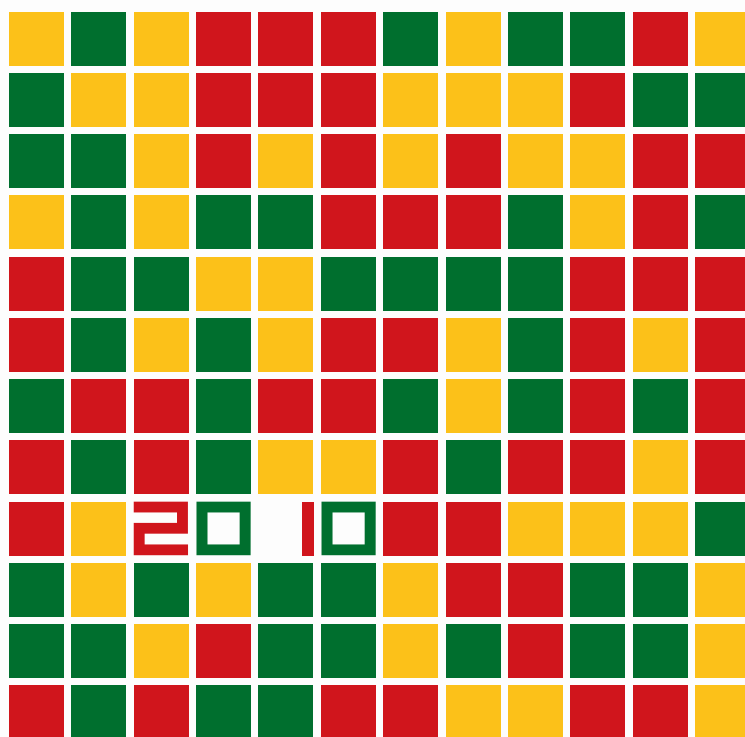


Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet

Jämförelser mellan landsting
2010



Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet

Jämförelser mellan landsting 2010

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

kan beställas eller laddas ner från

Sveriges kommuner och Landsting

www.skl.se/publikationer

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

e-post: order@kommentus.se

ISBN 978-91-7164-587-6

eller

Socialstyrelsens kundtjänst, 120 88 Stockholm

Tel: 08-779 96 66, fax: 08-779 96 67

e-post: socialstyrelsen@strd.se

webbutik: www.socialstyrelsen.se/publicerat

Artikelnr: 2010-11-9

Sveriges Kommuner och Landsting och Socialstyrelsen 2010

Upplaga: 6 000 ex

Produktion: Ordförandet AB

Tryck: åtta.45, Solna

Förord

Detta är den femte 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 även data för sjukhus i flera fall redovisas.

Styrgrupp för arbetet med *Öppna jämförelser 2010* har utgjorts av Roger Molin, Agneta Rönn (t o m juni) och Stefan Ackerby (fr o m augusti) från Sveriges Kommuner och Landsting samt Mona Heurgren och Anders Åberg från Socialstyrelsen.

I den gemensamma arbetsgruppen har Max Köster, Behzad Koucheiki, Birgitta Lindelius och Rickard Ljung från Socialstyrelsen ingått. Från Sveriges Kommuner och Landsting har Thomas Fröjd, Göran Garellick, Soffia Gudbjörnsdottir, Bodil Klintberg, Martin Lindblom, Sofia Tullberg 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, från Socialstyrelsen: Charlotte Björkenstam (Dödsorsaksregistret), Tsega Muzollo, Karin Gottvall och Olof Stephansson (Medicinska Födelseregistret), Emma Björkenstam (Patientregistret), Pinelopi Lundqvist, Johan Fastbom och Helena Schiöler (Läkemedelsregistret), Staffan Khan (Cancerregistret), Mats Talbäck (analys av patientsammansättning) samt Henrik Passmark (täckningsgradsjämförelser).

Från SKL har Helene Ellström och Berlith Persson (Väntetider i Vården), Erik Sätterström (Vårdbarometern), samt Åke Karlsson och Leif Lundstedt (KPP-databasen) bidragit.

Arbetet har bedrivits i dialog med kontaktpersoner från samtliga landsting och med en referensgrupp av landstingsdirektörer.

För flera indikatorer har externa datakällor och underlag använts, framförallt från Nationella Kvalitetsregister. Ett särskilt tack riktas till företrädare för kvalitetsregistren och till övriga som bidragit till rapporten.

Lars-Erik Holm
Generaldirektör, Socialstyrelsen

Håkan Sörman
VD, Sveriges Kommuner och Landsting

Sammanfattning

Denna rapport är den femte i serien *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet*. Årets rapport innehåller 134 indikatorer. Antalet indikatorer har successivt ökat sedan den första rapporten. För ett antal av dem beskrivs utvecklingen över tid, vilket gör det möjligt att lyfta fram förbättringar eller försämringar.

Öppna jämförelser har påverkat landstingen och bidragit till deras styrning av hälso- och sjukvården. Enligt olika uppföljningar har de öppna jämförelserna bidragit till att frågor om medicinsk kvalitet på ett mer påtagligt sätt än tidigare blivit en angelägenhet inte bara för den medicinska professionen utan även för landstingsledningarna. I flertalet landsting finns numera en landstingsgemensam och formaliserad verksamhetsuppföljning med stort fokus på mätbara indikatorer och mål. Indikatorerna i *Öppna jämförelser* har som regel god status och ger därför viktiga bidrag till landstingens kvalitetsuppföljning, men de är långtifrån den enda källan till sådan uppföljning. En utmaning för landstingen är att, i egen regi eller i samarbete med andra, utveckla sin kapacitet att arbeta med detta slag av kunskapsstyrning.

Rapporten 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 rangordnande 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. Resultaten ger signaler om frågor att studera och värdera i en lokal analys.

Det är inte möjligt att ge en rättvisande eller heltäckande bild av läget i svensk hälso- och sjukvård enbart baserat på rapportens indikatorer, men i det följande lyfts några av rapportens resultat fram.

En allmän observation är att rikets och därmed de flesta landstings resultat förbättrats för merparten av de närmare hundra indikatorer där två mätperioder redovisas. Detta framgår av sammanställningen i slutet av rapporten, där pilar anger om resultaten förbättrats eller försämrats.

Lägre och bättre förskrivning av antibiotika

Alla landsting minskar sin användning av antibiotika (indikator 125), även om det i flera landsting är långt kvar till det mål som Strama lanserat, högst 250 recept per 1 000 invånare. Andelen behandlade kvinnor är fortfarande klart högre än andelen män. Andelen barn som ges det rekommenderade förstahandsvalet penicillin V som antibiotika vid luftsvägsinfektion ökar (126). I flera landsting är ökningen sedan 2006 mycket påtaglig. Ännu större förbättringar kan noteras för andelen

kvinnor som behandlas med kinoloner vid urinvägsinfektion (127). Sedan 2006 har andelen minskat med närmare tio procentenheter, till cirka 15 procent. Skillnaderna mellan landstingen är måttliga, men alla har en bit kvar till Stramas mål på högst 10 procent.

Hjärtinfarkt- och strokevård – göra rätt och nå bra resultat

Hjärtinfarktvårdens positiva utveckling fortsätter. Antalet infarkter minskar stadigt. Detta gäller dels alla infarkter, dels den mindre gruppen av så kallade stora infarkter, ST-höjningsinfarkter. Andelen döda inom 28 dagar efter infarkt (64, 65) minskar år för år och är nu bland sjukhusvårdade patienter nere i cirka 13 procent, från att ha varit över 30 procent för tjugo år sedan. Ännu syns inga tecken på att den positiva trenden är på väg att brytas.

Andelen patienter som får den behandling som nationella riktlinjer rekommenderar (67, 68, 69) har ökat mycket påtagligt de senaste åren. Även om inte alla infarktpatienter ingår i denna redovisning, som baseras på kvalitetsregistret Swedeheart, så är detta ett intressant exempel på vad uppföljning av kvalitet kan betyda för hälso- och sjukvårdens förändring. Alla tre måtten ingår i Swedehearts årligen publicerade kvalitetsindex för hjärtinfarktvård.

Strokevården uppvisar en likartad utveckling, om än mindre markerad. Antalet strokefall minskar något. Dödligheten 28 dagar efter sjukhusvårdad stroke minskar, medan den är konstant för stroke där döda utanför sjukhus inkluderas (75, 76).

För flera av processmåtten uppvisas en positiv utveckling. Till exempel ökar andelen patienter som vårdas på strokeenhet stadigt (77). Skillnaderna mellan landsting har minskat. Andelen trombolysbehandlade i den aktuella målgruppen har ökat från en låg nivå (78). Enligt kvalitetsregistrets Riks-Stroke egen redovisning ökar andelen strokepatienter som ges blodfettssänkande behandling påtagligt, medan den för blodtrycksbehandling redan ligger på en hög nivå.

För strokepatienter med förmaksflimmer rekommenderas behandling med blodförtunnande läkemedel, i syfte att förebygga ny stroke (79). Andelen behandlade ökar och uppgår i årets redovisning till knappt 64 procent, men det är kvarstående påtagliga skillnader mellan landsting.

Läkemedelsbehandling av äldre

Tre indikatorer speglar läkemedelsanvändning hos äldre. Andelen äldre med tio eller fler läkemedel (124) har minskat med över fem procentenheter mellan 2006 och 2009, till knappt 11 procent. Skillnaderna mellan landstingen har minskat. Även andelen äldre med riskfyllda kombinationer av läkemedel (123) har minskat under samma period, men i lägre grad. Detsamma gäller andelen äldre med tre eller flera psykofarmaka (97). Beräkningsmetodiken är inte densamma för de olika åren, men bör hålla för slutsatsen att det skett en stor minskning av andelen äldre med tio eller flera läkemedel.

Läkemedelsbehandling vid MS och reumatoid artrit

Multipel Skleros (MS) och reumatoid artrit (RA) är båda kroniska sjukdomar som utöver patienters lidande orsakar stora samhällskostnader. Det finns läkemedelsbehandling med god effekt. Vissa av läkemedlen har höga kostnader, vilket bidrar till den uppmärksamhet dessa behandlingar har i den offentliga debatten. Användning av biologiska läkemedel vid RA (50) varierar stort mellan landsting, liksom användningen av bromsmedicin vid skovvist förloppande respektive sekundärprogressiv MS (133, 134). Tolkningen av de redovisade skillnaderna försvåras av att förekomsten av MS och RA i de olika landstingen är okänd, samt av att val av läkemedel vid RA beror på resultaten för den individuella patienten och inte lätt kan översättas till rekommendationer för antal behandlade på befolkningsnivå.

Psykisk ohälsa

Indikatorerna är i hög grad hämtade från Socialstyrelsens mera omfattande rapport *Öppna jämförelser och utvärdering 2010 – Psykiatrisk vård*. Flera av dem speglar omhändertagandet av patienter med psykisk ohälsa även utanför den specialiserade psykiatriska vården. Personer som har vårdats inom psykiatri, vårdas i somatisk undvikbar slutenvård i betydligt högre utsträckning än den övriga befolkningen (99). Andelen äldre som vid val av läkemedel ges det rekommenderade sömnmedlet är lågt och bör kunna öka (98). Andelen återinskrivna inom 28 dagar efter slutenvård för schizofreni är 16-17 procent, för kvinnor respektive män (100). Parallellt med utvecklingen av kvalitetsindikatorer baserade på hälsodataregister vid Socialstyrelsen, pågår utveckling av Nationella Kvalitetsregister för psykiatri.

Framsteg och brister i diabetesvården

Indikatorerna om diabetesvården knyter väl an till de nya nationella riktlinjerna för diabetes. Ett intryck av de indikatorer som redovisas är att patienterna i diabetesvården i för låg utsträckning når uppsatta behandlingsmål, trots en positiv utveckling över tid och även en ökad läkemedelsbehandling. Även om andelen har ökat varje år, når för få patienter med typ 2-diabetes en önskad nivå på systoliskt blodtryck (58). Fyra av tio har för högt blodtryck och löper en ökad risk för hjärt-kärlsjukdom. Trots en ökad andel som behandlas med blodfettssänkande läkemedel nås mål för LDL-kolesterol enbart av drygt 40 procent av patienterna (59). En ny indikator visar användningen av läkemedlet metformin bland diabetespatienter med njursjukdom, vilket kan medföra risker och därför bör uppmärksammas (63).

Underbehandling att uppmärksamma

Utöver ovan nämnda indikatorer finns ett antal som påvisar påtaglig underhandling och särskilt bör uppmärksammas. En av dessa är osteoporosbehandling för kvinnor med benskörhetsfraktur (48). En ökad andel behandlade skulle minska risken för framtida fraktur och kunna medföra stora hälsoekonomiska vinster. Andelen protesoperade vid höftfraktur har successivt ökat (75), men en ytterligare ökning är

motiverad. Inom dialysvården har det senaste året en viss förbättring skett avseende metod vid kärlaccess (85), men en ytterligare ökning av andelen patienter med AV-fistel eller AV-graft bör i många landsting ske, enligt kvalitetsregisterföreträdare.

Patientrapporterade resultat

Både internationellt och i Sverige finns ett ökat intresse för patientrapporterade resultat av den behandling man fått. Rapporten innehåller flera sådana mått. Höftprotesopererade patienter skattar sin hälsovinst ett år efter operationen (44); i princip samtliga enheter deltar i denna insamling av data. Två indikatorer visar patientrapporterad hälsoeffekt av behandling vid reumatoid artrit (51, 52). Kvinnor som opererat bort livmodern eller opererats för livmoderframfall bedömer om efterförloppet till operationen förlopte utan komplikationer eller oväntade händelser (35, 36). Ytterligare sådana mått i rapporten är patientrapporterat resultat av septumplastik (114), liksom strokepatientens värdering av sin funktionsförmåga efter stroke (81). Det är önskvärt att flera patientrapporterade resultatmått inkluderas i framtida *Öppna jämförelser*.

Justering för patientsammansättning vid hjärtinfarkt

En viktig aspekt vid kvalitetsjämförelser, framförallt när sjukhus jämförs, är att patienterna kan vara olika svårt sjuka, trots att diagnosen är densamma. Patientsammansättningen vid sjukhusen kan skilja sig åt.

I rapporten redovisas, vid sidan av den ordinarie resultatredovisningen, ett arbete för att utveckla metoder för att justera för patientsammansättning vid analys av dödlighet efter hjärtinfarkt. Det grundläggande motivet är att kvalitetsjämförelser skall spegla vårdgivarens aktiviteter och vårdprocesser, inte egenskaper hos patienterna. Det räcker då som regel inte att justera för ålder.

Indikatorn dödlighet 28 dagar efter hjärtinfarkt visas efter justering för utbildningsnivå och annan tidigare sjuklighet hos patienterna (sidan 63 och framåt), både för landsting och för sjukhus. Justeringens effekt på de inbördes positionerna mellan sjukhus och landsting jämförs med resultaten då enbart åldersjustering gjorts.

Slutsatsen är att det för något landsting och för vissa sjukhus sker påtagliga förändringar, men i de flesta fall är förändringarna måttliga. Vissa centrala faktorer som anses påverka dödligheten efter infarkt har inte kunnat inkluderas i analysen, som typ av hjärtinfarkt och tiden mellan symtomdebut och ankomst till sjukhuset.

För ökad förståelse av patientsammansättningens betydelse krävs ytterligare metodutveckling och jämförelse mellan olika metoder. Både för hjärtinfarkt och för andra sjukdomar pågår även inom flera Nationella Kvalitetsregister sådant utvecklingsarbete. Redovisningen i denna rapport skall ses som ett steg i denna metodutveckling. Ingen slutsats dras om hur rättvisande den justerade redovisningen är.

Innehåll

Inledning	12
Indikatorer och datakällor	15
Resultatredovisning och tolkning	22
Landstingens användning av Öppna jämförelser	30
Övergripande indikatorer	34
HÄLSOTILLSTÅND, DÖDLIGHET MED MERA	
1	Återstående medellivslängd..... 35
2	Självskattat allmänt hälsotillstånd..... 37
3	Självskattat nedsatt psykiskt välbefinnande..... 39
4	Hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet..... 41
5	Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet 41
6	Åtgärdbar dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom..... 44
7	Undvikbar slutenvård 46
8	Riktad provtagning vid upptäckt av MRSA..... 48
9	Vårdrelaterade infektioner 50
10	MPR-vaccination av barn 52
FÖRTROENDE OCH PATIENTERFARENHETER	
11	Tillgång till sjukvård 56
12	Förtroende för vård vid vårdcentral..... 56
13	Förtroende för vård vid sjukhus 56
14	● Bemötande vid besök i primärvård..... 61
15	● Information vid besök i primärvård 61
16	● Delaktighet vid besök i primärvård 65
TILLGÄNGLIGHET	
17	Läkarbesök inom sju dagar i primärvård..... 66
18	● Uppfattning om väntetid vid besök i primärvård..... 67
19	Vårdcentralers tillgänglighet per telefon 69
20	Sjukvårdsrådgivningens tillgänglighet per telefon 70
21	Väntat längre än 90 dagar på specialistbesök..... 71
22	Väntat längre än 90 dagar på behandling..... 71
KOSTNADER	
23	Strukturjusterad hälso- och sjukvårdskostnad 74
23A	Kostnad per invånare per verksamhetsgren 76
23B	Justerad läkemedelskostnad per invånare 77
24	Kostnad per konsumerad DRG-poäng 78
24A	Kostnad per DRG-poäng för sjukhus..... 80
25	Kostnad per vårdkontakt i primärvård 81

GRAVIDITET, FÖRLOSSNING OCH NYFÖDDHETSVÅRD

26	• Tobaksvanor under graviditet.....	83
27	Tidiga aborter.....	85
28	Dödfödda barn.....	86
29	Neonatal dödlighet.....	87
30	Låg Apgar-poäng hos nyfödda.....	87
31	Bristningar vid förlossning.....	89
32	Kejsarsnitt vid okomplicerad graviditet.....	91
33	Kostnad per vårdtillfälle vid förlossning.....	94

KVINNOSJUKVÅRD

34	Oönskade händelser efter borttagande av livmoder.....	95
35	• Patientrapporterade komplikationer efter borttagande av livmoder.....	97
36	• Patientrapporterade komplikationer efter framfallsoperation.....	99
37	Dagkirurgiska operationer vid livmoderframfall.....	101
38	Kostnad per vårdtillfälle vid borttagande av livmoder.....	102
39	Väntat längre än 90 dagar på gynekologisk operation.....	104
40	Väntat längre än 90 dagar på gynekologiskt läkarbesök.....	104

RÖRELSEORGANENS SJUKDOMAR

41	Implantatöverlevnad vid total knäprotesoperation.....	106
42	Implantatöverlevnad vid total höftprotesoperation.....	108
43	Omoperation efter total höftprotesoperation.....	112
44	Patientrapporterat resultat av total höftprotesoperation.....	115
45	Oönskade händelser efter knä- och höftprotesoperation.....	118
46	Väntetid inför höftfrakturopoperation.....	120
47	Protesoperation vid höftfraktur.....	123
48	• Läkemedel mot benskörhet efter fraktur.....	126
49	Artroskopi i knäleden vid artros eller meniskskada.....	128
50	Biologiska läkemedel vid reumatoid artrit.....	131
51	• Patientrapporterad hälsa – behandlingsstart med biologiskt läkemedel.....	133
52	Patientrapporterad hälsa – initial vård av reumatoid artrit.....	135
53	Väntat längre än 90 dagar – besök ortopedi.....	137
54	Väntat längre än 90 dagar – knä- och total höftprotesoperation.....	137
55	Kostnad per vårdtillfälle vid total höftprotesoperation.....	139
56	Kostnad per vårdtillfälle vid total knäprotesoperation.....	139

DIABETESVÅRD

57	• Blodsockervärde vid kostbehandlad diabetes.....	142
58	• Högt systoliskt blodtryck.....	144
59	• Målpuppfyllelse för LDL-kolesterol.....	146
60	Blodfettssänkande läkemedelsbehandling.....	148
61	Målpuppfyllelse för blodsockervärde – barn.....	150
62	• Insulinpump vid typ 1-diabetes.....	153
63	• Metformin vid nedsatt njurfunktion.....	155

HJÄRTSJUKVÅRD

64	Dödlighet efter hjärtinfarkt	158
65	Dödlighet efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt	160
	Justering för patientsammansättning vid död efter hjärtinfarkt	163
66	• Ny infarkt eller död i ischemisk hjärtsjukdom	169
67	Reperusionsbehandling vid ST-höjningsinfarkt.....	171
68	Kranskärlsröntgen vid icke ST-höjningsinfarkt och riskfaktor	173
69	Clopidogrelbehandling vid icke ST-höjningsinfarkt	177
70	Blodfettssänkande behandling efter hjärtinfarkt	180
71	Döda eller återinskrivna efter vård för hjärtsvikt	183
72	Väntetid till kranskärlsoperation.....	185
73	Väntat längre än 90 dagar – besök inom kardiologi.....	187
74	Kostnad per vårdtillfälle för PCI vid infarkt	187

STROKESJUKVÅRD

75	Dödlighet efter förstagångsstroke	190
76	Dödlighet efter sjukhusvårdad förstagångsstroke	192
77	Vård vid strokeenhet	195
78	Trombolysbehandling vid stroke	198
79	Blodförtunnande behandling vid stroke och förmaksflimmer	199
80	Återinsjuknande efter stroke	201
81	• Funktionsförmåga efter stroke	203
82	Nöjdhet med sjukhusvård vid stroke	206

NJURSJUKVÅRD

83	Femårsöverlevnad i aktiv uremivård	210
84	Måluppfyllelse för dialysdos vid hemodialys	212
85	Kärlaccess vid dialys.....	214
86	Njurtransplanterade och patienter i aktiv uremivård	217
87	Kostnad per vårdtillfälle vid njurtransplantation.....	219

CANCERSJUKVÅRD

88	Överlevnad vid tjocktarmscancer	221
89	Överlevnad vid ändtarmscancer	221
90	Överlevnad vid bröstcancer	224
91	• Överlevnad vid lungcancer	225
92	Reoperation vid ändtarmscancer.....	227
93	Kurativ behandling vid prostatacancer	229
94	Tid till behandlingsbeslut vid ÖNH-tumör.....	231

PSYKIATRISK VÅRD

95	Själv mord i befolkningen	234
96	Regelbunden behandling med sömnmedel eller lugnande medel.....	236
97	Tre eller fler psykofarmaka bland äldre	236
98	• Användning av lämpliga sömnmedel till äldre.....	239
99	• Undvikbar somatisk slutenvård för personer med psykiatrisk diagnos.....	240
100	Återinskrivning efter 14 respektive 28 dagar efter vård för schizofreni.....	242
101	• Återinskrivning efter 3 respektive 6 månader efter vård för schizofreni.....	244

102	Följsamhet till litiumbehandling vid bipolär sjukdom	244
103	• Väntat högst 30 dagar – besök barn- och ungdomspsykiatri.....	247
104	Väntat längre än 90 dagar – besök vuxenpsykiatri	248
105	• Återfall i brott vid rättspsykiatrisk vård.....	248

KIRURGISK BEHANDLING

106	Omoperation vid ljumskbräck	250
107	Dagkirurgiska operationer vid ljumskbräck.....	253
108	• Miniinvasivt borttagande av gallblåsa.....	255
109	• Kirurgiska komplikationer efter borttagande av gallblåsa.....	257
110	Kostnaden per DRG-poäng vid galloperation.....	258
111	Tid till operation vid förträngning av halspulsåder	260
112	Döda eller amputerade efter operation av kärlförträngning i ben	261
113	Kostnad per vårdtillfälle vid operation av kärlförträngning i ben	264
114	Patientrapporterat resultat av septumplastik.....	264
115	Synfel vid kataraktoperation	266
116	Väntat längre än 90 dagar – besök inom allmän kirurgi.....	269
117	Väntat längre än 90 dagar – operation av ljumskbräck.....	269
118	Väntat längre än 90 dagar – operation av gallblåsa.....	269
119	Väntat längre än 90 dagar – operation av grå starr.....	269

INTENSIVVÅRD

120	Riskjusterad dödlighet efter vård på IVA.....	273
121	Utskrivning nattetid från intensivvårdsavdelning	276
122	Oplanerad återinskrivning till intensivvårdsavdelning	278

LÄKEMEDELSBEHANDLING

123	Läkemedelsinteraktion bland äldre	281
124	Tio eller fler läkemedel bland äldre	283
125	Förekomst av antibiotikabehandling	285
126	Penicillin V vid behandling av barn med luftvägsantibiotika	287
127	Kinoloner vid behandling med urinvägsantibiotika	289
128	Kombinationspreparat vid astma	290
129	ARB vid blodtryckssänkande behandling.....	292

ANNAN VÅRD

130	God viruskontroll vid HIV	294
131	Smärtskattning i livets slutskede	296
132	Vidbehovsordination av opiater i livets slutskede	298
133	• Bromsmedicin vid skovvis förlöpande MS.....	300
134	• Bromsmedicin vid sekundärprogressiv MS	302

Resultat för alla landsting och indikatorer

305

Inledning

Öppna jämförelser bakgrund och syfte

I rapportserien *Öppna jämförelser* redovisas årligen indikatorbaserade jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. 2010 års rapport är den femte rapporten med jämförelser mellan landsting av medicinska resultat, patienterfarenheter, tillgänglighet och kostnader. *Öppna jämförelser* baseras på tillgänglig nationell statistik om hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting 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. De får också ett förbättrat kunskapsstöd för uppföljning och styrning av den egna verksamheten.

Jämförelserna leder också till bättre tillgång till 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 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 Sveriges Kommuner och Landsting 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 Sveriges Kommuner och Landsting en rad egna arbeten som knyter an till de öppna jämförelserna av hälso- och sjukvårdens effektivitet och kvalitet, utifrån de olika roller man har.

I juni 2009 fattade regeringen beslut om en nationell strategi för kvalitetsutveckling genom öppna kvalitetsjämförelser. För arbetet med strategin finns en nationell samordningsgrupp, bestående av Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting, Vårdföretagarna och FAMNA, branschorganisationen för non-profit vård och omsorg. I strategin ses öppna jämförelser som en del av den strategiska mål- och kunskapsstyrningen. Ökad öppenhet om vårdens och socialtjänstens resultat skall sporra till kontinuerlig kvalitets- och effektivitetsutveckling. När allt fler jämförelser genomförs ökar fokus på att jämförelserna verkligen leder till ökad kvalitet och effektivitet. Framöver kommer därför en viktig fråga för den nationella samordningsgruppen att bli hur nyttiggörandet av öppna jämförelser kan utvecklas.

Rapportens disposition och bilagor

Inga stora förändringar av rapporten har skett, jämfört med tidigare år. Den inledande sammanfattningen av de redovisade resultaten sätter fokus på utvecklingen över tid, under de fem år som gått sedan den första rapporten publicerades.

I nästa avsnitt, *Indikatorer och källor*, beskrivs indikatoruppsättningen och dess förändring sedan tidigare rapporter. En viktig fråga är hur urvalet av indikatorer sker samt samspelet med landsting och medicinsk expertis i detta urval. 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.

I ett längre textblock beskrivs därefter hur landstingen arbetar med de öppna jämförelserna och vilka erfarenheter man har. Avsnittet är baserat dels på en workshop med landstingsföreträdare som SKL arrangerade i juni 2010, dels på en uppföljningsrapport skriven av forskare från Uppsala universitet, *Ett nytt tänk. Öppna jämförelser i hälso- och sjukvårdens ledning, styrning och kvalitetsarbete*, SKL 2010.

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 sjukdomsgruppsspecifika 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.

Varje indikator beskrivs och resultatet presenteras i diagram och 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, samt om det aktuella resultatet är en förbättring eller försämring jämfört med jämförelseperiodens.

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 Vårdkonsumtion 2009 för ett urval av behandlingar

Bilaga 4 Landstingsprofiler – resultat per landsting för alla indikatorer

Bilagor och den elektroniska versionen av huvudrapporten finns tillgängliga på de båda organisationernas webbplatser.

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 att ladda ner. Även tidigare rapporter och engelskspråkigt material finns tillgängligt där.

Indikatorer och datakällor

Antalet indikatorer är i årets *Öppna jämförelser* något 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. 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. Det totala antalet indikatorer som redovisas avseende hjärtsjukvård är ett urval av de 45 indikatorer som ingick i Socialstyrelsens hjärtuppföljning från våren 2009. Urvalet styr alltså påtagligt bilden av ett landstings hjärtsjukvård, 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 har tyngd och 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

Hälsotillstånd, dödlighet med mera
Förtroende och patienterfarenheter

Tillgänglighet
Kostnader

Områdesvisa indikatorer

Graviditet, förlossning, nyföddhetsvård
Kvinnosjukvård
Rörelseorganens sjukdomar
Diabetesvård
Hjärtsjukvård
Strokesjukvård
Njursjukvård

Cancersjukvård
Psykiatrisk vård
Kirurgisk behandling
Intensivvård
Läkemedelsbehandling
Annan vård

En avgränsning är att inga indikatorer om äldreomsorg och tandvård ingår i rapporteringen. För äldreomsorg finns en separat redovisning av öppna jämförelser, i ett samarbete mellan Sveriges Kommuner och Landsting och Socialstyrelsen.

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 och självskattat allmänt hälsotillstånd, 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 Sveriges Kommuner och Landsting.

Indikatorsetets indelning och förändring

134 indikatorer redovisas, vilket kan jämföras med att förra årets rapport innehöll 124. Indikatorerna speglar olika dimensioner av kvalitet: medicinska resultat, 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.

Den sjukdomsgruppvisa redovisningen av indikatorer infördes i och med förra årets rapport. Enligt landstingsföreträdare är erfarenheterna goda. 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, medicinska kvalitet och tillgänglighet i ett sammanhang. Med denna indelning knyter de öppna jämförelserna bättre an till landstingens praktiska arbete med sjukvårdens ledning och styrning.

Följande förändringar av indikatorsetet har skett i årets rapport:

- *Patienterfarenheter (Övergripande indikatorer)*: En ny nationell patientenkät infördes nu. En primärvårdsenkät genomfördes hösten 2009, inom ramen för denna. Resultat för fyra frågor från denna redovisas. Dessa indikatorer ersätter två indikatorer som hade Vårdbarometern som datakälla.
- *Förebyggande hälso- och sjukvård*: Indikatorer om mammografi, influensavaccination och om gynekologiskt cellprov har tagits bort, eftersom data inte kunde redovisas på ett meningsfullt sätt.

- *Diabetes:* Tre indikatorer om primärvårdens diabetespatienters målluppfyllelse avseende blodsockervärde, blodtryck och kolesterol har ersatts eller modifierats. De nya indikatorerna syftar till att ge en något mera nyansrik bild av kvalitet i diabetesvården. De speglar fortfarande blodsocker, blodtryck och kolesterol, men med modifierade eller nya indikatorer.
- *Psykiatri:* Flera nya indikatorer ingår. De speglar läkemedelsanvändning, undvikbar slutenvård, återinskrivning vid schizofreni och rättspsykiatrisk vård. Alla nya indikatorer förekom i eller diskuterades i samband med Socialstyrelsens rapport *Psykiatrisk vård – Öppna jämförelser och utvärdering*, som publicerades i juni 2010.
- *Kvinnosjukvård:* Nya indikatorer har förts till området. De nya avser patientskattat resultat efter framfallsoperation och borttagande av livmodern.
- *Övriga nya indikatorer:* Tobaksvanor under graviditet speglas med en indikator. Två indikatorer speglar läkemedelsbehandling vid MS och en tredje patientskattat resultat av användning av biologiska läkemedel vid reumatoid artrit.

Diskussioner har förts om att inrätta ett indikatorområde som speglar barnhälsovård och barnsjukvård. Detta kan bli aktuellt i framtiden.

I tablån visas de nya indikatorer som redovisas i *Öppna jämförelser 2010*.

NYA INDIKATORER

Bemötande vid besök i primärvård
 Information vid besök i primärvård
 Delaktighet vid besök i primärvård
 Uppfattning om väntetid vid besök i primärvård
 Rökning och snusning under graviditet
 Patientskattat resultat vid borttagande av livmoder
 Patientskattat resultat vid framfallsoperation
 Patientrapporterad hälsa – behandling med biologiska läkemedel
 Blodsockervärde vid kostbehandlad diabetes
 Insulinpump vid typ 1-diabetes
 Metformin vid nedsatt njurfunktion
 Lämpliga sömnmedel till äldre
 Undvikbar slutenvård – personer med psykiatrisk diagnos
 Återinskrivna 3 och 6 månader för schizofreni
 Återfall i brott vid rättspsykiatrisk vård
 Bromsmedicin vid skovvis MS
 Bromsmedicin vid sekundärprogressiv MS

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.

Arbetsgruppen för rapporten har därutöver på egen hand genererat olika indikatorer. Harmonisering med Socialstyrelsens arbete med indikatorer för *God Vård* har också skett.

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

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, data ska finnas tillgängliga på nationell nivå och de 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.

Vilka slags mått på kvalitet och effektivitet redovisas?

De flesta indikatorerna beskriver hälso- och sjukvårdens medicinska kvalitet. Både resultatmått och processmått ingår. Resultatmått belyser hur det gick för patienten eller för befolkningen. Flera resultatmått visar patienternas egen skattning av behandlingsresultat. 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 resultaten. I några fall redovisas även mått med osäker tolkning ur kvalitetssynpunkt, 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 behandlingsresultat redovisas under respektive sjukdomsgrupp.

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 på sjukhusnivå. Kvaliteten i KPP-databasen är svårbedömd, eftersom det inte finns någon löpande rapportering av jämförelser av 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 hälsodataregister 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 (www.vardbarometern.nu) och den nationella patientenkäten (www.skl.se/nationellpatientenkät) 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 SKL:s ekonomi- och 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

DATAKÄLLOR

Hälsodataregister och andra datakällor vid Socialstyrelsen

Patientregistret	Läkemedelsregistret
Abortstatistiken	Dödsorsaksregistret
Medicinska Födelseregistret	Cancerregistret

Sveriges Kommuner och Landsting

Väntetider i Vården	Vårdbarometern
SKL:s ekonomi- och verksamhetsstatistik	KPP-databasen

Nationella Kvalitetsregister

SWEDEHEART	Svenskt Njurregister
Riks-Stroke	RIKSHÖFT
Svenska Intensivvårdsregistret	Svenska Höftprotesregistret
Svenskt Bråckregister	Svenska Knäprotesregistret
Svenska Palliativregistret	INfCare HIV
Svenska Rektalcancerregistret	Gallriks
Nationella Prostatacancerregistret	Swedvasc
Nationella Diabetesregistret	Nationella Kataraktregistret
Svensk Reumatologis kvalitetsregister	Svenska MS-registret
Nationellt Kvalitetsregister för rättspsykiatrisk vård	
Nationellt Kvalitetsregister för Öron-, näs- och halssjukvård	
Nationella kvalitetsregistret inom gynekologisk kirurgi	

Övriga källor

Smittskyddsinstitutet	Statens folkhälsoinstitut
Statistiska centralbyrån	

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 vård-kontakter, men innehåller inte personnummer.

Resultatredovisning och tolkning

Här beskrivs hur data presenteras i rapporten och hur jämförelserna utformats. Framförallt pekas på 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 varje indikator 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 huvudstapeln i diagrammet, medan det tidigare värdet visas som en skuggad stapel.

Könsuppdelning och socioekonomi: Könsuppdelade data har tagits fram där de finns tillgängliga. I huvudrapporten visas på landstingsnivå ibland könsuppdelade jämförelser, ibland med resultaten för de båda könen sammanslagna. För medicinska indikatorer är huvudprincipen att data visas könsuppdelat, men ibland är antalet fall för lågt för att könsuppdelas. För någon indikator visas resultatet även nedbrutet på socioekonomiska grupper.

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 som fanns för fem-tio år sedan. Dessutom är det en poäng att utforma en indikator så att förbättringar snabbt syns. Om en klinik förändrar sina rutiner och detta ger bra resultat, bör det synas i uppföljningsmättet, inte spädas ut av tidigare års sämre resultat.

För de indikatorer där detta är möjligt och fungerar bra används 2009 års data, och för ett antal indikatorer även data från 2010. 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

datakvaliteten 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 resultatmätt 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 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. Vidare kan de observerade skillnaderna vara ett resultat av den underliggande naturliga variationen, av slumpen. För att illustrera den första typen av påverkan redovisas exempel där resultaten har justerats för skillnader i patientsammansättning. Den justerade dödligheten efter hjärtinfarkt redovisas och diskuteras i ett särskilt text- och diagramblock i anslutning till området Hjärtsjukvård, utanför den ordinarie resultatredovisningen. Syftet är att visa och diskutera effekterna av denna justering, liksom att peka på den metodutveckling som pågår. I princip gäller samma frågeställning alla resultatmätt.

Den andra typen av påverkan på resultaten, effekten av naturlig variation eller slump, 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.

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.

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 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 redovisningen inte ska ses 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. Konfidenstervall återges, för att visa den osäkerhet som uppstår som följd av att antalet fall kan vara få. Här används samma sjukhus- eller kliniskindelning 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 fullodig 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 medelgoda 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 avvikelse 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.

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.
- Färgläggningsmodellen 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.

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 då anges detta 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 vård-

kontakter i öppen och slutet vård. Men rapporteringen av åtgärder och diagnoser till Patientregistret har också brister.

Dessa frågor kommenteras i indikatortexterna. I bilaga 2 redovisas ett antal kvalitetsregisters täcknings-/rapporteringsgrad 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 redovisas 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. Tablån 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.

En attraktiv förändring vore att introducera målnivåer och knyta färgläggningen till dessa, men detta har visat sig kräva en alltför stor arbetsinsats och skulle även väcka olika principiella frågor.

Landstingens användning av Öppna jämförelser

I forskarrapporten *Ett nytt tänk. Öppna jämförelser i hälso- och sjukvårdens ledning, styrning och kvalitetsarbete* (Sveriges Kommuner och Landsting 2010) som publicerats hösten 2010 beskriver och tolkar författarna Marie Blomgren och Caroline Waks hur landstingen har använt sig av de redovisningar och jämförelser som presenterats i *Öppna jämförelser*. Rapporten baseras på dokument och personliga intervjuer med ett knappt 40-tal personer från fyra olika landsting – Norrbotten, Västra Götaland, Jönköping och Kalmar. Intervjuerna utfördes under september 2009.

På en workshop i juni 2010 med titeln *Erfarenhetsutbyte – Analys och förbättringsarbete i kölvattnet av Öppna jämförelser* diskuterades också dessa frågor. Samtliga regioner och 16 landsting deltog och delade med sig av sina erfarenheter av arbetet med *Öppna jämförelser*. I detta avsnitt diskuteras erfarenheter från forskarrapporten och workshopen.

Öppna jämförelser som del i nationellt system

Öppna jämförelser är inte fristående eller ensamverkande, utan är en del i ett nationellt system för publicering av kvalitetsjämförelser. Till exempel publicerar Socialstyrelsen utvärderingar och öppna jämförelser mellan landsting och sjukhus för flera sjukdomsgrupper, som en del i uppföljning av de nationella riktlinjerna. SKL redovisar å sin sida löpande data om väntetider, patienterfarenheter och kostnader. Kvalitetsregisters årsrapporter innehåller allt oftare explicita kvalitetsindikatorer och jämförelser mellan sjukhus eller landsting. Dessa och andra specialiserade rapporter av hälso- och sjukvårdsdata ger underlag till rapporten *Öppna jämförelser*, som därmed ger en övergripande och bred bild av läget i hälso- och sjukvården, baserad på områden där data finns tillgänglig.

Frågeställningen är därför, strikt sett, vidare än hur landstingen förhåller sig till just rapporten *Öppna jämförelser*. Öppna jämförelser är en del i ett nationellt system för kunskapsstyrning som innehåller nationella riktlinjer, vårdgarantier och en rad olika publiceringar av kvalitets- och andra jämförelser.

Öppna jämförelser som verktyg för styrning

Idén att mäta och öppet redovisa hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet och att samlat presentera jämförbara data för landsting och regioner, har på kort tid blivit en etablerad och accepterad företeelse. Denna idé var mindre självklar under

den första delen av 2000-talet. *Öppna jämförelser* har bidragit till att "öppna upp" nationella kvalitetsregister för annan användning än för inomprofessionell diskussion och kvalitetssäkring. Användningen av de nationella hälsodataregistren har också fått nytt fokus, från forskarperspektiv till mätning av resultat och kvalitet. Detta har initierat ett utvecklingsarbete av registren för att bättre motsvara de krav som ställs utifrån dagens behov. Användningen av jämförelserna i *Öppna jämförelser* har breddats till att också utgöra styr- och granskningsverktyg för huvudmän, intresseorganisationer och myndigheter. Öppet publicerade kvalitetsjämförelser har nu blivit nationell hälso- och sjukvårdspolitik.

Enligt Blomgren & Waks menar de intervjuade att publiceringen är ett kraftfullt styrverktyg, också som en del i en växelverkan mellan nationell och regional nivå: Man utgår från *Öppna jämförelser* för att utarbeta den egna verksamhetsplanen, samtidigt som indikatorer som först använts i landstingen senare kan dyka upp i *Öppna jämförelser*. Landstingsföreträdare har genom återkommande nätverksträffar möjligheter att påverka bland annat indikatorurval.

Landstingsföreträdare pekar på det positiva med att reagera på och styra utifrån faktiska, mätbara resultat i landstings- och verksamhetsplaner och därmed även i sjukvårdsorganisationen. Blomgren & Waks citerar en primärvårdschef: *"Det fanns ju inte för tio år sedan – inte i min värld. Utan det var väldigt mycket text och väldigt mycket ord om vad man ska åstadkomma visionärt och så vidare, men aldrig några fysiska resultat i slutändan"*.

Fokus på medicinsk kvalitet

En central och ofta anförd aspekt är att *Öppna jämförelser* bidragit till att landstingens styrning breddats till att omfatta klinisk kvalitet och resultat. Man styr därmed inte längre bara med mått av ekonomisk karaktär. Denna förändring framträdde tydligt redan i den första uppföljningen av *Öppna jämförelser* från 2007: Landstingens tjänstemanna- och politiska ledningar fick nu på ett annat sätt än tidigare frågor om medicinsk kvalitet på sitt bord, även om det som tidigare är verksamhetschefer och professionella grupper som har det direkta ansvaret.

Denna effekt är avsedd och inbakad i *Öppna jämförelser*s konstruktion: Indikatorsetet skall spegla flera dimensioner av kvalitet och effektivitet och sedan starten har de medicinska måtten dominerat och blivit mest uppmärksammade. Väntetider, patienterfarenheter och kostnadsdata har sedan länge redovisats publikt, men först med *Öppna jämförelser* fick jämförelser av medicinsk kvalitet en mera samlad och publik publiceringsplats.

För att registerbaserad uppföljning skall vara rättvisande krävs goda data. Landstingsledningarnas intresse för de datakällor och register som används i *Öppna jämförelser* har ökat. Man reser krav på och uppmuntrar medverkan och komplett rapportering till de register som används för *Öppna jämförelser*.

Blomgren & Waks skriver att flera av de intervjuade även hoppas på och välkomnar *Öppna jämförelser* som ett redskap för ökad enhetlighet i sjukvården, ett stöd för likvärdig vårdkvalitet i hela landet. Genom *Öppna jämförelser* pekar den nationella nivån ut de kvalitetsindikatorer som alla bör följa. Många påtalar kraften i att inte vilja hamna längst bak i de olika jämförelserna.

En avslutande övergripande och positiv aspekt är att *Öppna jämförelser* för landstingsledningarna fungerar som en legitimering och ett erkännande av att kunskapsstyrning är ett viktigt inslag i styrningen. I de förändrings- och kvalitetsförbättringsarbeten som landstingen själva driver blir *Öppna jämförelser* dels en bekräftelse att man arbetar på rätt sätt, dels ett verktyg för det egna arbetet internt i organisationen. Detta kan också, skriver Blomgren & Waks, kopplas till landstingens identitet, vem man är och vem man verkar för. De öppna jämförelserna har tvingat landstingsledningarna att fundera över och precisera sitt eget uppdrag och har pekat på nödvändigheten för den administrativa ledningen inom landstingen att strukturera sitt ledningsarbete.

På workshopen framkom att det i vissa landsting är svårt att uthålligt engagera såväl den politiska ledningen som tjänstemannaledningen i kvalitetsfrågor. I andra landsting är förhållandet det motsatta med en engagerad ledning som följer utvecklingen inom kvalitetsfrågor med stort intresse. De flesta landsting använder resultaten i *Öppna jämförelser* för ledning och styrning i någon form. På vilket sätt och i vilken omfattning varierar dock ganska stort mellan landstingen.

Tolkning och mottagande av Öppna jämförelser

Öppna jämförelser består i hög grad av komplex och specialiserad information om hälso- och sjukvården. Fakta talar inte för sig själv. En viktig fråga för landstingen blir därför hur de organiserar sig för att ta hand om denna information, tolka den och dra slutsatser, för att använda den på bästa sätt i den ordinarie styrningen.

Enligt Blomgren & Waks handlar det om att överbrygga gapet mellan nationella ambitioner, regionala styrinsatser och lokala förutsättningar, liksom att bygga broar mellan politiker, tjänstemän och hälso- och sjukvårdens yrkesutövare, professionerna. De individer eller enheter som har dessa roller betecknar man som "gränsöverskridare", i en översättning av organisationsforskningens begrepp "boundary spanners". Dessa gränsöverskridare är ofta tjänstemän på central nivå med bakgrund i den medicinska professionen.

De flesta landsting har en organisation och process för detta, mer eller mindre strukturerad och omfattande. Som minimum finns det i landstingen en kontaktperson på landstingsnivå som i ett nätverk samspelar med olika medicinskt sakkunniga. I flera landsting har medicinskt sakkunniga genom uppdrag från landstingsledningen utsetts till indikatoransvariga med uppgift att kommentera och dra slutsatser om resultaten inom det egna sjukvårdsområdet (hjärtsjukvård, diabetesvård etc).

I Västra Götalandsregionen har analysenheten en nyckelroll i detta arbete. Man ansvarar för regionens egen övergripande verksamhetsuppföljning och har kontaktansvaret med *Öppna jämförelser*. I den egna årliga rapporten går man ett steg längre och föreslår olika åtgärder, eller pekar ut områden man behöver analysera vidare eller förbättra.

Även de medicinska sektorsråden i Västra Götalandsregionen kan ses som en brygga mellan politik, tjänstemän och professionerna. De är bland annat en arena för kollegialt kunskapsutbyte inom respektive specialitet, där man skapar konsensus om hur kvalitetsjämförelsernas resultat skall hanteras i regionen och på respektive klinik. De är även en formell remissinstans för frågor från hälso- och sjukvårdsavdelningen och har en rådgivande roll gentemot hälso- och sjukvårdsdirektören.

I Landstinget i Kalmar län har Folkhälsocentrum och e-Hälsainstitutet uppdraget att tydliggöra och tolka resultaten i *Öppna jämförelser*, så att de kan användas i landstingets förbättringsarbete. Kalmar har även utsett indikatoransvariga – oftast sakkunniga överläkare utan chefsansvar – som har länsansvar för indikatorerna inom sina respektive specialitetsområden. En gång per termin håller vidare hälso- och sjukvårdsdirektören en så kallad kraftsamling, en träff med länets sjukhuschefer och en rad verksamhetschefer. Ett tema för dessa är resultaten i *Öppna jämförelser* och tolkningen av dessa.

I Landstinget Gävleborg har man utsett en arbetsgrupp som består av fyra personer, där några har medicinsk kompetens och andra är utredare på samhällsmedicinska enheten. Arbetsgruppen gör omfattande analyser av resultaten i *Öppna jämförelser* för att ringa in "anmärkningsvärda avvikelser" som ska ligga till grund för beslut om förbättringsarbeten.

I flertalet landsting finns numera en landstingsgemensam och formaliserad verksamhetsuppföljning med stort fokus på mätbara indikatorer och mål. Uppföljningsmått är långt flera än de som förekommer i *Öppna jämförelser*, och är ofta men inte alltid identiska med dem. Indikatorerna i *Öppna jämförelser* har som regel god status och ger därför viktiga bidrag till landstingens kvalitetsuppföljning, men de är långtifrån den enda källan till sådan uppföljning.

En utmaning för landstingen är att, i egen regi eller i samarbete med andra, utveckla sin kapacitet att arbeta med detta slag av kunskapsstyrning. Uppgiften består av tolkning och regional/lokal användning av både nationella riktlinjer och det slag av indikatorbaserad nationell uppföljning som bland annat *Öppna jämförelser* utgör. Detta är en förutsättning för att *Öppna jämförelser* ska få de effekter som eftersträvas. Den workshop som hölls i juni 2010 syftade till erfarenhetsutbyte mellan landstingen och var ett led i en sådan strävan.

Hälso- och sjukvård – övergripande indikatorer

Här redovisas 25 övergripande hälso- och sjukvårdsindikatorer, under fyra under-rubriker:

- Hälsotillstånd, dödlighet med mera
- Förtroende och patienterfarenheter
- Tillgänglighet
- Kostnader

Indikatorerna är valda för att de är övergripande, i meningen 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.

Jämfört med förra årets rapport har flera förändringar skett. Indikatorer avseende patienterfarenheter som tidigare haft Vårdbarometern som källa har i år istället den nya nationella patientenkäten och primärvårdsundersökningen 2009 som källa. Se vidare under rubriken *Förtroende och patienterfarenheter* om detta.

Förra året redovisades en grupp indikatorer under rubriken *Förebyggande hälso- och sjukvård*. Detta område är i år borttaget. Skälet är att för flera av dessa sakligt sett viktiga indikatorer kan inte data redovisas i detta års rapport: Influensavaccination, mammografi och gynekologiskt cellprov. Den enda kvarvarande indikatorn, om MPR-vaccination av barn, redovisas under annan rubrik.

Influensavaccination av äldre har redovisats i flera år, i full vetskap om att jämförbarheten mellan landsting är begränsad, eftersom sättet att beräkna andelen som vaccineras skiljer sig åt. Motivet till att redovisa dessa data har varit att frågeställningen är viktig och att indikatorn är internationellt etablerad. Senaste säsong påverkades säsongsvaccineringen av den stora satsningen på pandemivaccinering. En bedömning har därför gjorts att det inte är meningsfullt att redovisa vaccinationsfrekvens i årets *Öppna jämförelser*.

Mammografiuppgifter, framförallt landstingens bedömningar av hur stor andel av de berörda kvinnorna som mammograferades, redovisades i en tabell i förra årets rapport. Då var en enkät från Cancerfonden källan. SKL har under 2010 gjort en ny enkät, men olika dataproblem kvarstår. I år redovisas därför inga uppgifter alls. Socialstyrelsen undersöker för närvarande möjligheterna att etablera ett individregister avseende mammografiverksamhet.

Gynekologiskt cellprov är den tredje indikatorn av dessa som strukits i år. Även denna screening är fortsatt en viktig indikator att följa, men det har inte gått att få fram data från det kvalitetsregister som tidigare samlat in dessa uppgifter. Man bör överväga en ny nationell lösning för insamlandet av dessa data.

HÄLSOTILLSTÅND, DÖDLIGHET 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 2005–2009 var den återstående medellivslängden i Sverige beräknad till 83,1 för kvinnor och 78,9 år för män. Medellivslängden fortsätter därmed att öka något för såväl kvinnor som män. Skillnaden mellan könen minskade något jämfört med förra mätperioden, men är fortfarande knappt fyra år. På kommunnivå kan skillnaderna mellan män och kvinnor vara både större och mindre. För både kvinnor och män är skillnaderna i medellivslängd mellan landstingen som mest cirka två år. 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.

I 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.

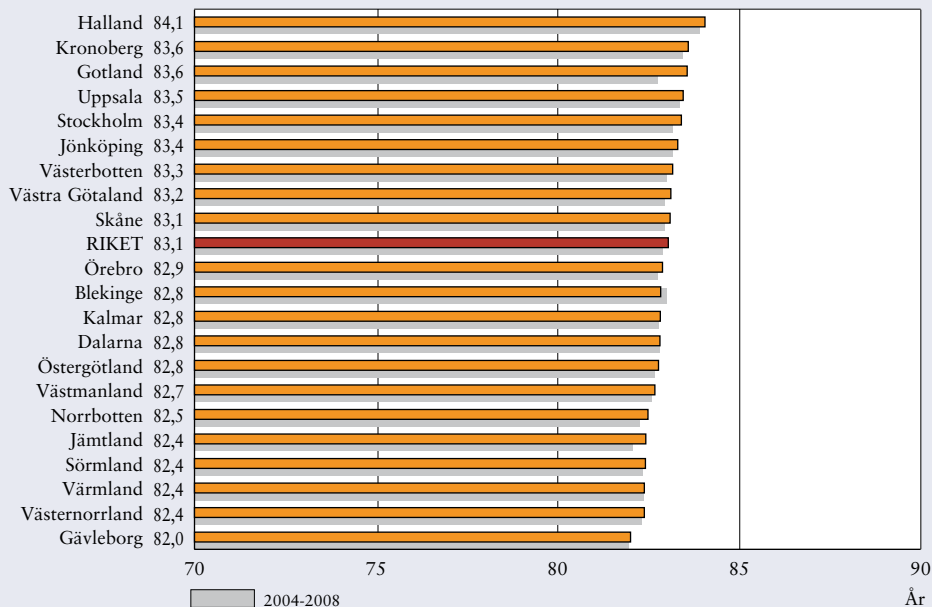


Diagram 1 Beräknad återstående medellivslängd vid födseln.
Kvinnor Barn födda 2005-2009 i Sverige.

Källa: Befolkningsstatistik, Statistiska Centralbyrån

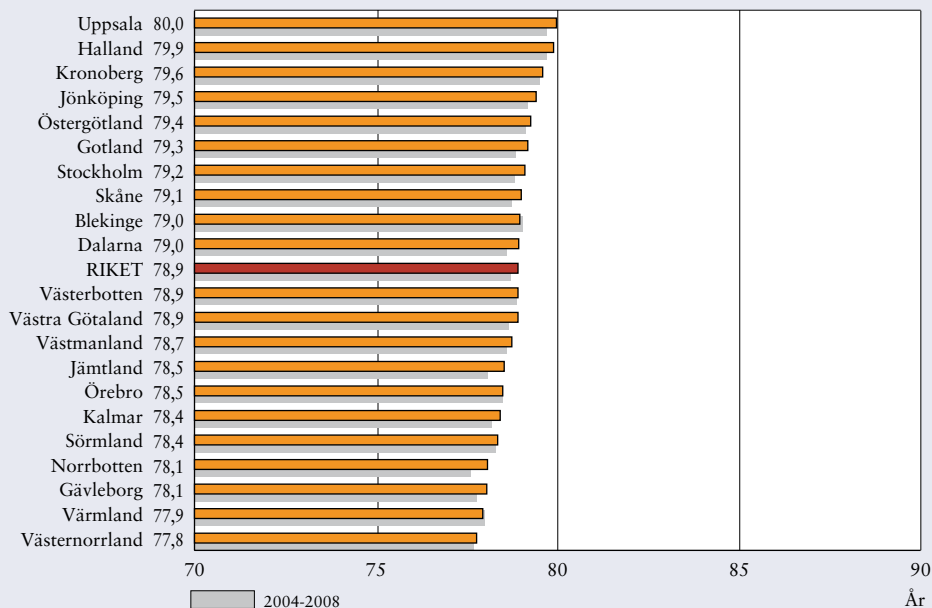
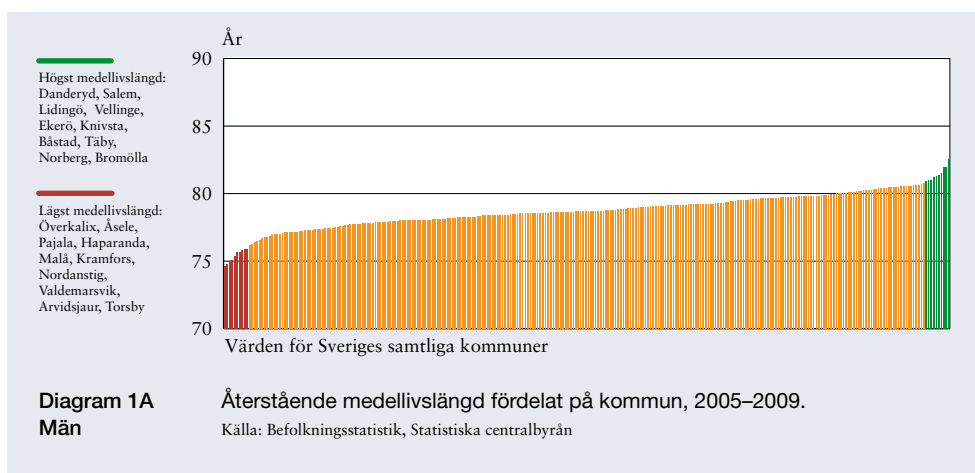
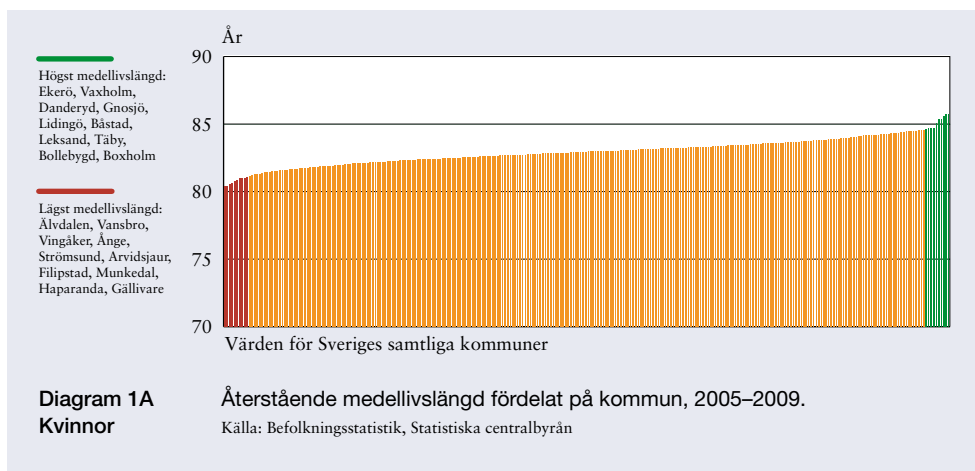


Diagram 1 Beräknad återstående medellivslängd vid födseln.
Män Barn födda 2005-2009 i Sverige.

Källa: Befolkningsstatistik, Statistiska Centralbyrån



2 Självskattat allmänt hälsotillstånd

Självskattat allmänt hälsotillstånd är av central betydelse för att följa hälsoutvecklingen i olika befolkningsgrupper över tid och har i flera studier visats ha ett samband med bland annat dödlighet. Måttet används internationellt för jämförelser mellan länder av bland andra OECD och inom EU. I Sverige används måttet i flera stora befolkningsundersökningar bland annat av Statistiska centralbyrån (SCB).

Sedan 2004 har självskattat allmänt hälsotillstånd funnits med i den nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor*, som Statens folkhälsoinstitut årligen genomför. Definitionen av måttet är hämtad från WHO och inkluderar fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande. Frågekonstruktionen är: *Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?* Fem svarsalternativ finns, från "mycket bra" till "mycket dåligt". Antalet individer som svarat "mycket bra" och "bra" slås samman och utgör andelen som anser sig ha ett gott allmänt hälsotillstånd.

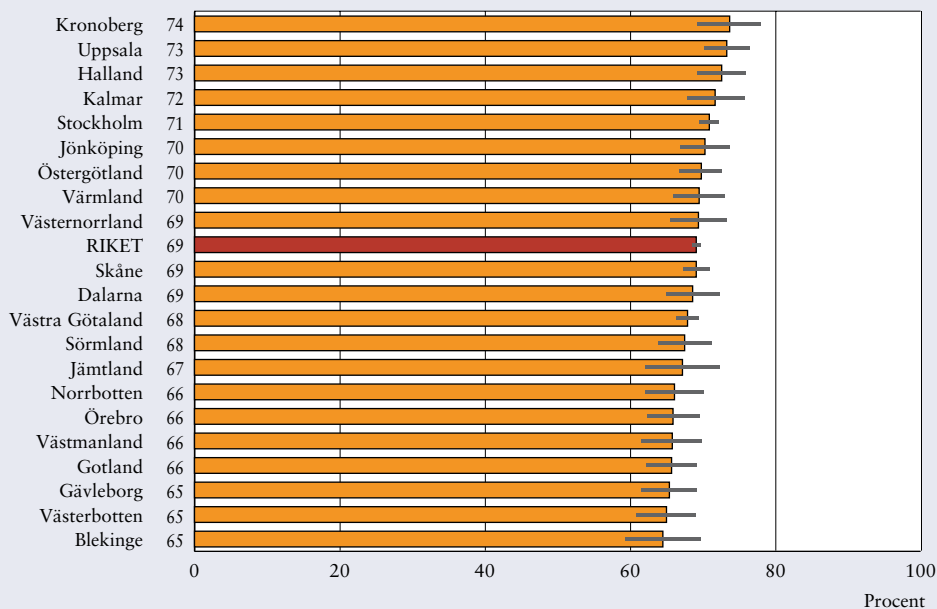


Diagram 2
Kvinnor

Andel i befolkningen med självskattat gott allmänt hälsotillstånd, 2007–2010. Avser personer 16–84 år. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Statens folkhälsoinstitut

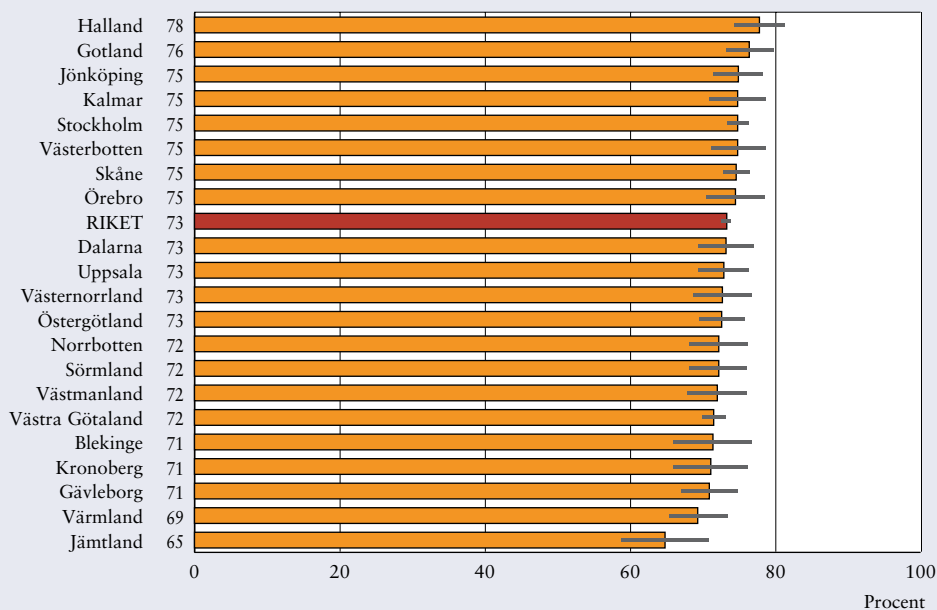
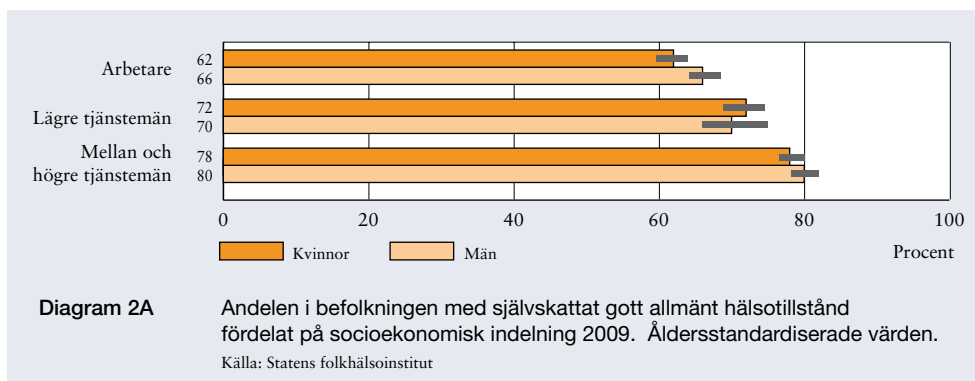


Diagram 2
Män

Andel i befolkningen med självskattat gott allmänt hälsotillstånd, 2007–2010. Avser personer 16–84 år. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Statens folkhälsoinstitut



I denna rapport används självskattat allmänt hälsotillstånd som ett övergripande mått och kan ses som en indikator på befolknings hälsa och eventuella behov av hälso- och sjukvård. Ett landsting där en stor andel av befolkningen anser sig ha ett gott allmänt hälsotillstånd borde, i princip, ha en lägre andel som uppsöker vården, än ett landsting där förhållandet är det omvända. I praktiken finns det dock andra förhållanden än hälsoläget som påverkar vårdutnyttjandet.

Indikatorn är hämtad från Statens folkhälsoinstituts enkät och är en sammanslagning av resultaten från åren 2007–2010. Det finns en viss skillnad mellan män och kvinnor. En större andel bland männen anser sig ha en god hälsa än bland kvinnorna. Andelen kvinnor som bedömer sitt hälsotillstånd som gott varierar mellan landstingen från 65 till 74 procent och bland männen från 65 till 78 procent.

3 Självskattat nedsatt psykiskt välbefinnande

I den nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor* som Statens folkhälsoinstitut årligen samlar in sammanställs tolv frågor för att mäta nedsatt psykiskt välbefinnande. Frågeinstrumentet, General Health Questionnaire, GHQ12, är fokuserat på oförmåga att hantera normala funktioner. Måttet mäter snarare psykiska reaktioner på påfrestningar än psykisk ohälsa och samvarierar med bland annat självrapporterad hälsa. Måttet har använts i flera landstings folkhälsoundersökningar under flera år.

Frågeinstrumentet GHQ12 är validerat och internationellt erkänt för att mäta psykiskt välbefinnande. För att få fram ett mått beräknas ett summaindex utifrån de tolv frågorna. En fastställd brytpunkt sätts för nedsatt psykiskt välbefinnande.

Indikatorn är hämtad från Statens folkhälsoinstituts enkät och är en sammanslagning av resultaten från åren 2007–2010. Det finns könsskillnader, med en högre andel kvinnor med nedsatt psykiskt välbefinnande än män. Andelen kvinnor med nedsatt psykiskt välbefinnande varierar mellan landstingen från 15 till 24 procent, medan för männen variationen är mellan 11 till 17 procent.

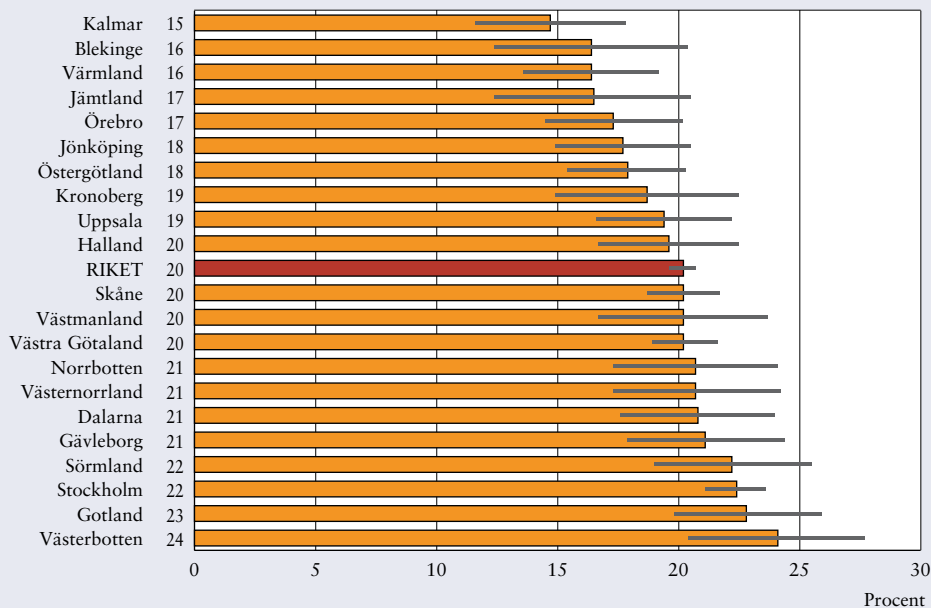


Diagram 3
Kvinnor

Andel i befolkningen med självskattat nedsatt psykiskt välbefinnande, 2007–2010. Avser personer 16–84 år. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Statens folkhälsoinstitut

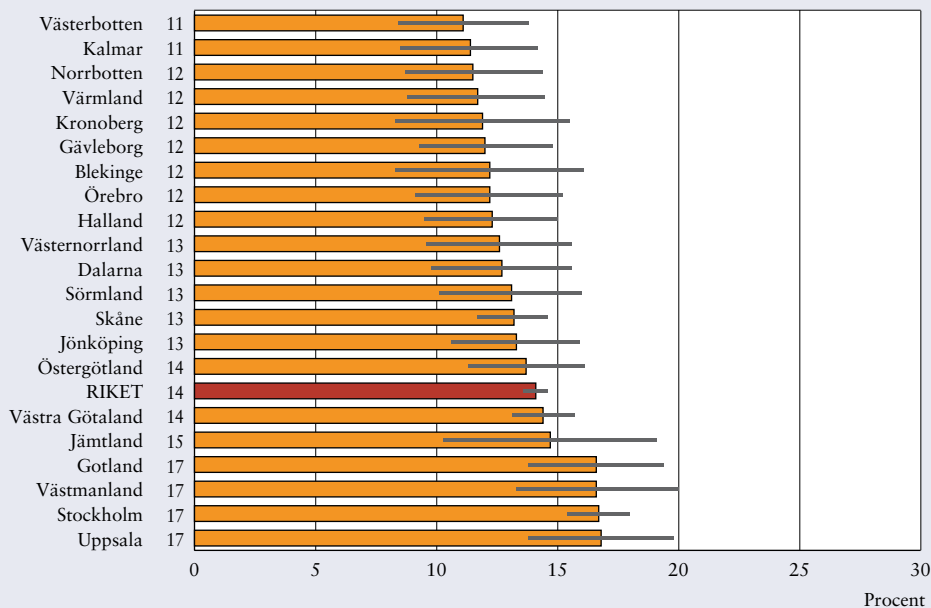


Diagram 3
Män

Andel i befolkningen med självskattat nedsatt psykiskt välbefinnande, 2007–2010. Avser personer 16–84 år. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Statens folkhälsoinstitut

4 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 man kan påverka. Den studerade befolkningen avgränsades tidigare till åldern 1–74 år. Till följd av högre medellivslängd samt effektivare behandlingsmetoder utvidgades åldersspannet från och med förra året till att omfatta även 75–79-åringar.

Måttet åtgärdbar dödlighet består av dödlighet i ett antal utvalda diagnoser och dödsorsaker, indelade i två grupper, varav den första här kallas hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet. Den avser diagnoser och dödsorsaker som anses möjliga att påverka med bredare hälsopolitiska insatser, som kampanjer för rökavvänjning och förbättrade alkoholvanor. 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 14 885 sammantaget för åren 2005–2008, varav 5 725 kvinnor och 9 160 män.

Landstingens hälsopolitiskt åtgärdbara dödlighet avseende kvinnor respektive män återges i diagram 4, uttryckt som antalet åtgärdbara dödsfall per 100 000 invånare, sammantaget för åren 2005–2008. 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 män är dödligheten nästan dubbel så hög som för kvinnorna. Däremot kan man, jämfört med föregående mätperiod, se en ökad dödlighet bland kvinnorna. Landstinget med lägst dödstal ligger högre än kvinnornas högsta dödstal. Männens dödstal varierar från drygt 40 dödsfall per 100 000 invånare till drygt 64 dödsfall. Det finns dock skillnader inom landstingen, även om dödligheten bland män är större än bland kvinnor i alla landsting.

5 Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet

Den andra gruppen av åtgärdbara dödsfall 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. Detta kallas här för sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet. 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.

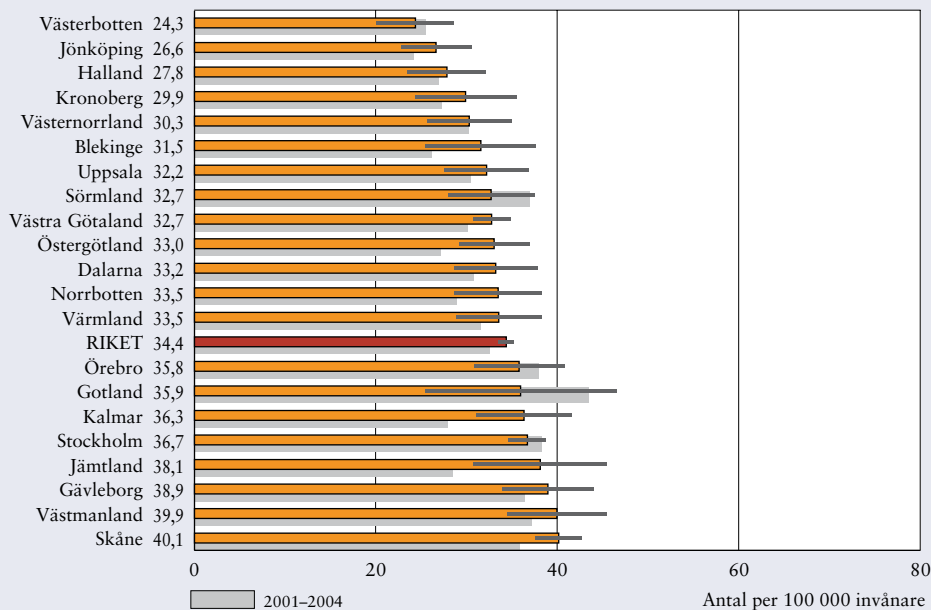


Diagram 4 Hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet – dödsfall per 100 000
Kvinnor invånare 1–79 år, 2005–2008. Åldersstandardiserade värden.
 Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

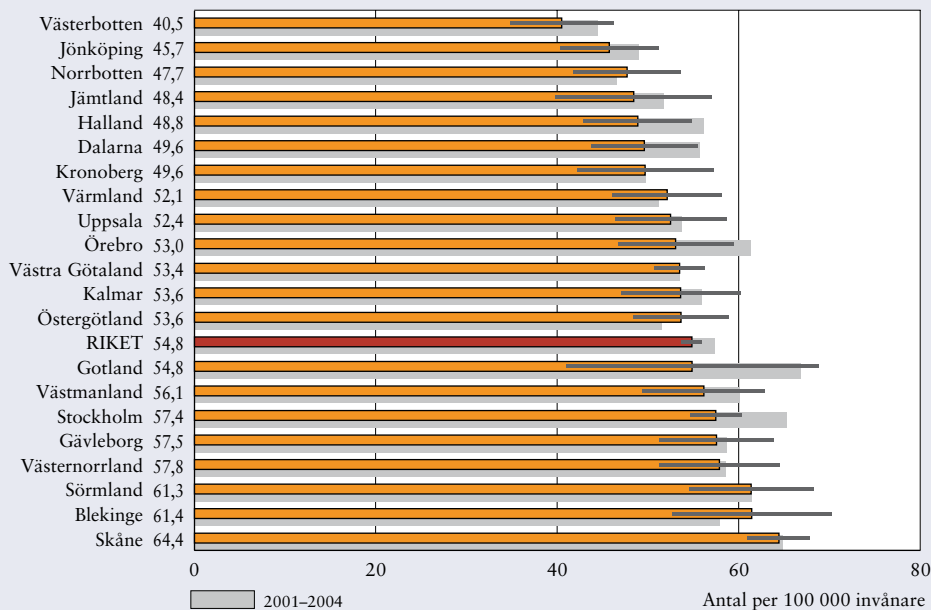


Diagram 4 Hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet – dödsfall per 100 000
Män invånare 1–79 år, 2005–2008. Åldersstandardiserade värden.
 Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

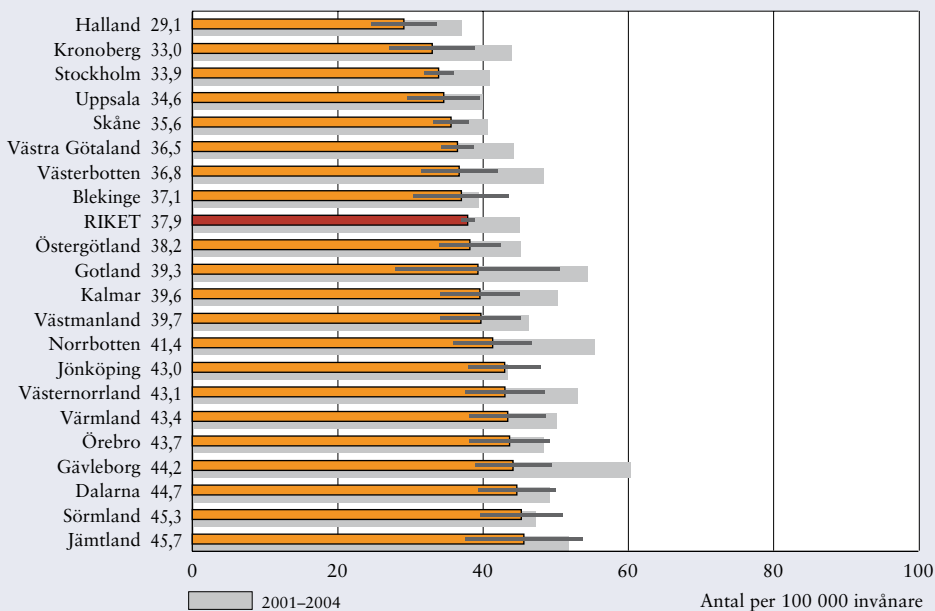


Diagram 5
Kvinnor

Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet – dödsfall per 100 000 invånare 1–79 år, 2005–2008. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

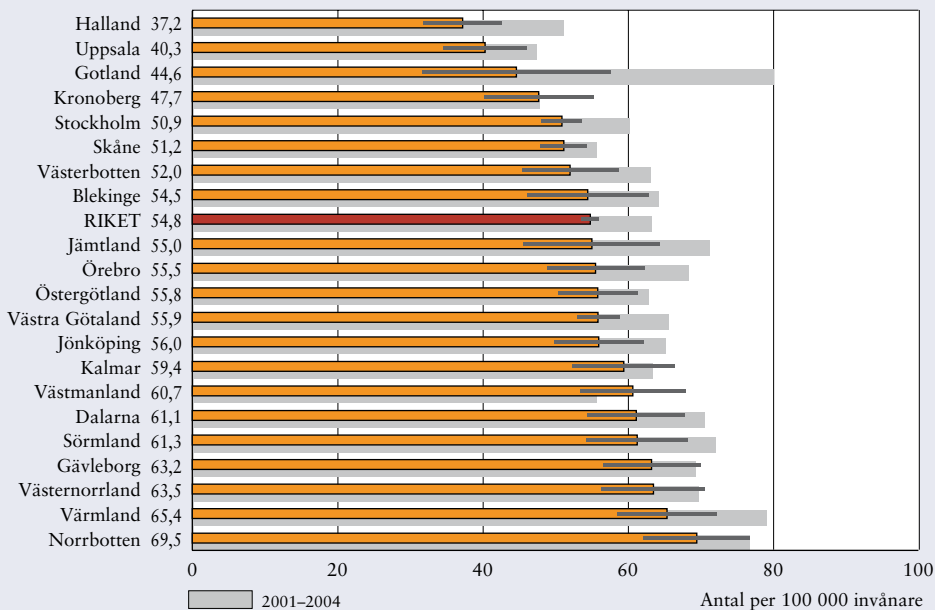


Diagram 5
Män

Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet – dödsfall per 100 000 invånare 1–79 år, 2005–2008. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

Det faktiska antalet sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödsfall var 17 540 sammantaget för åren 2005–2008, varav 7 981 kvinnor och 9 559 män. Antalet dödsfall per 100 000 invånare per landsting och kön redovisas i diagram 5.

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.

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 diagnoser 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.

6 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 2008 dog totalt 16 500 personer i Sverige med huvuddiagnos ischemisk hjärtsjukdom. Detta motsvarar knappt 180 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 33 procent mellan åren 1997 och 2008. 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 en femtedel, 18 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 4 och 5) 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.

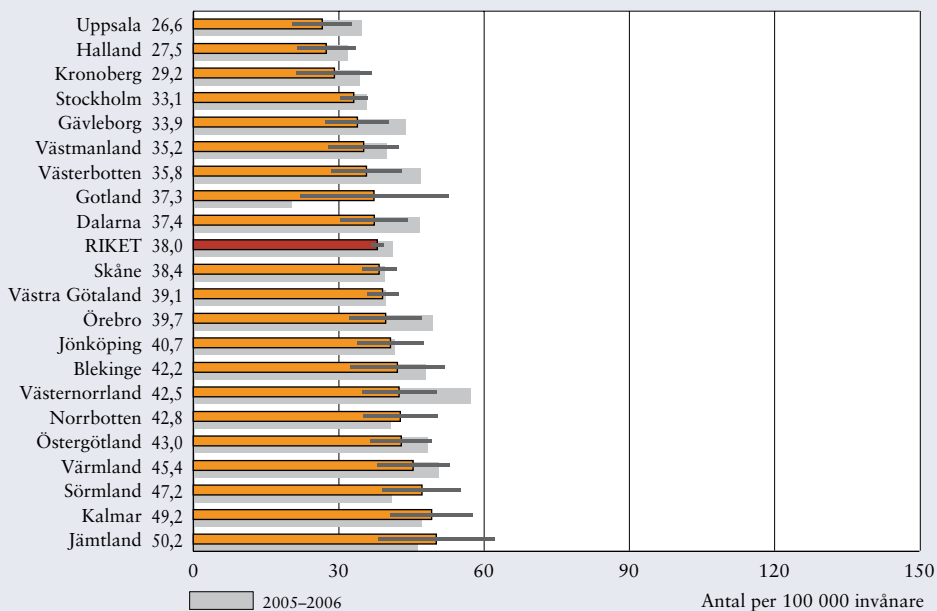


Diagram 6 Åtgärdbar dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom – dödsfall per 100 000 invånare 1–79 år, 2007–2008. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

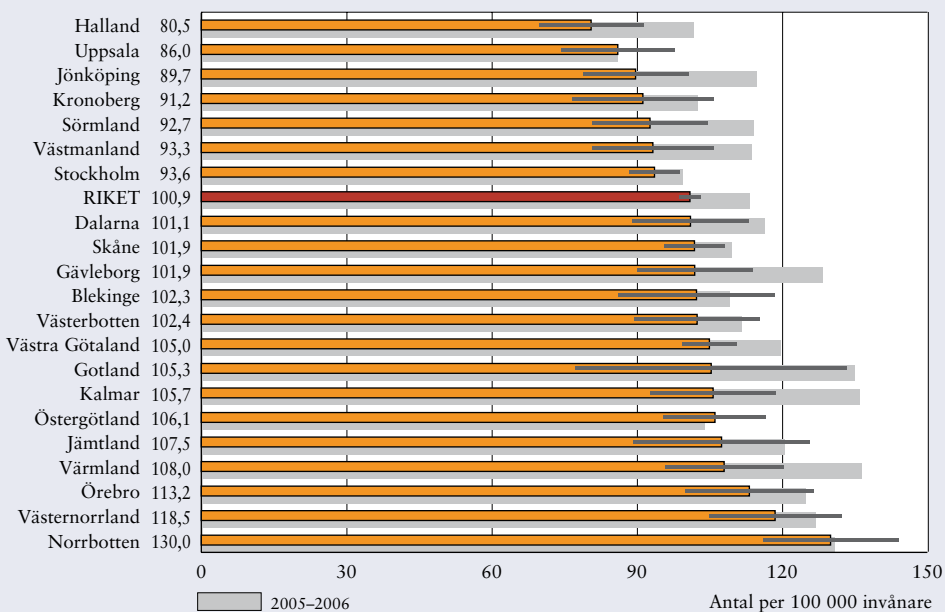


Diagram 6 Åtgärdbar dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom – dödsfall per 100 000 invånare 1–79 år, 2007–2008. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

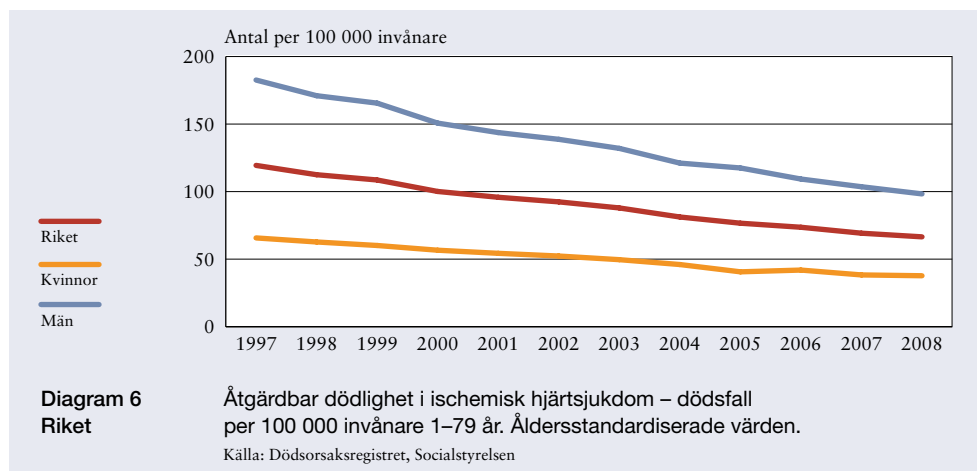


Diagram 6 visar dödligheten i ischemisk hjärtsjukdom, åldersstandardiserat per 100 000 invånare för respektive landsting och som trend för riket. I materialet ingår avlidna före 80 års ålder åren 2007–2008. Källan är Dödsorsaksregistret.

Av trenddiagrammet framgår att dödligheten i ischemisk hjärtsjukdom i åldrarna under 80 år minskat med närmare 45 procent under åren 1997–2008. Variationen mellan landstingen för åren 2007–2008 är betydande, både för kvinnor och för män, även om antalet kvinnor som dör är betydligt färre. 2008 avled 1 700 kvinnor och 4 000 män i de aktuella åldrarna i ischemisk hjärtsjukdom.

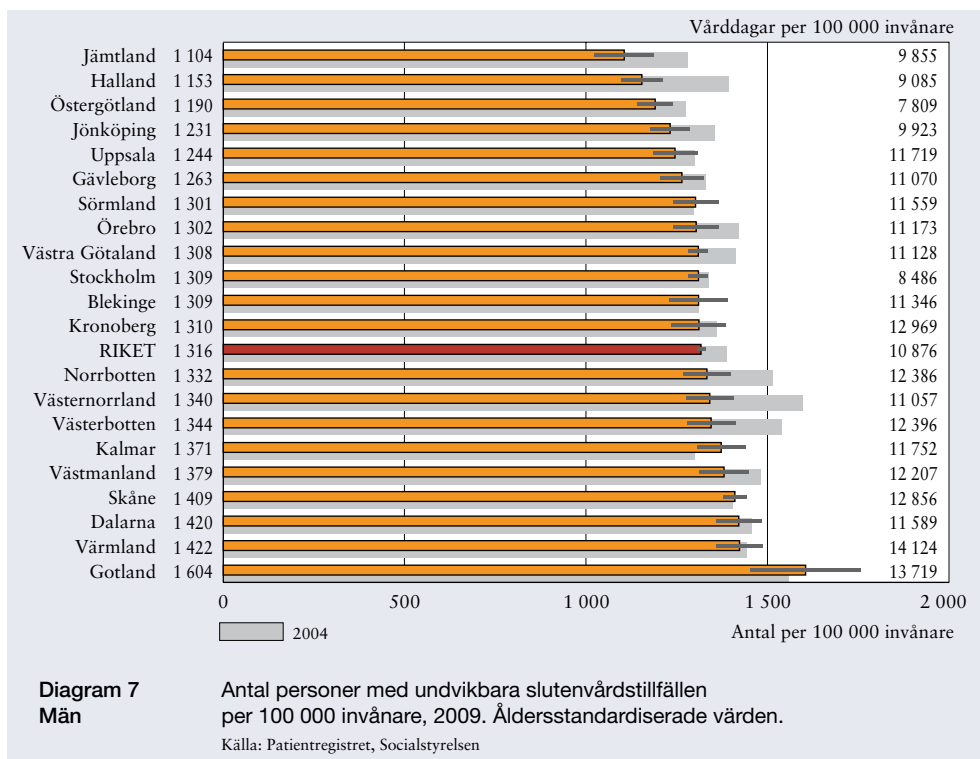
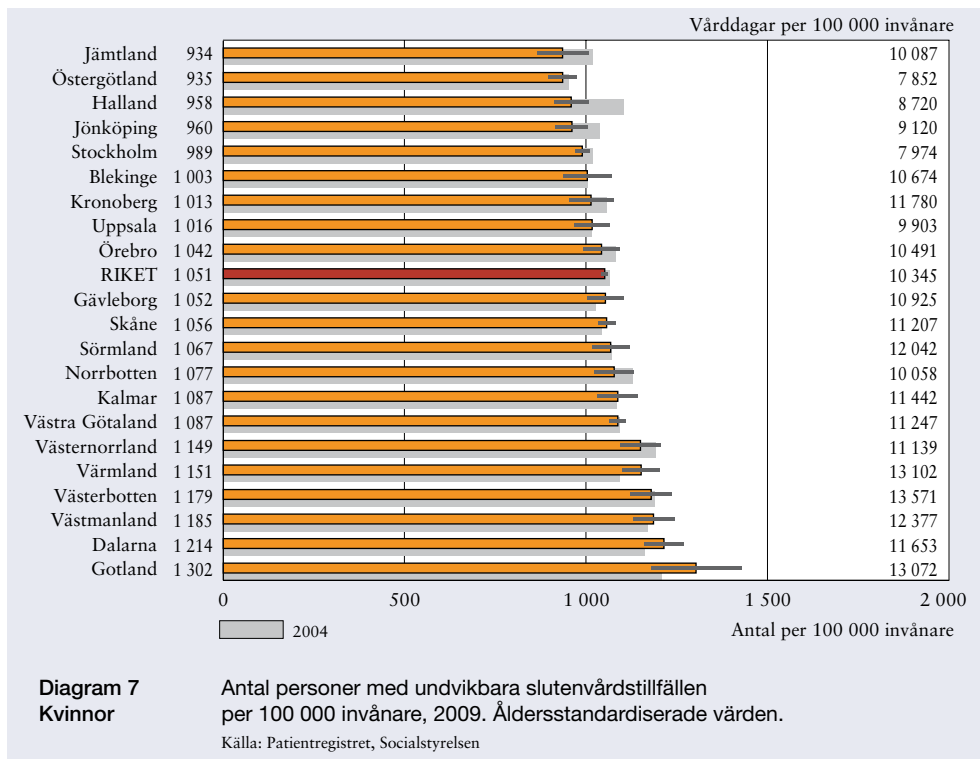
7 Undvikbar slutenvård

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 oli-



ka 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.

I diagram 7 redovisas antalet personer med undvikbara slutenvårdstillfällen per 100 000 invånare, år 2009. Det faktiska antalet personer med undvikbara slutenvårdstillfällen var drygt 110 000, något fler män än kvinnor. 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 2009 kan jämföras med motsvarande värde för 2004, som återges i en skuggad parallell stapel. Antalet undvikbara vårdtillfällen har för riket som helhet minskat något under perioden. Till skillnad från utvecklingen för män, kan ingen positiv utveckling ses hos kvinnorna.

Till höger i diagrammet anges antalet vård dagar för undvikbara vårdtillfällen per 100 000 invånare, cirka 10 300 för kvinnor och knappt 10 900 för män. I riket som helhet motsvaras detta av nästan en miljon vård dagar eller cirka 2 700 vård platser.

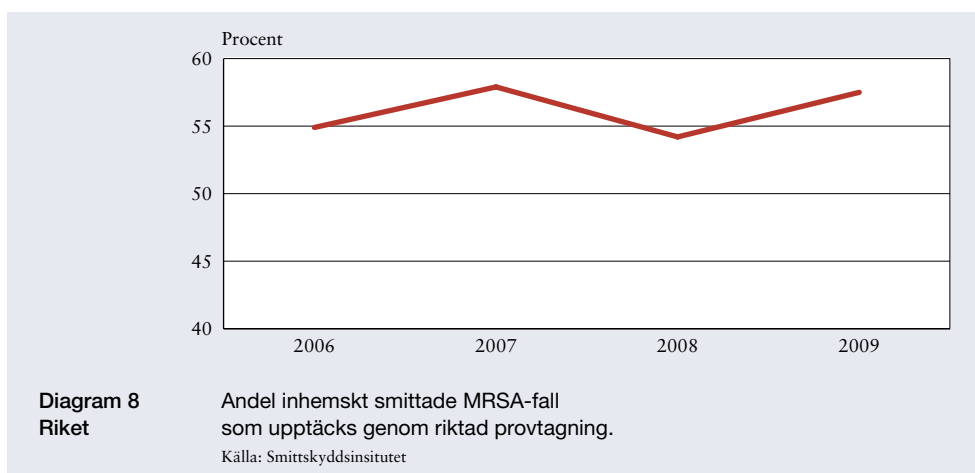
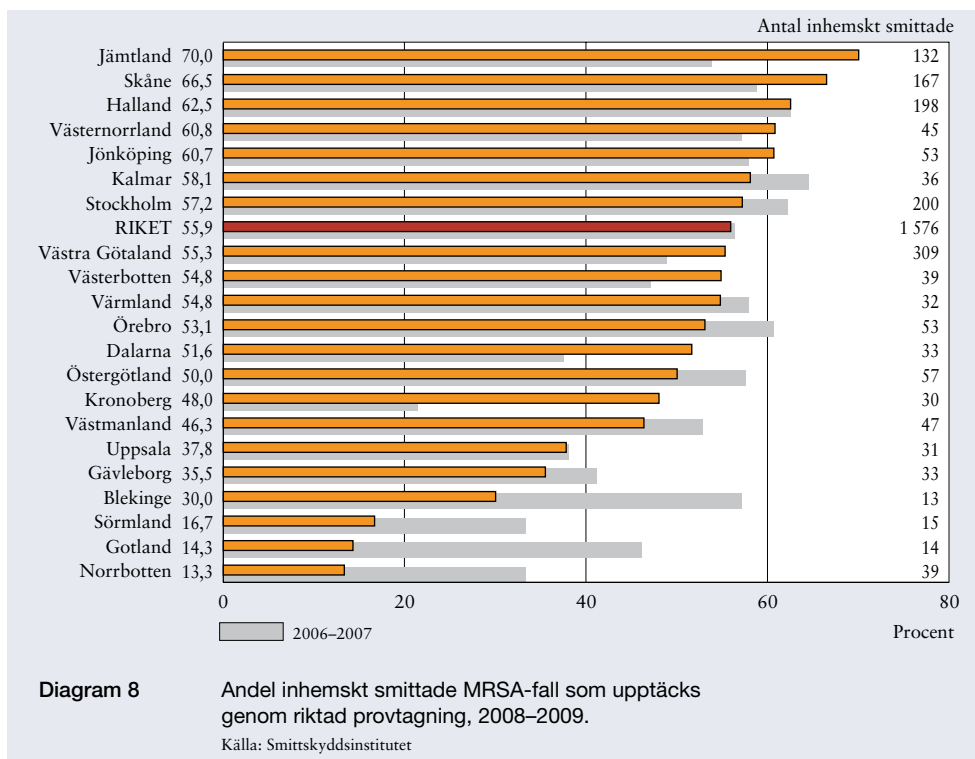
Omfattningen av undvikbar slutenvård i landstingen påverkas även av att förekomsten av vissa sjukdomstillstånd skiljer sig åt mellan olika landsting och genom att diagnosättning och registrering kan variera. Även tillgången på platser i slutenvård spelar sannolikt in. Om slutenvårdsplatserna är många,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

8 Riktad provtagning vid upptäckt av MRSA

Antibiotikaresistens är ett av de största hoten mot de medicinska landvinningarna och därigenom folkhälsan i Europa. Antibiotikaresistens är ett samlingsnamn för en rad problem där olika bakterier förändrats så att antibiotika inte längre behåller sin ursprungliga verkan. Idag är MRSA en av fyra sorters resistenta bakterier som betraktas så allvarliga att de är anmälningspliktiga enligt smittskyddslagen:

- MRSA är stafylokocker som inte längre kan behandlas med stafylokockpeniciliner. MRSA-problematiken har länge varit koncentrerad till sjukvård och i viss mån äldreomsorg men är numera vanligast ute i samhället bland personer som ej haft vårdkontakter.
- ESBL är tarmbakterier som bildar betalaktamaser med utvidgad effekt ("Extended Spectrum Beta-Lactamases") och bryter ner många av våra vanliga antibiotika som därmed blir ineffektiva.



- VRE (vancomycinresistenta enterokocker) är en grupp enterokockbakterier med resistens mot vankomycin. Förekommer framförallt vid sjukvårdsrelaterade utbrott och har ofta omfattat riskpatienter.
- PNSP är en luftvägsbakterie ("pneumokock") med nedsatt känslighet för penicillin. Förekommer främst bland barn 0–4 år.

De patienter med MRSA som insjuknar med allvarlig sjukdom, till exempel blodförgiftning, riskerar att få överksam antibiotikabehandling innan den bakteriologiska diagnostiken är klar. Detta leder i sin tur till ökad risk för komplikationer, lidande och död. När MRSA-infektionen är känd innebär det att andrahandsantibiotika med sämre effekt, högre kostnader och fler biverkningar måste användas.

Målet i Sverige är främst att hålla MRSA utanför vården. Huvudstrategierna för att undvika smittspridning är dels att få all personal inom vård och omsorg att generellt tillämpa de basala hygienrutinerna, dels att tidigt upptäcka symptomfria smittbärare genom riktad provtagning av definierade riskgrupper och genom smittspårning. Smittskyddslagen och befintliga vårdprogram ställer krav på att odling ska utföras i vissa grupper, därutöver finns en generell uppmuntran till frikostig odling vid sårinfektion som ska antibiotikabehandlas.

Under 2009 ökade antalet rapporterade fall av MRSA. Nästan hälften av MRSA-fallen hade blivit smittade i Sverige. 2008 upptäcktes 757 inhemska fall, under 2009 hade siffran ökat till 819.

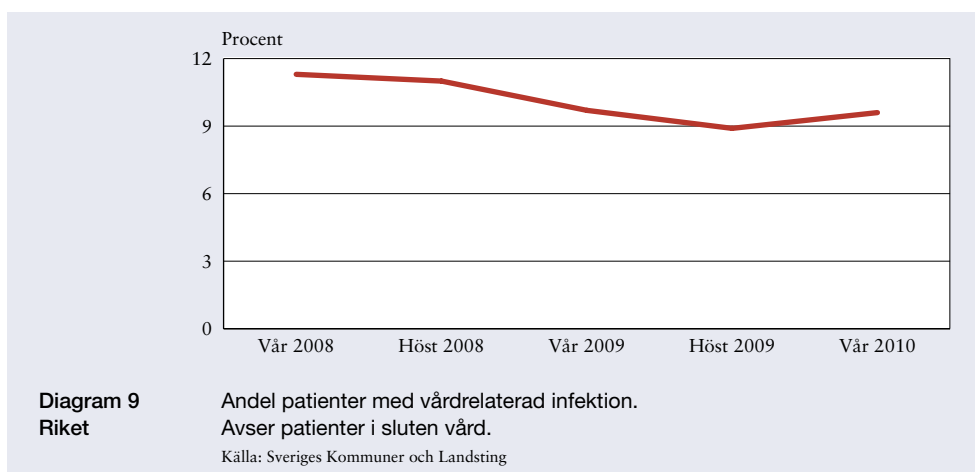
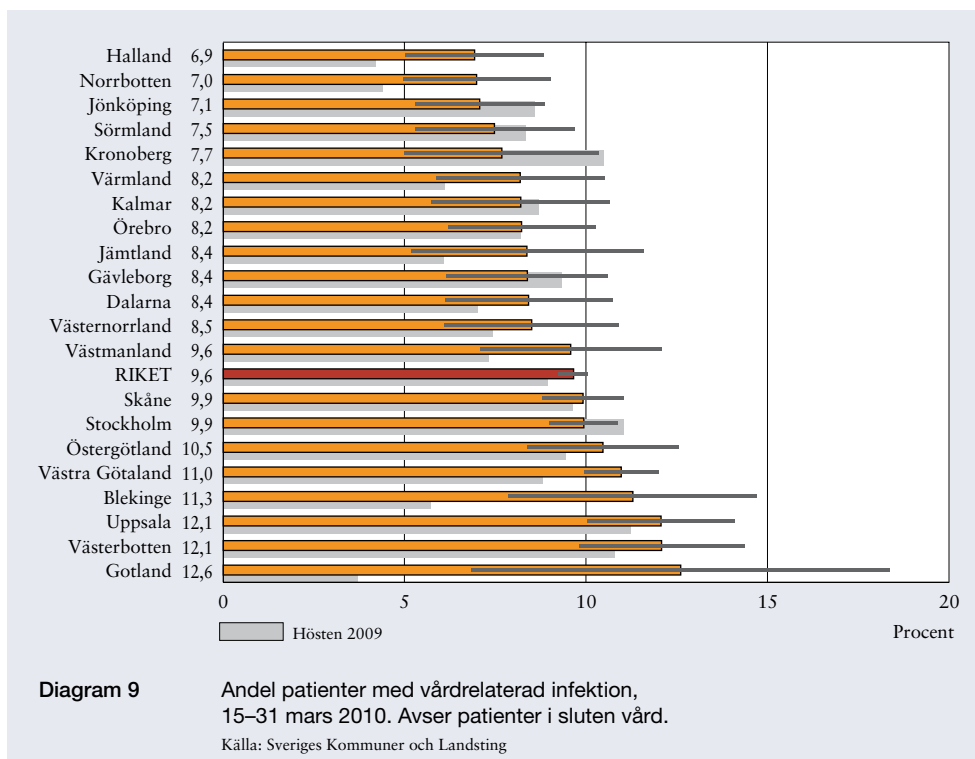
Diagram 8 visar andelen inhemskt smittade MRSA-fall som upptäcktes genom riktad provtagning under perioden 2008–2009. Riksgenomsnittet var cirka 56 procent och nivån har inte förändrats jämfört med perioden 2006–2007. Data skall tolkas försiktigt för de landsting som endast haft något/några få tiotal fall under perioden.

Uppgift om provtagningsorsaken, om patienten hade symtom eller ej, saknas primärt i cirka 8 procent av de kliniska anmälningarna. Istället samlas då uppgifterna i efterhand in av lokala vårdhygien- och smittskyddsenheter.

9 Vårdrelaterade infektioner

En vårdrelaterad infektion definieras i ett kunskapsunderlag från Socialstyrelsen som "varje infektionstillstånd som drabbar patienter till följd av sjukhusvistelse eller behandling i öppen vård, 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 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. Ett stort antal framgångsrika VRISS-projekt (VårdRelaterade Infektioner Ska Stoppas) har genomförts. Stark fokus sätts på följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler och många genomför redan observationsstudier av detta. Under hösten 2010 kommer den första nationella observationsstudien att



genomföras inom landstingen. Mätningen kommer att ske parallellt med punktprevalensmätningen av vårdrelaterade infektioner.

Indikatoren visar 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 tolknings-

underlag för varje ingående klinik och sjukhus. Mätmetoden lämpar sig inte för jämförelse mellan sjukhus eftersom patientsammansättningen kan se olika ut.

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 SKL genomför två gånger per år. Mätningen genomförs under en dag inom ett sjukhus. Samtliga sjukhus i Sverige genomför sina mätningar under en tvåveckorsperiod under 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 2010 var antalet patienter i mätningen knappt 20 500.

I diagram 9 visas resultatet från mätningen våren 2010, i jämförelse med resultatet hösten 2009. För riket totalt har förekomsten av VRI ökat något från 8,9 procent till 9,6 procent. Sedan VRI-mätningarna startade våren 2008 har fem mätningar gjorts. Totalt sett har andelen patienter med vårdrelaterad infektion sjunkit, trots ökningen mellan de två senaste mätningarna. Andelen varierar mellan landstingen från knappt 7 till drygt 12 procent. VRI är vanligare i regionsjukvård, vilket påverkar utfallen för landsting med regionsjukhus.

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.

10 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 uppstå komplikationer som även kan leda till död. Enligt WHO:s statistik dog 164 000 barn i en mässlinginfektion under 2008. De flesta av dessa barn bodde i utvecklingsländer.

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 återuppstå och fler individer att smittas. För att sjukdomen inte åter ska få fäste krävs att 90–95 procent av befolkningen är immun, antingen genom vaccination eller som en följd av genomgången naturlig infektion.

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.

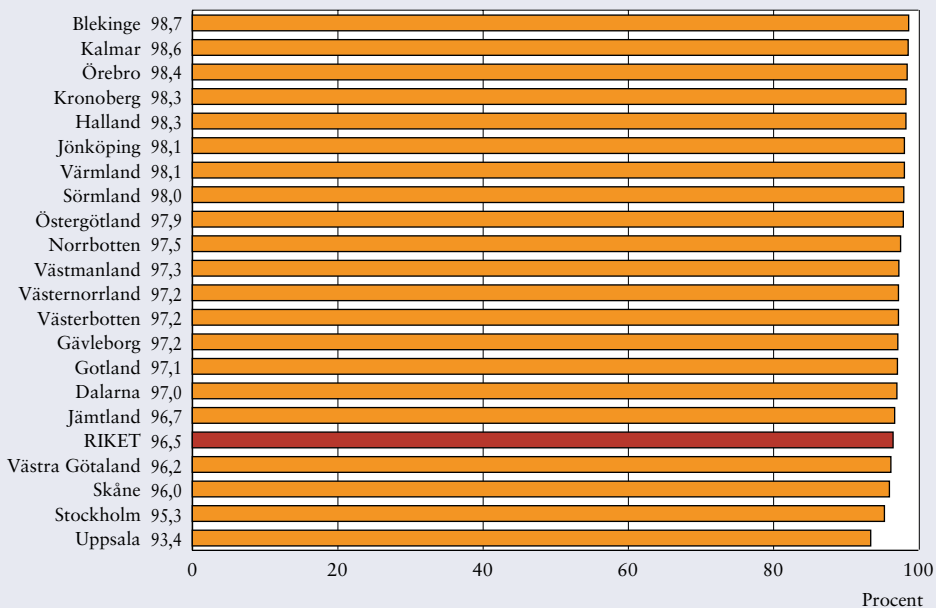


Diagram 10 Andel MPR-vaccinerade bland barn födda 2007 och inskrivna på BVC, januari 2010.
Källa: Smittskyddsinstitutet

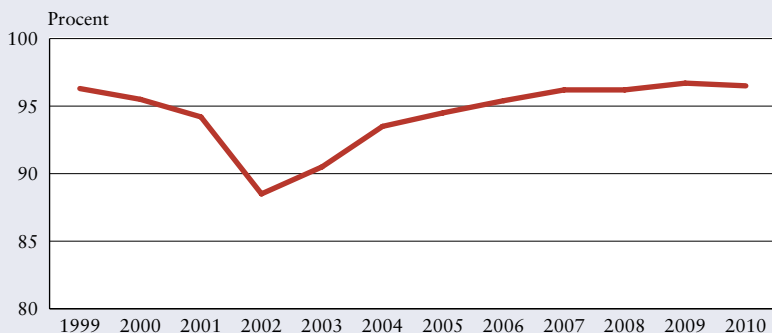


Diagram 10 Andel MPR-vaccinerade bland barn inskrivna på BVC.
Riket Källa: Smittskyddsinstitutet

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. Detta gör att den redovisade andelen vaccinerade blir något lägre i dessa båda landsting.

Sverige har internationellt sett en hög andel vaccinerade barn. I januari 2010 hade 96,5 procent av alla barn födda 2007 vaccinerats. De allra flesta landsting har en vaccinationsfrekvens runt 97–98 procent.

FÖRTROENDE OCH PATIENTERFARENHETER

Sex indikatorer redovisas under denna rubrik. 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. Båda datakällorna presenteras inledningsvis. I de nationella indikatorerna för *God vård* lyfts information, delaktighet och bemötande upp som viktiga områden för en patientfokuserad vård.

Vårdbarometern

Vårdbarometern är en undersökning som syftar till att mäta befolkningens attityder till, erfarenheter av och kunskaper om hälso- och sjukvården. Uppgifterna avser helåret 2009 och datainsamlingen detta år omfattade telefonintervjuer med drygt 45 000 slumpvis utvalda individer. Målet är att varje år intervjua minst 0,5 procent av rikets/respektive landstings befolkning. Alla landsting utom Gotland deltar. En mer omfattande redovisning av resultat från Vårdbarometern görs i en årlig rapport av Sveriges Kommuner och Landsting.

Av de tillfrågade respondenterna hade 79 procent i riket besökt vården det senaste året. Det är en ökning med 5 procentenheter jämfört med år 2008. En anledning till det kan vara pandemivaccineringen. Patienters mer specifika bedömningar av sin kontakt med sjukvården presenteras i den årliga rapporten. De tre utvalda indikatorerna nedan baserar sig på frågor ställda till befolkningen oavsett om respondenten besökt sjukvården eller inte de senaste tolv månaderna.

Vårdbarometern utvecklas från och med år 2010 till en mer renodlad befolkningsenkät. Resultaten ska ge politiker, tjänstemän och företrädare för vården en bild av hur den uppfattas av medborgarna och utifrån det stimulera till förbättring samt ge underlag för ledning och styrning. Patienterfarenheter fångas istället nu och framöver i den nationella patientenkäten.

Nationell Patientenkät – primärvård

Nationell Patientenkät genomfördes första gången 2009 i 19 landsting. 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.

Det gick ut 200 enkäter per enhet. För de enheter som inte kom upp i 200 läkarbesök under urvalsperioden, som var fyra veckor, genomfördes en totalundersökning. Resterande enkäter upp till 200 fördelades vidare till enheter med en högre patientgenomströmning, så kallad allokering.

Närmare 100 000 patienter svarade på enkäten. Svarsfrekvensen för riket var 60 procent, med en variation mellan landstingen från 56 till 65 procent. Lägst var svarsfrekvensen i Västra Götalandsregionen och högst var den i Kalmar.

I mätningen med Nationell Patientenkät inom primärvården 2009 deltog alla landsting med avtal, utom Norrbotten som aktivt går med i arbetet under 2011. Alla landsting utom Stockholm ingår i samarbetet med Nationell Patientenkät. Stockholm har dock ett eget avtal med samma leverantör och använder till stora delar samma enkät. Mätningar inom primärvården i Stockholm genomförs vid två tillfällen under ett år för att sedan slås ihop till ett resultat jämfört med Nationell Patientenkät där mätning genomförs vid ett enda tillfälle. Stockholms resultat redovisas i diagrammen i denna rapport, men är inte invägda i rikets snitt.

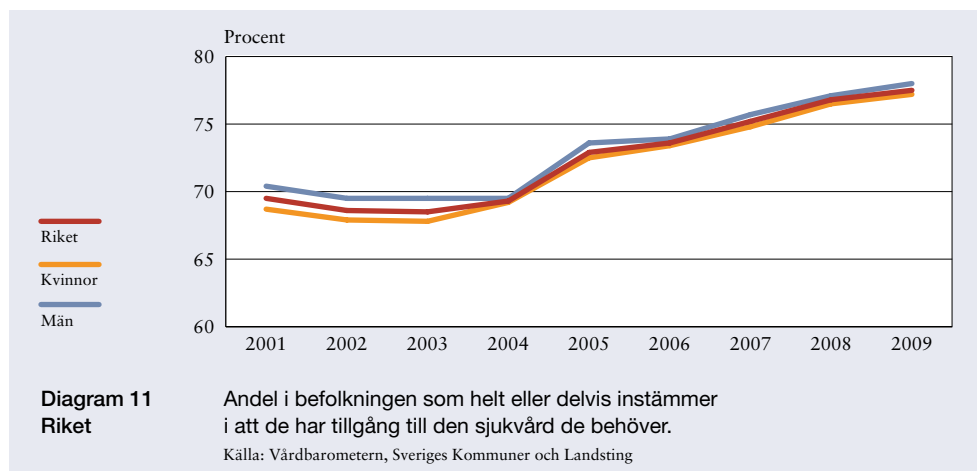
Resultaten från mätningen inom primärvården 2009 finns att tillgå på den publika webbplatsen www.indikator.org/publik och via www.skl.se/nationellpatientenkät. Här visas resultat för riket, per landsting samt ner på enhetsnivå med möjlighet att jämföra olika vårdcentraler/motsvarande. Resultaten på enhetsnivå finns även publicerade på 1177.se, Jämför vård.

De indikatorer från Nationell Patientenkät som visas i denna rapport belyser bemötande, delaktighet, information och tillgänglighet. Resultaten visas på landstingsnivå samt för riket, men inte per vårdcentral eller vårdenhetsenhet. Variationen är större på enhetsnivå, vilket i princip skulle göra en redovisning intressant. Det totala bortfallet och varierande svarsfrekvenser påverkar dock säkerheten i resultaten.

Patientupplevd kvalitet – PUK

Resultaten från Nationell Patientenkät presenteras i ett framräknat värde, Patientupplevd kvalitet, PUK. PUK-värdet är ett viktat värde för svaren på en enkätfråga. Vid framräkning av PUK-värdet tas icke aktuella svarsalternativ bort, så som "ej ifyllt" eller "ej aktuellt". Värdet beräknas genom att andelen svarande per kvarvarande svarsalternativ multipliceras med ett tal mellan 1 och 0, där positiva svar multipliceras med högre tal. Resultaten från varje svarsalternativ adderas, multipliceras med 100 och avrundas uppåt till närmaste heltal mellan 0 till 100.

Nationell Patientenkät kommer att genomföras varje år. Under 2010 görs mätningar för psykiatri och somatisk vård. Under 2010 genomför majoriteten av landstingen även en andra mätning inom primärvården, men det är först hösten 2011 som alla landsting kommer att upprepa primärvårdsmätningen.



11 Tillgång till sjukvård

I diagram 11 redovisas med Vårdbarometern som källa befolkningens uppfattning om den egna tillgången till vård, oavsett om man under det senaste året haft kontakt med sjukvården eller inte.

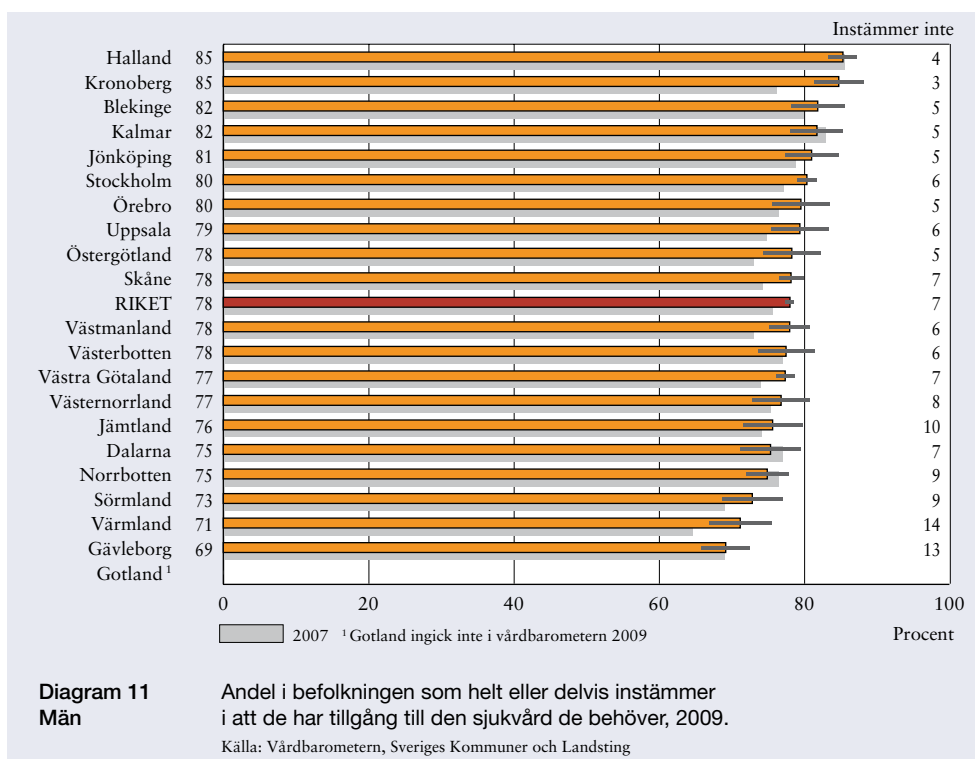
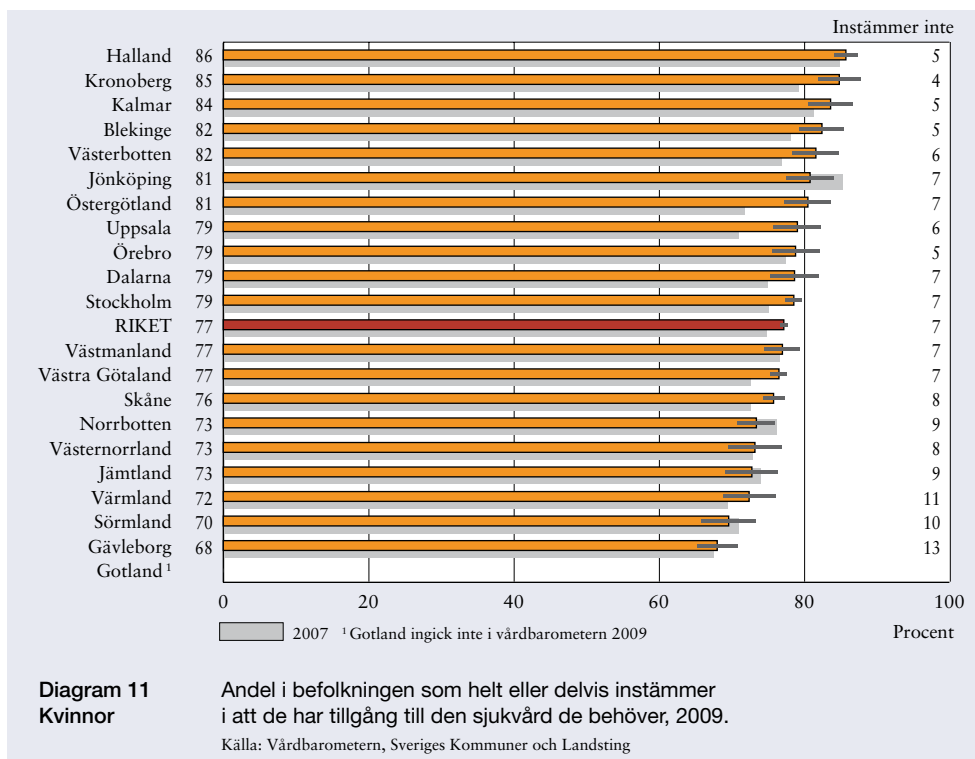
Andelen som helt eller delvis instämmer i påståendet "Jag har tillgång till den sjukvård jag behöver" är för riket 78 procent. Mellan år 2004 och 2009 har andelen ökat från 69 till 78 procent. Det är relativt stora skillnader mellan landstingen; från 69 procent i Gävleborg till 86 procent i Halland. Sju procent anser att de inte har tillgång till den vård de behöver, en minskning med fem procentenheter sedan år 2004. Andelen som inte anser att de har tillgång till den vård de behöver varierar från fyra procent i Kronoberg och Halland till 13 procent i Gävleborg.

Det finns stora skillnader mellan olika åldersgrupper. De yngre samt de äldre i befolkningen uppger i klart högre grad än de i yrkesverksam ålder att de har tillgång till den sjukvård de behöver. Några egentliga skillnader mellan män och kvinnor går inte att utläsa ur resultatet för riket.

12, 13 Förtroende för vård vid vårdcentral respektive sjukhus

Diagram 12 redovisar befolkningens allmänna förtroende för vården vid vårdcentraler eller motsvarande, i primärvården. 56 procent har mycket eller ganska stort förtroende, i riket som helhet. Andelen som har litet eller mycket litet förtroende var 12 procent. Mellan 2005 och 2009 har andelen med förtroende för vården vid vårdcentraler ökat, från 52 till 56 procent.

Variationen mellan landstingen sträcker sig från 51 till 64 procent, för män och kvinnor sammantaget. Förtroendet för vården vid vårdcentral, jämfört med tidigare mätperiod, har ökat i framförallt Kronoberg. I några av landstingen har förtroendet minskat mot året innan, som till exempel i Västernorrland och Blekinge. För riket



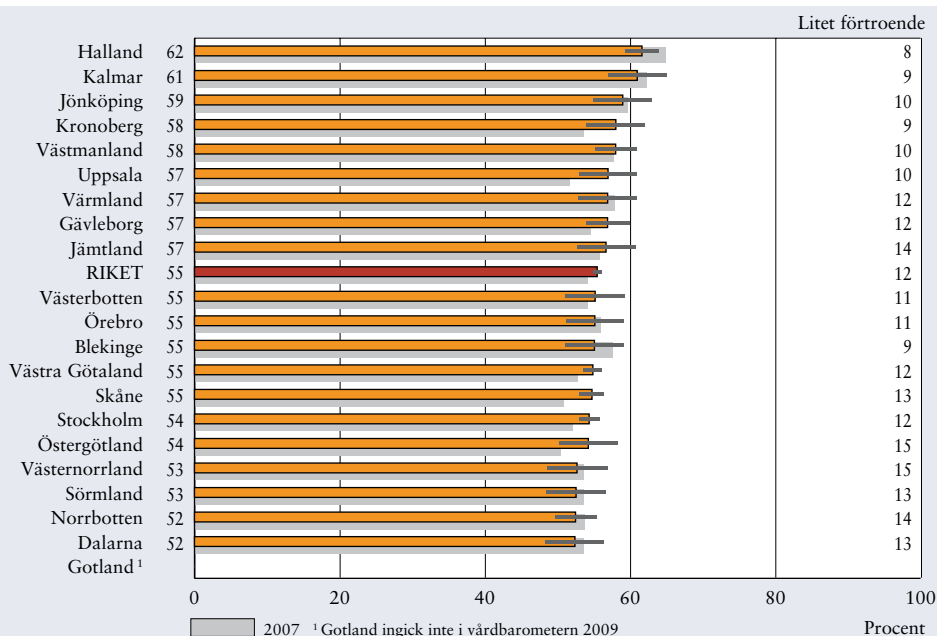


Diagram 12
Kvinnor

Andel i befolkningen som har stort eller mycket stort förtroende för vården vid vårdcentraler/motsvarande, 2009.

Källa: Vårdbarometern, Sveriges Kommuner och Landsting

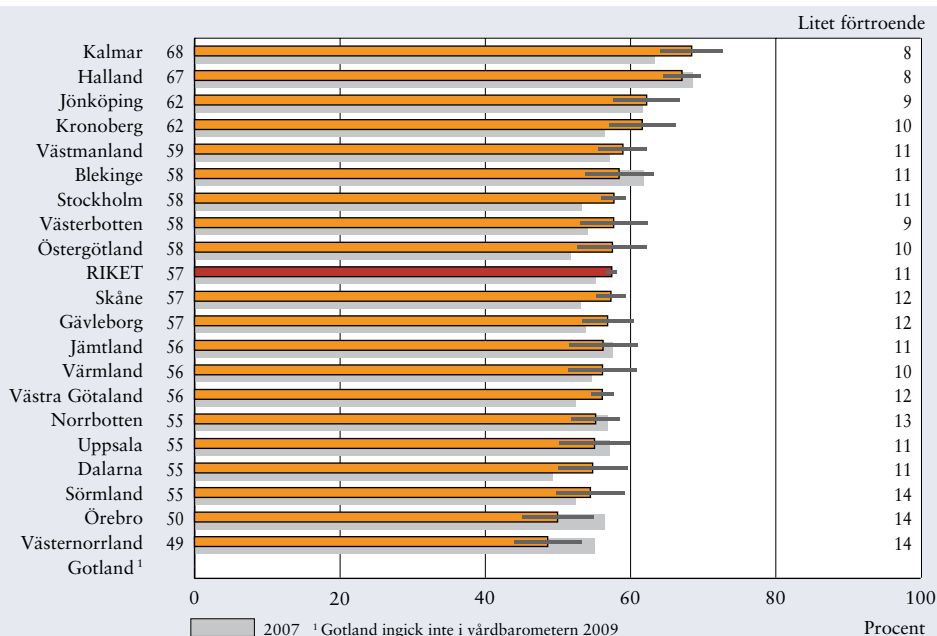
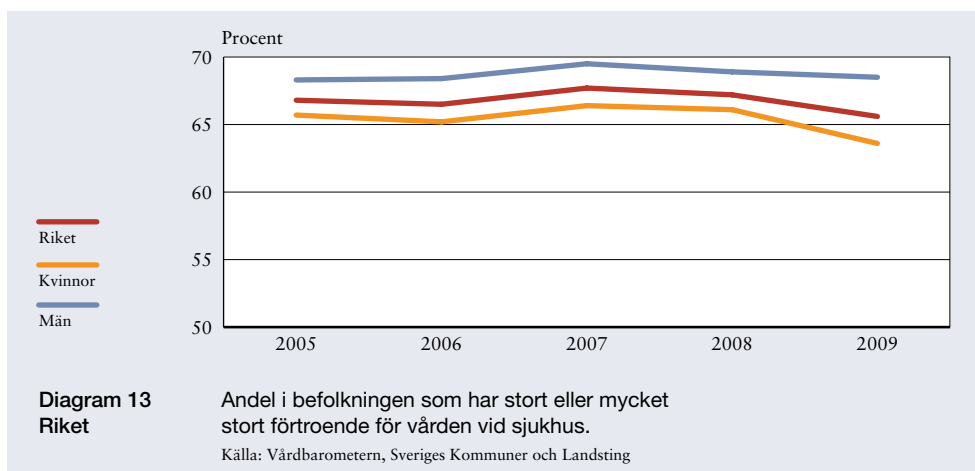
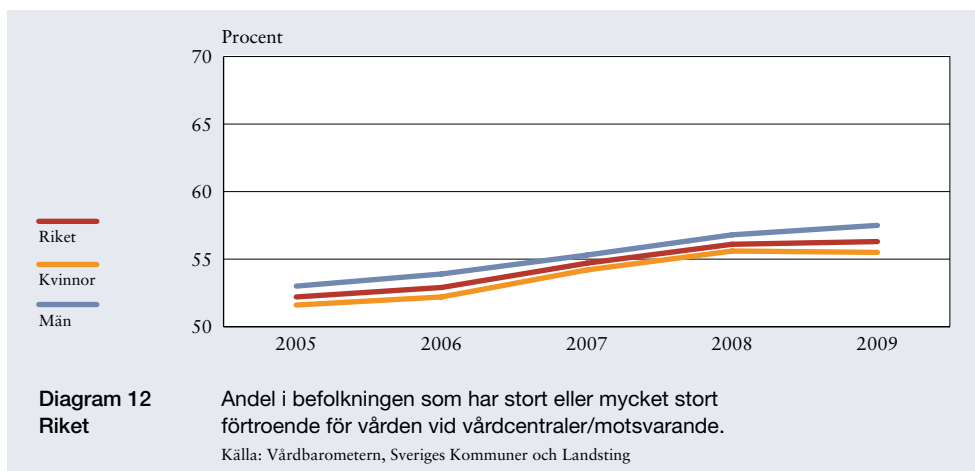


Diagram 12
Män

Andel i befolkningen som har stort eller mycket stort förtroende för vården vid vårdcentraler/motsvarande, 2009.

Källa: Vårdbarometern, Sveriges Kommuner och Landsting



och i flertalet av landstingen har män högre förtroende för vården vid vårdcentral jämfört med kvinnorna.

Frågan om befolkningens förtroende ställs även avseende vården vid sjukhus, diagram 13. Resultatet är mer positivt än för primärvården. 66 procent har stort eller mycket stort förtroende för vården vid sjukhus. I befolkningen är det sex procent som har ett litet förtroende.

Skillnaderna mellan landstingen är stora. I Örebro är det 74 procent som har stort eller mycket stort förtroende för vården vid sjukhus jämfört med 59 procent i Gävleborg. Jämfört med föregående år har förtroendet sjunkit påtagligt i Västernorrland. I Värmland har förtroendet ökat med 5 procentenheter sedan föregående år.

En högre andel bland män än bland kvinnor har förtroende för vården vid sjukhus. I riket skiljer det fem procentenheter, 69 procent av männen har ett stort eller mycket stort förtroende för vården vid sjukhus jämfört med 64 procent av kvin-

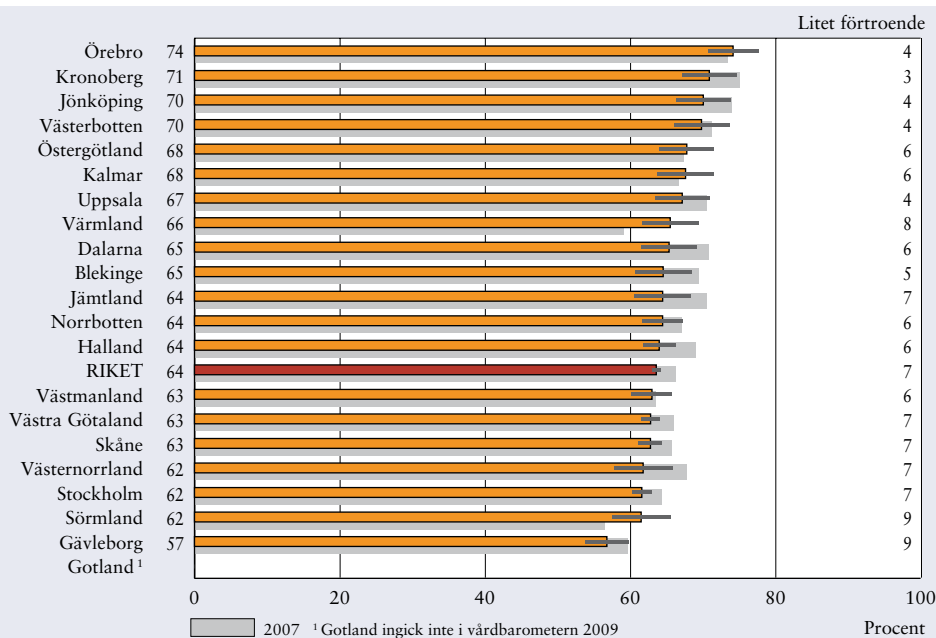


Diagram 13
Kvinnor

Andel i befolkningen som har stort eller mycket stort förtroende för vården vid sjukhus, 2009

Källa: Vårdbarometern, Sveriges Kommuner och Landsting

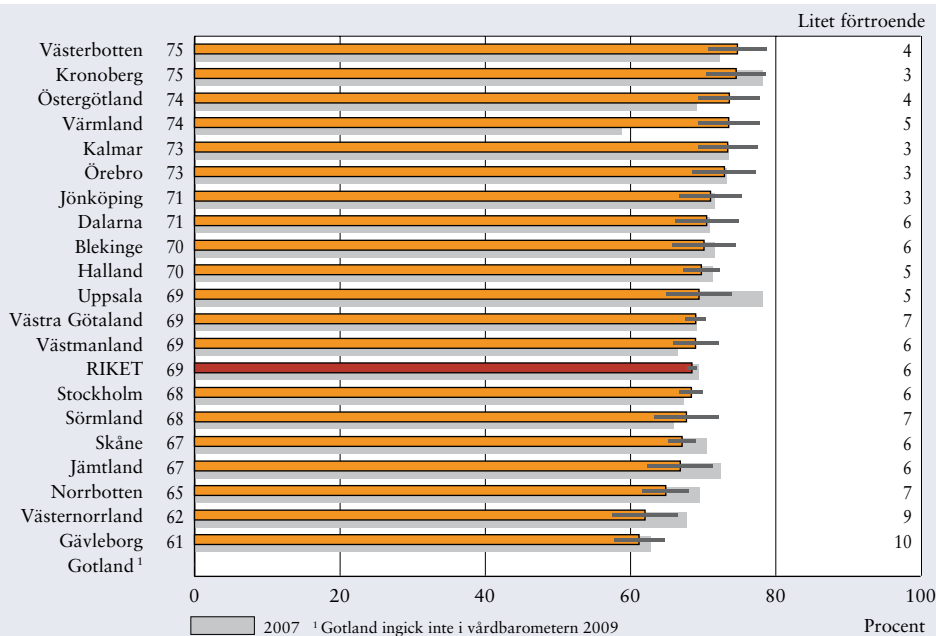


Diagram 13
Män

Andel i befolkningen som har stort eller mycket stort förtroende för vården vid sjukhus, 2009

Källa: Vårdbarometern, Sveriges Kommuner och Landsting

norna. Störst skillnad är det i Värmland, där det skiljer åtta procentenheter mellan männens och kvinnornas förtroende.

Genomgående har de som besökt respektive vårdform större förtroende för den vårdformen än de som inte gjort något besök det senaste året.

14 Bemötande vid besök i primärvård

Den av frågorna i den nationella patientenkäten som speglar bemötande lyder "Kände du att du blev bemött med respekt och på ett hänsynsfullt sätt?".

I diagram 14 redovisas resultatet för patienters upplevelse av bemötandet i primärvården inom respektive landsting. Bemötande är en av de indikatorer där patienter generellt sett i hela landet har gett det mest positiva omdömet. Skillnaderna mellan landstingen är små. Värdena för patientupplevd kvalitet (PUK) varierar från 85 till 92 för kvinnor och från 88 till 93 för män. Män uppger således i något högre grad än kvinnor att de fått ett hänsynsfullt och respektfullt bemötande, men skillnaden är marginell.

Uttryckt som procentandel som svarar "Ja, helt och hållet" på frågan om de upplevde att de blev bemötta med hänsyn och respekt är skillnaden mellan högsta och lägsta värdet nio procentenheter. Kalmar och Halland hade högst värde, 85 procent och Sörmland lägst, 76 procent.

15 Information vid besök i primärvård

I diagram 15 redovisas svaret på frågan om respondenterna tyckte att de fick tillräcklig information om sitt tillstånd. Värdet för patientupplevd kvalitet är i riket 77 för kvinnor, med en variation från 73 till 81, således en större variation än för bemötande. PUK-värdet för män var något högre, 80, med en variation från 74 till 84.

För enskilda svarsalternativ, som inte återges i diagrammet, kan anges att i riket var det 7 procent som ansåg att de inte fick tillräcklig med information, medan 9 procent inte ansåg att de behövde någon. I Halland var det 62 procent som ansåg att de fått den information de behövde, jämfört med 53 procent i Sörmland.

Färre kvinnor än män anger att de fått tillräcklig information om sitt tillstånd. 55 procent av kvinnorna anger att det helt och hållet fått den information de tyckte att de behövde jämfört med 60 procent av männen. Det var dock en högre andel bland kvinnorna som angav att de inte behövde någon information.

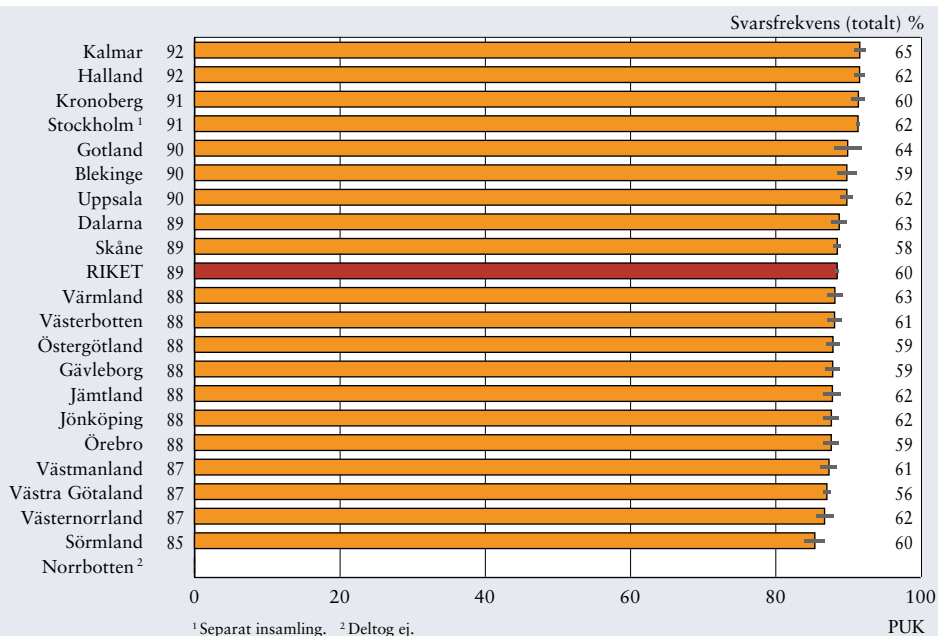


Diagram 14
Kvinnor

"Kände du att du blev bemött med respekt och på ett hänsynsfullt sätt?"
Värde för patientupplevd kvalitet i primärvård, september 2009.

Källa: Nationell Patientenkät, Sveriges Kommuner och Landsting

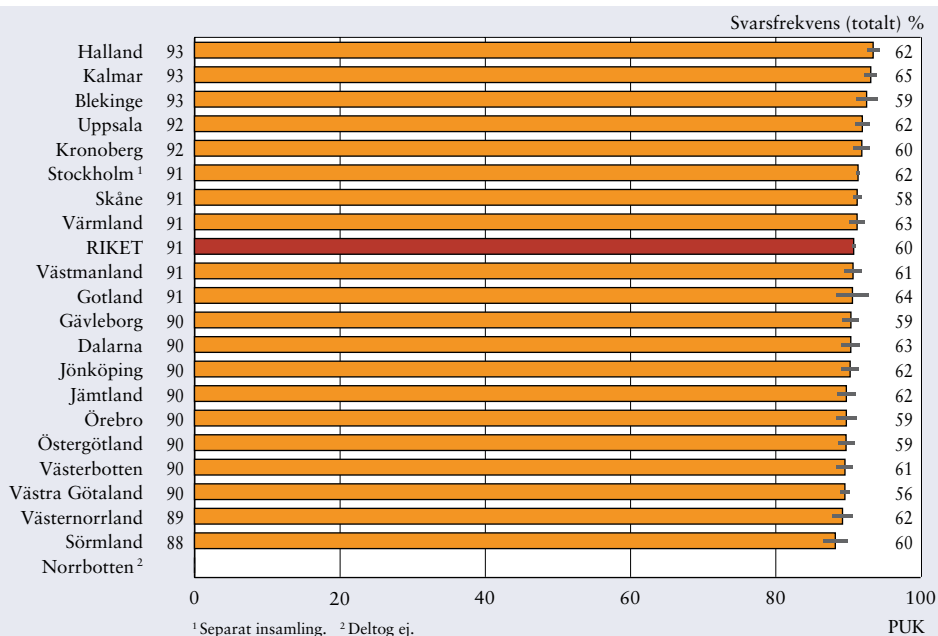
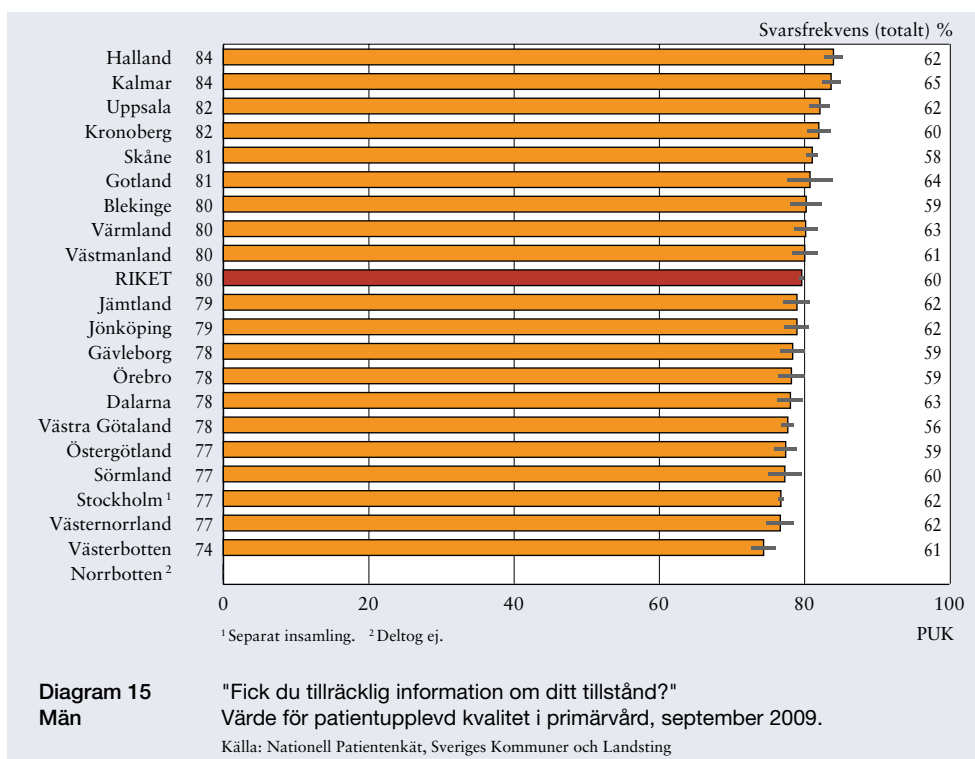
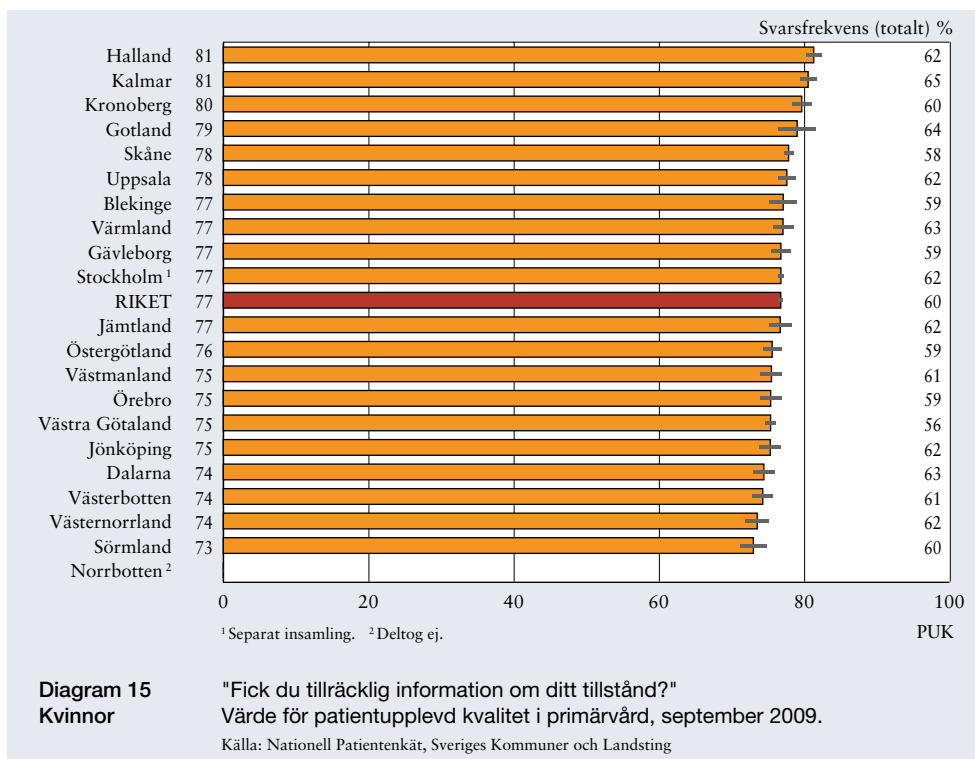


Diagram 14
Män

"Kände du att du blev bemött med respekt och på ett hänsynsfullt sätt?"
Värde för patientupplevd kvalitet i primärvård, september 2009.

Källa: Nationell Patientenkät, Sveriges Kommuner och Landsting



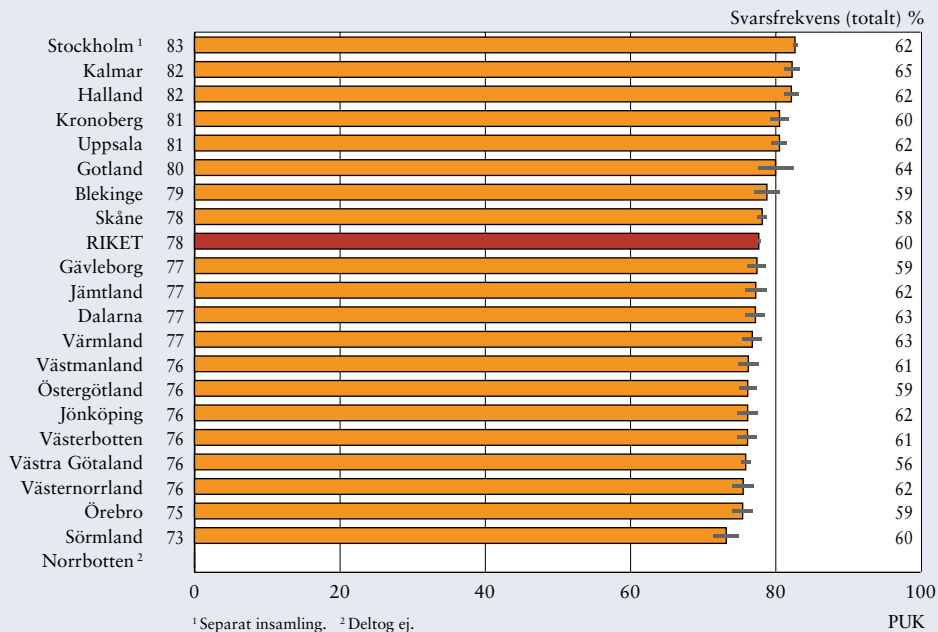


Diagram 16
Kvinnor

"Kände du dig delaktig i beslut om din vård och behandling, så mycket som du önskade?" Värde för patientupplevd kvalitet i primärvård, september 2009.

Källa: Nationell Patientenkät, Sveriges Kommuner och Landsting

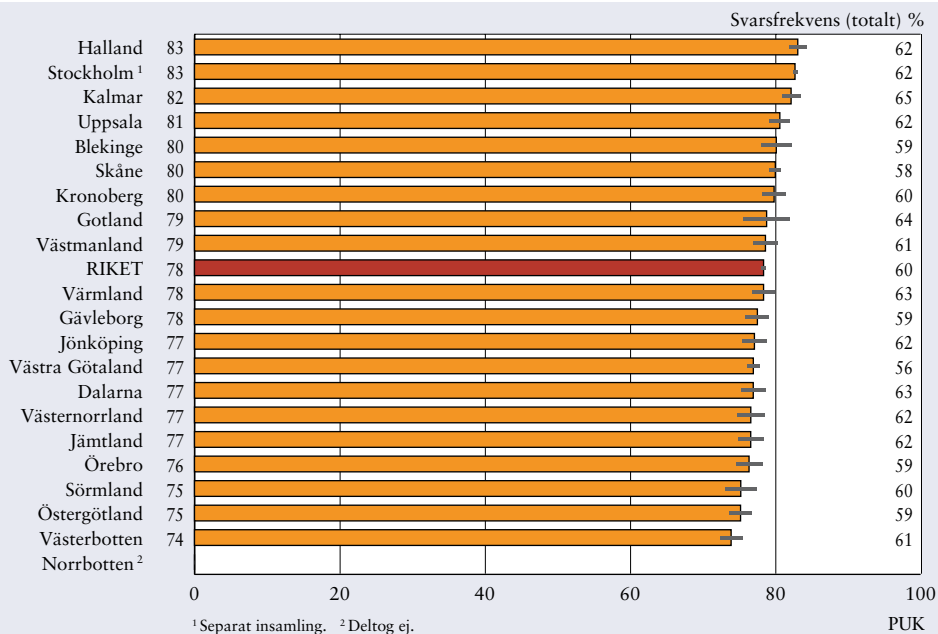


Diagram 16
Män

"Kände du dig delaktig i beslut om din vård och behandling, så mycket som du önskade?" Värde för patientupplevd kvalitet i primärvård, september 2009.

Källa: Nationell Patientenkät, Sveriges Kommuner och Landsting

16 Delaktighet vid besök i primärvård

I diagram 16 redovisas resultatet för patienters upplevelse av delaktighet vid läkarbesök på vårdcentral/motsvarande. PUK-värdet för kvinnor är i riket 78, med en variation mellan landstingen från 73 till 83. Det finns inga könsskillnader att peka på, utan PUK-värdet för männen är samma som för kvinnorna, i riket som helhet.

I riket var det 62 procent som helt och hållet instämde i att de varit delaktiga i beslut om vård och behandling i den utsträckning de önskat.

Av denna indikator, liksom av de två övriga indikatorerna som redovisats ovan, framgår att skillnaderna mellan landstingen är måttliga eller små, sett till det samlade PUK-värdet. En mera finfördelad redovisning på olika svarsalternativ kan ge en delvis annorlunda bild, men framförallt är det på vårdenhets- och vårdcentralsnivå som en större variation kan spåras.

TILLGÄNGLIGHET

Indikatorområdet *Tillgänglighet* avser tidsrelaterad tillgänglighet. Tre av de sex indikatorerna som redovisas är relaterade till den nationella vårdgarantin, som gäller all planerad vård. Vårdgarantin reglerar *inte* om vård ska ges eller vilken vård som kan komma i fråga. Garantin reglerar *endast* 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.

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 (90). En beslutad behandling ska erbjudas inom ytterligare högst 90 dagar efter beslutsdatum(90).

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. Ett exempel är att det finns mycket som tyder på att de medicinska indikationerna, det vill säga kriterierna för att utföra en viss behandling eller åtgärd, varierar avsevärt inom landet. Detta medför att en del patienter uppsatta på väntelistan i ett landsting kanske inte alltid skulle vara aktuella för denna åtgärd i ett annat landsting.

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. Svarsfrekvensen har under 2010 varit mycket bra, med undantag av för sommarmånaderna juni och juli vilket dock inte påverkar de resultat som här visas.

Av de sex indikatorer som presenteras i detta avsnitt avser fyra primärvårdens faktiska tillgänglighet eller patienternas värdering av tillgänglighet i primärvården och till sjukvårdsrådgivning, då med Vårdbarometern och Nationell Patientenkät som källa. De två övriga avser besök och behandlingar inom den planerade specialiserade vården. Uppgifterna om tid till besök avser läget den 31 mars 2010 för den specialiserade vården och för primärvården läget vid mätperioden 15–26 mars 2010.

17 Läkarbesök inom sju dagar i primärvård

Väntetider till allmänläkarbesök mäts två gånger per år, mars och oktober. Uppgifterna rapporteras i ett webbaserat system som Sveriges Kommuner och Landsting tillhandahåller. Redovisningen här bygger på uppgifter från den senaste mätningen, som genomfördes den 15 mars–26 mars 2010. Mätningen genomförs under två helgfria veckor.

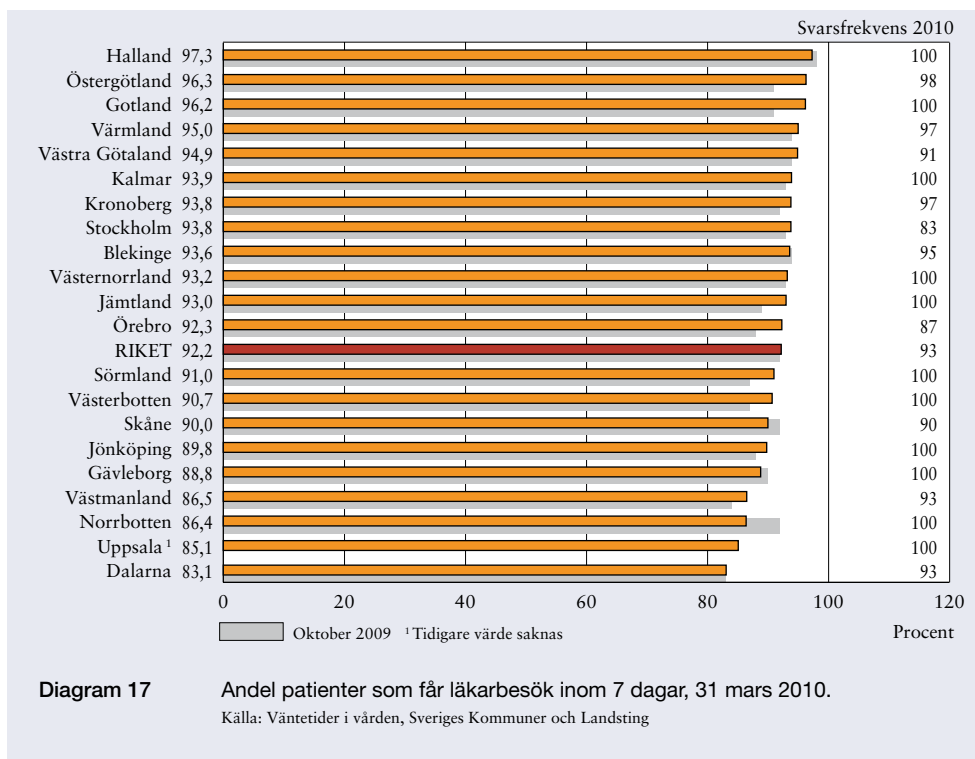
Alla vårdcentraler eller motsvarande förväntas rapportera uppgifter. Totalt deltog 958 vårdcentraler och privata allmänläkare med vårdavtal i mätningen. 83 vårdcentraler deltog inte. Detta gav en svarsfrekvens på 93 procent. Elva landsting hade 100 procents svarsfrekvens. Två landsting hade svarsfrekvens under 90 procent. Uppgifter redovisas på vårdcentralsnivå på www.vantetider.se

Sammanlagt rapporterades över 260 000 besök som omfattas av vårdgarantin. Läkarbesök för hälsointyg eller för kontroll/uppföljning ingår inte. Vid rapportering av väntetider kan vårdcentralen ange om patienten själv valt en tid som ligger längre fram i tiden än 7 dagar i de fall där patienten initialt erbjudits detta. Denna väntetid kallas "patientvald väntetid" och är exkluderad i redovisningen.

I diagram 17 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 i genomsnitt fick 92 procent av de patienter som omfattas av vårdgarantin träffa en läkare inom föreskriven tid. För landstingen varierar andelen mellan 83 och 97 procent. Ingen förändring för riket kan noteras jämfört med oktober 2009.

I Nationell Patientenkät för primärvård ställs frågan *Hur länge fick du vänta på ditt besök?* I riket är det 17 procent som anger att de fick vänta mer än 7 dagar, medan data från väntetidsuppföljningen således anger att bara 8 procent av patienterna väntade längre än 7 dagar. Diskrepansen mellan vårdgivarnas egen rapportering och



patientens bild kan bero på att mätningarna avser olika tidsperioder, att några patienter angivits haft patientvald väntan eller på att svarsfrekvensen i enkäten var 60 procent, medan väntetidsrapporteringen är en totalundersökning.

18 Uppfattning om väntetid vid besök i primärvård

I diagram 18 redovisas hur respondenterna i Nationell Patientenkät upplevde tillgängligheten till sitt besök på vårdcentralen eller motsvarande. Resultatet på frågan *Vad anser du om tiden du fick vänta?* är för riket ett värde för patientupplevd kvalitet (PUK) på 81 för kvinnor och 80 för män. Variationen mellan landsting är måttlig, drygt tio enheter för både kvinnor och män.

Det finns en viss överensstämmelse mellan dessa resultat och med resultaten från uppföljning av väntetiderna i primärvården. De landsting som har hög andel som får läkarbesök inom sju dagar har i flera fall även ett högt PUK-värde i denna redovisning.

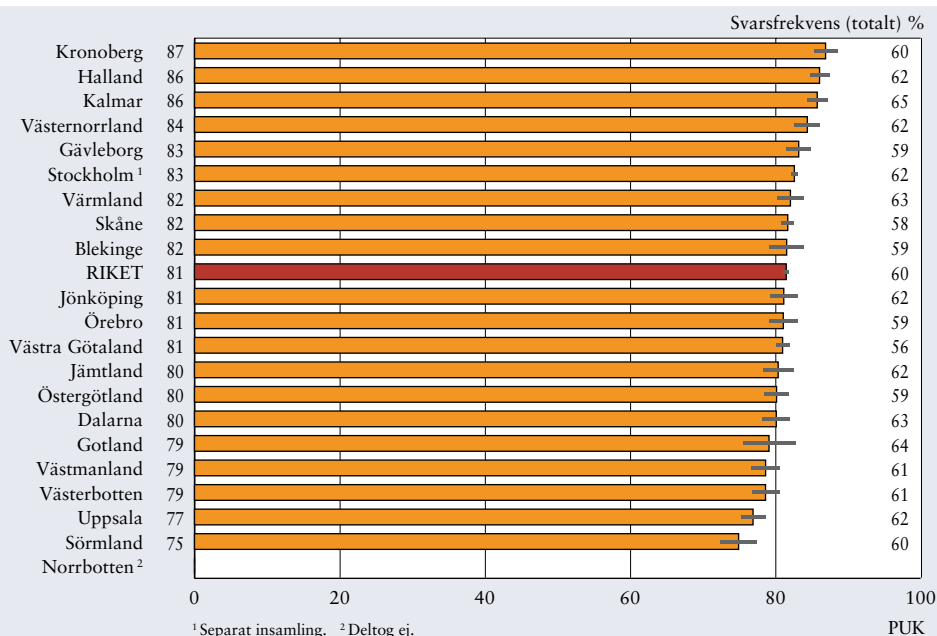


Diagram 18
Kvinnor

"Vad anser du om tiden du fick vänta?" Värde för patientupplevd kvalitet i primärvården, september 2009.

Källa: Nationell Patientenkät, Sveriges Kommuner och Landsting

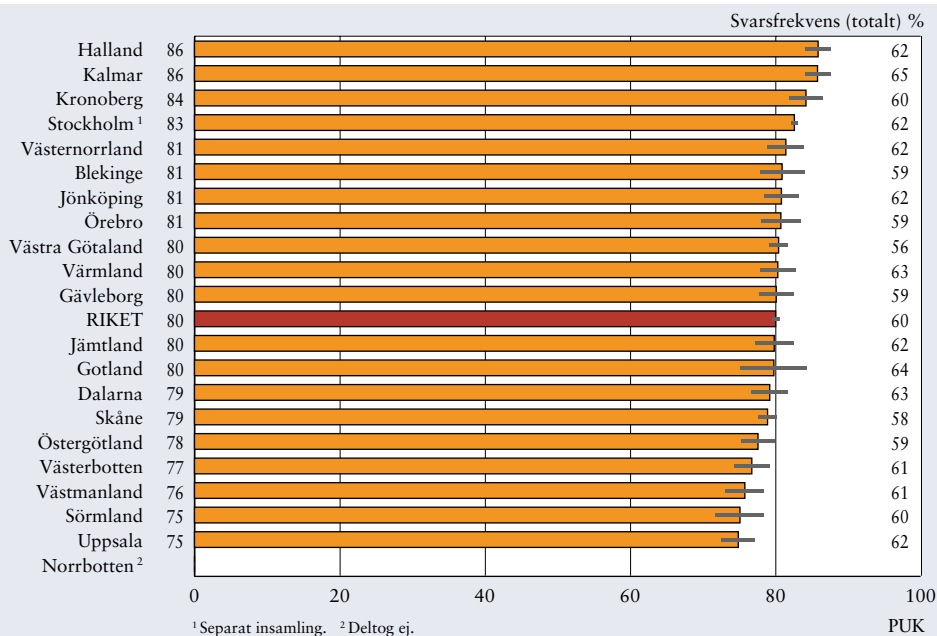
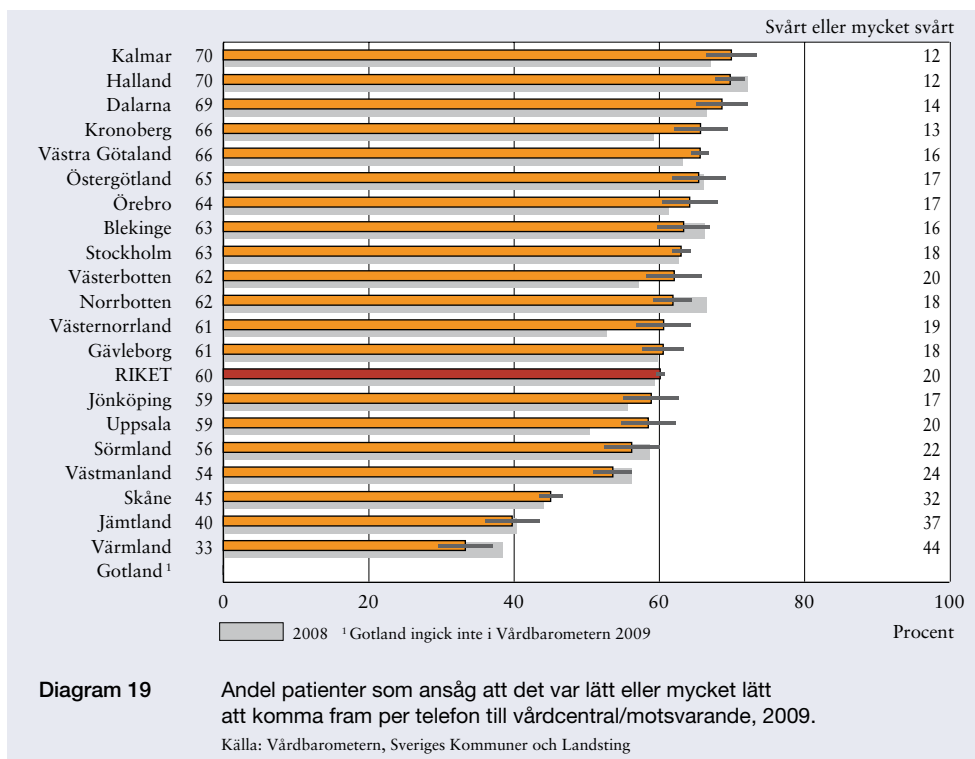


Diagram 18
Män

"Vad anser du om tiden du fick vänta?" Värde för patientupplevd kvalitet i primärvården, september 2009.

Källa: Nationell Patientenkät, Sveriges Kommuner och Landsting



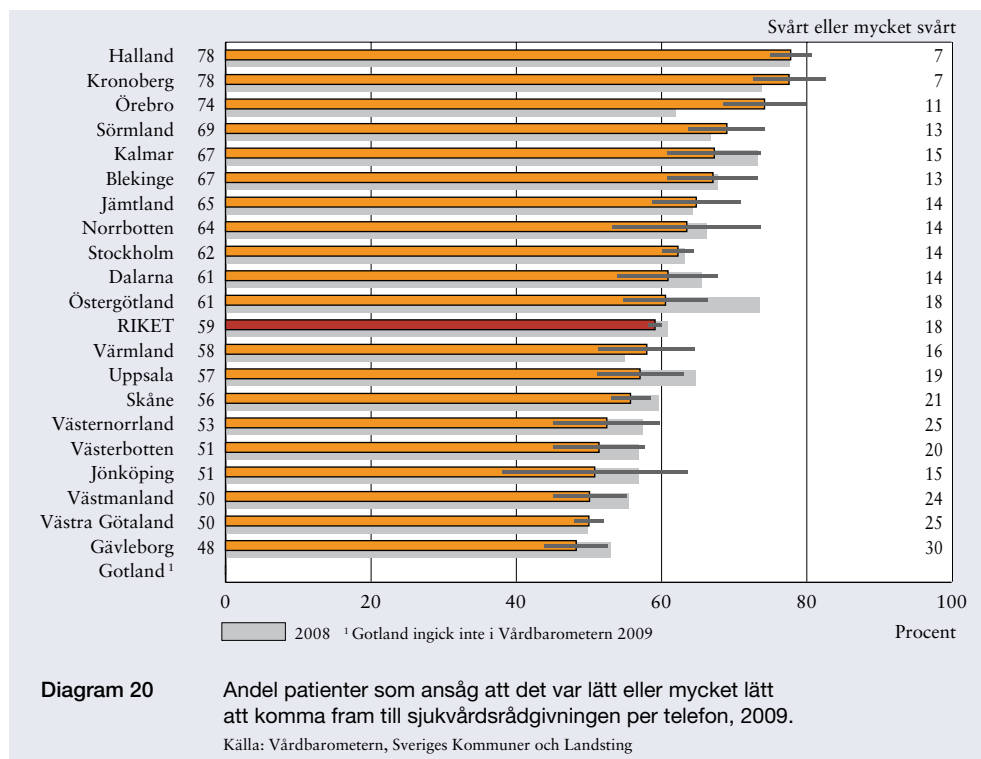
19 Vårdcentralers tillgänglighet per telefon

Vårdbarometern har frågor om telefontillgänglighet, som är en viktig del av vårdens tillgänglighet. Telefonkontakt är oftast första ledet i en vårdkontakt. Den faktiska tillgängligheten per telefon mäts kontinuerligt och har förbättrats markant under de senaste åren. Förbättringarna kan delvis bero på införande av olika elektroniska svars- och återuppringningssystem.

64 procent av rikets befolkning har ringt till vårdcentral eller motsvarande under senaste året. Andelen i de olika landstingen är ungefär densamma. Trots förbättringar av telefontillgängligheten är det många som upplever att det fortfarande är svårt att komma fram på telefon till vårdcentral eller motsvarande.

I diagram 19 redovisas hur stor andel som ansåg att det var lätt eller mycket lätt att komma fram till vårdcentral. I riket var andelen 60 procent 2009, men det är stora skillnader mellan landstingen. Mellan högsta och lägsta värde är skillnaden hela 37 procentenheter, från 33 procent i Värmland till 70 procent i Kalmar. Skillnaderna har ökat, jämfört med året innan. Variationen tyder på att det finns en stor förbättringspotential på detta område.

I riket är det 20 procent som upplever att det är svårt eller mycket svårt att komma fram på telefon till vårdcentral/motsvarande. I Värmland är den siffran hela 44 procent, vilket är en försämring med 6 procentenheter från föregående år.



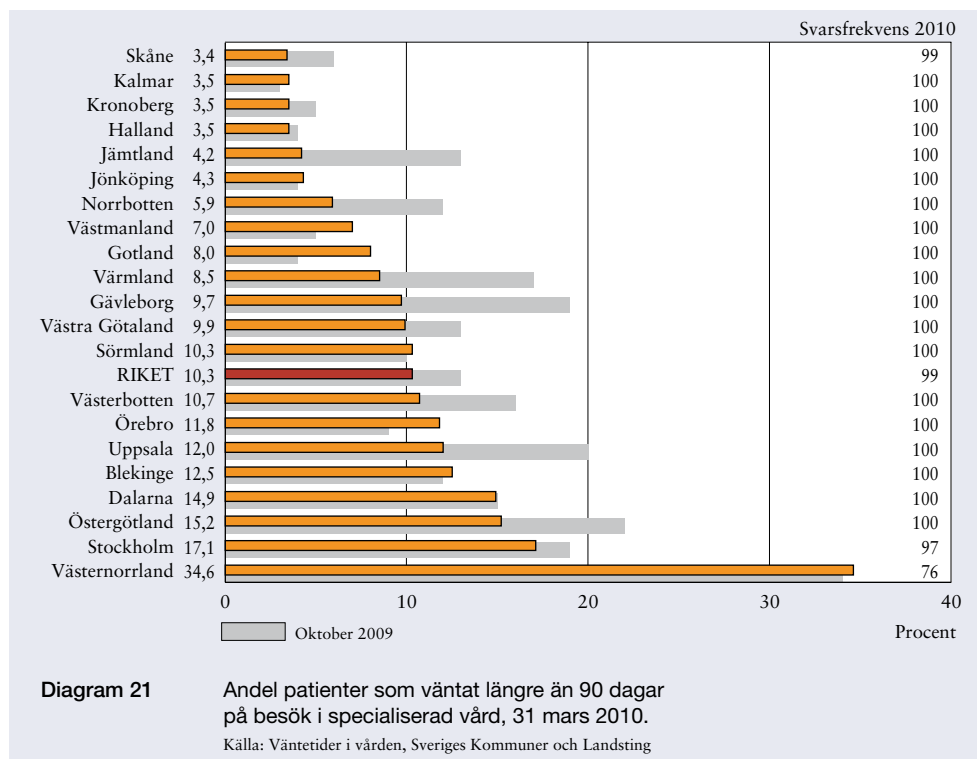
Könsuppdelad statistik visas inte för denna indikator på grund av att det är få respondenter på landstingsnivå. Frågan om telefontillgänglighet till vårdcentral samt till sjukvårdsupplysningen omformulerades i 2008 års frågeformulär i Vårdbarometern. Jämförelser längre bakåt i tiden än ett år blir därför inte helt korrekta.

20 Sjukvårdsrådgivningens tillgänglighet per telefon

22 procent av befolkningen har enligt Vårdbarometern ringt sjukvårdsrådgivningen, 1177 eller motsvarande telefonrådgivning under det senaste året. Av diagrammet framgår att i riket tyckte 59 procent att det var lätt eller mycket lätt att komma fram.

Det finns stora skillnader mellan landstingen, med en spridning från 48 procent som tyckte det var lätt eller mycket lätt att komma fram till sjukvårdsrådgivningen i Gävleborg, till 78 procent i Halland och Kronoberg. Skillnaderna kan delvis förklaras av tillgång till, kännedom om och organisation kring funktionen sjukvårdsrådgivning.

Könsuppdelad statistik visas inte för denna indikator på grund av att det är få respondenter på landstingsnivå.



21, 22 Väntat längre än 90 dagar på specialistbesök respektive behandling

Dessa två indikatorer baseras på uppgifter som varje månad rapporteras till 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.

Hos några landsting har en ökning av antalet patienter som frivilligt väljer att vänta längre än vårdgarantins tidsgräns noterats, framförallt under 2008 och 2009. En förtydligad nationell definition för denna grupp patienter har tagits fram gemensamt av landstingen. Denna gäller från 1 april 2010.

Det sammanlagda antalet patienter som är uppsatta på vänte- eller planeringslistor till specialistbesök, har minskat från 273 000 till 236 000 patienter mellan oktober 2009 och mars 2010. Det totala antalet patienter med ett beslut om behandling/operation har också minskat något, från 80 000 till 71 600 patienter.

I riket som helhet har antalet som väntat längre än 90 dagar på behandling minskat till 8 200 från 8 400. Detta avser de åtgärder som idag följs i den nationella väntetidsdatabasen. Antal patienter som väntat längre än 90 dagar på ett specialistbesök har minskat från cirka 36 000 personer till 24 000 personer vid mätningen i mars 2010.

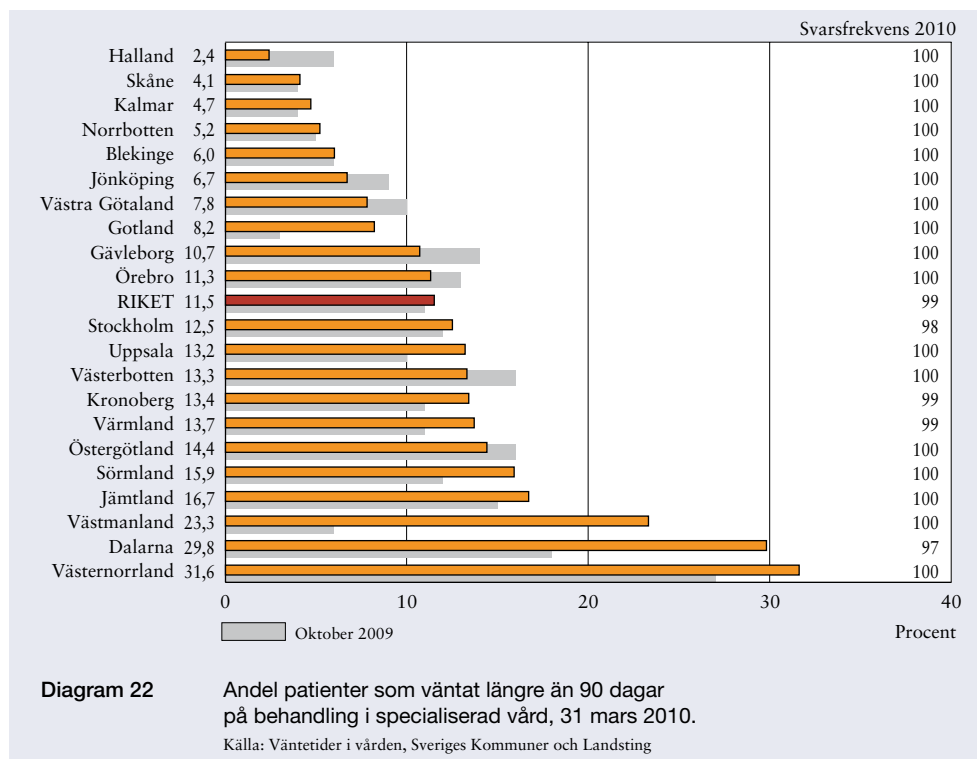


Diagram 21 visar att av alla patienter som väntar på ett planerat besök, så har omkring 10 procent väntat längre än 90 dagar vid mätningen i mars 2010. Detta är en förbättring från april 2009 då cirka 17 procent hade väntat längre än 90 dagar.

Variationerna mellan landstingen är stora. Andelen som väntat längre än 90 dagar på ett besök varierar mellan 3 och 35 procent. I toppen, med 3 procent som väntat längre än 90 dagar ligger fyra landsting, som alla dessutom visar en fortsatt förbättring. Flera landsting, bland dem Värmland, Gävleborg och Jämtland, visar en positiv utveckling, med cirka nio procentenheters förbättring jämfört med oktober 2009.

I diagram 22 kan ses att variationen mellan landsting är stor för behandlingar: Mellan två och 32 procent har väntat längre än vårdgarantins intentioner. Halland uppvisar störst minskning jämfört med oktober 2009, med fyra procentenheter lägre andel som har väntat för länge.

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 fås 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.

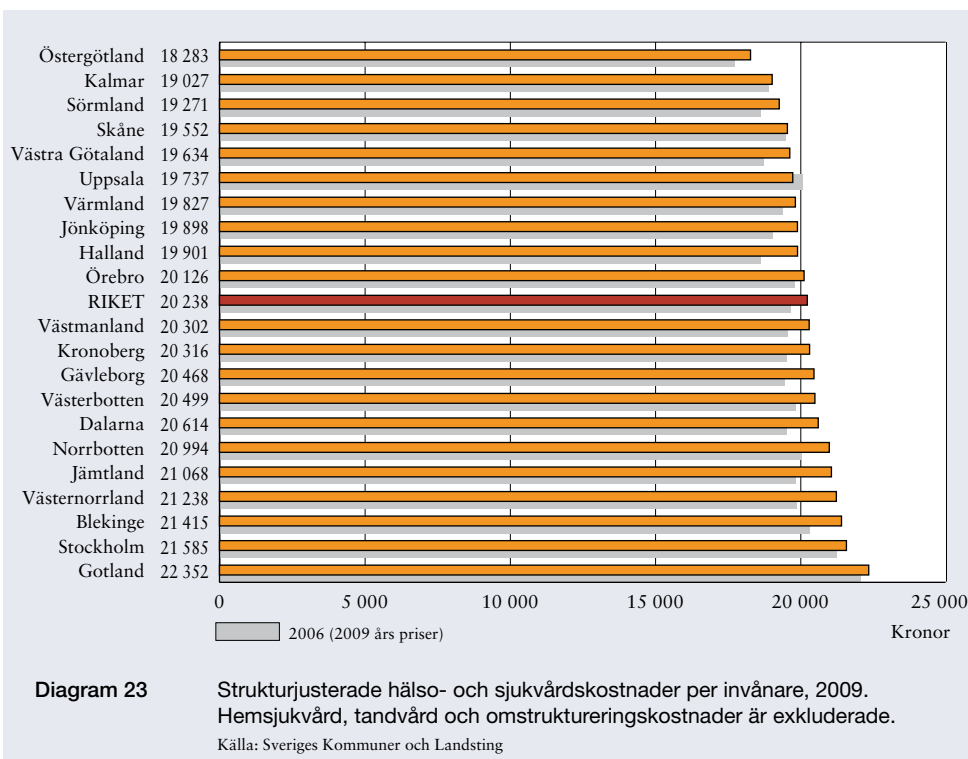
Källorna till kostnadsuppgifterna är SCB:s ekonomistatistik, SKL:s verksamhetsstatistik samt KPP-databasen vid SKL. KPP-databasen innehåller patientrelaterade kostnadsuppgifter om specifika vårdtillfällen och om kostnader för de åtgärder eller vårdinsatser som görs vid varje enskilt vårdtillfälle.

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 fallgropar som jämförelser av medicinsk kvalitet.

23 Strukturjusterad hälso- och sjukvårdskostnad

Kostnadsnivån kan inte förväntas vara densamma i alla landsting. De har olika förutsättningar för att bedriva sjukvård och det finns strukturella förhållanden som påverkar kostnadsnivån. Det gäller bland annat befolkningens ålderssammansättning och sjukdomspanorama. Detta är faktorer som det kommunala skatteutjämningsystemet avser att kompensera för.

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 standardkostnad mellan landstingen skall spegla den kostnadsskillnad som enligt utjämningsmodellen kan förklaras av strukturella skillnader som landstingen

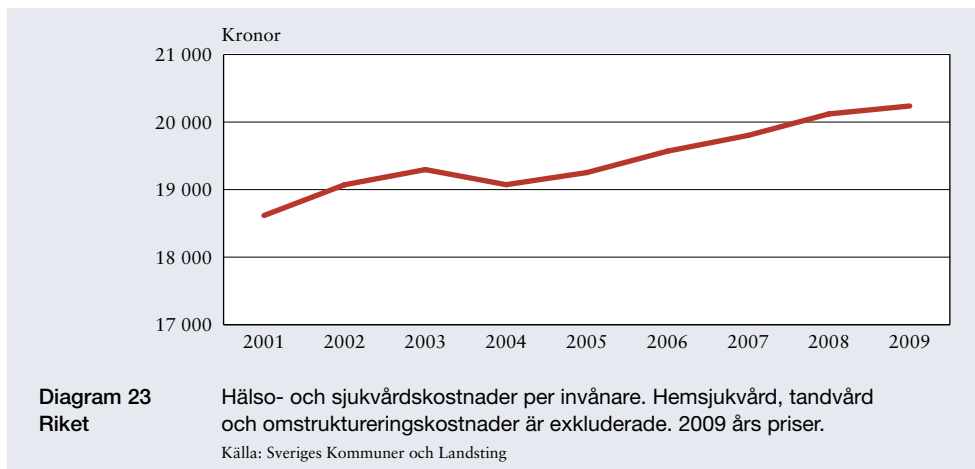


inte kan påverka. En motsvarande modell ligger till grund för fördelningen mellan landstingen av statsbidraget för läkemedel, som skall avspegla strukturella skillnader i läkemedelskostnader.

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 23.

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 utjämningssystemet.

I fasta priser har i riket kostnaderna ökat med 2,9 procent mellan 2006 och 2009. Kostnadsutvecklingen varierar ganska påtagligt mellan landsting. I en grupp landsting är kostnaderna i princip oförändrade, medan i andra har de ökat med i storleksordningen fem-sex procent.



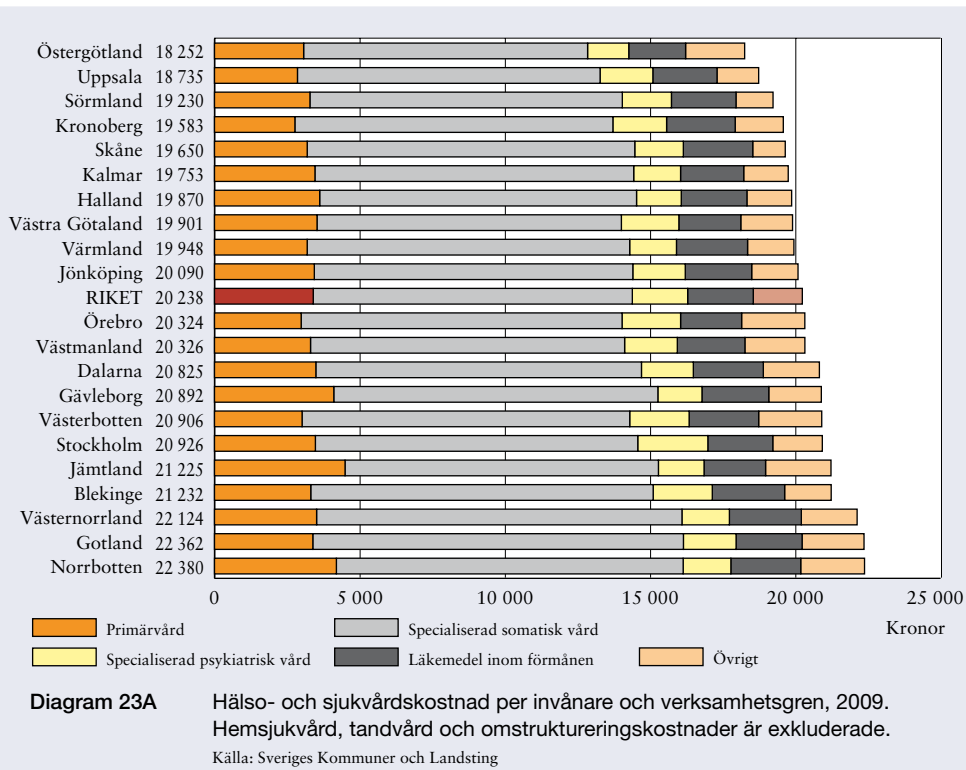
23A Kostnad per invånare per verksamhetsgren

Diagram 23A visar landstingens faktiska nettokostnad per invånare för hälso- och sjukvård, totalt och för de olika verksamhetsgrenarna, exklusive tandvård, hemsjukvård och omstruktureringskostnader. Med nettokostnader avses de kostnader som finansieras med landstingsskatt, generella statsbidrag och finansnetto. Patientavgifter och specialdestinerade statsbidrag är frändragna.

Genomsnittskostnaden för landstingens hälso- och sjukvård uppgick 2009, med den angivna avgränsningen, till drygt 20 200 kronor per invånare. Norrbotten hade en kostnad per invånare som var elva procent över genomsnittet, medan Östergötland låg tio procent under. En jämförelse med diagram 23 visar att Norrbottens höga kostnadsnivå till stor del kan förklaras av strukturella faktorer, eftersom den strukturerade kostnaden bara är fyra procent högre än riksgenomsnittet. 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 2009 till 3 400 kronor per invånare, vilket motsvarar 17 procent av de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna. Spännvidden är relativt sett stor, med en genomsnittskostnad på över 4 500 kronor per invånare i Jämtland, ned till knappt 2 800 kronor per invånare i Kronoberg.

Landstingens geografiska förhållanden påverkar kostnadsnivåerna inom primärvården. Antal invånare per vårdcentral varierar från knappt 5 000 i Jämtland till 12 000 i Sörmland. I några landsting med stora avstånd, främst Norrbotten, Västerbotten och Jämtland, 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.

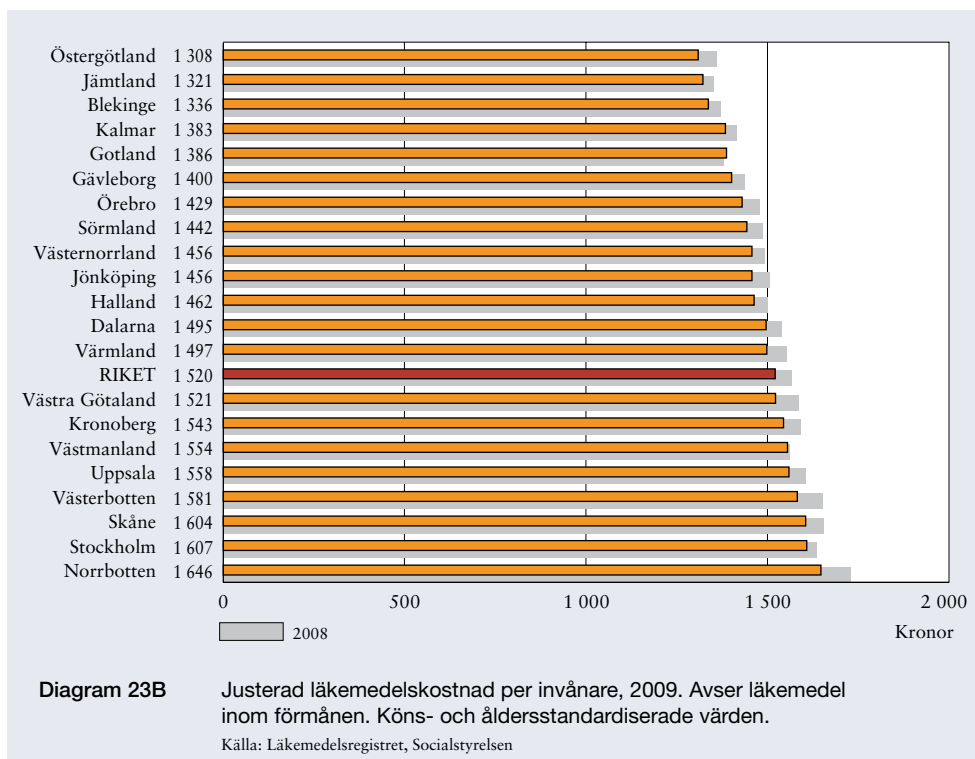


Kostnaderna för den specialiserade somatiska vården, som i genomsnitt svarar för drygt hälften av landstingens hälso- och sjukvårdskostnader, var 11 000 kronor per invånare 2009. Relativt sett är kostnadsskillnaderna mindre för somatisk specialist-sjukvård än för övrig sjukvård.

För den psykiatriska vården har Stockholm påtagligt högre kostnader än vad övriga landsting har. En förklaring kan vara att den psykiska ohälsan är större i storstadsmiljön. Även en åldersfaktor kan spela in. Stockholm har en ung befolkning, vilket tenderar att samvariera med ett högre utnyttjande av psykiatrisk vård. Dock är detta inte entydigt. Uppsala har en ung befolkning, men kostnaden för psykiatri ligger nära riksgenomsnittet.

23B Justerad läkemedelskostnad per invånare

2009 var kostnaden för läkemedel 35,5 miljarder kronor. Av detta belopp var kostnaden för läkemedel som såldes mot recept 25,5 miljarder kronor och resterande del avsåg främst läkemedel i slutenvård och egenvård. Den del av kostnaden för recept-förskrivna läkemedel som individen själv inte behöver betala, utan som finansieras av landstinget kallas förmånskostnad. 2009 uppgick förmånskostnaden för läkemedel till 18,8 miljarder kronor.



Det finns en rad faktorer som påverkar utvecklingen av läkemedelskostnaderna. Introduktion av nya läkemedel, som ibland innebär att nya patientgrupper kan behandlas, bidrar till att öka läkemedelskostnaderna. Andra faktorer är 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. 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, liksom Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets (TLV) genomgång av läkemedelssortimentet och beslut om vilka läkemedel som ska ingå i läkemedelsförmånssystemet.

Diagram 23B visar landstingens förmånskostnad per invånare för receptförskrivna läkemedel. Kostnaden för de handelsvaror som ingår i förmånen ingår inte i jämförelsen, till exempel särskild näring, stomiprodukter och hjälpmedel som behövs för att ta ett läkemedel eller för att själv kunna kontrollera sin medicinering. 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 75 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 sjukdomsbilden varierar mellan landstingen, vilket kan vara en förklaring till kostnadsskillnaderna.

24 Kostnad per konsumerad DRG-poäng

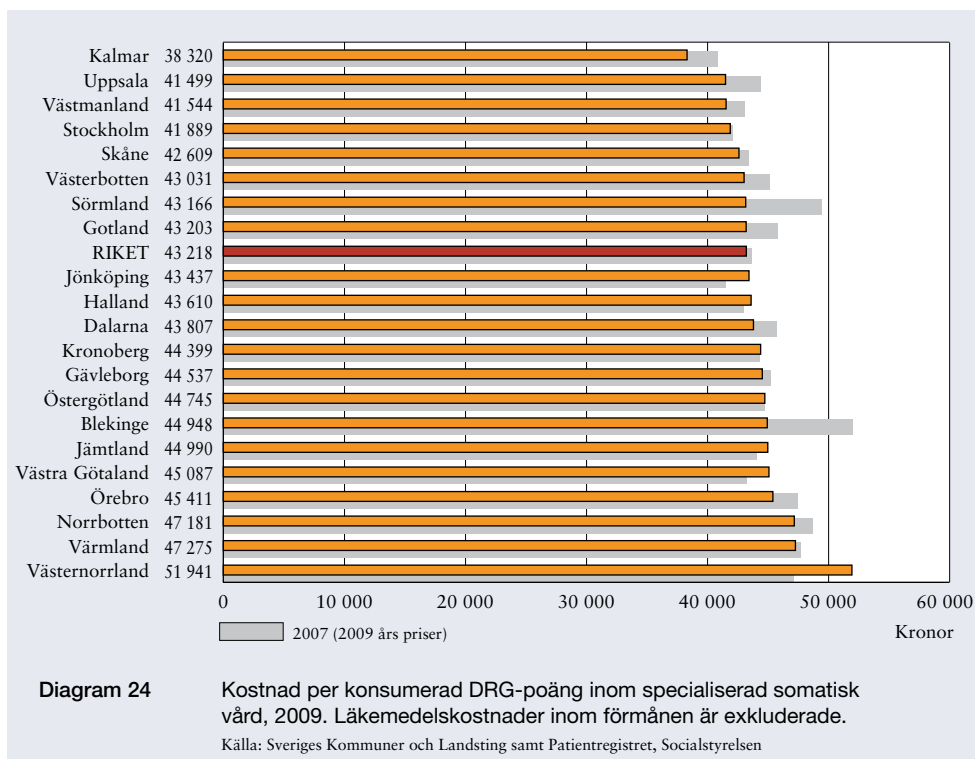
Hittills har kostnader per invånare beskrivits. Ett mer direkt sätt att mäta kostnadsnivå är att relatera kostnaden till mängden prestationer, som mäts med antalet patientkontakter. Ett relevant mått på prestationer måste vikta vårdkontakterna, så att hänsyn tas till att resurskraven skiljer sig markant mellan olika sjukdomstillstånd och åtgärder.

En sådan viktning går att göra för den specialiserade somatiska vården. 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. Underlag för beräkning av DRG-vikterna hämtas från KPP-databasen, som har kostnadsdata för enskilda vårdkontakter med samma uppgifter som i Patientregistret.

Diagram 24 visar kostnaden per DRG-poäng för den specialiserade somatiska vård som invånarna i respektive landsting fått del av. Det är en indikator på vårdens produktivitet – hur mycket vården presterar i förhållande till vad den kostar. 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. Indikatorn är en av Socialstyrelsens nationella indikatorer för uppföljning enligt *God vård*.

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.

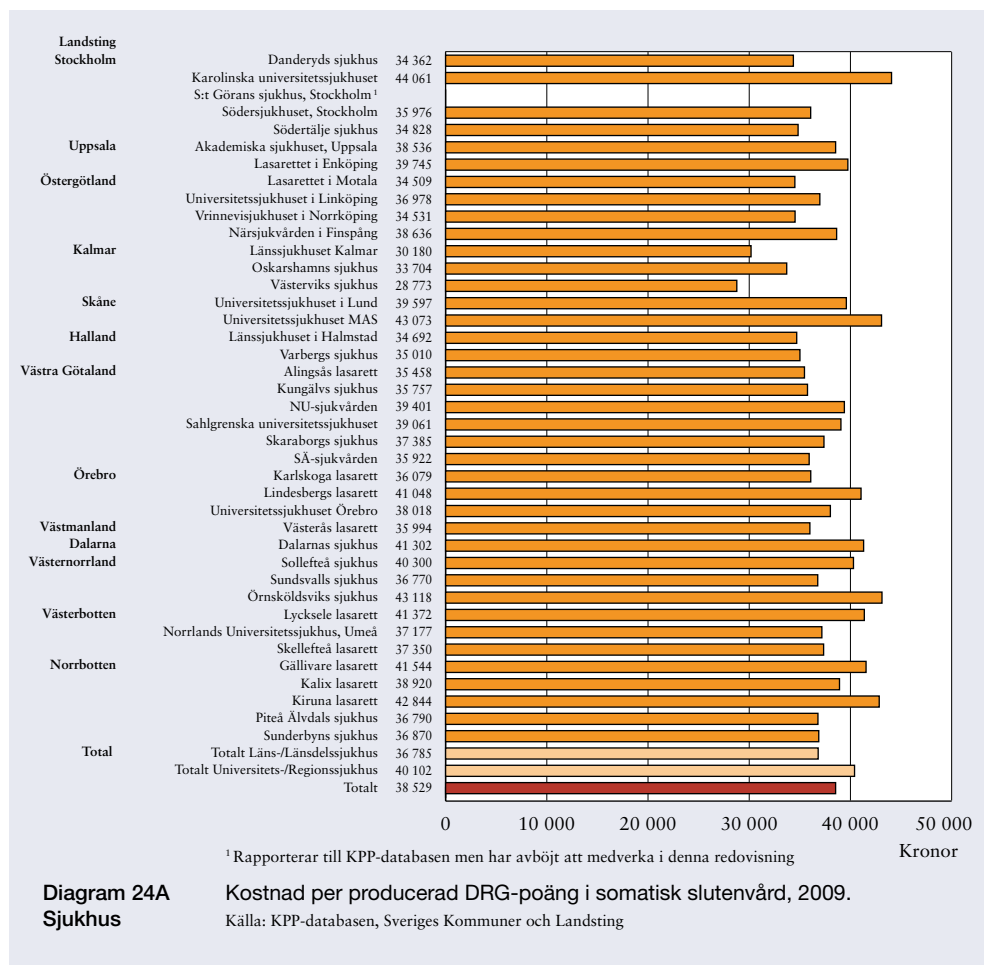
Det finns också en strukturell aspekt som inte beaktas. Alla landsting kan inte ha samma kostnader på grund av de geografiska förutsättningarna eller som följd av skilda nivåer på löner och hyror. DRG tar hänsyn till skillnader i landstingens patientsammansättning, men inte till andra faktorer.



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. Uppsala har låga kostnader per prestation mätt med DRG-poäng. Att kostnaderna per invånare inte hamnar lägst i dessa landsting beror på att vårdkonsumtionen (DRG-poäng per invånare) är förhållandevis hög.

Kostnaden per DRG-poäng var något lägre 2009 än 2007, vilket indikerar att produktiviteten stigit, det vill säga att kostnaderna ökat mindre än de viktade prestationerna.

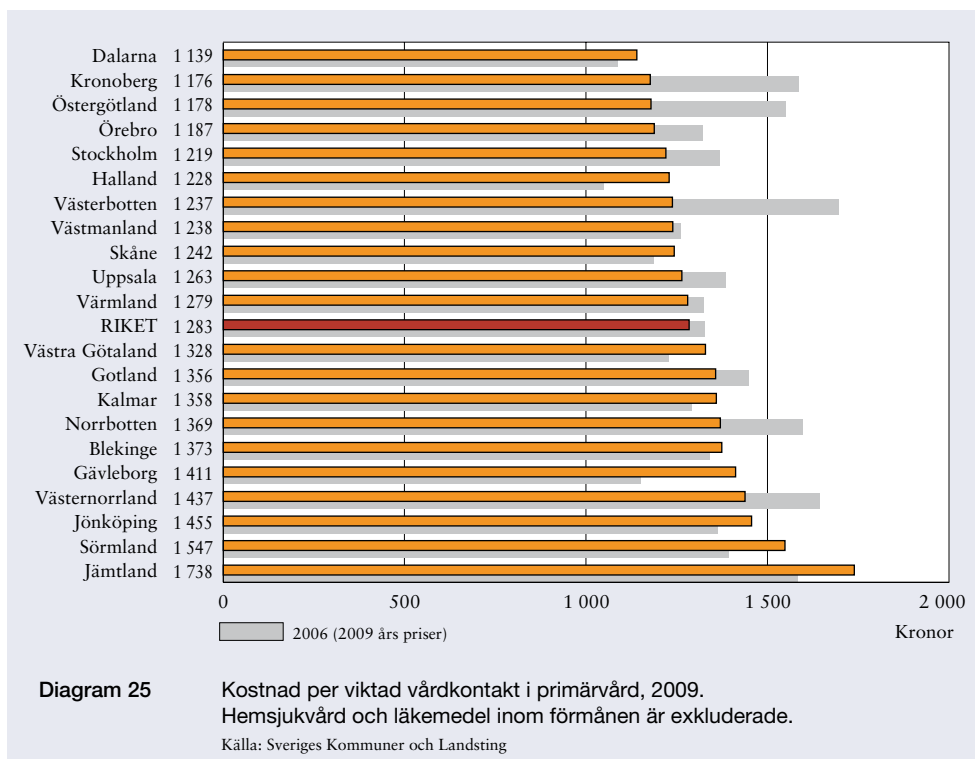
Det finns även osäkerheter att beakta. En ökning i konsumerade DRG-poäng kan vara en följd av att sjukhusen förbättrar sin inrapportering till Patientregistret. Detta gäller särskilt för den öppna vården. Härigenom ökar det registrerade "värdet" av konsumtionen, utan att detta motsvaras av ökade kostnader.



24A Kostnad per DRG-poäng för sjukhus

För sjukhusen som rapporterar data till KPP-databasen (Kostnad per Patient) visas i diagram 24A kostnaderna per prestation i slutenvård 2009. Här har värdet av prestationerna viktats med hjälp av DRG-systemet. Kostnaderna för ett genomsnittligt slutenvårdstillfälle i KPP-databasen uppgick 2009 till drygt 46 000 kronor. Då ingår alla fall, även de så kallade kostnadsytterfallen. I diagram 24A är dessa exkluderade, vilket gör kostnaderna lägre, 38 500 kronor per DRG-poäng i riket totalt. Kostnaden har ökat med drygt en procent, jämfört med 2008.

Ett särskilt problem när bara kostnader per prestation i slutenvård ingår, är att kostnaderna måste fördelas mellan öppen och slutenvård 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.



25 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 25 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 Jämtland till stor del förklaras av att genomsnittskostnaden per vårdkontakt är hög, inte av att mängden konsumerad vård är hög. För Norrbotten 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. Motsvarande skillnad finns mellan Sörmland (hög kostnad per vårdkontakt) och Östergötland (låg kostnad per vårdkontakt) som båda har genomsnittliga totala primärvårdskostnader.

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

GRAVIDITET, FÖRLOSSNING OCH NYFÖDDHETSVÅRD

Inom detta område redovisas åtta indikatorer, varav en är ny och speglar kvinnors tobaksvanor under senare delen av graviditeten. Övriga är i princip oförändrade. För flera av indikatorerna anges värden även för tidigare mätperioder, så att jämförelse över tid kan göras.

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.

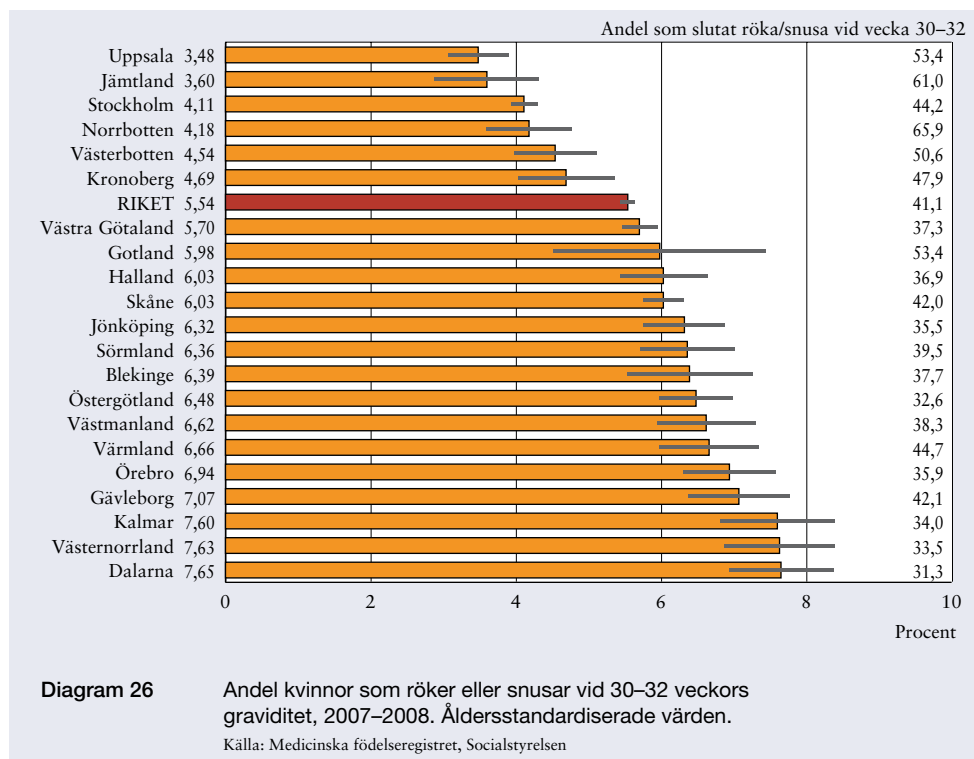
För några av indikatorerna gäller att resultaten kan bero på förhållanden som är svårpåverkbara för hälso- och sjukvården. För andra indikatorer är kopplingen till vårdprocessen tydligare. Viss variation i diagnossättning mellan olika sjukhus och landsting kan förekomma, vilket kan påverka resultaten.

26 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 2008.

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

Rökning är den enskilt största förebyggbara riskfaktorn för sjukdom och för tidig död. Belägen 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.

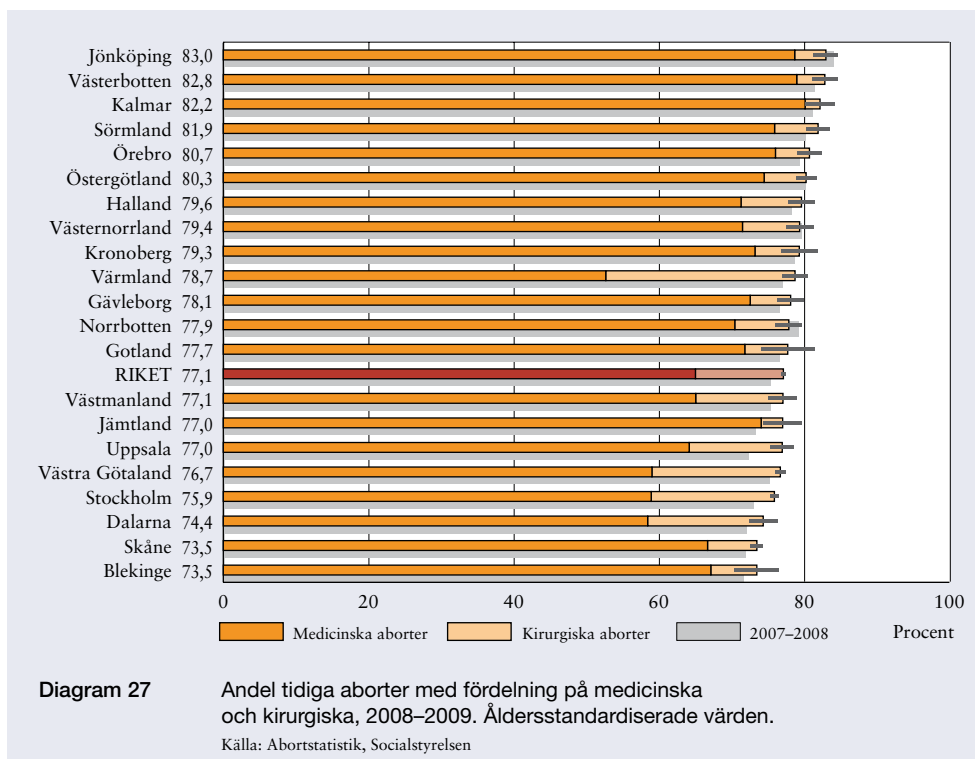


Hälsoeffekterna av snusning är inte lika utforskade, men en nyligen publicerad vetenskaplig studie från Sverige visade att risken för fosterdöd under graviditet var 60 procent högre för kvinnor som snusade jämfört med icke snusare.

I diagram 26 visas andelen kvinnor som rökte eller snusade vid graviditetsvecka 30–32. Andelen varierade mellan 3,5 och 7,7 procent med ett riksgenomsnitt på 5,5 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 i procent, 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 65,9 procent slutat medan i Dalarna hade 31,3 procent slutat använda tobak under graviditeten.

En större andel kvinnor slutade använda tobak i landsting där nivån för tobaksbruk redan var låg. I de tre nordligaste landstingen samt 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 mödrahälsovård.



27 Tidiga aborter

År 2009 gjordes totalt 37 524 aborter i Sverige, vilket är en minskning jämfört med år 2008. Av dessa utfördes 29 247 i tidig graviditet, det vill säga före nio fullgångna (9+0) graviditetsveckor, vilket innebär att andelen tidiga aborter ökade med drygt två 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 ges i hemmet om vissa kriterier är uppfyllda. Vid kirurgisk abort avbryter man 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 73 procent av alla aborter användes medicinsk metod år 2009.

Diagram 27 visar andelen tidiga aborter, före nio fullgångna (9+0) graviditetsveckor, fördelat på medicinsk respektive kirurgisk metod, för perioden 2008–2009. I genomsnitt utfördes drygt 77 procent av alla aborter vid tidig graviditet, med en variation mellan landstingen från 73,5 till 83,0 procent. 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.

28 Dödfödda barn

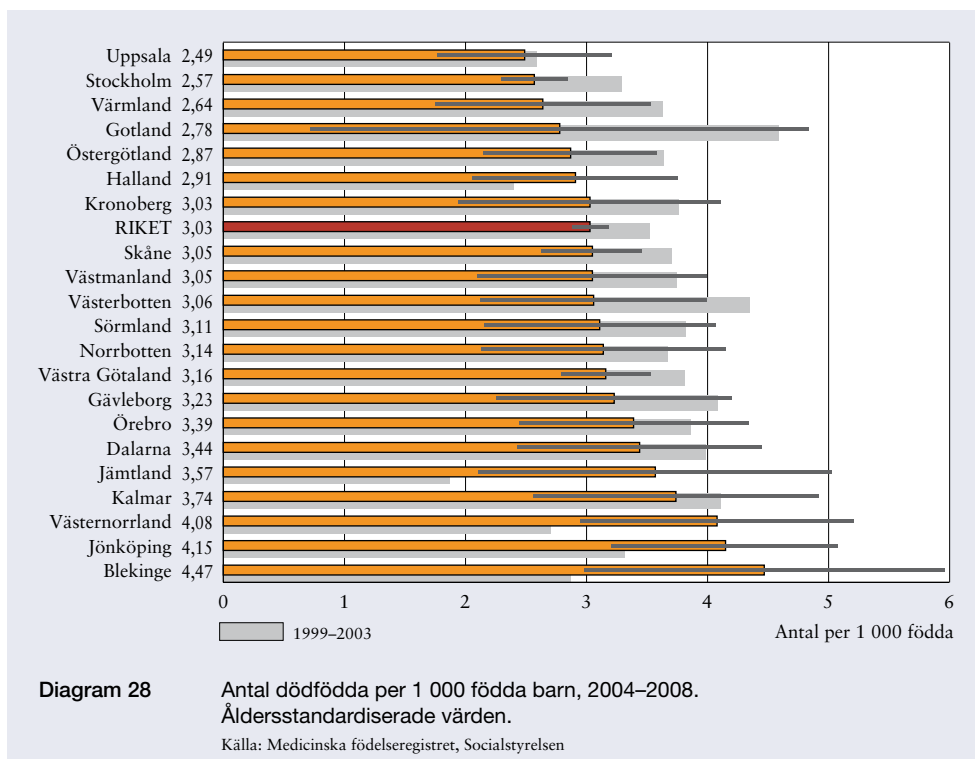
Dödföddhet definierades till och med juni 2008 som framfödande av ett barn utan livstecken efter 28 fullgångna graviditetsveckor. Den första juli 2008 ändrades gränsen till att gälla barn födda efter utgången av tjugoundra graviditetsveckan.

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. 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.

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 28 redovisas antal dödfödda barn per 1 000 födda, under perioden 2004–2008. I riket som helhet var antalet dödfödda barn 3,0 per 1 000 födda. Variationen mellan landstingen är förhållandevis stor, från 2,5 till 4,5 dödfödda barn per 1 000 födda. För flera landsting redovisas minskningar av antalet dödfödda, 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.



29 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 2,1 barn per 1 000 levande födda för de år som här redovisas i diagrammet.

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 29 redovisas antal neonatalt döda barn, döda inom 28 dygn, per 1 000 levande födda, under perioden 2004–2008. I riket som helhet avled 1,8 barn per 1 000 levande födda, vilket motsvarar cirka 180 barn per år. Variationen mellan landstingen är förhållandevis stor, från 1,1 till 3,2. Den statistiska osäkerheten är stor, eftersom de faktiska värdena är mycket små.

30 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 hjärt-

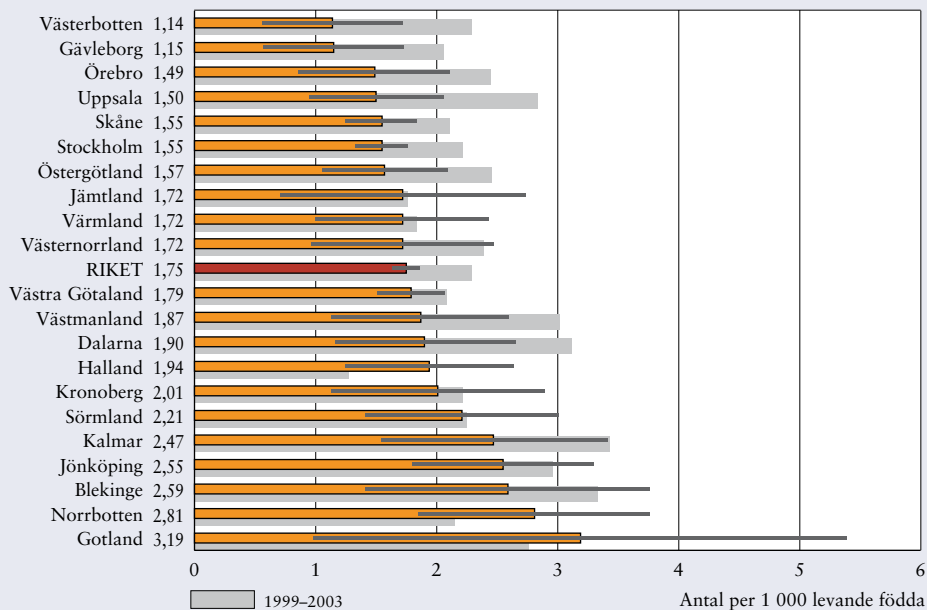


Diagram 29 Antal döda barn inom 28 dygn per 1 000 levande födda barn, 2004–2008. Åldersstandardiserade värden
Källa: Medicinska födelserregistret, Socialstyrelsen

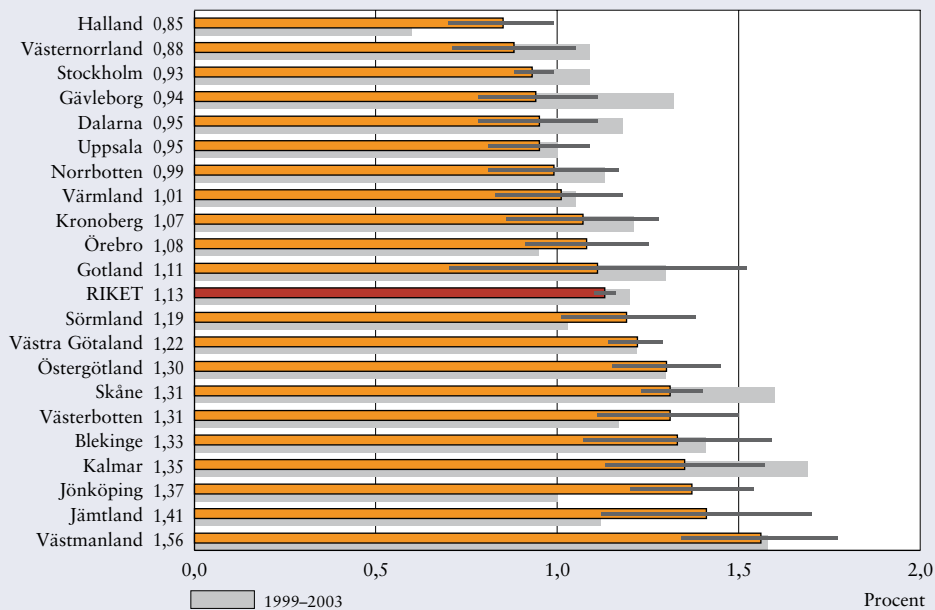


Diagram 30 Andel födda med låg Apgar-poäng (< 7) vid 5 minuter, 2004–2008. Åldersstandardiserade värden.
Källa: Medicinska födelserregistret, Socialstyrelsen

frekvens, 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 2004–2008. Detta motsvarar drygt 1 100 barn per år. Bland landstingen varierade andelen barn med låg Apgar-poäng mellan 0,9 och 1,6 procent.

31 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.

Kända riskfaktorer för grad III och IV-bristningar är att kvinnan är förstföderska, bär på 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.

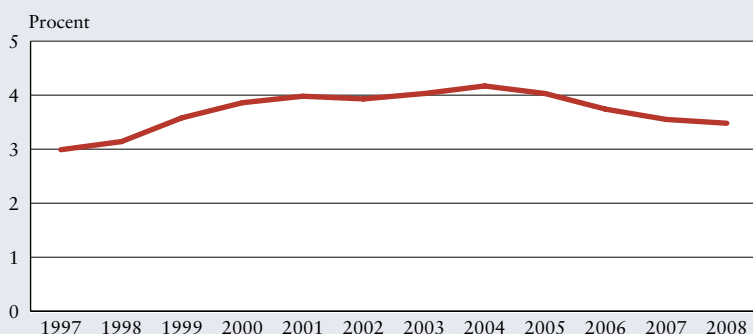


Diagram 31
Riket

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

Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen

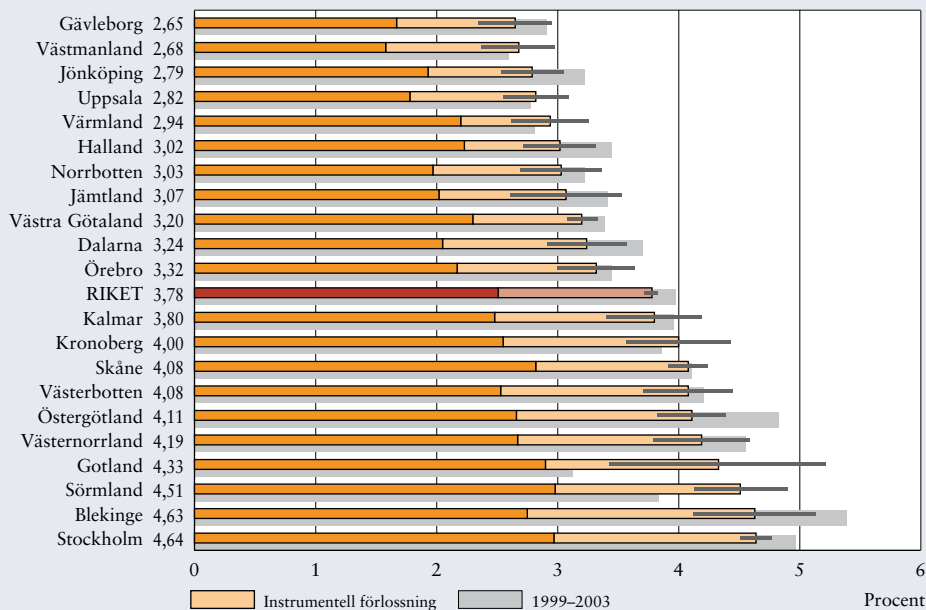


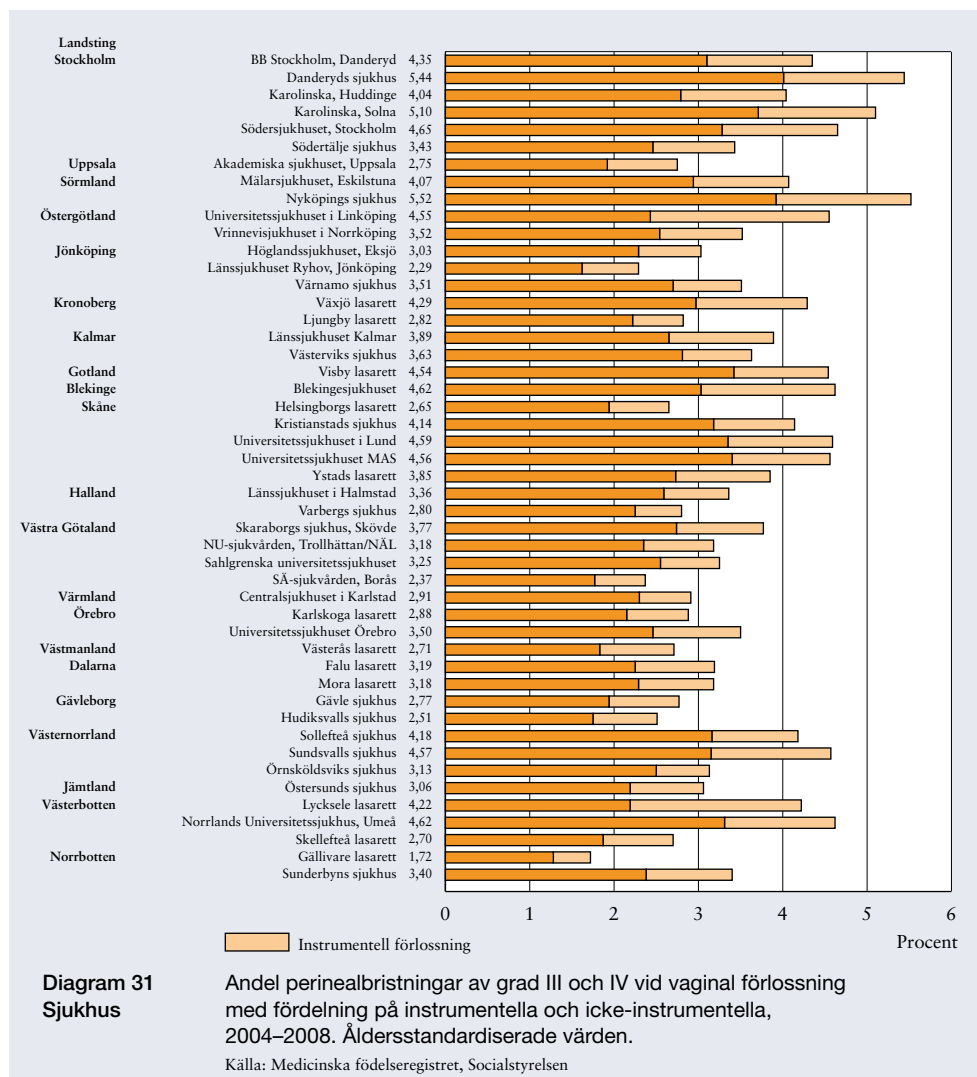
Diagram 31 Andel perinealbristningar av grad III och IV vid vaginal förlossning med fördelning på instrumentella och icke-instrumentella, 2004–2008. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen

De flesta bristningar läker bra och kvinnan får inga bestående men. Bristningar som inte blir upptäckta och adekvat åtgärdade kan medföra allvarliga problem för 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 31 visas andel perinealbristningar av grad III och IV vid alla vaginala förlossningar. Staplarna visar även fördelning på instrumentella och icke-instrumentella förlossningar. Den grå skuggade stapeln visar förekomsten av grad III och IV-bristningar under perioden 1999–2003. Både förstföderskor och omföderskor är inkluderade i analyserna.

I riket som helhet medförde mellan tre och fyra procent av de vaginala förlossningarna bristningar av grad III och IV. Vid instrumentella förlossningar var den totala andelen grad III och IV-bristningar 13 procent (visas ej i diagram). Detta innebär att över 3 000 kvinnor årligen drabbades. Den totala andelen grad III och IV bristningar var mellan 2,7 och 4,6 procent under den studerade perioden 2004–2008. 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.



32 Kejsarsnitt vid okomplicerad graviditet

Andelen kvinnor som förlöses med kejsarsnitt ökar i Sverige. År 1990 var andelen kejsarsnitt 10,6 procent och år 2008 17,2 procent. Det finns ingen internationell konsensus om den optimala frekvensen av kejsarsnittsförlossningar. Kejsarsnittsfrekvensen kan därmed inte direkt ses som ett kvalitetsmått för mödrhälso- 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

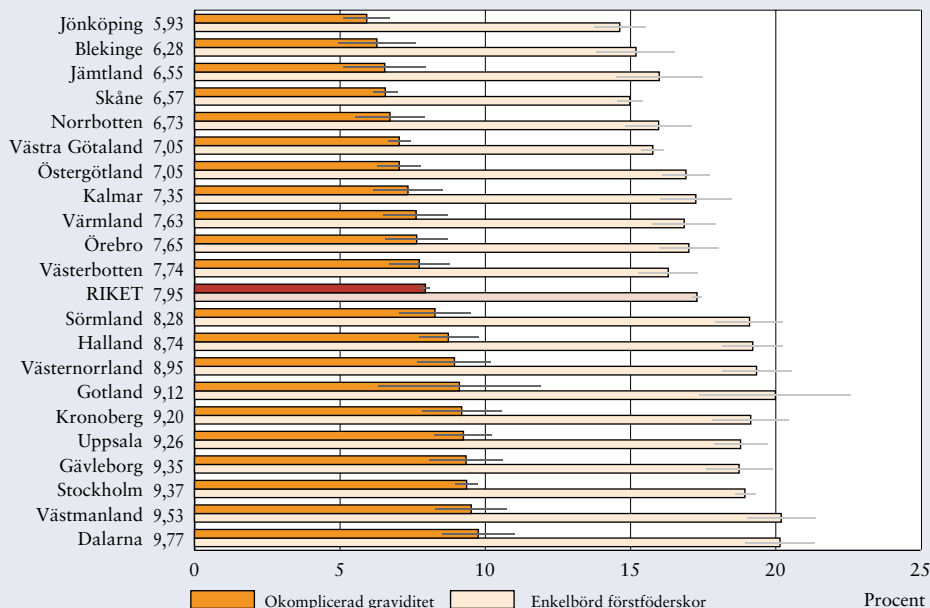


Diagram 32

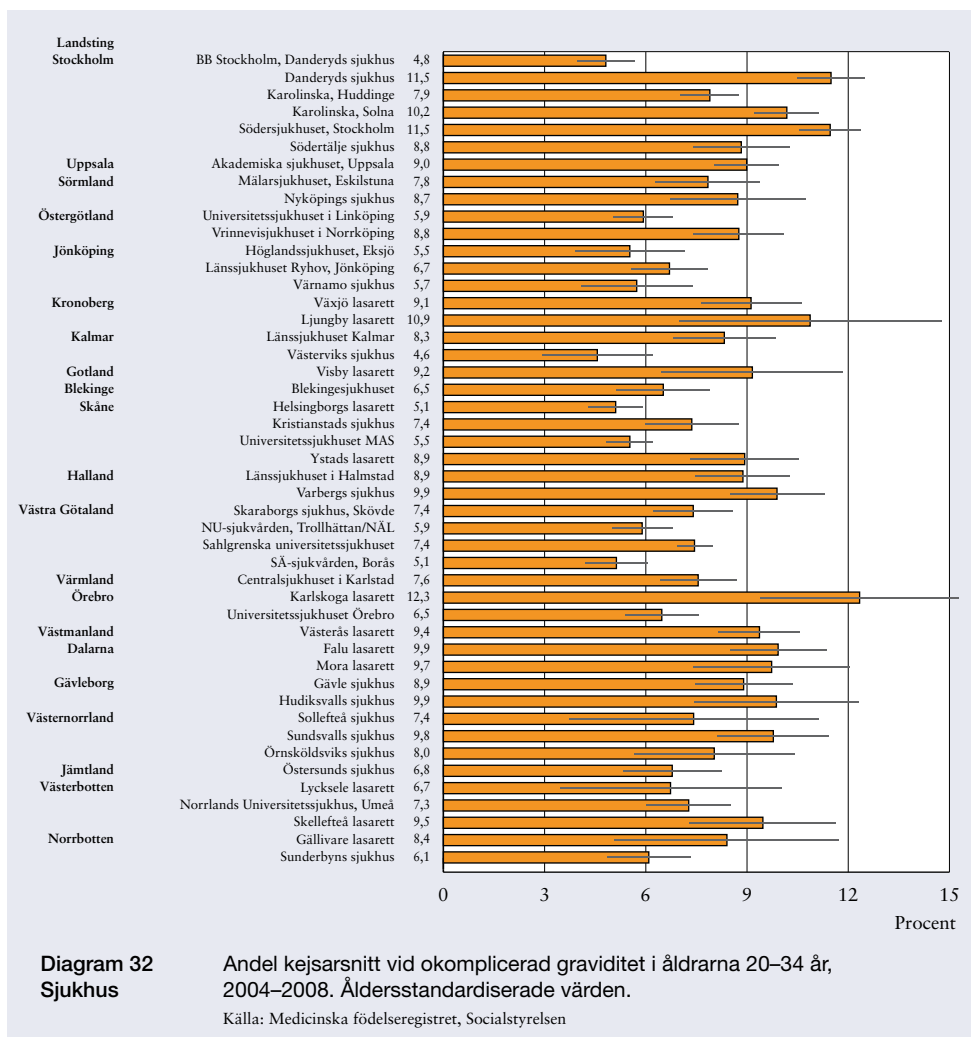
Andel kejsarsnitt vid okomplicerad graviditet respektive vid samtliga förlossningar i enkelbörd i åldrarna 20–34 år, 2004–2008. Åldersstandardiserade värden

Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen

har under de senaste åren identifierats nya riskgrupper, exempelvis sätesbjudning, där det är visat att riskerna för barnet minskar vid planerat kejsarsnitt före värkdebut. En alltmer effektiv identifiering av risksituationer kommer således ofelbart att leda till att kejsarsnittsfrekvensen ökar.

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.

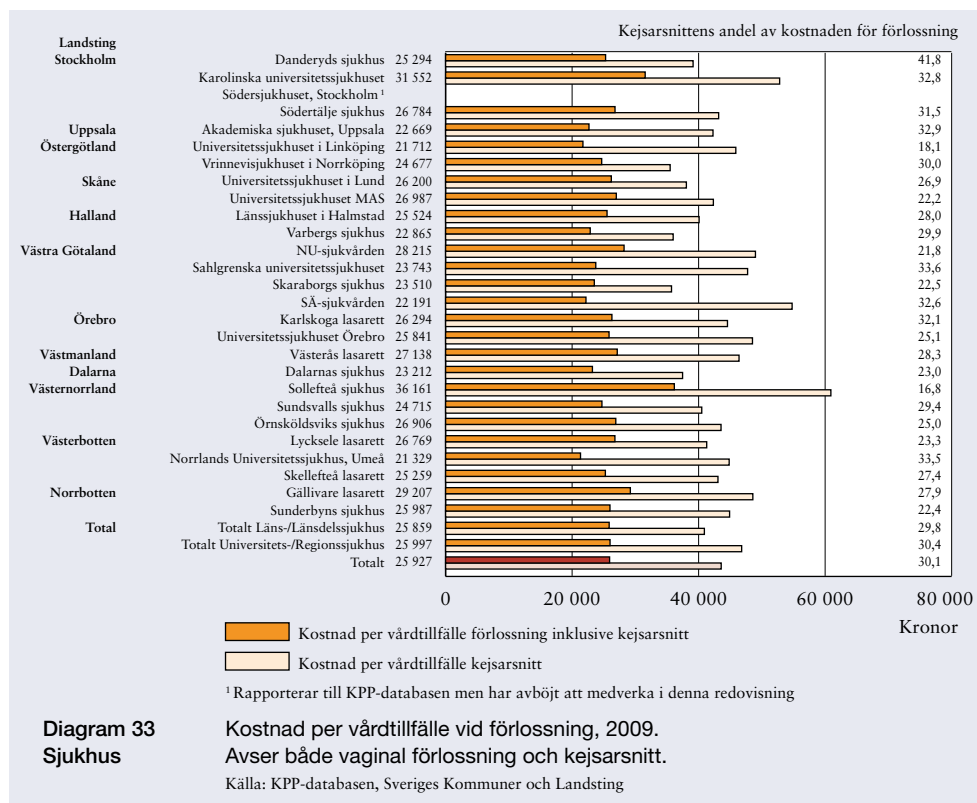
I diagram 32 visas två staplar. Den kortare avser andelen kejsarsnitt hos förstföderskor utan riskfaktorer vid okomplicerad graviditet. Till den här gruppen räknas kvinnor i åldern 20–34 år med BMI under 30, som var sammanboende med barnafadern och som varken röker eller snusar. Mödrar med allvarliga 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 gravidi-



teterna 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 nästan åtta procent 2004–2008, vilket motsvarar drygt 7 300 förlossningar under hela perioden. Frekvensen uppgick till 7,4 procent under perioden 1999–2003 (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 2004–2008 mot 16,3 procent 1999–2003 (visas ej i diagram).



33 Kostnad per vårdtillfälle vid förlossning

Under 2009 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. Avsikten är att visa en "normal" genomsnittskostnad per sjukhus och i viss mån hantera olikheter i patientsammansättningen vid sjukhusen.

I diagram 33 visas kostnaden per vårdtillfälle i slutenvård inom DRG (DiagnosRelaterade Grupper) 370–373, för dels samtliga förlossningar, dels för enbart kejsarsnitt. Kostnader för totalt 80 258 förlossningar rapporterades till KPP-databasen 2009. Antalet förlossningar per sjukhus varierade stort. KPP-databasens genomsnittskostnad för innerfallen uppgick 2009 till 25 912 kronor. Det finns en variation mellan sjukhusen från drygt 21 000 kr till 36 000 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. Kejsarsnitten kostade i genomsnitt knappt 44 000 kr, medan

de vaginala förlossningarna kostade drygt 22 000 kronor i genomsnitt, det vill säga närmare hälften av kostnaden för kejsarsnitt. Kejsarsnittets andel av de totala kostnaderna varierar från 17 till 43 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 redovisas sju indikatorer som speglar flera olika aspekter av kvalitet och effektivitet. Två av dem är nya och avser patientskattade komplikationer vid hysterektomi, då livmodern opereras bort, samt vid operation för livmoderframfall. Källan till dessa är Nationella kvalitetsregistret för gynekologisk kirurgi, GynOp-registret, som beskrivs senare i detta avsnitt.

34 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

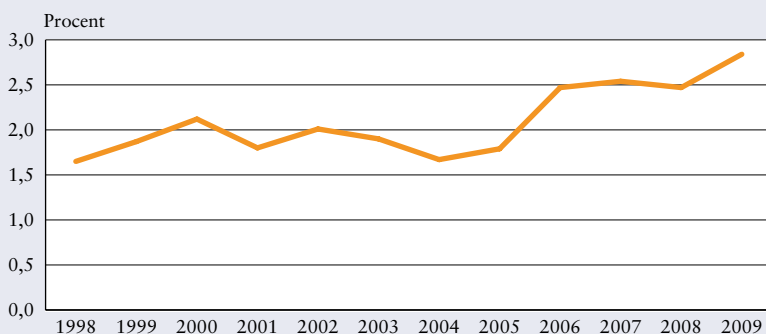


Diagram 34
Riket

Önskade händelser efter borttagande av livmoder.
Avser kvinnor 15–84 år.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

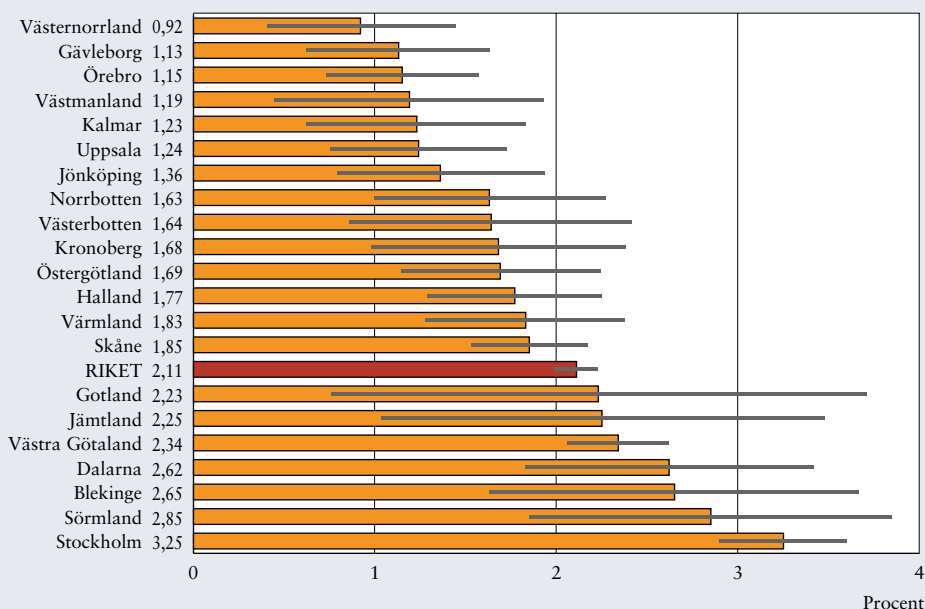


Diagram 34 Oönskade händelser efter borttagande av livmoder, 1999–2009. Avser kvinnor 15–84 år.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

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.

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 muskelknota) 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.

2008 gjordes enligt Patientregistret knappt 4 600 operationer på benign indikation. Antalet hysterektomier har minskat påtagligt de senaste tio åren. Detta kan bland annat förklaras av förbättrade möjligheter till läkemedelsbehandling vid riklig blödning, vilket minskat behovet av kirurgi.

Cirka 55 000 kvinnor i åldrarna 15 till 84 år med benign indikation som opererades under åren 1999 till 2009 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 återinskrevs under de studerade åren 2,1 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.

35 Patientrapporterade komplikationer efter borttagande av livmoder

Uppgifter om patienternas bedömning av komplikationer och oväntade besvär är hämtade från Nationella kvalitetsregistret för gynekologisk kirurgi, GynOp-registret. Registret består av sex självständiga register som täcker den större gynekologiska kirurgin.

Av landets 56 kliniker deltar 43 i registret. 42 av dessa rapporterar data till registrets hysterektomidel. Till prolapsregistret rapporterar 38 kliniker. Registret täcker cirka 75 procent av gynklinikerna i Sverige. Stockholmsområdets sju sjukhus har utvecklat ett eget regionalt register och rapporterar i nuläget inte till GynOp-registret. Även klinikerna i Värmland och på Gotland rapporterar till detta register. Uppföljning av ett urval sjukhus visar att i medeltal 96 procent av operationerna registrerats och att svarsfrekvensen för patientenkäterna är över 95 procent.

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. Det förväntade resultatet av operationen är att besvären helt försvinner. Under dessa förutsättningar är

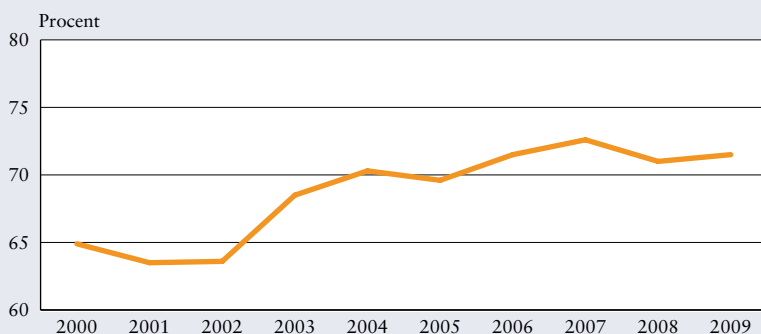


Diagram 35
Riket

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

Källa: Nationella kvalitetsregistret inom gynekologisk kirurgi

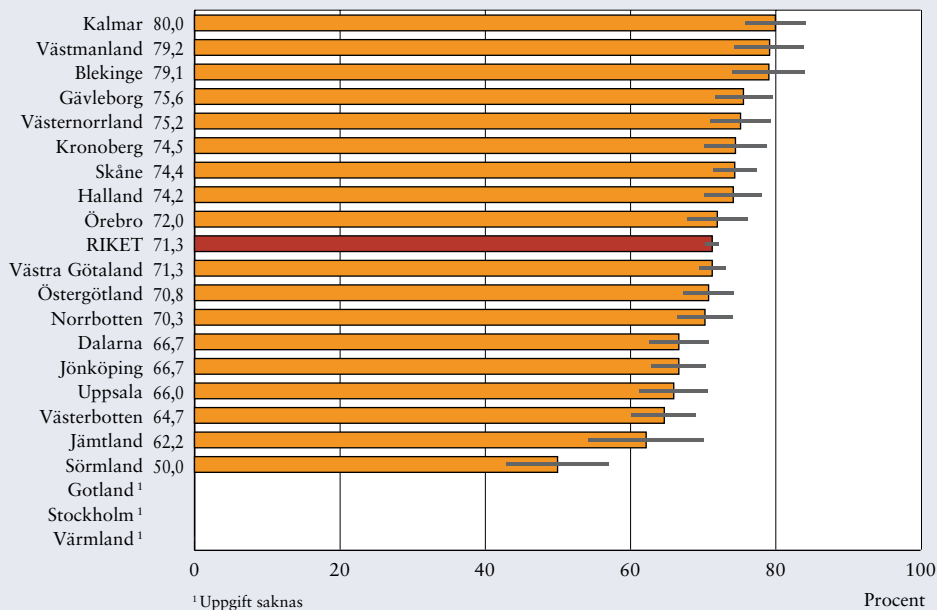


Diagram 35

Andel kvinnor som uppger att de var komplikationsfria och utan oväntade besvär efter borttagande av livmoder, 2009

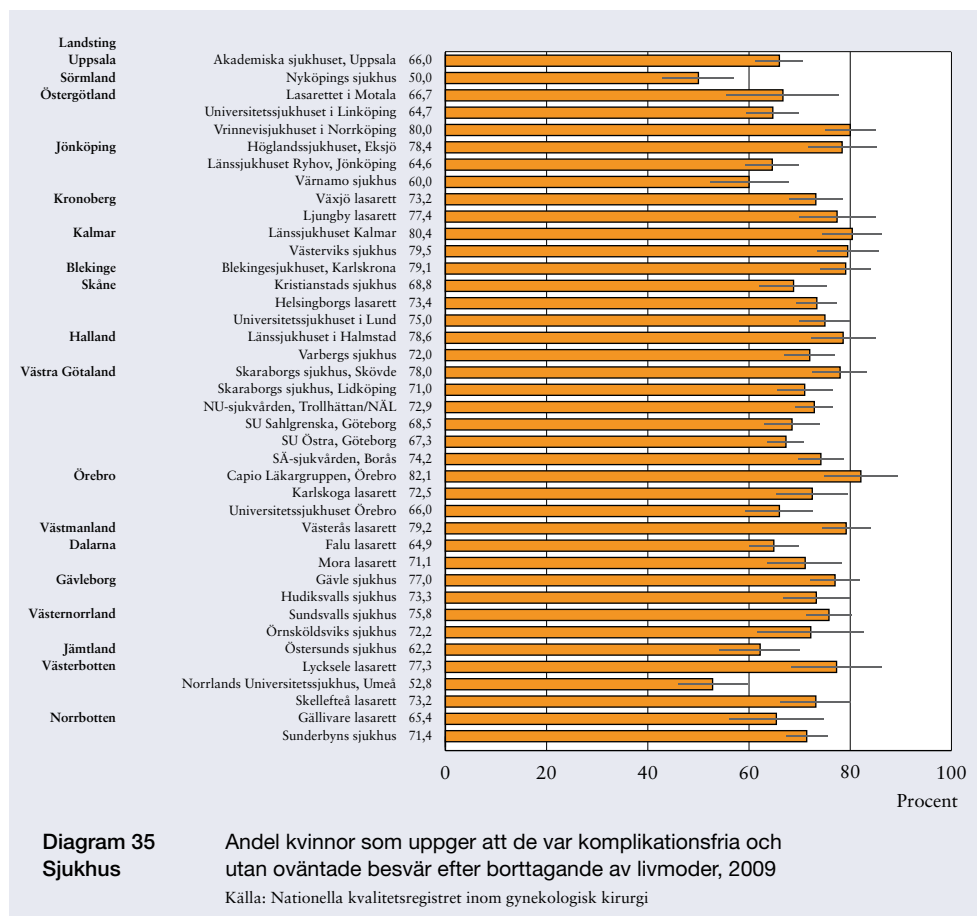
Källa: Nationella kvalitetsregistret inom gynekologisk kirurgi

det extra viktigt att patienten inte drabbas av allvarliga komplikationer. Allvarliga komplikationer, som kräver återinläggning, reoperation och sjukskrivning förlängd till längre än 4 veckor är också sällsynta och drabbar cirka 3 procent av fallen, enligt GynOps uppföljning.

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

I diagram 35 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. Totalt 2 522 kvinnor svarade på enkäten, som sänds ut två månader efter operationen. Svarsfrekvensen var totalt sett över 95 procent, men med variationer. 29 kliniker hade en svarsfrekvens på över 90 procent. Fyra kliniker hade svarsbortfall på över 20 procent: Örebro, Örnsköldsvik, Varberg och Lund.

I riket uppgav 71 procent av kvinnorna att de inte haft komplikationer eller oväntade besvär, med en variation mellan landstingen från 50 till 80 procent. I en internationell jämförelse är resultaten goda och komplikationsfrekvensen är lägre än vad som redovisas i randomiserade studier. I en rapport från kvalitetsregistret avseende komplikationer efter hysterektomi för åren 2004–2007, skriver författarna att svensk rutinsjukvård är världsledande.



36 Patientrapporterade komplikationer efter framfallsoperation

Varje år utförs cirka 6 000 framfallsoperationer. Livmoderframfall eller prolaps innebär att livmodern sjunker ned. Detta medför normalt sett inte medicinska komplikationer, men de symptom som uppkommer kan vara mycket besvärande. Prolapsoperation syftar till symtomlindring och uppföljning av komplikationer efter operation är i likhet med vid hysterektomi en viktig del i resultatet.

I diagram 36 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. Totalt 3 167 kvinnor svarade på enkäten, som sänds ut två månader efter operationen. Svarsfrekvensen varierar mellan klinikerna. 12 av de deltagande 37 klinikerna har ett svarsbortfall på mindre än 5 procent, medan de övriga har ett större bortfall.

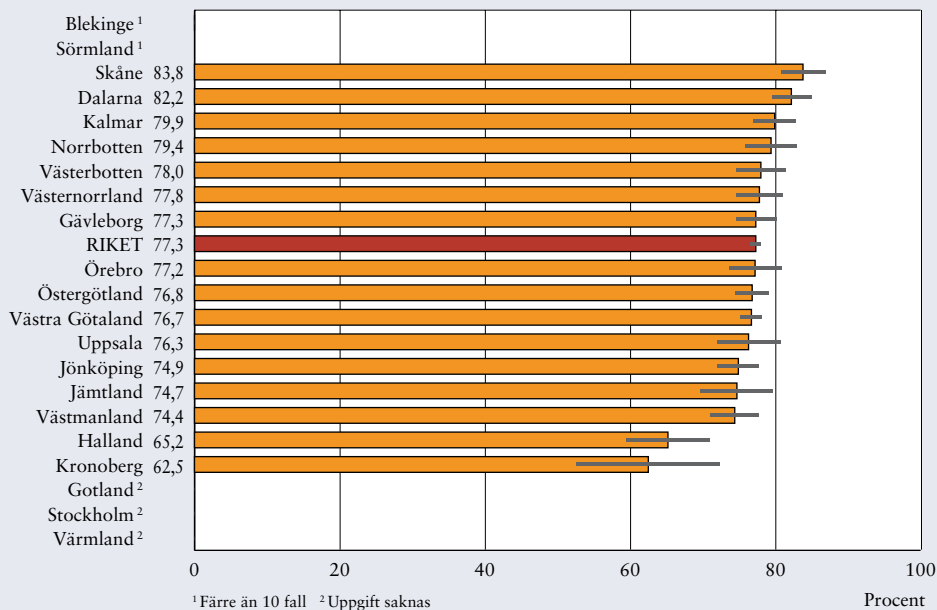


Diagram 36 Andel kvinnor som uppger att de var komplikationsfria och utan oväntade besvär efter operation för livmoderframfall, 2009
Källa: Nationella kvalitetsregistret inom gynekologisk kirurgi

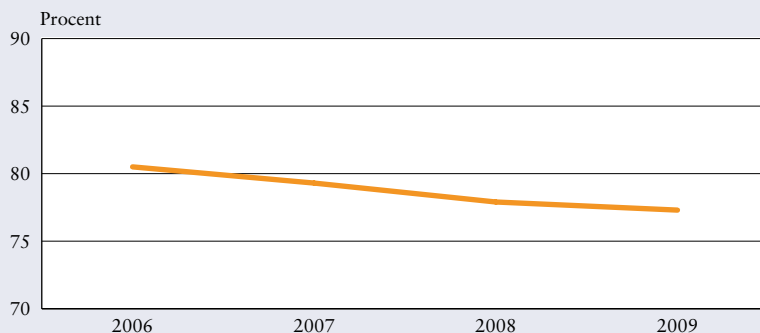
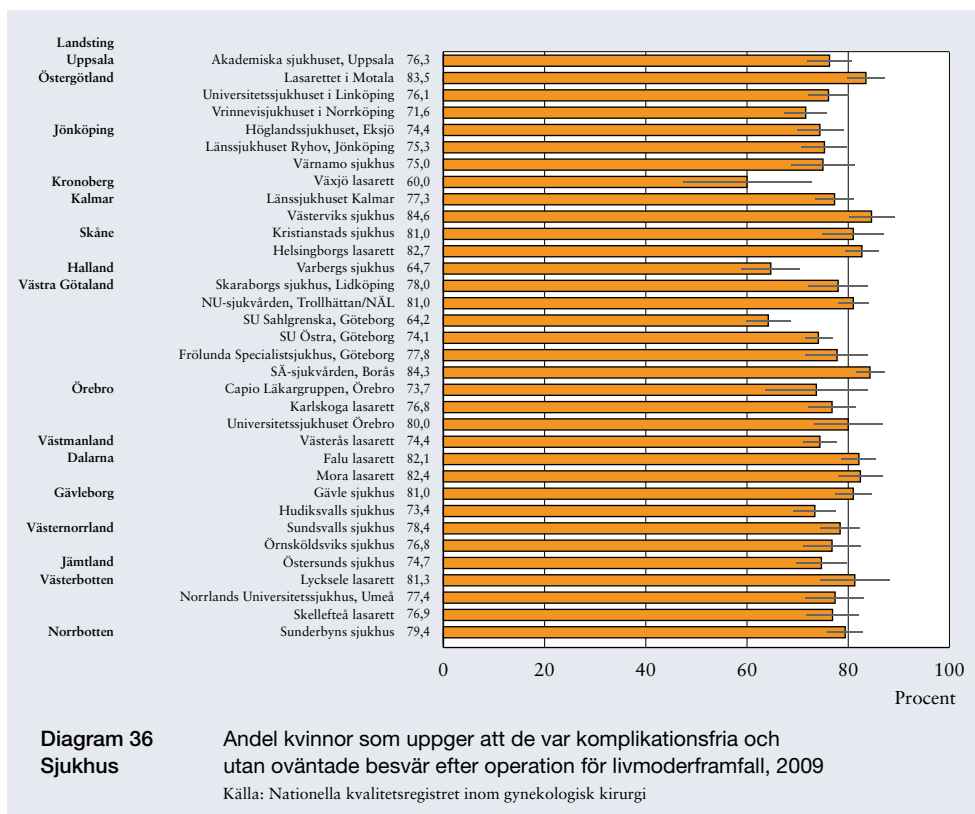


Diagram 36 Andel kvinnor som uppger att de var komplikationsfria och utan oväntade besvär efter operation för livmoderframfall.
Riket Källa: Nationella kvalitetsregistret inom gynekologisk kirurgi

I riket uppgav 77 procent av kvinnorna att de inte haft komplikationer eller oväntade besvär efter operationen. Andelen har minskat något de senaste åren. En felkälla vid denna typ av uppföljning är att patientens gradering av komplikationer i enkäten till kvalitetsregistret är subjektiv och osäker.



37 Dagkirurgiska operationer vid livmoderframfall

År 2009 opererades cirka 6 300 kvinnor för livmoderframfall. Drygt 1 100 av dessa skedde som dagkirurgi, vilket är en något högre andel än 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.

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 lands-

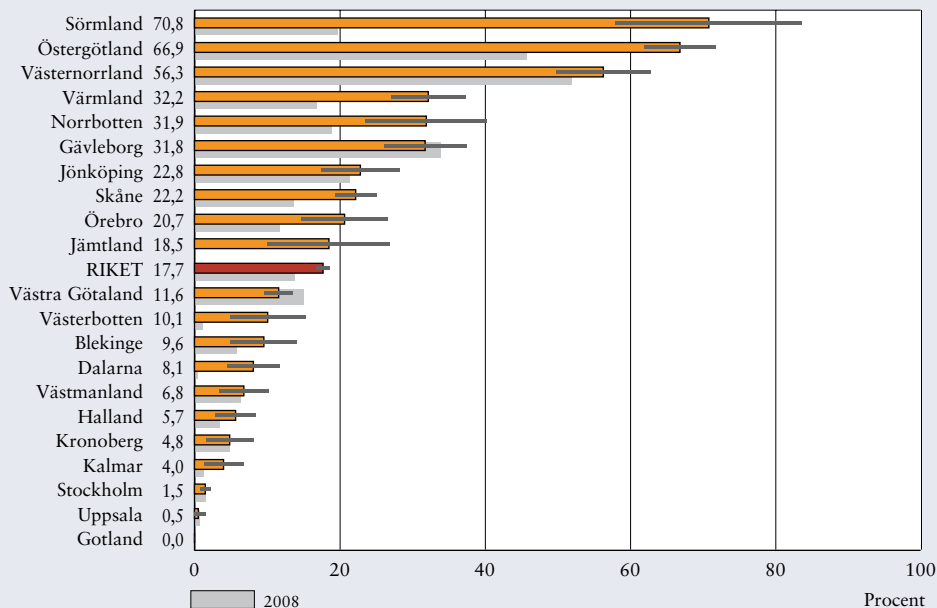


Diagram 37 Andel framfallsoperationer utförda i dagkirurgi, 2009.
Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

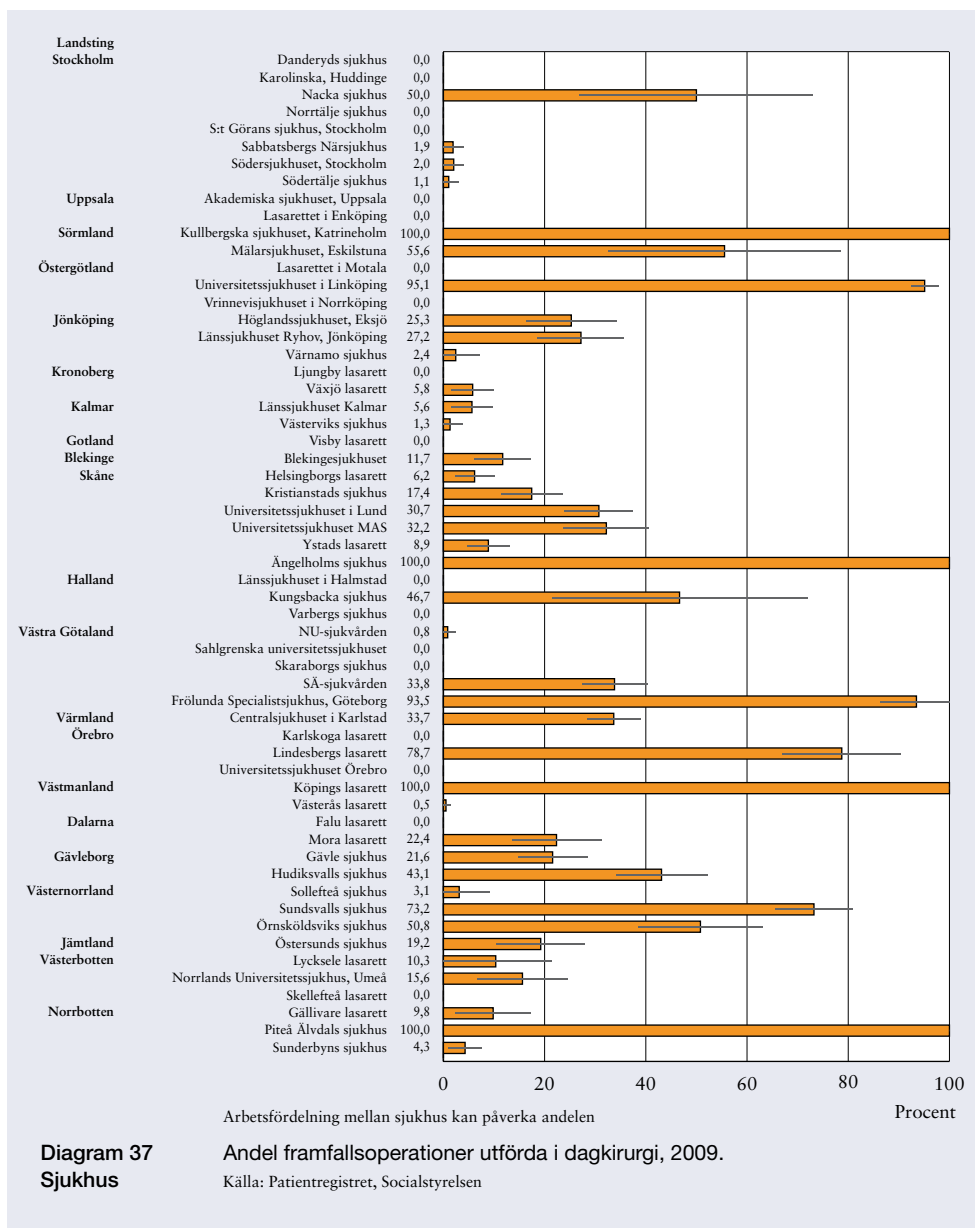
ting operationerna i princip utförs uteslutande i slutenvård. Mycket talar för att de landsting som har en hög slutenvårdsandel kan minska sina kostnader för dessa operationer, utan att kvaliteten försämras.

38 Kostnad per vårdtillfälle vid borttagande av livmoder

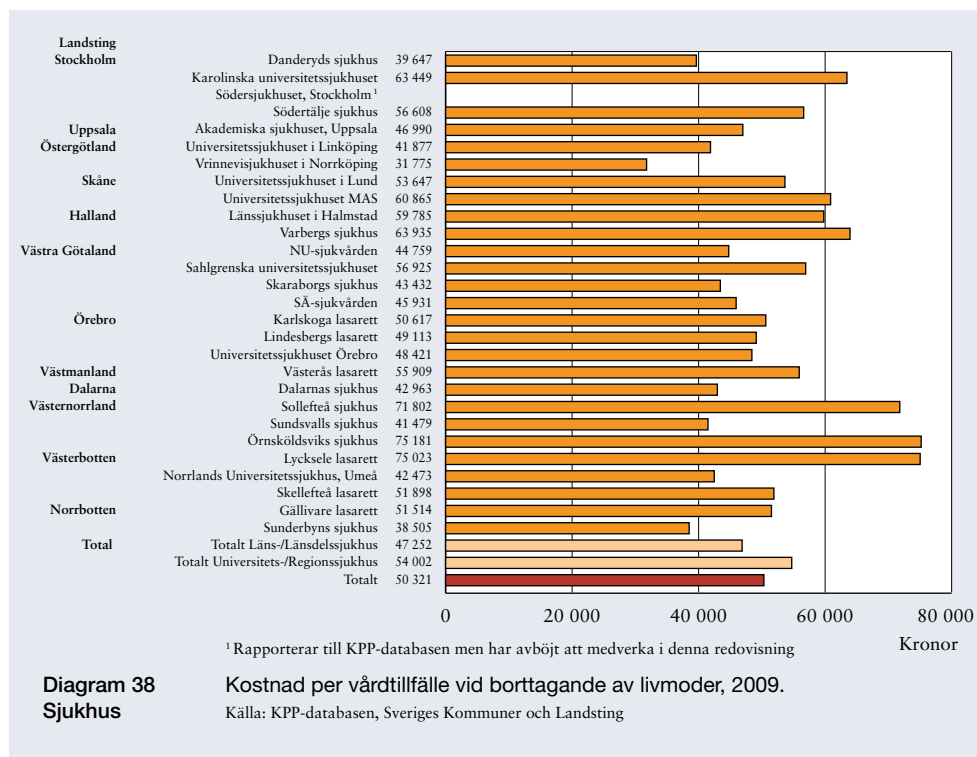
Under 2009 rapporterades 3 399 vårdtillfällen med en åtgärds kod för hysterektomi, borttagande av livmoder, till KPP-databasen. Medelvårdtiden är 3,3 dagar, men varierar mellan sjukhusen från 1 till 5 dagar. Denna variation kan bero på patientselektion och arbetsfördelning mellan sjukhus, men också på valet av operationsmetod och kan då vara ett uttryck för skillnader i medicinsk praxis.

I diagram 38 visas kostnaderna per vårdtillfälle i slutenvård för hysterektomi. Patientgruppen och operationen är densamma som den för vilken önskade händelser redovisades i diagram 34. KPP-databasens genomsnittskostnad för innerfallen uppgick 2009 till 50 321 kr. De redovisade kostnaderna skiljer sig påtagligt mellan sjukhusen, från drygt 31 000 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.

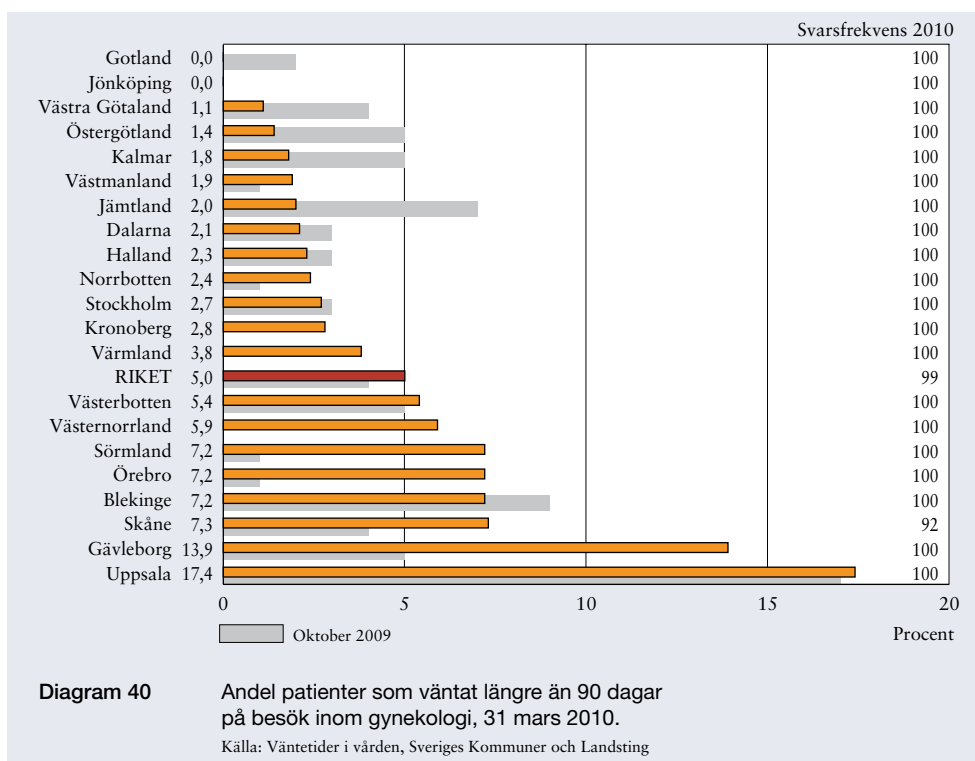
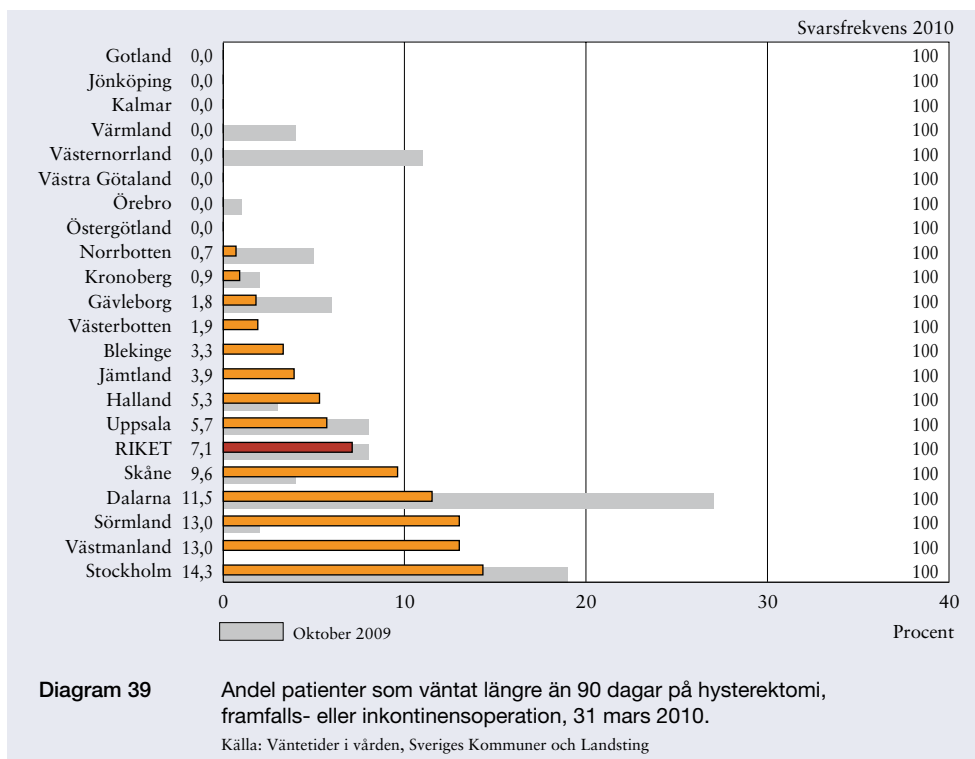


39, 40 Väntat längre än 90 dagar på gynekologisk operation och läkarbesök

Området gynekologiska operationer och besök på mottagning uppvisar en relativt bra tillgänglighet. I riket har en liten ytterligare förbättring av andelen som väntat längre än 90 dagar skett mellan mars 2010 och oktober 2009. Nio landsting uppfyller vårdgarantin för detta område, det vill säga har nått målet att ingen patient väntat längre än 90 dagar på en gynekologisk operation. Alla utom fem landsting har en andel som är klart lägre än tio procent.

Totalt väntade 2 963 patienter på operation i mars 2010, av vilka 209 hade väntat längre än 90 dagar. Mer än hälften av alla dessa finns i Stockholm. I alla utom fyra landsting rör det sig om färre än 10 patienter som väntat för länge.

Även för besök på gynekologisk mottagning är tillgängligheten relativt god, även om bara två landsting når vårdgarantins mål och redovisar ett noll-värde. Dessa båda, Gotland och Jönköping, uppvisar för detta område sedan flera år en uthållig och god utveckling. Bara i två landsting är andelen över tio procent. Totala antalet väntande var i mars 2010 drygt 14 500, varav 733 hade väntat längre än 90 dagar.



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 16 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 väntetider och kostnader. Källorna är olika ortopediska Nationella Kvalitetsregister, Patientregistret och Läkemedelsregistret på Socialstyrelsen samt Väntetider i Vården och KPP-databasen på SKL.

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

Inom denna sjukdomsgrupp utförs sammantaget drygt 80 000 operationer årligen. En aktuell illustration från området är att antalet totala knä- och höftproteser under 2009 har ökat kraftigt, med 13 respektive 8 procent. Till detta antal operationer skall för sjukdomsområdet även läggas frakturkirurgi, som är Sveriges vanligaste kirurgiska ingrepp. Här visas för frakturkirurgin indikatorer enbart för höftfraktur, eftersom det saknas väl täckande kvalitetsregister för övrig frakturbehandling.

41 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 2009 utfördes 12 600 primära knäprotesoperationer på 78 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 och har en täckningsgrad på över 95 procent. Alla knäprotesopererande enheter från alla landsting ingår i registret. Kli-

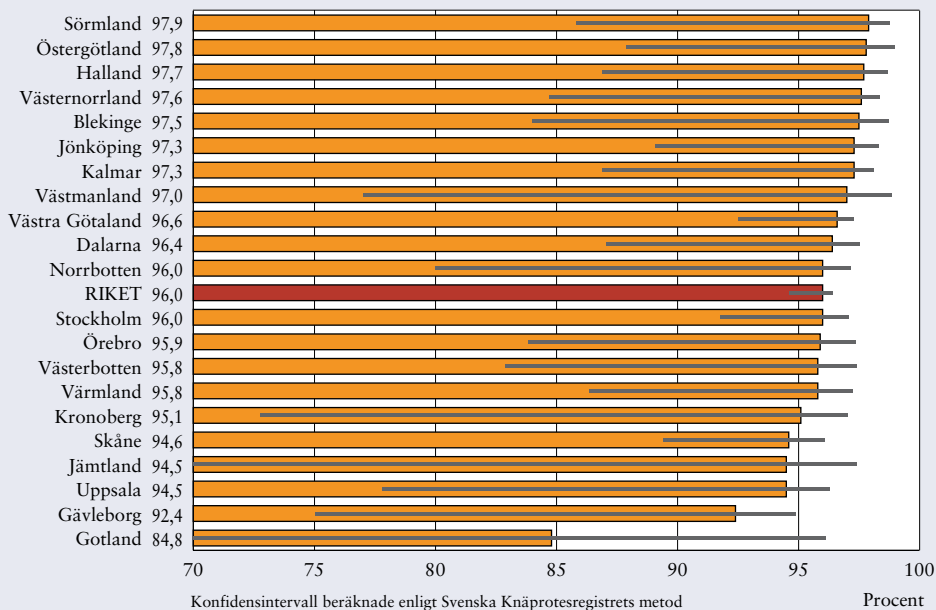


Diagram 41
Kvinnor

Andel totala knäproteser som inte omopereras inom 10 år, 1999–2008.

Källa: Svenska Knäprotesregistret

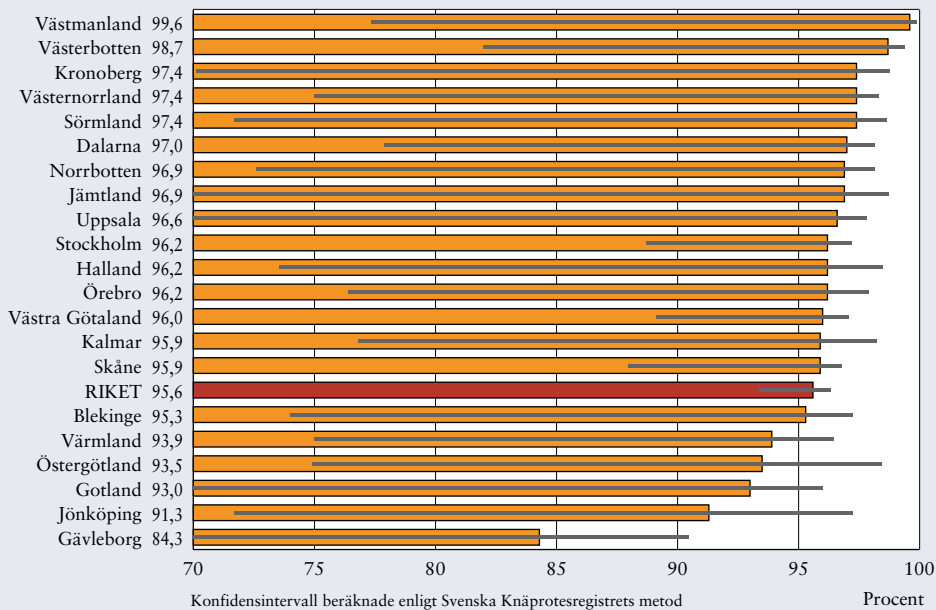


Diagram 41
Män

Andel totala knäproteser som inte omopereras inom 10 år, 1999–2008.

Källa: Svenska Knäprotesregistret

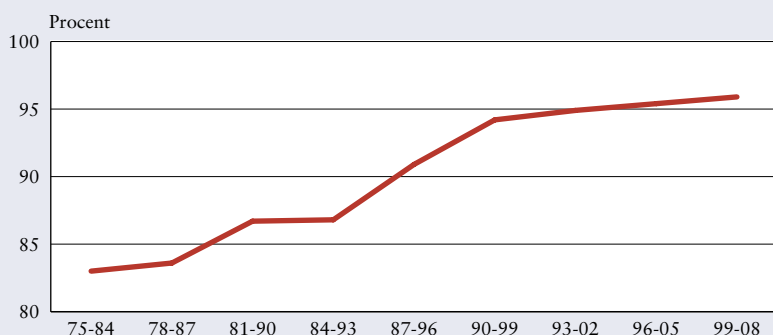


Diagram 41
Riket

Andel totala knäproteser som inte omopereras inom 10 år.
Källa: Svenska Knäprotesregistret

niker lokaliserade inom ett visst landsting redovisas under detta, oavsett varifrån patienten kommer.

Indikatorn avser total knäprotesoperation vid artros, operationer utförda under perioden 1999–2008. Antalet operationer under denna period var drygt 71 000. I diagram 41 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.

Revision, utbyte av delar av eller hela protesen, 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 85 till 98 procent för kvinnor och från 84 till 99 procent för män. I riket fick således cirka fyra av 100 patienter omopereras inom 10 år med byte av protesen eller borttagning/adding av protesdelar. Resultaten gäller en tioårsperiods operationer och behöver därför inte 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.

42 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 97,5 procent verksamhetsåret 2009.

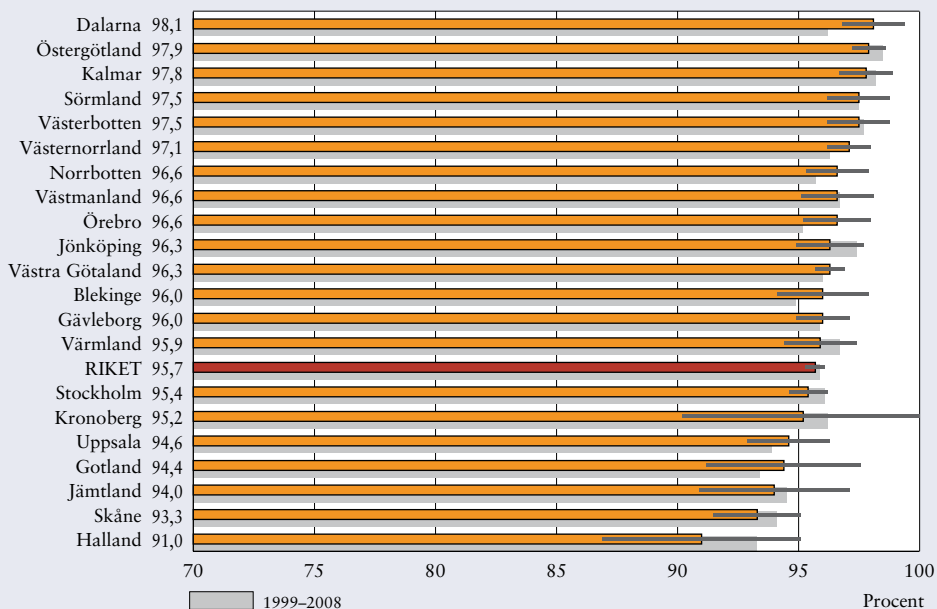


Diagram 42 Andel totala höftproteser som inte omopereras inom 10 år, 2000–2009.
Kvinnor Källa: Svenska Höftprotesregistret

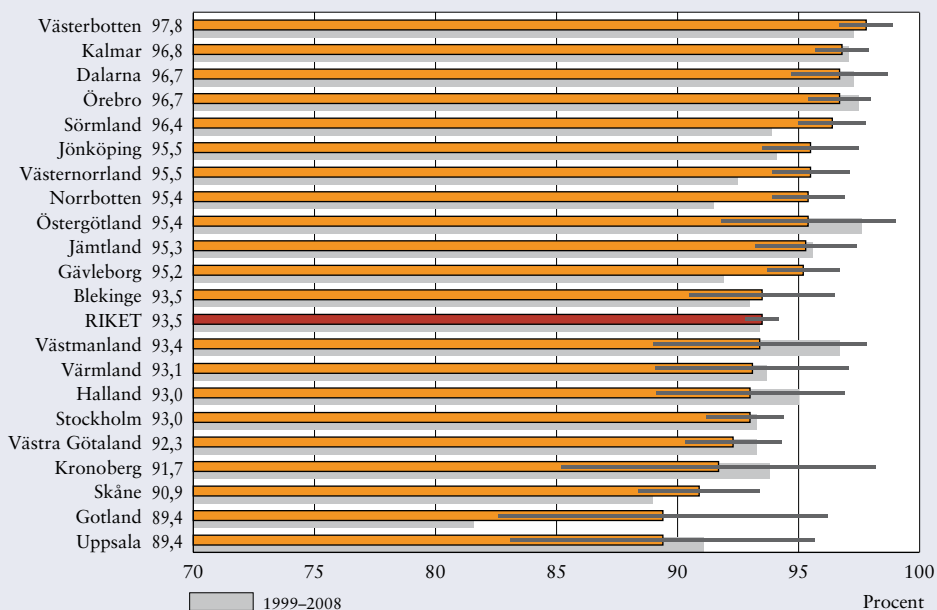


Diagram 42 Andel totala höftproteser som inte omopereras inom 10 år, 2000–2009.
Män Källa: Svenska Höftprotesregistret

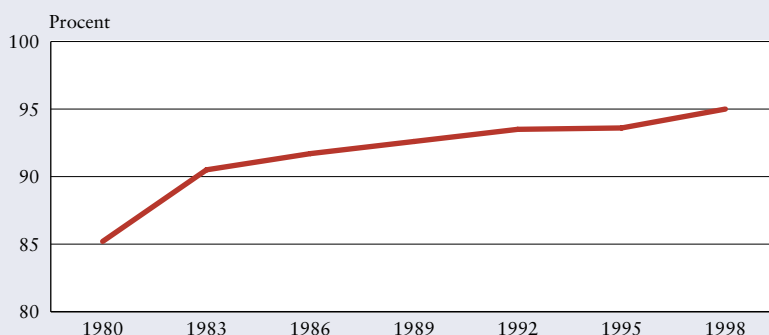


Diagram 42
Riket

Andel totala höftproteser som inte omopereras inom 10 år.

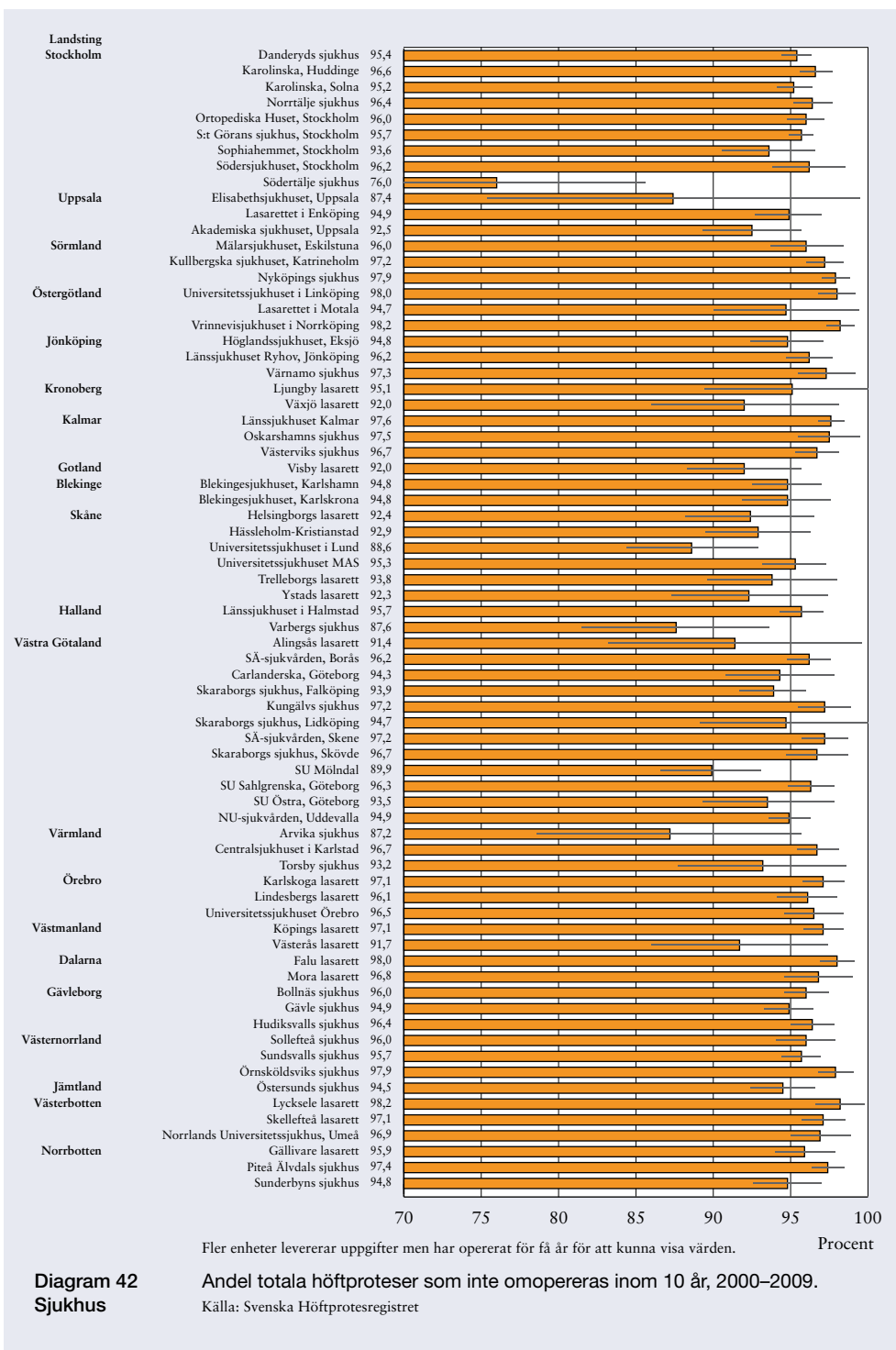
Källa: Svenska Höftprotesregistret

2009 utfördes 15 650 primära totala höftprotesoperationer och 2 268 omoperationer. Flera kvinnor än män opereras. Ungefär 60 procent av operationerna görs på kvinnor. Ett viktigt kvalitetsmått är hur länge protesen "överlever" efter operationen, så kallad Kaplan-Meier statistik. Definition av misslyckande är utbyte av någon del av protesen eller borttagande av hela protesen. Svenska Höftprotesregistret följer sedan länge denna kvalitetsindikator. Uppgifterna här avser 127 000 operationer utförda under senaste 10-årsperioden 2000–2009.

Riket hade under den gångna 10-årsperioden en nästan 95-procentig protesöverlevnad, vilket är världens högsta rapporterade 10-årsresultat. Landstingens resultat varierar från 92 till 98 procent, för båda könen sammantagna. Kvinnors operationer har ett något bättre långtidsresultat än männens, med 96 procents protesöverlevnad, mot männens 93 procent. Denna könsskillnad är känd sedan ett stort antal tidigare studier. Den 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. Samarbete 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 påverkas. Ingen korrigering för detta har gjorts i redovisningen.



43 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 urledvridningar 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.

Bara komplikationer som är kirurgiskt åtgärdade är inkluderade. Antibiotikabehandlade infektioner och icke-kirurgiskt behandlade urledvridningar 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.

Andelen omoperationer återges i diagram 43 och avser 58 500 operationer som utförts under perioden 2006–2009. I riket som helhet omopererades 1,8 procent av patienterna inom två år. Detta motsvarar 1 043 patienter. I två landsting var andelen omoperationer under 1 procent. Fem landsting har över två procent omoperationer.

Komplikationsfrekvensen är lägre bland kvinnor än för män, dock är skillnaden liten: 1,6 respektive 2 procent. Variationen på sjukhusnivå var större: Från inga komplikationer upp till 4,9 procent. Denna större spridning på enhetsnivå ger indikatorn större tyngd avseende förbättringsarbete. Komplikationstalen är generellt låga. Patientsammansättning och slumpmässig variation har stor påverkan på resultaten.

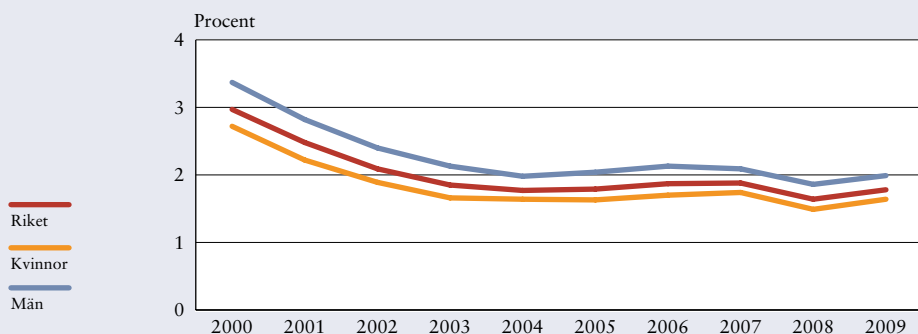


Diagram 43
Riket

Andel omoperationer inom 2 år efter total höftprotesoperation.
Källa: Svenska Höftprotesregistret

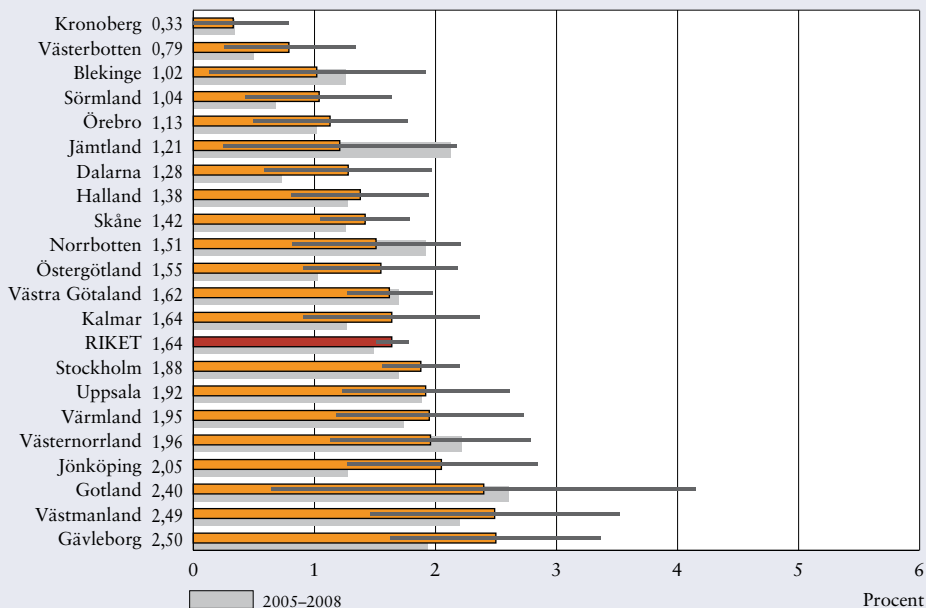


Diagram 43
Kvinnor

Andel omoperationer inom 2 år efter total höftprotresoperation, 2006–2009.
Källa: Svenska Höftprotresregistret

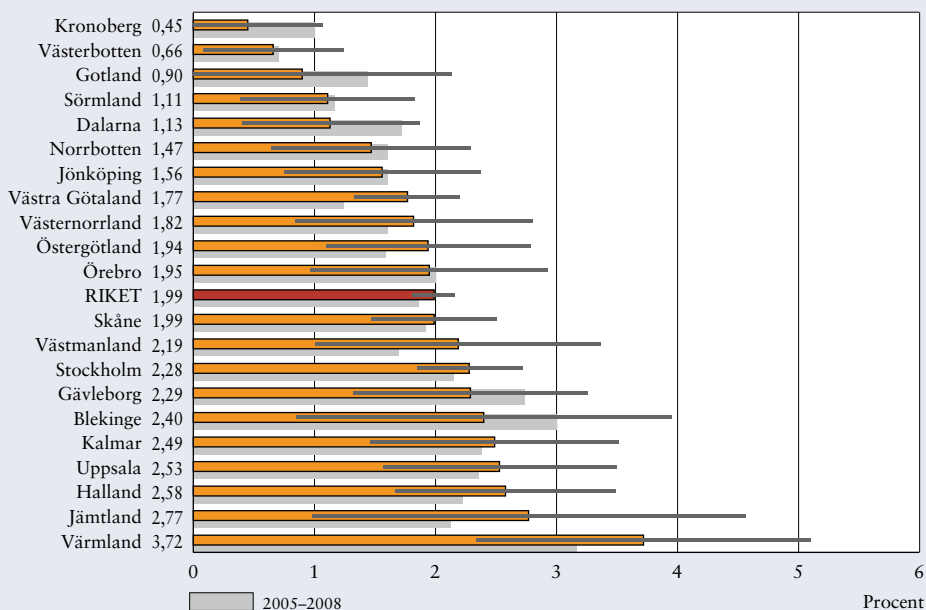


Diagram 43
Män

Andel omoperationer inom 2 år efter total höftprotresoperation, 2006–2009.
Källa: Svenska Höftprotresregistret

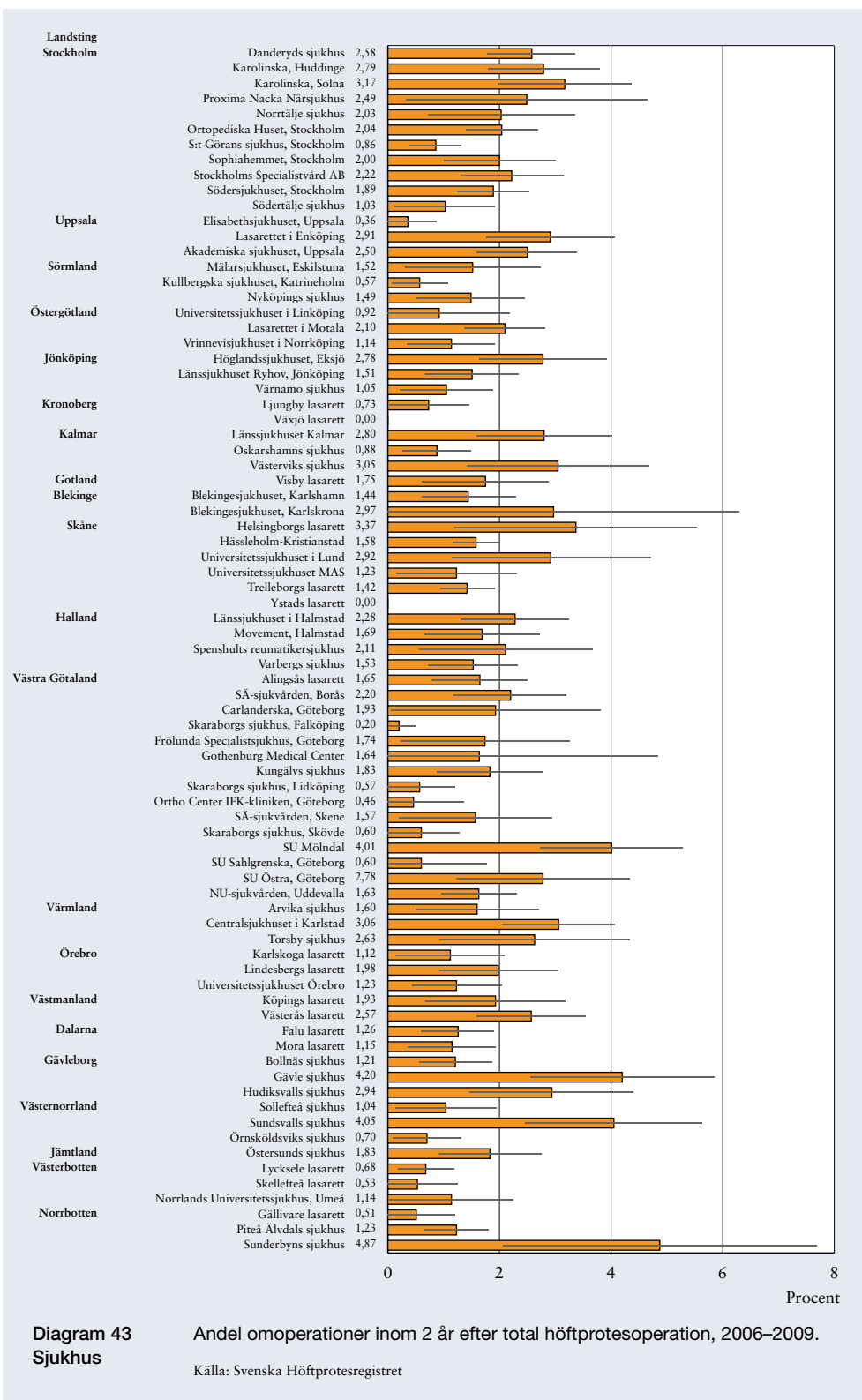


Diagram 43
Sjukhus

Andel omoperationer inom 2 år efter total höftproteseoperation, 2006–2009.

Källa: Svenska Höftprotesregistret

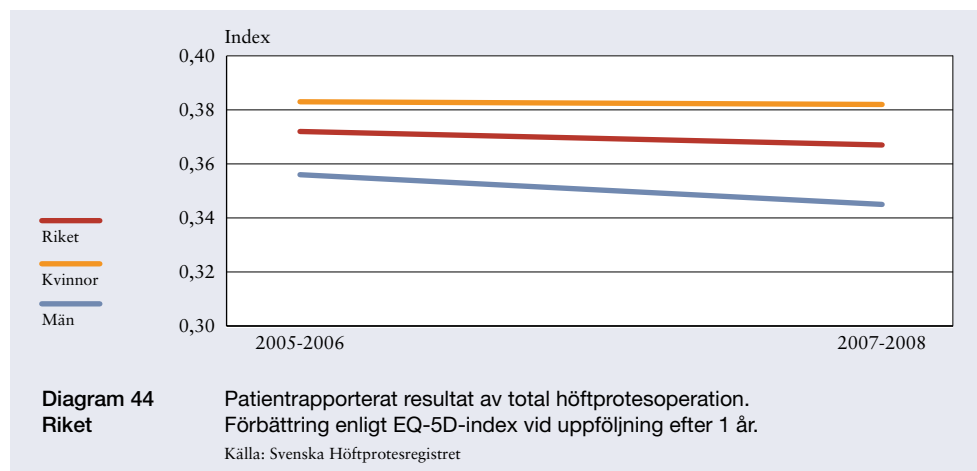
Resultatet kan egentligen bara värderas över tid, det vill säga om klara trender föreligger.

En nollvision är inte realistisk vad gäller komplikationer efter en kirurgisk operation. Riksgenomsnittet har de senaste åren legat konstant på 1,6–1,8 procents ooperationer 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.

44 Patientrapporterat resultat av total höftprotesoperation

Patientrapporterade utfall av sjukvårdens behandlingar och åtgärder har de senaste åren alltmera uppmärksammats, både i Sverige och utomlands. Den engelska termen för dessa mått är PROM, Patient Reported Outcome Measure. 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 44 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, utom Sophiahemmet, ingår i denna uppföljningsrutin. Svarsfrekvensen på enkäten var under denna tid 91 procent.



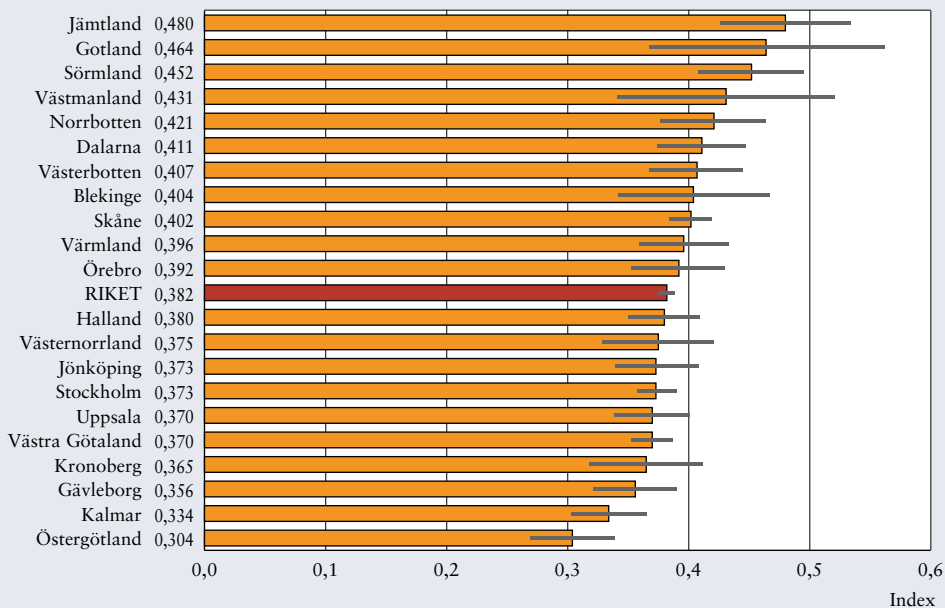


Diagram 44
Kvinnor

Patientrapporterat resultat av total höftprotesoperation, 2007–2008.
Förbättring enligt EQ-5D-index vid uppföljning efter 1 år.

Källa: Svenska Höftprotesregistret

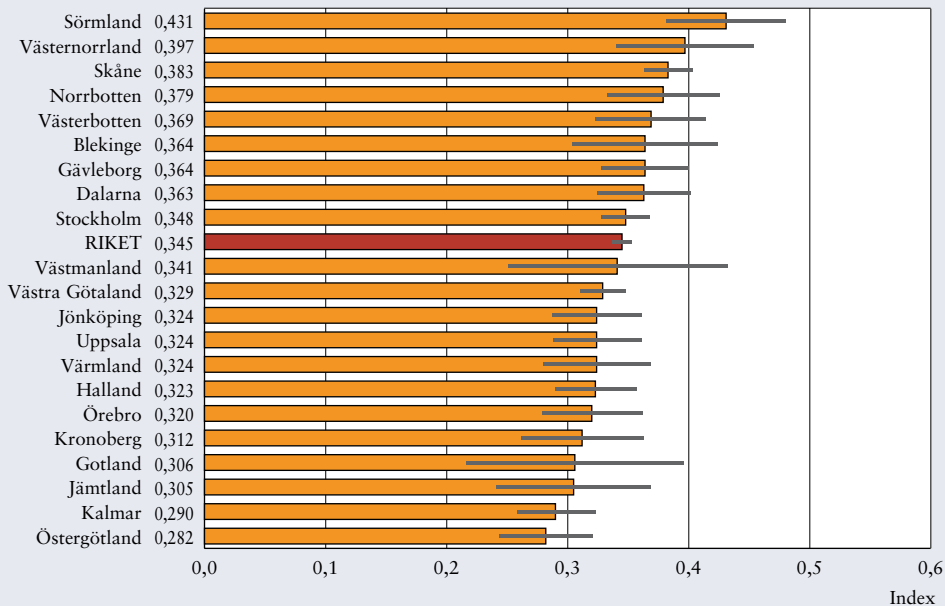


Diagram 44
Män

Patientrapporterat resultat av total höftprotesoperation, 2007–2008.
Förbättring enligt EQ-5D-index vid uppföljning efter 1 år.

Källa: Svenska Höftprotesregistret

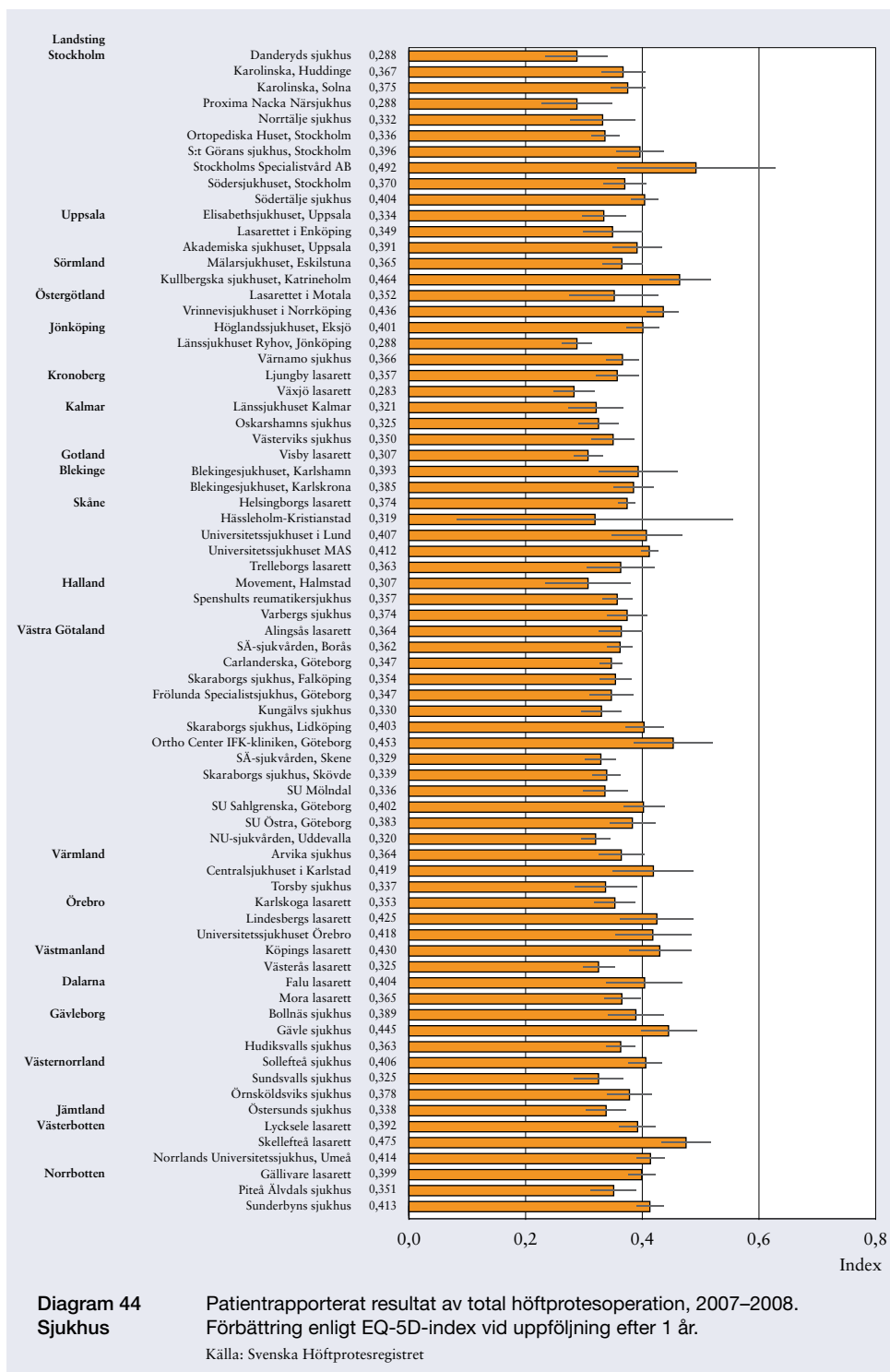


Diagram 44
Sjukhus

Patientrapporterat resultat av total höftprotesoperation, 2007–2008.
Förbättring enligt EQ-5D-index vid uppföljning efter 1 år.
Källa: Svenska Höftprotesregistret

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 vunnen hälsorelaterad livskvalitet justeras resultatet i viss mån för dessa andra faktorer. Riksmedelvärde för EQ-5D index vinst efter 1 år har konstant legat på 0,36, hela perioden från det att databasen innehöll 200 patienter till dagens läge med 61 000 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 männens.

45 Önskad händelser efter knä- och höftprotesoperation

I Sverige opereras årligen cirka 13 000 knäproteser och 16 000 totala höftproteser. Därtill kommer även revisionsoperationer, där proteserna byts ut. Dessa vanligtvis planerade ingrepp utgör en stor del av den icke-akuta ortopediska verksamheten.

Även om ingreppen idag är att betrakta som rutinkirurgi gäller det stora kirurgiska operationer, som inte är helt riskfria för patienten. Modern anestesiologi, 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 "önskad händelser" är en försvenskning av det vanligt förekommande engelska uttrycket "adverse events".

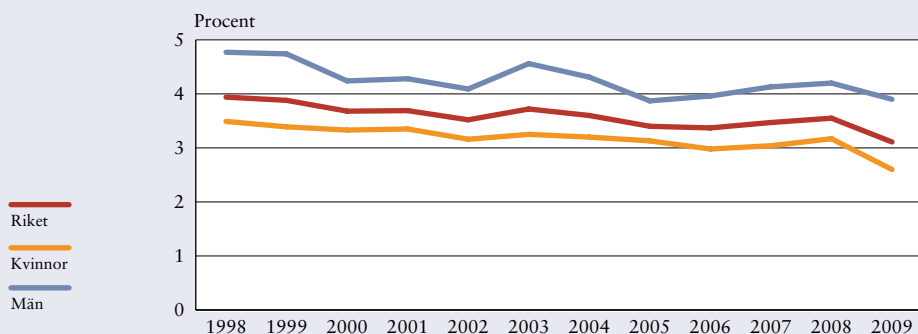


Diagram 45
Riket

Önskad händelser inom 30 dagar efter knä- eller total höftprotesoperation. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

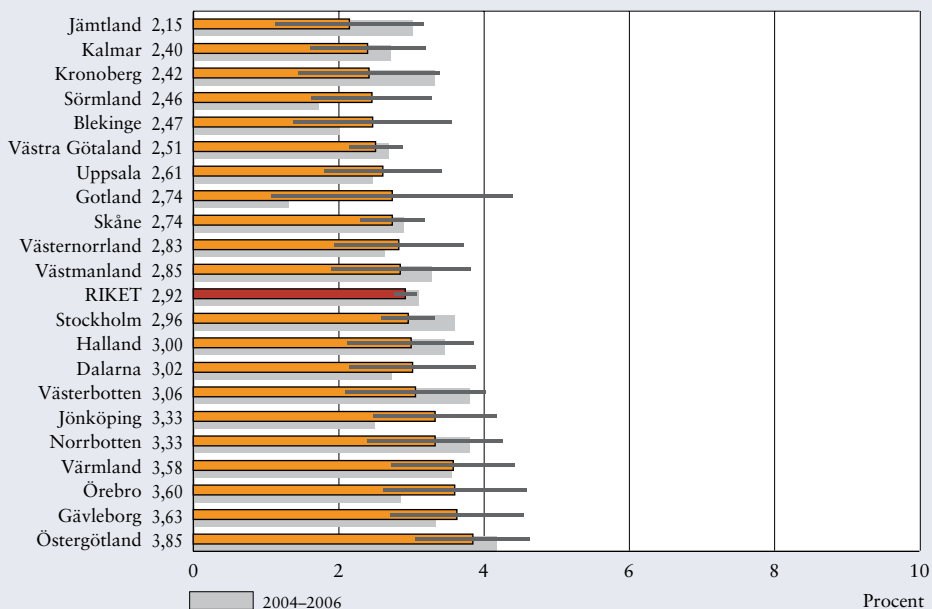


Diagram 45
Kvinnor

Oönskade händelser inom 30 dagar efter knä- eller total höftprotosoperation, 2007-2009. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

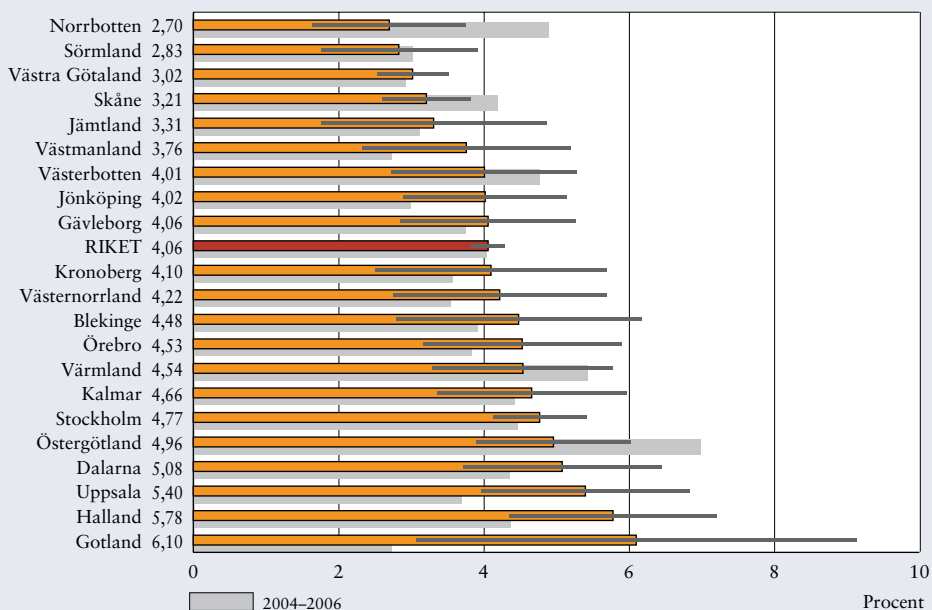


Diagram 45
Män

Oönskade händelser inom 30 dagar efter knä- eller total höftprotosoperation, 2007-2009. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Återinläggning och död kan bero på lokala komplikationer relaterade till kirurgin, 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 registrerar 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.

I diagram 45 redovisas frekvensen återinläggning och död inom 30 dagar efter höft- och knäprotesoperation. Knappt 74 000 operationer utförda under 2007–2009 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.

2,9 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 stod för två tredjedelar av de studerade återinläggningarna. Det är en viss spridning mellan landstingen, från 2,2 till 3,9 procent för kvinnor och från 2,7 till 6,1 procent för män. I riket som helhet kan en tendens till minskning noteras under den senaste 10-årsperioden.

46 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.

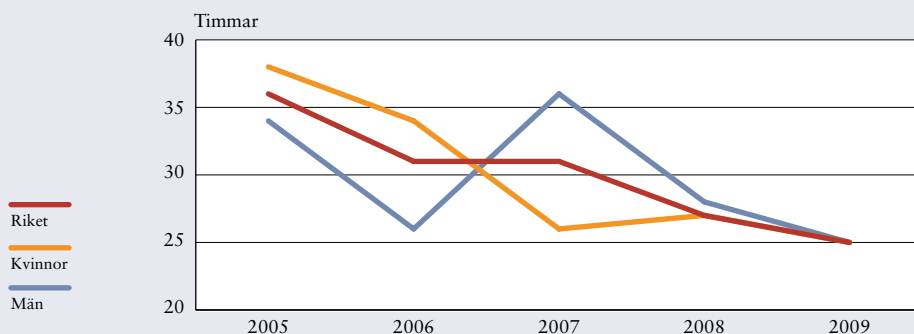


Diagram 46
Riket

Väntetid till höftfrakturoperation efter ankomst till sjukhus.
Källa: RIKSHÖFT - Nationella höftfrakturregistret

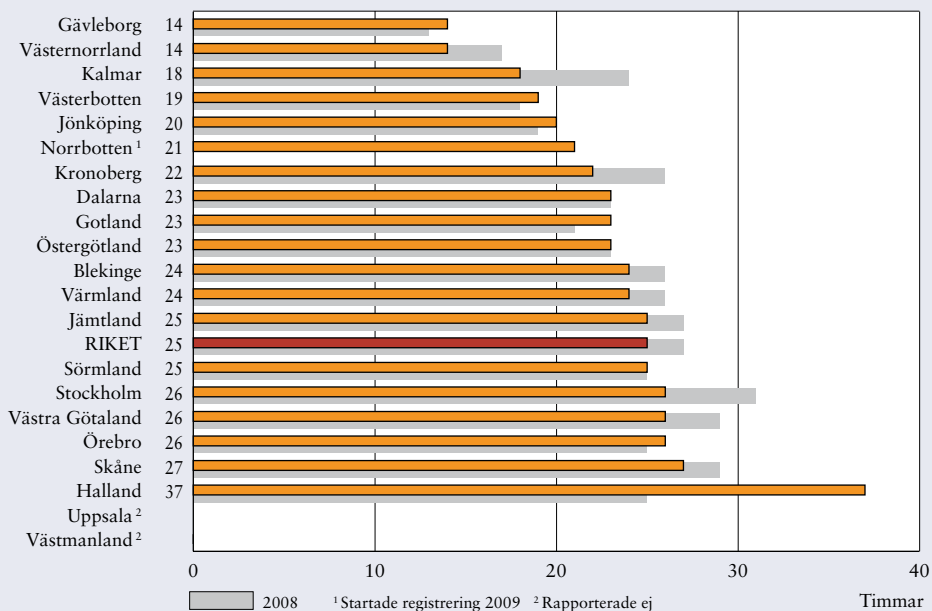


Diagram 46
Kvinnor

Väntetid till höftfrakturopoperation efter ankomst till sjukhus, 2009.

Källa: RIKSHÖFT - Nationella höftfrakturregistret

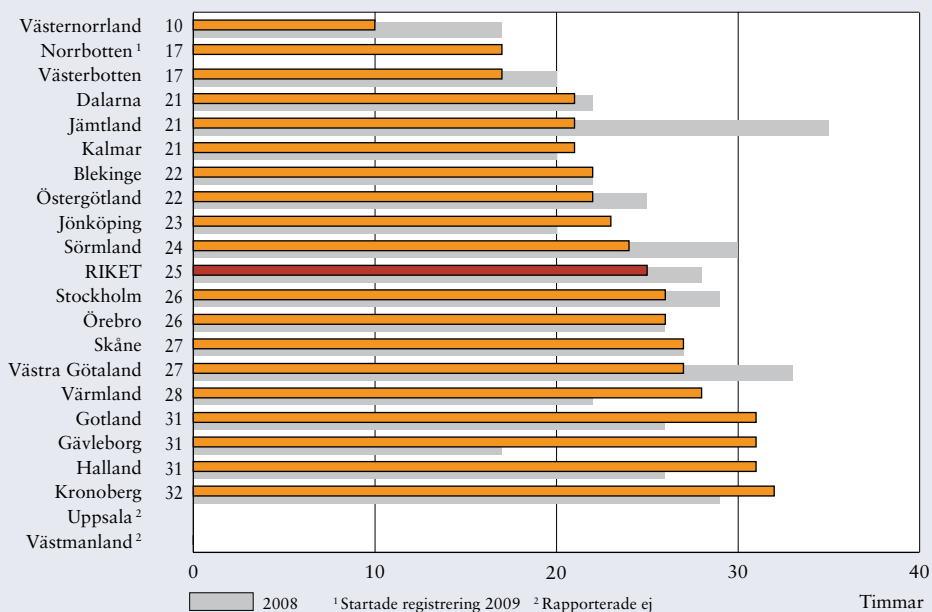
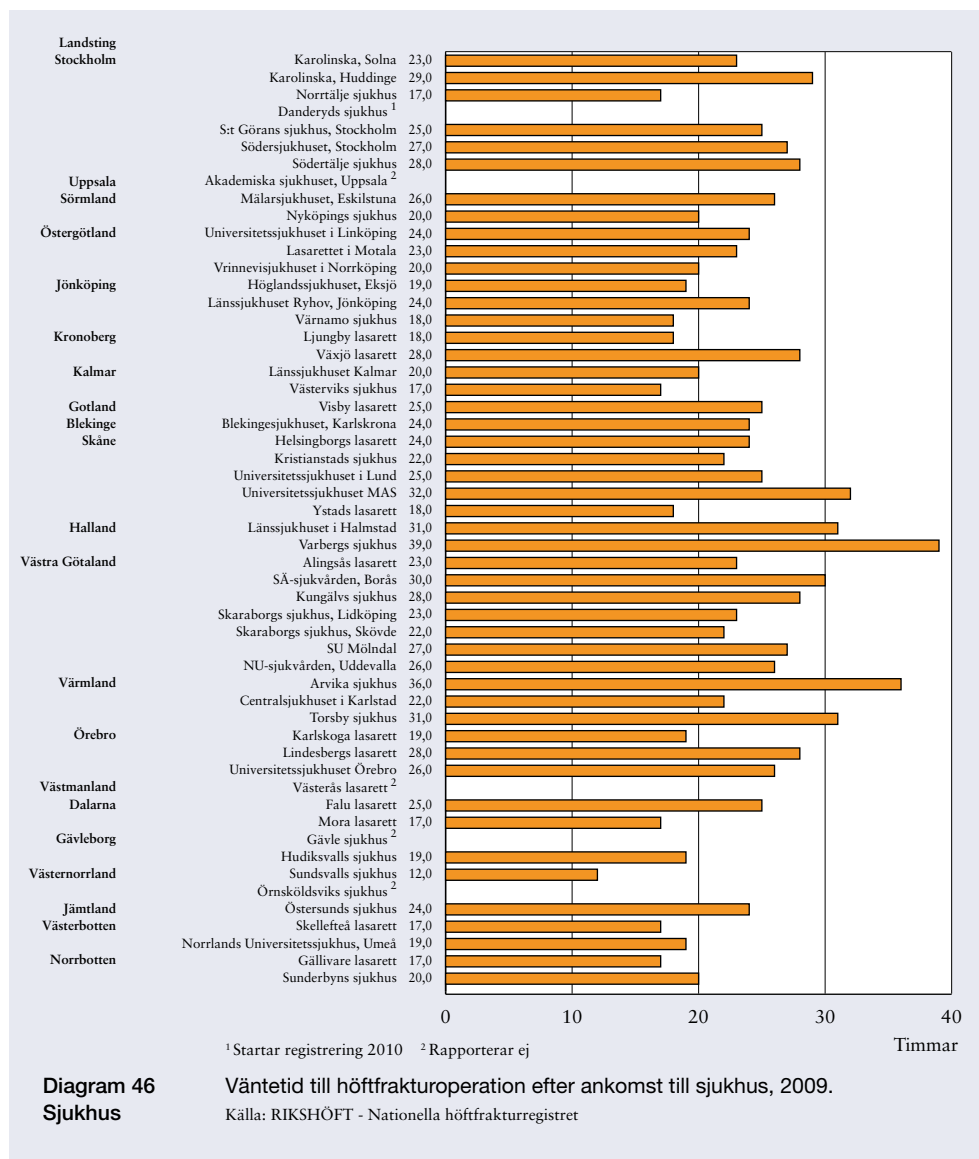


Diagram 46
Män

Väntetid till höftfrakturopoperation efter ankomst till sjukhus, 2009.

Källa: RIKSHÖFT - Nationella höftfrakturregistret



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 är en viktig processindikator, som är beroende på 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

på omorganisationen inom svensk ortopedi, med uppdelning i elektiv och akut verksamhet, opereras i dagsläget patienter med höftfraktur på enbart 53 sjukhus. Av dessa kliniker deltar för närvarande inte Gävle, Uppsala, Västerås, Danderyd och Örnköldsvik i registreringen i RIKSHÖFT. Underlaget till diagram 46 utgörs av 12 804 höftfrakturpatienter.

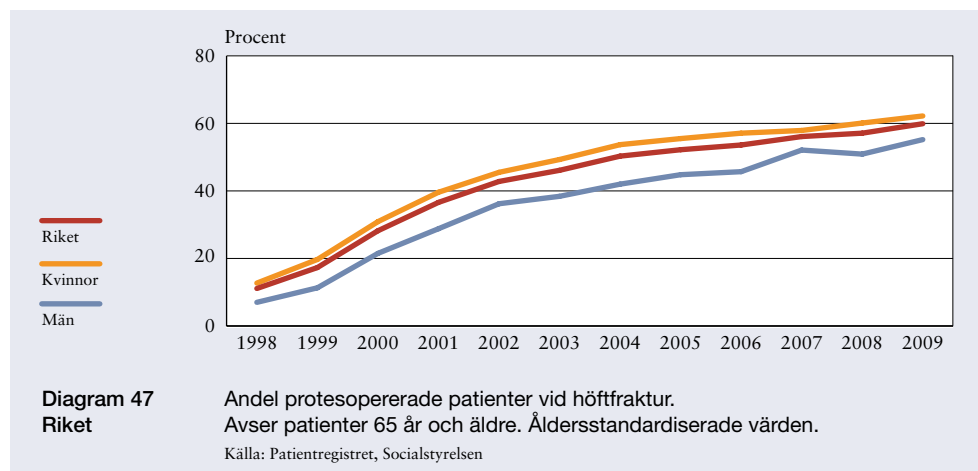
Medelväntetiden i riket var 25 timmar, med en spridning mellan landstingen från 12 till 35 timmar. Socialstyrelsens riktlinjer från 2003 anger som sin rekommendation att operation bör utföras så tidigt som möjligt under ankomstdagen, helst inom 24 timmar. Flera landsting ligger klart över 24 timmars 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 sju, åtta 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.

47 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 skör grupp bland höftfrakturpatienterna.



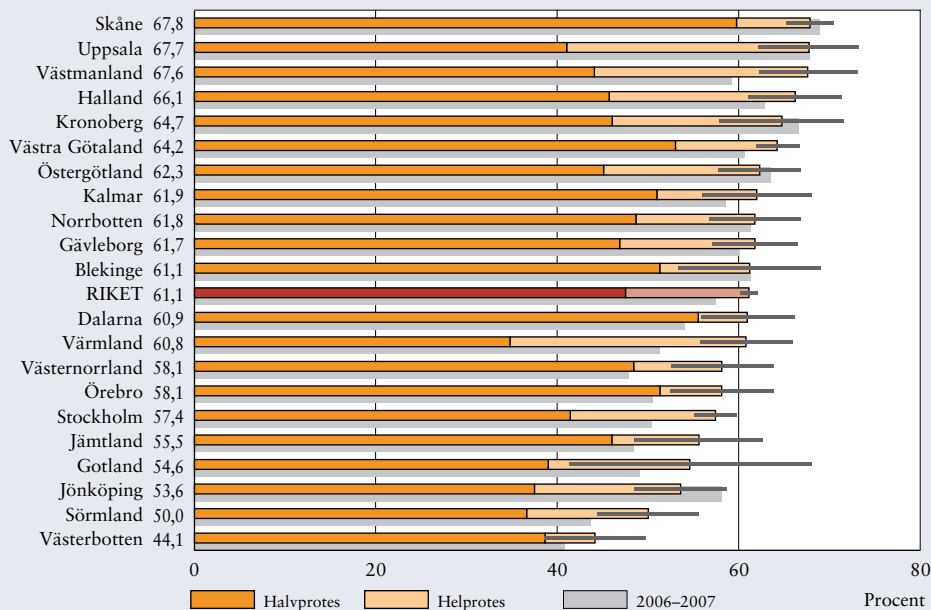


Diagram 47
Kvinnor

Andel protesopererade patienter vid höftfraktur, 2008–2009.
Avser patienter 65 år och äldre. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

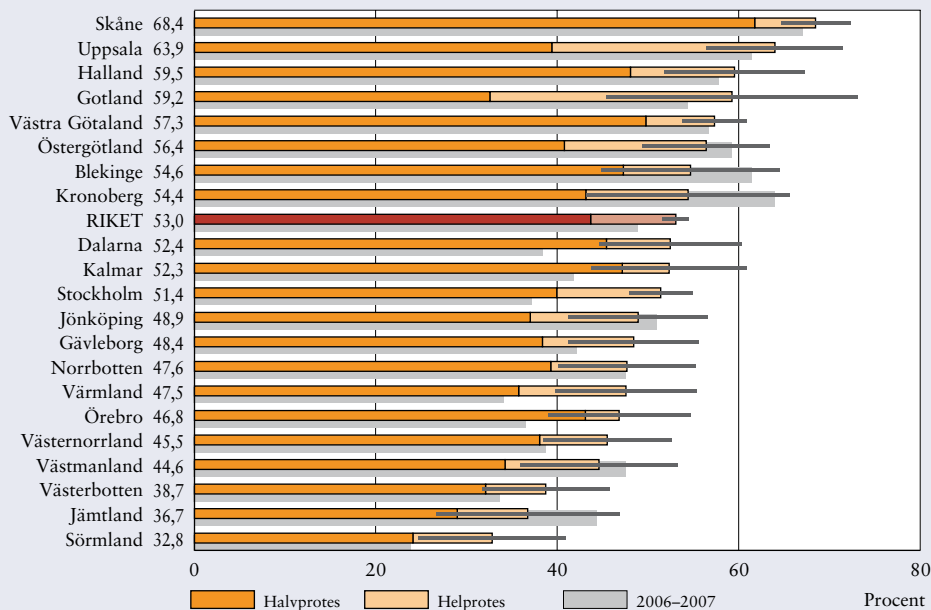
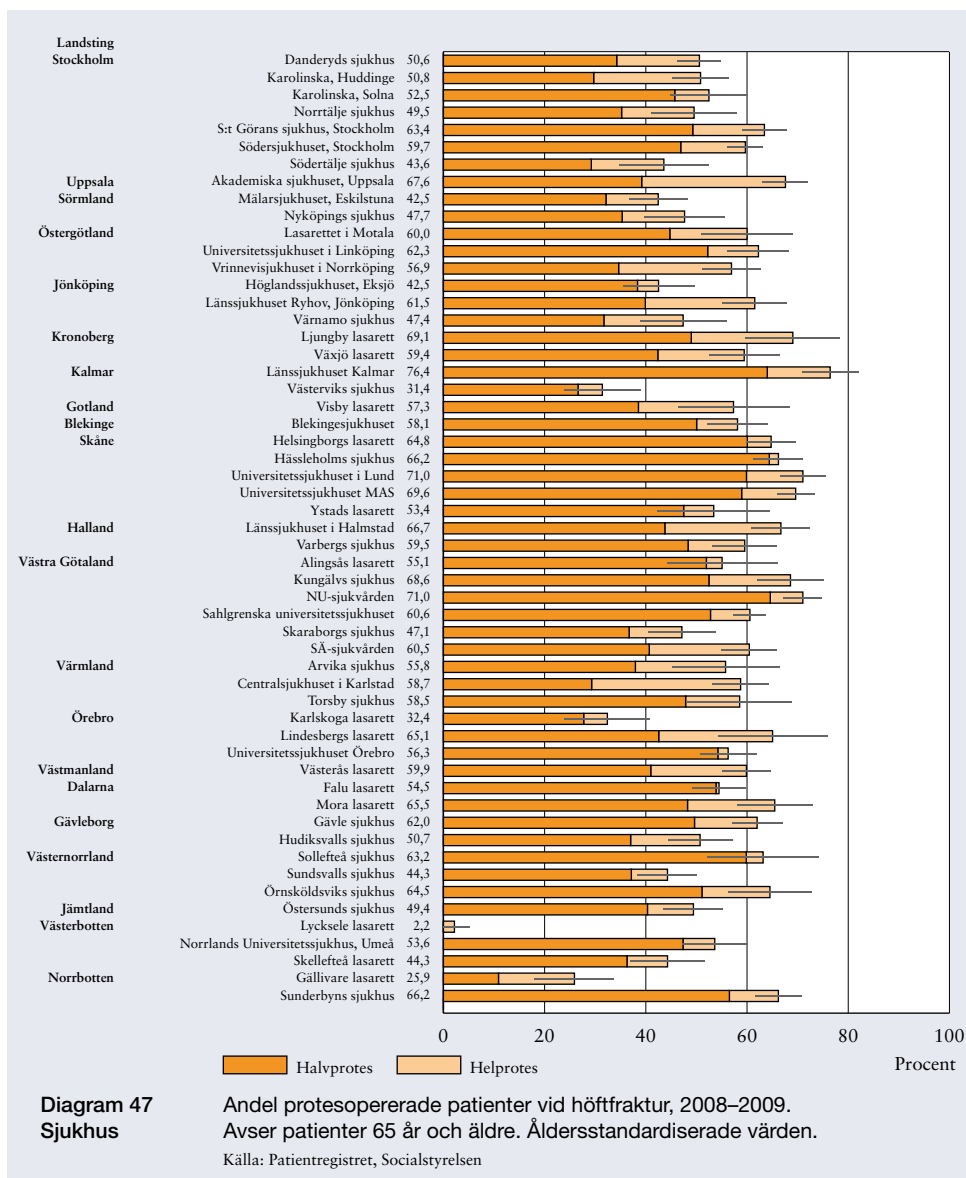


Diagram 47
Män

Andel protesopererade patienter vid höftfraktur, 2008–2009.
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 47 visar andelen patienter 65 år och äldre med cervikal höftfraktur som protesopererades under 2008–2009. Källan är Patientregistret med 14 500 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 59 procent, i riket som helhet. Riksmedelvärdet var vid årets analys 61,1 procent för kvinnor och 53 procent för män. Få landsting når över nivån 65 procent. Det finns således, trots ökningen, en stor nationell förbättringspotential.

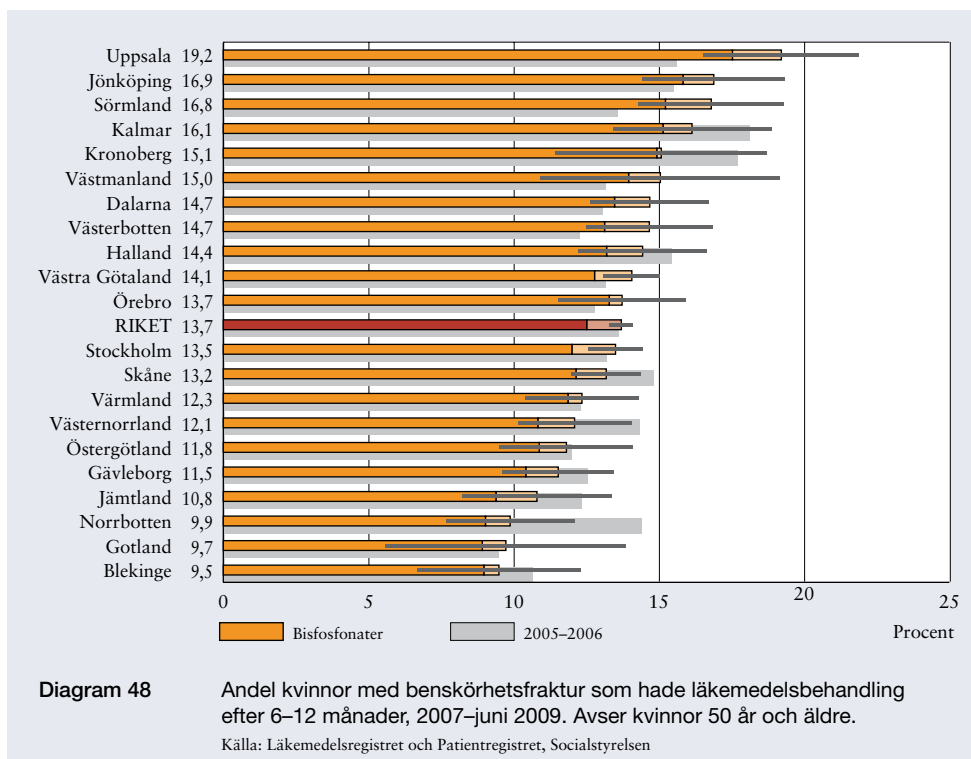
Att protesoperera 65–70 procent av alla patienter med cervikala höftfrakturer ställer stora krav på klinikerna, med omorganisation av jourarbete och krav på ökad kirurgisk kompetens. En ytterligare anledning till att man i vissa landsting/kliniker inte fullt ut tillämpar den nya behandlingsmodellen kan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

48 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.

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 26 712 kvinnor i åldrarna 50 år och äldre som slutenvårdats för ett urval av frakturer under perioden januari 2007 – juni 2009. Kvinnornas läkemedelsuttag 6 till 12 månader efter sjukhusvården studerades. Indikatorn är förändrad jämfört med förra årets publikation med avseende på nedre åldersgräns (tidigare 55 år) och vilka osteoporosförebyggande läkemedel och hormonbehandlingar som ingår.

Diagram 48 visar att i riket som helhet fick knappt 14 procent av kvinnorna läkemedelsbehandling. Det är stora skillnader mellan landstingen. Andelen behandlade varierar mellan 10 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 rekquirera 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 postmeno-

pausala 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.

49 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 enstämmigt 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

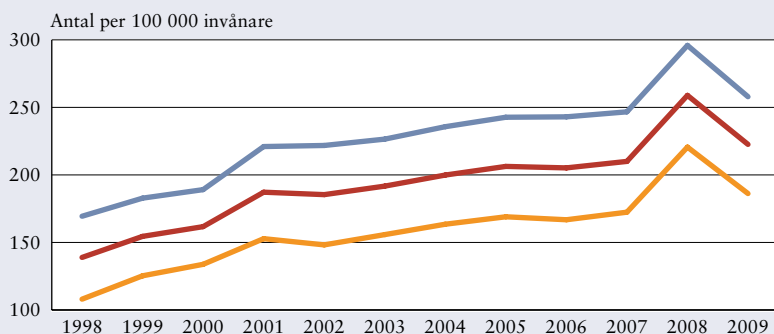


Diagram 49
Riket

Antal artroskopier i knäled vid artros eller meniskskada per 100 000 invånare. Avser patienter 40 år och äldre. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

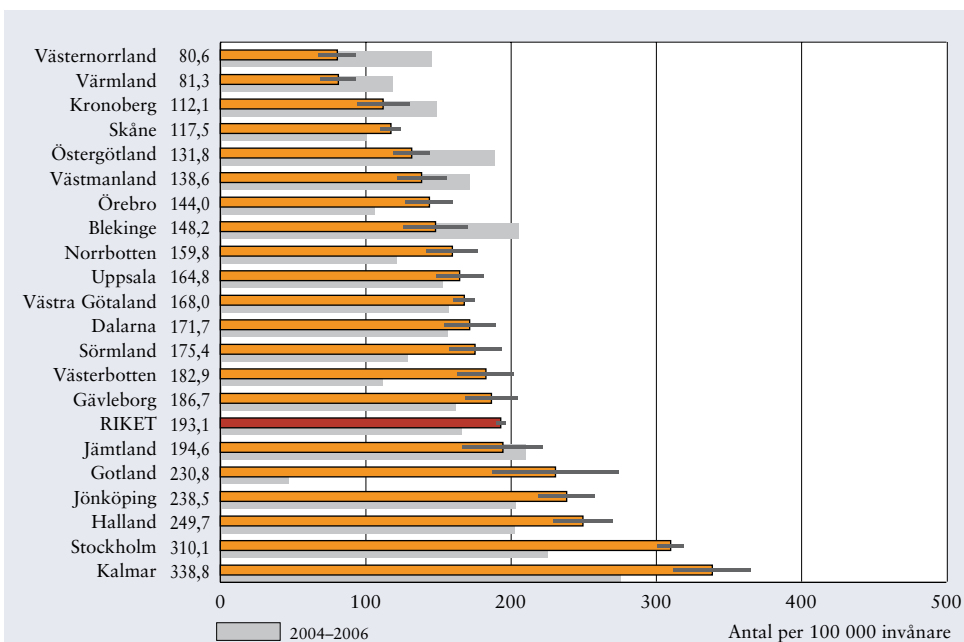


Diagram 49
Kvinnor

Antal artroskopier i knäled vid artros eller meniskskada per 100 000 invånare, 2007–2009. Avser patienter 40 år och äldre. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

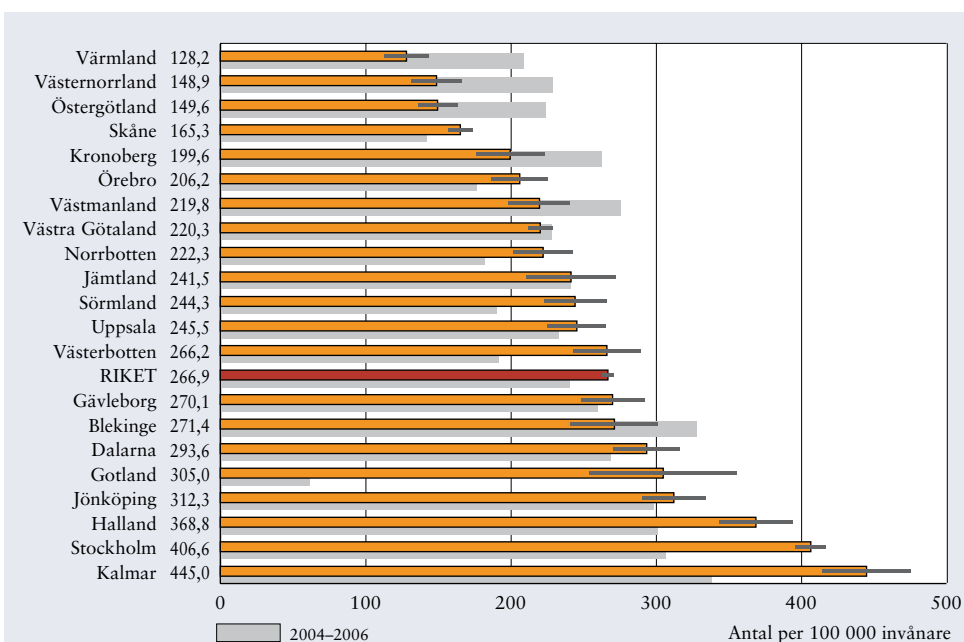


Diagram 49
Män

Antal artroskopier i knäled vid artros eller meniskskada per 100 000 invånare, 2007–2009. Avser patienter 40 år och äldre. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

sannolikt den enda, men samtidigt ovanliga, indikationen för artroskopi på grund av meniskskada.

I diagram 49 visas antalet knäledsartroskopier per 100 000 invånare för perioden 2007–2009, med jämförelseperioden 2004–2006. 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.

2009 rapporterades totalt 25 847 artroskopier till PAR, vilket är en ökning med nästan 4 000 jämfört med 2008. Av dessa avsåg 10 500 patientgruppen ovan, vilket är en minskning med 1 500 jämfört med året innan.

Som framgår av diagrammet är det stor spridning mellan landstingen, liksom ojämn fördelning mellan könen. Riksmedelvärdet för kvinnor var 193 per 100 000 invånare och för män 267. Totalt ökade antalet artroskopier för den aktuella patientgruppen mellan 2006 och 2009, från cirka 9 300 till 10 500, men med en topp 2008 på 12 100. 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 cirka 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 2009 gjordes cirka 8 000 av 10 500 artroskopier med tveksam indikation på denna patientgrupp. 4 500 av dessa avser patienter med diagnosen artros, för vilka ingreppet inte ska utföras.

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 2009. Utvecklingen i riket för de senaste åren är svårtolkad. Nedgången 2009 kan bero på att operationsantalet faktiskt minskat, men den kan även vara en följd av försämrad 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.

Om kodningen av diagnoser och åtgärder skiljer sig mellan landstingen påverkar även detta jämförelsen. De två långa tidsintervallen, den successiva ökningen av antalet artroskopier, de inkluderade diagnoserna och åtgärderna, samt att diagnoskvoten artros/meniskskada är relativt stabil, gör att denna källa till osäkerhet i jämförelsen minskar.

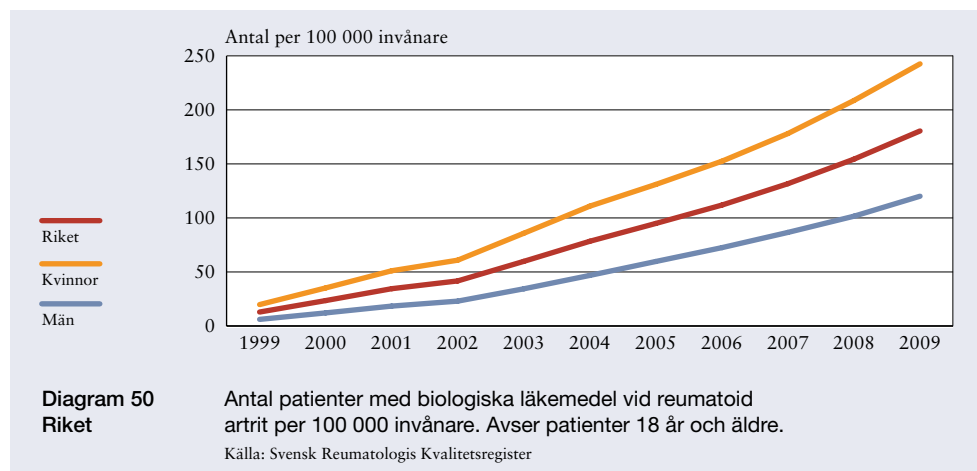
50 Biologiska läkemedel vid reumatoid artrit

De biologiska läkemedlen är effektiva då de påverkar immunsystemet direkt och ges antingen som injektioner eller som intravenösa dropp inom reumatologisk specialistvård. Hos rätt patient vid rätt tillfälle kan en kronisk inflammatorisk sjukdom gå tillbaka helt. Det är därför viktigt att alla patienter som behöver får dessa läkemedel. Ett första steg att beskriva detta är att visa geografisk och könsmässig fördelning av ordinerade behandlingar med hjälp av Svensk Reumatologisk Kvalitetsregister.

Täckningsgraden i kvalitetsregistret av biologiska behandlingar kan inte avgöras helt då dessa läkemedel inte finns till fullo i andra nationella register. De biologiska läkemedel som 2006–2008 förskrivits på recept och därför finns i Läkemedelsregistret har jämförts med registreringen av samma läkemedel i kvalitetsregistret vid reumatoid artrit, RA. Täckningsgraden i kvalitetsregistret var i riket 87 procent. Åtta landsting hade en täckningsgrad på över 90 procent och ytterligare tio hade över 80 procent. Endast tre landsting hade under 80 procent av sina behandlade patienter i kvalitetsregistret, nämligen Västernorrland, Norrbotten och Örebro.

31 december 2009 hade 13 155 vuxna patienter biologisk behandling. I diagram 50 visas antalet behandlade patienter per 100 000 vuxna invånare i de olika landstingen. Jämfört med samma tidpunkt året innan har totala antalet behandlade män och kvinnor ökat med 17 procent, från 154 till 180 per 100 000 vuxna i riket. Skillnaderna mellan landstingen är lika stor som föregående år. I Blekinge, Kalmar och Kronoberg är ökningen betydligt lägre än i andra landsting.

Skillnaden mellan de tre befolkningsmässigt största landstingen – Stockholm, Skåne och Västra Götaland – är stor och sannolikt rättvisande beskriven, då täckningsgraden enligt studien ovan för de två läkemedlen förskrivna på recept för RA var hög i dessa: 88, 94 respektive 87 procent.



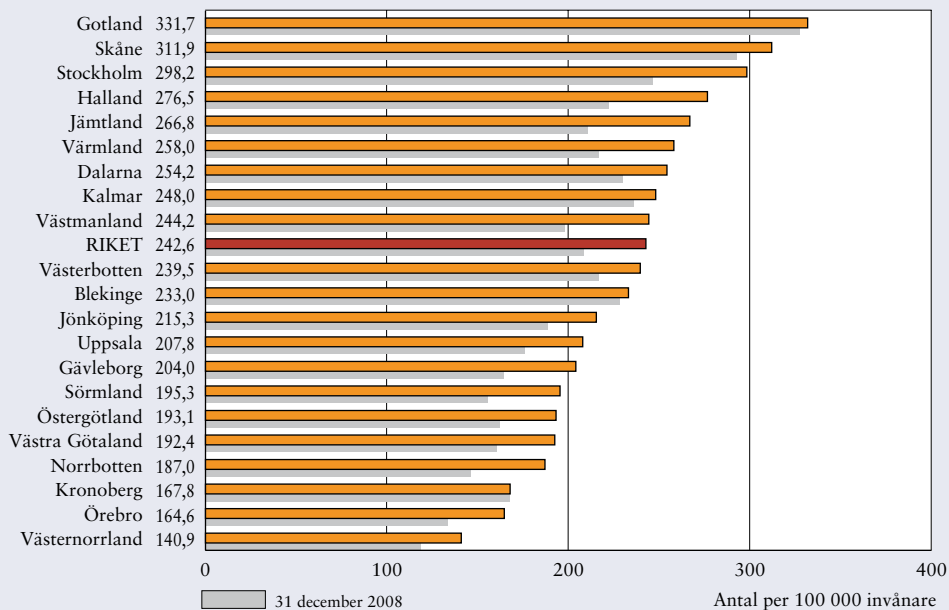


Diagram 50
Kvinnor

Antal patienter med biologiska läkemedel vid reumatoid artrit per 100 000 invånare, 31 december 2009. Avser patienter 18 år och äldre.
Källa: Svensk Reumatologis Kvalitetsregister

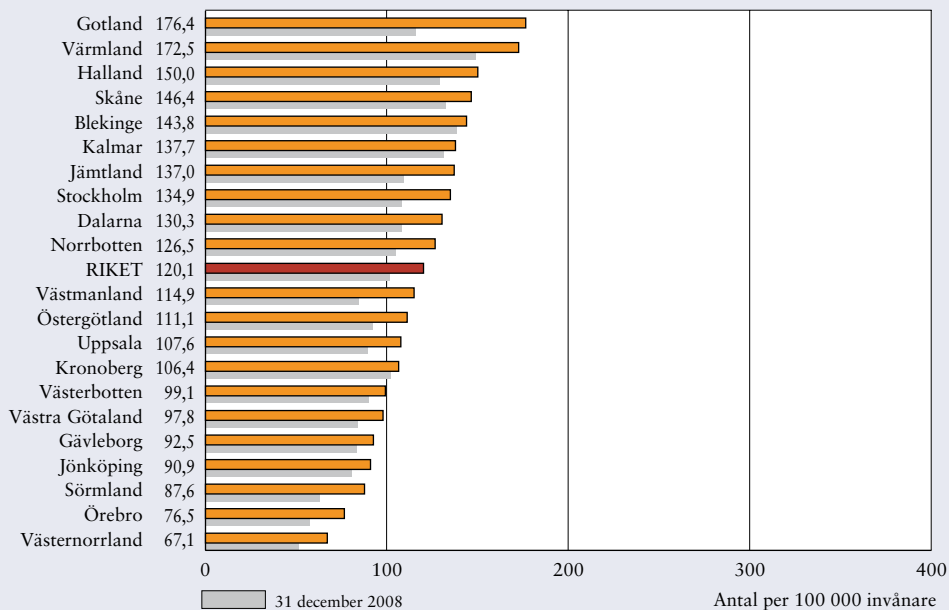


Diagram 50
Män

Antal patienter med biologiska läkemedel vid reumatoid artrit per 100 000 invånare, 31 december 2009. Avser patienter 18 år och äldre.
Källa: Svensk Reumatologis Kvalitetsregister

Könsuppdelade data visar också en variation mellan landsting, men framförallt en genomgående skillnad mellan kvinnor och män, där fler kvinnor är behandlade. Men då ännu fler kvinnor än män har reumatiska sjukdomar, är kvinnorna trots detta underbehandlade. RA är till exempel tre gånger vanligare bland kvinnor än bland män.

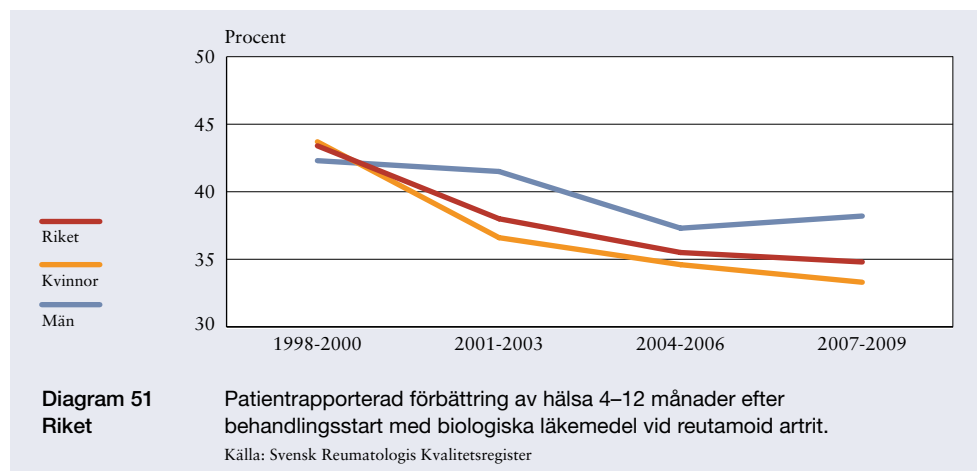
Det slutliga målet är att visa hur hälsan vid reumatisk sjukdom är i de olika landstingen och för män och kvinnor. Detta är idag inte möjligt att studera på nationell nivå, eftersom alla patienter med till exempel RA inte är inkluderade i registret. Därmed kan inte jämförelser göras mellan patienter med likartad sjukdom och biologisk behandling respektive annan behandling.

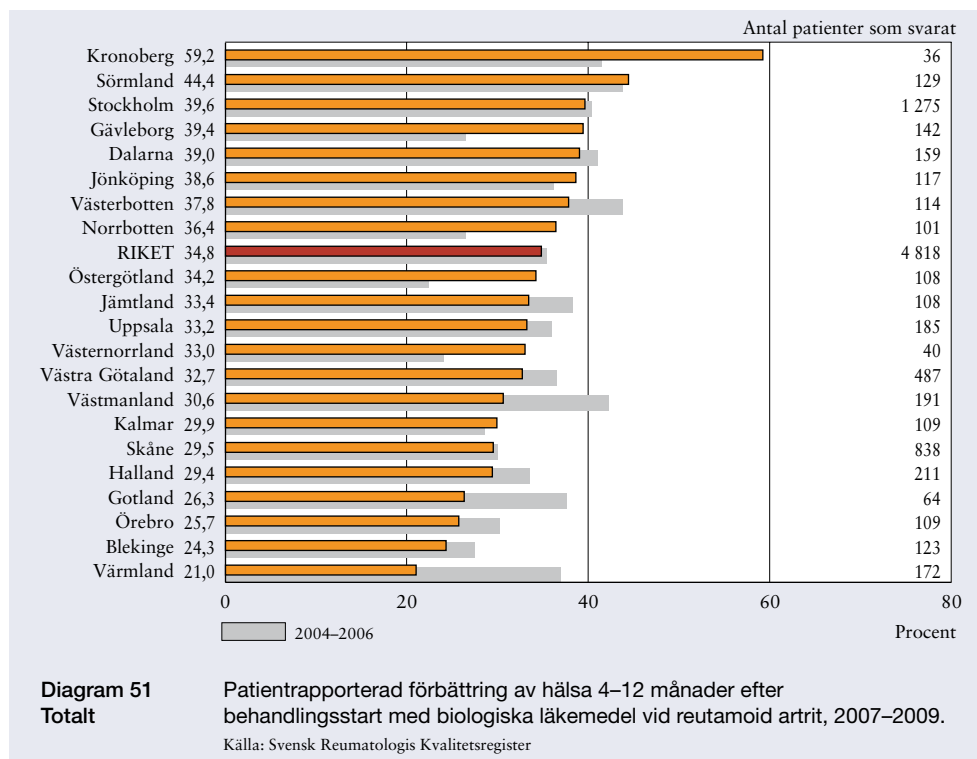
I Västra Götaland finns det många patienter som inte har biologiska läkemedel jämfört med i Stockholm och Skåne, men frågan om dessa patienter har en sämre hälsa kan ännu inte besvaras. Många patienter kan må bra även på traditionella läkemedel, särskilt om de ges med frekvent uppföljning av resultatet. Ett intensivt arbete pågår vid reumatologins kvalitetsregister för att öka täckningsgraden för alla patienter med RA, och inte minst för de som mår relativt bra, så att jämförelsegrupper kan skapas för att besvara frågan om fördelningen av hälsan är jämlik eller inte.

51 Patientrapporterad hälsa efter behandlingsstart med biologiskt läkemedel

Patienter med svår inflammatorisk sjukdom kan vid otillräcklig effekt av traditionell behandling ges biologiska läkemedel som påverkar bestämda mekanismer i immunsystemet. Dessa läkemedel har funnits sedan 1998 och användningen har ökat kontinuerligt, vilket visats ovan.

Patientens egen upplevelse av hälsoeffekter är viktig när helt nya behandlingsmetoder införs och nya läkemedel används i klinisk vardagsvård. Inför godkännandet av läkemedlet har dess effekter undersökts endast hos en grupp patienter som passar





strikta inklusionskriterier i kliniska prövningar. Den då studerade patientgruppen liknar sällan de många fler patienter som förekommer i den vanliga vården.

Den förbättring patienten upplever i sin hälsa under den initiala behandlingen med ett biologiskt läkemedel mäts i Svensk Reumatologis Kvalitetsregister, helt ur patientperspektiv och individuellt med en visuell analogskala (VAS 0-100mm). 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. 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 med långvarig svår sjukdom ska uppnå full hälsa när biologiskt läkemedel sätts in. Någon bestämd grad av hälsa som bör uppnås kan inte heller fastställas, eftersom ingen kan uttala sig om vad alla patienter skulle kunna vara nöjda med.

De som får sitt första biologiska läkemedel har ofta varit sjuka i många år och har en svårbehandlad sjukdom som inte svarat på andra läkemedel. Slående är att dessa patienter ändå förbättras nästan lika mycket som de som får sitt första antireumatiska läkemedel vid insjuknandet – se indikator 52. På samma sätt som för denna

indikator bör den bästa hälsa som uppnås i någon del av landet tjäna som riktmärke för vad som är möjligt, förutsatt att patientgrupperna som jämförs har lika förutsättningar att bli bättre.

I diagram 51 visas förbättringen av patientupplevd hälsa för patienter som påbörjat behandling med biologiska läkemedel under perioden 2007–2009. Totalt ingår 4 818 patienter i jämförelsen, 3 188 kvinnor och 1 630 män. Det finns skillnader mellan landsting, men ytterfallssiffrorna kommer vanligen från landsting där relativt sett färre patienter rapporterats.

Utöver skillnaderna mellan landstingen är resultaten även olika mellan könen. Kvinnor upplever sin hälsa som sämre och förbättringen vid första biologiska behandlingen är inte heller lika stor, 33 procent i riksgenomsnitt jämfört med männens 38 procent. RA är en sjukdom som drabbar tre gånger fler kvinnor än män, så antalet män som ingår i beräkningarna för varje landsting är ofta lågt. Detta kan skapa viss osäkerhet i tolkningen av resultaten för män och skillnaden mot kvinnor.

De resultat över tid som redovisas pekar på en något mindre förbättring de senaste åren, från 43 procent 1998–2000 till 35 procent 2007–2009. Mätningen är emellertid mer osäker i början eftersom färre patienter då ingick i redovisningen. De patienter som valdes ut för behandling då var sjukare.

Indikatorn bygger helt på patientens egen uppfattning. Den mindre förbättringen de senaste åren kan därför också bero på skillnader mellan tidsandan i slutet av 90-talet och nu i upplevelsen av sjukdomen och förväntningarna på biologisk behandling. Resultatet kan avspegla en större förväntan på effekt av de på senare tid mycket omskrivna och välkända biologiska läkemedlen.

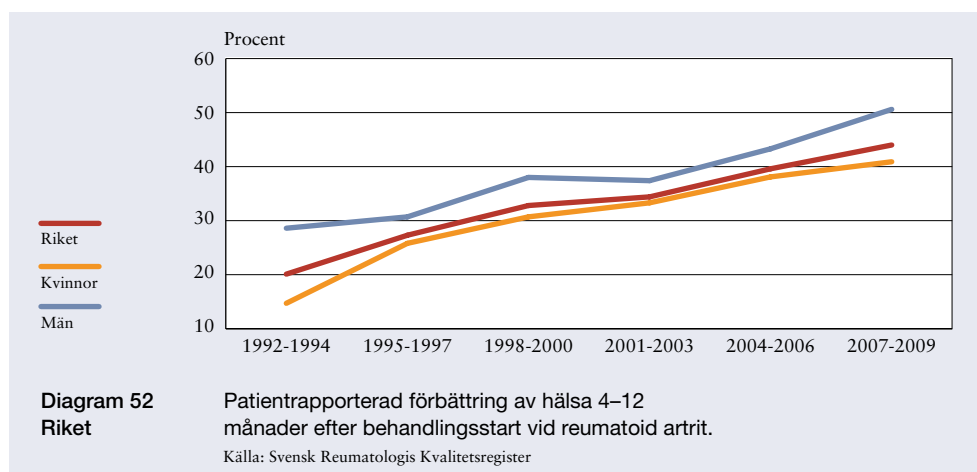
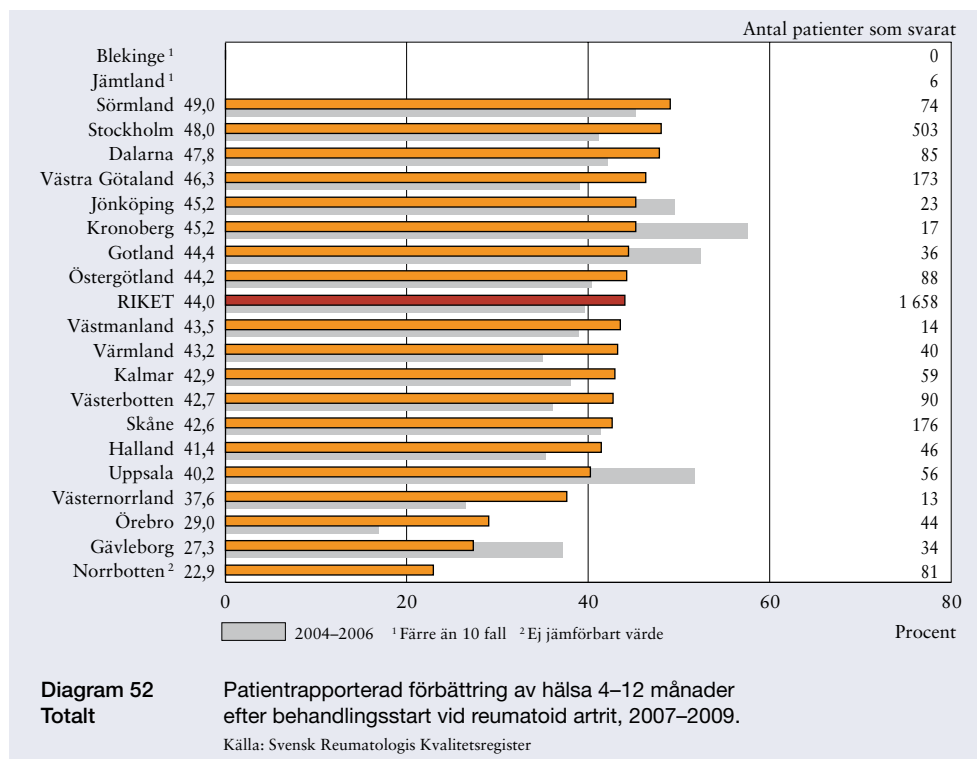
Tidstrenden för ett mer objektivi t mått, Disease Activity Score 28, som även innehåller blodprov och läkarens mätning av ledinflammation, visar i stället en allt bättre effekt av första biobehandling över tidsperioden.

52 Patientrapporterad hälsa efter initial vård av reumatoid artrit

Patientens egen upplevelse av hälsan är särskilt viktig just vid insjuknandet och den första tiden med en kronisk, ofta livslång sjukdom som reumatoid artrit (kronisk ledgångsreumatism). Den förbättring patienten upplever i sin hälsa under det initiala omhändertagandet i vården mäts i Svensk Reumatologis Kvalitetsregister, helt ur patientens perspektiv och individuellt med en visuell analogskala (VAS).

Redan vid första besöket hos specialist, då diagnosen ställs, mäter patienten sin hälsa. Detta jämförs sedan med de uppföljningsbesök som görs under det första året (4–12 månader efter det initiala besöket). Förbättringen uttrycks här som hur mycket patienten förbättrats i förhållande till hur hon mådde vid första besöket.

Det kan inte förväntas att patienten ska ange full hälsa igen redan under det första sjukdomsåret. Någon bestämd grad av hälsa som bör uppnås kan inte heller faststäl-



las då ingen kan uttala sig om vad alla patienter skulle kunna vara nöjda med. I stället bör den bästa hälsa som uppnås i någon del av landet tjäna som riktmärke för vad som är möjligt, förutsatt att patientgrupperna som jämförs har lika förutsättningar att bli bättre.

I diagram 52 visas förbättringen i hälsa för totalt 1 658 patienter med initialt omhändertagande under perioden 2007–2009. Det finns en variation mellan olika landsting, från 27 procent till 49 procent, medan riksgenomsnittet är 44 procent. Den avvikande låga förbättringen i Norrbotten beror på att man där mäter på ett annat sätt. Med stöd av specialist på distans får patienten där sin diagnos och behandling redan i primärvården och har därför hunnit förbättras något innan första mätningen vid första besöket hos specialist. Alla mätningar i andra landsting startar hos patienter som ännu inte påbörjat antireumatisk behandling.

De resultat som redovisas här pekar framförallt på att en ständig förbättring av resultaten uppnås, med mer än dubbelt så stor patientupplevd förbättring nu som för 15 år sedan. Förbättringen av patientens hälsa har ökat från 20 procent till 44 procent.

Det finns skillnader mellan könen. Kvinnor mår sämre än män vid reumatoid artrit, vilket beskrivits i flera vetenskapliga studier. Kvinnor upplever sin hälsa som sämre redan vid insjuknandet. Förbättringen är inte heller lika stor, 41 procent i riksgenomsnitt jämfört med männens 51 procent.

53, 54 Väntat längre än 90 dagar – besök ortopedi och knä- och total höftprotesoperation

Besök till ortopedmottagning och till knä- och total höftprotesoperation är områden som under en lång tid haft stora tillgänglighetsproblem. Sedan något år har tillgänglighetsläget generellt sett förbättrats, en förbättring som för läkarbesöken fortsätter mellan oktober 2009 och mars 2010, dock i långsammare takt.

För specialistbesök kvarstår dock stora problem inom en rad landsting, bland dem Stockholm och Västernorrland. Fyra-fem landsting har gjort stora förbättringar mellan de båda mätpunkterna. Två landsting uppfyller vårdgarantin fullt ut. Totalt i riket var det knappt 40 000 patienter som väntade på besök, varav cirka 6 100 hade väntat längre än 90 dagar. I nästan hälften av landstingen var det högst 50 personer som väntat längre än vårdgarantins gräns.

För knä- och total höftprotesoperation har andelen som väntat längre än 90 dagar ökat något, till 12 procent, med en ojämn utveckling i landstingen: Tydliga ökningarna i andelen för vissa landsting och förbättringar för andra. I riket var det cirka 6 600 personer som väntade på operation, varav 820 hade väntat längre än 90 dagar.

Att tillgängligheten, mätt med detta mått, inte förbättrats är intressant i ljuset av den stora ökningen av antalet operationer som skedde under 2009. Antalet totala knä- och höftproteser ökade då med 13 respektive 8 procent. Framtida uppföljning får visa om operationsvolymen minskat under 2010 och om detta kan förklara ökningen av andelen väntande i de landsting där detta skett.

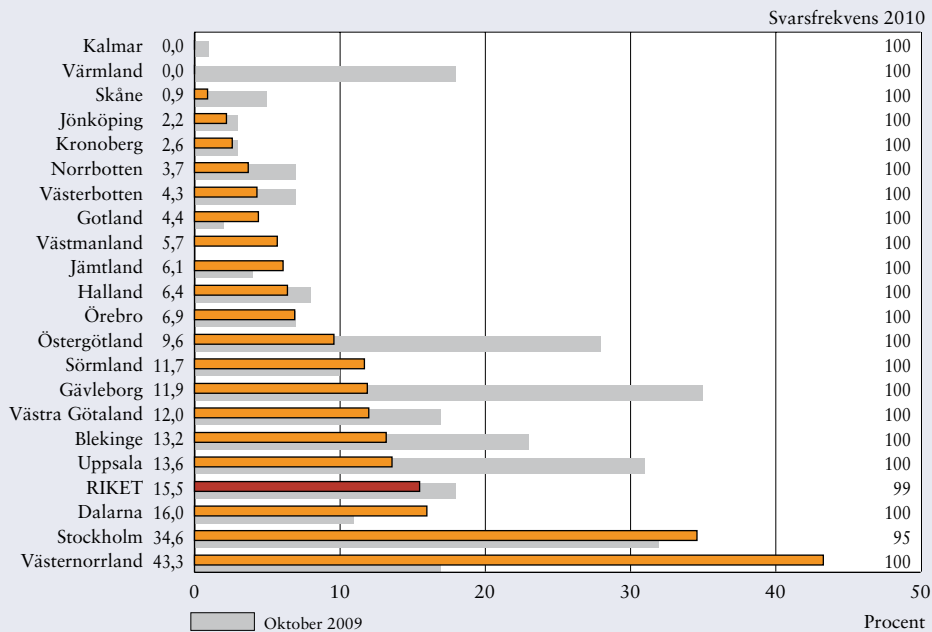


Diagram 53 Andel patienter som väntat längre än 90 dagar på besök inom ortopedi, 31 mars 2010.
Källa: Väntetider i vården, Sveriges Kommuner och Landsting

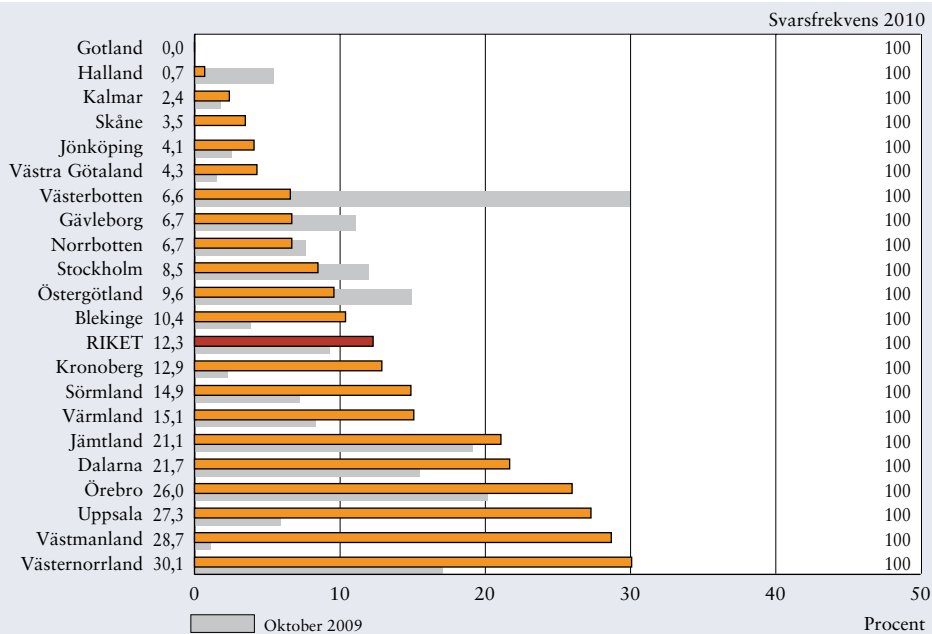
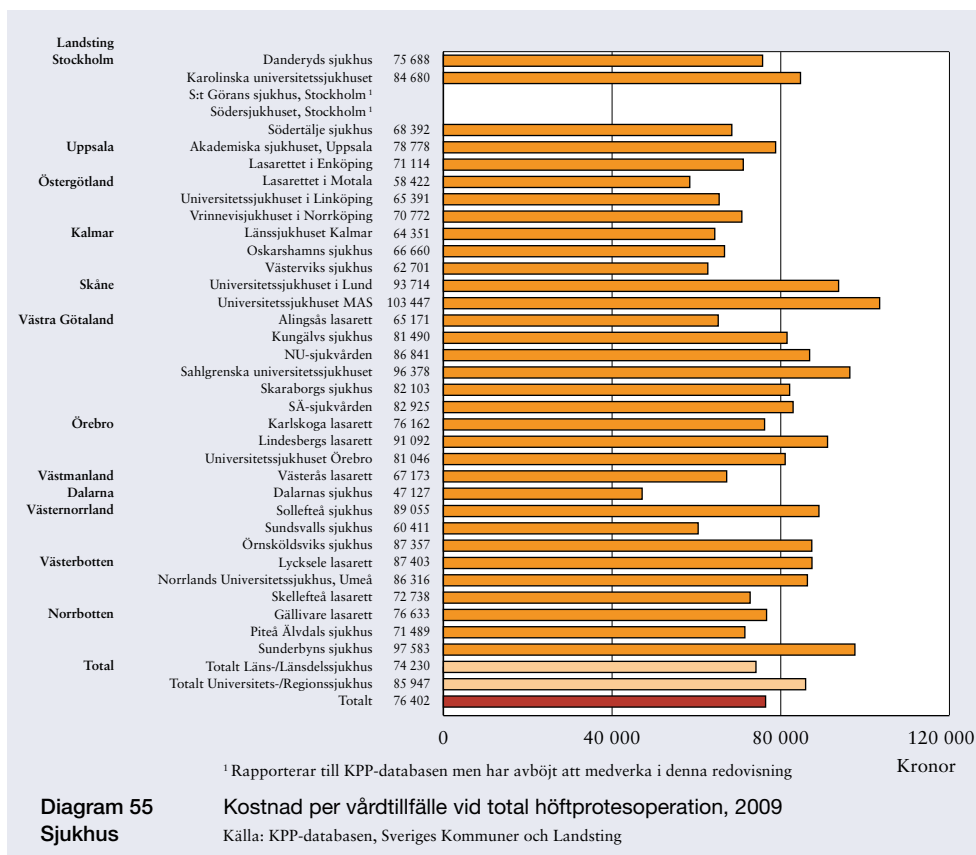


Diagram 54 Andel patienter som väntat längre än 90 dagar på knä- eller total höftprotesoperation, 31 mars 2010.
Källa: Väntetider i vården, Sveriges Kommuner och Landsting



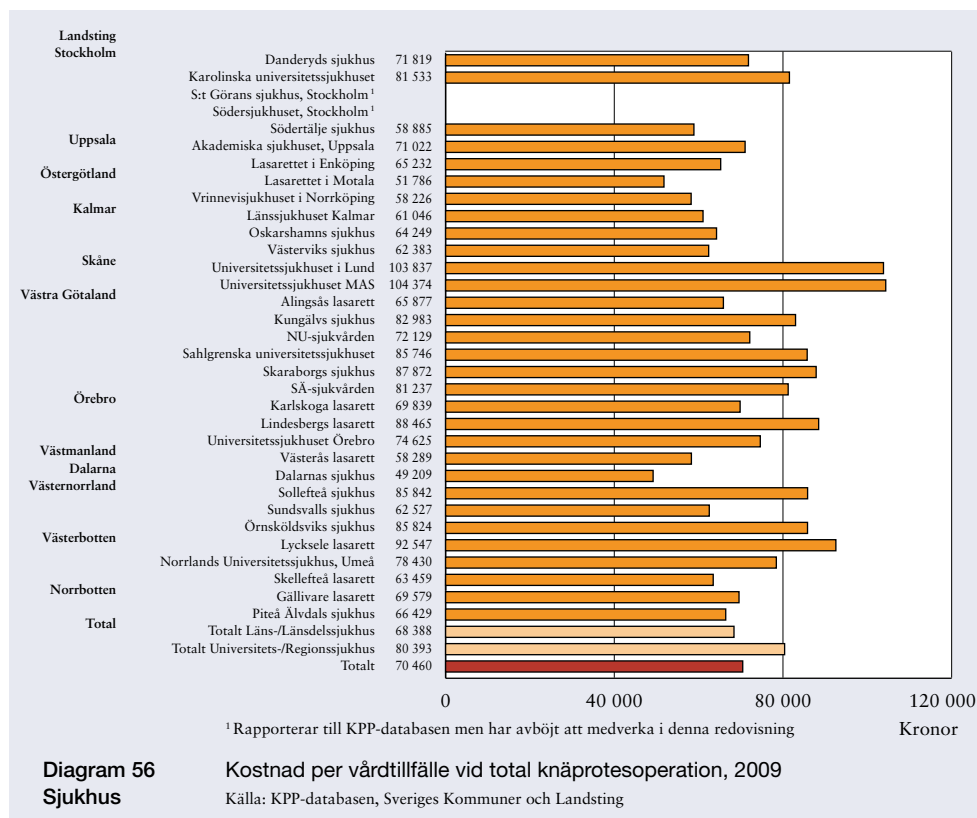
55, 56 Kostnad per vårdtillfälle vid total höft- respektive knäprotosoperation

I diagram 55 och 56 visas kostnaderna per vårdtillfälle i slutenvård för primär total höftprotosoperation och primär total knäprotosoperation.

Under 2009 rapporterades 7 766 höftprotosoperationer till KPP-databasen, vilket motsvarar cirka hälften av de höftprotosoperationer som utfördes 2009. 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 2009 till 76 402 kronor. De redovisade kostnaderna skiljer sig påtagligt mellan sjukhusen, med en spridning från knappt 50 000 kronor till det dubbla.

Knappt 13 000 primära totala knäprotosoperationer utförs varje år. 2009 rapporterades 5 419 vårdtillfällen till KPP-databasen, det vill säga knappt hälften av samtliga



knäprotesoperationer. Genomsnittskostnaden för knäprotesoperationer uppgick till 76 402 kronor, något lägre än kostnaderna för höftprotesoperationerna. Spridningen är ungefär densamma som för höftprotesoperationer.

Medelvårdtiderna för höftprotesoperationer varierar från cirka fyra till tio dagar, med ett genomsnitt på sex dagar. För knäprotesoperationer var vårdtiden i genomsnitt något lägre, med en variation från tre till nio 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 länssjukhusens.

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.

Sju indikatorer för diabetesvård redovisas, vilket är en ökning jämfört med tidigare års rapporter. Sex av dessa är helt baserade på data från Nationella Diabetesregistret, NDR eller kvalitetsregistret för barn och ungdomar med diabetes, SWEDIABKIDS, som ingår i NDR. Den sjunde baseras på en samkörning mellan Läkemedelsregistret och NDR.

Socialstyrelsen har i år 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, även i de fall då den exakta utformningen skiftar.

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. Även andelen med blodfettssänkande behandling visas. Vidare redovisas användning av insulinpump hos patienter med typ 1-diabetes på medicinkliniker och andelen patienter med nedsatt njurfunktion som behandlas med läkemedlet metformin.

Jämfört med tidigare års öppna jämförelser har indikatorerna om behandlingsmål i primärvården modifierats. Åldersavgränsningen har förändrats, från 80 till 70 år. För de allra äldsta patienterna kommer ofta andra aspekter, som biverkningar och

risker med behandling med flera läkemedel samtidigt, att påverka värderingen av de diabetesrelaterade behandlingsmålen. Både blodtrycksmål och mål för kolesterol är modifierade. Blodsockervärde visas enbart för gruppen kostbehandlade patienter. Dessa förändringar har gjorts för att göra indikatorerna mera precisa som kvalitetsmått.

NDR samlar data om diabetesvård både från medicinkliniker och från primärvården. Deltagandegraden år 2009 bedöms 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 deltagandegrad per landsting, enligt samkörning mellan Läkemedelsregistret och NDR. Vid lågt deltagande är det osäkrare om det redovisade resultatet verkligen är representativt för diabetesvården som helhet. Läkemedelsregistret är heltäckande avseende de patienter som får läkemedelsbehandling för sin diabetes och är baserat på faktiska uttag av receptförskrivna läkemedel.

57 Blodsockervärde vid kostbehandlad diabetes

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 starkt varierande risk för utveckling av komplikationer. Detta kräver välfungerande screening, kontroll av riskfaktorer och individualiserad behandling.

Det är viktigt att understryka att behandlingsmål är konsensusbaserade nivåer som bygger på många typer av vetenskapliga underlag. Det finns ännu få studier där patientupplevda effektmått som livskvalitet har analyserats. Alla publicerade re-

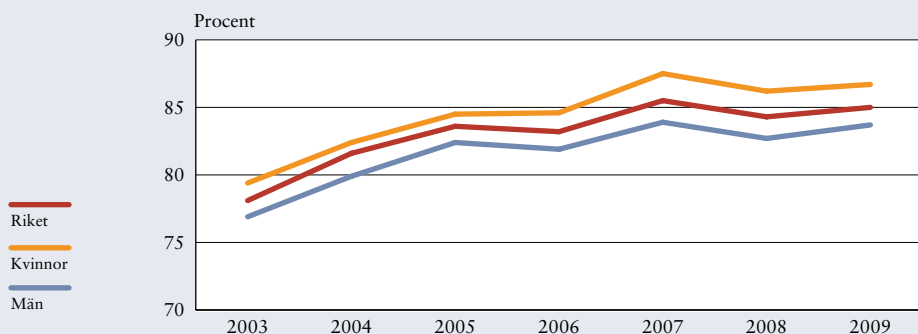


Diagram 57
Riket

Andel kostbehandlade patienter med diabetes i primärvård med blodsockervärde (HbA1c) ≤ 6%. Avser patienter 70 år eller yngre.

Källa: NDR – Nationella Diabetesregistret

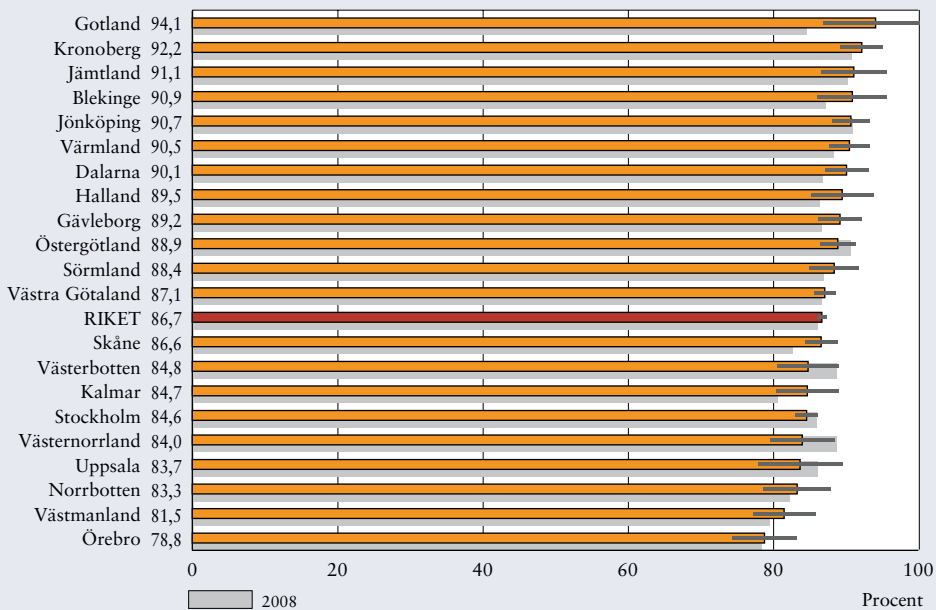


Diagram 57
Kvinnor

Andel kostbehandlade patienter med diabetes i primärvård med blodsockervärde (HbA1c) ≤ 6%, 2009. Avser patienter 70 år eller yngre.

Källa: NDR – Nationella Diabetesregistret



Diagram 57
Män

Andel kostbehandlade patienter med diabetes i primärvård med blodsockervärde (HbA1c) ≤ 6%, 2009. Avser patienter 70 år eller yngre.

Källa: NDR – Nationella Diabetesregistret

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

Medelvärde för HbA1c hos patienter i primärvården har inte förändrats de senaste åren. Förbättringar verkar således svåra att uppnå med oförändrat arbetssätt. I de nya nationella riktlinjerna betonas vikten av tidig behandling vid typ 2-diabetes, vilket denna indikator avspeglar.

Indikatorn avser patienter som inte har läkemedelsbehandling mot diabetes, utan enbart kostbehandling och som oftast har en kort sjukdomsduration. I diagram 57 visas hur stor andel av dessa patienter i primärvården som har medelblodsockervärde (HbA1c) lika med eller lägre än behandlingsmålet 6,0 procent. I primärvården har 42 procent av alla diabetespatienter enbart kostbehandling de första 4 åren efter diagnos. Alla till NDR rapporterade diabetespatienter mellan 18 och 70 år i primärvård ingår, vilket var cirka 160 000 patienter 2009.

I riket som helhet har 85 procent av patienterna ett värde lika med eller lägre än 6 procent. Skillnaderna mellan landstingen är mycket måttliga. Behandlingsmålet för HbA1c uppnåddes 2009 av något fler kvinnor än män.

Riktlinjerna anger att det är angeläget att behandling sätts in tidigt vid diabetes. Resultatet här talar för att en del av patienterna med relativt kort diabetesduration inte får fullgod behandling. Lokala analyser av utfallen bör därför göras och kunna resultera i strukturerade program för intensiv påverkan på levnadsvanor och eventuellt tidigare start av tablettbehandling.

58 Högt systoliskt blodtryck

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

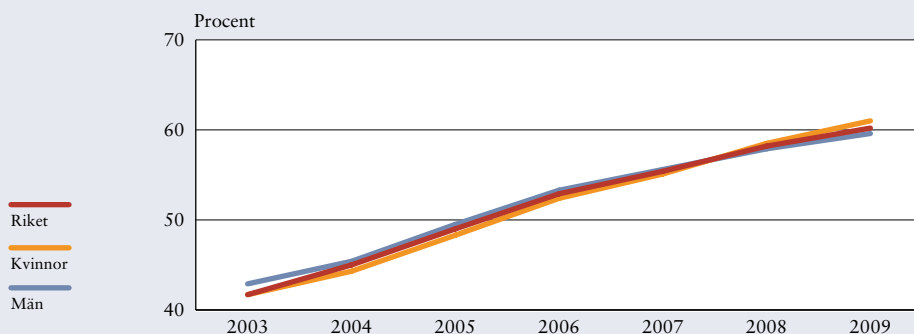
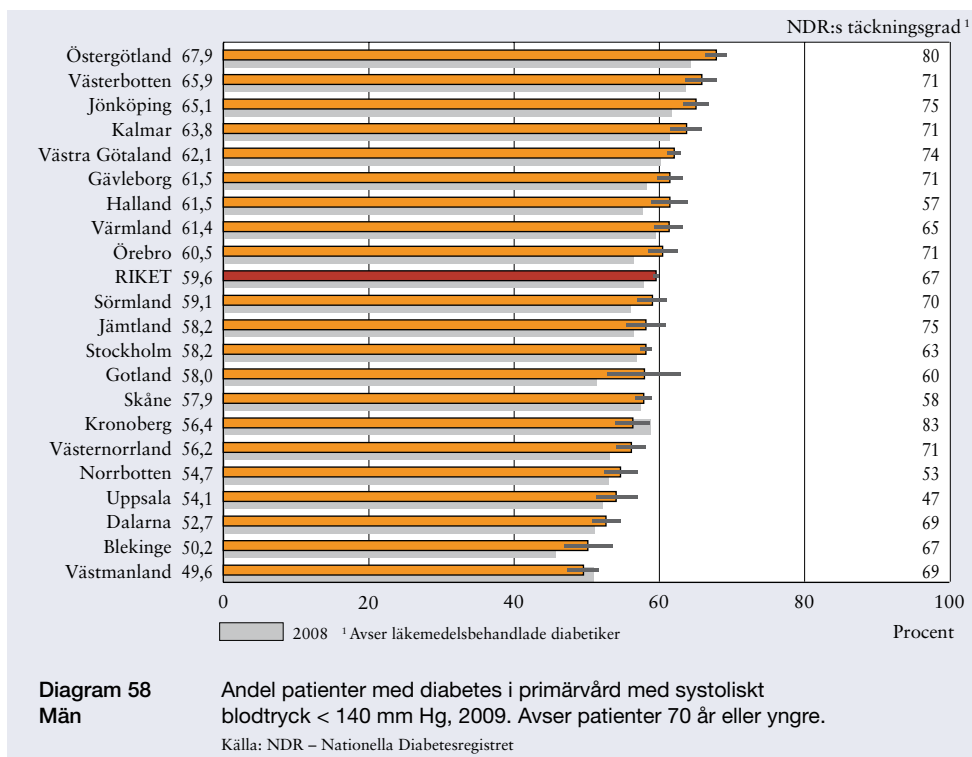
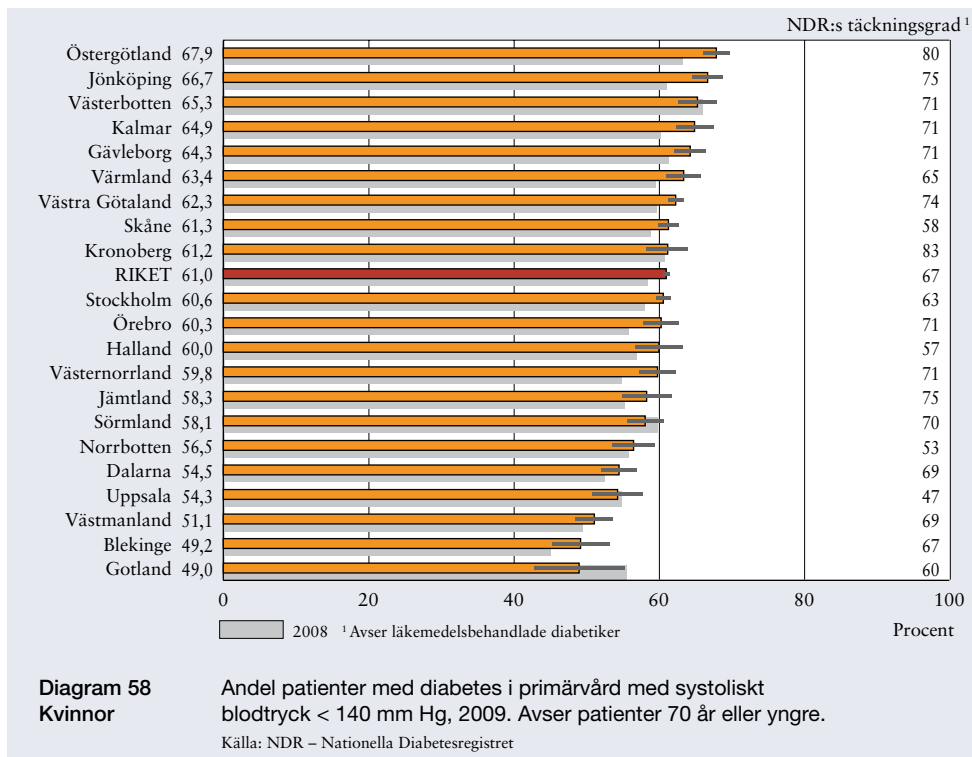


Diagram 58
Riket

Andel patienter med diabetes i primärvård med systoliskt blodtryck < 140 mm Hg. Avser patienter 70 år eller yngre.

Källa: NDR - Nationella Diabetesregistret



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 mm Hg. 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 mm Hg.

Allt fler patienter behandlas med blodtryckssänkande läkemedel. Över 80 procent av patienter med typ 2-diabetes behandlades år 2009. De senaste åren har medelvärdet för blodtryck sjunkit och andelen som har lika med eller lägre än 130/80 mm Hg har ökat påtagligt de senaste åren. Ännu viktigare är att andelen med systoliskt blodtryck över 140 mm Hg har minskat från 40 till 30 procent de senaste åren, vilket är ett tydligt positivt trendbrott.

I diagram 58 visas andelen patienter med typ 2-diabetes, 70 år och yngre i primärvården som har ett systoliskt blodtryck lägre än 140 mm Hg.

I riket som helhet når 60 procent av patienterna den aktuella blodtrycksnivån. Detta betyder att i denna åldersgrupp har fyra av tio patienter definitivt ett för högt blodtryck och därmed ökad risk för hjärt-kärlsjukdomar. Det finns vissa skillnader mellan landstingen, men den centrala iakttagelsen är att resultaten tyder på underbehandling och på att det föreligger en stor förbättringspotential i alla landsting.

59 Måluppfyllelse för LDL-kolesterol

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 nya nationella riktlinjer ett värde som är lägre än 2,5 mmol/l.

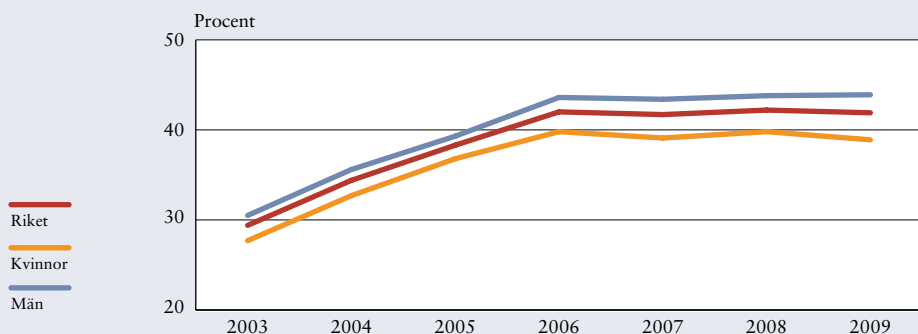


Diagram 59
Riket

Andel patienter med diabetes i primärvård som når mål för LDL-kolesterol (< 2,5 mmol/l). Avser patienter 70 år eller yngre.

Källa: NDR - Nationella Diabetesregistret

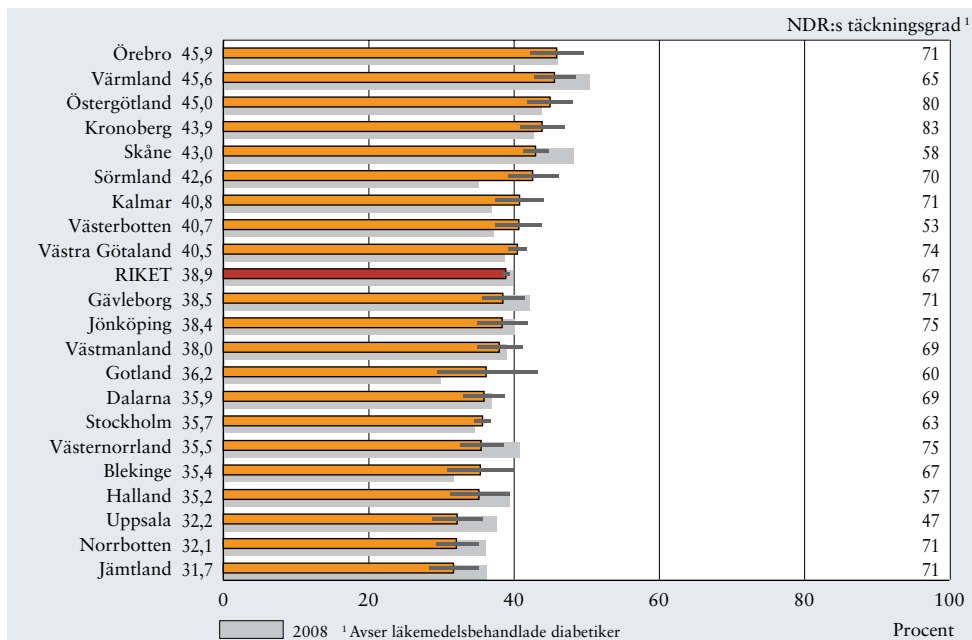


Diagram 59
Kvinnor

Andel patienter med diabetes i primärvård som når mål för LDL-kolesterol (< 2,5 mmol/l), 2009. Avser patienter 70 år eller yngre.

Källa: NDR – Nationella Diabetesregistret

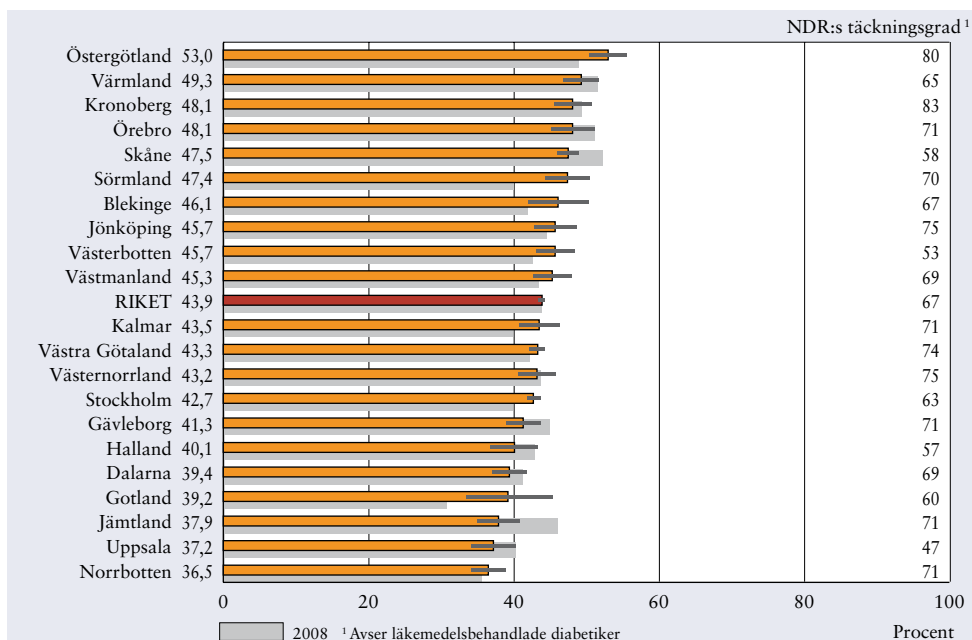


Diagram 59
Män

Andel patienter med diabetes i primärvård som når mål för LDL-kolesterol (< 2,5 mmol/l), 2009. Avser patienter 70 år eller yngre.

Källa: NDR – Nationella Diabetesregistret

I diagram 59 visas andelen patienter med diabetes i primärvård som når detta mål för LDL-kolesterol.

I riket som helhet nås behandlingsmålet bara av knappt 39 procent av kvinnorna och av knappt 44 procent av männen. Det finns klara skillnader mellan de olika landstingen. Som lägst är det bara var tredje patient som når behandlingsmålen och i inget landsting nås målen för fler än hälften av patienterna i denna åldersgrupp. Kvinnorna har lägre grad av måluppfyllelse jämfört med männen, även efter åldersjustering.

Andelen som behandlas med blodfettssänkande läkemedel har enligt NDR mer än fördubblats på några år, så att 62,5 procent av kvinnorna och 65 procent av männen 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.

60 Blodfettssänkande läkemedelsbehandling

En majoritet av patienterna med typ 2-diabetes får tidigt en blodfettssänkning. Ökad fysisk aktivitet, rökstopp och kostförändringar har goda effekter på blodfettssänkningar och på risken för att drabbas av hjärt-kärlsjukdomar. Läkemedelsbehandling mot blodfettssänkningar är särskilt viktig hos diabetespatienter med flera riskfaktorer, som högt blodtryck, rökning, mikroalbuminuri (små mängder plasmaprotein i urinen) och bukfetma.

I diagram 60 redovisas andelen läkemedelsbehandlade diabetiker som behandlas med blodfettssänkande läkemedel. Uppgifterna är hämtade från Läkemedelsregistret och omfattar 325 000 läkemedelsbehandlade diabetiker 40 år och äldre. I riket uppgår andelen behandlade kvinnor till 59 procent och andelen behandlade män till 61 procent. Det finns vissa skillnader mellan landsting, men för de allra flesta landsting är skillnaderna mindre än tio procentenheter.

För alla landsting har en påtaglig ökning av andelen behandlade skett sedan jämförelseåret 2006, som visas som skuggad stapel i diagrammet. I riket har under perioden andelen som behandlats ökat med över tio procentenheter både för kvinnor och för män.

Måluppfyllelsen avseende kolesterolnivåer i NDR kan ge stöd vid tolkning av utfallet. Enligt NDR uppnådde 39 procent av kvinnorna och 44 procent av männen behandlingsmålen för LDL-kolesterol lägre än 2,5 mmol/l. Denna grad av måluppfyllelse är inte tillfredsställande och talar för att underbehandling föreligger, trots de senaste årens ökning av andelen behandlade.

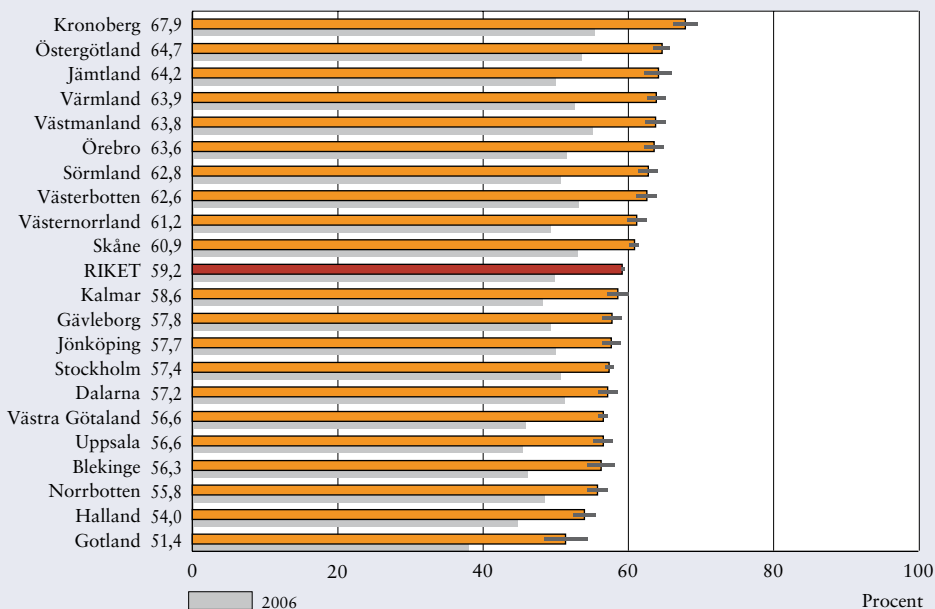


Diagram 60
Kvinnor

Andel diabetespatienter med blodfettssänkande behandling, 2009.
Avser patienter 40 år och äldre. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

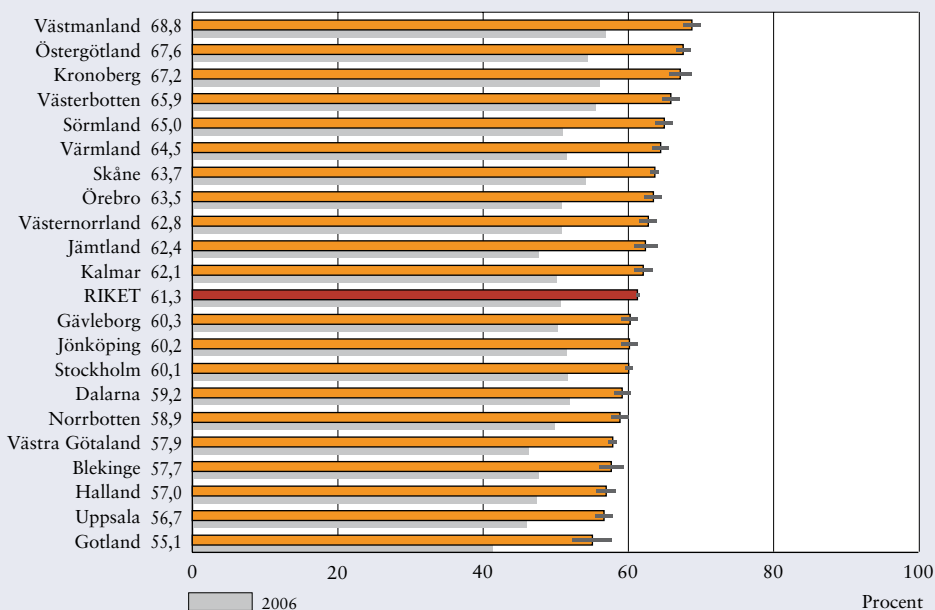


Diagram 60
Män

Andel diabetespatienter med blodfettssänkande behandling, 2009.
Avser patienter 40 år och äldre. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

61 Måluppfyllelse för blodsockervärde – barn

Diabetes är den näst vanligaste kroniska sjukdomen hos barn och ungdomar i Sverige och innebär risk för allvarliga komplikationer senare i livet. Nästan 800 barn insjuknar i diabetes varje år i Sverige. 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. 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 ligga på 6,5 procent eller lägre. Svårigheten kan ibland vara att barnet/ungdomen har ett för lågt värde, med risk för blodsockerfall. I diagram 61 redovisas andelen barn med ett årsmedel-HbA1c på 6,5 procent eller lägre. I riket som helhet uppnådde drygt 31 procent av barnen år 2009 detta mål, 29 procent av flickorna och 33 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. Tonårsflickor har något högre HbA1c än pojkar i motsvarande ålder.

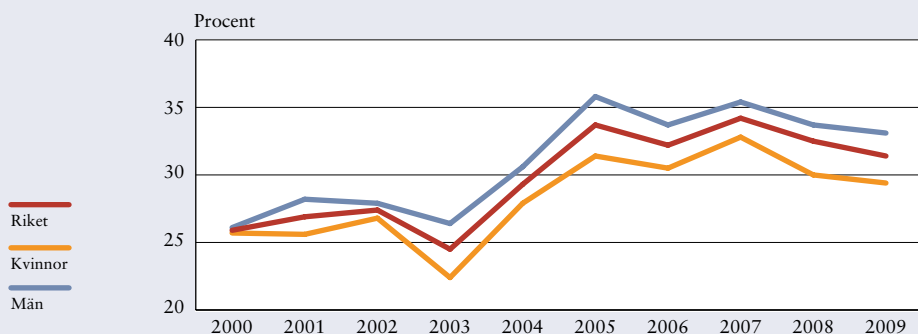


Diagram 61
Riket

Andel patienter med diabetes som når mål för blodsockervärde (HbA1c ≤ 6,5 %). Avser barn 18 år eller yngre.

Källa: NDR - Nationella Diabetesregistret

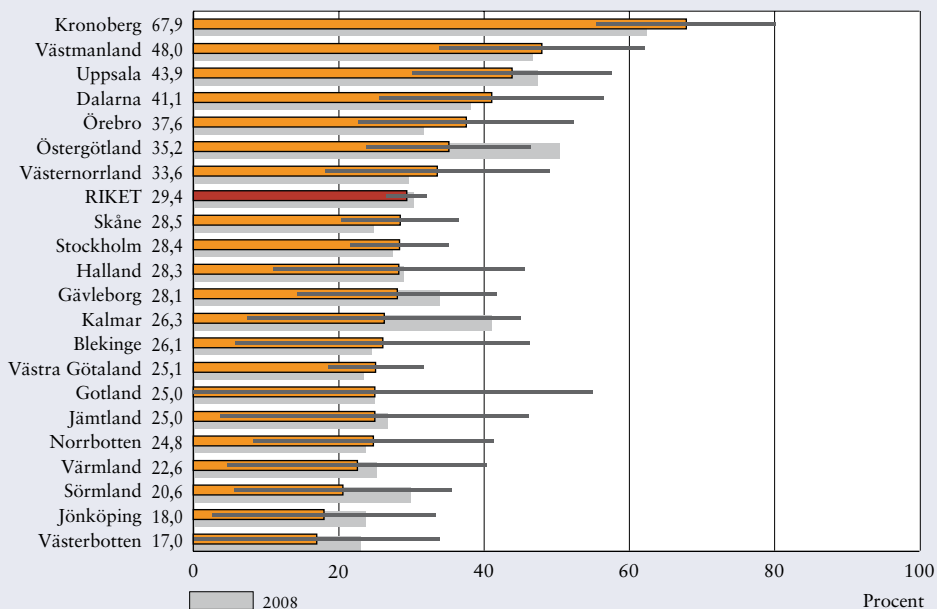


Diagram 61
Flickor

Andel patienter med diabetes som når mål för blodsockervärde (HbA1c ≤ 6,5 %), 2009. Avser barn 18 år eller yngre.

Källa: NDR – Nationella Diabetesregistret

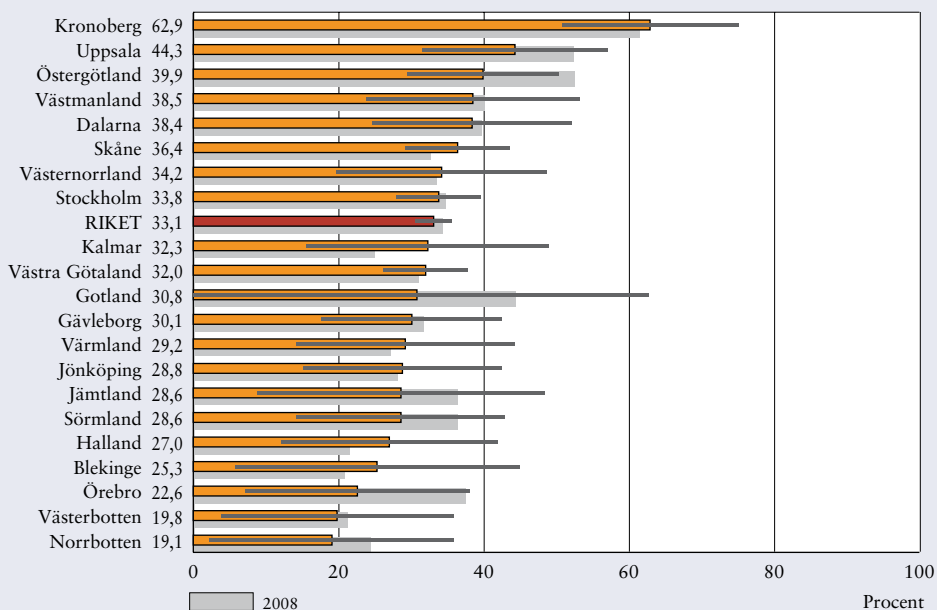
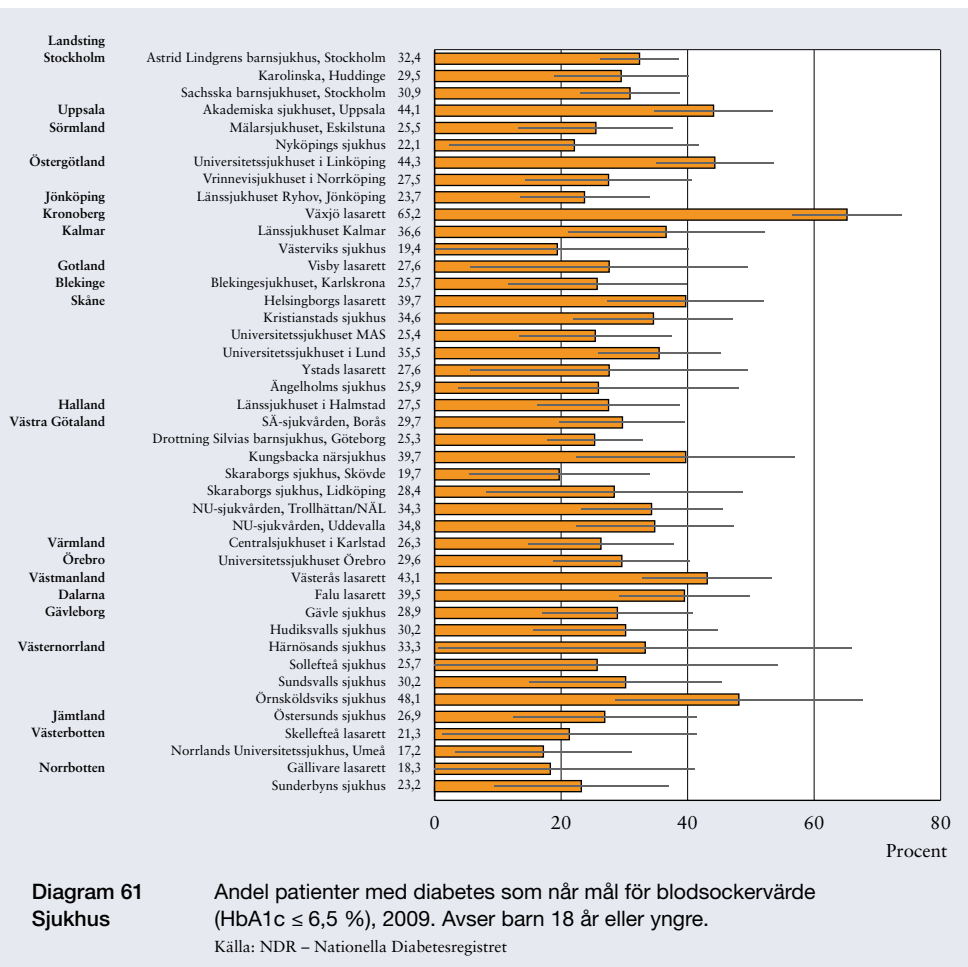


Diagram 61
Pojkar

Andel patienter med diabetes som når mål för blodsockervärde (HbA1c ≤ 6,5 %), 2009. Avser barn 18 år eller yngre.

Källa: NDR – Nationella Diabetesregistret



Under de två senaste åren har skillnaden i HbA1c mellan klinikerna varit föremål för diskussion inom professionen. Beskrivning rörande arbetssätt med mera från de kliniker som har ett lågt medel-HbA1c på sina patienter och högt antal patienter med HbA1c lägre än 6,5 procent på årsbasis visar att en tydlig målbeskrivning vad gäller HbA1c är viktig, liksom att de som arbetar i teamet framför samma budskap till patienterna.

Inom ramen för en doktorsavhandling jämförs kliniker med lågt HbA1c med de som ligger högt och med en tredje grupp av kliniker som förbättrat sitt HbA1c de senaste åren. Preliminära data bekräftar bilden ovan. Dessutom är regelbundna teamträffar värdefulla. Kliniker med högt HbA1c har en mer otydlig målbeskrivning eller har satt ett högre HbA1c som mål än de med lågt värde. Vidare verkar samstämmigheten inom teamet vara lägre och man är också mer missnöjd med den vård man ger än de kliniker som har ett lägre HbA1c-värde. Inget tydligt samband mellan HbA1c

och mer ”hårda” data har noterats. Med hårda data menas exempelvis insulindos, typ av insulinbehandling mm.

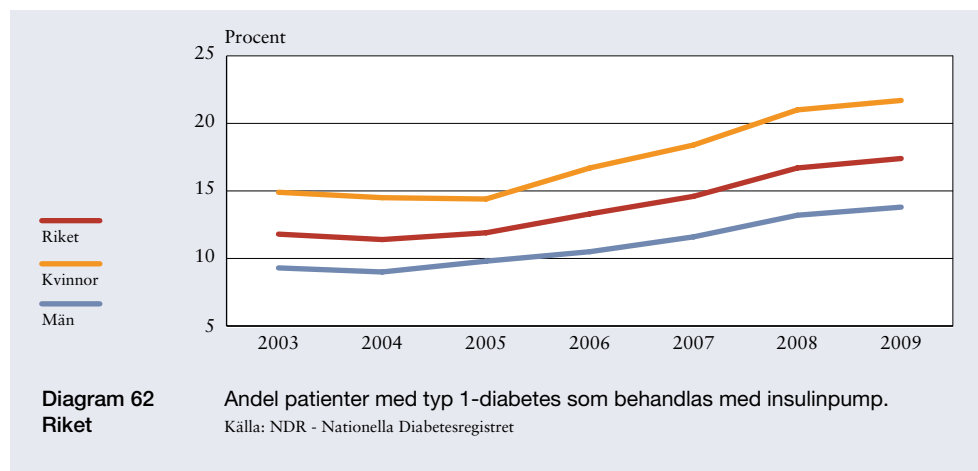
62 Insulinpump vid typ 1-diabetes

Användning av insulinpump medför bland annat att personen kan ändra infusion av basalinsulin inför till exempel fysisk ansträngning, använda program för förlängd måltidsdos och, när det är lämpligt, använda nattprogram som minskar risken för låga blodsockervärden nattetid med mera. Behandling med insulinpump kan ge bättre glukoskontroll (0,5 till 0,6 procentenheter) än sedvanlig flerdos.

I de nya nationella riktlinjerna anges att vid typ 1-diabetes med otillräcklig glukoskontroll med insulin i fyrdos kan sjukvården pröva behandling med insulinpump, för att uppnå målen för god glukoskontroll när flerdosbehandling varit otillräcklig. Vidare anger riktlinjerna att hälso- och sjukvården bör pröva insulinpumpsbehandling för personer med typ 1-diabetes med återkommande höga och/eller låga blodsockervärden vid flerdosbehandling. För personer med typ 1-diabetes med ovanstående tillstånd medför behandling med insulinpump en måttlig kostnad jämfört med multipla dagliga injektioner.

Diagram 62 visar andelen patienter med typ 1-diabetes på medicinklinikerna som har insulinpump. Knappt 27 000 patienter registrerade i NDR ingår i jämförelsen. I riket har nästan 22 procent av kvinnorna insulinpump, bland männen är andelen knappt 14 procent. Variationen mellan landsting är mycket stor, både för kvinnor och för män.

Hur stor andel av patienterna med typ 1-diabetes som uppfyller kriterierna ovan och därmed eventuellt skulle bli hjälpta av behandling med insulinpump är inte klart. Därmed finns inget accepterat målvärde, men indikatorn redovisar en stor variation mellan landstingen, vilket borde mana till lokala analyser av behovet av denna behandling.



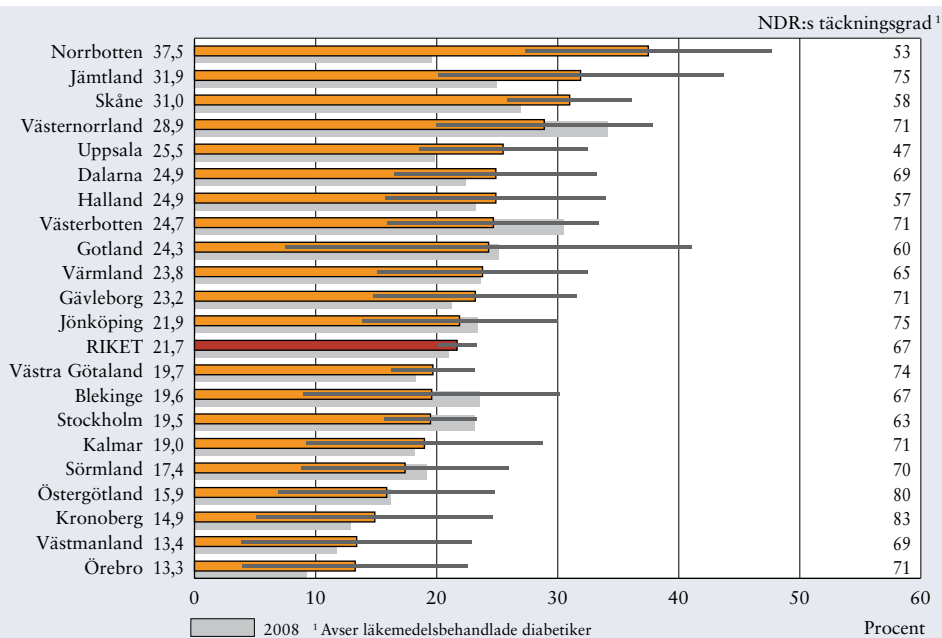


Diagram 62
Kvinnor

Andel patienter med typ 1-diabetes som behandlas med insulinpump, 2009.

Källa: NDR – Nationella Diabetesregistret

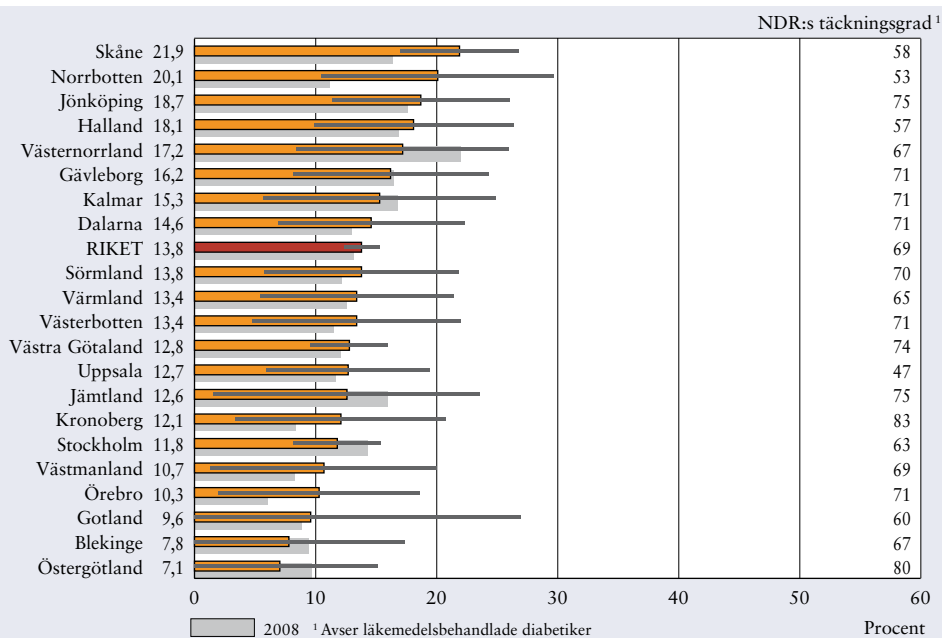


Diagram 62
Män

Andel patienter med typ 1-diabetes som behandlas med insulinpump, 2009.

Källa: NDR – Nationella Diabetesregistret

63 Metformin vid 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 63 visas andelen patienter som har nedsatt njurfunktion, av alla patienter över 80 år med metforminbehandling. 7 260 patienter med metforminbehandling ingår i underlaget, varav drygt 4 200 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 60 procent av kvinnor över 80 år med metforminbehandling nedsatt njurfunktion. Motsvarande andel bland männen är knappt 40 procent. 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. En genomgång av samtliga metforminbehandlade i Malmö gav liknande resultat som de som här redovisats.

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

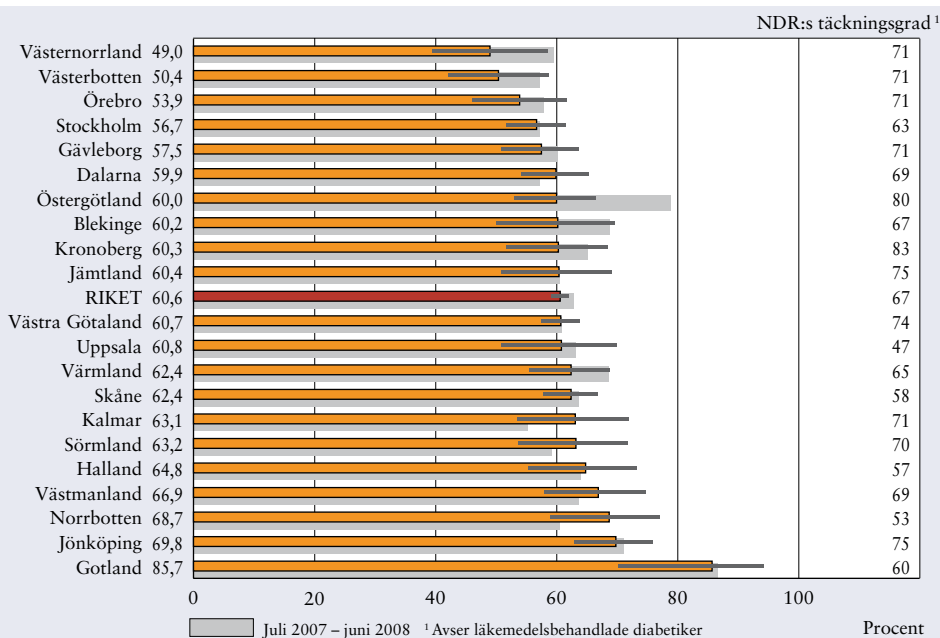


Diagram 63
Kvinnor

Andel patienter med metforminbehandlad diabetes som har nedsatt njurfunktion, juli 2008 – juni 2009. Avser patienter över 80 år.

Källa: NDR – Nationella Diabetesregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

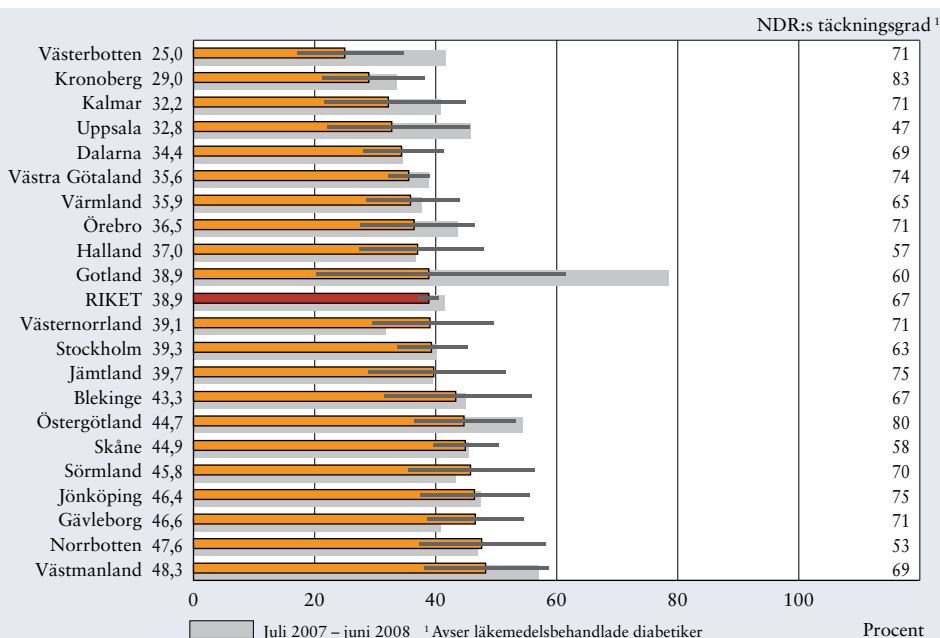


Diagram 63
Män

Andel patienter med metforminbehandlad diabetes som har nedsatt njurfunktion, juli 2008 – juni 2009. Avser patienter över 80 år.

Källa: NDR – Nationella Diabetesregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

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.

Detta är första gången NDR och Läkemedelsregistret används för att publicera data om behandling med metformin vid försämrad njurfunktion. 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 elva indikatorer, som alla ingår i den större rapport om hjärtsjukvård som Socialstyrelsen publicerade 2009. De flesta avser hjärtinfarkt. Som mått på hjärtinfarktsjukvårdens resultat redovisas tre indikatorer, två som avser dödlighet efter infarkt och en som gäller återinsjuknande. Fyra indikatorer är processmått och speglar hur behandling och sekundärprevention bedrivs inom hjärtinfarktvården. Övriga indikatorer speglar hjärtsvikt, väntetid till kranskärlsoperation, väntetid till kardiologisk mottagning och kostnaden per vårdtillfälle för PCI vid infarkt.

I ett separat textblock redovisas för landsting och sjukhus dödlighet efter hjärtinfarkt, justerat för även andra faktorer än ålder, som annan tidigare sjuklighet och utbildning. Syftet är bland annat att undersöka i vilken mån resultaten för landstingen och framförallt för sjukhusen förändras när man tar hänsyn till de av dessa faktorer som går att mäta med hjälp av hälsodataregistren vid Socialstyrelsen.

Kvalitetsregistret RIKS-HIA, som nu ingår i det större hjärtregistret SWEDEHEART, är källa till tre av indikatorerna. Där registreras uppgifter om de infarktpatienter som är intagna för hjärtintensivvård vid sjukhusen. Nästan alla akutsjukhus deltar, men vid alla sjukhus finns infarktpatienter som inte rapporterats till RIKS-HIA.

Rapporteringen till RIKS-HIA åren 2005–2006 har jämförts med den till patientregistret (PAR). I riket som helhet hade 40 procent av alla fall enbart rapporterats till PAR och inte till RIKS-HIA. Per år var det över 12 000 fall med hjärtinfarktdiagnos som inte rapporterades till RIKS-HIA. Variationen mellan sjukhusen är än större än för landstingen. Inom RIKS-HIA pågår arbete för att öka rapporteringen av infarktpatienter, oavsett vid vilken organisatorisk enhet vid sjukhusen de vårdas. En förnyad jämförelse 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 två indikatorer som avser så kallad icke ST-höjningsinfarkt. Om

olika kategorier av hjärtinfarktpatienter inkluderas i data för de olika landstingen kan detta påverka resultaten av jämförelserna.

64 Dödlighet efter hjärtinfarkt

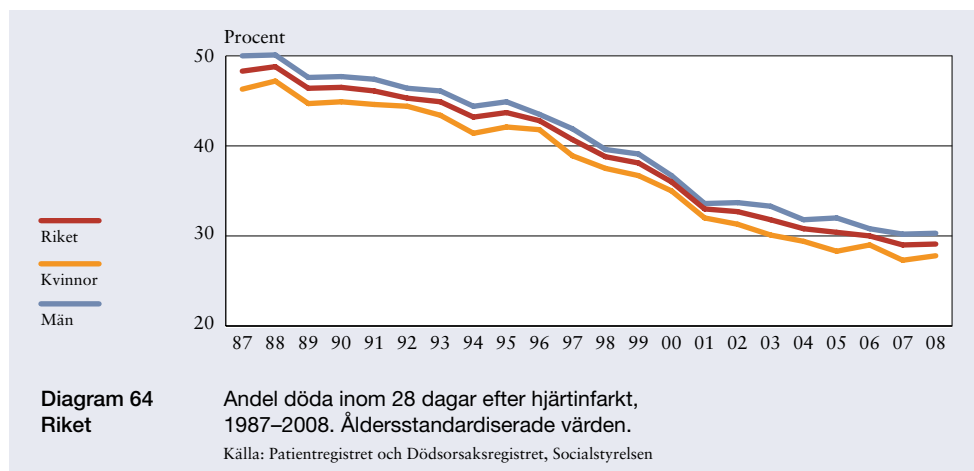
Risken att dö inom 28 dagar efter hjärtinfarkt (letalitet eller *case fatality*) är en internationellt etablerad indikator på hur väl sjukvården klarar det akuta omhändertagandet efter hjärtinfarkt. Måttet avser att mäta kvaliteten i hela vårdkedjan, från den förebyggande verksamheten till ambulansverksamheten, det akuta omhändertagandet och efterföljande vård.

I diagram 64 återges landstingens resultat för perioden 2006–2008 i en jämförelse med åren 2003–2005. 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 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 fram till 2008, om än i varierande takt.

Under år 2008 drabbades 20 100 män och 14 500 kvinnor av hjärtinfarkt. Av de drabbade dör knappt en tredjedel inom 28 dagar efter infarkt. Drygt 7 000 dör med infarkt som diagnos utanför akutsjukvården varje år.



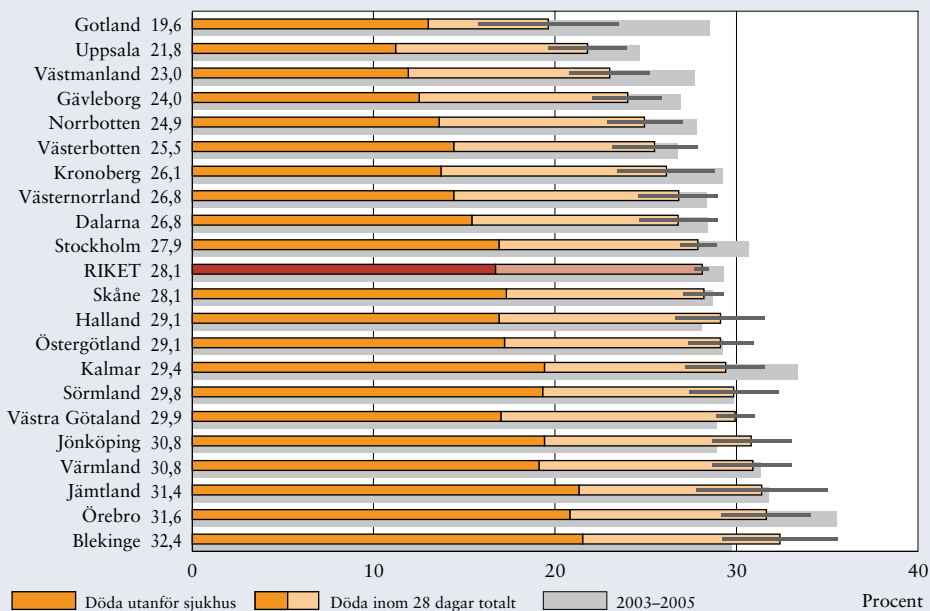


Diagram 64
Kvinnor

Andel döda inom 28 dagar efter hjärtinfarkt,
2006–2008. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

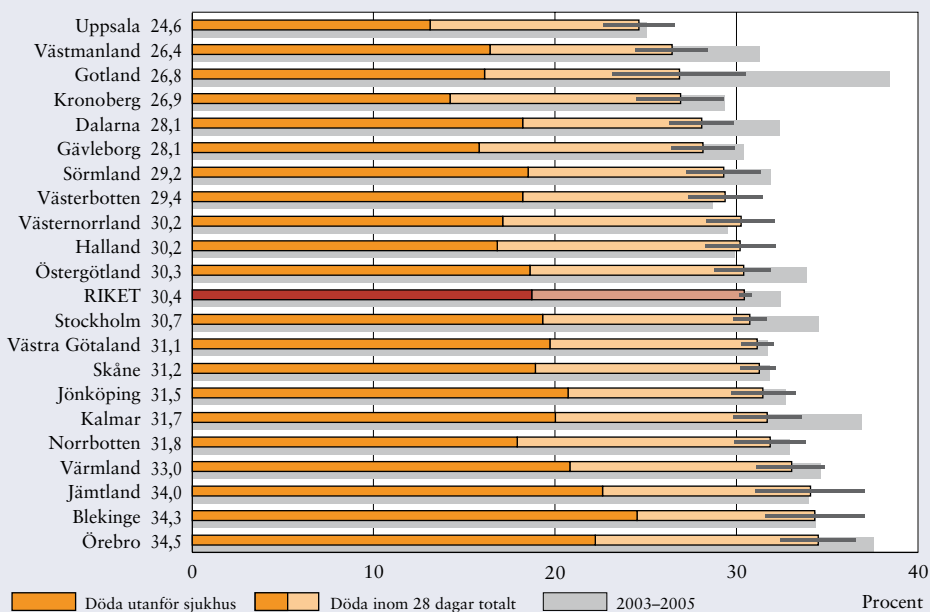


Diagram 64
Män

Andel döda inom 28 dagar efter hjärtinfarkt,
2006–2008. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

En felkälla att notera är att andelen obducerade bland äldre, icke sjukhusvårdade är låg. Osäkerheten i diagnossättning vid fastställande av dödsorsak är 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.

65 Dödlighet efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt

Detta mått avser att mäta kvaliteten i det akuta omhändertagandet av hjärtinfarktpatienter 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 65 baseras på alla fall med någon diagnos för hjärtinfarkt som sjukhusvårdades initialt under åren 2007–2009. 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 2004–2006 återges i den skuggade stapeln.

Under senare år vårdas cirka 12 000 kvinnor och över 16 000 män årligen på sjukhus för akut hjärtinfarkt. Bland samtliga sjukhusvårdade hjärtinfarktpatienter åren 2007–2009 dog knappt 14 procent inom 28 dagar och en tredjedel inom ett år. Efter åldersstandardisering har männen numera bara en något högre dödlighet efter hjärtinfarkt än vad kvinnorna har. I riket har dödligheten minskat med cirka två procentenheter för både kvinnor och män sedan 2004–2006.

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.

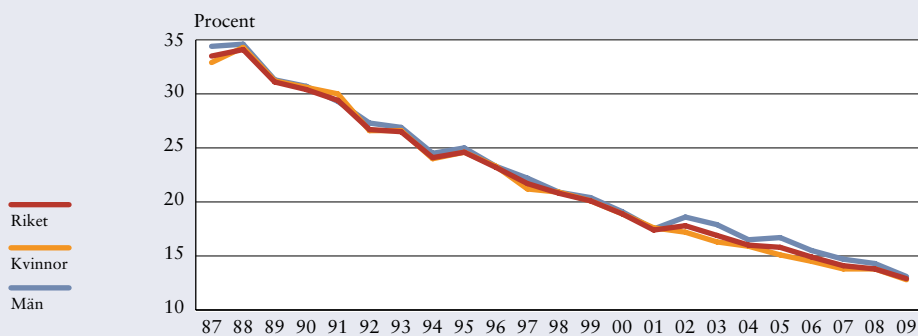


Diagram 65
Riket

Andel döda inom 28 dagar efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt, 1987–2009. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

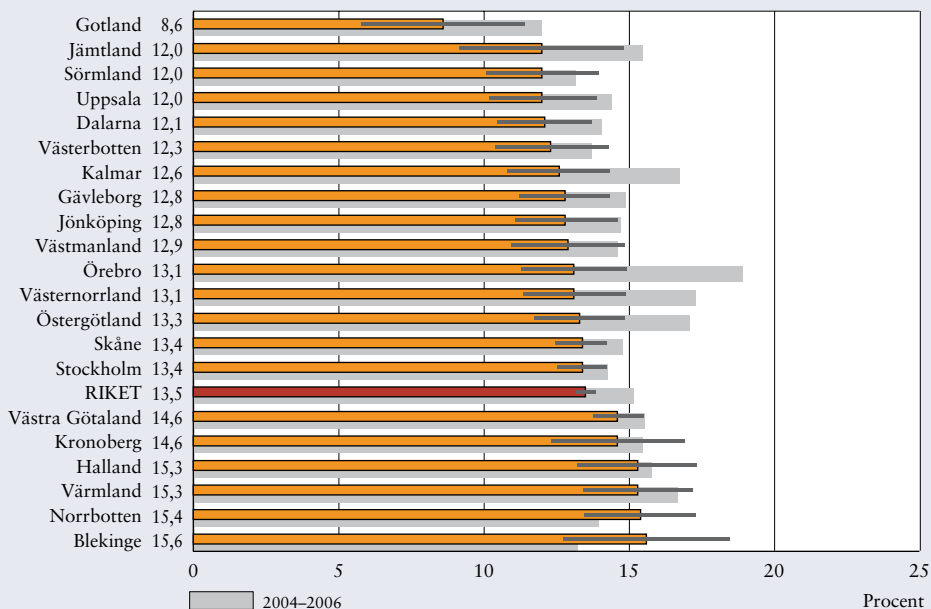


Diagram 65
Kvinnor

Andel döda inom 28 dagar efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt, 2007-2009. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

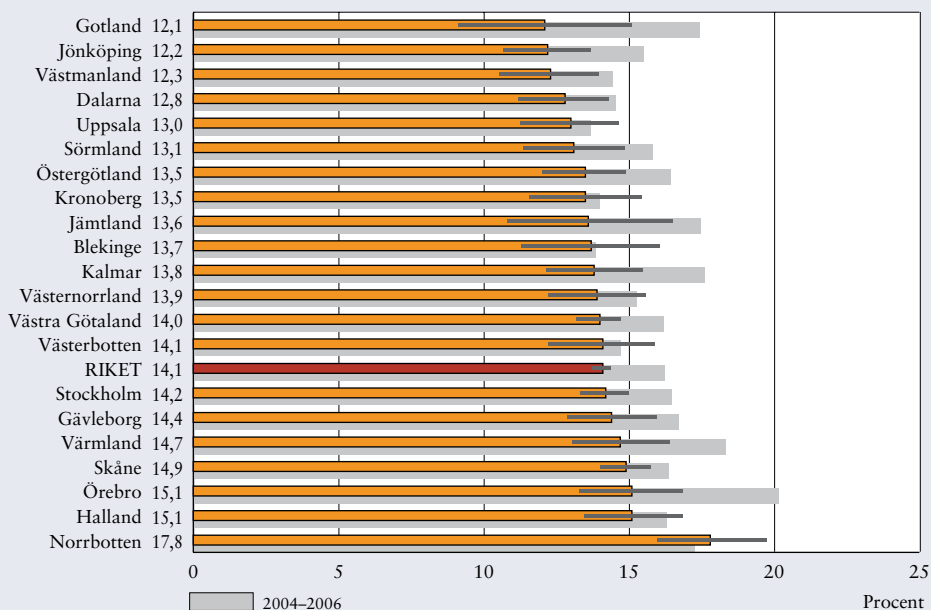


Diagram 65
Män

Andel döda inom 28 dagar efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt, 2007-2009. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

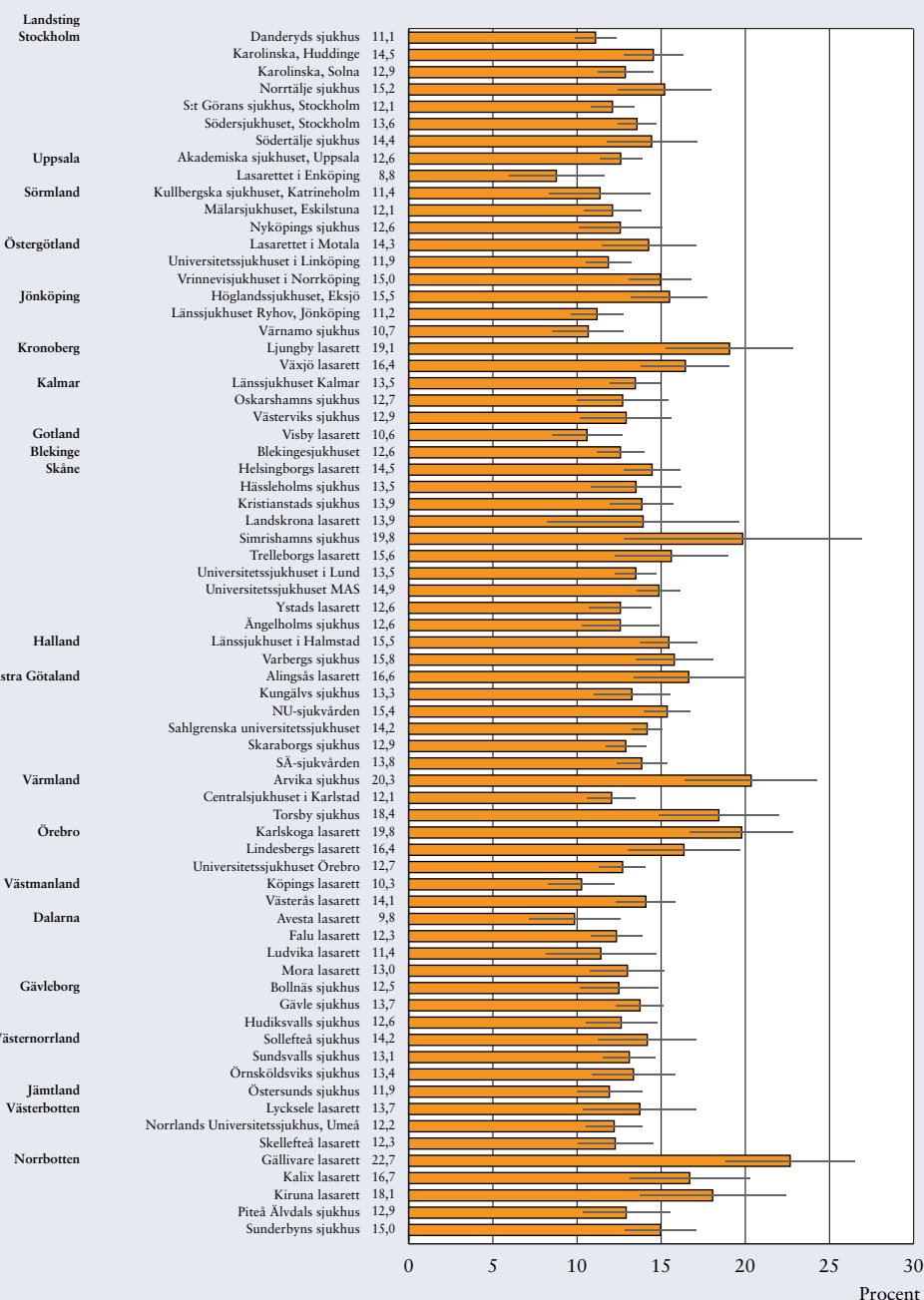


Diagram 65
Sjukhus

Andel döda inom 28 dagar efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt, 2007–2009. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

Justering för patientsammansättning vid död efter hjärtinfarkt

En viktig aspekt vid kvalitetsjämförelser mellan enheter är att olika sjukhus kan ha olika svårt sjuka patienter. Med död efter hjärtinfarkt som exempel visas här jämförelser för sjukhus och landsting som tar hänsyn till flera sådana faktorer. Denna aspekt är relevant för de flesta kvalitetsjämförelser.

Kvalitetsregistren och hälsodataregistren vid Socialstyrelsen används i ökad utsträckning för jämförelser av resultaten för landsting och sjukhus. Jämförelserna görs och publiceras ofta som rangordningar i många sammanhang. Ofta görs bara en justering för ålder. Det finns då en risk att skillnader i resultat i själva verket är ett utslag av skillnader i patientsammansättningen för de olika enheterna, så kallad case-mix, och inte är en faktisk skillnad i kvalitet. Rangordningar riskerar då att felaktigt peka ut enskilda sjukhus som verksamheter med sämre respektive bättre resultat.

Det är viktigt att göra jämförelserna mer pålitliga, genom att i större utsträckning ta hänsyn till bakomliggande faktorer vid den sjuklighet som studeras. Å andra sidan kan justering av de bakomliggande faktorerna för död efter infarkt dölja viktiga orsaker, riskfaktorer, som landstingen borde försöka åtgärda. Om exempelvis invandrare har en högre dödlighet än infödda svenskar och om man i redovisningen justerar för födelseland, döljs att landsting med många invandrare inte lyckas ge vård på lika villkor.

Här analyseras död efter hjärtinfarkt med justering för fler faktorer än bara ålder. Dessa är riskfaktorer för död efter infarkt som är oberoende av den verksamhet som skall jämföras, i det här fallet hjärtinfarktvården. Dessa oberoende riskfaktorer kan vara ojämnt fördelade mellan landsting eller sjukhus och bör därför justeras för.

Justering för annan sjuklighet, komorbiditet, görs med stöd av hälsodataregistren vid Socialstyrelsen. Uppgifter om tidigare sjuklighet hämtas från Patientregistret för tiden före infarkt. Information om vård för ett 15-tal diagnoskategorier ingår i analysen. Information från Läkemedelsregistret om uthämtade läkemedel före infarkt gör att uppgift om diabetes och psykisk sjukdom kunnat tas med i modellen. Som socio-ekonomisk indikator används variabeln utbildning från SCB:s utbildningsregister. Faktorerna som ingår betraktas alla som riskfaktorer för död efter infarkt.

Utgångspunkten för val av komorbiditetsvariabler är att diabetes och tidigare hjärt-kärlsjukdomar tyder på en högre allvarlighetsgrad och ökar risken för död efter infarkt, jämfört med patienter som inte har dessa sjukdomar. Detsamma gäller cancer-sjukdomar, KOL, demens och olika njursjukdomar. I tabellen på nästa sida visas med exempel dödligheten för infarktpatienter i olika ålder och med annan sjuklighet. Detta är även de faktorer som modellen justerar för.

Data ur hälsodataregistren innehåller inte all information som skulle behövas för att korrekt predicera dödligheten efter infarkt. Många faktorer som utgör riskfaktorer för död saknas i dessa nationella register. Exempel på sådana är rökning, BMI

Variabler vid justering för patientsammansättning

	Oddskvot, justerad för ålder	Antal infarkter	Andel döda, ojusterat
Samtliga 2006-2007		78 258	30 %
Kön			
Män		45 086	29 %
Kvinnor		33 172	32 %
Åldrar			
40-44		668	13 %
45-49		1 370	12 %
50-54		2 439	13 %
55-59		4 231	15 %
60-64		6 260	18 %
65-69		6 780	21 %
70-74		8 326	25 %
75-79		11 197	29 %
80-84		14 770	34 %
85-		21 860	44 %
Utbildningsgrupper			
Grundskola eller motsvarande	1,32	38 715	32 %
Gymnasium	1,18	23 254	25 %
Universitet, högskola	1,00	8 235	22 %
Tidigare sjuklighet			
Diabetes	1,13	16 105	32 %
Stroke	1,43	12 873	40 %
Klaffel	1,19	4 514	38 %
Hjärtsvikt	1,53	19 118	42 %
Perifer kärlsjukdom	1,36	6 718	38 %
Njursvikt	1,62	3 629	42 %
Kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL)	1,28	8 055	36 %
Demens	3,23	1 540	63 %
Cancerdiagnos	1,31	9 495	38 %
Psykisk sjukdom	1,90	8 443	40 %
Leversjukdom	2,47	589	46 %
Anemi	1,40	9 543	41 %
Nervsystemsjukdom	2,37	2 153	52 %
Reumatoid artrit, annan systemsjukdom	1,04	3 764	34 %
Läkemedel som indikator på sjuklighet			
Opioider	1,47	16 099	39 %
Antiepileptika	1,72	3 215	41 %
Antipsykotika	2,87	4 112	56 %
Bensodiazepiner	1,30	23 300	38 %
Antidepressiva	1,68	13 247	42 %

Oddskvoten i tabellen ovan ger en uppfattning om hur starkt sambandet är mellan tidigare sjuklighet eller utbildning och dödligheten i infarkt. Oddskvoter över 1 anger att infarktpatienter med den aktuella sjukdomen klarar sig sämre än de patienter som inte har sjukdomen. De senares oddskvot, som inte redovisas, är 1,0. För demens visar den höga oddskvoten att sambandet är starkt, medan cancerdiagnos har ett svagare samband med dödligheten i infarkt.

och kliniska uppgifter som blodtryck, typ av infarkt, antal förträngda kärl och slutligen tid mellan symtomdebut och behandlingsstart, som är en av de allra viktigaste faktorerna. Detta är uppgifter om patienten som de Nationella Kvalitetsregistren ofta samlar in. Det är därför värdefullt att den här typen av analys görs även inom kvalitetsregistren. Genom tillskott av bland annat klinisk information från kvalitetsregistret Swedeheart (RIKS-HIA) går det att värdera hur viktiga kliniska data är för dessa justeringar.

Justeringsmetod och tolkning av resultat

Att justera för många faktorer kan utgöra problem om man använder vanliga metoder för direkt standardisering. Metoder som använder indirekt standardisering, till exempel Standardiserad MortalitetsRatio (SMR), används ofta för att justera för bakomliggande faktorer när patientantalet är litet och uppgifter saknas för vissa undergrupper. Metoden är dock mindre lämplig när flera enheter ska jämföras rangordnade.

För beräkning av de justerade dödlighetstalen används här logistisk regression. Dessa justerade andelar kommer med denna metod att ligga på samma nivå som en viss patientsammansättning. I nedanstående rangordningar anges en justerad dödlighet i nivå med personer med åldern 78 år (medianålder för hjärtinfarkt), medelutbildning (gymnasium) och ingen komorbiditet. Vid beräkningen tas hänsyn till alla fall av hjärtinfarkt, även de med komorbiditet och övriga utbildningsgrupper.

Fyra diagram visas på de följande sidorna. Först visas per landsting för män respektive kvinnor den justerade dödligheten 28 dagar efter infarkt. Även infarkt där patienten inte vårdades på sjukhus ingår, som i indikator 64. Diagrammet därefter visar för sjukhus den justerade dödligheten för patienter som vårdats på sjukhus, således samma mått som i indikator 65. Män och kvinnor redovisas separat.

Av diagrammen framgår hur de inbördes positionerna för landstingen och sjukhusen förändras efter justeringen, jämfört med justering enbart för ålder. Framförallt för sjukhusen sker i vissa fall större förändringar, men det dominerande intrycket är ändå att förändringarna är måttliga.

Hur rättvisande är då denna redovisning? En aspekt är att ingen justering har kunnat göras för tid mellan symtomdebut och ankomst till sjukhus eller för infarktens storlek. I forskningsstudier av hjärtinfarktvård skiljer man som regel mellan så kallad ST-höjningsinfarkt och icke ST-höjningsinfarkt, men denna uppgift finns inte i PAR. En annan notering är att den statistiska osäkerheten på sjukhusnivå är relativt stor, trots att hjärtinfarkt är en jämförelsevis vanlig sjukdom och trots att flera år ingår i analysen.

Fortfarande finns en osäkerhet i analysen om hur variationen i dödlighet kan förklaras av skillnader i vårdprocesserna vid sjukhusen, av den behandling man ger eller inte ger. Utvecklingsarbete krävs, både med metoder för justering och för att värdera i vilken utsträckning resultaten kan hänföras till sjukvårdens insatser. Kliniska data från kvalitetsregister är då ett viktigt underlag.

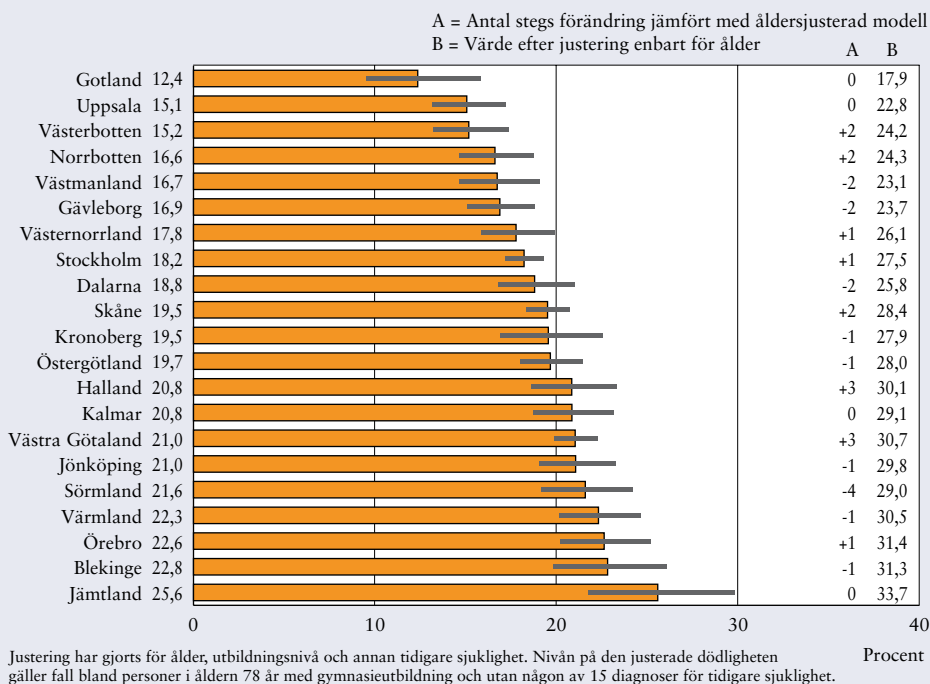


Diagram 64A
Kvinnor

**Justerad andel döda inom 28 dagar efter hjärtinfarkt
inklusive döda utanför sjukhus, 2006–2007.**

Källa: Patientregistret, Läkemedelsregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen samt
Registret över befolkningens utbildning, Statistiska centralbyrån.

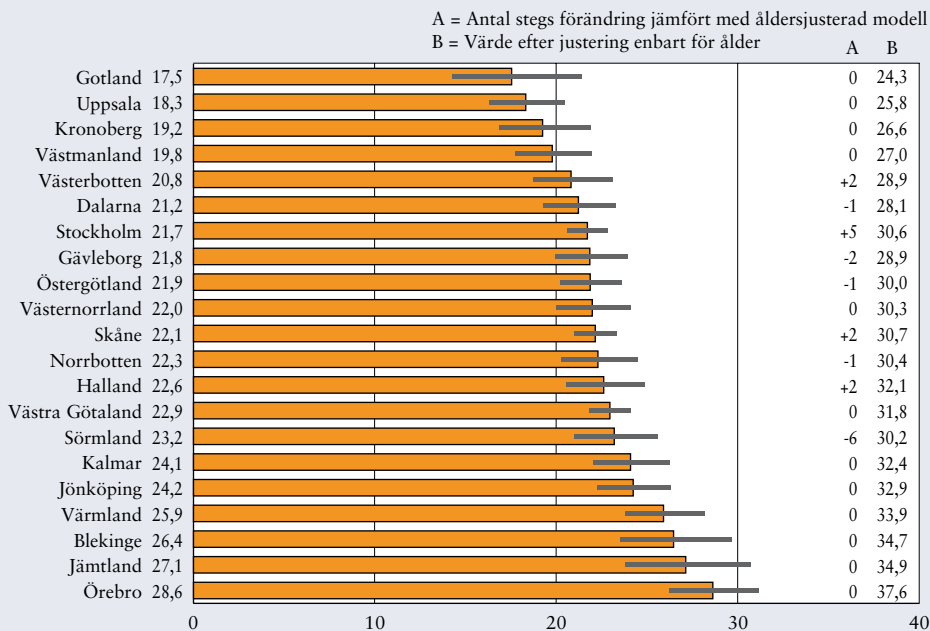
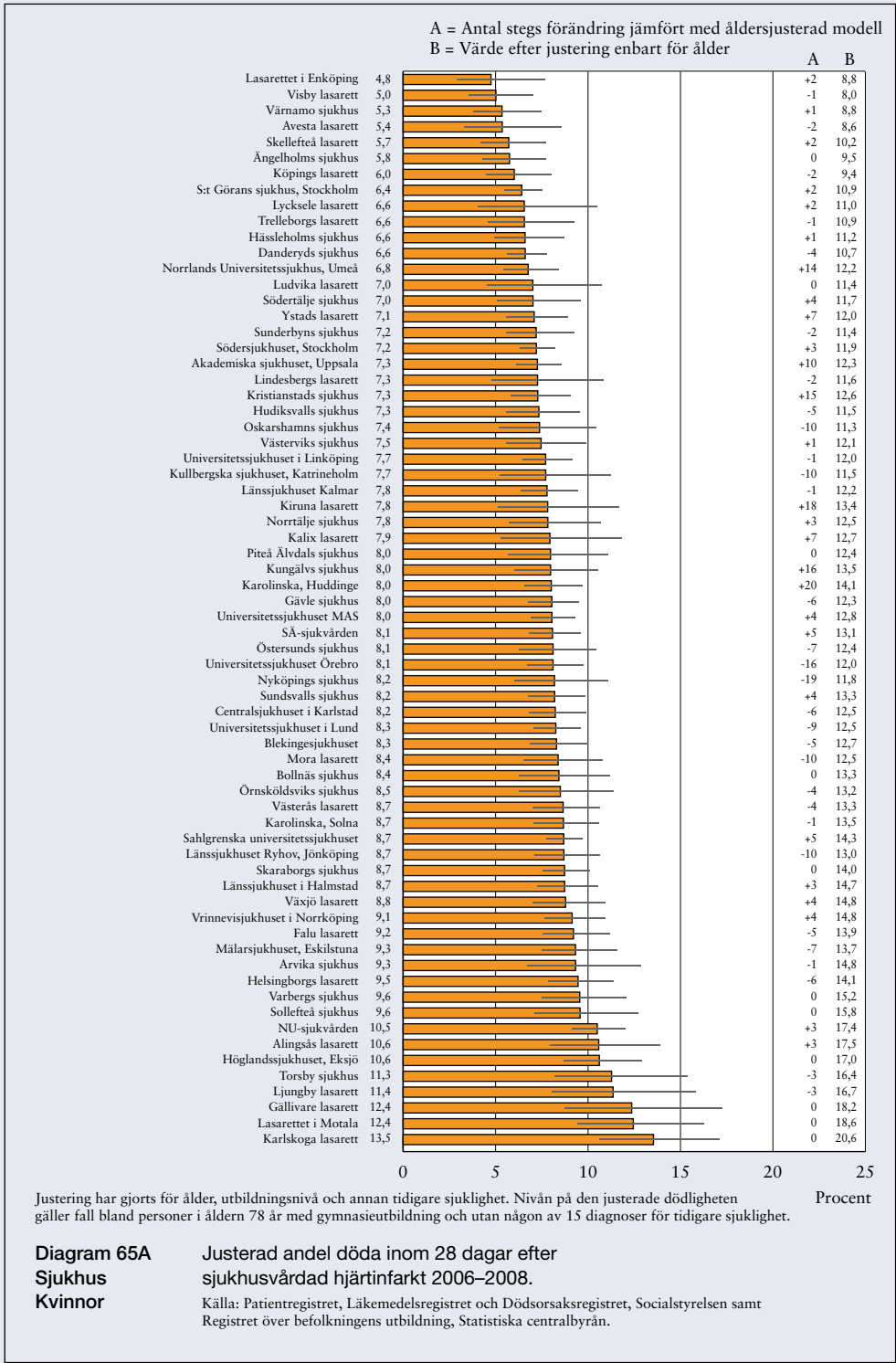


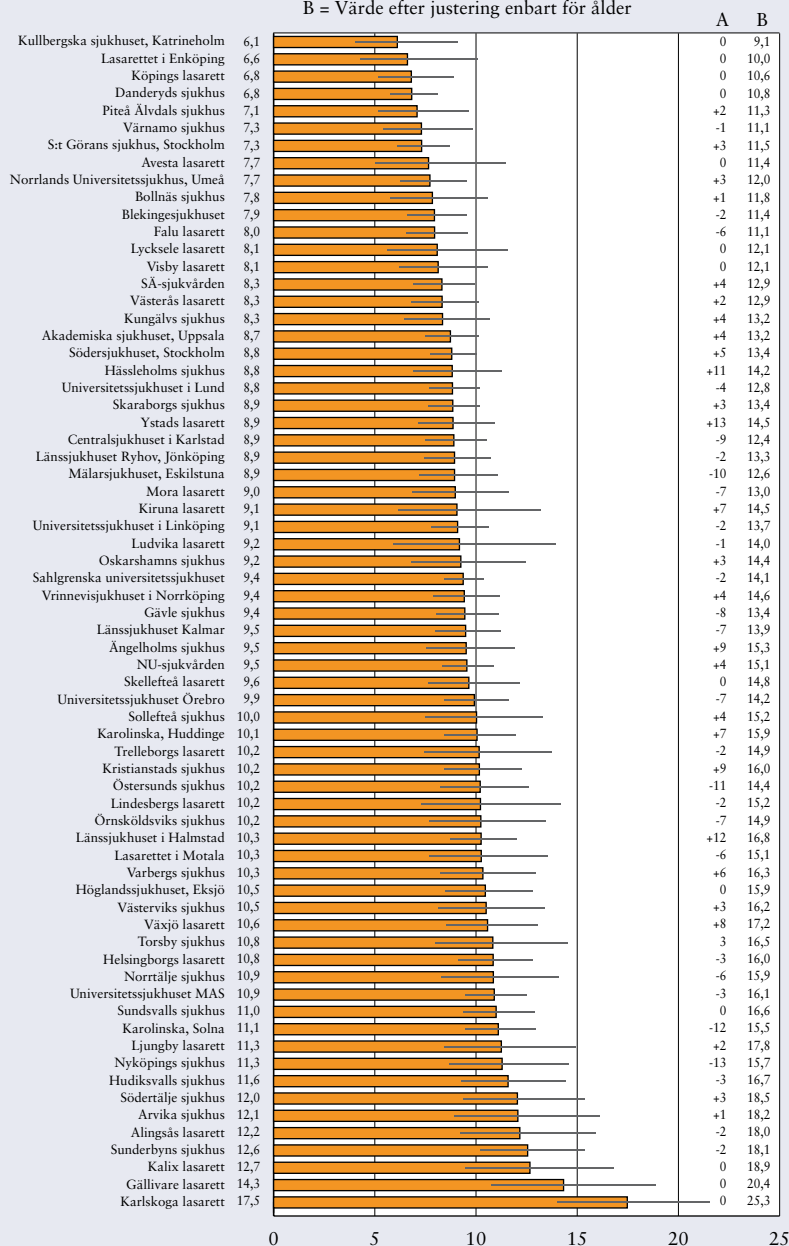
Diagram 64A
Män

**Justerad andel döda inom 28 dagar efter hjärtinfarkt
inklusive döda utanför sjukhus, 2006–2007.**

Källa: Patientregistret, Läkemedelsregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen samt
Registret över befolkningens utbildning, Statistiska centralbyrån.



A = Antal stegs förändring jämfört med åldersjusterad modell
B = Värde efter justering enbart för ålder



Justering har gjorts för ålder, utbildningsnivå och annan tidigare sjuklighet. Nivån på den justerade dödligheten gäller fall bland personer i åldern 78 år med gymnasieutbildning och utan någon av 15 diagnoser för tidigare sjuklighet. Procent

Diagram 65A Justerad andel döda inom 28 dagar efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt 2006–2008.
Sjukhus
Män

Källa: Patientregistret, Läke-medelsregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen samt Registret över befolkningens utbildning, Statistiska centralbyrån.

66 Ny infarkt eller död i ischemisk hjärtsjukdom

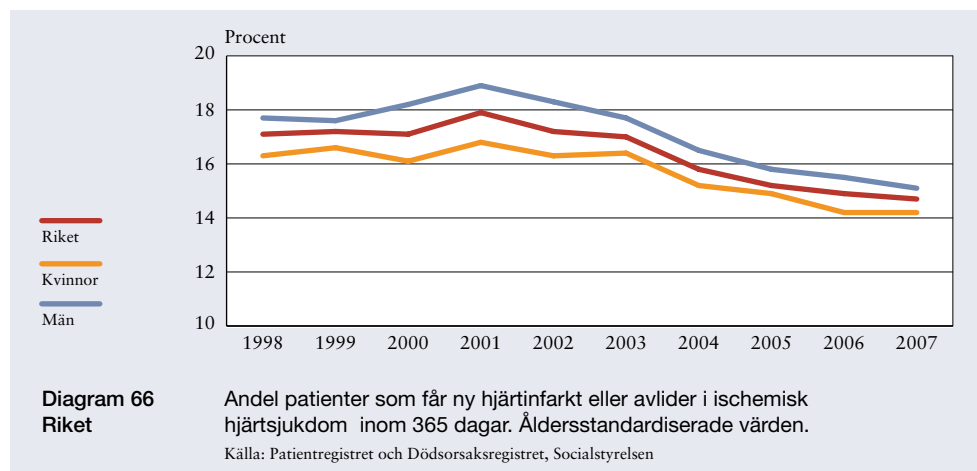
Indikatorn mäter andelen hjärtinfarktpatienter som skrevs ut från sjukhus och som inom 365 dagar fick en ny infarkt eller avled i annan ischemisk hjärtsjukdom som underliggande dödsorsak inom 365 dagar efter utskrivningen. Ischemisk hjärtsjukdom är sjukdomar orsakade av försämrade syretillförsel till 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 21 126 patienter i alla åldrar som sjukhusvårdats under 2007 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 cirka 15 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 perioden 1998 till 2007 har andelen återinfarkter och död minskat något.

Variationen mellan landstingen är ganska stor och sträcker sig från cirka nio procent för kvinnorna och 11 procent för männen till cirka 20 procent för båda könen.

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 64). Detta innebär att även annat än vårdinsatserna på sjukhus spelar roll,



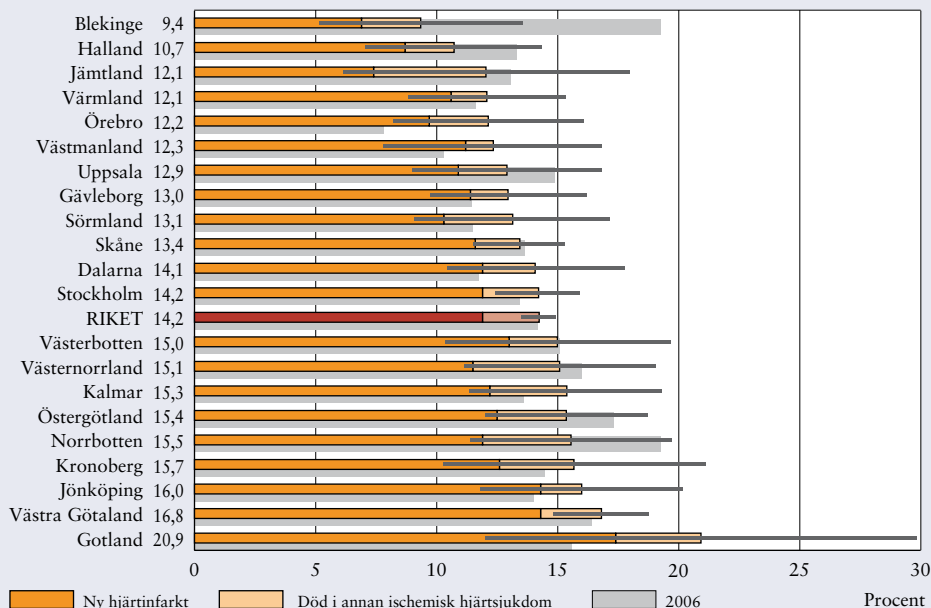


Diagram 66
Kvinnor

Andel patienter som får ny hjärtinfarkt eller avlider i ischemisk hjärtsjukdom inom 365 dagar, 2007. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

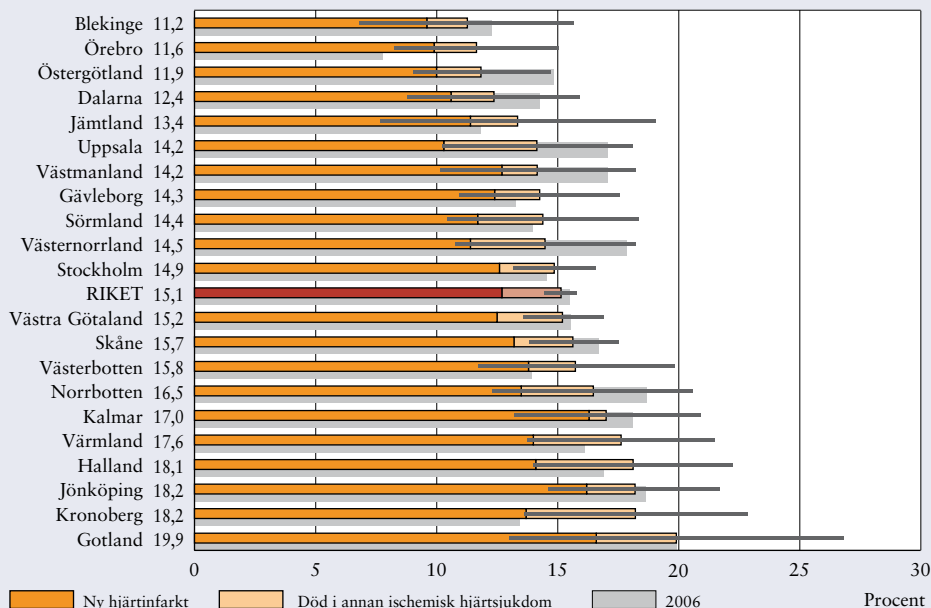


Diagram 66
Män

Andel patienter som får ny hjärtinfarkt eller avlider i ischemisk hjärtsjukdom inom 365 dagar, 2007. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

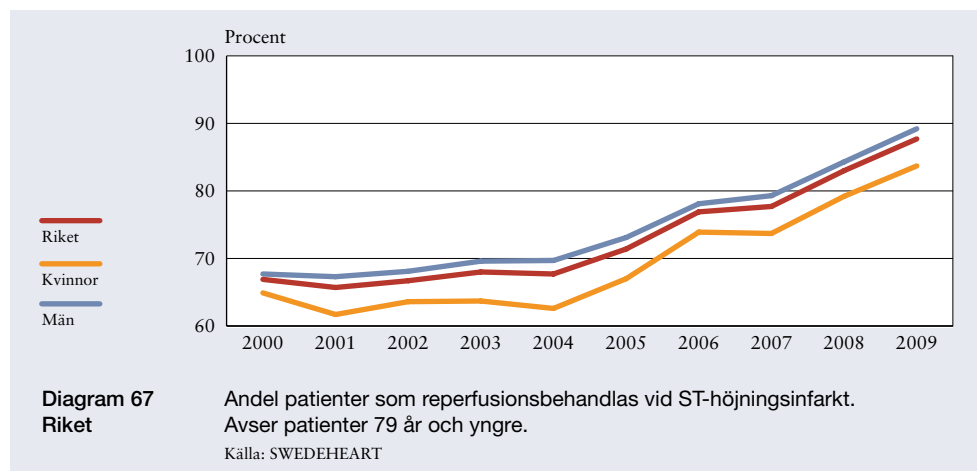
också för denna indikator: sjukvårdsrådgivning, larmcentral och ambulanssjukvård, till exempel.

Det finns felkällor. Med en låg andel obducerade bland äldre avlidna är osäkerheten i diagnossättning större för dödsfall som sker utan initial sjukhusvård. Variation i denna diagnossättning 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 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 har inkluderats i utfallet.

67 Reperusionsbehandling vid ST-höjningsinfarkt

Totalt sjukhusvårdas cirka 29 000 patienter för hjärtinfarkt per år. Knappt 6 000 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. 2008 fanns i RIKS-HIA drygt 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.



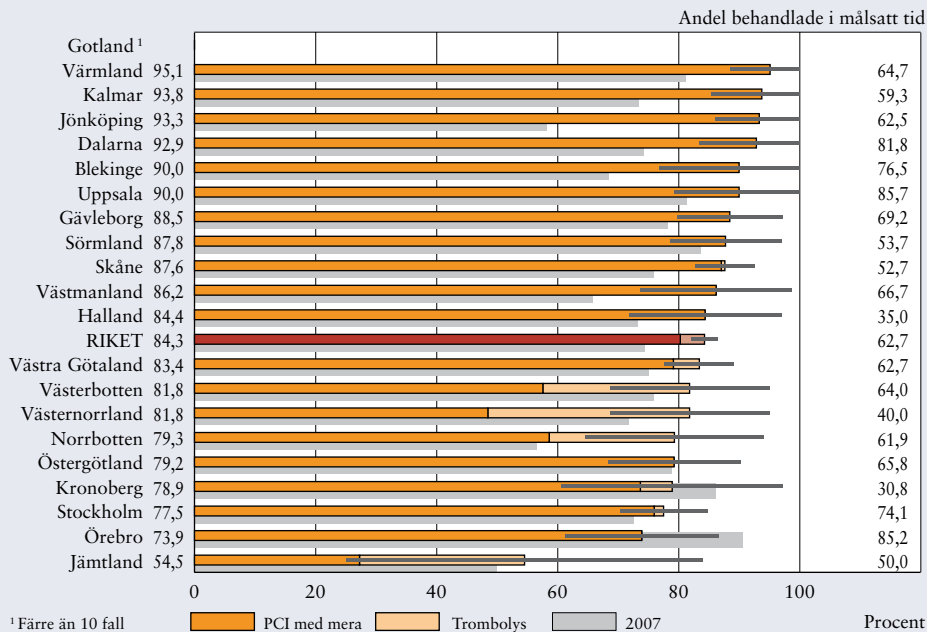


Diagram 67
Kvinnor

Andel patienter som reperfusionsbehandlas vid ST-höjningsinfarkt, 2009. Avser patienter 79 år och yngre.

Källa: SWEDHEART- Svenska coronarischemi- och klaffinterventionsregistret

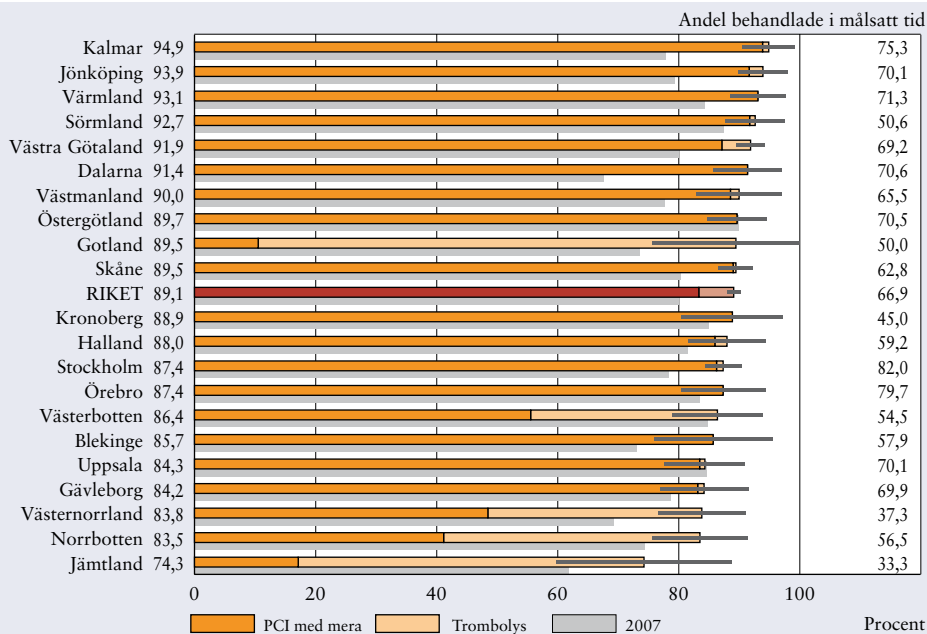


Diagram 67
Män

Andel patienter som reperfusionsbehandlas vid ST-höjningsinfarkt, 2009. Avser patienter 79 år och yngre.

Källa: SWEDHEART- Svenska coronarischemi- och klaffinterventionsregistret

Så kallad primär PCI är nu den helt dominerande behandlingen i de flesta landsting. PCI gavs under 2009 på 28 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. Reperfusionsterapi 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 reperfusionsterapi, fördelat på olika typer av behandling. Indikatoren är en av de nationella hjärtriktlinjernas indikatorer för uppföljning och ingår i RIKS-HIA:s kvalitetsindex för hjärtinfarktvård 2009. Resultatet återges enbart på landstingsnivå, med patientens hemortslän som grund.

År 2009 ingick 4 034 patienter i jämförelsen, varav drygt 1 000 var kvinnor. Enbart patienter 79 år och yngre ingår. Vidare ingår bara patienter där tiden mellan symtomdebut och EKG understeg 12 timmar. Män och kvinnor redovisas i separata diagram, trots att antalet fall i flera län är få, särskilt för kvinnor.

År 2009 fick i riket knappt 88 procent av patienterna reperfusionsterapi, 84 procent av kvinnorna och 89 procent av männen. Detta är en ökning med över nio procentenheter sedan 2007. Det finns en förhållandevis stor variation mellan andelen behandlade i de olika länderna. I RIKS-HIA:s kvalitetsindex ges poäng vid nivåer på 80–85 procent, vilket därmed kan anses vara den målnivå man satt.

I sifferkolumnen i diagram 67 anges även andelen patienter som behandlas inom målsatt tid, för PCI inom 90 minuter från första EKG och för trombolys inom 30 minuter. Variationerna är stora och generellt är måluppfyllelsen ganska låg, 66 procent i riket.

Ätgärden har hög prioritet i de nationella riktlinjerna. Även om andelen behandlade ökat påtagligt de senaste åren, finns det fortfarande utrymme för förbättringar, särskilt i de länder som har en jämförelsevis låg andel behandlade.

68 Kranskärlsröntgen vid icke ST-höjningsinfarkt och riskfaktor

Icke ST-höjningsinfarkt är betydligt vanligare än ST-höjningsinfarkt och kan bedömas drabba över 20 000 personer 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 kranskärlsintervention. Eventuellt ingrepp, i form av PCI eller kranskärlsoperation, bör utföras inom 7–8 dagar. PCI eller kranskärlsoperation minskar risken för nya infarkter.

Enligt de nationella riktlinjerna har kranskärlsröntgen en hög prioritet för patienter med måttlig eller hög risk för nya hjärtbrott. 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

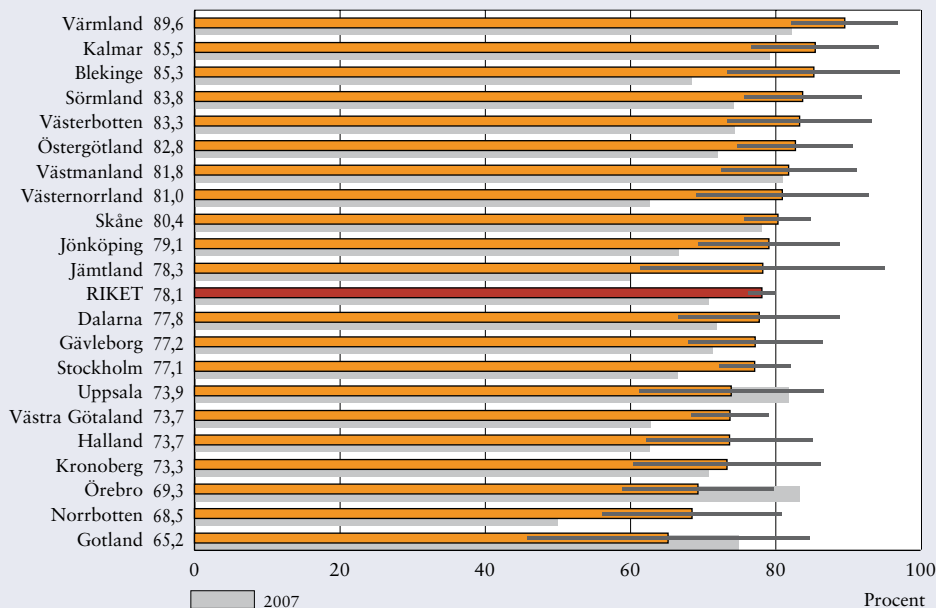


Diagram 68
Kvinnor

Andel patienter som kranskärlsröntgas vid icke ST-höjningsinfarkt och riskfaktor, 2009. Avser patienter 79 år och yngre.

Källa: SWEDEHEART- Svenska coronarischemi- och klaffinterventionsregistret

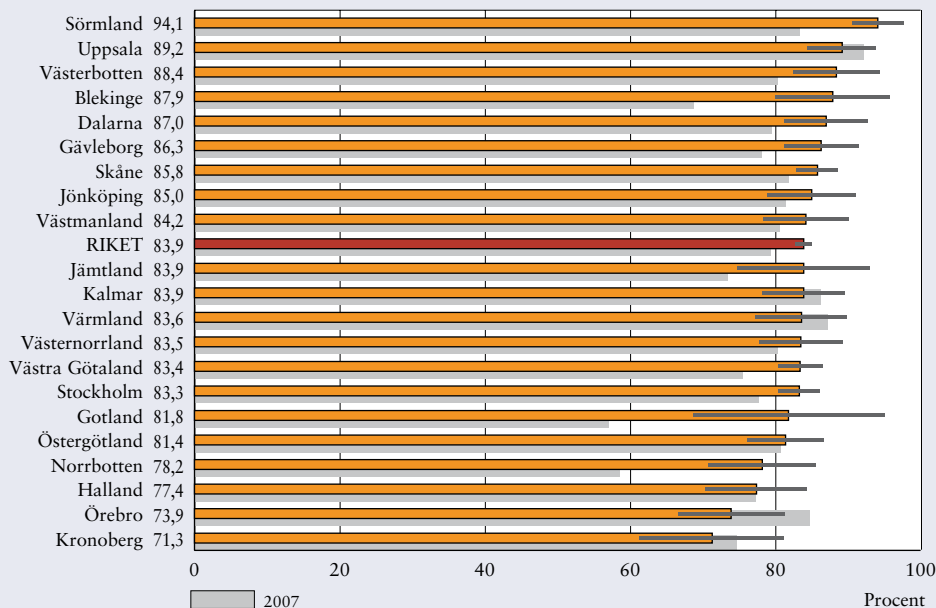


Diagram 68
Män

Andel patienter som kranskärlsröntgas vid icke ST-höjningsinfarkt och riskfaktor, 2009. Avser patienter 79 år och yngre.

Källa: SWEDEHEART- Svenska coronarischemi- och klaffinterventionsregistret

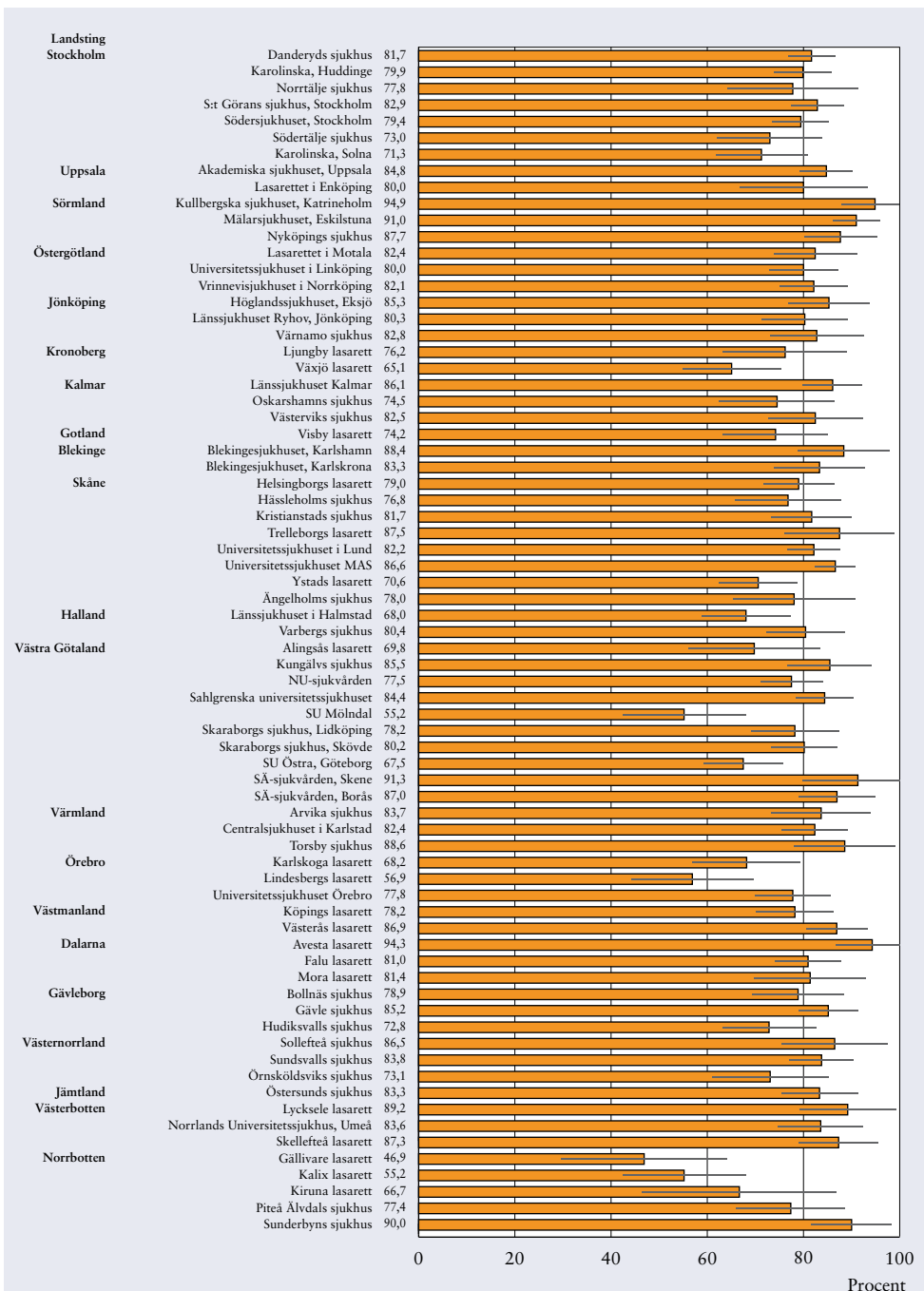
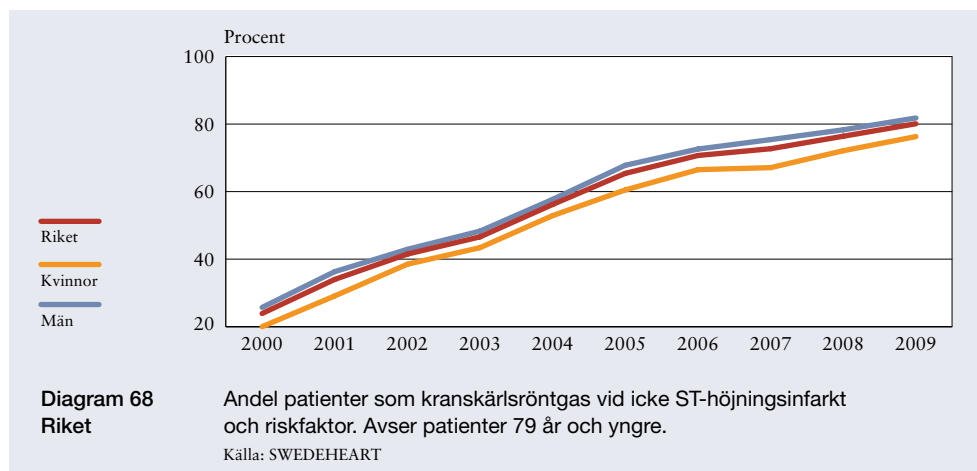


Diagram 68
Sjukhus

Andel patienter som kranskärlsröntgas vid icke ST-höjningsinfarkt och riskfaktor, 2009. Avser patienter 79 år och yngre.

Källa: SWEDEHEART- Svenska coronariscemi- och klaffinterventionsregistret



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 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 är en av de nationella riktlinjernas indikatorer för uppföljning av hjärtsjukvård och ingår i RIKS-HIA:s kvalitetsindex för sjukhus.

Underlaget för indikator 68 är 5 962 patienter, varav 1 839 var kvinnor och 4 123 män. Bara patienter 79 år och yngre ingår.

År 2009 kom kranskärlsröntgen ifråga för 82 procent av patienterna i riket, för 78 procent av kvinnorna och för 84 procent av männen. För männen är detta en ökning med fem procentenheter, jämfört med 2007. För kvinnor är ökningen över sju procentenheter.

Skillnaderna mellan landstingen är förhållandevis stora. Andelen patienter som kranskärlsröntgas varierar från 72 till 91 procent i de olika landstingen, för kvinnor och män sammantaget.

Fler män än kvinnor behandlas. För riket är övervikten till männens fördel sex procentenheter. 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. Ett antal landsting når inte upp till denna nivå. Generellt gäller att landsting med låg täckningsgrad i RIKS-HIA har osäkrare resultat.

69 Clopidogrelbehandling vid icke ST-höjningsinfarkt

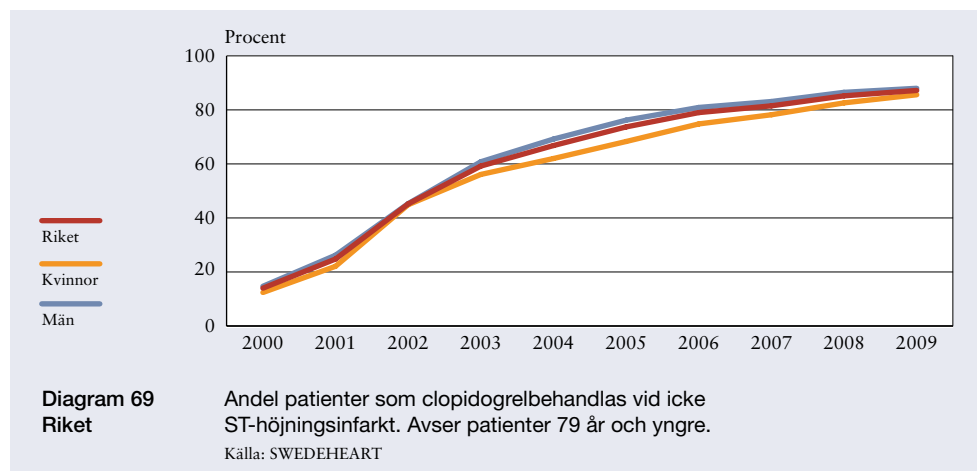
Vid icke ST-höjningsinfarkt behandlas patienterna med acetylsalicylsyra (ASA), clopidogrel eller warfarin för att förebygga blodproppar. Tillägg av clopidogrel till ASA under de första 3–12 månaderna efter en episod av instabil kranskärlssjukdom har visats minska risken för hjärtinfarkt, stroke eller död.

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 nytta överväger riskerna (blödningskomplikationer) vid långtidsbehandling.

I princip bör samtliga patienter med icke ST-höjningsinfarkt behandlas med clopidogrel, om inga kontraindikationer finns. Ställningstagande till läkemedelsbehandling 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 clopidogrel. Indikatorn ingår i RIKS-HIA:s kvalitetsindex. Underlaget för denna jämförelse är cirka 7 300 patienter, varav drygt 2 300 är kvinnor och flertalet därför män. Enbart patienter 79 år och yngre ingår.

Andelen patienter som behandlades med clopidogrel var år 2009 i riket 87 procent. Det är en ökning sedan 2007 med drygt fem procentenheter. 2009 behandlades i riket som helhet 86 procent av kvinnorna och 88 procent av männen. Variationen mellan landstingen sträcker sig mellan 77 och 96 procent behandlade.



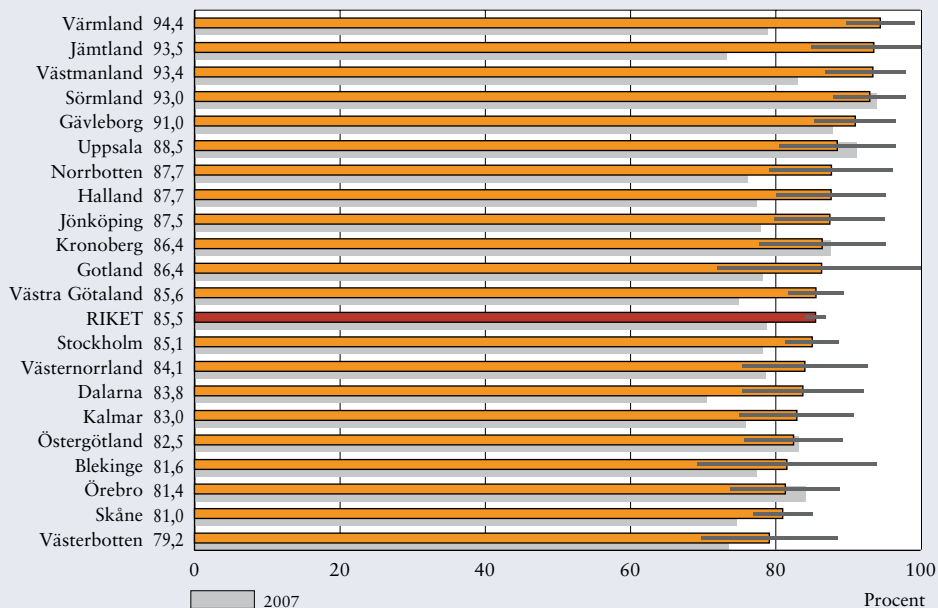


Diagram 69
Kvinnor

Andel patienter som clopidogrelbehandlas vid icke ST-höjningsinfarkt, 2009. Avser patienter 79 år och yngre.

Källa: SWEDEHEART- Svenska coronarischemi- och klaffinterventionsregistret

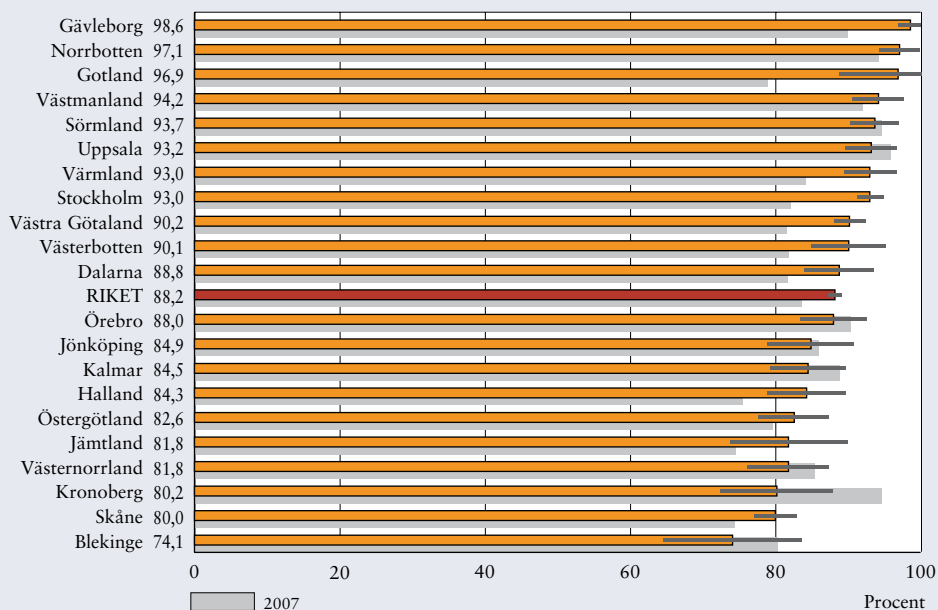


Diagram 69
Män

Andel patienter som clopidogrelbehandlas vid icke ST-höjningsinfarkt, 2009. Avser patienter 79 år och yngre.

Källa: SWEDEHEART- Svenska coronarischemi- och klaffinterventionsregistret

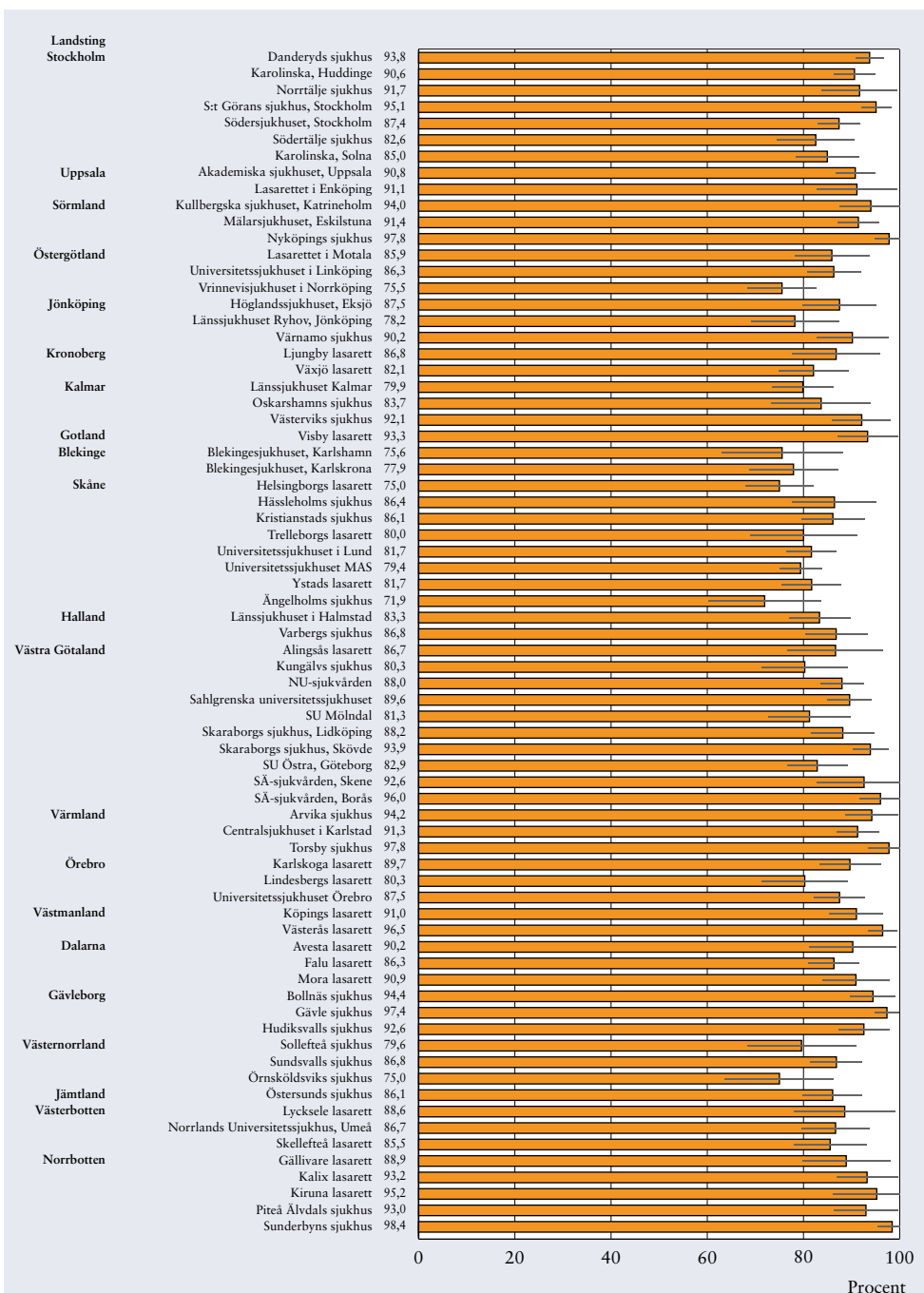


Diagram 69
Sjukhus

Andel patienter som clopidogrelbehandlas vid icke ST-höjningsinfarkt, 2009. Avser patienter 79 år och yngre.

Källa: SWEDEHEART- Svenska coronarische- och klaffinterventionsregistret

RIKS-HIA:s poängnivåer på 85–90 procent behandlade är riktmärken som ligger väl i linje med de nationella riktlinjernas rekommendation. Måluppfyllelsen är således ganska god, även om det finns skillnader mellan landstingen.

70 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.

Här redovisas hur stor andel av hjärtinfarktpatienterna som hämtat ut blodfettssänkande läkemedel, under en period efter sjukhusvistelsen. Uppgifter från Patientregistret har kombinerats med Läkemedelsregistret för detta ändamål. Ingår gör patienter 40–79 år som sjukhusvårdats för hjärtinfarkt under 2007 och till och med juni 2008. Uppgifterna har åldersstandardiserats.

I diagram 70 redovisas för kvinnor och män hur stor andel som ges blodfettssänkande behandling efter infarkt. För riket är andelen män som behandlas drygt 85 procent, vilket är något högre än för kvinnor. Skillnaderna mellan landstingen är för den stora merparten landsting måttlig.

I RIKS-HIAs kvalitetsindex för sjukhus, som mäter läkemedelsbehandling vid utskrivning från sjukhus, har gränserna för poäng satts till 90 respektive 95 procents behandlade. I ljuset av detta skulle de här redovisade nivåerna snarast tolkas som att underbehandling råder, då enbart Västmanland når upp till 90 procents behandlade.

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.

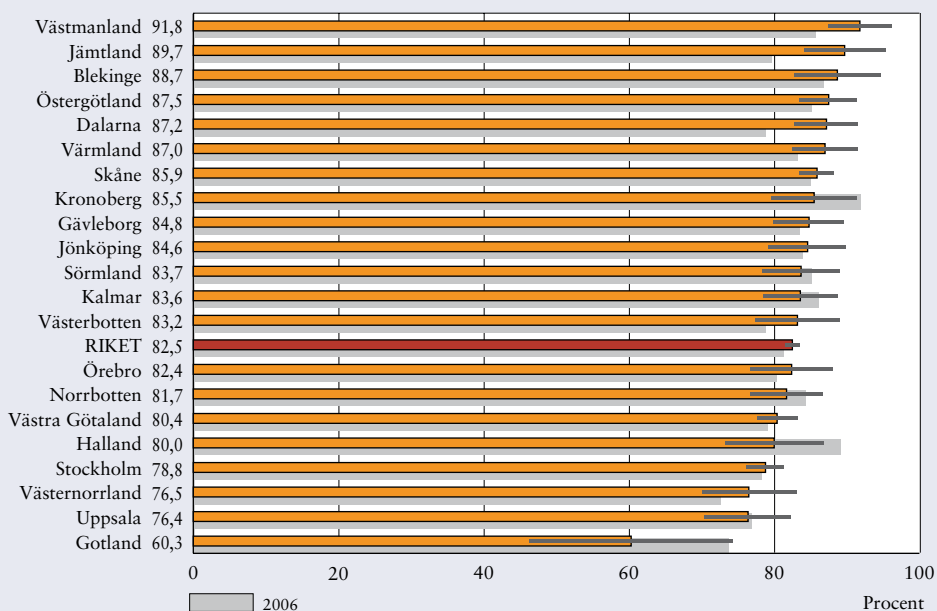


Diagram 70
Kvinnor

Andel patienter med blodfettssänkande behandling 12–18 månader efter infarkt, 2007–juni 2008. Avser patienter 40–79 år. Åldersstandardiserade värden.
Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

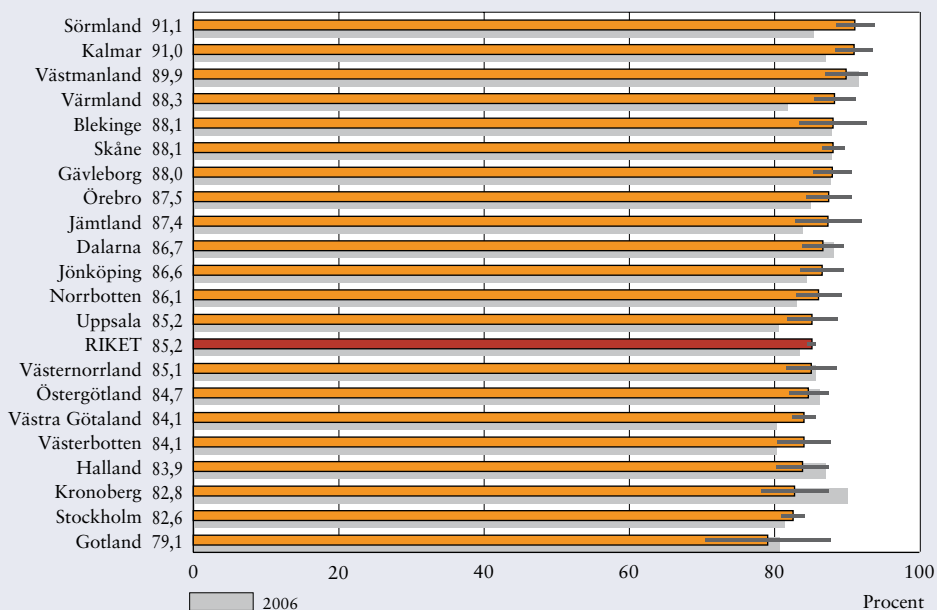


Diagram 70
Män

Andel patienter med blodfettssänkande behandling 12–18 månader efter infarkt, 2007–juni 2008. Avser patienter 40–79 år. Åldersstandardiserade värden.
Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

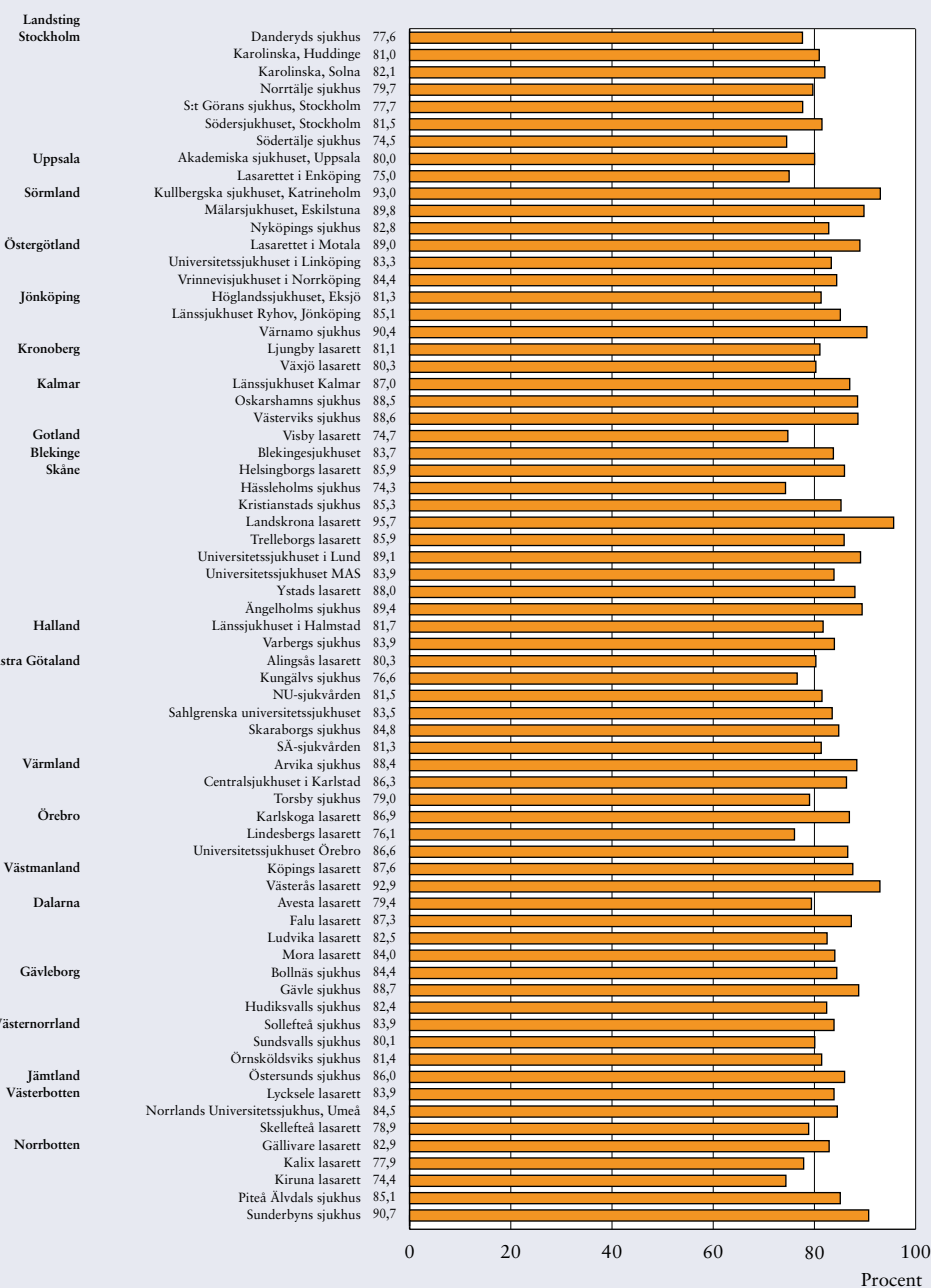


Diagram 70
Sjukhus

Andel patienter med blodfettssänkande behandling 12–18 månader efter infarkt, 2007–juni 2008. Avser patienter 40–79 år. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

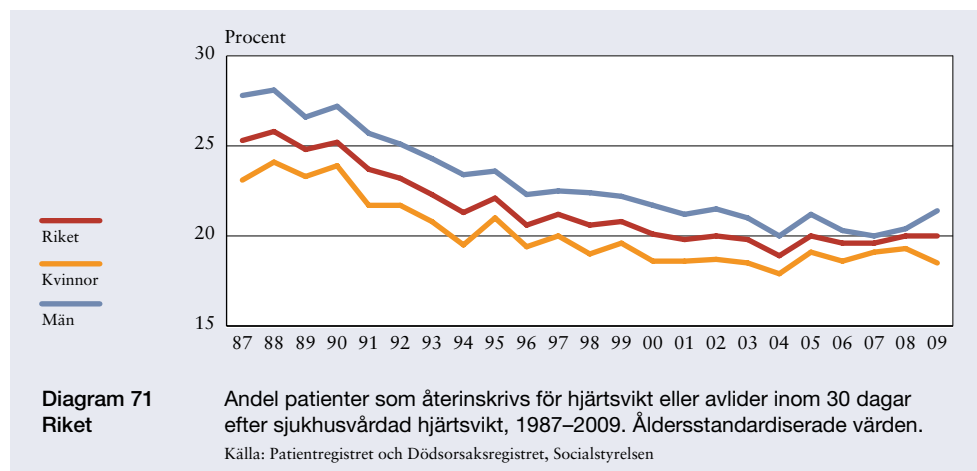
71 Döda eller återinskrivna efter vård för hjärtsvikt

Hjärtsvikt är en av de vanligaste diagnoserna hos äldre som vårdas på sjukhus. Det är relativt vanligt att patienterna avlider eller återinläggs kort tid efter sjukhusvård för hjärtsvikt. Hjärtsvikt är en kronisk sjukdom, vilket gör att utfallet död efter sjukhusvård är ett komplicerat kvalitetsmått, men ändå värt att lyfta fram. 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.

Indikatoren avser patienter som sjukhusvårdats för hjärtsvikt. Måttet anger andelen patienter som inom 30 dagar efter utskrivningen antingen avlidit eller återinskrivits på sjukhus med diagnosen hjärtsvikt. Jämförelsen avser alla åldrar och åldersstandardisering har gjorts. Under mätperioden 2006–2009 registrerades knappt 74 000 vårdepisoder med huvuddiagnosen hjärtsvikt, något fler män än kvinnor. Cirka 9 000 avled inom 30 dagar och bland de överlevande återinskrevs cirka 5 900 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 återinskrivningar varit konstant sedan 1990-talets början, medan dödligheten minskat något. Fram till 1992 rapporterade till patientregistret även sjukhem och andra äldreomsenheter, 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.



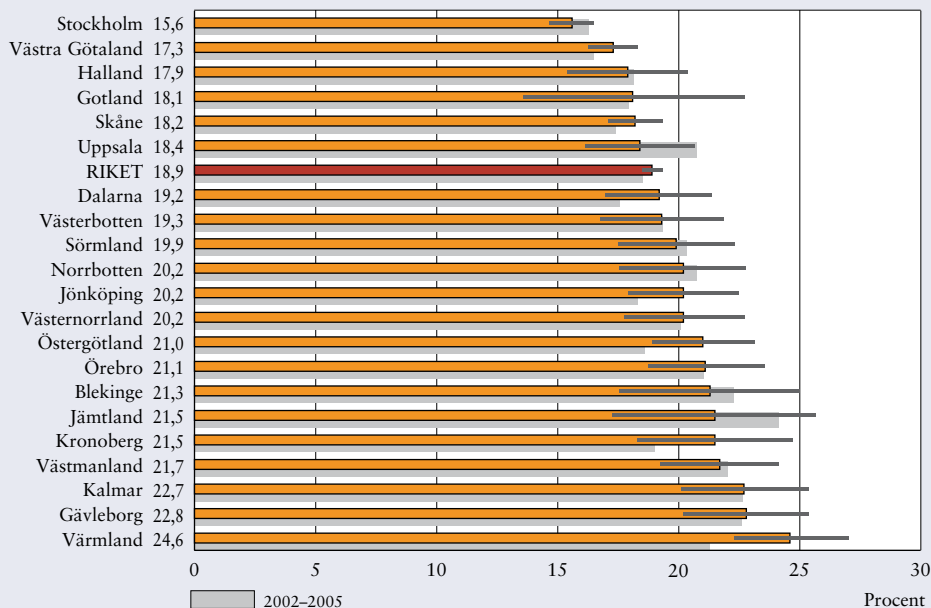


Diagram 71
Kvinnor

Andel patienter som återinskrivs för hjärtsvikt eller avlider inom 30 dagar efter sjukhusvårdad hjärtsvikt, 2006-2009. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

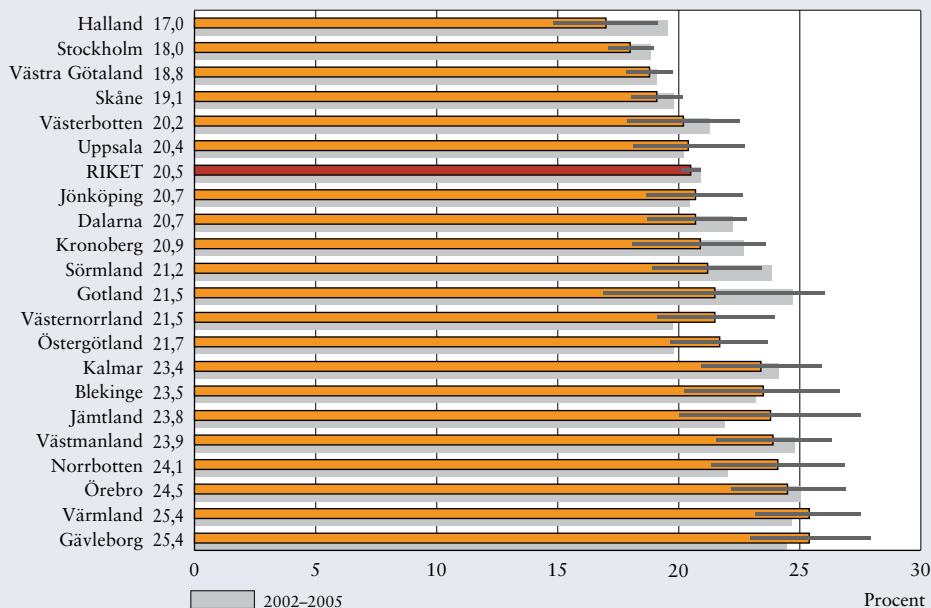


Diagram 71
Män

Andel patienter som återinskrivs för hjärtsvikt eller avlider inom 30 dagar efter sjukhusvårdad hjärtsvikt, 2006-2009. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

Detsamma gäller diagnosställningspraxis. 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.

72 Väntetid till kranskärlsoperation

Vid förträngning av kranskärl är kranskärlsoperation ett behandlingsalternativ. Både i absoluta tal och i förhållande till PCI har antalet kranskärlsoperationer dock minskat de senaste 15 åren. En allt större andel av operationerna utförs med förtur på patienter med instabila koronara syndrom och de egentliga planerade ingreppen blir färre.

En lång väntetid till kranskärlskirurgi kan innebära risker för försämring i patientens tillstånd, det vill säga att hjärtinfarkt eller död kan inträffa under väntetiden. Som all planerad vård omfattas denna behandling av vårdgarantin och kravet att operationer ska ske inom 90 dagar från det att beslutet fattats. Till skillnad från de flesta andra planerade behandlingar finns en medicinsk risk med fördröjningstiden. Vårdgarantins tidsgräns är därmed mindre relevant. Någon annan målformulering i termer av dagar finns inte. Väntetiden speglar flera förhållanden: antalet individer i behov av kirurgi, operationskapaciteten inom regionen inklusive intensivvårdens resurser, vårdplatser och eftervård. Väntetiden kan dock i hög grad påverkas av sjukvårdens rutiner och prioriteringar.

Indikatorn mäter medianväntetid i dagar från det att beslut om operation tagits till dess att operationen genomfördes. Patienter i alla åldrar ingår. Redovisningen på landstingsnivå baseras på hemortslandstinget, oavsett på vilket av sjukhusen som operationen utfördes. Åtta sjukhus i landet utför operationen. Operationer utförda vid S:t Görans sjukhus i Stockholm redovisas under Karolinska universitetssjukhuset.

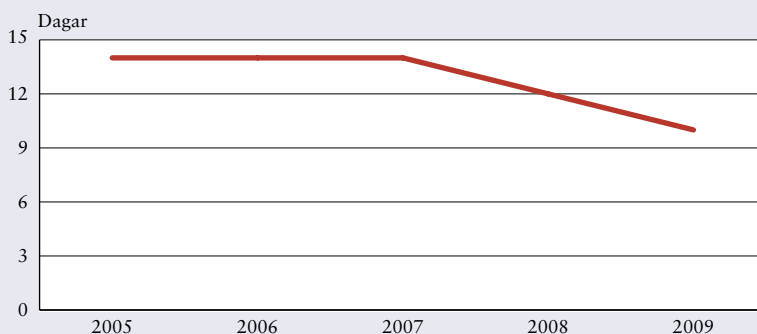


Diagram 72
Riket

Väntetid mellan beslut om operation och utförd kranskärlsoperation.
Avser medianväntetid.
Källa: SWEDEHEART

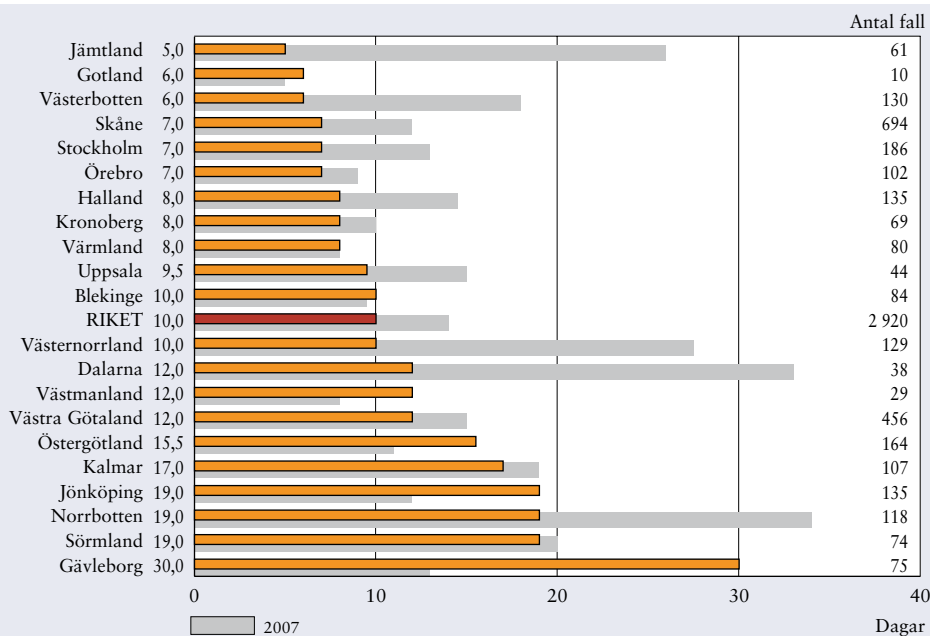


Diagram 72 Väntetid mellan beslut om operation och utförd
Totalt kranskärlsoperation, 2009. Avser medianväntetid.

Källa: SWEDEHEART- Svenska coronariskemi- och klaffinterventionsregistret

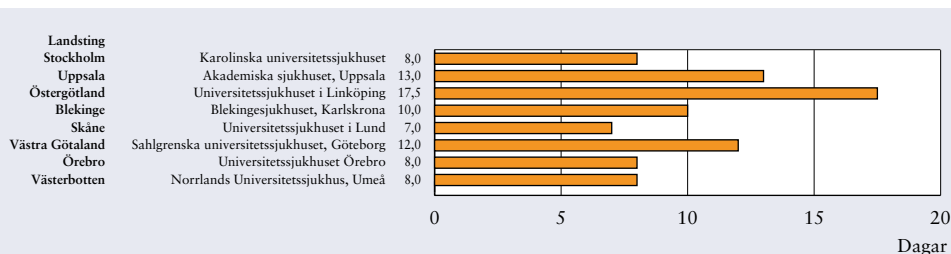
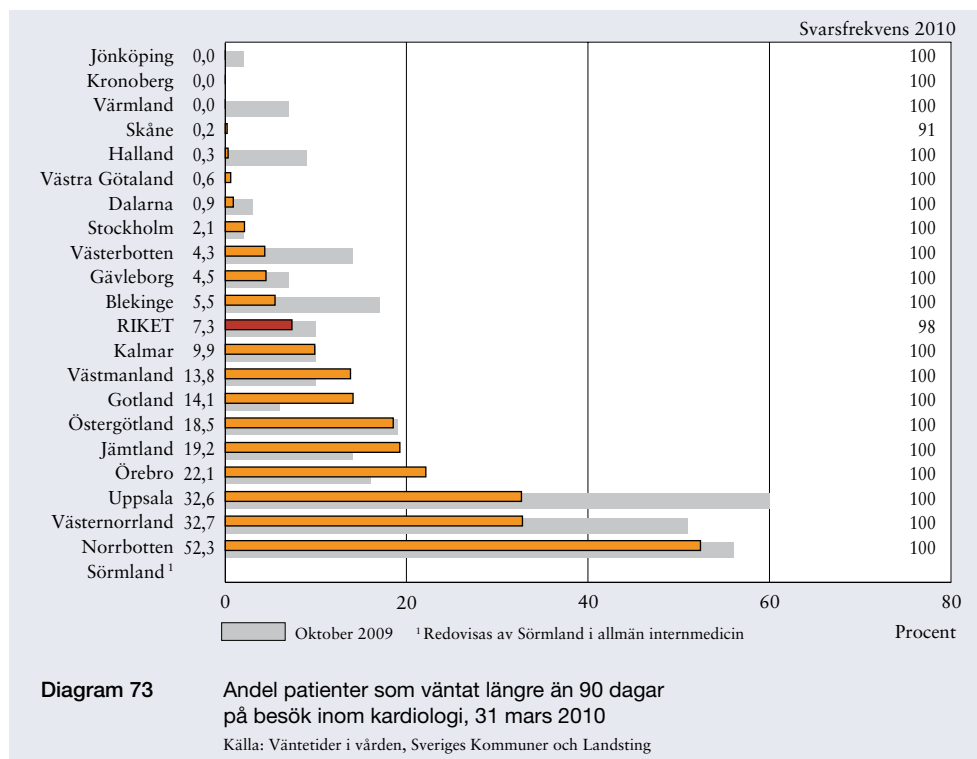


Diagram 72 Väntetid mellan beslut om operation och utförd
Sjukhus kranskärlsoperation, 2009. Avser medianväntetid.

Källa: SWEDEHEART- Svenska coronariskemi- och klaffinterventionsregistret

Jämförelsen avser 2009 och innehåller totalt drygt 2 900 operationer, varav cirka 600 avsåg kvinnor. Män och kvinnor redovisas tillsammans, eftersom antalet fall är så få, särskilt för kvinnor. Källan är Svenska Hjärtkirurgiregistret, numera en del av hjärtregistret SWEDEHEART.

Väntetiden till kranskärlsoperation var för riket som helhet 10 dagar, för kvinnor 8 dagar och för män 11 dagar. Skillnaderna mellan landstingen är påtagliga. För båda könen tillsammans sträcker sig medianväntetiden från 5 till 30 dagar.



73 Väntat längre än 90 dagar – besök inom kardiologi

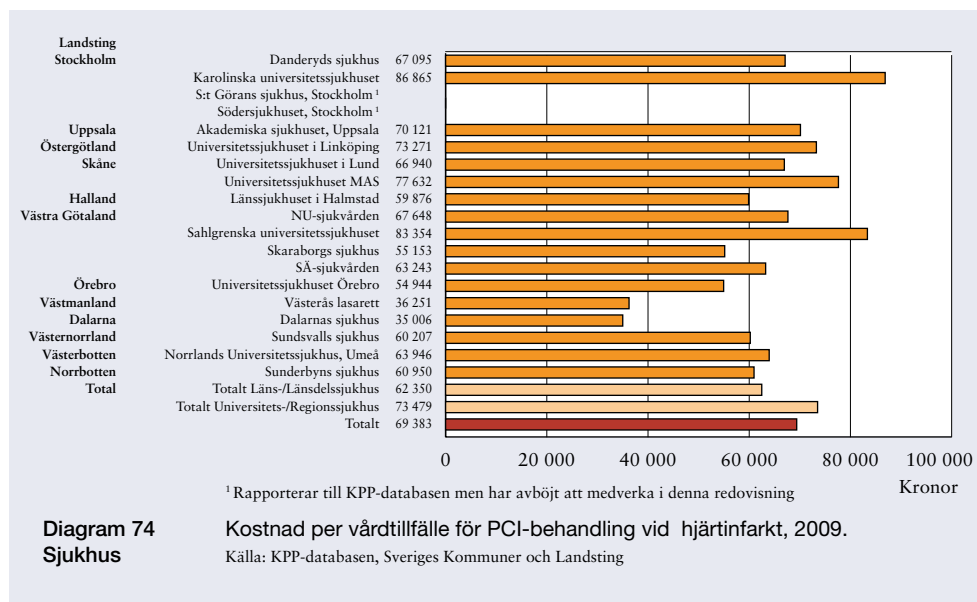
I mars 2009 hade i riket 7 procent av de väntande patienterna väntat längre än 90 dagar på besök till kardiologisk mottagning. Detta är en måttlig förbättring jämfört med mätningen i oktober 2009. En klar förbättring uppvisar Uppsala och Väster-norrland.

Det finns stora skillnader mellan landstingen, från 0 till 52 procent av patienterna som har väntat längre än 90 dagar. Totalt antal väntande patienter var i riket 6 619 och antalet som väntat längre än 90 dagar var 486. I tolv av landstingen var antalet patienter som väntat för länge färre än 20.

Resultat för detta område visas för 20 landsting. Enbart renodlat kardiologiska mot-tagningar ingår, inte hjärtsjukvårdsbesök som sker på annan internmedicinsk mot-tagning. Värde för Sörmland saknas i diagrammet då kardiologi där är en delverk-samhet inom internmedicin och inte kan urskiljas.

74 Kostnad per vårdtillfälle för PCI vid infarkt

Under 2009 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 74 visas kostnaderna per vårdtillfälle i slutenvård för PCI, ballongvidgning av hjärtats kärl vid diagnosen hjärtinfarkt. I DRG-systemet avser detta grupperna DRG I12E och DRG I12F. Dels utförs detta ingrepp akut vid så kallad ST-höjningsinfarkt (se indikator 67), dels utförs det vid icke ST-höjningsinfarkter (se indikator 68). I det senare fallet sker det inte akut, men bör ske inom några dagar efter det att infarkten diagnostiserades och behandlades med läkemedel. Syftet med PCI-behandlingen är då att förebygga återinsjuknande.

I KPP-databasen 2009 finns det 6 488 vårdtillfällen där patienten PCI-behandlats. Genomsnittskostnad för innerfallen uppgick till 69 383 kr. Det är stor variation mellan sjukhusen, från 35 000 kr till närmare 87 000 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. År 2008 drabbades över 33 100 personer av stroke, ungefär lika många män som kvinnor. Över 80 procent 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 åtta indikatorer, samma som i förra årets rapport. Fem av dessa är resultatmått och speglar dödlighet, återinsjuknande, funktionsförmåga och patientens nöjdhet med vården. De tre processmått avser vård vid stroke, trombolysbehandling och sekundärpreventiv behandling vid hjärtflimmer och stroke. En principiellt intressant förändring är att indikatorn om funktionsförmåga efter stroke redovisar resultat justerade för ålder och patientens medvetandegrad vid ankomst till sjukhuset.

Socialstyrelsen kommer under 2011 att publicera en indikatorbaserad rapport om stroke, som en uppföljning av strokeriktlinjernas tillämpning. Detta kan leda till att indikatoruppsättningen i *Öppna jämförelser* utvecklas till nästa års rapport.

Utöver Patientregistret (PAR) och Dödsorsaksregistret används som källor Läke-medelsregistret och kvalitetsregistret Riks-Stroke. Alla sjukhus som vårdar strokepatienter i akutskedet deltar i Riks-Stroke. Antalet registrerade vårdtillfällen var 2009 nästan 25 000. 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. Uppgifter från Riks-Stroke är baserade på sjukhusdata, inte på patientens hemortslandsting, men detta har ingen praktisk konsekvens vid redovisning av data på landstingsnivå.

Riks-Stroke's täckningsgrad visavi PAR följs årligen. 2008 fanns det cirka 2 700 fler förstagångsfall av stroke i PAR än i Riks-Stroke. Uttryckt som täckningsgrad i förhållande till PAR hade Riks-Stroke 2008 en täckningsgrad bland förstagångsfallen på 85 procent, med variationer mellan landsting och framförallt mellan olika sjukhus. Täckningsgraden kan i realiteten vara något högre, eftersom det är möjligt att det förekommer en viss överdiagnostik i PAR. Alla sjukhus har 2009 en täckningsgrad på 70 procent eller högre. Bortfallet i tremånadersuppföljningen 2009 var 11 procent, vilket är det lägsta som redovisats.

75 Dödlighet efter förstagångsstroke

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 förstagångsfall, definierat som de personer som inte haft någon stroke under de sju föregående åren. Dessa var knappt 80 000 under hela den studerade perioden 2006–2008.

Under de tre åren 2006–2008 avled cirka 22 procent av dessa strokefall inom 28 dagar, knappt 6 000 personer per år. Knappt 27 procent av patienterna avled inom 90 dagar. Dödligheten efter stroke är lika för kvinnor och män efter att man tagit hänsyn till skilda åldersfördelningar. Både dödligheten inom 28 dagar och inom 90 dagar har minskat med en halv procentenhet jämfört med perioden 2003–2005. Minskningen har skett i de flesta landsting, om än i varierande grad.

Diagram 75 visar att det finns en viss variation i dödlighet efter stroke mellan landstingen. Denna kan ha flera orsaker, bland annat tillförlitligheten i diagnossättning, 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 dödligheten från 18 till 26 procent mellan landstingen. Motsvarande variation för männen var mellan 17 och 26 procent.

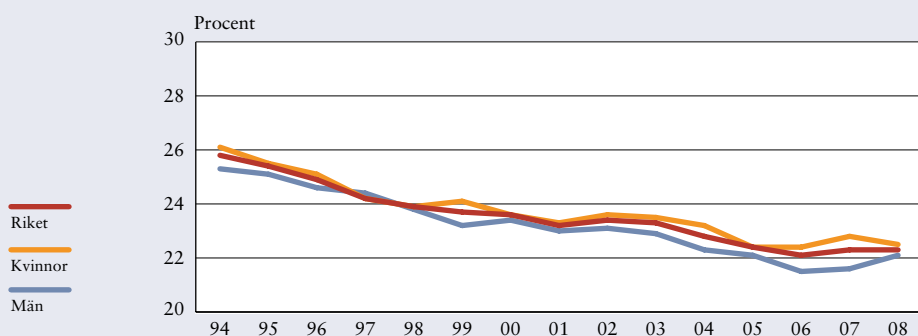


Diagram 75
Riket

Andel döda inom 28 dagar efter förstagångsstroke inklusive döda utanför sjukhus, 1994–2008. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

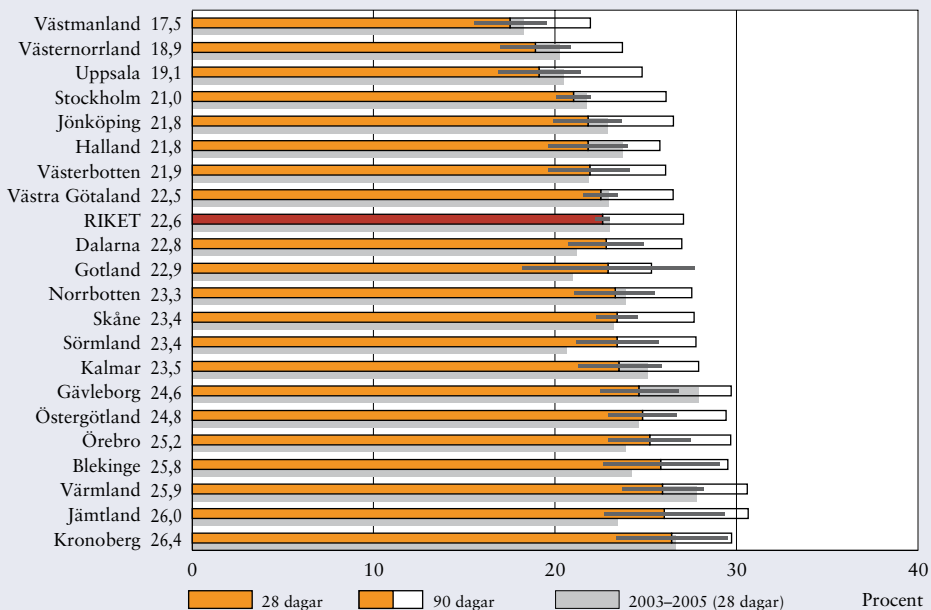


Diagram 75
Kvinnor

Andel döda inom 28 respektive 90 dagar efter förstagångsstroke inklusive döda utanför sjukhus, 2006–2008. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

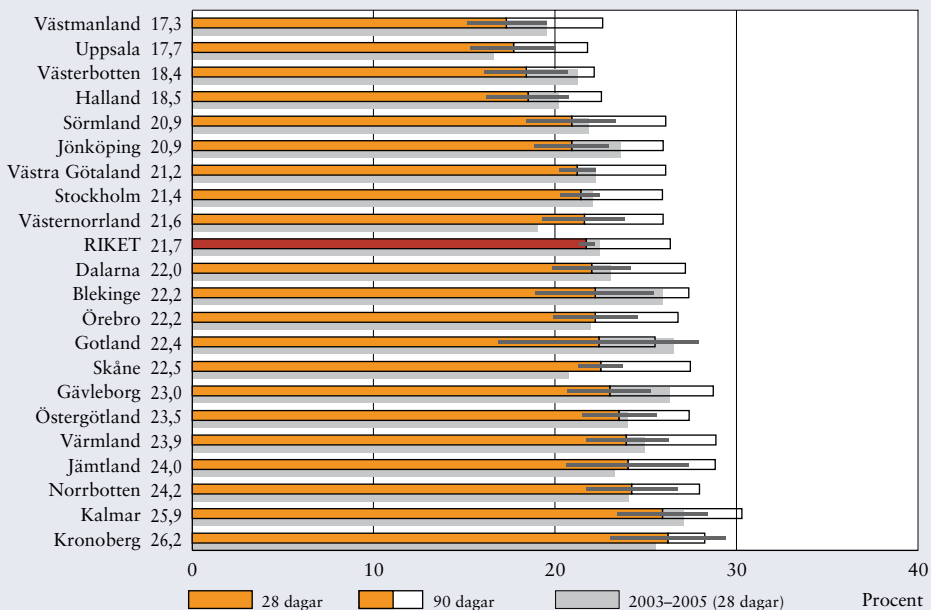


Diagram 75
Män

Andel döda inom 28 respektive 90 dagar efter förstagångsstroke inklusive döda utanför sjukhus, 2006–2008. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

I trenddiagrammet 75 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 hjärtinfarkt.

76 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 korttidsöverlevnaden 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 2007–2009 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 ungefär 71 000 fall i jämförelsen.

Av de sjukhusvårdade fallen avled knappt 15 procent inom 28 dagar efter slaganfallet och 20 procent inom 90 dagar. I genomsnitt avlider knappt 3 400 personer per år inom 28 dagar efter en förstagångsstroke. Efter att man tagit hänsyn till skilda åldersfördelningar är dödligheten efter stroke i riket, både efter sjukhusvård och totalt, lika för kvinnor och män. För båda könen märks på riksnivå också en marginell minskning av både 28- och 90-dagarsdödligheten.

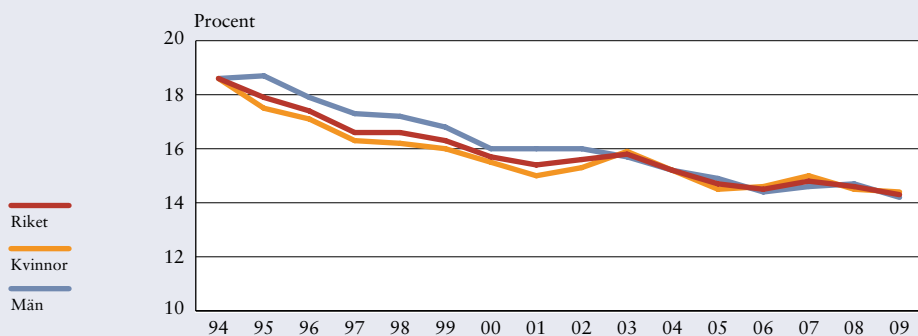


Diagram 76
Riket

Andel döda inom 28 dagar efter sjukhusvårdad förstagångsstroke, 1994–2009. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

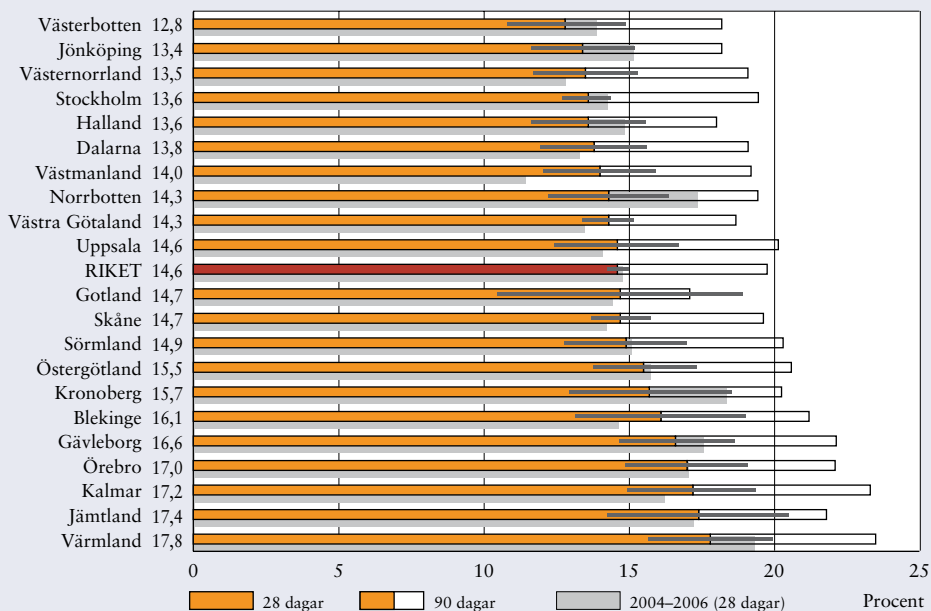


Diagram 76
Kvinnor

Andel döda inom 28 respektive 90 dagar efter sjukhusvårdad
förstagångsstroke, 2007–2009. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

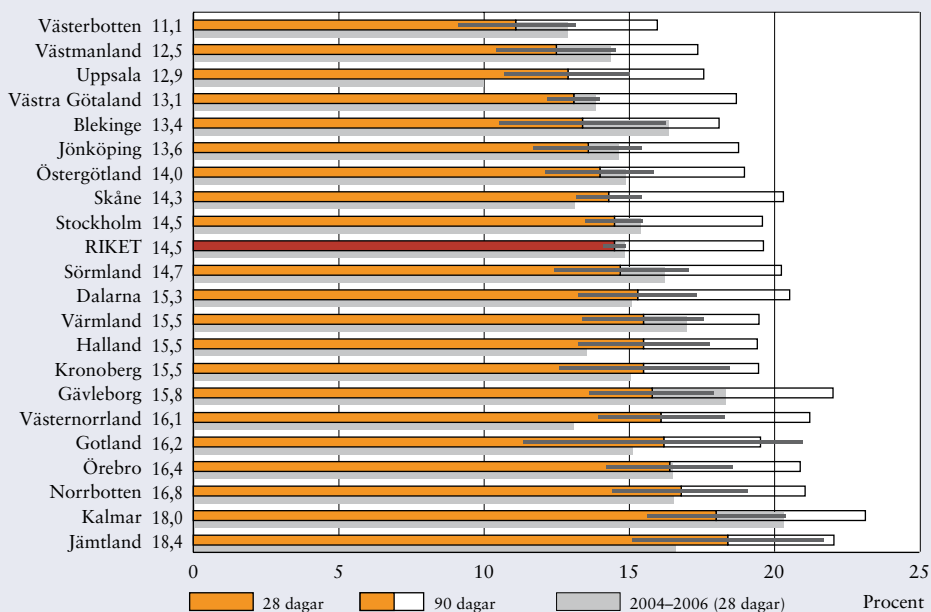


Diagram 76
Män

Andel döda inom 28 respektive 90 dagar efter sjukhusvårdad
förstagångsstroke, 2007–2009. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

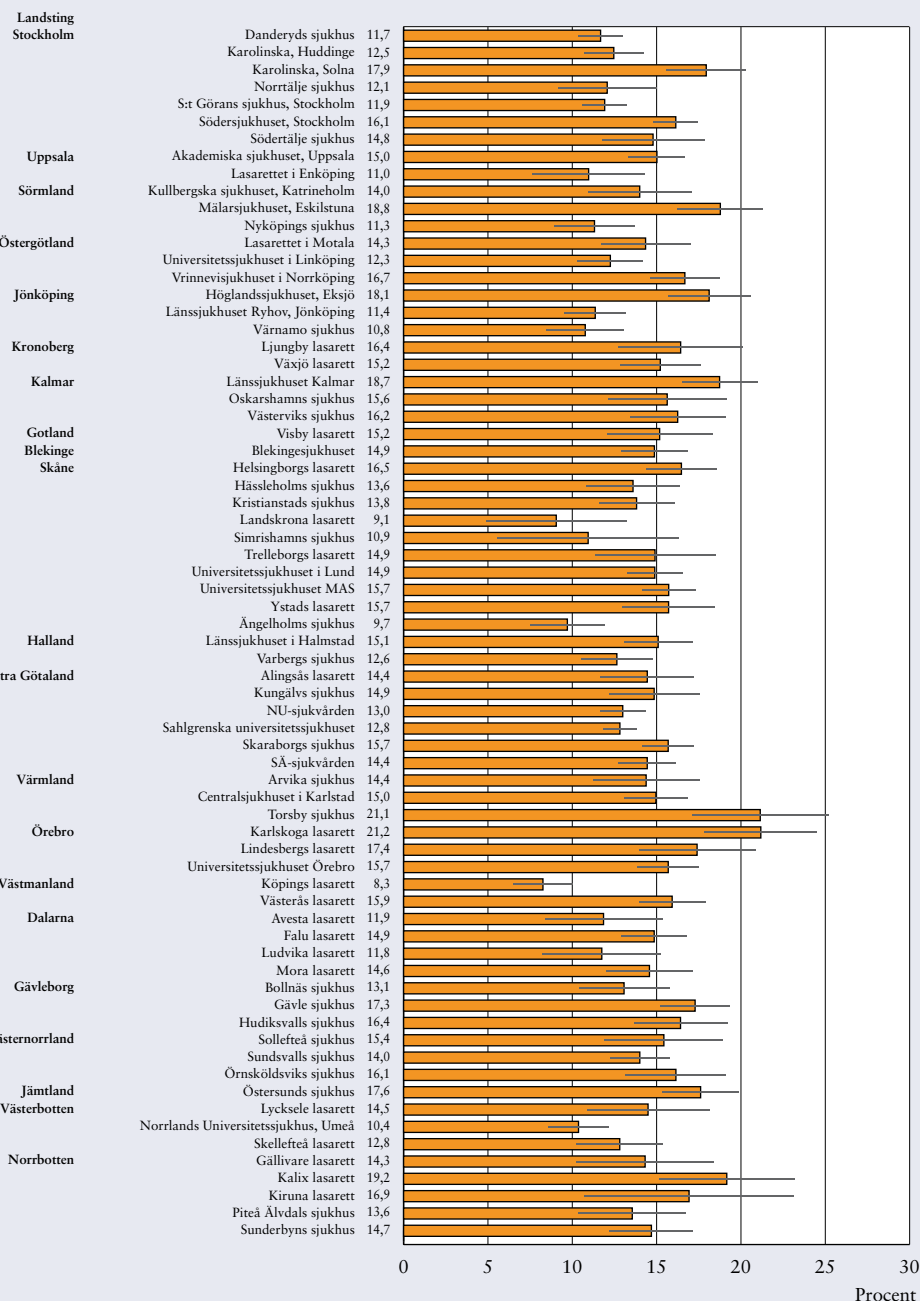


Diagram 76
Sjukhus

Andel döda inom 28 dagar efter sjukhusvårdad försttagångsstroke, 2007–2009. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

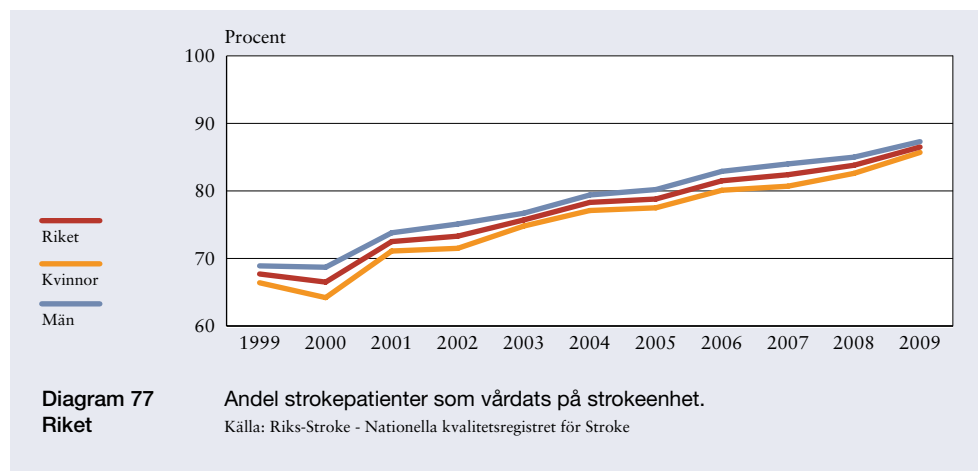
77 Vård vid strokeenhet

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 har personal med expertkunnande inom stroke och rehabilitering. Den skall bestå av ett multidisciplinärt team som innefattar läkare, sjuksköterska, undersköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut, kurator och 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 2009 över 86 procent av alla nästan 25 000 strokepatienter i Riks-Stroke på strokeenhet. Detta är ökning med fyra procentenheter sedan jämförelseåret 2007. Ökningen är än större bland kvinnor. Kvinnor vårdas i marginellt lägre grad än män på strokeenhet, med andelar på 86 procent respektive 87 procent. Det finns skillnader mellan landstingen, men de är påtagligt mindre 2009 än 2004, som var det år som redovisades i den första *Öppna jämförelser* 2006.

Andelen strokeenhetsvårdade bland de patienter som rapporterats till Riks-Stroke kan även relateras till täckningsgraden. Den återges till höger i diagram 77. De icke rapporterade strokefallen kan förmodas ha vårdats mera sällan på strokeenhet jämfört med de som ingår i Riks-Stroke. Ett landsting med en låg täckningsgrad framstår därför i diagrammet som bättre än vad det är.



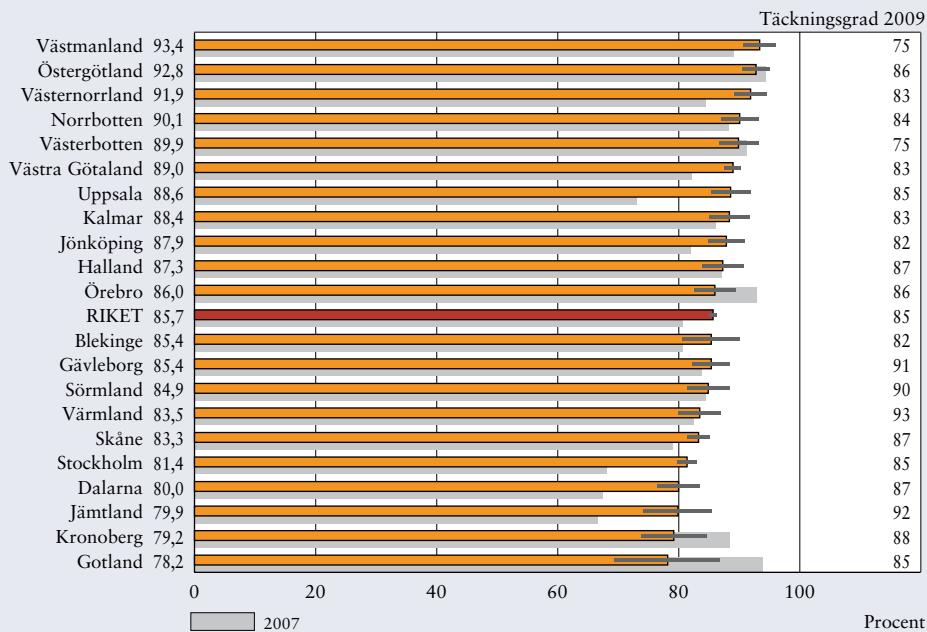


Diagram 77
Kvinnor

Andel strokepatienter som vårdats på strokeenhet, 2009.

Källa: Riks-Stroke - Nationella kvalitetsregistret för Stroke

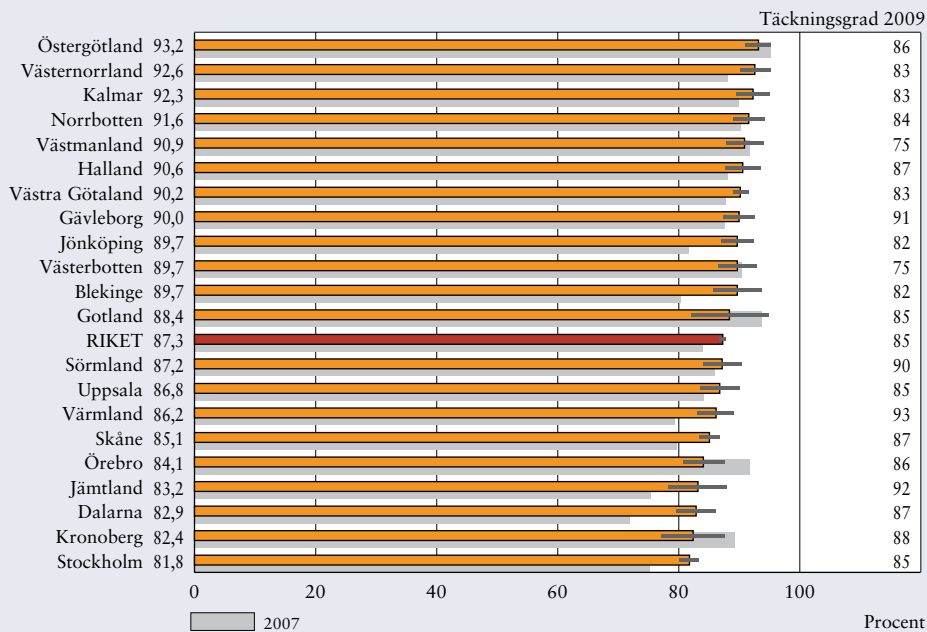


Diagram 77
Män

Andel strokepatienter som vårdats på strokeenhet, 2009.

Källa: Riks-Stroke - Nationella kvalitetsregistret för Stroke

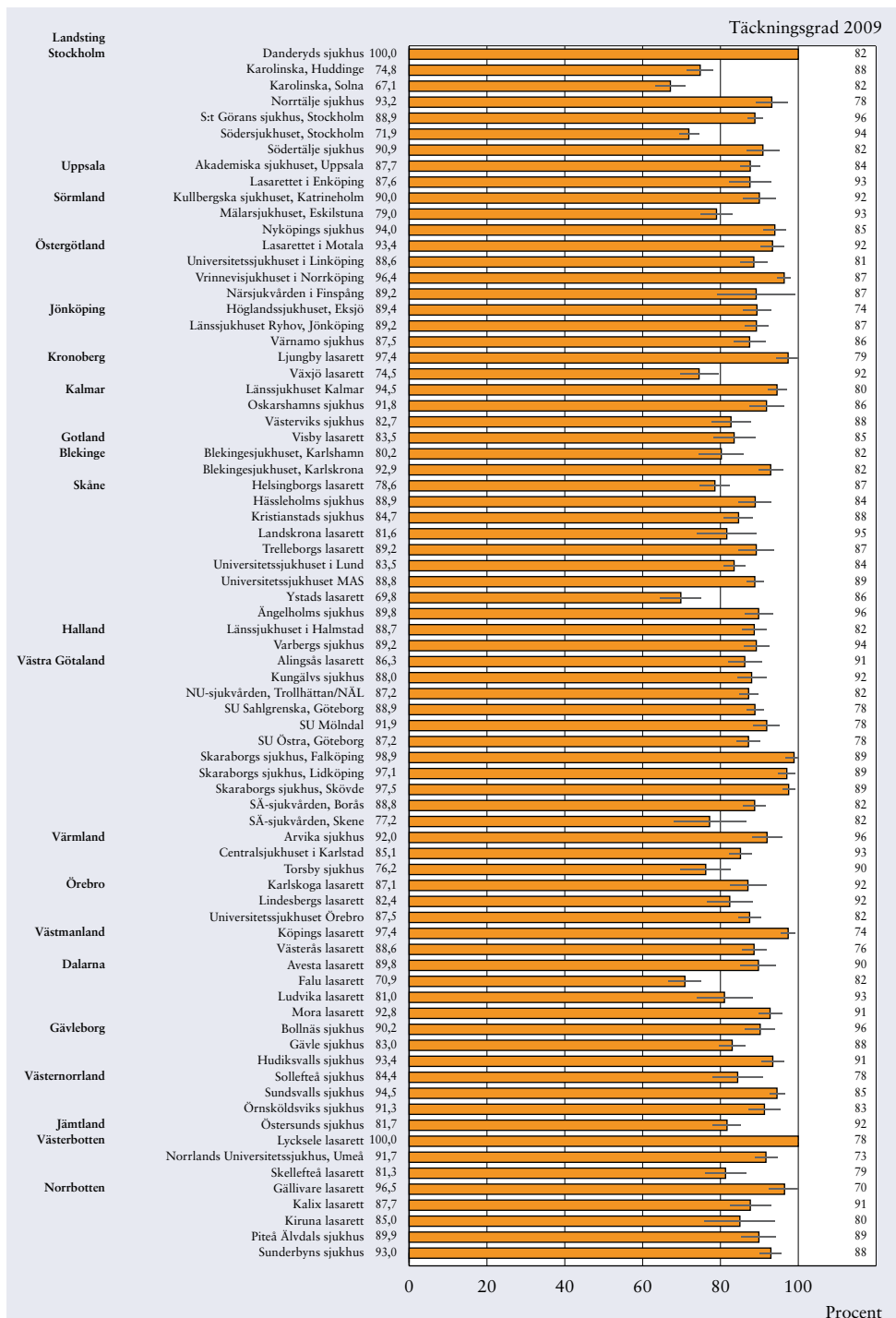


Diagram 77
Sjukhus

Andel strokepatienter som vårdats på strokeenhet, 2009.

Källa: Riks-Stroke - Nationella kvalitetsregistret för Stroke

78 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 intra-venös 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.

Kriterierna för att den propplösande behandlingen ska kunna sättas in är att det gått högst 4,5 timmar sedan symtomen började, att patienten är funktionsoberoende före insjuknandet samt att patienten är 80 år eller yngre. Av Riks-Strokes samtliga patienter under 2009 uppfyllde cirka 11 300 kriterierna att stroken var en hjärninfarkt, att patienterna var 18–80 år och att de tidigare hade varit funktionsoberoende. 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 78 visas andelen i målgruppen som 2008 fick trombolysbehandling. I riket var antalet behandlade 945, vilket motsvarar 8,3 procent av de 11 300 patienterna i målgruppen. Det finns i riket ingen skillnad mellan könen. Skillnaderna mellan landstingen är stora, vilket i någon mån är förväntat, eftersom behandlingen är förhållandevis ny och sjukhusen introducerar den i olika takt.

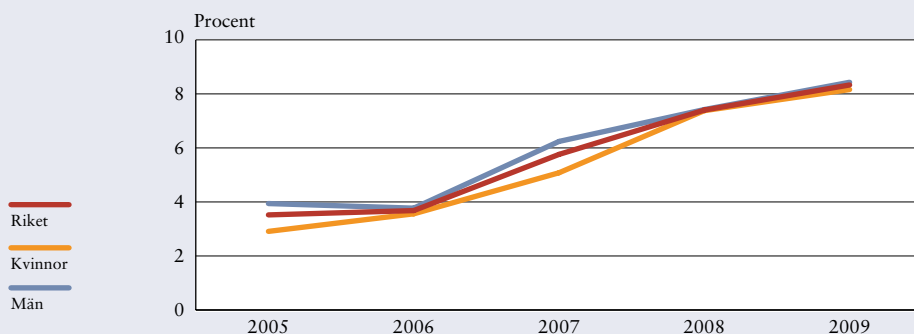
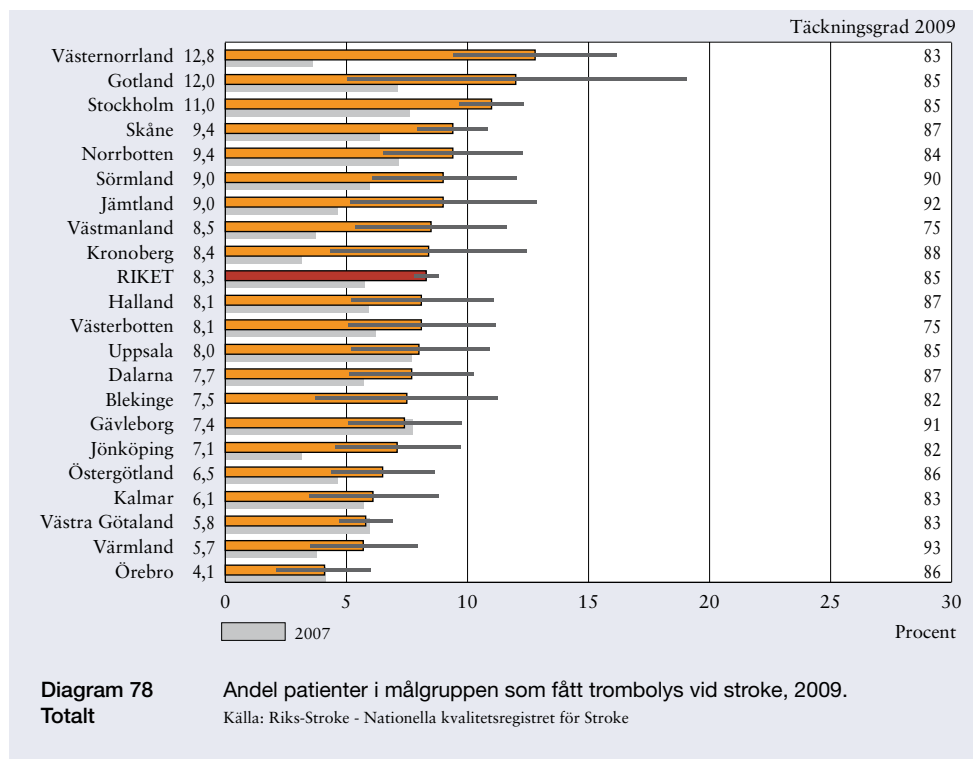


Diagram 78
Riket

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.

79 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 79 redovisar andelen strokepatienter med förmaksflimmer som fick blodförtunnande läkemedelsanvändning 12–18 månader efter utskrivning från sjukhus. Uppgifterna är baserade på Patientregistret och Läkemedelsregistret. I jämförelsen

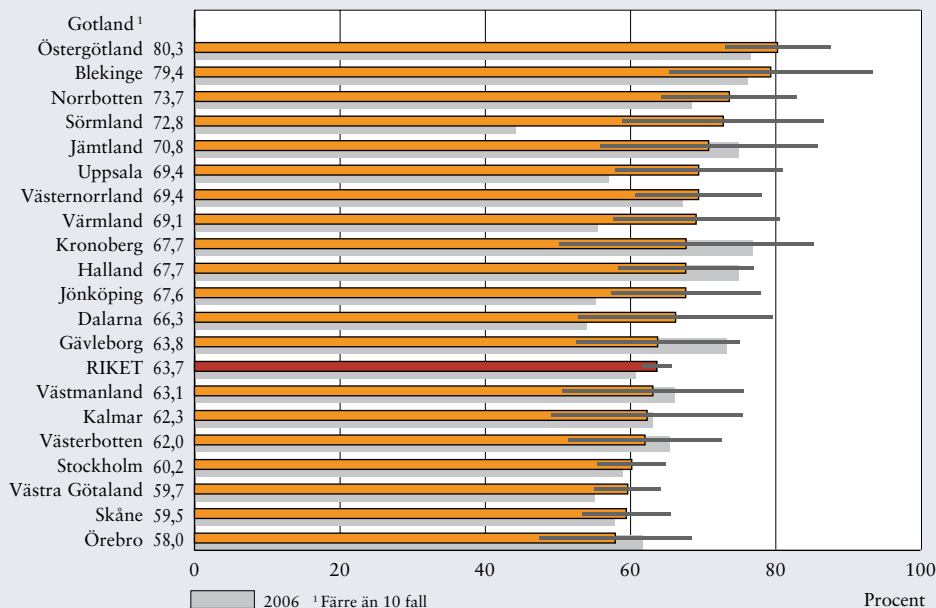


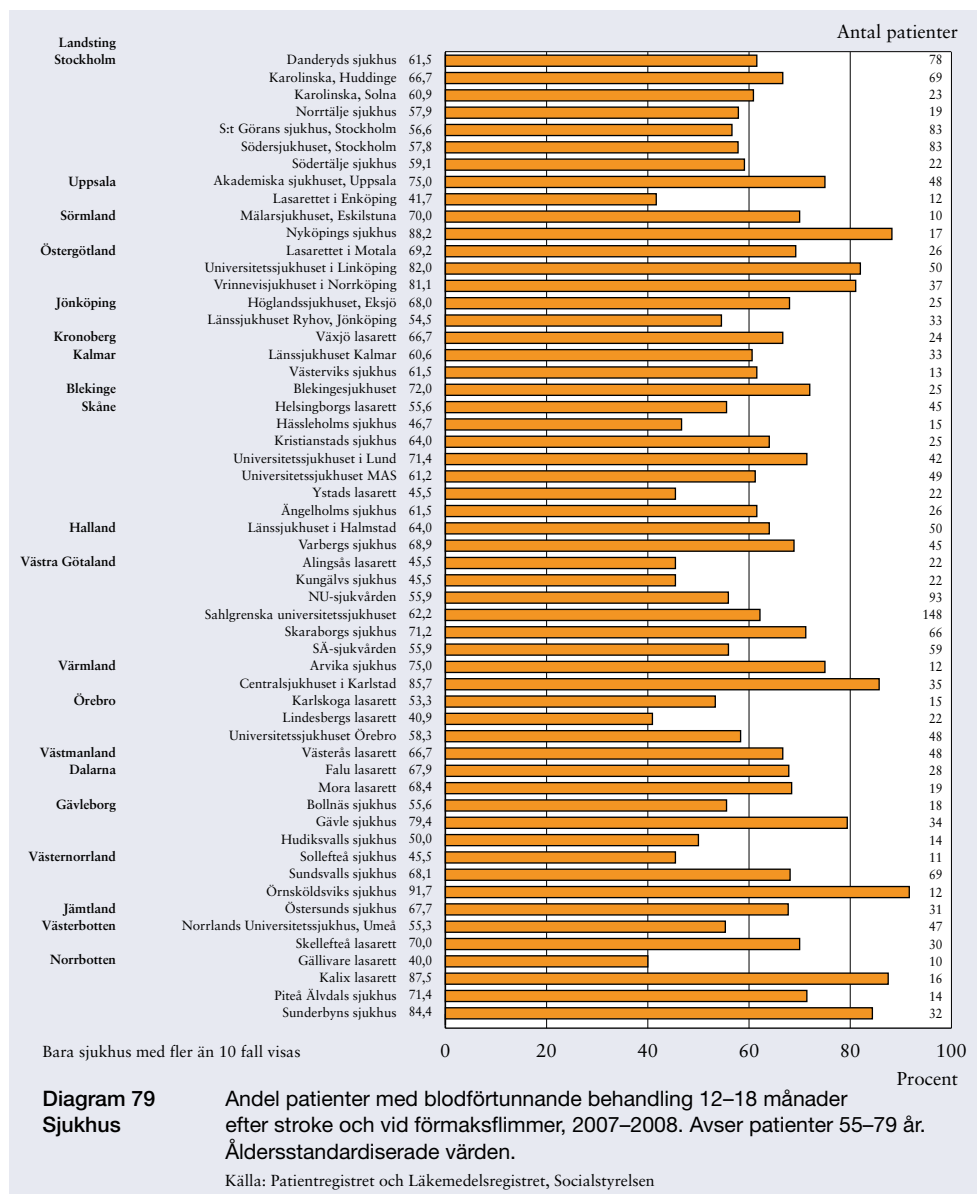
Diagram 79
Totalt
Andel patienter med blodförtunnande behandling 12–18 månader efter stroke och vid förmaksflimmer, 2007–2008. Avser patienter 55–79 år. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

ingår cirka 2 100 patienter i åldern 55–79 år som skrevs ut från sjukhus efter stroke mellan juni 2006 och juni 2008.

I riket är andelen behandlade 64 procent, vilket är en mindre ökning jämfört med 2006. Kvinnor behandlas i något högre grad än män, vilket ej visas här. Det är stora skillnader mellan landstingen, vilket antyder att landstingen i olika grad och olika snabbt tagit till sig budskapen i riktlinjer och tillämpar dem i stroke- och hjärtsjukvården. 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.



80 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.

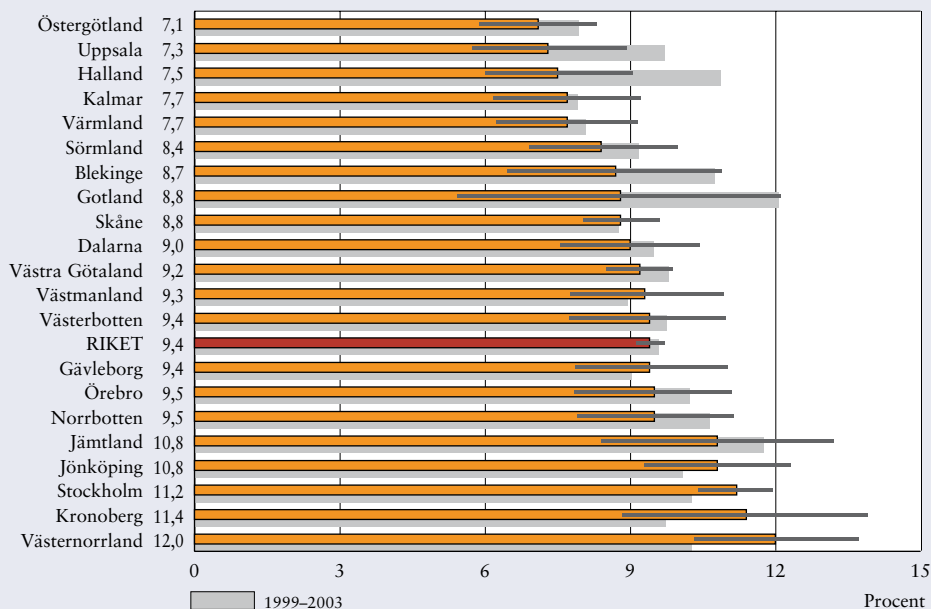


Diagram 80
Kvinnor

Andel strokepatienter som återinskrivs för stroke inom 365 dagar, 2004–2008. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

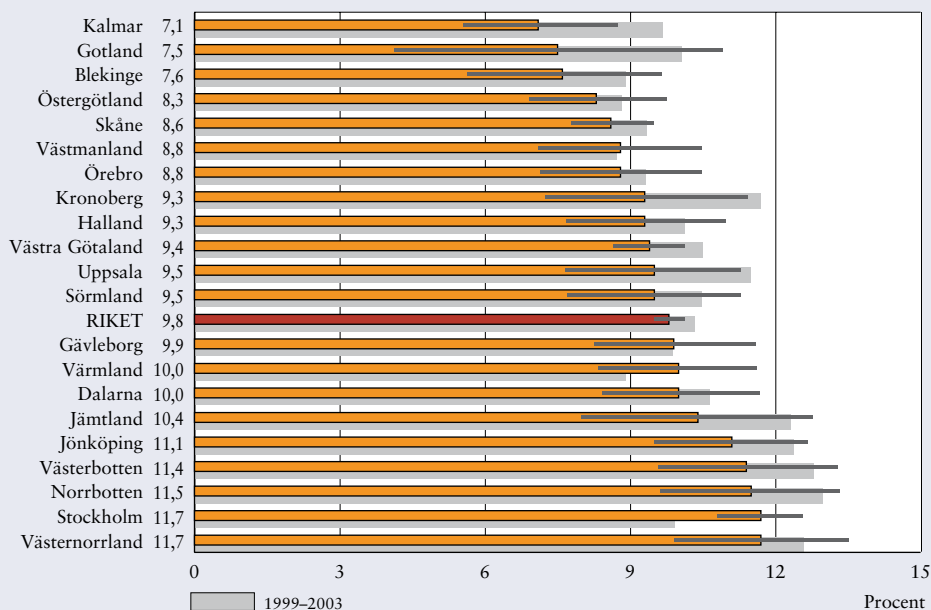
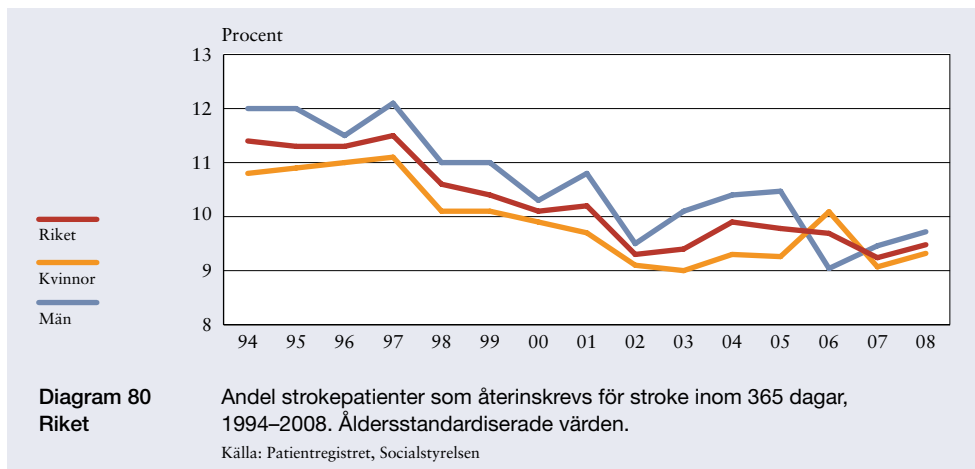


Diagram 80
Män

Andel strokepatienter som återinskrivs för stroke inom 365 dagar, 2004–2008. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen



I diagram 80 redovisas andelen strokepatienter som återinskrivs för stroke inom 365 dagar efter den initiala vårdepisoden. I jämförelsen ingår drygt 81 000 patienter i Patientregistret som under åren 2004–2008 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 2009.

I riket var andelen återinskrivna för stroke eller för sena effekter av stroke knappt tio procent under den studerade treårsperioden, 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 2007 vara 9 procent respektive 10 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.

81 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.

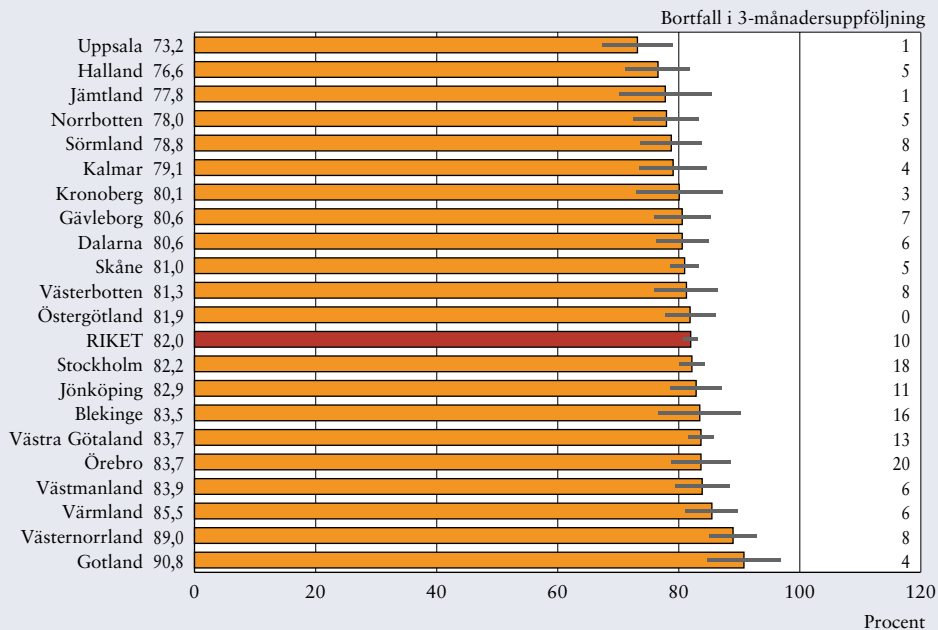


Diagram 81
Kvinnor

Andel strokepatienter som var ADL-oberoende 3 månader efter akutfasen, 2009. Justerat för ålder och medvetandegrad vid insjuknandet.

Källa: Riks-Stroke - Nationella kvalitetsregistret för Stroke

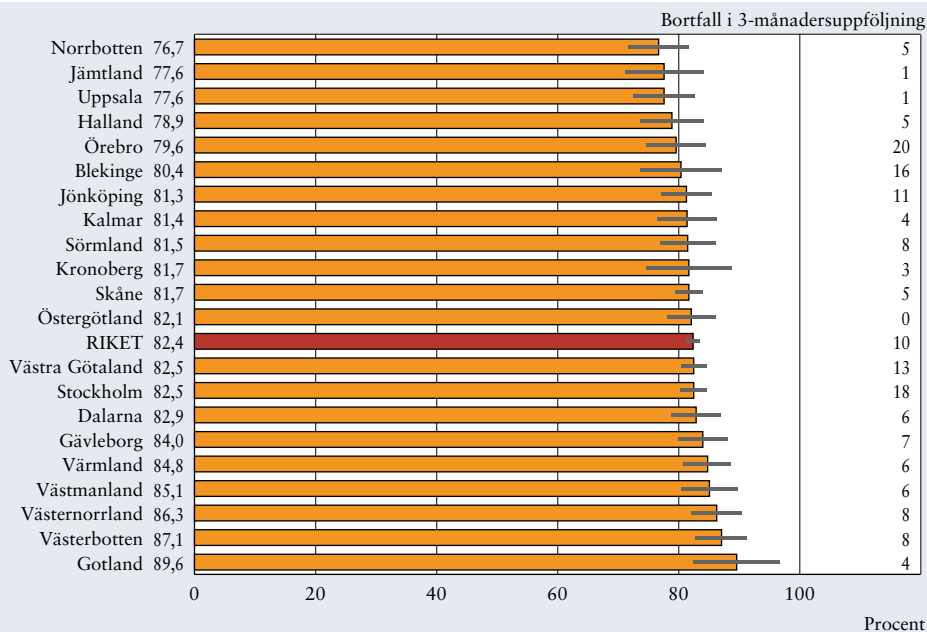
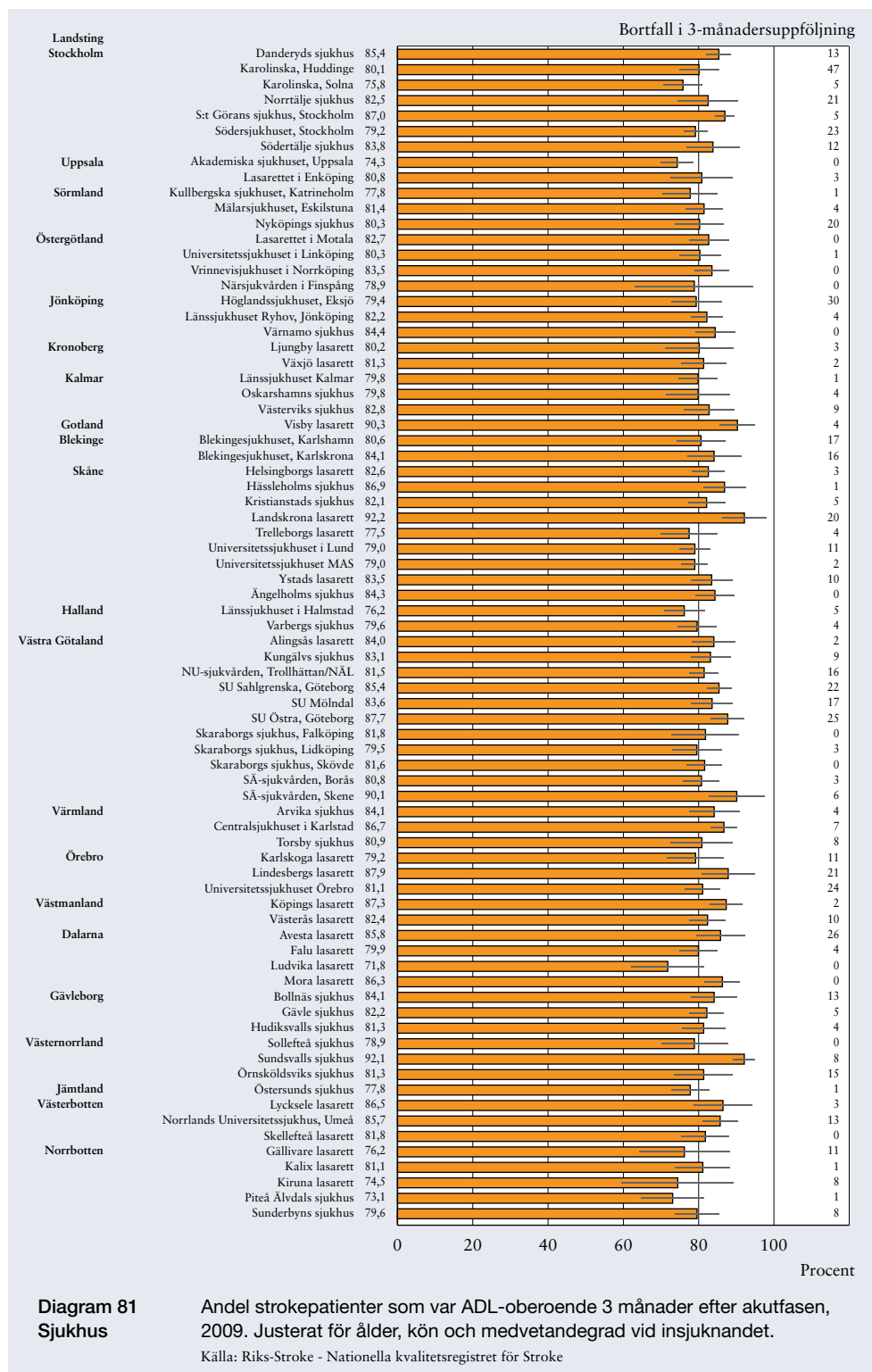
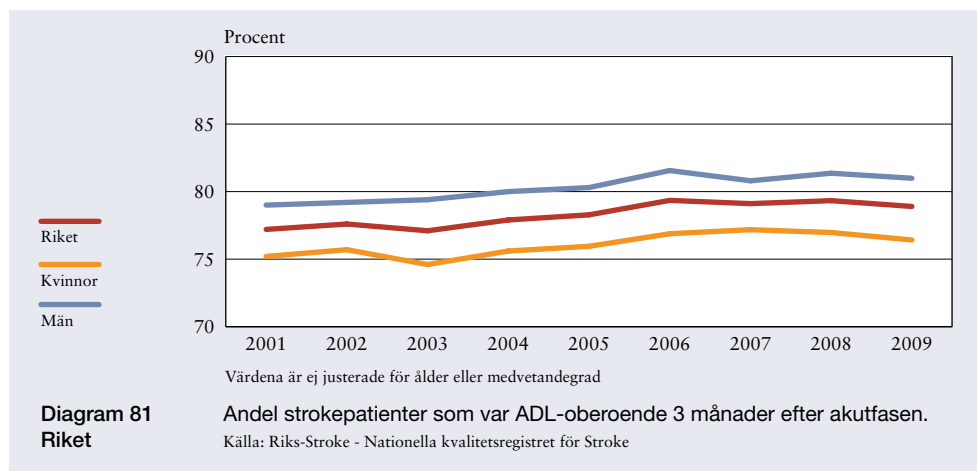


Diagram 81
Män

Andel strokepatienter som var ADL-oberoende 3 månader efter akutfasen, 2009. Justerat för ålder och medvetandegrad vid insjuknandet.

Källa: Riks-Stroke - Nationella kvalitetsregistret för Stroke





I diagram 81 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. Svartsbortfallet i tremånadersuppföljningen anges till höger i diagrammet. Totalt ingick nästan 16 000 patienter i jämförelsen.

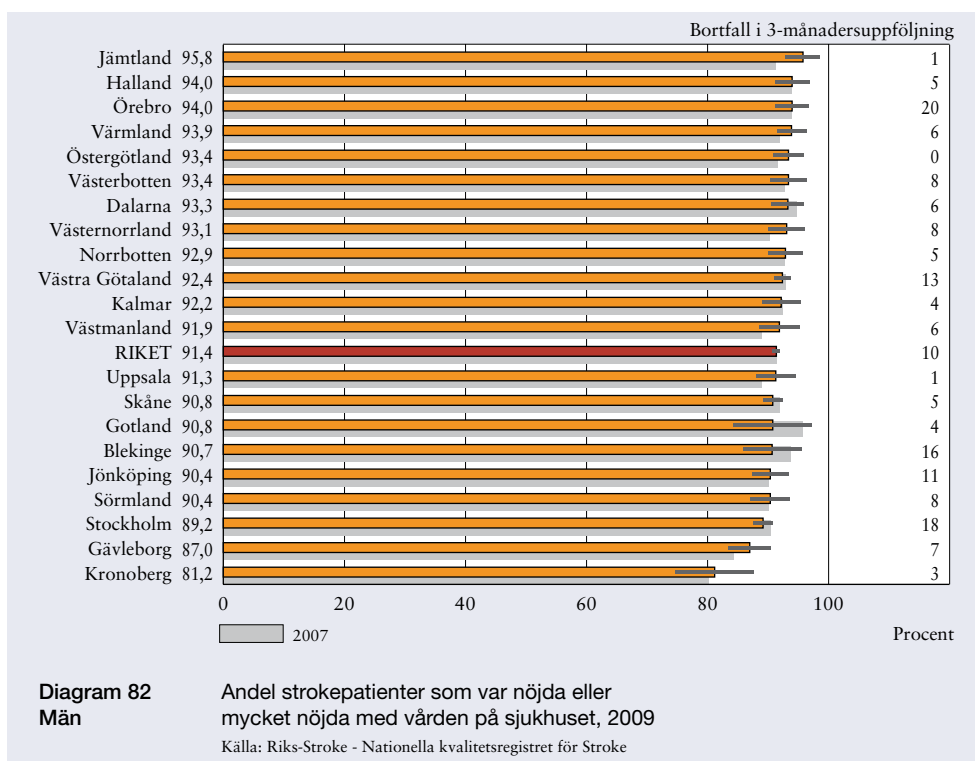
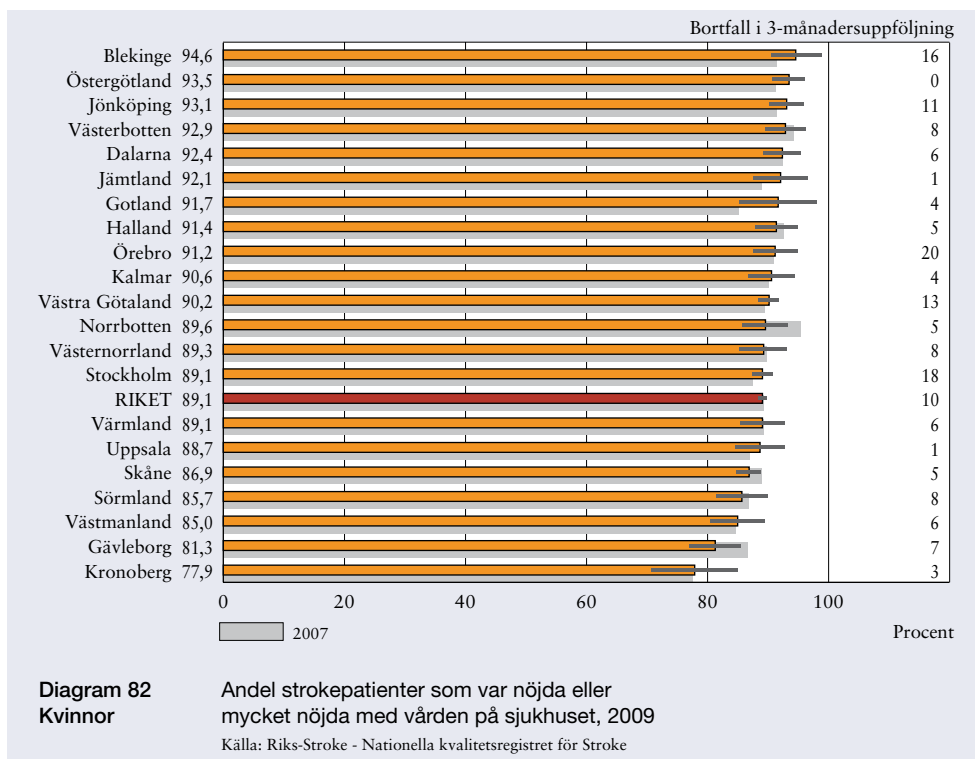
För riket som helhet är andelen oberoende i personligt ADL 82 procent för både kvinnor och män. Skillnaderna mellan landstingen avseende männen är mycket måttliga, medan de är större för kvinnorna.

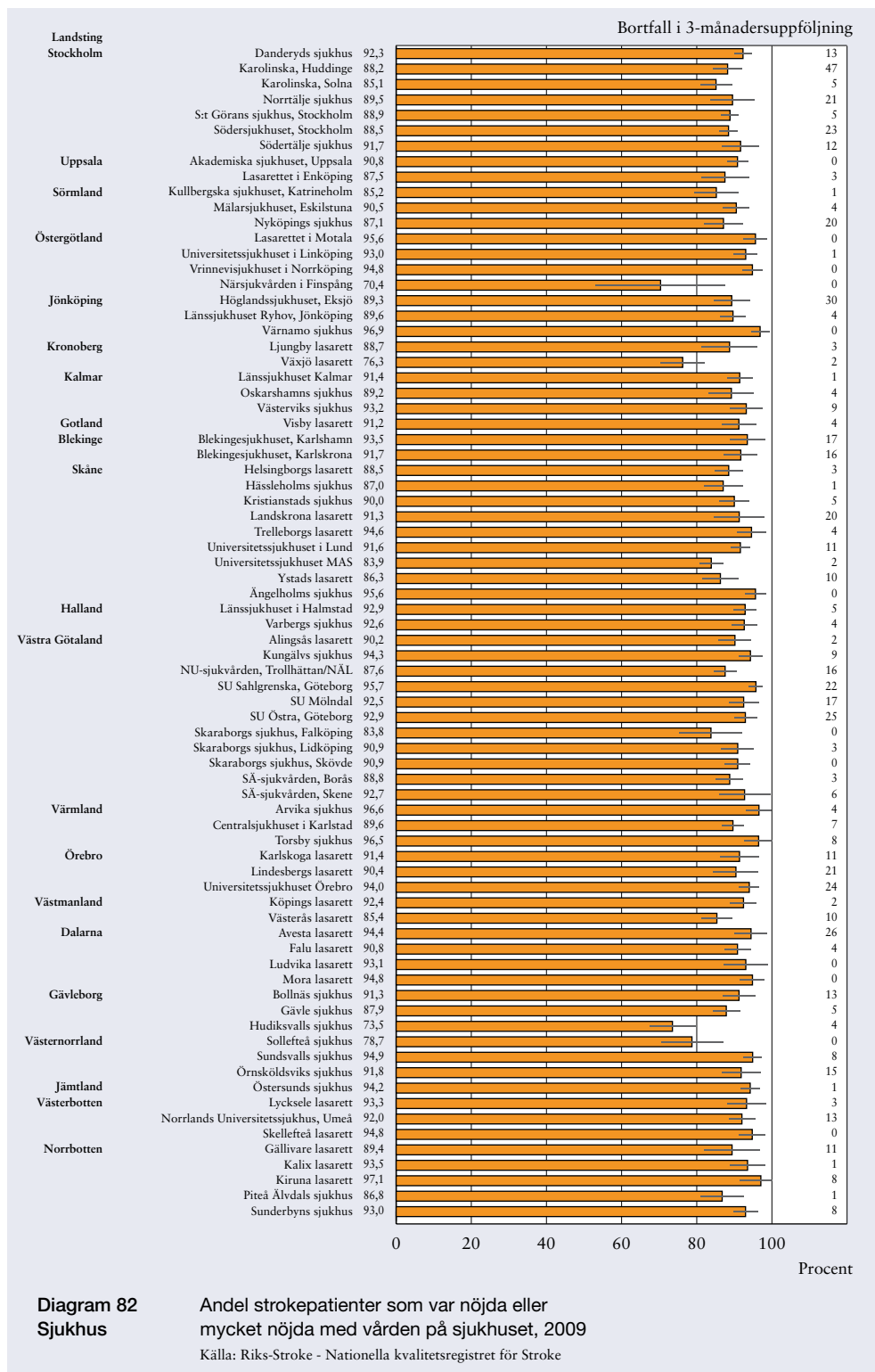
Detta mått på resultat bör helst tolkas tillsammans med andelen som överlevde. Det bästa resultatet når sjukhus och landsting som dels har en hög andel patienter som överlever, dels har en hög andel som är personligt ADL-oberoende, som alltså i hög grad återfår sina funktioner.

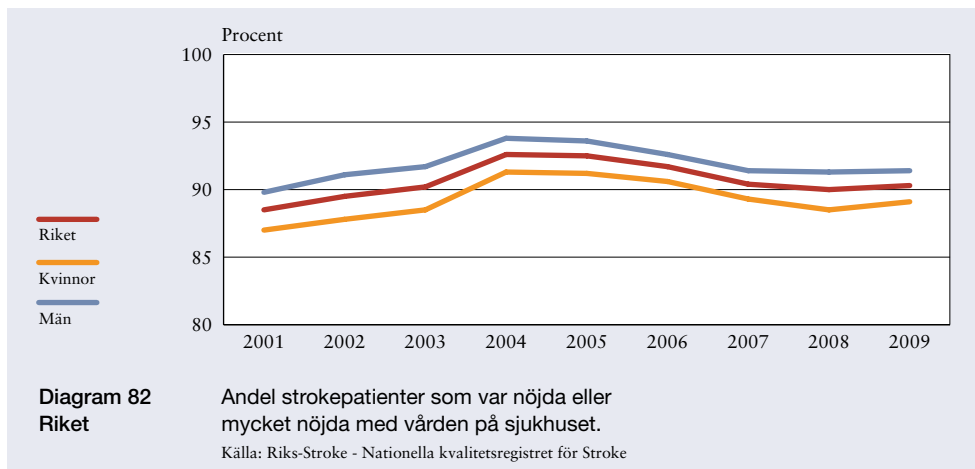
82 Nöjdhet med sjukhusvård vid stroke

I Riks-Stroke's tremånadersuppföljning ingår frågor till patienter och deras anhöriga gällande bland annat hur nöjda de är med den vård de fått. Frågorna om patienttillfredsställelse är flera än den som redovisas här.

Hur nöjda patienterna är med vården vid sjukhus redovisas i diagram 82. Även andelen som inte deltog i tremånadersuppföljningen visas. Cirka 16 500 av nästan 25 000 patienter svarade och ingår därmed i jämförelsen. 89 procent av kvinnorna är nöjda eller mycket nöjda. Motsvarande andel för 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 måttliga, med något undantag, 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.

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. Ärftliga njursjukdomar står för ungefär tio procent.

Det totala antalet patienter med behandlad livshotande njursvikt var drygt 8 200 vid senaste årsskiftet, efter cirka tre procents ökning per år under den senaste tioårsperioden. Ökningen beror huvudsakligen på en gradvis förbättrad överlevnad. För närvarande tillkommer drygt 1 100 personer 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. Fyra indikatorer redovisas med Svenskt Njurregister (SNR) som källa. SNR har fullständig täckning på klinisknivå. 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. Avslutningsvis redovisas kostnader för njurtransplantationer för de olika sjukhusen, med uppgifter från KPP-databasen (Kostnad Per Patient) vid SKL.

83 Femårsöverlevnad i aktiv uremivård

Aktiv uremivård är det samlade begreppet för vård av patienter i dialys och patienter med transplanterad njure. Internationellt används termen Renal Replacement Therapy, RRT. I diagram 83 visas den med Kaplan-Meier-metodik beräknade femårsöverlevnaden i aktiv uremivård för alla vuxna som startat i behandling under åren 2000–2009. Det centrala budskapet i denna kvalitetsindikator mätt över tid är att överlevnadssiffrorna stadigt har förbättrats, både i dialys och efter transplantation.

Femårsöverlevnaden under perioden 1991–2000 var 40,3 procent i all aktiv vård. Överlevnaden för patienter i dialys under denna period var 24,3 procent, medan den för patienter som transplanterats var 87,3 procent. Under åren 2000–2009 var motsvarande tal för patienter i all aktiv vård 45,5 procent, för dialyspatienter 33,4 procent och för transplanterade patienter 92,6 procent.

Endast de patienter som överlevt mer än 90 dagar efter dialysstart ingår i redovisningen, vilket gör att problemet med ofullständig eller varierande registrering tidigt efter dialysstart undviks. Liksom i förra årets rapport är resultaten inte justerade för ålder och andra olikheter i patientsammansättningen. Sveriges landsting är heterogena, i storlek, åldersmässigt och socioekonomiskt. Dessutom finns välkända skillnader i bakgrundsödlighet.

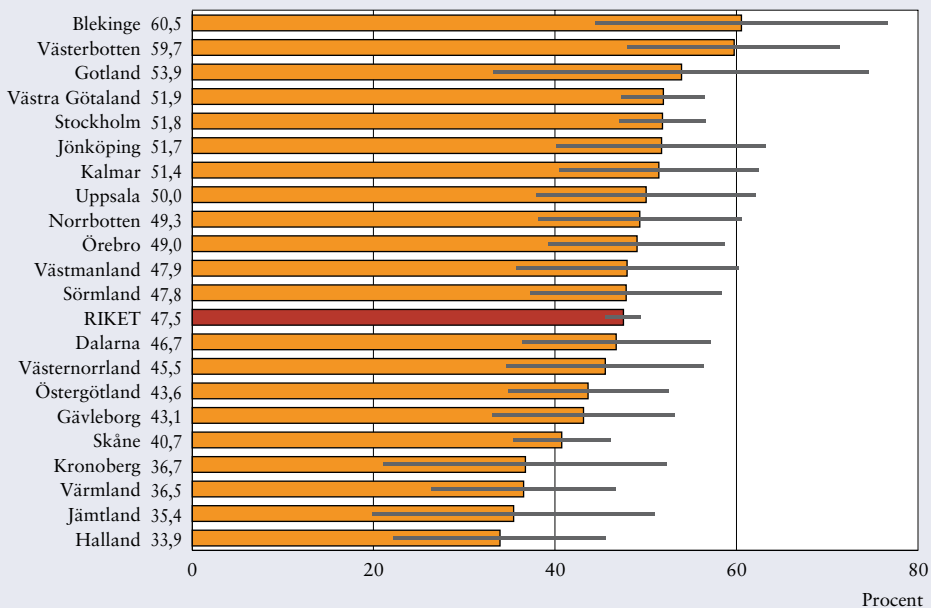


Diagram 83
Kvinnor

Femårsöverlevnad för patienter i aktiv uremivård, 2000–2009.
Avser vuxna patienter med behandlingsstart angivna år.

Källa: Svenskt Njurrregister

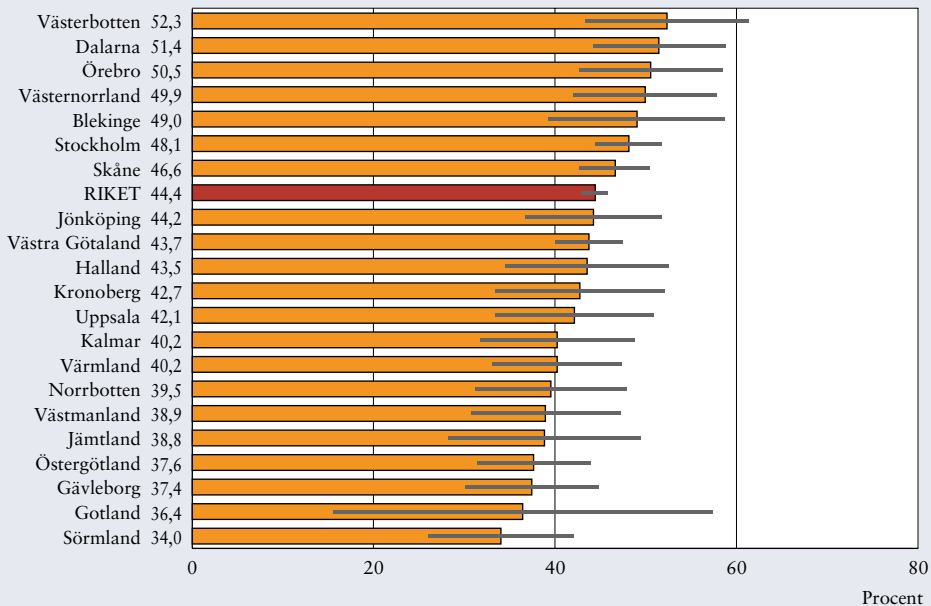


Diagram 83
Män

Femårsöverlevnad för patienter i aktiv uremivård, 2000–2009.
Avser vuxna patienter med behandlingsstart angivna år.

Källa: Svenskt Njurrregister

Överlevnadsdata är centrala 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 och förklaring av de egna överlevnadsresultaten.

Risken att avlida är flerfaldigt högre i den patientgrupp som behandlas med dialys, även justerat för riskmarkörer. Verksamheter som lyckas få många av sina patienter transplanterade så snart som möjligt förbättrar därmed sitt resultat. Detta är skälet till att överlevnaden i båda behandlingsformerna redovisas sammantaget.

Trots det faktum att dialys och njurtransplantation är livräddande behandlingar är dödligheten, framförallt i dialyspopulationen, således betydande. I stor omfattning förklaras detta av faktorer som inte direkt har med njursvikten och behandlingen att göra, såsom ålder och annan samtidig sjuklighet. Med detta sagt är det välkänt att behandlingspraxis varierar mellan länder, regioner och enskilda kliniker och att detta påverkar utfallet. De följande två indikatorerna, dialysdos och accesspraxis, är två viktiga mått på processkvalitet inom hemodialys.

84 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 HD-verksamhetens (hemodialys) 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

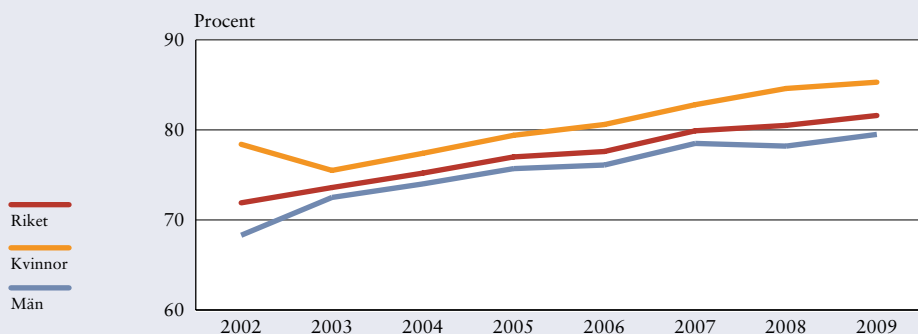
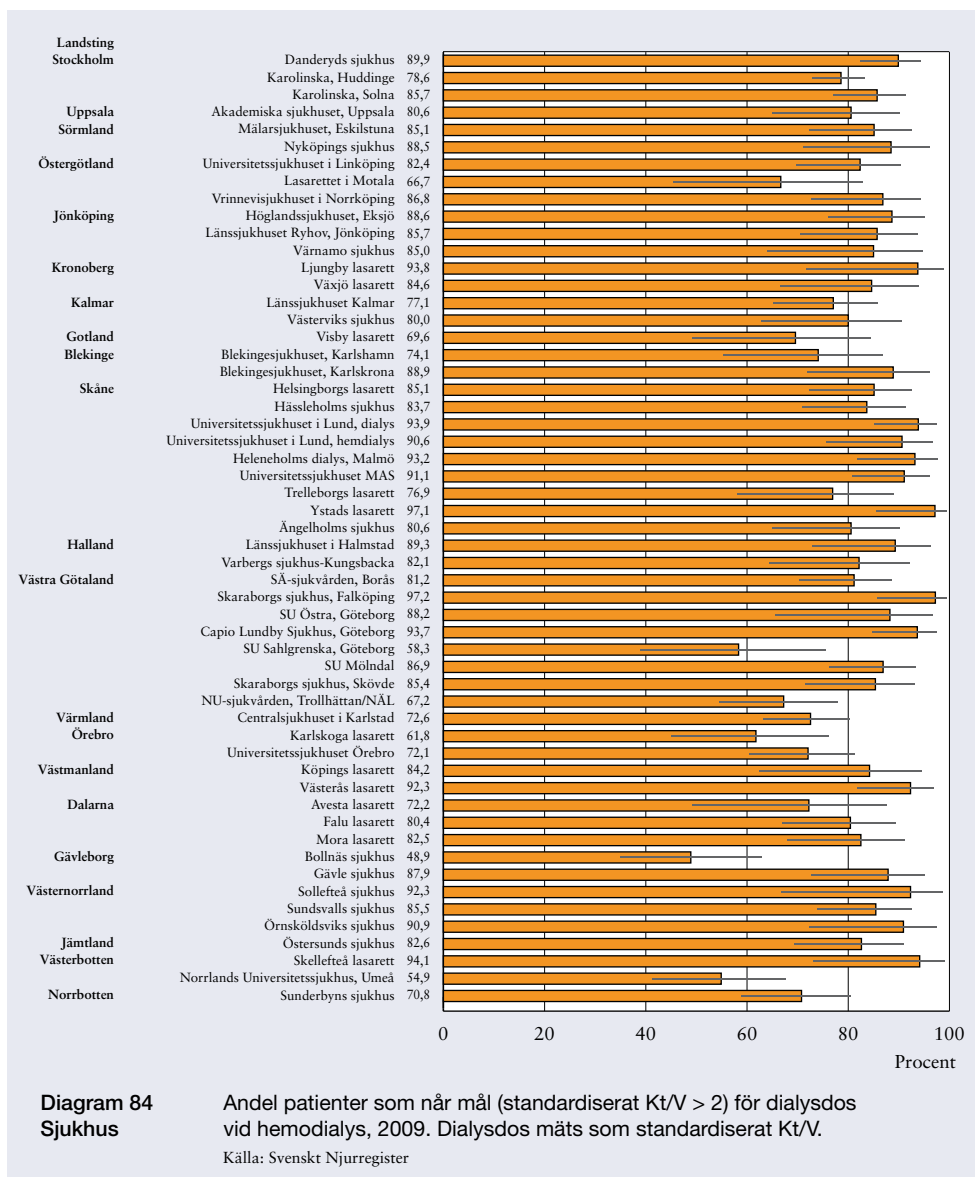


Diagram 84
Riket

Andel patienter som når mål (standardiserat Kt/V > 2) för dialysdos vid hemodialys. Dialysdos mäts som standardiserat Kt/V.

Källa: Svenskt Njurrregister



och efter dialys, vätskeborttagning under dialys, dialystid samt antal dialyser per vecka. Måluppfyllelse för dialysdos anses föreligga vid värden över 2.

I diagram 84 visas per landsting andelen patienter som når målvärdet för dialysdos. Resultaten är hämtade från SNR:s senaste årliga tvärsnittsundersökning och avser hösten 2009. 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.

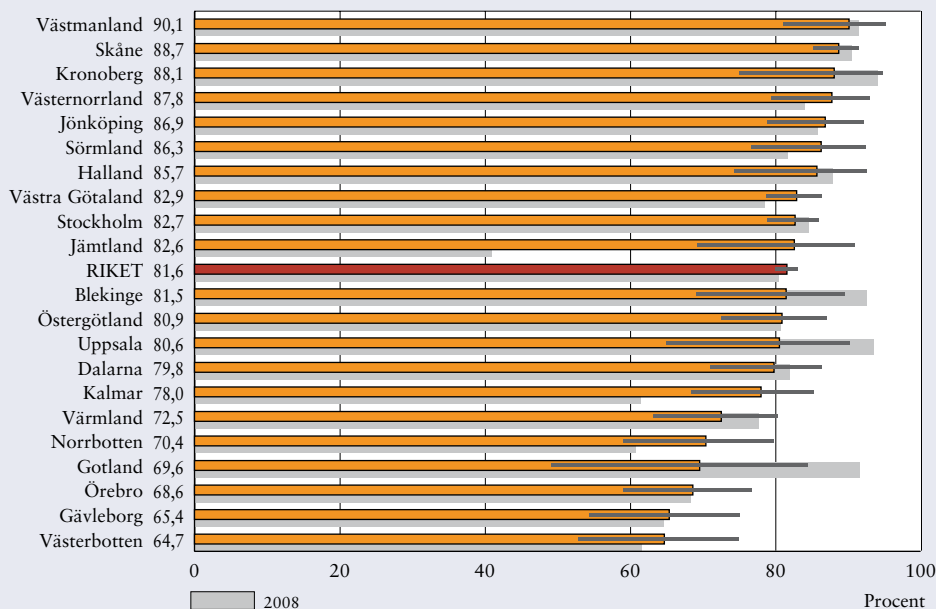


Diagram 84
Totalt

Andel patienter som når mål (standardiserat Kt/V > 2) för dialysdos vid hemodialys, 2009. Dialysdos mäts som standardiserat Kt/V.

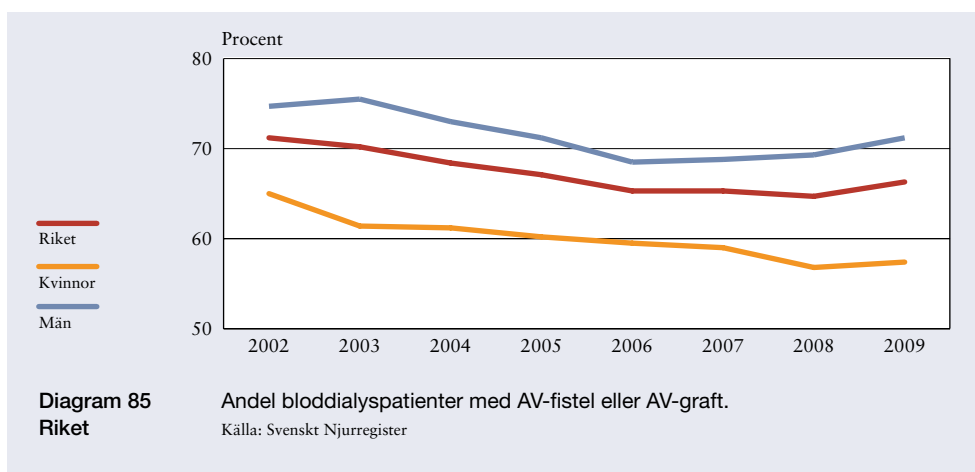
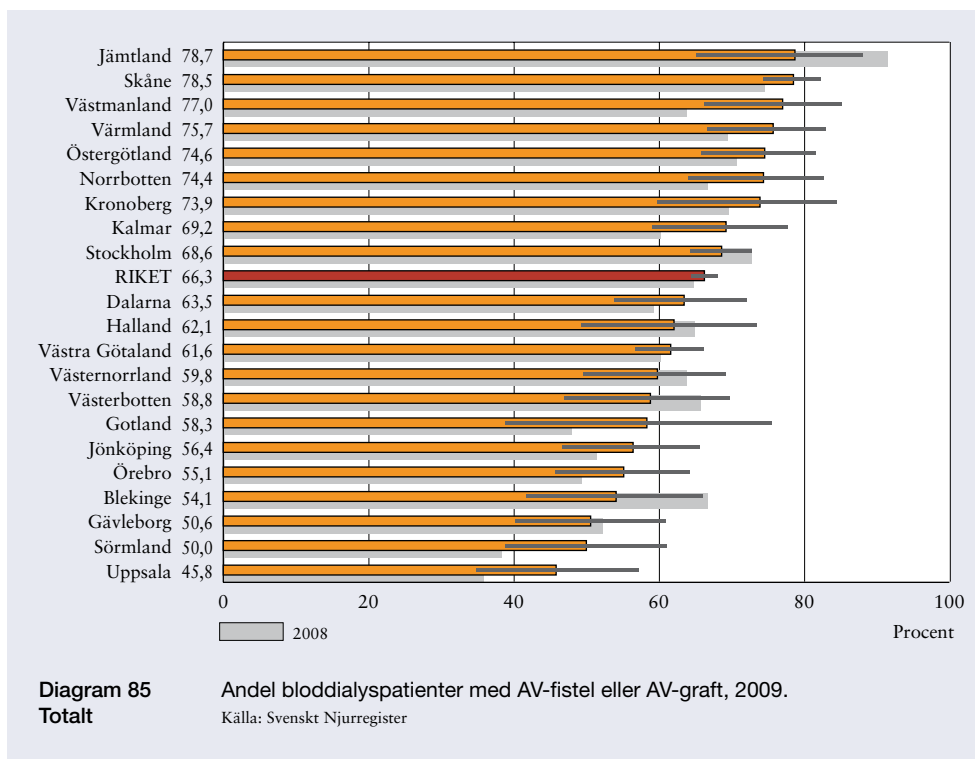
Källa: Svenskt Njurrregister

Vid varje givet mättillfälle 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 tvärsnittundersökningen är okänt. Vid jämförelse av dialysdos på kliniknivå måste denna osäkerhet beaktas.

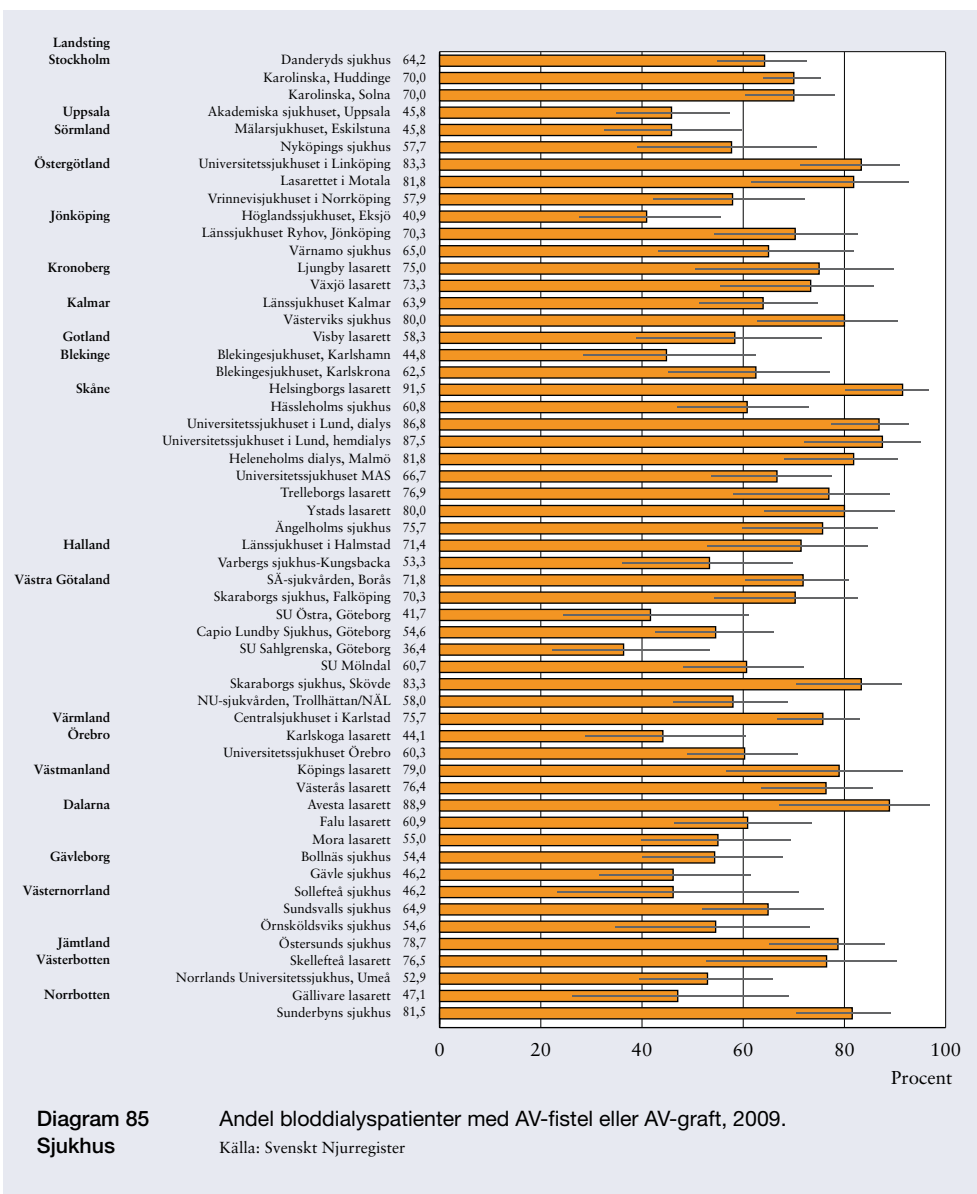
Med hänsyn till ovanstående kan för landstingsnivån bedömas att det optimala resultatet är att 80–90 procent av patienterna når målet för dialysdos. Kvinnor uppnår på riksnivå en något högre måluppfyllelse, men praxis varierar mycket mellan kliniker och landsting. Under senare år har nya rön framkommit, som talar för att kvinnor behöver påtagligt högre dialysdos än män. Den till synes bättre måluppfyllelsen för kvinnor skall tolkas med hänsyn till detta.

85 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.



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. Indikatoren avspeglar också resultatet av en vårdkedja som börjar redan innan patienten startat i dialys. Indikatoren 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 i nuläget redan mer än två tredjedelar av landets dialysverksamheter anslutna.

Diagram 85 visar andel patienter som hösten 2009 dialyserades med AV-fistel eller AV-graft. Uppgifterna baseras på årliga tvärsnittundersökningar som görs av Svenskt Njurrregister. För första gången ses nu ett trendbrott. Andelen AV-fistlar eller AV-grafter, som minskat sedan år 2002 då de årliga tvärsnittundersökningarna inleddes, har nu för första gången ökat något. Detta är hoppningivande, men kommande mätningar får visa om denna positiva utveckling fortsätter.

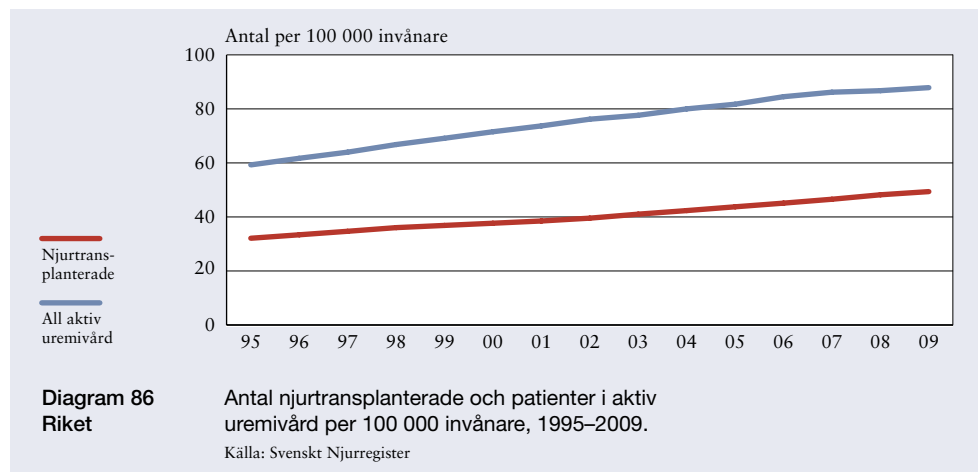
Variationen mellan landstingen är fortsatt alltför stor. Resultaten visar på uppenbara förbättringsmöjligheter, både på klinik- och landstingsnivå. Välfungerande accesspraxis ställer stora krav på samverkan mellan kärlkirurgi, interventionell radiologi och njurmedicin. Kvinnor har generellt lägre andel 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.

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.

86 Njurtransplanterade och patienter i aktiv uremivård

Den första svenska transplantationen genomfördes 1964. I mitten av 80-talet hade det årliga antalet transplantationer ökat till över 300. Trots omfattande insatser för att öka antalet organ från avlidna donatorer har bristen på njurar – liksom andra organ – kvarstått. Antalet avlidna organdonatorer har under de senaste tjugo åren i genomsnitt varit cirka 120 per år, med en blygsam tendens till ökning under senare år. Andelen transplantationer med levande givare har ökat. I dagsläget kommer ungefär var tredje transplanterad njure från en levande donator. Numera utgör inte oförenliga blodgrupper något absolut hinder för transplantation med njure från levande givare. Transplantation med njure från levande givare ger några procent bättre resultat. År 2009 genomfördes 392 njurtransplantationer.

Som framgick av indikatorn om femårsöverlevnad har resultaten efter transplantation förbättrats. Såväl transplantatöverlevnad (den tid patienten klarar sig med den transplanterade njuren utan dialys) som patientöverlevnad håller hög internationell klass. Jämförelser med de länder som levererar pålitliga data till European Dialysis and Transplant Association visar att såväl transplantat- som patientöverlevnad efter transplantation ligger klart över genomsnittsresultaten.



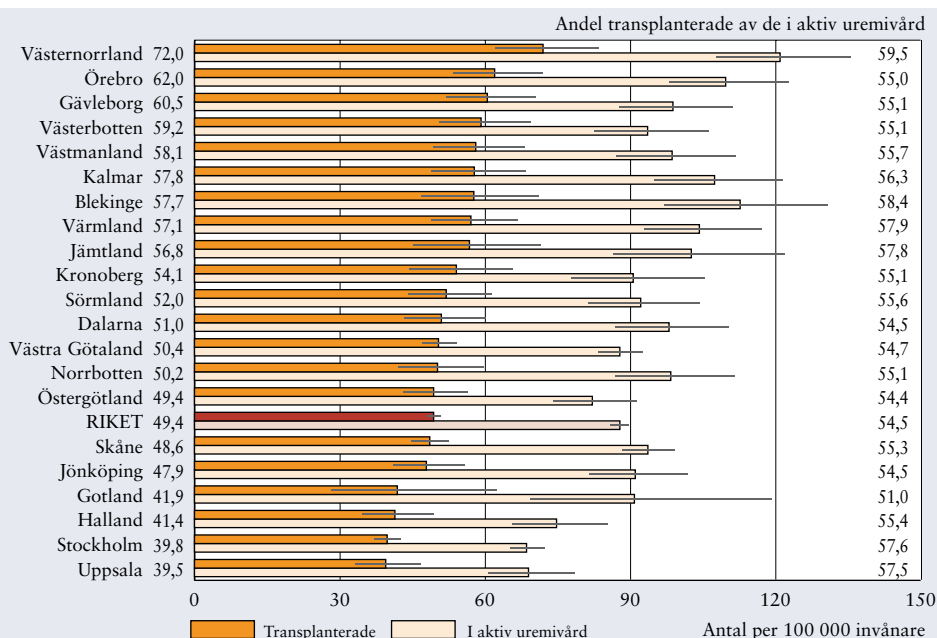


Diagram 86 Antal njurtransplanterade och patienter i aktiv uremivård per 100 000 invånare, 31 december 2009.
Källa: Svenskt Njurregister

Njurtransplantationer utförs i Göteborg, Malmö, Stockholm och Uppsala. Såväl utredning inför transplantation (även av levande njurdonator) som uppföljning efter operation är i hög grad decentraliserad till samtliga landsting. Det råder enighet om att alla lämpliga patienter bör erbjudas transplantation. Prevalensen av transplanterade patienter och andelen transplanterade av alla i aktiv uremivård kan därför användas som ett mått på kvalitet.

I diagram 86 redovisas i den kortare stapeln antalet patienter med fungerande transplanterad njure vid årsskiftet 2009–2010, uttryckt som antal per 100 000 invånare. I riket uppgick antalet transplanterade till 4 612. De längre staplarna visar, uttryckt på samma sätt, antalet patienter i all aktiv uremivård, totalt 8 208 i riket. Diagrammet ger därmed en bild av förekomsten av allvarlig njursjukdom i olika landsting och av de påtagliga skillnaderna mellan landstingen.

I sifferkolumnen till höger i diagrammet anges andelen transplanterade per landsting, som varierar mellan 51,0 och 59,5 procent, med ett riksgenomsnitt på 54,5 procent. I Norge var genomsnittet 70,2 procent, enligt senaste rapporten från det norska njurregistret. En rimlig målsättning är att eftersträva denna nivå.

Prevalenstalen är inte justerade, vare sig för olikheter i patientsammansättning eller för olikheter i bakgrundspopulationen. Skillnaderna mellan landstingen måste tolkas med beaktande av detta. Uppgifterna bör i första hand ge incitament till de

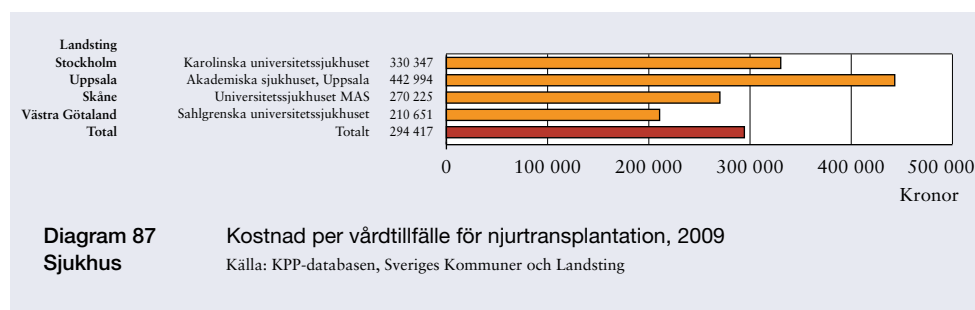
olika sjukvårdshuvudmännen att se över sin organisation, så att så många njursjuka patienter som möjligt kan erbjudas transplantation.

87 Kostnad per vårdtillfälle vid njurtransplantation

Under 2009 genomfördes 392 njurtransplantationer. Till KPP-databasen rapporterades kostnadsdata för drygt 90 procent av samtliga njurtransplantationer. I databasen finns kostnader för varje unikt vårdtillfälle. Däremot ingår inte kostnader för efterföljande uppföljningsbesök och läkemedelsanvändning i öppen vård. De allra dyraste fallen, de så kallade kostnadsytterfallen, är exkluderade.

I diagram 87 visas kostnaderna per vårdtillfälle i slutenvård för njurtransplantationer. Genomsnittskostnad för innerfallen uppgick 2009 till 294 417 kronor. De redovisade kostnaderna skiljer sig påtagligt mellan sjukhusen, med en spridning från 210 000 kronor till drygt det dubbla vid ett sjukhus. Sahlgrenska universitetssjukhuset utförde flest transplantationer under 2009, 38 procent av samtliga. Det är också Sahlgrenska som har den lägsta kostnaden per vårdtillfälle – 210 650 kronor. En tredjedel av samtliga transplantationerna görs från levande donator.

Kostnadsskillnaderna kan ha flera orsaker. De kan spegla dels tiden för själva operationen och vårdtidens längd, dels bemanning per vårdplats och vid sjukhuset i stort. De kan även återspegla patientsammansättningen vid sjukhuset. Även kostnadskalkylernas utformning kan skilja sig mellan sjukhusen, vilket manar till försiktighet i tolkningen av kostnadsskillnaderna.



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 2008 levde cirka 167 000 individer i Sverige som diagnostiserats med cancer under femårsperioden 2004–2008. 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 sju indikatorer. Sex avser de vanliga cancerformerna bröstcancer, tjocktarmscancer, ändtarmscancer, lungcancer och prostatacancer. Fyra av indikatorerna redovisar fem- eller tvåårsöverlevnad, en belyser aktiv behandling vid prostatacancer och en visar komplikation vid cancerkirurgi. 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.

Under 2011 skall en separat rapport med öppna jämförelser av cancervården publiceras gemensamt av Sveriges Kommuner och Landsting och Socialstyrelsen. Då görs en mera genomgripande revidering av indikatoruppsättningen för cancersjukvård.

Överlevnad vid cancersjukdom

Den relativa fem- eller tvåårsöverlevnaden har beräknats för de patienter som diagnostiserats med cancer under åren 2002–2008, med uppföljning till och med december 2008. 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 EU-ROCARE-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.

88 Överlevnad vid 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*.

Tjocktarmscancer är en av de vanligaste cancerformerna. Andelen diagnostiserade tumörer i tjocktarmen av samtliga cancerdiagnoser var 2008 sju procent för män och åtta procent för kvinnor. Cirka 4 000 personer fick tjocktarmscancer under 2008. Sjukdomen är något vanligare bland män än bland kvinnor. De flesta som drabbas är över 70 år; det är väldigt ovanligt att människor som är yngre än 30 år får tjocktarmscancer. Den totala prevalensen, det vill säga antalet personer som lever med en diagnos av tjocktarmscancer, var i slutet av 2008 cirka 27 000 personer. Drygt 12 000 av dem fick sin diagnos under perioden 2004–2008. Över 1 800 personer dog i tjocktarmscancer 2008, ungefär lika många män som kvinnor.

Den relativa femårsöverlevnaden i tjocktarmscancer är i riket 64 procent för kvinnor och 60 procent för män. Spridningen mellan landstingen är relativt stor. För kvinnorna varierar överlevnaden från 58 till 67 procent mellan landstingen. För männen är variationen från 53 till 65 procent. Antalet tjocktarmscancerfall är relativt få, vilket medför ökad osäkerhet i överlevnadssiffrorna för vissa landsting, vilket också avspeglas i de breda konfidensintervallen.

89 Överlevnad vid ändtarmscancer

Tillsammans är tjock- och ändtarmscancer en av de vanligaste cancerformerna. Andelen diagnostiserade tumörer i ändtarmen av samtliga cancerdiagnoser 2008 var något större bland män än bland kvinnor, men utgör drygt 4 procent för både män och kvinnor. Detta innebär att cirka 2 000 personer fick sjukdomen detta år, vilket motsvarar ungefär 1 person av 4 300 i befolkningen. 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. Under 2008 avled cirka 800 personer i ändtarmscancer.

Den femåriga relativa överlevnaden är för riket 63 procent för kvinnor och 59 procent för män. Antalet fall av ändtarmscancer är litet i många landsting vilket medför ökad osäkerhet i överlevnadssiffrorna.

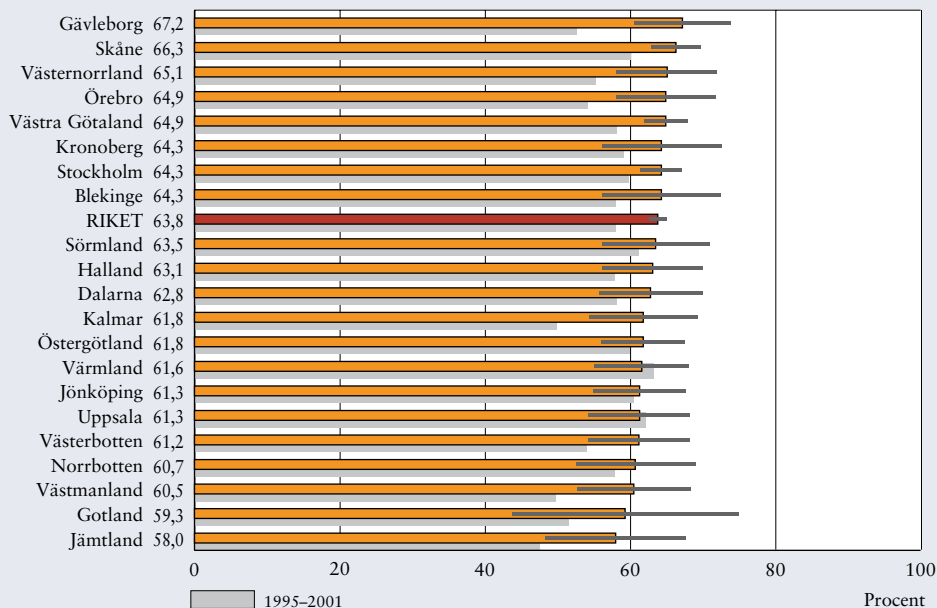


Diagram 88 5-årsöverlevnad vid tjocktarmscancer. Patienter diagnostiserade 2002–2008 med uppföljning t.o.m. december 2008.

Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen

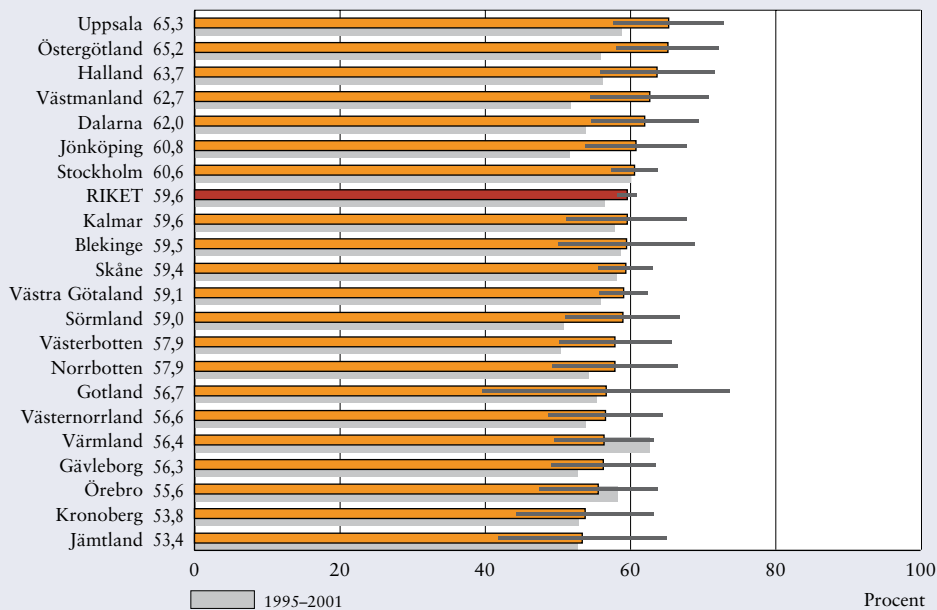


Diagram 88 5-årsöverlevnad vid tjocktarmscancer. Patienter diagnostiserade 2002–2008 med uppföljning t.o.m. december 2008.

Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen

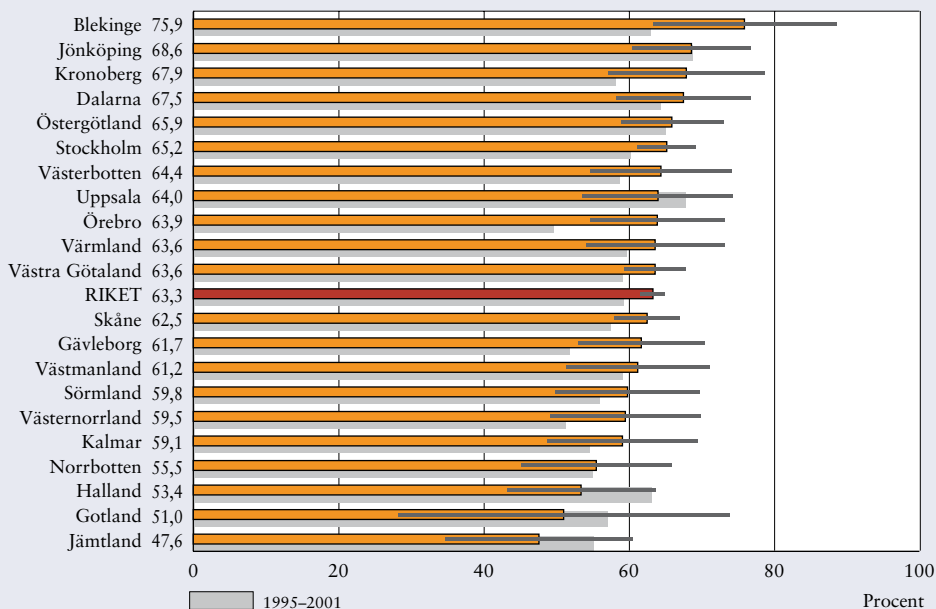


Diagram 89 5-årsöverlevnad vid ändtarmscancer. Patienter diagnostiserade 2002-2008 med uppföljning t.o.m. december 2008.

Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen

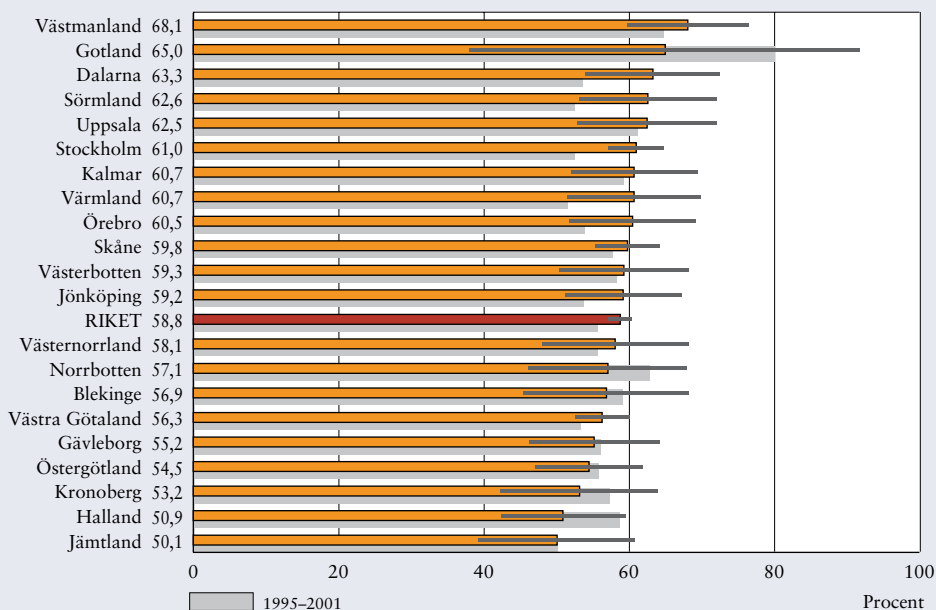


Diagram 89 5-årsöverlevnad vid ändtarmscancer. Patienter diagnostiserade 2002-2008 med uppföljning t.o.m. december 2008.

Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen

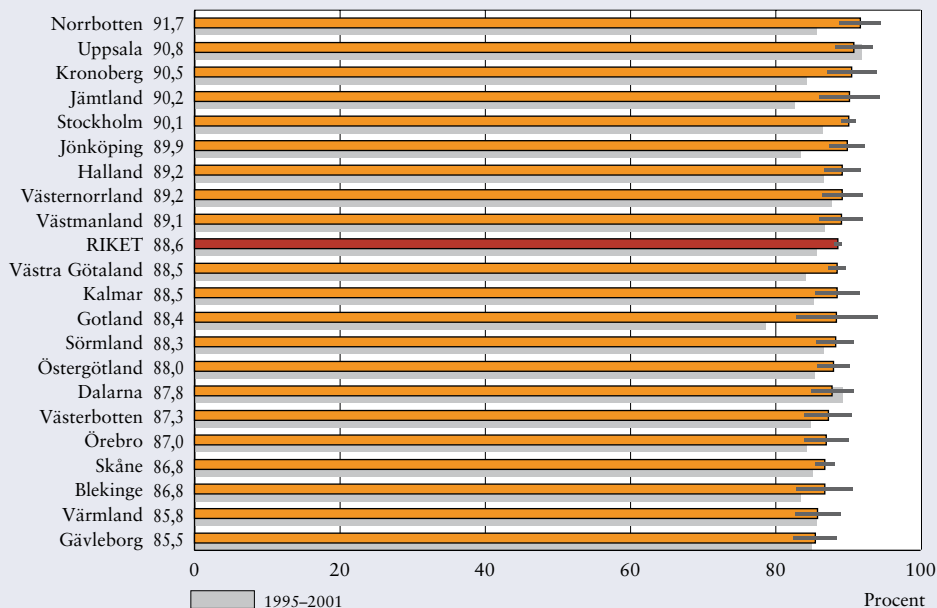


Diagram 90 5-årsöverlevnad vid bröstcancer. Patienter diagnostiserade 2002–2008 med uppföljning t.o.m. december 2008.

Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen

90 Överlevnad vid bröstcancer

Bröstcancer är den vanligaste cancersjukdomen bland kvinnor i Sverige och utgjorde 29 procent av samtliga kvinnliga cancerdiagnoser 2008. Varje år får cirka 7 000 kvinnor diagnosen 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.

Mer än 85 000 kvinnor i Sverige idag lever med en bröstcancerdiagnos och antalet kvinnor som avlider av sjukdomen uppgår till cirka 1 500 per år. Sedan flera decennier tillbaka ökar antalet som drabbas av bröstcancer, men ökningen går långsamt. Manlig bröstcancer förekommer, men är mycket ovanlig.

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 88 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 90 visar att det är liten skillnad mellan landstingen, med en variation från 85 till 92 procents femårsöverlevnad. Detta tyder på att bröstcancervården 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.

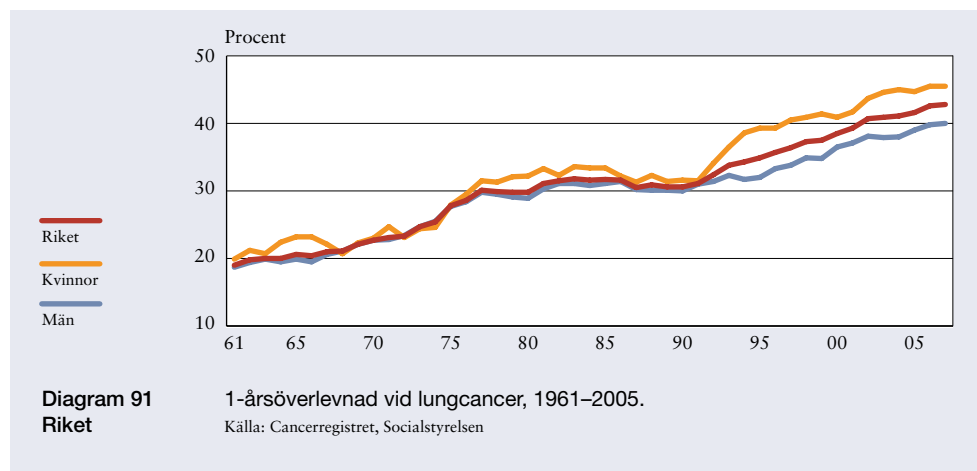
Den intressanta iakttagelsen avseende denna indikator är inte främst vilka inbördes positioner landstingen har, utan istället dels det goda och jämna resultatet i riket, dels det faktum att femårsöverlevnaden ökat i nästan alla landsting.

91 Överlevnad vid lungcancer

Årligen insjuknar drygt 3 000 personer i lungcancer i Sverige. Lungcancer är den vanligaste cancerrelaterade dödsorsaken i Sverige. Prognosen vid lungcancer är mycket dålig och sjukdomen är mycket svår att behandla.

Antalet nya årliga fall är numera rätt jämt fördelat mellan kvinnor och män. Efter att hänsyn tagits till skilda åldersfördelningar hos kvinnor och män, har insjuknandet per 100 000 invånare trefaldigats hos kvinnorna sedan början på 1970-talet. Hos männen har en 30-procentig minskning skett sedan den högsta uppmätta nivån i början på 1980-talet. Den ökande incidensen bland kvinnorna brukar tillskrivas deras rökvanor. Kvinnorna är också något yngre än männen vid insjuknandet.

Kvinnor med lungcancer lever längre än män med lungcancer, men andelen som blir botade är mycket liten för båda könen. I diagram 91 visas per landsting 1-årsöverlevnaden för två olika tidsperioder. 1-årsöverlevnaden är idag cirka 45 procent för kvinnor och 38 procent för män. Det är ganska stora variationer mellan landstingen. I riket har överlevnaden ökat något mellan jämförelseperioderna, med fyra procentenheter.



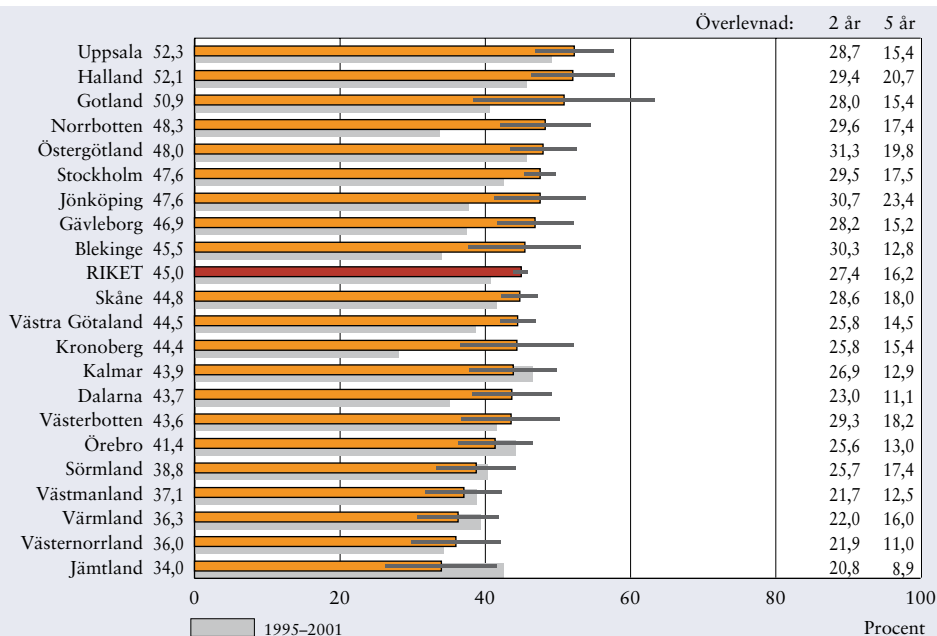


Diagram 91 1-årsöverlevnad vid lungcancer. Patienter diagnostiserade 2002–2008 med uppföljning t.o.m. december 2008.

Kvinnor

Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen

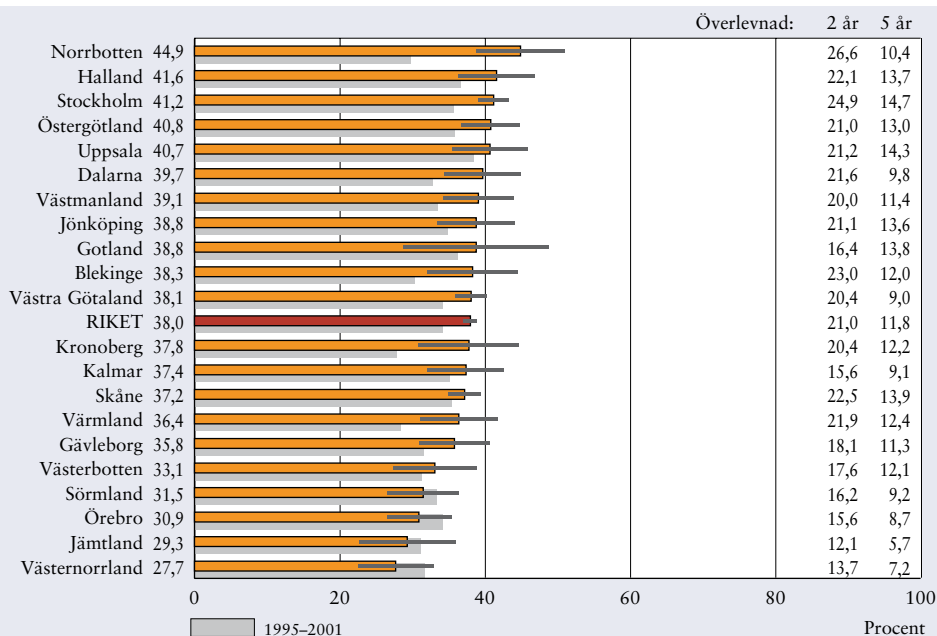
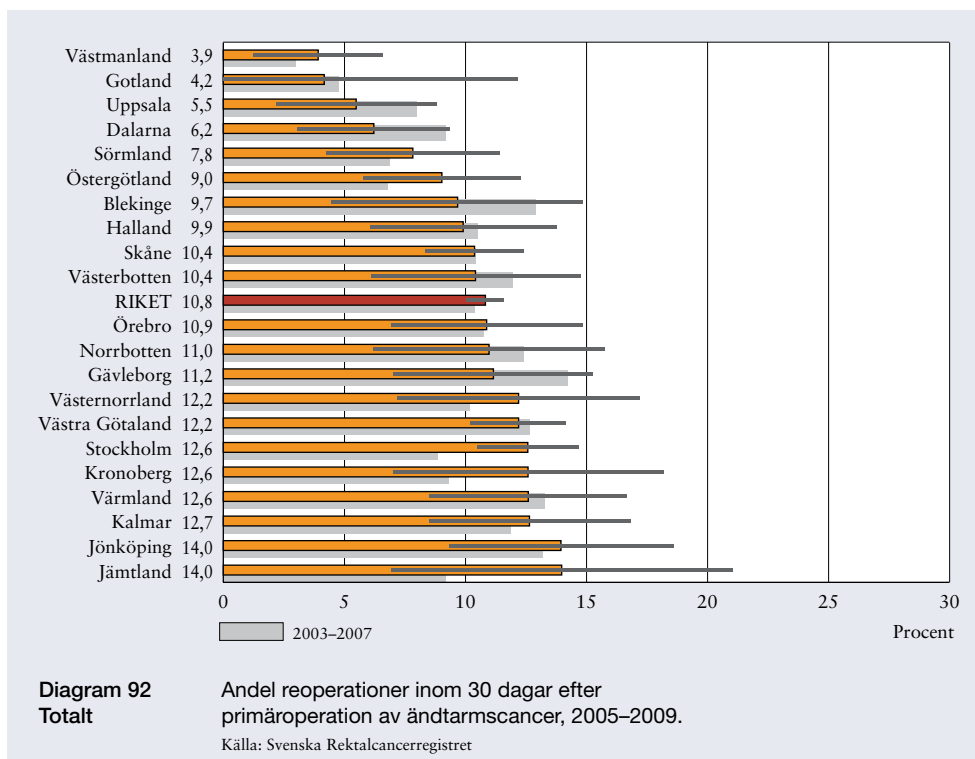


Diagram 91 1-årsöverlevnad vid lungcancer. Patienter diagnostiserade 2002–2008 med uppföljning t.o.m. december 2008.

Män

Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen



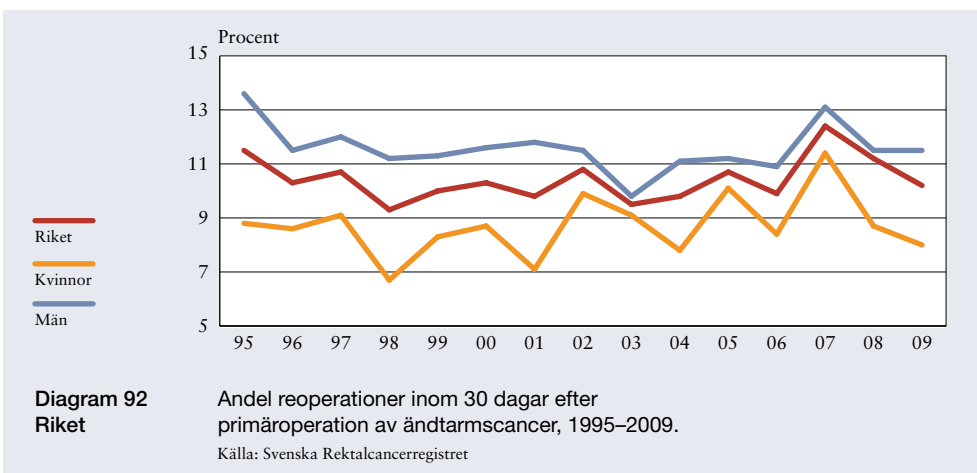
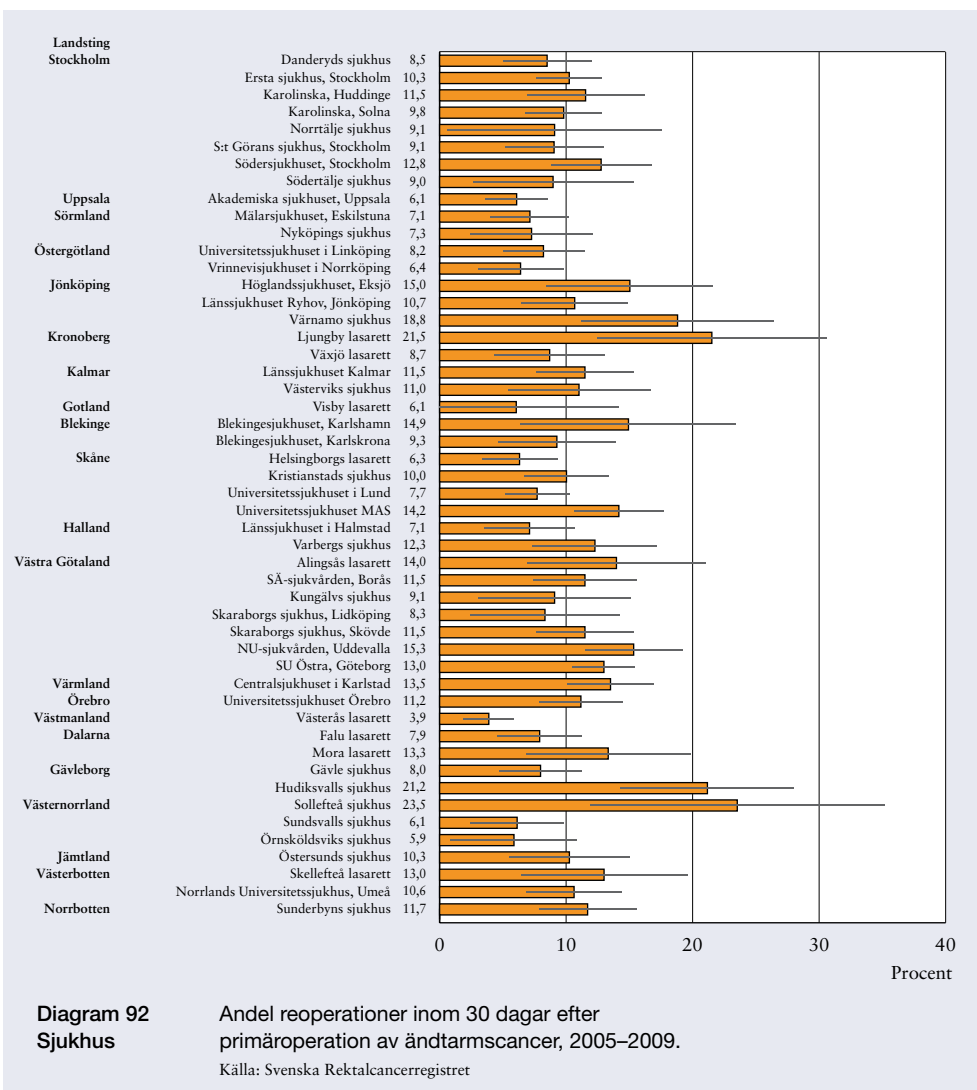
Den relativa 2-årsöverlevnaden för lungcancer är för kvinnor cirka 27 procent och för män 21 procent. Den relativa 5-årsöverlevnaden är cirka 16 procent för kvinnor och 12 procent för män .

Tidig diagnostisering kan visserligen påverka överlevnaden, men sjukdomen måste idag främst bekämpas med förebyggande åtgärder, framförallt genom rökprevention.

92 Reoperation vid ändtarmscancer

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer finns ett flertal viktiga kvalitetsindikatorer för uppföljning av behandling av ändtarmscancer. En av dessa är andelen reoperationer inom 30 dagar efter den första operationen. Källan är Svenska Rektalcancerregistret. Registret innehåller i stort sett alla fall med ändtarmscancer i Sverige.

De flesta patienterna med ändtarmscancer opereras. Operationerna kan vara olika omfattande och riskfyllda beroende på den enskilda tumörens lokalisation, mikroskopiska bild och patientens allmänna hälsotillstånd. Komplikationer kan uppstå som kräver reoperation inom relativt kort tid efter den första operationen. Frekvensen av reoperationer kan bero på hur primäroperationen utförs och på patientens sjuklighet.



De svenska resultaten avseende denna indikator är betydligt bättre än många andra länders. Dock får cirka en tredjedel av patienterna någon form av tidig komplikation och några av dessa leder till reoperationer. Frekvensen reoperationer har under en följd av år varit oförändrad, cirka 10 procent för riket som helhet, vilket innebär att en av tio patienter blir omopererad inom 30 dagar. Detta kan upplevas som en hög siffra, även om den vid en internationell jämförelse inte är anmärkningsvärd.

I diagrammet redovisas andelen reoperationer under perioden 2005–2009. Antalet primäroperationer som ingår i materialet är 6 327, varav 685 ledde till reoperation. Utfallet avseende reoperationer är ganska förväntat, dock med en viss ökning 2007 som är svår att förklara. Det är relativt stora skillnader mellan landstingen i yttersituationerna. Männens löpande större risk än kvinnorna att bli reopererade. Nio procent av kvinnorna blev reopererade inom 30 dagar år 2009, medan 12 procent av männen blev det.

Skillnaderna mellan landsting behöver inte betyda att vården är bättre eller sämre. Det kan också finnas en registreringsskillnad, där vissa sjukhus registrerar små ingrepp som reoperationer medan andra inte gör det. Data är inte validerade på denna punkt.

93 Kurativ behandling vid prostatacancer

Prostatacancer är den vanligaste cancerformen bland män i Sverige. År 2008 registrerades 8 637 nya fall. Var tionde man i Sverige diagnostiseras med prostatacancer under sin livstid och hälften av alla männen som diagnostiseras är under 70 år vid diagnostillfället. Antalet nya fall ökade kraftigt under 90-talet och början på 2000-talet, men den ökningen förefaller ha planat ut under de senaste åren. Ökningen beror till allra största delen på ökad diagnostik bland män utan symptom med hjälp av mätning av halten av prostata-specifikt antigen (PSA) i blodprov. Den ökade diagnostik förklarar varför åldern vid diagnos har sjunkit och att prostata-

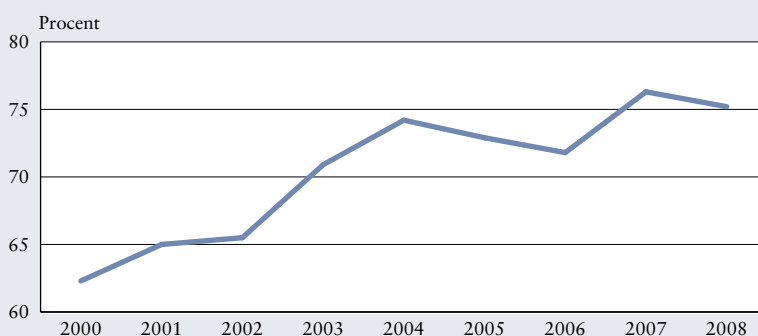


Diagram 93
Riket

Andel män med prostatacancer som fått kurativt syftande behandling.
Avser män under 75 år med mellan- och högrisktumörer.

Källa: Nationella prostatacancerregistret

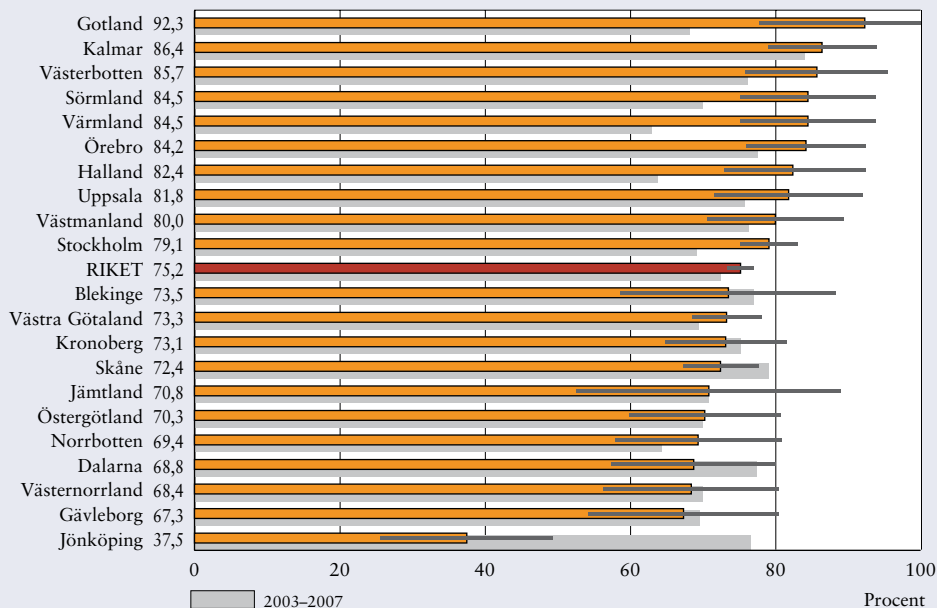


Diagram 93 Andel män med prostatacancer som fått kurativt syftande behandling, 2008. Avser män under 75 år med mellan- och högrisktumörer.
Män Källa: Nationella prostatacancerregistret

cancer diagnostieras i allt tidigare stadier. Dödligheten i prostatacancer, i den manliga befolkningen som helhet, har varit nästan konstant under en lång tid i Sverige.

Källan till denna indikator är Nationella Prostatacancerregistret, NPCR. Syftet med NPCR är att övervaka tidstrender och geografiska skillnader med avseende på utredning, diagnostisk, tumörkaraktäristik 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.

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 diag-

nostik 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.

Diagram 93 visar andelen män som fått kurativt syftande behandling, av män under 75 år som har lokaliserad mellan- och högrisktumör. Jämförelsen avser 2 077 män diagnostiserade under 2008. Data från enbart senast tillgängliga år valdes med motivet att visa aktuella data. I riket fick 75 procent av männen kurativt syftande behandling. Bortsett från Gotland och Jönköping är spridningen mellan landstingen måttlig. Slumpvariationen kan ha mycket större inflytande på detta enda års resultat, jämfört med jämförelseperioden som är baserad på data från fem år.

Motivet bakom urvalet är att män under 75 års ålder oftast har mer än tio års förväntad överlevnad och i tidigare studier har en överlevnad mer än tio år behövts för att kunna påvisa nytta med kurativt syftande behandling vid lokaliserad prostatacancer. 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.

I landsting som har en andel som klart understiger 70 procent finns sannolikt en viss underbehandling av denna patientgrupp och där en ökad andel kurativt behandlade skulle leda till förlängd överlevnad.

94 Tid till behandlingsbeslut vid ÖNH-tumör

Vid utredning av misstänkt cancer är det viktigt att utredningen kan genomföras snabbt, så 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. Tiden från behandlingsbeslut till behandlingsstart är också en viktig ledtid som dock inte är med i denna redovisning.

Indikatorn visar tiden från remissankomst till behandlingsbeslut för elakartade tumörer inom öron-, näs- och halssjukvård. Detta täcker stora delar av handläggningstiden inom ÖNH-sjukvården. Ur patientens perspektiv är hela denna tidsperiod viktig.

Källan är Svenskt Kvalitetsregister för Öron-, Näs- och Halssjukvård. Det här aktuella malignitetsregistret är ett delregister bland totalt nio register som är etablerade inom Svenskt Kvalitetsregister för ÖNH-sjukvård. Registret omfattar varje nyupptäckt primär ÖNH-malignitet i läpp, tunga, munhåla, svalg, spottkörtel, näsa-bihålor eller struphuvud. Registret för elakartade tumörer har kopplats till en obligatorisk canceranmälan och därmed kan täckningsgraden bli 100-procentig.

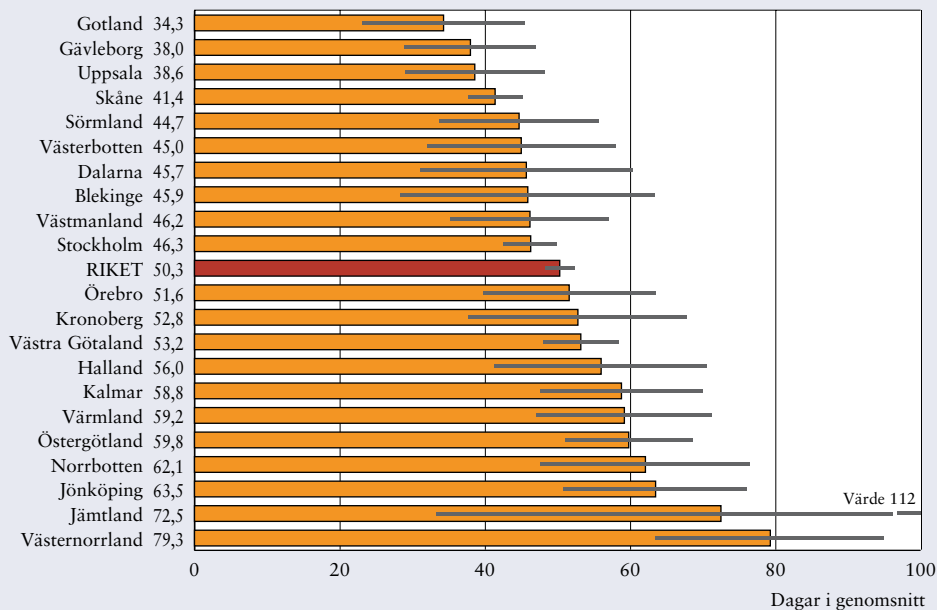


Diagram 94 Tid mellan ankomst av remiss och behandlingsbeslut för patienter med elakartad ÖNH-tumör, 2008–2009. Genomsnitt i dagar.

Källa: Svenskt Kvalitetsregister för Öron-, Näs- och Halssjukvård

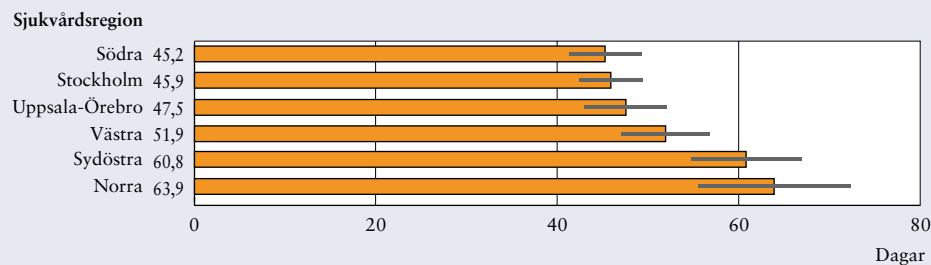


Diagram 94A Tid mellan ankomst av remiss och behandlingsbeslut för patienter med elakartad ÖNH-tumör, 2008–2009. Genomsnittstid i dagar.

Källa: Svenskt Kvalitetsregister för Öron-, Näs- och Halssjukvård

I diagram 94 visas genomsnittstiden i dagar per landsting, från det att remiss inkommit till dess att behandlingsbeslut tagits. Mätperioden är år 2008–2009 och omfattar 2 223 patienter, vilket motsvarar cirka 90 procent av alla patienter under denna period. 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.

Medelvärde för utredningstiden fram till beslut i riket är 50 dagar. Skillnaderna i ledtider från remissankomst till behandlingsbeslut är stora mellan landstingen och medelvärdet spänner från 38 till 79 dagar. Skillnaderna mellan regionerna är mindre och spänner från 45 till 64 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.

PSYKIATRISK VÅRD

I årets rapport är antalet indikatorer inom psykiatri fler än förra året. Fyra indikatorer har tillkommit. Tre av dessa är hämtade från Socialstyrelsens rapport *Öppna jämförelser och utvärdering 2010. Psykiatrisk vård*, som publicerades i juni 2010. Denna rapport innehöll ett 30-tal indikatorer, främst baserade på hälsodataregister vid Socialstyrelsen, men även på Väntetidsdatabasen och på ekonomisk statistik från SKL. En ny indikator i årets rapport är hämtade från Nationellt kvalitetsregister för rättspsykiatrisk vård, RättspsyK.

Den specialiserade psykiatrin svarar för i storleksordningen 10 procent av landstingens kostnader för hälso- och sjukvården. Detta motsvarade år 2008 17,6 miljarder kronor, motsvarande 1 900 kr per invånare. Därtill kommer insatser vid psykisk ohälsa inom primärvården. Kostnadsandelen har legat på en stabil nivå de senaste fem åren. Det finns däremot en betydande spridning mellan de olika landstingen. 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 stora brister i rapporteringen till de nationella obligatoriska hälsodataregistren, framför allt gäller detta uppgifter om diagnos och 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. Rapporteringen till de frivilliga kvalitetsregistren har förbättrats, även om täckningsgraden överlag är alltför låg. Därför har heller inga kvalitetsregister för området psykiatrisk vård kunnat användas i årets *Öppna jämförelser*, med undantag från ett, RättspsyK.

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. Efter en överenskommelse med regeringen arbetar Sveriges Kommuner och Landsting med en omfattande satsning på kvalitetsregister inom psykiatrin.

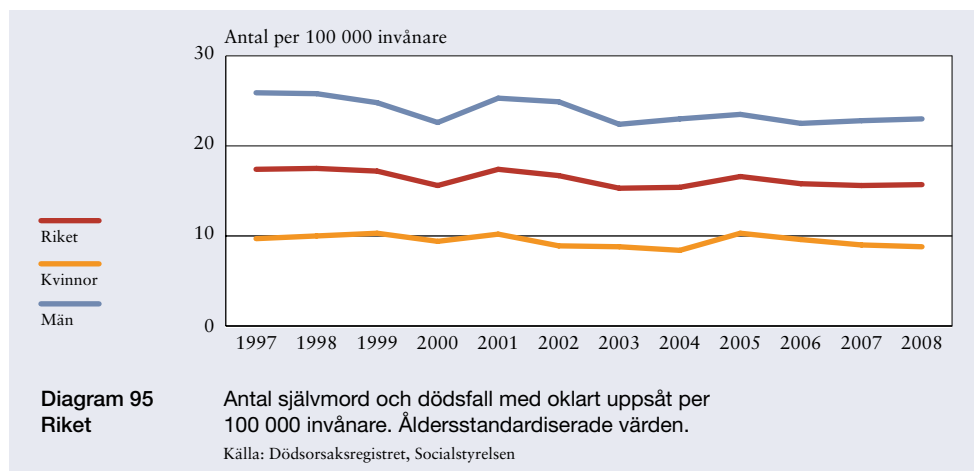
95 Självmord i befolkningen

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 exempel 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 2008 tog 315 kvinnor och 855 män sitt liv, totalt 1 170 personer. Därtill fanns det 306 dödsfall med oklart uppsåt, 107 kvinnor och 199 män. Utöver detta vårdades år 2008 cirka 10 000 personer i slutenvård på grund av avsiktlig självdestruktiv handling.

Antalet självmord per 100 000 invånare under åren 2005–2008 redovisas i diagram 95. Under denna period begick 5 903 personer självmord, inkluderat dödsfall med oklart uppsåt. Variationen mellan landsting sträcker sig från 12 till 19 fall per 100 000 invånare för hela fyraårsperioden, kvinnor och män sammantagna (redovisas ej).



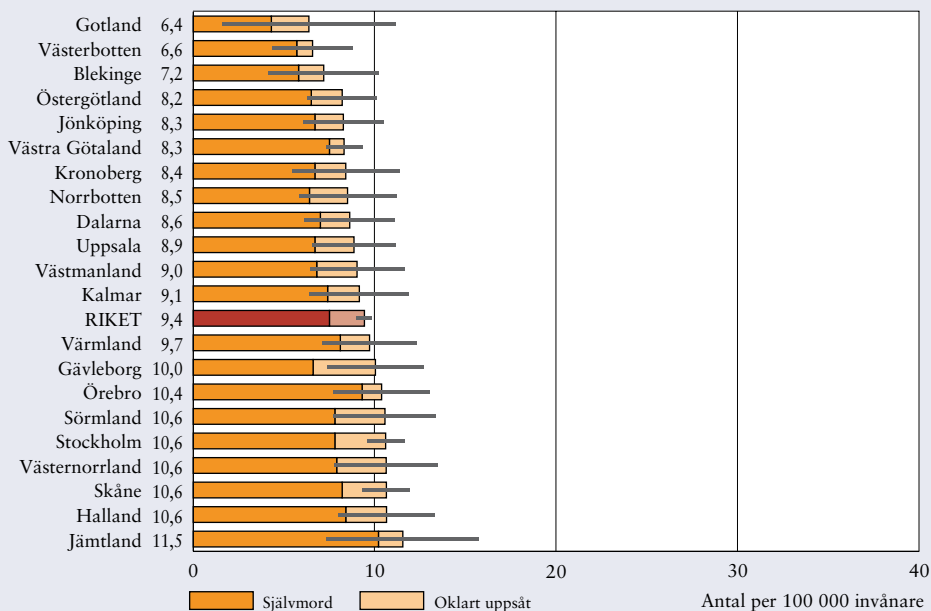


Diagram 95
Kvinnor

Antal självmord och dödsfall med oklart uppsåt per 100 000 invånare, 2005–2008. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

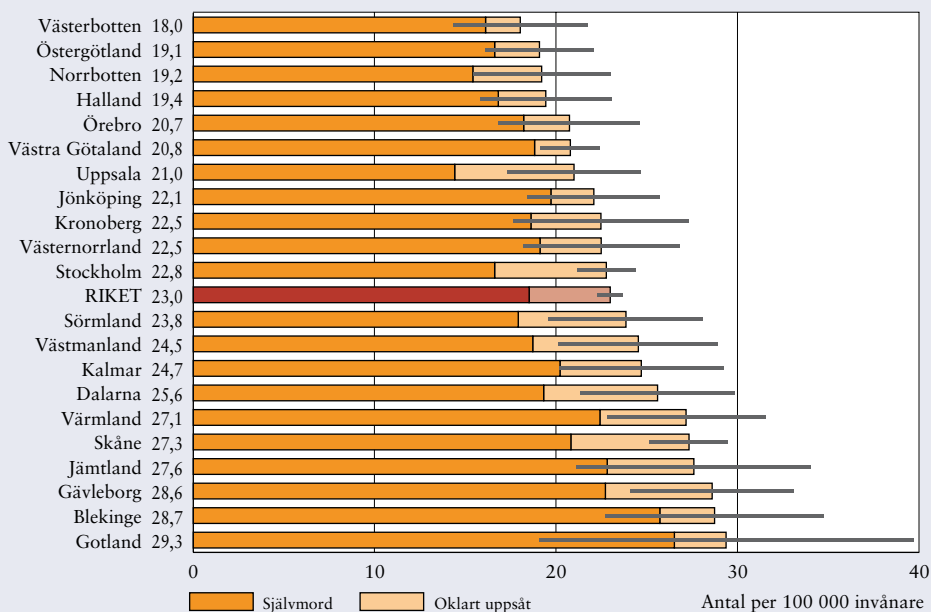


Diagram 95
Män

Antal självmord och dödsfall med oklart uppsåt per 100 000 invånare, 2005–2008. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

96 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 lägre 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 ordinerar 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.

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 2009 hämtade knappt 212 000 personer i åldern 20–79 år regelbundet ut bensodiazepiner, fördelat på 131 000 kvinnor och 81 000 män. Diagram 96 belyser den högre andelen både 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. För de olika landstingen kan man se såväl ökningarna som minskningar jämfört med tidigare period.

97 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.

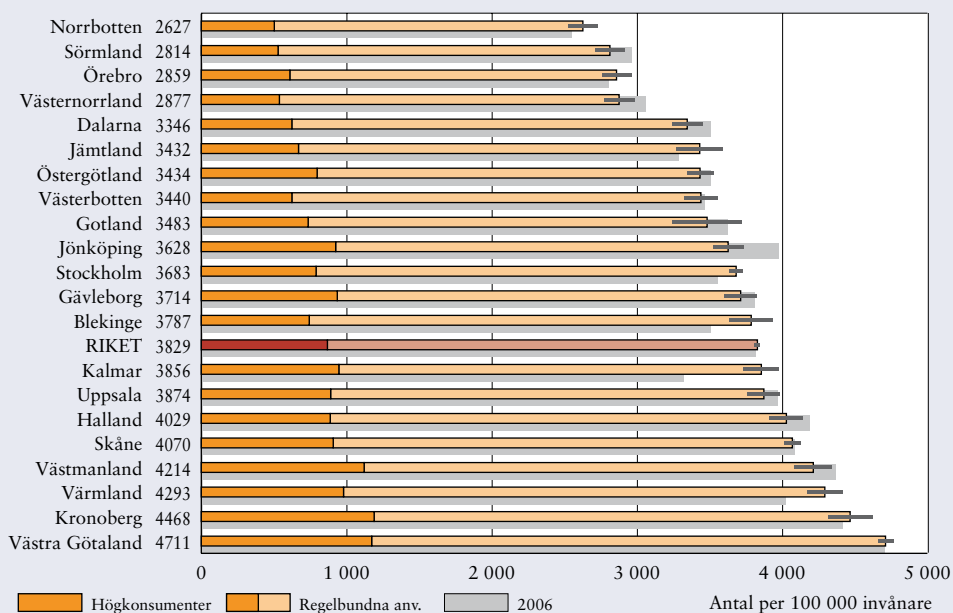


Diagram 96
Kvinnor

Antal med regelbunden användning av lugnande medel/sömnmedel per 100 000 invånare, 2009. Personer 20–79 år. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

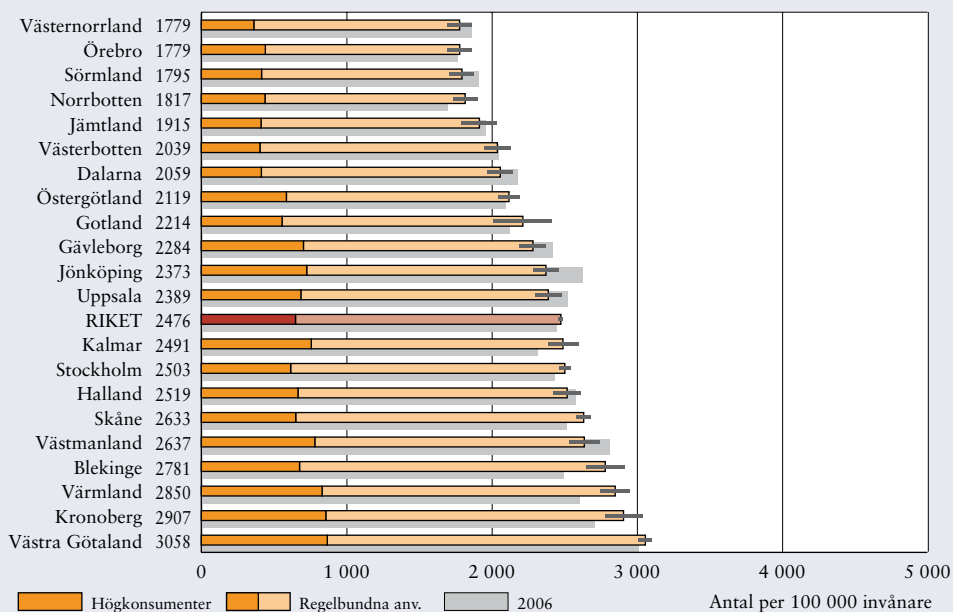


Diagram 96
Män

Antal med regelbunden användning av lugnande medel/sömnmedel per 100 000 invånare, 2009. Personer 20–79 år. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

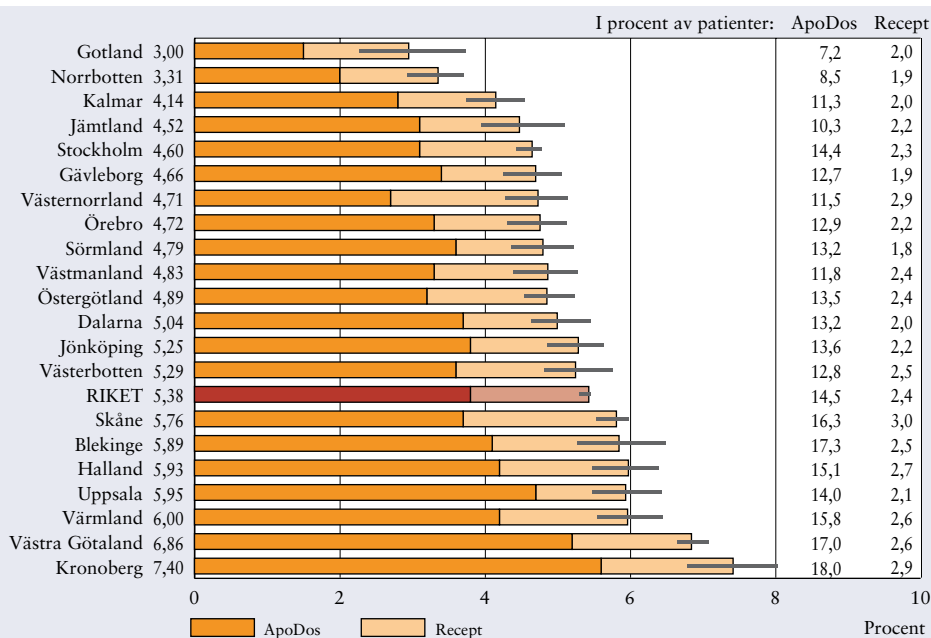


Diagram 97
Kvinnor

Andel med tre eller flera psykofarmaka bland personer 80 år och äldre, 31 december 2009.

Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

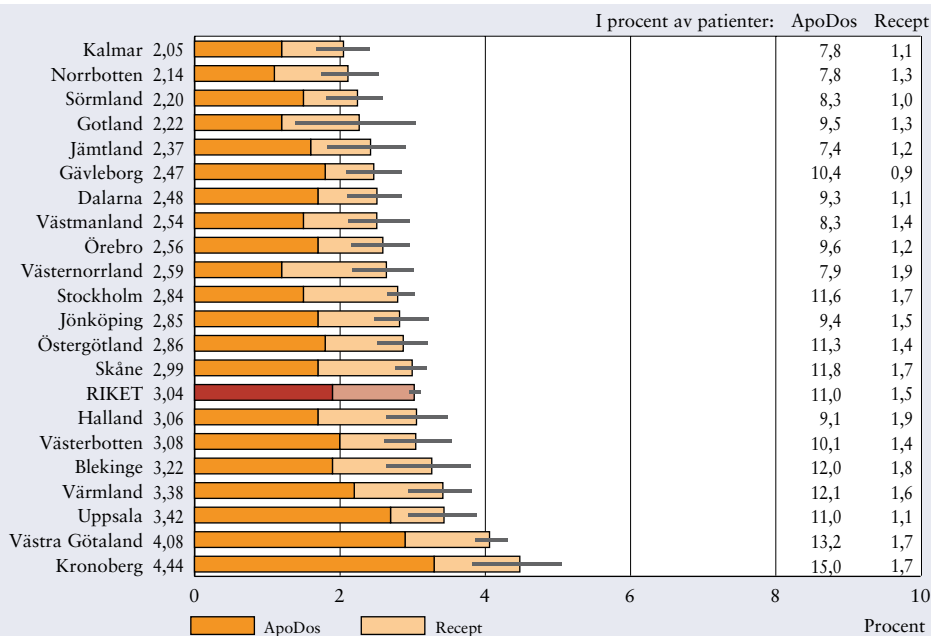


Diagram 97
Män

Andel med tre eller flera psykofarmaka bland personer 80 år och äldre, 31 december 2009.

Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

I diagram 97 visas andelen äldre av hela befolkningen som hade tre eller fler psykofarmaka vid mättidpunkten 31 december 2009. Andelen äldre med tre eller fler psykofarmaka var bland kvinnor 5,4 procent och bland män tre procent år 2009, vilket totalt motsvarar knappt 22 400 personer. Andelarna är i riket oförändrade jämfört med 2008. Variationen mellan landstingen är stor och sträcker sig från cirka 3 till 7 procent för kvinnor och från 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 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. Uppsala och Västra Götaland har högst andel medan Gotland och Stockholm har lägst. 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 13,5 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 7,8–17,1 procent i de olika landstingen.

98 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, liksom 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 knappt 103 000 personer som är 80 år och äldre sömnmedel vid mättidpunkten 31 december 2009. Enligt diagram 98 står zopiklon år 2009 dock för bara hälften av all användning av sömnmedel till personer som är 80 år och äldre. Variationen mellan landstingen är också påtaglig.

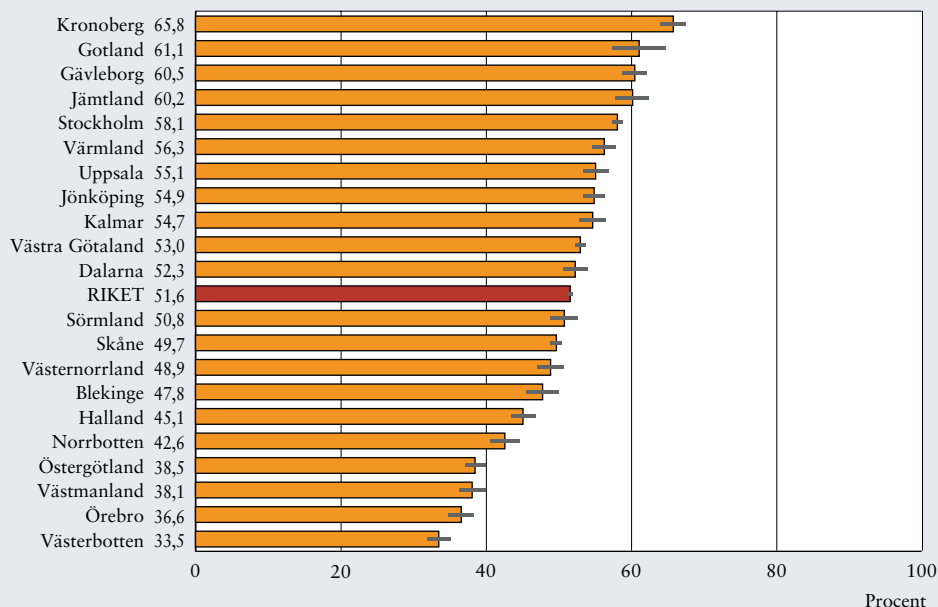


Diagram 98

Andel som använder lämpliga sömnmedel (zopiklon) bland personer 80 år och äldre, 31 december 2009.

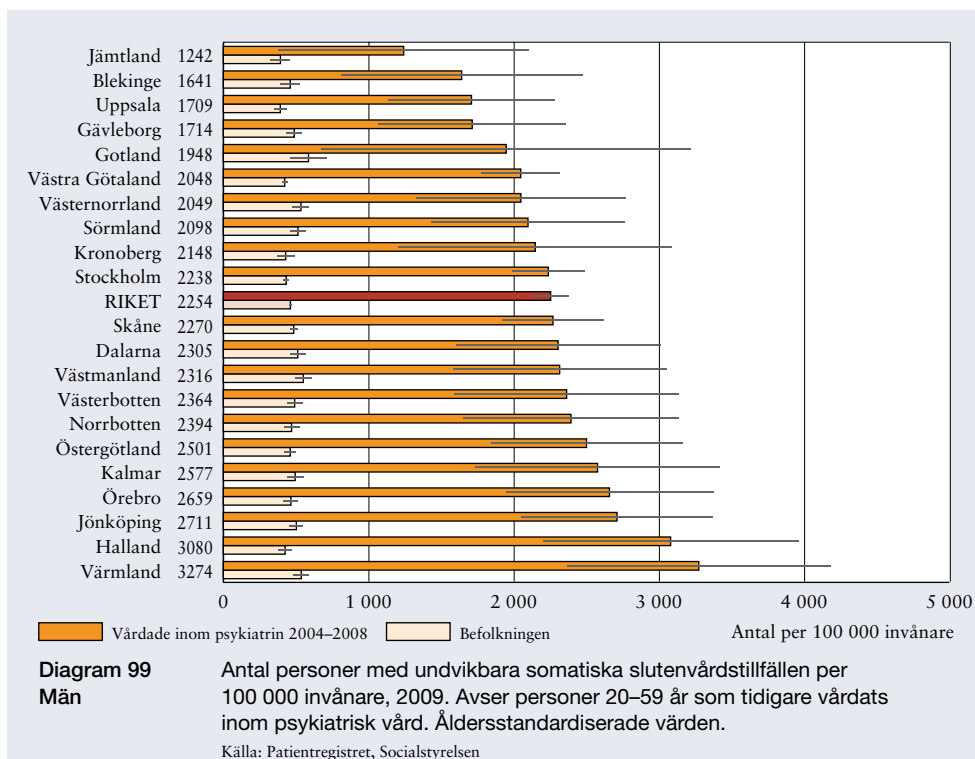
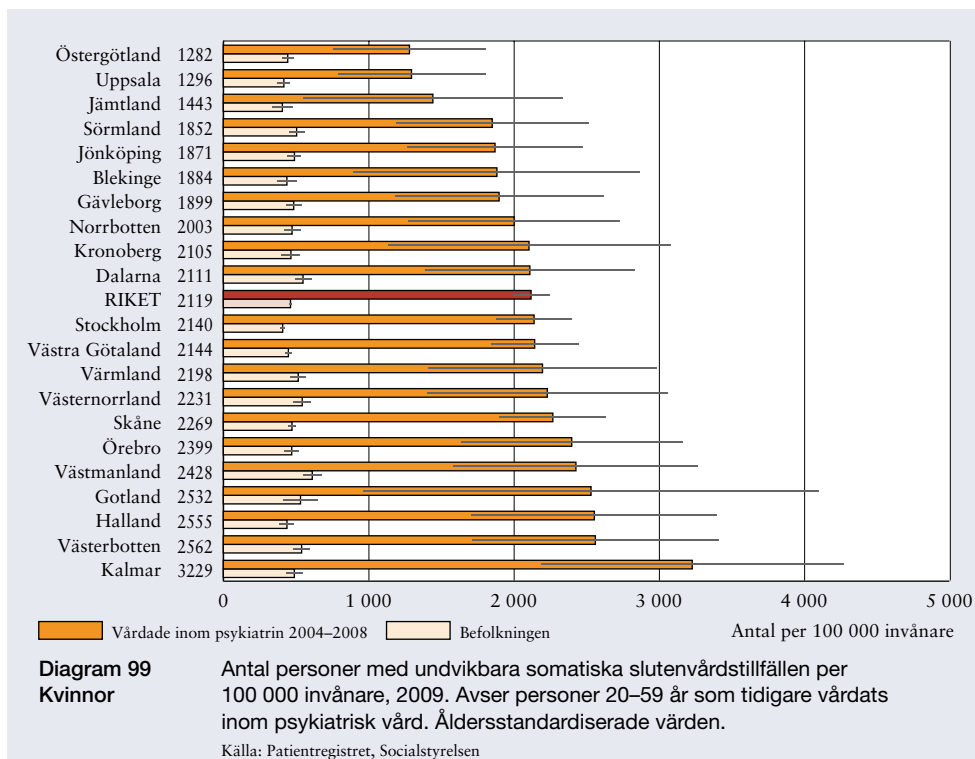
Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

99 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. Indikatorn beskrivs närmare på sidan 46. Här visas samma indikator, men för personer som varit inskrivna i slutenvård med psykiatrisk diagnos.

I diagram 99 redovisas antalet personer med undvikbara slutenvårdstillfällen per 100 000 invånare i åldern 20–59 år, med uppgifter från år 2009. Cirka 110 000 personer har någon gång de senaste fem åren vårdats med en psykiatrisk huvuddiagnos, och av dem har 2 423 personer undvikbara somatiska slutenvårdstillfällen. I hela befolkningen hade 20 000 patienter undvikbara slutenvårdstillfällen, ungefär lika många kvinnor som män.

Andelen med undvikbara somatiska slutenvårdstillfällen är betydligt högre bland personer som har vårdats för psykiatriska diagnoser. 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.

Människor med en allvarlig psykisk störning kan också ha svårt att sköta viss somatisk behandling i öppen somatisk vård, vilket kan göra att patienten vårdas inneliggande. Skälen till att patienter med psykiatrisk diagnos i högre utsträckning vårdas i slutenvård i enlighet med indikatorn bör studeras närmare.

Förekomsten av vissa sjukdomstillstånd kan skilja sig åt mellan olika landsting och genom att diagnossättningen och registreringen kan variera. Tillgången på platser i slutenvård 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.

100 Återinskrivning efter 14 respektive 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 ungdomen 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 100 visar andelen patienter som återinskrivits med diagnosen schizofreni under de tre åren 2006–2008. 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 medeltal vårdas varje år cirka 1 900 kvinnor och 2 300 män i åldern 20–59 år för schizofreni.

I riket återinskrevs 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 också svår att tolka, inte minst eftersom kriterierna för inläggning i slutenvård påverkar utfallet. Denna indikator behöver utvecklas för att försöka klargöra i vilken mån återinskrivning är påverkbar och kan fungera som indikator på kvalitet.

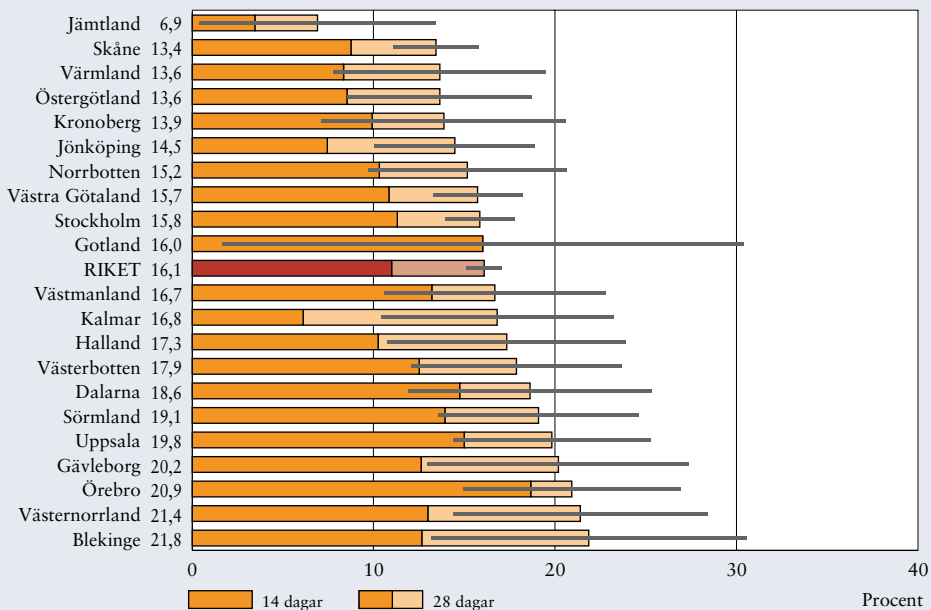


Diagram 100
Kvinnor

Andel personer med schizofreni som återinskrivits i slutenvård inom 14 respektive 28 dagar, 2006–2008. Avser patienter 20–59 år.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

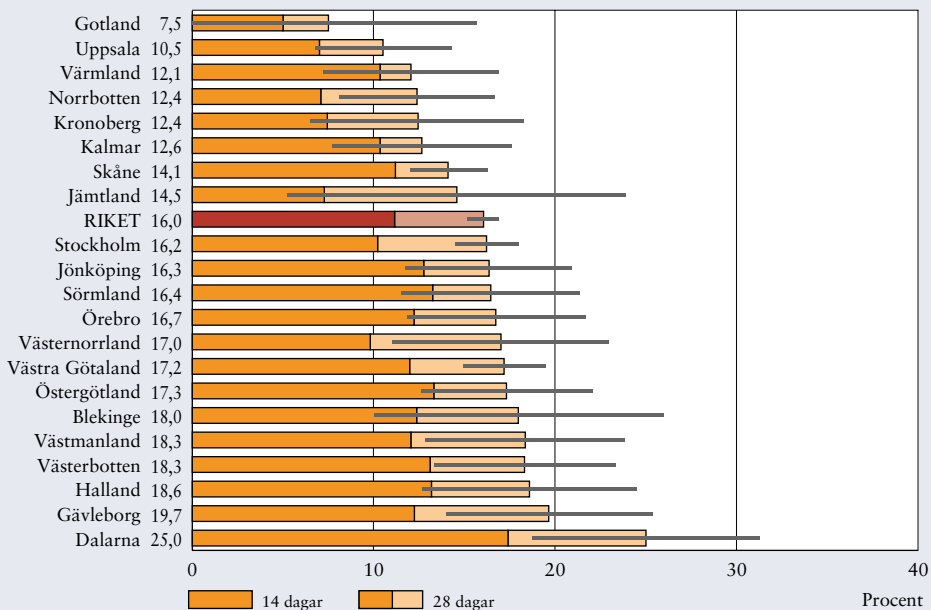


Diagram 100
Män

Andel personer med schizofreni som återinskrivits i slutenvård inom 14 respektive 28 dagar, 2006–2008. Avser patienter 20–59 år.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

101 Återinskrivning efter 3 respektive 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 samspelet 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 101 visar andelen patienter med diagnosen schizofreni som återinskrivs under de tre åren 2006–2008. 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 medeltal vårdas varje år ca 1 900 kvinnor och cirka 2 300 män i åldern 20–59 år för sin schizofreni.

I riket återinskrivs knappt 28 procent inom 3 månader och drygt 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 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 vilken mån det går att minska återinskrivningarna och om de kan fungera som en indikator på kvaliteten i den psykiatriska öppenvården och i samspelet med kommuner och socialtjänst.

102 Följsamhet till litiumbehandling vid bipolär sjukdom

Litiumbehandling är en förebyggande behandling som ska förhindra återfall i periodiska depressioner eller i manodepressivitet. 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.

Diagram 102 visar andelen personer som fick regelbunden litiumbehandling år 2008 och som fortsatte med regelbunden behandling under 2009. Datakälla är Läke-medelsregistret. I riket var denna andel 83 procent för både kvinnor och män. År

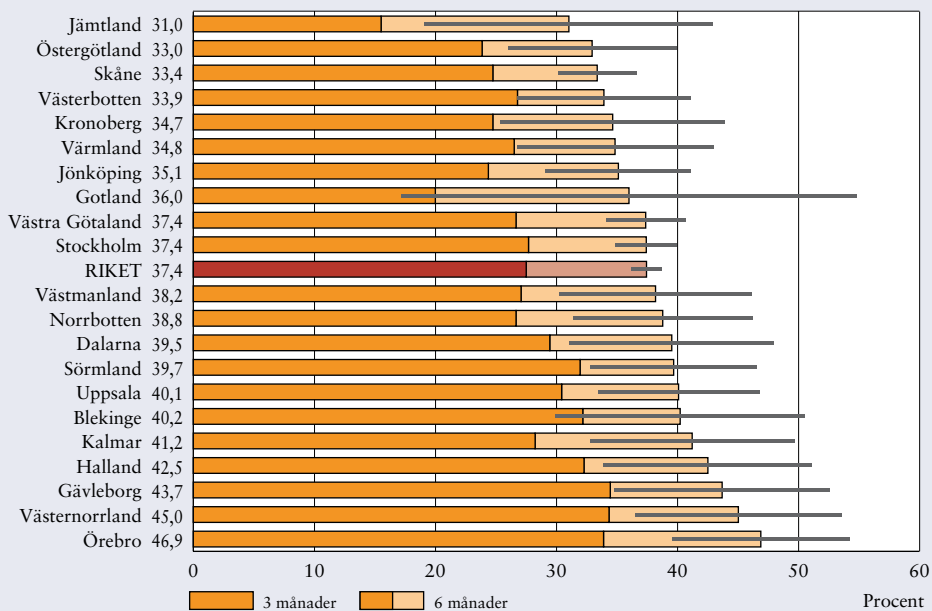


Diagram 101
Kvinnor

Andel personer med schizofreni som återinskrivits i slutenvård inom 3 respektive 6 månader, 2006–2008. Avser patienter mellan 20–59 år.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

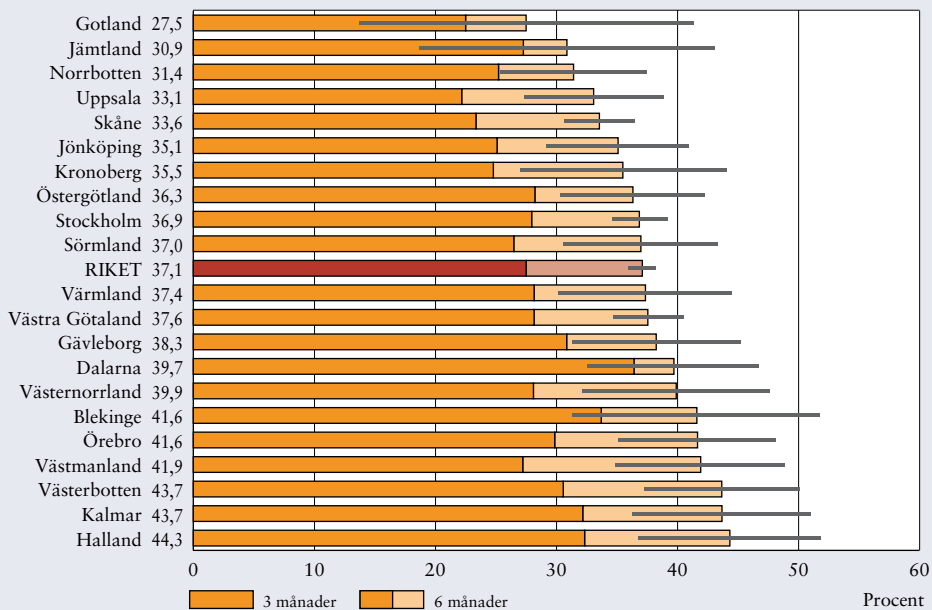


Diagram 101
Män

Andel personer med schizofreni som återinskrivits i slutenvård inom 3 respektive 6 månader, 2006–2008. Avser patienter mellan 20–59 år.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

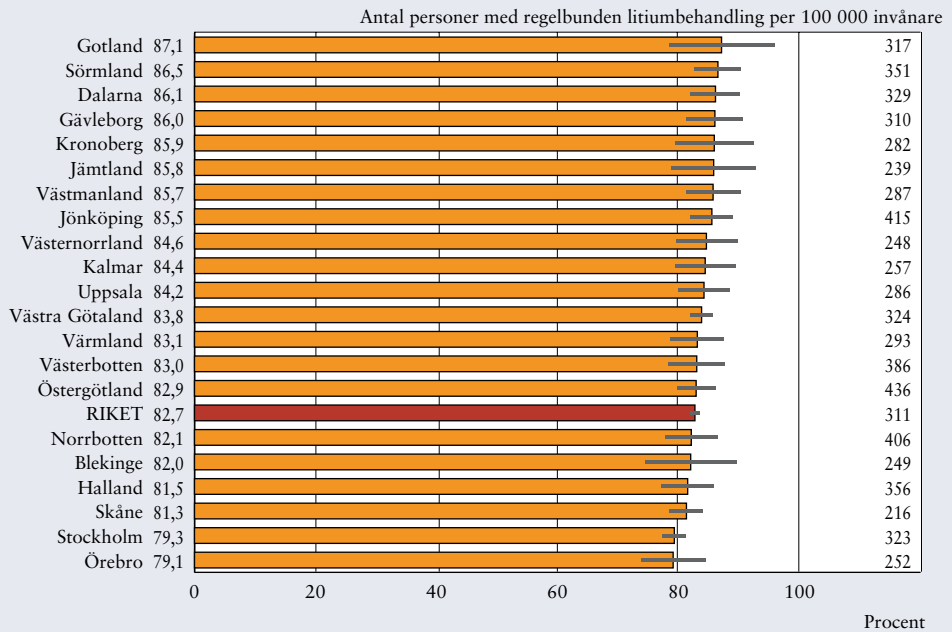


Diagram 102
Kvinnor

Andel personer med regelbunden litiumbehandling 2008 med fortsatt följsamhet under 2009. Avser personer 18 år och äldre. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

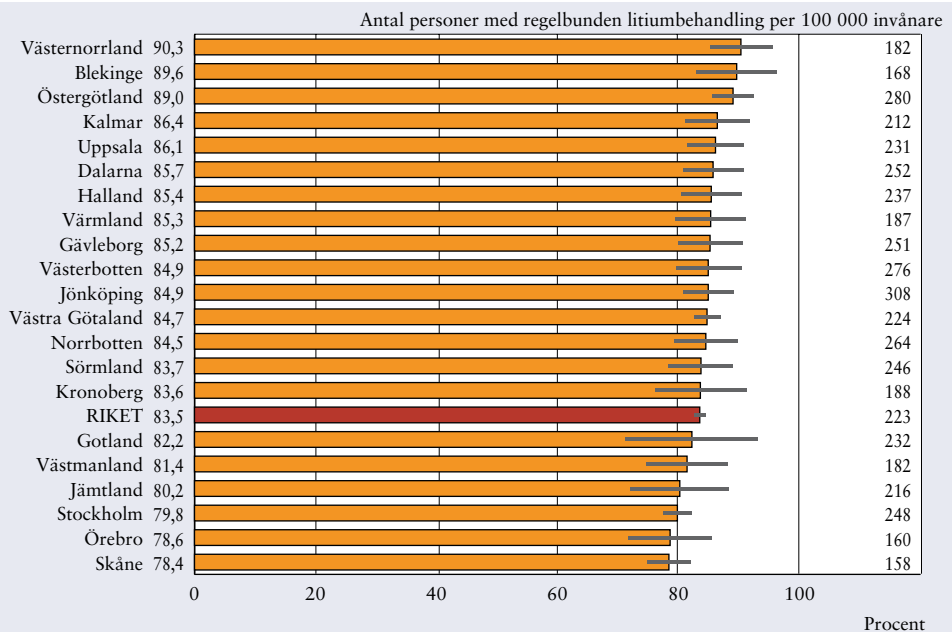


Diagram 102
Män

Andel personer med regelbunden litiumbehandling 2008 med fortsatt följsamhet under 2009. Avser personer 18 år och äldre. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

2008 fick cirka 8 300 kvinnor och 5 700 män regelbunden litiumbehandling. Variationen mellan landstingen var måttlig, framför allt för kvinnor. Diagrammets högerspalt innehåller förekomsten av litiumbehandling i de olika landstingen, och siffrorna visar relativt stora skillnader mellan landstingen i hur vanligt det var med litiumbehandling.

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.

103 Väntat högst 30 dagar – besök barn- och ungdomspsykiatri

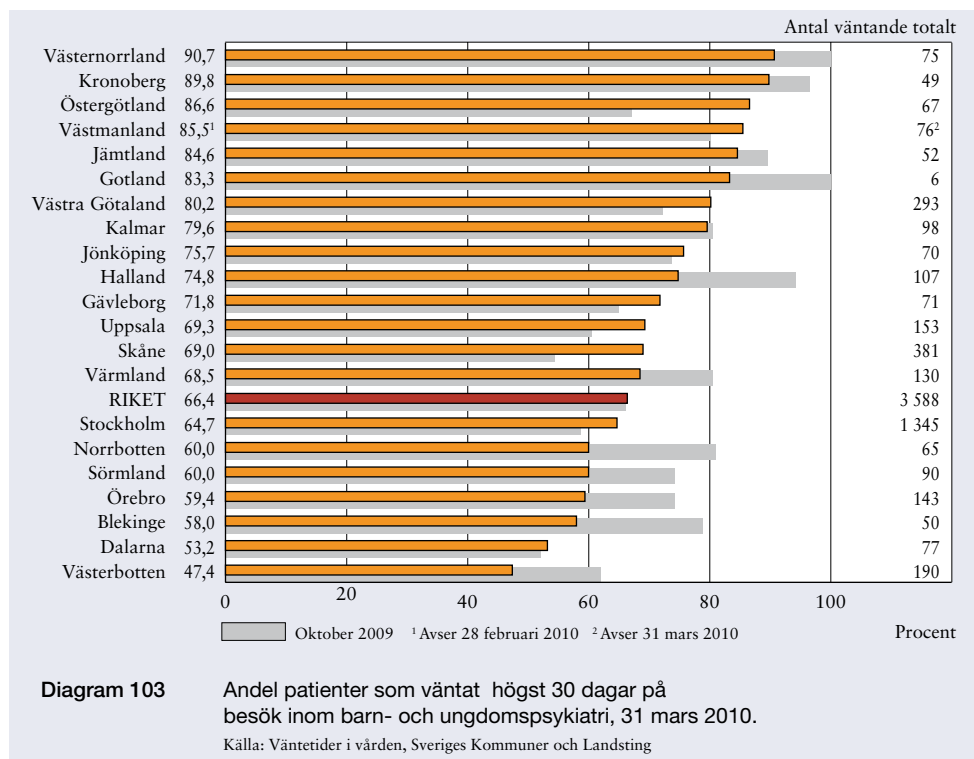
I februari 2009 kom SKL och regeringen överens om en förstärkt vårdgaranti inom barn- och ungdomspsykiatri. Ett förstabesök hos den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri ska kunna erbjudas inom 30 dagar, istället för de 90 dagar som anges i den nationella vårdgarantin. Fördjupad utredning eller behandling ska kunna erbjudas inom 60 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 2010 höjd till 90 procent. I beräkningen för måluppfyllelsen exkluderas patienter med patientvald väntan.

En första uppföljning skedde den 31 oktober 2009 då samtliga landsting redovisade måluppfyllelsen för ett förstabesök inom 30 dagar. Alla landsting utom ett klarade den då gällande målnivån. 19 landsting klarade målet för fördjupad utredning och behandling.

I diagram 103 visas andelen barn som väntat högst 30 dagar, inklusive patientvald och medicinskt motiverad väntan, på ett förstabesök till barn- och ungdomspsykiatri 31 mars 2010. I riket är andelen som väntat högst 30 dagar 66 procent.

Antalet barn som väntade var i riket cirka 3 500 och av dessa hade cirka 2 400 väntat högst 30 dagar på förstabesök. Svarsfrekvensen i rapporteringen är hög.



104 Väntat längre än 90 dagar – besök vuxenpsykiatri

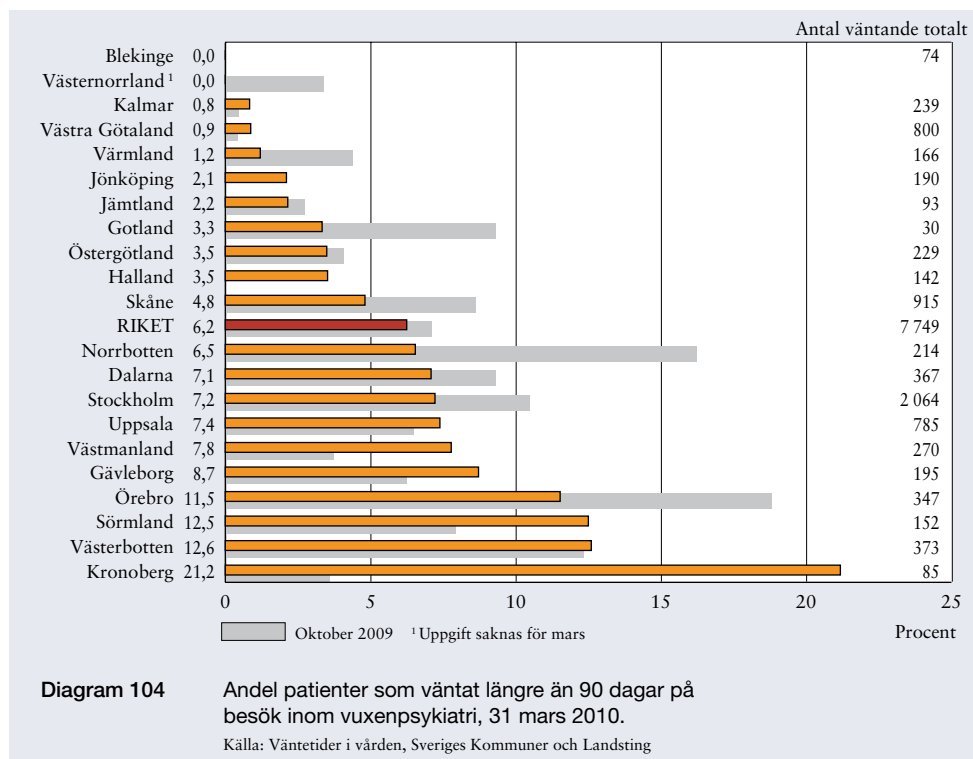
Inom vuxenpsykiatri har andelen som har väntat längre än 90 dagar legat tämligen stabilt under det senaste året, omkring 6 procent i riket. Variationen mellan lands- tingen sträcker sig från noll till 21 procent.

Ett landsting uppfyller vårdgarantin för alla patienter. I flera andra landsting är det ett fåtal patienter som väntat längre än 90 dagar. Totalt i riket hade knappt 500 av 7 700 patienter väntat längre än vårdgarantins tidsgräns. Klara förbättringar mellan mätperioderna kan ses hos flera landsting, medan i andra läget försämrats.

105 Återfall i brott vid rättspsykiatrisk vård

Cirka 1 500 individer vårdades i maj 2008 i rättspsykiatrisk vård. Den rättspsyki- atriska 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 behand- lingsrelationer 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. Indikatorn som här visas avser återfall i brott under pågående vård. Det hade naturligtvis 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. Istället baseras uppgifterna på de inskrivna patienternas egen rapportering. Med brott avses sådan handling att polisanmälan gjorts eller grund för polisanmälan föreligger. Återfall i brott kan vara våld mot personal, våld mot annan person eller annan brottslighet.

Källan är Kvalitetsregistret för rättspsykiatrisk vård, RättspsyK. I landet finns 31 enheter som vårdar 94 procent av de rättspsykiatriska patienterna. Utöver dessa finns det en liten del patienter, cirka 6 procent, som vårdas inom allmänpsykiatrin. Av dessa 31 enheter rapporterade 26 till kvalitetsregistret under 2009. Under detta år inrapporterades 1 182 patienter till registret, vilket ger en täckningsgrad på individnivå på 81 procent. Närmare 90 procent av patienterna i registret är män.

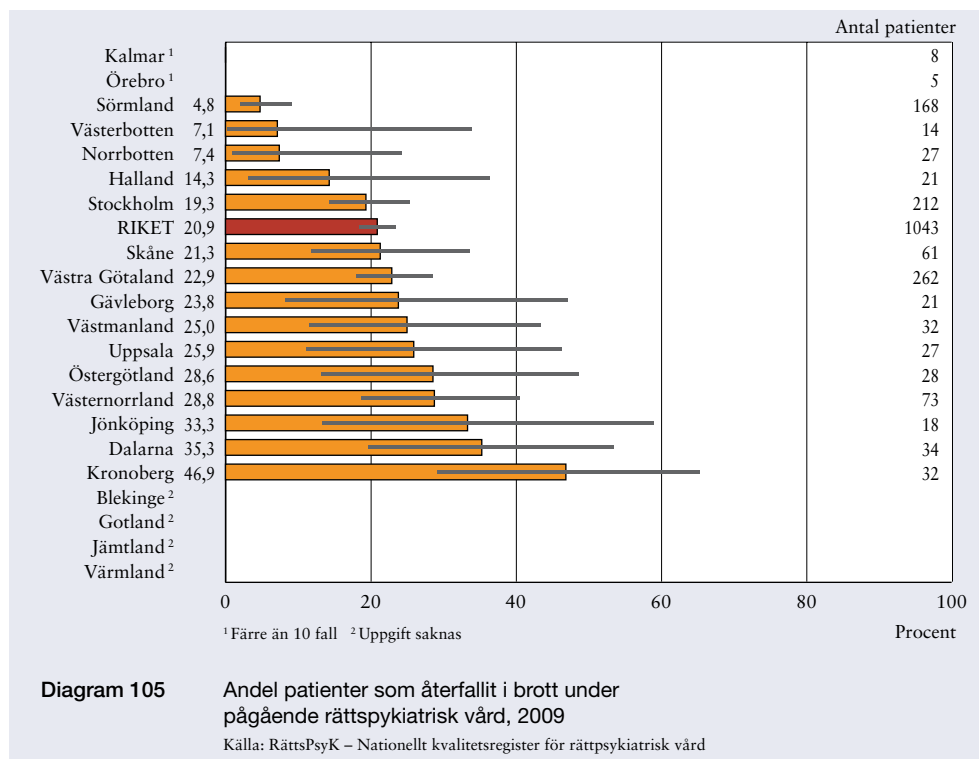


Diagram 105 visar andelen av de vårdade år 2009 som under pågående vård någon gång haft återfall i brott. 1 043 patienter ingick i jämförelsens underlag. På riksnivå har knappt 21 procent av patienterna återfallit i brott.

Patienter från landsting utan egen klinik redovisas på vårdande kliniks landsting. Antalet fall är i flera landsting och vid flera kliniker litet, vilket gör att den statistiska osäkerheten är stor. Detta är första gången denna uppföljning görs. Något förväntat värde kan därför inte anges, även om målet är att ingen skall återfalla i brott.

KIRURGISK BEHANDLING

Under denna rubrik redovisas ett antal indikatorer som avser kirurgisk behandling. Utöver mått på medicinska resultat ingår även väntetidsuppgifter och redovisning av kostnader per operation. Samtliga indikatorer fanns med förra året. Nya indikatorer avseende kirurgisk behandling visas under området *Kvinnosjukvård*.

106 Omoperation vid ljumskbråck

Operation för ljumskbråck är den vanligaste allmänskirurgiska operationen i Sverige. Årligen utförs i landet knappt 20 000 ingrepp. Ljumskbråck är betydligt vanligare bland män än bland kvinnor, vilket illustreras av att 92 procent av alla operationer utförs på män.

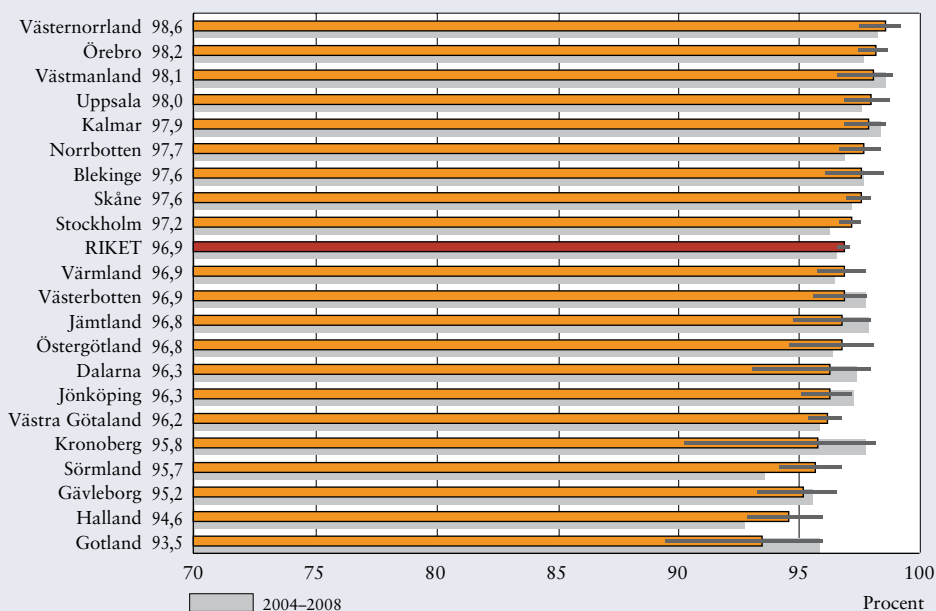


Diagram 106 Andel lumskräcksopererade som inte omopereras inom 5 år, 2005–2009.
Källa: Svenskt Bräckregister

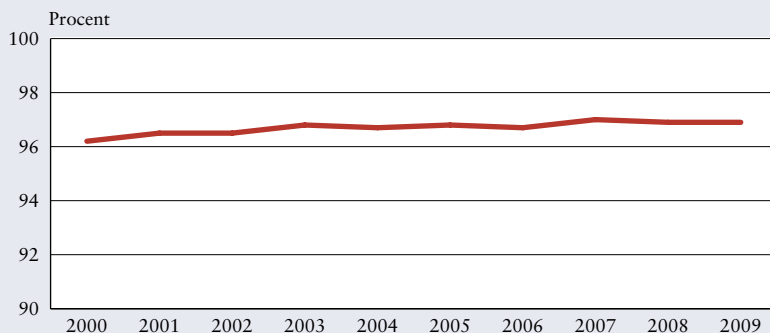


Diagram 106 Andel lumskräcksopererade som inte omopereras inom 5 år.
Riket Källa: Svenskt Bräckregister

En lyckad bräckoperation är en okomplicerad åtgärd med cirka en veckas arbetsfrånvaro, oftast följd av besvärslfrihet. Operationer för lumskräck kan dock leda till återfall av bräck och till kroniska smärttillstånd eller obehagskänslor. Återfallsbräck drabbade tidigare uppemot 20 procent av alla opererade patienter. Dagens operationsmetoder och material har medfört en stark minskning av frekvensen återfallsbräck.

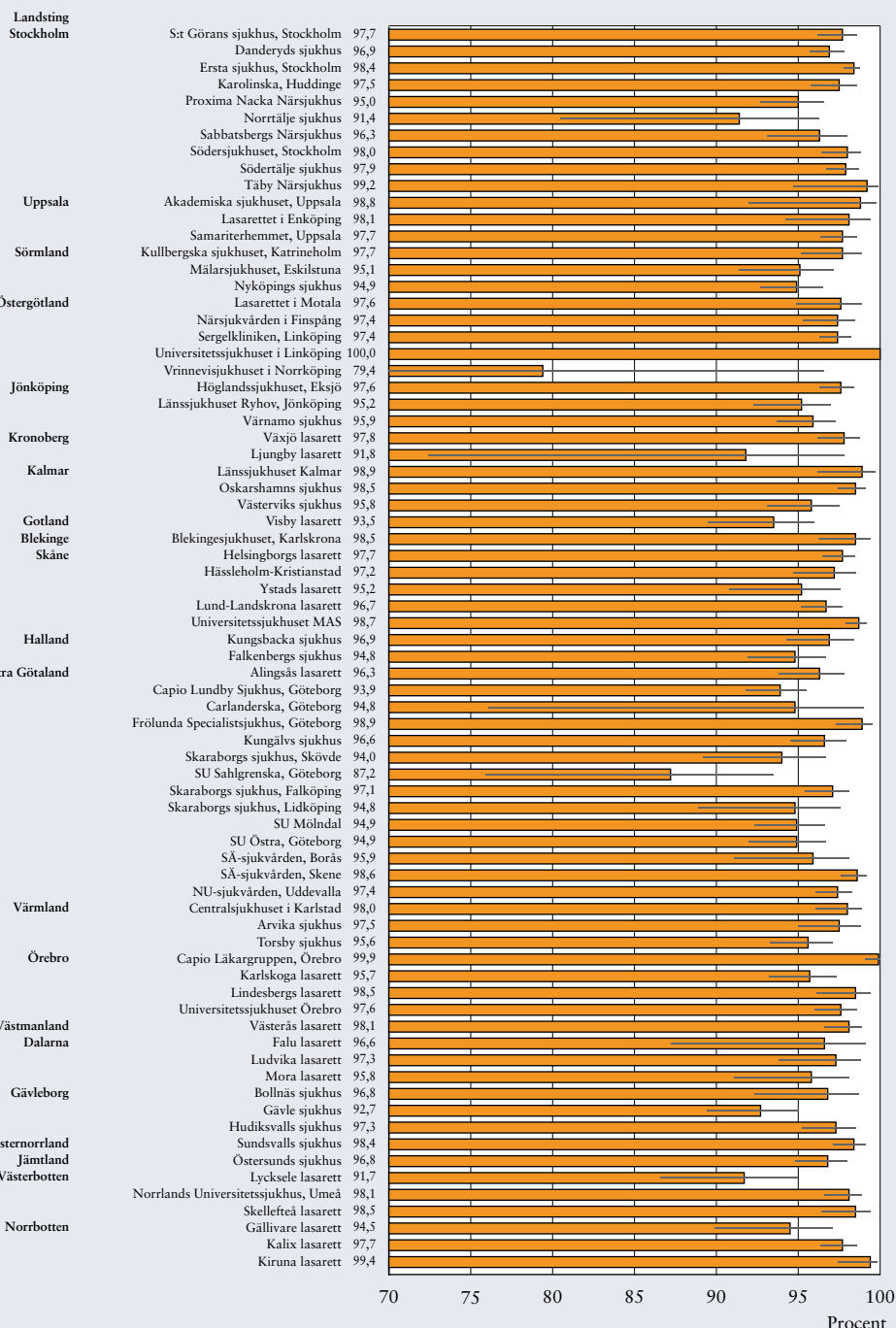
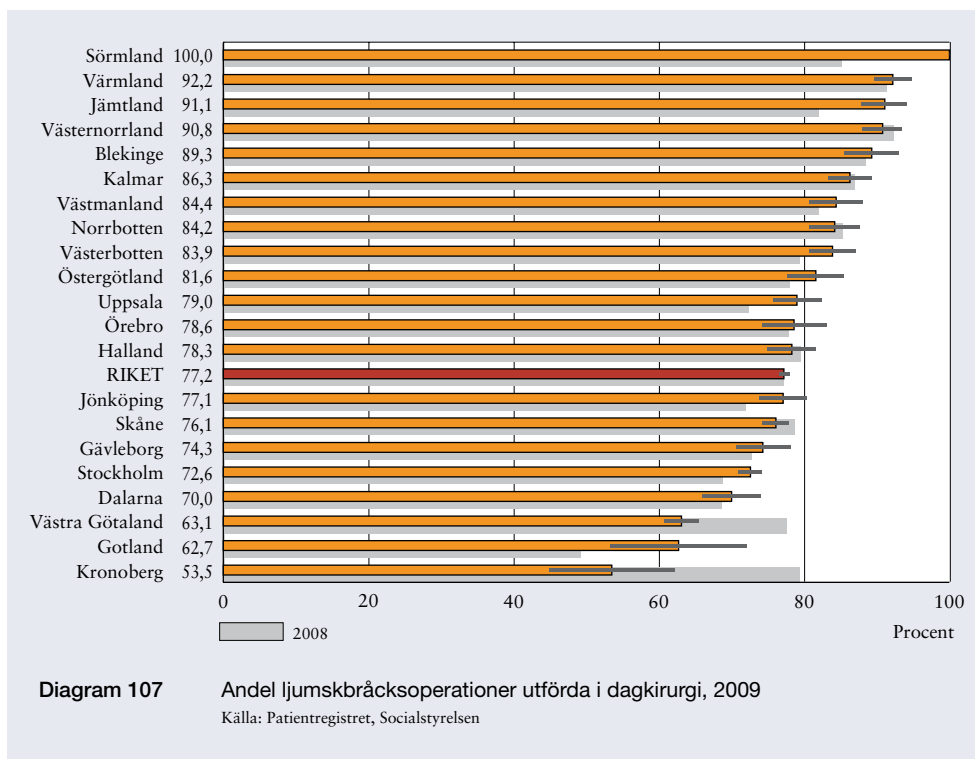


Diagram 106
Sjukhus

Andel ljumskirbräcksopererade som inte omopereras inom 5 år, 2005–2009.

Källa: Svenskt Bräckregister

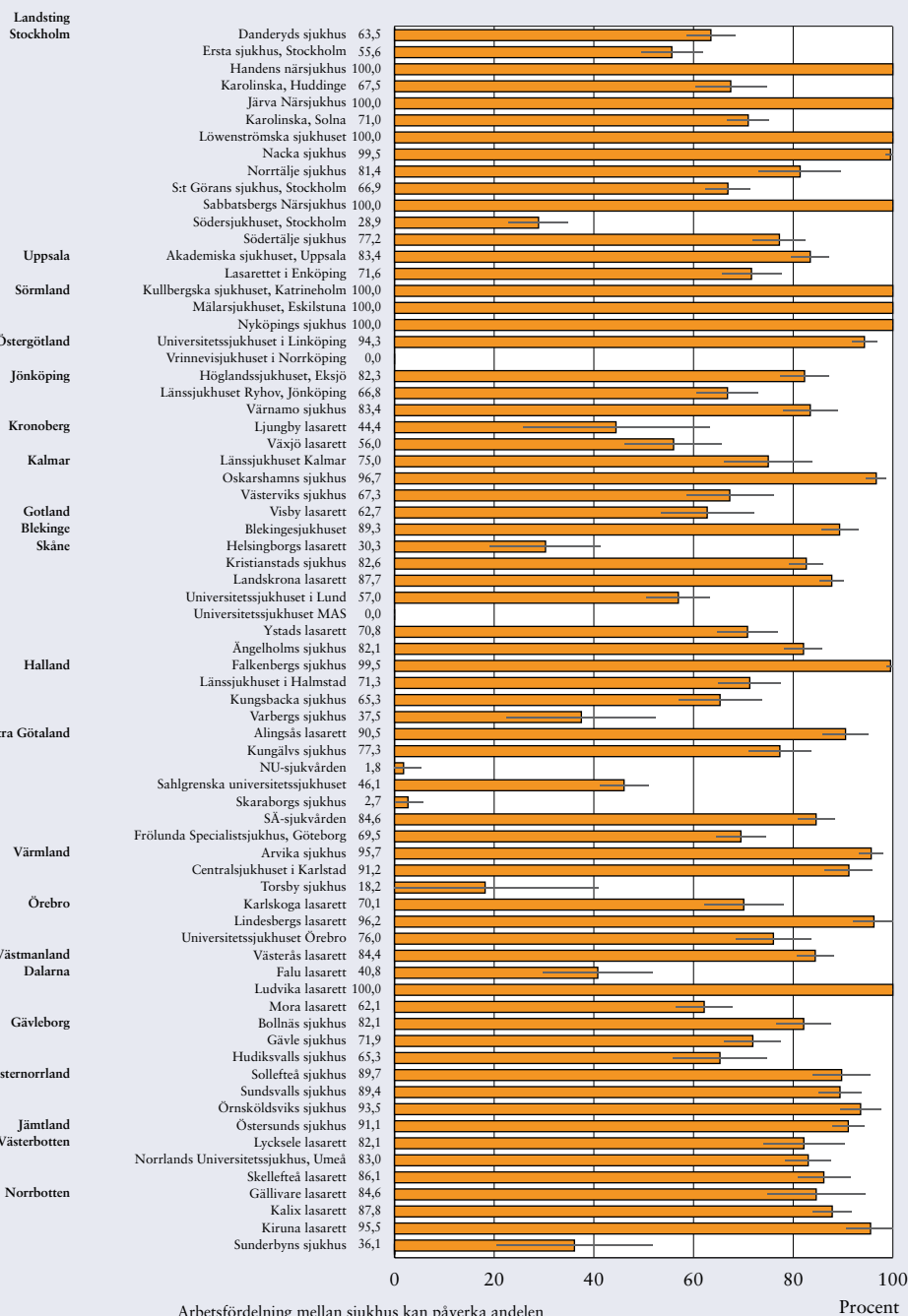


Indikatorn visar frekvensen lyckade operationer, i meningen andelen operationer som inte lett till omoperation inom den studerade femårsperioden, enligt så kallad Kaplan-Meierstatistik. Jämförelsen baseras på operationer rapporterade till Svenskt Bråckregister avseende perioden 2005–2009. Registret hade 2008 knappt 14 000 operationer, vilket är en täckningsgrad på knappt 80 procent, med en variation mellan landsting från 70 till 86 procent. Klinikens lokalisering styr landstingstillhörighet i redovisningen, inte patientens hemort.

Diagram 106 visar att det finns skillnader mellan landstingen. Resultatet för riket är i princip detsamma för de båda redovisade tidsperioderna. För sjukhus är variationerna större. Skillnaderna mellan olika sjukhus och landsting visar att det fortfarande finns en förbättringspotential inom svensk ljumskbråckskirurgi. Eftersom främst män opereras görs ingen könsuppdelad redovisning.

107 Dagkirurgiska operationer vid ljumskbråck

2009 rapporterades drygt 14 000 ljumskbråcksoperationer 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. Indikatorn syftar till att påvisa variation i resursanvändning.



Arbetsfördelning mellan sjukhus kan påverka andelen

Procent

Diagram 107
Sjukhus

Andel ljumskbråcksoperationer utförda i dagkirurgi, 2009.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

2009 utfördes i riket knappt 11 000 eller 77 procent av operationerna i dagkirurgi. Denna andel är ungefär densamma som jämförelseårets. Ett landsting utförde alla sina operationer som dagkirurgi, medan en majoritet av landstingen 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 bråck som är tekniskt krävande, fler återfallsbråck och akuta bråckoperationer, medan andra framförallt opererar okomplicerade förstagångsbråck. 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 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.

108 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 – 10 procent. Allvarliga missöden vidolecystektomi, 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.

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.

Här redovisas två indikatorer från GallRiks. Den ena, andelen miniinvasiv kirurgi, speglar det kirurgiska traumat, medan den andra belyser de kirurgiska komplikationerna vidolecystektomi.

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

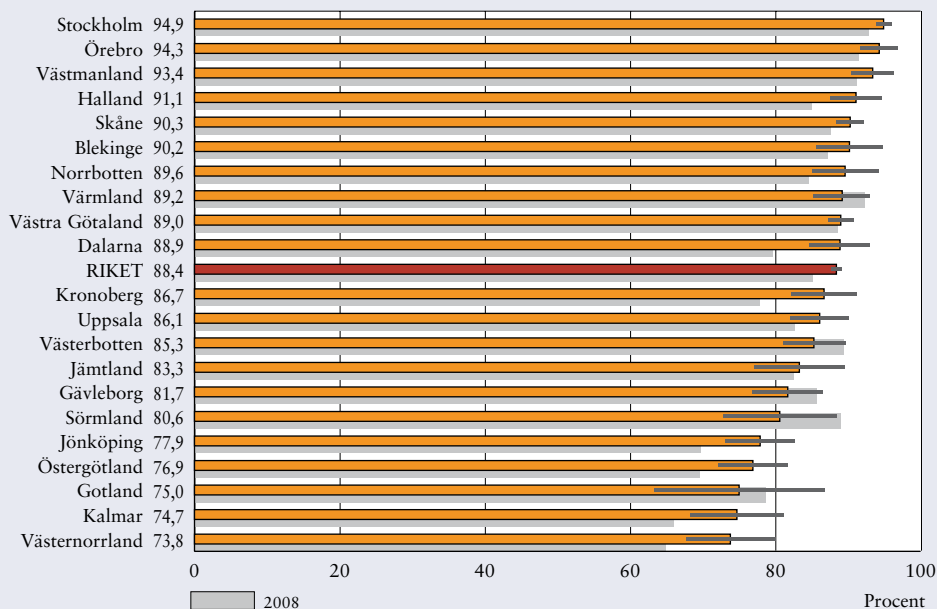


Diagram 108
Kvinnor

Andel patienter som opereras med miniinvasiv teknik vid borttagande av gallblåsa, 2009.

Källa: Svenskt kvalitetsregister för gallstenskirurgi

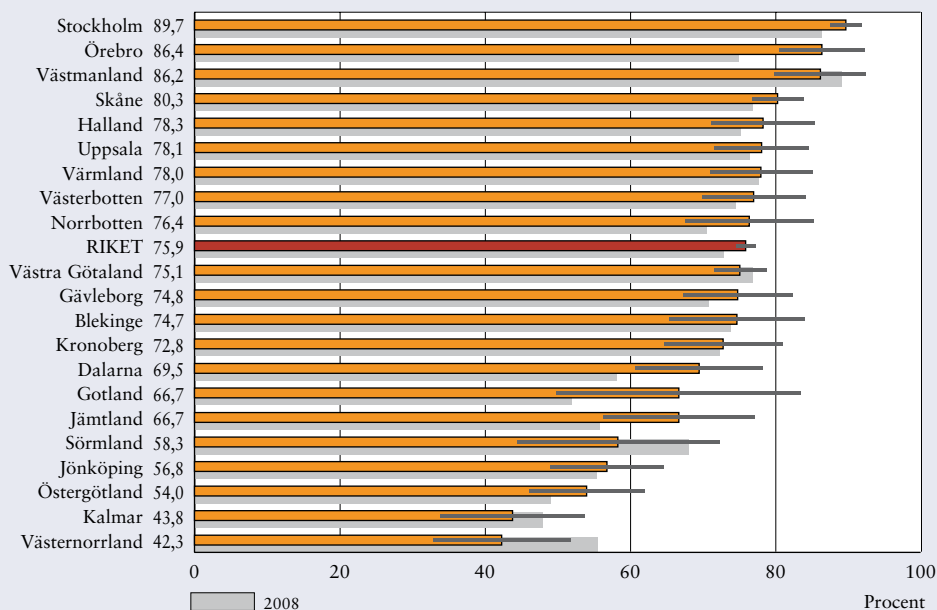


Diagram 108
Män

Andel patienter som opereras med miniinvasiv teknik vid borttagande av gallblåsa, 2009.

Källa: Svenskt kvalitetsregister för gallstenskirurgi

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 108 visar andelen patienter som 2009 genomgick kolecystektomi, borttagande av gallblåsa, med laparoskopisk metod eller "mini-galla", med enbart ett kort snitt i bukväggen. I jämförelsen ingick drygt 11 300 operationer, varav över 7 600 utfördes på kvinnor.

2009 utfördes i riket 84,3 procent av alla kolecystektomier med miniinvasiv metod, en ökning från 80,2 procent år 2007. Den ökade andelen miniinvasiva operationer bidrar till att vårdtiden på sjukhus efter kolecystektomi i genomsnitt minskat från 2,15 till 1,85 vård dagar, en minskning med 16 procent mellan åren 2007 och 2009.

För både kvinnor och män ökar andelen som opereras med miniinvasiv metod. Skillnaden mellan män och kvinnor kvarstår dock och är betydande: Män opererades 2009 med miniinvasiv teknik i 76 procent och kvinnor i 88 procent av fallen. Varför män oftare opereras med öppen teknik 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 74 till 95 procent för kvinnor och från 42 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. Resultaten på denna nivå kan därför betraktas som mycket tillförlitliga.

109 Kirurgiska komplikationer efter borttagande av gallblåsa

Denna indikator speglar de kirurgiska komplikationerna inom 30 dagar efter en planerad operation där gallblåsan opereras bort, kolecystektomi. Exempel på komplikationer är blödning, infektion eller gallläckage. All kirurgi är förknippad med risk för komplikationer. Det som här redovisas är sådana som betraktas som specifika för det kirurgiska ingreppet ifråga och som har krävt någon form av åtgärd.

År 2009 drabbades 598 av 10 943 opererade patienter av någon kirurgisk komplikation inom 30 dagar, vilket motsvarar 5,5 procent. Komplikationer drabbar oftare män än kvinnor, med komplikationstal på 6,9 respektive 4,7 procent. Komplikationsfrekvensen är oförändrad mellan år 2008 och 2009 hos både män och kvinnor.

Det finns ingen "acceptabel" nivå för andelen patienter som får drabbas av kirurgiska komplikationer vid kolecystektomi. Målet måste vara noll, även om det idag verkar vara långt borta. Väl genomarbetade rutiner, checklistor, god utbildning och ett välfungerande team kring patienten ökar chansen till en komplikationsfri operation.

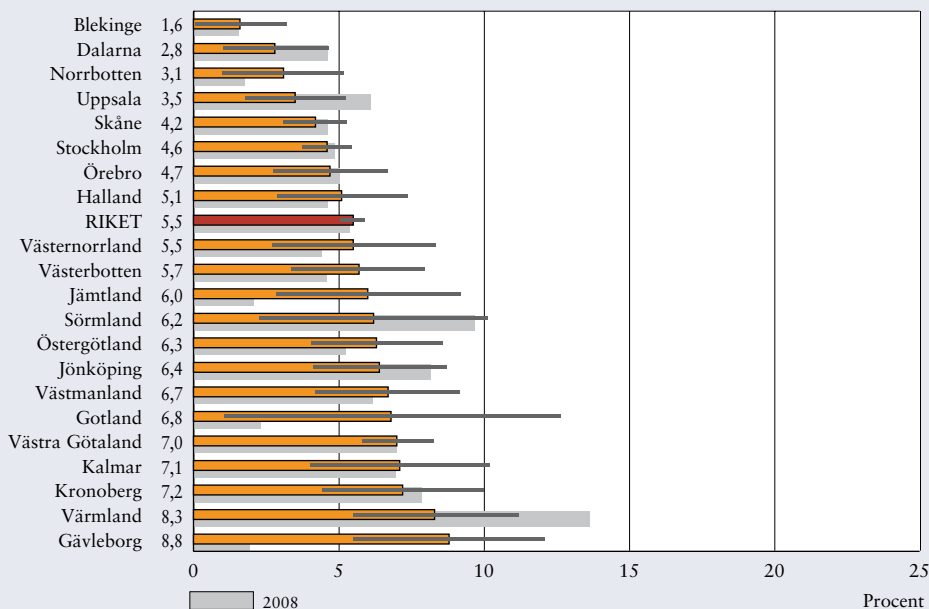


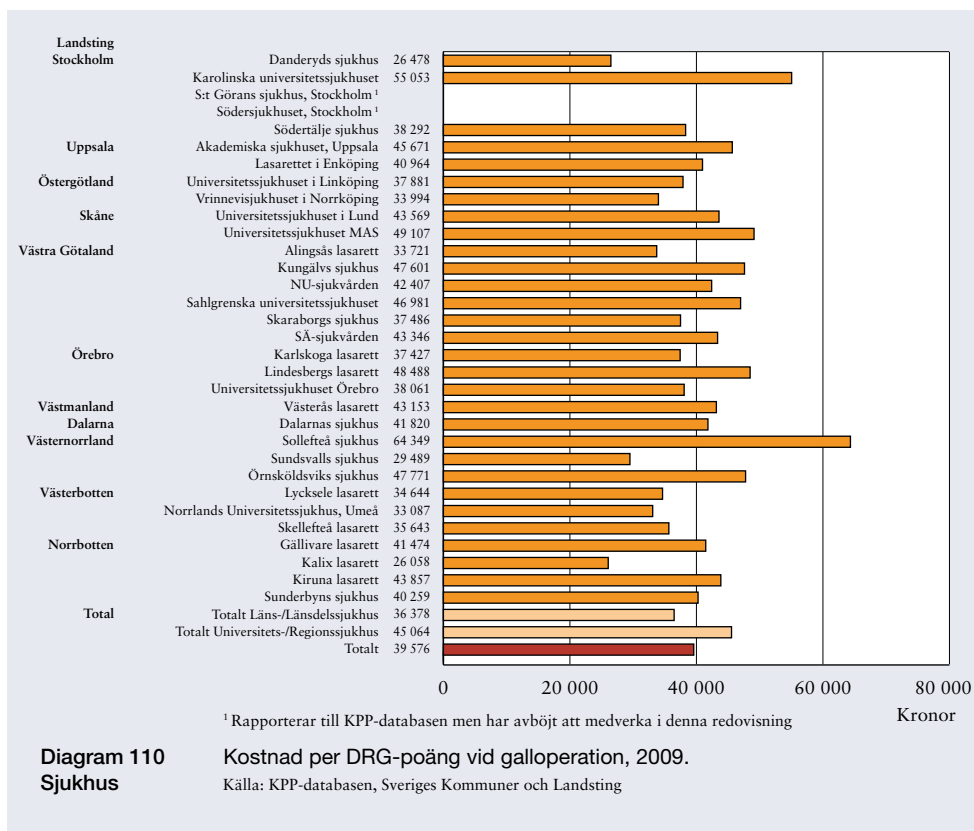
Diagram 109 Andel kirurgiska komplikationer inom 30 dagar efter borttagande av gallblåsa, 2009.
Totalt Källa: Svenskt kvalitetsregister för gallstenskirurgi

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.

110 Kostnaden per DRG-poäng vid galloperation

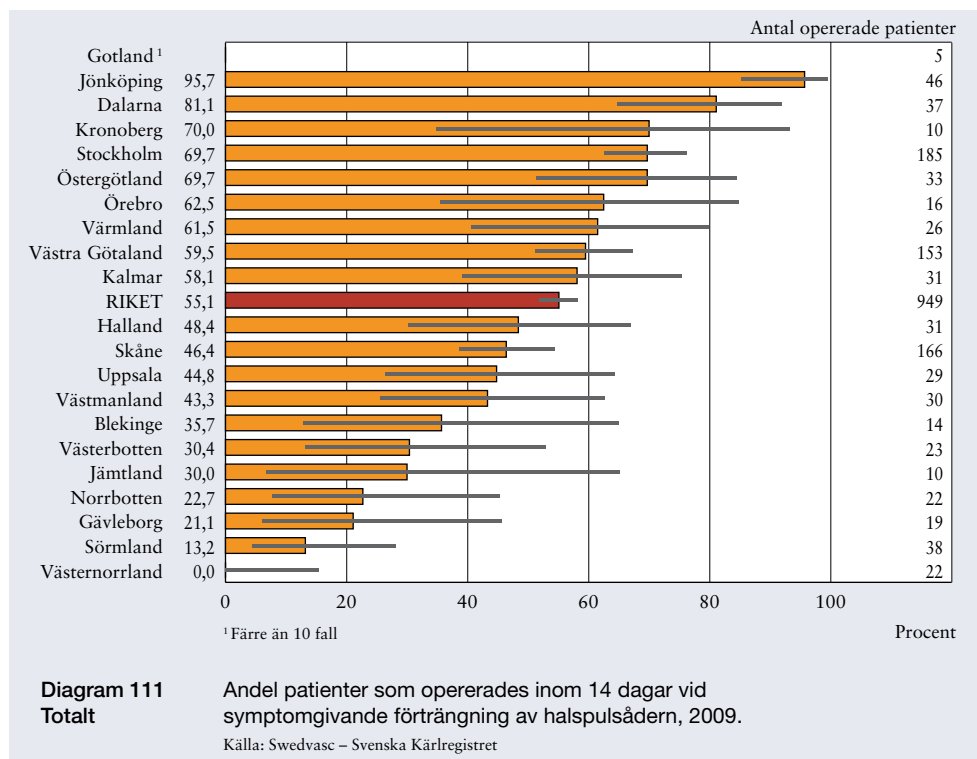
Hittills har kostnader för olika sjukdomstillstånd eller åtgärder redovisats som kostnader per vårdtillfälle. Detta innebär att ingen hänsyn tas till olikheter i patient-sammansättningen och till att enskilda vårdtillfällen kan kräva olika resursinsats trots att grundsjukdomen är densamma. I avsnittet om övergripande indikatorer och kostnader (sidan 80) beskrivs kostnad per DRG-poäng, ett mått som relaterar kostnader till prestationer med en metod som innebär att hänsyn tas till resurs-insatsen.



I diagram 110 visas kostnader per DRG-poäng för kolecystektomi, borttagande av gallblåsan. 2009 fanns det i KPP-databasen 6 182 vårdtillfällen med åtgärds-koden för kolecystektomi. Både planerade och akuta operationer ingår. KPP-databasens genomsnittliga kostnad per DRG-poäng för innerfallen uppgick 2009 till 39 576 kr. Kostnadsskillnaderna är påtagliga, liksom variationen i vårdtidens längd, 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.



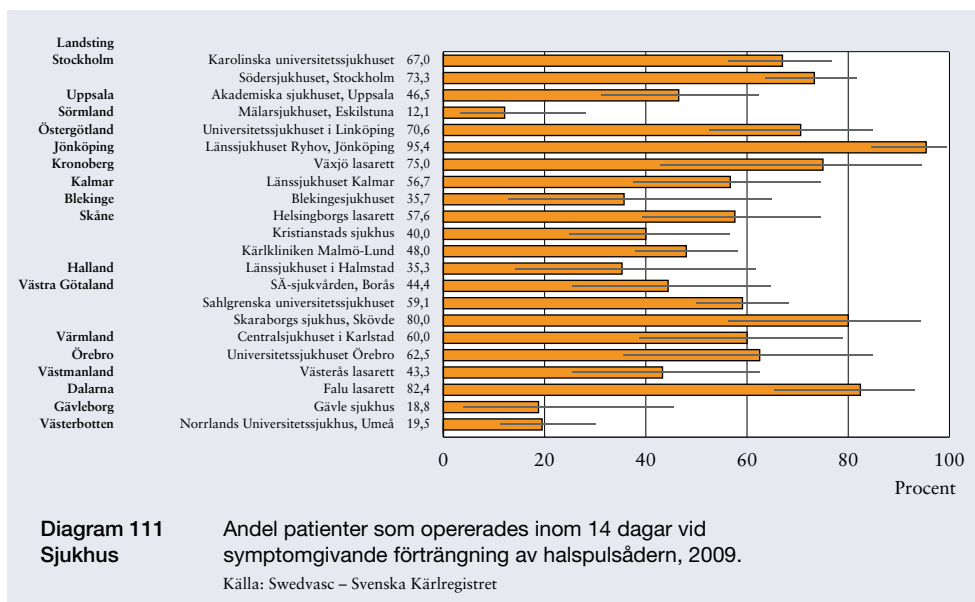
111 Tid till operation vid förträngning av halspulsåder

Karotisstenos, förträngning i halspulsådern, ökar risken för stroke. Karotiskirurgi innebär att man opererar bort denna förträngning. De flesta operationerna utförs på patienter med symtom, som sekundärpreventiv åtgärd efter en hjärninfarkt med övergående (TIA) eller mindre till måttliga kvarstående symtom. Ingreppen utförs även primärpreventivt, på patienter utan symtom men som ändå diagnostiserats med stenos.

Operation minskar påtagligt risken för stroke, särskilt hos patienter med symptomgivande högradig stenos. Det krävs i denna grupp bara tre operationer för att förebygga en stroke, statistiskt sett. Tidsaspekten är 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 111 anges andelen karotisoperationer av symtomgivande förträngningar som gjordes inom 14 dagar efter alarmsymtommet. Jämförelsen omfattar 949 operationer under 2009. Swedvasc ändrade databasstruktur i maj 2008, vilket innebär att 2009 är det första heltäckande kalenderåret att redovisa.

Cirka 55 procent av alla operationer för symtomgivande karotisstenos görs inom 14 dagar. Det finns en stor spridning mellan landstingen, med andelar som opererats inom den målsatta tiden från 0 till 100 procent. I vissa landsting är ingreppen få och den statistiska osäkerheten så stor att jämförelser försvåras. Andelen kvinnor som opereras inom 14 dagar efter symtomdebut är något högre än andelen män, 57,6 procent jämfört med 53,9 procent.

Socialstyrelsens riktlinjer från år 2009 rekommenderar operation inom 14 dagar. Det finns ett stort behov av förbättring och variationen mellan landsting tyder på att en sådan är möjlig.

112 Döda eller amputerade efter operation av kärlförträngning i ben

Åderförkalkning medför att artärerna förträngs eller täpps till. Sjukdomen innebär 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, vid så kallad kritisk ischemi, är blodflödet otillräckligt även i vila med 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. 30 procent är diabetiker

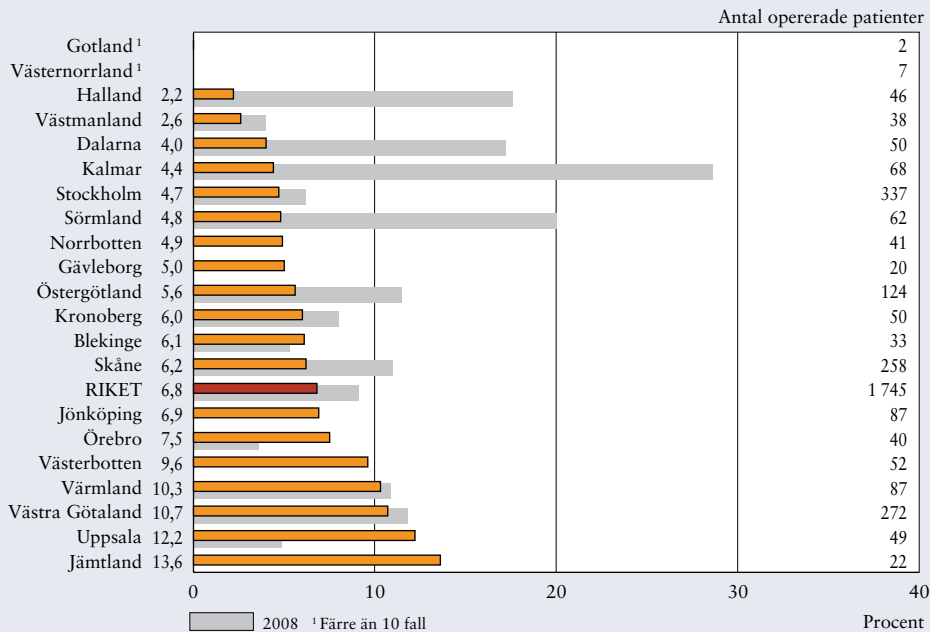


Diagram 112
Totalt

Andel patienter som avled eller amputerades ovan fotled inom 30 dagar efter operation av kärlförträngning i ben, 2009.

Källa: Swedvasc – Svenska Kärlregistret

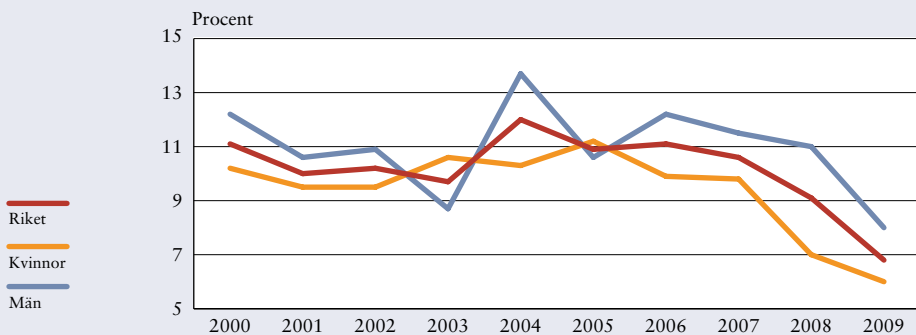


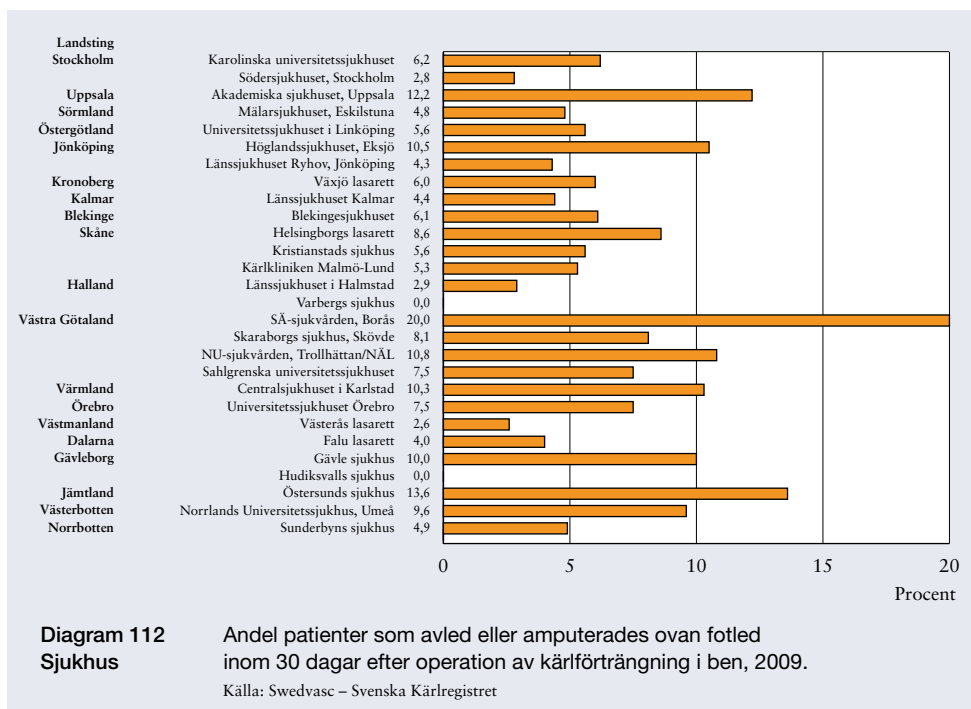
Diagram 112
Riket

Andel patienter som avled eller amputerades ovan fotled inom 30 dagar efter operation av kärlförträngning i ben.

Källa: Swedvasc – Svenska Kärlregistret

och noggrann och kontinuerlig kontroll av blodsocker är viktigt. Behandlingen består av såväl icke-kirurgiska såväl som kirurgiska metoder. De senare innebär olika typer av "by-pass"-operationer av kärlsystemet till benet

I diagram 112 anges andelen patienter som avlidit och/eller blivit amputerade ovan fotled inom 30 dagar efter kärloperationer på benet. 1 745 patienter med kronisk

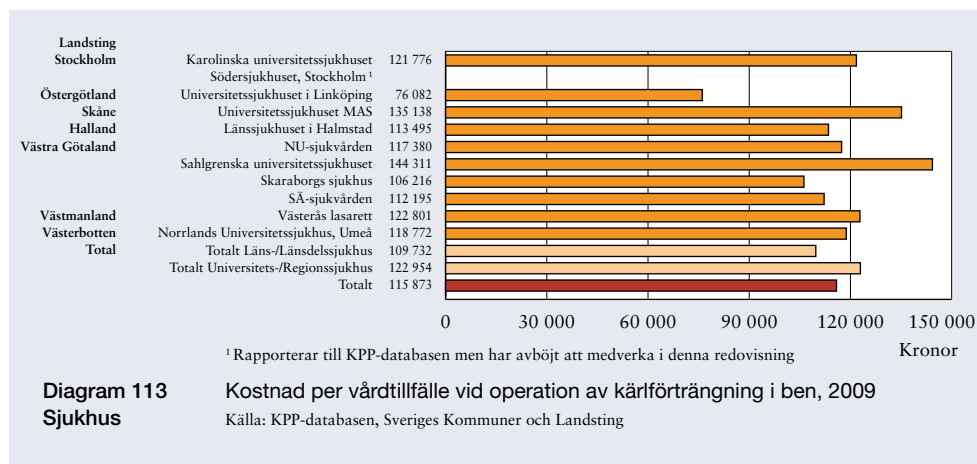


kritisk ischemi ingår i jämförelsen, som inkluderar helåret 2009. Källan är kvalitetsregistret Swedvasc.

I riket avled eller amputerades 6,8 procent av patienterna inom 30 dagar. Under åren 1999–2000 har andelen varierat mellan elva och sju procent. Trots tillkomsten av nya kirurgiska behandlingsmetoder har ingen trend till förbättringar kunnat skönjas. Dock visar de två senaste åren en förbättring av resultatet i riket. Hälften av de opererade var kvinnor, varav 6,0 procent avled eller amputerades. Männens resultat var sämre: 8,0 procent av männens operationer ledde till endera av dessa två misslyckanden.

Det är stor variation mellan landstingen, med andelar från två till 14 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 till delar även bero på ofullständig inrapportering och kanske också på olikheter i patientsammansättning mellan olika landsting.

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 kärlingrepp för kritisk ischemi.



113 Kostnad per vårdtillfälle vid operation av kärlförträngning i ben

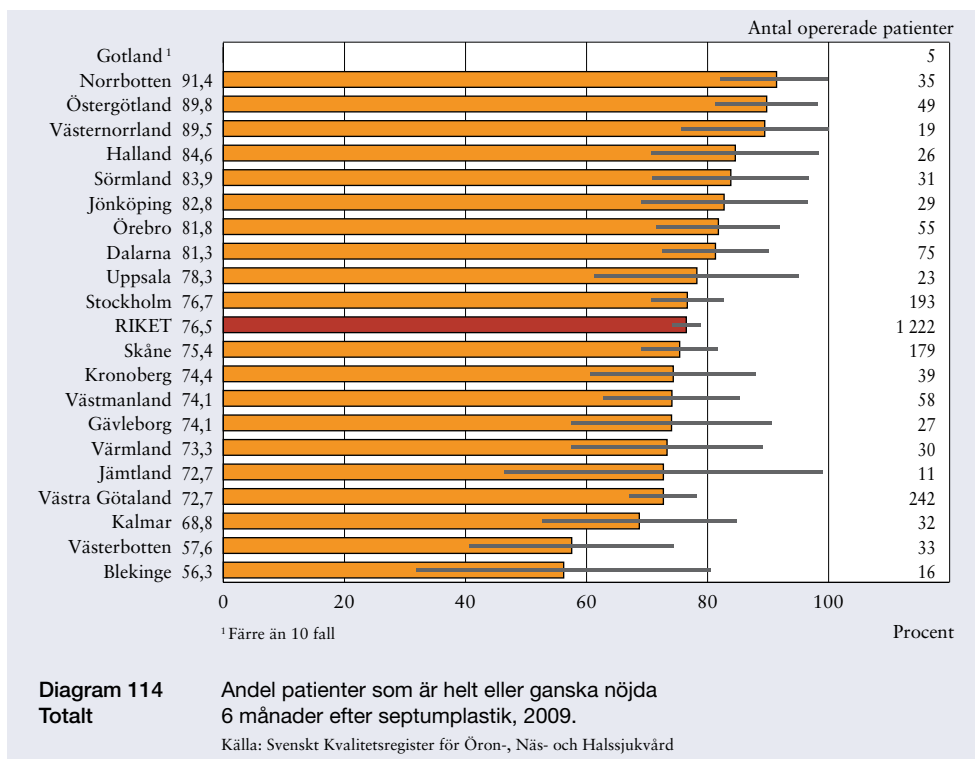
För 2009 rapporterade 16 sjukhus från 12 landsting kostnader för 344 vårdtillfällen för kärloperation. Det är kostnader för de vårdinsatser som kan knytas till varje enskilt vårdtillfälle som rapporteras. Kostnader för efterföljande uppföljningsbesök och läkemedelsanvändning i öppen vård ingår inte. I denna redovisning är det enbart de så kallade innerfallen som ingår, vilket innebär att de dyraste vårdtillfällena är exkluderade.

I diagram 113 visas kostnaderna per vårdtillfälle i slutenvård för den kärlkirurgiska operationen infrainguinal rekonstruktion/bypass. Operationen syftar till att förbättra blodcirkulationen i benen. Sjukhus med färre än tio fall visas ej. Genomsnittskostnad för innerfallen uppgick 2009 till 115 873 kr. De redovisade kostnaderna skiljer sig påtagligt mellan sjukhusen, med en spridning från drygt 76 000 kronor till över 144 000 kr. Medelvårdtiden är 9 dagar, men med klara skillnader mellan sjukhus.

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.

114 Patientrapporterat resultat av septumplastik

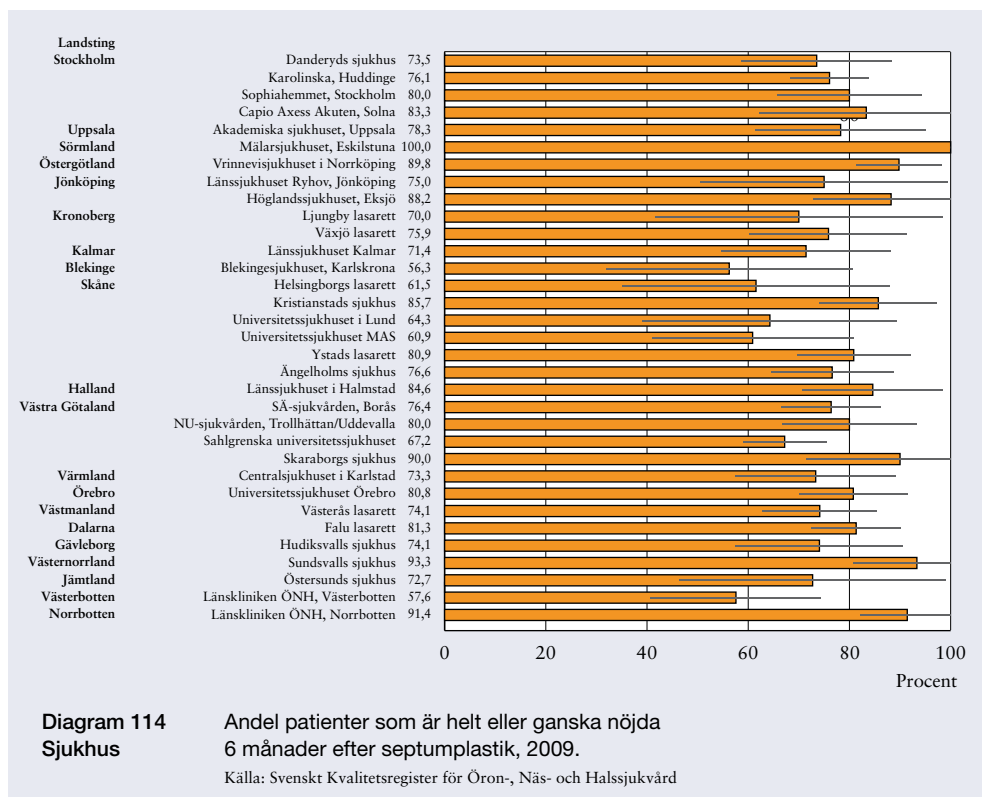
Septumplastik innebär operation av sned nässkiljevägg. Huvudsakliga motiv till operationen är nästäppa och snarkning. Nästäppa kan leda till ett antal följsymtom, som muntorrhet, snarkning och trötthet. Nästäppa kan för den drabbade innebära en påtagligt sänkt hälsorelaterad livskvalitet. 80 procent av operationerna utförs på män. 2009 utfördes det 1 587 operationer, enligt Patientregistret. Ingreppet utförs på de flesta öron-, näs- och halskliniker.



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 ingår i jämförelsen och totalt 1 222 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.

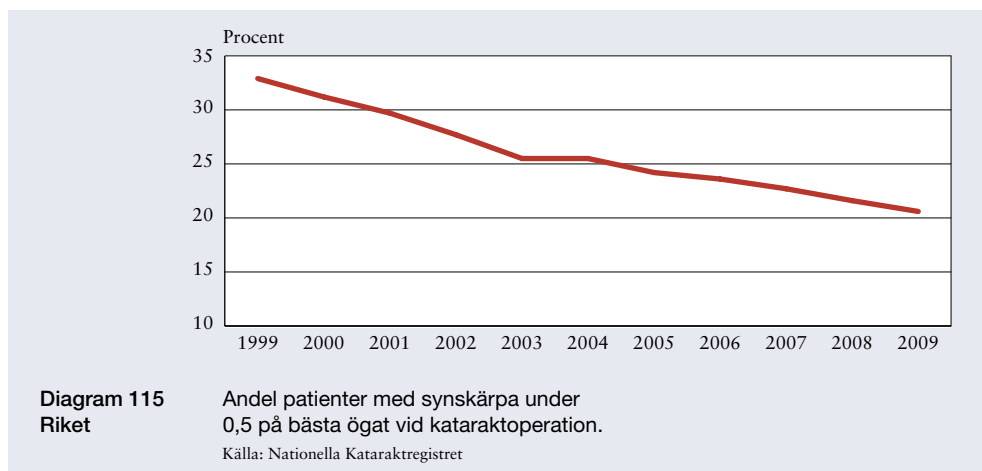
Sex månader efter operationen får patienterna besvara en enkät om hur de bedömer resultatet. Diagram 114 visar andelen patienter som svarade att besvären var borta eller att resultatet var ganska bra. I riket som helhet ger 76,5 procent av patienterna dessa svar. Det finns inga skillnader mellan kvinnors 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 klart sämre än vad specialitetsföreträdare väntar sig eller vill se. Det finns därmed både behov av och potential för förbättringsarbete.



115 Synfel vid kataraktoperation

Under 2009 utfördes över 80 000 kataraktoperationer av patienter med sjukdomen grå starr, vilket är en ökning på mer än tio procent jämfört med året innan. Väsentliga förbättringar av synförmågan nås för en stor del av patienterna.



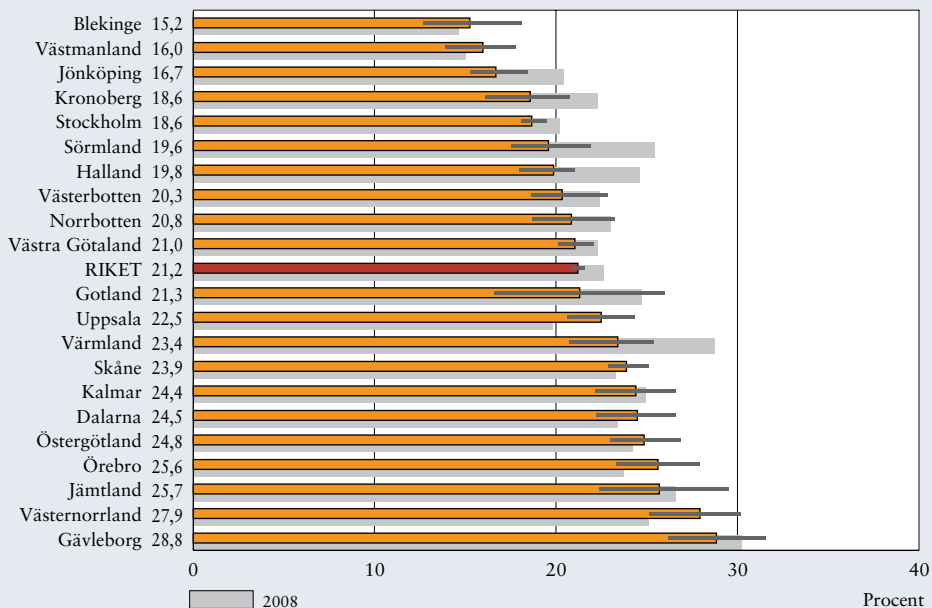


Diagram 115
Kvinnor

Andel patienter med synskärpa under 0,5
på bästa ögat vid kataraktoperation, 2009.

Källa: Nationella Kataraktregistret

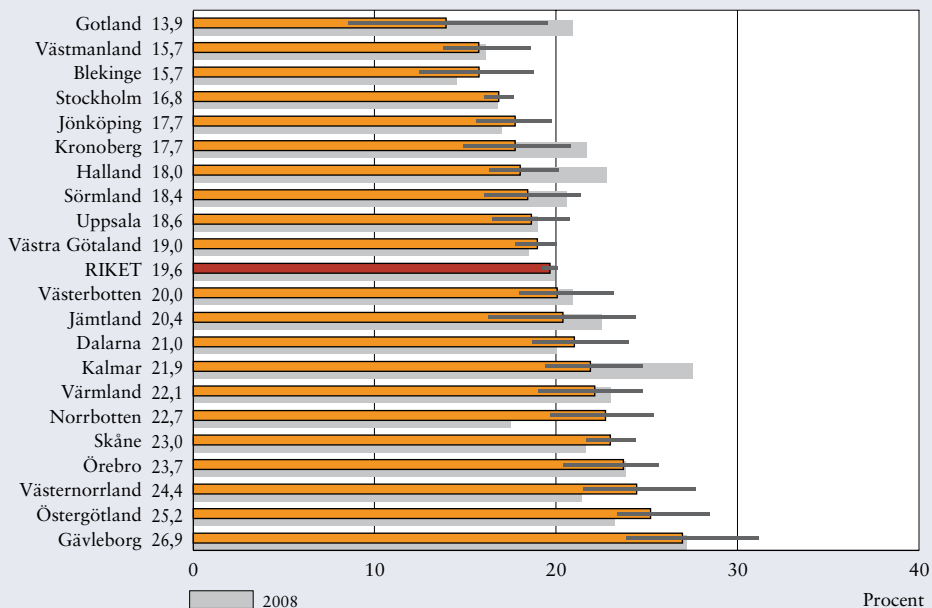


Diagram 115
Män

Andel patienter med synskärpa under 0,5
på bästa ögat vid kataraktoperation, 2009.

Källa: Nationella Kataraktregistret

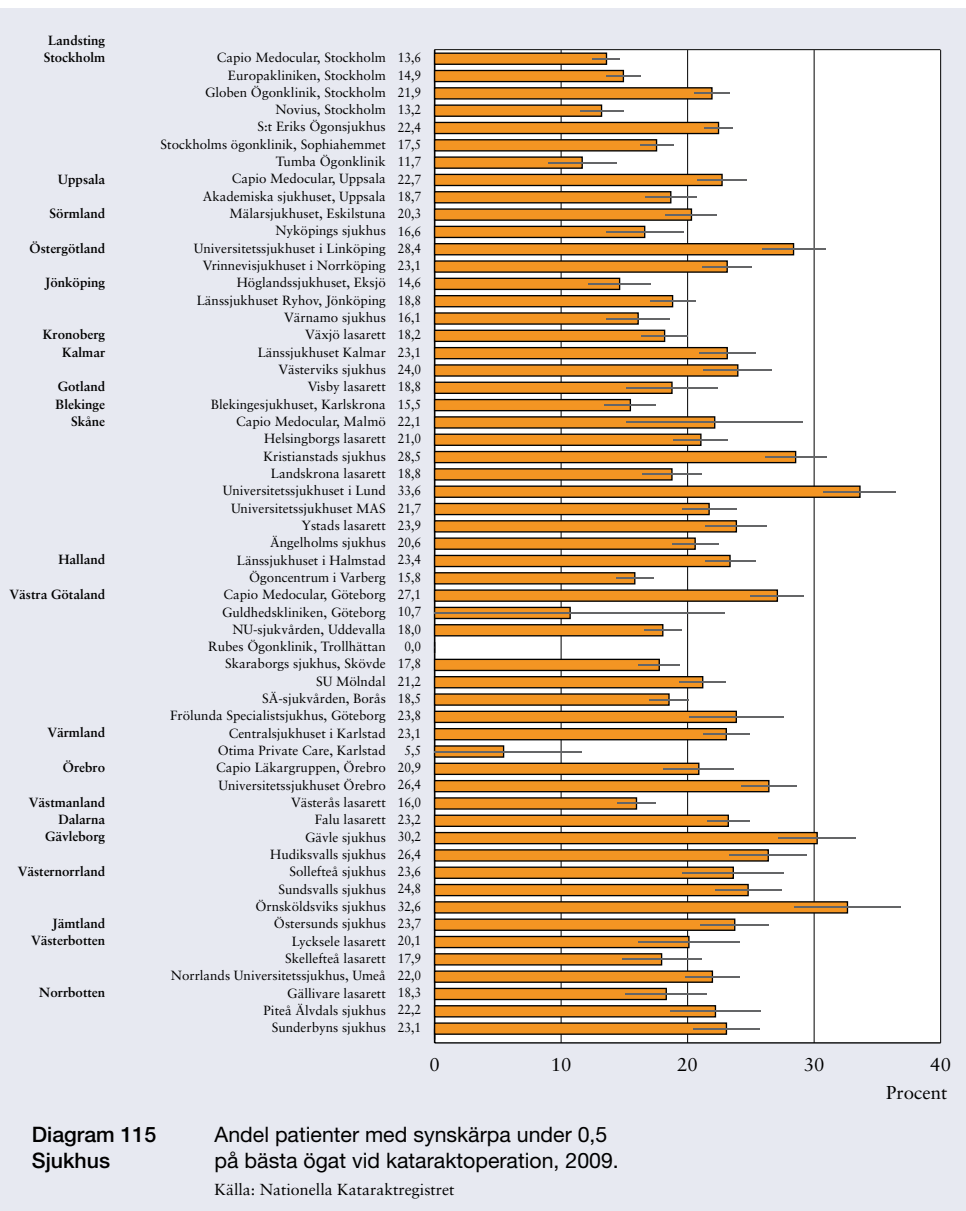


Diagram 115 Andel patienter med synskärpa under 0,5 på bästa ögat vid kataraktoperation, 2009.

Källa: Nationella Kataraktregistret

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 2008 berodde mer än hälften av bortfallet i Patientregistret på underrapportering från privata vårdgivare.

I diagram 115 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 2009. 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 2009 i Jämtland och på Gotland. I Jönköping och Norrbotten 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 synnedsättning 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.

116–119 Väntat längre än 90 dagar – besök inom allmän kirurgi, operation av ljumskbråck, gallblåsa respektive grå starr

Inom allmän kirurgi har en stor förbättring av svarsfrekvensen skett, så att den nu är 100 procent i nästan alla landsting.

För besök inom allmän kirurgi (diagram 116) fanns vid mätpunkten 31 mars 2010 mera påtagliga tillgänglighetsproblem till ett förstabesök i en grupp landsting. I fem landsting hade 20 procent eller mer väntat längre än 90 dagar. Andelen i riket har inte förändrats påtagligt sedan jämförelsetidpunkten.

Patientantalet är stort, eftersom verksamheten är omfattande. Totalt fanns vid mätidpunkten 26 000 patienter på väntelista, av vilka drygt 4 000 hade väntat längre än 90 dagar. I sju landsting var antalet som väntat för länge färre än femtio patienter.

För operation vid ljumskbråck, av gallblåsa och vid grå starr (kataraktoperation) visas andelen som väntat längre än 90 dagar i diagram 117–119. För alla tre operationerna är vänteläget väsentligen oförändrat eller något försämrat, jämfört med jämförelsetidpunkten, mätt med detta mått.

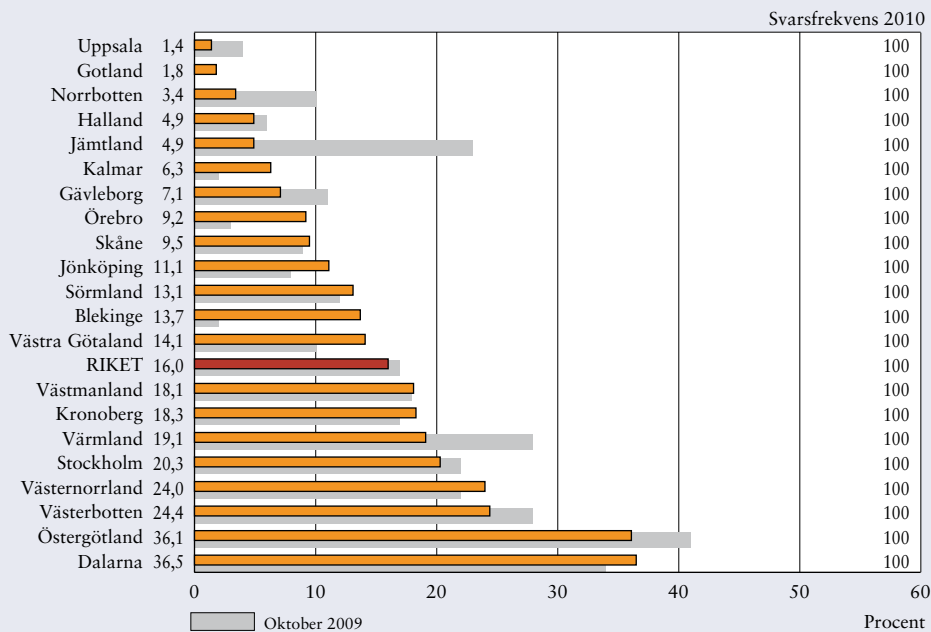


Diagram 116 Andel patienter som väntat längre än 90 dagar på besök inom allmänkirurgi, 31 mars 2010.
Källa: Väntetider i vården, Sveriges Kommuner och Landsting

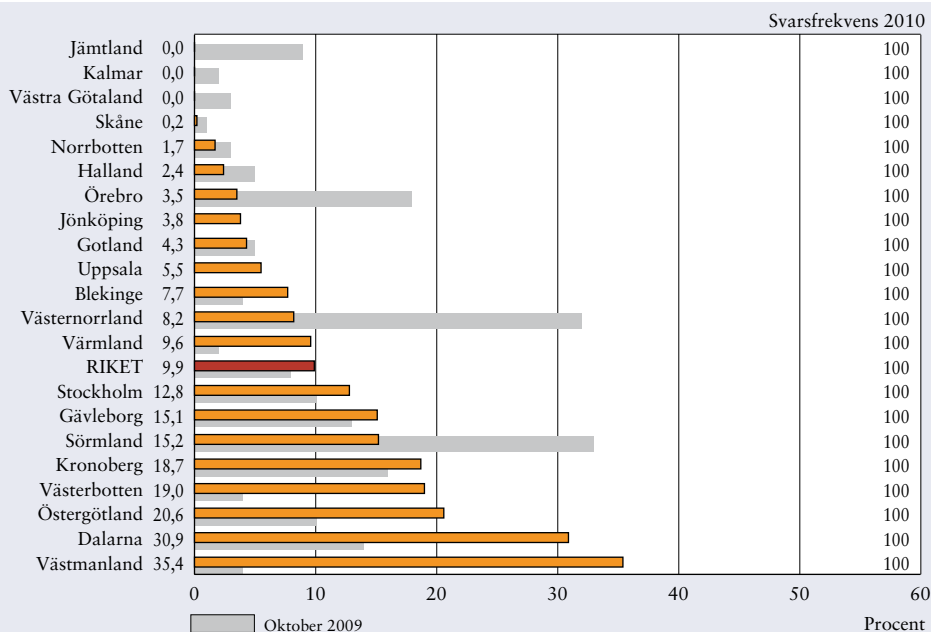


Diagram 117 Andel patienter som väntat längre än 90 dagar på lumskräcksoperation, 31 mars 2010.
Källa: Väntetider i vården, Sveriges Kommuner och Landsting

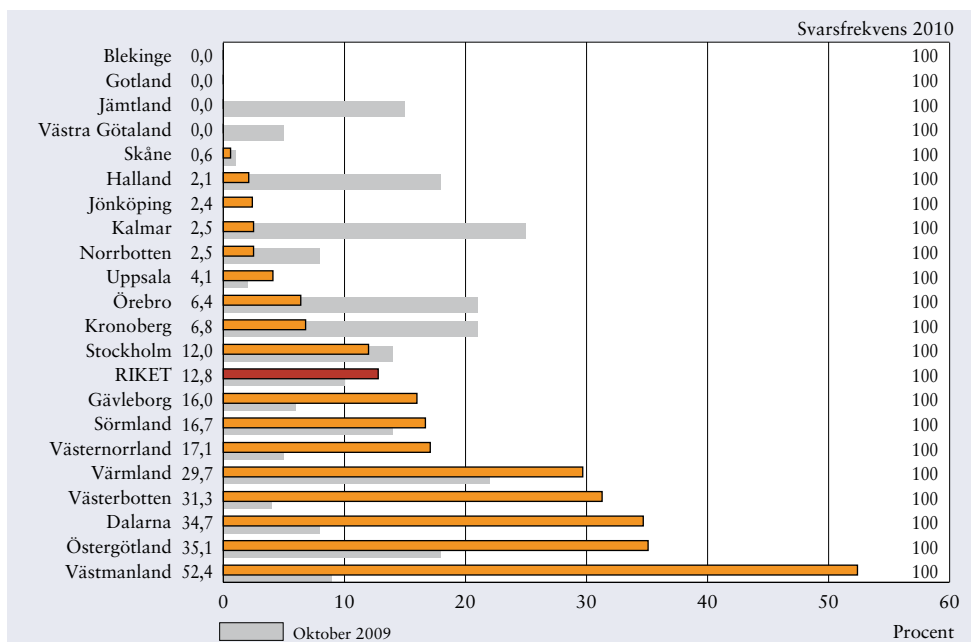


Diagram 118

Andel patienter som väntat längre än 90 dagar på operation av gallblåsa eller gallgång vid gallsten, 31 mars 2010.

Källa: Väntetider i vården, Sveriges Kommuner och Landsting

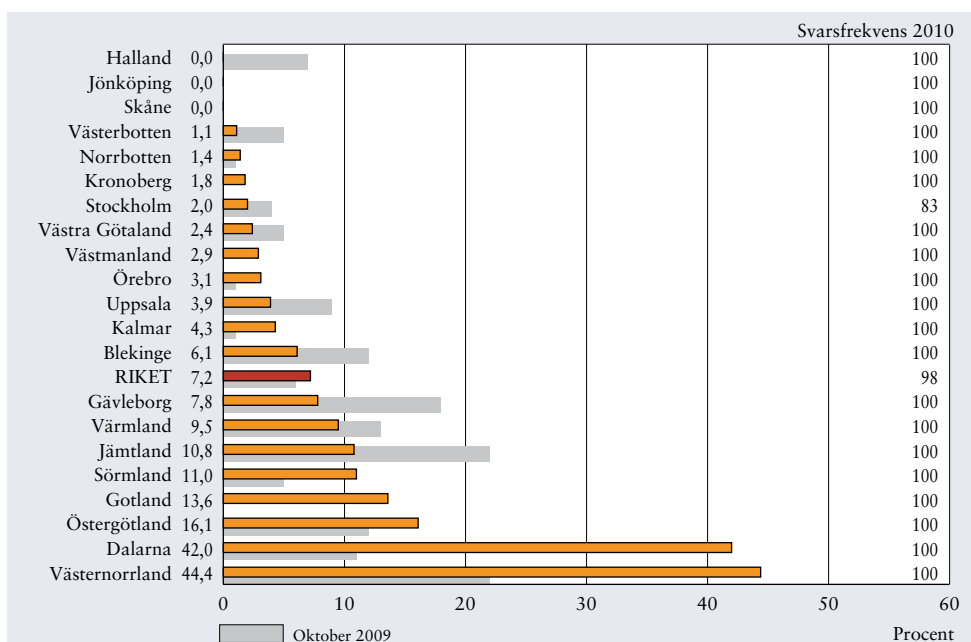


Diagram 119

Andel patienter som väntat längre än 90 dagar på operation för grå starr, 31 mars 2010.

Källa: Väntetider i vården, Sveriges Kommuner och Landsting

För lumsbråck var antalet patienter på väntelista knappt 3 500, varav 10 procent eller 341 patienter hade väntat för länge. I 13 landsting var antalet sådana patienter tio eller färre. För galloperation hade 272 av drygt 2 000 patienter väntat för länge. För operation vid grå starr, som är den utan jämförelse vanligaste operationen och patientantalet därför är stort, hade sju procent eller 1 024 patienter av drygt 14 000 väntat längre än 90 dagar.

INTENSIVVÅRD

Intensivvård definieras som avancerad övervakning, diagnostik och behandling vid hotande eller manifest 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 2009 fanns det 86 IVA, varav 66 var allmänna IVA på det stora flertalet av svenska länsdels-, läns- och universitets-/regionsjukhus, medan resterande IVA var enheter med specialinriktning.

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 intensivvårdsenhet och mellan de deltagande enheterna. 76 av landets sammanlagt 86 IVA-enheter är medlemmar i SIR. Över 90 procent av alla enheter 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. Drygt 20 procent av medlemmarna kunde av IT-mässiga skäl inte skicka data under 2009. Data kan av detta skäl inte redovisas för vissa landsting och medlemsenheter.

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 vård på IVA, andel utskrivna från IVA nattetid och oplanerad återinläggning inom 72 timmar efter utskrivning från IVA.

120 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 2009 redovisas bland annat att dödligheten vid 1 månads uppföljning varierar från cirka 9 till 28 procent för olika enheter. Med adekvat standardisering för patienternas 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 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 använda modellen (SAPS3) på studier av huvudsakligen europeiska intensivvårdspatienter under 2002. Förväntad 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 sjukaste 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 patientkaraktistika som ej fångas av systemet för riskjustering och till slumpen, återstår olika kvalitet i hela vårdkedjan som förklaring till skillnader i SMR.

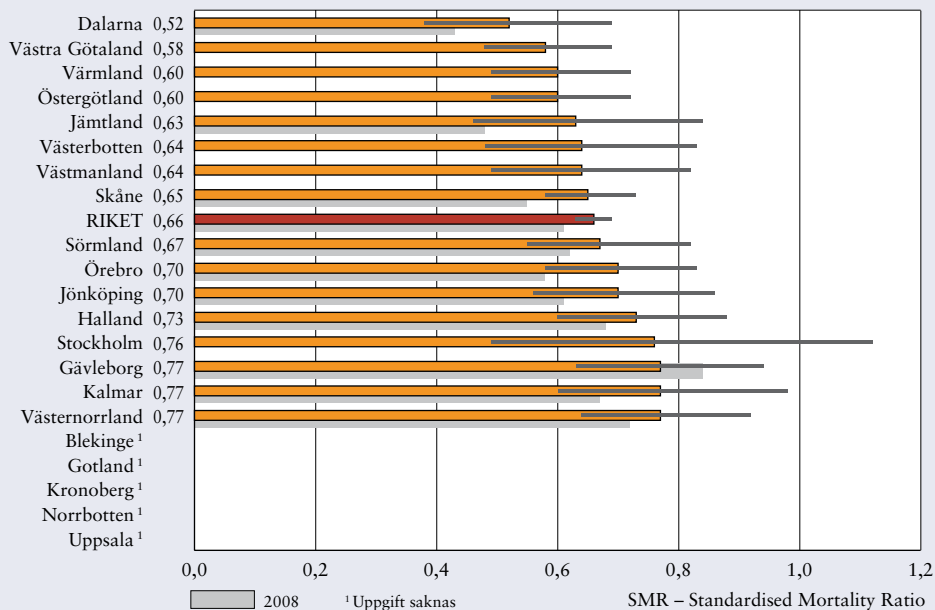


Diagram 120
Kvinnor

Riskjusterad dödlighet 30 dagar efter
ankomst till intensivvårdsavdelning, 2009.

Källa: SIR – Svenska Intensivvårdsregistret

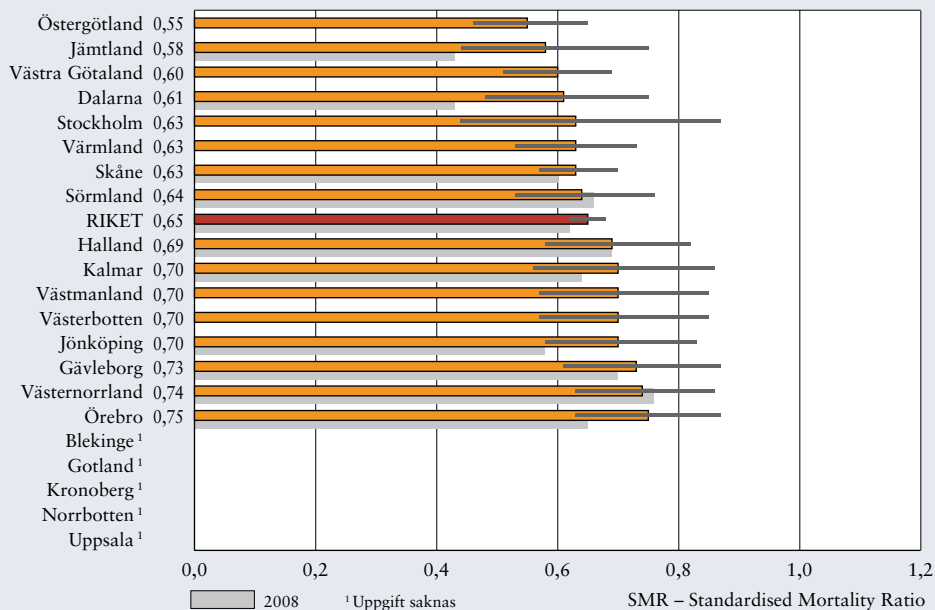
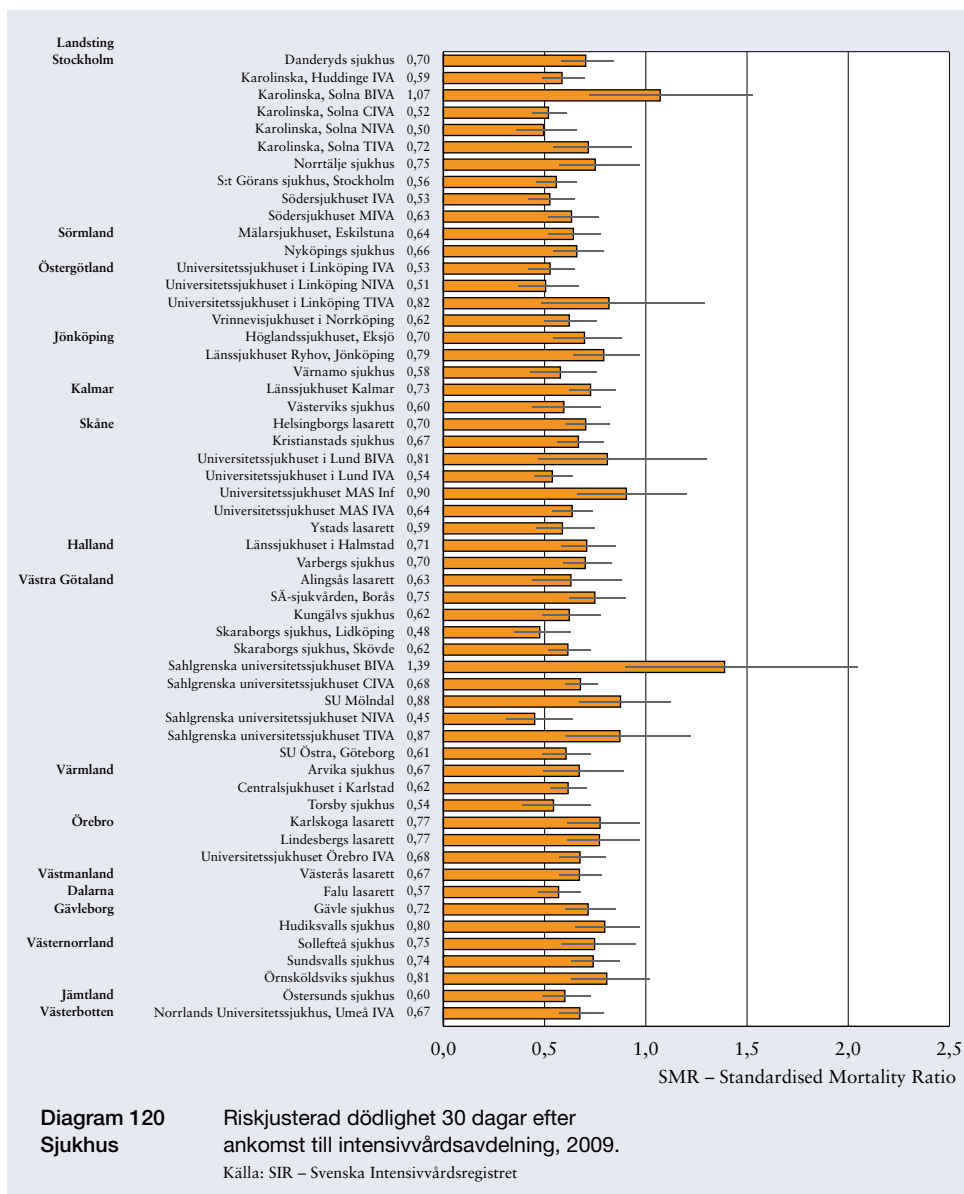


Diagram 120
Män

Riskjusterad dödlighet 30 dagar efter
ankomst till intensivvårdsavdelning, 2009.

Källa: SIR – Svenska Intensivvårdsregistret



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 2009 visar att SMR baserat på SAPS3 är i riket 0,66 för kvinnor och 0,65 för män. Detta är klart bättre än målnivån och den internationella referensen 1. Den observerade dödligheten är således lägre än den förväntade i alla landsting. SMR varierade mellan landstingen från 0,52 till 0,77 för kvinnor och från 0,58 till 0,74 för männen. Alla landsting ligger väl under 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 Stockholm, där antalet fall därför är litet. För fem landsting som anges utan värde i diagram 120 saknades underlag för beräkning av SMR baserat på SAPS3. Frånvaron av data beror i dessa landsting på frånvaro av IT-stöd för att möjliggöra datainsamling och/eller dataexport till SIR.

121 Utskrivning nattetid från intensivvårdsavdelning

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.

Nattlig utskrivning till vårdavdelning, definierad som utskrivning mellan kl 22 på kvällen och kl 7 på morgonen, förekom i 6,4 procent av alla vårdtillfällen under åren 2005–2008, enligt SIR:s databas. I SIR anges som målnivå att mindre än 5,5 procent av alla utskrivningar skall ske nattetid. År 2009 skedde bland kvinnor 6,2 procent av alla utskrivningar från allmän intensivvård till vårdavdelning nattetid. Motsvarande tal för männen var något lägre, 5,7 procent. Totalt motsvarar detta drygt 2 000 patienter. Spridningen mellan landstingen är avsevärd, både för kvinnor och för män. SIR:s målsättning nås av en tredjedel av landstingen, för kvinnor och män. Andelen nattliga utskrivningar var för riket som helhet lägre 2009 än under 2008 och 2007.

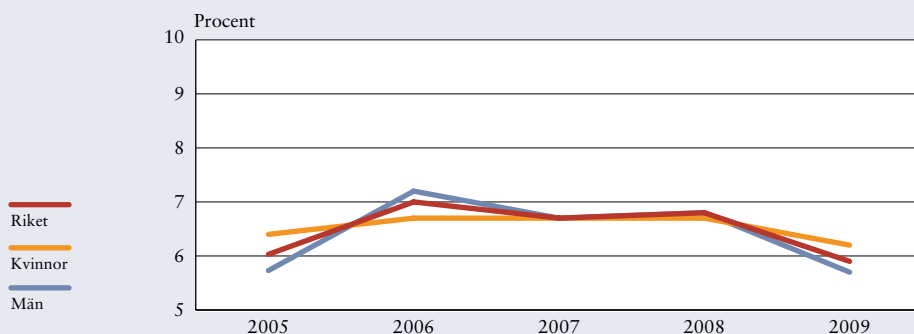


Diagram 121
Riket

Andel patienter som skrevs ut nattetid från intensivvårdsavdelning till vårdavdelning.

Källa: SIR - Svenska Intensivvårdsregistret

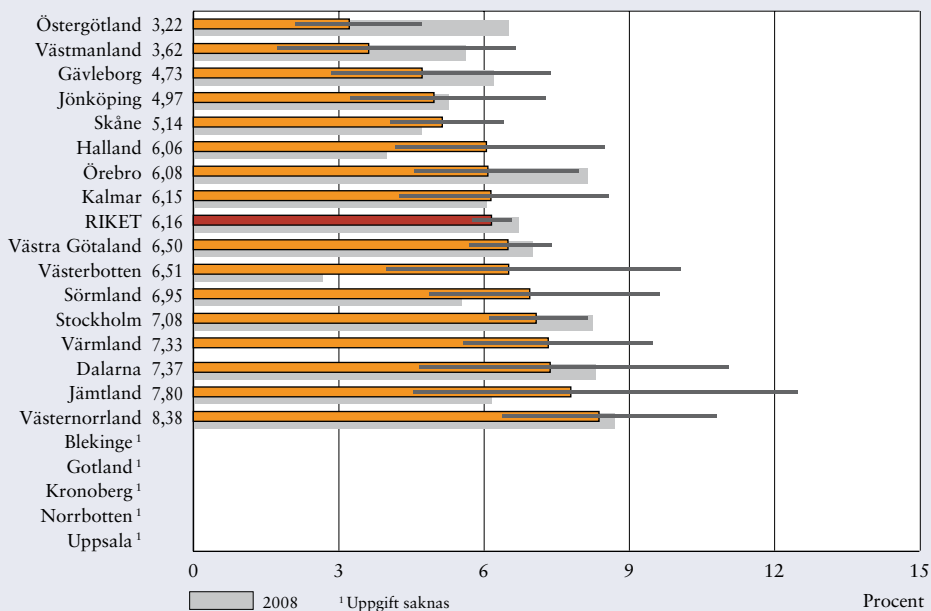


Diagram 121
Kvinnor

Andel patienter som skrevs ut nattetid från intensivvårdsavdelning till vårdavdelning, 2009.

Källa: SIR – Svenska Intensivvårdsregistret

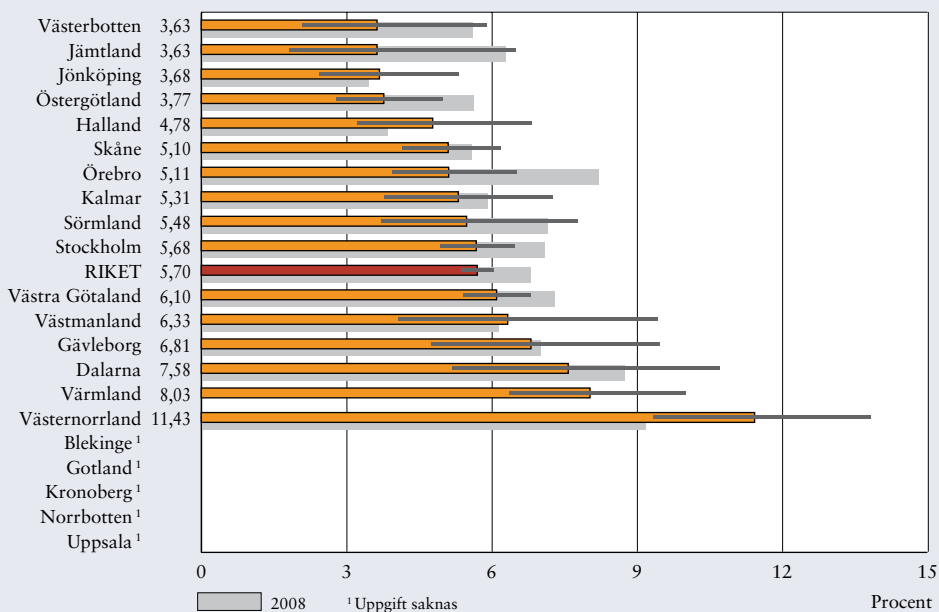
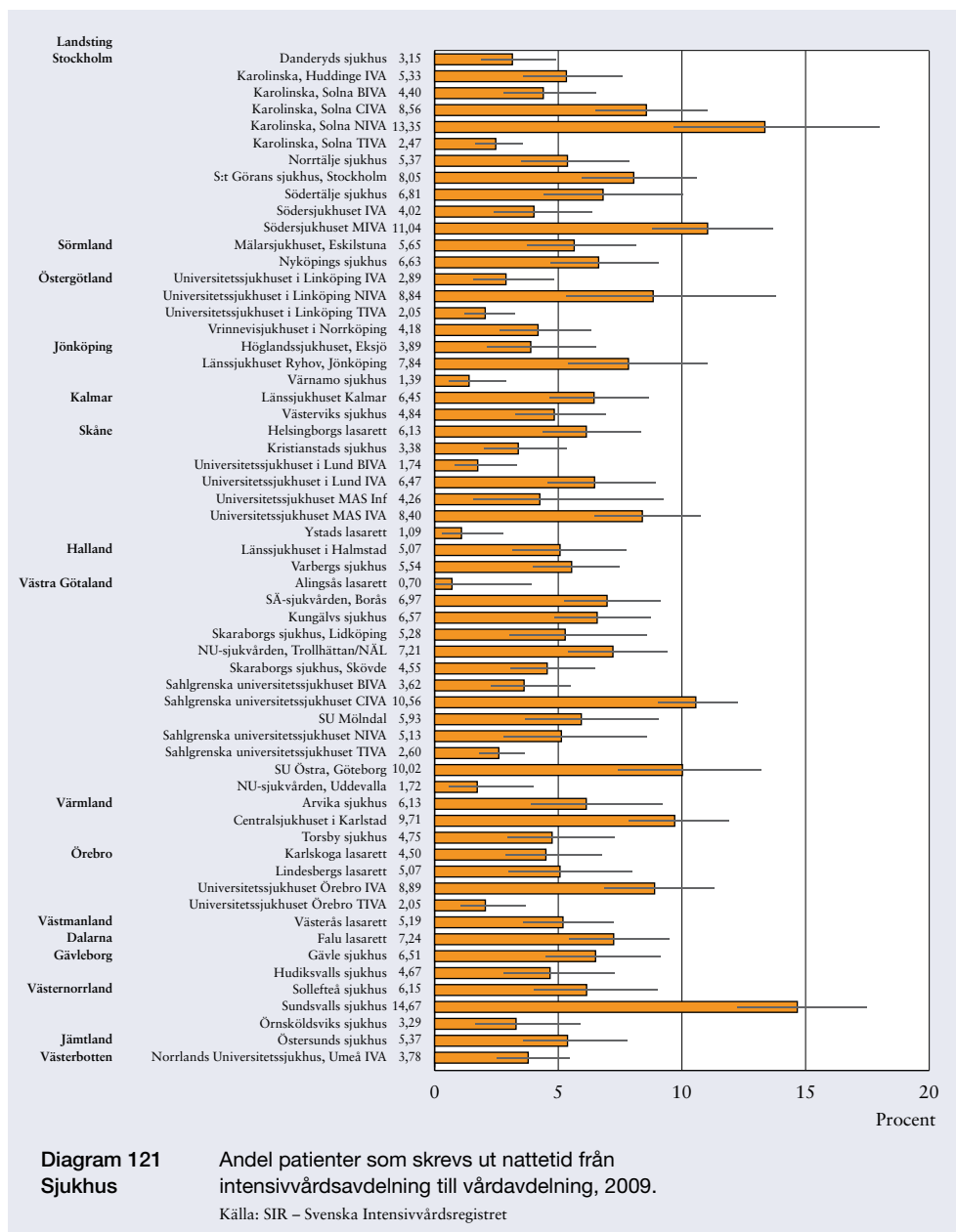


Diagram 121
Män

Andel patienter som skrevs ut nattetid från intensivvårdsavdelning till vårdavdelning, 2009.

Källa: SIR – Svenska Intensivvårdsregistret



122 Oplanerad återinskrivning till intensivvårdsavdelning

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 2005–2008, där återinläggning inom 72 timmar är förknippat med en ökad dödlighet. Denna ökade dödlighet motsvarar att risken för att dö inom 30 dagar för en vanlig 75-årig person ökar från 15 till 23 procent. Detta är bakgrunden till att SIR redovisar andelen återinläggningar som en kvalitetsindikator.

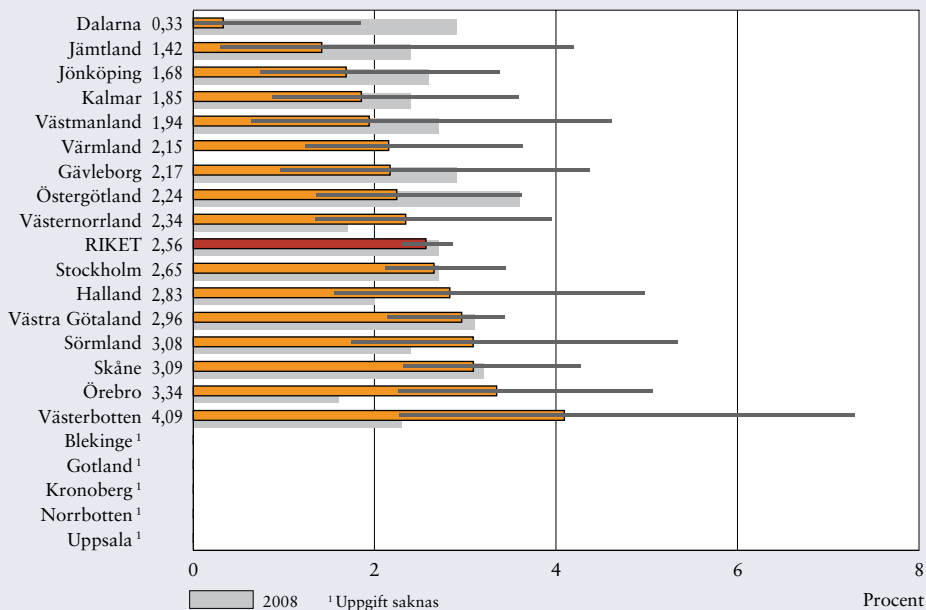


Diagram 122
Kvinnor

Andel patienter som oplanerat återinskrivs på samma intensivvårdsavdelning inom 72 timmar, 2009.

Källa: SIR – Svenska Intensivvårdsregistret

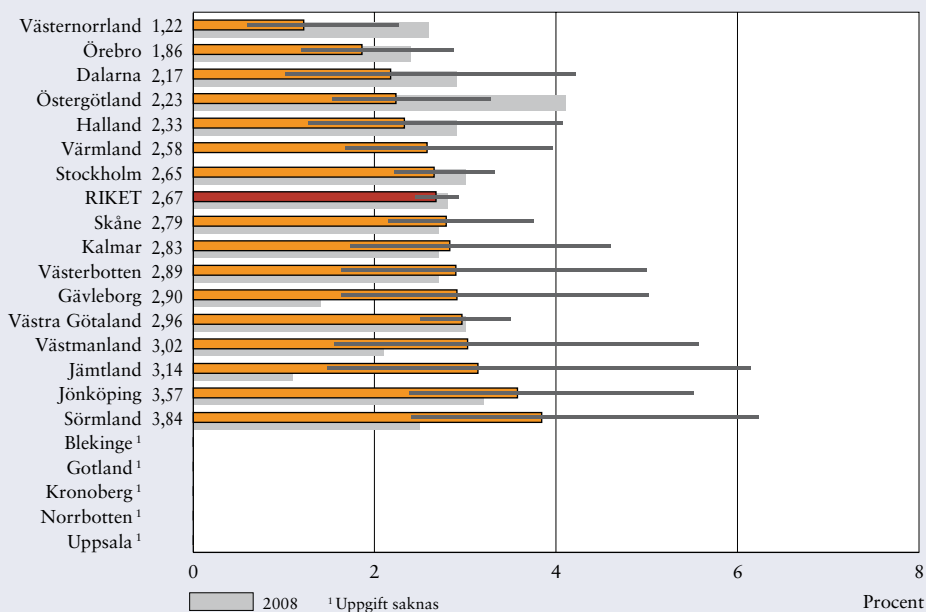
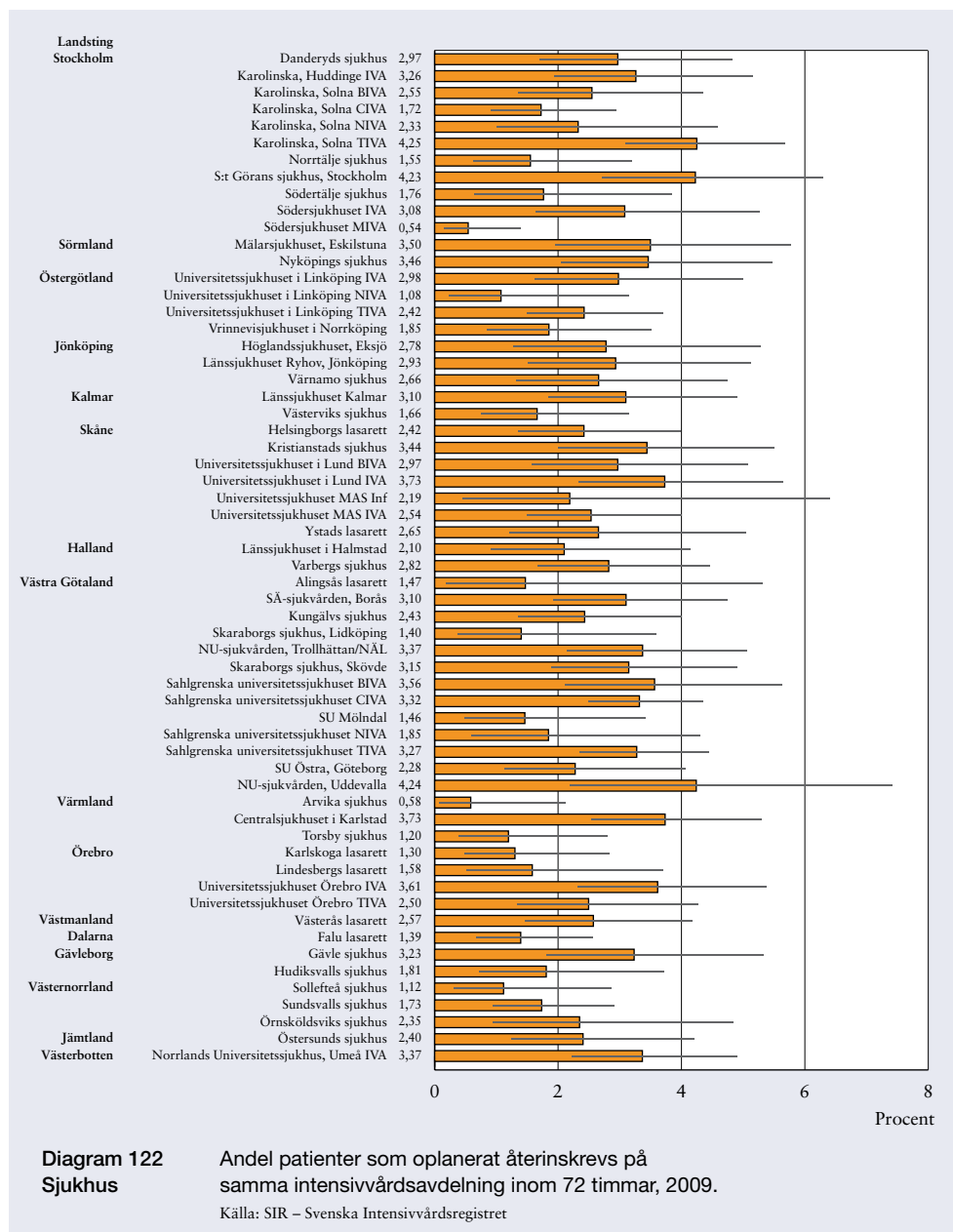


Diagram 122
Män

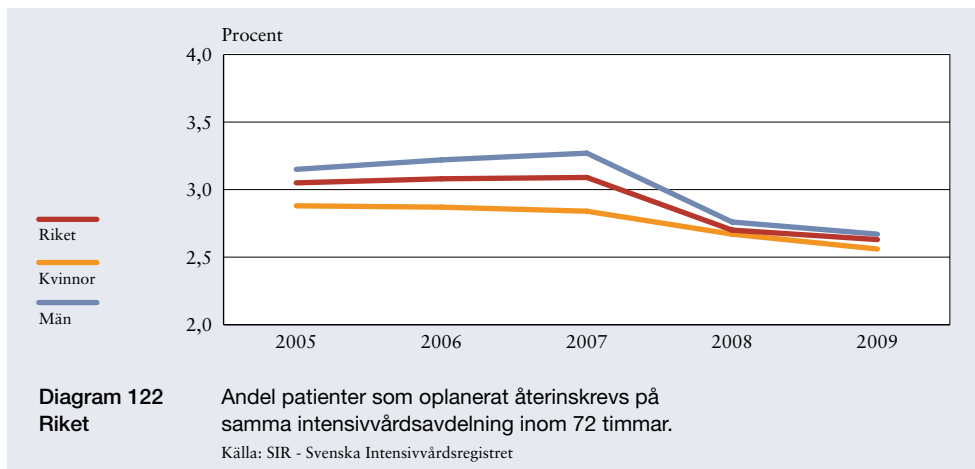
Andel patienter som oplanerat återinskrivs på samma intensivvårdsavdelning inom 72 timmar, 2009.

Källa: SIR – Svenska Intensivvårdsregistret



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 2,6 procent.

I diagram 122 anges andelen patienter med oplanerad återinläggning på IVA inom 72 timmar efter utskrivning från samma IVA. Utfallet för 2009 visar att andelen



oplanderade återinskrivningar är 2,6 procent i riket som helhet, med för kvinnor en spridning från 1,4 procent till 4,1 procent mellan landstingen, och ett snarlikt utfall för männen.

En viss minskning av andelen återinläggning har skett och även spridningen mellan landstingen har minskat, jämfört med åren 2007 och 2008. Det finns i riket som helhet ingen statistiskt säkerställd skillnad i återinläggningsfrekvens mellan könen. Fem landsting har inte kunnat leverera data till SIR.

LÄKEMEDELSBEHANDLING

Under denna rubrik redovisas sju indikatorer om läkemedelsanvändning. Alla är breda och rör stora patientgrupper. Två avser läkemedelsbehandling bland personer 80 år och äldre och knyter an till patientsäkerhetsaspekter. Tre indikatorer rör antibiotikaanvändning, varav en bland barn, och har sin utgångspunkt bland annat i resistensutveckling och val av lämpligt antibiotikum. En speglar kostnadsaspekten på val av blodtryckssänkande läkemedel och en visar i vilken mån vårdgivarna följer Läkemedelsverkets rekommenderade behandlingstrappa vid astmatiska besvär i den yngre befolkningen. Alla dessa indikatorer ingick i föregående års rapport. Fyra indikatorer om läkemedel är inriktade på psykisk hälsa och återfinns under rubriken Psykiatrisk vård.

123 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". Indika-

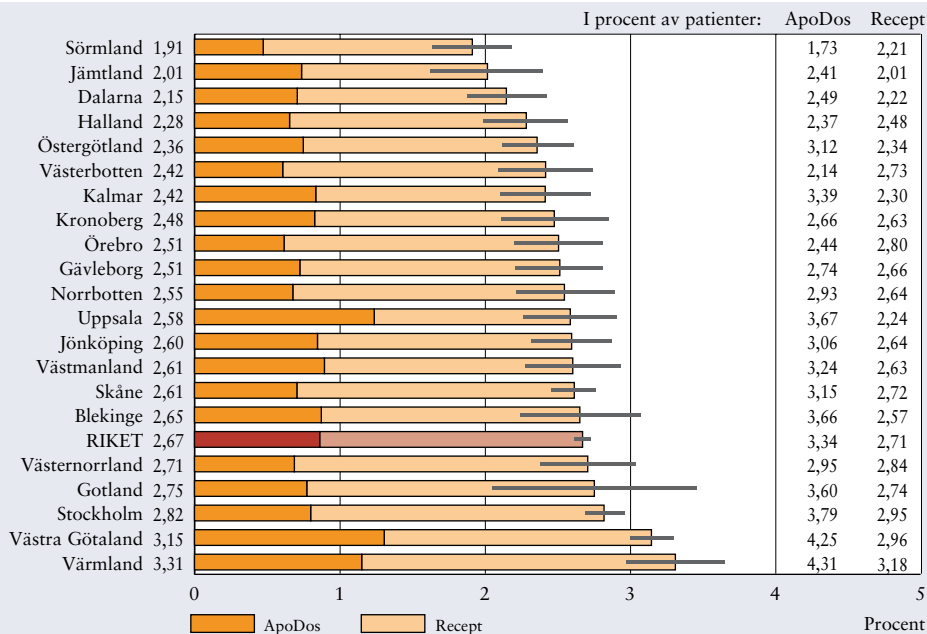


Diagram 123
Kvinnor

Andel i befolkningen med riskfyllda läkemedelskombinationer (D-interaktioner), 31 december 2009. Avser personer 80 år och äldre.

Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

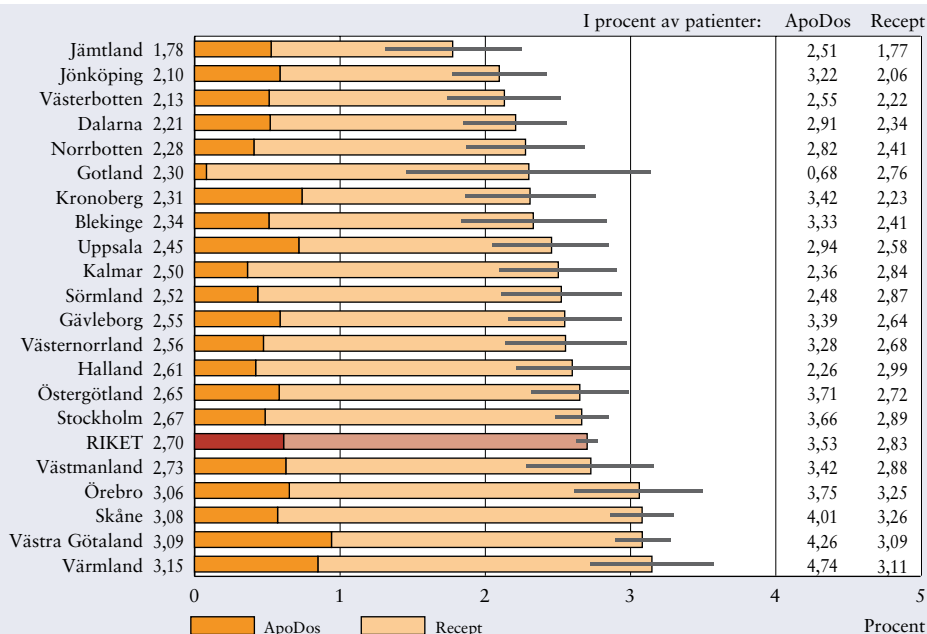


Diagram 123
Män

Andel i befolkningen med riskfyllda läkemedelskombinationer (D-interaktioner), 31 december 2009. Avser personer 80 år och äldre.

Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

torn är en av Socialstyrelsens nationella indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre.

I diagram 123 visas andelen patienter i gruppen 80 år och äldre som har kombinationer av läkemedel med risk för D-interaktioner vid mättdpunkten 31 december 2009. Staplarna är fördelade på patienter som får sina läkemedel via dosexpedition (ApoDos) respektive via recept.

Andelen med dessa läkemedelskombinationer var i riket 2,7 procent både för kvinnor och för män. Detta motsvarar drygt 13 000 patienter. För kvinnor varierar procentandelen mellan Sörmlands 1,9 och Värmlands 3,3 och för män mellan Jämtlands andel på 1,8 och Värmlands på 3,2 procent. Jämfört med förra året har andelen äldre med riskfyllda kombinationer minskat något, från 2,9 till 2,7 procent i riket.

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. Uppsala och Västra Götaland har högst andel medan Gotland och Stockholm har lägst.

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.

Variationen mellan landstingen är relativt liten, men är högre i gruppen med ApoDos-expedierade läkemedel. Där var för båda könen den sammantagna spridningen från 1,9 procent till 3,2 procent äldre med de aktuella kombinationerna av läkemedel. En möjlig felkälla är att Läkemedelsregistret inte fångar den läkemedelsanvändning som sker från läkemedelsförråd i äldreboenden.

124 Tio eller fler läkemedel bland äldre

Med polyfarmaci avses samtidig användning av många läkemedel. Studier har visat att detta är förknippat med svårigheter att inta läkemedlen på ett korrekt sätt ("non-compliance"), 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 124 visas att andelen äldre med tio eller fler läkemedel var i befolkningen 11,8 procent för kvinnor och 9,2 procent för män, vid mättdpunkten 31 december 2009. Detta motsvarar knappt 54 000 personer i riket som helhet. Variationen mel-

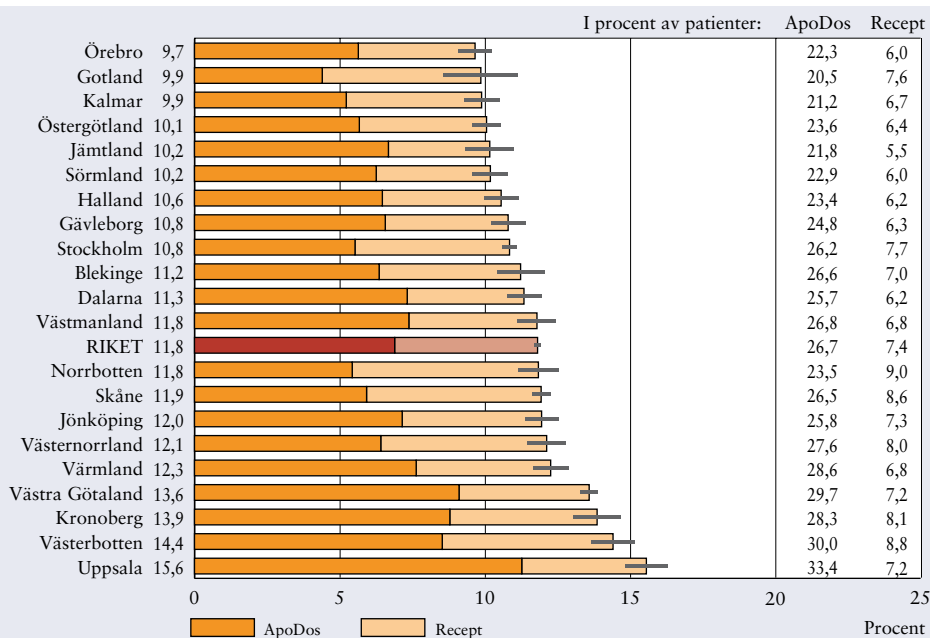


Diagram 124
Kvinnor

Andel i befolkningen med tio eller fler läkemedel,
31 december 2009. Avser personer 80 år och äldre.

Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

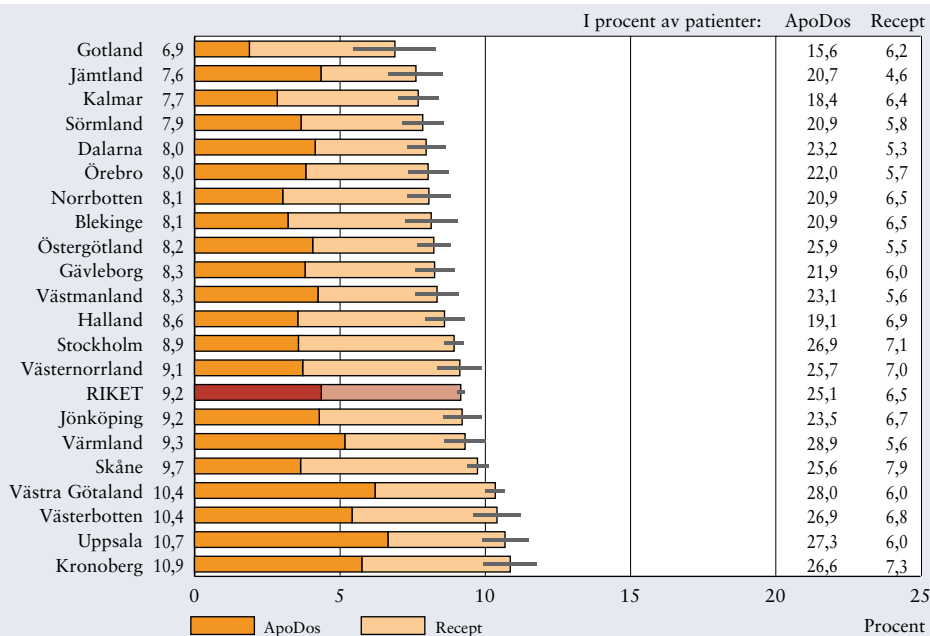


Diagram 124
Män

Andel i befolkningen med tio eller fler läkemedel,
31 december 2009. Avser personer 80 år och äldre.

Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

lan landsting är förhållandevis stor och sträcker sig för kvinnor från 9,7 till 15,6 procent och för män från 6,9 till 10,9 procent. Jämfört med förra året har den procentuella andelen äldre med tio eller fler läkemedel minskat med några tiondelar, för både män och kvinnor.

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 26,2 procent hade tio eller flera läkemedel, att jämföra med 7,0 procent för dem med receptexpedierade läkemedel. En betydande variation mellan landstingen återfanns framförallt inom gruppen med ApoDos-expedierade läkemedel, med en variation från cirka 19 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 situationer, eller inom korttidsvård på särskilt boende. Det är därför svårt att bedöma hur stor påverkan denna läkemedelsanvändning har på jämförelsen i diagram 124.

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.

125 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.

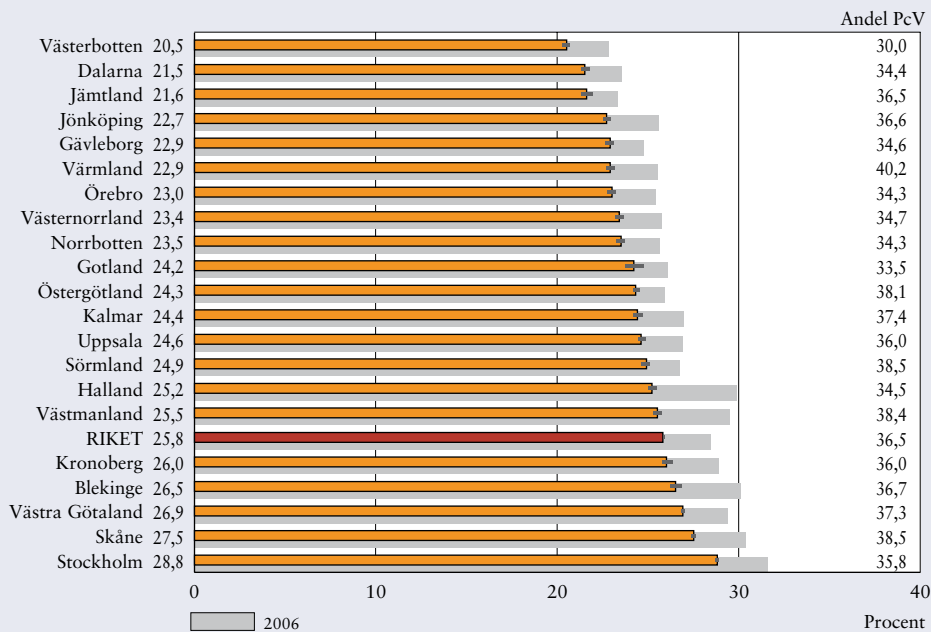


Diagram 125 Andel i befolkningen som antibiotikabehandlats, 2009. Åldersstandardiserade värden.
Kvinnor

Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

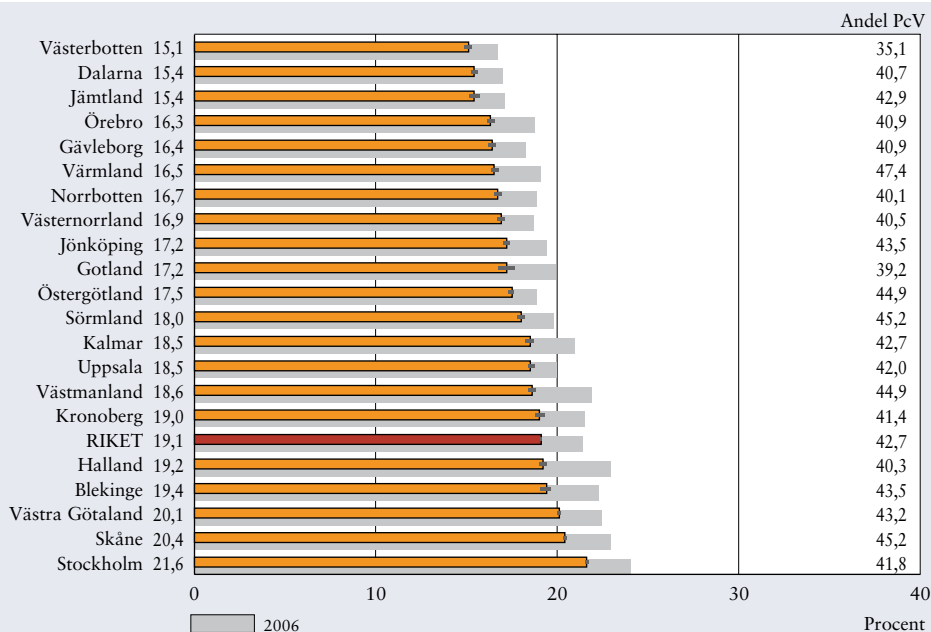


Diagram 125 Andel i befolkningen som antibiotikabehandlats, 2009. Åldersstandardiserade värden.
Män

Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

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 125 visar andelen i befolkningen som hämtat ut antibiotika under 2009, med 2006 som jämförelseperiod. Dessutom visas andelen av antibiotikaanvändarna som vid första förskrivning under året förskrivits Penicillin V, som är ett smalspektrumantibiotikum. 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 hade i genomsnitt nästan 26 procent av kvinnorna och 19 procent av männen hämtat ut någon typ av antibiotika, vilket motsvarar över 2,1 miljoner personer totalt. Jämfört med 2006 har andelen antibiotikabehandlade minskat något. Generellt kan sägas att det skrivs ut mer antibiotika i storstadsregionerna och mindre antibiotika i de norra delarna av landet.

Skillnaderna i procentenheter mätt är måttliga mellan många landsting, men är i termer av antalet personer stort. Hade Stockholm haft rikets antibiotikaanvändning hade cirka 55 000 färre personer antibiotikabehandlats. Variationerna mellan landsting är sannolikt uttryck för skillnader i behandlingstradition, och kan inte förklaras med 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 det skulle i riket krävas minskningar av antalet förskrivna recept på över 30 procent. Notera att diagrammet här anger andel behandlade personer, inte recept.

126 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. Se vidare indikator 125 om val av antibiotikum.

Under 2009 behandlades 30 procent av alla barn 6 år och yngre med någon typ av antibiotika mot luftvägsinfektion. I diagram 126 redovisas 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 Läkemedels-

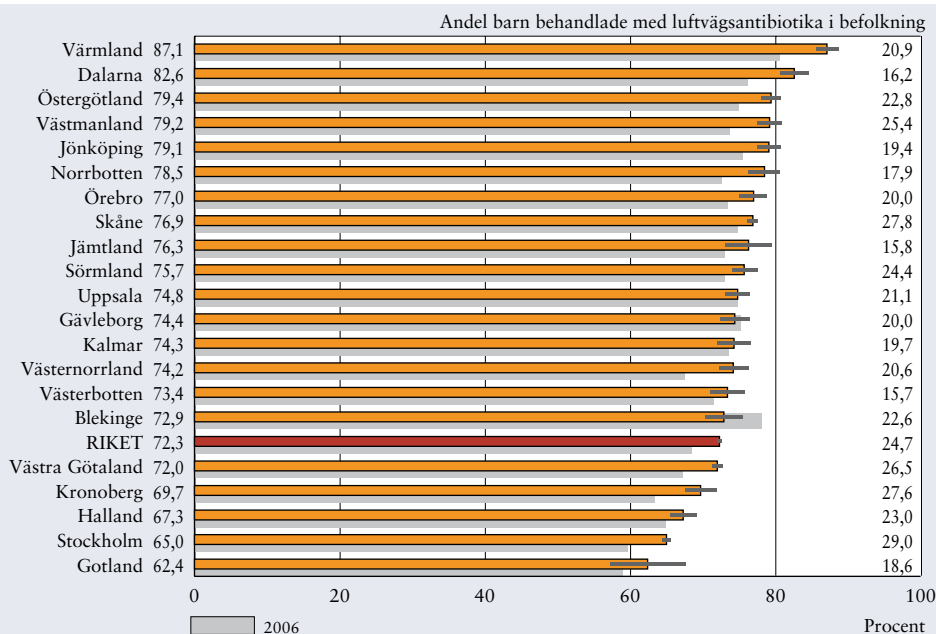


Diagram 126
Flickor

Andel med penicillin V av alla som behandlats med luftvägsantibiotika, 2009. Avser barn 0–6 år. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

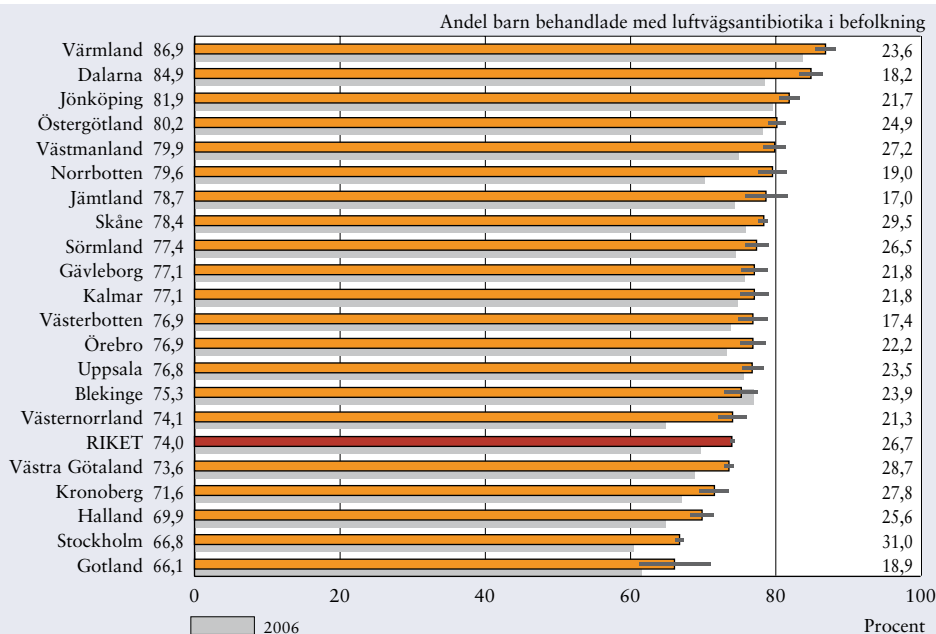
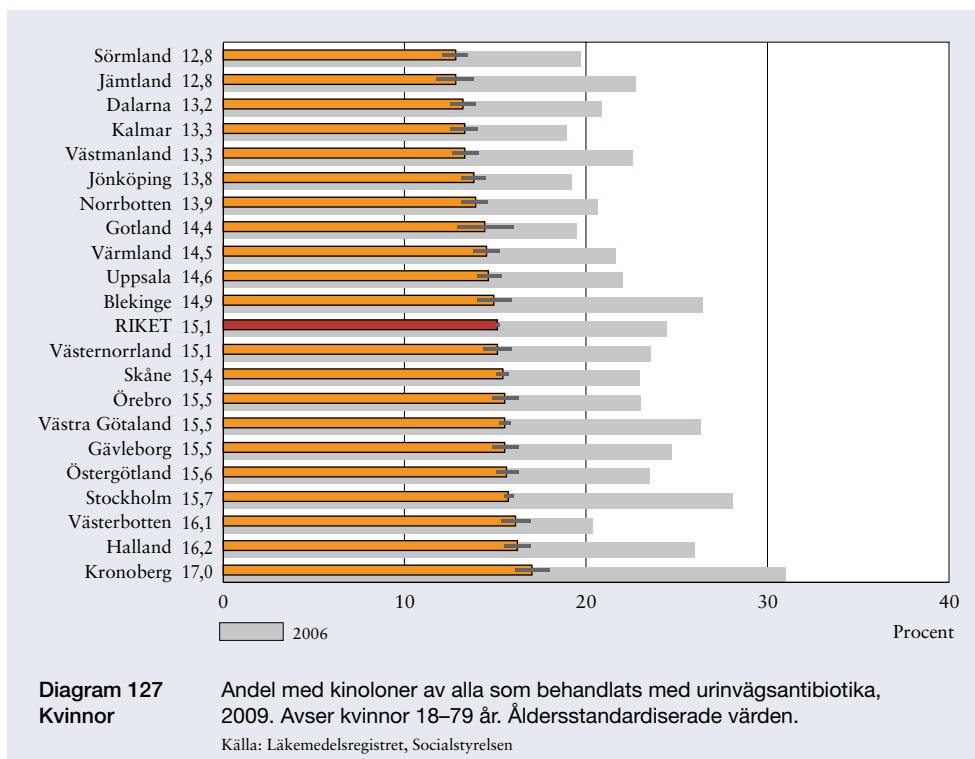


Diagram 126
Pojkar

Andel med penicillin V av alla som behandlats med luftvägsantibiotika, 2009. Avser barn 0–6 år. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen



registret. Detta är heltäckande, men saknar uppgift om förskrivningsorsak. Istället har patientgruppen med luftvägsinfektion ringats in via de använda läkemedlen.

I riket var andelen penicillin V-behandlade flickor 72 procent, medan motsvarande tal för pojkar var något högre, 74 procent. Det är vidare ganska stora skillnader mellan landstingen. I riket har andelen med penicillin V ökat något jämfört med jämförelseperioden. I vissa landsting är förbättringen påtaglig.

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.

127 Kinoloner vid behandling med urinvägsantibiotika

Sverige och de övriga nordiska länderna använder 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.

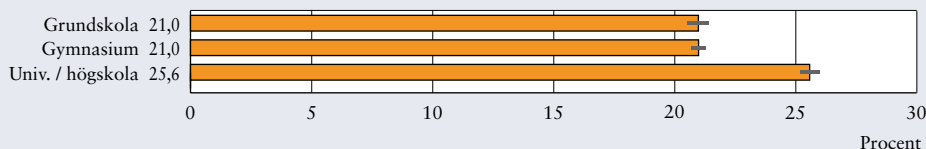


Diagram 127A
Kvinnor

Andel kvinnor med kinoloner av alla som behandlats med urinvägsantibiotika efter utbildningsnivå 2009. Avser kvinnor 18–79 år. Åldersstandardiserade värden

Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen samt Registret över befolkningens utbildning, Statistiska centralbyrån

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 2009 hämtat ut ett recept på ett urval av antibiotika. Totalt hade cirka 46 000 kvinnor förskrivits kinoloner, av de knappt 308 00 kvinnor som ingick i jämförelsen.

Ur diagram 127 kan utläsas att alla landsting ligger högre än de nivåer som Strama och SFAM rekommenderar, med en variation från knappt 13 till 17 procent. Andelen förskrivningar av kinoloner har dock minskat betydligt jämfört med 2006, då den i riket uppgick till 24 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.

Det finns en skillnad i användning av kinoloner knuten till kvinnors utbildningsnivå. Som framgår i diagram 127A har kvinnor med universitetsutbildning högre användning av kinoloner än kvinnor med enbart gymnasium eller grundskoleutbildning. Det finns ingen anledning att tro att kvinnornas behov skiljer sig åt, utan denna skillnad kan sannolikt förklaras av olika sociala mekanismer, till exempel patientens förmåga att hävda sina förväntningar att få brett verkande antibiotika och läkarens beredvillighet att gå dessa till mötes.

128 Kombinationspreparat vid astma

Astma och astmaliknade luftrörsbesvär är vanliga hos spädbarn. I skolåldern har 5–10 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 se-

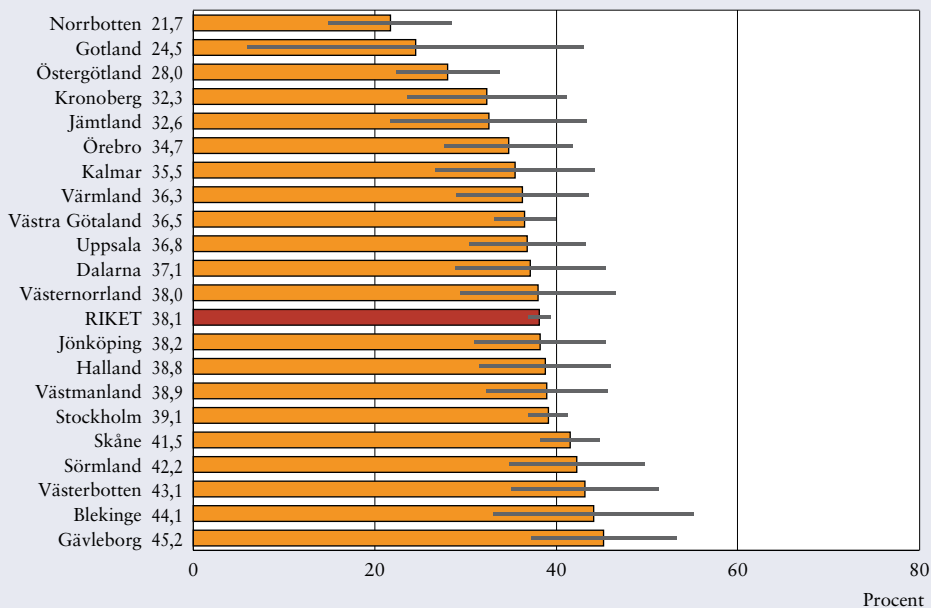


Diagram 128
Kvinnor

Andel nyinsatta på astmakombinationspreparat som tidigare ej haft astma-läkemedel, 2009. Avser personer 25–44 år. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

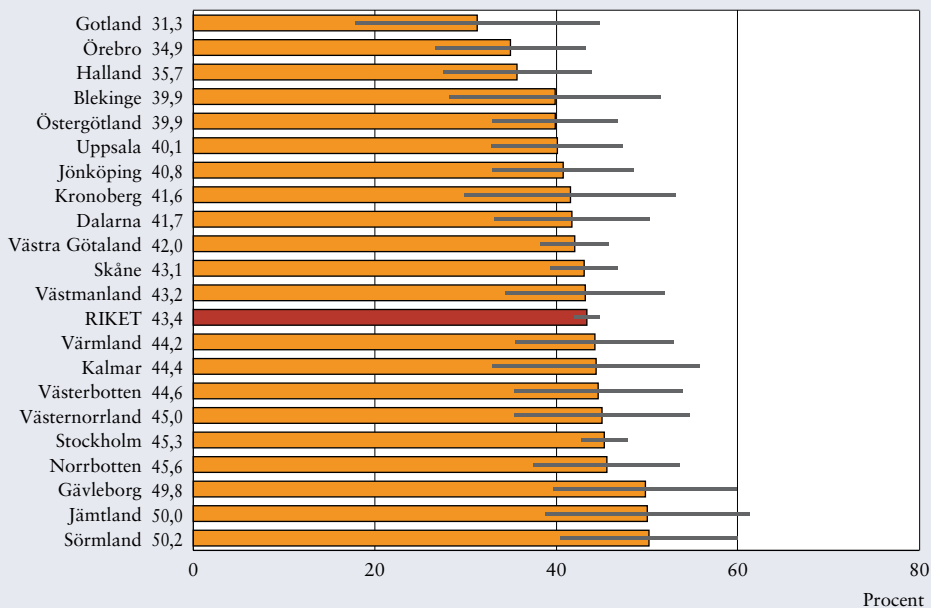


Diagram 128
Män

Andel nyinsatta på astmakombinationspreparat som tidigare ej haft astma-läkemedel, 2009. Avser personer 25–44 år. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

naste 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 utprövning 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.

Indikatorn mäter andelen av dem som är nyinsatta på kombinationspreparat som tidigare inte har prövat något annat astmaläkemedel. Under 2009 tillkom cirka 11 000 nya användare av kombinationspreparat. Av dessa hade drygt 4 400, cirka 40 procent, inte tidigare använt något annat astmaläkemedel. Andelen är lägre bland kvinnor än bland män, drygt 38 procent respektive drygt 43 procent. Det är ganska stora variationer mellan landstingen.

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.

129 ARB vid blodtryckssänkande behandling

Försäljningen av blodtryckssänkande läkemedel uppgick 2007 till 2,4 miljarder kronor. Angiotensin II-receptorblockare (ARB) står för cirka 40 procent av denna. Priserna på ARB-läkemedlen är alltför höga för att en generell behandling med dessa substanser ska vara kostnadseffektiv i jämförelse med andra väldokumenterade och billiga läkemedel.

Enligt direktiv från Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) som gäller från och med 1 september 2008, har samtliga ARB begränsad subvention. De ska bara subventioneras för patienter som provat, men inte kan använda ACE-hämmare, eller som tillägg till ACE-hämmare. Vissa patienter får hosta som biverkan av ACE-hämmare, vilket är ett skäl att byta till ARB-läkemedel.

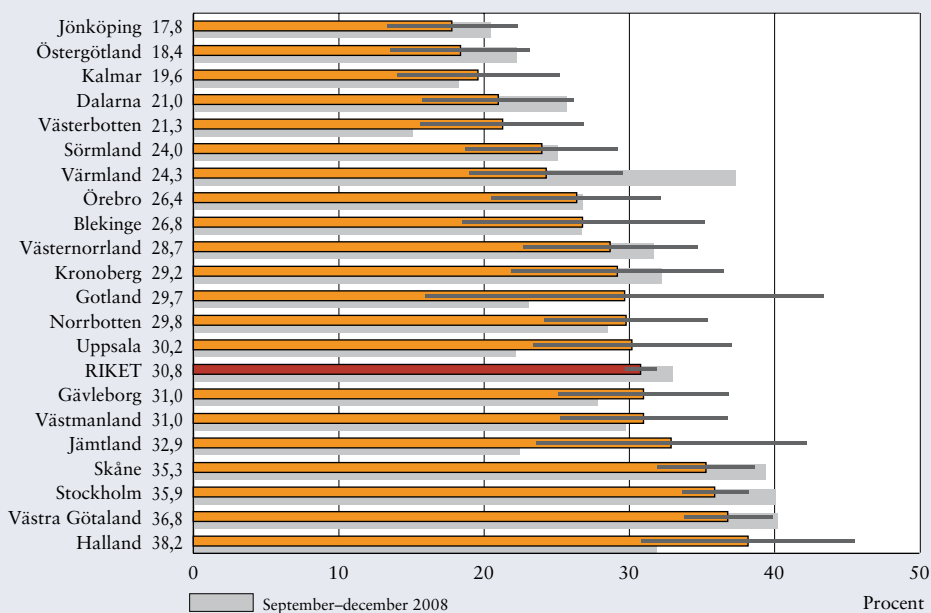


Diagram 129
Kvinnor

Andel nya ARB-användare som tidigare inte förskrivits ACE-hämmare, sept-dec 2009. Avser personer 40–79 år. Åldersstandardiserade värden.
Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

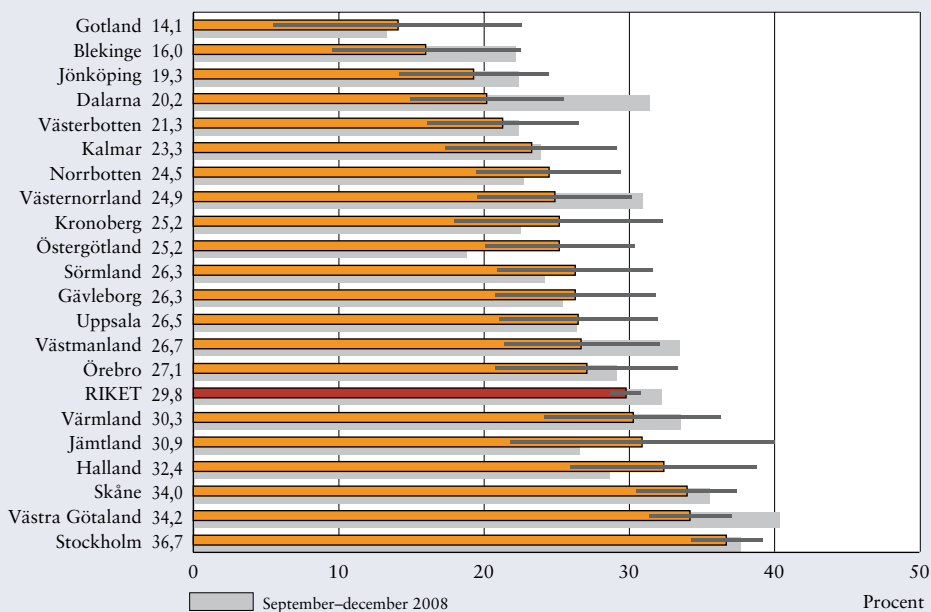


Diagram 129
Män

Andel nya ARB-användare som tidigare inte förskrivits ACE-hämmare, sept-dec 2009. Avser personer 40–79 år. Åldersstandardiserade värden.
Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Måttet visar hur stor andel av nya användare av ARB som tidigare prövat behandling med ACE-hämmare, i enlighet med riktlinjerna. Mätperioden är september–december 2009, med motsvarande period året innan som jämförelsevärde.

Under mätperioden, som således avser fyra månader, nyinsattes cirka 14 000 personer på ARB-preparat. Av dessa hade cirka 30 procent inte tidigare provat ACE-hämmare, både bland kvinnor och bland män. Det är betydande variationer mellan landstingen.

Andelen är för riket som helhet något lägre än jämförelseperiodens, men förändringen är måttlig. Jämfört med mätningar för tidigare perioder, innan TLVs beslut, är förändringarna större. Fortfarande sker således knappt en tredjedel av alla nyinsättningar på ARB i strid med rekommendationerna.

Från och med 2010 sker prissänkningar på ARB-läkemedel på grund av patentutgång. Detta kommer att påverka hur denna indikator i framtiden bör utformas, men huvudfrågeställningen om behandlingsval vid likvärdiga läkemedel, för vilka det är stora kostnadsskillnader, kvarstår.

ANNAN VÅRD

130 God viruskontroll vid HIV

HIV-smitta är en virusinfektion som obehandlad leder till AIDS och död. Modern livslång behandling ger normal förväntad livslängd. I Sverige finns nu 5 300 diagnostiserade personer, varav de flesta är boende i storstadsregionerna. Patientgruppen ökar med tio procent per år. 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

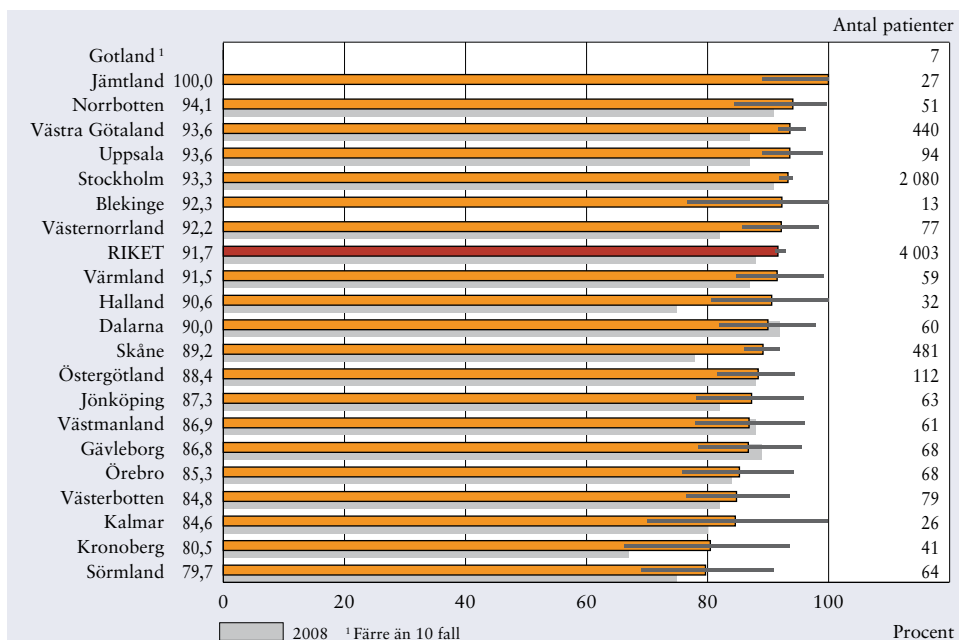


Diagram 130
Totalt

Andel HIV-patienter med god viruskontroll (HIV-RNA < 50 kopior/ml) av alla med antiviral behandling, 2009.

Källa: InfCare HIV

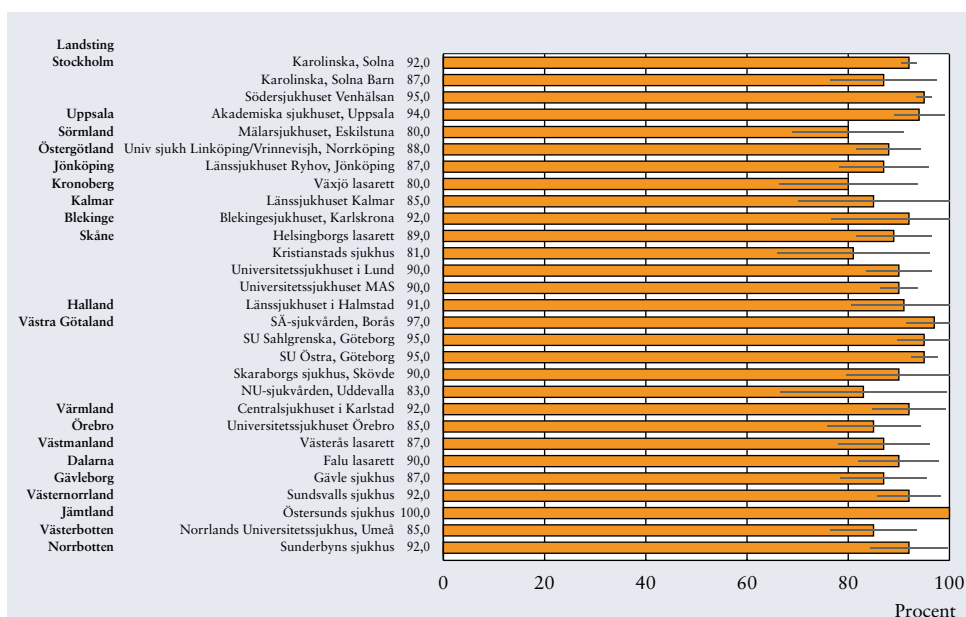


Diagram 130
Sjukhus

Andel HIV-patienter med god viruskontroll (HIV-RNA < 50 kopior/ml) av alla med antiviral behandling, 2009.

Källa: InfCare HIV

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 130 visas andelen HIV-patienter med viruskontroll, definierat som HIVRNA < 50 kopior/ml, under mätperioden 2009. Patientens senaste mätvärde under perioden redovisas. Antalet patienter som ingår i jämförelsen är 4 324. I riket når 92 procent av alla patienter behandlingsmålet, med innebörden att de har en mycket god och stabil behandlingseffekt. Skillnaderna mellan landstingen sträcker sig från 80 till 100 procent av patienterna som når målet. Skillnaderna har minskat jämfört med tidigare mätning och resultatet i hela riket har förbättrats med fyra procentenheter sedan kvalitetsregistrets föregående mätning. 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 helt uppdaterade data. En annan orsak av betydelse är det kvalitetsarbete som skett till följd av redovisningen av 2008 och 2009 års resultat.

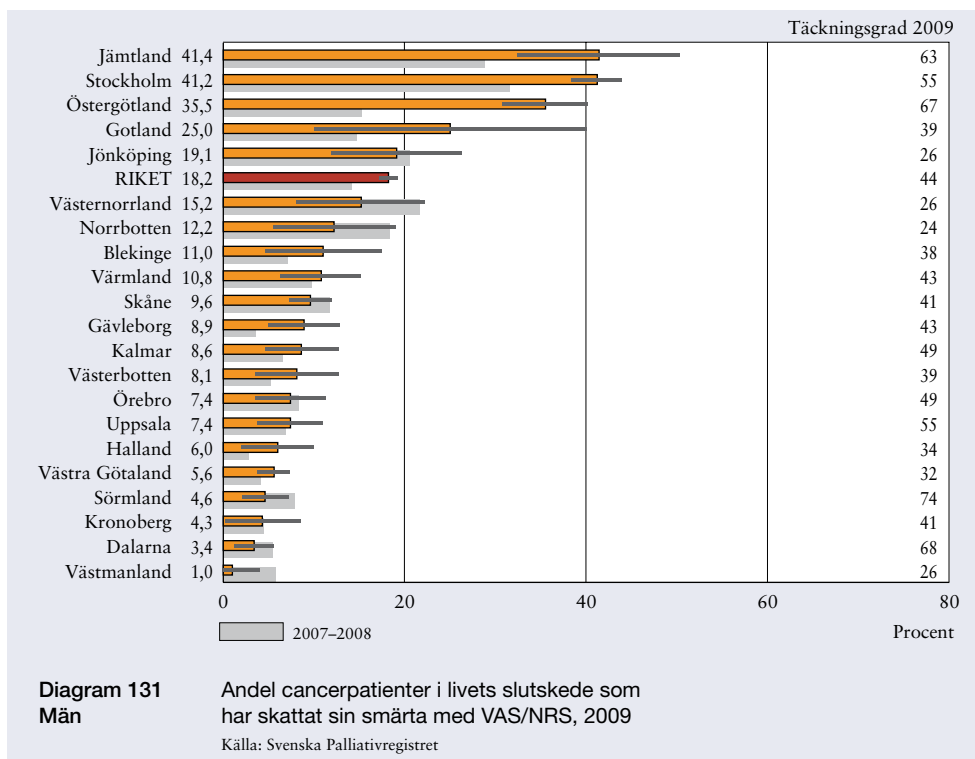
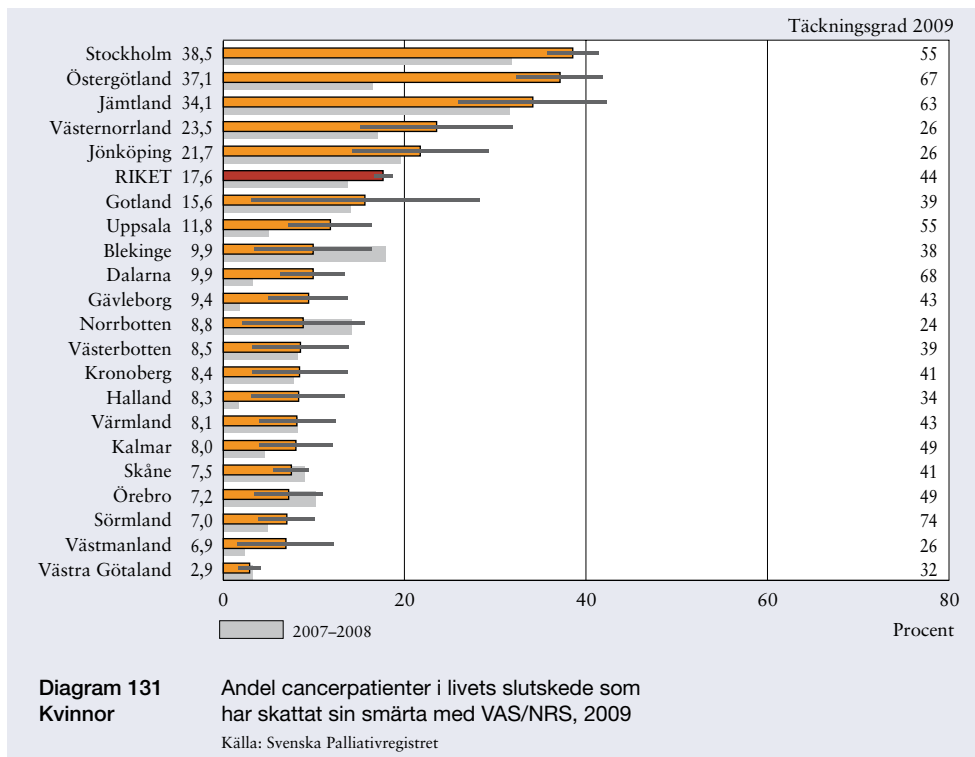
De svenska behandlingsresultaten är mycket goda ur ett internationellt perspektiv, även jämfört med de resultat som vanligtvis redovisas från kliniska studier, med de strikta kriterier på patienturval som tillämpas där.

HIV-populationen har av tradition beskrivits utifrån möjliga sätt att förvärva infektionen. Dessa grupper har stora olikheter i socioekonomiska och kulturella faktorer och även vad gäller behandlingsfrekvens och resultat. Dessa skillnader i patientsammansättning kan påverka resultaten för olika landsting. Resultaten för mindre landsting är av statistiska skäl mer osäkra, vilket framgår av de breda konfidensintervallen.

131 Smärtskattning i livets slutskede

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 cancerdödsfall i Sverige 2008 var 44 procent, varierande mellan 26 och 74 procent i de olika landstingen/länen. Även täckningsgrad per landsting/län redovisas i diagram 131 och 132. Täckningsgraden har ökat sedan perioden 2007–2008.

2007 publicerade Socialstyrelsen Nationella Riktlinjer för cancer i bröst, prostata och tjocktarm. I det arbetet har två nationella kvalitetsindikatorer tagits fram för den palliativa vården och de redovisas nedan.

Indikatorn här är ett processmått som mäter om smärtskattningsinstrumentet VAS/NRS använts sista levnadsveckan för cancerpatienter. Upplevelse av smärta är något personligt. Vårdpersonal har en tendens att underskatta, medan närstående har en tendens att överskatta den sjukes smärtupplevelse. För att i tid fånga och därmed minimera den sjukes 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.

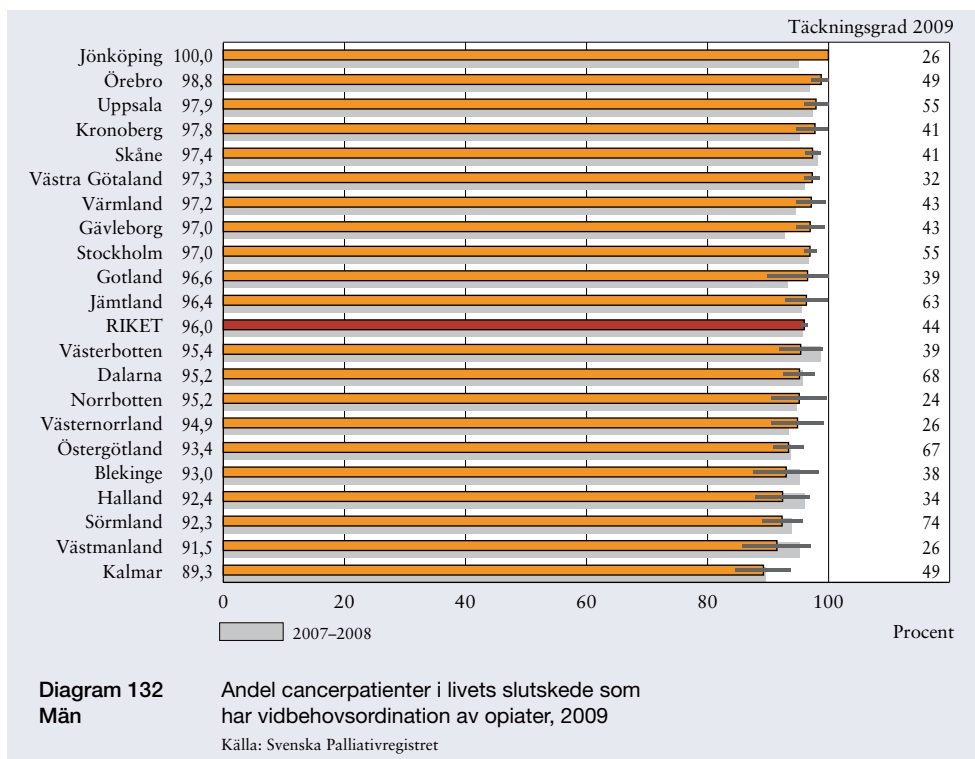
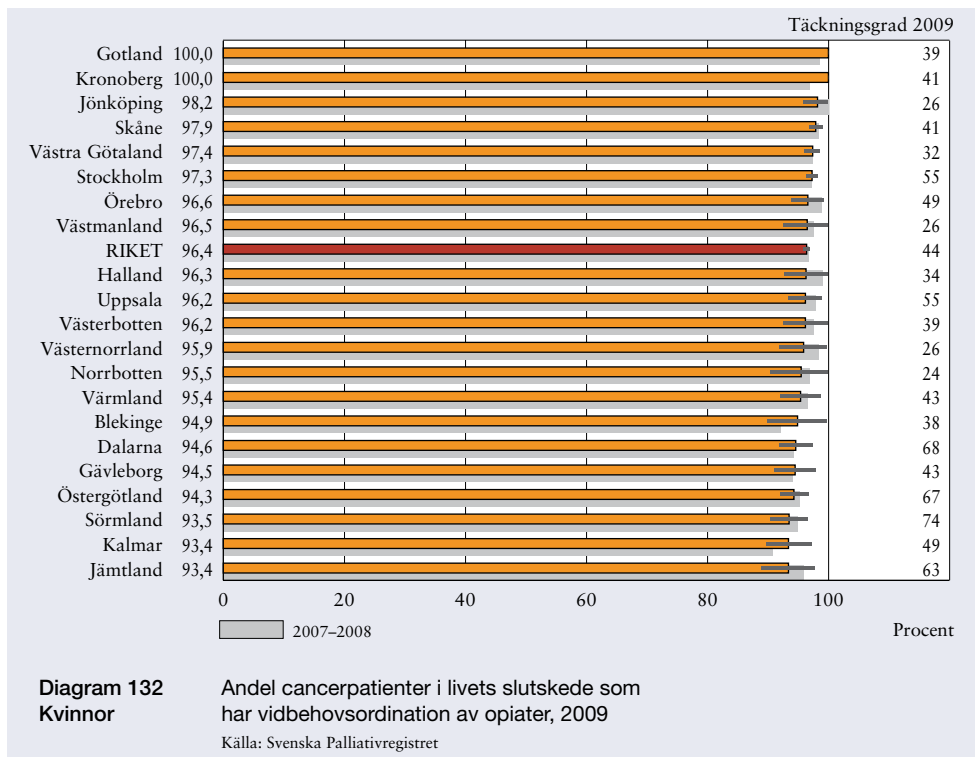
Smärtskattningsinstrument skall användas i minst 60 procent av alla dödsfall. Denna målnivå är fastlagd av Palliativregistret. Just detta instrument är beroende av såväl patientens vilja som förmåga att medverka, vilket motiverar den förhållandevis låga målnivån.

I diagram 131 visas att smärtskattning med VAS/NRS endast gjordes av 17,6 procent av kvinnorna och 18, 2 procent av männen. Jämförelsen omfattar drygt 10 500 cancerpatienter som rapporterats till registret under perioden 2009. Länsvis varierar andelen patienter som skattade sin smärta från 2,9 till 38,5 procent bland kvinnorna och från 1,0 till 41,4 procent bland männen. Andelen har ökat i de flesta län/landsting, men inget når upp till målnivån, vare sig för män eller kvinnor. Förbättringspotentialen är därmed stor hos alla rapporterande vårdgivare.

132 Vidbehovsordination av opiatier 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. Då skall vissa medicinska och omvårdnadsmässiga åtgärder vidtas, bland annat att tillse att det finns lämpliga ordinationer i händelse av smärtgenombrott. Ordinationen skall ges av patientansvarige läkaren. 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 (smärtsstillande morfinpreparat) den sista tiden i livet. Samtidigt finns fortfarande bland vissa medicinskt ansvariga läkare ett motstånd mot att ordinaera 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.

I Palliativregistrets årsrapport för 2008 visas att om skriftliga rutiner finns 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 132 visar andelen cancerpatienter för vilka det 2009 fanns ordination av opiater vid behov. Totalt ingick drygt 10 000 patienter i jämförelsen. I riket hade cirka 96 procent av patienterna sådan ordination. Skillnaderna mellan landsting, liksom mellan könen är små. Alla landsting/län når dagens mål på 90 procent.

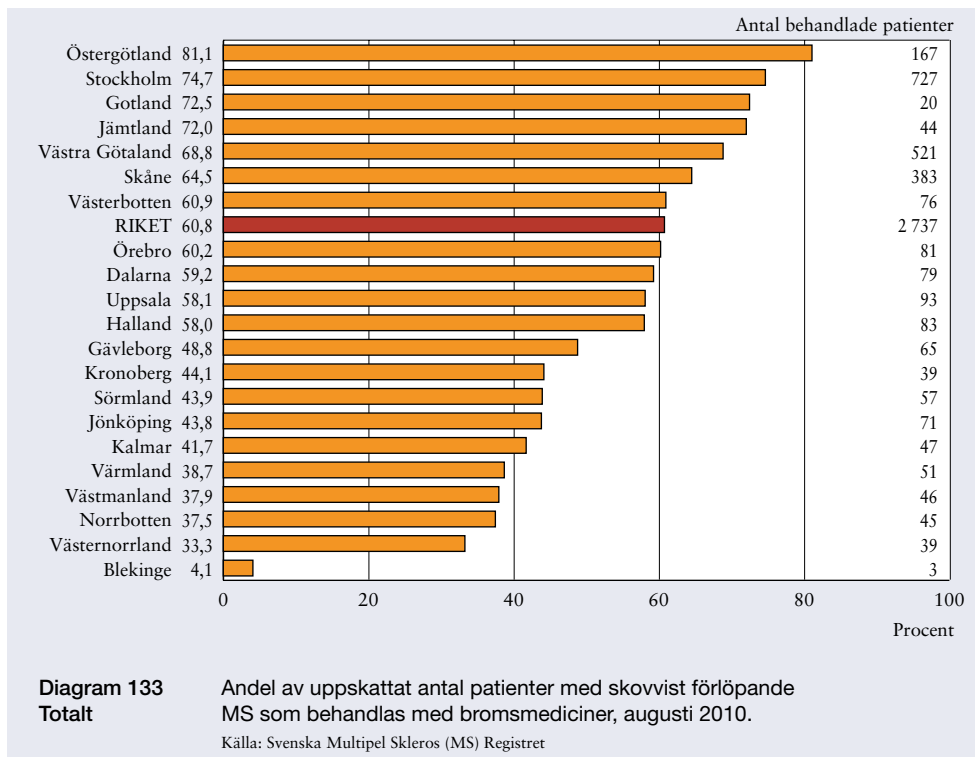
Över fyrtio procent av alla cancerdödsfall 2009 rapporterades till Palliativregistret. För dessa patienter är resultatet således bra. Det finns dock enstaka vårdenheter på lokal nivå där denna typ av rutinarbete behöver utvecklas. Ibland beror dessa lokala brister på dålig medicinsk kontinuitet.

133 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 symptom 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. I Sverige bedöms idag cirka 13 000 personer ha MS, varav cirka 4 500 patienter har immunmodulerande läkemedelsbehandling mot sjukdomen.

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: interferon beta och glatirameracetat och sedan 2006 även natalizumab. 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. Under senare år har flera stora läkemedelspröv-

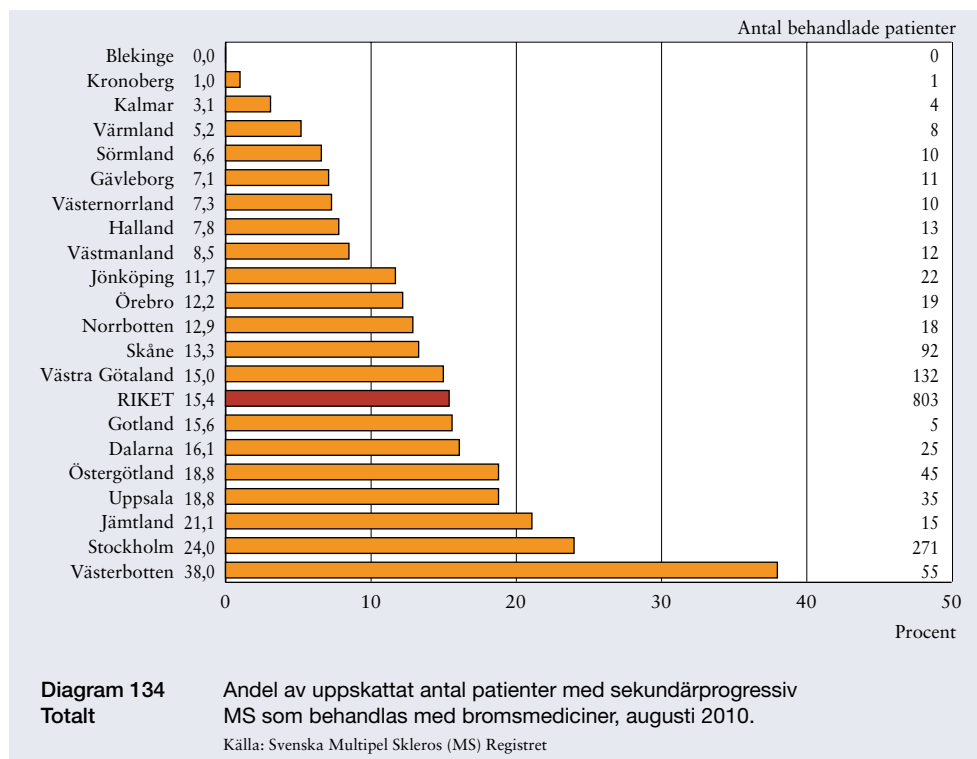


ningar visat att effekten på gradvis försämring av MS är obetydlig eller obefintlig. Samtidigt har många studier visat att det redan vid tidiga skeden av MS ofta uppstår skador av irreversibel natur även om symtomen fortfarande är lindriga. Därför har det med tiden blivit alltmer tydligt att så kallad 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 bör ligga på en låg nivå, högst 25 procent. Att behandling alls kan accepteras vid progressiv MS förklaras av det övergångsskede från skov-fasen 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 förlöpande MS, medan den andra avser behandling i ett senare, progressivt skede av sjukdomen.

I diagram 133 visas andelen patienter med skovvist förlöpande 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. Det är en hög behandlingsfrekvens i vissa landsting medan andra ligger anmärkningsvärt lågt.

Vid beräkning av antalet patienter med MS i de olika landstingen antas att förekomsten är lika stor i alla landsting, eftersom den verkliga förekomsten per landsting inte är känd. I detta ligger en osäkerhet. Analysen har avgränsats till patienter med en sjukdomsduration kortare än 15 år, eftersom det är svårt att avgöra exakt när den progressiva fasen börjar och felklassificering kan tänkas vara vanligt när man närmar sig gränsen till den progressiva fasen.

Flera landsting med universitetskliniker ligger högt. Antalet behandlade i dessa kan dessutom vara underskattade, eftersom universitetskliniker ofta har ett ansenligt antal patienter med i kliniska prövningar, som då har annan behandling eller placebo. Å andra sidan kan underrapportering från mindre registeraktiva landsting leda till att antalet behandlade patienter underskattas. Data från SMS-registret stämmer dock väl överens med försäljningsdata från apoteken.

134 Bromsmedicin vid sekundärprogressiv MS

Diagram 134 visar att behandlingsfrekvensen även skiljer sig åt vad gäller sekundärprogressiv MS. Nio landsting behandlar färre än tio procent av det beräknade antalet patienter, medan två landsting ligger nära eller över den av SMSS föreslagna övre

gränsen på 25 procent. Detta kan möjligen förklaras av att tidigare behandlingsrutiner, grundlagda innan SMSS-riktlinjerna var etablerade, fortfarande 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.

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 har skillnader kvarstått, inte minst mellan olika landsting. Landstingstillhörighet eller snarare variation i medicinsk praxis mellan olika kliniker verkar således ha påverkat chansen till behandling på ett sätt som inte motsvarar de medicinska omständigheterna. Å andra sidan har data tytt på en alltför aktiv behandling i vissa landsting av patienter med en progressiv sjukdom.

Noteras bör att detta är första året som behandlingsstatistik redovisas på så sätt att frekvensen ställs i relation till antal förmodade patienter i populationen. Data redovisas per landsting eftersom befolkningsunderlaget per klinik inte går att bestämma. Därtill domineras MS-vården i de allra flesta landsting av en enda klinik (förutom i Skåne, Västra Götaland och Stockholm).

Sammanfattningsvis visar analysen att chansen till förloppsmodifierande behandling är ojämnt spridd över landet och att såväl underbehandling som överbehandling förekommer. Efterlevnaden av behandlingsriktlinjer bör förbättras.

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.	↑ 83,1	↑ 83,4	↑ 83,5	↑ 82,4	↑ 82,8	↑ 83,3	↑ 83,6	↑ 82,8	
	Återstående medellivslängd, M.	↑ 78,9	↑ 79,1	↑ 80,0	↑ 78,4	↑ 79,3	↑ 79,4	↑ 79,6	↑ 78,4	
2	Självskattat gott allmänt hälsotillstånd, Kv.	69	71	73	68	70	70	74	72	
	Självskattat gott allmänt hälsotillstånd, M.	73	75	73	72	73	75	71	75	
	Självskattat gott allmänt hälsotillstånd	71	73	73	70	71	73	72	73	
3	Självskattat nedsatt psykiskt välbefinnande, Kv.	20	22	19	22	18	18	19	15	
	Självskattat nedsatt psykiskt välbefinnande, M.	14	17	17	13	14	13	12	11	
	Självskattat nedsatt psykiskt välbefinnande	17	20	18	18	16	16	15	13	
4	Hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet, Kv.	↓ 34,4	↑ 36,7	↓ 32,2	↑ 32,7	↓ 33,0	↓ 26,6	↓ 29,9	↓ 36,3	
	Hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet, M.	↑ 54,8	↑ 57,4	↑ 52,4	↑ 61,3	↓ 53,6	↑ 45,7	↑ 49,6	↑ 53,6	
	Hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet	↑ 44,1	↑ 46,3	↓ 42,1	↑ 46,4	↓ 42,7	↑ 35,6	↓ 39,5	↓ 44,5	
5	Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet, Kv.	↑ 37,9	↑ 33,9	↑ 34,6	↑ 45,3	↑ 38,2	↑ 43,0	↑ 33,0	↑ 39,6	
	Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet, M.	↑ 54,8	↑ 50,9	↑ 40,3	↑ 61,3	↑ 55,8	↑ 56,0	↑ 47,7	↑ 59,4	
	Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet	↑ 45,8	↑ 41,6	↑ 37,3	↑ 53,0	↑ 46,6	↑ 48,9	↑ 39,8	↑ 49,2	
6	Åtgärdbar dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom, Kv.	↑ 38,0	↑ 33,1	↑ 26,6	↓ 47,2	↑ 43,0	↑ 40,7	↑ 29,2	↓ 49,2	
	Åtgärdbar dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom, M.	↑ 100,9	↑ 93,6	↓ 86,0	↑ 92,7	↓ 106,1	↑ 89,7	↑ 91,2	↑ 105,7	
	Åtgärdbar dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom	↑ 67,8	↑ 61,0	↑ 54,9	↑ 69,0	↑ 73,1	↑ 63,8	↑ 59,0	↑ 76,5	
7	Undvikbar slutenvård, Kv.	↑ 1 051	↑ 989	↓ 1 016	↑ 1 067	↑ 935	↑ 960	↑ 1 013	↓ 1 087	
	Undvikbar slutenvård, M.	↑ 1 316	↑ 1 309	↑ 1 244	↓ 1 301	↑ 1 190	↑ 1 231	↑ 1 310	↓ 1 371	
	Undvikbar slutenvård	↑ 1 162	↑ 1 121	↑ 1 115	↓ 1 164	↑ 1 044	↑ 1 074	↑ 1 141	↓ 1 208	
8	Riktad protagning vid upptäckt av MRSA	↓ 55,9	↓ 57,2	↓ 37,8	↓ 16,7	↓ 50,0	↑ 60,7	↑ 48,0	↓ 58,1	
9	Vårdrelaterade infektioner	↓ 9,6	↑ 9,9	↓ 12,1	↑ 7,5	↓ 10,5	↑ 7,1	↑ 7,7	↑ 8,2	
10	MPR-vaccination av barn	96,5	95,3	93,4	98,0	97,9	98,1	98,3	98,6	
Förtroende och patienterfarenheter										
11	Tillgång till sjukvård, Kv.	↑ 77	↑ 79	↑ 79	↓ 70	↑ 81	↓ 81	↑ 85	↑ 84	
	Tillgång till sjukvård, M.	↑ 78	↑ 80	↑ 79	↑ 73	↑ 78	↑ 81	↑ 85	↓ 82	
	Tillgång till sjukvård	↑ 78	↑ 79	↑ 79	↑ 71	↑ 80	↓ 81	↑ 85	↑ 83	
12	Förtroende för vårdcentraler, Kv.	↑ 55	↑ 54	↑ 57	↓ 53	↑ 54	↓ 59	↑ 58	↓ 61	
	Förtroende för vårdcentraler, M.	↑ 57	↑ 58	↓ 55	↑ 55	↑ 58	↑ 62	↑ 62	↑ 68	
	Förtroende för vårdcentraler	↑ 56	↑ 56	↑ 56	↑ 53	↑ 56	↓ 60	↑ 60	↑ 64	
13	Förtroende för sjukhus, Kv.	↓ 64	↓ 62	↓ 67	↑ 62	↑ 68	↓ 70	↓ 71	↑ 68	
	Förtroende för sjukhus, M.	↓ 69	↑ 68	↓ 69	↑ 68	↑ 74	↓ 71	↓ 75	↓ 73	
	Förtroende för sjukhus	↓ 66	↓ 64	↓ 68	↑ 64	↑ 70	↓ 71	↓ 73	↑ 70	
14	Bemötande vid besök i primärvård, Kv.	89	91	90	85	88	88	91	92	
	Bemötande vid besök i primärvård, M.	91	91	92	88	90	90	92	93	
	Bemötande vid besök i primärvård	90	91	90	86	88	89	91	92	
15	Information vid besök i primärvård, Kv.	77	77	78	73	76	75	80	81	
	Information vid besök i primärvård, M.	80	77	82	77	77	79	82	84	
	Information vid besök i primärvård	77	77	79	75	76	77	80	82	
16	Delaktighet vid besök i primärvård, Kv.	78	83	81	73	76	76	81	82	
	Delaktighet vid besök i primärvård, M.	78	83	81	75	75	77	80	82	
	Delaktighet vid besök i primärvård	79	83	80	74	76	76	80	82	
Tillgänglighet										
17	Läkarbesök inom sju dagar i primärvård	↑ 92,2	↑ 93,8	85,1	↑ 91,0	↑ 96,3	↑ 89,8	↑ 93,8	↑ 93,9	
18	Uppfattning om väntetid vid besök i primärvård, Kv.	81	83	77	75	80	81	87	86	
	Uppfattning om väntetid vid besök i primärvård, M.	80	83	75	75	78	81	84	86	
	Uppfattning om väntetid vid besök i primärvård	81	83	76	75	79	81	86	86	
19	Vårdcentralers tillgänglighet per telefon	↑ 60	↑ 63	↑ 59	↓ 56	↓ 65	↑ 59	↑ 66	↑ 70	
20	Sjukvårdsrådgivningens tillgänglighet per telefon	↓ 59	↓ 62	↓ 57	↑ 69	↓ 61	↓ 51	↑ 78	↓ 67	
21	Väntat > 90 dagar, besök i specialiserad vård	↑ 10,3	↑ 17,1	↑ 12,0	↓ 10,3	↑ 15,2	↓ 4,3	↑ 3,5	↓ 3,5	
22	Väntat > 90 dagar, behandling i specialiserad vård	↓ 11,5	↓ 12,5	↓ 13,2	↓ 15,9	↑ 14,4	↑ 6,7	↓ 13,4	↓ 4,7	

	Gotland	Blekinge	Skåne	Halland	V. Götaland	Värmland	Örebro	Västmanland	Dalarna	Gävleborg	Västernorrland	Jämtland	Västerbotten	Norrbottn
	↑ 83,6	↓ 82,8	↑ 83,1	↑ 84,1	↑ 83,1	↑ 82,4	↑ 82,9	↑ 82,7	↓ 82,8	↑ 82,0	↑ 82,4	↑ 82,4	↑ 83,2	↑ 82,5
	↑ 79,2	↓ 79,0	↑ 79,0	↑ 79,9	↑ 78,9	↓ 77,9	↓ 78,5	↑ 78,7	↑ 78,9	↑ 78,1	↑ 77,8	↑ 78,5	↑ 78,9	↑ 78,1
	66	65	69	73	68	70	66	66	69	65	69	67	65	66
	76	71	75	78	72	69	75	72	73	71	73	65	75	72
	71	68	72	75	70	70	70	69	71	68	71	66	70	69
	23	16	20	20	20	16	17	20	21	21	21	17	24	21
	17	12	13	12	14	12	12	17	13	12	13	15	11	12
	21	14	17	16	17	14	15	18	17	17	17	16	17	16
	↑ 35,9	↓ 31,5	↓ 40,1	↓ 27,8	↓ 32,7	↓ 33,5	↑ 35,8	↓ 39,9	↓ 33,2	↓ 38,9	↓ 30,3	↓ 38,1	↑ 24,3	↓ 33,5
	↑ 54,8	↓ 61,4	↑ 64,4	↑ 48,8	↑ 53,4	↓ 52,1	↑ 53,0	↑ 56,1	↑ 49,6	↑ 57,5	↑ 57,8	↑ 48,4	↑ 40,5	↓ 47,7
	↑ 44,5	↓ 46,0	↓ 51,6	↑ 37,8	↓ 42,7	↓ 42,7	↑ 44,1	↑ 47,8	↑ 41,2	↓ 47,8	↑ 43,5	↓ 43,2	↑ 31,9	↓ 40,6
	↑ 39,3	↑ 37,1	↑ 35,6	↑ 29,1	↑ 36,5	↑ 43,4	↑ 43,7	↑ 39,7	↑ 44,7	↑ 44,2	↑ 43,1	↑ 45,7	↑ 36,8	↑ 41,4
	↑ 44,6	↑ 54,5	↑ 51,2	↑ 37,2	↑ 55,9	↑ 65,4	↑ 55,5	↓ 60,7	↑ 61,1	↑ 63,2	↑ 63,5	↑ 55,0	↑ 52,0	↑ 69,5
	↑ 41,7	↑ 45,7	↑ 42,8	↑ 33,0	↑ 45,6	↑ 53,8	↑ 49,5	↑ 49,4	↑ 52,5	↑ 53,0	↑ 52,5	↑ 50,1	↑ 44,0	↑ 54,6
	↓ 37,3	↑ 42,2	↑ 38,4	↑ 27,5	↑ 39,1	↑ 45,4	↑ 39,7	↑ 35,2	↑ 37,4	↑ 33,9	↑ 42,5	↓ 50,2	↑ 35,8	↓ 42,8
	↑ 105,3	↑ 102,3	↑ 101,9	↑ 80,5	↑ 105,0	↑ 108,0	↑ 113,2	↑ 93,3	↑ 101,1	↑ 101,9	↑ 118,5	↑ 107,5	↑ 102,4	↑ 130,0
	↑ 68,7	↑ 71,0	↑ 68,3	↑ 52,9	↑ 70,5	↑ 75,5	↑ 74,6	↑ 62,8	↑ 67,8	↑ 66,4	↑ 78,4	↑ 78,2	↑ 67,7	↓ 84,7
	↓ 1 302	↑ 1 003	↓ 1 056	↑ 958	↑ 1 087	↓ 1 151	↑ 1 042	↓ 1 185	↓ 1 214	↓ 1 052	↑ 1 149	↑ 934	↑ 1 179	↑ 1 077
	↓ 1 604	↓ 1 309	↓ 1 409	↑ 1 153	↑ 1 308	↑ 1 422	↑ 1 302	↑ 1 379	↑ 1 420	↑ 1 263	↑ 1 340	↑ 1 104	↑ 1 344	↑ 1 332
	↓ 1 435	↓ 1 141	↓ 1 204	↑ 1 041	↑ 1 180	↓ 1 267	↑ 1 151	↑ 1 257	↓ 1 294	↑ 1 142	↑ 1 223	↑ 1 010	↑ 1 247	↑ 1 184
	↓ 14,3	↓ 30,0	↑ 66,5	↑ 62,5	↑ 55,3	↓ 54,8	↓ 53,1	↓ 46,3	↑ 51,6	↓ 35,5	↑ 60,8	↑ 70,0	↑ 54,8	↓ 13,3
	↓ 12,6	↓ 11,3	↓ 9,9	↓ 6,9	↓ 11,0	↓ 8,2	↓ 8,2	↓ 9,6	↓ 8,4	↑ 8,4	↓ 8,5	↓ 8,4	↓ 12,1	↓ 7,0
	97,1	98,7	96,0	98,3	96,2	98,1	98,4	97,3	97,0	97,2	97,2	96,7	97,2	97,5
		↑ 82	↑ 76	↑ 86	↑ 77	↑ 72	↑ 79	↑ 77	↑ 79	↑ 68	↑ 73	↓ 73	↑ 82	↓ 73
		↑ 82	↑ 78	↓ 85	↑ 77	↑ 71	↑ 80	↑ 78	↓ 75	↑ 69	↑ 77	↑ 76	↑ 78	↓ 75
		↑ 82	↑ 77	↑ 86	↑ 77	↑ 72	↑ 79	↑ 78	↑ 77	↑ 69	↑ 75	↓ 74	↑ 80	↓ 74
		↓ 55	↑ 55	↓ 62	↑ 55	↓ 57	↓ 55	↑ 58	↓ 52	↑ 57	↓ 53	↑ 57	↑ 55	↓ 52
		↓ 58	↑ 57	↓ 67	↑ 56	↑ 56	↓ 50	↑ 59	↑ 55	↑ 57	↓ 49	↓ 56	↑ 58	↓ 55
		↓ 57	↑ 56	↓ 64	↑ 55	↓ 57	↓ 53	↑ 60	↑ 53	↑ 57	↓ 51	↓ 57	↑ 56	↓ 54
		↓ 65	↓ 63	↓ 64	↓ 63	↑ 66	↑ 74	↓ 63	↓ 65	↓ 57	↓ 62	↓ 64	↓ 70	↓ 64
		↓ 70	↓ 67	↓ 70	↓ 69	↑ 74	↓ 73	↑ 69	↓ 71	↓ 61	↓ 62	↓ 67	↑ 75	↓ 65
		↓ 67	↓ 65	↓ 66	↓ 65	↑ 69	↑ 74	↑ 66	↓ 68	↓ 59	↓ 62	↓ 66	↑ 72	↓ 65
	90	90	89	92	87	88	88	87	89	88	87	88	88	
	91	93	91	93	90	91	90	91	90	90	89	90	90	
	90	91	89	92	88	89	88	89	89	89	88	89	89	
	79	77	78	81	75	77	75	75	74	77	74	77	74	
	81	80	81	84	78	80	78	80	78	78	77	79	74	
	79	78	79	82	76	78	76	77	76	77	74	78	74	
	80	79	78	82	76	77	75	76	77	77	76	77	76	
	79	80	80	83	77	78	76	79	77	78	77	77	74	
	79	79	79	82	76	77	76	77	77	77	76	77	75	
	↑ 96,2	↓ 93,6	↓ 90,0	↓ 97,3	↑ 94,9	↑ 95,0	↑ 92,3	↑ 86,5	↑ 83,1	↓ 88,8	↑ 93,2	↑ 93,0	↑ 90,7	↓ 86,4
	79	82	82	86	81	82	81	79	80	83	84	80	79	
	80	81	79	86	80	80	81	76	79	80	81	80	77	
	79	81	81	86	80	81	81	77	80	82	83	80	78	
		↓ 63	↑ 45	↓ 70	↑ 66	↓ 33	↑ 64	↓ 54	↑ 69	↑ 61	↑ 61	↓ 40	↑ 62	↓ 62
		↓ 67	↓ 56	↑ 78	↑ 50	↑ 58	↑ 74	↓ 50	↓ 61	↓ 48	↓ 53	↑ 65	↓ 51	↓ 64
	↓ 8,0	↓ 12,5	↑ 3,4	↑ 3,5	↑ 9,9	↑ 8,5	↓ 11,8	↓ 7,0	↑ 14,9	↑ 9,7	↓ 34,6	↑ 4,2	↑ 10,7	↑ 5,9
	↓ 8,2	↑ 6,0	↓ 4,1	↑ 2,4	↑ 7,8	↓ 13,7	↑ 11,3	↓ 23,3	↓ 29,8	↑ 10,7	↓ 31,6	↓ 16,7	↑ 13,3	↓ 5,2

Kv. = Kvinnor M. = Män ↑ = Förbättrat värde ↓ = Försämrat värde		RIKET	Stockholm	Uppsala	Sörmland	Östergötland	Jönköping	Kronoberg	Kalmar	
Kostnader										
23	Strukturjusterad hälso- och sjukvårdskostnad	↓ 20 238	↓ 21 585	↑ 19 737	↓ 19 271	↓ 18 283	↓ 19 898	↓ 20 316	↓ 19 027	
24	Kostnad per konsumerad DRG-poäng	↑ 43 218	↑ 41 889	↑ 41 499	↑ 43 166	↑ 44 745	↓ 43 437	↓ 44 399	↑ 38 320	
25	Kostnad per vårdkontakt i primärvård	↑ 1 283	↑ 1 219	↑ 1 263	↓ 1 547	↑ 1 178	↓ 1 455	↑ 1 176	↓ 1 358	
Områdesvisa indikatorer										
Graviditet, förlossning och nyföddhetsvård										
26	Rökning/snusning under graviditet, Kv.	5,54	4,11	3,48	6,36	6,48	6,32	4,69	7,60	
27	Tidiga aborter	↑ 77,1	↑ 75,9	↑ 77,0	↑ 81,9	↑ 80,3	↓ 83,0	↑ 79,3	↑ 82,2	
28	Dödfödda barn	↑ 3,03	↑ 2,57	↑ 2,49	↑ 3,11	↑ 2,87	↓ 4,15	↑ 3,03	↑ 3,74	
29	Neonatal dödlighet	↑ 1,75	↑ 1,55	↑ 1,50	↑ 2,21	↑ 1,57	↑ 2,55	↑ 2,01	↑ 2,47	
30	Låg Apgar-poäng hos nyfödda	↑ 1,13	↑ 0,93	↑ 0,95	↓ 1,19	↑ 1,30	↓ 1,37	↑ 1,07	↑ 1,35	
31	Bristningar vid förlossning	↑ 3,78	↑ 4,64	↓ 2,82	↓ 4,51	↑ 4,11	↑ 2,79	↓ 4,00	↑ 3,80	
32	Kejsarsnitt vid okomplicerad graviditet	7,95	9,37	9,26	8,28	7,05	5,93	9,20	7,35	
Kvinnosjukvård										
34	Oönskade händelser efter borttagande av livmoder	2,11	3,25	1,24	2,85	1,69	1,36	1,68	1,23	
35	Komplikationsfrihet, hysterektomi	71,3		66,0	50,0	70,8	66,7	74,5	80,0	
36	Komplikationsfrihet, operation livmoderframfall	77,3		76,3		76,8	74,9	62,5	79,9	
37	Dagkirurgiska operationer vid livmoderframfall	↑ 17,7	↓ 1,5	↓ 0,5	↑ 70,8	↑ 66,9	↑ 22,8	↓ 4,8	↑ 4,0	
39	Väntat > 90 dagar, gynekologisk operation	↑ 7,1	↑ 14,3	↑ 5,7	↓ 13,0	↑ 0,0	↑ 0,0	↑ 0,9	↑ 0,0	
40	Väntat > 90 dagar, gynekologisk mottagning	↓ 5,0	↑ 2,7	↓ 17,4	↓ 7,2	↑ 1,4	↑ 0,0	↓ 2,8	↑ 1,8	
Rörelseorganens sjukdomar										
41	Implantatöverlevnad, total knäprotesoperation, Kv.	96,0	96,0	94,5	97,9	97,8	97,3	95,1	97,3	
	Implantatöverlevnad, total knäprotesoperation, M.	95,6	96,2	96,6	97,4	93,5	91,3	97,4	95,9	
	Implantatöverlevnad, total knäprotesoperation	95,9	96,0	95,2	97,7	96,4	95,7	96,1	96,9	
42	Implantatöverlevnad, total höftprotesoperation, Kv.	↓ 95,7	↓ 95,4	↑ 94,6	↑ 97,5	↓ 97,9	↓ 96,3	↓ 95,2	↓ 97,8	
	Implantatöverlevnad, total höftprotesoperation, M.	↑ 93,5	↓ 93,0	↓ 89,4	↑ 96,4	↓ 95,4	↑ 95,5	↓ 91,7	↓ 96,8	
	Implantatöverlevnad, total höftprotesoperation	↓ 94,8	↓ 94,6	↓ 92,7	↑ 97,1	↓ 96,9	↓ 95,9	↓ 93,7	↓ 97,4	
43	Omoperation, total höftprotesoperation, Kv.	↓ 1,64	↓ 1,88	↓ 1,92	↓ 1,04	↓ 1,55	↓ 2,05	↑ 0,33	↓ 1,64	
	Omoperation, total höftprotesoperation, M.	↓ 1,99	↓ 2,28	↓ 2,53	↑ 1,11	↓ 1,94	↑ 1,56	↑ 0,45	↓ 2,49	
	Omoperation, total höftprotesoperation	↓ 1,78	↓ 2,04	↓ 2,17	↓ 1,07	↓ 1,72	↓ 1,85	↑ 0,38	↓ 2,00	
44	Patientrapporterat resultat, total höftprotesop, Kv.	0,382	0,373	0,370	0,452	0,304	0,373	0,365	0,334	
	Patientrapporterat resultat, total höftprotesop, M.	0,345	0,348	0,324	0,431	0,282	0,324	0,312	0,290	
	Patientrapporterat resultat, total höftprotesoperation	0,367	0,364	0,353	0,442	0,295	0,351	0,342	0,314	
45	Oönskade händelser, knä- och total höftprotesop, Kv.	↑ 2,92	↑ 2,96	↓ 2,61	↓ 2,46	↑ 3,85	↓ 3,33	↑ 2,42	↑ 2,40	
	Oönskade händelser, knä- och total höftprotesop, M.	↓ 4,06	↓ 4,77	↓ 5,40	↑ 2,83	↑ 4,96	↓ 4,02	↓ 4,10	↓ 4,66	
	Oönskade händelser, knä- och total höftprotesop.	↑ 3,36	↑ 3,56	↓ 3,70	↓ 2,61	↑ 4,23	↓ 3,63	↑ 3,09	↓ 3,40	
46	Väntetid inför höftfrakturoperation, Kv.	↑ 25	↑ 26		↑ 25	↑ 23	↓ 20	↑ 22	↑ 18	
	Väntetid inför höftfrakturoperation, M.	↑ 25	↑ 26		↑ 24	↑ 22	↓ 23	↑ 32	↓ 21	
	Väntetid inför höftfrakturoperation	↑ 25	↑ 26		↑ 25	↑ 22	↓ 21	↑ 25	↑ 19	
47	Protesoperation vid höftfraktur, Kv.	↑ 61,1	↑ 57,4	↓ 67,7	↑ 50,0	↓ 62,3	↓ 53,6	↓ 64,7	↑ 61,9	
	Protesoperation vid höftfraktur, M.	↑ 53,0	↑ 51,4	↑ 63,9	↑ 32,8	↓ 56,4	↓ 48,9	↓ 54,4	↑ 52,3	
	Protesoperation vid höftfraktur	↑ 58,5	↑ 55,5	↑ 66,6	↑ 44,9	↓ 60,3	↓ 52,2	↓ 61,8	↑ 58,7	
48	Läkemedel mot benskörhet efter fraktur, Kv.	↑ 13,7	↑ 13,5	↑ 19,2	↑ 16,8	↓ 11,8	↑ 16,9	↓ 15,1	↓ 16,1	
49	Artroskopi i knäleden vid artros eller meniskskada, Kv.	↓ 193,1	↓ 310,1	↓ 164,8	↓ 175,4	↑ 131,8	↓ 238,5	↑ 112,1	↓ 338,8	
	Artroskopi i knäleden vid artros eller meniskskada, M.	↓ 266,9	↓ 406,6	↓ 245,5	↓ 244,3	↑ 149,6	↓ 312,3	↑ 199,6	↓ 445,0	
	Artroskopi i knäleden vid artros eller meniskskada	↓ 230,5	↓ 358,8	↓ 205,0	↓ 210,2	↑ 141,0	↓ 276,8	↑ 157,0	↓ 393,0	
50	Biologiska läkemedel vid reumatoid artrit, Kv.	↑ 242,6	↑ 298,2	↑ 207,8	↑ 195,3	↑ 193,1	↑ 215,3	↑ 167,8	↑ 248,0	
	Biologiska läkemedel vid reumatoid artrit, M.	↑ 120,1	↑ 134,9	↑ 107,6	↑ 87,6	↑ 111,1	↑ 90,9	↑ 106,4	↑ 137,7	
	Biologiska läkemedel vid reumatoid artrit	↑ 180,5	↑ 214,7	↑ 156,8	↑ 140,6	↑ 151,9	↑ 152,4	↑ 137,1	↑ 192,3	
51	Patientrapporterad hälsa, biologiska läkemedel, Kv.	↓ 33,3	↓ 37,3	↓ 26,6	↓ 41,8	↑ 33,1	↓ 35,7	↑ 65,5	↑ 28,3	
	Patientrapporterad hälsa, biologiska läkemedel, M.	↑ 38,2	↑ 45,1	↓ 44,3	↑ 49,4	↑ 36,4	↑ 44,2	↑ 51,3	↓ 33,0	
	Patientrapporterad hälsa, biologiska läkemedel	↓ 34,8	↓ 39,6	↓ 33,2	↑ 44,4	↑ 34,2	↑ 38,6	↑ 59,2	↑ 29,9	

	Gotland	Blekinge	Skåne	Halland	V. Götaland	Värmland	Örebro	Västmanland	Dalarna	Gävleborg	Västernorrland	Jämtland	Västerbotten	Norrbottn
	↓ 22 352	↓ 21 415	↓ 19 552	↓ 19 901	↓ 19 634	↓ 19 827	↓ 20 126	↓ 20 302	↓ 20 614	↓ 20 468	↓ 21 238	↓ 21 068	↓ 20 499	↓ 20 994
	↑ 43 203	↑ 44 948	↑ 42 609	↓ 43 610	↓ 45 087	↑ 47 275	↑ 45 411	↑ 41 544	↑ 43 807	↑ 44 537	↓ 51 941	↓ 44 990	↑ 43 031	↑ 47 181
	↑ 1 356	↓ 1 373	↓ 1 242	↓ 1 228	↓ 1 328	↑ 1 279	↑ 1 187	↑ 1 238	↓ 1 139	↓ 1 411	↑ 1 437	↓ 1 738	↑ 1 237	↑ 1 369
	5,98	6,39	6,03	6,03	5,70	6,66	6,94	6,62	7,65	7,07	7,63	3,60	4,54	4,18
	↑ 77,7	↑ 73,5	↑ 73,5	↑ 79,6	↑ 76,7	↑ 78,7	↑ 80,7	↑ 77,1	↑ 74,4	↑ 78,1	↓ 79,4	↑ 77,0	↑ 82,8	↓ 77,9
	↑ 2,78	↓ 4,47	↑ 3,05	↓ 2,91	↑ 3,16	↑ 2,64	↑ 3,39	↑ 3,05	↑ 3,44	↑ 3,23	↓ 4,08	↓ 3,57	↑ 3,06	↑ 3,14
	↓ 3,19	↑ 2,59	↑ 1,55	↓ 1,94	↑ 1,79	↑ 1,72	↑ 1,49	↑ 1,87	↑ 1,90	↑ 1,15	↑ 1,72	↑ 1,72	↑ 1,14	↓ 2,81
	↑ 1,11	↑ 1,33	↑ 1,31	↓ 0,85	↑ 1,22	↑ 1,01	↓ 1,08	↑ 1,56	↑ 0,95	↑ 0,94	↑ 0,88	↓ 1,41	↓ 1,31	↑ 0,99
	↓ 4,33	↑ 4,63	↑ 4,08	↑ 3,02	↑ 3,20	↓ 2,94	↑ 3,32	↓ 2,68	↑ 3,24	↑ 2,65	↑ 4,19	↑ 3,07	↑ 4,08	↑ 3,03
	9,12	6,28	6,57	8,74	7,05	7,63	7,65	9,53	9,77	9,35	8,95	6,55	7,74	6,73
	2,23	2,65	1,85	1,77	2,34	1,83	1,15	1,19	2,62	1,13	0,92	2,25	1,64	1,63
		79,1	74,4	74,2	71,3		72,0	79,2	66,7	75,6	75,2	62,2	64,7	70,3
			83,8	65,2	76,7		77,2	74,4	82,2	77,3	77,8	74,7	78,0	79,4
	↑ 0,0	↑ 9,6	↑ 22,2	↑ 5,7	↓ 11,6	↑ 32,2	↑ 20,7	↑ 6,8	↑ 8,1	↓ 31,8	↑ 56,3	↑ 18,5	↑ 10,1	↑ 31,9
	↑ 0,0	↓ 3,3	↓ 9,6	↓ 5,3	↑ 0,0	↑ 0,0	↑ 0,0	↓ 13,0	↑ 11,5	↑ 1,8	↑ 0,0	↓ 3,9	↓ 1,9	↑ 0,7
	↑ 0,0	↑ 7,2	↓ 7,3	↑ 2,3	↑ 1,1	↓ 3,8	↓ 7,2	↓ 1,9	↑ 2,1	↓ 13,9	↓ 5,9	↑ 2,0	↓ 5,4	↓ 2,4
	84,8	97,5	94,6	97,7	96,6	95,8	95,9	97,0	96,4	92,4	97,6	94,5	95,8	96,0
	93,0	95,3	95,9	96,2	96,0	93,9	96,2	99,6	97,0	84,3	97,4	96,9	98,7	96,9
	88,0	96,6	95,0	97,2	96,4	95,1	96,0	98,0	96,6	89,6	97,5	95,1	97,0	96,3
	↑ 94,4	↑ 96,0	↓ 93,3	↓ 91,0	↑ 96,3	↓ 95,9	↑ 96,6	↓ 96,6	↑ 98,1	↑ 96,0	↑ 97,1	↓ 94,0	↓ 97,5	↑ 96,6
	↑ 89,4	↑ 93,5	↑ 90,9	↓ 93,0	↓ 92,3	↓ 93,1	↓ 96,7	↓ 93,4	↓ 96,7	↑ 95,2	↑ 95,5	↓ 95,3	↑ 97,8	↑ 95,4
	↑ 92,0	↑ 94,9	↑ 92,4	↓ 91,8	↓ 94,7	↑ 94,8	↑ 96,6	↓ 95,1	↑ 97,5	↑ 95,7	↑ 96,5	↓ 94,5	↑ 97,7	↑ 96,2
	↑ 2,40	↑ 1,02	↓ 1,42	↓ 1,38	↑ 1,62	↓ 1,95	↓ 1,13	↓ 2,49	↓ 1,28	↓ 2,50	↑ 1,96	↑ 1,21	↓ 0,79	↑ 1,51
	↑ 0,90	↑ 2,40	↓ 1,99	↓ 2,58	↓ 1,77	↓ 3,72	↑ 1,95	↓ 2,19	↑ 1,13	↑ 2,29	↓ 1,82	↓ 2,77	↑ 0,66	↑ 1,47
	↑ 1,75	↑ 1,62	↓ 1,66	↓ 1,88	↓ 1,68	↓ 2,61	↓ 1,47	↓ 2,37	↓ 1,22	↓ 2,41	↑ 1,90	↑ 1,83	↓ 0,74	↑ 1,49
	0,464	0,404	0,402	0,380	0,370	0,396	0,392	0,431	0,411	0,356	0,375	0,480	0,407	0,421
	0,306	0,364	0,383	0,323	0,329	0,324	0,320	0,341	0,363	0,364	0,397	0,305	0,369	0,379
	0,387	0,386	0,394	0,356	0,352	0,368	0,360	0,396	0,390	0,360	0,384	0,413	0,389	0,403
	↓ 2,74	↓ 2,47	↑ 2,74	↑ 3,00	↑ 2,51	↓ 3,58	↓ 3,60	↑ 2,85	↓ 3,02	↓ 3,63	↓ 2,83	↑ 2,15	↑ 3,06	↑ 3,33
	↓ 6,10	↓ 4,48	↑ 3,21	↓ 5,78	↓ 3,02	↑ 4,54	↓ 4,53	↓ 3,76	↓ 5,08	↓ 4,06	↓ 4,22	↓ 3,31	↑ 4,01	↑ 2,70
	↓ 3,80	↓ 3,34	↑ 2,90	↓ 4,19	↑ 2,73	↑ 4,02	↓ 3,90	↓ 3,18	↓ 3,87	↓ 3,76	↓ 3,27	↑ 2,67	↑ 3,48	↑ 3,00
	↓ 23	↑ 24	↑ 27	↓ 37	↑ 26	↑ 24	↓ 26		↑ 23	↓ 14	↑ 14	↑ 25	↓ 19	21
	↓ 31	↑ 22	↑ 27	↓ 31	↑ 27	↑ 28	↓ 26		↑ 21	↓ 31	↑ 10	↑ 21	↑ 17	17
	↓ 25	↑ 24	↑ 27	↓ 35	↑ 26	↑ 25	↓ 26		↑ 22	↓ 19	↑ 12	↑ 24	↑ 17	20
	↑ 54,6	↓ 61,1	↓ 67,8	↑ 66,1	↑ 64,2	↑ 60,8	↑ 58,1	↑ 67,6	↑ 60,9	↑ 61,7	↑ 58,1	↑ 55,5	↑ 44,1	↑ 61,8
	↑ 59,2	↓ 54,6	↑ 68,4	↑ 59,5	↑ 57,3	↑ 47,5	↑ 46,8	↓ 44,6	↑ 52,4	↑ 48,4	↑ 45,5	↓ 36,7	↑ 38,7	↑ 47,6
	↑ 56,3	↓ 59,1	↓ 68,0	↑ 64,1	↑ 61,9	↑ 56,8	↑ 54,0	↑ 60,6	↑ 58,3	↑ 57,5	↑ 52,9	↑ 49,6	↑ 41,9	↑ 57,5
	↑ 9,7	↓ 9,5	↓ 13,2	↓ 14,4	↑ 14,1	↑ 12,3	↑ 13,7	↑ 15,0	↑ 14,7	↓ 11,5	↓ 12,1	↓ 10,8	↑ 14,7	↓ 9,9
	↓ 230,8	↑ 148,2	↓ 117,5	↓ 249,7	↓ 168,0	↑ 81,3	↓ 144,0	↑ 138,6	↓ 171,7	↓ 186,7	↑ 80,6	↑ 194,6	↓ 182,9	↓ 159,8
	↓ 305,0	↑ 271,4	↓ 165,3	↓ 368,8	↑ 220,3	↑ 128,2	↓ 206,2	↑ 219,8	↓ 293,6	↓ 270,1	↑ 148,9	↓ 241,5	↓ 266,2	↓ 222,3
	↓ 268,0	↑ 211,3	↓ 141,6	↓ 309,1	↓ 194,6	↑ 105,5	↓ 175,5	↑ 179,9	↓ 233,7	↓ 229,4	↑ 115,5	↑ 218,5	↓ 225,5	↓ 192,0
	↑ 331,7	↑ 233,0	↑ 311,9	↑ 276,5	↑ 192,4	↑ 258,0	↑ 164,6	↑ 244,2	↑ 254,2	↑ 204,0	↑ 140,9	↑ 266,8	↑ 239,5	↑ 187,0
	↑ 176,4	↑ 143,8	↑ 146,4	↑ 150,0	↑ 97,8	↑ 172,5	↑ 76,5	↑ 114,9	↑ 130,3	↑ 92,5	↑ 67,1	↑ 137,0	↑ 99,1	↑ 126,5
	↑ 252,5	↑ 188,8	↑ 227,5	↑ 212,3	↑ 144,6	↑ 214,8	↑ 119,7	↑ 178,9	↑ 191,8	↑ 147,8	↑ 103,7	↑ 201,5	↑ 169,1	↑ 157,1
	↓ 24,5	↓ 20,1	↓ 27,1	↓ 27,4	↓ 33,1	↓ 21,3	↓ 30,2	↓ 27,7	↑ 40,8	↑ 35,9	↑ 35,4	↓ 35,5	↓ 36,1	↑ 37,4
	↑ 29,8	↑ 39,5	↑ 33,7	↓ 32,8	↓ 32,0	↓ 20,5	↑ 14,5	↓ 38,0	↓ 34,6	↑ 48,2	↑ 28,3	↓ 29,3	↓ 41,3	↑ 33,9
	↓ 26,3	↓ 24,3	↓ 29,5	↓ 29,4	↓ 32,7	↓ 21,0	↓ 25,7	↓ 30,6	↓ 39,0	↑ 39,4	↑ 33,0	↓ 33,4	↓ 37,8	↑ 36,4

Kv. = Kvinnor M. = Män ↑ = Förbättrat värde ↓ = Försämrat värde			RIKET	Stockholm	Uppsala	Sörmland	Östergötland	Jönköping	Kronoberg	Kalmar	
52	Patienttrapp. hälsa initial vård, reumatoid artrit , Kv.	↑	40,9	↑ 43,5	↓ 35,8	↓ 41,5	↑ 48,0	↓ 37,6	↓ 34,9	↑ 40,6	
	Patienttrapp. hälsa initial vård, reumatoid artrit , M.	↑	50,6	↑ 59,0	↑ 57,1	↑ 60,1	↓ 33,9			↑ 46,9	
	Patienttrapp. hälsa initial vård, reumatoid artrit	↑	44,0	↑ 48,0	↓ 40,2	↑ 49,0	↑ 44,2	↓ 45,2	↓ 45,2	↑ 42,9	
53	Väntat > 90 dagar, besök ortopedisk mottagning	↑	15,5	↓ 34,6	↑ 13,6	↓ 11,7	↑ 9,6	↑ 2,2	↑ 2,6	↑ 0,0	
54	Väntat > 90 dagar, knä- och total höftprotesoperation	↓	12,3	↑ 8,5	↓ 27,3	↓ 14,9	↑ 9,6	↓ 4,1	↓ 12,9	↓ 2,4	
Diabetesvård											
57	Blodsockervärde vid kostbehandlad diabetes, Kv.	↑	86,7	↓ 84,6	↓ 83,7	↑ 88,4	↓ 88,9	↓ 90,7	↑ 92,2	↑ 84,7	
	Blodsockervärde vid kostbehandlad diabetes, M.	↑	83,7	↓ 81,5	↑ 86,1	↓ 85,2	↓ 85,3	↑ 88,1	↑ 87,6	↑ 81,3	
	Blodsockervärde vid kostbehandlad diabetes	↑	84,9	↓ 82,9	↑ 85,0	↓ 86,6	↓ 86,9	↑ 89,3	↑ 89,6	↑ 82,8	
58	Högt systoliskt blodtryck, Kv.	↑	61,0	↑ 60,6	↓ 54,3	↓ 58,1	↑ 67,9	↑ 66,7	↑ 61,2	↑ 64,9	
	Högt systoliskt blodtryck, M.	↑	59,6	↑ 58,2	↑ 54,1	↑ 59,1	↑ 67,9	↑ 65,1	↓ 56,4	↑ 63,8	
	Högt systoliskt blodtryck	↑	60,2	↑ 59,1	↑ 54,2	↑ 58,7	↑ 67,9	↑ 65,8	↓ 58,4	↑ 64,2	
59	Måluppfyllelse för LDL-kolesterol, Kv.	↓	38,9	↑ 35,7	↓ 32,2	↑ 42,6	↑ 45,0	↓ 38,4	↑ 43,9	↑ 40,8	
	Måluppfyllelse för LDL-kolesterol, M.	↑	43,9	↑ 42,7	↓ 37,2	↑ 47,4	↑ 53,0	↑ 45,7	↓ 48,1	↑ 43,5	
	Måluppfyllelse för LDL-kolesterol	↓	41,9	↑ 39,9	↓ 35,2	↑ 45,3	↑ 49,7	↑ 42,7	↓ 46,4	↑ 42,4	
60	Blodfettssänkande läkemedelsbehandling , Kv.	↑	59,2	↑ 57,4	↑ 56,6	↑ 62,8	↑ 64,7	↑ 57,7	↑ 67,9	↑ 58,6	
	Blodfettssänkande läkemedelsbehandling , M.	↑	61,3	↑ 60,1	↑ 56,7	↑ 65,0	↑ 67,6	↑ 60,2	↑ 67,2	↑ 62,1	
	Blodfettssänkande läkemedelsbehandling	↑	60,3	↑ 58,9	↑ 56,7	↑ 63,8	↑ 66,2	↑ 58,9	↑ 67,3	↑ 60,5	
61	Måluppfyllelse för blodsockervärde - barn, Flickor	↓	29,4	↓ 28,4	↓ 43,9	↓ 20,6	↓ 35,2	↓ 18,0	↑ 67,9	↓ 26,3	
	Måluppfyllelse för blodsockervärde - barn, Pojkar	↓	33,1	↓ 33,8	↓ 44,3	↓ 28,6	↓ 39,9	↑ 28,8	↑ 62,9	↓ 32,3	
	Måluppfyllelse för blodsockervärde - barn	↓	31,4	↓ 31,4	↓ 44,1	↓ 24,5	↓ 37,7	↓ 23,7	↑ 65,2	↓ 29,5	
62	Insulinpump vid typ 1 diabetes, Kv.	↑	21,7	↓ 19,5	↑ 25,5	↓ 17,4	↓ 15,9	↓ 21,9	↑ 14,9	↑ 19,0	
	Insulinpump vid typ 1 diabetes, M.	↑	13,8	↓ 11,8	↑ 12,7	↑ 13,8	↓ 7,1	↑ 18,7	↑ 12,1	↓ 15,3	
	Insulinpump vid typ 1 diabetes	↑	17,4	↓ 15,3	↑ 18,4	↑ 15,4	↓ 10,9	↓ 20,1	↑ 13,3	↓ 17,1	
63	Metformin vid nedsatt njurfunktion, Kv.	↑	60,6	↑ 56,7	↑ 60,8	↓ 63,2	↑ 60,0	↑ 69,8	↑ 60,3	↓ 63,1	
	Metformin vid nedsatt njurfunktion, M.	↑	38,9	↑ 39,3	↑ 32,8	↓ 45,8	↑ 44,7	↑ 46,4	↑ 29,0	↑ 32,2	
	Metformin vid nedsatt njurfunktion	↑	51,5	↑ 49,6	↑ 50,3	↓ 55,6	↑ 53,9	↑ 61,1	↑ 45,9	↓ 51,9	
Hjärtsjukvård											
64	Dödlighet efter hjärtinfarkt, Kv.	↑	28,1	↑ 27,9	↑ 21,8	↓ 29,8	↑ 29,1	↓ 30,8	↑ 26,1	↑ 29,4	
	Dödlighet efter hjärtinfarkt, M.	↑	30,4	↑ 30,7	↑ 24,6	↑ 29,2	↑ 30,3	↑ 31,5	↑ 26,9	↑ 31,7	
	Dödlighet efter hjärtinfarkt	↑	29,4	↑ 29,4	↑ 23,3	↑ 29,2	↑ 30,0	↓ 30,9	↑ 26,8	↑ 30,8	
65	Dödlighet efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt, Kv.	↑	13,5	↑ 13,4	↑ 12,0	↑ 12,0	↑ 13,3	↑ 12,8	↑ 14,6	↑ 12,6	
	Dödlighet efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt, M.	↑	14,1	↑ 14,2	↑ 13,0	↑ 13,1	↑ 13,5	↑ 12,2	↑ 13,5	↑ 13,8	
	Dödlighet efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt	↑	13,7	↑ 13,6	↑ 12,2	↑ 12,3	↑ 13,3	↑ 12,3	↑ 13,9	↑ 13,1	
66	Ny infarkt eller död i ischemisk hjärtsjukdom, Kv.	↓	14,2	↓ 14,2	↑ 12,9	↓ 13,1	↑ 15,4	↓ 16,0	↓ 15,7	↓ 15,3	
	Ny infarkt eller död i ischemisk hjärtsjukdom, M.	↑	15,1	↓ 14,9	↑ 14,2	↓ 14,4	↑ 11,9	↑ 18,2	↓ 18,2	↑ 17,0	
	Ny infarkt eller död i ischemisk hjärtsjukdom	↑	14,7	↓ 14,6	↑ 13,3	↓ 13,8	↑ 13,5	↓ 17,3	↓ 16,5	↓ 16,3	
67	Reperfusionsterapi vid ST-höjningsinfarkt, Kv.	↑	84,3	↑ 77,5	↑ 90,0	↑ 87,8	↑ 79,2	↑ 93,3	↓ 78,9	↑ 93,8	
	Reperfusionsterapi vid ST-höjningsinfarkt, M.	↑	89,1	↑ 87,4	↓ 84,3	↑ 92,7	↓ 89,7	↑ 93,9	↑ 88,9	↑ 94,9	
	Reperfusionsterapi vid ST-höjningsinfarkt	↑	87,9	↑ 85,2	↑ 85,5	↑ 91,1	↑ 86,9	↑ 93,8	↑ 86,3	↑ 94,6	
68	Kranskärlsröntgen, icke ST-höjningsinfarkt, Kv.	↑	78,1	↑ 77,1	↓ 73,9	↑ 83,8	↑ 82,8	↑ 79,1	↑ 73,3	↑ 85,5	
	Kranskärlsröntgen, icke ST-höjningsinfarkt, M.	↑	83,9	↑ 83,3	↓ 89,2	↑ 94,1	↑ 81,4	↑ 85,0	↓ 71,3	↓ 83,9	
	Kranskärlsröntgen, icke ST-höjningsinfarkt	↑	82,1	↑ 81,4	↓ 85,8	↑ 90,8	↑ 81,8	↑ 83,0	↓ 72,0	↑ 84,3	
69	Clopidogrelbeh. efter icke ST-höjningsinfarkt, Kv.	↑	85,5	↑ 85,1	↓ 88,5	↓ 93,0	↓ 82,5	↑ 87,5	↓ 86,4	↑ 83,0	
	Clopidogrelbeh. efter icke ST-höjningsinfarkt, M.	↑	88,2	↑ 93,0	↓ 93,2	↓ 93,7	↑ 82,6	↓ 84,9	↓ 80,2	↓ 84,5	
	Clopidogrelbehandling efter icke ST-höjningsinfarkt	↑	87,4	↑ 90,4	↓ 92,1	↓ 93,5	↑ 82,5	↑ 85,8	↓ 82,5	↓ 84,0	
70	Blodfettssänkande behandling efter hjärtinfarkt, Kv.	↑	82,5	↑ 78,8	↓ 76,4	↓ 83,7	↑ 87,5	↑ 84,6	↓ 85,5	↓ 83,6	
	Blodfettssänkande behandling efter hjärtinfarkt, M.	↑	85,2	↑ 82,6	↑ 85,2	↑ 91,1	↑ 84,7	↑ 86,6	↓ 82,8	↑ 91,0	
	Blodfettssänkande behandling efter hjärtinfarkt	↑	84,3	↑ 81,1	↑ 82,4	↑ 89,2	↓ 85,7	↑ 86,1	↓ 83,3	↑ 88,8	
71	Döda eller återinskrivna efter vård för hjärtsvikt, Kv.	↓	18,9	↑ 15,6	↑ 18,4	↑ 19,9	↓ 21,0	↓ 20,2	↓ 21,5	↓ 22,7	
	Döda eller återinskrivna efter vård för hjärtsvikt, M.	↑	20,5	↑ 18,0	↓ 20,4	↑ 21,2	↓ 21,7	↓ 20,7	↑ 20,9	↑ 23,4	
	Döda eller återinskrivna efter vård för hjärtsvikt	↓	19,8	↑ 16,9	↑ 19,5	↑ 20,8	↓ 21,2	↓ 20,2	↑ 20,7	↑ 22,9	

	Gotland	Blekinge	Skåne	Halland	V. Götaland	Värmland	Örebro	Västmanland	Dalarna	Gävleborg	Västernorrland	Jämtland	Västerbotten	Norrbotten
	↓ 34,5		↑ 40,1	↑ 39,6	↑ 45,7	↓ 34,7	↑ 26,4	↓ 41,9	↓ 41,9	↑ 38,4	↑ 58,8		↑ 37,4	23,7
	↑ 54,0		↑ 48,0	↓ 45,7	↑ 48,0	↑ 55,6	↑ 36,3		↑ 59,6	↓ 9,4			↑ 53,1	↓ 21,2
	↓ 44,4		↑ 42,6	↑ 41,4	↑ 46,3	↑ 43,2	↑ 29,0	↑ 43,5	↑ 47,8	↓ 27,3	↑ 37,6		↑ 42,7	22,9
	↓ 4,4	↑ 13,2	↑ 0,9	↑ 6,4	↑ 12,0	↑ 0,0	↑ 6,9	↓ 5,7	↓ 16,0	↑ 11,9	↓ 43,3	↓ 6,1	↑ 4,3	↑ 3,7
	↑ 0,0	↓ 10,4	↓ 3,5	↑ 0,7	↓ 4,3	↓ 15,1	↓ 26,0	↓ 28,7	↓ 21,7	↑ 6,7	↓ 30,1	↓ 21,1	↑ 6,6	↑ 6,7
	↑ 94,1	↑ 90,9	↑ 86,6	↑ 89,5	↑ 87,1	↑ 90,5	↑ 78,8	↑ 81,5	↑ 90,1	↑ 89,2	↓ 84,0	↑ 91,1	↓ 84,8	↑ 83,3
	↑ 91,7	↓ 77,5	↑ 85,7	↑ 82,7	↑ 83,9	↑ 88,1	↑ 76,2	↑ 79,1	↑ 87,5	↑ 87,4	↑ 85,4	↓ 83,8	↑ 80,3	↓ 76,2
	↑ 92,7	↓ 83,6	↑ 86,1	↑ 85,7	↑ 85,3	↑ 89,2	↑ 77,4	↑ 80,2	↑ 88,6	↑ 88,2	↑ 84,8	↓ 87,4	↓ 82,4	↓ 79,4
	↓ 49,0	↑ 49,2	↑ 61,3	↑ 60,0	↑ 62,3	↑ 63,4	↑ 60,3	↑ 51,1	↑ 54,5	↑ 64,3	↑ 59,8	↑ 58,3	↓ 65,3	↑ 56,5
	↑ 58,0	↑ 50,2	↑ 57,9	↑ 61,5	↑ 62,1	↑ 61,4	↑ 60,5	↓ 49,6	↑ 52,7	↑ 61,5	↑ 56,2	↑ 58,2	↑ 65,9	↑ 54,7
	↑ 54,4	↑ 49,8	↑ 59,2	↑ 60,9	↑ 62,2	↑ 62,2	↑ 60,4	↓ 50,2	↑ 53,4	↑ 62,6	↑ 57,6	↑ 58,2	↑ 65,6	↑ 55,4
	↑ 36,2	↑ 35,4	↓ 43,0	↓ 35,2	↑ 40,5	↓ 45,6	↓ 45,9	↓ 38,0	↓ 35,9	↓ 38,5	↓ 35,5	↓ 31,7	↑ 40,7	↓ 32,1
	↑ 39,2	↑ 46,1	↓ 47,5	↓ 40,1	↑ 43,3	↓ 49,3	↓ 48,1	↑ 45,3	↓ 39,4	↓ 41,3	↓ 43,2	↓ 37,9	↑ 45,7	↑ 36,5
	↑ 37,9	↑ 41,5	↓ 45,6	↓ 38,2	↑ 42,2	↓ 47,8	↓ 47,2	↑ 42,4	↓ 38,0	↓ 40,2	↓ 40,2	↓ 35,4	↑ 43,7	↓ 34,8
	↑ 51,4	↑ 56,3	↑ 60,9	↑ 54,0	↑ 56,6	↑ 63,9	↑ 63,6	↑ 63,8	↑ 57,2	↑ 57,8	↑ 61,2	↑ 64,2	↑ 62,6	↑ 55,8
	↑ 55,1	↑ 57,7	↑ 63,7	↑ 57,0	↑ 57,9	↑ 64,5	↑ 63,5	↑ 68,8	↑ 59,2	↑ 60,3	↑ 62,8	↑ 62,4	↑ 65,9	↑ 58,9
	↑ 53,2	↑ 56,9	↑ 62,4	↑ 55,6	↑ 57,3	↑ 64,2	↑ 63,4	↑ 66,4	↑ 58,3	↑ 59,1	↑ 61,8	↑ 63,1	↑ 64,3	↑ 57,3
	↑ 25,0	↑ 26,1	↑ 28,5	↓ 28,3	↑ 25,1	↓ 22,6	↑ 37,6	↑ 48,0	↑ 41,1	↓ 28,1	↑ 33,6	↓ 25,0	↓ 17,0	↑ 24,8
	↓ 30,8	↑ 25,3	↑ 36,4	↑ 27,0	↑ 32,0	↑ 29,2	↓ 22,6	↓ 38,5	↓ 38,4	↓ 30,1	↑ 34,2	↓ 28,6	↓ 19,8	↓ 19,1
	↓ 27,6	↑ 25,7	↑ 32,7	↑ 27,5	↓ 28,8	↓ 26,3	↓ 29,6	↑ 43,1	↑ 39,5	↑ 29,4	↑ 33,9	↓ 26,9	↓ 18,5	↓ 21,9
	↓ 24,3	↓ 19,6	↑ 31,0	↑ 24,9	↑ 19,7	↑ 23,8	↑ 13,3	↑ 13,4	↑ 24,9	↑ 23,2	↓ 28,9	↑ 31,9	↓ 24,7	↑ 37,5
	↑ 9,6	↓ 7,8	↑ 21,9	↑ 18,1	↑ 12,8	↑ 13,4	↑ 10,3	↑ 10,7	↑ 14,6	↓ 16,2	↓ 17,2	↓ 12,6	↑ 13,4	↑ 20,1
	↓ 16,6	↓ 12,7	↑ 26,0	↑ 21,0	↑ 15,8	↑ 17,8	↑ 11,6	↑ 12,0	↑ 19,0	↑ 19,4	↓ 22,5	↑ 20,4	↓ 18,6	↑ 27,3
	↑ 85,7	↑ 60,2	↑ 62,4	↓ 64,8	↑ 60,7	↑ 62,4	↑ 53,9	↓ 66,9	↓ 59,9	↑ 57,5	↑ 49,0	↑ 60,4	↑ 50,4	↓ 68,7
	↑ 38,9	↑ 43,3	↑ 44,9	↓ 37,0	↑ 35,6	↑ 35,9	↑ 36,5	↑ 48,3	↑ 34,4	↓ 46,6	↓ 39,1	↓ 39,7	↑ 25,0	↓ 47,6
	↑ 69,8	↑ 53,6	↑ 54,9	↓ 52,7	↑ 49,3	↑ 51,3	↑ 47,2	↑ 59,0	↓ 49,9	↓ 53,2	↑ 44,4	↑ 52,3	↑ 40,1	↓ 59,0
	↑ 19,6	↓ 32,4	↑ 28,1	↓ 29,1	↓ 29,9	↑ 30,8	↑ 31,6	↑ 23,0	↑ 26,8	↑ 24,0	↑ 26,8	↑ 31,4	↑ 25,5	↑ 24,9
	↑ 26,8	↑ 34,3	↑ 31,2	↓ 30,2	↑ 31,1	↑ 33,0	↑ 34,5	↑ 26,4	↑ 28,1	↑ 28,1	↓ 30,2	↓ 34,0	↓ 29,4	↑ 31,8
	↑ 24,1	↓ 33,7	↑ 29,7	↓ 29,7	↓ 30,7	↑ 32,2	↑ 33,2	↑ 25,0	↑ 27,1	↑ 26,0	↑ 28,4	↑ 32,7	↑ 27,6	↑ 29,1
	↑ 8,6	↓ 15,6	↑ 13,4	↑ 15,3	↑ 14,6	↑ 15,3	↑ 13,1	↑ 12,9	↑ 12,1	↑ 12,8	↑ 13,1	↑ 12,0	↑ 12,3	↓ 15,4
	↑ 12,1	↑ 13,7	↑ 14,9	↑ 15,1	↑ 14,0	↑ 14,7	↑ 15,1	↑ 12,3	↑ 12,8	↑ 14,4	↑ 13,9	↑ 13,6	↑ 14,1	↑ 17,8
	↑ 10,8	↓ 14,5	↑ 14,1	↑ 15,1	↑ 14,1	↑ 14,9	↑ 14,2	↑ 12,5	↑ 12,3	↑ 13,4	↑ 13,3	↑ 12,7	↑ 13,1	↓ 16,7
	↓ 20,9	↑ 9,4	↑ 13,4	↑ 10,7	↓ 16,8	↓ 12,1	↓ 12,2	↓ 12,3	↓ 14,1	↓ 13,0	↑ 15,1	↑ 12,1	↑ 15,0	↑ 15,5
	↑ 19,9	↑ 11,2	↑ 15,7	↓ 18,1	↑ 15,2	↓ 17,6	↓ 11,6	↑ 14,2	↑ 12,4	↓ 14,3	↑ 14,5	↓ 13,4	↓ 15,8	↑ 16,5
	↓ 18,5	↑ 11,4	↑ 14,7	↓ 15,0	↑ 15,8	↓ 15,2	↓ 12,0	↑ 12,8	↓ 13,3	↓ 13,4	↑ 15,1	↑ 12,7	↓ 15,3	↑ 16,5
		↑ 90,0	↑ 87,6	↑ 84,4	↑ 83,4	↑ 95,1	↓ 73,9	↑ 86,2	↑ 92,9	↑ 88,5	↑ 81,8	↑ 54,5	↑ 81,8	↑ 79,3
	↑ 89,5	↑ 85,7	↑ 89,5	↑ 88,0	↑ 91,9	↑ 93,1	↑ 87,4	↑ 90,0	↑ 91,4	↑ 84,2	↑ 83,8	↑ 74,3	↑ 86,4	↑ 83,5
	↑ 80,0	↑ 87,0	↑ 89,0	↑ 87,1	↑ 89,8	↑ 93,6	↓ 82,7	↑ 88,9	↑ 91,7	↑ 85,7	↑ 83,3	↑ 69,6	↑ 85,1	↑ 82,5
	↓ 65,2	↑ 85,3	↑ 80,4	↑ 73,7	↑ 73,7	↑ 89,6	↓ 69,3	↑ 81,8	↑ 77,8	↑ 77,2	↑ 81,0	↑ 78,3	↑ 83,3	↑ 68,5
	↑ 81,8	↑ 87,9	↑ 85,8	↑ 77,4	↑ 83,4	↓ 83,6	↓ 73,9	↑ 84,2	↑ 87,0	↑ 86,3	↑ 83,5	↑ 83,9	↑ 88,4	↑ 78,2
	↑ 75,0	↑ 87,0	↑ 83,9	↑ 76,3	↑ 80,4	↑ 85,6	↓ 72,3	↑ 83,5	↑ 84,3	↑ 83,5	↑ 83,0	↑ 82,4	↑ 86,7	↑ 75,1
	↑ 86,4	↑ 81,6	↑ 81,0	↑ 87,7	↑ 85,6	↑ 94,4	↓ 81,4	↑ 93,4	↑ 83,8	↑ 91,0	↑ 84,1	↑ 93,5	↑ 79,2	↑ 87,7
	↑ 96,9	↓ 74,1	↑ 80,0	↑ 84,3	↑ 90,2	↑ 93,0	↓ 88,0	↑ 94,2	↑ 88,8	↑ 98,6	↓ 81,8	↑ 81,8	↑ 90,1	↑ 97,1
	↑ 92,6	↑ 76,5	↑ 80,3	↑ 85,3	↑ 88,8	↑ 93,5	↓ 85,7	↑ 93,9	↑ 87,2	↑ 96,1	↑ 82,4	↑ 84,9	↑ 86,2	↑ 94,4
	↓ 60,3	↑ 88,7	↑ 85,9	↓ 80,0	↑ 80,4	↑ 87,0	↑ 82,4	↑ 91,8	↑ 87,2	↑ 84,8	↑ 76,5	↑ 89,7	↑ 83,2	↓ 81,7
	↓ 79,1	↑ 88,1	↑ 88,1	↓ 83,9	↑ 84,1	↑ 88,3	↑ 87,5	↓ 89,9	↓ 86,7	↑ 88,0	↓ 85,1	↑ 87,4	↑ 84,1	↑ 86,1
	↓ 73,8	↑ 88,1	↑ 87,2	↓ 83,5	↑ 83,2	↑ 88,0	↑ 86,0	↑ 90,3	↑ 86,4	↑ 87,2	↓ 82,3	↑ 87,6	↑ 83,8	↑ 84,6
	↓ 18,1	↑ 21,3	↓ 18,2	↑ 17,9	↓ 17,3	↓ 24,6	↓ 21,1	↑ 21,7	↓ 19,2	↓ 22,8	↓ 20,2	↑ 21,5	↑ 19,3	↑ 20,2
	↑ 21,5	↓ 23,5	↑ 19,1	↑ 17,0	↑ 18,8	↓ 25,4	↑ 24,5	↑ 23,9	↑ 20,7	↓ 25,4	↓ 21,5	↓ 23,8	↑ 20,2	↓ 24,1
	↑ 19,8	↑ 21,4	↓ 18,7	↑ 17,5	↓ 18,2	↓ 25,2	↑ 23,0	↑ 23,0	↓ 19,9	↓ 24,7	↓ 21,1	↓ 22,9	↑ 20,1	↓ 22,6

Kv. = Kvinnor M. = Män ↑ = Förbättrat värde ↓ = Försämrat värde			RIKET	Stockholm	Uppsala	Sörmland	Östergötland	Jönköping	Kronoberg	Kalmar	
72	Väntetid till kranskärlsoperation, Kv.	↑	8,0	↑ 6,5	↓ 9,5	↑ 7,0	↑ 11,0	↓ 13,5	↑ 8,0	↑ 14,5	
	Väntetid till kranskärlsoperation, M.	↑	11,0	↑ 8,0	↑ 10,0	↑ 19,0	↓ 17,0	↓ 20,0	↓ 9,0	↓ 19,0	
	Väntetid till kranskärlsoperation	↑	10,0	↑ 7,0	↑ 9,5	↑ 19,0	↓ 15,5	↓ 19,0	↑ 8,0	↑ 17,0	
73	Väntat > 90 dagar, besök kardiologi	↑	7,3	↓ 2,1	↑ 32,6		↑ 18,5	↑ 0,0	↑ 0,0	↑ 9,9	
Strokesjukvård											
75	Dödlighet efter förstagångsstroke, Kv.	↑	22,6	↑ 21,0	↑ 19,1	↓ 23,4	↓ 24,8	↑ 21,8	↑ 26,4	↑ 23,5	
	Dödlighet efter förstagångsstroke, M.	↑	21,7	↑ 21,4	↓ 17,7	↑ 20,9	↑ 23,5	↑ 20,9	↓ 26,2	↑ 25,9	
	Dödlighet efter förstagångsstroke	↑	22,3	↑ 21,1	↑ 18,5	↓ 22,8	↑ 24,3	↑ 21,6	↓ 26,3	↑ 25,1	
76	Dödlighet efter förstagångsstroke, sjukhusvårdade , Kv.	↑	14,6	↑ 13,6	↓ 14,6	↑ 14,9	↑ 15,5	↑ 13,4	↑ 15,7	↓ 17,2	
	Dödlighet efter förstagångsstroke, sjukhusvårdade , M.	↑	14,5	↑ 14,5	↓ 12,9	↑ 14,7	↑ 14,0	↑ 13,6	↓ 15,5	↑ 18,0	
	Dödlighet efter förstagångsstroke, sjukhusvårdade	↑	14,5	↑ 13,9	↓ 13,9	↑ 15,1	↑ 14,8	↑ 13,3	↑ 15,5	↑ 17,9	
77	Vård vid strokeenhet, Kv.	↑	85,7	↑ 81,4	↑ 88,6	↑ 84,9	↓ 92,8	↑ 87,9	↓ 79,2	↑ 88,4	
	Vård vid strokeenhet, M.	↑	87,3	↑ 81,8	↑ 86,8	↑ 87,2	↓ 93,2	↑ 89,7	↓ 82,4	↑ 92,3	
	Vård vid strokeenhet	↑	86,5	↑ 81,6	↑ 87,6	↑ 86,1	↓ 93,0	↑ 88,9	↓ 80,8	↑ 90,4	
78	Trombolysbehandling vid stroke, Kv.	↑	8,2	↑ 10,7	↓ 5,7	↑ 12,3	↑ 5,3	↑ 7,6	↑ 7,3	↑ 6,4	
	Trombolysbehandling vid stroke, M.	↑	8,4	↑ 11,3	↑ 9,3	↑ 6,9	↑ 7,4	↑ 6,8	↑ 9,3	↓ 6,0	
	Trombolysbehandling vid stroke	↑	8,3	↑ 11,0	↑ 8,0	↑ 9,0	↑ 6,5	↑ 7,1	8,4	↑ 6,1	
79	Blodförtunnande vid stroke och förmaksflimmer, Kv.	↑	65,8	↑ 63,8	↑ 65,8	↑ 72,1	↑ 84,9	↑ 67,9		↑ 52,2	
	Blodförtunnande vid stroke och förmaksflimmer, M.	↑	62,2	↓ 57,7	↑ 64,3	↑ 70,4	↑ 77,5	↑ 63,7	↓ 68,2	↑ 62,9	
	Blodförtunnande vid stroke och förmaksflimmer	↑	63,7	↑ 60,2	↑ 69,4	↑ 72,8	↑ 80,3	↑ 67,6	↓ 67,7	↓ 62,3	
80	Återinsjuknande efter stroke, Kv.	↑	9,4	↓ 11,2	↑ 7,3	↑ 8,4	↑ 7,1	↓ 10,8	↓ 11,4	↑ 7,7	
	Återinsjuknande efter stroke, M.	↑	9,8	↓ 11,7	↑ 9,5	↑ 9,5	↑ 8,3	↑ 11,1	↑ 9,3	↑ 7,1	
	Återinsjuknande efter stroke	↑	9,6	↓ 11,4	↑ 8,5	↑ 8,9	↑ 7,6	↑ 10,9	↑ 10,5	↑ 7,5	
81	Funktionsförmåga efter stroke, Kv.		82,0	82,2	73,2	78,8	81,9	82,9	80,1	79,1	
	Funktionsförmåga efter stroke, M.		82,4	82,5	77,6	81,5	82,1	81,3	81,7	81,4	
	Funktionsförmåga efter stroke		82,2	82,3	75,5	80,2	82,0	82,1	80,9	80,3	
82	Nöjdhet med sjukhusvård vid stroke, Kv.	↓	89,1	↑ 89,1	↑ 88,7	↓ 85,7	↑ 93,5	↑ 93,1	↑ 77,9	↑ 90,6	
	Nöjdhet med sjukhusvård vid stroke, M.	↓	91,4	↓ 89,2	↑ 91,3	↑ 90,4	↑ 93,4	↑ 90,4	↑ 81,2	↓ 92,2	
	Nöjdhet med sjukhusvård vid stroke	↓	90,3	↑ 89,2	↑ 90,2	↓ 88,2	↑ 93,4	↑ 91,7	↑ 79,6	↑ 91,4	
Njursjukvård											
83	Femårsöverlevnad i aktiv uremivård, Kv.		47,5	51,8	50,0	47,8	43,6	51,7	36,7	51,4	
	Femårsöverlevnad i aktiv uremivård, M.		44,4	48,1	42,1	34,0	37,6	44,2	42,7	40,2	
	Femårsöverlevnad i aktiv uremivård		45,5	49,5	44,8	39,6	39,6	46,3	41,0	44,3	
84	Måluppfyllelse för dialysdos vid hemdialys, Kv.		85,3	87,2	80,0	80,0	79,4	90,2	93,8	93,1	
	Måluppfyllelse för dialysdos vid hemdialys, M.		79,5	79,7	81,0	90,7	81,6	84,5	84,6	71,0	
	Måluppfyllelse för dialysdos vid hemdialys	↑	81,6	↓ 82,7	↓ 80,6	↑ 86,3	↑ 80,9	↑ 86,9	↓ 88,1	↑ 78,0	
85	Kärlaccess vid dialys, Kv.		57,4	61,2	24,1	38,7	58,3	43,9	56,3	65,5	
	Kärlaccess vid dialys, M.		71,2	73,6	60,5	58,1	82,1	65,0	83,3	71,0	
	Kärlaccess vid dialys	↑	66,3	↓ 68,6	↑ 45,8	↑ 50,0	↑ 74,6	↑ 56,4	↑ 73,9	↑ 69,2	
86	Njurtransplanterade i aktiv uremivård		49,4	39,8	39,5	52,0	49,4	47,9	54,1	57,8	
Cancersjukvård											
88	Överlevnad vid tjocktarmscancer, Kv.	↑	63,8	↑ 64,3	↓ 61,3	↑ 63,5	↑ 61,8	↑ 61,3	↑ 64,3	↑ 61,8	
	Överlevnad vid tjocktarmscancer, M.	↑	59,6	↑ 60,6	↑ 65,3	↑ 59,0	↑ 65,2	↑ 60,8	↑ 53,8	↑ 59,6	
	Överlevnad vid tjocktarmscancer	↑	61,8	↑ 62,5	↑ 63,2	↑ 61,2	↑ 63,4	↑ 61,1	↑ 59,3	↑ 60,6	
89	Överlevnad vid ändtarmscancer, Kv.	↑	63,3	↑ 65,2	↓ 64,0	↑ 59,8	↑ 65,9	↓ 68,6	↑ 67,9	↑ 59,1	
	Överlevnad vid ändtarmscancer, M.	↑	58,8	↑ 61,0	↓ 62,5	↑ 62,6	↓ 54,5	↑ 59,2	↓ 53,2	↑ 60,7	
	Överlevnad vid ändtarmscancer	↑	60,8	↑ 62,9	↓ 63,1	↑ 61,5	↓ 60,0	↑ 63,6	↑ 60,1	↑ 60,0	
90	Överlevnad vid bröstcancer, Kv.	↑	88,6	↑ 90,1	↓ 90,8	↑ 88,3	↑ 88,0	↑ 89,9	↑ 90,5	↑ 88,5	
91	Överlevnad vid lungcancer, Kv.	↑	45,0	↑ 47,6	↑ 52,3	↓ 38,8	↑ 48,0	↑ 47,6	↑ 44,4	↓ 43,9	
	Överlevnad vid lungcancer, M.	↑	38,0	↑ 41,2	↑ 40,7	↓ 31,5	↑ 40,8	↑ 38,8	↑ 37,8	↑ 37,4	
	Överlevnad vid lungcancer	↑	41,2	↑ 44,4	↑ 46,4	↓ 35,0	↑ 44,0	↑ 42,6	↑ 40,8	↑ 40,3	
92	Reoperation vid ändtarmscancer, Kv.	↑	9,2	↓ 9,8	↑ 4,9	↓ 10,1	↓ 8,3	↓ 11,5	↓ 13,7	↑ 8,1	
	Reoperation vid ändtarmscancer, M.	↓	11,9	↓ 14,5	↑ 6,0	↑ 6,5	↓ 9,6	↑ 15,6	↑ 11,9	↓ 15,2	
	Reoperation vid ändtarmscancer	↓	10,8	↓ 12,6	↑ 5,5	↓ 7,8	↓ 9,0	↓ 14,0	↓ 12,6	↓ 12,7	

	Gotland	Blekinge	Skåne	Halland	V. Götaland	Värmland	Örebro	Västmanland	Dalarna	Gävleborg	Västernorrland	Jämtland	Västerbotten	Norrbotten
		↓ 14,0	↑ 7,0	↑ 7,0	↑ 11,5	↓ 7,0	↑ 7,5		↓ 24,5	↓ 22,0	↑ 6,0	↑ 5,0	↑ 7,5	↑ 13,0
		↑ 8,0	↑ 8,0	↑ 13,0	↑ 12,5	↑ 8,0	↑ 7,0	↓ 14,0	↑ 11,0	↓ 33,5	↑ 10,5	↑ 5,0	↑ 5,5	↑ 20,0
	↓ 6,0	↓ 10,0	↑ 7,0	↑ 8,0	↑ 12,0	↑ 8,0	↑ 7,0	↓ 12,0	↑ 12,0	↓ 30,0	↑ 10,0	↑ 5,0	↑ 6,0	↑ 19,0
	↓ 14,1	↑ 5,5	↓ 0,2	↑ 0,3	↓ 0,6	↑ 0,0	↓ 22,1	↓ 13,8	↑ 0,9	↑ 4,5	↑ 32,7	↓ 19,2	↑ 4,3	↑ 52,3
	↓ 22,9	↓ 25,8	↓ 23,4	↑ 21,8	↑ 22,5	↑ 25,9	↓ 25,2	↑ 17,5	↓ 22,8	↑ 24,6	↑ 18,9	↓ 26,0	↓ 21,9	↑ 23,3
	↑ 22,4	↑ 22,2	↓ 22,5	↑ 18,5	↑ 21,2	↑ 23,9	↓ 22,2	↑ 17,3	↑ 22,0	↑ 23,0	↓ 21,6	↓ 24,0	↑ 18,4	↓ 24,2
	↑ 22,5	↑ 24,2	↓ 23,1	↑ 20,5	↑ 21,9	↑ 25,0	↓ 23,9	↑ 17,6	↑ 22,2	↑ 24,0	↓ 20,3	↓ 24,9	↑ 20,3	↑ 23,8
	↓ 14,7	↓ 16,1	↓ 14,7	↑ 13,6	↓ 14,3	↑ 17,8	↑ 17,0	↓ 14,0	↓ 13,8	↑ 16,6	↓ 13,5	↓ 17,4	↑ 12,8	↑ 14,3
	↓ 16,2	↑ 13,4	↓ 14,3	↓ 15,5	↑ 13,1	↑ 15,5	↑ 16,4	↑ 12,5	↓ 15,3	↑ 15,8	↓ 16,1	↓ 18,4	↑ 11,1	↓ 16,8
	↓ 15,6	↑ 14,4	↓ 14,7	↑ 14,3	↑ 13,6	↑ 16,6	↑ 16,8	↓ 13,3	↓ 14,3	↑ 16,2	↓ 14,9	↓ 17,8	↑ 11,9	↑ 15,5
	↓ 78,2	↑ 85,4	↑ 83,3	↑ 87,3	↑ 89,0	↑ 83,5	↓ 86,0	↑ 93,4	↑ 80,0	↑ 85,4	↑ 91,9	↑ 79,9	↓ 89,9	↑ 90,1
	↓ 88,4	↑ 89,7	↑ 85,1	↑ 90,6	↑ 90,2	↑ 86,2	↓ 84,1	↓ 90,9	↑ 82,9	↑ 90,0	↑ 92,6	↑ 83,2	↓ 89,7	↑ 91,6
	↓ 83,5	↑ 87,6	↑ 84,2	↑ 88,9	↑ 89,6	↑ 84,9	↓ 85,0	↑ 92,2	↑ 81,4	↑ 87,7	↑ 92,3	↑ 81,7	↓ 89,8	↑ 91,0
	↑ 14,3	↑ 10,3	↑ 8,2	↑ 9,8	↑ 5,9	↓ 4,7	↑ 4,2	↑ 6,3	↑ 7,8	↓ 5,5	↑ 15,0	↑ 5,6	↑ 12,0	↑ 8,1
	↑ 10,4	↑ 5,5	↑ 10,2	↓ 6,9	↓ 5,7	↑ 6,4	↓ 4,0	↑ 10,1	↑ 7,7	↓ 8,8	↑ 11,3	↑ 10,7	↓ 5,5	↑ 10,3
	↑ 12,0	↑ 7,5	↑ 9,4	↑ 8,1	↓ 5,8	↑ 5,7	↓ 4,1	↑ 8,5	↑ 7,7	↓ 7,4	↑ 12,8	↑ 9,0	↑ 8,1	↑ 9,4
			↑ 64,9	↓ 63,4	↑ 62,5	↓ 61,9	↑ 67,4	↓ 60,6	↓ 59,2	↓ 57,6	↑ 72,6	↓ 38,2	↓ 59,0	↑ 77,3
		↑ 88,0	↓ 56,8	↓ 67,8	↑ 57,5	↓ 80,0	↓ 50,4	↓ 57,8	↑ 66,9	↓ 65,5	↑ 67,7	↑ 79,3	↑ 57,6	↑ 70,0
		↑ 79,4	↑ 59,5	↓ 67,7	↑ 59,7	↑ 69,1	↓ 58,0	↓ 63,1	↑ 66,3	↓ 63,8	↑ 69,4	↓ 70,8	↓ 62,0	↑ 73,7
	↑ 8,8	↑ 8,7	↓ 8,8	↑ 7,5	↑ 9,2	↑ 7,7	↑ 9,5	↑ 9,3	↑ 9,0	↓ 9,4	↓ 12,0	↑ 10,8	↑ 9,4	↑ 9,5
	↑ 7,5	↑ 7,6	↑ 8,6	↑ 9,3	↑ 9,4	↓ 10,0	↑ 8,8	↓ 8,8	↑ 10,0	↓ 9,9	↑ 11,7	↑ 10,4	↑ 11,4	↑ 11,5
	↑ 8,8	↑ 8,3	↑ 8,7	↑ 8,6	↑ 9,3	↓ 8,8	↑ 9,2	↓ 8,9	↑ 9,5	↓ 10,0	↓ 12,0	↑ 10,9	↑ 10,4	↑ 10,5
	90,8	83,5	81,0	76,6	83,7	85,5	83,7	83,9	80,6	80,6	89,0	77,8	81,3	78,0
	89,6	80,4	81,7	78,9	82,5	84,8	79,6	85,1	82,9	84,0	86,3	77,6	87,1	76,7
	90,2	82,0	81,4	77,8	83,1	85,1	81,7	84,5	81,8	82,3	87,7	77,7	84,4	77,3
	↑ 91,7	↑ 94,6	↓ 86,9	↓ 91,4	↑ 90,2	↓ 89,1	↑ 91,2	↑ 85,0	↓ 92,4	↓ 81,3	↓ 89,3	↑ 92,1	↓ 92,9	↓ 89,6
	↓ 90,8	↓ 90,7	↓ 90,8	↑ 94,0	↓ 92,4	↑ 93,9	↓ 94,0	↑ 91,9	↓ 93,3	↑ 87,0	↑ 93,1	↑ 95,8	↑ 93,4	↑ 92,9
	↑ 91,2	↓ 92,5	↓ 89,0	↓ 92,8	↑ 91,3	↑ 91,8	↑ 92,7	↑ 88,5	↓ 92,9	↓ 84,3	↑ 91,3	↑ 94,2	↓ 93,1	↓ 91,4
	53,9	60,5	40,7	33,9	51,9	36,5	49,0	47,9	46,7	43,1	45,5	35,4	59,7	49,3
	36,4	49,0	46,6	43,5	43,7	40,2	50,5	38,9	51,4	37,4	49,9	38,8	52,3	39,5
	44,5	51,7	44,7	40,0	47,0	38,8	50,1	41,9	49,9	39,4	48,4	37,6	54,9	42,9
	75,0	76,5	90,7	84,2	87,7	81,1	71,1	96,3	84,4	72,0	96,6	89,5	56,5	77,3
	63,6	83,8	87,9	86,5	79,5	67,7	67,2	86,4	77,8	62,3	83,6	77,8	68,9	67,4
	↓ 69,6	↓ 81,5	↓ 88,7	↓ 85,7	↑ 82,9	↓ 72,5	↑ 68,6	↓ 90,1	↓ 79,8	↑ 65,4	↑ 87,8	↑ 82,6	↑ 64,7	↑ 70,4
	46,2	52,6	66,1	65,0	60,5	64,9	42,1	78,6	59,4	40,7	36,7	65,0	52,2	73,9
	72,7	54,8	83,8	60,5	62,4	81,8	62,3	76,1	65,3	55,2	71,0	88,9	62,2	74,6
	↑ 58,3	↓ 54,1	↑ 78,5	↓ 62,1	↑ 61,6	↑ 75,7	↑ 55,1	↑ 77,0	↑ 63,5	↓ 50,6	↓ 59,8	↓ 78,7	↓ 58,8	↑ 74,4
	41,9	57,7	48,6	41,4	50,4	57,1	62,0	58,1	51,0	60,5	72,0	56,8	59,2	50,2
	↑ 59,3	↑ 64,3	↑ 66,3	↑ 63,1	↑ 64,9	↓ 61,6	↑ 64,9	↑ 60,5	↑ 62,8	↑ 67,2	↑ 65,1	↑ 58,0	↑ 61,2	↑ 60,7
	↑ 56,7	↑ 59,5	↑ 59,4	↑ 63,7	↑ 59,1	↓ 56,4	↓ 55,6	↑ 62,7	↑ 62,0	↑ 56,3	↑ 56,6	↑ 53,4	↑ 57,9	↑ 57,9
	↑ 57,9	↑ 61,9	↑ 63,0	↑ 63,4	↑ 62,1	↓ 59,0	↑ 60,7	↑ 61,6	↑ 62,4	↑ 62,1	↑ 60,8	↑ 56,0	↑ 59,6	↑ 59,3
	↓ 51,0	↑ 75,9	↑ 62,5	↓ 53,4	↑ 63,6	↑ 63,6	↑ 63,9	↑ 61,2	↑ 67,5	↑ 61,7	↑ 59,5	↓ 47,6	↑ 64,4	↑ 55,5
	↓ 65,0	↓ 56,9	↑ 59,8	↓ 50,9	↑ 56,3	↑ 60,7	↑ 60,5	↑ 68,1	↑ 63,3	↓ 55,2	↑ 58,1	↓ 50,1	↑ 59,3	↓ 57,1
	↓ 59,5	↑ 65,3	↑ 61,1	↓ 52,0	↑ 59,4	↑ 62,0	↑ 62,1	↑ 65,1	↑ 65,2	↑ 58,3	↑ 58,6	↓ 48,9	↑ 61,2	↓ 56,5
	↑ 88,4	↑ 86,8	↑ 86,8	↑ 89,2	↑ 88,5	↑ 85,8	↑ 87,0	↑ 89,1	↓ 87,8	↑ 85,5	↑ 89,2	↑ 90,2	↑ 87,3	↑ 91,7
	↑ 50,9	↑ 45,5	↑ 44,8	↑ 52,1	↑ 44,5	↓ 36,3	↓ 41,4	↓ 37,1	↑ 43,7	↑ 46,9	↑ 36,0	↓ 34,0	↑ 43,6	↑ 48,3
	↑ 38,8	↑ 38,3	↑ 37,2	↑ 41,6	↑ 38,1	↑ 36,4	↓ 30,9	↑ 39,1	↑ 39,7	↑ 35,8	↓ 27,7	↓ 29,3	↑ 33,1	↑ 44,9
	↑ 43,7	↑ 41,1	↑ 40,7	↑ 46,5	↑ 41,0	↑ 36,3	↓ 35,8	↑ 38,1	↑ 41,7	↑ 41,1	↓ 31,5	↓ 31,4	↑ 37,7	↑ 46,6
		↑ 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

Kv. = Kvinnor M. = Män ↑ = Förbättrat värde ↓ = Försämrat värde			RIKET	Stockholm	Uppsala	Sörmland	Östergötland	Jönköping	Kronoberg	Kalmar	
93	Kurativ behandling vid prostatacancer, M.	↑	75,2	↑ 79,1	↑ 81,8	↑ 84,5	↑ 70,3	↓ 37,5	↓ 73,1	↑ 86,4	
94	Tid till behandlingsbeslut, ÖNH-tumör		50,3	46,3	38,6	44,7	59,8	63,5	52,8	58,8	
Psykiatrisk vård											
95	Själv mord i befolkningen, Kv.		9,43	10,6	8,9	10,6	8,2	8,3	8,4	9,1	
	Själv mord i befolkningen, M.		23,0	22,8	21,0	23,8	19,1	22,1	22,5	24,7	
	Själv mord i befolkningen		15,9	16,2	14,7	16,9	13,5	15,0	15,4	16,7	
96	Regelbunden behandling, sömn-/lugnande medel, Kv.	↓	3829	↓ 3683	↑ 3874	↑ 2814	↑ 3434	↑ 3628	↓ 4468	↓ 3856	
	Regelbunden behandling, sömn-/lugnande medel, M.	↓	2476	↓ 2503	↑ 2389	↑ 1795	↓ 2119	↑ 2373	↓ 2907	↓ 2491	
	Regelbunden behandling, sömn-/lugnande medel	↓	3171	↓ 3120	↑ 3150	↑ 2312	↑ 2793	↑ 3018	↓ 3695	↓ 3189	
97	Tre eller fler psykofarmaka bland äldre, Kv.		5,38	4,60	5,95	4,79	4,89	5,25	7,40	4,14	
	Tre eller fler psykofarmaka bland äldre, M.		3,04	2,84	3,42	2,20	2,86	2,85	4,44	2,05	
	Tre eller fler psykofarmaka bland äldre		4,52	4,00	4,99	3,84	4,13	4,35	6,25	3,35	
98	Användning av lämpliga sömnmedel till äldre		51,6	58,1	55,1	50,8	38,5	54,9	65,8	54,7	
99	Undvikbar slutenvård, pat. med psykiatrisk diagnos, Kv.		2119	2140	1296	1852	1282	1871	2105	3229	
	Undvikbar slutenvård, pat. med psykiatrisk diagnos, M.		2254	2238	1709	2098	2501	2711	2148	2577	
	Undvikbar slutenvård, pat. med psykiatrisk diagnos		2192	2192	1506	1982	1953	2331	2128	2871	
100	Återinskrivning inom 28 dagar, schizofreni , Kv.		16,1	15,8	19,8	19,1	13,6	14,5	13,9	16,8	
	Återinskrivning inom 28 dagar, schizofreni , M.		16,0	16,2	10,5	16,4	17,3	16,3	12,4	12,6	
	Återinskrivning inom 28 dagar, schizofreni		16,1	16,1	14,7	17,7	15,8	15,4	13,1	14,4	
101	Återinskrivning inom 6 månader, schizofreni, Kv.		37,4	37,4	40,1	39,7	33,0	35,1	34,7	41,2	
	Återinskrivning inom 6 månader, schizofreni, M.		37,1	36,9	33,1	37,0	36,3	35,1	35,5	43,7	
	Återinskrivning inom 6 månader, schizofreni		37,2	37,1	36,2	38,3	34,9	35,1	35,1	42,6	
102	Följsamhet till litiumbeh. vid bipolär sjukdom, Kv.		82,7	79,3	84,2	86,5	82,9	85,5	85,9	84,4	
	Följsamhet till litiumbeh. vid bipolär sjukdom, M.		83,5	79,8	86,1	83,7	89,0	84,9	83,6	86,4	
	Följsamhet till litiumbehandling vid bipolär sjukdom		83,1	79,5	84,9	86,2	85,4	85,4	85,4	85,2	
103	Väntat högst 30 dagar, besök barn- och ungdomspsyk.	↑	66,4	↑ 64,7	↑ 69,3	↓ 60,0	↑ 86,6	↑ 75,7	↓ 89,8	↓ 79,6	
104	Väntat > 90 dagar, besök vuxenpsykiatri	↑	6,2	↑ 7,2	↓ 7,4	↓ 12,5	↑ 3,5	↓ 2,1	↓ 21,2	↓ 0,8	
105	Återfall i brott vid rättspsykiatrisk vård	↓	20,9	19,3	25,9	4,8	28,6	33,3	46,9		
Annan kirurgisk behandling											
106	Omoperation vid lumsbräck	↑	96,9	↑ 97,2	↑ 98,0	↑ 95,7	↑ 96,8	↓ 96,3	↓ 95,8	↓ 97,9	
107	Dagkirurgiska operationer vid lumsbräck	↑	77,2	↑ 72,6	↑ 79,0	↑ 100,0	↑ 81,6	↑ 77,1	↓ 53,5	↓ 86,3	
108	Miniinvasivt borttagande av gallblåsa, Kv.	↑	88,4	↑ 94,9	↑ 86,1	↓ 80,6	↑ 76,9	↑ 77,9	↑ 86,7	↑ 74,7	
	Miniinvasivt borttagande av gallblåsa, M.	↑	75,9	↑ 89,7	↑ 78,1	↓ 58,3	↑ 54,0	↑ 56,8	↑ 72,8	↓ 43,8	
	Miniinvasivt borttagande av gallblåsa	↑	84,3	↑ 93,2	↑ 83,3	↓ 73,3	↑ 69,3	↑ 70,5	↑ 81,9	↑ 63,7	
109	Kirurgiska kompl. efter borttagande av gallblåsa, Kv.	↓	4,7	↑ 4,4	↑ 3,2	↑ 5,1	↓ 5,8	↑ 5,3	↑ 6,9	↑ 4,7	
	Kirurgiska kompl. efter borttagande av gallblåsa, M.	↓	6,9	↑ 5,1	↑ 4,0	↑ 8,5	↓ 7,4	↑ 8,6	↑ 7,9	↓ 11,6	
	Kirurgiska kompl. efter borttagande av gallblåsa	↓	5,5		↑ 3,5	↑ 6,2	↓ 6,3	↑ 6,4	↑ 7,2	↓ 7,1	
111	Tid till operation vid förträngning av halspulsåder, Kv.		57,6	68,9		8,3	83,3	100,0			
	Tid till operation vid förträngning av halspulsåder, M.		53,9	70,2	45,0	15,4	61,9	93,3		50,0	
	Tid till operation vid förträngning av halspulsåder		55,1	69,7	44,8	13,2	69,7	95,7	70,0	58,1	
112	Död eller amputerad efter kärloperation i ben, Kv.	↑	6,0	↑ 5,0	↑ 5,0	↑ 6,0	↑ 7,0	↓ 3,0	↑ 4,0	↑ 6,0	
	Död eller amputerad efter kärloperation i ben, M.	↑	8,0	↑ 5,0	↓ 17,0	↑ 4,0	↑ 4,0	↓ 10,0	↓ 8,0	↑ 3,0	
	Död eller amputerad efter kärloperation i ben	↑	6,8	↑ 4,7	↓ 12,2	↑ 4,8	↑ 5,6	↓ 6,9	↑ 6,0	↑ 4,4	
114	Patientrapporterat resultat av septumplastik , Kv.		76,7	77,3			80,0		70,0	83,3	
	Patientrapporterat resultat av septumplastik , M.		76,5	76,5	78,9	83,3	92,3	79,2	75,9	60,0	
	Patientrapporterat resultat av septumplastik		76,5	76,7	78,3	83,9	89,8	82,8	74,4	68,8	
115	Synfel vid kataraktoperation, Kv.	↑	21,2	↑ 18,6	↓ 22,5	↑ 19,6	↓ 24,8	↑ 16,7	↑ 18,6	↑ 24,4	
	Synfel vid kataraktoperation, M.	↑	19,6	↓ 16,8	↑ 18,6	↑ 18,4	↓ 25,2	↓ 17,7	↑ 17,7	↑ 21,9	
	Synfel vid kataraktoperation	↑	20,6	↑ 17,9	↓ 20,9	↑ 19,1	↓ 25,0	↑ 17,1	↑ 18,3	↑ 23,4	
116	Väntat > 90 dagar, besök allmänkirurgi	↑	16,0	↑ 20,3	↑ 1,4	↓ 13,1	↑ 36,1	↓ 11,1	↓ 18,3	↓ 6,3	
117	Väntat > 90 dagar, lumsbräcksoperation	↓	9,9	↓ 12,8	↓ 5,5	↑ 15,2	↓ 20,6	↓ 3,8	↓ 18,7	↑ 0,0	
118	Väntat > 90 dagar, galloperation	↓	12,8	↑ 12,0	↓ 4,1	↓ 16,7	↓ 35,1	↓ 2,4	↑ 6,8	↑ 2,5	
119	Väntat > 90 dagar, operation för grå starr	↓	7,2	↑ 2,0	↑ 3,9	↓ 11,0	↓ 16,1	↑ 0,0	↓ 1,8	↓ 4,3	

	Gotland	Blekinge	Skåne	Halland	V. Götaland	Värmland	Örebro	Västmanland	Dalarna	Gävleborg	Västernorrland	Jämtland	Västerbotten	Norrbotten
	↑ 92,3	↓ 73,5	↓ 72,4	↑ 82,4	↑ 73,3	↑ 84,5	↑ 84,2	↑ 80,0	↓ 68,8	↓ 67,3	↓ 68,4	↓ 70,8	↑ 85,7	↑ 69,4
	34,3	45,9	41,4	56,0	53,2	59,2	51,6	46,2	45,7	38,0	79,3	72,5	45,0	62,1
	6,4	7,2	10,6	10,6	8,3	9,7	10,4	9,0	8,6	10,0	10,6	11,5	6,6	8,5
	29,3	28,7	27,3	19,4	20,8	27,1	20,7	24,5	25,6	28,6	22,5	27,6	18,0	19,2
	17,0	17,8	18,6	14,9	14,3	18,1	15,4	16,5	16,8	19,1	16,4	19,4	12,2	13,9
	↑ 3483	↓ 3787	↑ 4070	↑ 4029	↓ 4711	↓ 4293	↓ 2859	↑ 4214	↑ 3346	↑ 3714	↑ 2877	↓ 3432	↑ 3440	↓ 2627
	↓ 2214	↓ 2781	↓ 2633	↑ 2519	↓ 3058	↓ 2850	↓ 1779	↑ 2637	↑ 2059	↑ 2284	↑ 1779	↑ 1915	↑ 2039	↓ 1817
	↑ 2862	↓ 3296	↓ 3374	↑ 3291	↓ 3906	↓ 3588	↓ 2332	↑ 3441	↑ 2712	↑ 3012	↑ 2338	↓ 2676	↑ 2752	↓ 2225
	3,00	5,89	5,76	5,93	6,86	6,00	4,72	4,83	5,04	4,66	4,71	4,52	5,29	3,31
	2,22	3,22	2,99	3,06	4,08	3,38	2,56	2,54	2,48	2,47	2,59	2,37	3,08	2,14
	2,71	4,87	4,75	4,81	5,82	5,02	3,94	3,98	4,08	3,84	3,92	3,71	4,45	2,87
	61,1	47,8	49,7	45,1	53,0	56,3	36,6	38,1	52,3	60,5	48,9	60,2	33,5	42,6
	2532	1884	2269	2555	2144	2198	2399	2428	2111	1899	2231	1443	2562	2003
	1948	1641	2270	3080	2048	3274	2659	2316	2305	1714	2049	1242	2364	2394
	2217	1750	2269	2831	2092	2766	2544	2366	2214	1802	2132	1346	2458	2212
	16,0	21,8	13,4	17,3	15,7	13,6	20,9	16,7	18,6	20,2	21,4	6,9	17,9	15,2
	7,5	18,0	14,1	18,6	17,2	12,1	16,7	18,3	25,0	19,7	17,0	14,5	18,3	12,4
	10,8	19,9	13,8	18,0	16,6	12,7	18,6	17,6	22,4	19,9	19,0	10,6	18,1	13,6
	36,0	40,2	33,4	42,5	37,4	34,8	46,9	38,2	39,5	43,7	45,0	31,0	33,9	38,8
	27,5	41,6	33,6	44,3	37,6	37,4	41,6	41,9	39,7	38,3	39,9	30,9	43,7	31,4
	30,8	40,9	33,5	43,5	37,5	36,3	44,0	40,3	39,6	40,4	42,3	31,0	39,5	34,5
	87,1	82,0	81,3	81,5	83,8	83,1	79,1	85,7	86,1	86,0	84,6	85,8	83,0	82,1
	82,2	89,6	78,4	85,4	84,7	85,3	78,6	81,4	85,7	85,2	90,3	80,2	84,9	84,5
	85,5	85,3	80,6	83,0	84,2	83,9	79,0	84,3	86,0	86,0	86,8	83,2	83,5	83,2
	↓ 83,3	↓ 58,0	↑ 69,0	↓ 74,8	↑ 80,2	↓ 68,5	↓ 59,4	↑ 85,5	↑ 53,2	↑ 71,8	↓ 90,7	↓ 84,6	↓ 47,4	↓ 60,0
	↑ 3,3	↑ 0,0	↑ 4,8	↓ 3,5	↓ 0,9	↑ 1,2	↑ 11,5	↓ 7,8	↑ 7,1	↓ 8,7	↑ 0,0	↑ 2,2	↓ 12,6	↑ 6,5
			21,3	14,3	22,9			25,0	35,3	23,8	28,8		7,1	7,4
	↓ 93,5	↓ 97,6	↑ 97,6	↑ 94,6	↑ 96,2	↑ 96,9	↑ 98,2	↓ 98,1	↓ 96,3	↓ 95,2	↑ 98,6	↓ 96,8	↓ 96,9	↑ 97,7
	↑ 62,7	↑ 89,3	↓ 76,1	↓ 78,3	↓ 63,1	↑ 92,2	↑ 78,6	↑ 84,4	↑ 70,0	↑ 74,3	↓ 90,8	↑ 91,1	↑ 83,9	↓ 84,2
	↓ 75,0	↑ 90,2	↑ 90,3	↑ 91,1	↑ 89,0	↓ 89,2	↑ 94,3	↑ 93,4	↑ 88,9	↓ 81,7	↑ 73,8	↑ 83,3	↓ 85,3	↑ 89,6
	↓ 66,7	↑ 74,7	↑ 80,3	↑ 78,3	↓ 75,1	↑ 78,0	↑ 86,4	↓ 86,2	↑ 69,5	↑ 74,8	↓ 42,3	↑ 66,7	↑ 77,0	↑ 76,4
	↑ 72,0	↑ 85,0	↑ 87,0	↑ 86,7	↑ 84,6	↓ 85,3	↑ 91,3	↑ 91,9	↑ 82,6	↓ 79,4	↑ 62,9	↑ 77,3	↓ 82,5	↑ 85,1
	↓ 8,5	↑ 0,6	↑ 3,5	↓ 5,0	↓ 6,3	↑ 4,7	↓ 4,5	↓ 5,5	↑ 2,3	↓ 6,9	↓ 4,9	↓ 3,6	↓ 5,5	↓ 3,5
	↑ 3,8	↓ 3,6	↑ 5,7	↓ 5,4	↑ 8,6	↑ 15,1	↑ 5,3	↓ 9,5	↑ 3,9	↓ 12,5	↓ 6,7	↓ 10,3	↓ 6,0	↓ 2,3
	↓ 6,8	↓ 1,6	↑ 4,2	↓ 5,1	↓ 7,0	↑ 8,3	↑ 4,7	↓ 6,7	↑ 2,8	↓ 8,8	↓ 5,5	↓ 6,0	↓ 5,7	↓ 3,1
			42,9		61,0				84,6					
			48,2	36,0	58,5	61,1	54,5	45,5	79,2	23,1	0,0		25,0	21,4
		35,7	46,4	48,4	59,5	61,5	62,5	43,3	81,1	21,1	0,0	30,0	30,4	22,7
			↑ 7,0	↑ 4,0	↑ 10,0	↓ 7,0	↓ 5,0	↓ 7,0	↑ 0,0	↑ 0,0		↓ 9,0	↓ 4,0	↑ 0,0
		↓ 8,0	↑ 6,0	↑ 0,0	↑ 11,0	↑ 14,0	↓ 11,0	↑ 0,0	↑ 8,0	↓ 10,0		↓ 18,0	↓ 17,0	↓ 9,0
		↓ 6,1	↑ 6,2	↑ 2,2	↑ 10,7	↑ 10,3	↓ 7,5	↑ 2,6	↑ 4,0	↓ 5,0		↓ 13,6	↓ 9,6	↓ 4,9
			77,3		75,0		94,1	66,7	78,3				50,0	
		70,0	74,8	88,2	72,2	73,9	76,3	77,5	82,7	65,0	83,3		60,9	93,5
		56,3	75,4	84,6	72,7	73,3	81,8	74,1	81,3	74,1	89,5	72,7	57,6	91,4
	↑ 21,3	↓ 15,2	↓ 23,9	↑ 19,8	↑ 21,0	↑ 23,4	↓ 25,6	↓ 16,0	↓ 24,5	↑ 28,8	↓ 27,9	↑ 25,7	↑ 20,3	↑ 20,8
	↑ 13,9	↓ 15,7	↓ 23,0	↑ 18,0	↓ 19,0	↑ 22,1	↑ 23,7	↑ 15,7	↓ 21,0	↑ 26,9	↓ 24,4	↑ 20,4	↑ 20,0	↓ 22,7
	↑ 18,7	↓ 15,4	↓ 23,5	↑ 19,2	↑ 20,2	↑ 22,9	↓ 24,8	↓ 15,9	↓ 23,1	↑ 28,1	↓ 26,6	↑ 23,6	↑ 20,2	↓ 21,6
	↓ 1,8	↓ 13,7	↓ 9,5	↑ 4,9	↓ 14,1	↑ 19,1	↓ 9,2	↓ 18,1	↓ 36,5	↑ 7,1	↓ 24,0	↑ 4,9	↑ 24,4	↑ 3,4
	↑ 4,3	↓ 7,7	↑ 0,2	↑ 2,4	↑ 0,0	↓ 9,6	↑ 3,5	↓ 35,4	↓ 30,9	↓ 15,1	↑ 8,2	↑ 0,0	↓ 19,0	↑ 1,7
	↑ 0,0	↑ 0,0	↑ 0,6	↑ 2,1	↑ 0,0	↓ 29,7	↑ 6,4	↓ 52,4	↓ 34,7	↓ 16,0	↓ 17,1	↑ 0,0	↓ 31,3	↑ 2,5
	↓ 13,6	↑ 6,1	↓ 0,0	↑ 0,0	↑ 2,4	↑ 9,5	↓ 3,1	↓ 2,9	↓ 42,0	↑ 7,8	↓ 44,4	↑ 10,8	↑ 1,1	↓ 1,4

Kv. = Kvinnor M. = Män ↑ = Förbättrat värde ↓ = Försämrat värde		RIKET	Stockholm	Uppsala	Sörmland	Östergötland	Jönköping	Kronoberg	Kalmar	
Intensivvård										
120	Riskjusterad dödlighet efter vård på IVA, Kv.	↓ 0,66	0,76		↓ 0,67	0,60	↓ 0,70		↓ 0,77	
	Riskjusterad dödlighet efter vård på IVA, M.	↓ 0,65	0,63		↑ 0,64	0,55	↓ 0,70		↓ 0,70	
	Riskjusterad dödlighet efter vård på IVA	↓ 0,65	0,67		↓ 0,65	↑ 0,57	↓ 0,70		↓ 0,73	
121	Utskrivning nattetid från IVA, Kv.	↑ 6,2	↑ 7,1		↓ 6,9	↑ 3,2	↑ 5,0		↓ 6,1	
	Utskrivning nattetid från IVA, M.	↑ 5,7	↑ 5,7		↑ 5,5	↑ 3,8	↓ 3,7		↑ 5,3	
	Utskrivning nattetid från IVA	↑ 5,9	↑ 6,2		↑ 6,2	↑ 3,5	↓ 4,2		↑ 5,7	
122	Oplanerad återinskrivning på IVA, Kv.	↑ 2,56	↑ 2,65		↓ 3,08	↑ 2,24	↑ 1,68		↑ 1,85	
	Oplanerad återinskrivning på IVA, M.	↑ 2,67	↑ 2,65		↓ 3,84	↑ 2,23	↓ 3,57		↓ 2,83	
	Oplanerad återinskrivning på IVA	↑ 2,63	↑ 2,65		↓ 3,48	↑ 2,24	↑ 2,79		↑ 2,40	
Läkemedelsbehandling										
123	Läkemedelsinteraktion bland äldre, Kv.	2,67	2,82	2,58	1,91	2,36	2,60	2,48	2,42	
	Läkemedelsinteraktion bland äldre, M.	2,70	2,67	2,45	2,52	2,65	2,10	2,31	2,50	
	Läkemedelsinteraktion bland äldre	2,68	2,77	2,53	2,14	2,47	2,41	2,42	2,45	
124	Tio eller fler läkemedel bland äldre, Kv.	11,8	10,8	15,6	10,2	10,1	12,0	13,9	9,9	
	Tio eller fler läkemedel bland äldre, M.	9,2	8,9	10,7	7,9	8,2	9,2	10,9	7,7	
	Tio eller fler läkemedel bland äldre	10,8	10,2	13,7	9,3	9,4	10,9	12,7	9,1	
125	Förekomst av antibiotikabehandling, Kv.	↑ 25,8	↑ 28,8	↑ 24,6	↑ 24,9	↑ 24,3	↑ 22,7	↑ 26,0	↑ 24,4	
	Förekomst av antibiotikabehandling, M.	↑ 19,1	↑ 21,6	↑ 18,5	↑ 18,0	↑ 17,5	↑ 17,2	↑ 19,0	↑ 18,5	
	Förekomst av antibiotikabehandling	↑ 22,4	↑ 25,2	↑ 21,6	↑ 21,4	↑ 20,8	↑ 19,9	↑ 22,5	↑ 21,4	
126	Penicillin V, barn med luftvägsantibiotika, Flickor	↑ 72,3	↑ 65,0	↓ 74,8	↑ 75,7	↑ 79,4	↑ 79,1	↑ 69,7	↑ 74,3	
	Penicillin V, barn med luftvägsantibiotika, Pojkar	↑ 74,0	↑ 66,8	↑ 76,8	↑ 77,4	↑ 80,2	↑ 81,9	↑ 71,6	↑ 77,1	
	Penicillin V, barn med luftvägsantibiotika	↑ 73,2	↑ 66,0	↑ 75,9	↑ 76,6	↑ 79,8	↑ 80,6	↑ 70,7	↑ 75,8	
127	Kinoloner vid beh. med urinvägsantibiotika, Kv.	↑ 15,1	↑ 15,7	↑ 14,6	↑ 12,8	↑ 15,6	↑ 13,8	↑ 17,0	↑ 13,3	
128	Kombinationspreparat vid astma, Kv.	38,1	39,1	36,8	42,2	28,0	38,2	32,3	35,5	
	Kombinationspreparat vid astma, M.	43,4	45,3	40,1	50,2	39,9	40,8	41,6	44,4	
	Kombinationspreparat vid astma	40,4	41,9	38,1	45,2	33,4	39,2	36,0	39,1	
129	ARB vid blodtryckssänkande behandling, Kv.	↑ 30,8	↑ 35,9	↓ 30,2	↑ 24,0	↑ 18,4	↑ 17,8	↑ 29,2	↓ 19,6	
	ARB vid blodtryckssänkande behandling, M.	↑ 29,8	↑ 36,7	↓ 26,5	↓ 26,3	↓ 25,2	↑ 19,3	↓ 25,2	↑ 23,3	
	ARB vid blodtryckssänkande behandling	↑ 30,4	↑ 36,4	↓ 28,6	↓ 24,9	↓ 22,8	↑ 18,5	↓ 27,3	↓ 21,7	
Annan vård										
130	God viruskontroll vid HIV, Kv.	90,7	92,2	92,7	80,6	86,4	87,1	95,5	91,7	
	God viruskontroll vid HIV, M.	92,1	93,8	94,3	78,8	90,6	87,5	63,2	78,6	
	God viruskontroll vid HIV	↑ 91,7	↑ 93,3	↑ 93,6	↑ 79,7	↑ 88,4	↑ 87,3	↑ 80,5	↑ 84,6	
131	Smärtskattning i livets slutskede, Kv.	↑ 17,6	↑ 38,5	↑ 11,8	↑ 7,0	↑ 37,1	↑ 21,7	↑ 8,4	↑ 8,0	
	Smärtskattning i livets slutskede, M.	↑ 18,2	↑ 41,2	↑ 7,4	↓ 4,6	↑ 35,5	↓ 19,1	↓ 4,3	↑ 8,6	
	Smärtskattning i livets slutskede	↑ 17,9	↑ 39,9	↑ 9,5	↓ 5,8	↑ 36,3	↑ 20,4	↑ 6,5	↑ 8,4	
132	Vidbehovsordination av opiater i livets slutskede, Kv.	↓ 96,4	↑ 97,3	↓ 96,2	↓ 93,5	↓ 94,3	↓ 98,2	↑ 100,0	↑ 93,4	
	Vidbehovsordination av opiater i livets slutskede, M.	↑ 96,0	↑ 97,0	↑ 97,9	↓ 92,3	↓ 93,4	↑ 100,0	↑ 97,8	↓ 89,3	
	Vidbehovsordination av opiater i livets slutskede	↓ 96,2	↑ 97,1	↓ 97,1	↓ 92,9	↓ 93,9	↑ 99,1	↑ 99,0	↑ 91,3	
133	Bromsmedicin, skovvvis förlöpande MS, Kv.	62,1	73,7	58,5	43,7	77,1	44,8	47,2	40,4	
	Bromsmedicin, skovvvis förlöpande MS, M.	56,9	75,1	56,5	43,9	88,7	41,2	37,4	44,4	
	Bromsmedicin, skovvvis förlöpande MS	60,8	74,7	58,1	43,9	81,1	43,8	44,1	41,7	
134	Bromsmedicin, sekundärprogressiv MS, Kv.	14,8	23,9	18,7	2,8	16,4	12,6	1,4	3,2	
	Bromsmedicin, sekundärprogressiv MS, M.	16,5	23,8	19,0	16,4	24,8	9,3	0,0	2,7	
	Bromsmedicin, sekundärprogressiv MS	15,4	24,0	18,8	6,6	18,8	11,7	1,0	3,1	

	Gotland	Blekinge	Skåne	Halland	V. Götaland	Värmland	Örebro	Västmanland	Dalarna	Gävleborg	Västernorrland	Jämtland	Västerbotten	Norrbottn
			↓ 0,65	↓ 0,73	0,58	0,60	↓ 0,70	0,64	↓ 0,52	↑ 0,77	↓ 0,77	↓ 0,63	0,64	
			↓ 0,63	↑ 0,69	0,60	0,63	↓ 0,75	0,70	↓ 0,61	↓ 0,73	↑ 0,74	↓ 0,58	0,70	
			↓ 0,64	↓ 0,70	0,59	0,61	↓ 0,72	0,67	↓ 0,57	↑ 0,75	↓ 0,76	↓ 0,60	0,67	
			↓ 5,1	↓ 6,1	↑ 6,5	7,3	↓ 6,1	↑ 3,6	↑ 7,4	↑ 4,7	↓ 8,4	↓ 7,8	↓ 6,5	
			↑ 5,1	↓ 4,8	↑ 6,1	8,0	↑ 5,1	↓ 6,3	↑ 7,6	↑ 6,8	↓ 11,4	↑ 3,6	↑ 3,6	
			↑ 5,1	↓ 5,4	↑ 6,3	7,7	↑ 5,5	↑ 5,2	↑ 7,6	↑ 5,8	↓ 10,1	↑ 5,4	↑ 4,3	
			↑ 3,09	↓ 2,83	↑ 2,96	2,15	↓ 3,34	↑ 1,94	↑ 0,33	↑ 2,17	↓ 2,34	↑ 1,42	↓ 4,09	
			↓ 2,79	↑ 2,33	↑ 2,96	2,58	↑ 1,86	↓ 3,02	↑ 2,17	↓ 2,90	↑ 1,22	↓ 3,14	↓ 2,89	
			↓ 2,91	↓ 2,55	↑ 2,96	2,39	↓ 2,45	↓ 2,57	↑ 1,39	↓ 2,59	↑ 1,71	↓ 2,40	↓ 3,37	
	2,75	2,65	2,61	2,28	3,15	3,31	2,51	2,61	2,15	2,51	2,71	2,01	2,42	2,55
	2,30	2,34	3,08	2,61	3,09	3,15	3,06	2,73	2,21	2,55	2,56	1,78	2,13	2,28
	2,59	2,53	2,78	2,41	3,13	3,25	2,71	2,65	2,17	2,52	2,65	1,93	2,31	2,45
	9,9	11,2	11,9	10,6	13,6	12,3	9,7	11,8	11,3	10,8	12,1	10,2	14,4	11,8
	6,9	8,1	9,7	8,6	10,4	9,3	8,0	8,3	8,0	8,3	9,1	7,6	10,4	8,1
	8,8	10,1	11,1	9,8	12,4	11,2	9,1	10,5	10,1	9,8	11,0	9,2	12,9	10,4
	↑ 24,2	↑ 26,5	↑ 27,5	↑ 25,2	↑ 26,9	↑ 22,9	↑ 23,0	↑ 25,5	↑ 21,5	↑ 22,9	↑ 23,4	↑ 21,6	↑ 20,5	↑ 23,5
	↑ 17,2	↑ 19,4	↑ 20,4	↑ 19,2	↑ 20,1	↑ 16,5	↑ 16,3	↑ 18,6	↑ 15,4	↑ 16,4	↑ 16,9	↑ 15,4	↑ 15,1	↑ 16,7
	↑ 20,7	↑ 22,8	↑ 23,9	↑ 22,2	↑ 23,5	↑ 19,7	↑ 19,6	↑ 22,0	↑ 18,4	↑ 19,6	↑ 20,1	↑ 18,5	↑ 17,7	↑ 20,0
	↑ 62,4	↓ 72,9	↑ 76,9	↑ 67,3	↑ 72,0	↑ 87,1	↑ 77,0	↑ 79,2	↑ 82,6	↓ 74,4	↑ 74,2	↑ 76,3	↑ 73,4	↑ 78,5
	↑ 66,1	↓ 75,3	↑ 78,4	↑ 69,9	↑ 73,6	↑ 86,9	↑ 76,9	↑ 79,9	↑ 84,9	↑ 77,1	↑ 74,1	↑ 78,7	↑ 76,9	↑ 79,6
	↑ 64,1	↓ 74,1	↑ 77,7	↑ 68,7	↑ 72,9	↑ 87,0	↑ 76,9	↑ 79,6	↑ 83,8	↑ 75,8	↑ 74,2	↑ 77,6	↑ 75,3	↑ 79,1
	↑ 14,4	↑ 14,9	↑ 15,4	↑ 16,2	↑ 15,5	↑ 14,5	↑ 15,5	↑ 13,3	↑ 13,2	↑ 15,5	↑ 15,1	↑ 12,8	↑ 16,1	↑ 13,9
	24,5	44,1	41,5	38,8	36,5	36,3	34,7	38,9	37,1	45,2	38,0	32,6	43,1	21,7
	31,3	39,9	43,1	35,7	42,0	44,2	34,9	43,2	41,7	49,8	45,0	50,0	44,6	45,6
	30,1	42,0	42,2	37,4	39,1	40,0	34,5	40,1	39,4	47,1	41,9	41,6	43,7	33,8
	↓ 29,7	↓ 26,8	↑ 35,3	↓ 38,2	↑ 36,8	↑ 24,3	↑ 26,4	↓ 31,0	↑ 21,0	↓ 31,0	↑ 28,7	↓ 32,9	↓ 21,3	↓ 29,8
	↓ 14,1	↑ 16,0	↑ 34,0	↓ 32,4	↑ 34,2	↑ 30,3	↑ 27,1	↑ 26,7	↑ 20,2	↓ 26,3	↑ 24,9	↓ 30,9	↑ 21,3	↓ 24,5
	↓ 19,7	↑ 21,0	↑ 34,5	↓ 35,6	↑ 35,6	↑ 27,0	↑ 26,7	↑ 29,1	↑ 20,6	↓ 28,9	↑ 27,5	↓ 31,8	↓ 21,5	↓ 27,5
			89,4	75,0	91,9	88,5	88,6	85,7	93,8	87,8	87,9	100,0	83,3	100,0
			89,1	100,0	94,6	93,9	81,8	88,5	85,7	85,2	95,5	100,0	86,5	89,3
		92,3	↑ 89,2	↑ 90,6	↑ 93,6	↑ 91,5	↑ 85,3	↓ 86,9	↓ 90,0	↓ 86,8	↑ 92,2	100,0	↑ 84,8	↑ 94,1
	↑ 15,6	↓ 9,9	↓ 7,5	↑ 8,3	↓ 2,9	↓ 8,1	↓ 7,2	↑ 6,9	↑ 9,9	↑ 9,4	↑ 23,5	↑ 34,1	↑ 8,5	↓ 8,8
	↑ 25,0	↑ 11,0	↓ 9,6	↑ 6,0	↑ 5,6	↑ 10,8	↓ 7,4	↓ 1,0	↓ 3,4	↑ 8,9	↓ 15,2	↑ 41,4	↑ 8,1	↓ 12,2
	↑ 20,3	↓ 10,5	↓ 8,5	↑ 7,0	↑ 4,2	↑ 9,5	↓ 7,3	↓ 3,8	↑ 6,7	↑ 9,1	↓ 19,3	↑ 37,6	↑ 8,3	↓ 10,8
	↑ 100,0	↑ 94,9	↓ 97,9	↓ 96,3	↓ 97,4	↓ 95,4	↓ 96,6	↓ 96,5	↑ 94,6	↑ 94,5	↓ 95,9	↓ 93,4	↓ 96,2	↓ 95,5
	↑ 96,6	↓ 93,0	↓ 97,4	↓ 92,4	↑ 97,3	↑ 97,2	↑ 98,8	↓ 91,5	↓ 95,2	↑ 97,0	↑ 94,9	↑ 96,4	↓ 95,4	↑ 95,2
	↑ 98,3	↑ 93,9	↓ 97,7	↓ 94,2	↑ 97,3	↑ 96,4	↓ 97,7	↓ 93,9	↓ 94,9	↑ 95,9	↓ 95,4	↓ 94,8	↓ 95,7	↓ 95,3
	71,7	5,9	63,8	58,5	71,2	43,2	68,3	44,6	64,2	51,4	38,9	79,4	65,5	39,8
		0,0	65,2	56,1	62,2	27,9	40,0	22,0	47,5	42,6	19,9	54,5	50,5	32,8
	72,5	4,1	64,5	58,0	68,8	38,7	60,2	37,9	59,2	48,8	33,3	72,0	60,9	37,5
	13,0	0,0	12,7	9,2	13,3	7,3	11,5	6,0	18,1	6,3	8,2	17,8	36,9	15,3
	22,1	0,0	14,9	4,2	19,2	0,0	13,6	15,0	11,3	9,1	5,2	29,6	40,9	7,4
	15,6	0,0	13,3	7,8	15,0	5,2	12,2	8,5	16,1	7,1	7,3	21,1	38,0	12,9

Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet

Detta är den femte 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, så som medicinska resultat, patienterfarenheter, tillgänglighet och kostnader.

Årets rapport innehåller 134 indikatorer för vilka landstingens resultat presenteras. Avsikten är framförallt att jämföra landstingen, men i många fall visas även utvecklingen för riket över tid. Landstingsvisa jämförelser redovisas i huvudsak uppdelade på kvinnor och män, så att eventuella könsskillnader framgår. 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 978-91-7164-587-6

Socialstyrelsen
Artikelnr. 2010-11-9



Sveriges Kommuner och Landsting

118 82 Stockholm
08-452 70 00 www.skl.se

Socialstyrelsen

106 30 Stockholm
075-247 30 00 www.socialstyrelsen.se