluderade.

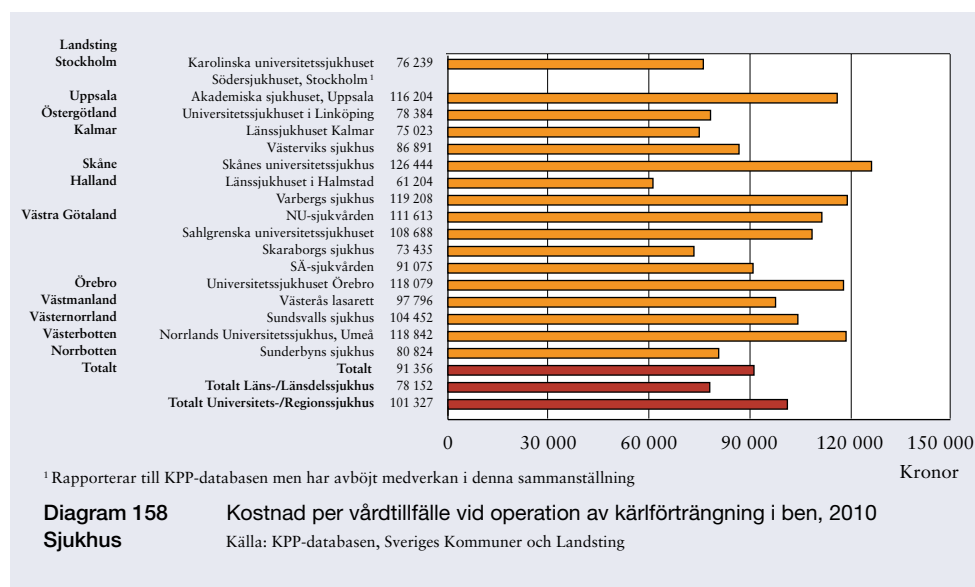
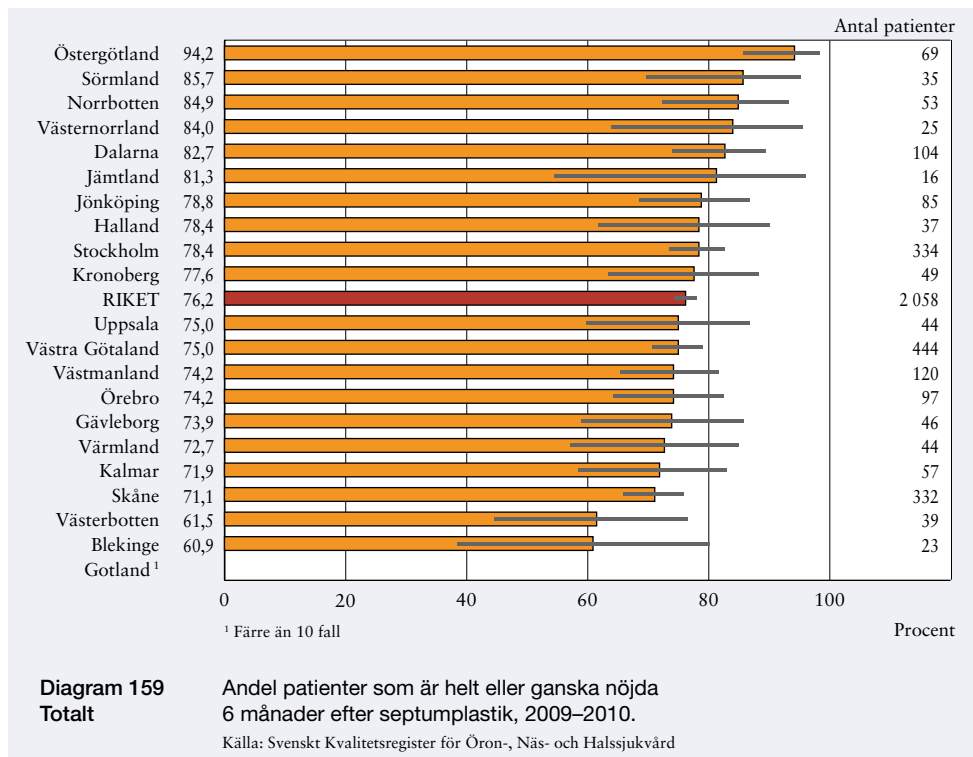


Diagram 158
Sjukhus

Kostnad per vårdtillfälle vid operation av kärlförträngning i ben, 2010
Källa: KPP-databasen, Sveriges Kommuner och Landsting

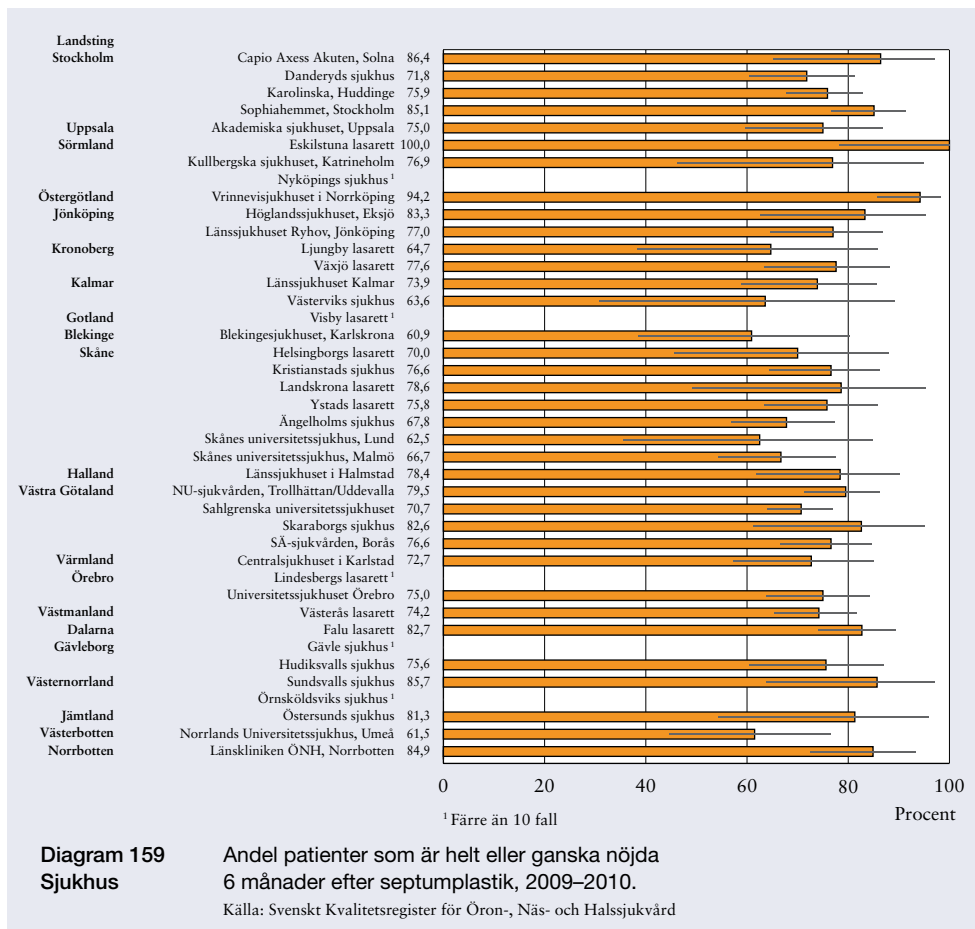


I diagram 158 visas kostnaderna per vårdtillfälle i slutenvård för den kärlkirurgiska operationen infrainguinal rekonstruktion/by pass. Operationen syftar till att förbättra blodcirkulationen i benen. Sjukhus med färre än tio fall visas ej. Genomsnittskostnad för innerfallen uppgick 2010 till 134 129 kr. De redovisade kostnaderna skiljer sig påtagligt mellan sjukhusen, med en spridning från drygt 100 000 kronor till över 300 000 kr. Medelvårdtiden är 8 dagar, men med klara skillnader mellan sjukhus från 6 till 13 dagar.

Kostnadsskillnaderna kan bero på flera olika faktorer: Olikheter i patientsammansättning, vårdtidens längd samt skillnader i medicinsk praxis kan vara några orsaker. Skillnader i beräkningar av kostnadsdata kan också vara en grund för variation, trots att det finns ett regelverk för hur kostnader ska kalkyleras.

159 Patientrapporterat resultat av septumplastik

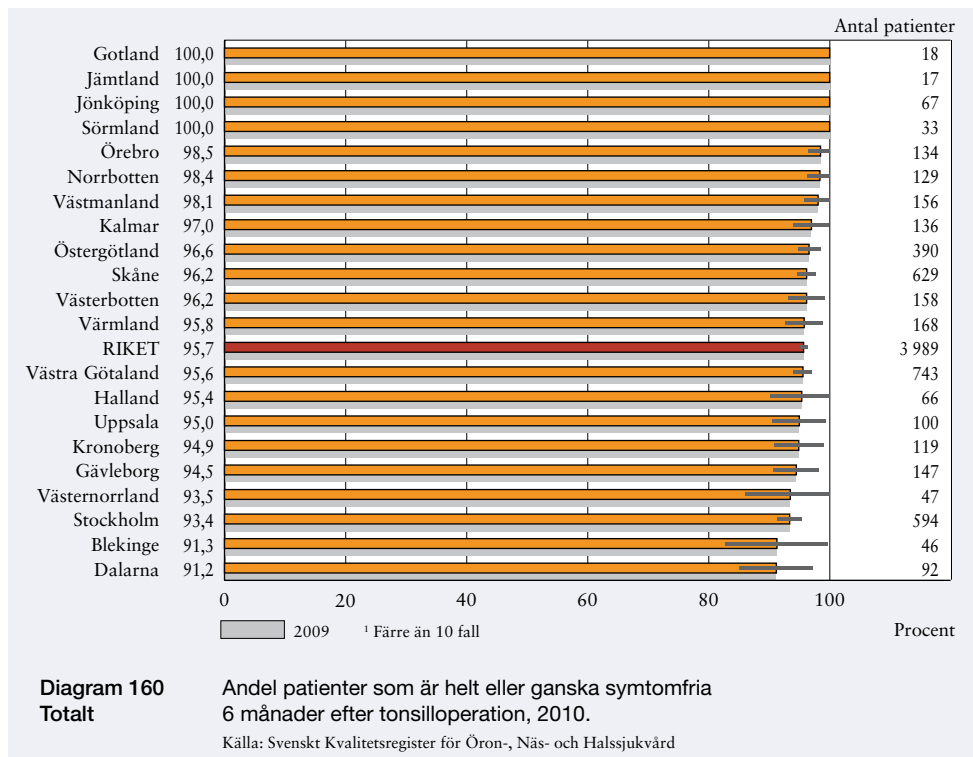
Septumplastik innebär operation av sned nässkiljevägg. Huvudsakliga motiv till operationen är nästäppa och snarkning. Nästäppa kan leda till ett antal följsymtom, som muntorrhet, snarkning och trötthet. Nästäppa kan för den drabbade innebära en påtagligt sänkt hälsorelaterad livskvalitet. 80 procent av operationerna utförs på män.



Uppgifterna kommer från Septumplastikregistret, som är ett av totalt nio register som är etablerade inom Svenskt Kvalitetsregister för Öron-, Näs- och Halssjukvård. Patienter som är opererade under 2009 och 2010 ingår i jämförelsen och totalt 2 058 patienter svarade på enkäten. Klinikens lokalisering styr landstingstillhörighet i redovisningen, inte patientens hemort. Täckningsgraden avseende operationer är för detta delregister cirka 90 procent. Dock svarar inte alla opererade patienter på den uppföljande enkäten.

Sex månader efter operationen får patienterna besvara en enkät om hur de bedömer resultatet. Diagram 159 visar andelen patienter som svarade att besvären var borta eller att resultatet var ganska bra. I riket som helhet ger 76 procent av patienterna något av dessa svar. Landstingens resultat varierar från 61 till 94 procent. Det finns inga skillnader mellan kvinnors och mäns nöjdhet. Patientens ålder påverkar dock resultatet; andelen nöjda patienter ökar något med stigande ålder.

Specialistföreningen inom öron-, näs- och halssjukvård har satt som målnivå att minst 90 procent av patienterna skall uppges vara förbättrade eller helt bra. Den



spridning och de resultat som redovisas är därmed sämre än vad specialitetsföreträdare väntar sig eller vill se. Det finns därmed både behov av och potential för förbättringsarbete.

160 Patientrapporterad symtomfrihet efter tonsilloperation

Tonsilloperation innebär borttagande av halsmandlarna. Det finns olika orsaker till att operera bort halsmandlarna. Hos barn är den vanligaste orsaken att halsmandlarna är så stora att de ger andningsuppehåll, snarkningar och ibland sväljningssvårigheter. Andra orsaker är tätt återkommande halsinfektioner (halsfluss) eller halsbölder. I Sverige utförs cirka 10 000 tonsilloperationer årligen och det är ett av de vanligaste kirurgiska ingreppen på barn. Nära hälften av alla tonsilloperationer görs i dagkirurgi.

Källan till denna indikator är Nationellt Kvalitetsregister för tonsilloperation, som är del av Svenskt kvalitetsregister för Öron-, Näs- och Halssjukvård. Täckningsgraden bedöms på nationell nivå vara cirka 80 procent, baserat på en jämförelse av antalet opererade med Patientregistret vid Socialstyrelsen, avseende 2008.

Till registret inhämtas data om operationsmetoder, operations- och blodstillningstekniker. Från patienten inhämtas uppgifter bland annat om komplikationer som postoperativ blödning, infektion, smärta och hur adekvat patientinformationen har upplevts.

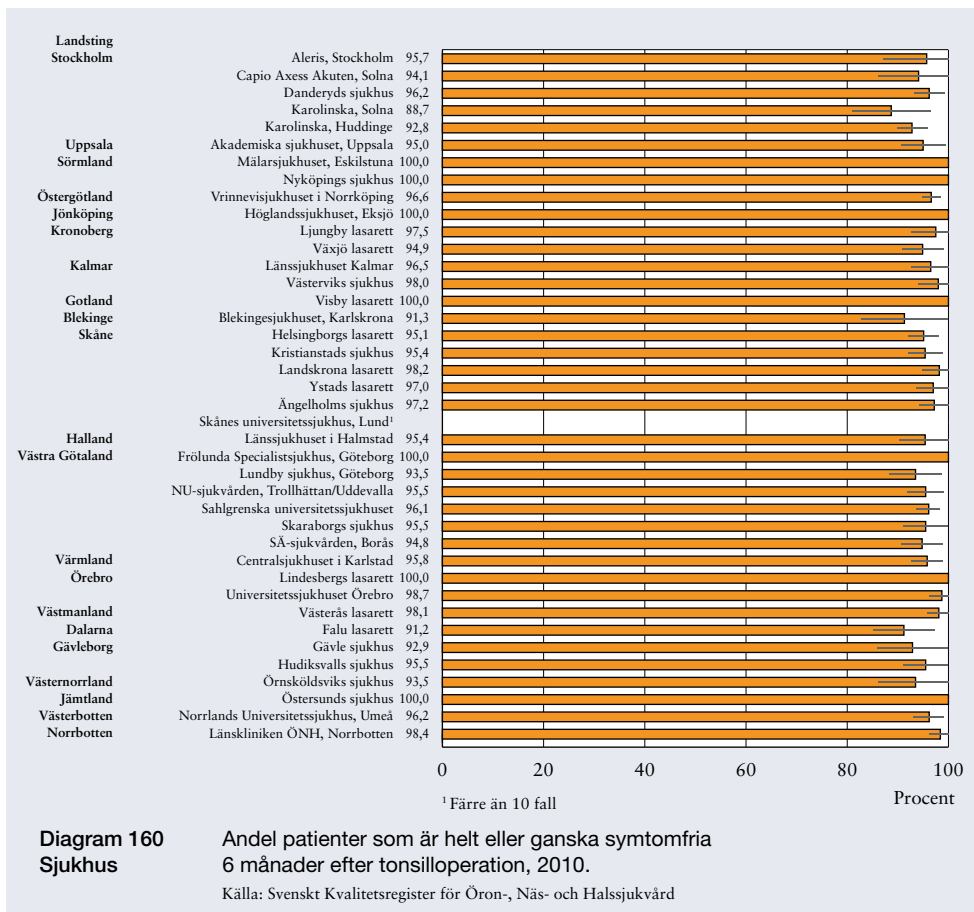


Diagram 160 Andel patienter som är helt eller ganska symtomfria 6 månader efter tonsilloperation, 2010.

Källa: Svenskt Kvalitetsregister för Öron-, Näs- och Halssjukvård

Sex månader efter operationen ombeds patienten även besvara en enkät där graden av symtombefrielse bedöms. Indikatorn visar andelen patienter som sex månader efter operationen är helt eller ganska symtomfria, med vilket avses att de valt ena av svarsalternativen ”besvären borta” eller ”jag har blivit ganska bra”.

Jämförelsen baseras på knappt 4 000 patienter som opererades under 2010 och som deltog i uppföljningen efter sex månader. Patienter med cancersjukdom ingår inte. Redovisning på landstingsnivå baseras på klinikkens lokalisering, inte på patientens hemort.

Andelen patienter som är helt eller ganska symtomfria är i riket knappt 96 procent, med en variation mellan landsting från 91 till 100 procent. Det finns inga skillnader mellan könen.

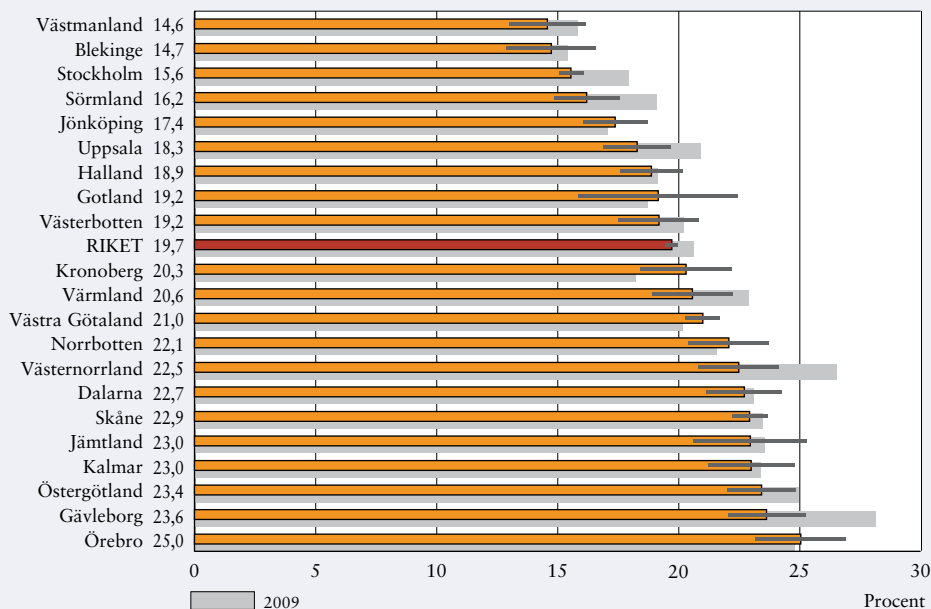


Diagram 161 Andel patienter med synskärpa under 0,5 på bästa ögat vid kataraktoperation, 2010.

Totalt

Källa: Nationella Kataraktregistret

Patientens upplevda grad av besvärslfrihet påverkas av indikation (tillståndet som motiverade operationen), ålder och förekomsten av komplikationer efter operationen. Även informationen till patienten innan operationen kan påverka graden av besvärslfrihet efter operationen.

161 Synfel vid tidpunkt för kataraktoperation

Under 2010 utfördes över 88 000 kataraktoperationer av patienter med sjukdomen grå starr, vilket är en ökning på nio procent jämfört med året innan. Väsentliga förbättringar av synförmågan nås för en stor del av patienterna. Uppgift om patientens synskärpa på det bästa ögat vid tidpunkten för operationen är ett mått på tillgänglighet till kataraktoperation i de olika landstingen. Om en stor andel av befolkningen under flera år opereras, ser de opererade patienterna förhållandevis bättre innan operationen. Fler operationer av så kallade andra-ögon bidrar också till bättre siffror.

Uppgifterna kommer från det Nationella Kataraktregistret. Registret har en mycket god täckningsgrad och innehåller för närvarande över 98 procent av alla operationer, enligt registrets bedömning. Betydligt färre kataraktoperationer rapporteras till Patientregistret, trots att denna rapportering är obligatorisk. I en jämförelse avseende operationer 2009 berodde mer än hälften av bortfallet i Patientregistret på underreportering från privata vårdgivare.

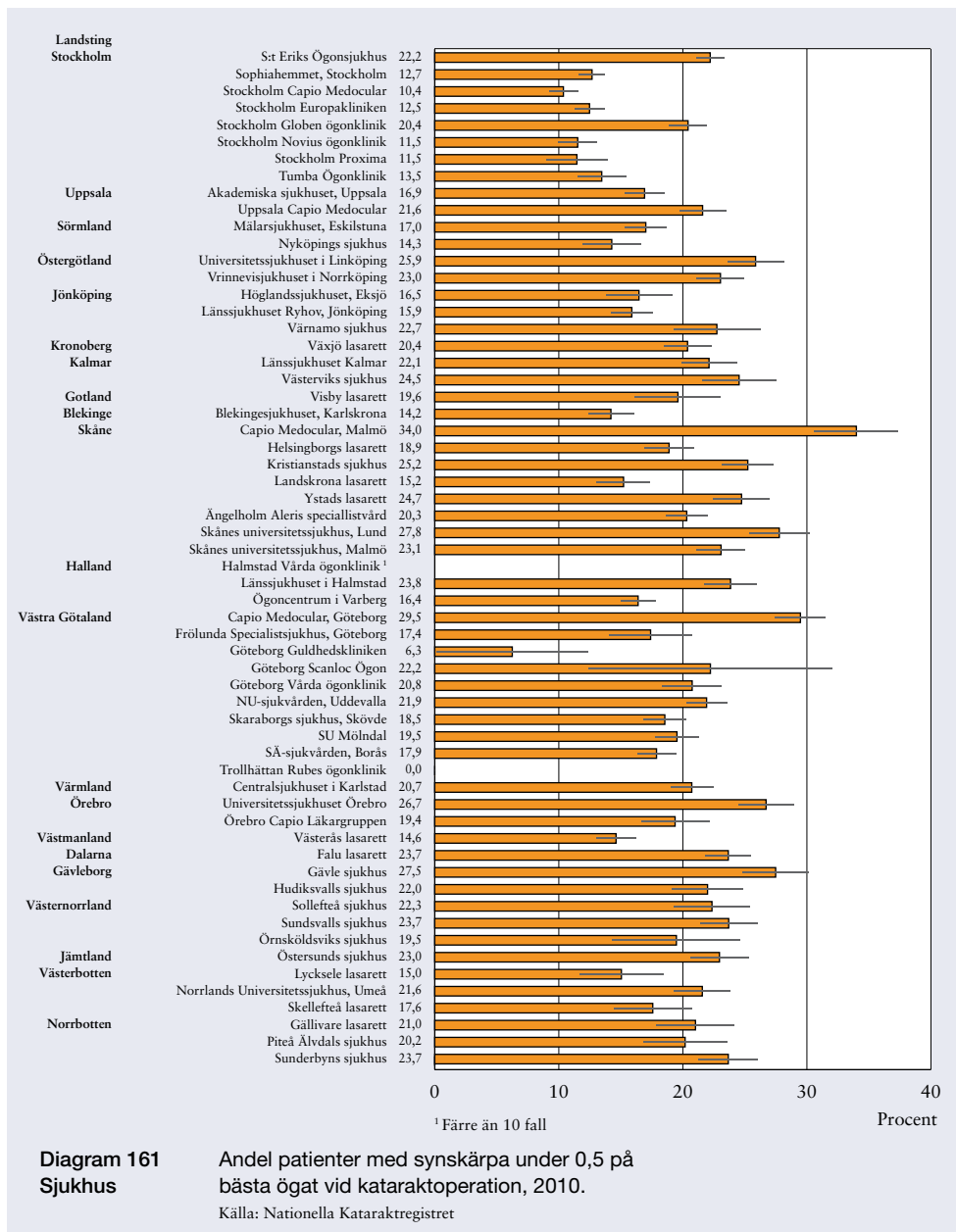


Diagram 161 Andel patienter med synskärpa under 0,5 på bästa ögat vid kataraktoperation, 2010.

Källa: Nationella Kataraktregistret

I diagram 161 redovisas andelen av alla opererade patienter som hade en synskärpa som var lägre än 0,5 på det bästa ögat. En låg andel innebär att patienterna hade bättre syn och vice versa. Uppgifterna avser 2010. Uppgifterna per landsting är baserade på patienternas hemort, oavsett var operationen utfördes.

Generellt gäller att kvinnor har en sämre syn när de opereras än vad män har. Störst skillnader mellan kvinnor och män var det 2010 i Västernorrland och på Gotland.

I Västerbotten hade tvärtom männen en sämre syn vid operationen detta år. Tolkning av könsskillnaderna försvåras av att kvinnor och män som opereras skiljer sig åt, till exempel med avseende på ålder, operation av andra ögat, körkort etc. Dessutom är operationsfrekvensen för kvinnor 1,5 gånger större än för män.

Skillnaderna mellan landstingen har varit stor under en följd av år, men har minskat något de senaste åren. Som en del i arbetet med vårdgarantin har gemensamma indikationer utarbetats för när kataraktoperation bör utföras. Detta kan leda till att skillnaderna mellan landstingen minskar.

Den långsiktiga utvecklingen för riket som helhet har visat att patienterna ser allt bättre vid tidpunkten för operation. Registret har kunnat påvisa ett klart samband mellan operationsfrekvens och vilken grad av synnedläggning man har vid tiden för operation. Detta gör att landstingen kan påverka sitt utfall i denna indikator genom att förändra det antal operationer man finansierar för sin befolkning.

162 Självs kattad nytta av kataraktoperation

Kataraktoperation (gråstarrsoperation) är Sveriges vanligaste operation. Syftet med operationen är att återställa synen genom att avlägsna den grå starren. Det övergripande målet med denna kirurgi är att åstadkomma optimal synskärpa, optimal refraktion (ögats brytningskraft), ett minimum av komplikationer och en nöjd patient.

Denna indikator speglar hur väl man lyckats med att förbättra patientens självskattade synfunktion i det dagliga livet. Indikatorn har använts i Nationella Kataraktregistret fullt ut sedan 2009 och 2010. Frågeformuläret, Catquest-9SF, är ett sjukdomsspecifikt frågeformulär. Det är självinstruerande och fylls i av patienten före och tre månader efter operation. Enkäten efter operationen har en svarsfrekvens på cirka 80 procent. Studier har pekat på att de som inte besvarar enkäten är genomsnittligt lite sjukare och äldre än de som besvarar den. Kliniker deltar frivilligt under en månad varje kalenderår. Vid registreringen 2010 deltog 35 kliniker, en ökning jämfört med 2009 då 24 kliniker deltog. Kataraktoperation utförs vid drygt 60 kliniker. Resultaten på nationell nivå kan troligen anses som ganska representativa.

Indikatorn visar andelen patienter som upplever mindre hinder att utföra dagliga aktiviteter efter operationen än innan. Jämförelsen baserar sig på drygt 2 000 patienter som opererades under 2010.

Knappt 92 procent av patienterna upplever mindre besvär efter operationen än innan. 2009 var motsvarande andel drygt 93 procent. Det är svårt att dra slutsatser på nationell nivå angående skillnaden mellan åren, eftersom olika kliniker deltagit olika år. Flera faktorer kan leda till en självskattad försämring efter operationen: Förekomst av annan ögonsjukdom i operationsögat, operationskomplikationer, avvikande refraktionsutfall och frånvaro av besvär före operation. Kortfattat kan man konstatera att svårt sjuka ögon och alltför friska ögon samt operationskomplikationer är riskfaktorer för mer självskattade besvär efter operation än före.

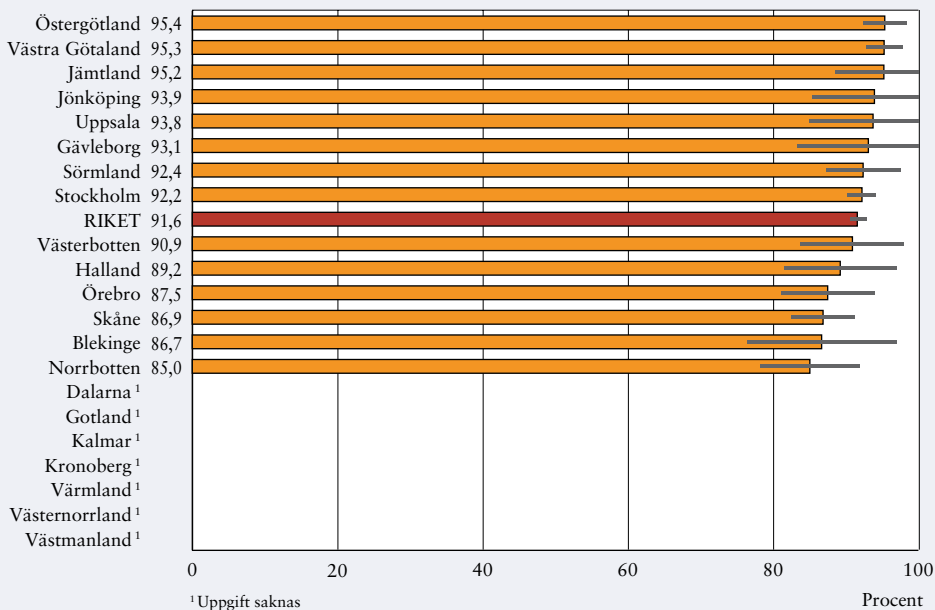


Diagram 162 Andel patienter med förbättrad självskattad synfunktion 3 månader efter kataraktoperation, 2010.

Källa: Nationella Kataraktregistret

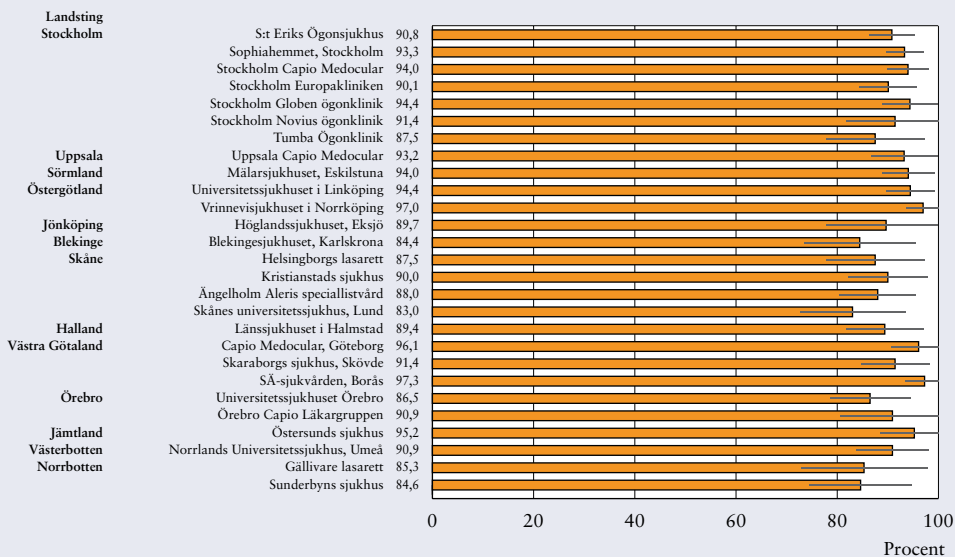


Diagram 162 Andel patienter med förbättrad självskattad synfunktion 3 månader efter kataraktoperation, 2010.

Källa: Nationella Kataraktregistret

INTENSIVVÅRD

Intensivvård definieras som avancerad övervakning, diagnostik och behandling vid hotande eller manifesterad svikt i vitala funktioner hos patienterna. Svårt sjuka patienter, oftast med flera livshotande tillstånd, vårdas i en personaltät och högteknologisk miljö. Intensivvården är därför en av de mest resurskrävande formerna av sjukvård. Enligt KPP-databasen svarar intensivvård för cirka 8 procent av kostnaderna för den somatiska slutenvården vid sjukhus. På intensivvårdsavdelningar (IVA) vårdas cirka 40 000 patienter årligen. Under 2010 fanns det 84 IVA, varav 66 var allmänna IVA på det stora flertalet av svenska länsdels-, läns- och universitets-/regionsjukhus, medan resterande IVA var avdelningar med specialinriktning. Under 2010 lades Karolinska Sjukhusets BRIVA ned och Uddevalla och Norra Älvsborgs Länssjukhus slogs samman till en avdelning, NU Trollhättan. Antal möjliga IVA har därför minskat från 86 till 84.

Svenska Intensivvårdsregistret (SIR) är ett Nationellt Kvalitetsregister för intensivvård som startade år 2001. Intensivvårdens betydande resursbruk och patienternas höga morbiditet och mortalitet var skäl för att skapa ett register som speglar intensivvårdens alla diagnoser, i stället för att ha separata register kring enstaka diagnoser.

SIR samlar och sammanställer information för att stödja lokalt kvalitetsarbete och stimulera till jämförelser över tid inom samma intensivvårdsavdelning och mellan de deltagande avdelningarna. År 2010 var 75 av landets sammanlagt 84 IVA-avdelningar medlemmar i SIR. Över 90 procent av alla avdelningar med allmän intensivvård är medlemmar. Täckningsgrad i meningen hur komplett registreringen är, varierar mellan olika variabler i registret. Andelen patienter som följts upp med avseende på överlevnad, ett av de mått som här redovisas, är nästan 98 procent. 12 procent av medlemmarna kunde av IT-mässiga skäl inte skicka data under 2010. Data kan av detta skäl inte redovisas för alla landsting och medlemsavdelningar.

SIR utvecklar och informerar om nationella riktlinjer för hur intensivvård i Sverige bör följas upp och registreras. Detta görs i tät samverkan med Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård. Fokus för registret är tio nationella kvalitetsindikatorer för intensivvård. Tre indikatorer avseende intensivvård redovisas här. Dessa beskriver riskjusterad dödlighet efter intensivvård, andel utskrivna från IVA nattetid och oplanerad återinläggning inom 72 timmar efter utskrivning från IVA.

163 Riskjusterad dödlighet efter vård på IVA

Patienter som vårdas på IVA har en hög dödlighet. Ungefär 9–10 procent av alla patienter har avlidit inom 30 dagar från ankomst till IVA. Överlevnad 30 dagar efter ankomst till intensivvården har därför hög relevans som kvalitetsindikator. Dödligheten påverkas av patientsammansättningen vid de olika IVA-enheterna. I SIR:s årsrapport 2010 redovisas bland annat att dödligheten efter 30 dagar varierar från drygt 2 till 25 procent för olika enheter. Med adekvat standardisering för patienter

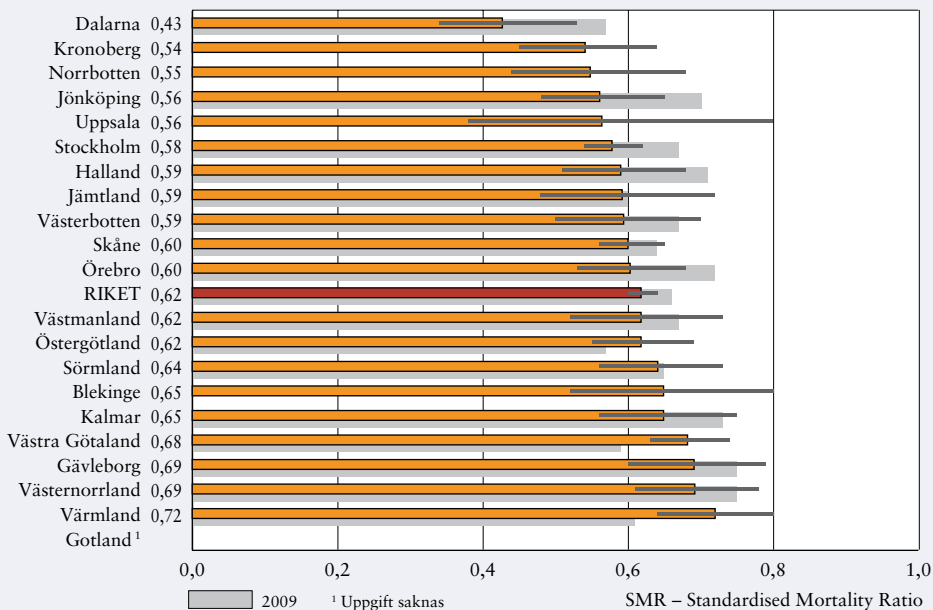


Diagram 163 Riskjusterad dödlighet 30 dagar efter ankomst till intensivvårdsavdelning, 2010.

Källa: SIR – Svenska Intensivvårdsregistret

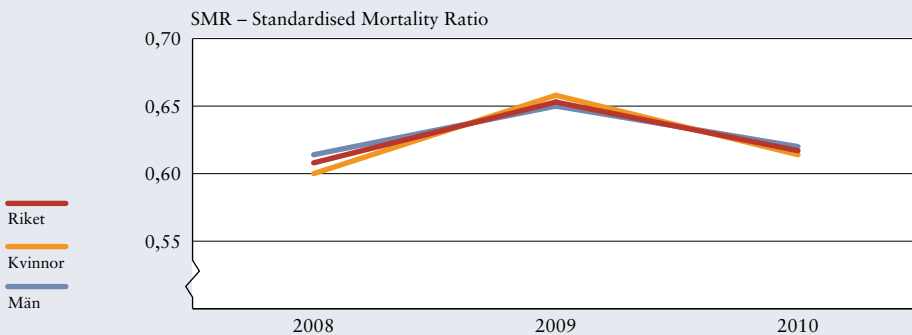


Diagram 163 Riskjusterad dödlighet 30 dagar efter ankomst till intensivvårdsavdelning.

Källa: SIR – Svenska Intensivvårdsregistret

ternas ålder, sjukdomssvårighetsgrad och kroniska sjukdomar (= riskjustering) kan dödligheten jämföras över tid och mellan verksamheter på ett mer korrekt sätt.

Riskjusterad mortalitet är ett sammansatt mått som speglar de 30 första dagarna i vård- och omsorgskedjan från intensivvårdens start, över vården på sjukhus till eftervård på institution eller i hemmet. Riskjusterad mortalitet beskriver den förväntade dödligheten med hänsyn tagen till sjukdomens typ och svårighetsgrad samt

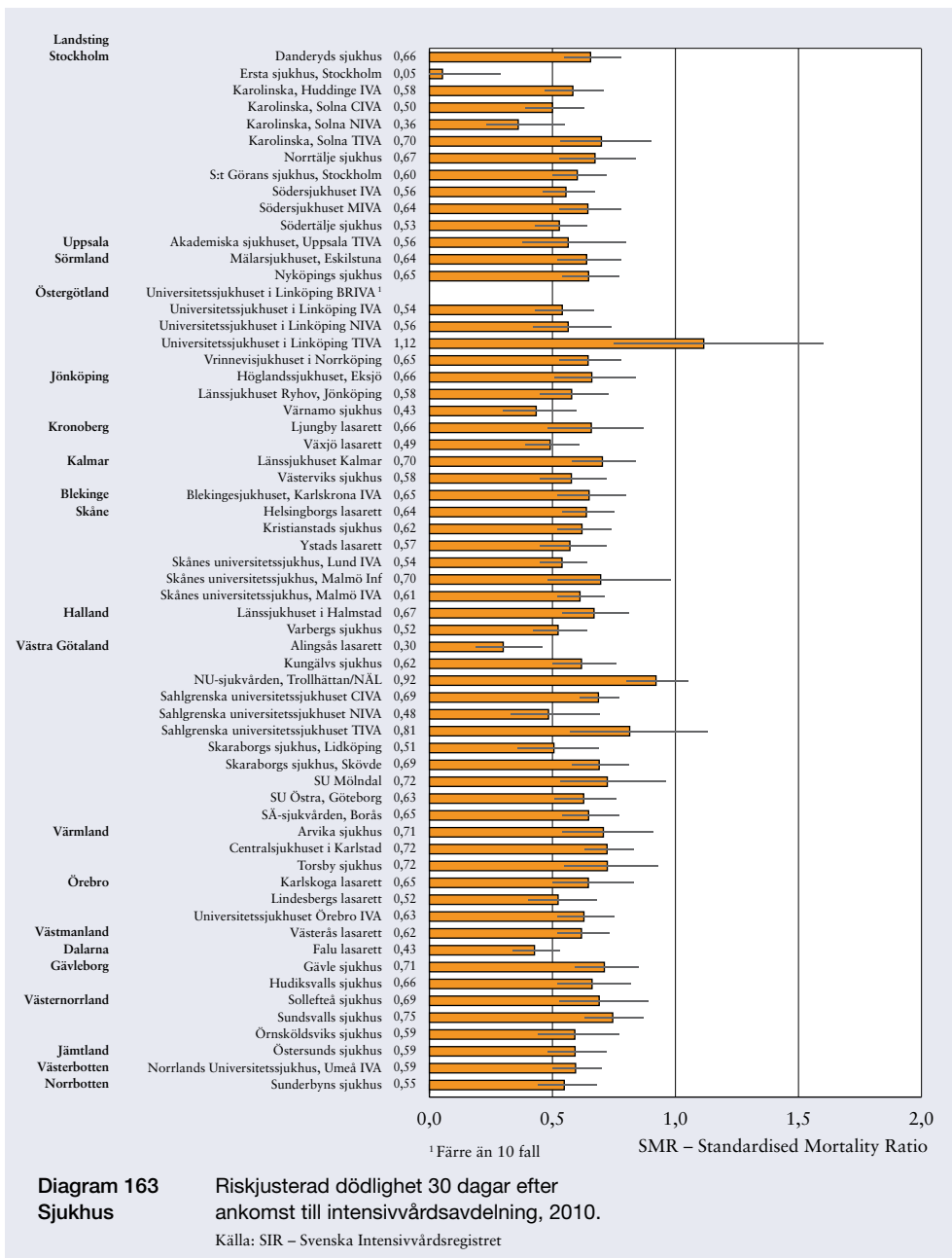


Diagram 163 Riskjusterad dödlighet 30 dagar efter ankomst till intensivvårdsavdelning, 2010.

Källa: SIR – Svenska Intensivvårdsregistret

patientens ålder och tidigare sjukdomar. I riskjusteringssystemen ingår bland annat ålder, förekomst av kronisk sjukdom, typ av akut sjukdom (intagningsorsak), ankomstväg till IVA samt den akuta sjukdomens svårighetsgrad och opererad status.

Utifrån dessa data beräknas risken för död, den förväntade dödligheten, inom 30 dagar. Denna förväntade dödlighet baseras i den mest använda modellen (SAPS3) på studier av huvudsakligen europeiska intensivvårdspatienter under 2002. Förvän-

tad dödlighet jämförs sedan med den observerade dödligheten vid 30 dagar. Kvoten mellan förväntad och observerad dödlighet benämns standardiserad mortalitetsratio, SMR.

SMR = 1 betyder att den observerade dödligheten är identisk med den förväntade dödligheten, SMR > 1 att den observerade dödligheten är högre än den förväntade och SMR < 1 betyder att den observerade dödligheten är lägre än den förväntade.

SIR beräknar SMR på utfallen levande eller avliden 30 dagar efter ankomsten till IVA. SMR kan påverkas av vårdgivarna, eftersom indikatorn speglar omhändertagandet i hela vårdkedjan fram till och med 30 dagar efter inläggning på IVA. Både insatser på IVA och i den efterföljande vården kan påverka resultatet.

SMR kräver en nyanserad tolkning. Bästa möjliga vård och behandling för de sjuka patienterna innebär oftast mesta möjliga behandling för fortsatt liv. Men bästa vård och behandling kan också innebära ändrad behandlingsstrategi till att avstå eller avbryta medicinsk behandling på IVA. SMR är en viktig kvalitetsindikator, som när den kompletteras med andra, till exempel förekomsten av beslut att avbryta/avstå från behandling, kan bidra till en korrekt beskrivning av intensivvårdens resultat. När hänsyn tagits till olika kvalitet på indata, till patientkarakteristika som ej fångas av systemet för riskjustering och till slumpen, återstår olika kvalitet i hela vårdkedjan som förklaring till skillnader i SMR.

Målsättning för SMR, baserat på SAPS3, är ett värde mindre än 1. Denna nivå kommer att justeras när SIR samlat tillräckligt med data för att definiera en till svensk intensivvård anpassad målnivå. Utfallet för 2010 visar att SMR baserat på SAPS3 i riket är 0,62 och med en variation mellan landstingen från 0,43 till 0,72. Den observerade dödligheten är således lägre än den förväntade i alla landsting och klart bättre än målnivån och det internationella referensvärdet 1.

En övergång från riskjustering med APACHE till SAPS3-systemet pågår. För några landsting där båda systemen används redovisas endast SMR baserat på SAPS3. Detta gäller till exempel Västra Götaland, där antalet fall därför är litet.

164 Utskrivning nattetid från IVA

Utskrivning från intensivvården nattetid sker vanligen på grund av medicinska behov för specialistvård (till exempel neurokirurgi) eller på grund av platsbrist på IVA. Nattlig utskrivning från IVA till vårdavdelning är förknippat med ökad dödlighet.

Eftersom bemanningen på vanliga vårdavdelningar ofta är begränsad nattetid, betyder överflyttning till vårdavdelning att patienten måste klara sig själv i större utsträckning än inom intensivvården. Denna indikator speglar förebyggande och samordnande åtgärder i vården och kan belysa tillgången på IVA-platser eller prioriteringar.

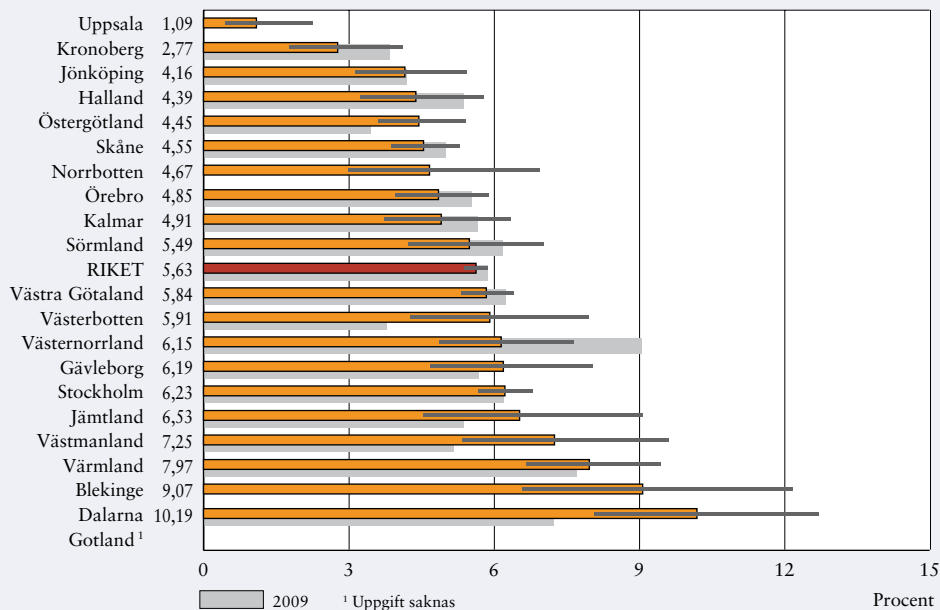


Diagram 164
Totalt

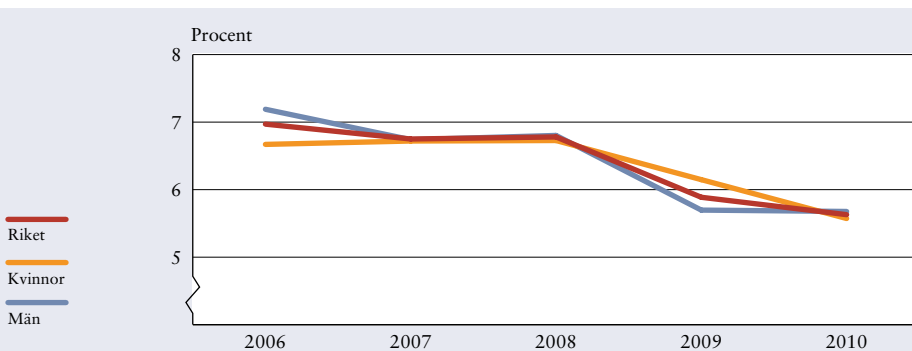
Andel patienter som skrevs ut nattetid från intensivvårdsavdelning till vårdavdelning, 2010.

Källa: SIR – Svenska Intensivvårdsregistret

Diagram 164
Riket

Andel patienter som skrevs ut nattetid från intensivvårdsavdelning till vårdavdelning.

Källa: SIR – Svenska Intensivvårdsregistret



Nattlig utskrivning till vårdavdelning definieras som utskrivning mellan kl 22 på kvällen och kl 7 på morgonen. I SIR anges som målnivå att mindre än 6,8 procent av alla utskrivningar skall ske nattetid. År 2010 skedde 5,6 procent av alla utskrivningar från allmän intensivvård till vårdavdelning nattetid. Totalt motsvarar detta drygt

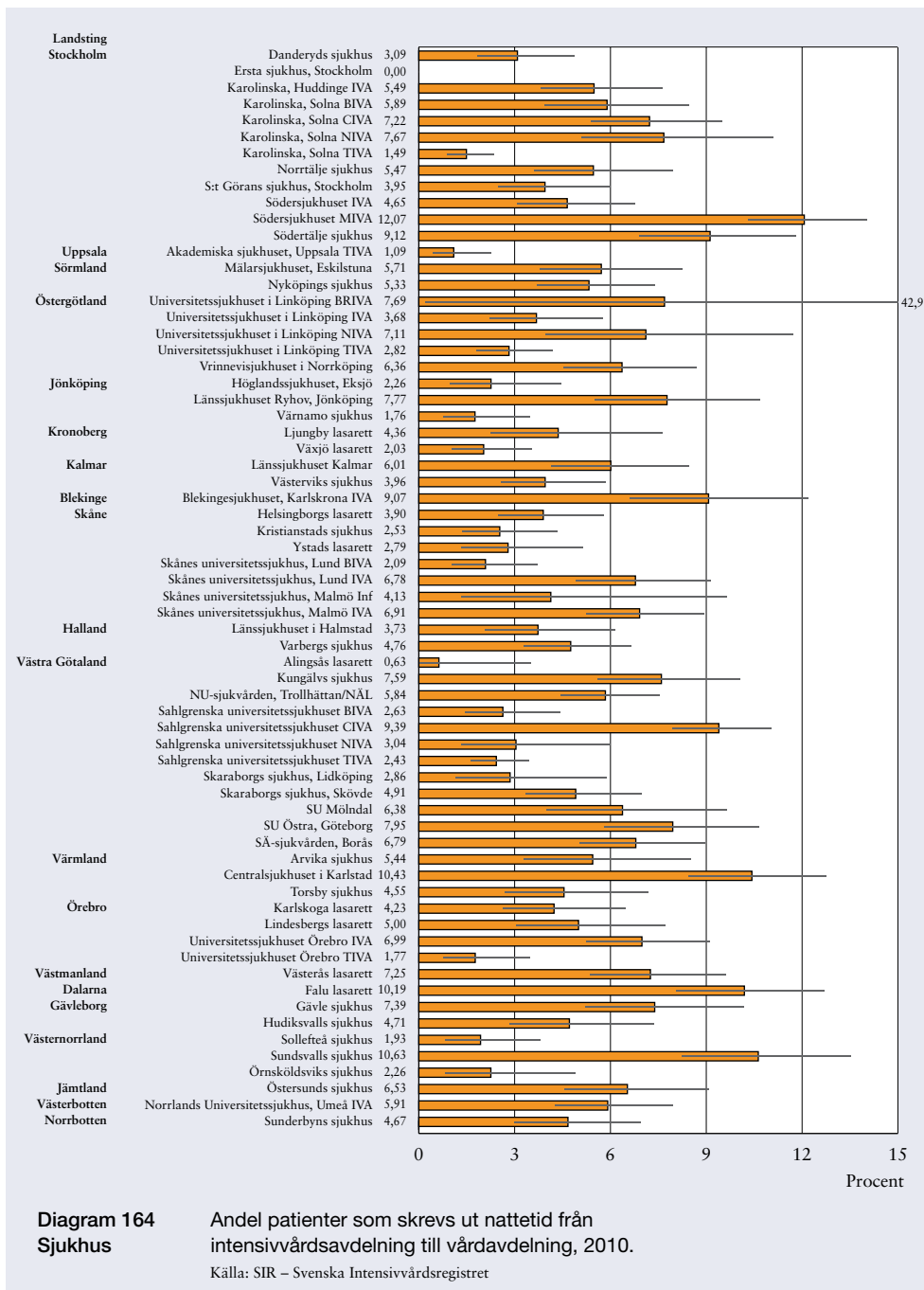


Diagram 164 Andel patienter som skrevs ut nattetid från sjukhus intensivvårdsavdelning till vårdavdelning, 2010.

Källa: SIR – Svenska Intensivvårdsregistret

2 000 patienter. Spridningen mellan landstingen är avsevärd. SIR:s målsättning nås av alla utom fyra landsting. Andelen nattliga utskrivningar var för riket som helhet lägre 2010 än under föregående år.

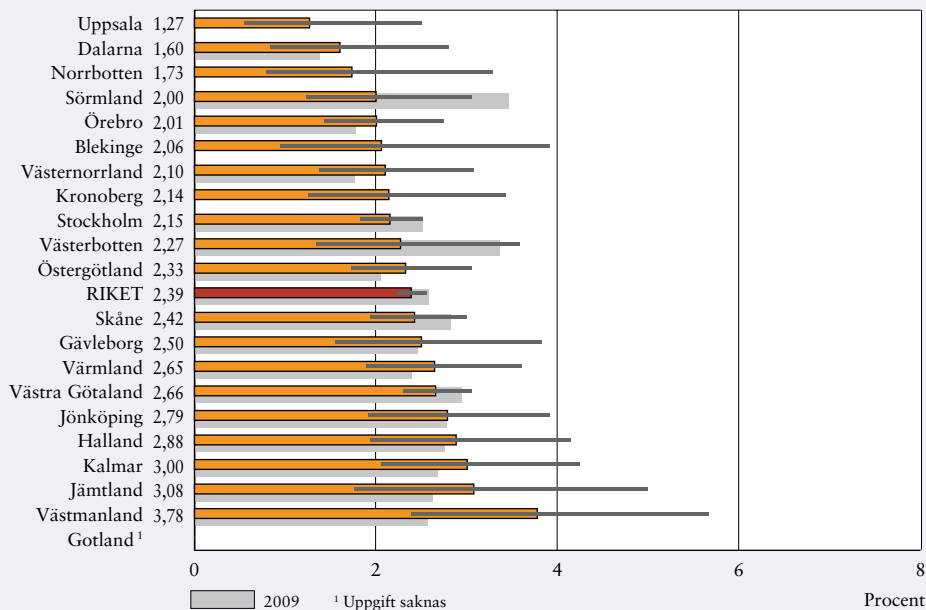


Diagram 165 Andel patienter som oplanerat återinskrivs på samma intensivvårdsavdelning inom 72 timmar, 2010.
Totalt

Källa: SIR – Svenska Intensivvårdsregistret

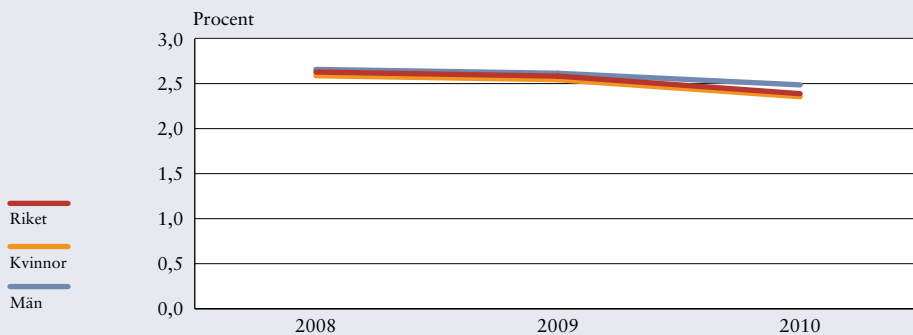


Diagram 165 Andel patienter som oplanerat återinskrivs på samma intensivvårdsavdelning inom 72 timmar.
Riket

Källa: SIR – Svenska Intensivvårdsregistret

165 Oplanerad återinskrivning till IVA

Det är väl känt att patienter som oplanerat återkommer till samma IVA kort efter utskrivning, med vilket här avses inom 72 timmar, löper en ökad risk att dö. Det bekräftas av SIR-data för åren 2008–2010, där återinläggning inom 72 timmar är förenat med en ökad dödlighet: 45 % relativ riskökning, efter justering för sjuk-

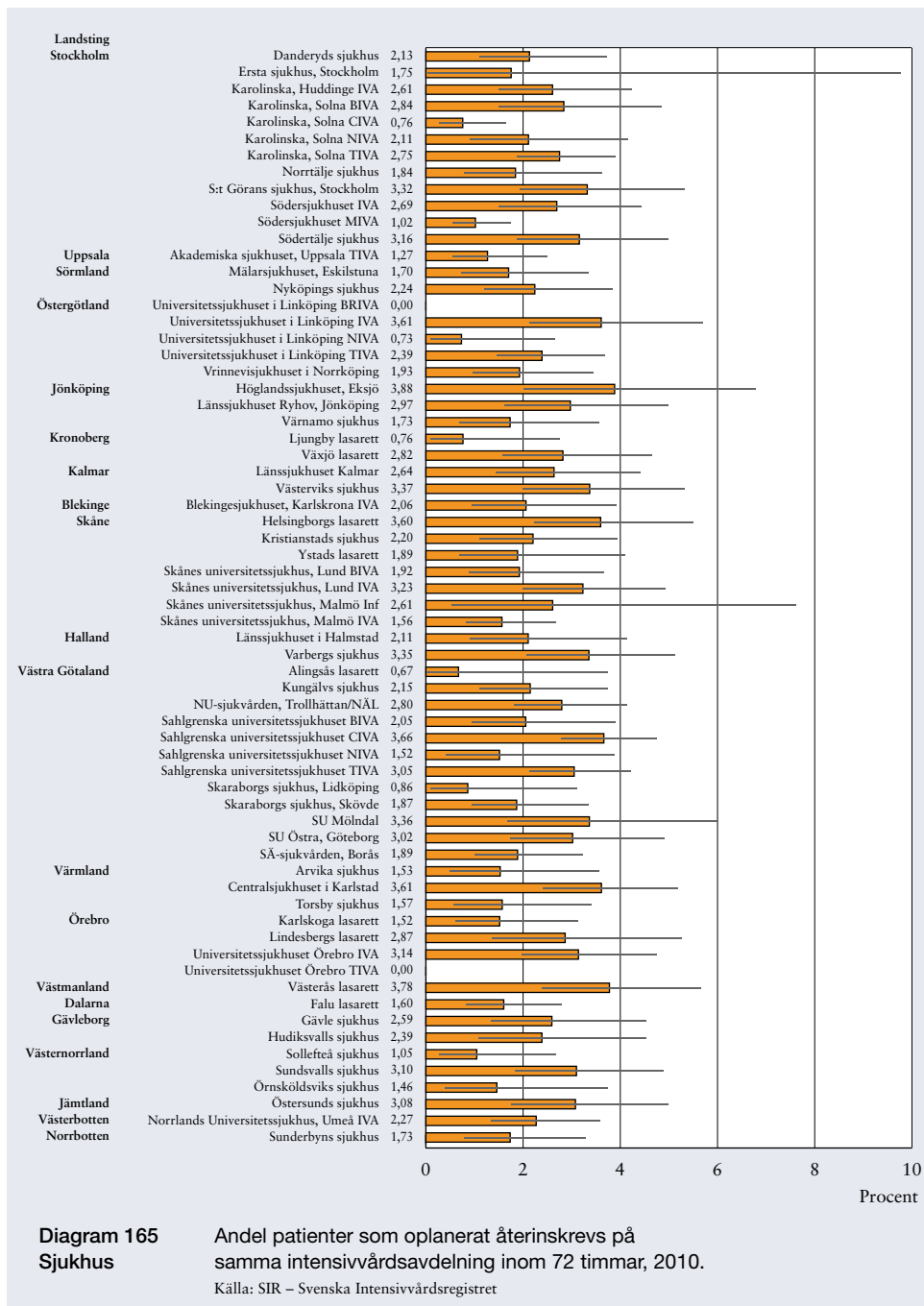


Diagram 165 Sjukhus Andel patienter som oplanerat återinskrivs på samma intensivvårdsavdelning inom 72 timmar, 2010.

Källa: SIR – Svenska Intensivvårdsregistret

domssvårighetsgrad med SAPS3. Detta är bakgrunden till att SIR redovisar andelen återinläggningar som en kvalitetsindikator.

Andelen återinläggningar kan till viss del påverkas av tillgången till IVA-platser samt av hur väl strukturerat omhändertagandet av patienten är efter vården vid

IVA. SIR:s målsättning är att andelen oplanerade återinläggningar på samma IVA inom 72 timmar skall vara lägre än 3,1 procent.

I diagram 165 anges andelen patienter med oplanerad återinläggning på IVA inom 72 timmar efter utskrivning från samma IVA. Utfallet för 2010 visar att andelen oplanerade återinskrivningar är 2,4 procent i riket som helhet, med en spridning mellan landstingen från 1,3 till 3,8 procent.

En viss minskning av andelen återinläggningar har skett och även spridningen mellan landstingen har minskat, jämfört med åren 2008 och 2009. Det finns i riket som helhet ingen statistiskt säkerställd skillnad i återinläggningsfrekvens mellan könen.

ANNAN VÅRD

166 God viruskontroll vid HIV

HIV är en virusinfektion som obehandlad leder till AIDS och död. Modern livslång behandling ger förväntad normal livslängd. I Sverige finns nu 5 600 diagnostiserade personer, varav de flesta är boende i storstadsregionerna. Patientgruppen har ökat med 6 procent sedan 2010. I dag når 92 procent av de behandlade patienterna behandlingsmålen och blir varaktigt virusfria.

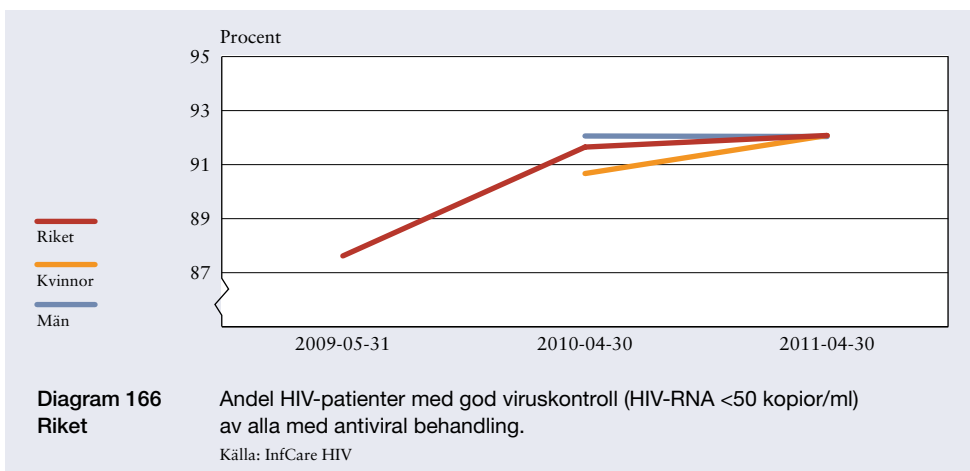
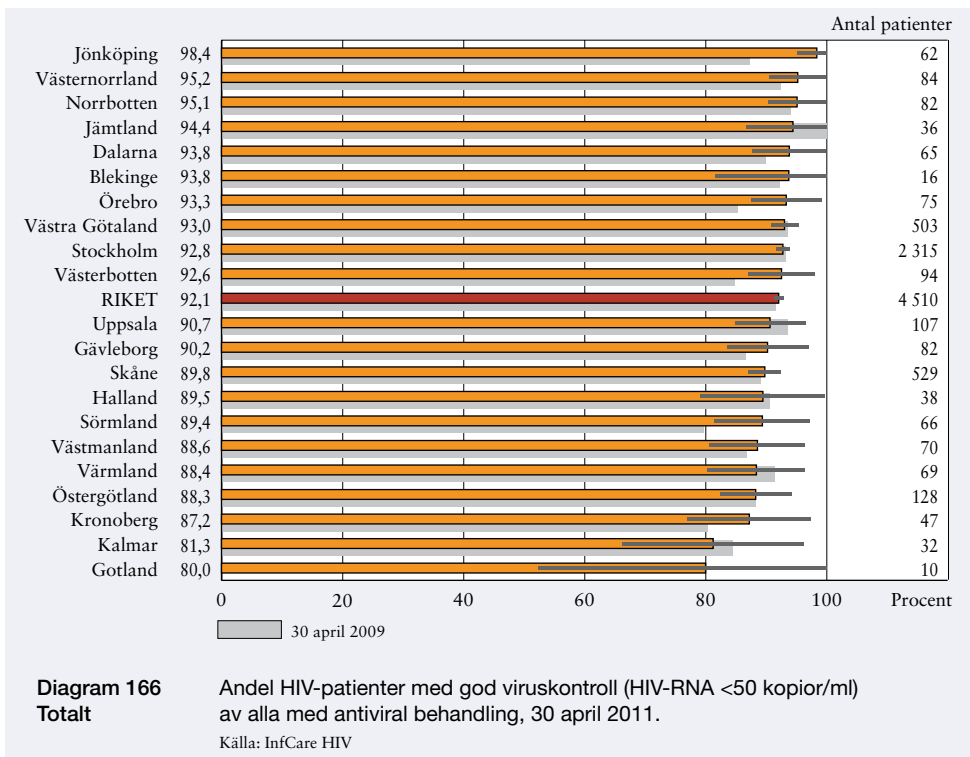
Källan till den indikator som redovisas här är kvalitetsregistret InfCare HIV. Syftet med InfCare HIV är att skapa en god och jämlik vård för patienterna, oavsett smittväg och vårdgivare. Detta sker genom att identifiera problem och förbättringspotentialer. InfCare HIV är samtidigt ett kvalitetsregister och ett kliniskt beslutsstöd i vården, med grafisk framställning av data som används i varje möte med patienten. InfCare HIV används i dag på alla de 31 kliniker som handlägger HIV-infekterade patienter och har en täckningsgrad på över 99 procent.

Den främsta indikatorn för HIV-behandling i den kliniska vardagen är processmättet HIV-RNA < 50 kopior/ml. Detta mått följs regelbundet och över tid för alla patienter. Det motsvarar ett tillstånd där virus inte kan upptäckas i den HIV-infekterade patientens blodplasma. Det är ett virusmått som är direkt relaterat till överlevnad vid HIV-infektion. Processmättet är internationellt etablerat och det mest använda vid läkemedels- och behandlingsstudier.

Vid behandling eftersträvas behandlingsresultat HIV-RNA < 50 kopior/ml. En utebliven eller långsam nedgång efter insatt behandling, eller stigande nivåer senare under behandling, är mycket känsliga mått på otillräcklig behandlingseffekt. Identifiering av orsaker till sådana problem är central för att kunna påverka och förbättra behandlingsresultaten. I diagram 166 visas andelen HIV-patienter med viruskontroll, definierat som HIV-RNA < 50 kopior/ml, i april 2011. Redovisningen baseras på patientens senaste mätvärde. Antalet patienter som ingår i jämförelsen är 4 510.

I riket når 92 procent av alla patienter behandlingsmålet, med innebörden att de har en mycket god och stabil behandlingseffekt. Resultatet är stabilt gott och samma som för 2010. Skillnaderna mellan landstingen sträcker sig från 80 till 98 procent av patienterna som når målet. Skillnaderna har minskat jämfört med mätningen år 2009. Det finns inga skillnader mellan kvinnors och mäns behandlingsresultat.

Kvalitetsregistret anger som mål, eller som det förväntade utfallet, att 90 procent av patienterna har god viruskontroll, vilket nås av en majoritet av landstingen. De minskade skillnaderna mellan landstingen/klinikerna kan till del förklaras av att alla kliniker nu redovisar aktuella, uppdaterade data. En annan orsak av betydelse är det kvalitetsarbete som skett till följd av redovisningen av 2008 och 2009 års resultat.



De svenska behandlingsresultaten är mycket goda ur ett internationellt perspektiv, även jämfört med de resultat som vanligtvis redovisas från kliniska studier, med de strikta kriterier på patienturval som tillämpas där.

HIV-populationen har av tradition beskrivits utifrån möjliga sätt att förvärva infektionen. Dessa grupper har stora olikheter i socioekonomiska och kulturella faktorer

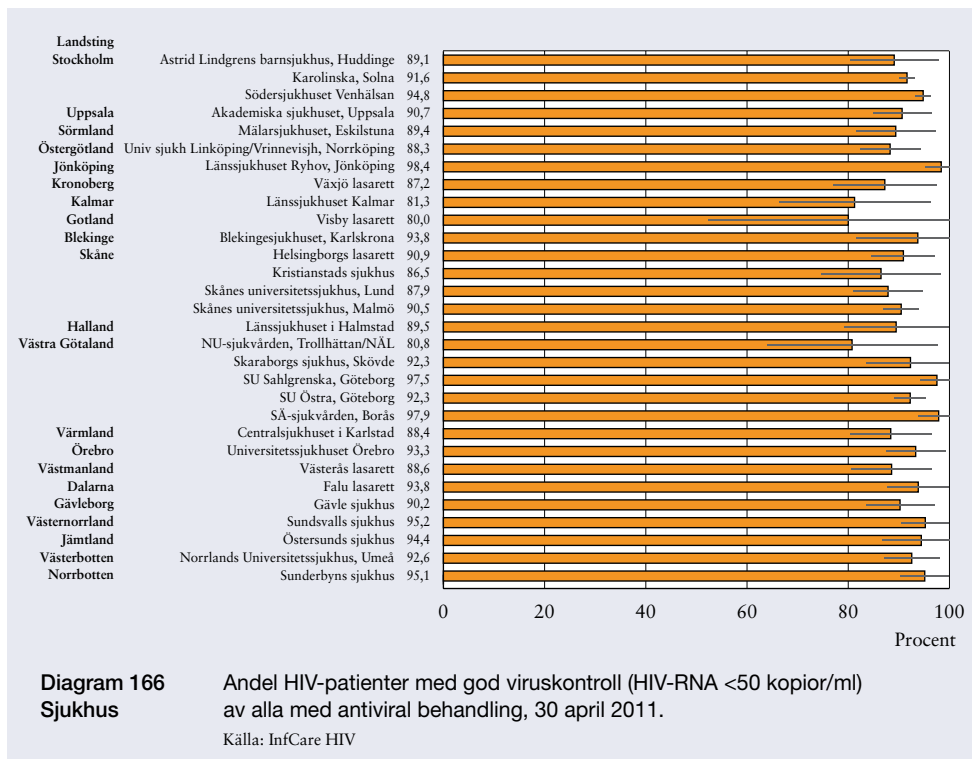


Diagram 166 Andel HIV-patienter med god viruskontroll (HIV-RNA <50 kopior/ml) av alla med antiviral behandling, 30 april 2011.

Källa: InfCare HIV

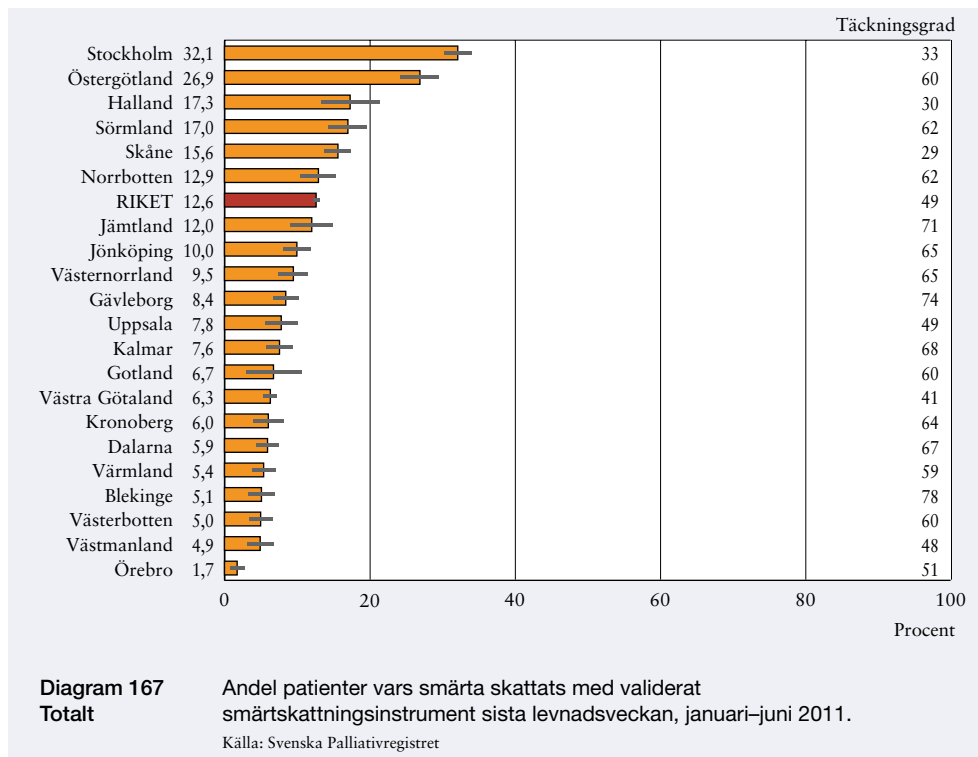
och även vad gäller behandlingsfrekvens och resultat. Dessa skillnader i patient-sammansättning kan påverka resultaten för olika landsting. Resultaten för mindre landsting är av statistiska skäl mer osäkra, vilket framgår av konfidensintervallen.

167 Smärtskattning under sista levnadsveckan

Palliativ vård handlar om de lindrande åtgärder man kan vidta när det inte längre finns någon botande behandling att erbjuda. Vissa människor lever med en obotlig sjukdom i åtskilliga år, medan andra är fria från symtomgivande sjukdom ända tills det är mycket kort tid kvar. Över 70 000 av de drygt 90 000 som dör i Sverige varje år, lever den sista tiden i kontakt med olika vårdgivare, som tillsammans bör kunna erbjuda alla ett likvärdigt vårdinnehåll den sista tiden i livet.

Svenska Palliativregistrets syfte är att successivt utveckla den palliativa vården för alla, oavsett vårdgivare. Till en början görs detta genom att vårdpersonalen som vårdat en nyligen avliden dels fyller i en enkät om hur de sista 1–2 veckorna i patientens liv var, dels fyller i en enkät varje år om vilka resurser och rutiner man har för att erbjuda god palliativ vård. Till registret kan alla vårdenheter rapportera, både kommunalt och landstingskommunalt drivna eller finansierade.

Svenska Palliativregistrets täckningsgrad för alla dödsfall i Sverige 2010 var 35 procent, varierande mellan 20 och 61 procent i de olika landstingen/länen. Första halv-

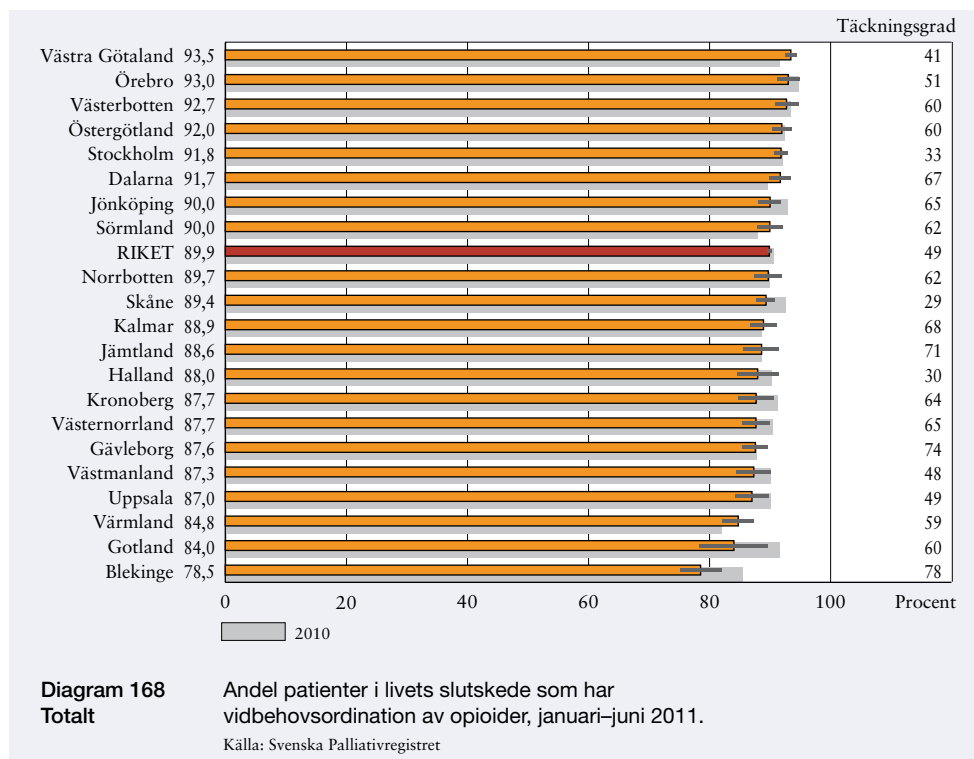


Året 2011 har täckningsgraden ökat till 49 procent för hela riket, varierande mellan 29 och 78 procent. Täckningsgrad per landsting/län redovisas i diagram.

Tre indikatorer med Svenska Palliativregistret som källa redovisas. De avser alla dödsfall, inte som tidigare års rapporter enbart cancerpatienter.

Indikatorn här är ett processmått som mäter om smärtskattningsinstrumentet VAS/NRS eller annat validerat instrument använts sista levnadsveckan för döende patienter. Upplevelse av smärta är något personligt. Vårdpersonal har en tendens att underskatta, medan närstående har en tendens att överskatta den sjukas smärtupplevelse. För att i tid fånga och därmed minimera den sjukas smärtupplevelse krävs ett rutinarbete med systematisk smärtskattning. VAS/NRS har i det nationella riktlinjearbetet för cancervård bedömts som det mest tillförlitliga instrumentet för patienter som kan kommunicera med omgivningen. För demenspatienter som inte längre kan uttrycka sin smärta verbalt finns Abbey Pain Scale.

Smärtskattningsinstrument skall användas i 100 procent av alla dödsfall, enligt den målnivå som Palliativregistret lagt fast. Det viktigaste syftet med indikatorn är att mätning av den skall leda till att det görs en systematisk smärtskattning som dokumenteras, åtgärdas och följs upp ända fram till döden. Rädslan för smärta i livets slut finns hos majoriteten av befolkningen.



Indikatorn visar andelen dödsfall där smärtskattning utfördes, för alla diagnoser. Jämförelsen omfattar knappt 18 700 dödsfall som rapporterats till registret under första halvåret 2011.

I riket utfördes smärtskattning endast för 12,6 procent av dödsfallen. I riket är könsskillnaden liten, men andelen är något högre bland män. Skillnaderna mellan landsting/län är stora, med en variation från 1,7 till 32,1 procent. Andelen utförda smärtskattningar är mycket låg i hela landet – inget län når ens upp till halva målvärdet. Lokalt finns det dock verksamheter som gör smärtskattning i 67 procent av dödsfallen. Jämförelse med tidigare år kan inte göras, eftersom frågan från 2011 har en ny formulering i kvalitetsregistret.

168 Vidbehandlingsordination av opioider i livets slutskede

God palliativ vård i livets slutskede innebär bland annat att patient och närstående informeras om att patientens sjukdom/tillstånd har nått en punkt där både botande och bromsande behandling avslutas. Då skall vissa medicinska och omvårdnads-mässiga åtgärder vidtas, bland annat att tillse att det finns lämpliga ordinationer i händelse av smärtgenombrott. Ordinationen skall vara individuellt anpassad, då generella ordinationer anses inte vara tillräckligt bra i det här skedet. Det medicinska ansvaret flyttar ibland från specialisten till läkare i primärvård som ansvarar för

hemsjukvård eller särskilda boendeformer. Då är det extra viktigt att det inte blir några glapp i för patienten viktiga ordinationer.

Det är väl känt att majoriteten av människor som dör i cancer behöver minst en injektion av opioid (smärtstillande morfinpreparat) den sista tiden i livet. Samtidigt finns fortfarande bland vissa läkare ett motstånd mot att ordinera detta i förväg, innan behovet verkligen har uppstått.

Tiden mellan stegrad smärta och lindring kan bli onödigt lång. Först skall patienten som har ont anse att det gör tillräckligt ont för att larm skall ges. Därefter skall detta larm nå en sjuksköterska som efter att ha gjort sin bedömning måste ha såväl en fullgod ordination som tillgång till läkemedel. För att kunna hålla tiden från larm till given injektion rimligt kort, krävs att alla led i denna kedja är så väl förberedda som möjligt.

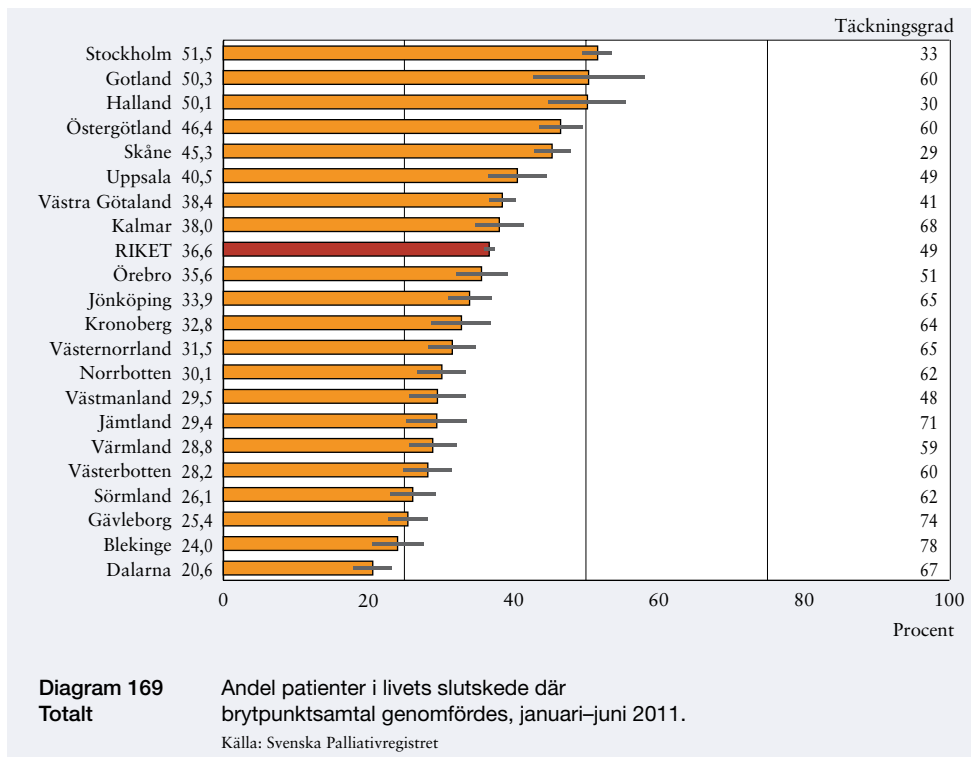
Finns det skriftliga rutiner för hur ordinationer skall göras i detta läge, så ökar andelen utförda ordinationer. Palliativregistret har satt som mål att 90 procent av patienterna skall ha ordination för smärtstillande behandling. Diskussion pågår om målet skall höjas ytterligare.

Diagram 168 visar andelen patienter för vilka det första halvåret 2011 fanns ordination av opioider vid behov. Totalt ingick knappt 46 000 patienter i jämförelsen. I riket hade cirka 90 procent av patienterna sådan ordination. Skillnaderna mellan landsting, liksom mellan könen är små. Alla landsting/län når över 80 procent utom Blekinge. Blekinge har å andra sidan den högsta täckningsgraden i registret (78 procent första halvåret 2011) och därmed bäst bild av hela verksamheten.

De stora skillnaderna i landet har mer med diagnos än geografi och huvudman att göra. Under första halvåret 2011 hade inom cancersjukvården 94,8 procent av patienterna en individuell ordination av stark opioid, att jämföra med patienter med hjärtsjukdom (85,7), lungsjukdom (82,3), demens (89,2) eller stroke (87,7).

169 Brytpunktssamtal i livets slutskede

God palliativ vård i livets slutskede innebär bland annat att patient och närstående informeras om att patientens sjukdom/tillstånd har nått en punkt där all såväl botande som bromsande behandling avslutas. I hälso- och sjukvårdslagen uttrycks detta i termer av att ge individuellt anpassad information om hälsotillstånd, undersökningsmetoder samt möjligheter till vård och behandling. Detta förutsätter en aktiv läkarmedverkan. Det behövs ofta flera samtalstillfällen för en dialog om att vården går över i en fas som inte längre har livsförlängning som mål. Alla patienter vill inte veta allt – åtminstone inte vid första samtalet. Vissa döende patienter har tappat sin förmåga att aktivt delta i diskussioner om den fortsatta vården. Då är det lika viktigt att diskussionen förs med den sjukes närstående eller annan företrädare.

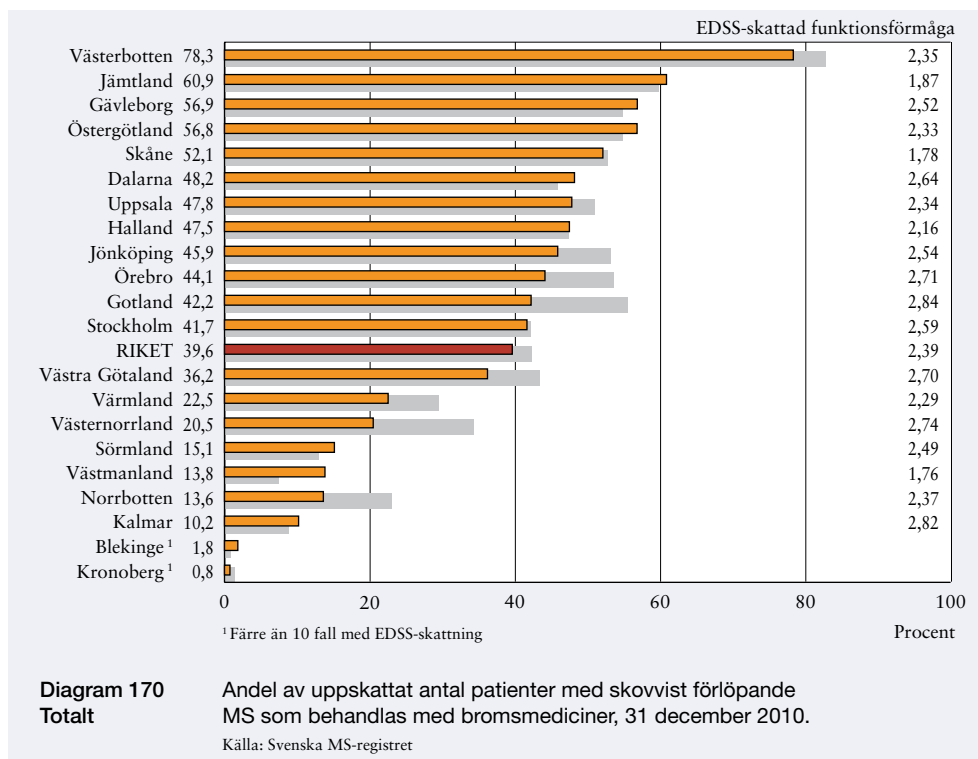


Tidigare har personalen svarat på frågan om ett så kallat brytpunktssamtal har getts. Från 2011 har formuleringen av frågan skärpts med syftet att bättre spegla en aktiv läkarmedverkan samt dokumentationen av denna typ av samtal i den medicinska journalen. I redovisningen tas endast de dödsfall med där personalen svarat ja på frågan huruvida dödsfallet var väntat. Hänsyn tas även till patientens förmåga att delta i beslut om vården och till förekomst av anhöriga. Förändringarna i redovisningen gör att Svenska Palliativregistrets målvärde för indikatorn är 100 procent.

Diagram 169 visar andelen patienter för vilka det första halvåret 2011 utförts dokumenterade brytpunktssamtal. Totalt ingick knappt 18 700 patienter i jämförelsen.

I riket hade cirka 37 procent av patienterna erhållit ett sådant samtal. Skillnaderna mellan landsting är stora, med en variation från drygt 20 till över 50 procent. För kvinnor varierar andelen utförda brytpunktssamtal mellan 20 och 49 procent och för män mellan 21 och 54 procent. Inget landsting når mer än till drygt halva målvärdet.

Det finns stora skillnaderna mellan olika vårdformer. Avancerad hemsjukvård som utförs av specialiserade palliativa team respektive palliativ slutenvård/hospice rapporterar utförda brytpunktssamtal i 74 procent av fallen, allmän hemsjukvård 62 procent, korttidsplatser 46 procent, särskilda boendeformer 31 procent och sjukhus i 29 procent av dödsfallen.

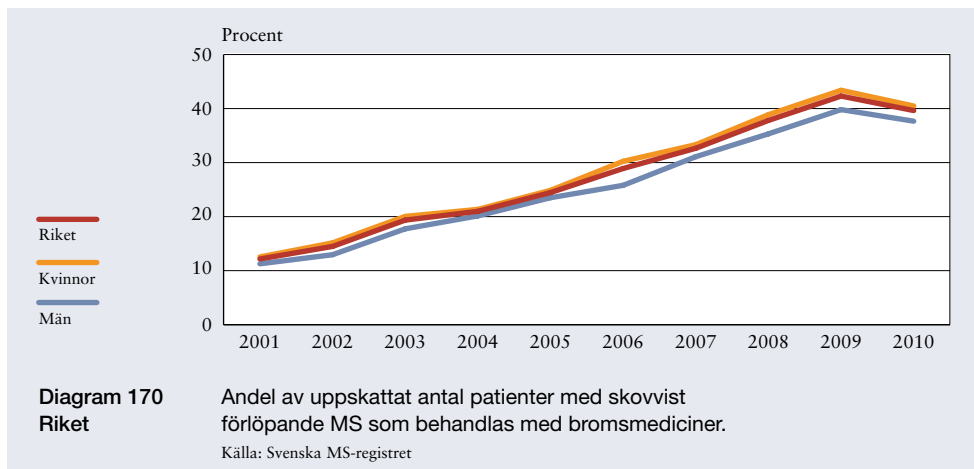


170 Bromsmedicin vid skovvis förlöpande MS

Multipel skleros (MS) är en kronisk inflammatorisk sjukdom där immunsystemet angriper det centrala nervsystemet vilket efter många års sjukdom oftast leder till ett tilltagande funktionshinder. Redan tidigt påverkas arbetsförmåga av återkommande symtom och en trötthet som minskar livskvaliteten. En hälsoekonomisk studie från 2003 anger samhällskostnaden för MS till 5 miljarder kronor, i form av bortfallen arbetsförmåga och vård- och behandlingskostnader. MS drabbar ungefär 1 av 500 svenskar, dubbelt så ofta kvinnor som män och debuten sker vanligen mellan 20 och 40 års ålder. MS är vanligast i norra Europa och förefaller att öka i frekvens.

Svenska MS-registret, SMSreg, har uppgifter om över 10 000 MS-patienter och deras behandling. Täckningsgraden har ökat men varierar mellan landsting. En jämförelse med Patientregistret visade att det 2008 fanns uppgifter om 13 500 patienter i endera registret.

Sedan 1990-talet finns registrerade läkemedel med bromsande effekt på sjukdomsaktiviteten vid MS. Gemensamt för dessa behandlingar är att deras effekt i första hand är dokumenterad som en minskning av antalet "skov", de perioder med försämring som kännetecknar de första 10–15 åren hos de flesta med MS, innan sjukdomens progressiva fas vanligtvis tar över. Studier har visat att det redan vid tidiga skeden av MS ofta uppstår skador av irreversibel natur även om symtomen fortfa-



rande är lindriga. Därför har det med tiden blivit alltmer tydligt att så kallad immunmodulerande behandling skall påbörjas tidigt.

Svenska MS-Sällskapet (SMSS), en fristående förening av vårdpersonal och forskare, utfärdar rekommendationer för användning av förloppsmodifierande behandling vid MS. Enligt SMSS bedöms att cirka 75 procent av patienterna med skov uppfyller kriterier för behandling, medan motsvarande siffra bland patienter med sekundärprogressiv MS (indikator 171) bör ligga på en låg nivå, högst 25 procent. Att behandling alls kan accepteras vid progressiv MS förklaras av det övergångsskede från skovfasen till den progressiva fasen där både skov och gradvis försämring förekommer parallellt. Några års fortsatt behandling kan därför motiveras.

Här visas två olika indikatorer om behandling med immunmodulerande läkemedelsbehandling, "bromsmedicin" mot MS. Den första avser behandling vid tidig, skovvist förloppande MS, medan den andra avser behandling i ett senare, progressivt skede av sjukdomen.

I diagram 170 visas andelen patienter med skovvist förloppande MS som behandlas med någon av de aktuella bromsmedicinerna, av det beräknade antalet patienter med MS och som haft sjukdomen kortare tid än 15 år. I jämförelsen ingår 2 603 patienter som hade behandling 31 december 2010, vilket relateras till det beräknade antalet patienter i respektive landsting. Den beräknade prevalensen baseras på data i SMSreg och Patientregistret.

I riket har 39,6 procent av de förmodade patienterna behandling. Variationen mellan landsting är stor och sträcker sig från under tio till knappt 80 procent.

Underrapportering till kvalitetsregistret av behandlade patienter är en viktig felkälla. En annan osäkerhet är beräkningen av sjukdomsförekomsten i landstingen. I förra årets indikator användes ett antagande om att sjukdomsförekomsten var lika

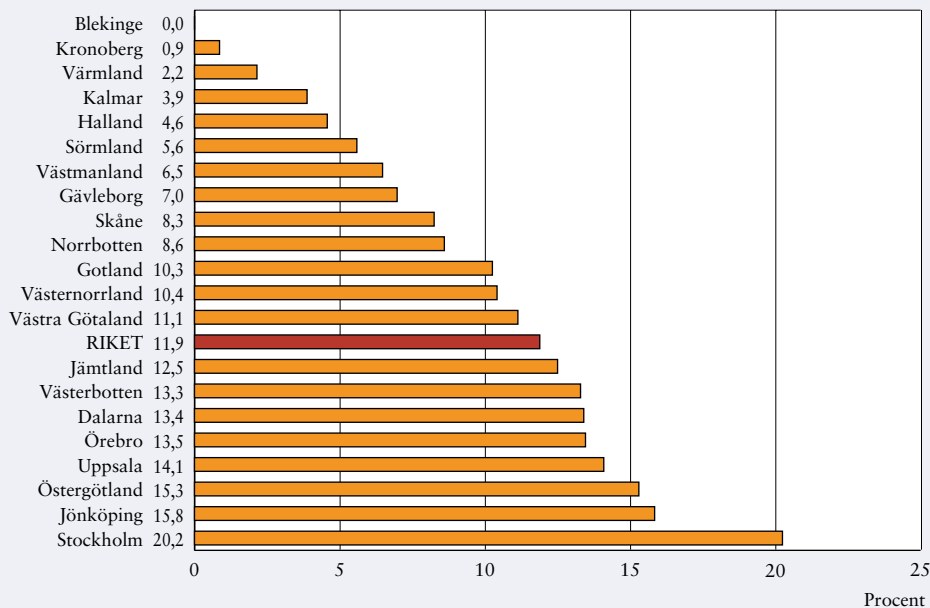


Diagram 171 Andel av uppskattat antal patienter med sekundärprogressiv MS som behandlas med bromsmediciner, augusti 2011.

Källa: Svenska MS-registret

i de olika landstingen. I år grundas beräkningen på faktiska data om sjukdomsförekomst, men den kan ändå vara osäker.

Den långsiktigt eftersträvarde effekten av behandlingen är en god funktionsnivå hos patienten. EDSS-skalan är en erkänd standard för att mäta grad av funktionshinder vid MS. Ett lågt värde i skalan 1–10 anger god funktionsnivå. Till höger i diagram 170 anges EDSS-värde för de 2 600 patienterna. Ett lågt värde kan således tala för att effektiv behandling tillhandahålls.

171 Bromsmedicin vid sekundärprogressiv MS

Denna indikator visar andelen patienter med sekundärprogressiv MS som behandlas med bromsmedicin. Jämförelsen baseras på knappt 700 patienter med läkemedelsbehandling, som relateras till det beräknade antalet patienter med sekundärprogressiv MS i varje landsting. Mätperioden är augusti 2011.

Diagram 171 visar att behandlingsfrekvensen i riket var knappt 12 procent, men inget landsting ligger över den av SMSS föreslagna övre gränsen på 25 procent. I princip är ett lågt värde önskvärt, eftersom bromsmedicin vid sekundärprogressiv MS inte har dokumenterat gynnsamma effekter för dessa patienter. Behandling kan dock motiveras i de fall där patienten befinner sig i ett övergångsskede mellan de båda sjukdomsfaserna.

En annan förklaring till att behandling sker kan vara att tidigare behandlingsrutiner, grundlagda innan SMSS-riktlinjerna var etablerade, avspeglar sig i kvardröjande behandling av patienter med avancerad sjukdom vid vissa centra. Även om denna behandling sällan är skadlig skulle sjukvårdsresurser här kunna användas bättre än vad som sker idag.

En osäkerhet är, liksom i den tidigare indikatorn, beräkningen av antalet patienter med sekundärprogressiv MS per landsting. Även underrapportering av antalet behandlade patienter påverkar utfallet.

För 10 år sedan visade data från SMSreg att behandlingsfrekvensen var i det närmaste oberoende av funktionshindret, således att många patienter i tidigt skede inte behandlades och att många patienter med avancerad sjukdom fick behandling trots bristande dokumentation av effekter på kliniska variabler. Under de gångna åren har en förändring skett till ökad behandling tidigt och minskad behandling sent i förloppet. Dock kvarstår skillnader mellan olika landsting.

Sammanfattningsvis visar resultatet för de båda indikatorerna att chansen till förloppsmodifierande behandling är ojämnt spridd över landet och att såväl underbehandling som överbehandling förekommer. Efterlevnaden av behandlingsriktlinjer bör förbättras.

172 Basal demensutredning som underlag för demensdiagnos

Per år insjuknar ungefär 20 000 personer och totalt är cirka 150 000 personer i Sverige drabbade av en demenssjukdom, där Alzheimers sjukdom är den vanligaste. Sjukdomsfrekvensen ökar med åldern. Nästan hälften av alla som är 90 år och äldre har en demenssjukdom medan cirka 9 000 patienter med demenssjukdom är under 65 år. Minnesstörning är ett vanligt och tidigt tecken vid demens och patienterna försämras med tiden.

Korrekt diagnos är viktig för den medför att patienten lättare får tillgång till olika stödinsatser från samhället. För att diagnosticera en demenssjukdom måste en demensutredning göras för att undersöka om patientens symtom beror på en demenssjukdom eller inte, för att upptäcka behandlingsbara tillstånd samt ta reda på vilka svårigheter patienten har för att kunna ge adekvat behandling och stöd. En demensutredning innebär att data från olika undersökningar samlas in och sammanvägs till en slutlig diagnos. Det finns idag inget specifikt test eller undersökningsresultat som ensamt leder till en diagnos. Det råder idag osäkerhet om vilken kvalitet dessa demensutredningar har.

I de nationella riktlinjerna för demenssjukdom har Socialstyrelsen definierat vad som skall ingå i en så kallad basal demensutredning som man rekommenderar att alla patienter med misstänkt demenssjukdom skall genomgå. En demensutredning består av strukturerad anamnes med avseende på kognitiva symtom och funktioner

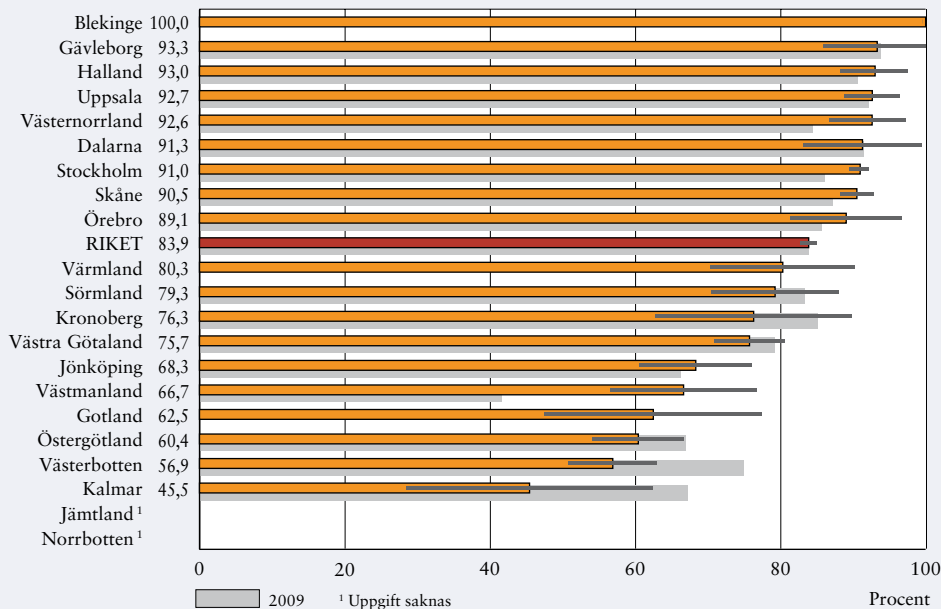


Diagram 172
Totalt

Andel patienter med demens som genomgått basal demensutredning, 2010

Källa: SveDem – Svenska Demensregistret

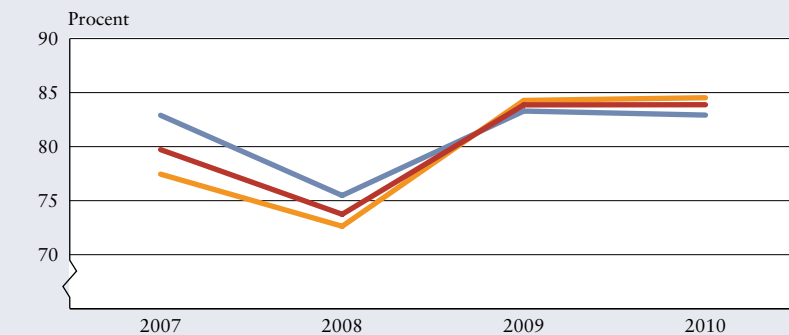


Diagram 172
Riket

Andel patienter med demens som genomgått basal demensutredning.

Källa: SveDem – Svenska Demensregistret

med både patient och anhöriga, kognitiv testning, blodprover och röntgen av hjärnan med datortomografi eller magnetröntgen.

Källan till denna indikator är kvalitetsregistret SveDem, Svenska Demensregistret. Under 2010 har andelen anslutna specialisterenheter till SveDem ökat till 93 procent. Från dessa enheter registreras samtliga nya fall med demenssjukdom, cirka 4 200

patienter år 2010. Däremot är anslutningen från vårdgivare i primärvården låg, även om den långsamt ökar. Detta innebär att den samlade täckningsgraden för SveDem i nuläget är låg och att registret därmed enbart speglar insatser för patienter som diagnostiseras på specialistenheterna.

Indikatorn visar andelen demenspatienter som genomgick basal demensutredning. Jämförelsen baseras på 4 191 patienter som nyregistrerades i SveDem 2010. Drygt hälften av dessa var kvinnor. I riket var andelen som genomgick basal demensutredning knappt 80 procent, samma andel som 2009. Könsskillnaderna är i riket små eller obefintliga. Landstingens resultat sträcker sig från 45 till 93 procent. Det finns utrymme för förbättring, då SveDems mål är att minst 90 procent skall ha genomgått en basal demensutredning.

En felkälla är att delar av utredningen, eller hela den basala demensutredningen, kan vara gjord innan patienten kommer till specialistkliniken, vilket skall registreras, men kan missas. I princip alla genomgår utredning med blodprover och röntgen av hjärnan. Däremot används klocktestet, som också ingår i rekommendationerna, inte fullt lika flitigt.

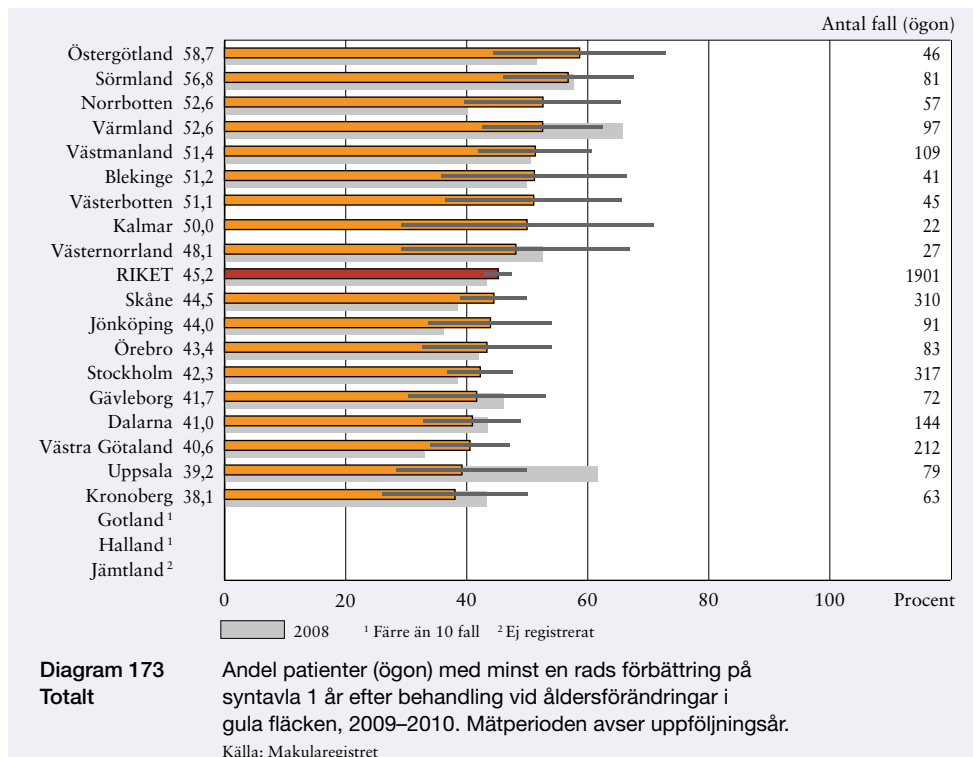
173 Förbättring efter behandling vid makuladegeneration

Makuladegeneration eller så kallad åldersförändring i gula fläcken (AMD) är den vanligaste orsaken till synnedsättning hos personer över 50 år i västvärlden. Man räknar med att över 30 procent av personer som fyllt 70 år har någon form av åldersförändring i gula fläcken. Med stigande ålder ökar antalet drabbade. 80–85 procent drabbas av en lindrigare form utan blödningar, så kallad torr eller tidig makuladegeneration. 15–20 procent får den svårare formen med blödningar och svullnad (våt makuladegeneration) eller svår atrofi (uttalad torr makuladegeneration).

Den allvarligare fuktiga formen av sjukdomen leder obehandlad i stor utsträckning snabbt till grav synnedsättning, med synskärpa mindre än 0,1. Denna låga synskärpa innebär oförmåga att läsa eller att ta sig fram i okänd miljö. Patienten får ett ökat hjälpbehov för att klara basala saker såsom t ex matlagning och städning och kan behöva färdtjänst på grund av svårigheter med allmänna kommunikationer till följd av synnedsättningen.

Det är den våta formen som kan komma ifråga för behandling. Sedan 2007 finns en ny behandlingsmetod för AMD, med läkemedel som verkar genom att hämma kärnlybildning i ögat och komplikationer till denna. Möjligheten till bibehållen synskärpa är över 90 procent med denna behandling och en betydande andel uppnår även förbättringar. Den ges som en injektion i ögats glaskropp.

Behandlingen är mycket kostsam både avseende läkemedelskostnad och andra sjukvårdsresurser. Behandlingen behöver upprepas och patienterna kräver täta regelbundna kontroller. Behandlingen är oftast aktuell under flera år, även om antalet injektioner som behövs årligen minskar. Hälsoekonomiskt finns stora vinster med



behandlingen. En bevarad synskärpa värderas högt och ger möjlighet till självständigt boende och minskat hjälpbehov.

Uppgifter om vården av patienter med AMD registreras i Makularegistret som är ett nationellt kvalitetsregister. 34 av 36 kliniker i Sverige registrerar i Makularegistret. De flesta av klinikerna registrerar sina patienter vid såväl ursprungsbesök som vid uppföljande återbesök och behandlingsbesök. Har patientkontakten avslutats innan uppföljning vid 12 månader kommer patienten inte med i resultatuppföljningen. Registret registrerar uppföljda ögon, eftersom vissa patienter har behov av behandling på båda ögonen. Behandling påbörjas på cirka 2 500 nya ögon årligen. Täckningsgraden avseende injektioner bedöms till 75 procent.

Indikatorn visar andelen ögon som uppnått en synförbättring på en rad eller mer på ETDRS syntavla 12 månader efter påbörjad behandling. Jämförelsen baseras på 1 901 uppföljda ögon under 2009–2010. En klar majoritet av patienterna är kvinnor, beroende på sjukdomens ålderskaraktär. I riket har förbättring med minst en rad på syntavla nåtts för 45 procent av alla behandlade ögon, med en variation mellan landstingen från 38 till knappt 59 procent.

Möjligen är fortfarande antalet uppföljda patienter per klinik fortfarande för lågt för att siffrorna ska bedömas som säkra. Skillnader mellan landsting kan också bero på vilka patienter som erbjuds behandling och indikationerna för rebehandling på

kliniken. De patientkontakter som avslutas innan ett år har gått, till exempel för att synförmågan blivit så låg att fortsatt behandling inte bedömts meningsfull, finns inte heller med i redovisningen.

Antal behandlade patienter varierar mellan landstingen. Det kan dels bero på att täckningsgraden för registreringen skiljer sig åt mellan klinikerna, dels på att vissa landsting har en högre andel äldre i befolkningen som i större grad drabbas av åldersrelaterade makuladegenerationer. Hur tillgänglig vården är och hur frikostig man är med att erbjuda behandling kan också vara en orsak till skillnader inom landet.

Den nya behandlingen har således motsvarat förväntningarna med en större andel patienter som bevarar synskärpan och även får en förbättring, jämfört med tidigare behandlingar.

Resultat för alla landsting och indikatorer

På följande uppslag återges en färgsatt tablå med alla landstingsutfall för indikatorerna. Horisontellt kan man för varje indikator följa landstingens utfall både med siffervärden och med färgläggningen grönt–gult–rött. Vertikalt redovisas för varje landsting utfallet för samtliga indikatorer, för män, kvinnor och totalt i förekommande fall. Även värdet för riket redovisas.

Uppåtriktad respektive nedåtriktad pil anges i de fall en indikator hade två mätperioder och mätvärden – se gråskuggade staplar i diagrammen – och anger förbättring eller försämring. De tidigare mätvärdena är alltid de som redovisas i årets rapport, inte tidigare års.

Modellen för färgläggning är en enkel och konsekvent genomförd för alla indikatorer. Grönt anger placering 1–7, gult placering 8–14 och rött anger placering 15–21 för det aktuella landstinget, i en rangordning av alla 21 landsting. De vita rutorna anger att data saknades eller att antalet fall var för få för att redovisas.

Placering 1–7

Placering 8–14

Placering 15–21

När data saknats och landsting därmed vitmarkerats, har dessa landsting vid den övriga färgmarkeringen underförstått placerats sist i rangordningen. Antalet röda färgmarkeringar som delats ut för denna indikator har därmed minskats med motsvarande antal.

Återigen påminns om att det inte är lämpligt att göra en rak summering av utfallet för alla landsting, i termer av antalet röda, gula och gröna färgmarkeringar. Varje utfall bör värderas för sig och inte främst utifrån ett landstings position i förhållande till andra.

Kv. = Kvinnor M. = Män										
↑ = Förbättrat värde ↓ = Försämrat värde										
		RIKET	Stockholm	Uppsala	Sörmland	Östergötland	Jönköping	Kronoberg	Kalmar	
Övergripande indikatorer										
Hälsotillstånd, dödlighet med mera										
1	Återstående medellivslängd, Kv.	↑ 83,2	↑ 83,5	↑ 83,6	↑ 82,6	↑ 83,0	↑ 83,4	↑ 83,7	↑ 83,1	
	Återstående medellivslängd, M.	↑ 79,1	↑ 79,3	↑ 80,2	↑ 78,6	↑ 79,5	↑ 79,5	↑ 79,9	↑ 78,8	
2	Hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet, Kv.	↑ 33,4	↓ 36,8	↓ 32,1	↓ 36,2	↓ 32,8	↑ 23,9	↑ 29,7	↓ 32,0	
	Hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet, M.	↑ 51,2	↑ 53,5	↑ 49,0	↓ 58,2	↑ 49,4	↑ 47,7	↑ 40,9	↓ 55,1	
	Hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet	↑ 41,9	↑ 44,6	↑ 40,2	↓ 46,9	↓ 40,8	↑ 35,2	↑ 35,1	↓ 43,1	
3	Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet, Kv.	↑ 35,7	↑ 33,8	↑ 30,4	↑ 39,9	↑ 34,3	↑ 36,9	↑ 29,3	↑ 36,2	
	Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet, M.	↑ 51,4	↑ 50,1	↑ 37,4	↑ 54,2	↑ 57,1	↑ 53,0	↑ 43,9	↑ 54,8	
	Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet	↑ 43,1	↑ 41,2	↑ 33,8	↑ 46,7	↑ 45,1	↑ 44,3	↑ 36,1	↑ 45,2	
4	Åtgärdbar dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom, Kv.	↑ 33,3	↑ 28,3	↓ 28,4	↑ 33,4	↑ 38,0	↑ 36,1	↓ 31,6	↑ 32,8	
	Åtgärdbar dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom, M.	↑ 87,9	↑ 78,6	↑ 61,5	↑ 91,0	↑ 79,5	↑ 89,2	↑ 77,9	↑ 102,3	
	Åtgärdbar dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom	↑ 59,3	↑ 51,8	↑ 44,3	↑ 61,3	↑ 57,8	↑ 61,0	↑ 53,9	↑ 66,2	
5	Själv mord i befolkningen, Kv.	↑ 9,0	↑ 10,0	↓ 9,7	↓ 11,7	↑ 7,2	↑ 8,3	↑ 8,0	↓ 9,5	
	Själv mord i befolkningen, M.	↓ 23,0	↑ 20,8	↓ 22,5	↓ 24,3	↓ 20,9	↑ 20,8	↓ 23,3	↓ 24,6	
	Själv mord i befolkningen	↑ 15,7	↑ 15,1	↓ 15,9	↓ 17,9	↓ 14,1	↑ 14,5	↓ 15,7	↓ 17,0	
6	Avsiktligt självdestr. handling - självmordsförsök, Kv.	↓ 142	↓ 136	↓ 181	↓ 160	↓ 181	↓ 151	↑ 126	↓ 211	
	Avsiktligt självdestr. handling - självmordsförsök, M.	↓ 91	↓ 79	↓ 104	↑ 108	↓ 111	↓ 103	↓ 106	↓ 157	
	Avsiktligt självdestr. handling - självmordsförsök	↓ 116	↓ 107	↓ 142	↓ 133	↓ 144	↓ 126	↑ 115	↓ 183	
7	Undvikbar slutenvård, Kv.	↑ 1048	↑ 969	↓ 1036	↓ 1032	↑ 907	↓ 1039	↓ 1140	↓ 1080	
	Undvikbar slutenvård, M.	↑ 1306	↑ 1263	↓ 1354	↑ 1263	↑ 1177	↑ 1230	↑ 1369	↓ 1436	
	Undvikbar slutenvård	↑ 1157	↑ 1089	↓ 1174	↓ 1130	↑ 1021	↑ 1118	↓ 1239	↓ 1236	
8	Vårdrelaterade infektioner, Kv.	7,9	10,1	9,2	9,2	7,9	8,5	6,3	9,1	
	Vårdrelaterade infektioner, M.	10,7	12,0	15,1	5,4	13,8	11,8	12,6	8,1	
	Vårdrelaterade infektioner	↑ 9,2	↓ 11,0	↓ 12,1	↓ 7,5	↓ 10,7	↓ 10,0	↓ 9,1	↓ 8,6	
9	MPR - vaccination av barn	↓ 96,4	↓ 95,1	↑ 94,2	↓ 97,6	↓ 97,8	↓ 97,4	↓ 97,3	↓ 98,4	
Förtroende och patienterfarenheter										
10	Tillgång till sjukvård, Kv.	81	83	78	77	77	82	82	88	
	Tillgång till sjukvård, M.	82	84	81	82	83	86	86	88	
	Tillgång till sjukvård	82	83	80	80	81	85	85	88	
11	Förtroende för vårdcentraler, Kv.	59	59	54	55	56	58	63	72	
	Förtroende för vårdcentraler, M.	65	63	63	62	65	68	70	71	
	Förtroende för vårdcentraler	62	61	59	59	61	63	67	71	
12	Förtroende för sjukhus, Kv.	69	66	70	61	72	72	73	80	
	Förtroende för sjukhus, M.	72	72	79	68	77	79	80	78	
	Förtroende för sjukhus	71	69	75	65	75	76	77	78	
13	Bemötande vid besök i primärvård, Kv.	↑ 89	↓ 89		↑ 87	↑ 88	↑ 89	↓ 90	↓ 90	
	Bemötande vid besök i primärvård, M.	↑ 91	↓ 91		↑ 89	↑ 91	↑ 91	↑ 93	↓ 93	
	Bemötande vid besök i primärvård	↑ 90	↓ 90		↑ 88	↑ 89	↑ 90	↓ 91	↓ 91	
14	Information vid besök i primärvård, Kv.	↑ 77	↑ 78		↑ 76	↓ 75	↑ 77	↓ 78	↓ 79	
	Information vid besök i primärvård, M.	↑ 80	↑ 80		↑ 77	↑ 78	↑ 81	↓ 81	↓ 83	
	Information vid besök i primärvård	↑ 78	↑ 79		↑ 77	↑ 76	↑ 79	↓ 79	↓ 81	
15	Delaktighet vid besök i primärvård, Kv.	↑ 78	↓ 80		↑ 76	↓ 75	↑ 79	↓ 80	↓ 81	
	Delaktighet vid besök i primärvård, M.	↑ 79	↓ 80		↓ 75	↑ 77	↑ 79	↑ 80	↓ 82	
	Delaktighet vid besök i primärvård	↓ 79	↓ 80		↑ 76	↑ 76	↑ 79	↓ 80	↓ 81	
16	Bemötande vid besök i specialiserad vård, Kv.	87			86	87	87		88	
	Bemötande vid besök i specialiserad vård, M.	91		91	91	91	91		92	
	Bemötande vid besök i specialiserad vård	89		90	88	89	89		90	
17	Information vid besök i specialiserad vård, Kv.	64		66	62	62	63		63	
	Information vid besök i specialiserad vård, M.	70		71	67	70	67		70	
	Information vid besök i specialiserad vård	66		68	64	65	64		66	
18	Delaktighet vid besök i specialiserad vård, Kv.	69		74	67	68	67		72	
	Delaktighet vid besök i specialiserad vård, M.	69		73	70	67	68		72	
	Delaktighet vid besök i specialiserad vård	69		73	68	67	68		72	

	Gotland	Blekinge	Skåne	Hälland	V. Götaland	Värmland	Örebro	Västmanland	Dalarna	Gävleborg	Västernorrland	Jämtland	Västerbotten	Norrbottn
	↑ 83,7	↑ 83,1	↑ 83,3	↑ 84,2	↑ 83,2	↑ 82,7	↑ 83,0	↑ 82,9	↑ 82,9	↑ 82,2	↑ 82,6	↑ 82,7	↓ 83,2	↑ 82,7
	↑ 79,3	↑ 79,2	↑ 79,1	↑ 80,2	↑ 79,2	↑ 78,2	↑ 78,9	↑ 79,1	↑ 79,4	↑ 78,2	↑ 77,9	↑ 78,8	↑ 79,2	↑ 78,2
	↑ 31,5	↓ 31,6	↑ 38,1	↓ 28,2	↑ 31,2	↓ 32,7	↑ 33,6	↓ 42,1	↓ 34,6	↑ 34,8	↑ 28,6	↑ 31,9	↓ 24,8	↓ 31,8
	↑ 52,8	↓ 58,2	↑ 59,3	↑ 45,1	↑ 49,7	↑ 50,4	↑ 49,2	↑ 57,5	↑ 46,1	↑ 56,4	↑ 49,4	↑ 45,5	↑ 33,5	↑ 41,0
	↑ 41,7	↓ 44,5	↑ 48,2	↑ 36,2	↑ 40,1	↑ 41,3	↑ 41,1	↓ 49,5	↑ 40,1	↑ 45,2	↑ 38,7	↑ 38,5	↑ 28,9	↑ 36,4
	↑ 36,7	↑ 34,4	↑ 33,1	↑ 29,0	↑ 35,7	↑ 39,4	↑ 38,6	↓ 41,0	↑ 38,9	↑ 43,9	↑ 39,2	↓ 45,5	↑ 36,6	↑ 37,3
	↑ 36,7	↑ 48,2	↑ 47,0	↑ 35,4	↑ 51,4	↑ 63,5	↑ 53,5	↑ 47,2	↑ 56,0	↑ 57,8	↑ 63,1	↑ 57,5	↑ 43,7	↑ 68,3
	↑ 36,7	↑ 41,3	↑ 39,5	↑ 32,1	↑ 43,1	↑ 50,6	↑ 45,8	↑ 44,1	↑ 47,2	↑ 50,5	↑ 50,5	↑ 51,1	↑ 40,0	↑ 52,0
	↑ 21,2	↑ 39,1	↑ 34,8	↑ 27,0	↑ 32,6	↑ 42,1	↑ 34,5	↑ 28,2	↓ 40,5	↓ 34,9	↑ 38,1	↑ 40,1	↑ 32,8	↑ 38,6
	↓ 106,5	↑ 93,7	↑ 90,4	↑ 67,3	↑ 85,1	↓ 115,8	↑ 96,2	↑ 73,2	↑ 95,3	↑ 94,5	↑ 98,8	↑ 104,4	↑ 96,2	↑ 114,8
	↑ 61,3	↑ 65,8	↑ 61,3	↑ 46,3	↑ 57,6	↓ 77,1	↑ 64,2	↑ 50,0	↑ 67,1	↑ 63,2	↑ 67,2	↑ 71,1	↑ 63,2	↑ 75,4
	↑ 4,5	↑ 6,7	↑ 10,3	↑ 8,0	↑ 7,4	↓ 9,8	↓ 10,3	↓ 9,8	↑ 8,3	↓ 12,1	↑ 5,9	↑ 10,4	↓ 6,7	↓ 8,8
	↑ 26,0	↑ 26,7	↑ 24,7	↓ 24,3	↓ 20,4	↓ 35,7	↑ 19,9	↓ 26,4	↓ 27,4	↓ 33,9	↑ 22,7	↓ 28,1	↑ 17,1	↓ 20,3
	↑ 14,7	↑ 16,7	↑ 17,3	↓ 16,0	↑ 13,7	↓ 22,5	↑ 14,9	↓ 18,1	↓ 17,7	↓ 22,5	↑ 14,1	↓ 18,9	↑ 11,9	↓ 14,5
	↓ 172	↓ 143	↑ 119	↓ 145	↑ 132	↓ 182	↓ 123	↑ 232	↑ 116	↑ 118	↑ 98	↓ 123	↓ 122	↓ 136
	↓ 119	↓ 92	↑ 82	↓ 98	↑ 81	↓ 118	↓ 78	↓ 161	↓ 68	↓ 84	↑ 53	↓ 90	↓ 75	↓ 87
	↓ 144	↓ 116	↑ 100	↓ 121	↑ 106	↓ 150	↓ 100	↓ 196	↑ 91	↑ 100	↑ 75	↓ 106	↓ 97	↓ 110
	↓ 1298	↓ 1002	↓ 1081	↑ 1038	↑ 1063	↓ 1106	↓ 1050	↑ 1108	↓ 1234	↓ 1036	↑ 1004	↑ 920	↑ 1202	↓ 1167
	↑ 1393	↓ 1263	↑ 1367	↑ 1214	↑ 1310	↑ 1340	↓ 1363	↑ 1234	↓ 1472	↑ 1179	↑ 1378	↑ 1139	↑ 1420	↑ 1391
	↓ 1337	↓ 1120	↑ 1203	↑ 1113	↑ 1167	↑ 1204	↓ 1178	↑ 1156	↓ 1337	↑ 1092	↑ 1168	↑ 1023	↑ 1292	↑ 1259
	10,8	8,2	7,2	3,7	7,6	7,1	6,4	6,5	5,5	7,0	6,3	9,2	9,3	7,2
	7,8	10,1	9,3	10,7	9,8	11,9	13,8	8,3	10,2	7,9	9,2	13,5	10,6	11,3
	↑ 9,5	↑ 9,2	↑ 8,2	↑ 6,8	↑ 8,6	↓ 9,3	↓ 10,0	↑ 7,3	↑ 7,7	↑ 7,4	↑ 7,7	↓ 11,2	↑ 9,9	↓ 9,0
	↑ 98,1	↓ 98,5	↓ 96,0	↓ 98,1	↑ 96,7	↓ 97,5	↑ 98,6	↓ 96,7	↑ 97,5	↓ 96,0	↓ 97,2	↓ 96,2	↓ 96,6	↓ 96,9
		84	78	86	80	79	83	78	78	81	77	78	84	79
		85	83	88	82	79	82	80	81	78	74	81	82	80
		85	81	87	81	79	82	79	79	79	75	79	83	79
		64	57	62	60	62	58	58	55	66	52	59	61	56
		70	69	73	67	62	58	59	59	63	57	64	64	63
		67	63	68	64	62	58	59	57	65	54	62	62	60
		68	70	74	71	69	81	60	66	58	51	67	80	71
		71	72	78	74	72	76	65	73	60	52	71	77	71
		69	71	76	73	71	78	63	70	59	52	69	78	71
		↑ 91	↑ 89	↓ 91	↑ 89	↑ 91		↓ 87	↑ 89	↑ 90	↓ 83		↓ 88	
		↓ 92	↑ 91	↑ 94	↑ 91	↑ 92		↓ 89	↑ 91	↑ 91	↓ 86		↑ 90	
		↑ 91	↑ 90	↓ 92	↑ 90	↑ 91		↓ 88	↑ 90	↑ 90	↓ 84		↓ 89	
		↑ 79	↑ 78	↓ 81	↑ 77	↑ 78		↑ 76	↑ 76	↑ 78	↓ 71		↓ 74	
		↑ 80	↑ 81	↓ 83	↑ 80	↑ 81		↓ 77	↑ 80	↑ 80	↓ 74		↑ 77	
		↑ 79	↑ 80	↓ 82	↑ 78	↑ 79		↓ 76	↑ 77	↑ 79	↓ 72		↑ 75	
		↑ 81	↑ 79	↑ 82	↑ 79	↑ 79		↓ 75	↓ 76	↑ 79	↓ 72		↓ 76	
		↓ 80	↑ 80	↑ 83	↑ 79	↑ 80		↓ 76	↑ 79	↑ 78	↓ 74		↑ 76	
		↑ 80	↑ 80	↑ 83	↑ 79	↑ 79		↓ 75	↑ 77	↑ 79	↓ 73		↑ 76	
	85	87	88	88	87	88	86	82	88	85	86	89	88	
	88	92	91	92	90	91	91	89	91	88	88	90	91	
	86	89	89	90	89	89	88	85	89	86	87	89	90	
	67	64	65	64	64	66	64	59	63	61	65	65	65	
	69	71	71	72	69	71	69	69	70	67	67	63	70	
	67	67	68	68	66	68	66	64	66	63	66	64	67	
	69	70	69	70	69	70	69	61	70	66	67	71	70	
	65	72	70	73	67	69	68	67	70	64	64	65	68	
	67	71	70	72	68	69	68	64	70	65	66	68	70	

Kv. = Kvinnor M. = Män										
↑ = Förbättrat värde ↓ = Försämrat värde		RIKET	Stockholm	Uppsala	Sörmland	Östergötland	Jönköping	Kronoberg	Kalmar	
19	Bemötande vid inläggning på sjukhus, Kv.	82	79	79	82	83	86	81		
	Bemötande vid inläggning på sjukhus, M.	87	86	89	87	86	89	88		
	Bemötande vid inläggning på sjukhus	84	83	84	84	84	87	84		
20	Information vid inläggning på sjukhus, Kv.	61	61	57	61	59	65	60		
	Information vid inläggning på sjukhus, M.	67	66	70	68	66	69	68		
	Information vid inläggning på sjukhus	64	63	64	64	62	67	64		
21	Delaktighet vid inläggning på sjukhus, Kv.	61	60	59	60	63	65	62		
	Delaktighet vid inläggning på sjukhus, M.	63	62	59	63	63	70	64		
	Delaktighet vid inläggning på sjukhus	62	61	60	61	63	68	63		
Tillgänglighet										
22	Läkarbesök inom 7 dagar i primärvård	↑ 93,0	↑ 94,0	↑ 92,0	↑ 94,0	↑ 96,0	↑ 92,0	↑ 93,0	↑ 94,0	
23	Uppfattning om väntetid vid besök i primärvård, Kv.	83	81		83	82	83	85	85	
	Uppfattning om väntetid vid besök i primärvård, M.	82	80		81	81	84	83	86	
	Uppfattning om väntetid vid besök i primärvård	82	81		82	82	83	84	86	
24	Vårdcentralers tillgänglighet per telefon	89,8		91,1	95,0	96,0	96,1	98,9	99,2	
25	Besök inom 90 dagar i specialiserad vård	↑ 90,1	↑ 85,1	↑ 89,8	↑ 87,7	↑ 89,0	↓ 91,4	↑ 97,1	↓ 93,6	
26	Operation inom 90 dagar i specialiserad vård	↑ 85,8	↓ 81,1	↓ 81,7	↑ 78,7	↑ 83,3	↑ 85,5	↑ 90,6	↑ 94,3	
Kostnader										
27	Strukturjusterad hälso- och sjukvårdskostnad	↓ 20710	↑ 22113	↓ 20943	↓ 19813	↓ 19635	↑ 19935	↑ 20677	↓ 19369	
28	Kostnader per konsumerad DRG-poäng	↑ 43157	↓ 41967	↓ 44356	↑ 44210	↑ 44917	↑ 43178	↑ 45165	↑ 39397	
30	Kostnad per vårdkontakt i primärvård	↑ 1306	↑ 1221	↑ 1265	↑ 1425	↓ 1243	↑ 1379	↑ 1191	↑ 1334	
Områdesvisa indikatorer										
Läkemedelsbehandling										
31	Tio eller fler läkemedel bland äldre, Kv.	↓ 13,2	↓ 12,3	↓ 16,7	↓ 11,5	↓ 11,7	↓ 13,7	↓ 15,6	↓ 11,3	
	Tio eller fler läkemedel bland äldre, M.	↓ 10,3	↓ 10,1	↓ 12,5	↓ 8,6	↓ 9,6	↓ 11,1	↓ 12,3	↓ 9,1	
	Tio eller fler läkemedel bland äldre	↓ 12,1	↓ 11,6	↓ 15,1	↓ 10,4	↓ 10,9	↓ 12,7	↓ 14,3	↓ 10,5	
32	Läkemedelsinteraktion bland äldre, Kv.	↑ 2,57	↑ 2,71	↑ 2,38	↑ 1,74	↑ 2,14	↑ 2,49	↑ 2,10	↑ 2,38	
	Läkemedelsinteraktion bland äldre, M.	↑ 2,62	↓ 2,73	↑ 2,37	↑ 2,23	↑ 2,32	↑ 2,10	↓ 2,46	↑ 2,50	
	Läkemedelsinteraktion bland äldre	↑ 2,59	↑ 2,72	↑ 2,37	↑ 1,92	↑ 2,21	↑ 2,35	↑ 2,24	↑ 2,43	
33	Äldre med olämpliga läkemedel, Kv.	13,1	12,0	12,5	11,0	13,4	15,3	11,3	12,1	
	Äldre med olämpliga läkemedel, M.	10,0	9,3	10,0	7,7	10,1	12,0	9,8	9,4	
	Äldre med olämpliga läkemedel	11,9	11,0	11,5	9,8	12,2	14,1	10,7	11,1	
34	Förekomst av antibiotikabehandling, Kv.	↑ 445	↑ 493	↑ 434	↑ 408	↑ 422	↑ 400	↑ 436	↑ 404	
	Förekomst av antibiotikabehandling, M.	↑ 315	↑ 354	↑ 318	↑ 281	↑ 293	↑ 287	↑ 314	↑ 297	
	Förekomst av antibiotikabehandling	↑ 380	↑ 424	↑ 376	↑ 344	↑ 357	↑ 343	↑ 374	↑ 350	
35	Penicillin V vid beh. av barn med luftvägsantib., Kv.	↑ 74,0	↑ 66,5	↑ 76,2	↑ 76,7	↑ 79,0	↑ 79,5	↑ 68,3	↑ 76,1	
	Penicillin V vid beh. av barn med luftvägsantib., M.	↑ 75,6	↑ 68,3	↑ 79,9	↑ 76,0	↑ 78,6	↑ 82,7	↑ 73,3	↑ 79,6	
	Penicillin V vid beh. av barn med luftvägsantibiotika	↑ 74,9	↑ 67,5	↑ 78,2	↑ 76,3	↑ 78,8	↑ 81,2	↑ 71,0	↑ 78,0	
36	Kinoloner vid behandling med urinvägsantib., Kv.	↑ 14,3	↑ 14,5	↑ 13,9	↑ 13,3	↑ 14,5	↑ 14,6	↑ 17,3	↑ 13,4	
37	Kombinationspreparat vid astma, Kv.	37,8	40,9	28,5	40,4	27,8	38,2	35,0	40,4	
	Kombinationspreparat vid astma, M.	42,6	46,0	45,3	41,1	35,7	35,7	47,3	42,5	
	Kombinationspreparat vid astma	39,9	43,1	35,5	40,4	31,8	37,4	40,3	40,8	
38	Uttagsfölsamhet vid blodtrycksänkande beh., Kv.	↓ 71,6	↓ 67,6	↓ 70,0	↓ 74,5	↓ 73,2	↑ 75,7	↑ 74,9	↑ 74,0	
	Uttagsfölsamhet vid blodtrycksänkande beh., M.	↓ 78,6	↓ 74,9	↑ 79,4	↓ 80,8	↑ 82,5	↓ 81,0	↓ 78,9	↓ 80,6	
	Uttagsfölsamhet vid blodtrycksänkande behandling	↓ 75,2	↓ 71,3	↓ 74,9	↓ 77,8	↑ 78,0	↑ 78,5	↓ 77,0	↑ 77,4	
Graviditet, förlossning och nyföddhetsvård										
39	Tobaksvanor under graviditet, Kv.	5,42	3,92	3,49	5,41	6,41	6,00	4,89	7,64	
40	Screening för riskbruk av alkohol under graviditet, Kv.	88,0	86,2			92,5	91,2	91,4	93,0	
41	Tidiga aborter, Kv.	↑ 78,5	↑ 78,2	↑ 78,2	↑ 84,2	↑ 80,5	↓ 81,8	↓ 78,6	↑ 82,7	
42	Dödfödda barn, Kv.	↑ 3,16	↑ 2,86	↓ 2,50	↑ 3,34	↑ 2,76	↓ 4,34	↑ 2,46	↑ 3,72	
43	Neonatal dödlighet, Kv.	↑ 1,64	↑ 1,42	↑ 1,53	↑ 2,16	↑ 1,59	↑ 2,43	↓ 2,30	↑ 2,52	
44	Infektioner hos barn i neonatalvård	2,0	1,9	4,3	2,9	2,8	5,0		1,0	
45	Låg Apgar-poäng hos nyfödda, Kv.	↑ 1,14	↑ 0,91	↓ 0,99	↓ 1,22	↓ 1,42	↓ 1,46	↓ 1,27	↑ 1,38	
46	Bristningar vid förlossning, Kv.	↑ 3,61	↑ 4,48	↓ 2,84	↓ 4,75	↑ 3,64	↑ 2,49	↓ 3,97	↑ 3,66	

	Gotland	Blekinge	Skåne	Hälland	V. Götaland	Värmland	Örebro	Västmanland	Dalarna	Gävleborg	Västernorrland	Jämtland	Västerbotten	Norrbottn
	83	84	83	85	81	83	83	80	82	84	78	83	84	
	85	87	87	89	89	89	89	82	86	84	83	86	91	
	84	85	85	87	85	85	86	81	83	84	80	84	87	
	63	66	63	66	61	60	63	58	65	64	54	58	64	
	73	67	67	68	67	69	72	63	67	59	60	66	72	
	68	66	65	67	63	64	67	59	65	62	57	61	68	
	61	62	63	66	60	58	63	59	64	62	54	66	62	
	73	69	62	68	64	65	66	58	66	58	59	59	66	
	67	65	63	68	62	61	65	59	64	60	56	62	64	
	↓ 95,0	↓ 95,0	↑ 92,0	↑ 98,0	↑ 95,0	↓ 95,0	↓ 87,0	↑ 88,0	↑ 85,0	↑ 89,0	↑ 95,0	↑ 93,0	↑ 93,0	↑ 88,0
		84	81	87	83	85		78	81	82	78		81	
		84	81	87	82	83		75	79	83	80		78	
		84	81	87	83	84		77	80	82	78		80	
	89,6	83,6	80,7	93,9	98,1	64,4	84,4	86,6	96,5	96,7	97,1	68,1	92,4	96,0
	↓ 84,7	↑ 90,9	↑ 88,6	↑ 97,2	↑ 95,5	↓ 88,9	↑ 87,7	↑ 90,6	↑ 84,3	↑ 93,3	↓ 91,0	↑ 93,8	↑ 93,9	↑ 94,2
	↑ 89,8	↑ 84,7	↑ 83,2	↑ 97,8	↑ 89,5	↑ 94,4	↑ 82,0	↑ 90,0	↑ 76,9	↑ 95,3	↑ 94,8	↑ 88,1	↑ 83,7	↑ 98,0
	↑ 21871	↓ 22164	↓ 20148	↓ 20220	↑ 19902	↓ 20330	↓ 20570	↓ 20493	↓ 21564	↓ 21326	↑ 21151	↑ 20872	↑ 20650	↑ 20717
	↑ 41545	↑ 47679	↑ 41879	↑ 42186	↑ 43754	↑ 45858	↑ 45647	↓ 43960	↑ 43472	↑ 45171	↑ 47405	↑ 44887	↑ 42363	↑ 44999
	↑ 1295	↓ 1418	↓ 1308	↓ 1274	↑ 1286	↓ 1355	↑ 1234	↓ 1261	↓ 1434	↓ 1470	↓ 1564	↑ 1510	↑ 1241	↓ 1644
	↓ 10,9	↓ 12,6	↓ 13,4	↓ 12,3	↓ 14,7	↓ 13,3	↓ 11,0	↓ 12,4	↓ 12,4	↓ 12,3	↓ 14,0	↓ 11,7	↓ 15,5	↓ 13,9
	↓ 7,1	↓ 9,4	↓ 11,1	↓ 9,5	↓ 11,0	↓ 10,1	↓ 8,9	↓ 9,2	↓ 9,2	↓ 9,8	↓ 10,6	↓ 8,7	↓ 11,5	↓ 9,6
	↓ 9,5	↓ 11,4	↓ 12,6	↓ 11,2	↓ 13,3	↓ 12,1	↓ 10,2	↓ 11,2	↓ 11,2	↓ 11,4	↓ 12,7	↓ 10,5	↓ 13,9	↓ 12,3
	↑ 2,62	↑ 2,30	↓ 2,71	↓ 2,53	↑ 3,06	↑ 3,05	↑ 2,33	↑ 2,08	↓ 2,17	↑ 2,33	↑ 2,44	↑ 1,81	↑ 2,01	↓ 2,82
	↑ 2,05	↑ 2,20	↑ 2,93	↓ 2,70	↑ 2,79	↑ 3,02	↑ 3,01	↓ 2,97	↓ 2,63	↑ 2,54	↑ 2,28	↓ 1,84	↓ 2,32	↑ 2,07
	↑ 2,41	↑ 2,26	↓ 2,79	↓ 2,60	↑ 2,96	↑ 3,04	↑ 2,58	↑ 2,41	↓ 2,34	↑ 2,41	↑ 2,38	↑ 1,82	↑ 2,13	↓ 2,53
	11,8	16,5	13,8	12,5	13,6	12,5	13,4	12,4	13,0	11,3	15,0	12,5	14,8	14,5
	9,9	11,2	10,5	10,0	10,3	9,1	8,8	9,9	9,7	7,9	11,4	9,5	11,8	9,9
	11,1	14,4	12,6	11,5	12,4	11,2	11,7	11,5	11,8	10,0	13,7	11,4	13,7	12,7
	↑ 432	↑ 461	↑ 479	↑ 442	↑ 464	↑ 395	↑ 392	↑ 434	↑ 379	↑ 397	↑ 398	↑ 353	↑ 364	↑ 401
	↑ 286	↑ 319	↑ 338	↑ 314	↑ 330	↑ 275	↑ 272	↑ 300	↑ 257	↑ 271	↑ 277	↑ 247	↑ 260	↑ 273
	↑ 359	↑ 388	↑ 409	↑ 378	↑ 397	↑ 334	↑ 331	↑ 367	↑ 317	↑ 333	↑ 337	↑ 299	↑ 311	↑ 335
	↑ 67,8	↑ 81,3	↑ 79,4	↑ 71,7	↑ 73,9	↑ 86,3	↑ 80,9	↑ 80,1	↑ 80,9	↓ 76,9	↑ 75,9	↑ 77,9	↑ 75,8	↓ 76,5
	↑ 66,7	↑ 82,3	↑ 80,0	↑ 70,7	↑ 75,6	↑ 87,2	↑ 81,7	↑ 83,1	↑ 84,2	↑ 79,5	↑ 77,0	↑ 81,0	↑ 76,5	↑ 81,4
	↑ 67,4	↑ 81,8	↑ 79,8	↑ 71,2	↑ 74,8	↑ 86,9	↑ 81,3	↑ 81,7	↑ 82,6	↓ 78,2	↑ 76,5	↑ 79,6	↑ 76,1	↑ 79,2
	↑ 12,1	↑ 13,3	↑ 14,0	↑ 15,7	↑ 14,1	↑ 14,3	↑ 16,2	↑ 12,7	↑ 12,3	↑ 14,4	↑ 15,3	↑ 14,1	↑ 15,3	↑ 13,3
	53,6	26,8	40,4	34,3	33,1	40,4	37,4	35,0	31,0	40,5	44,3	42,9	41,0	30,1
	55,0	35,0	45,3	35,5	39,6	45,5	33,9	43,4	42,3	34,1	40,9	46,5	37,3	40,9
	54,1	31,0	42,4	35,5	35,8	42,8	36,0	38,4	36,7	39,0	42,6	44,3	39,2	35,5
	↓ 65,2	↓ 70,2	↑ 70,0	↑ 71,0	↓ 71,1	↓ 73,5	↓ 74,7	↓ 75,4	↓ 73,3	↓ 73,5	↓ 76,7	↓ 73,6	↓ 76,5	↓ 77,2
	↓ 77,3	↑ 80,8	↓ 77,4	↓ 77,0	↑ 78,7	↓ 80,2	↑ 82,7	↓ 82,2	↓ 79,9	↓ 80,2	↑ 81,7	↓ 79,5	↓ 81,5	↓ 82,5
	↓ 71,7	↓ 75,5	↓ 73,8	↑ 74,1	↑ 75,0	↓ 77,1	↓ 78,8	↓ 78,9	↓ 76,8	↓ 77,2	↑ 79,5	↓ 76,8	↓ 79,1	↓ 80,1
	6,82	5,72	5,80	5,83	5,45	6,53	7,61	6,79	7,35	7,47	8,36	4,46	5,94	4,22
	83,5	71,9	91,4	85,0	92,5	87,0	92,2	85,5		87,6	92,5	88,4	92,8	85,0
	↑ 79,4	↑ 75,2	↑ 74,4	↓ 79,1	↑ 78,8	↓ 78,0	↑ 81,4	↑ 78,8	↑ 76,6	↓ 77,6	↓ 78,7	↑ 78,7	↑ 83,0	↑ 80,6
	↓ 4,48	↓ 4,10	↑ 3,13	↓ 2,81	↑ 3,23	↑ 2,96	↑ 3,41	↑ 2,81	↑ 3,81	↑ 3,68	↓ 4,35	↓ 3,84	↑ 3,39	↑ 3,08
	↑ 2,31	↑ 2,63	↑ 1,51	↓ 1,77	↑ 1,55	↑ 1,36	↑ 1,68	↑ 2,13	↑ 1,67	↑ 1,23	↑ 1,32	↑ 1,87	↑ 1,21	↑ 2,31
	2,6				1,3	0,9	3,9	1,4	2,2			1,1	0,8	3,1
	↑ 1,07	↓ 1,45	↓ 1,31	↓ 0,87	↑ 1,22	↑ 0,89	↓ 1,04	↓ 1,65	↑ 1,03	↑ 1,01	↑ 0,85	↓ 1,44	↓ 1,39	↑ 1,03
	↓ 4,40	↑ 4,12	↑ 3,90	↑ 2,92	↑ 3,11	↑ 2,69	↑ 3,03	↓ 2,86	↑ 3,05	↑ 2,79	↑ 3,58	↑ 2,88	↑ 3,65	↑ 2,72

Kv. = Kvinnor M. = Män										
↑ = Förbättrat värde ↓ = Försämrat värde										
		RIKET	Stockholm	Uppsala	Sörmland	Östergötland	Jönköping	Kronoberg	Kalmar	
47	Kejsarsnitt vid okomplicerad graviditet, Kv.	8,0	9,9	9,2	7,9	6,6	6,4	9,4	7,2	
Kvinnosjukvård										
49	Oönskade händ. efter borttagande av livmoder, Kv.	↓ 2,17	↓ 3,33	↓ 1,45	↓ 3,28	↑ 1,66	↓ 1,45	↑ 1,23	↑ 1,25	
50	Patienttrapp. kompl. efter borttagande av livmoder, Kv.	67,5		62,0	51,4	57,1	68,4	76,0	70,3	
51	Patienttillfredsst. efter borttagande av livmoder, Kv.	91,3		91,8	85,1	91,0	91,6	91,6	95,3	
52	Patienttrapp. kompl. efter framfallsoperation, Kv.	78,2		79,0		76,5	79,8	79,0	80,8	
53	Patienttrapp. förekomst av framfallsymtom efter op. Kv.	77,8		77,6		80,1	80,6	80,0	80,0	
54	Patienttrapp komplikationer efter inkontinensop., Kv.	80,1		75,7		82,5	83,8	74,5	80,5	
55	Patientrapporterad kontinens efter operation, Kv.	66,8		53,3		70,9	67,6	80,0	54,8	
56	Dagkirurgiska operationer vid livmoderframfall. Kv.	↑ 23,6	↑ 9,1	↑ 2,7	↓ 17,6	↑ 73,9	↑ 29,2	↑ 5,3	↑ 9,0	
Rörelseorganens sjukdomar										
58	Implantatöverlevnad vid total knäprotesoperation, Kv.	↑ 96,2	↑ 96,2	↑ 95,6	↑ 98,0	↑ 97,8	↑ 97,7	↑ 93,8	↑ 97,2	
	Implantatöverlevnad vid total knäprotesoperation, M.	↑ 95,9	↓ 94,7	↑ 97,1	↑ 97,0	↑ 98,3	↓ 94,8	↑ 89,7	↓ 97,6	
	Implantatöverlevnad vid total knäprotesoperation	↑ 96,1	↑ 95,7	↑ 96,1	↑ 97,6	↑ 98,0	↑ 96,8	↑ 92,3	↑ 97,3	
59	Implantatöverlevnad vid total höftprotesop., Kv.	↓ 95,6	↑ 95,4	↓ 92,7	↓ 96,9	↓ 97,4	↓ 95,5	↑ 97,7	↓ 97,4	
	Implantatöverlevnad vid total höftprotesoperation, M.	↑ 94,2	↑ 94,0	↑ 94,9	↑ 95,4	↑ 96,6	↑ 96,8	↑ 95,3	↑ 96,4	
	Implantatöverlevnad vid total höftprotesoperation,	↑ 95,0	↑ 94,8	↑ 93,5	↓ 96,3	↑ 97,1	↑ 96,1	↑ 96,7	↓ 97,0	
60	Omoperation efter total höftprotesoperation, Kv.	↑ 1,69	↑ 1,88	↓ 2,39	↓ 1,69	↑ 1,53	↑ 1,87	↑ 0,66	↑ 1,63	
	Omoperation efter total höftprotesoperation, M.	↑ 2,00	↑ 2,27	↑ 2,67	↓ 2,35	↑ 1,50	↑ 1,20	↓ 0,66	↑ 2,49	
	Omoperation efter total höftprotesoperation	↑ 1,81	↑ 2,02	↓ 2,51	↓ 1,97	↑ 1,52	↑ 1,59	↓ 0,66	↑ 2,01	
61	Oönskade händ. efter knä- och total höftprotesop., Kv.	↑ 2,88	↑ 2,79	↓ 2,53	↓ 2,69	↑ 3,47	↓ 2,85	↓ 2,49	↓ 2,64	
	Oönskade händ. efter knä- och total höftprotesop., M.	↓ 4,10	↑ 4,31	↓ 5,20	↓ 3,58	↑ 4,87	↓ 4,47	↓ 3,93	↑ 4,10	
	Oönskade händ. efter knä- och total höftprotesop.	↑ 3,35	↑ 3,32	↓ 3,56	↓ 3,06	↑ 3,99	↓ 3,40	↑ 3,01	↑ 3,31	
62	Patienttrapp. resultat av total höftprotesoperation, Kv.	↑ 0,385	↑ 0,373	↓ 0,367	↓ 0,430	↑ 0,325	↑ 0,376	↓ 0,328	↓ 0,330	
	Patienttrapp. resultat av total höftprotesoperation, M.	↑ 0,350	↓ 0,344	↓ 0,311	↓ 0,382	↑ 0,289	↑ 0,350	↑ 0,352	↑ 0,322	
	Patienttrapp. resultat av total höftprotesoperation	↑ 0,370	↑ 0,362	↓ 0,343	↓ 0,408	↑ 0,310	↑ 0,364	↑ 0,339	↑ 0,327	
63	Patienttillfredsställelse efter total höftprotesop., Kv.	↑ 85,0	↓ 82,9	↓ 83,8	↓ 82,9	↓ 81,2	↓ 87,4	↓ 87,5	↑ 87,9	
	Patienttillfredsställelse efter total höftprotesop., M.	↓ 87,4	↑ 85,5	↑ 86,4	↓ 85,1	↓ 87,1	↓ 91,7	↓ 87,1	↑ 93,1	
	Patienttillfredsställelse efter total höftprotesop.	↓ 86,0	↓ 83,9	↑ 84,9	↓ 83,9	↓ 83,7	↓ 89,3	↓ 87,3	↑ 90,2	
64	Väntetid inför höftfrakturop., Kv.	↑ 24	↑ 26	↓ 35	↑ 22	↑ 23	↑ 19	↓ 26	↑ 17	
	Väntetid inför höftfrakturop., M.	↑ 24	↑ 26	↓ 32	↑ 22	↓ 23	↑ 21	↑ 24	↑ 18	
	Väntetid inför höftfrakturop.	↑ 24	↑ 26	↓ 34	↑ 22	↓ 23	↑ 20	↑ 25	↑ 17	
65	Protesoperation vid höftfraktur, Kv.	↑ 62,4	↑ 62,5	↓ 67,5	↑ 48,2	↓ 61,6	↓ 50,3	↓ 63,1	↑ 66,3	
	Protesoperation vid höftfraktur, M.	↑ 56,7	↑ 57,2	↑ 70,0	↑ 36,7	↑ 56,7	↓ 44,0	↑ 64,6	↑ 56,8	
	Protesoperation vid höftfraktur	↑ 60,6	↑ 60,9	↑ 68,2	↑ 44,2	↓ 60,0	↓ 48,3	↑ 63,2	↑ 63,2	
66	Implantatöverlevnad vid halvprotesoperation, Kv.	↓ 96,3	↓ 95,7	↑ 95,9	↓ 91,4	↓ 97,5	↓ 95,2	↑ 95,9	↓ 94,8	
	Implantatöverlevnad vid halvprotesoperation, M.	↓ 95,2	↓ 95,7	↓ 93,1	↓ 95,0	↓ 98,0	↓ 90,3	↓ 91,7	↓ 89,8	
	Implantatöverlevnad vid halvprotesoperation	↓ 96,0	↓ 95,8	↑ 95,7	↓ 92,9	↓ 98,2	↓ 94,4	↑ 95,6	↓ 94,0	
67	Åter till ursprungligt boende efter höftfraktur	79,3	77,0	71,9	82,3	74,8	79,0	75,5	77,0	
68	Läkemedel mot benskörhet efter fraktur, Kv.	↑ 13,9	↑ 13,8	↑ 19,3	↑ 16,9	↑ 13,0	↑ 18,4	↓ 14,9	↑ 17,4	
69	Patienttrapp. förbättring efter op. för spinal stenosis, Kv.	75,3	80,1	74,2	81,4	71,7	70,6	70,0	79,0	
	Patienttrapp. förbättring efter op. för spinal stenosis, M.	76,7	80,4	75,0	81,8	72,8	65,0	61,5	79,2	
	Patienttrapp. förbättring efter op. för spinal stenosis	75,8	80,2	74,5	81,6	72,1	68,3	65,2	79,1	
70	Patienttrapp. förbättring efter op. för diskbråck, Kv.	88,0	88,6	84,3	93,3	87,8	87,2		93,8	
	Patienttrapp. förbättring efter op. för diskbråck, M.	89,4	92,4	81,3	94,3	92,0	72,4		100,0	
	Patienttrapp. förbättring efter operation för diskbråck	88,7	90,8	82,6	93,9	89,8	80,9	78,6	97,3	
71	Artroskopi i knäleden vid artros eller meniskskada, Kv.	↓ 194	↓ 326	↓ 185	↓ 183	↑ 131	↓ 232	↑ 54	↓ 331	
	Artroskopi i knäleden vid artros eller meniskskada, M.	↓ 270	↓ 439	↓ 271	↓ 253	↑ 132	↑ 296	↑ 110	↑ 382	
	Artroskopi i knäleden vid artros eller meniskskada	↓ 232	↓ 384	↓ 228	↓ 219	↑ 132	↑ 265	↑ 82	↑ 357	
72	Utbytesoperation efter korsbandsoperation, Kv.	2,69	2,96	1,81	2,80	2,36	1,86	1,86	2,82	
	Utbytesoperation efter korsbandsoperation, M.	2,70	2,99	1,76	1,69	0,83	2,61	2,11	1,75	
	Utbytesoperation efter korsbandsoperation	2,69	2,97	1,79	2,18	1,46	2,30	1,99	2,20	

	Gotland	Blekinge	Skåne	Halland	V. Götaland	Värmland	Örebro	Västmanland	Dalarna	Gävleborg	Västernorrland	Jämtland	Västerbotten	Norrbottn
	11,2	6,2	6,8	9,1	7,1	7,5	7,3	8,3	9,2	8,4	8,4	6,3	7,3	6,6
	↑ 2,49	↑ 2,89	↓ 1,90	↓ 1,66	↓ 2,40	↓ 1,83	↑ 1,18	↓ 1,34	↓ 2,44	↓ 1,28	↓ 1,09	↓ 2,57	↓ 1,91	↑ 1,69
		75,9	70,0	76,1	64,0		84,0	67,9	66,7	62,5	73,3	73,2	63,6	72,0
		85,2	91,2	88,6	90,9		95,7	91,0	91,1	96,6	92,4	89,2	88,7	92,5
			83,2	71,6	75,4		80,8	77,8	82,8	73,3	77,9	78,9	80,9	77,8
		86,7	69,4	83,8	79,4		74,4	69,8	82,4	79,5	78,6	77,8	78,5	73,2
			78,3	90,0	79,2		88,2	87,1	77,4	76,3	82,6	73,8	87,8	80,1
			65,2	54,5	70,8		67,8	60,7	76,3	60,9	60,4	69,8	81,8	49,0
	↑ 0,0	↑ 49,6	↑ 29,3	↓ 4,0	↑ 22,1	↑ 48,0	↓ 15,9	↑ 7,2	↑ 25,7	↑ 49,9	↑ 71,8	↓ 16,0	↑ 11,6	↓ 24,8
	↓ 89,5	↓ 96,8	↑ 95,5	↑ 97,4	↑ 96,6	↓ 95,5	↑ 96,0	↑ 96,8	↑ 97,6	↓ 91,1	↑ 97,6	↓ 94,8	↑ 96,1	↑ 96,6
	↓ 93,7	↑ 95,4	↑ 95,7	↑ 98,2	↑ 96,5	↑ 95,6	↓ 96,2	↑ 99,7	↑ 98,2	↓ 89,1	↑ 97,5	↑ 96,1	↑ 98,5	↑ 97,2
	↓ 90,7	↓ 96,2	↑ 95,5	↑ 97,7	↑ 96,5	↓ 95,6	↓ 96,1	↑ 97,8	↑ 97,8	↓ 90,4	↑ 97,6	↓ 95,1	↑ 97,0	↑ 96,8
	↓ 93,7	↓ 96,4	↑ 95,0	↓ 92,4	↑ 95,8	↑ 96,8	↑ 97,3	↓ 96,6	↑ 98,0	↓ 94,5	↓ 96,3	↓ 85,5	↓ 97,9	↓ 94,9
	↑ 92,7	↓ 93,4	↑ 94,0	↑ 93,4	↑ 92,7	↑ 93,4	↓ 93,5	↑ 93,7	↓ 96,2	↓ 93,4	↓ 92,5	↓ 95,0	↓ 97,1	↓ 93,3
	↑ 93,2	↓ 95,2	↑ 94,5	↑ 92,8	↑ 94,6	↑ 95,4	↓ 95,9	↓ 95,3	↓ 97,2	↓ 94,0	↓ 94,9	↓ 88,8	↓ 97,6	↓ 94,3
	↑ 1,81	↑ 0,81	↑ 1,28	↑ 1,56	↑ 1,41	↓ 2,19	↑ 1,19	↓ 3,74	↑ 1,77	↑ 2,33	↓ 2,11	↑ 1,38	↓ 1,23	↑ 0,95
	↑ 0,45	↑ 1,23	↑ 1,76	↑ 2,15	↑ 1,96	↑ 3,62	↑ 1,68	↓ 2,31	↑ 1,30	↑ 2,54	↑ 1,84	↓ 3,81	↑ 0,88	↑ 1,60
	↑ 1,21	↑ 1,00	↑ 1,48	↑ 1,81	↑ 1,64	↑ 2,74	↑ 1,40	↓ 3,17	↓ 1,57	↑ 2,42	↑ 2,00	↓ 2,36	↓ 1,08	↑ 1,22
	↓ 3,11	↑ 1,81	↑ 2,59	↓ 3,05	↓ 2,65	↑ 3,55	↑ 3,14	↓ 3,83	↓ 3,09	↑ 3,55	↑ 2,62	↑ 2,10	↑ 3,32	↑ 3,12
	↓ 4,90	↑ 2,98	↓ 3,67	↓ 5,27	↓ 3,44	↑ 4,42	↓ 4,57	↓ 3,97	↓ 4,83	↓ 4,39	↓ 4,74	↓ 3,41	↑ 4,47	↑ 2,34
	↓ 3,77	↑ 2,33	↑ 3,00	↓ 4,00	↓ 2,98	↑ 3,92	↓ 3,64	↓ 3,81	↓ 3,83	↓ 3,81	↓ 3,29	↑ 2,75	↑ 3,80	↑ 2,78
	↓ 0,408	↑ 0,427	↑ 0,410	↑ 0,391	↑ 0,373	↓ 0,375	↓ 0,372	↑ 0,460	↓ 0,389	↑ 0,429	↑ 0,394	↓ 0,415	↓ 0,403	↑ 0,426
	↑ 0,321	↑ 0,380	↓ 0,369	↑ 0,327	↑ 0,341	↑ 0,347	↑ 0,351	↑ 0,407	↓ 0,358	↓ 0,362	↓ 0,369	↑ 0,355	↑ 0,396	↓ 0,385
	↓ 0,370	↑ 0,405	↓ 0,391	↑ 0,364	↑ 0,359	↓ 0,364	↑ 0,363	↑ 0,440	↓ 0,375	↑ 0,399	↓ 0,385	↓ 0,391	↑ 0,400	↓ 0,409
	↓ 75,5	↑ 86,5	↑ 87,8	↓ 86,5	↑ 83,1	↑ 83,5	↓ 88,9	↑ 84,8	↓ 85,6	↑ 86,5	↓ 82,3	↑ 88,0	↑ 88,7	↓ 89,4
	↓ 83,5	↑ 91,7	↑ 88,9	↓ 87,6	↓ 84,9	↓ 84,0	↓ 92,8	↑ 91,9	↓ 89,2	↑ 86,8	↓ 83,1	↑ 90,8	↓ 88,6	↑ 89,0
	↓ 78,7	↑ 88,8	↑ 88,3	↓ 86,9	↓ 83,8	↑ 83,7	↓ 90,5	↑ 87,4	↓ 87,2	↑ 86,6	↓ 82,6	↑ 89,0	↓ 88,7	↑ 89,3
	↑ 23	↑ 20	↑ 25	↑ 25	↑ 26	↓ 28	↑ 23		↑ 19	↓ 15	↑ 13	↑ 22	↑ 17	↑ 17
	↑ 17	↓ 24	↑ 24	↑ 25	↓ 28	↑ 24	↑ 24		↑ 21	↑ 17	↓ 27	↑ 21	↑ 15	↑ 17
	↑ 22	↓ 21	↑ 25	↑ 25	↓ 27	↓ 27	↑ 23		↑ 19	↑ 16	↑ 18	↑ 22	↑ 16	↑ 17
	↓ 54,7	↑ 71,8	↓ 66,3	↑ 69,9	↑ 66,3	↑ 64,2	↑ 61,4	↑ 67,6	↑ 58,7	↓ 60,1	↑ 56,0	↑ 57,2	↑ 48,1	↑ 64,2
	↓ 55,7	↑ 58,5	↓ 66,0	↑ 65,7	↑ 65,0	↑ 54,1	↑ 52,5	↓ 45,3	↑ 49,6	↑ 48,4	↑ 49,6	↑ 42,4	↑ 44,9	↑ 49,1
	↓ 54,8	↑ 67,2	↓ 66,1	↑ 68,5	↑ 65,8	↑ 61,1	↑ 57,6	↑ 61,0	↑ 55,7	↑ 56,9	↑ 53,6	↑ 53,2	↑ 47,1	↑ 59,2
	↑ 93,6	↑ 97,1	↓ 96,6	↓ 94,3	↓ 96,8	↓ 95,6	↑ 96,8	↓ 91,1	↓ 94,6	↑ 96,7	↓ 94,9	↑ 95,3	↑ 96,1	↑ 95,4
	↑ 83,5	↓ 94,3	↓ 93,3	↓ 93,5	↑ 97,0	↓ 91,6	↑ 95,1	↓ 87,3	↓ 89,5	↑ 89,7	↓ 91,8	↓ 92,3	↓ 97,0	↑ 92,7
	↑ 92,7	↑ 97,1	↓ 95,7	↓ 94,6	↓ 97,0	↓ 95,1	↑ 96,8	↓ 90,8	↓ 93,6	↑ 95,3	↓ 94,4	↑ 95,5	↑ 96,8	↑ 95,2
	80,0	87,2	78,0	81,0	80,7	79,8	79,6		82,5	78,0			86,1	75,4
	↓ 9,5	↓ 9,2	↓ 13,2	↑ 14,9	↑ 13,6	↓ 12,4	↑ 14,5	↓ 11,9	↑ 15,3	↓ 11,1	↓ 11,7	↑ 13,5	↑ 14,5	↓ 12,0
		77,3	70,2		73,2	66,7	75,0	73,2	68,8	71,4	67,2	93,8		
		75,0	76,8		74,1	71,4	62,8	76,8	78,9	67,4	76,2	75,0		
		76,1	73,0		73,6	68,8	70,2	75,0	72,9	69,7	71,7	85,7		
		100,0	85,7		80,5		87,0	86,5	92,5	94,7	94,4	88,1		
		93,1	86,3		87,5		73,5	86,1	95,3	69,2	90,1	90,0		
		96,2	86,0		84,3		94,1	81,3	86,3	93,9	80,0	92,0	88,9	
	↓ 207	↑ 143	↓ 126	↑ 212	↑ 150	↑ 77	↓ 136	↑ 150	↓ 170	↓ 202	↑ 105	↑ 210	↓ 173	↓ 153,5
	↓ 300	↑ 239	↓ 176	↑ 320	↑ 201	↑ 123	↓ 184	↑ 243	↓ 295	↓ 284	↑ 194	↓ 290	↑ 265	↓ 216
	↓ 253	↑ 192	↓ 151	↑ 266	↑ 176	↑ 101	↓ 160	↑ 198	↓ 233	↓ 244	↑ 151	↑ 251	↓ 220	↓ 186
	9,09		2,02	2,63	2,86	5,45	5,42	1,89	1,04	0,85	1,96	3,66	1,78	2
			3,12	2,15	3,50	3,35	5,88	3,33	3,52	1,97	0,00	0,93	0,52	0,51
	5,26		2,70	2,34	3,25	4,36	5,68	2,65	2,52	1,49	0,87	2,12	1,11	1,04

Kv. = Kvinnor M. = Män											
↑ = Förbättrat värde ↓ = Försämrat värde			RIKET	Stockholm	Uppsala	Sörmland	Östergötland	Jönköping	Kronoberg	Kalmar	
73	Biologiska läkemedel vid reumatoid artrit, Kv.	↑	21,5	↑ 29,4	↑ 21,6	↑ 15,6	↑ 13,4	↑ 17,9	↑ 21,6	↑ 16,1	
	Biologiska läkemedel vid reumatoid artrit, M.	↑	17,4	↑ 21,5	↑ 17,0	↑ 11,8	↑ 11,6	↑ 15,5	↓ 17,8	↓ 12,6	
	Biologiska läkemedel vid reumatoid artrit	↑	20,4	↑ 27,4	↑ 20,4	↑ 14,5	↑ 12,9	↑ 17,2	↑ 20,5	↑ 15,1	
74	Effekt vid beh.start med biologiskt läkemedel, Kv.	↓	33,4	↓ 34,1	↓ 39,0	↓ 36,0	↓ 31,0	↓ 38,0		↑ 23,7	
	Effekt vid beh.start med biologiskt läkemedel, M.	↓	40,3	↓ 42,4	↓ 55,5	↓ 35,6	↓ 43,9	↓ 54,4		↑ 36,0	
	Effekt vid behandlingsstart med biologiskt läkemedel	↓	34,6	↓ 36,5	↓ 43,4	↓ 36,1	↓ 34,7	↓ 41,5		↓ 23,9	
75	Patienttrapp. hälsa vid beh. med biologiskt läkem., Kv.	↑	44,1	↓ 45,5	↑ 51,5	↓ 56,7	↑ 38,0	↑ 51,7		↓ 23,3	
	Patienttrapp. hälsa vid beh. med biologiskt läkem., M.	↑	45,5	↓ 47,0	↑ 55,8	↓ 52,2	↓ 30,6	↑ 70,8		↑ 61,8	
	Patienttrapp. hälsa vid beh. med biologiskt läkemedel	↑	44,8	↑ 47,3	↑ 53,4	↓ 55,8	↑ 34,2	↑ 55,4		↑ 41,7	
Diabetesvård											
78	Måluppfyllelse för blodsockervärde - primärvård, Kv.	↓	51,3	↓ 50,8	↓ 46,6	↓ 52,3	↓ 48,9	↓ 53,9	↓ 50,3	↑ 50,7	
	Måluppfyllelse för blodsockervärde - primärvård, M.	↓	48,7	↓ 47,6	↓ 46,8	↓ 51,7	↓ 47,5	↓ 50,8	↓ 46,3	↑ 46,3	
	Måluppfyllelse för blodsockervärde - primärvård	↓	49,8	↓ 48,9	↓ 46,7	↓ 51,9	↓ 48,1	↓ 52,2	↓ 48,0	↑ 48,2	
79	Måluppfyllelse för blodsockervärde, typ 1 diabetes, Kv.	↓	15,0	↓ 15,2	↑ 15,5	↓ 9,8	↑ 14,4	↑ 19,6	↓ 15,2	↑ 16,7	
	Måluppfyllelse för blodsockervärde, typ 1 diabetes, M.	↓	17,0	↓ 19,1	↓ 14,8	↓ 13,0	↓ 16,8	↓ 18,6	↓ 16,3	↑ 14,7	
	Måluppfyllelse för blodsockervärde, typ 1 diabetes	↓	16,1	↓ 17,3	↑ 15,1	↓ 11,5	↓ 15,7	↓ 19,1	↓ 15,8	↑ 15,6	
80	Måluppfyllelse för blodtryck - primärvård, Kv.	↑	22,7	↑ 21,3	↓ 17,1	↓ 20,8	↑ 30,2	↓ 23,4	↑ 22,9	↑ 25,7	
	Måluppfyllelse för blodtryck - primärvård, M.	↑	21,4	↑ 19,9	↓ 17,8	↓ 19,8	↓ 29,4	↓ 23,1	↑ 21,3	↓ 23,2	
	Måluppfyllelse för blodtryck - primärvård	↑	21,9	↑ 20,5	↓ 17,5	↓ 20,2	↓ 29,8	↓ 23,2	↑ 22,0	↑ 24,3	
81	Måluppfyllelse för blodtryck, typ 1 diabetes, Kv.	↑	52,1	↓ 47,6	↑ 53,3	↓ 43,1	↓ 58,1	↑ 55,8	↓ 46,1	↓ 47,4	
	Måluppfyllelse för blodtryck, typ 1 diabetes, M.	↑	40,4	↓ 36,5	↓ 41,7	↓ 36,3	↓ 47,0	↑ 45,2	↓ 42,8	↓ 36,4	
	Måluppfyllelse för blodtryck, typ 1 diabetes	↑	45,6	↑ 41,5	↑ 46,9	↓ 39,4	↓ 51,9	↑ 50,0	↓ 44,2	↑ 41,6	
82	Måluppfyllelse för LDL-kolesterol - primärvård, Kv.	↑	41,9	↓ 39,0	↓ 35,7	↓ 43,4	↑ 51,8	↓ 39,4	↓ 46,0	↓ 41,7	
	Måluppfyllelse för LDL-kolesterol - primärvård, M.	↑	47,2	↑ 45,6	↑ 38,0	↑ 50,2	↑ 58,5	↑ 47,2	↑ 51,6	↑ 48,1	
	Måluppfyllelse för LDL-kolesterol - primärvård	↑	44,9	↑ 42,8	↑ 37,0	↑ 47,3	↑ 55,6	↑ 43,7	↑ 49,2	↑ 45,4	
83	Måluppfyllelse för blodsockervärde - barn, Flickor		29,9	27,5	48,0	29,8	40,7	27,6	65,7	30,9	
	Måluppfyllelse för blodsockervärde - barn, Pojkar		34,0	35,1	50,4	33,3	45,1	35,0	69,5	37,6	
	Måluppfyllelse för blodsockervärde - barn		32,1	31,6	49,3	31,5	43,1	31,6	67,8	34,3	
84	Amputation vid diabetes		272	266	291	195	240	251	257	226	
85	Metformin vid nedsatt njurfunktion, Kv.	↑	60,2	↑ 57,7	↓ 63,7	↑ 55,5	↑ 64,2	↑ 61,0	↑ 59,9	↑ 64,3	
	Metformin vid nedsatt njurfunktion, M.	↓	38,9	↓ 38,7	↑ 32,4	↓ 46,9	↑ 37,5	↑ 38,5	↓ 39,3	↓ 33,3	
	Metformin vid nedsatt njurfunktion	↑	51,0	↑ 49,9	↓ 51,2	↓ 52,0	↑ 54,3	↑ 52,2	↓ 51,6	↑ 51,8	
Hjärtsjukvård											
86	Överlevnad vid hjärtstopp utanför sjukhus		9,8	9,5	6,9	13,4	5,0	10,8	11,2	8,5	
87	Dödlighet efter hjärtinfarkt, Kv.	↑	27,5	↑ 27,6	↓ 23,6	↑ 27,3	↓ 31,2	↑ 29,0	↑ 23,2	↑ 27,9	
	Dödlighet efter hjärtinfarkt, M.	↑	29,7	↑ 30,1	↑ 22,3	↑ 29,3	↓ 31,0	↑ 30,2	↑ 25,3	↑ 30,7	
	Dödlighet efter hjärtinfarkt	↑	28,7	↑ 29,1	↑ 22,6	↑ 28,7	↓ 31,1	↑ 29,3	↑ 24,6	↑ 29,5	
88	Dödlighet efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt, Kv.	↑	13,1	↑ 13,2	↓ 13,4	↓ 12,6	↑ 12,7	↑ 12,5	↑ 12,8	↑ 12,6	
	Dödlighet efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt, M.	↑	13,8	↑ 14,1	↑ 12,0	↑ 13,3	↑ 12,1	↑ 12,5	↑ 12,6	↑ 13,4	
	Dödlighet efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt	↑	13,3	↑ 13,5	↑ 12,4	↑ 12,9	↑ 12,2	↑ 12,3	↑ 12,6	↑ 13,0	
89	Ny infarkt eller död i ischemisk hjärtsjukdom, Kv.	↑	13,3	↑ 12,3	↑ 12,5	↑ 11,8	↑ 13,1	↑ 15,0	↑ 12,4	↑ 11,7	
	Ny infarkt eller död i ischemisk hjärtsjukdom, M.	↑	14,3	↑ 13,7	↑ 13,0	↑ 12,6	↓ 13,7	↑ 15,6	↑ 14,5	↑ 13,5	
	Ny infarkt eller död i ischemisk hjärtsjukdom	↑	13,7	↑ 12,9	↑ 12,6	↑ 11,9	↑ 13,6	↑ 15,1	↑ 13,4	↑ 13,1	
90	Reperfusionsterapi vid ST-höjningsinfarkt, Kv.	↑	81,2	↑ 77,8	↓ 75,0	↓ 84,4	↑ 82,1	↓ 77,6	↓ 76,9	↓ 83,8	
	Reperfusionsterapi vid ST-höjningsinfarkt, M.	↓	82,7	↑ 84,7	↑ 84,3	↓ 87,5	↓ 81,5	↓ 82,7	↓ 81,5	↑ 85,5	
	Reperfusionsterapi vid ST-höjningsinfarkt	↓	82,3	↑ 83,2	↑ 82,3	↓ 86,8	↓ 81,6	↓ 81,3	↓ 80,6	↑ 85,0	
91	Tid till reperfusionsterapi vid ST-höjningsinfarkt, Kv.	↑	63,4	↑ 72,4	↑ 83,3	↓ 40,7	↓ 56,5	↑ 71,1	↑ 70,0	↑ 64,5	
	Tid till reperfusionsterapi vid ST-höjningsinfarkt, M.	↑	69,8	↑ 82,5	↑ 79,4	↑ 59,0	↑ 75,6	↑ 66,4	↓ 34,1	↑ 74,5	
	Tid till reperfusionsterapi vid ST-höjningsinfarkt	↑	68,2	↑ 80,5	↑ 80,2	↑ 55,3	↑ 70,4	↑ 67,6	↓ 40,7	↑ 72,0	
92	Kranskärlsröntgen vid icke ST-höjningsinfarkt, Kv.	↓	77,5	↓ 71,6	↑ 78,7	↓ 86,2	↓ 69,8	↓ 76,8	↓ 73,8	↑ 89,3	
	Kranskärlsröntgen vid icke ST-höjningsinfarkt, M.	↑	84,1	↓ 84,0	↑ 91,7	↓ 91,5	↑ 84,2	↓ 84,6	↑ 78,2	↑ 85,6	
	Kranskärlsröntgen vid icke ST-höjningsinfarkt	↓	82,0	↓ 80,3	↑ 88,0	↓ 90,1	↓ 79,0	↓ 81,8	↑ 76,7	↑ 87,0	

	Gotland	Blekinge	Skåne	Halland	V. Götaland	Värmland	Örebro	Västmanland	Dalarna	Gävleborg	Västernorrland	Jämtland	Västerbotten	Norrbottn
	↑ 31,4	↑ 24,4	↑ 28,5	↑ 21,3	↑ 14,6	↑ 23,0	↑ 17,9	↑ 28,1	↑ 23,1	↑ 19,9	↑ 23,6	↑ 25,8	↓ 15,3	↓ 11,74
	↑ 20,2	↑ 20,8	↑ 22,3	↑ 17,4	↑ 13,5	↑ 23,8	↑ 15,7	↑ 24,7	↑ 18,1	↓ 15,5	↑ 17,4	↑ 18,1	↑ 10,4	↑ 16,1
	↑ 27,8	↑ 23,5	↑ 26,8	↑ 20,2	↑ 14,3	↑ 23,3	↑ 17,3	↑ 27,2	↑ 21,7	↑ 18,7	↑ 21,8	↑ 23,4	↑ 14,0	↑ 12,9
	↑ 35,6	↓ 29,5	↓ 29,6	↑ 36,9	↑ 32,2	↑ 37,1	↓ 38,9	↓ 26,9	↓ 37,6	↑ 35,6	↑ 36,9	↑ 20,6	↓ 38,2	↓ 32,5
	17,0		↓ 37,1	↑ 38,0	↓ 31,1	↓ 16,5	42,9	↓ 34,0	↓ 39,9	↑ 30,0	40,6	↓ 9,8	↑ 54,6	↓ 35,1
	↓ 30,8	↓ 28,4	↓ 33,1	↑ 35,9	↓ 31,8	↓ 33,3	↓ 39,5	↓ 28,1	↓ 38,4	↓ 34,4	↑ 38,1	↓ 18,7	↑ 40,3	↓ 33,9
	↓ 19,8	↓ 11,1	↑ 39,4	↑ 40,4	↑ 43,3	↓ 41,4	↓ 48,3	↓ 37,5	↓ 42,4	↑ 39,2	↑ 33,6	↑ 45,9	↓ 47,5	↑ 39,5
	22,5		↑ 47,7	↑ 39,0	↑ 45,3	↓ 7,0	32,7	↓ 51,9	↓ 33,4	↓ 39,4	38,7	↓ 28,8	↓ 51,0	↑ 45,3
	↓ 20,0	↓ 10,4	↑ 38,1	↓ 37,5	↑ 46,7	↓ 36,4	↓ 39,6	↓ 41,8	↓ 43,6	↑ 38,8	↑ 33,3	↓ 39,7	↓ 49,5	↑ 41,9
	↓ 53,1	↓ 49,6	↓ 53,1	↑ 50,5	↓ 54,4	↑ 57,4	↑ 45,5	↓ 48,7	↓ 48,7	↓ 49,7	↓ 45,3	↑ 49,1	↑ 49,8	↑ 47,3
	↓ 44,8	↓ 47,5	↓ 51,0	↓ 47,2	↓ 52,7	↓ 53,0	↓ 43,0	↓ 46,7	↓ 45,9	↓ 48,6	↓ 42,6	↑ 48,4	↓ 43,1	↓ 41,6
	↓ 48,4	↓ 48,4	↓ 51,9	↓ 48,6	↓ 53,4	↑ 54,9	↑ 44,1	↓ 47,5	↓ 47,1	↓ 49,0	↓ 43,7	↑ 48,7	↓ 45,9	↑ 43,9
	↓ 12,9	↓ 17,6	↑ 14,6	↑ 19,5	↓ 17,2	↑ 9,5	↓ 7,2	↑ 14,3	↓ 10,9	↓ 15,7	↓ 16,0	↓ 10,3	↓ 16,2	↑ 16,3
	↓ 17,4	↑ 21,5	↓ 15,8	↑ 19,4	↓ 19,8	↓ 10,7	↓ 10,8	↑ 15,2	↓ 13,4	↓ 19,5	↑ 17,6	↑ 16,0	↓ 13,7	↓ 13,6
	↓ 15,3	↑ 19,8	↓ 15,3	↑ 19,5	↓ 18,6	↓ 10,2	↓ 9,2	↑ 14,8	↓ 12,4	↓ 17,8	↓ 16,9	↓ 13,7	↓ 14,8	↓ 14,7
	↑ 14,7	↓ 15,1	↑ 23,6	↓ 20,2	↑ 24,2	↓ 25,2	↑ 24,3	↑ 16,4	↑ 19,2	↓ 24,6	↑ 20,2	↑ 18,1	↓ 23,6	↑ 18,0
	↑ 21,8	↓ 13,6	↓ 21,4	↓ 20,6	↑ 23,6	↓ 23,9	↑ 22,7	↑ 15,5	↑ 18,5	↓ 21,6	↑ 16,8	↑ 19,5	↓ 20,9	↓ 15,8
	↑ 18,8	↓ 14,3	↑ 22,4	↓ 20,4	↑ 23,8	↓ 24,5	↑ 23,4	↑ 15,9	↑ 18,8	↓ 22,8	↑ 18,2	↑ 19,0	↓ 22,1	↓ 16,7
	↑ 55,8	↓ 42,0	↑ 51,8	↑ 52,9	↑ 56,4	↓ 54,7	↑ 57,0	↑ 44,4	↑ 58,4	↑ 56,0	↑ 47,4	↓ 48,5	↑ 53,5	↑ 49,8
	↓ 36,6	↓ 32,6	↓ 39,7	↓ 38,6	↓ 42,2	↓ 46,8	↓ 44,8	↓ 32,7	↑ 42,6	↓ 42,8	↓ 36,5	↓ 36,3	↓ 39,7	↓ 35,0
	↑ 45,4	↑ 36,6	↑ 45,1	↑ 44,6	↑ 48,4	↓ 50,1	↑ 50,1	↑ 38,3	↑ 49,1	↑ 48,8	↑ 41,4	↑ 41,1	↑ 46,0	↑ 41,2
	↓ 37,0	↓ 42,7	↓ 42,9	↓ 41,2	↓ 42,8	↓ 50,0	↓ 47,1	↓ 39,8	↓ 39,3	↓ 41,2	↑ 45,3	↑ 44,8	↓ 43,5	↓ 33,7
	↑ 41,7	↑ 49,5	↑ 49,8	↑ 46,8	↑ 46,6	↑ 53,0	↑ 49,3	↑ 47,1	↑ 44,3	↑ 44,4	↑ 47,9	↑ 49,9	↑ 46,9	↑ 38,9
	↑ 39,6	↑ 46,5	↓ 46,9	↑ 44,6	↑ 45,0	↑ 51,7	↑ 48,4	↑ 44,0	↑ 42,2	↑ 43,1	↑ 46,8	↑ 47,8	↓ 45,5	↓ 36,7
	29,4	30,1	28,7	27,0	25,0	16,7	20,7	39,4	42,5	30,5	30,3	43,8	9,7	28,9
	20,8	22,8	34,1	28,9	28,5	22,0	21,3	40,5	44,1	37,9	32,1	36,2	25,6	24,5
	25,9	26,3	33,3	28,1	26,9	19,5	21,0	40,0	43,4	34,7	31,2	39,7	21,1	26,6
	433	270	225	352	327	283	299	316	196	291	363	225	220	263
	↑ 68,8	↓ 65,1	↓ 63,4	↑ 61,6	↓ 58,8	↓ 61,3	↑ 55,1	↑ 68,1	↑ 58,1	↑ 60,8	↓ 58,1	↑ 55,0	↑ 53,5	↑ 56,5
	↓ 53,3	↓ 48,2	↓ 43,4	↓ 41,7	↓ 36,9	↑ 34,2	↑ 37,8	↓ 42,1	↑ 37,7	↑ 34,9	↓ 38,5	↑ 38,1	↓ 38,5	↓ 40,0
	↑ 61,3	↓ 58,3	↓ 54,6	↑ 51,6	↓ 48,9	↓ 49,4	↑ 47,1	↓ 57,6	↑ 49,6	↑ 49,3	↓ 48,9	↑ 47,7	↑ 46,6	↑ 48,4
	0,0	13,2	9,0	9,9	10,3	12,8	10,9	7,6	10,2	8,4	8,8	5,9	11,2	13,5
	↓ 23,4	↓ 32,3	↑ 26,8	↑ 28,6	↑ 28,4	↓ 30,8	↑ 28,1	↓ 25,3	↑ 25,0	↓ 24,4	↑ 25,0	↑ 27,2	↓ 27,9	↓ 29,3
	↓ 30,3	↑ 31,7	↑ 29,8	↑ 28,7	↑ 30,5	↑ 33,0	↑ 31,1	↑ 27,4	↑ 26,0	↑ 27,1	↓ 28,9	↑ 32,2	↓ 31,3	↓ 31,7
	↓ 27,8	↑ 32,0	↑ 28,4	↑ 28,6	↑ 29,5	↑ 32,2	↑ 29,7	↑ 26,3	↑ 25,2	↑ 25,7	↑ 26,9	↑ 29,8	↓ 29,8	↓ 30,7
	↓ 11,0	↓ 15,1	↑ 12,9	↓ 16,2	↑ 13,6	↑ 14,6	↑ 13,4	↑ 12,5	↑ 11,2	↑ 12,5	↑ 11,4	↑ 11,5	↓ 12,7	↓ 15,5
	↑ 13,8	↓ 13,2	↑ 14,2	↑ 14,2	↑ 14,2	↑ 13,8	↑ 14,4	↑ 12,9	↑ 11,8	↑ 14,1	↑ 14,7	↑ 13,2	↓ 14,1	↑ 15,8
	↑ 12,7	↓ 13,9	↑ 13,4	↑ 15,0	↑ 13,7	↑ 14,2	↑ 13,9	↑ 12,5	↑ 11,3	↑ 13,2	↑ 12,9	↑ 12,2	↓ 13,4	↑ 15,6
	↑ 17,3	↑ 10,9	↑ 13,2	↓ 15,1	↑ 14,7	↓ 13,8	↓ 13,5	↓ 12,2	↓ 13,4	↓ 14,5	↑ 13,8	↑ 8,2	↑ 13,8	↑ 15,1
	↑ 15,0	↓ 13,2	↑ 14,3	↑ 15,5	↓ 15,5	↑ 13,5	↓ 15,0	↑ 15,0	↑ 11,6	↓ 15,2	↑ 14,4	↑ 9,1	↑ 12,3	↑ 16,5
	↑ 14,3	↑ 12,0	↑ 13,6	↓ 15,3	↑ 15,0	↑ 13,6	↓ 14,0	↓ 13,4	↑ 12,1	↓ 14,1	↑ 13,9	↑ 8,8	↑ 13,0	↑ 15,9
	75,0	↓ 93,3	↓ 82,2	↑ 81,8	↓ 77,8	↓ 89,5	↑ 89,1	↑ 82,4	↓ 76,9	↓ 78,4	↑ 96,6	↑ 73,3	↑ 89,7	↑ 76,3
	↑ 92,3	↑ 83,1	↓ 82,6	↑ 84,3	↓ 81,0	↑ 88,0	↓ 77,1	↑ 90,7	↓ 83,7	↓ 77,4	↑ 87,2	↑ 75,5	↓ 87,1	↓ 77,6
	↑ 84,0	↓ 85,0	↓ 82,5	↑ 83,8	↓ 80,2	↑ 88,5	↓ 81,0	↑ 88,5	↓ 82,3	↓ 77,6	↑ 89,6	↑ 75,0	↑ 87,7	↓ 77,3
		↓ 64,3	↑ 58,8	↑ 72,2	↑ 70,6	↑ 73,5	↑ 87,8	↑ 64,3	↓ 65,0	↑ 58,6	↓ 25,0	54,5	↓ 46,2	↓ 37,9
	↑ 66,7	↑ 66,7	↑ 72,1	↑ 61,3	↑ 75,3	↑ 75,3	↑ 85,1	↑ 67,0	↑ 63,4	↓ 59,8	↑ 41,3	↑ 43,2	↑ 60,8	↑ 50,0
	↑ 57,1	↑ 66,2	↑ 68,3	↑ 63,4	↑ 74,1	↑ 74,8	↑ 86,1	↑ 66,4	↓ 63,7	↓ 59,5	↑ 36,9	↑ 45,8	↑ 57,0	↓ 47,6
		↑ 90,0	↑ 82,9	↑ 75,4	↓ 71,7	↓ 81,4	↑ 72,7	↑ 85,2	↑ 80,0	↓ 66,7	↓ 77,6	↑ 92,6	↑ 90,0	↑ 75,9
	↓ 74,1	↓ 80,0	↑ 86,1	↑ 83,5	↓ 79,8	↑ 86,6	↑ 76,3	↓ 83,6	↓ 80,6	↓ 81,3	↑ 85,8	↑ 91,2	↓ 88,5	↑ 83,3
	↓ 71,4	↓ 83,0	↑ 85,1	↑ 80,9	↓ 77,3	↑ 85,0	↑ 75,1	↑ 84,0	↓ 80,4	↓ 76,8	↑ 83,3	↑ 91,7	↑ 89,0	↑ 81,2

Kv. = Kvinnor M. = Män										
↑ = Förbättrat värde ↓ = Försämrat värde		RIKET	Stockholm	Uppsala	Sörmland	Östergötland	Jönköping	Kronoberg	Kalmar	
93	Blodproppshämmande behandling, Kv.	↑ 87,0	↑ 88,4	↑ 94,8	↑ 95,0	↑ 84,5	↑ 85,9	↓ 77,6	↑ 83,0	
	Blodproppshämmande behandling, M.	↑ 92,7	↑ 93,2	↑ 95,7	↓ 95,2	↑ 91,9	↑ 93,1	↑ 91,7	↑ 91,0	
	Blodproppshämmande behandling	↑ 90,9	↑ 91,7	↑ 95,4	↓ 95,2	↑ 89,3	↑ 90,3	↑ 86,9	↑ 87,9	
94	Blodfettssänkande behandling efter hjärtinfarkt, Kv.	↑ 81,1	↓ 75,0	↑ 78,8	↑ 85,9	↑ 87,8	↑ 86,1	↓ 82,1	↑ 84,9	
	Blodfettssänkande behandling efter hjärtinfarkt, M.	↑ 85,6	↑ 82,8	↑ 83,9	↑ 88,9	↑ 88,4	↑ 87,5	↓ 86,6	↑ 88,3	
	Blodfettssänkande behandling efter hjärtinfarkt	↑ 84,2	↑ 80,2	↑ 82,5	↑ 87,9	↑ 88,2	↑ 86,9	↓ 85,0	↑ 87,2	
95	Sekundärprev. måluppfyllelse efter hjärtinfarkt, Kv.	↑ 19,7	↓ 19,2	↓ 3,1	↓ 25,5	↑ 20,0	↑ 23,5	↑ 33,3	↑ 18,8	
	Sekundärprev. måluppfyllelse efter hjärtinfarkt, M.	↓ 19,5	↓ 20,7	↑ 9,6	↓ 26,2	↑ 19,4	↓ 29,2	↑ 34,5	↓ 11,1	
	Sekundärpreventiv måluppfyllelse efter hjärtinfarkt	↓ 19,6	↓ 20,4	↑ 8,3	↓ 26,0	↑ 19,6	↓ 27,5	↑ 34,2	↓ 14,0	
96	Dödlighet efter PCI vid instabil kranskärlssj., Kv.	4,59	4,60	4,64	8,17	2,67	0,46	2,79	5,35	
	Dödlighet efter PCI vid instabil kranskärlssj., M.	4,00	4,13	3,43	2,85	4,45	1,03	0,65	5,74	
	Dödlighet efter PCI vid instabil kranskärlssjukdom	4,15	4,29	3,46	4,26	4,03	0,79	1,51	5,49	
97	Återförträngning av hjärtats kärl efter PCI, Kv.	↑ 6,15	↑ 3,99	↑ 0,90	↑ 4,52	↑ 8,42	↑ 6,37	↑ 7,14	↓ 7,32	
	Återförträngning av hjärtats kärl efter PCI, M.	↑ 6,04	↑ 5,06	↑ 2,71	↑ 3,27	↑ 5,18	↓ 7,94	↑ 3,33	↑ 6,02	
	Återförträngning av hjärtats kärl efter PCI	↑ 6,07	↑ 4,79	↑ 2,32	↑ 3,60	↑ 6,09	↓ 7,44	↑ 4,37	↑ 6,38	
98	Död eller återinskrivning efter vård för hjärtsvikt, Kv.	↓ 18,9	↑ 15,4	↓ 19,6	↑ 19,9	↓ 21,2	↓ 18,6	↓ 21,3	↓ 21,7	
	Död eller återinskrivning efter vård för hjärtsvikt, M.	↑ 20,3	↑ 17,6	↑ 19,7	↑ 19,8	↑ 21,3	↓ 20,7	↓ 22,4	↑ 22,8	
	Död eller återinskrivning efter vård för hjärtsvikt	↓ 19,6	↑ 16,5	↑ 19,5	↑ 19,8	↓ 21,3	↓ 19,6	↓ 21,3	↓ 22,0	
99	Ekokardiografi vid hjärtsvikt, Kv.	↑ 84,3	↑ 89,0	↑ 61,2	↓ 83,4	↓ 86,7	↑ 85,8	↓ 93,3	↓ 70,8	
	Ekokardiografi vid hjärtsvikt, M.	↑ 91,4	↑ 95,2	↑ 83,9	↑ 90,6	↑ 95,6	↑ 94,7	↑ 93,4	↓ 76,7	
	Ekokardiografi vid hjärtsvikt	↑ 88,7	↑ 92,9	↑ 73,9	↓ 87,4	↑ 92,4	↑ 90,9	↑ 93,4	↓ 74,4	
100	Läkemedelsbehandling vid hjärtsvikt, Kv.	↑ 66,1	↑ 63,0	↑ 78,5	↑ 76,4	↑ 73,0	↑ 66,6	↑ 66,2	↑ 71,5	
	Läkemedelsbehandling vid hjärtsvikt, M.	↑ 68,5	↑ 70,1	↑ 74,7	↑ 78,2	↑ 76,9	↑ 68,6	↑ 64,9	↑ 73,5	
	Läkemedelsbehandling vid hjärtsvikt	↑ 67,8	↑ 67,1	↑ 77,1	↑ 77,7	↑ 75,3	↑ 68,2	↑ 65,8	↑ 72,8	
101	Komplikationer efter pacemakerinsättning	5,2	4,0	7,8	8,5	3,2	9,1	7,3	10,0	
Strokesjukvård										
103	Dödlighet efter förstagångsstroke, Kv.	↑ 22,2	↑ 19,2	↑ 19,6	↑ 22,6	↓ 26,1	↑ 20,9	↑ 24,8	↑ 24,4	
	Dödlighet efter förstagångsstroke, M.	↑ 21,5	↑ 20,4	↓ 16,8	↓ 21,4	↓ 24,5	↑ 19,4	↑ 24,1	↑ 22,3	
	Dödlighet efter förstagångsstroke	↑ 21,9	↑ 19,9	↑ 18,3	↑ 21,9	↓ 25,6	↑ 20,3	↑ 24,5	↑ 23,6	
104	Dödlighet efter sjukhusvårdad förstagångsstroke, Kv.	↑ 14,4	↑ 13,1	↓ 14,8	↑ 15,1	↓ 15,2	↑ 13,6	↑ 14,1	↓ 17,2	
	Dödlighet efter sjukhusvårdad förstagångsstroke, M.	↑ 14,3	↑ 14,0	↑ 11,6	↓ 15,7	↑ 14,5	↑ 12,8	↑ 15,2	↑ 15,2	
	Dödlighet efter sjukhusvårdad förstagångsstroke	↑ 14,4	↑ 13,6	↓ 13,5	↓ 15,3	↓ 15,0	↑ 13,1	↑ 14,7	↑ 16,4	
105	Vård vid strokeenhet, Kv.	↑ 87,4	↑ 86,4	↓ 88,0	↓ 83,7	↓ 92,1	↑ 89,7	↑ 87,0	↓ 88,3	
	Vård vid strokeenhet, M.	↑ 89,2	↑ 88,3	↑ 90,3	↓ 84,2	↓ 91,6	↑ 90,9	↑ 87,0	↑ 92,1	
	Vård vid strokeenhet	↑ 88,3	↑ 87,3	↑ 89,1	↓ 84,0	↓ 91,9	↑ 90,3	↑ 87,0	↑ 90,3	
106	Trombolysbehandling vid stroke, Kv.	↑ 8,4	↓ 10,3	↑ 9,3	↓ 7,9	↓ 4,8	↓ 6,5	↑ 7,4	↑ 7,1	
	Trombolysbehandling vid stroke, M.	↑ 9,4	↑ 13,0	↑ 9,3	↑ 9,5	↓ 5,4	↑ 11,3	↓ 4,7	↑ 9,0	
	Trombolysbehandling vid stroke	↑ 9,0	↑ 11,8	↑ 9,3	↓ 8,9	↓ 5,1	↑ 9,2	↓ 6,0	↑ 8,3	
107	Test av sväljformåga vid akut stroke, Kv.	↑ 93,5	↑ 93,8	↑ 98,5	↑ 83,7	↑ 96,7	↓ 93,5	↑ 98,6	↑ 99,7	
	Test av sväljformåga vid akut stroke, M.	↑ 93,5	↑ 93,3	↑ 98,7	↑ 83,2	↑ 97,5	↓ 93,4	↑ 97,2	↑ 100,0	
	Test av sväljformåga vid akut stroke	↑ 93,5	↑ 93,6	↑ 98,6	↑ 83,4	↑ 97,1	↓ 93,5	↑ 97,9	↑ 99,9	
108	Blodförtunnande behandling, Kv.	↑ 65,5	↑ 63,9	↓ 58,5	↓ 61,7	↓ 78,9	↑ 62,8	↓ 61,8	↑ 69,0	
	Blodförtunnande behandling, M.	↑ 66,0	↑ 66,7	↑ 74,5	↑ 72,9	↑ 76,8	↓ 63,7	↓ 73,9	↓ 53,9	
	Blodförtunnande behandling	↑ 65,8	↑ 65,5	↓ 66,7	↓ 67,4	↓ 77,3	↑ 63,3	↓ 66,9	↓ 61,5	
109	Blodfettssänkande behandling efter stroke, Kv.	↑ 66,1	↓ 60,6	↑ 59,0	↑ 73,1	↑ 73,9	↓ 62,4	↑ 68,0	↑ 73,5	
	Blodfettssänkande behandling efter stroke, M.	↑ 71,3	↑ 66,7	↑ 72,2	↑ 71,0	↑ 78,3	↑ 71,6	↑ 75,7	↑ 76,3	
	Blodfettssänkande behandling efter stroke	↑ 69,0	↑ 63,9	↑ 66,6	↑ 71,7	↑ 76,2	↑ 68,1	↑ 72,1	↑ 75,3	
110	Återinsjuknande efter stroke, Kv.	↑ 9,2	↓ 11,1	↑ 6,6	↑ 7,5	↑ 6,6	↓ 10,7	↑ 10,0	↑ 6,8	
	Återinsjuknande efter stroke, M.	↑ 9,6	↓ 11,9	↑ 9,2	↑ 9,8	↑ 8,0	↑ 11,2	↑ 9,2	↑ 6,1	
	Återinsjuknande efter stroke	↑ 9,4	↓ 11,5	↑ 8,0	↑ 8,6	↑ 7,0	↑ 10,7	↑ 9,7	↑ 6,6	
111	Funktionsförmåga efter stroke, Kv.	↑ 80,7	↑ 81,5	↑ 79,5	↑ 79,9	↑ 80,3	↑ 80,8	↑ 77,9	↑ 76,4	
	Funktionsförmåga efter stroke, M.	↑ 81,0	↑ 81,9	↑ 79,9	↑ 80,3	↑ 80,7	↑ 81,2	↑ 78,3	↑ 76,8	
	Funktionsförmåga efter stroke	↑ 80,9	↑ 81,7	↑ 79,7	↑ 80,1	↑ 80,5	↑ 81,0	↑ 78,1	↑ 76,6	

	Gotland	Blekinge	Skåne	Halland	V. Götaland	Värmland	Örebro	Västmanland	Dalarna	Gävleborg	Västernorrland	Jämtland	Västerbotten	Norrbottn
	↑ 84,6	↑ 88,9	↑ 92,9	↓ 83,1	↓ 82,1	↓ 90,1	↑ 90,5	↓ 81,0	↓ 82,4	↓ 87,5	↓ 82,6	↑ 90,9	↑ 86,2	↑ 82,8
	↓ 92,9	↑ 91,1	↑ 93,7	↑ 88,8	↑ 93,3	↑ 96,1	↑ 95,7	↓ 90,3	↓ 86,0	↓ 90,2	↑ 93,0	↑ 90,8	↑ 90,9	↓ 94,0
	↓ 90,2	↑ 90,4	↑ 93,5	↓ 86,7	↑ 89,9	↑ 94,1	↑ 94,1	↓ 87,9	↓ 84,9	↑ 89,4	↑ 89,8	↑ 90,8	↑ 89,6	↑ 90,7
	↓ 63,7	↓ 86,1	↓ 82,4	↓ 80,8	↑ 78,3	↑ 84,0	↑ 81,2	↓ 85,5	↓ 81,9	↑ 83,9	↑ 79,6	↑ 82,9	↑ 82,9	↑ 81,6
	↑ 88,4	↓ 82,7	↑ 87,9	↑ 87,7	↑ 84,9	↑ 86,2	↑ 89,5	↓ 87,2	↓ 84,6	↑ 86,6	↑ 83,8	↑ 85,0	↑ 85,9	↓ 80,4
	↑ 80,3	↑ 83,8	↑ 85,9	↑ 86,1	↑ 82,8	↑ 85,3	↑ 86,8	↓ 87,0	↑ 83,6	↑ 85,7	↑ 82,9	↑ 84,4	↑ 84,4	↑ 81,0
	54,5	↓ 18,8	↑ 25,7		↓ 21,9		↓ 17,9	↓ 0,0	↓ 2,4	↑ 18,8	↓ 0,0	↓ 0,0	16,7	↑ 27,8
	↓ 16,7	↓ 20,5	↑ 23,5	↑ 40,0	↓ 19,8	↑ 16,7	↑ 14,0	↓ 12,2	↓ 5,8	↓ 17,8	↑ 16,9	↓ 2,7	↓ 19,4	↑ 13,3
	↑ 25,5	↓ 20,0	↑ 24,1	↑ 38,5	↓ 20,3	↓ 13,3	↓ 15,0	↓ 9,2	↓ 4,9	↓ 18,1	↓ 13,9	↓ 2,2	↓ 18,6	↑ 15,8
	0,00	0,00	3,44	7,45	5,12	2,58	7,57	3,25	4,78	7,55	4,33	5,39	6,60	5,03
	1,71	3,88	3,51	3,96	3,75	3,43	4,80	6,18	3,08	3,78	5,67	1,65	3,73	7,24
	1,44	2,08	3,46	5,15	4,14	3,20	5,62	5,38	3,58	4,91	4,95	3,38	4,83	6,43
	↑ 7,14	↑ 2,47	↑ 7,61	↑ 7,26	↑ 7,77	↓ 5,73	↓ 4,97	↑ 3,29	↑ 3,90	↓ 7,04	↓ 4,13	↓ 4,00	↑ 5,30	↓ 11,29
	↑ 0,00	↓ 7,78	↑ 8,00	↑ 9,20	↓ 8,71	↑ 3,35	↑ 4,57	↑ 6,78	↓ 3,26	↑ 5,04	↓ 5,54	↑ 1,80	↑ 4,42	↓ 6,24
	↑ 1,56	↓ 6,13	↑ 7,89	↑ 8,69	↓ 8,46	↓ 4,09	↑ 4,70	↑ 5,86	↓ 3,44	↑ 5,63	↓ 5,16	↑ 2,48	↑ 4,69	↓ 7,65
	↓ 17,8	↑ 19,7	↓ 18,0	↓ 18,2	↓ 18,3	↓ 25,5	↓ 22,3	↑ 21,6	↓ 17,9	↑ 22,4	↑ 19,3	↑ 21,8	↑ 19,2	↑ 18,9
	↑ 17,7	↓ 22,7	↑ 19,0	↓ 18,2	↓ 19,1	↓ 25,5	↑ 24,1	↑ 23,4	↑ 20,1	↓ 24,8	↓ 21,8	↓ 22,6	↑ 19,9	↓ 23,5
	↑ 17,8	↑ 21,0	↓ 18,6	↓ 18,1	↓ 18,8	↓ 25,4	↑ 23,2	↑ 22,5	↓ 19,1	↓ 24,2	↓ 20,8	↑ 22,0	↑ 19,9	↓ 21,5
	90,0	↑ 86,7	↓ 77,2	↓ 75,4	↑ 93,2	↑ 100,0	↑ 99,1		↑ 88,2					
	100,0	↑ 90,6	↑ 85,4	↓ 77,0	↑ 96,1	↑ 100,0	↑ 98,4		↑ 96,0	↓ 90,9				
	↑ 97,7	↑ 89,9	↑ 82,1	↓ 76,4	↑ 95,1	↑ 100,0	↑ 98,7		↑ 93,1	↓ 90,9				
	↑ 62,6	↑ 63,3	↑ 57,3	↑ 61,9	↑ 64,3	↑ 62,4	↑ 72,2	↑ 71,9	↑ 71,7	↑ 69,7	↑ 70,9	↑ 73,1	↑ 78,0	↑ 65,1
	↑ 65,5	↑ 61,3	↑ 58,9	↓ 61,6	↑ 67,9	↑ 64,7	↑ 77,1	↑ 67,9	↑ 70,5	↑ 69,6	↑ 71,9	↓ 66,1	↑ 76,5	↑ 68,5
	↑ 65,9	↑ 62,3	↑ 58,9	↑ 61,6	↑ 66,7	↑ 64,5	↑ 75,0	↑ 69,9	↑ 71,3	↑ 70,9	↑ 71,5	↑ 69,8	↑ 77,8	↑ 67,6
	3,2	5,8	3,3	2,9	5,7	8,3	8,1	2,7	10,5	5,1	5,0	3,7	4,1	3,8
	↓ 24,6	↑ 25,1	↑ 21,6	↑ 20,3	↓ 23,6	↑ 25,0	↑ 23,2	↓ 20,1	↑ 20,4	↑ 24,8	↓ 20,9	↓ 25,7	↑ 21,3	↑ 23,4
	↑ 20,7	↓ 23,7	↓ 21,9	↓ 21,0	↓ 21,4	↓ 24,7	↓ 22,7	↑ 17,6	↑ 21,2	↓ 24,8	↓ 21,6	↑ 23,3	↓ 19,5	↑ 22,2
	↓ 22,9	↑ 24,2	↑ 21,9	↑ 20,6	↓ 22,5	↓ 24,9	↑ 23,1	↓ 18,7	↑ 21,0	↓ 24,7	↓ 21,5	↓ 24,7	↓ 20,5	↑ 22,9
	↓ 16,2	↓ 16,4	↑ 13,9	↑ 11,9	↓ 14,8	↑ 16,7	↑ 16,1	↓ 13,8	↑ 12,6	↑ 15,4	↓ 13,8	↓ 17,5	↑ 12,6	↑ 15,6
	↑ 12,4	↑ 14,9	↓ 14,2	↓ 15,6	↓ 13,6	↑ 16,0	↓ 16,5	↓ 12,9	↑ 13,4	↑ 15,7	↓ 15,5	↑ 16,1	↓ 12,4	↑ 16,3
	↑ 14,6	↑ 15,7	↑ 14,2	↓ 13,5	↓ 14,1	↑ 16,3	↓ 16,3	↓ 13,2	↑ 13,0	↑ 15,4	↓ 14,7	↓ 16,9	↑ 12,5	↑ 16,0
	↑ 32,2	↑ 89,1	↑ 85,5	↑ 86,3	↑ 90,7	↑ 83,5	↑ 92,0	↓ 81,7	↑ 83,8	↑ 90,7	↑ 92,4	↓ 75,1	↑ 90,3	↑ 91,7
	↓ 44,0	↑ 91,2	↑ 87,9	↓ 84,3	↑ 92,9	↓ 80,7	↑ 92,1	↓ 85,1	↑ 89,5	↑ 93,6	↑ 93,7	↑ 83,3	↑ 91,9	↑ 93,3
	↓ 38,1	↑ 90,2	↑ 86,7	↓ 85,3	↑ 91,8	↓ 82,1	↑ 92,0	↓ 83,4	↑ 86,7	↑ 92,1	↑ 93,1	↓ 79,3	↑ 91,1	↑ 92,6
	↑ 15,6	↑ 10,3	↑ 10,7	↓ 6,0	↓ 5,4	↓ 3,4	↑ 7,8	↑ 9,0	↓ 7,6	↑ 8,3	↓ 6,3	↓ 4,8	↑ 20,4	↑ 11,3
	↑ 10,4	↑ 12,7	↑ 11,1	↑ 9,6	↑ 8,1	↑ 7,1	↑ 5,0	↓ 4,8	↑ 7,8	↓ 4,9	↓ 10,5	↓ 4,7	↑ 12,3	↓ 9,5
	↑ 12,5	↑ 11,7	↑ 11,0	↓ 8,1	↑ 7,0	↓ 5,6	↑ 6,2	↓ 6,6	↑ 7,7	↓ 6,4	↓ 8,7	↓ 4,7	↑ 15,5	↑ 10,2
	↑ 84,2	↓ 92,9	↑ 91,9	↑ 97,9	↓ 93,0	↓ 84,4	↑ 91,1	↓ 90,2	↑ 97,4	↓ 94,2	↓ 97,8	↑ 96,7	↓ 90,9	↑ 96,3
	↓ 82,7	↓ 92,2	↑ 93,4	↑ 97,0	↓ 92,4	↓ 80,7	↑ 91,0	↑ 96,7	↓ 96,5	↓ 93,8	↑ 98,7	↑ 94,6	↓ 91,4	↑ 97,5
	↓ 83,4	↓ 92,6	↑ 92,7	↑ 97,4	↓ 92,7	↓ 82,5	↑ 91,1	↑ 93,5	↑ 96,9	↓ 94,0	↑ 98,3	↑ 95,7	↓ 91,1	↑ 97,0
		↑ 70,8	↑ 65,1	↑ 84,4	↑ 65,2	↑ 65,1	↓ 53,5	↑ 88,5	↓ 49,7	↓ 64,7	↑ 75,8	↓ 53,5	↓ 62,0	↑ 76,2
		↓ 75,9	↑ 66,3	↓ 67,4	↑ 57,4	↓ 65,6	↑ 62,0	↑ 69,1	↑ 69,6	↑ 79,5	↑ 66,5	↓ 79,5	↑ 60,0	↓ 68,5
		↓ 74,1	↑ 66,0	↓ 72,8	↑ 60,5	↓ 65,2	↓ 57,8	↑ 74,3	↓ 58,8	↑ 72,6	↑ 70,8	↓ 64,5	↓ 61,7	↓ 72,1
	↑ 72,9	↑ 61,1	↑ 71,4	↑ 69,5	↑ 66,0	↑ 75,1	↑ 66,9	↑ 67,3	↑ 55,5	↑ 70,4	↑ 63,5	↑ 64,8	↓ 67,7	↓ 60,3
	↑ 53,9	↑ 67,8	↑ 76,0	↑ 72,8	↑ 69,7	↑ 74,7	↑ 70,6	↑ 79,9	↑ 64,6	↑ 77,8	↑ 72,8	↑ 66,3	↑ 73,6	↓ 62,9
	↑ 62,7	↑ 65,3	↑ 74,0	↑ 71,6	↑ 68,1	↑ 74,8	↑ 68,7	↑ 74,3	↑ 60,7	↑ 74,9	↑ 69,0	↑ 65,7	↓ 71,1	↑ 61,7
	↑ 7,7	↑ 9,5	↑ 8,3	↑ 7,6	↑ 9,1	↑ 7,4	↑ 9,5	↓ 9,4	↓ 8,9	↓ 10,1	↓ 11,6	↓ 12,2	↑ 8,2	↑ 8,9
	↑ 10,2	↑ 7,7	↑ 8,3	↑ 9,2	↑ 9,5	↓ 9,3	↑ 8,3	↑ 8,5	↑ 9,5	↓ 10,2	↑ 12,0	↑ 9,8	↑ 9,5	↑ 10,2
	↑ 9,5	↑ 8,8	↑ 8,2	↑ 8,5	↑ 9,3	↓ 8,4	↑ 9,0	↑ 8,8	↑ 9,2	↓ 10,2	↓ 11,9	↓ 11,1	↑ 8,8	↑ 9,5
	↑ 85,3	↑ 78,4	↑ 81,5	↑ 78,5	↑ 80,7	↑ 81,6	↑ 79,7	↑ 82,6	↑ 80,9	↑ 79,3	↑ 84,7	↑ 76,3	↑ 81,4	↑ 79,3
	↑ 85,7	↑ 78,9	↑ 81,8	↑ 78,9	↑ 81,1	↑ 82,0	↑ 80,1	↑ 82,9	↑ 81,3	↑ 79,7	↑ 85,0	↑ 76,7	↑ 81,7	↑ 79,7
	↑ 85,5	↑ 78,7	↑ 81,7	↑ 78,7	↑ 80,9	↑ 81,8	↑ 79,9	↑ 82,7	↑ 81,1	↑ 79,5	↑ 84,8	↑ 76,5	↑ 81,5	↑ 79,5

Kv. = Kvinnor M. = Män										
↑ = Förbättrat värde ↓ = Försämrat värde		RIKET	Stockholm	Uppsala	Sörmland	Östergötland	Jönköping	Kronoberg	Kalmar	
112	Nöjdhet med sjukhusvård vid stroke, Kv.	↓ 95,0	↓ 92,2	↓ 96,7	↑ 94,8	↓ 94,3	↓ 96,9	↓ 93,1	↑ 97,8	
	Nöjdhet med sjukhusvård vid stroke, M.	↓ 95,9	↓ 93,9	↓ 94,9	↓ 95,5	↓ 95,3	↑ 97,6	↑ 98,5	↓ 96,2	
	Nöjdhet med sjukhusvård vid stroke	↓ 95,5	↓ 93,1	↓ 95,7	↑ 95,2	↓ 94,8	↑ 97,3	↑ 95,8	↓ 96,8	
113	Tillgodosedda behov av rehabilitering efter stroke, Kv.	↑ 59,9	↓ 59,4	↓ 57,8	↑ 58,8	↓ 61,7	↓ 52,9	↓ 59,5	↑ 55,6	
	Tillgodosedda behov av rehabilitering efter stroke, M.	↑ 55,8	↓ 53,7	↓ 42,9	↓ 54,8	↑ 58,9	↑ 61,5	↓ 45,1	↑ 50,5	
	Tillgodosedda behov av rehabilitering efter stroke	↑ 57,9	↓ 56,5	↓ 50,5	↑ 56,8	↑ 60,4	↓ 56,5	↓ 52,4	↑ 53,2	
Njursjukvård										
114	Nya patienter i aktiv uremivård, Kv.	↑ 74,3	↓ 57,1	↑ 55,2	↓ 104,4	↑ 60,7	↓ 90,8	↓ 82,1	↓ 92,1	
	Nya patienter i aktiv uremivård, M.	↓ 144,1	↑ 99,5	↓ 132,3	↓ 163,4	↑ 117,3	↓ 159,7	↑ 122,7	↓ 185,6	
	Nya patienter i aktiv uremivård	↓ 109,0	↑ 78,0	↓ 93,5	↓ 133,7	↑ 89,0	↓ 125,2	↑ 102,5	↓ 138,7	
115	Risk för död i dialysbehandling, Kv.	1,00	0,99	0,90	0,95	1,19	0,92	1,20	0,93	
	Risk för död i dialysbehandling, M.	1,00	1,05	1,03	1,13	1,26	0,93	0,98	1,02	
	Risk för död i dialysbehandling	1,00	1,03	0,99	1,05	1,23	0,93	1,05	1,00	
116	Måluppfyllelse för dialysdos vid hemodialys, Kv.	↓ 83,2	↓ 85,1	↓ 66,7	↓ 71,9	↓ 76,2	↑ 92,5	↓ 91,7	↓ 72,2	
	Måluppfyllelse för dialysdos vid hemodialys, M.	↑ 81,5	↑ 80,6	↑ 89,3	↓ 87,8	↓ 77,0	↑ 91,4	↑ 88,5	↓ 69,1	
	Måluppfyllelse för dialysdos vid hemodialys	↑ 82,1	↓ 82,3	↑ 81,4	↓ 81,5	↓ 76,7	↑ 91,8	↑ 89,5	↓ 70,2	
117	Kärlaccess vid dialys, Kv.	↑ 60,0	↓ 57,9	↑ 36,4	↑ 42,4	↑ 61,4	↑ 45,0	↑ 75,0	↑ 80,6	
	Kärlaccess vid dialys, M.	↑ 71,3	↓ 73,2	↑ 68,6	↓ 46,0	↓ 80,8	↑ 69,0	↑ 88,5	↑ 82,6	
	Kärlaccess vid dialys	↑ 67,3	↓ 67,4	↑ 56,0	↓ 44,6	↓ 73,8	↑ 59,2	↑ 84,2	↑ 81,9	
118	Måluppfyllelse för blodtryck för pat. i hemodialys, Kv.	↑ 45,6	↑ 50,6	↑ 45,5	↑ 69,7	↓ 34,9	↓ 52,5	↓ 41,7	↓ 41,7	
	Måluppfyllelse för blodtryck för pat. i hemodialys, M.	↑ 46,2	↑ 54,6	↓ 28,6	↓ 48,0	↑ 50,7	↑ 41,4	↑ 34,6	↓ 49,3	
	Måluppfyllelse för blodtryck för pat. i hemodialys,	↑ 46,0	↑ 53,0	↑ 35,4	↓ 56,6	↑ 45,0	↓ 45,9	↓ 36,8	↓ 46,7	
Cancersjukvård										
119	Överlevnad vid tjocktarmscancer, Kv.	↑ 64,4	↑ 66,2	↑ 60,9	↑ 65,1	↑ 61,5	↑ 60,2	↑ 68,3	↑ 66,3	
	Överlevnad vid tjocktarmscancer, M.	↑ 60,6	↑ 60,9	↑ 62,3	↑ 63,9	↑ 66,4	↑ 61,5	↑ 61,4	↑ 61,8	
	Överlevnad vid tjocktarmscancer	↑ 62,6	↑ 63,7	↑ 61,6	↑ 64,4	↑ 63,9	↑ 60,8	↑ 65,0	↑ 63,9	
120	Omoperation vid tjocktarmscancer, Kv.	6,5	7,6	7,6	8,9	4,2	3,4	8,9	7,4	
	Omoperation vid tjocktarmscancer, M.	10,9	14,5	5,5	6,9	9,1	13,8	14,2	7,6	
	Omoperation vid tjocktarmscancer	8,7	10,8	6,5	7,9	6,6	8,4	11,6	7,5	
121	Dödlighet vid operation för tjocktarmscancer, Kv.	5,33	4,45	4,17	9,30	6,06	9,00	4,67	5,92	
	Dödlighet vid operation för tjocktarmscancer, M.	5,90	4,97	4,83	6,30	5,00	6,49	8,11	7,14	
	Dödlighet vid operation för tjocktarmscancer	5,61	4,69	4,50	7,81	5,54	7,79	6,42	6,47	
122	Överlevnad vid ändtarmscancer, Kv.	↑ 64,3	↑ 66,2	↑ 66,5	↑ 62,5	↓ 62,0	↓ 69,3	↓ 60,6	↑ 64,3	
	Överlevnad vid ändtarmscancer, M.	↑ 60,0	↑ 63,2	↑ 63,5	↑ 61,4	↑ 58,5	↑ 59,4	↓ 47,0	↑ 63,0	
	Överlevnad vid ändtarmscancer	↑ 61,9	↑ 64,6	↑ 65,0	↑ 62,0	↑ 60,2	↑ 63,9	↑ 53,9	↑ 63,4	
123	Omoperation vid ändtarmscancer, Kv.	↑ 9,2	↓ 9,8	↑ 4,9	↓ 10,1	↓ 8,3	↓ 11,5	↓ 13,7	↑ 8,1	
	Omoperation vid ändtarmscancer, M.	↓ 11,9	↓ 14,5	↑ 6,0	↑ 6,5	↓ 9,6	↑ 15,6	↑ 11,9	↓ 15,2	
	Omoperation vid ändtarmscancer	↓ 10,8	↓ 12,6	↑ 5,5	↓ 7,8	↓ 9,0	↓ 14,0	↓ 12,6	↓ 12,7	
124	Dödlighet vid operation för ändtarmscancer, Kv.	↓ 2,72	↑ 2,48	↑ 2,38	↓ 3,92	↑ 2,30	↑ 2,00	↑ 0,00	↓ 5,66	
	Dödlighet vid operation för ändtarmscancer, M.	↑ 4,14	↑ 2,63	↑ 3,23	↑ 3,80	↓ 5,94	↑ 5,33	↑ 5,26	↓ 6,06	
	Dödlighet vid operation för ändtarmscancer	↑ 3,57	↑ 2,57	↑ 2,88	↑ 3,85	↑ 4,26	↑ 4,00	↑ 3,30	↓ 5,92	
125	Överlevnad vid bröstcancer, Kv.	↑ 88,8	↑ 90,3	↑ 90,9	↑ 88,4	↑ 87,8	↑ 89,2	↑ 90,8	↑ 88,9	
126	Omop. vid bröstcancer på grund av tumördata, Kv.	↓ 11,9	↓ 11,1	↓ 14,3	↓ 8,4	↑ 10,8	↓ 16,9	↓ 24,3	↑ 14,8	
127	Omop. vid bröstcancer på grund av komplikation, Kv.	↑ 1,50	↑ 0,96	↑ 0,48	↑ 0,95	↑ 1,31	↓ 2,23	↑ 1,39	↓ 2,20	
128	Tid till operation vid bröstcancer, Kv.	21	22	13	27	20	16	15	23	
129	Överlevnad vid lungcancer, Kv.	↑ 46,1	↑ 49	↑ 55	↑ 44	↑ 50	↑ 48	↑ 44	↑ 45	
	Överlevnad vid lungcancer, M.	↑ 38,7	↑ 41,2	↑ 39,1	↑ 35,0	↑ 41,7	↑ 41,1	↑ 37,1	↑ 37,7	
	Överlevnad vid lungcancer	↑ 42,2	↑ 45,3	↑ 46,7	↑ 39,2	↑ 45,5	↑ 44,3	↑ 40,5	↑ 41,1	
130	Multidisciplinär konferens vid lungcancer, Kv.	51,9	80,3	40,0	62,2	72,1	40,4	33,7	48,9	
	Multidisciplinär konferens vid lungcancer, M.	49,1	77,4	39,7	62,4	70,4	35,8	31,5	45,1	
	Multidisciplinär konferens vid lungcancer	50,4	78,8	39,8	62,3	71,1	37,8	32,5	46,8	
131	Tid till behandlingsbeslut vid lungcancer, Kv.	↓ 33	↑ 38	↓ 25	↑ 29	↓ 44	↑ 48	↓ 25	↑ 34	
	Tid till behandlingsbeslut vid lungcancer, M.	↓ 33	↑ 38	↓ 23	↑ 28	↓ 42	↓ 48	↑ 30	↓ 48	
	Tid till behandlingsbeslut vid lungcancer	↓ 33	↑ 38	↑ 23	↑ 28	↓ 43	↓ 48	↓ 30	↑ 40	

	Gotland	Blekinge	Skåne	Halland	V. Götaland	Värmland	Örebro	Västmanland	Dalarna	Gävleborg	Västernorrland	Jämtland	Västerbotten	Norrbottn
	↑ 98,5	↓ 94,8	↑ 94,2	↑ 97,6	↓ 95,4	↑ 96,8	↓ 96,1	↑ 96,2	↓ 96,1	↑ 95,0	↓ 95,2	↓ 95,3	↓ 96,1	↓ 95,9
	↓ 93,0	↑ 96,9	↓ 95,4	↑ 97,3	↓ 95,9	↓ 97,0	↓ 96,2	↑ 95,4	↑ 99,0	↑ 96,8	↑ 98,1	↓ 94,5	↑ 98,6	↑ 96,9
	↓ 95,6	↑ 95,9	↑ 94,9	↑ 97,4	↓ 95,7	↑ 96,9	↓ 96,1	↑ 95,7	↓ 97,7	↑ 95,9	↑ 96,8	↓ 94,9	↑ 97,4	↑ 96,5
	↓ 59,3	↓ 58,2	↑ 63,7	↑ 63,2	↑ 60,5	↑ 60,4	↑ 55,7	↑ 61,4	↑ 63,8	↑ 64,7	↑ 61,2	↑ 43,5	↑ 57,7	↑ 59,5
	↑ 54,2	↑ 59,6	↓ 58,9	↑ 61,3	↑ 54,5	↑ 56,4	↑ 62,5	↑ 61,1	↓ 47,0	↑ 60,7	↓ 55,6	↑ 59,1	↑ 58,9	↑ 54,4
	↑ 56,9	↓ 58,8	↑ 61,4	↑ 62,2	↑ 57,6	↑ 58,5	↑ 58,7	↑ 61,3	↓ 56,1	↑ 62,8	↑ 58,7	↑ 51,6	↑ 58,3	↑ 57,1
	↓ 117,6	↓ 74,5	↑ 78,3	↓ 82,9	↑ 70,8	↓ 96,2	↑ 90,1	↑ 72,6	↓ 97,1	↑ 78,1	↑ 73,8	↑ 85,0	↓ 80,8	↓ 84,3
	↓ 120,2	↑ 166,5	↓ 172,6	↓ 118,2	↓ 143,4	↑ 180,6	↓ 194,0	↑ 141,4	↓ 191,3	↑ 159,8	↓ 199,4	↑ 164,1	↑ 108,2	↓ 189,2
	↓ 118,9	↑ 121,0	↓ 124,9	↓ 100,5	↑ 107,0	↓ 138,2	↓ 141,5	↑ 106,9	↓ 144,2	↑ 118,9	↓ 136,4	↑ 124,5	↑ 94,6	↓ 137,5
	0,81	0,75	1,03	1,12	0,97	0,92	0,92	0,95	1,02	1,17	1,07	1,14	0,96	1,01
	1,25	0,76	0,83	0,93	1,06	1,02	0,83	1,24	0,94	1,15	0,97	0,95	0,92	1,19
	1,02	0,76	0,89	1,01	1,03	0,98	0,86	1,12	0,96	1,16	1,00	1,02	0,94	1,13
	↑ 84,6	↑ 82,4	↑ 93,4	↑ 88,0	↑ 88,7	↓ 73,5	↑ 82,9	↓ 88,9	↓ 78,8	↑ 72,7	↓ 87,1	↓ 83,3	↑ 60,6	↓ 68,4
	↑ 84,6	↓ 81,4	↓ 85,5	↑ 90,9	↑ 81,7	↑ 71,0	↑ 83,3	↑ 92,5	↑ 84,6	↑ 63,5	↑ 89,5	↑ 79,2	↓ 66,7	↑ 72,7
	↑ 84,6	↑ 81,7	↓ 87,7	↑ 89,9	↑ 84,2	↓ 71,9	↑ 83,2	↑ 91,0	↑ 82,9	↑ 66,2	↑ 88,6	↓ 80,6	↓ 64,1	↑ 71,4
	↑ 57,1	↓ 47,4	↑ 73,3	↓ 64,0	↑ 67,1	↑ 74,3	↓ 39,0	↓ 64,3	↑ 64,7	↑ 48,0	↑ 41,9	↑ 84,6	↓ 37,1	↓ 72,0
	↓ 69,2	↑ 60,9	↓ 80,8	↓ 56,8	↓ 59,7	↑ 84,1	↑ 65,3	↓ 79,6	↑ 68,8	↑ 61,5	↑ 74,1	↓ 88,0	↓ 60,0	↑ 82,4
	↑ 63,0	↑ 56,9	↑ 78,6	↓ 59,4	↑ 62,3	↑ 80,6	↑ 55,8	↑ 73,6	↑ 67,5	↑ 57,1	↑ 62,9	↑ 86,8	↓ 50,0	↑ 79,0
	↑ 61,5	↓ 47,4	↑ 44,1	↑ 40,0	↓ 50,3	↓ 22,9	↑ 43,9	↓ 35,7	↓ 32,4	↓ 32,0	↑ 35,5	↑ 36,4	↑ 58,8	↑ 44,0
	↑ 84,6	↓ 45,7	↓ 48,4	↑ 43,2	↑ 44,9	↓ 38,1	↓ 41,7	↑ 43,2	↑ 48,8	↑ 32,7	↑ 48,3	↓ 43,5	↓ 35,6	↓ 40,0
	↑ 73,1	↓ 46,2	↓ 47,1	↑ 42,0	↑ 46,8	↓ 32,7	↑ 42,5	↓ 40,3	↓ 43,9	↑ 32,5	↑ 43,8	↓ 41,2	↑ 45,6	↓ 41,3
	↑ 62,3	↑ 64,3	↑ 66,0	↑ 65,3	↑ 64,1	↑ 62,9	↑ 63,2	↑ 60,4	↑ 63,3	↑ 67,4	↑ 66,5	↑ 57,0	↑ 63,9	↑ 62,0
	↑ 66,5	↓ 54,6	↑ 61,6	↑ 62,7	↑ 59,1	↓ 56,8	↓ 53,5	↑ 61,3	↑ 61,5	↑ 58,1	↑ 61,9	↑ 52,8	↑ 61,3	↑ 61,4
	↑ 64,5	↑ 59,6	↑ 63,9	↑ 64,1	↑ 61,7	↓ 59,8	↑ 58,8	↑ 60,8	↑ 62,4	↑ 63,1	↑ 64,2	↑ 54,9	↑ 62,6	↑ 61,8
	2,9	9,8	6,5	8,3	6,6	5,7	6,7	4,1	3,5	7,4	7,1	7,8	3,6	1,2
	6,3	19,6	9,4	12,1	11,0	8,4	13,5	3,6	8,5	11,7	7,1	16,2	12,6	8,8
	4,5	14,7	7,9	10,2	8,7	6,9	10,0	3,9	6,3	9,5	7,1	12,1	8,0	5,6
	2,86	5,05	4,21	3,05	6,89	4,81	6,00	1,71	4,35	6,79	3,31	9,52	5,11	2,47
	0,00	6,93	4,80	6,92	5,99	9,20	5,04	2,68	4,37	9,93	10,17	9,09	6,20	5,26
	1,52	6,00	4,50	4,95	6,47	6,86	5,54	2,18	4,36	8,31	6,69	9,30	5,64	4,10
	↓ 57,9	↑ 75,3	↑ 64,0	↓ 56,0	↑ 64,0	↑ 65,1	↑ 66,7	↑ 68,5	↑ 66,9	↑ 61,8	↑ 63,3	↓ 53,1	↑ 64,4	↓ 54,3
	↓ 64,2	↑ 57,5	↑ 61,9	↓ 59,9	↑ 57,5	↑ 59,9	↑ 62,1	↑ 66,8	↑ 59,1	↑ 59,3	↓ 54,4	↓ 52,4	↓ 54,8	↓ 59,3
	↓ 61,9	↑ 65,6	↑ 62,9	↓ 58,5	↑ 60,3	↑ 62,2	↑ 64,2	↑ 67,5	↑ 62,4	↑ 60,4	↑ 58,1	↓ 52,8	↓ 58,6	↓ 56,9
		↑ 8,0	↓ 10,7	↑ 4,6	↑ 9,9	↑ 6,7	↓ 10,6	↓ 5,6	↑ 5,6	↑ 7,6	↓ 11,4	↓ 13,3	↓ 9,6	↑ 10,5
	↑ 5,6	↑ 10,8	↑ 10,2	↑ 13,1	↓ 13,8	↓ 16,8	↑ 11,0	↓ 3,0	↑ 6,7	↑ 13,6	↓ 12,8	↓ 14,3	↑ 10,9	↑ 11,2
	↑ 4,2	↑ 9,7	↑ 10,4	↑ 9,9	↑ 12,2	↑ 12,6	↓ 10,9	↓ 3,9	↑ 6,2	↑ 11,2	↓ 12,2	↓ 14,0	↑ 10,4	↑ 11,0
		↓ 7,14	↓ 2,50	↑ 0,00	↓ 3,77	↑ 1,59	↓ 5,45	↓ 2,04	↑ 1,96	↑ 1,56	↑ 2,22	↑ 0,00	↑ 0,00	↓ 5,41
	↑ 0,00	↑ 0,00	↓ 4,56	↓ 4,40	↓ 5,68	↑ 4,44	↑ 4,40	↓ 2,33	↓ 3,23	↑ 2,47	↑ 1,75	↓ 12,50	↓ 3,64	↓ 3,33
	↑ 0,00	↓ 2,25	↓ 3,69	↑ 2,63	↓ 4,91	↑ 3,27	↓ 4,79	↓ 2,22	↑ 2,78	↑ 2,07	↑ 1,96	↓ 8,70	↑ 2,13	↓ 4,12
	↑ 86,4	↑ 88,6	↑ 87,5	↑ 88,8	↑ 88,1	↑ 86,1	↑ 88,0	↑ 91,0	↓ 88,3	↑ 86,2	↑ 88,5	↑ 90,4	↑ 87,9	↑ 92,2
	↑ 14,3	↓ 10,1	↓ 16,6	↓ 7,9	↑ 7,2	↑ 15,6	↓ 17,6	↓ 10,7	↑ 11,5	↑ 10,5	↑ 12,3	↑ 1,7	↑ 11,8	↑ 7,8
	↓ 4,76	↓ 5,50	↓ 0,78	↑ 1,33	↓ 1,54	↓ 1,64	↑ 1,62	↑ 1,94	↓ 2,90	↑ 0,48	↓ 1,61	↓ 6,09	↑ 0,52	↑ 3,88
	22	19	22	15	21	22	17	15	26	28	21	24	25	13
	↑ 49	↑ 45	↑ 45	↑ 51	↑ 45	↓ 37	↑ 44	↓ 38	↑ 43	↑ 45	↑ 37	↓ 36	↑ 46	↑ 48
	↑ 39,4	↑ 38,7	↑ 36,8	↑ 42,2	↑ 38,9	↑ 37,5	↓ 31,7	↑ 41,3	↑ 41,2	↑ 37,6	↓ 30,0	↑ 32,1	↑ 33,2	↑ 47,5
	↑ 43,3	↑ 41,6	↑ 40,7	↑ 46,5	↑ 42,0	↑ 37,2	↑ 37,7	↑ 39,6	↑ 42,2	↑ 41,2	↓ 33,5	↑ 34,1	↑ 38,8	↑ 47,7
	19,2	34,9	36,7	28,1	44,4	72,6	48,7	25,9	11,7	66,8	46,8	42,5	82,3	46,5
	20,4	35,7	36,4	19,5	40,5	74,0	44,7	25,6	11,9	64,7	41,4	45,8	79,0	47,0
	19,9	35,3	36,5	23,5	42,3	73,3	46,6	25,7	11,8	65,7	43,9	44,3	80,5	46,7
	↓ 57	↑ 18	↓ 29	↑ 21	↓ 39	↓ 27	↑ 15	↑ 23	↓ 35	↑ 28	↑ 29	↓ 25	↓ 28	↑ 22
	↓ 29	↓ 35	↓ 29	↓ 26	↓ 35	↓ 26	↓ 16	↑ 26	↓ 29	↑ 27	↓ 34	↓ 59	↓ 28	↓ 36
	↓ 47	↓ 31	↓ 29	↑ 22	↓ 37	↓ 27	↑ 15	↑ 23	↓ 33	↑ 27	↓ 31	↓ 34	↓ 28	↓ 25

Kv. = Kvinnor M. = Män										
↑ = Förbättrat värde ↓ = Försämrat värde		RIKET	Stockholm	Uppsala	Sörmland	Östergötland	Jönköping	Kronoberg	Kalmar	
132	Tid till besök vid prostatacancer, M.	43	42	40	36	57	46	76	54	
133	Kurativ behandling vid prostatacancer, M.	69,8	73,3	73,1	71,2	66,5	72,4	77,5	78,5	
134	Tid till behandlingsbeslut vid huvud- och halscancer	35	35	22	34	51	53	36	39	
Psykiatrisk vård										
135	Regelbunden beh. med sömnmedel, Kv.	↓ 3917	↓ 3796	↑ 3915	↑ 2758	↑ 3486	↑ 3769	↓ 4733	↓ 4186	
	Regelbunden beh. med sömnmedel, M.	↓ 2506	↓ 2549	↑ 2447	↑ 1704	↑ 2084	↑ 2358	↓ 2962	↓ 2706	
	Regelbunden beh med sömnmedel	↓ 3225	↓ 3197	↑ 3196	↑ 2237	↑ 2799	↑ 3076	↓ 3847	↓ 3455	
136	Tre eller fler psykofarmaka bland äldre, Kv.	↓ 5,48	↓ 4,79	↓ 6,05	↓ 4,96	↓ 5,02	↓ 5,53	↑ 7,22	↓ 4,71	
	Tre eller fler psykofarmaka bland äldre, M.	↓ 3,06	↓ 2,85	↓ 3,61	↓ 2,39	↑ 2,55	↓ 2,92	↑ 3,93	↓ 2,58	
	Tre eller fler psykofarmaka bland äldre	↓ 4,58	↓ 4,12	↓ 5,12	↓ 4,01	↑ 4,10	↓ 4,55	↑ 5,94	↓ 3,90	
137	Användning av lämpliga sömnmedel till äldre	↑ 53,1	↑ 59,4	↑ 57,3	↑ 52,1	↑ 39,4	↑ 55,0	↑ 67,4	↑ 58,7	
138	Undvikbar somatisk slutenvård, Kv.	↑ 2021	↑ 2053	↓ 1624	↑ 1837	↓ 1544	↑ 1837	↓ 2907	↑ 1744	
	Undvikbar somatisk slutenvård, M.	↑ 2201	↓ 2396	↓ 2365	↑ 1985	↓ 2675	↑ 2304	↑ 1891	↓ 2701	
	Undvikbar somatisk slutenvård	↑ 2117	↓ 2236	↓ 1998	↑ 1916	↓ 2160	↑ 2090	↓ 2373	↑ 2260	
139	Återinskrivning 28 d. efter vård för schizofreni, Kv.	16,5	15,5	16,7	18,6	17,8	15,2	12,0	12,2	
	Återinskrivning 28 d. efter vård för schizofreni, M.	16,5	16,7	16,1	12,4	19,4	16,9	13,4	13,6	
	Återinskrivning 28 d. efter vård för schizofreni	16,5	16,2	16,3	15,2	18,7	16,1	12,7	13,0	
140	Återinskrivning 6 m. efter vård för schizofreni, Kv.	37,2	34,8	37,3	38,8	38,9	36,3	32,0	39,0	
	Återinskrivning 6 m. efter vård för schizofreni, M.	37,5	36,0	37,5	39,4	38,4	36,6	33,9	37,7	
	Återinskrivning 6 m. efter vård för schizofreni	37,4	35,4	37,4	39,2	38,6	36,5	33,0	38,3	
141	Följsamhet till litiumbeh. vid bipolär sjukdom, Kv.	81,7	79,0	83,3	84,6	85,2	82,1	89,9	80,1	
	Följsamhet till litiumbeh. vid bipolär sjukdom, M.	81,0	79,1	79,2	83,1	82,0	81,7	82,4	77,5	
	Följsamhet till litiumbeh. vid bipolär sjukdom	81,5	79,1	81,5	83,4	84,1	81,9	87,1	79,0	
142	Besök inom 30 dagar - barn- och ungdomspsykiatri	↓ 80,0	↓ 78,3	↓ 94,7	↓ 76,9	↓ 82,8	↓ 83,1	↓ 81,6	↓ 92,0	
143	Besök inom 90 dagar - vuxenpsykiatri	↓ 92,3	↓ 87,5	↑ 90,1	↑ 89,8	↑ 100,0	↑ 100,0	↑ 100,0	↓ 96,2	
144	Återfall i brottslig gärning vid rättspsykiatrisk vård	15,0	8,9	6,1	6,5	13,8	7,1	22,7	36,7	
145	Fetma bland patienter i rättspsykiatrisk vård	38,5	33,2	29,4	41,5	42,3	63,6	44,0	22,2	
Kirurgisk behandling										
146	Omoperation vid ljumskbräck	97,5	97,3	98,6	96,3	97,8	96,6	97,7	97,7	
147	Dagkirurgiska operationer vid ljumskbräck	↑ 77,4	↑ 73,9	↑ 80,4	↓ 85,9	↓ 65,5	↓ 64,9	↓ 14,1	↑ 86,8	
148	Dödlighet efter vård för blödande magsår, Kv.	↑ 21,1	↑ 23,9	↓ 29,9	↑ 10,5	↑ 19,7	↑ 21,4	↓ 21,8	↓ 31,7	
	Dödlighet efter vård för blödande magsår, M.	↓ 26,4	↑ 25,1	↑ 23,7	↓ 34,3	↓ 19,2	↓ 27,0	↓ 28,7	↓ 32,6	
	Dödlighet efter vård för blödande magsår	↑ 23,8	↑ 24,1	↓ 26,3	↓ 22,7	↓ 20,0	↓ 24,9	↓ 23,2	↓ 31,7	
149	Uppföljning av patienter efter obesitaskirurgi	79,2	85,6	83,1	88,8	53,8	86,0	61,5	75,0	
150	Minskning av övervikt efter obesitaskirurgi, Kv.	77,6	77,7	75,6	74,7	79,9	77,8	93,9	74,7	
	Minskning av övervikt efter obesitaskirurgi, M.	68,1	68,9	71,4	56,0	71,2	61,0		66,1	
	Minskning av övervikt efter obesitaskirurgi	75,3	75,7	74,6	71,6	76,5	73,7	80,2	72,8	
151	Miniinvasivt borttagande av gallblåsa, Kv.	↑ 89,4	↑ 95,4	↑ 87,9	↑ 85,1	↑ 77,9	↓ 76,0	↓ 85,5	↓ 68,9	
	Miniinvasivt borttagande av gallblåsa, M.	↑ 78,9	↓ 89,4	↑ 76,9	↑ 74,6	↑ 53,8	↑ 63,9	↑ 71,8	↑ 62,5	
	Miniinvasivt borttagande av gallblåsa	↑ 86,0	↑ 93,4	↑ 84,0	↑ 81,5	↑ 69,2	↑ 72,2	↓ 81,2	↑ 66,9	
152	Kirurgiska kompl. efter borttagande av gallblåsa, Kv.	↑ 4,83	↓ 5,40	↓ 3,38	↑ 4,39	↓ 6,35	↓ 6,15	↑ 3,95	↑ 2,22	
	Kirurgiska kompl. efter borttagande av gallblåsa, M.	↑ 6,48	↓ 5,39	↓ 7,69	↑ 4,24	↓ 9,47	↓ 8,84	↓ 12,68	↓ 15,00	
	Kirurgiska kompl. efter borttagande av gallblåsa	↑ 5,37	↓ 5,40	↓ 4,94	↑ 4,34	↓ 7,48	↓ 6,99	↑ 6,73	↑ 6,15	
153	Antibiotika vid borttagande av gallblåsa, Kv.	↑ 13,7	↑ 7,6	↑ 19,0	↓ 11,8	↑ 7,4	↓ 13,2	↓ 6,7	↑ 28,3	
	Antibiotika vid borttagande av gallblåsa, M.	↑ 21,6	↑ 15,1	↑ 23,9	↓ 24,3	↓ 23,3	↑ 12,8	↑ 8,0	↑ 15,8	
	Antibiotika vid borttagande av gallblåsa	↑ 16,0	↑ 9,7	↑ 20,7	↓ 15,4	↑ 12,3	↓ 13,0	↑ 7,1	↑ 25,0	
155	Tid till operation vid förträngning av halspulsåder, Kv.	68,8	71,9	54,5	50,0	62,5	82,4			
	Tid till operation vid förträngning av halspulsåder, M.	70,0	79,7	78,6	52,9	88,2	77,1	38,9	57,9	
	Tid till operation vid förträngning av halspulsåder	69,6	77,2	68,0	51,9	75,8	78,8	40,9	60,7	
156	Död eller amp. efter op. av kärlförträngning i ben	8,0	7,5	7,0	12,2	12,0	6,2	4,6	6,9	
157	Död efter planerad operation för aortaaneurysm	3,66	1,97	2,70	5,63	5,66	3,37	5,56	1,64	
159	Patientrapporterat resultat av septumplastik, Kv.	77,0	79,3	63,6		91,7	84,6	75,0	80,0	
	Patientrapporterat resultat av septumplastik, M.	75,9	78,2	78,8	85,7	94,7	77,8	78,4	67,6	
	Patientrapporterat resultat av septumplastik	76,2	78,4	75,0	85,7	94,2	78,8	77,6	71,9	

	Gotland	Blekinge	Skåne	Halland	V. Götaland	Värmland	Örebro	Västmanland	Dalarna	Gävleborg	Västernorrland	Jämtland	Västerbotten	Norrbottn
	39	48	40	24	38	44	46	41	69	59	46	95	58	45
	72,1	82,9	75,6	68,7	59,7	73,0	62,6	64,4	63,3	59,5	62,4	72,7	83,0	61,2
	33	35	29	41	37	52	37	32	30	30	55	48	36	41
	↑ 3501 ↓ 3860 ↓ 4190 ↑ 3946 ↑ 4791 ↓ 4497 ↓ 2916 ↓ 4307 ↑ 3319 ↑ 3713 ↑ 2930 ↓ 3468 ↑ 3441 ↓ 2802													
	↓ 2231 ↓ 2772 ↓ 2659 ↑ 2488 ↓ 3080 ↓ 2931 ↓ 1780 ↑ 2706 ↑ 2011 ↑ 2388 ↑ 1807 ↓ 2058 ↑ 1994 ↓ 1896													
	↓ 2878 ↓ 3327 ↓ 3443 ↑ 3232 ↑ 3952 ↓ 3726 ↓ 2356 ↓ 3516 ↑ 2667 ↑ 3058 ↑ 2374 ↓ 2762 ↑ 2725 ↓ 2348													
	↓ 3,01 ↓ 5,98 ↑ 5,66 ↓ 6,14 ↓ 6,91 ↑ 5,92 ↓ 4,75 ↓ 5,10 ↑ 4,77 ↑ 4,66 ↓ 4,79 ↓ 5,22 ↓ 5,51 ↓ 3,50													
	↑ 1,80 ↑ 2,99 ↓ 3,02 ↓ 3,53 ↑ 3,94 ↑ 2,96 ↓ 2,74 ↓ 2,98 ↓ 2,81 ↓ 2,51 ↑ 2,59 ↓ 2,40 ↓ 3,23 ↑ 2,13													
	↑ 2,56 ↑ 4,84 ↑ 4,69 ↓ 5,12 ↑ 5,79 ↑ 4,80 ↓ 4,02 ↓ 4,32 ↑ 4,03 ↓ 3,84 ↓ 3,97 ↓ 4,15 ↓ 4,64 ↓ 2,98													
	↑ 61,1 ↑ 52,4 ↑ 51,2 ↑ 46,9 ↑ 53,8 ↑ 58,6 ↑ 38,8 ↑ 39,5 ↑ 53,5 ↑ 62,7 ↑ 50,7 ↑ 61,0 ↑ 37,1 ↑ 43,3													
	↑ 2375 ↓ 2073 ↓ 2271 ↑ 2235 ↑ 1937 ↑ 2018 ↑ 1473 ↑ 2159 ↑ 2094 ↑ 1898 ↑ 2032 ↑ 1433 ↓ 2663 ↓ 2206													
	↑ 1811 ↓ 3209 ↑ 1941 ↑ 2788 ↑ 1991 ↑ 2266 ↑ 2392 ↑ 1789 ↑ 1586 ↓ 2190 ↑ 1821 ↓ 2054 ↑ 2314 ↑ 2157													
	↑ 2070 ↓ 2704 ↑ 2097 ↑ 2525 ↑ 1966 ↑ 2148 ↑ 1980 ↑ 1954 ↑ 1826 ↓ 2050 ↑ 1918 ↓ 1728 ↓ 2481 ↑ 2180													
	7,4	25,3	17,0	18,2	16,0	16,9	22,3	17,7	14,7	18,7	22,8	10,2	16,5	15,4
	15,0	25,8	17,6	16,0	17,2	11,3	15,0	17,6	19,0	19,1	16,0	16,4	13,2	12,7
	11,9	25,6	17,3	16,9	16,7	13,7	18,3	17,6	17,2	19,0	19,2	13,5	14,6	13,9
	33,3	46,8	36,5	38,6	37,7	40,3	43,5	36,9	40,4	39,0	40,2	28,8	38,2	40,2
	32,5	47,3	38,4	40,8	38,4	33,3	40,5	36,2	39,1	41,5	35,4	29,9	38,2	35,0
	32,8	47,1	37,6	39,9	38,1	36,3	41,8	36,5	39,7	40,5	37,6	29,4	38,2	37,3
	82,8	82,3	80,7	80,7	83,4	83,8	78,1	81,6	83,8	80,9	80,8	84,2	79,1	78,4
	67,3	75,5	79,0	83,9	83,3	87,4	86,0	81,3	82,6	78,0	80,2	82,6	79,8	83,3
	76,8	80,6	80,0	82,1	83,5	84,9	81,0	82,3	83,2	80,1	81,0	82,7	79,5	80,5
	↓ 96,8 ↓ 82,6 ↓ 90,2 ↓ 84,2 ↓ 94,0 ↓ 87,8 ↑ 73,3 ↓ 72,8 ↓ 57,3 ↑ 91,8 ↓ 93,5 ↓ 83,9 ↓ 36,5 ↑ 100,0													
	↑ 98,1 ↑ 100,0 ↑ 97,7 ↑ 100,0 ↓ 98,7 ↓ 98,2 ↑ 96,9 ↓ 79,5 ↑ 89,4 ↓ 72,9 ↑ 100,0 ↑ 92,6 ↑ 93,9 ↓ 96,5													
			18,3	4,2	21,6	40,0	30,2	7,3	18,2	5,6	8,2		7,1	22,8
	0,0	0,0	42,7	40,9	32,5	30,0	37,1	42,4	48,4	58,8	47,1	0,0	30,0	43,9
	95,8	97,4	98,0	96,3	96,7	98,0	97,9	99,4	98,9	96,0	98,7	98,1	98,0	97,9
	↑ 65,2 ↑ 91,1 ↑ 76,5 ↓ 77,9 ↑ 76,5 ↓ 88,7 ↓ 74,9 ↓ 83,2 ↑ 74,5 ↓ 69,6 ↑ 92,4 ↓ 84,7 ↓ 82,8 ↓ 83,6													
	↑ 13,0 ↑ 20,0 ↑ 20,7 ↓ 24,7 ↑ 20,6 ↑ 17,9 ↑ 16,0 ↓ 17,6 ↑ 21,3 ↑ 24,8 ↑ 16,6 ↓ 26,1 ↑ 11,5 ↑ 13,9													
	↓ 22,9 ↓ 36,2 ↑ 26,0 ↓ 34,5 ↓ 29,1 ↓ 24,6 ↓ 23,7 ↓ 21,0 ↑ 23,1 ↓ 34,4 ↓ 36,0 ↑ 11,8 ↓ 22,9 ↑ 21,9													
	↑ 15,6 ↓ 30,2 ↑ 23,3 ↓ 29,5 ↓ 25,0 ↓ 22,8 ↓ 21,4 ↓ 19,3 ↑ 22,6 ↓ 29,8 ↓ 27,5 ↓ 20,1 ↑ 15,3 ↑ 19,9													
	68,5	89,2	73,4	72,7	80,3	88,3	93,4	70,5	57,7	62,1	75,3	84,6	39,9	68,5
		84,8	82,3	83,6	76,6	78,0	79,1	81,4	81,9	74,8	79,5	73,1	64,4	76,7
		71,8	75,5	73,0	66,2	67,3	74,3	70,8	65,4	65,6	71,4	65,1	53,9	68,8
		81,9	80,9	81,5	74,0	75,5	77,7	78,0	79,0	72,6	77,0	70,7	61,9	75,1
	↑ 92,1 ↑ 95,4 ↑ 94,0 ↓ 89,9 ↑ 89,5 ↑ 89,2 ↑ 96,0 ↓ 91,0 ↑ 90,5 ↑ 91,9 ↑ 77,7 ↓ 75,6 ↑ 87,2 ↑ 87,8													
	↑ 85,0 ↑ 83,3 ↑ 85,6 ↓ 75,2 ↑ 81,7 ↓ 73,3 ↑ 89,7 ↑ 86,4 ↑ 78,6 ↑ 85,1 ↑ 55,2 ↓ 58,2 ↓ 75,0 ↓ 73,9													
	↑ 89,7 ↑ 91,9 ↑ 91,2 ↓ 84,7 ↑ 87,1 ↓ 84,5 ↑ 93,9 ↓ 89,5 ↑ 86,6 ↑ 90,1 ↑ 70,0 ↓ 69,6 ↑ 83,2 ↑ 82,6													
	↓ 10,53 ↓ 1,32 ↓ 4,71 ↓ 6,28 ↑ 5,44 ↑ 3,85 ↑ 1,81 ↑ 5,71 ↓ 2,84 ↑ 3,23 ↓ 5,94 ↓ 3,94 ↑ 5,05 ↓ 5,29													
	↓ 5,00 ↑ 1,67 ↑ 4,88 ↓ 13,27 ↑ 9,05 ↑ 6,67 ↓ 5,88 ↑ 2,54 ↓ 9,71 ↑ 1,49 ↑ 3,81 ↑ 1,49 ↑ 5,77 ↑ 2,61													
	↓ 8,62 ↑ 1,42 ↑ 4,77 ↓ 8,75 ↑ 6,54 ↑ 4,68 ↑ 3,16 ↑ 4,68 ↓ 5,10 ↑ 2,77 ↑ 5,21 ↑ 3,09 ↑ 5,28 ↓ 4,28													
	↑ 8,0 ↓ 5,6 ↓ 15,7 ↑ 9,1 ↑ 20,1 ↑ 12,4 ↓ 23,6 ↑ 7,4 ↑ 12,1 ↑ 13,1 ↓ 18,9 ↓ 19,8 ↓ 15,7 ↑ 10,8													
	↑ 7,7 ↑ 7,5 ↑ 20,3 ↑ 25,0 ↑ 27,3 ↑ 17,6 ↓ 42,6 ↑ 10,8 ↑ 27,3 ↑ 21,6 ↑ 25,9 ↓ 25,0 ↓ 20,8 ↓ 33,8													
	↑ 7,9 ↑ 6,1 ↑ 17,1 ↑ 14,3 ↑ 22,2 ↑ 13,7 ↓ 29,4 ↑ 8,6 ↑ 16,9 ↑ 15,1 ↓ 21,1 ↓ 21,3 ↓ 17,1 ↓ 19,4													
			75,0		71,6				100,0	50,0				
		40,0	71,4	52,2	78,8	65,2	72,7	60,0	89,3	45,8	66,7		41,7	53,3
		46,2	73,0	50,0	75,7	69,0	73,3	62,5	92,7	47,7	71,4		40,0	58,3
		5,1	9,6	1,2	6,7	7,5	12,2	5,6	8,8	0,0		4,2	18,5	7,1
		0,00	3,03	0,00	4,47	2,94	3,45	8,16	0,00	5,77	0,00	3,45	5,60	1,56
			75,9	72,7	75,3	78,6	78,3	71,8	80,6	91,7			54,5	
		66,7	69,6	80,8	74,9	70,0	73,0	75,3	83,6	67,6	76,5	84,6	64,3	85,1
		60,9	71,1	78,4	75,0	72,7	74,2	74,2	82,7	73,9	84,0	81,3	61,5	84,9

Kv. = Kvinnor M. = Män										
↑ = Förbättrat värde ↓ = Försämrat värde		RIKET	Stockholm	Uppsala	Sörmland	Östergötland	Jönköping	Kronoberg	Kalmar	
160	Patienttrapp. symtomfrihet efter tonsilloperation, Kv.	↑ 96,0	↑ 95,1	↑ 96,3	↑ 100,0	↑ 96,0	↑ 100,0	↑ 93,1	↑ 94,9	
	Patienttrapp. symtomfrihet efter tonsilloperation, M.	↑ 95,4	↑ 91,9	↑ 93,5	↑ 100,0	↑ 97,3	↑ 100,0	↑ 96,6	↑ 100,0	
	Patienttrapp. symtomfrihet efter tonsilloperation	↑ 95,7	↑ 93,4	↑ 95,0	↑ 100,0	↑ 96,6	↑ 100,0	↑ 94,9	↑ 97,0	
161	Synfel vid tidpunkt för kataraktoperation, Kv.	↑ 20,5	↑ 16,0	↑ 18,3	↑ 16,8	↓ 25,1	↓ 18,6	↓ 21,1	↑ 23,6	
	Synfel vid tidpunkt för kataraktoperation, M.	↑ 18,5	↑ 14,8	↑ 18,2	↑ 15,4	↑ 20,8	↑ 15,5	↓ 19,1	↓ 22,1	
	Synfel vid tidpunkt för kataraktoperation	↑ 19,7	↑ 15,6	↑ 18,3	↑ 16,2	↑ 23,4	↓ 17,4	↓ 20,3	↑ 23,0	
162	Självskattad nytta av kataraktoperation	91,6	92,2	93,8	92,4	95,4	93,9			
Intensivvård										
163	Riskjusterad dödlighet efter vård på IVA, Kv.	↑ 0,62	↑ 0,55	0,53	↑ 0,66	↓ 0,67	↑ 0,58	0,53	↑ 0,68	
	Riskjusterad dödlighet efter vård på IVA, M.	↑ 0,62	↑ 0,59	0,58	↑ 0,63	↓ 0,58	↑ 0,55	0,55	↑ 0,63	
	Riskjusterad dödlighet efter vård på IVA	↑ 0,62	↑ 0,58	0,56	↑ 0,64	↓ 0,62	↑ 0,56	0,54	↑ 0,65	
164	Utskrivning nattetid från IVA, Kv.	↑ 5,57	↑ 6,75	0,57	↑ 5,11	↓ 4,85	↑ 3,57	↓ 2,12	↑ 3,86	
	Utskrivning nattetid från IVA, M.	↑ 5,68	↓ 5,87	1,29	↓ 5,80	↓ 4,21	↓ 4,61	↑ 3,28	↓ 5,66	
	Utskrivning nattetid från IVA	↑ 5,63	↓ 6,23	1,09	↑ 5,49	↓ 4,45	↑ 4,16	↑ 2,77	↑ 4,91	
165	Oplanerad återinskrivning till IVA, Kv.	↑ 2,35	↑ 2,18	1,69	↑ 2,58	↓ 2,50	↓ 3,70	2,31	↓ 2,99	
	Oplanerad återinskrivning till IVA, M.	↑ 2,49	↑ 2,15	1,10	↑ 1,54	↓ 2,23	↑ 2,09	↓ 2,01	↑ 3,02	
	Oplanerad återinskrivning till IVA	↑ 2,39	↑ 2,15	1,27	↑ 2,00	↓ 2,33	↓ 2,79	↓ 2,14	↓ 3,00	
Annan vård										
166	God viruskontroll vid HIV, Kv.	↑ 92,1	↓ 92,2	↑ 93,5	↑ 96,7	↓ 85,7	↑ 96,8	↑ 95,7	↑ 92,9	
	God viruskontroll vid HIV, M.	↓ 92,0	↓ 93,1	↓ 88,5	↑ 83,3	↑ 91,4	↑ 100,0	↑ 79,2	↓ 72,2	
	God viruskontroll vid HIV	↑ 92,1	↓ 92,8	↓ 90,7	↑ 89,4	↓ 88,3	↑ 98,4	↑ 87,2	↓ 81,3	
167	Smärtskattning under sista levnadsveckan, Kv.	11,9	30,4	7,0	17,2	25,1	9,8	7,6	5,6	
	Smärtskattning under sista levnadsveckan, M.	13,5	34,4	8,8	16,8	29,4	10,1	4,3	10,0	
	Smärtskattning under sista levnadsveckan	12,6	32,1	7,8	17,0	26,9	10,0	6,0	7,6	
168	Vidbehovsordination av opioider i livets slutskede, Kv.	↓ 90,3	↑ 91,8	↓ 86,8	↑ 89,8	↑ 93,7	↓ 92,1	↓ 88,5	↓ 89,7	
	Vidbehovsordination av opioider i livets slutskede, M.	↓ 89,4	↓ 91,9	↓ 87,4	↑ 90,2	↓ 89,6	↓ 87,2	↓ 86,8	↑ 88,0	
	Vidbehovsordination av opioider i livets slutskede	↓ 89,9	↓ 91,8	↓ 87,0	↑ 90,0	↓ 92,0	↓ 90,0	↓ 87,7	↑ 88,9	
169	Brytpunktssamtal i livets slutskede, Kv.	35,4	49,5	40,1	25,3	45,3	31,8	30,2	36,3	
	Brytpunktssamtal i livets slutskede, M.	38,1	54,4	41,0	27,1	48,0	36,7	35,7	40,1	
	Brytpunktssamtal i livets slutskede	36,6	51,5	40,5	26,1	46,4	33,9	32,8	38,0	
170	Bromsmedicin vid skovvis förlöpande MS, Kv.	↓ 40,5	↓ 40,8	↓ 50,3	↑ 13,6	↑ 55,5	↓ 46,0	↓ 0,0	↑ 9,8	
	Bromsmedicin vid skovvis förlöpande MS, M.	↓ 37,7	↑ 43,7	↓ 43,0	↓ 19,2	↓ 60,7	↓ 45,1	↑ 2,4	↑ 11,1	
	Bromsmedicin vid skovvis förlöpande MS	↓ 39,6	↓ 41,7	↓ 47,8	↑ 15,1	↑ 56,8	↓ 45,9	↓ 0,8	↑ 10,2	
171	Bromsmedicin vid sekundärprogressiv MS, Kv.	11,7	20,2	13,9	1,7	14,7	17,1	1,2	4,5	
	Bromsmedicin vid sekundärprogressiv MS, M.	12,3	20,3	14,5	15,2	16,7	12,9	0,0	2,5	
	Bromsmedicin vid sekundärprogressiv MS	11,9	20,2	14,1	5,6	15,3	15,8	0,9	3,9	
172	Basal demensutredning vid demensdiagnos, Kv.	↑ 84,6	↑ 90,9	↑ 93,9	↓ 77,1	↓ 58,1	↑ 73,0	↓ 77,8	↓ 44,4	
	Basal demensutredning vid demensdiagnos, M.	↓ 82,9	↑ 91,1	↓ 91,1	↑ 82,4	↓ 63,8	↑ 63,1	↓ 75,0	↓ 46,7	
	Basal demensutredning vid demensdiagnos	↑ 83,9	↑ 91,0	↑ 92,7	↓ 79,3	↓ 60,4	↑ 68,3	↓ 76,3	↓ 45,5	
173	Förbättring efter beh. vid makuladegeneration, Kv.	↑ 45,9	↑ 41,4	↓ 43,1	↑ 60,3	↑ 56,7	↑ 45,9	↓ 37,5	42,9	
	Förbättring efter beh. vid makuladegeneration, M.	↑ 44,0	↑ 43,9	32,1	↓ 47,8	↓ 62,5	↓ 40,0	↓ 39,1		
	Förbättring efter behandling vid makuladegeneration	↑ 45,2	↑ 42,3	↓ 39,2	↓ 56,8	↑ 58,7	↑ 44,0	↓ 38,1	50,0	

	Gotland	Blekinge	Skåne	Halland	V. Götaland	Värmland	Örebro	Västmanland	Dalarna	Gävleborg	Västernorrland	Jämtland	Västerbotten	Norrbottn
	↑ 100,0	↑ 95,5	↑ 96,7	↑ 94,6	↑ 96,0	↑ 95,5	↑ 98,8	↑ 97,1	↑ 90,5	↑ 94,8	↑ 95,2		↑ 97,1	↑ 98,3
		↑ 87,5	↑ 95,6	↑ 96,4	↑ 95,1	↑ 96,2	↑ 98,1	↑ 98,8	↑ 91,8	↑ 94,1	↑ 92,0		↑ 95,3	↑ 98,5
	↑ 100,0	↑ 91,3	↑ 96,2	↑ 95,4	↑ 95,6	↑ 95,8	↑ 98,5	↑ 98,1	↑ 91,2	↑ 94,5	↑ 93,5	↑ 100,0	↑ 96,2	↑ 98,4
	↑ 21,1	↑ 14,9	↑ 23,8	↑ 19,8	↓ 21,4	↑ 22,8	↓ 26,8	↑ 14,7	↑ 24,0	↑ 24,8	↑ 24,7	↑ 22,9	↑ 18,8	↓ 22,5
	↓ 16,0	↑ 14,6	↑ 21,6	↑ 17,5	↓ 20,3	↑ 17,2	↑ 22,3	↑ 14,4	↑ 20,7	↑ 21,7	↑ 19,1	↓ 23,1	↑ 19,7	↑ 21,5
	↓ 19,2	↑ 14,7	↑ 22,9	↑ 18,9	↓ 21,0	↑ 20,6	↓ 25,0	↑ 14,6	↑ 22,7	↑ 23,6	↑ 22,5	↑ 23,0	↑ 19,2	↓ 22,1
		86,7	86,9	89,2	95,3		87,5			93,1		95,2	90,9	85,0
		0,65	↑ 0,61	↑ 0,53	↓ 0,66	↓ 0,71	↑ 0,59	↑ 0,61	↑ 0,43	↑ 0,68	↑ 0,73	↑ 0,63	↑ 0,63	0,59
		0,66	↑ 0,60	↑ 0,64	↓ 0,70	↓ 0,73	↑ 0,61	↑ 0,63	↑ 0,43	↑ 0,70	↑ 0,67	↑ 0,57	↑ 0,57	0,52
		0,65	↑ 0,60	↑ 0,59	↓ 0,68	↓ 0,72	↑ 0,60	↑ 0,62	↑ 0,43	↑ 0,69	↑ 0,69	↑ 0,59	↑ 0,59	0,55
		8,67	↑ 4,81	↑ 5,25	↑ 5,78	↓ 7,89	↑ 4,38	↓ 6,12	↓ 9,31	↓ 4,63	↑ 4,27	↑ 6,38	↓ 6,85	4,27
		9,34	↑ 4,32	↑ 3,70	↑ 5,89	↓ 8,03	↑ 5,17	↓ 8,07	↓ 10,86	↓ 7,38	↑ 7,69	↓ 6,64	↓ 5,17	4,95
		9,07	↑ 4,55	↑ 4,39	↑ 5,84	↓ 7,97	↑ 4,85	↓ 7,25	↓ 10,19	↓ 6,19	↑ 6,15	↓ 6,53	↓ 5,91	4,67
		0,57	↑ 2,29	↑ 1,59	↑ 2,49	↓ 2,41	↑ 2,09	↓ 3,13	↓ 2,24	↑ 1,40	↓ 2,35	↓ 3,17	↑ 2,61	1,92
		3,07	↑ 2,54	↓ 3,89	↑ 2,77	↓ 2,83	↓ 1,95	↓ 4,25	↑ 1,15	↓ 3,31	↓ 1,90	↑ 3,01	↑ 2,01	1,61
		2,06	↑ 2,42	↓ 2,88	↑ 2,66	↓ 2,65	↓ 2,01	↓ 3,78	↓ 1,60	↓ 2,50	↓ 2,10	↓ 3,08	↑ 2,27	1,73
			↓ 88,2	↓ 73,3	↑ 94,9	↑ 89,3	↑ 92,3	↑ 92,3	↑ 94,4	↑ 95,6	↑ 97,4	↑ 100,0	↑ 91,8	↓ 91,8
		100,0	↑ 90,5	↑ 100,0	↓ 92,0	↓ 87,8	↑ 94,4	↓ 83,9	↑ 93,1	↓ 83,8	↓ 93,3	↓ 85,7	↑ 93,3	↑ 100,0
	80,0	↑ 93,8	↑ 89,8	↓ 89,5	↓ 93,0	↓ 88,4	↑ 93,3	↑ 88,6	↑ 93,8	↑ 90,2	↑ 95,2	↓ 94,4	↑ 92,6	↑ 95,1
	4,1	4,7	13,7	13,3	5,9	5,6	1,0	5,3	5,9	8,4	8,3	12,0	3,9	13,5
	10,8	5,6	18,0	22,2	6,9	5,1	2,6	4,5	6,0	8,5	11,0	12,0	6,4	12,3
	6,7	5,1	15,6	17,3	6,3	5,4	1,7	4,9	5,9	8,4	9,5	12,0	5,0	12,9
	↓ 81,6	↓ 79,6	↓ 89,6	↓ 86,7	↑ 93,0	↑ 83,9	↓ 94,8	↓ 87,6	↑ 91,9	↓ 87,2	↓ 88,9	↓ 89,1	↑ 94,1	↑ 91,7
	↓ 87,7	↓ 77,3	↓ 89,1	↓ 89,5	↑ 94,1	↑ 86,0	↓ 90,9	↓ 87,0	↑ 91,5	↓ 88,2	↓ 86,1	↑ 88,0	↓ 91,1	↓ 87,4
	↓ 84,0	↓ 78,5	↓ 89,4	↓ 88,0	↑ 93,5	↑ 84,8	↓ 93,0	↓ 87,3	↑ 91,7	↓ 87,6	↓ 87,7	↑ 88,6	↓ 92,7	↓ 89,7
	48,0	21,7	43,4	48,9	38,8	27,1	35,9	28,3	20,3	22,8	31,8	28,1	26,0	29,1
	53,8	26,7	47,6	51,6	38,0	31,2	35,2	30,9	21,0	29,1	31,2	31,3	30,9	31,3
	50,3	24,0	45,3	50,1	38,4	28,8	35,6	29,5	20,6	25,4	31,5	29,4	28,2	30,1
	↓ 37,5	↑ 2,6	↓ 52,1	↑ 49,7	↓ 37,7	↓ 24,3	↓ 46,3	↑ 17,4	↑ 50,9	↓ 61,2	↓ 25,0	↑ 67,7	↓ 82,0	↓ 14,4
	↓ 53,8	↑ 0,0	↑ 52,2	↓ 42,1	↓ 32,7	↓ 18,0	↓ 37,2	↑ 6,0	↑ 40,4	↑ 48,5	↓ 10,2	↓ 46,2	↓ 69,5	↓ 12,2
	↓ 42,2	↑ 1,8	↓ 52,1	↑ 47,5	↓ 36,2	↓ 22,5	↓ 44,1	↑ 13,8	↑ 48,2	↓ 56,9	↓ 20,5	↑ 60,9	↓ 78,3	↓ 13,6
	7,1	0,0	8,8	4,0	9,9	2,3	14,4	7,4	13,9	6,2	10,9	10,5	13,1	9,9
	18,2	0,0	6,9	6,0	14,0	1,9	10,5	4,5	12,0	8,5	9,3	17,4	13,7	6,2
	10,3	0,0	8,3	4,6	11,1	2,2	13,5	6,5	13,4	7,0	10,4	12,5	13,3	8,6
	56,5	100,0	↑ 92,1	↓ 92,3	↓ 78,6	69,2	↑ 88,2	↑ 58,3	↓ 92,0	↓ 89,7	↑ 96,4		↓ 59,3	
	70,6		↓ 87,8	↑ 94,0	↓ 72,5	88,6	↑ 90,0	↑ 77,8	↑ 90,5	↑ 100,0	↑ 87,5		↓ 53,7	
	62,5	100,0	↑ 90,5	↑ 93,0	↓ 75,7	80,3	↑ 89,1	↑ 66,7	↓ 91,3	↓ 93,3	↑ 92,6		↓ 56,9	
		↓ 38,5	↑ 45,5		↑ 38,2	↓ 55,9	↓ 45,6	↑ 55,1	↓ 41,3	↓ 41,9	↓ 50,0		50,0	↑ 58,8
		73,3	↑ 42,3		↑ 44,7	↑ 44,8	↑ 38,5	↓ 41,9	↑ 40,4	41,4			54,5	↑ 43,5
		↑ 51,2	↑ 44,5		↑ 40,6	↓ 52,6	↑ 43,4	↑ 51,4	↓ 41,0	↓ 41,7	↓ 48,1		51,1	↑ 52,6

Personer som lämnat underlag till rapporten

Socialstyrelsen:

Charlotte Björkenstam, Dödsorsaksregistret

Karin Gottvall och Jaroslava Lafih, Medicinska födelseregistret

Emma Björkenstam och Gunilla Ringbäck Weitoft, Patientregistret

Johan Fastbom, Rickard Ljung och Pinelopi Lundqvist, Läkemedelsregistret

Staffan Khan, Cancerregistret

Henrik Passmark, enheten för befolkningsstatistik

Lisbeth Serdén, enheten för öppna jämförelser

SKL:

Helene Ellström, Harald Grönqvist och Berlith Persson, Väntetider i Vården

Sofia Tullberg, Vårdbarometern, Nationell Patientenkät

Åke Karlsson och Leif Lundstedt, KPP-databasen

Nationella kvalitetsregister:

Claude Marcus och Viktoria Svensson, Barnobesitasregister i Sverige

Kerstin Peterson, Mödrahälsovårdsregistret

Stellan Håkansson, Perinatalt Kvalitetsregister Neonatologi

Anders Kjaeldgaard, Mats Löfgren, Emil Nüssler och Jan-Henrik Stjerndahl, Nationella kvalitetsregistret inom gynekologisk kirurgi

Otto Robertsson, Svenska Knäprotesregistret

Göran Garellick och Linus Schiöler, Svenska Höftprotesregistret

Ami Hommel och Karl-Göran Thorngren, RIKSHÖFT – Nationella höftfrakturregistret

Carina Blom, Peter Fritzell, Olle Hägg och Lena Oreby, SWESPINE – Svenska Ryggregistret

Li Felländer-Tsai och Magnus Forssblad, Svenska korsbandsregistret

Staffan Lindblad och Leszek Stawiarz, Svensk Reumatologis Kvalitetsregister

Soffia Gudbjörnsdottir och Mervete Miftaraj, Nationella Diabetesregistret

Johan Herlitz, Nationellt kvalitetsregister för hjärtstopp

Annika Edberg och Tomas Jernberg, SWEDEHEART – RIKS-HIA
Annika Edberg och Kristina Hambraeus, SWEDEHEART – SEPHIA
Annika Edberg och Stefan James, SWEDEHEART – SCAAR
Ulf Dahlström och Torbjörn Löfgren, RiksSvikt
Anita Fredenson och Fredrik Gadler, Svenska ICD- och Pacemakerregistret
Fredrik Jonsson, Peter Appelros och Kjell Asplund, Riks-Stroke
KG Prütz, Svenskt Njurregister
Lars Pålman och Robert Johansson,
Nationella Koloncancerregistret och Svenska Rektalcancerregistret
Kerstin Sandelin och Kamilla Krawiec, Nationella Bröstcancerregistret
Gunnar Wagenius och Anders Berglund, Nationellt lungcancerregister
Per Stattin och Fredrik Sandin, Nationella prostatacancerregistret
Martin Beran och Erik Holmberg,
Svenskt Kvalitetsregister för huvud- och halscancer
Sanna Aila Gustafsson, Nationellt kvalitetsregister för ätstörning
Mikael Landén och Ulrika Lundberg,
Nationellt kvalitetsregister för bipolär affektiv sjukdom
Hans Andersson och Frances Hagelbäck-Hansson,
Nationellt kvalitetsregister för rättspsykiatrisk vård
Eva Hagel och Pär Nordin, Svenskt Bräckregister
Ingmar Näslund, Scandinavian Obesity Surgery Registry
Gunnar Persson, GallRiks – Svenskt kvalitetsregister för gallstenskirurgi
Björn Kragsterman, Anders Lundell och Thomas Troëng,
Swedvasc – Svenska Kärregistret
Lennart Bohlin, Clas Hemlin, Joacim Stalfors och Mervete Miftaraj,
Svenskt Kvalitetsregister för Öron-, Näs- och Halssjukvård
Mats Lundström och Irene Serring, Nationella Kataraktregistret
Göran Karlström och Sten Walther, Svenska Intensivvårdsregistret
Veronica Svedhem Johansson, InfCare HIV
Greger Fransson, Svenska Palliativregistret
Jan Hillert och Leszek Stawiarz, Svenska MS-registret
Maria Erikdotter Jönköping och Kalle Spångberg,
SveDem – Svenska Demensregistret
Susanne Albrecht och Inger Westborg, Makularegister

Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet

Detta är den sjätte publikationen i rapportserien *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet*. Sedan 2006 har Sveriges Kommuner och Landsting och Socialstyrelsen gemensamt i denna rapport sammanställt indikatorer som speglar olika aspekter av hälso- och sjukvården, som medicinska resultat, patienterfarenheter, tillgänglighet och kostnader.

Årets rapport innehåller 173 indikatorer för vilka landstingens resultat presenteras. Avsikten är framförallt att jämföra landstingen, men i många fall visas även utvecklingen för riket över tid. Ett flertal indikatorer redovisas även på sjukhus- eller kliniknivå.

Rapportens syfte är att göra den gemensamt finansierade hälso- och sjukvården öppen för insyn, ge ett underlag för den offentliga debatten och stimulera till ett ökat lärande och till förbättrade resultat i hälso- och sjukvården.

Sveriges Kommuner och Landsting
ISBN 978-91-7164-742-9

Socialstyrelsen
Artikelnr. 2011-11-1

