

ÖPPNA JÄMFÖRELSE 2013



Hälsa- och sjukvård

JÄMFÖRELSE MELLAN LANDSTING

Öppna jämförelser 2013

Hälso- och sjukvård

JÄMFÖRELSE MELLAN LANDSTING

Du får gärna citera rapportens texter eller diagram om du uppger källan, exempelvis i utbildningsmaterial till självkostnadspris, men du får inte använda texterna i kommersiella sammanhang.

Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting har ensamrätt att bestämma hur detta verk får användas, enligt lagen (1960:729) om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk (upphovsrättslagen). Även bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten, och du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

Socialstyrelsen: Artikelnummer 2013-12-1, ISBN 978-91-7555-111-1
SKL: ISBN: 978-91-7585-008-5

Foto: Matton

Produktion: Edita Västra Aros, Ordförandet AB

Form: Yra

Tryck: Edita Västra Aros, Västerås, november 2013



Förord

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

Styrgrupp för arbetet med Öppna jämförelser 2013 har utgjorts av Bodil Klintberg och Stefan Ackerby från Sveriges Kommuner och Landsting samt Mona Heurgren och Marie Lawrence från Socialstyrelsen.

Det praktiska arbetet har utförts av en gemensam arbetsgrupp. I denna har från Socialstyrelsen Marianne Aggestam, Behzad Kouchehi och Birgitta Lindelius deltagit. Från Sveriges Kommuner och Landsting har Camilla Eriksson, Martin Lindblom, Katarina Wiberg Hedman och Emma Vintemon medverkat. Även Fredrik Westander, konsult, har ingått i arbetsgruppen.

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

Personer som lämnat underlag till rapporten förtecknas i slutet av rapporten. Arbetet har bedrivits i dialog med kontaktpersoner från samtliga landsting.

Lars-Erik Holm
Generaldirektör, Socialstyrelsen

Håkan Sörman
VD, Sveriges Kommuner och Landsting

Innehåll

- = Ny indikator
 ■ = Förändrad indikator

Sammanfattning	10
Inledning	11
Öppna jämförelser bakgrund och syfte	11
Indikatorer och datakällor	12
Resultatredovisning och tolkning	15
Övergripande indikatorer	19
Dödlighet, undvikbar slutenvård med mera	20
1 Återstående medellivslängd	20
2 Hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet	22
3 Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet	24
4 Åtgärdbar dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom	26
5 Självmod i befolkningen	28
6 Responstid för ambulans	30
7 Undvikbar slutenvård	31
8 Vårdrelaterade infektioner	33
9 MPR-vaccination av barn	34
10 Gynekologisk cellprovskontroll	35
■ 11 Trycksår i slutenvård	37
12 Smärtskattning under sista levnadsveckan	38
13 Vidbehovsordination av opioider i livets slutskede	39
14 Brytpunktssamtal i livets slutskede	40
Läkemedelsbehandling	42
■ 15 Tio eller fler läkemedel bland äldre	42
■ 16 Läkemedelsinteraktion bland äldre	43
■ 17 Äldre med läkemedel som bör undvikas	44
18 Förekomst av antibiotikabehandling	45
■ 19 Penicillin V vid behandling av barn med luftvägsantibiotika	46
■ 20 Kinoloner vid behandling med urinvägsantibiotika	47
■ 21 Kombinationspreparat vid astma	48
22 Uttagsföljsamhet vid blodtryckssänkande behandling	50
23 God viruskontroll vid HIV	51
■ 24 Fråga om andra läkemedel vid besök i primärvård	53

Befolkningens förtroende och patienterfarenheter	55
25 Tillgång till sjukvård.....	55
26 Förtroende för vårdcentraler.....	57
27 Förtroende för sjukhus.....	58
28 Bemötande vid besök på akutmottagning.....	59
29 Information vid besök på akutmottagning.....	60
30 Delaktighet vid besök på akutmottagning.....	61
Tillgänglighet	62
31 Läkarbesök inom sju dagar i primärvård	62
32 Primärvårdens tillgänglighet per telefon	62
33 Besök inom 90 dagar i specialiserad vård.....	64
34 Operation inom 90 dagar i specialiserad vård	65
Kostnader	66
■ 35 Strukturjusterad hälso- och sjukvårdskostnad	66
35A Sjukvårdskostnad per invånare och verksamhetsgren.....	67
■ 35B Justerad läkemedelskostnad per invånare.....	68
36 Kostnad per konsumerad DRG-poäng.....	70
37 Kostnad per producerad DRG-poäng.....	71
38 Kostnad per vårdkontakt i primärvård	72
Graviditet, förlossning och nyföddhetsvård.....	74
39 Tobaksvanor under graviditet.....	74
40 Screening för riskbruk av alkohol vid graviditet.....	75
41 Dödfödda barn.....	76
42 Neonatal dödlighet.....	78
■ 43 Vårdrelaterade infektioner hos barn i neonatalvård	79
44 Låg Apgar-poäng hos nyfödda.....	80
45 Bristningar vid förlossning bland förstföderskor.....	82
46 Kejsarsnitt bland förstföderskor	84
47 Kostnad per vårdtillfälle vid förlossning.....	86
Kvinnosjukvård	87
48 Önskad händelser efter borttagande av livmoder	87
49 Patientrapporterade komplikationer efter borttagande av livmoder.....	88
50 Patienttilfredsställelse efter borttagande av livmoder.....	91
51 Patientrapporterade komplikationer efter framfallsoperation.....	92
52 Patientrapporterad förekomst av framfallssymtom efter operation.....	95
53 Patientrapporterade komplikationer efter inkontinensoperation.....	96
54 Patientrapporterad kontinens efter inkontinensoperation.....	99
55 Dagkirurgiska operationer vid livmoderframfall	100
56 Kostnad per vårdtillfälle vid borttagande av livmoder.....	102

Rörelseorganens sjukdomar	103
57 Implantatöverlevnad vid total knäprotesoperation	103
58 Implantatöverlevnad vid total höftprotesoperation	107
59 Omoperation efter total höftprotesoperation	109
60 Önskad händelser efter knä- och höftprotesoperation	112
■ 61 Patientrapporterat resultat av total höftprotesoperation	113
62 Patienttillfredsställelse efter total höftledsoperation	116
63 Väntetid inför höftfrakturopoperation	118
64 Protesoperation vid höftfraktur	120
65 Implantatöverlevnad vid halvprotesoperation	122
■ 66 Åter till ursprungligt boende efter höftfraktur	124
■ 67 Läkemedel mot benskörhet efter fraktur	125
68 Patientrapporterad förbättring efter operation för spinal stenosis	127
69 Patientrapporterad förbättring efter operation för diskbråck	128
70 Artroskopi i knäleden vid artros eller meniskskada	129
■ 71 Utbytesoperation inom 2 år efter korsbandsoperation	131
■ 72 Biologiska läkemedel vid reumatoid artrit	132
73 Effekt vid första behandling med biologiska läkemedel	134
74 Patientrapporterad hälsa vid behandling med biologiskt läkemedel	135
75 Kostnad per vårdtillfälle vid total höftprotesoperation	137
76 Kostnad per vårdtillfälle vid total knäprotesoperation	138
 Diabetesvård	 139
77 Måluppfyllelse för blodsockervärde vid diabetes – primärvård	139
78 Måluppfyllelse för blodsockervärde vid typ 1-diabetes	141
79 Måluppfyllelse för blodtryck vid diabetes – primärvård	144
80 Måluppfyllelse för blodtryck vid typ 1-diabetes	145
81 Måluppfyllelse för LDL-kolesterol – primärvård	148
82 Måluppfyllelse för blodsockervärde – barn	149
83 Amputation vid diabetes	151
 Hjärtsjukvård	 153
84 Överlevnad vid hjärtstopp utanför sjukhus	153
85 Dödlighet efter hjärtinfarkt	155
86 Dödlighet efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt	157
87 Ny infarkt eller död i ischemisk hjärtsjukdom	160
88 Reperusionsbehandling vid ST-höjningsinfarkt	161
89 Tid till reperusionsbehandling vid ST-höjningsinfarkt	163
90 Kranskärlsröntgen vid icke ST-höjningsinfarkt och riskfaktor	164
91 Blodproppshämmande behandling vid icke ST-höjningsinfarkt	167
92 Blodfettssänkande behandling efter hjärtinfarkt	169
93 Dödlighet efter PCI vid instabil kranskärlssjukdom	171
94 Återförträngning av hjärtats kärl efter PCI	172
95 Död eller återinskrivning efter vård för hjärtsvikt	174
96 Läkemedelsbehandling vid hjärtsvikt	176
97 Komplikationer efter pacemakerinsättning	177
98 Kostnad per vårdtillfälle för PCI vid hjärtinfarkt	179

Strokesjukvård och MS	180
99 Dödlighet efter förstagångsstroke	180
100 Dödlighet efter sjukhusvårdad förstagångsstroke	182
101 Vård vid strokeenhet	185
102 Trombolysbehandling vid stroke	187
103 Test av sväljförmåga vid akut stroke	190
104 Blodförtunnande behandling vid stroke och förmaksflimmer	192
105 Blodfettssänkande behandling efter stroke	193
106 Återinsjuknande efter stroke	194
107 Funktionsförmåga efter stroke	196
108 Nöjdhet med sjukhusvård vid stroke	199
109 Tillgodosedda behov av rehabilitering efter stroke	201
110 Bromsmedicin vid skovvis förlöpande MS	203
111 Bromsmedicin vid sekundär-progressiv MS	204
Cancersjukvård	206
112 Överlevnad vid tjocktarmscancer	208
113 Omoperation vid tjocktarmscancer	209
114 Dödlighet vid operation för tjocktarmscancer	211
115 Överlevnad vid ändtarmscancer	214
116 Omoperation vid ändtarmscancer	215
117 Dödlighet vid operation för ändtarmscancer	217
118 Överlevnad vid bröstcancer	219
■ 119 Omoperation vid bröstcancer på grund av tumördata	220
120 Omoperation vid bröstcancer på grund av komplikation	222
■ 121 Tid till operation vid bröstcancer	224
122 Överlevnad vid lungcancer	227
123 Multidisciplinär konferens vid lungcancer	228
124 Tid till behandlingsbeslut vid lungcancer	229
125 Tid till besök vid prostatacancer	231
■ 126 Kurativ behandling vid prostatacancer	233
127 Tid till behandlingsstart vid huvud- och halscancer	234
Psykiatrisk sjukvård	235
■ 128 Regelbunden behandling med sömnmedel eller lugnande medel	235
■ 129 Tre eller fler psykofarmaka bland äldre	236
■ 130 Användning av lämpliga sömnmedel till äldre	237
131 Undvikbar somatisk slutenvård för personer med psykiatrisk diagnos	238
132 Återinskrivning inom 14 respektive 28 dagar efter vård för schizofreni	239
133 Återinskrivning inom 3 resp. 6 månader efter vård för schizofreni	240
134 Följsamhet till litiumbehandling vid bipolär sjukdom	241
135 Besök inom 30 dagar – barn och ungdomspsykiatri	243
136 Besök inom 90 dagar – vuxenpsykiatri	244
137 Återfall i brottslig gärning vid rättspsykiatrisk vård	244
138 Fetma bland patienter i rättspsykiatrisk vård	246
■ 139 ECT vid slutenvårdad svår depression	248
■ 140 Depressionsskattning efter ECT	249

Kirurgisk behandling	251
141 Omoperation vid ljumskbräck	251
142 Dagkirurgiska operationer vid ljumskbräck	253
143 Dödlighet efter vård för blödande magsår	254
144 Uppföljning av patienter efter obesitaskirurgi	255
145 Minskning av övervikt efter obesitaskirurgi	257
■ 146 Kostnad per DRG-poäng vid obesitaskirurgi	259
147 Miniinvasivt borttagande av gallblåsa	260
148 Kirurgiska komplikationer efter borttagande av gallblåsa	261
149 Antibiotika vid borttagande av gallblåsa	262
150 Kostnad per DRG-poäng vid galloperation	263
151 Tid till operation vid förträngning av halspulsåder	264
152 Död eller amputation efter operation av kärlförträngning i ben	266
153 Död efter planerad operation för aortaaneurysm	267
154 Kostnad per operation av kärlförträngning i ben	269
155 Patientrapporterat resultat av septumplastik	269
156 Patientrapporterad symtomfrihet efter tonsilloperation	271
Intensivvård	273
157 Riskjusterad dödlighet efter vård på IVA	273
158 Nattlig utskrivning från intensivvårdsavdelning till vårdavdelning	276
159 Oplanerad återinskrivning till intensivvårdsavdelning	279
Ögonsjukvård	282
160 Synfel vid kataraktoperation	282
161 Självskattad nytta av kataraktoperation	285
162 Förbättring efter behandling vid makuladegeneration	286
Resultat för alla landsting och indikatorer	289
Personer som lämnat underlag till rapporten	306

Sammanfattning

Årets rapport är den åttonde i serien Öppna jämförelser av hälso- och sjukvård. De 162 indikatorerna i rapporten ger en bred, men inte fullständig bild av den svenska hälso- och sjukvården. Rapporten innehåller i första hand jämförelser mellan landsting men i många fall presenteras också resultat för sjukhus. I allt högre utsträckning har också rapporten kommit att redovisa hur utvecklingen ser ut över tid, nationellt sett.

I årets rapport finns indikatorer som tidigare har publicerats i Öppna jämförelser av hälsoinriktad hälso- och sjukvård samt Öppna jämförelser av läkemedel.

Generella iakttagelser

Majoriteten av indikatorerna för de stora sjukdomsgrupperna visar att resultaten har förbättrats över tid på nationellt nivå. Det gäller till exempel dödlighet i hjärtsjukdomar och överlevnad när det gäller cancer. Det finns dock variationer mellan landsting som tyder på förbättringsmöjligheter för de flesta indikatorer. Exempelvis gäller det indikatorn *Multidisciplinär konferens* vid lungcancer där andelen varierar mellan 33 procent på Gotland och 93 procent i Västerbotten. En annan generell iakttagelse är att kostnaderna för hälso- och sjukvården varierar mellan landstingen. Rapporten innehåller sex övergripande indikatorer som speglar kostnadsskillnader mellan landstingen. Exempelvis varierar den *strukturjusterade kostnaden för hälso- och sjukvården* mellan 20 120 kronor per invånare i Sörmland och 23 118 kronor per invånare i Stockholms län.

Patientrapporterade indikatorer

Cirka 20 av indikatorerna visar patientrapporterade utfall (PROM) eller patientrapporterade erfarenheter (PREM), bland annat inom kvinnosjukvården och rörelseorganens sjukdomar. Att redovisa patienters egna värderingar av sjukvårdens insatser och resultat är ett område som är under utveckling. Exempel på patientrapporterat hälsoutfall är indikatorn *Patientrapporterad kontinens efter inkontinensoperation* där två av tre patienter rapporterade att de är kontinenta ett år efter operation för inkontinens. Ett exempel på patientrapporterade erfarenheter är indikatorn *Nöjdhet med sjukhusvård vid stroke* där drygt 95 procent av patienterna uppgav att de var nöjda eller mycket nöjda med vården under sjukhusvistelsen.

Tillgänglighet

14 av indikatorerna visar olika aspekter av väntetider till kontakter eller behandlingar. Inom ramen för detta återfinns exempelvis responstid för ambulans, andel som väntat högst 90 respektive 30 dagar på besök inom vuxen- respektive barn- och ungdomspsykiatri samt övergripande indikatorer om tillgänglighet i primärvård och specialiserad vård. Indikatorerna om olika ledtider inom cancervården tyder på stora skillnader mellan landstingen. Exempelvis varierade *väntetiden från remissankomst till specialistklinik till start av behandling vid elakartad huvud- och halstumör* mellan 28 och 76 dagar år 2011-2012.

Inledning

ÖPPNA JÄMFÖRELSERS BAKGRUND OCH SYFTE

I rapportserien *Öppna jämförelser* redovisas årligen indikatorbaserade jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. 2013 års rapport är den åttonde rapporten och innehåller jämförelser mellan landsting med avseende på medicinska resultat, patienterfarenheter, tillgänglighet och kostnader. *Öppna jämförelser* baseras på nationell och allmänt tillgänglig statistik om hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) är gemensamt ansvariga för arbetet.

Huvudsyftet är att bidra till hälso- och sjukvårdens ledning och styrning. Genom att belysa goda resultat och mindre goda resultat sporrar landstingen till ett ökat lärande som bidrar till fördjupade analyser och uppföljningar för att uppnå bättre resultat. Lokala förbättringsarbeten kan initieras utifrån resultaten i *Öppna jämförelser*.

Ett annat 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.

Öppna jämförelser är ett av flera kunskapsunderlag som kan användas av olika aktörer på såväl nationell som regional och lokal nivå för att stödja utförare inom vården i arbetet med att främja en god vård och bättre hälsa i mötet med den enskilde individen.

Ytterligare ett syfte med jämförelserna är att bidra till förbättrad datakvalitet och förenklad dataåtkomst avseende 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. Brister avseende datatillgång och datakvalitet utgör påtagliga begränsningar när kvalitetsjämförelser ska göras och resultaten tolkas.

Rapporten syftar inte till och är inte utformad för att stödja patienternas val av vårdgivare. Kvalitetsjämförelser som grund för vårdval ställer höga 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.

Öppna jämförelser är ett av flera underlag om kvalitet i hälso- och sjukvården som Socialstyrelsen och SKL ställer till förfogande för landstingen och för hälso- och sjukvårdens olika vårdgivare och organisationer, liksom för allmänhet, media och patientföreningar.

Rapportens bilagor

Utöver den tryckta rapporten ingår även fyra bilagor, som finns tillgängliga enbart i elektronisk form:

- Bilaga 1 Beskrivning av indikatorer
- Bilaga 2 Bakgrundsdata till *Öppna jämförelser* – vårdkonsumtion med mera
- Bilaga 3 Landstingsprofiler – resultat per landsting för alla indikatorer
- Bilaga 4 Landstingens resultat över tid – tidsserier per landsting jämfört med riket

Utöver dessa bilagor tas ytterligare underlag med anknytning till rapporten fram, som till exempel *täckningsgradsjämförelser* mellan kvalitetsregister och hälsodataregister, som visar hur komplett rapporteringen till registren är. Dessa jämförelser är ett viktigt underlag för att förbättra rapporteringen till både hälsodata- och kvalitetsregister. De finns publicerade på Socialstyrelsens webbplats.

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

Via www.skl.se kan man välja *Öppna jämförelser*, i vänstra fältet, under menyn *Ämnen* 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 *Hälsa- och sjukvård*.

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

INDIKATORER OCH DATAKÄLLOR

Antalet indikatorer är i årets *Öppna jämförelser* 162. Fördelen med ett stort antal indikatorer är att flera sjukdomsgrupper och aspekter av hälso- och sjukvården då kan beskrivas, men även om indikatorerna är många, så ger de inte en täckande bild av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Viktiga kvalitetsaspekter är fortfarande otillfredsställande belysta, eftersom det på flera sjukvårdsområden saknas tillgängliga data om kvalitet.

På andra områden, där det finns tillgång på data, publiceras bara ett urval. Indikatorerna för cancer-sjukvård är ett urval av de indikatorer som ingick i den nationella utvärdering av riktlinjerna för ett antal cancersjukdomar, som Socialstyrelsen publicerade vintern 2013. I juni 2013 publicerades en öppen jämförelse av läkemedelsanvändning. Ett urval av indikatorerna som ingick i den rapporten presenteras under läkemedelsavsnittet. Detsamma gäller de kvalitetsregister som offentligt redovisar indikatorer i återkommande rapportering – bara ett urval redovisas i denna rapport. Urvalet av indikatorer styr därmed bilden av ett landstings sjukvård.

Ambitionen är att så långt som möjligt spegla hela hälso- och sjukvårdssystemet, men indikatorerna och utfallen ska i första hand betraktas var för sig. Indikatorerna är angelägna, därför att de var och en speglar väsentliga aspekter av sin del av hälso- och sjukvården, inte därför att utfallet för indikatorsetet som helhet utgör ett betyg på ett landstings hela vårdssystem.

Några få breda, folkhälsoorienterade indikatorer har liksom i tidigare rapporter tagits med, som medellivslängd, men folkhälsoaspekten ingår strikt sett inte i dagens ambition för *Öppna jämförelser*. Socialstyrelsen kommer, i samverkan med SKL och Statens folkhälsainstitut, att publicera en öppen jämförelse för folkhälsa i december 2014.

Indikatorsetets indelning och förändring

162 indikatorer redovisas, vilket kan jämföras med förra årets rapport som redovisade 169. Indikatorerna speglar olika dimensioner av kvalitet: medicinska resultat och processer, tillgänglighet, patienterfarenheter och kostnader. Tyngdpunkten ligger på medi-

insk 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.

Förändringarna i indikatoruppsättningen är små, jämfört med 2012. Utöver förändringarna som nedan redovisas har vissa indikatorer modifierats, vilket markeras i innehållsförteckningen.

Inom området *Övergripande indikatorer* redovisas i år några nya indikatorer: Förekomst av trycksår i slutenvård och en enkätfråga från Nationell Patientenkät om läkemedel vid besök i primärvård.

I Nationell Patientenkät saknas aktuella uppgifter avseende patienterfarenheter vid besök i primärvård, vilket innebär att tidigare indikatorer inte kan visas. Däremot redovisas tre indikatorer som avser patienterfarenheter vid besök på sjukhusens akutmottagningar.

Indikatorn om tidiga aborter inom området *Graviditet, förlossnings- och nyföddhetsvård* kan inte visas i år, eftersom ingen insamling av abortstatistik skett. Detta beror på legala oklarheter hos datainsamlingen.

Inom *Psykiatrisk vård* visas två nya indikatorer, om ECT-behandling vid svår depression.

Ett nytt område, *Ögonsjukvård*, har tillkommit och området *Annan vård* har tagits bort. Även området *Njursjukvård* har i år utgått.

INDIKATOROMRÅDEN

Övergripande indikatorer

Dödlighet, med mera	Tillgänglighet
Läkemedelsbehandling	Kostnader
Förtroende och patienterfarenheter	

Områdesvisa indikatorer

Graviditet, förlossning m m	
Kvinnosjukvård	Cancersjukvård
Rörelseorganens sjukdomar	Psykiatrisk vård
Diabetesvård	Kirurgisk behandling
Hjärtsjukvård	Intensivvård
Stroke och MS	Ögonsjukvård

VAD ÄR EN INDIKATOR?

Vilka krav ska ställas på en lämplig indikator?

Följande kriterier för indikatorurvalet används som vägledning i arbetet med *Öppna jämförelser*:

Mätbar och tillgänglig. Indikatorn ska vara mätbar, väl definierad och data ska finnas tillgängliga på nationell nivå. Indikatorn 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 inte fullt ut når upp till dessa krav. Reservationer om datakvalitet och andra tolkningsproblem ges i texten vid respektive indikator.

Process för urval av indikatorer

Förslag till nya 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.

Både före och efter publicering har indikatorer och resultat diskuterats med företrädare för 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 att framföra landstingens och verksamhetsansvarigas synpunkter och därmed i att utveckla indikatorsetet.

I praktiken spelar tillgången på relevanta data av tillräckligt god kvalitet en stor roll för urvalet.

ÖPPEN JÄMFÖRELSE AV HÄLSOINRIKTAD HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

För att uppmärksamma vikten av förebyggande insatser har Socialstyrelsen publicerat en öppen jämförelse med indikatorer som speglar delar av den hälsoinriktade hälso- och sjukvården. Den omfattar två centrala områden, hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande åtgärder. Med sjukdomsförebyggande åtgärder avses åtgärder som syftar till att reducera riskfaktorer, medan åtgärder som syftar till att öka tillgången till frisk- och skyddsfaktorer betraktas som hälsofrämjande.

Det handlar om åtgärder som bidrar till tidig upptäckt av risk för ohälsa, om sjukdomstillstånd som kan behandlas med preventiva åtgärder, ofta i kombination med ordinarie behandling hos patienter med kroniska sjukdomar eller specifika målgrupper med riskfaktorer. Särskild vikt läggs vid att belysa hur vården arbetar och vilket resultat som skapas avseende åtgärder som reducerar ohälsosamma levnadsvanor med utgångspunkt från de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder.

Rapporten innehåller 30 indikatorer som tillsammans belyser individ- och patientperspektivet, indikatorer som visar hur hälsoutvecklingen kan främjas hos individer med etablerad vårdkontakt. Dessutom behandlas befolkningsspektivet, med vilket avses indikatorer som belyser hur en jämlik hälsoutveckling i befolkningen kan främjas. Att värna befolkningens hälsa är ett ansvar för hälso- och sjukvården tillsammans med andra samhällsaktörer. Rapporten speglar oftare förutsättningar och processer än resultat men resultaten kan förhoppningsvis mätas i större utsträckning i framtiden och därmed mer konkret belysa hur framgångsrik hälsoinriktningen inom hälso- och sjukvården är.

De indikatorer som inkluderats från 2012 års öppna jämförelse av hälso- och sjukvård är:

- MPR - vaccination av barn
- Förekomst av antibiotikabehandling
- Deltagandefrekvens gynekologiskt cellprov
- Tio eller fler läkemedel bland äldre
- Tobaksvanor under graviditet
- Screening för riskbruk av alkohol under graviditet
- Tillgodosedda behov av rehabilitering efter stroke

Dessa indikatorer finns även med i årets öppna jämförelse och urvalet illustrerar uppföljning av den hälsoinriktade hälso- och sjukvården. Dessutom finns det fler indikatorer i årets rapport som belyser sekundärprevention inom olika områden och som kan inkluderas i en framtida, mer utvecklad uppföljning av den hälsoinriktade hälso- och sjukvården.

Vilka slags mått på kvalitet och effektivitet redovisas?

De flesta indikatorerna i rapporten beskriver hälso- och sjukvårdens medicinska kvalitet. Både resultatmått och processmått ingår, men mera sällan strukturmått, som till exempel mått som speglar sjukvårdens organisation. Resultatmått belyser hur det gick för patienten. Flera resultatmått visar patienternas egen skattning av behandlingens resultat. Det finns ett ökat intresse både i Sverige och internationellt för så kallade patientrapporterade resultat, förkortat PROM, *Patient Reported Outcome Measures*. Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att identifiera och föreslå patientrapporterade utfallsmått för nationella kvalitetsregister som berör kroniska sjukdomar under 2014. Uppdraget består av att identifiera och föreslå både generella och sjukdomsspecifika PROM för att mäta patientens upplevelse av sitt hälsotillstånd i samband med behandling inom vården.

Processmått speglar vad man gör i sjukvården och finns med i urvalet för att de bedöms ha stor betydelse för resultaten. I några fall redovisas även mått med osäker tolkning ur kvalitetssynpunkt, då mest för att spegla att sjukvårdens praxis varierar. Ett exempel på detta är andelen framfallsoperationer som utförs i dagkirurgi.

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 bedöm-

ning av en specifik behandlings resultat 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. Hur många behandlingar som utförs i en viss befolkningsgrupp är en annan aspekt på tillgänglighet. För ett urval indikatorer redovisas i bilaga 2 mått på vårdkonsumtion.

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

Data från KPP-databasen (Kostnad Per Patient) redovisas enbart på sjukhusnivå. Kvaliteten i KPP-databasen är svårbedömd, eftersom kostnadsjämförelser mellan sjukhus inte regelbundet publiceras. Genom att redovisa 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 genom jämförelser av täckningsgrad, i separat publicering. Samtliga datakällor redovisas i tabblån.

DATAKÄLLOR**Socialstyrelsen**

Dödsorsaksregistret

Medicinska födelseregistret

Läkemedelsregistret

Patientregistret

Cancerregistret

Sveriges Kommuner och Landsting

Nationell Patientenkät

Väntetider i Vården

SKL:s verksamhetsstatistik

Vårdbarometern

KPP-databasen

Nationella Kvalitetsregister

SNQ – Svenskt Neonatalt Kvalitetsregister

Svenska Knäprotesregistret

SWESPINE – Svenska Ryggregistret

RIKSHÖFT – Nationella höftfrakturregistret

Nationellt kvalitetsregister för hjärt-lungräddning

Svensk Reumatologis Kvalitetsregister

Svenskt Kvalitetsregister för huvud- och halscancer

Nationella Koloncancerregistret

Nationella Bröstcancerregistret

Nationella prostatacancerregistret

Scandinavian Obesity Surgery Registry

Swedvasc – Svenska Kärregistret

Svenska Intensivvårdsregistret

Svenska ICD- och Pacemakerregistret

SWEDEHEART – RIKS-HIA

Kvalitetsregister ECT

Nationellt kvalitetsregister för gynekologisk cellprovskontroll

GallRiks – Svenskt kvalitetsregister för gallstenskirurgi

Nationella kvalitetsregistret inom gynekologisk kirurgi

Svenskt Kvalitetsregister för Öron-, Näs- och Halssjukvård

RättspsyK – Nationellt kvalitetsregister för rättspsykiatrisk vård

Svenska Höftprotesregistret

Svenska korsbandsregistret

Nationella Diabetesregistret

Gyn-Kvalitetsregistret

Riks-Stroke

InfCare HIV

SWEDEHEART - SCAAR

Svenska Rektalcancerregistret

Nationellt lungcancerregister

Svenska Palliativregistret

Svenskt Bråckregister

Mödrahälsovårdsregistret

Nationella Kataraktregistret

Svenska MS-registret

Makularegistret

Övriga källor

Statistiska centralbyrån

SOS Alarm

Smittskyddsinstitutet

RESULTATREDOVISNING OCH TOLKNING

Redovisningen i *Öppna jämförelser* har en beskrivande karaktär. Jämförelserna kommenteras och läsaren ges därmed stöd för tolkning av utfallet. Redovisningen innehåller ingen analys av orsaker till skillnader eller bedömning av dem. 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 att tolka och värdera de egna utfallen. Ambitionen är att presentera data med så hög kvali-

tet som möjligt, men lämna tolkning och analys till läsaren. På de områden där det finns riktlinjer eller andra evidensbaserade kunskapsunderlag, bör dessa 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 jämförelserns syfte sträcker sig till att ge signalerna.

Hur presenteras indikatorerna?

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

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

I slutet av rapporten redovisas i en tablå alla landstings resultat för alla indikatorer. Om färgläggningen av resultaten, se vidare nedan. I bilaga 3 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 socioekonomiska förhållanden: För medicinska indikatorer är huvudprincipen att data i den tryckta rapporten visas för båda könen sammantagna, medan könsuppdelad redovisning sker när det finns särskilda skäl för detta. Könsuppdelade diagram finns tillgängliga på respektive organisations hemsidor, i alla de fall könsuppdelade data finns tillgängliga. För några indikatorer visas resultatet även fördelat på utbildningsnivå.

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

Val av tidsperiod: Det är ofta önskvärt att visa så aktuella data som möjligt. Det är dessutom en poäng att utforma en indikator så att effekten av förbättringsarbeten snabbt syns och inte späds ut av tidigare års sämre resultat. För de indikatorer där detta är möjligt och fungerar bra används senast tillgängliga års data. För de indikatorer där patienterna eller kvalitetshändelserna (dödsfall, infektion, omoperation etc) är få, bör längre tidsperioder användas. Orsaken till detta är att den statistiska osäkerheten annars skulle vara för stor och de årliga resultaten riskera att hoppa upp och ned beroende på slumpen. En avvägning behöver därmed göras mellan aktualitet och 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 med några undantag liggande 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 resultaten efter kärlikirurgi. Rangordning har gjorts även i de fall där kvaliteten i data är svagare, där skillnaderna mellan landsting är små och för de indikatorer och resultat där den statistiska osäkerheten är stor.

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

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

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

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. Målni-

vår, som är satta inom ramen för nationella riktlinjer eller av till exempel kvalitetsregister, refereras för de indikatorer där sådana finns. Vårdgarantins tidsgränser är de enda politiskt beslutade "målnivåerna".

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 klinikenivå 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. 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.

Exempel från hjärtsjukvården (indikatorerna om icke ST-höjningsinfarkt) kan 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 mellan sjukhus. Detta gör att ett sjukhus kan redovisa toppresultat, men baserat bara på en del av de patienter som egentligen borde ha rapporterats.

För resultatmått bör frågor om skillnader i kliniker-
nas patientsammansättning hanteras innan egentliga kvalitetsjämförelser mellan sjukhus publiceras.

Samma tidsperiod som vid landstingsredovisning används i normalfallet vid sjukhusjämförelser. Konfidensintervall återges, för att visa den osäkerhet som uppstår som följd av att antalet fall kan vara få. Samma sjukhus- eller klinikindelning som finns i det använda registret används, det vill säga patientregistret eller det aktuella kvalitetsregistret. Ingen justering för patientsammansättning har i normalfallet gjorts, utöver åldersstandardisering, som då även 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.

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.

Läsaren bör 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.

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 ottydligt 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

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 är med, så är registrets data ändå inte självklart representativa för hela den aktuella patientgruppen. Eftersom andelen rapporterade patienter varierar mellan sjukhus och

mellan landsting så kan det inte uteslutas att detta påverkar utfallet. Det saknas information om vården för de patienter som inte rapporterats. Om dessa får annan vård eller annat resultat än de rapporterade patienterna, blir det redovisade utfallet snedvridet.

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

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 baseras på en större population och är därför statistiskt sett säkrare och därmed också stabilare över tid. 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 intervall anger den statistiska osäkerheten för det enskilda landstingets värde. 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.

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 vid slumpmässiga urval. 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.

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. Tablå kan med fördel ses som en tabellbilaga, snarare än som en sammanfattande resultatguide.

Övergripande indikatorer

Här redovisas 38 övergripande hälso- och sjukvårdsindikatorer, under fem underrubriker:

- Dödlighet, undvikbar slutenvård med mera
- Läkemedelsbehandling
- Befolkningens förtroende och patienterfarenheter
- Tillgänglighet
- Kostnader

Indikatorerna är inplacerade i detta avsnitt därför 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.

Tre indikatorer om palliativ vård som tidigare visats på annan plats i rapporten är flyttade hit. En ny indikator visar förekomst av trycksår. HIV-vårdsindikatorn visas även den här, under rubriken Läkemedelsbehandling.

Dödlighet, undvikbar slutenvård med mera

1 ÅTERSTÅENDE MEDELLIVSLÄNGD

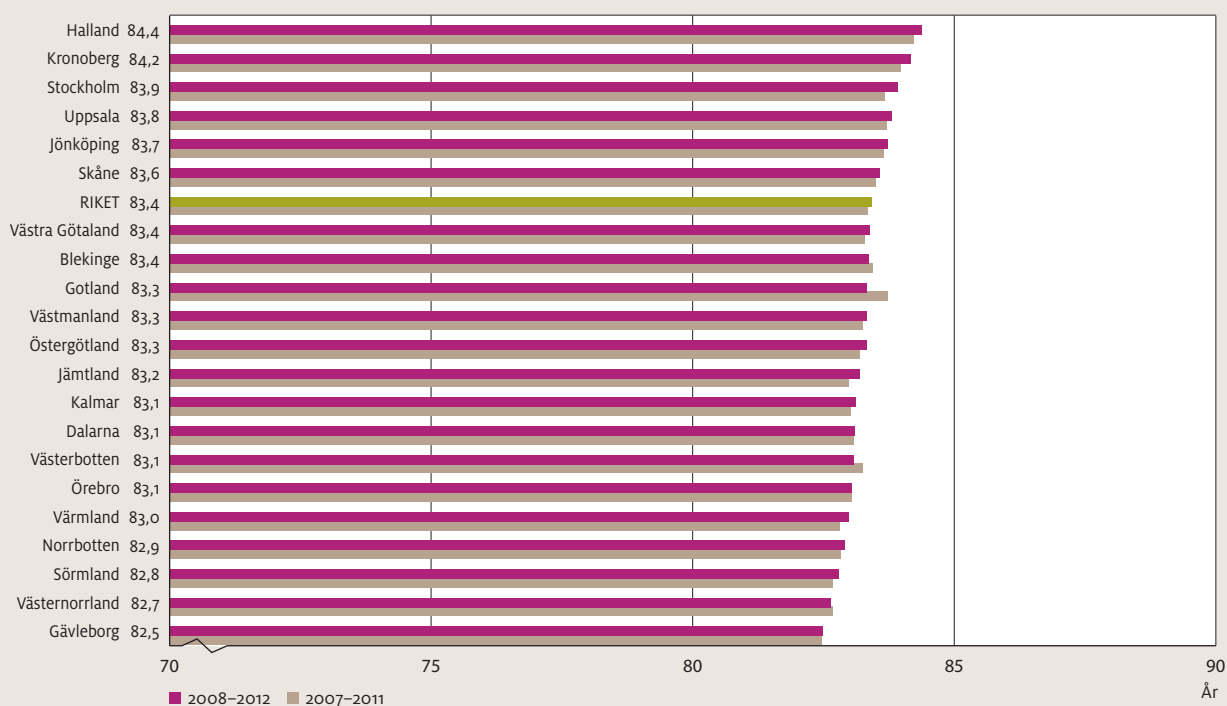
Medellivslängden är ett mått på hur folkhälsan utvecklas. Tillsammans med barnadödlighet är det ett av de mest använda måtten när man jämför olika länder. I ett internationellt perspektiv är medellivslängden hög i Sverige. Svenska män lever nästan längst av alla män. Bara män på Island, i Schweiz, Japan 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.

För personer födda år 2008–2012 var den återstående medellivslängden i Sverige beräknad till 83,4

för kvinnor och 79,5 år för män. En liten ökning kan ses från förra mätperioden. Skillnaden mellan könen är fortfarande fyra år. För både kvinnor och män är skillnaderna i medellivslängd mellan landstingen som mest cirka två år.

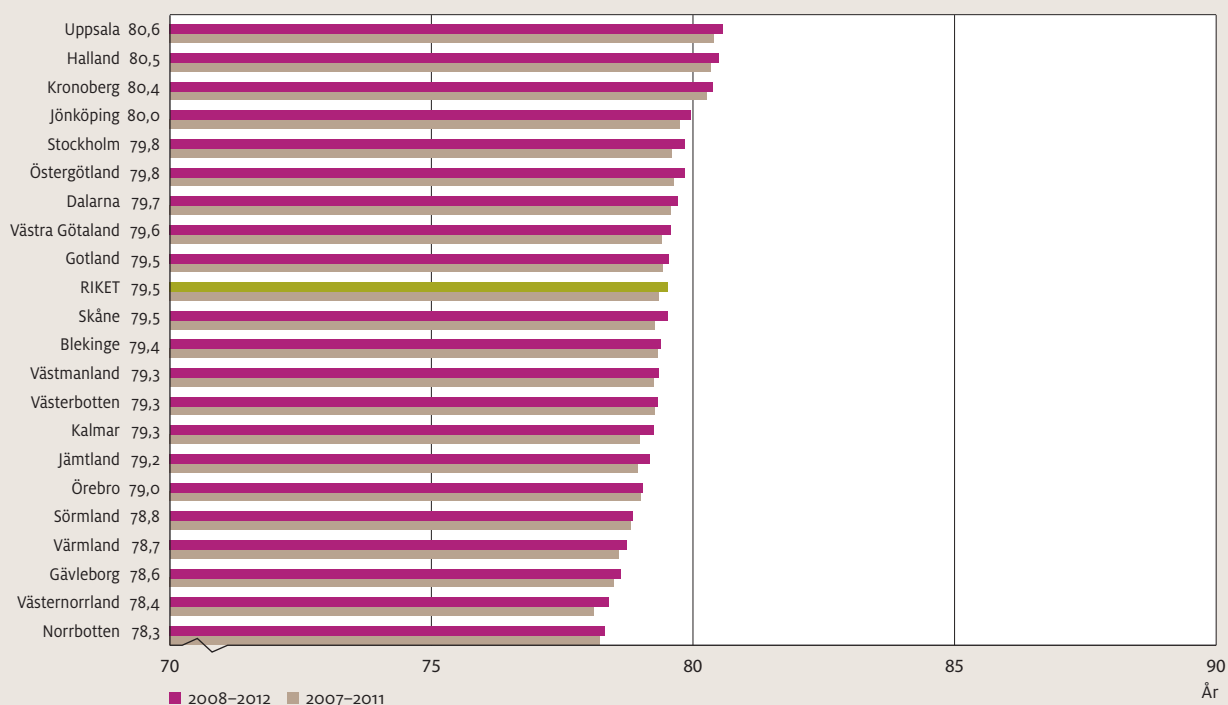
På kommunnivå är skillnaderna stora inom samma landsting. Till exempel skiljer medellivslängden sig nästan 5 år mellan Leksand och Orsa för kvinnor och drygt sex år mellan Dorotea och Malå för män. I riket är skillnaderna mellan kommuner som mest cirka 6 år för kvinnor (Danderyd med 86,0 och Orsa med 80,3) och hela 9 år för män (Danderyd med 83,2 och Ljusnarsberg med 74,2). Medellivslängdens variation mel-

DIAGRAM 1 – KVINNOR: Beräknad återstående medellivslängd vid födseln. Barn födda 2008–2012 i Sverige.



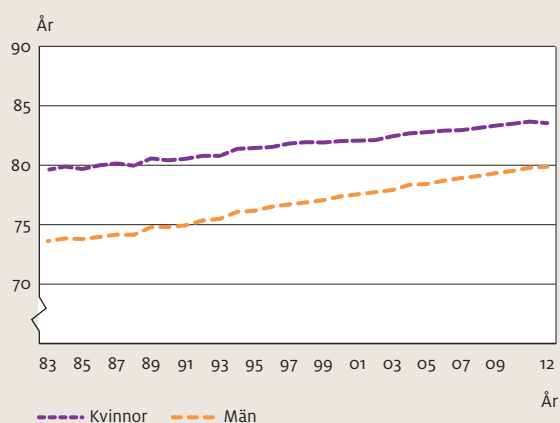
Källa: Befolkningsstatistik, Statistiska centralbyrån.

DIAGRAM 1 – MÄN: Beräknad återstående medellivslängd vid födseln. Barn födda 2008–2012 i Sverige.



Källa: Befolkningsstatistik, Statistiska centralbyrån.

DIAGRAM 1 – RIKET: Beräknad återstående medellivslängd vid födseln. Barn födda i Sverige.

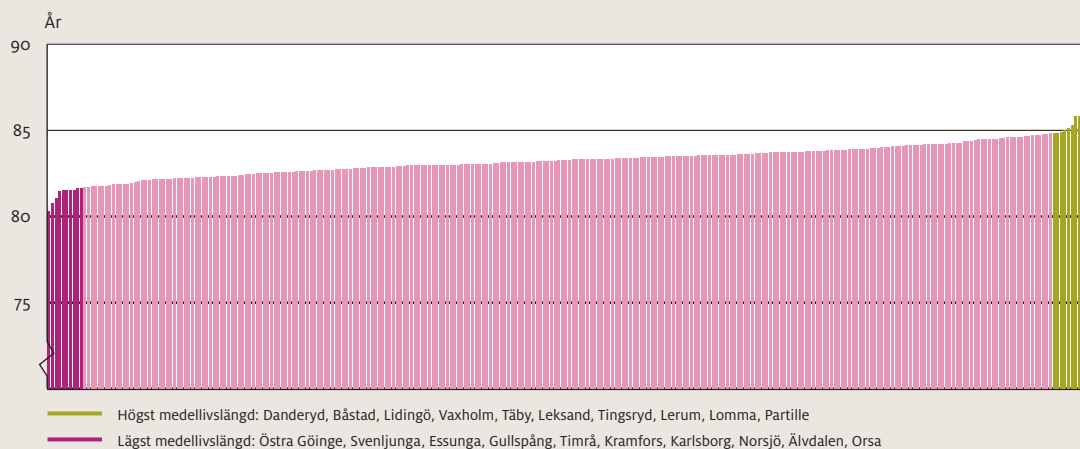


Källa: Befolkningsstatistik, Statistiska centralbyrån.

lan män är således större än för kvinnor på kommun-nivå. Mönstret överensstämmer väl med skillnader i den åtgärdbara dödligheten i ischemisk hjärtsjukdom i landstingen, som redovisas nedan.

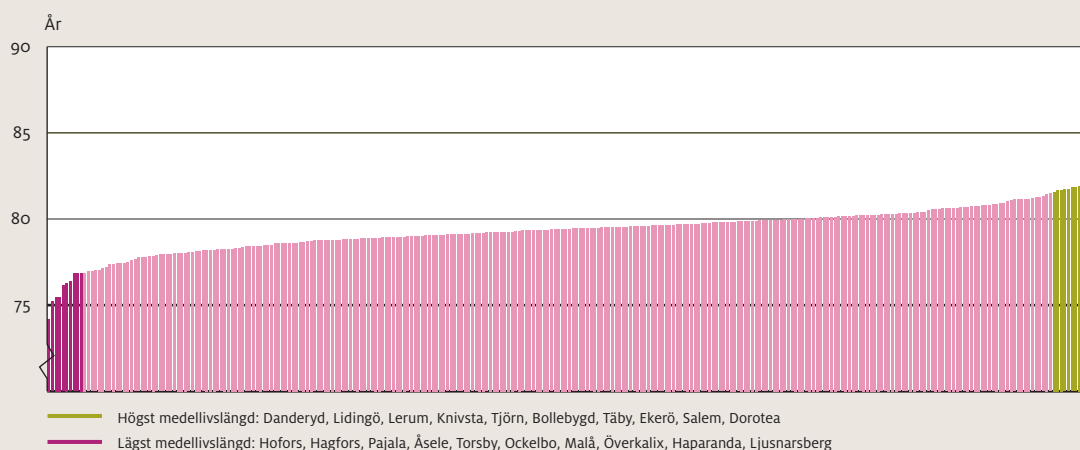
Skillnaderna mellan könen minskar efter att ha varit som störst i mitten av 70-talet, då kvinnor levde i genomsnitt 6,2 år längre än män. Män har en högre dödlighet i sjukdomar relaterade till livsstilsfaktorer, såsom skador och olyckor, alkoholrelaterad död, men även självmord och framför allt hjärt-kärlsjukdom 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 1A – KVINNOR: Beräknad återstående medellivslängd vid födseln per kommun. Barn födda 2008–2012 i Sverige.



Källa: Befolkningsstatistik, Statistiska centralbyrån.

DIAGRAM 1A – MÄN: Beräknad återstående medellivslängd vid födseln per kommun. Barn födda 2008–2012 i Sverige.



Källa: Befolkningsstatistik, Statistiska centralbyrån.

2 HÄLSOPOLITISKT ÅTGÄRDBAR DÖDLIGHET

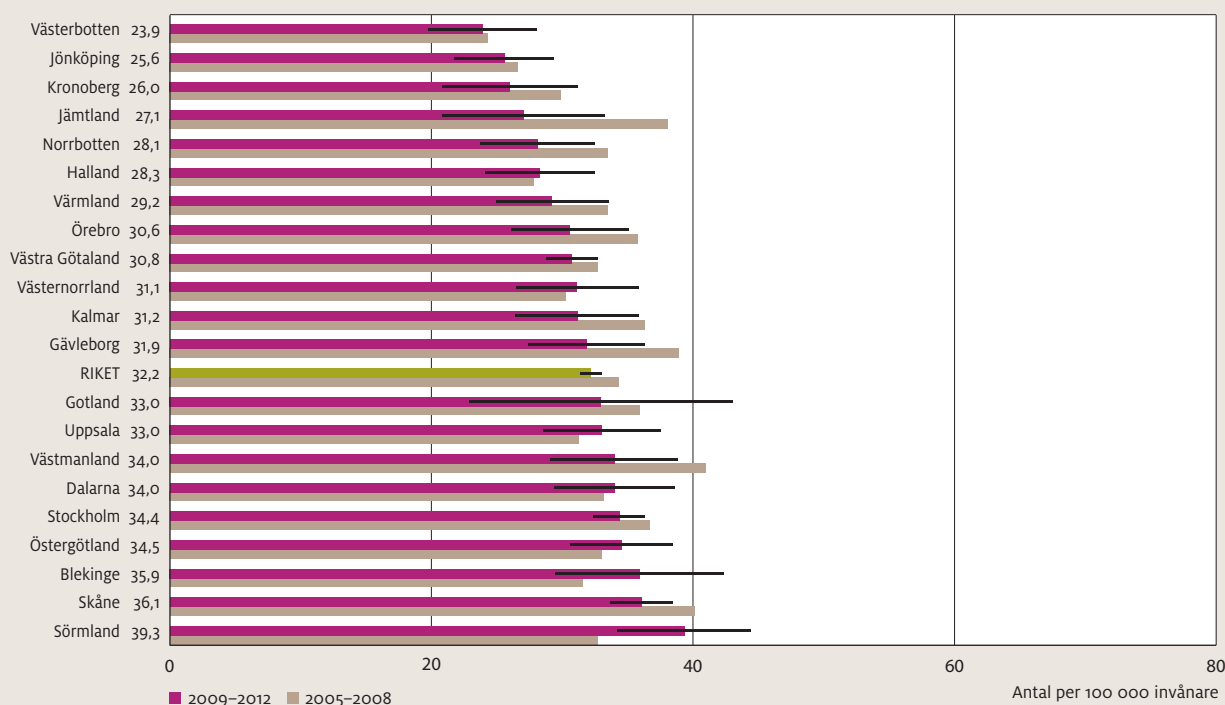
Måttet åtgärdbar dödlighet består av dödlighet i ett antal utvalda diagnoser och dödsorsaker, indelade i två grupper, den ena är hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet. Den avser diagnoser och dödsorsaker som anses möjliga att påverka med bredare hälsopolitiska insatser, som till exempel kampanjer för rökavvänjning och förbättrade alkoholvanor. De diagnoser och dödsorsaker som ingår i denna indikator är lungcancer, cancer i matstrupe, levercirros och motorfordonsolyckor.

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 sjuk-

domars orsaker och om olika behandlingsmetoders effektivitet ska omsättas till handling, genom att i ett mått fokusera på den dödlighet i en befolkning som kan påverkas. Den studerade befolkningen avgränsades tidigare till åldern 1–74 år. Till följd av högre medellivslängd samt effektivare behandlingsmetoder har åldersspannet utvidgats till att omfatta även 75–79-åringar.

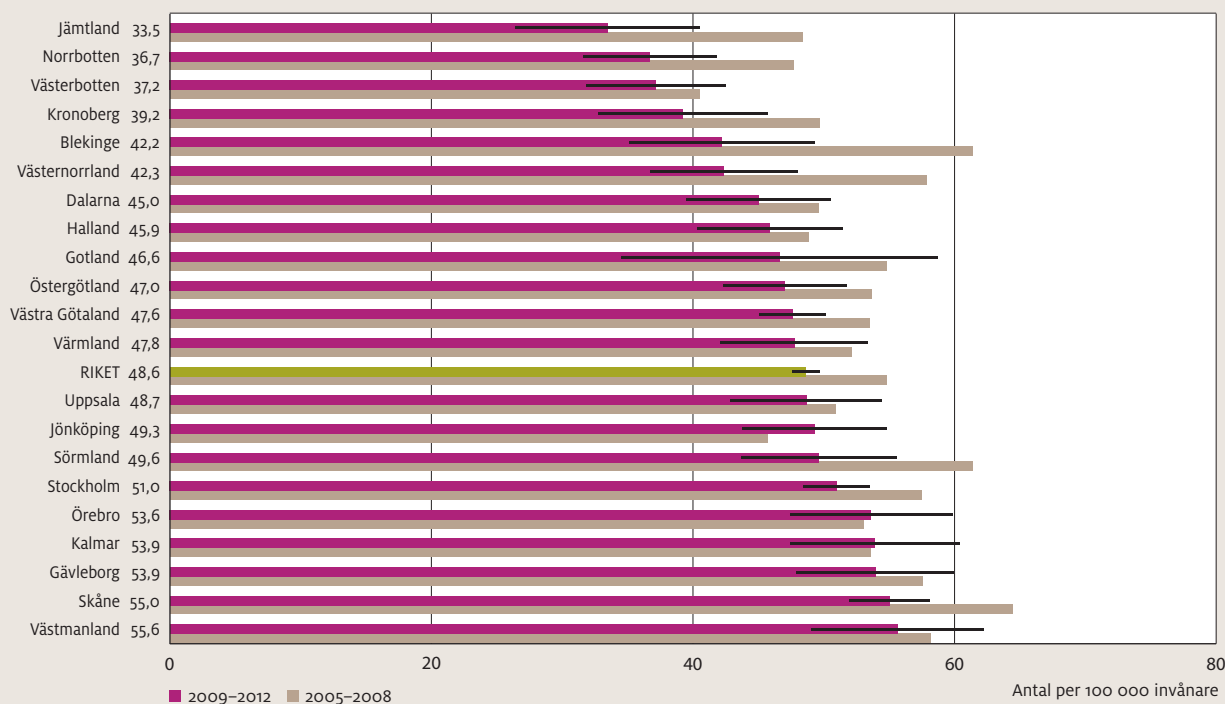
Indikatorn visar antalet hälsopolitiskt åtgärdbara dödsfall per 100 000 invånare, sammantaget för åren 2009–2012 för att få en säkrare jämförelse. Det faktiska antalet hälsopolitiskt åtgärdbara dödsfall var 14 930 sammantaget för dessa år, varav 6 201 kvinnor och 8 729 män. Detta motsvarar 40,1 per 100 000 invånare. För kvinnorna är dödligheten i de aktuella diagnoserna och åldersspannet betydligt lägre än för

DIAGRAM 2 – KVINNOR: Hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet – dödsfall per 100 000 invånare 1–79 år, 2009–2012. Åldersstandardiserade värden.



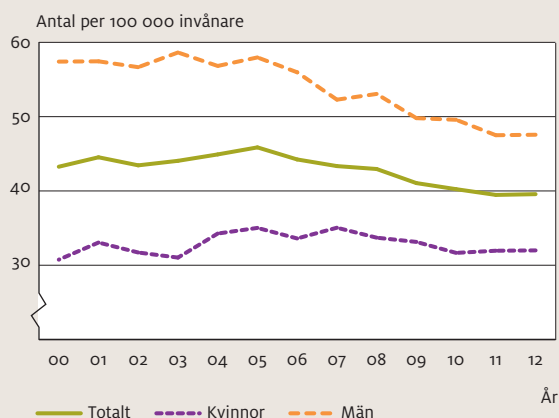
Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 2 – MÄN: Hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet – dödsfall per 100 000 invånare 1–79 år, 2009–2012. Åldersstandardiserade värden.



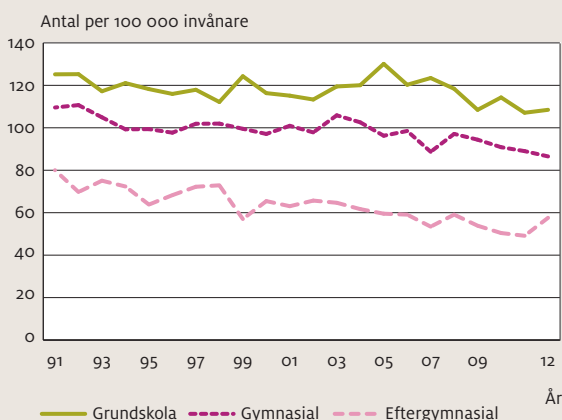
Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 2 – RIKET: Hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet – dödsfall per 100 000 invånare 1–79 år. Åldersstandardiserade värden.



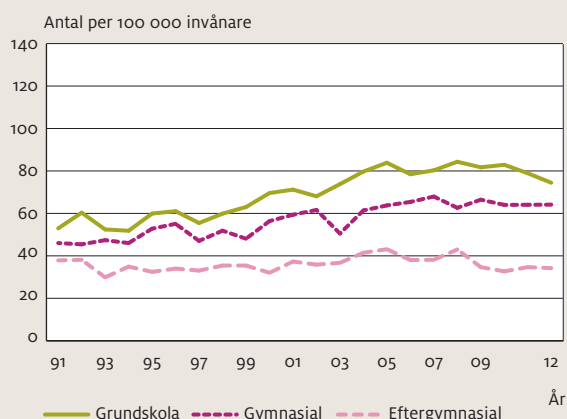
Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 2A – MÄN: Hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet – dödsfall per 100 000 invånare, 35–79 år efter utbildningsnivå. Åldersstandardiserade värden.



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

DIAGRAM 2A – KVINNOR: Hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet – dödsfall per 100 000 invånare, 35–79 år efter utbildningsnivå. Åldersstandardiserade värden.



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

männen, 32 per 100 000 invånare jämfört med 49 per 100 000 invånare. Skillnaden mellan landstingen är dock stor, med värden från 30 till 45 per 100 000 invånare. Flera av norrlandslandstingen har en lägre dödlighet än riket som helhet. Dödligheten bland män är större än bland kvinnor i alla landsting, även om skillnaden mellan män och kvinnor är olika stor i landstingen.

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.

Sambanden mellan den hälsopolitiskt åtgärdbara dödligheten och utbildningsnivå framgår av diagram 2A. Det finns en betydande skillnad i dödlighet mellan utbildningsgrupperna i detta mått, till de lägre utbildades nackdel.

3 SJUKVÅRDSRELATERAD ÅTGÄRDBAR DÖDLIGHET

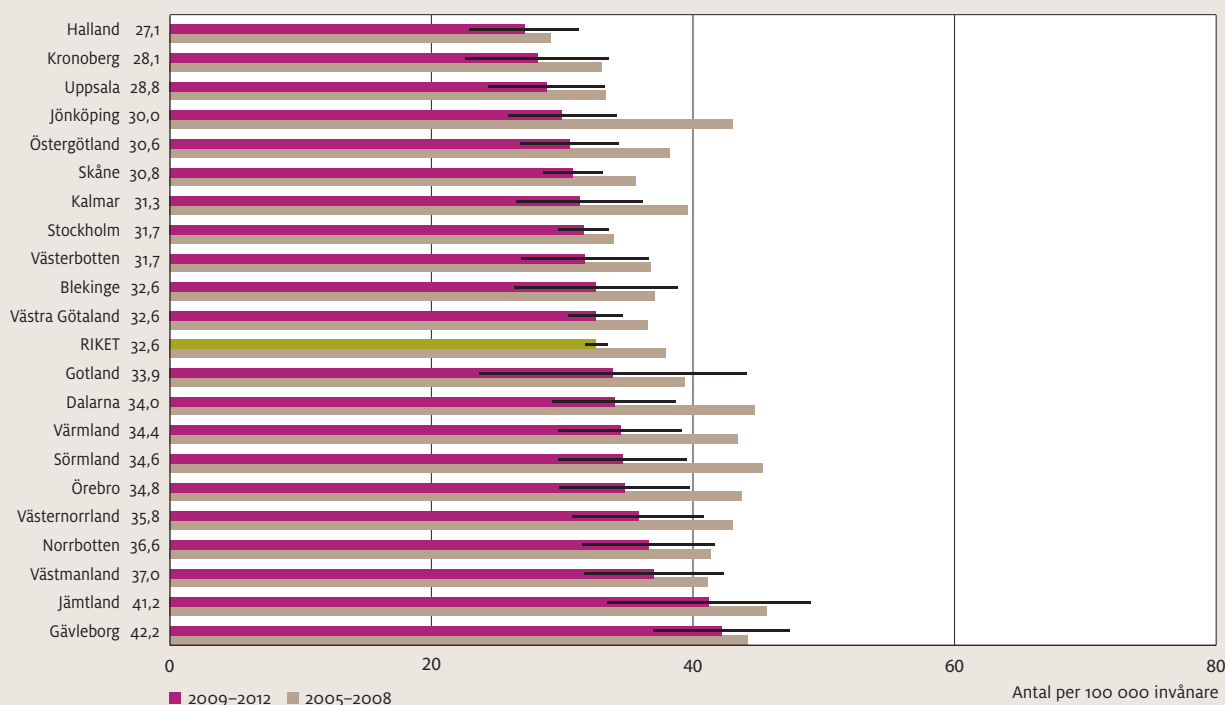
Indikatorn speglar dödlighet i diagnoser som valts ut därför att de bedömts vara möjliga att påverka med olika medicinska insatser, genom tidig upptäckt och behandling. Exempel på diagnoser som ingår är diabetes, blindtarmsinflammation, stroke, gallstenssjukdom och livmoderhalscancer. Åldrarna som ingår är 1–79 år. Jämförelsen är åldersstandardiserad.

Det faktiska antalet sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödsfall var 13 771 sammantaget för åren 2009–2012, varav 5 884 kvinnor och 7 887 män. Det innebär dödstal på 32,6 per 100 000 invånare för kvinnor och 47,5 per 100 000 invånare för män. Mellan landstingen varierar dödligheten i dessa sjukdomar mellan 31 och 49 per 100 000 invånare.

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.

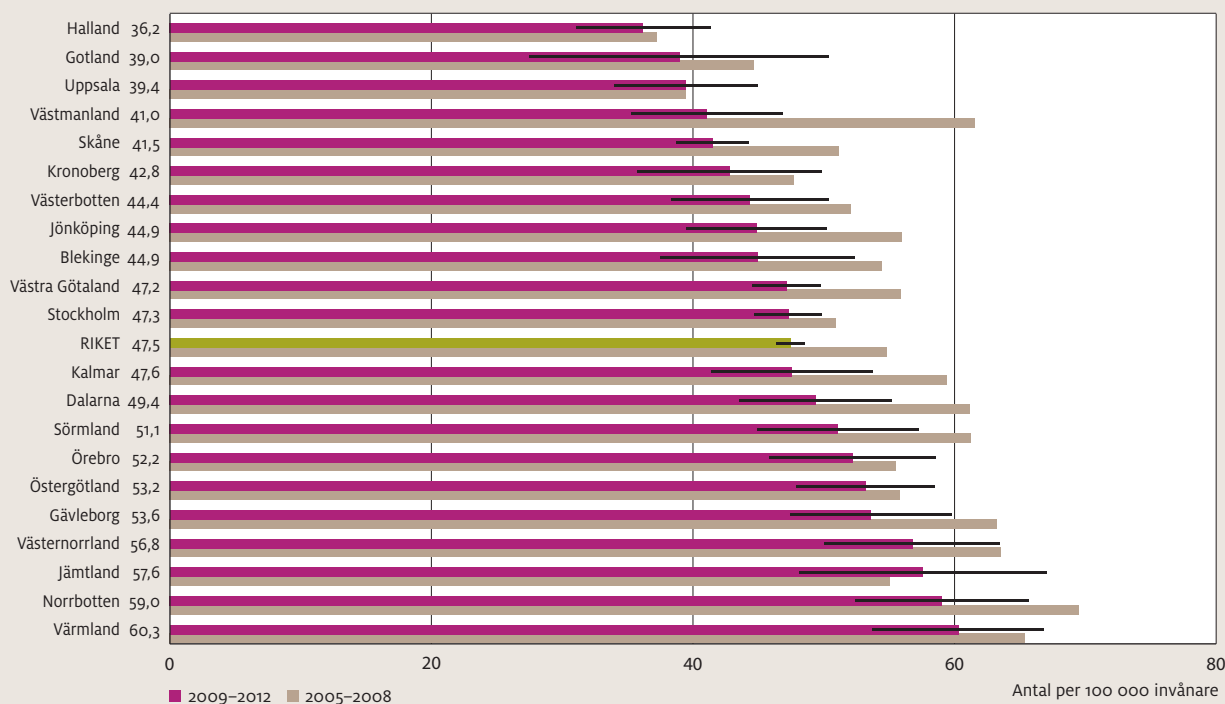
Dödligheten för män är generellt sett klart högre än för kvinnor, skillnaderna är något mindre än vad de är för den hälsopolitiskt åtgärdbara dödligheten. Det finns dock skillnader mellan landstingen.

DIAGRAM 3 – KVINNOR: Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet – dödsfall per 100 000 invånare 1–79 år, 2009–2012. Åldersstandardiserade värden.



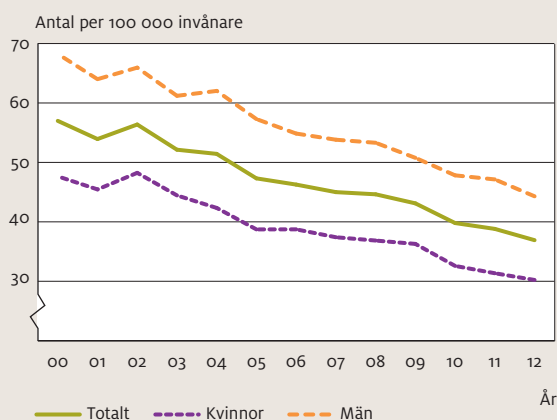
Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 3 – MÄN: Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet – dödsfall per 100 000 invånare 1–79 år, 2009–2012. Åldersstandardiserade värden.



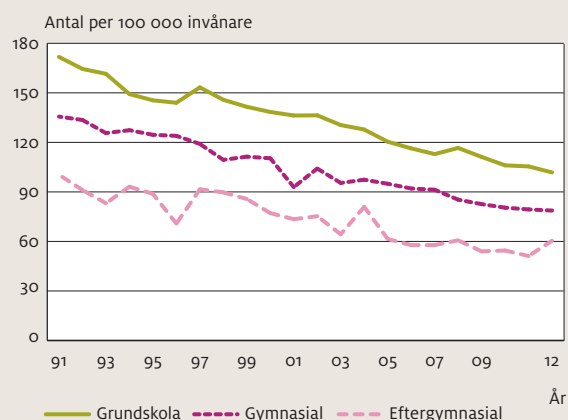
Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 3 – RIKET: Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet – dödsfall per 100 000 invånare 1–79 år. Åldersstandardiserade värden.



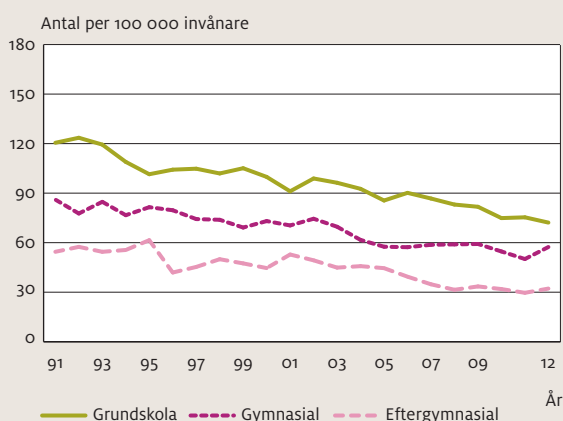
Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 3A – MÄN: Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet – dödsfall per 100 000 invånare, 35–79 år efter utbildningsnivå. Åldersstandardiserade värden.



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

DIAGRAM 3A – KVINNOR: Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet – dödsfall per 100 000 invånare, 35–79 år efter utbildningsnivå. Åldersstandardiserade värden.



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

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

Det finns inga internationella jämförelser med mått på åtgärdbar dödlighet som är identiskt med det som här används. I jämförelser där dödlighet i hjärtinfarkt är inkluderad har Sverige en sämre position än annars.

Av diagram 3A framgår det att utbildningsfaktorn fortsatt spelar roll för dödligheten, även om trenden tycks gå mot något minskade skillnader.

4 ÅTGÄRDBAR DÖDLIGHET I ISCHEMISK HJÄRTSJUKDOM

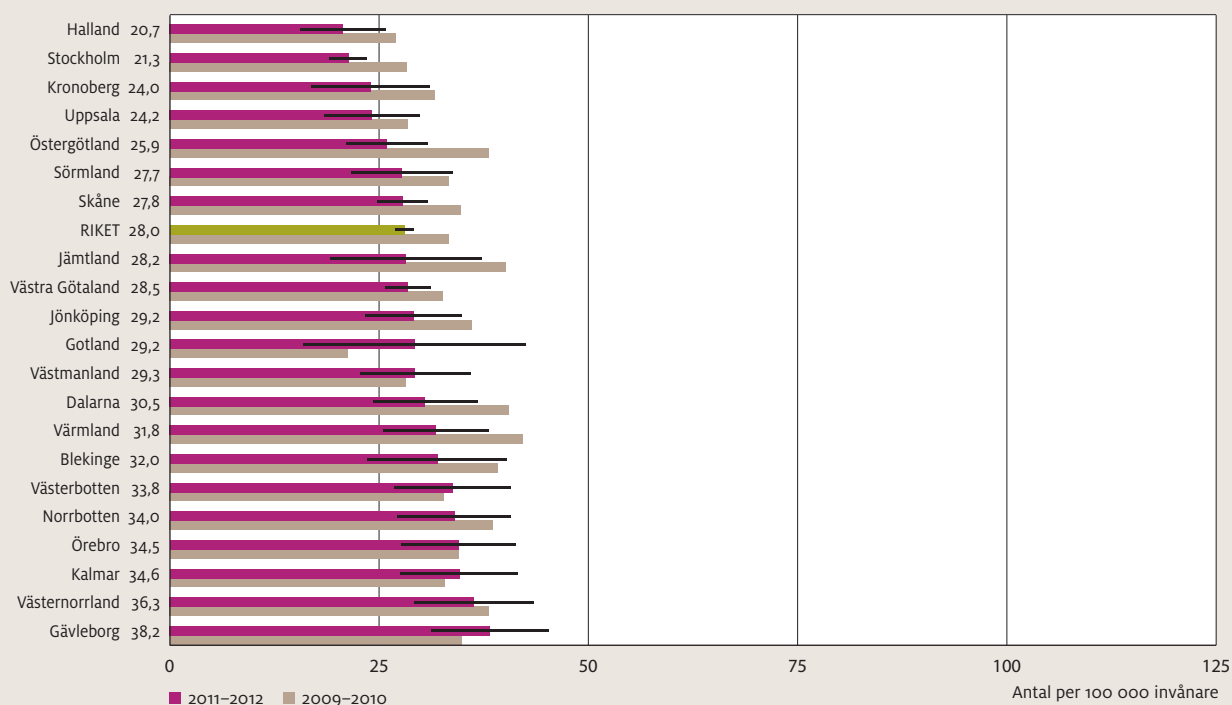
Ischemiska hjärtsjukdomar utgörs av sjukdomar orsakade av en försämrad syretillförsel till hjärtat. Akut hjärtinfarkt är den dominerande dödsorsaken i denna kategori. År 2012 dog i Sverige 14 087 personer i alla åldrar med huvuddiagnos ischemisk hjärtsjukdom.

Indikatorn visar dödligheten i ischemisk hjärtsjukdom, som ett komplement till de två tidigare indikatorerna om åtgärdbar dödlighet där inga hjärtdiagnoser ingår. I materialet ingår avlidna 1–79 år åren 2011–2012. Jämförelsen är åldersstandardiserad.

Totalt avled 9 414 personer i ischemisk hjärtsjukdom under åren 2011–2012, vilket innebär 51,74 per 100 000 invånare. Av dessa var 2 611 kvinnor och 6 803 män. År 2012, ett av åren i mätperioden, avled 1 288 kvinnor och 3 390 män i den aktuella åldersgruppen. Variationen mellan landstingen för åren är betydande, både för kvinnor och för män, även om antalet kvinnor som dör är betydligt färre. Av trenddiagrammet framgår att dödligheten i ischemisk hjärtsjukdom i åldrarna under 80 år har minskat kraftigt under åren.

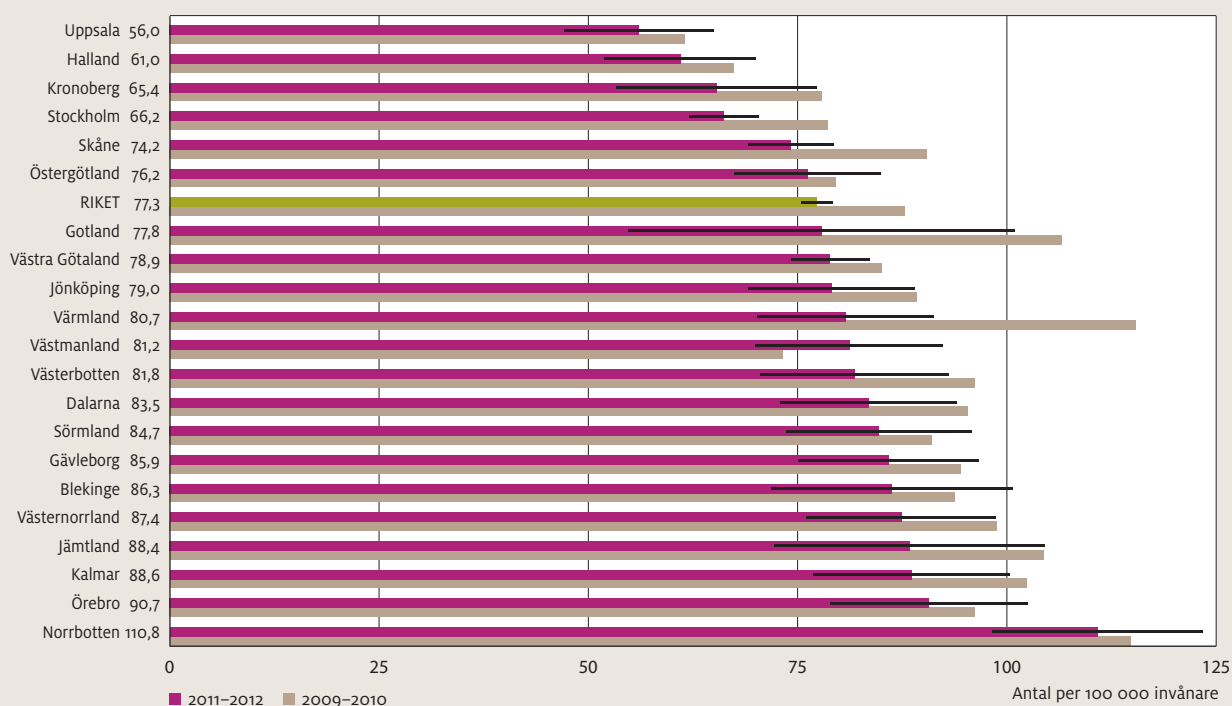
Nedgången gäller båda könen, men är något större bland män. Män har dock fortfarande en betydligt högre dödlighet i ischemiska hjärtsjukdomar än kvinnor. Trots den beskrivna nedgången i mortalitet är den fortfarande betydande. Närmare 17 procent av all mortalitet i Sverige kan hänföras till ischemisk hjärtsjukdom. Bara dödligheten i tumörsjukdomar, som står för cirka en fjärdedel av dödligheten, har en större andel.

DIAGRAM 4 – KVINNOR: Åtgärdbar dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom – dödsfall per 100 000 invånare 1–79 år, 2011–2012. Åldersstandardiserade värden.



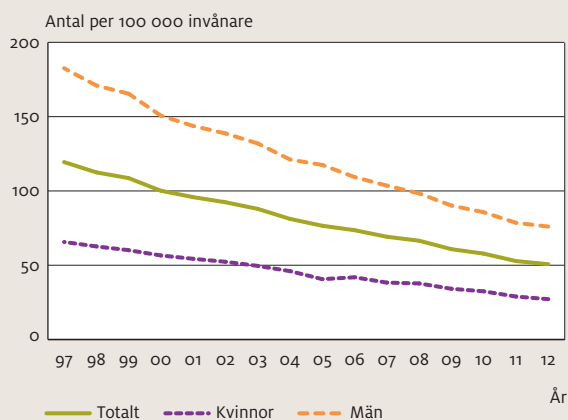
Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 4 – MÄN: Åtgärdbar dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom – dödsfall per 100 000 invånare 1–79 år, 2011–2012. Åldersstandardiserade värden.



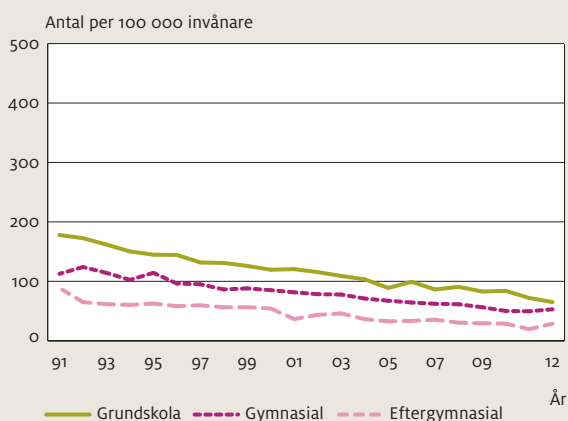
Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 4 – RIKET: Åtgärdbar dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom – dödsfall per 100 000 invånare 1–79 år. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 4A – KVINNOR: Åtgärdbar dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom – dödsfall per 100 000 invånare, 35–79 år efter utbildningsnivå. Åldersstandardiserade värden.

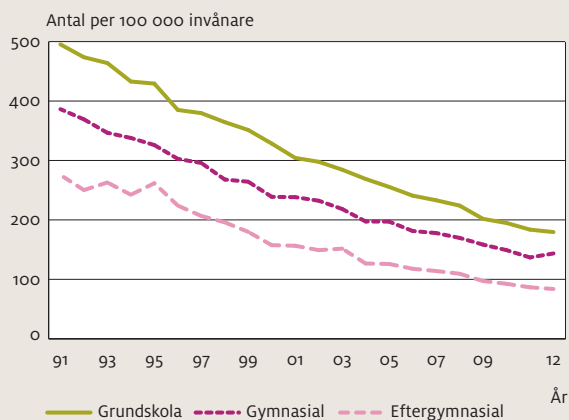


Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen och Registret över befolkningens utbildning, Statistiska centralbyrån.

Den kraftiga nedgången i mortalitet i ischemiska hjärtsjukdomar visar 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 4A visar att dödligheten har minskat de senaste decennierna, oavsett utbildningsnivå. Det finns fortfarande skillnader mellan utbildningsgrupperna.

DIAGRAM 4A – MÄN: Åtgärdbar dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom – dödsfall per 100 000 invånare, 35–79 år efter utbildningsnivå. Åldersstandardiserade värden.



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

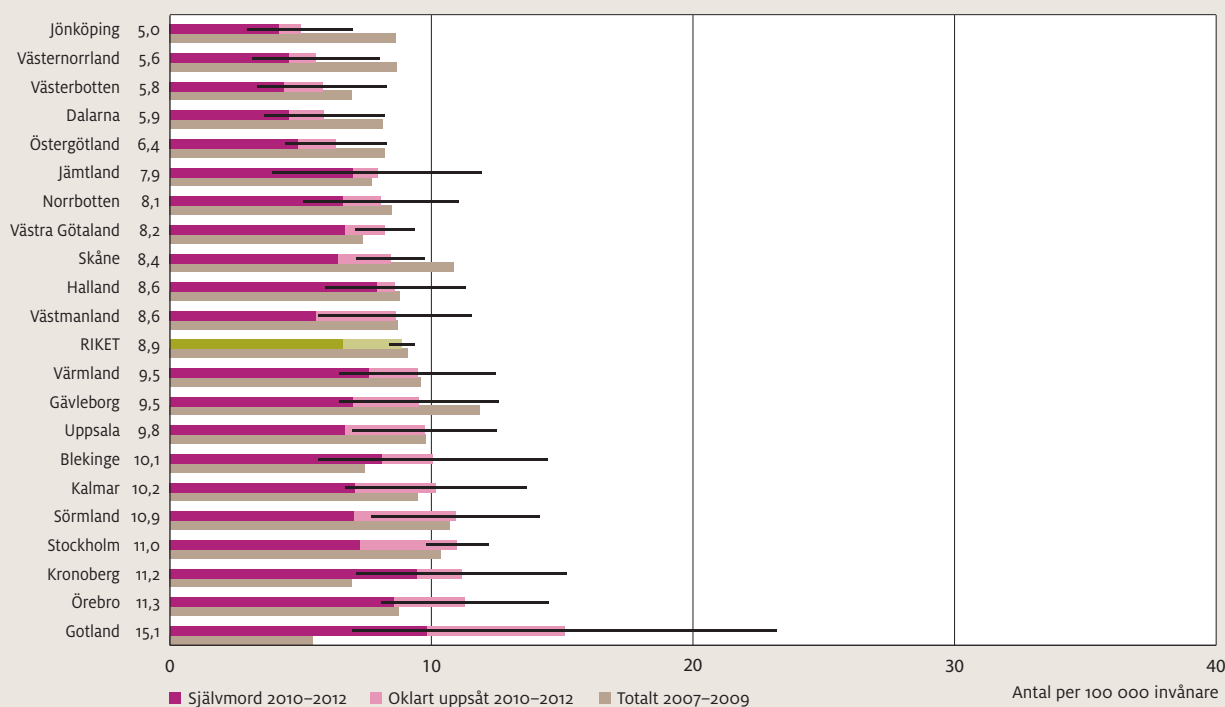
5 SJÄLMORD I BEFOLKNINGEN

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.

Indikatorn visar antalet självmord per 100 000 invånare under perioden 2010–2012. Totalt är antalet självmord under denna mätperiod cirka 12 per 100 000 invånare om man räknar säkerställda självmord. Om man, som i diagrammet, lägger till de med oklart uppsåt blir antalet cirka 15 per 100 000 invånare. År 2012 tog 334 kvinnor och 817 män sitt liv, totalt 1 151 personer. Därtill fanns det 379 dödsfall med oklart uppsåt, 122 kvinnor och 257 män.

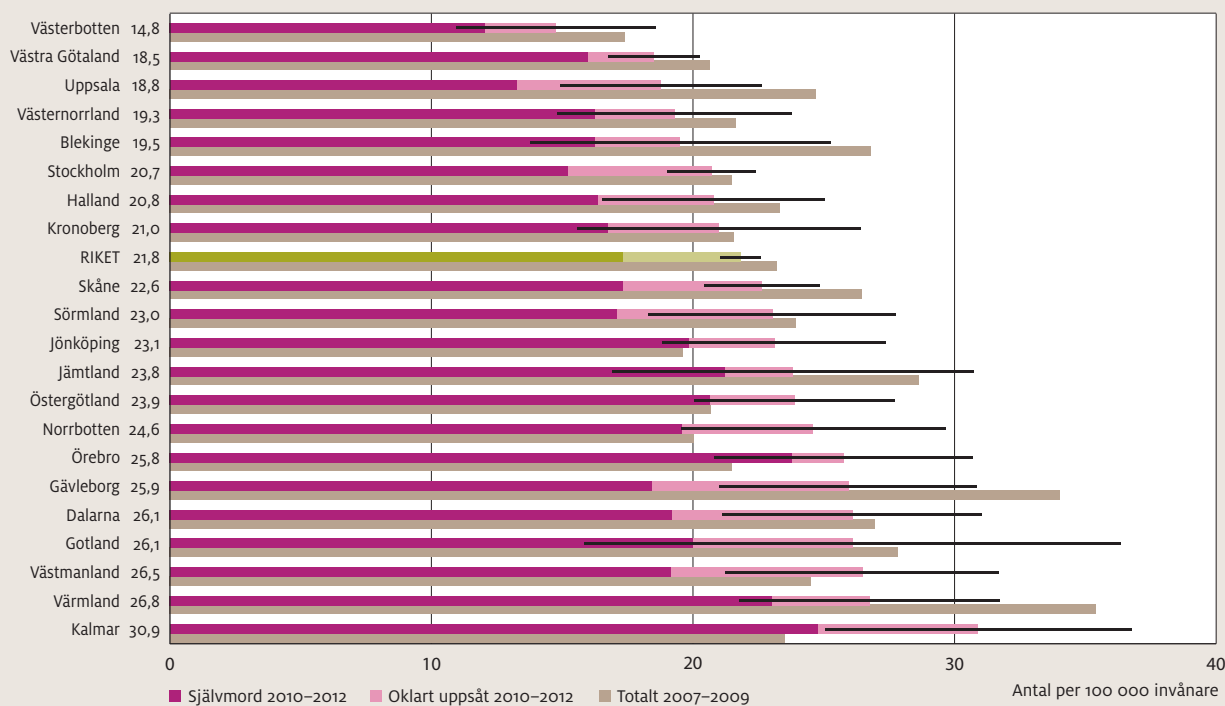
För att bedöma hälso- och sjukvårdens insatser är självmord efter vårdkontakter i princip en tänkbar, bättre, indikator. I praktiken är det emellertid svårt att utforma en sådan på ett relevant sätt och med tillförlitliga data på nationell nivå, då primärvården inte finns representerad i hälsodataregistren samt att endast läkarbesök rapporteras till dem. I den Nationella utvärderingen av vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni, som Socialstyrelsen publicerade 2013, redovisas dock att nästan 60 procent av de som begick självmord under 2010 (säkra självmord 1 099) inte hade vårdats på psykiatrisk klinik året innan självmordet.

DIAGRAM 5 – KVINNOR: Antal självmord och dödsfall med oklart uppsåt per 100 000 invånare, 2010–2012. Åldersstandardiserade värden.



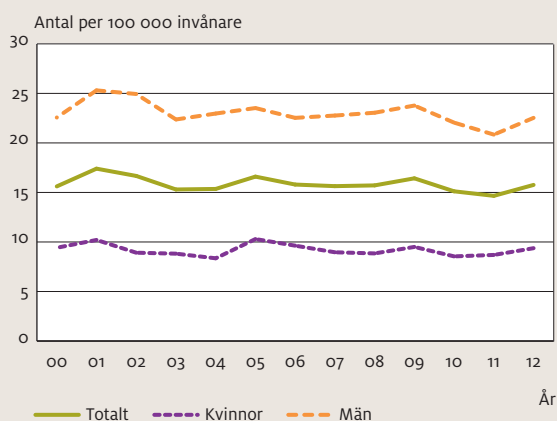
Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 5 – MÄN: Antal självmord och dödsfall med oklart uppsåt per 100 000 invånare, 2010–2012. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 5 – RIKET: Antal självmord och dödsfall med oklart uppsåt per 100 000 invånare. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

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.

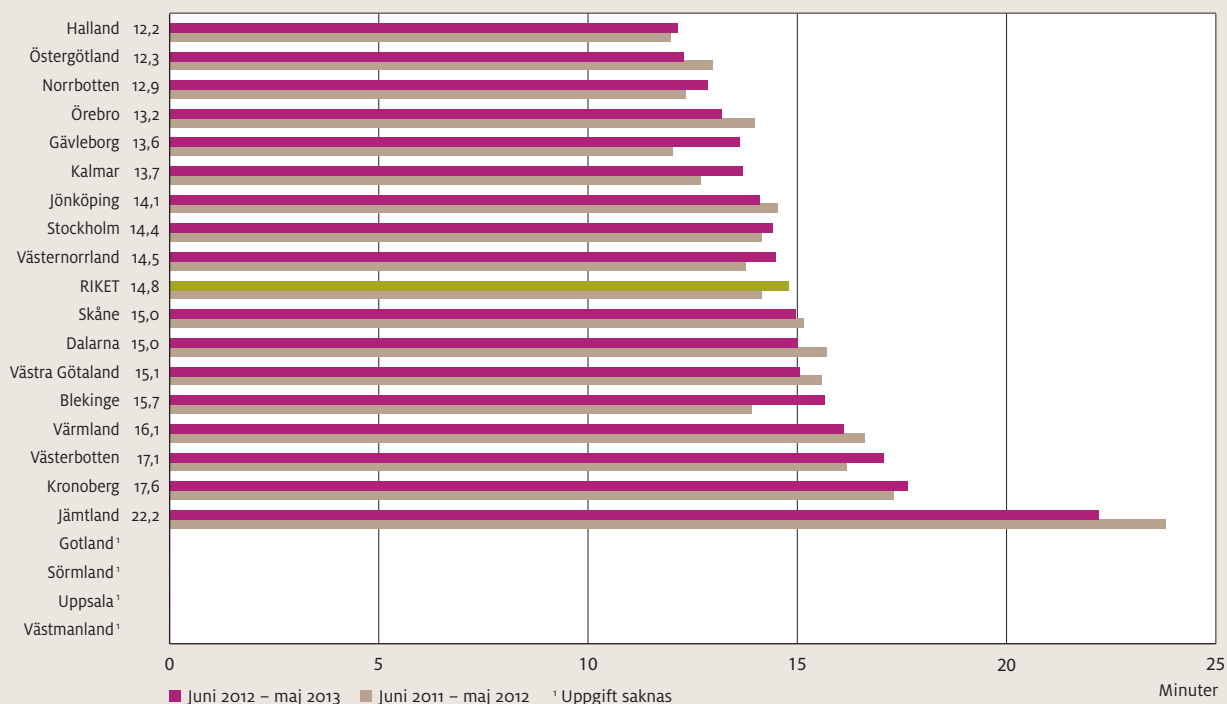
6 RESPONSTID FÖR AMBULANS

Den tekniska utvecklingen inom ambulanssjukvården har gjort att avancerade åtgärder kan påbörjas redan i ambulansen. Detta gör att många vårdkedjor blivit allt effektivare och att kvaliteten på vården ökat. Tiden det tar för ambulansen att nå fram till en svårt sjuk eller skadad person är ofta avgörande.

SOS Alarm för statistik över responstid, det vill säga tiden det tar från det att larmcentralen besvarat ett larm till dess att ambulansen är på plats. Denna indikator visar responstiden för prio 1-larm, det vill säga larm som enligt Socialstyrelsens föreskrifter innebär akuta livshotande symtom eller olycksfall. Från 2011 saknas uppgifter för larmcentraler i Uppsala, Gotland, Västmanland och Sörmland på grund av att dessa landsting har avtal med andra larmcentraler som inte sammanställer och tillgängliggör statistik för responstider. Indikatorn har tidigare presenterats i SKL-rapporten Öppna jämförelser Trygghet och säkerhet, men då enbart på kommunnivå.

Under mätperioden var medianvärdet för responstiden i riket 15 minuter, med en variation från 12 till 22 minuter mellan landstingen. Mediantiden har inte ändrats nämnvärt jämfört med motsvarande mätperiod förra året.

DIAGRAM 6 – TOTALT: Tid mellan larmsamtal och ambulansens ankomst (responstid) vid prio 1-larm, juni 2012 – maj 2013. Medianvärde i minuter.



Källa: SOS Alarm.

Faktorer som påverkar responstiden är framförallt hur landstingen valt att organisera ambulanssjukvården, avseende till exempel antal ambulansstationer och hur stort område som varje enskild station ska täcka.

Tidpunkten för när ambulansen är på plats rapporteras på lite olika sätt (statustryckning, telefon). Det är inte möjligt att rapportera en tid bakåt i systemet och inrapportering kan i vissa fall ske långt efter den faktiska tidpunkten, vilket kan påverka kvaliteten i statistiken.

7 UNDVIKBAR SLUTENVÅRD

Indikatorn undvikbar slutenvård bygger på antagandet att om patienter med de utvalda sjukdomstillstånden/diagnoserna får ett optimalt omhändertagande i den öppna vården, så kan man generellt sett eventuellt förhindra vissa inläggningar på sjukhus. Det kan handla om både förebyggande arbete, primärvård och annan öppen vård.

De kroniska sjukdomstillstånd som ingår är anemi, astma, diabetes, hjärtsvikt, högt blodtryck, kroniskt obstruktiv lungsjukdom och kärlkramp.

Utöver detta ingår även några akuta tillstånd, där rätt behandling given inom rimlig tid bedömts kunna förhindra inläggning på sjukhus. De akuta tillstånd

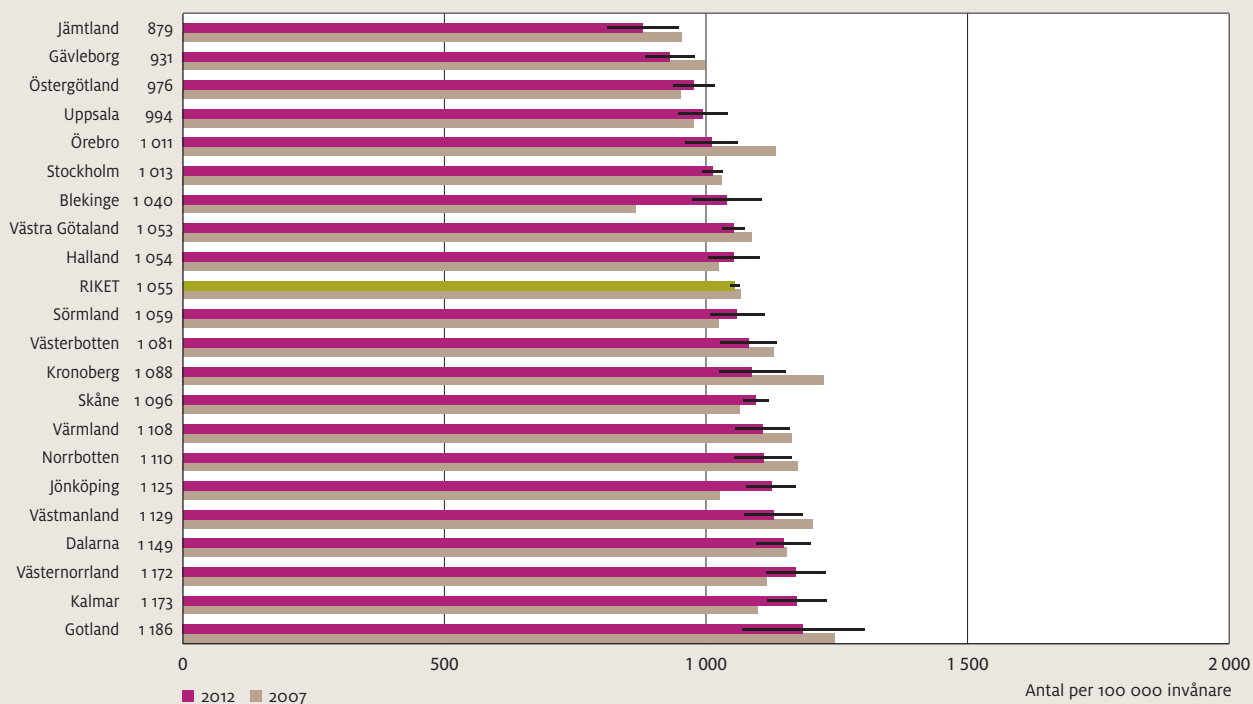
som ingår är blödande magsår, diarré, epileptiska krampanfall, inflammatoriska sjukdomar i de kvinnliga bäckenorganen, njurbäckeninflammation och öron-näsa-halsinfektioner.

Liknande sammanvägda mått används internationellt; i engelskspråkig litteratur används begreppet *ambulatory care sensitive conditions*. Det förekommer många olika varianter på måttet, framför allt med avseende på vilka diagnoser som ska ingå. Socialstyrelsen kommer att bedriva ett utvecklingsarbete för att se om indikatorn är möjlig att använda för till exempel gruppen mest sjuka äldre.

Indikatorn visar personer med undvikbara slutenvårdstillfällen per 100 000 invånare, år 2012. Antal vårdade personer per 100 000 invånare var i riket 1 156, en minskning jämfört med jämförelseperioden. Det faktiska antalet undvikbara slutenvårdstillfällen var knappt 115 000. Uppgifterna är åldersstandardiserade. Generellt sett vårdas männen i högre utsträckning än kvinnor, med de diagnoser som ingår i måttet.

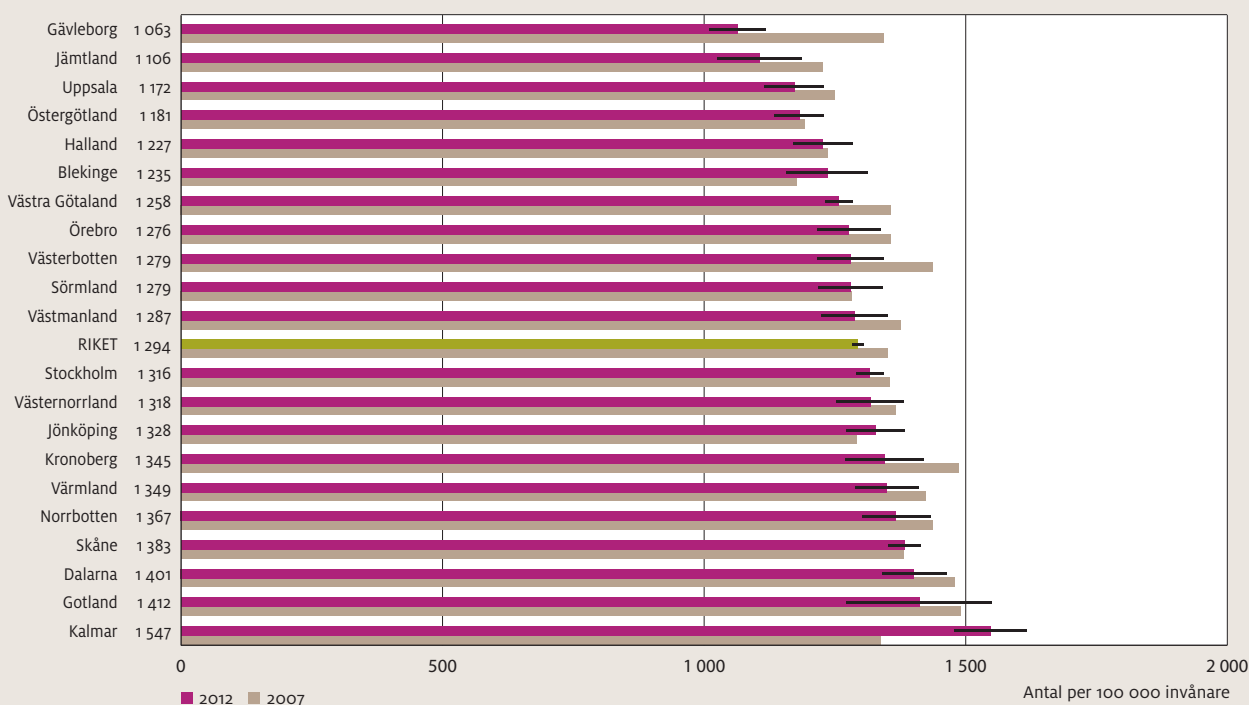
Att män vårdas i högre utsträckning för dessa diagnoser beror troligen på att det är vanligare att män drabbas av några av de stora sjukdomar som ingår, snarare än att männen ges sämre insatser i öppen vård.

DIAGRAM 7 – KVINNOR: Antal personer med undvikbara slutenvårdstillfällen per 100 000 invånare, 2012. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 7 – MÄN: Antal personer med undvikbara slutenvårdstillfällen per 100 000 invånare, 2012. Åldersstandardiserade värden.



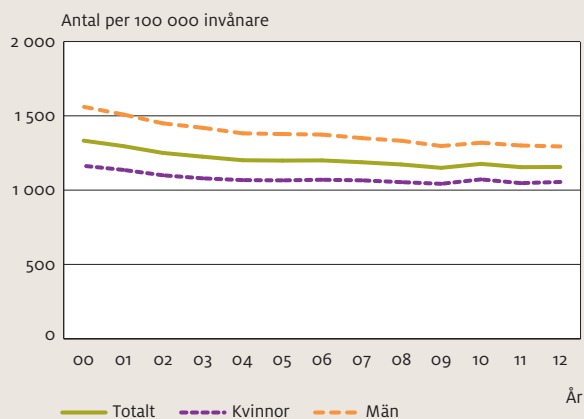
Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

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.

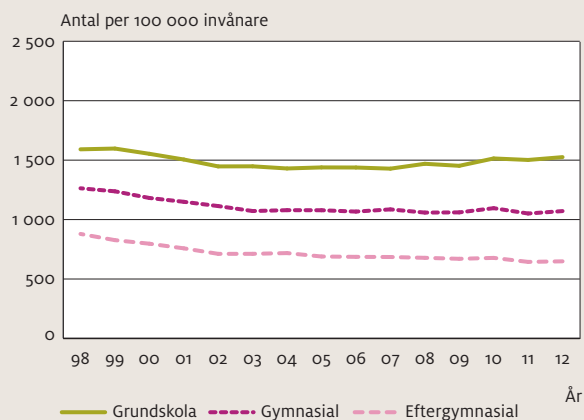
Dessa potentiellt undvikbara inläggningar kommer aldrig helt att kunna undvikas; dock tyder skillnaderna mellan landstingen på att det finns förutsättningar till ett förbättrat omhändertagande i den öppna vården.

DIAGRAM 7 – RIKET: Antal personer med undvikbara slutenvårdstillfällen per 100 000 invånare. Åldersstandardiserade värden.



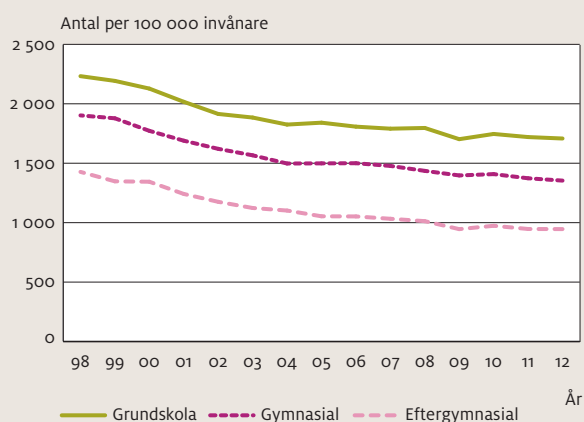
Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 7A – KVINNOR: Antal personer med undvikbara slutenvårdstillfällen per 100 000 invånare, 35–79 år efter utbildningsnivå. Åldersstandardiserade värden.



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

DIAGRAM 7A – MÄN: Antal personer med undvikbara sluten-vårdstillfällen per 100 000 invånare, 35–79 år efter utbildningsnivå. Åldersstandardiserade värden.



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

Det finns stora skillnader mellan utbildningsgrupperna när det gäller vård för de aktuella diagnoserna. Män med högst grundskoleutbildning vårdas i högst utsträckning. Inga större förändringar i relationen kan ses de senaste åren.

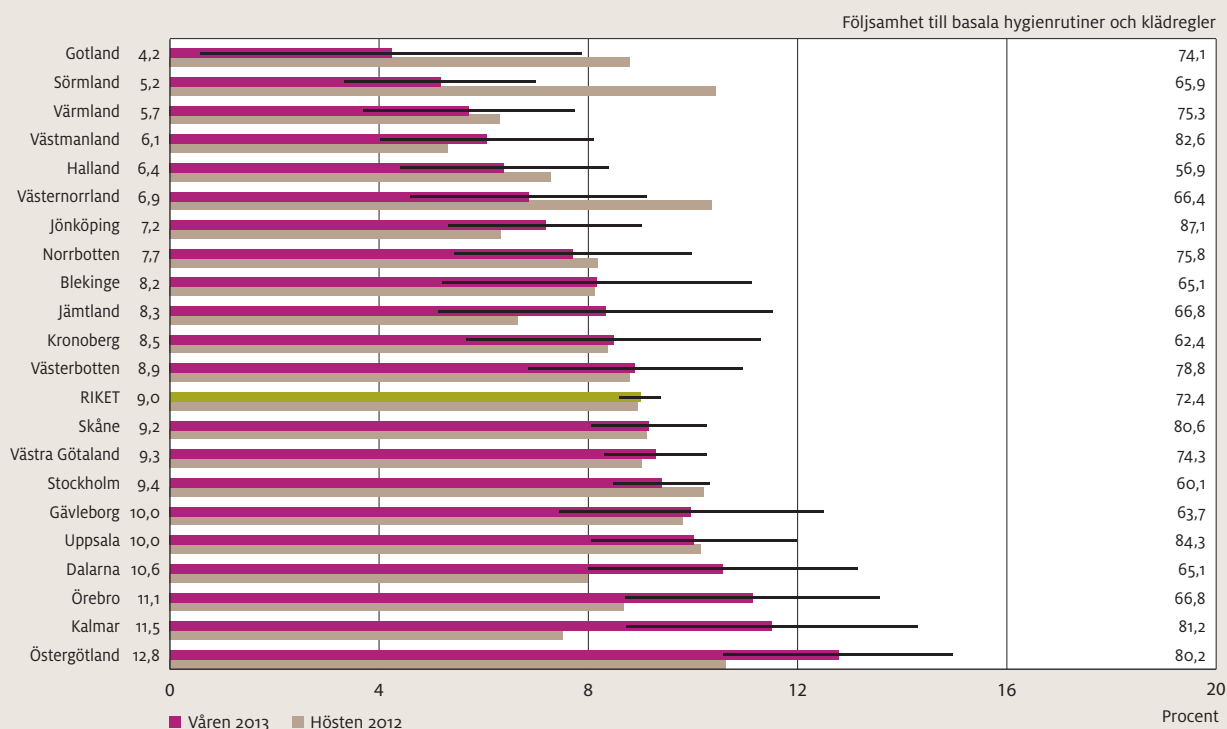
8 VÅRDRELATERADE INFEKTIONER

En vårdrelaterad infektion (VRI) definieras i ett kunskapsunderlag från Socialstyrelsen som "varje infektionstillstånd som drabbar patienter till följd av sjukhusvistelse eller behandling i öppenvård, oavsett om det sjukdomsframkallande ämnet tillförts i samband med vården eller härrör från patienten själv, samt oavsett om infektionstillståndet yppas under eller efter vården". Urinvägsinfektioner, lunginflammation och hud- och sårinfektioner är de vanligaste vårdrelaterade infektionerna. Det finns evidens för att en hög följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler hos vårdpersonalen bidrar till en minskad smittspridning.

Inom ramen för Nationell satsning för ökad patientsäkerhet läggs det ner ett omfattande arbete i landsting och regioner på att tillämpa de tre åtgärds-paket som förebygger VRI inom områdena urinvägsinfektioner, postoperativa sårinfektioner samt vid centrala venösa infarter.

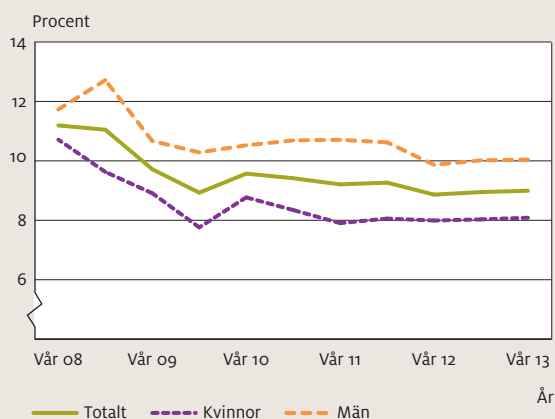
Nationella observationsstudier har genomförts av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler (PPM-BHK) inom landstingen vid fyra tillfällen. Dessa mätningar innefattar hälso- och sjukvård inom landsting och kommuner. Mätningarna sker parallellt med

DIAGRAM 8 – TOTALT: Andel patienter med vårdrelaterad infektion, mars 2013. Avser patienter i sluten vård.



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting.

DIAGRAM 8 – RIKET: Andel patienter med vårdrelaterad infektion. Avser patienter i slutenvård.



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting.

punktprevalensmätningen av vårdrelaterade infektioner (PPM-VRI). Sju moment observeras för PPM-BHK: desinfektion av händer före och efter patientnära arbete, användning av handskar och plastförkläde, kortärmad arbetsdräkt, händer och underarmar fria från ringar, klockor och armband samt att håret är kort/uppsatt. Här redovisas följsamheten till samtliga sju steg. Detta värde är inget medelvärde utan baserar sig på hur många personer som har fullständig följsamhet i samtliga sju steg.

Samtliga sjukhus inom den offentligt drivna vården samt ett antal privata sjukhus som har avtal med landsting och regioner, deltar i den mätning av VRI som genomförs två gånger per år. Mätningen genomförs under en dag inom ett sjukhus. Samtliga sjukhus i Sverige genomför sina mätningar under en tvåveckorsperiod 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 mättdagen, ingår i rapporteringen. Våren 2012 genomfördes den nionde mätningen sedan starten 2008 och omfattade 20 194 patienter inom somatisk slutenvård.

Indikatorn visar hur stor andel av alla inskrivna patienter som är drabbade av VRI inom somatisk slutenvård vid tidpunkten för mätningen.

I diagram 8 visas resultatet från mätningen våren 2013, i jämförelse med resultatet hösten 2012. Totalt sett har andelen patienter med VRI legat ganska stabilt vid senaste mätningarna. Andelen varierar mellan landstingen från drygt 4 till knappt 13 procent. VRI är vanligare i regionsjukvård, vilket påverkar utfallen för landsting med regionsjukhus.

Som tilläggsinformation visas i diagrammet följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler. Det är andelen av den observerade personalen som är följsamma i samtliga sju steg. Detta mått inberäknar personal inom psykiatrisk slutenvård samt primärvård, men tonvikten är på somatisk slutenvård, till skillnad från VRI-mätningen som enbart gäller patienter i den somatiska slutenvården. Vid mätningen våren 2013 deltog knappt 27 800 landstingsanställd personal jämfört med 14 000 hösten 2010. Det är framförallt bland läkare som deltagandet har ökat.

Varje VRI beräknas förlänga vårdtiden med i genomsnitt 4 extra vårddygn. Förutom det direkta lidande som drabbar varje enskild patient så tas betydande resurser i anspråk. Vid mätningen våren 2013 hade 1 765 patienter drabbats av en vårdrelaterad infektion. Genomsnittskostnaden för ett vårddygn uppskattas till cirka 8 000 kr. Detta innebär att vårdrelaterade infektioner ger en ökad kostnad totalt i riket med cirka 56 miljoner kronor.

Punktprevalensmätningar ger en ögonblicksbild och upprepade mätningar behöver därför göras för att ge ett säkrare tolkningsunderlag för varje ingående klinik och sjukhus. Vid jämförelser mellan sjukhus bör resultaten tolkas med viss försiktighet, eftersom skillnader i patientsammansättning påverkar utfallet.

9 MPR-VACCINATION AV BARN

Mässling, påssjuka och röda hund var tidigare vanliga barnsjukdomar, orsakade av tre olika virus. Att insjukna i någon av sjukdomarna är vanligtvis ofarligt, men det kan i vissa fall ge allvarliga komplikationer, som även kan leda till död. Med en tillräckligt hög vaccinationstäckning kan mässlingvirus utrotas, men enligt WHO:s statistik dog 164 000 barn i en mässlingsinfektion under 2008. De flesta av dessa barn bodde i utvecklingsländer. Smittskyddsinstitutet redovisar att WHO har fått in 34 000 verifierade fall av mässling i Europa under 2011, av vilka 8 har rapporterats avlidit.

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

Sedan 1982 ingår MPR-vaccin i det allmänna vaccinationsprogrammet i Sverige och erbjuds till barn vid 18 månaders respektive 6–8 års ålder. MPR-vaccin innehåller levande försvagade virusstammar och en

DIAGRAM 9 – TOTALT: Andel MPR-vaccinerade bland barn födda 2010 och inskrivna på BVC, januari 2013.



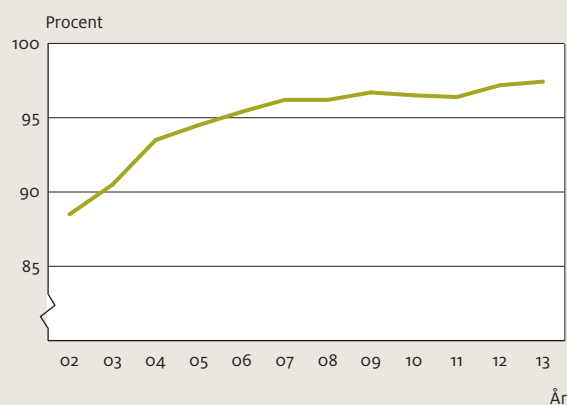
Källa: Smittskyddsinsitutet.

injektion leder till en symtomlös eller mycket lindrig infektion. Kroppens immunförsvar lär sig att känna igen virus och ett immunologiskt minne utvecklas. En dos MPR-vaccin ger skydd mot mässling, påssjuka och röda hund hos cirka 95 procent av alla vaccinerade personer.

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

Sverige har internationellt sett en hög andel vaccinerade barn. I januari 2013 hade 97,4 procent av alla barn födda 2009 vaccinerats. De allra flesta landsting har en vaccinationsfrekvens runt 97–98 procent. Det finns grupper av föräldrar som väljer att inte låta vaccinera sina barn och vaccinationstäckningen har i några kommuner ibland setts sjunka under 90 procent. Lokala utbrott, av i synnerhet mässling, har därför kunnat iaktas.

DIAGRAM 9 – RIKET: Andel MPR-vaccinerade bland barn inskrivna på BVC.

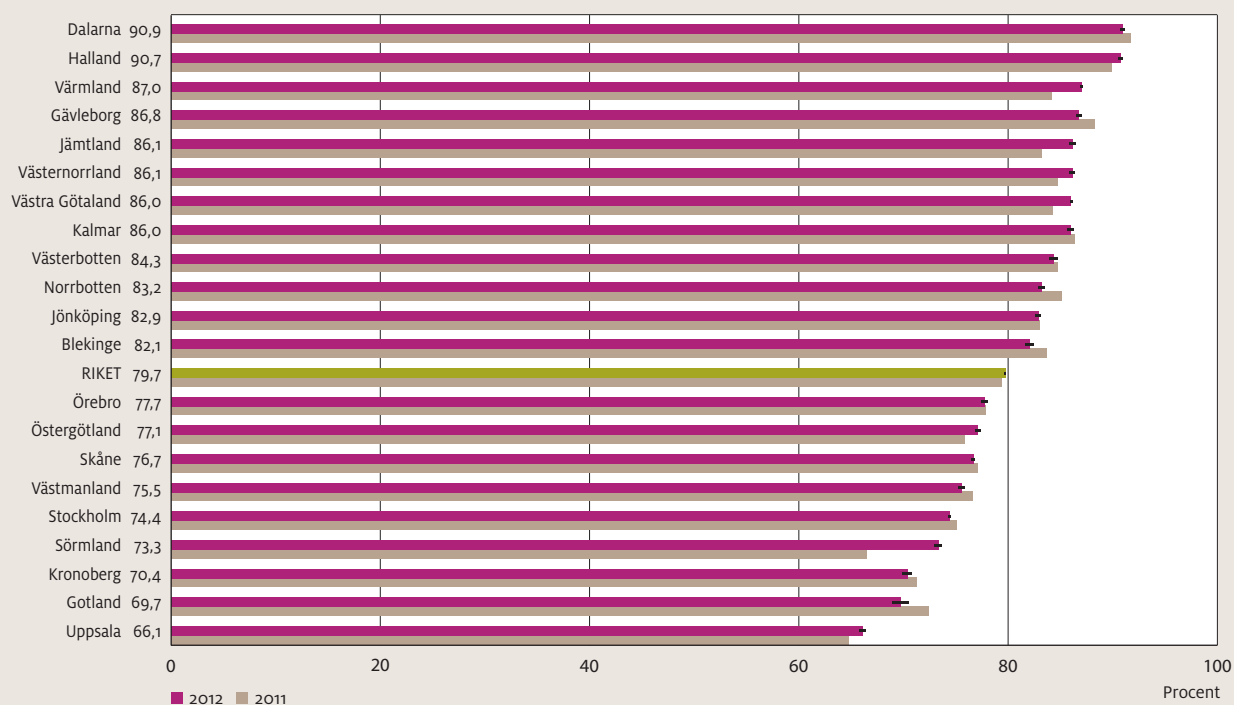


Källa: Smittskyddsinsitutet.

10 GYNEKOLOGISK CELLPROVSKONTROLL

Gynekologisk cellprovskontroll syftar till att förebygga livmoderhalscancer (cervixcancer) genom att upptäcka och behandla cancerens förstadium. Kvinnor i åldrarna 23–50 år ska erbjudas cellprovskontroll vart tredje år och kvinnor i åldrarna 51–60 erbjudas cellprovskontroll vart femte år.

DIAGRAM 10 – KVINNOR: Andel kvinnor 23–60 år som genomgått gynekologisk cellprovskontroll, 2012.



Källa: Nationellt Kvalitetsregister för Cervixcancerprevention.

Individbaserad information om alla kallelser och gynekologiska cellprover från patologiska och cytologiska laboratorier i landet sammanställs av Nationellt Kvalitetsregister för Cervixcancerprevention. Syftet med sammanställningen är att ge en faktabaserad grund för kvalitetssäkring och förbättring av det svenska organiserade programmet för förebyggande av cervixcancer.

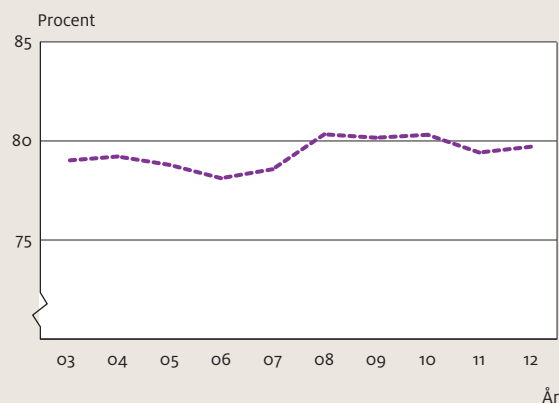
Täckningsgraden är det viktigaste måttet för förebyggande av livmoderhalscancer. Med täckningsgrad avses andelen kvinnor i befolkningen i de aktuella åldrarna som har tagit ett cellprov inom det rekommenderade intervallet.

Majoriteten av de kvinnor som får livmoderhalscancer i Sverige har inte tagit cellprov enligt rekommendationen. Landsting med hög täckningsgrad har i allmänhet en lägre förekomst av livmoderhalscancer än landsting med låg täckningsgrad. Förutsättningarna för att uppnå en hög täckningsgrad varierar mellan olika landsting. I allmänhet är täckningsgraden lägre i storstäderna och högre i norra än i södra Sverige.

Täckningsgraden för gynekologisk cellprovskontroll i åldrarna 23–60 år var i riket 79,7 procent 2012, vilket kan ses i diagram 10. Täckningsgraden har i stort sett varit konstant i landet under de senaste

tio åren och den ligger under målsättningen på 85 procent som den nationella cancerplanen har angett. Endast åtta landsting nådde upp till denna målnivå. Ingen tydlig trend kan utläsas mellan jämförelseåren för olika landsting. I vissa landsting har täckningsgraden minskat, i andra ökat.

DIAGRAM 10 – RIKET: Andel kvinnor 23–60 år som genomgått gynekologisk cellprovskontroll.



Källa: Nationellt Kvalitetsregister för Cervixcancerprevention.

Tack vare att de flesta kvinnor i Sverige deltar i cellprovskontroll kan livmoderhalscancer hållas nere på en låg nivå. I länder där få kvinnor tar cellprover är livmoderhalscancer en av de vanligaste cancerformerna och drabbar i regel relativt unga kvinnor i 40–50 årsåldern.

11 TRYCKSÅR I SLUTEN VÅRD

Ett trycksår är en lokal skada i hud eller underliggande vävnad – vanligtvis över benutskott – och är ett resultat av tryck, eller tryck i kombination med skjuv. Tryck uppstår av personens kroppstyngd mot underlaget. Kroppsdelar där ben ligger nära hud, såsom hälar och korsben, är speciellt utsatta.

Många patienter utvecklar trycksår under en sjukhusvistelse. Tryckskadan uppstår vanligtvis när en person ligger eller sitter i samma ställning, och den kan uppkomma i hemmet eller boendet, under ambulanstransport, på akutmottagningen, på röntgen- eller operationsavdelningen, på vårdavdelning eller under rehabilitering.

Omkring hälften av de upptäckta trycksåren är lindriga och visar sig som en hudrodnad. Endast en liten del av trycksåren utgörs av fullhudsskada med sårkvalitet och/eller vävnadsnekros. De allvarligaste trycksåren upptäckts endast hos ett fåtal patienter.

Många av patienterna med trycksår har fler än ett trycksår. De vanligaste trycksåren uppstår i ryggslutet och i hälar.

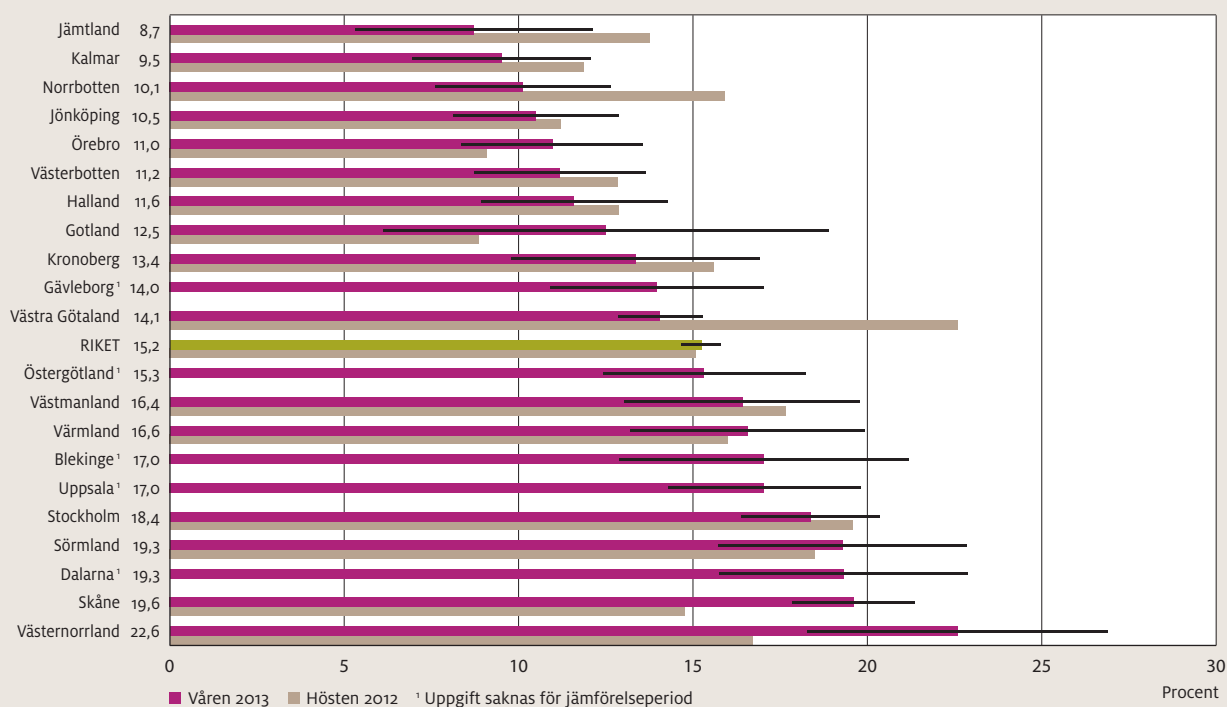
Nationella punktmätningar av trycksårsförekomst har genomförts två gånger per år sedan 2011 inom både kommuner och landsting. Vid mätningen observeras förekomsten av trycksår på samtliga inlaggande patienter över 18 år vid mättillfället. Vid mätningen görs även en riskbedömning av de observerade patienterna samt eventuella förebyggande åtgärder dokumenteras.

Indikatorn visar andelen patienter med minst ett trycksår i den somatiska slutenvården vid tidpunkt för mätningen. Detta ger en ögonblicksbild och upprepade mätningar behöver därför göras för att ge ett säkrare tolkningsunderlag för varje ingående klinik och sjukhus.

Resultatet från de fem mätningarna har, med undantag för den första mätningen, legat omkring 14–16 procent utan större förändringar. Årets mätning visar en stor variation mellan landstingen, från cirka 9 till 23 procent.

Resultatet varierar även mellan sjukhusen vad gäller såväl andelen patienter med trycksår, som allvarlighetsgraden på trycksåren och andelen av patienterna som bedömts ha en ökad risk för trycksår.

DIAGRAM 11 – TOTALT: Andel patienter med trycksår, mars 2013. Avser patienter i slutenvård.



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting.

Trycksår innebär onödigt lidande för patienten och onödiga kostnader för sjukvården. Alla trycksår går att undvika med förebyggande åtgärder, som till exempel tryckavlastande madrass, hälavlastning, och planerad lägesändring i stol och säng.

12 SMÄRTSKATTNING UNDER SISTA LEVNADSVECKAN

Palliativ vård handlar om de lindrande åtgärder man kan vidta när det inte längre finns någon botande behandling att erbjuda. Vissa människor lever med en obotlig sjukdom i åtskilliga år, medan andra är fria från symtomgivande sjukdom ända tills det är mycket kort tid kvar. Över 70 000 av de drygt 90 000 som dör i Sverige varje år, lever den sista tiden i kontakt med olika vårdgivare, som tillsammans bör kunna erbjuda alla ett likvärdigt vårdinnehåll den sista tiden i livet.

Svenska Palliativregistrets syfte är att successivt utveckla den palliativa vården för alla, oavsett vårdgivare. Till en början görs detta genom att vårdpersonalen som vårdar en nyligen avlidens dels fyller i en enkät om hur de sista 1–2 veckorna i patientens liv var, dels fyller i en enkät varje år om vilka resurser och rutiner man har för att erbjuda god palliativ vård. Till registret kan alla vårdenheter rapportera, både kommunalt och landstingskommunalt drivna eller finansierade.

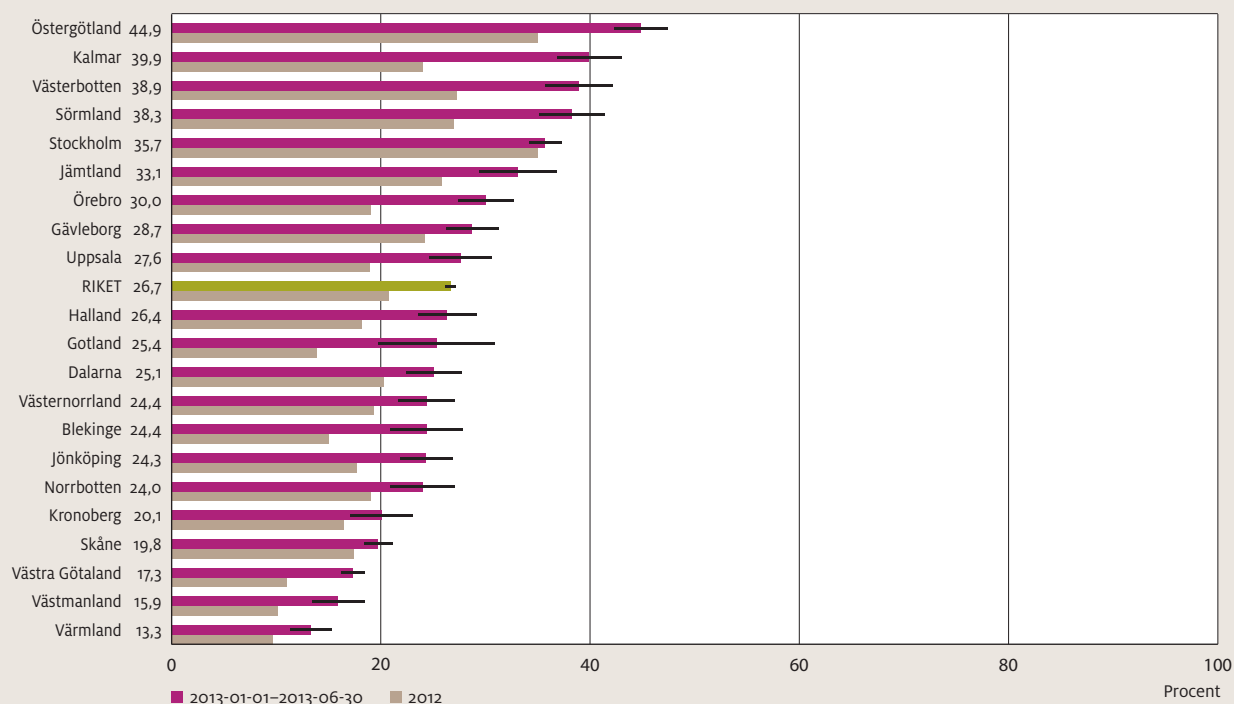
Svenska Palliativregistrets täckningsgrad för alla dödsfall i Sverige första halvåret 2013 var i riket över 60 procent, men med variationer mellan länen.

Indikatorn i diagrammet är ett processmått som mäter om smärtskattningsinstrumentet VAS/NRS eller annat validerat instrument använts sista levnadsveckan för döende patienter. Upplevelse av smärta är något personligt. Socialstyrelsen prioriterar regelbunden smärtanalys- och -skattning högt i *Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede* som publicerades under året. En indikator om detta har lagts som en utvecklingsindikator i kunskapsstödet.

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. För demenspatienter som inte längre kan uttrycka sin smärta verbalt finns Abbey Pain Scale.

Indikatorn visar andelen dödsfall där smärtskattning utfördes, för alla diagnoser. Jämförelsen omfattar närmare 25 300 dödsfall som rapporterats till registret under mätperioden, januari-juni 2013.

DIAGRAM 12 – TOTALT: Andel patienter vars smärta skattats med validerat smärtskattningsinstrument sista levnadsveckan, januari–juni 2013.



Källa: Svenska Palliativregistret.

I riket utfördes smärtskattning med validerat smärtskattningsinstrument endast i 26,7 procent av dödsfallen. I riket är könsskillnaden liten, men andelen är något högre bland män. Skillnaderna mellan landsting/län är stora, med en variation från 13 till 45 procent.

Smärtskattningsinstrument ska användas i 100 procent av alla dödsfall, enligt den målnivå som Palliativregistret lagt fast. Andelen utförda smärtskattningar är mycket låg i hela landet – inget län når ens upp till halva målvärdet. Dock har det skett en klar ökning jämfört med 2011, då smärtskattning utfördes vid knappt 15 procent av dödsfallen.

Det viktigaste syftet med indikatorn är att mätning av den ska leda till att det görs en systematisk smärtskattning som dokumenteras, åtgärdas och följs upp ända fram till döden. Rädslan för smärta i livets slut finns hos majoriteten av befolkningen.

13 VIDBEHOVSORDINATION AV OPIOIDER I LIVETS SLUTSKEDE

God palliativ vård i livets slutskede innebär bland annat att patient och närstående informeras om att patientens sjukdom/tillstånd har nått en punkt där både botande och bromsande behandling avslutas. Då

ska vissa medicinska och omvårdnadsmissiga åtgärder vidtas, bland annat att tillse att det finns lämpliga ordinationer i händelse av smärtgenombrott. Ordinationen ska vara individuellt anpassad, då generella ordinationer anses inte vara tillräckligt bra i det här skedet. Det medicinska ansvaret flyttar ibland från specialisten till läkare i primärvård som ansvarar för hemsjukvård eller särskilda boendeformer. Då är det extra viktigt att det inte blir några glapp i för patienten viktiga ordinationer.

Det är väl känt att majoriteten av människor som dör i cancer behöver minst en injektion av opioid, smärtstillande morfinpreparat, den sista tiden i livet. Samtidigt finns fortfarande bland vissa läkare ett motstånd mot att ordinera detta i förväg, innan behovet verkligen har uppstått.

Tiden mellan stegrad smärta och lindring kan bli onödigt lång. Först ska patienten som har ont anse att det gör tillräckligt ont för att larm ska ges. Därefter ska 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.

DIAGRAM 13– TOTALT: Andel patienter i livets slutskede som har vidbehovsordination av opioider, januari–juni 2013.



Källa: Svenska Palliativregistret.

Indikatorn visar andelen patienter för vilka det första halvåret 2013 fanns ordination av opioider vid behov. Totalt ingick knappt 25 300 patienter i jämförelsen, inte enbart cancerpatienter. I riket hade drygt 91 procent av patienterna sådan ordination. Skillnaderna mellan landsting, liksom mellan könen är små. Alla landsting/län når över 80 procent.

Finns det skriftliga rutiner för hur ordinationer ska göras i detta läge, så ökar andelen utförda ordinationer. Palliativregistret har satt som mål att 90 procent av patienterna ska ha ordination för smärtstillande behandling. Diskussion pågår om målet ska höjas ytterligare. Indikatorn ingår i Socialstyrelsens nationella kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede.

14 BRYTPUNKTSSAMTAL I LIVETS SLUTSKEDE

God palliativ vård i livets slutskede innebär bland annat att patient och närstående informeras om att patientens sjukdom/tillstånd har nått en punkt där all såväl botande som bromsande behandling avslutas. I hälso- och sjukvårdslagen uttrycks detta i termer av att ge individuellt anpassad information om hälsotillstånd, undersökningsmetoder samt möjligheter till vård och behandling.

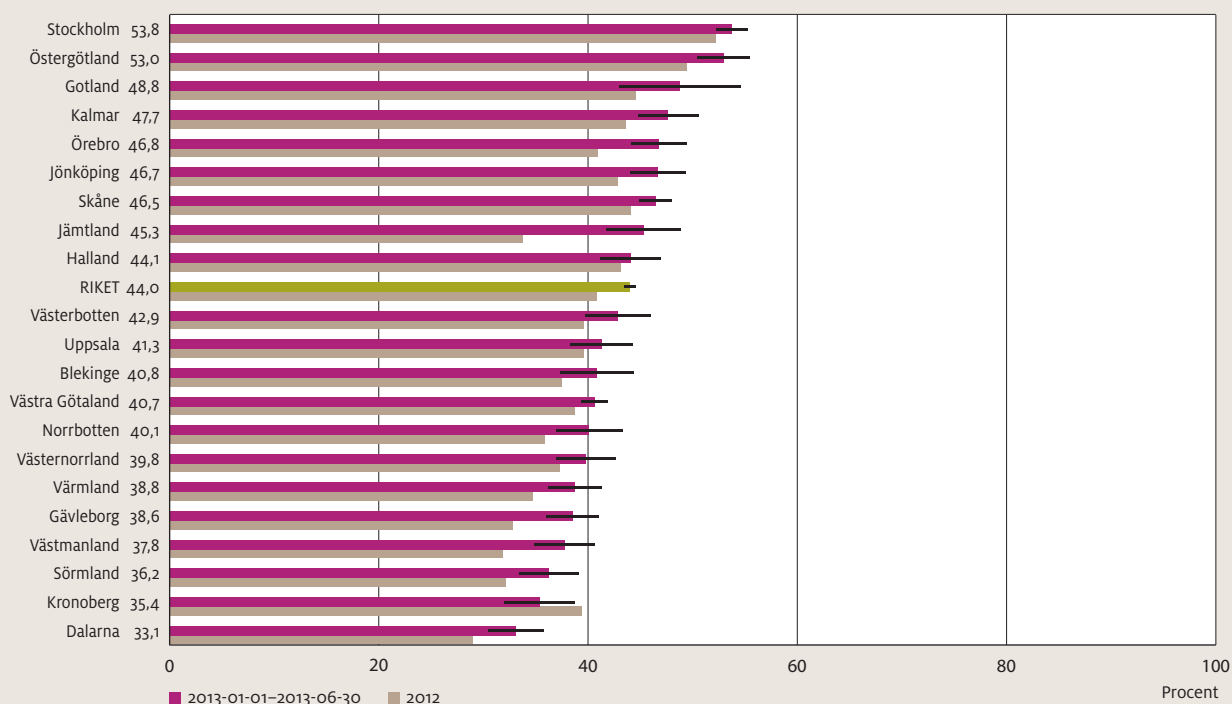
Det behövs ofta flera samtalstillfällen för en dialog om att vården går över i en fas som inte längre har livsförlängning som mål. Alla patienter vill inte veta allt – åtminstone inte vid första samtalet. Vissa döende patienter har tappat sin förmåga att aktivt delta i diskussioner om den fortsatta vården. Då är det lika viktigt att diskussionen förs med den sjukes närstående eller annan företrädare. För detta krävs aktiv läkarmedverkan.

I det nationella kunskapsstödet får kontinuerliga samtal om vårdens innehåll och riktning i livets slutskede, så kallade brytpunktssamtal, högsta prioritet. Indikatorn för denna rekommendation har lagts som en utvecklingsindikator i kunskapsstödet.

Frågans formulering i Palliativregistret syftar till att spegla en aktiv läkarmedverkan samt dokumentationen av denna typ av samtal i den medicinska journalen. I redovisningen tas endast de dödsfall med där personalen svarat ja på frågan huruvida dödsfallet var väntat. Hänsyn tas även till patientens förmåga att delta i beslut om vården och till förekomst av anhöriga.

Indikatorn visar andelen patienter för vilka det utförts dokumenterade samtal om vårdens innehåll och riktning i livets slutskede. Totalt ingick knappt 25 300 avlidna patienter i jämförelsen, som avser första halvåret 2013.

DIAGRAM 14 – TOTALT: Andel patienter i livets slutskede där brytpunktssamtal genomfördes, januari–juni 2013.



Källa: Svenska Palliativregistret.

I riket hade 44 procent av patienterna erhållit ett sådant samtal. Skillnaderna mellan landsting är stora, med en variation från 33 till 54 procent. Svenska Palliativregistrets målvärde för indikatorn är 100 procent. Bara två landsting når halva målvärdet.

Läkemedelsbehandling

15 TIO ELLER FLER LÄKEMEDEL BLAND ÄLDRE

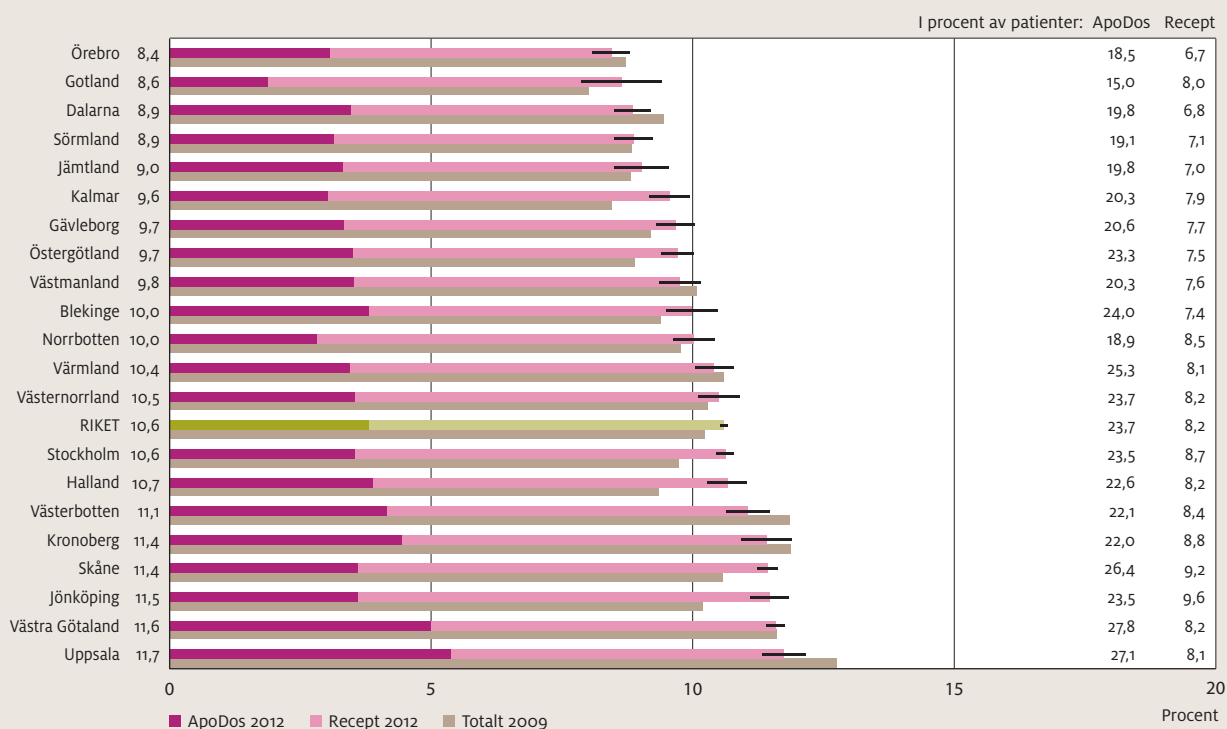
Med polyfarmaci avses samtidig användning av många läkemedel. Studier har visat att detta är förknippat med lägre följsamhet till ordination, högre kostnader, risk för skadliga läkemedelsinteraktioner och med läkemedelsorsakad inläggning på sjukhus.

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

I diagram 15 visas att i riket hade 10,6 procent av alla personer 75 år och äldre tio eller fler läkemedel, vid mättidpunkten 31 december 2012. Detta motsvarar drygt 78 000 personer. Andelen bland kvinnor är högre, 11,4 procent, medan den för männen är 9,4 procent. Variationen mellan landsting är förhållandevis stor och sträcker sig från 8,4 till 11,7 procent. Jämfört med 2009 är andelen äldre med tio eller fler läkemedel i stort sett oförändrad hos såväl kvinnor som män.

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

DIAGRAM 15 – TOTALT: Andel äldre i befolkningen med tio eller fler läkemedel, 31 december 2012. Avser personer 75 år och äldre.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Andelen är mycket hög i gruppen äldre med ApoDos, där totalt 23,7 procent hade tio eller flera läkemedel, att jämföra med 8,2 procent för dem med receptexpedierade läkemedel. En betydande variation mellan landstingen återfanns framförallt inom gruppen med ApoDos-expedierade läkemedel, med en variation från 15 till 28 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 diagrammet.

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

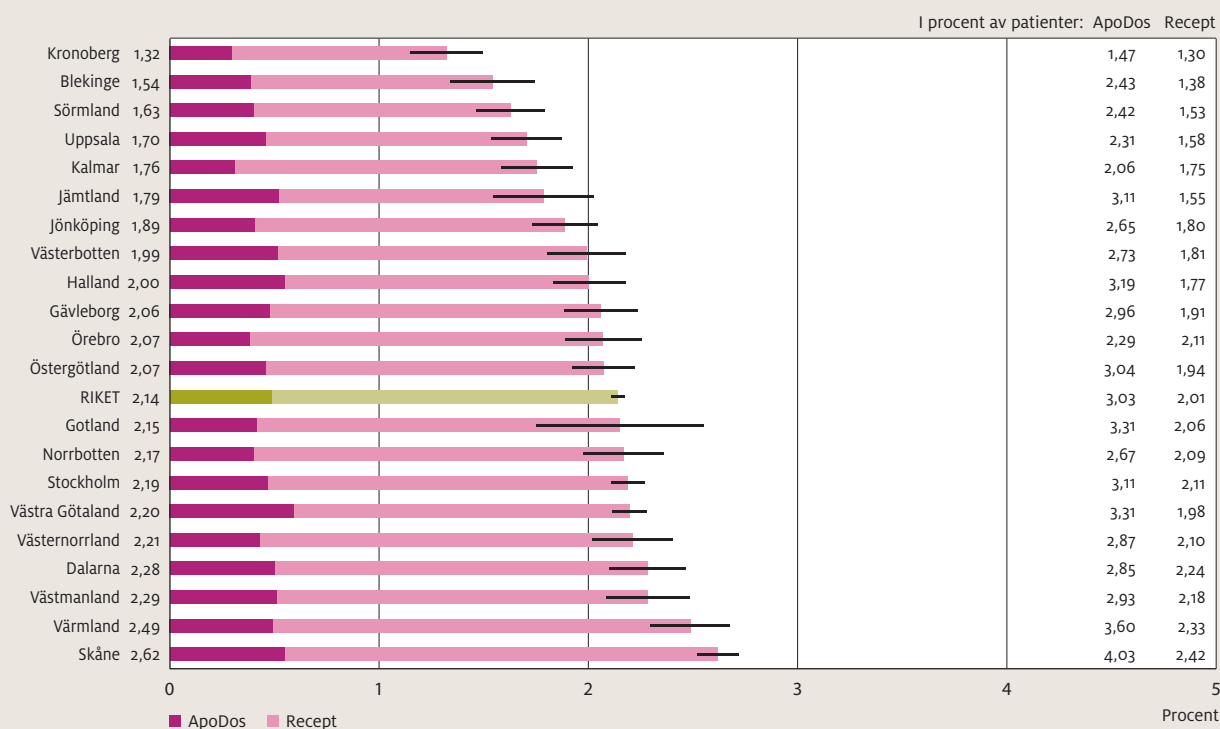
till oönskade effekter. Denna indikator är en viktig illustration av att behandlingsvalet ska utgå från en sammanvägd bedömning av den enskilde patientens situation.

16 LÄKEMEDELSINTERAKTION BLAND ÄLDRE

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

Analysen av läkemedelsinteraktioner som tidigare utgått från den databas som legat till grund för interaktionsinformationen i FASS, baseras från och med 2012 på en ny källa; SFINX (Swedish Finnish Interaction X-referencing), som numera är tillgänglig för de landsting som är anslutna till SIL (Svensk Infor-

DIAGRAM 16 – TOTALT: Andel äldre i befolkningen med riskfyllda läkemedelskombinationer (D-interaktioner), 31 december 2012. Avser personer 75 år och äldre.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

mationsdatabas för Läkemedel). Analysen omfattar som tidigare läkemedelsinteraktioner av klass D med dokumentationsgrad 1-4.

I diagram 16 visas andelen patienter i gruppen 75 år och äldre som har kombinationer av läkemedel med risk för D-interaktioner vid mättidpunkten 31 december 2012. Staplarna är fördelade på patienter som får sina läkemedel via dosexpedition (ApoDos) respektive via recept. Andelen med dessa läkemedelskombinationer är i riket 2,1 procent. Detta motsvarar knappt 16 000 personer. Jämfört med 2009 är andelen något lägre. Det finns för riket inga tydliga könsskillnader

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

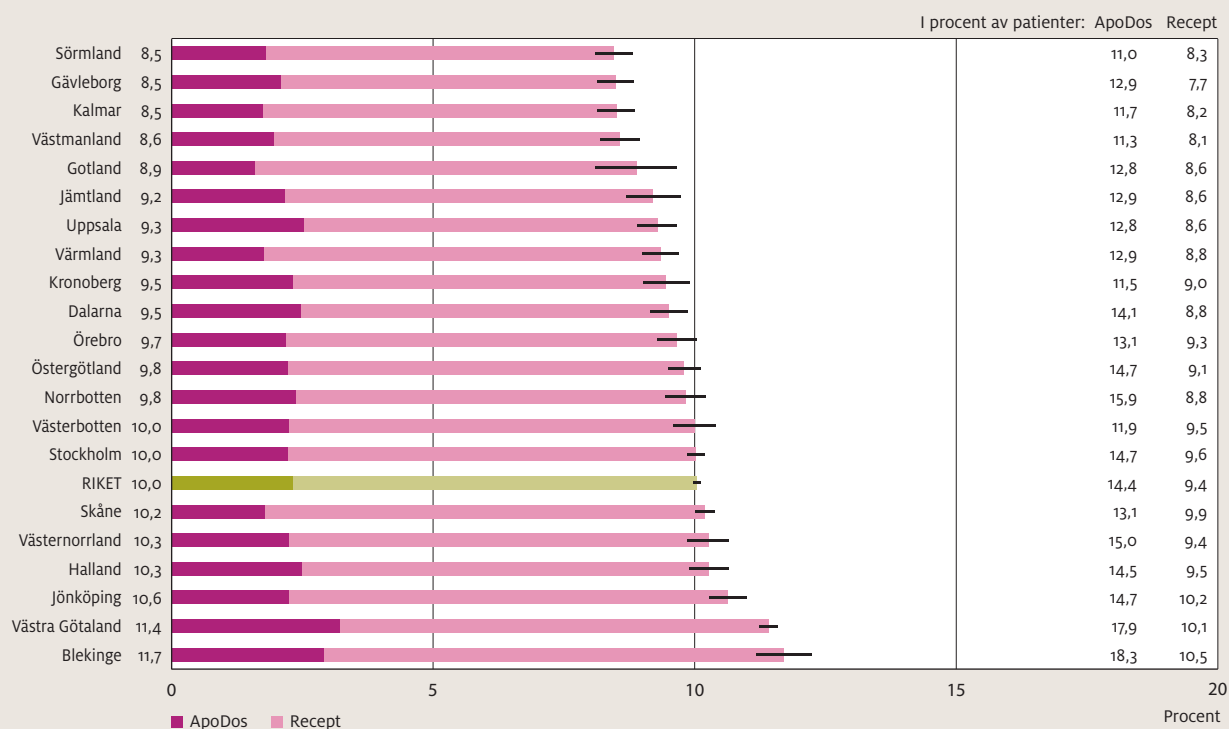
En möjlig felkälla är att Läkemedelsregistret inte fångar den läkemedelsanvändning som sker från läkemedelsförråd i äldreboenden.

17 ÄLDRE MED LÄKEMEDEL SOM BÖR UNDVIKAS

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

I diagram 17 visas andelen äldre av hela befolkningen 75 år och äldre som hade minst ett av dessa olämpliga läkemedel, vid mättidpunkten 31 december 2012. Staplarna är fördelade på patienter som får sina läkemedel via dosexpedition (ApoDos) respektive via recept. Andelen var i riket 10 procent, bland kvinnor 11,1 procent och bland män 8,4 procent. Detta motsvarar drygt 74 000 personer. Variationen mellan lands- tingen är relativt stor och sträcker sig från 9,2 till 13,2

DIAGRAM 17 – TOTALT: Andel äldre i befolkningen med minst ett läkemedel som bör undvikas, 31 december 2012. Avser personer 75 år och äldre.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

procent för kvinnor och från 6,6 till 9,6 procent för männen. Användningen av olämpliga läkemedel hos äldre har minskat något från föregående mätningar.

Användningen av dessa läkemedel var högre i gruppen med ApoDos, där 14,4 procent hade detta, att jämföra med 9,4 procent i gruppen med receptexpedierade läkemedel.

18 FÖREKOMST AV ANTIBIOTIKABEHANDLING

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

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

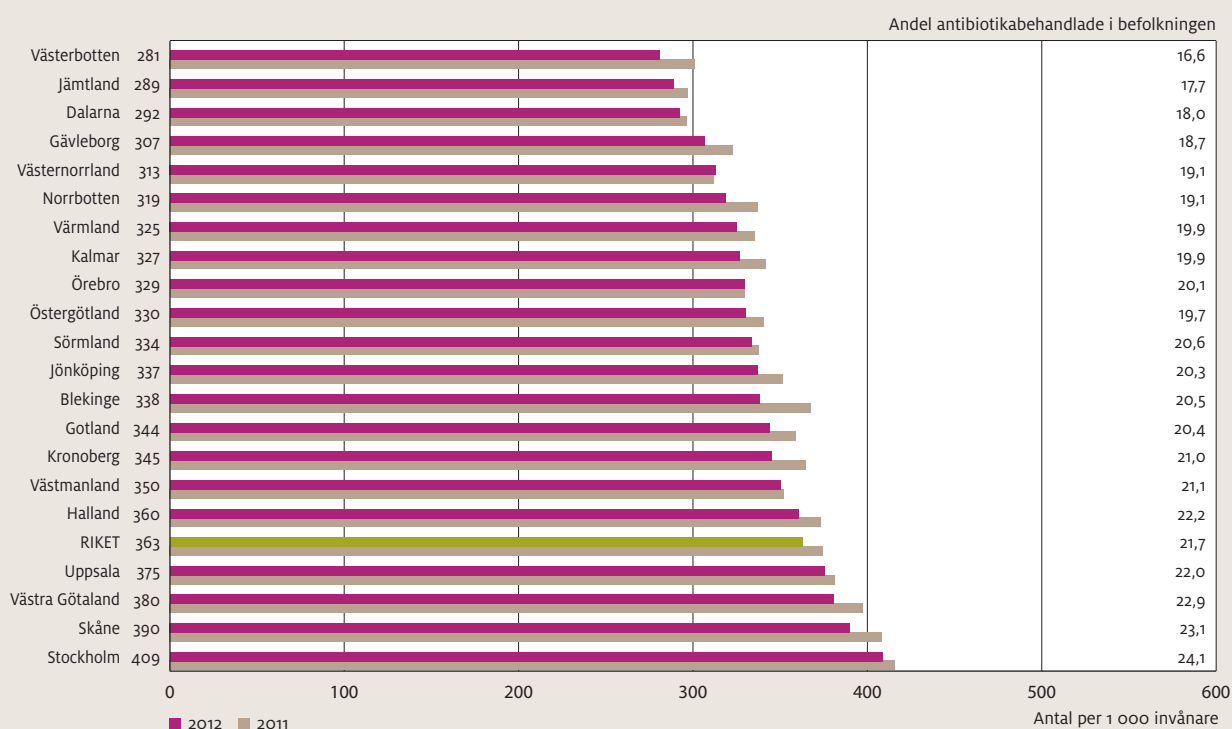
exempel urinvägsinfektioner hos kvinnor, kan förkortas utan att behandlingsresultatet blir sämre.

Vid antibiotikabehandling är det vidare önskvärt att använda så "smal" terapi som möjligt för att påverka så få bakterier som möjligt. Detta är önskvärt både ur resistensutvecklingssynpunkt och ur biverknings-synpunkt. 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.

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

Under 2012 hämtades i riket 363 recept per 1 000 invånare ut, med en variation mellan landsting från 281 till 409. En liten minskning har därmed skett sedan föregående år. I alla landsting har antalet recept minskat sedan 2007. Antibiotikaanvändningen är avsevärt högre bland kvinnor än bland män, 427 uttag per 1000 invånare respektive 299 per invånare. Gene-

DIAGRAM 18 – TOTALT: Antibiotikarecept per 1 000 invånare, 2012. Åldersstandardiserade värden.



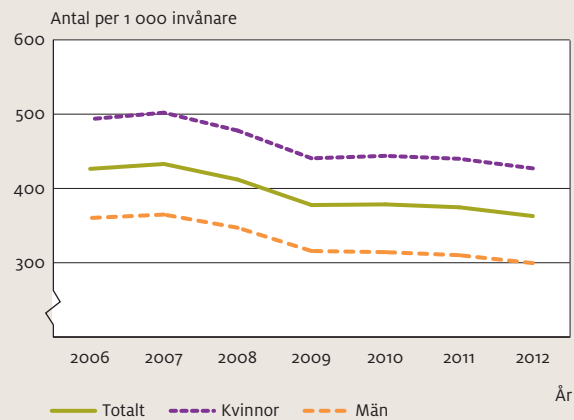
Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

rellt kan även sägas att det skrivs ut mer antibiotika i storstadsregionerna och mindre antibiotika i de norra delarna av landet.

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

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

DIAGRAM 18 – RIKET: Antibiotikarecept per 1 000 invånare. Åldersstandardiserade värden.



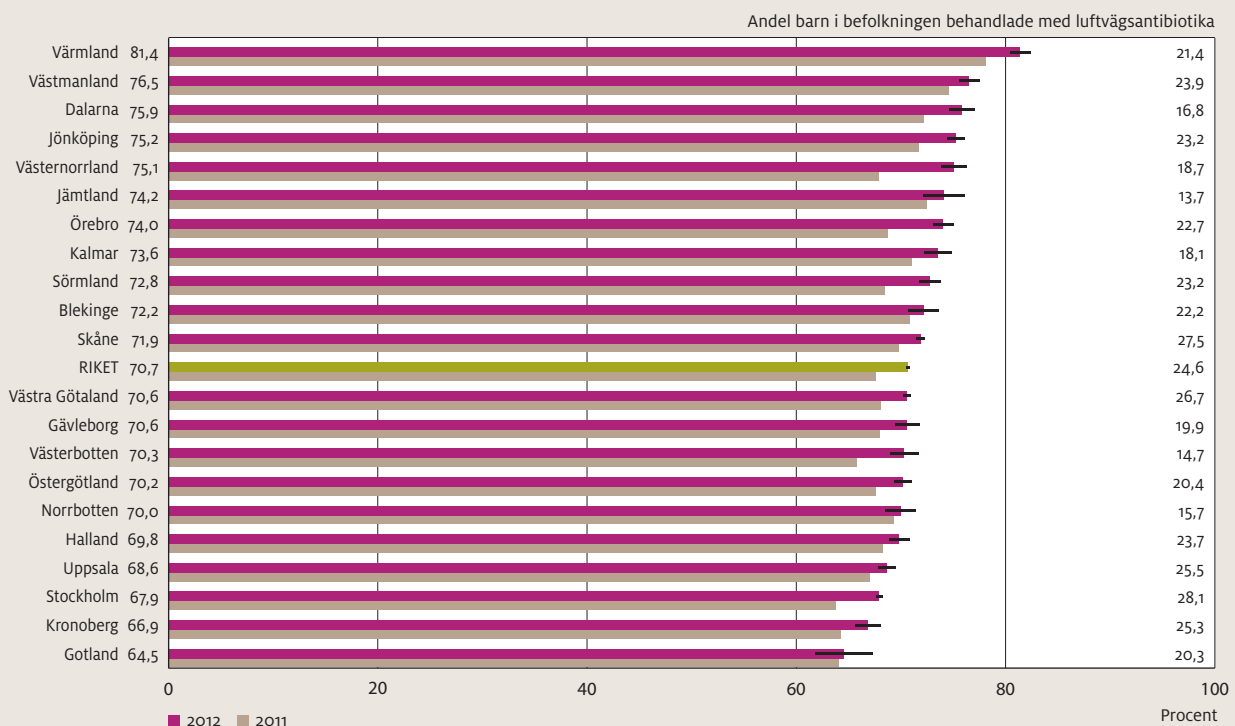
Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

19 PENICILLIN V VID BEHANDLING AV BARN MED LUFTVÄGSANTIBIOTIKA

De flesta luftvägsinfektioner beror på virus smitta och går över av sig själva. Vid antibiotikabehandling av luftvägsinfektion som bedöms vara orsakad av bakteriell smitta, är penicillin V (Fenoximetylpeni-

cillin) förstahandsval och bör därmed i de flesta fall användas. Penicillin V är ett så kallat smalspektrumantibiotika, som är verksamt mot ett fåtal bakterier och har en mindre påverkan på kroppens normala bakterieflora.

DIAGRAM 19 – TOTALT: Andel recept med penicillin V av alla recept med luftvägsantibiotika, 2012. Avser barn 0–6 år. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Indikatoren visar andelen penicillin V-behandlade barn av alla som vid första förskrivning under perioden fick något av de antibiotika som vanligen används vid luftvägsinfektion. Källan är Läkemedelsregistret. Detta är heltäckande, men saknar uppgift om förskrivningsorsak. Istället har patientgruppen med luftvägsinfektion ringats in via de använda läkemedlen.

Under 2012 behandlades 25 procent av alla barn 6 år och yngre med någon typ av antibiotika mot luftvägsinfektion, vilket redovisas till höger i diagrammet. Variationen mellan landstingen var stor, mellan 14-28 procent.

I riket var andelen penicillin V-behandlade barn 71 procent. Andelen bland pojkar var något högre än bland flickor. I riket har andelen med penicillin V ökat de senaste åren. Det finns betydande skillnader mellan landstingen, 64,5 procent som lägst och 81,4 procent som högst. Storstadsregionerna har generellt sett den högsta andelen antibiotikabehandlade barn.

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. Strama rekommenderar att 80 procent av antibiotikaförskrivningen i öppenvård mot luftvägsinfektion till barn 0-6 år ska vara penicillin V.

20 KINOLONER VID BEHANDLING MED URINVÄGSANTIBIOTIKA

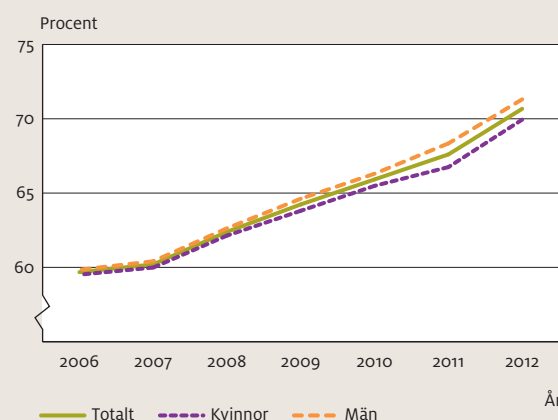
Sverige och de övriga nordiska länderna använder generellt sett i högre grad antibiotika med ett smalt spektrum, i motsats till Öst- och Sydeuropa som har en hög andel av bredspektrumantibiotika. Det är generellt önskvärt att ha en så låg förskrivning av dessa som möjligt.

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

Andelen kinoloner av den totala förskrivningen av antibiotika mot nedre urinvägsinfektion jämförs här för samtliga kvinnor mellan 18 och 79 år, baserat på antal recept på ett urval av antibiotika, uttagna någon gång under 2012.

Andelen kinoloner var 14 procent. Totalt hade knappt 71 000 uttag gjorts. Andelen förskrivningar av kinoloner har minskat betydligt jämfört med 2008, då den i riket uppgick till 20 procent. Just användningen av kinoloner vid urinvägsinfektion har fått mycket

DIAGRAM 19 – RIKET: Andel recept med penicillin V av alla recept med luftvägsantibiotika. Avser barn 0–6 år. Åldersstandardiserade värden.

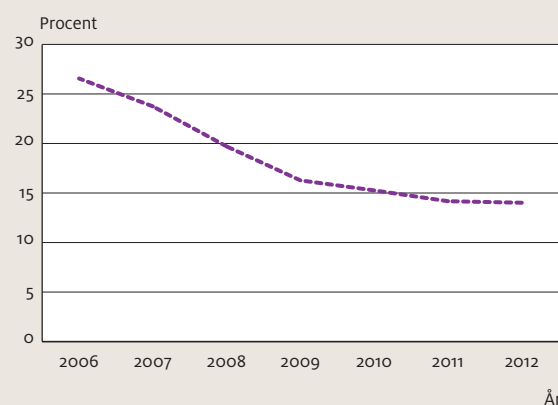


Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

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.

DIAGRAM 20 – RIKET: Andel recept med kinoloner av alla recept med urinvägsantibiotika. Avser kvinnor 18–79 år. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 20 – KVINNOR: Andel recept med kinoloner av alla recept med urinvägsantibiotika, 2012. Avser kvinnor 18–79 år. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

21 KOMBINATIONSPREPARAT VID ASTMA

Astma och astmaliknande luftvägsbesvär är vanliga hos spädbarn. I skolåldern har 8–10 procent av barnen astma. Hos vuxna bedöms ungefär 6–7 procent lida av astma. I yngre åldrar är astma vanligare bland pojkar, kanske till följd av att pojkar föds med trängre luftvägar i förhållande till lungvolymen. Bland vuxna är astma vanligare bland kvinnor. Rökning, som är vanligare bland kvinnor, ökar risken för astma.

Ökade luftföroreningar och förändrad kontakt med mikroorganismer tidigt i livet genom urbaniseringen kan vara en bidragande orsak till att astma har ökat de senaste 50 åren. Modern behandling har gjort att vård på sjukhus idag är ovanlig bland barn och vuxna med astma.

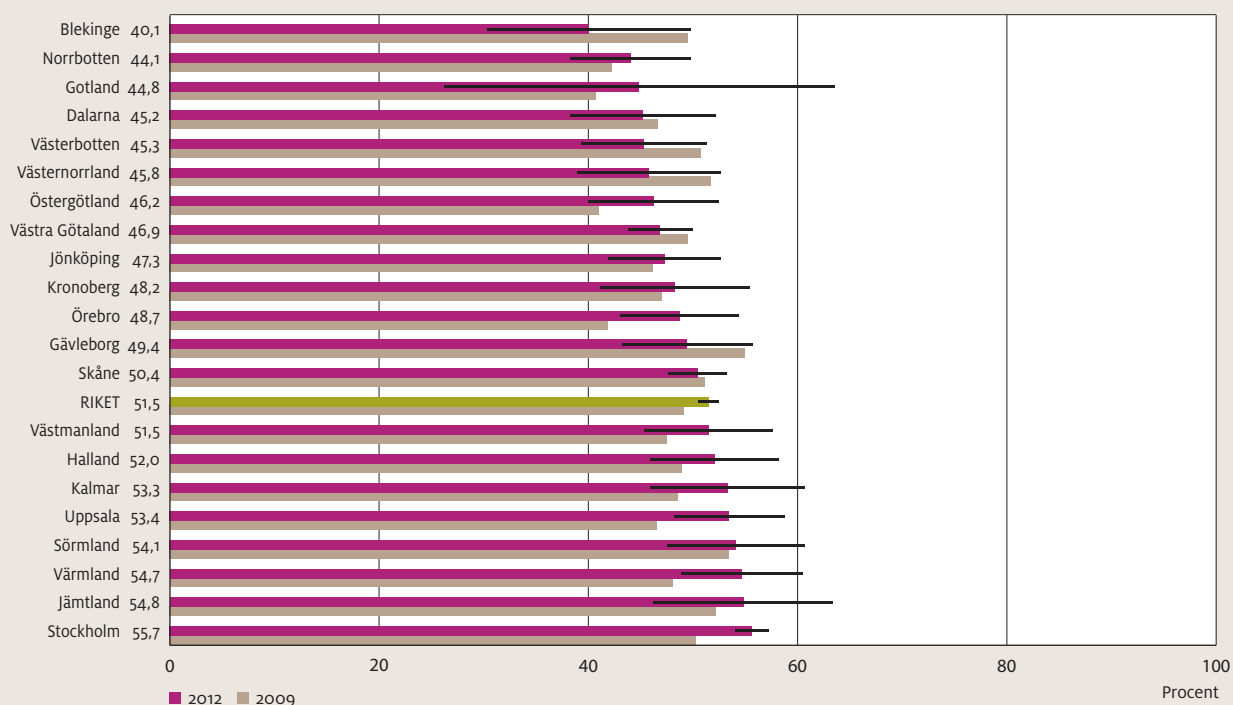
Läkemedelsverkets rekommenderade behandlings-trappa vid astma innebär att fasta kombinationer av beta-2-stimulerare och inhalationssteroider endast ska användas av enkelhetsskäl efter noggrann utprovning var för sig. Användning av kombinationen av inhalationssteroider och långverkande beta-2-stimulerare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

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.

Indikatoren visar andelen personer som är nyinsatta på kombinationspreparat som tidigare inte har provat något annat astmaläkemedel, i åldern 25–44 år. Under 2012 tillkom knappt 10 000 nya användare av kombinationspreparat. Av dessa hade cirka 5 000, drygt 51 procent, inte tidigare använt något annat astmaläkemedel. Andelen är något lägre bland kvinnor än bland män. En liten ökning kan ses under de senaste åren och man kan fortfarande se stora variationer mellan landstingen, med andelar från 40 till 56 procent.

Läkemedelsverkets rekommendation innebär i princip att alla patienter som förskrivs kombinationspreparat ska ha provat annat astmaläkemedel först. Hög följsamhet skulle innebära att betydligt fler hade provat annat astmaläkemedel än vad som verkar vara

DIAGRAM 21 – TOTALT: Andel nyinsatta på astmakombinationspreparat som tidigare ej haft astmaläkemedel, 2012. Avser personer 25–44 år. Åldersstandardiserade värden.

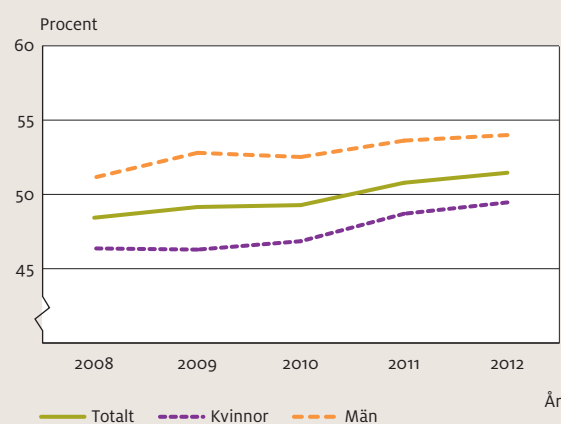


Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

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.

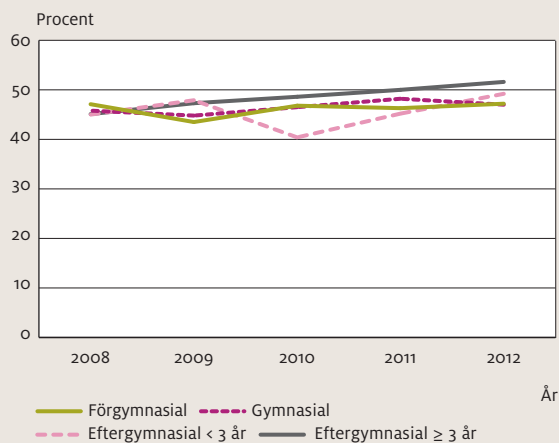
Diagram 21A visar att det för män finns ett samband mellan utbildningsnivå och andelen som är nyinsatta på kombinationspreparat, således i strid med den rekommenderade behandlingstrappan. För kvinnorna är bilden mindre tydlig.

DIAGRAM 21 – RIKET: Andel nyinsatta på astmakombinationspreparat som tidigare ej haft astmaläkemedel. Avser personer 25–44 år. Åldersstandardiserade värden.



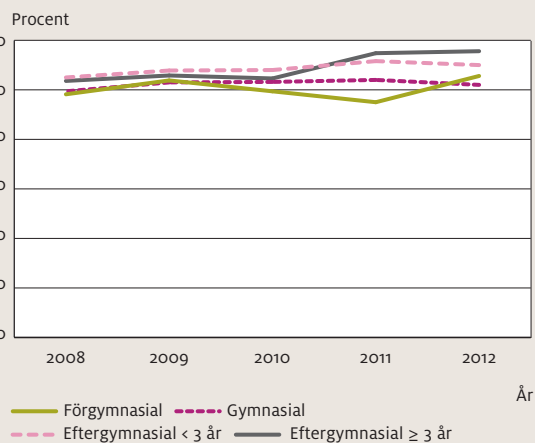
Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 21A – KVINNOR: Andel nyinsatta på astma-kombinationspreparat som tidigare ej haft astmaläkemedel efter utbildningsnivå. Avser personer 25–44 år. Åldersstandardiserade värden.



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

DIAGRAM 21A – MÄN: Andel nyinsatta på astma-kombinationspreparat som tidigare ej haft astmaläkemedel efter utbildningsnivå. Avser personer 25–44 år. Åldersstandardiserade värden.



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

22 UTTAGSFÖLJSAMHET VID BLODTRYCKSSÄNKANDE BEHANDLING

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

Faktorer som kan påverka följsamhet till läkemedelsbehandling vid hypertoni är till exempel att ett högt blodtryck oftast inte ger några påtagliga symtom eller varningstecken samt att om en patient väl fått ett högt blodtryck är tillståndet oftast är livslångt. I en rapport från WHO från 2003, nämns flera tänkbara orsaker till bristande följsamhet såsom till exempel patientens förståelse för behandlingen, hälso- och sjukvårdens förmåga att introducera och följa upp en ny läkemedelsbehandling och läkemedelsbehandlingens komplexitet.

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

Indikatorn visar andelen personer med nyinsatt blodtryckssänkande behandling år 2011 och som kvarstod på behandling efter 12–18 månader. Uppgifterna är hämtade från Läkemedelsregistret. I jämförelsen ingår cirka 102 000 patienter i åldern 50–79 år som ordinerats och hämtat ut ett nyinsatt blodtryckssänkande läkemedel under 2011.

I riket var denna andel 75 procent, 71 procent för kvinnor och 79 procent för män. Resultatet överensstämmer med vad som tidigare rapporterats och visar att det finns ett behov av förbättring. Variationen mellan landsting, mellan 71 och 80 procent, tyder på att en sådan är möjlig.

DIAGRAM 22 – RIKET: Andel personer med fortsatt blodtryckssänkande behandling 12–18 månader efter första uttag. Avser personer 50–79 år med nyinsatt blodtrycksbehandling.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 22 – TOTALT: Andel personer med fortsatt blodtryckssänkande behandling 12–18 månader efter första uttag, 2011. Avser personer 50–79 år med nysatt blodtrycksbehandling.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

23 GOD VIRUSKONTROLL VID HIV

HIV är en virusinfektion som obehandlad leder till AIDS och död. Modern livslång behandling ger förväntad normal livslängd. I Sverige finns nu cirka 6 000 diagnostiserade personer, varav de flesta är boende i storstadsregionerna.

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 32 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 processmålet 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. Processmålet

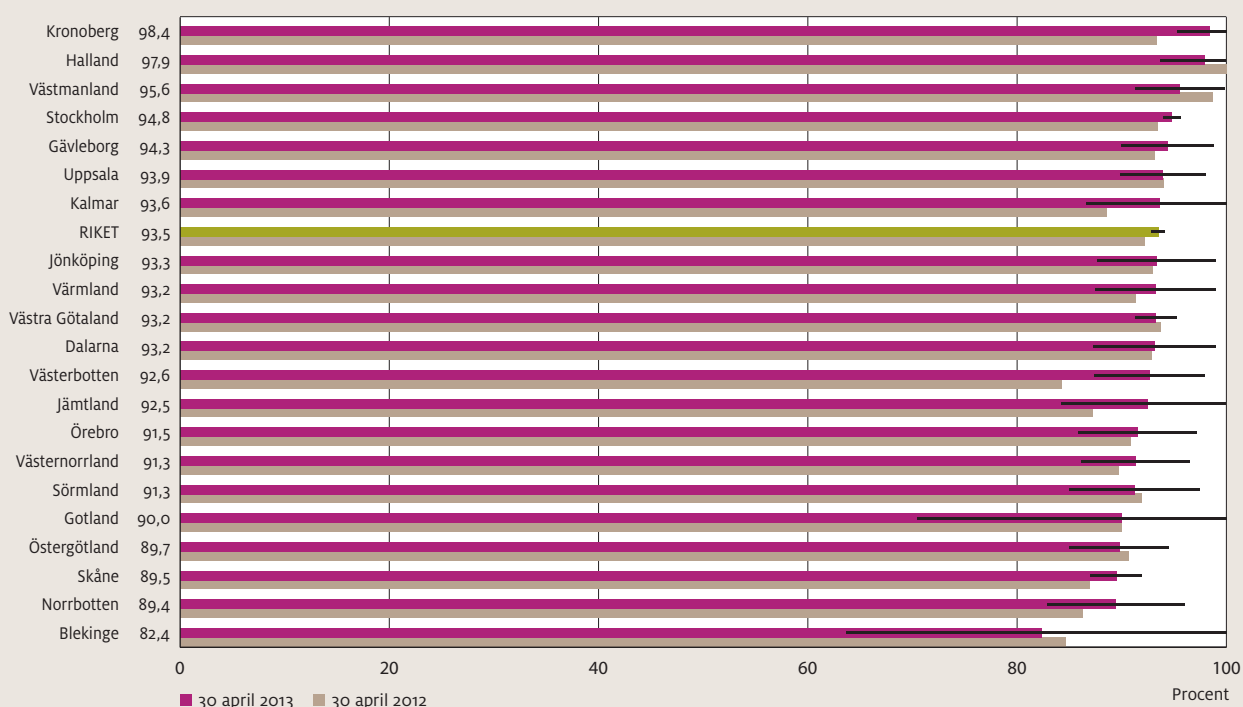
är internationellt etablerat och det mest använda vid läkemedels- och behandlingsstudier.

Vid behandling eftersträvas behandlingsresultat HIV-RNA < 50 kopior/ml. En utebliven eller långsam nedgång efter insatt behandling, eller stigande nivåer senare under behandling, är mycket känsliga mått på otillräcklig behandlingseffekt. Identifiering av orsaker till sådana problem är centralt för att kunna påverka och förbättra behandlingsresultaten.

Indikatorn visar andelen HIV-patienter med viruskontroll, definierat som HIV-RNA < 50 kopior/ml, april/maj 2013. Redovisningen baseras på patientens senaste mätvärde. Alla patienter som behandlats i mer än 6 månader, 5 265, ingår i jämförelsen.

I riket når 93,5 procent av alla patienter behandlingsmålet, med innebörden att de har en mycket god och stabil behandlingseffekt. Andelen har legat över 90 procent i flera år och en viss förbättring har skett sedan 2012. Landstingens resultat sträcker sig från 82 till 98 procent av patienterna som når målet. Skillnaderna har minskat jämfört med mätningen år 2009. Det finns inga skillnader mellan kvinnors och mäns behandlingsresultat.

DIAGRAM 23 – TOTALT: Andel HIV-patienter med god viruskontroll (HIV-RNA <50 kopior/ml) av alla med antiviral behandling, 30 april 2013.



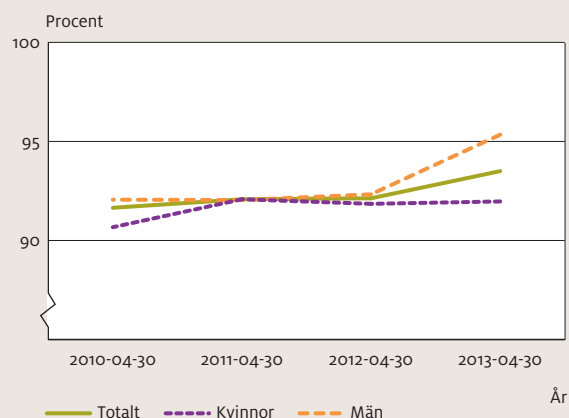
Källa: InfCare HIV.

Kvalitetsregistret anger som mål, eller som det förväntade utfallet, att 90 procent av patienterna har god viruskontroll, vilket nås av en majoritet av landstingen. De minskade skillnaderna mellan landstingen/klinikerna kan till del förklaras av att alla kliniker nu redovisar aktuella, uppdaterade data. En annan orsak av betydelse är det kvalitetsarbete som skett till följd av redovisningen av de senaste årens 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 konfidensintervallen.

DIAGRAM 23 – RIKET: Andel HIV-patienter med god viruskontroll (HIV-RNA <50 kopior/ml) av alla med antiviral behandling.



Källa: InfCare HIV.

24 FRÅGA OM ANDRA LÄKEMEDEL VID BESÖK I PRIMÄRVÅRD

Av de patienter som besökte en läkare i primärvården under 2011 fick cirka sex av tio ett recept på läkemedel. Eftersom vissa läkemedel interagerar med varandra är det viktigt att förskrivaren bildar sig en uppfattning om vilka övriga läkemedel patienten använder.

Här redovisas om läkaren eller någon ur personalen enligt patienten frågat om andra läkemedel vid besök i primärvården. Indikatorn har tidigare redovisats i rapporten *Öppna jämförelser 2013 – Läkemedelsbehandlingar*.

Nationell Patientenkät genomfördes första gången inom primärvården 2009. Hösten 2010 upprepade 15 landsting mätningen. I september 2011 deltog samtliga landsting i mätningen. Knappt 248 000 enkäter skickades ut till slumpvis utvalda patienter som gjort ett läkarbesök på en vårdcentral/motsvarande inom primärvården under september månad. Patienterna fick möjlighet att berätta om och gradera sina erfarenheter av sitt besök.

Drygt 130 000 patienter besvarade enkäten. Svarsfrekvensen för riket var 54 procent. För landstingen varierade svarsfrekvensen från 51–61 procent. Lägst

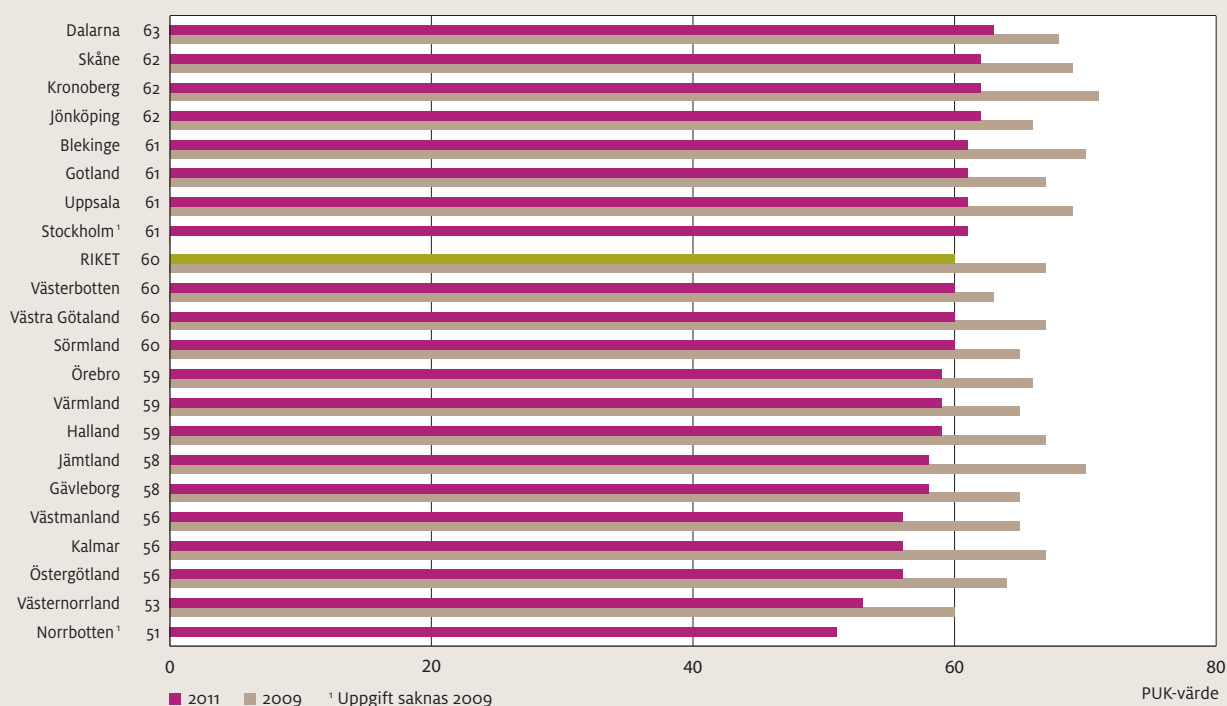
var svarsfrekvensen i Stockholm och högst var den i Jämtland.

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

Indikatorn redovisar svaren på frågan "frågade läkaren eller någon annan ur personalen dig om andra läkemedel som du använder?" I riket var PUK-värdet 60, vilket är en försämring med cirka 10 procent jämfört med 2009. Mellan landstingen varierar PUK-värdet mellan 51–63. Samtliga landsting har försämrats jämfört med 2009.

Bortfall av svar kan påverka resultatet, framförallt vid jämförelser på lägre nivå, mellan vårdcentraler och mellan sjukhuskliniker. Svarsfrekvensen som här redovisas i diagrammen gäller totalt för hela undersökningen. Till detta kommer så kallade interna bortfall, det vill säga bortfall på enstaka frågor.

DIAGRAM 24 – TOTALT: "Frågade läkaren eller någon annan ur personalen dig om andra läkemedel som du använder?"
Värde för patientupplevd kvalitet (PUK) i primärvården, 2011.



Källa: Nationell Patientenkät, Sveriges Kommuner och Landsting.

Studier från andra medborgarundersökningar visar att det finns socioekonomiska skillnader i benägenheten att svara på frågeformulär. Svarsfrekvensen är också ofta högre bland svenskfödda medborgare än utlandsfödda. Erfarenheter från folkhälsoundersökningar visar att individer med sämre självskattat hälsotillstånd är mer benägna att svara än övriga, medan de riktigt svårt sjuka samt äldre har ett högre bortfall. Det är troligt att detta även gäller den nationella patientenkäten.

En slutsats av ovanstående resonemang innebär att bortfallet troligen består av många individer som är svårt sjuka och har sämre socioekonomiska förutsättningar än de som svarat. Detta innebär att det kan föreligga ett patientmixproblem som påverkar resultaten vid jämförelser. Verksamheter med många svårt sjuka individer samt verksamheter med upptagningsområden i socialt utsatta områden, borde ha ett större bortfall och därmed en större osäkerhet i utfallet än övriga.

BEFOLKNINGENS FÖRTROENDE OCH PATIENTERFARENHETER

Befolkningens uppfattning om och förtroende för hälso- och sjukvården ger en indikation på hur väl vården fungerar. Patienternas åsikter och upplevelser av hälso- och sjukvården har stor betydelse för den fortsatta utvecklingen och förbättringsarbeten inom vården. Därför är det viktigt att kontinuerligt följa upp såväl befolkningens uppfattning som patienternas upplevelser av hälso- och sjukvården. Nedan presenteras ett urval av resultaten från den årliga undersökningen Vårdbarometern som redovisar befolkningens uppfattning om bland annat tillgång till vård och förtroende för vården. Från Nationell Patientenkät presenteras patienters erfarenheter från besök vid

akutmottagning. Mer omfattande redovisning finns på www.skl.se/vardbarometern samt www.skl.se/nationellpatientenkät.

25 TILLGÅNG TILL SJUKVÅRD

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

Vårdbarometern är ett instrument som syftar till att mäta den vuxna befolkningens attityder till, kunskaper om och förväntningar på svensk hälso- och sjukvård. Undersökningen genomförs årligen i alla

DIAGRAM 25 – TOTALT: Andel i befolkningen som helt eller delvis instämmer i att de har tillgång till den sjukvård de behöver, 2012.



Källa: Vårdbarometern, Sveriges Kommuner och Landsting.

landsting och regioner. Uppgifterna som redovisas i denna rapport avser 2012 och datainsamlingen omfattar telefonintervjuer med drygt 41 000 slumpvis utvalda individer. Vårdbarometern har varit en rullande årlig mätning sedan år 2001. Från och med hösten 2010 har Vårdbarometerns innehåll förändrats så att den blivit en mer renodlad befolkningsundersökning. Förändringen av Vårdbarometern beror till stor del på att patienterfarenheter nu fångas i den nationella patientenkäten.

Indikatorn visar andelen som helt eller delvis instämmer i påståendet "Jag har tillgång till den sjukvård jag behöver" av totalt antal svarande (vet ej/ ej svar exkluderat).

Andelen som helt eller delvis instämmer i påståendet "Jag har tillgång till den sjukvård jag behöver" är för riket 80 procent, vilket inte är någon förändring mot 2011. Landstingens resultat varierar från 76 till 85 procent. I riket anser sju procent att de inte har tillgång till den vård de behöver. Den andelen varierar från 5 till 11 procent.

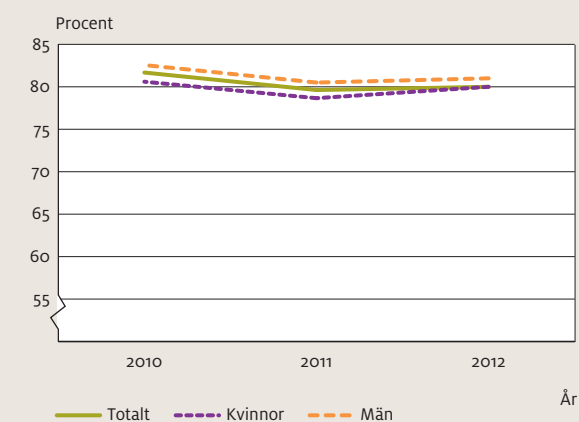
Det är marginell skillnad mellan kvinnor och män vad gäller upplevd tillgång till sjukvård. Däremot ser vi större skillnader mellan åldersgrupper. Personer i yrkesverksam ålder uppger i lägre grad än andra åldersgrupper att de har tillgång till den sjukvård de behöver och gruppen 70 år och äldre gör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

Hur man upplever sitt allmänna hälsotillstånd har betydelse för hur man uppfattar tillgången på sjukvård. Bland de som uppger att de har ganska dåligt eller mycket dåligt allmänt hälsotillstånd är det 66 procent som instämmer helt eller delvis i påståendet att de har tillgång till den sjukvård de behöver, att jämföras med 83 procent bland de som anser sig ha bra eller mycket bra hälsotillstånd.

Födda utanför Norden anser i lägre utsträckning att de har tillgång till den sjukvård de behöver än personer födda i Sverige och övriga Norden.

Av dem som inte instämmer helt i påståendet, att de har tillgång till den sjukvård de behöver, uppger

DIAGRAM 25 – RIKET: Andel i befolkningen som helt eller delvis instämmer i att de har tillgång till den sjukvård de behöver.



Källa: Vårdbarometern, Sveriges Kommuner och Landsting.

de flesta att kortare väntetider skulle göra att de fick bättre tillgång.

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

Tidigare refererade uppgifter från Vårdbarometern tyder på att personer med sämre hälsa tenderar att ha lägre förtroende för sjukvården och i högre grad inte menar sig ha tillgång till den vård man behöver.

Andelen äldre är överrepresenterade i Vårdbarometern. Eftersom äldre tenderar att vara mer nöjda med vården än yngre kan det ge en något skev bild av resultaten och ge en mer positiv bild än vad som kan anses representativt för riket generellt. Andelen över 60 år har dessutom ökat kontinuerligt sedan 2001.

26 FÖRTROENDE FÖR VÅRDCENTRALER

Här presenteras befolkningens förtroende för vårdcentraler eller motsvarande, oavsett om man under de senaste 6 månaderna haft kontakt med en vårdcentral eller inte.

Indikatorn visar andelen som uppgett sig ha mycket stort eller ganska stort förtroende för vården på vårdcentral av totalt antal som svarat. De som svarat vet ej eller inte svarat är exkluderade.

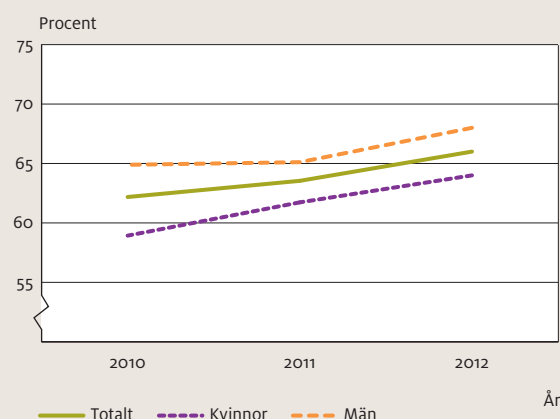
I riket som helhet har 66 procent mycket eller ganska stort förtroende, med en variation mellan landstingen från 62 till 74 procent. Motsvarande siffra i 2011 års mätning var för riket 64 procent.

Andelen som har litet eller mycket litet förtroende var i riket 11 procent. Det är personer med dåligt eller mycket dåligt hälsotillstånd som har lägst förtroende för vårdcentraler eller motsvarande. 20 procent inom denna grupp uppger att de har litet eller mycket litet förtroende, således en nästan dubbelt så stor andel som i befolkningen som helhet.

Skillnader noteras även mellan olika åldersgrupper. De som är 70 år och äldre har störst förtroende för sitt landstings vårdcentraler eller motsvarande.

De med ganska litet eller mycket litet förtroende för vårdcentraler (4 826 personer) fick frågan varför deras

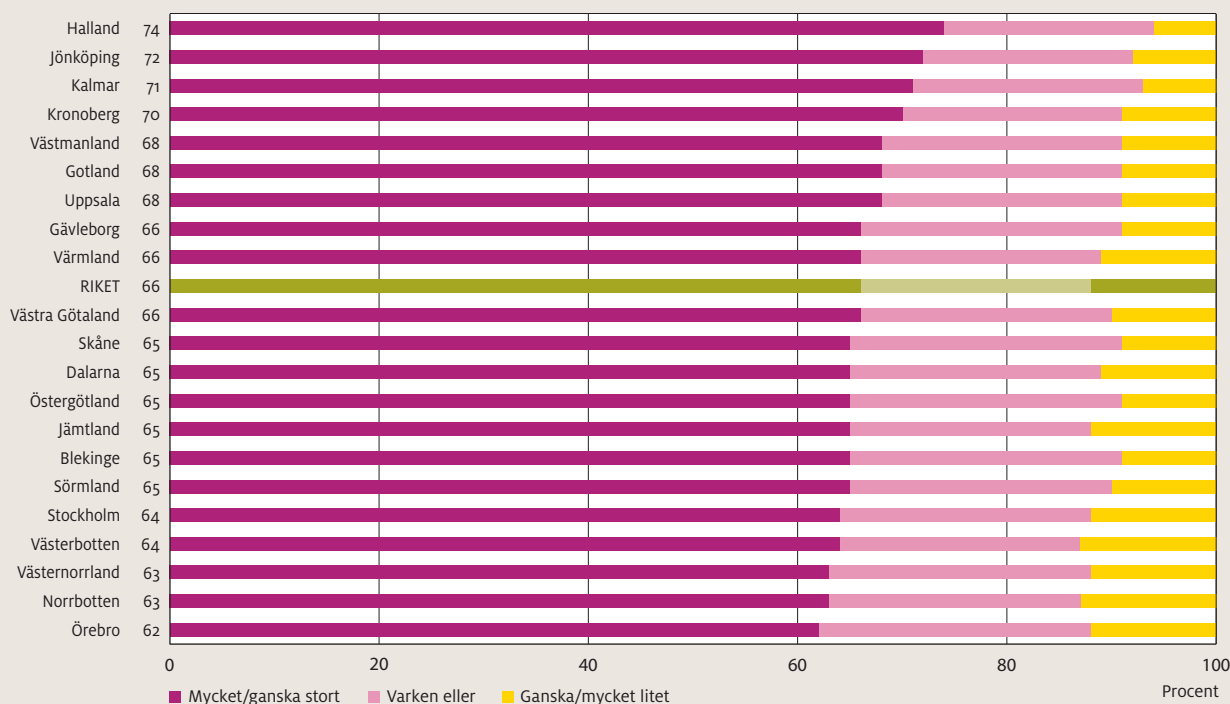
DIAGRAM 26 – RIKET: Andel i befolkningen som har stort eller mycket stort förtroende för vårdcentraler/motsvarande.



Källa: Vårdbarometern, Sveriges Kommuner och Landsting.

förtroende brister. De tre främsta anledningarna som uppgavs var: "Dålig kompetens hos läkare", "Man får inte den hjälp man behöver" samt "Olika läkare/personal från gång till gång".

DIAGRAM 26 – TOTALT: Andel i befolkningen som har stort eller mycket stort förtroende för vårdcentraler/motsvarande, 2012.



Källa: Vårdbarometern, Sveriges Kommuner och Landsting.

27 FÖRTROENDE FÖR SJUKHUS

Här redovisas befolkningens förtroende för vården på sjukhus, oavsett om man under de senaste 6 månaderna haft kontakt med ett sjukhus eller inte.

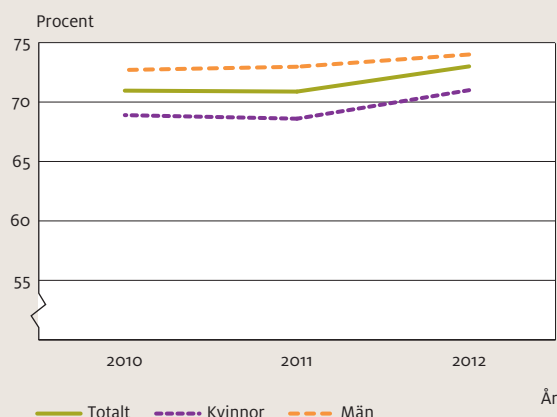
Indikatorn visar andelen som uppgett sig ha mycket stort eller ganska stort förtroende för vården på sjukhus av totalt antal som svarat. De som svarar "vet ej" eller inte svarat på frågan är exkluderade.

Resultatet är mer positivt än för primärvården. I riket är det 73 procent som har stort eller mycket stort förtroende för sjukhusen, vilket inte är någon förändring jämfört med 2011. I riket har 7 procent litet förtroende för sjukhus.

Skillnaderna mellan landstingen är stora, från 64 till 81 procent. Mellan män och kvinnor är skillnaden 3 procentenheter sett till andelen med stort förtroende, som hos männen är 74 procent jämfört med 71 procent bland kvinnorna. Förtroendet är något högre bland personer med hemmavarande barn jämfört med de som inte har hemmavarande barn.

De som svarade att de har ganska litet eller mycket litet förtroende för sjukhus fick följdfrågan varför deras förtroende brister. De främsta anledningarna som

DIAGRAM 27 – RIKET: Andel i befolkningen som har stort eller mycket stort förtroende för sjukhus.



Källa: Vårdbarometern, Sveriges Kommuner och Landsting.

uppgavs var: "För långa väntetider" (21 procent) "Man får inte den hjälp man behöver" (14 procent) samt "Dålig kompetens hos läkare" (13 procent).

DIAGRAM 27 – TOTALT: Andel i befolkningen som har stort eller mycket stort förtroende för sjukhus, 2012.



Källa: Vårdbarometern, Sveriges Kommuner och Landsting.

28 BEMÖTANDE VID BESÖK PÅ AKUTMOTTAGNING

Nationell Patientenkät genomfördes första gången inom primärvården 2009 och inom den specialiserade vården våren 2010. I oktober 2012 genomfördes den andra undersökningen på landets akutmottagningar. Den första genomfördes 2010. Närmare 54 000 enkäter skickades ut till slumpvis utvalda patienter som gjort ett besök på en akutmottagning under oktober månaden 2012. Enkäten besvarades av 24 000 personer vilket ger en svarsfrekvens på 46 procent. Här redovisas hur patienter uppfattar personalens bemötande vid besök på akutmottagningen.

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

Bortfall av svar kan påverka resultatet, framförallt vid jämförelser på lägre nivå, mellan vårdcentraler och mellan sjukhuskliniker. Svarsfrekvensen som

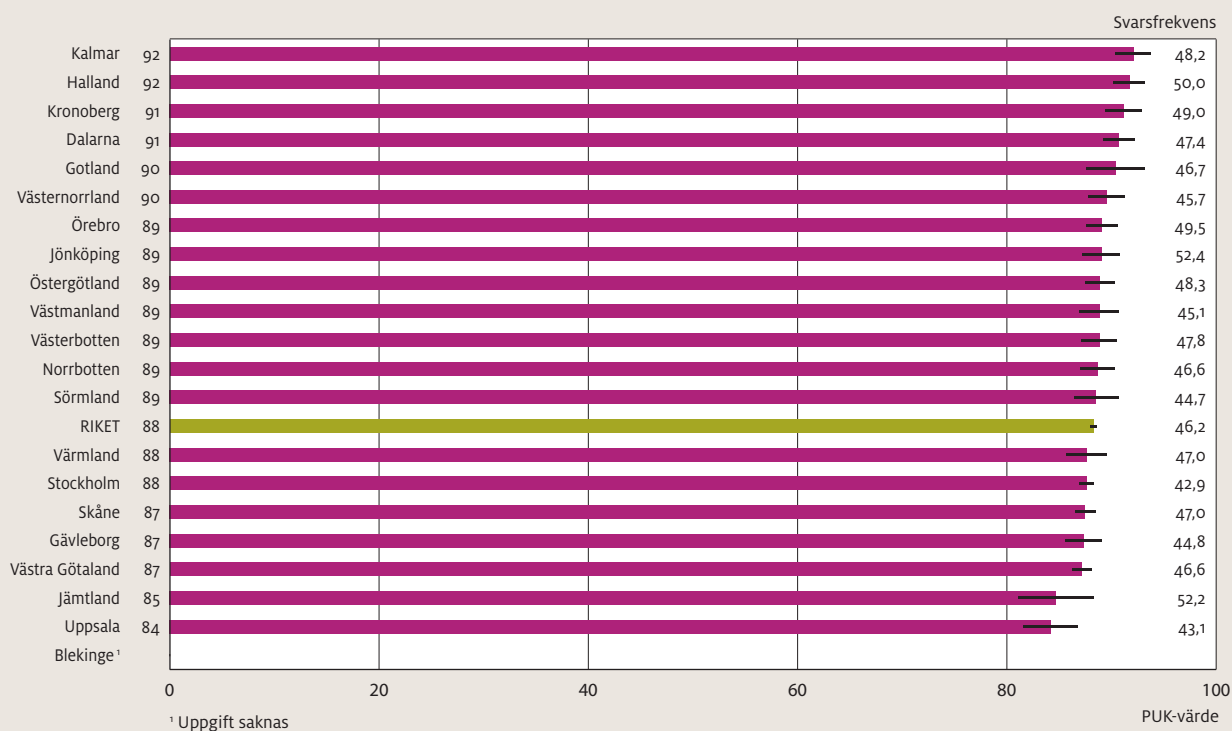
här redovisas i diagrammen gäller totalt för hela undersökningen. Till detta kommer så kallade interna bortfall, det vill säga bortfall på enskilda frågor.

I diagram 28 redovisas resultatet för patienternas upplevelse av bemötandet vid besök på akutmottagning i respektive landsting. PUK-värdet var 88. Resultaten varierar från 84 till 92. Män anser i något högre grad än kvinnor att de blivit bemötta med hänsyn och respekt. Svarsfrekvensen är generellt låg och resultaten bör därför tolkas med viss försiktighet.

Studier från andra medborgarundersökningar visar att det finns socioekonomiska skillnader i benägenheten att svara på frågeformulär. Svarsfrekvensen är också ofta högre bland svenskfödda medborgare än utlandsfödda. Erfarenheter från folkhälsoundersökningar visar att individer med sämre självskattat hälsotillstånd är mer benägna att svara än övriga, medan de riktigt svårt sjuka samt äldre har ett högre bortfall. Det är troligt att detta även gäller den nationella patientenkäten.

En slutsats av ovanstående resonemang innebär att bortfallet troligen består av många individer som är svårt sjuka och har sämre socioekonomiska förutsättningar än de som svarat. Detta innebär att det

DIAGRAM 28 – TOTALT: "Kände du att du blev bemött med respekt och på ett hänsynsfullt sätt?"
Värde för patientupplevd kvalitet (PUK) vid besök på akutmottagning, 2012.



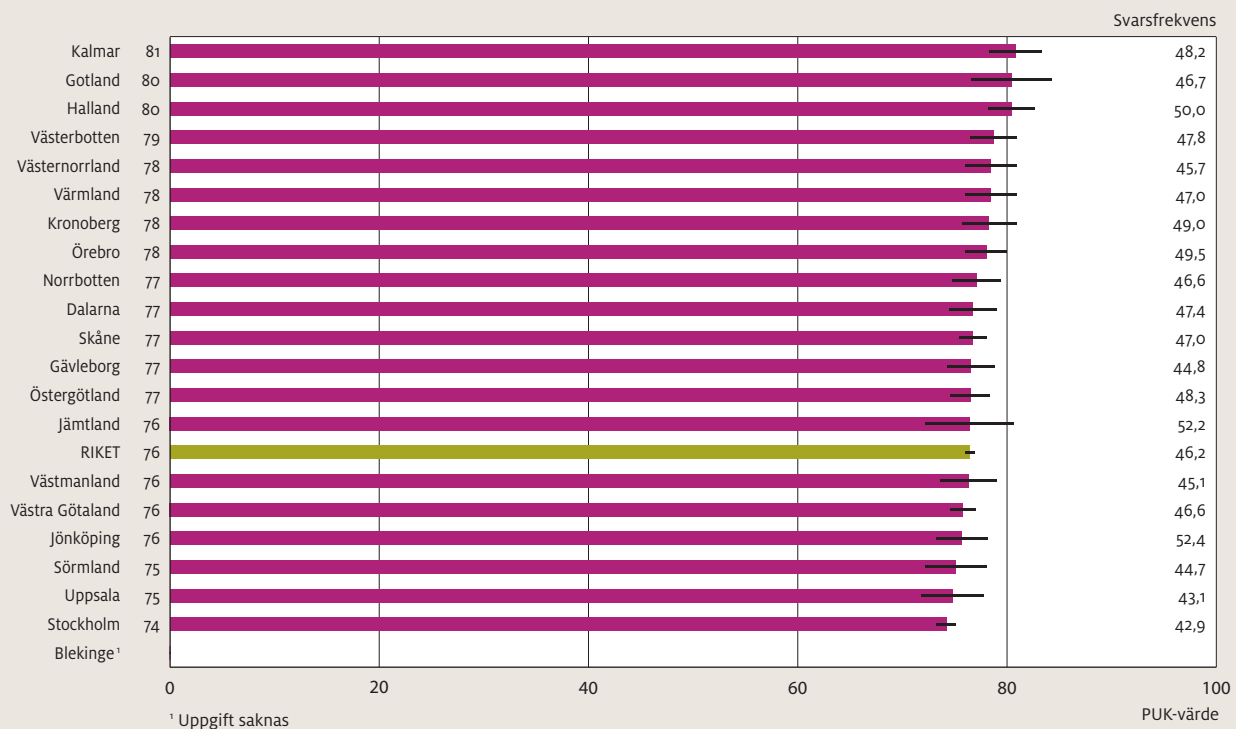
Källa: Nationell Patientenkät, Sveriges Kommuner och Landsting.

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

29 INFORMATION VID BESÖK PÅ AKUTMOTTAGNING

Här redovisas från Nationell patientenkät om patienterna upplevde att de fick tillräckligt med information om sitt tillstånd vid besöket på akutmottagningen. PUK-värdet i riket var 76. Även här har männen en något mer positiv inställning och ett högre PUK-värde än kvinnorna. Det är små skillnader mellan landstingen. Svarsfrekvensen är generellt låg och resultaten bör därför tolkas med viss försiktighet. Om Nationell Patientenkät, svarsfrekvenser, felkällor med mera – se indikator 28.

DIAGRAM 29 – TOTALT: "Fick du tillräcklig information om ditt tillstånd?"
Värde för patientupplevd kvalitet (PUK) vid besök på akutmottagning, 2012.



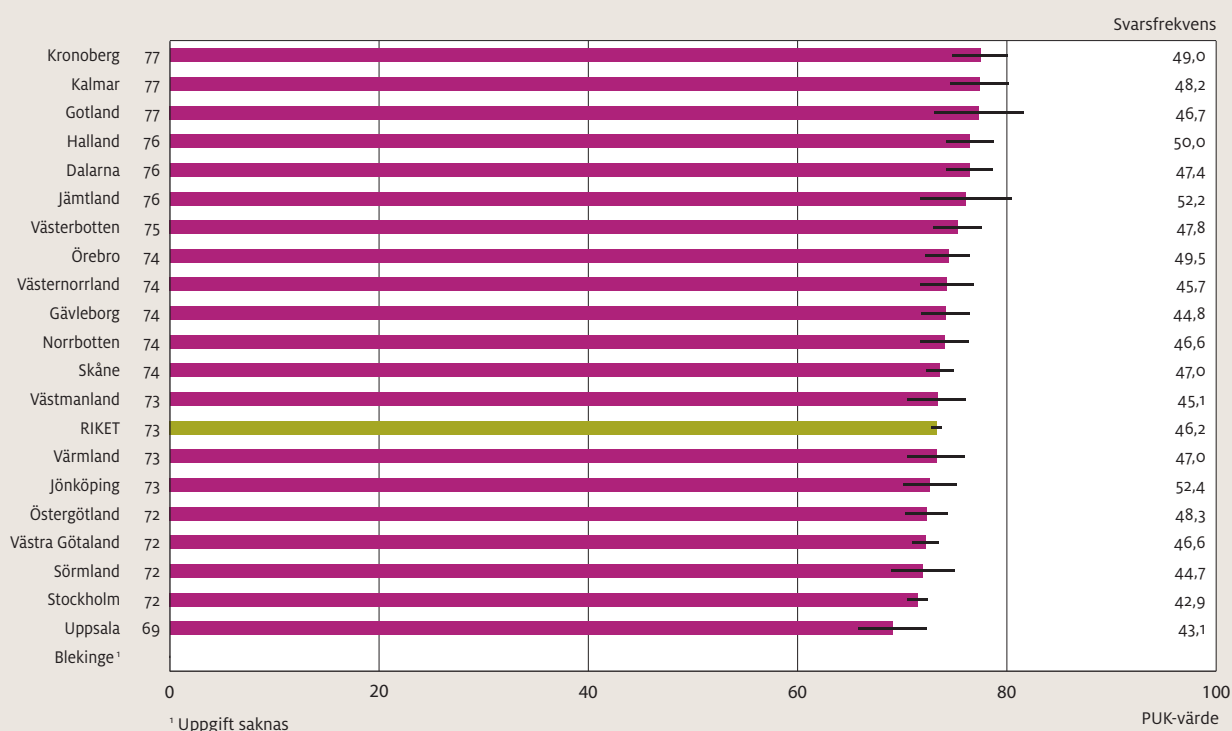
Källa: Nationell Patientenkät, Sveriges Kommuner och Landsting.

30 DELAKTIGHET VID BESÖK PÅ AKUT-MOTTAGNING

Från nationella patientenkäten redovisas i diagram 30 om patienterna kände sig delaktiga i beslut om den egna behandlingen vid besöket på akutmottagningen.

Patienters upplevelse av delaktighet vid besök på akutmottagning redovisas i diagram 30. I riket var PUK-värdet 73. Landstingens resultat varierade mellan 69 och 77. Männen har något högre PUK-värden än kvinnor. Svarsfrekvensen är generellt låg och resultaten bör därför tolkas med viss försiktighet. Om Nationell Patientenkät, svarsfrekvenser, felkällor med mera – se indikator 28.

DIAGRAM 30 – TOTALT: "Kände du dig delaktig i beslut om din vård och behandling, så mycket du önskade?"
Värde för patientupplevd kvalitet (PUK) vid besök på akutmottagning, 2012.



Källa: Nationell Patientenkät, Sveriges Kommuner och Landsting.

TILLGÄNGLIGHET

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

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

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

Utvecklingen av tillgängligheten inom såväl primärvård som specialiserad vård enligt vårdgarantins tidsgränser följs upp med regelbundna publiceringar på webbplatsen www.vantetider.se. 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.

31 LÄKARBESÖK INOM SJU DAGAR I PRIMÄRVÅRD

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

Redovisningen här bygger på uppgifter från den senaste mätningen, som genomfördes den 11–22

mars 2013. Alla vårdcentraler eller motsvarande förväntas rapportera uppgifter. Totalt deltog 1 109 vårdcentraler och privata allmänläkare med vårdavtal i mätningen. 57 vårdcentraler deltog inte. Detta gav en svarsfrekvens på 95 procent.

Sammanlagt rapporterades över 283 000 besök som omfattas av vårdgarantin. Läkarbesök för hälsointyg, vaccination eller 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 patienten initialt erbjudits detta. Denna väntetid kallas "patientvald väntetid" och är exkluderad i redovisningen.

Indikatorn visar andelen patienter som under mätperioden fick besök hos allmänläkare inom sju dagar, enligt vårdgarantins intention.

Diagram 31 visar att i riket var andelen 93 procent vid mättillfället. Andelen patienter som fick träffa en läkare inom föreskriven tid enligt vårdgarantin minskade från 93 procent mellan mätningen i oktober 2012 och den i mars 2013. För landstingen varierar andelen mellan 85 och 98 procent. I samtliga landsting får mer än hälften av patienterna träffa en läkare samma dag, cirka 14 procent får vänta 1–3 dagar och knappt 9 procent 4–7 dagar.

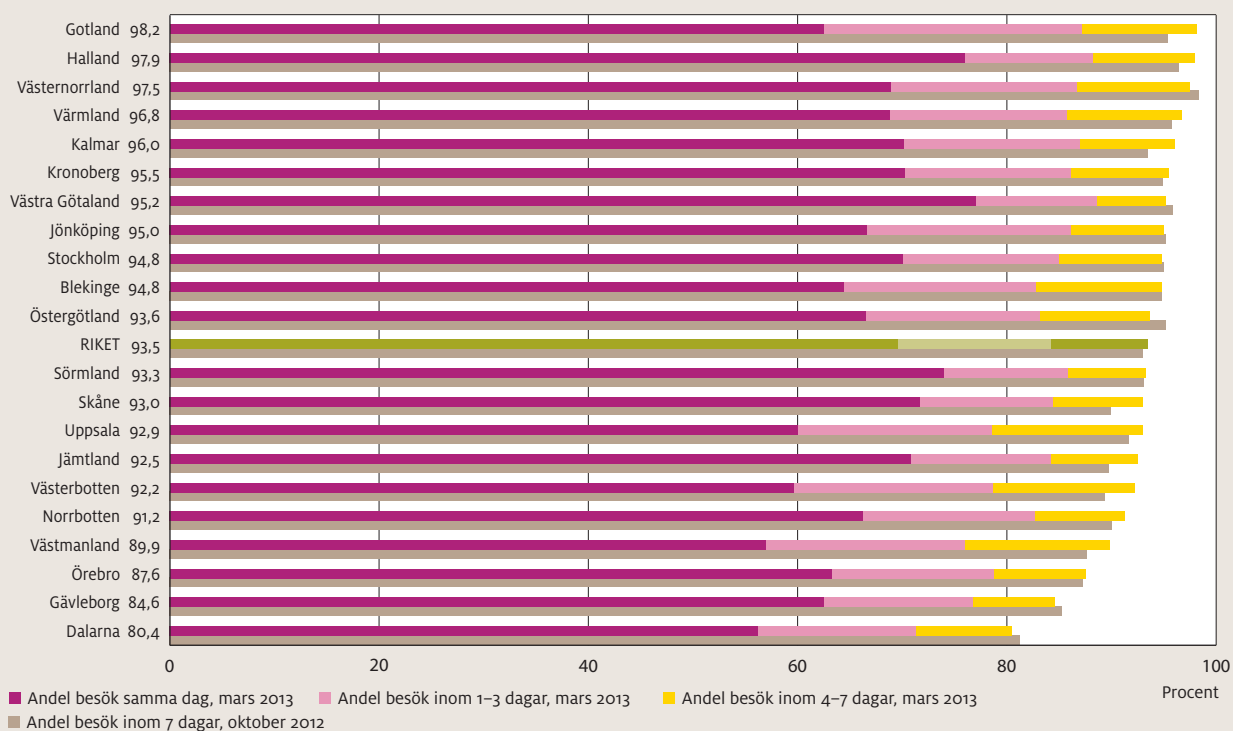
Det finns metodproblem att beakta i all uppföljning av väntetider. Mycket tyder på att de medicinska indikationerna, kriterierna för när en patient ska ges en viss behandling, varierar avsevärt inom landet. Detta medför att en del patienter uppsatta på väntelista kanske inte alltid skulle vara aktuella för denna åtgärd.

32 PRIMÄRVÅRDENS TILLGÄNGLIGHET PER TELEFON

Telefontillgängligheten 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 1–31 mars 2013, en hel kalendermånad.

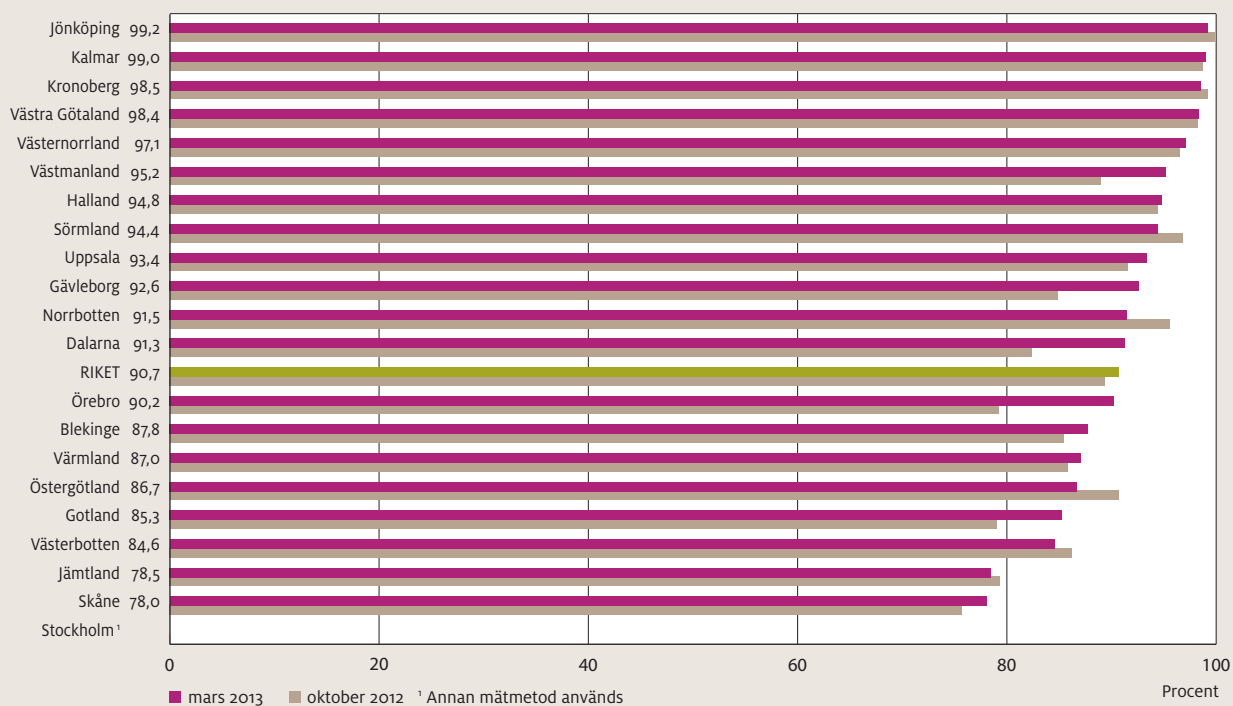
Alla vårdcentraler eller motsvarande som har datoriserade telefonsystem förväntas rapportera uppgifter. Totalt deltog 874 vårdcentraler och privata

DIAGRAM 31 – TOTALT: Andel patienter som får läkarbesök inom 7 dagar i primärvård, mars 2013.



Källa: Väntetider i Vården, Sveriges Kommuner och Landsting.

DIAGRAM 32 – TOTALT: Andel besvarade telefonsamtal i primärvården, mars 2013. Enbart vårdcentraler med datoriserade telefonsystem.



Källa: Väntetider i Vården, Sveriges Kommuner och Landsting.

allmänläkare med vårdavtal i mätningen. 41 vårdcentraler deltog inte då de saknar datoriserat system och 249 vårdcentraler rapporterade inga uppgifter alls. Detta ger en svarsfrekvens på cirka 79 procent (exklusive vårdcentraler som saknar datoriserade system).

Indikatorn visar andelen besvarade samtal, under mätperioden, enligt vårdgarantins intention. Sammanlagt rapporterades över 1 700 000 samtal varav över 1 500 000 bevarades, vilket ger en teleföretillgänglighet på 91 procent. Stockholm ingår inte i mätningen på grund av att de har en annan mätmetod.

Mätningen visar en variation mellan landstingen från 78 till 99 procent besvarade samtal, vilket är ungefär samma nivå som oktober 2012. En jämförelse med 2012 års öppna jämförelser visar att variationen mellan landstingen minskar.

Begränsade öppettider ger lägre andel besvarade samtal. Det är svårt att särskilja olika typer av samtal till datoriserade växlar. Det kan också finnas en del oidentifierade bortfall i form av individer som lägger på luren innan de fått svar.

33 BESÖK INOM 90 DAGAR I SPECIALISERAD VÅRD

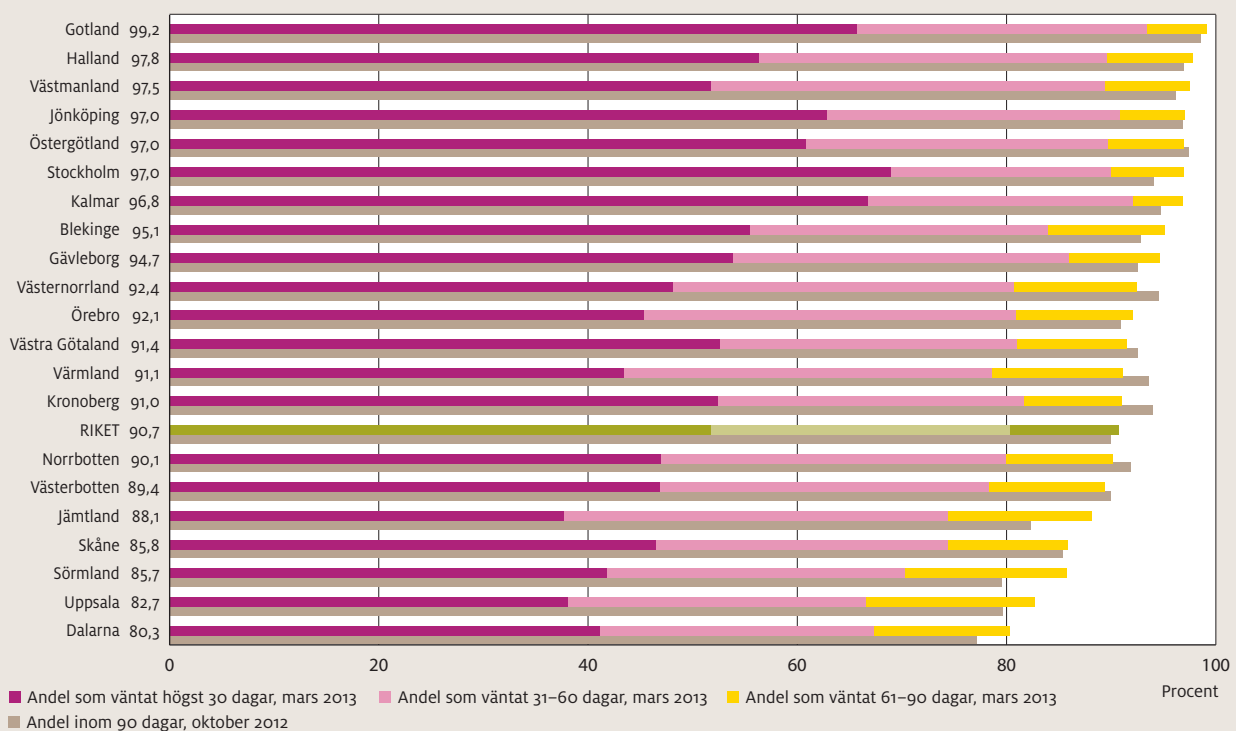
Denna indikator baseras på uppgifter som varje månad rapporteras till den nationella väntetidsdatabasen. Uppgifterna omfattar antal väntande för planerat besök till specialiserad vård inom 25 specialist- och åtgärdsområden.

Indikatorn visar andelen patienter som väntat högst 90 dagar på besök till specialistvård, av totalt antal väntande patienter. Patientvald väntetid är exkluderad. Väntande patienter definieras som såväl bokade som obokade patienter, för vilka ett beslut om vård har fattats.

Det sammanlagda antalet patienter som är uppsatta på vänte- eller planeringslistor till specialistbesök har ökat från 207 000 till 215 000 patienter mellan mars 2012 och mars 2013.

Diagram 33 visar att av alla patienter som väntar på ett planerat besök, har 91 procent väntat högst 90 dagar vid mätningen i mars 2013. Detta är ungefär samma andel som i oktober 2012. Av de som väntat i högst 90 dagar har cirka hälften väntat i högst 30 dagar och cirka 80 procent i högst 60 dagar. Antal patienter som väntat längre än 90 dagar på ett specia-

DIAGRAM 33 – TOTALT: Andel patienter som väntat högst 90 dagar på besök i specialiserad vård, mars 2013.



Källa: Väntetider i Vården, Sveriges Kommuner och Landsting.

listbesök har minskat från cirka 23 000 personer till 14 800 personer vid mätningen i mars 2013.

I femton landsting har minst 90 procent av patienterna väntat i högst 90 dagar. Övriga sex landsting har en variation på 80 till 89 procent för andelen som väntat högst 90 dagar.

Det finns metodproblem att beakta i all uppföljning av väntetider. Mycket tyder på att de medicinska indikationerna, kriterierna för när en patient ska ges en viss behandling, varierar avsevärt inom landet. Detta medför att en del patienter uppsatta på väntelista kanske inte alltid skulle vara aktuella för denna åtgärd.

34 OPERATION INOM 90 DAGAR I SPECIALISERAD VÅRD

Denna indikator baseras på uppgifter som varje månad rapporteras till den nationella väntetidsdatabasen. Uppgifterna omfattar antal väntande för planerad operation/behandling inom specialiserad vård inom 54 specialist- och åtgärdsområden.

Indikatorn visar andelen patienter som väntat högst 90 dagar på operation/ behandling inom specialiserad vård, av totalt antal väntande patienter. Patientvald väntetid är exkluderad. Väntande patienter

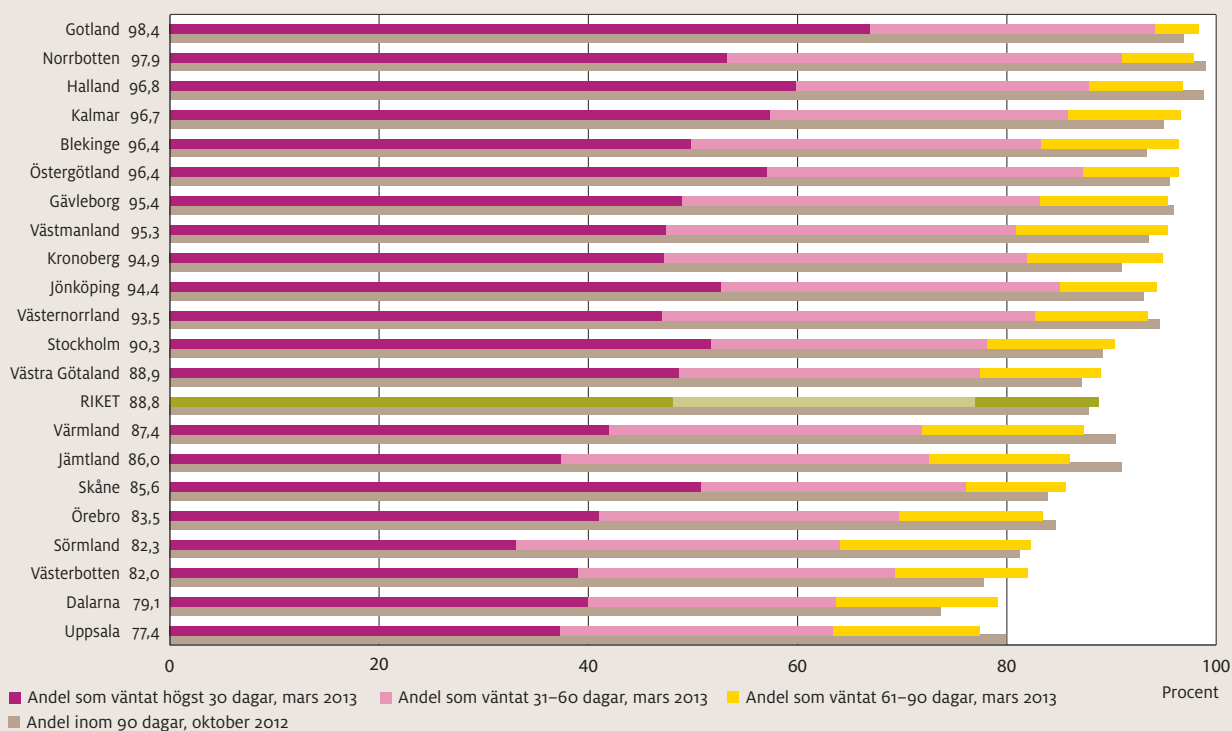
definieras som såväl bokade som obokade patienter, för vilka ett beslut om vård har fattats.

I diagram 34 kan ses att andelen som väntat högst 90 dagar till operation eller behandling var 89 procent i riket, vilket är ungefär samma nivå som i oktober 2012. I riket som helhet är antalet som väntat längre än 90 dagar på en operation knappt 10 000 personer.

Av de som väntat högst 90 dagar har knappt hälften väntat i högst 30 dagar och ungefär tre fjärdelar väntat högst 60 dagar. Variationen mellan landstingen har minskat något: Mellan 77 och 98 procent av patienterna har väntat högst 90 dagar. I 12 landsting har minst 90 procent av patienterna väntat i högst 90 dagar. I övriga 9 landsting varierar andelen mellan 77 och 89 procent. Det totala antalet patienter med ett beslut om behandling/operation har minskat något, från 91 700 patienter mars 2012 till 88 600 mars 2013.

Det finns metodproblem att beakta i all uppföljning av väntetider. Mycket tyder på att de medicinska indikationerna, kriterierna för när en patient ska ges en viss behandling, varierar avsevärt inom landet. Detta medför att en del patienter uppsatta på väntelista kanske inte alltid skulle vara aktuella för denna åtgärd.

DIAGRAM 34 – TOTALT: Andel patienter som väntat högst 90 dagar på operation i specialiserad vård, mars 2013.



Källa: Väntetider i Vården, Sveriges Kommuner och Landsting.

KOSTNADER

Ett övergripande mål för hälso- och sjukvården är att den ska vara effektiv. Det innebär att resurserna i form av personalens kompetens, medicinsk utrustning, läkemedel med mera ska 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 medicinska resultat till vårdens kostnader får vi ett mått på effektivitet. Normalt är emellertid kostnadsdata tillgängliga på en mer aggregerad nivå än resultatindikatorerna. Dessutom behöver då olika resultatmått vägas samman till ett mått, som kan relateras till kostnaderna. I denna rapport görs ingen sådan sammanvägning, utan här redovisas istället några

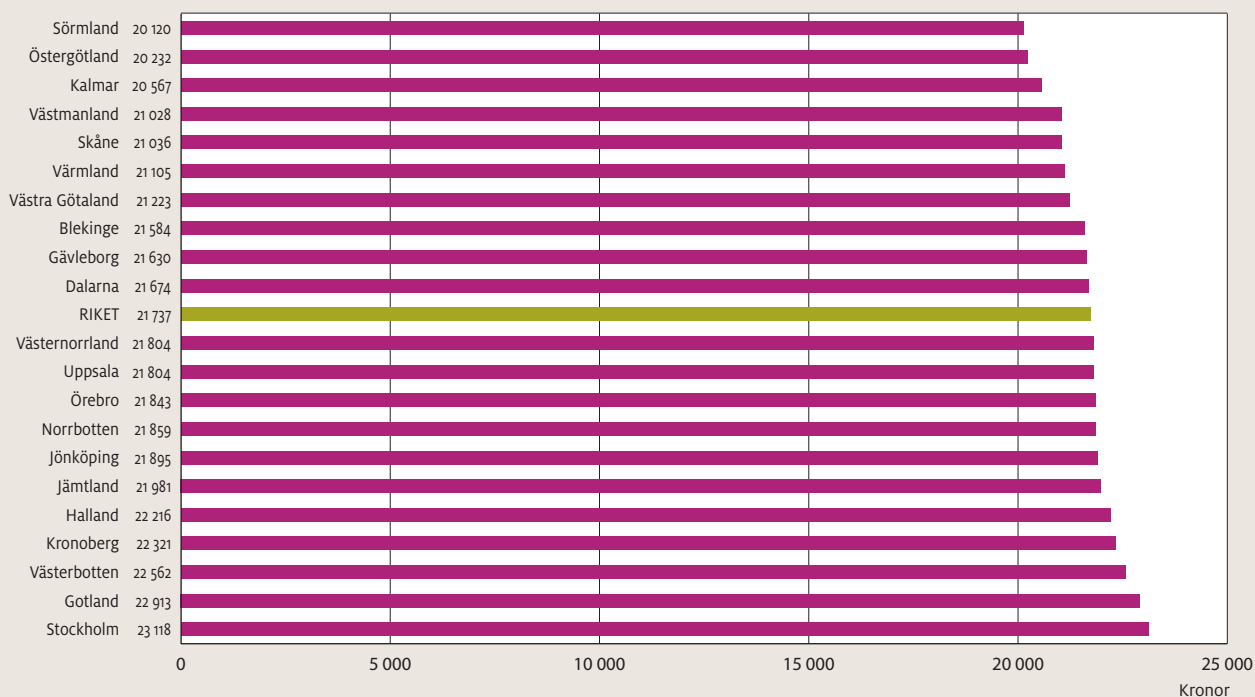
övergripande jämförelser av kostnader per invånare och kostnad per prestation.

35 STRUKTURJUSTERAD HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSKOSTNAD

För att kunna göra rättvisande jämförelser av kostnadsskillnader måste hänsyn tas till landstingens olika förutsättningar att bedriva sjukvård. Kostnadsnivån kan inte förväntas vara densamma i alla landsting. Det finns strukturella faktorer som landstingen inte har möjlighet att påverka som befolkningens ålderssammansättning, den socioekonomiska strukturen och sjukdomspanorama.

Källan till kostnadsuppgifterna för denna indikator är SCB:s ekonomistatistik. Årligen beräknas för respektive landsting en standardkostnad för

DIAGRAM 35 – TOTALT: Strukturjusterade hälso- och sjukvårdskostnader per invånare, 2012. Primärvårdsansluten hemsjukvård, tandvård och omstruktureringskostnader är exkluderade.



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting samt Statistiska centralbyrån.

DIAGRAM 35 – RIKET: Hälso- och sjukvårdskostnader per invånare. Primärvårdsansluten hemsjukvård, tandvård och omstruktureringskostnader är exkluderade. 2012 års priser.



Källa: Statistiska centralbyrån.

hälso- och sjukvården. Denna beräknas utifrån uppskattade genomsnittliga vårdkostnader för befolkningen indelad efter kön, ålder och socioekonomisk tillhörighet. Skillnader i standardkostnad mellan landstingen ska spegla den kostnadsskillnad som kan förklaras av olika befolkningsstruktur med mera. Denna standardkostnad ligger till grund för landstingens kostnadsutjämning i det kommunala utjämningsystemet. En motsvarande modell ligger till grund för fördelningen mellan landstingen av statsbidraget för läkemedel, som ska 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 35.

Den strukturjusterade kostnaden ger en mer rättvisande bild vid jämförelser mellan landstingen. De olika delar i systemet för kostnadsutjämning som ligger till grund för justeringen kan förändras från år till år, vilket påverkar resultatet.

2014 görs större förändringar i modellen för beräkningar av standardkostnader, vilket påverkar beräkningarna av strukturjusterade kostnader 2012. Jämförelser med tidigare år är därför inte möjliga.

Att den strukturjusterade kostnaden per invånare skiljer sig mellan landstingen kan avspegla olika ambitionsnivåer eller varierande effektivitet i hälso- och

sjukvården. Men det kan även förklaras av faktorer som påverkar kostnadsläget och som landstingen har svårt att styra över, men som ändå inte beaktas i utjämningsystemet.

Mellan 2011 och 2012 har rikets kostnader inte förändrats nämnvärt. Kostnadsökningarna i svensk hälso- och sjukvård har generellt sett varit mycket måttlig den senaste tioårsperioden, mätt som kostnader per invånare i fasta priser.

2014 förändras kostnadsutjämningen, vilket innebär påtagliga konsekvenser för landstingen. Tidigare fanns en post i kostnadsutjämningen, vårdtunga grupper, som skulle spegla hög sjuklighet i befolkningen. Denna post baserades på uppgifter från Socialstyrelsens patientregister. En utredning visade att registreringsfrekvensen av bidiagnoser hade stor effekt på vårdtunga grupper och påverkade i slutänden utjämningen mellan landsting. Eftersom utjämningsystemets syfte är att utjämna för strukturella skillnader, inte organisatoriska, togs vårdgunga grupper bort. Det gör att en del landsting som tidigare var bidragstagare kommer att få betala en utjämningsavgift och tvärtom.

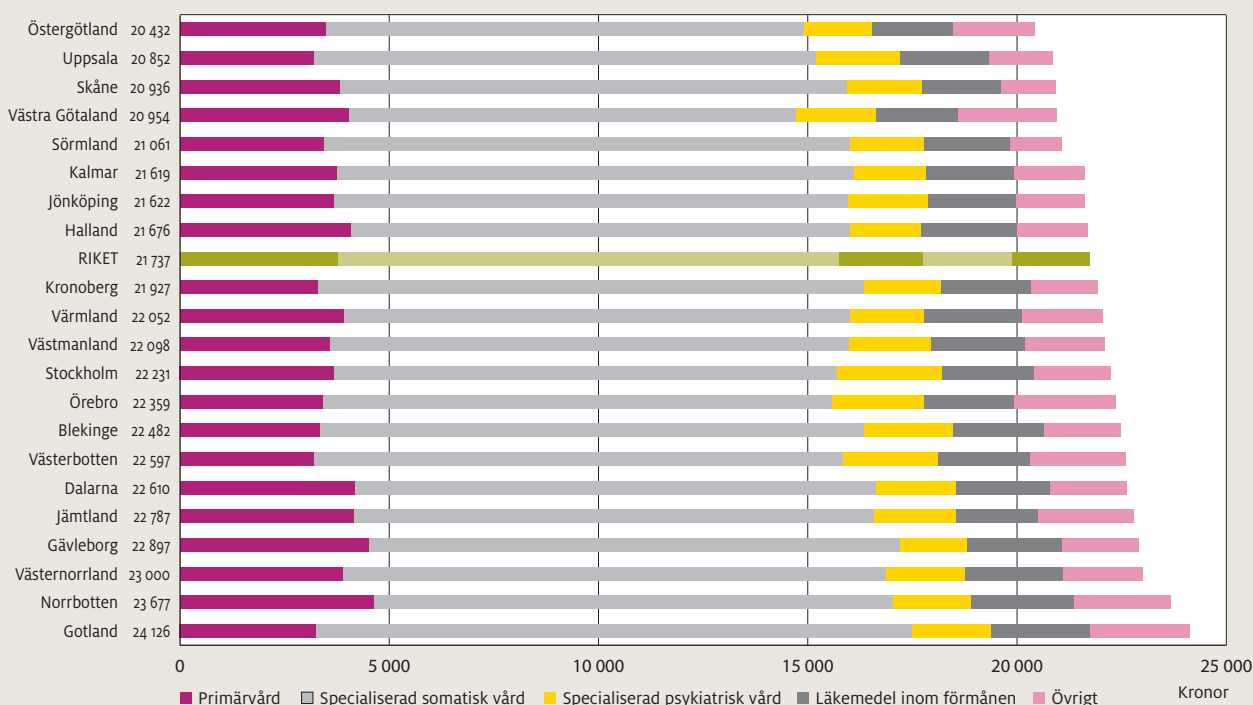
35A SJUKVÅRDSKOSTNAD PER INVÅNARE OCH VERKSAMHETSGREN

Källan till uppgifterna för denna indikator är SCB:s ekonomistatistik. Den faktiska nettokostnaden per invånare kan fördelas på olika verksamhetsgrenar. Då finns dock ingen möjlighet att justera för strukturella skillnader. Däremot kan jämförelser ge en ungefärlig uppfattning om hur respektive landsting valt att fördela resurserna. Med nettokostnader avses de kostnader som finansieras med landstingsskatt, generella statsbidrag och finansnetto. Patientavgifter och specialdestinerade statsbidrag är frändragna.

Landstingens geografiska förhållanden påverkar kostnadsnivåerna inom primärvården. I några landsting med stora avstånd finns slutenvårdsplatser i anslutning till primärvården, vilket drar upp primärvårdskostnaden i dessa landsting. Kostnadsjämförelsen påverkas av att verksamhetsuppdraget inom primärvård även i övrigt skiljer sig åt mellan landstingen.

Genomsnittskostnaden för landstingens hälso- och sjukvård uppgick 2012, med den angivna avgränsningen, till 21 738 kronor per invånare. Norrbotten hade en kostnad per invånare som var 9 procent över genomsnittet, medan Östergötland låg 6 procent under. En jämförelse med diagram 36 visar att Norrbottens höga kostnadsnivå till stor del kan förklaras av strukturella faktorer, eftersom den strukturjusterade kostnaden är nära rikssnittet.

DIAGRAM 35A – TOTALT: Hälso- och sjukvårdskostnad per invånare och verksamhetsgren, 2012. Primärvårdsansluten hemsjukvård, tandvård och omstruktureringskostnader är exkluderade.



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting samt Statistiska centralbyrån.

Den genomsnittliga kostnaden för primärvård uppgick 2012 till 3 774 kronor per invånare, vilket motsvarar 17 procent av de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna. Variationen mellan landstingen är relativt stor. Sedan 2011 har genomsnittlig kostnad för primärvården ökat med cirka 5 procent.

Kostnaderna för den specialiserade somatiska vården, som i genomsnitt svarar för drygt hälften av landstingens hälso- och sjukvårdskostnader, var 11 959 kronor per invånare 2012 vilket är en ökning med cirka 2 procent jämfört med 2011. Relativt sett är kostnadsskillnaderna mellan landstingen mindre för somatisk specialistsjukvård än för primärvård.

För den psykiatriska vården var genomsnittskostnaden 2 011 kronor per invånare 2012, vilket också var en ökning med 2 procent sedan 2011. Stockholm har påtagligt högre kostnader än vad övriga landsting har. En förklaring kan vara att den psykiska ohälsan är större i storstadsmiljön.

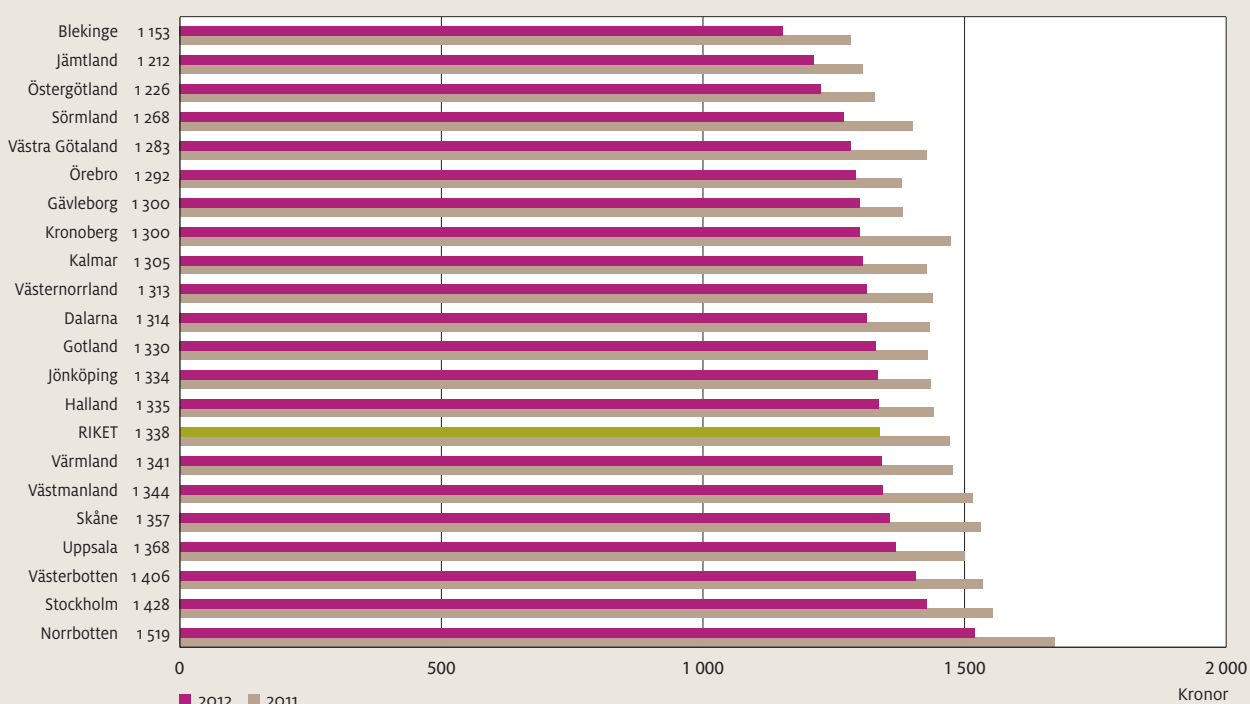
Kostnaden för läkemedel inom läkemedelsförmånen uppgick i riket till 2 115 kronor per invånare, vilket är en minskning med 6 procent jämfört med 2011. För en beskrivning av justerade läkemedelskostnader, se diagram 35B.

35B JUSTERAD LÄKEMEDELSKOSTNAD PER INVÅNARE

Diagram 35B visar landstingens kostnad för läkemedelsförmånen per invånare för receptförskrivna läkemedel. Kostnader för rekvisitionsläkemedel och handelsvaror som ingår i högkostnadsskyddet (till exempel särskild näring och stomiprodukter) ingår inte i jämförelsen. För vissa läkemedel har landstingen olika rutiner; en del förskriver läkemedlet på recept till patienten medan andra rekviderar läkemedlet till läkemedelsförråd och administrerar det till patienten därifrån. På grund av detta har vissa läkemedelsgrupper, där variationen i hur de hanteras är särskilt stor, utelämnats. Dessa redovisas i detalj i bilaga 1, Indikatorbeskrivningar.

Som framgår av diagram 60b minskade förmånskostnaderna kraftigt mellan 2011 och 2012, främst på grund av att ett flertal läkemedelspatent på tidigare kostnadsdrivande läkemedel har gått ut sedan hösten 2011. Dessa patentutgångar resulterade i en besparing på över en miljard kronor i förmånssystemet. En annan orsak till kostnadsminskningen är att nivåerna för högkostnadsskydd höjdes den 1 januari 2012, efter att ha varit oförändrade sedan i slutet av 1990-talet. Höjningen innebär bland annat att patienten får betala upp till 1 100 kronor själv innan högkostnads-

DIAGRAM 35B – TOTALT: Justerad läkemedelskostnad per invånare, 2012. Avser läkemedel inom förmånen. Köns- och åldersstandardiserade värden.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

skyddets rabatter träder in. Tidigare gick denna gräns vid 900 kronor. Ytterligare förklaringar till kostnadsminskningen är att Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets (TLV) omprövningar av läkemedel som sedan tidigare finns i förmånssystemet, liksom att landstingen successivt har blivit mer effektiva i förskrivningen av läkemedel.

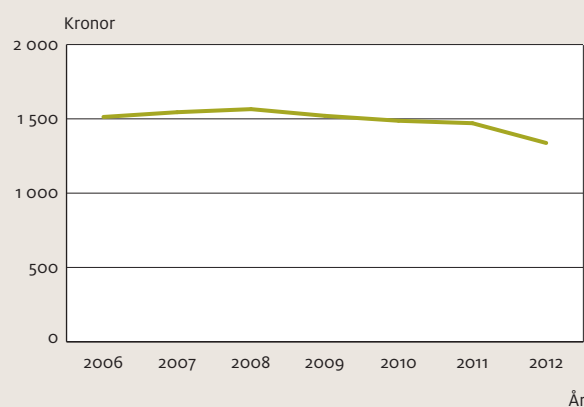
Samtidigt som effekterna av vissa kostnadsnålande faktorer är större än vanligt gäller det omvända för ett antal kostnadsdrivande faktorer. Antalet nya, innovativa läkemedel som introduceras för breda patientgrupper är precis som tidigare år lågt. Många nya och dyra läkemedel som introduceras är framtagna för små patientgrupper med komplicerade sjukdomar och används endast inom slutenvården. Kostnaderna för dessa läkemedel har dock ökat kraftigt de senaste åren, men ingår inte i indikatorn som presenteras här. Dessutom hanteras nya läkemedel som lämpar sig för receptförskrivning i högre grad än tidigare utanför förmånssystemet.

Beroende på åldersfördelning i befolkningen varierar den genomsnittliga egenavgiftsandel mellan landstingen. En åldersstandardisering kompenserar inte fullt ut för denna faktor.

Uppgifterna är standardiserade för skillnader i befolkningens ålder och kön. Däremot har inte gjorts

någon justering för att sjukdomsbilden varierar mellan landstingen, vilket kan vara en förklaring till kostnadsskillnaderna. Kostnadsjämförelser är skenbart exakta. Men de är lika komplexa och innehåller lika många felkällor som jämförelser av medicinsk kvalitet.

DIAGRAM 35B – RIKET: Justerad läkemedelskostnad per invånare. Avser läkemedel inom förmånen. Köns- och åldersstandardiserade värden.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

36 KOSTNAD PER KONSUMERAD DRG-POÄNG

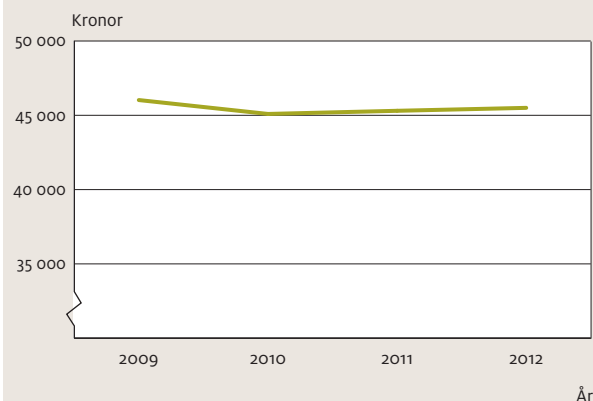
Hittills har kostnader i relation till befolkningen beskrivits, men ett mer direkt sätt att mäta kostnadsnivå är att relatera kostnaden till mängden prestationer, på så sätt uppskattas hälso- och sjukvårdens produktivitet. Produktivitet är ett snävare begrepp än effektivitet. En god produktivitet innebär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

För att få ett rättvisande mått på prestationer måste hänsyn tas till att resurskraven skiljer sig markant mellan olika sjukdomstillstånd och åtgärder. Indikatorn är en av Socialstyrelsens nationella indikatorer för uppföljning enligt God vård.

Källan till indikatorn är Patientregistret vid Socialstyrelsen. Samtliga vårdtillfällen och läkarbesök inom den specialiserade somatiska vården registreras. 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.

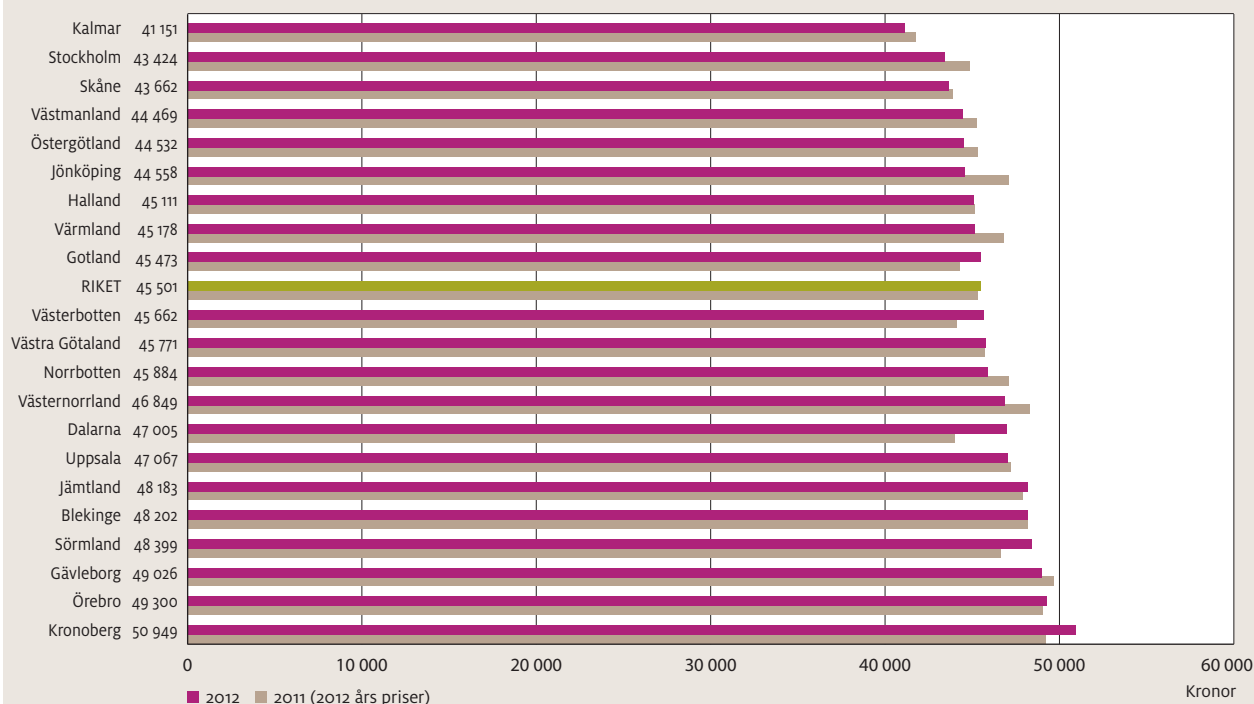
De uppmätta skillnaderna i kostnad per DRG-poäng mellan landstingen kan delvis bero på mätproblem. Kvaliteten på den primära kodningen av åtgärder och diagnoser skiljer sig fortfarande åt mellan landstingen, framförallt i den öppna vården. En ökning

DIAGRAM 36 – TOTALT: Kostnad per konsumerad DRG-poäng inom specialiserad somatisk vård, 2012. Läkemedelskostnader inom förmånen är exkluderade. 2012 års priser.



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

DIAGRAM 36 – TOTALT: Kostnad per konsumerad DRG-poäng inom specialiserad somatisk vård, 2012. Läkemedelskostnader inom förmånen är exkluderade.



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

i konsumerade DRG-poäng kan vara en följd av att sjukhusen förbättrar sin inrapportering till Patientregistret. Härigenom ökar det registrerade "värdet" av konsumtionen, utan att detta motsvaras av ökade kostnader. Det finns också en strukturell aspekt som inte beaktas. DRG tar hänsyn till skillnader i landstingens patientsammansättning, men inte till andra faktorer.

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

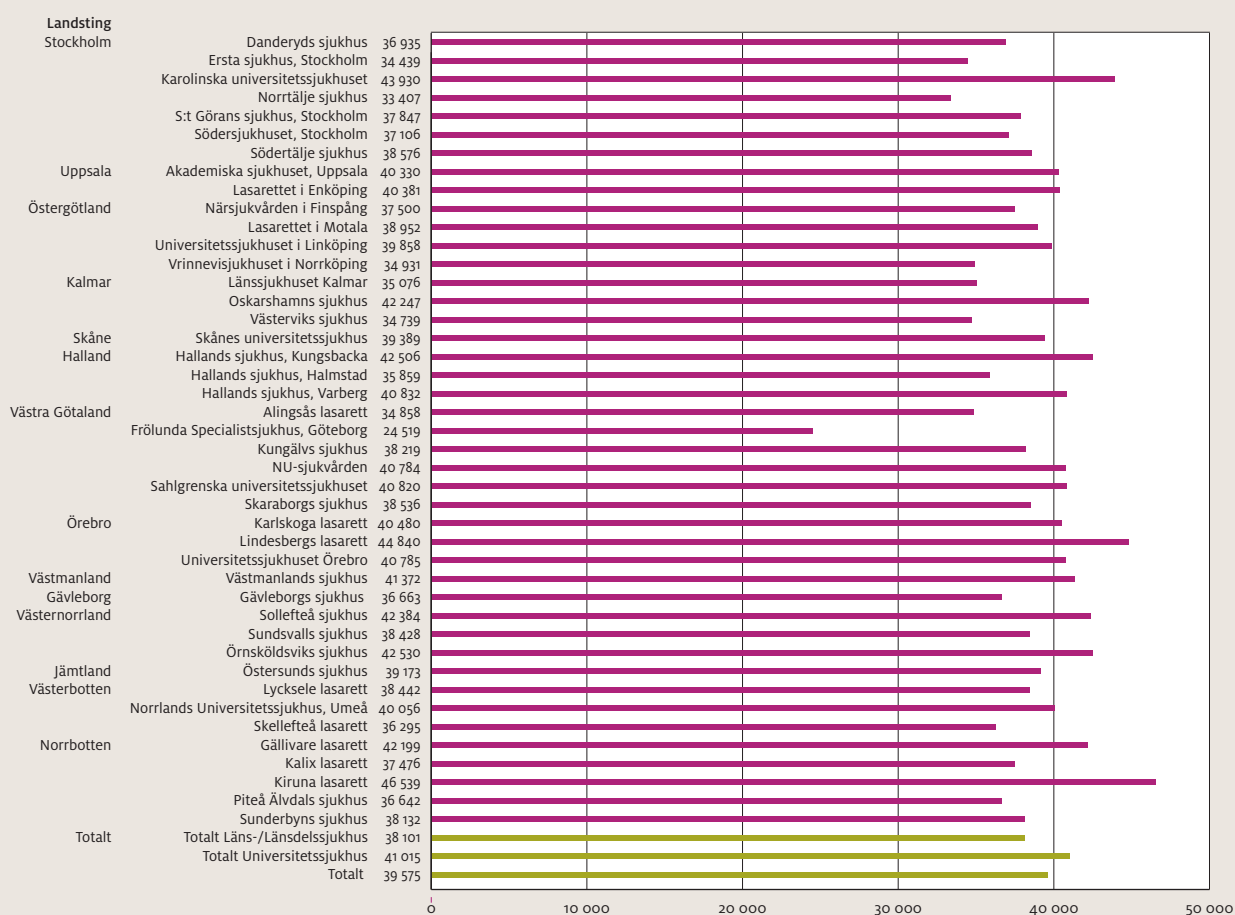
Diagram 36 visar kostnaden per DRG-poäng för den specialiserade somatiska vård som invånarna i respektive landsting fått del av. Kostnaden per DRG-poäng var i fasta priser högre 2012 än 2011, vilket indikerar att produktiviteten sjunkit, det vill säga att kostnaderna ökat mera än de viktade prestationerna.

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, cirka 10 procent över genomsnittet. Stockholm har låga kostnader per prestation mätt med DRG-poäng. Att kostnaderna per invånare för den specialiserade somatiska vården inte hamnar lägst i dessa landsting beror på att vårdkonsumtionen (DRG-poäng per invånare) är förhållandevis hög.

37 KOSTNAD PER PRODUCERAD DRG-POÄNG

Källan till denna indikator är KPP-databasen (Kostnad per Patient) vid SKL som innehåller patientrelaterade kostnadsuppgifter om specifika vårdkontakter och om kostnader för de åtgärder eller vårdinsatser som görs vid varje enskild vårdkontakt.

DIAGRAM 37 – SJUKHUS: Kostnad per producerad DRG-poäng i somatisk slutenvård, 2012.



Källa: KPP-databasen, Sveriges Kommuner och Landsting.

För sjukhusen som rapporterar data till KPP-databasen visas kostnaderna per prestation i slutenvård 2012. Här har värdet av prestationerna viktats med hjälp av DRG-systemet.

Längre fram i rapporten redovisas kostnader per vårdtillfälle eller DRG-poäng för några specifika behandlingar, för de sjukhus som kan rapportera sådana uppgifter.

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.

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.

Kostnaderna för ett genomsnittligt slutenvårdstillfälle i KPP-databasen uppgick 2012 till 47 582 kronor. Då ingår alla fall, även de så kallade kostnadsytter-

fallen. I diagram 37 är dessa exkluderade, vilket gör de totala kostnaderna lägre, 39 575 kronor per DRG-poäng.

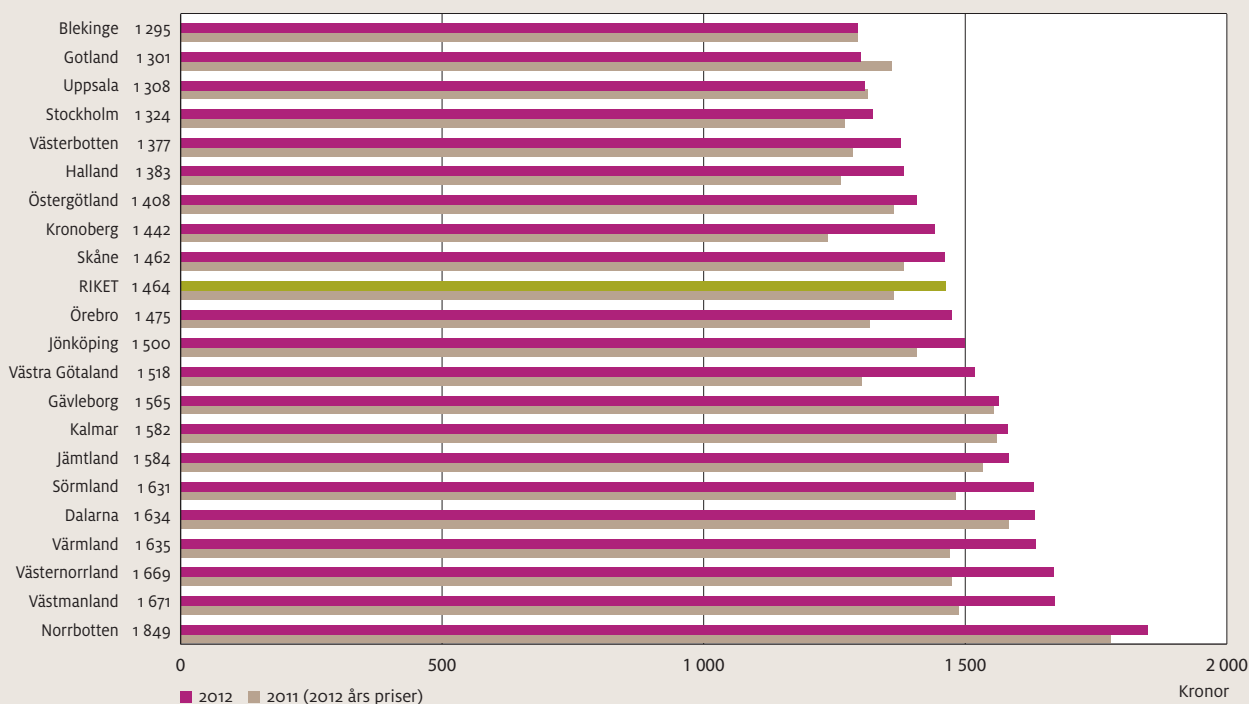
38 KOSTNAD PER VÅRDKONTAKT I PRIMÄRVÅRD

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.

Källan till indikatorn är verksamhetsstatistiken vid SKL. I diagram 38 har vårdkontakterna 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.

Kostnadsjämförelsen är grov, då primärvårdens vårdkontakter inte speglar hela primärvårdsinsatsen. Vidare kan vårdkontakter variera i tid och därmed resursåtgång, vilket inte fångas i måttet. Till exempel

DIAGRAM 38 – TOTALT: Kostnad per viktad vårdkontakt i primärvård, 2012. Hemsjukvård och läkemedel inom förmånen är exkluderade.



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

spelar det stor roll för utfallet om en vårdgivare strävar efter att ta upp flera av patientens hälsoproblem vid ett och samma (då längre) besök, eller om man istället föreslår patienten flera och kortare besök.

Kostnad per vårdkontakt kan vara stöd vid analys av kostnaden för primärvården i ett landsting. Exempelvis kan den höga primärvårdskostnaden i Norrbotten

till stor del förklaras av att genomsnittskostnaden per vårdkontakt är hög, inte av att mängden konsumerad vård är hög. För Halland gäller däremot att det är mängden vårdkontakter som bidrar till höga kostnader, eftersom kostnaden per vårdkontakt inte är påfallande hög, samtidigt som primärvårdskostnaden per invånare är relativt hög.

Graviditet, förlossning och nyföddhetsvård

Inom detta område redovisas nio indikatorer. Till skillnad från förra årets rapport redovisas inte någon abortindikator i år, på grund av legala oklarheter för datainsamlingen. För indikatorer om graviditet, förlossning och nyfödda barn har uppgifterna hämtats från Mödrahälsovårdsregistret, Svenskt Neonatalt Kvalitetsregister och från Medicinska Födelseregistret (MFR), vid Socialstyrelsen. MFR innehåller data om i stort sett samtliga förlossningar i Sverige. För uppgifter om kostnader vid förlossning är källan KPP-databasen (Kostnad Per Patient) vid SKL.

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

39 TOBAKSVANOR UNDER GRAVIDITET

Indikatorn redovisar andelen kvinnor som rökte eller snusade vid graviditetsvecka 30–32, med 2010–2011 som mätperiod. Andelen varierade mellan 3,4 och 7,7 procent med ett riksgenomsnitt på drygt fem procent. Här ingår också de kvinnor som inte använde tobak i början av graviditeten men som rökte eller snusade i vecka 30–32.

Diagrammet visar också i sifferkolumnen till höger andelen kvinnor som slutat använda tobak under graviditeten. Andelen kvinnor som rökte eller snusade i tidig graviditet och som slutat vid vecka 30–32 var, liksom förra mätningen, störst i Jämtland och lägst i Västernorrland. En större andel kvinnor slutade använda tobak i landsting där nivån för tobaksbruk redan var låg. I Uppsala och Stockholm var tobaksanvändningen som lägst i senare delen av graviditeten,

vecka 30–32, och en stor andel hade slutat röka eller snusa sedan inskrivningen i mödrahälsovård.

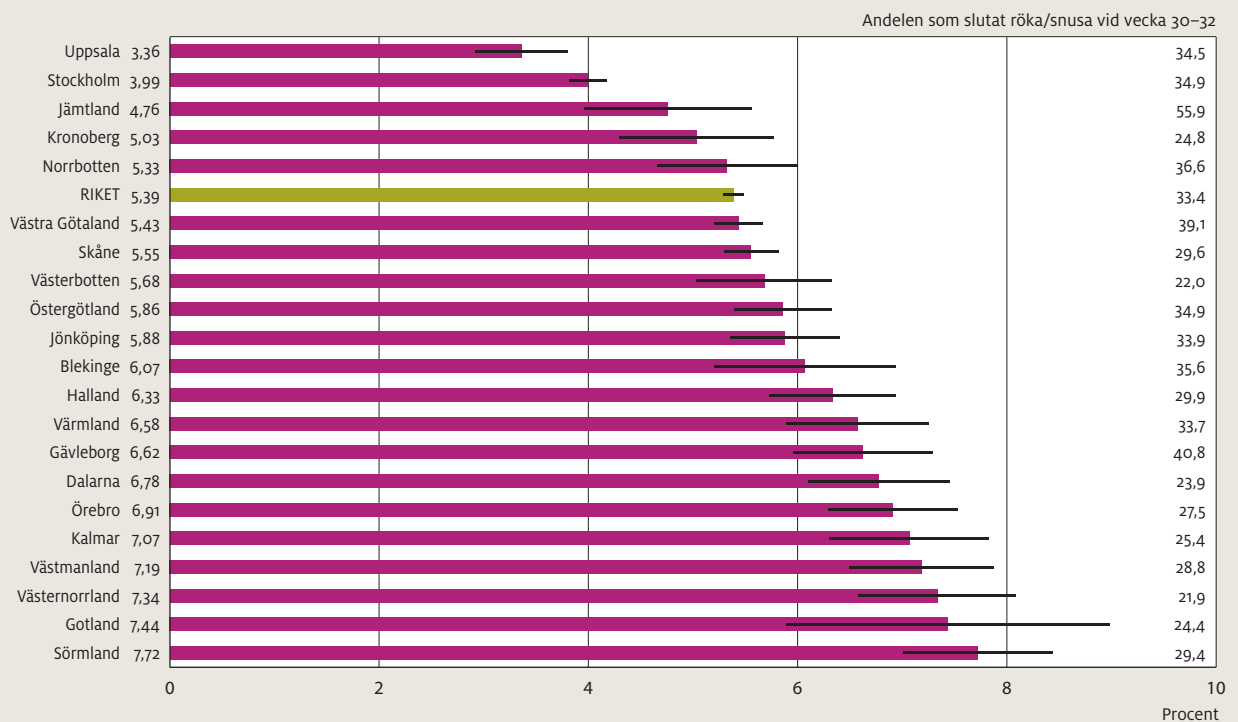
Rökning är den enskilt största förebyggbara riskfaktorn för sjukdom och för tidig död. Beläggen för tobakens skadeverkningar under graviditet har stärkts. Flera vetenskapliga studier har visat att rökning ökar riskerna för missfall, för tidig förlossning, minskad fostertillväxt, moderkaksavlossning,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

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

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 2010 men det har skett en obetydlig minskning sedan 2008.

Användning av snus började registreras i MFR år 1999. Andelen kvinnor som snusar i tidig graviditet har ökat något från 1,1 procent 2008 till 1,3 år 2010, vilket är i samma nivå som år 2003, medan snusning i vecka 30–32 legat konstant på ca 0,5 procent under samma tidsperiod. Det är främst kvinnor i de nordligaste länen Jämtland, Västerbotten och Norrbotten och Västernorrland som snusar.

DIAGRAM 39 – KVINNOR: Andel kvinnor som röker eller snusar vid 30–32 veckors graviditet, 2010–2011. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen.

40 SCREENING FÖR RISKBRUK AV ALKOHOL VID GRAVIDITET

Alkohol under graviditet kan skada fostret. Fosterskador kan inkludera tillväxthämning, missbildningar och hjärnskador, men kan även leda till beteendestörningar och andra mentala problem. Även risken för missfall och låg födelsevikt ökar vid alkoholkonsumtion under graviditeten. Det finns ett tydligt samband mellan skadornas omfattning och mängden alkohol som modern druckit under graviditeten, men eftersom ingen vet var gränsen för skadlig alkoholkonsumtion går, är de svenska rekommendationerna att inte dricka alkohol alls. Andelen gravida som uppger att de druckit alkohol under graviditeten har mellan åren 2003 till 2008 sjunkit från 16 till 8 procent.

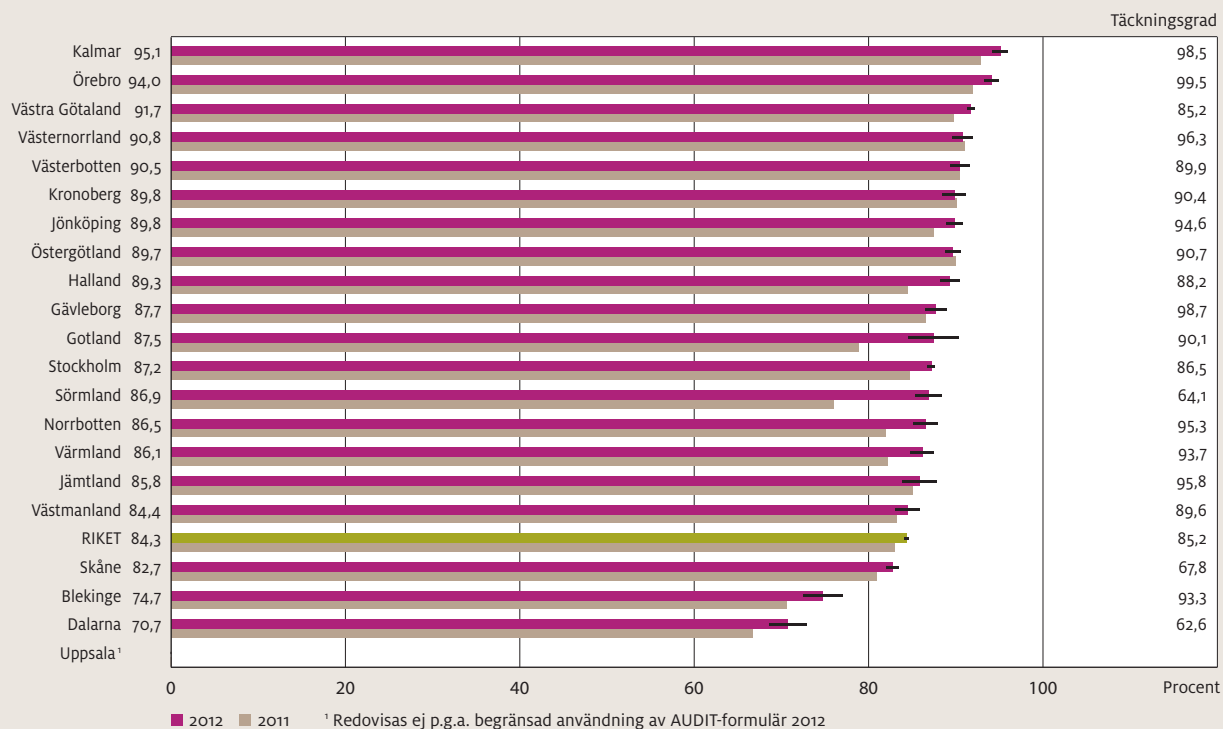
För att så väl som möjligt kunna upptäcka riskbruk av alkohol används inom mödrahälsovård screeningsinstrumentet AUDIT, Alcohol Use Disorders Identification Test. AUDIT speglar alkoholvanor året före graviditeten. Målet är att alla gravida ska nås av information om alkohol under graviditet och erbjudas screening med AUDIT. Det användes under 2012

i alla landsting förutom i Uppsala. Screening med AUDIT ingår i de riktlinjer för mödrahälsovård som SFOG, Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi och SBF, Svenska Barnmorskeförbundet, gemensamt arbetat fram. Registrering av screening sker i Mödrahälsovårdsregistret, som är ett kvalitetsregister.

Indikatorn visar andelen gravida kvinnor som screenats med AUDIT vid inskrivning inom mödrahälsovård. Underlaget för jämförelsen är drygt 96 000 kvinnor som födde barn under 2012 och som registrerades i Mödrahälsovårdsregistret. Andelen som screenats med AUDIT uppgick i riket till 84 procent, med en spridning mellan landstingen från 71 till 95 procent.

Orsaken till att cirka 16 procent av alla gravida kvinnor inte screenats är antingen att man avböjt erbjudande om detta eller att man inte erbjudits screening. Totalt föddes i riket 2012 drygt 113 000 barn. Till höger i diagrammet visas täckningsgraden, det vill säga andelen förlossningar per landsting där mamman registrerats i Mödrahälsovårdsregistret.

DIAGRAM 40 – KVINNOR: Andel kvinnor som screenats för riskbruk av alkohol under graviditet, 2012. Avser kvinnor som födde barn under 2012.



Källa: Mödrahälsövarsregistret.

41 DÖDFÖDDA BARN

Indikatorn redovisar antal dödfödda barn efter utgången av 28:e veckan (>28+0) per 1 000 födda, under perioden 2007–2011. I riket som helhet var antalet dödfödda barn 2,9 per 1 000 födda. Variationen mellan landstingen är från 2,2 till 3,7 dödfödda barn per 1 000 födda, vilket skiljer sig marginellt från föregående period. Av diagrammet framgår att den statistiska osäkerheten är stor, då de faktiska värdena är mycket små. Detta är också skälet till att siffrorna redovisas för 5 år sammantaget. Ingen säker trend kan ses på riksnivå när det gäller antalet dödfödda barn.

Dödföddhet eller intrauterin fosterdöd definieras som framfödande av ett barn som inte andas eller visar andra livstecken efter utgången av tjugoundra graviditetsveckan. Före juli 2008 var gränsen efter utgången av tjugioåttonde graviditetsveckan. Ändringen är en anpassning efter WHO:s riktlinjer. För att kunna jämföra med tidigare årsperioder har vi valt att använda 28 veckors gräns i denna indikator.

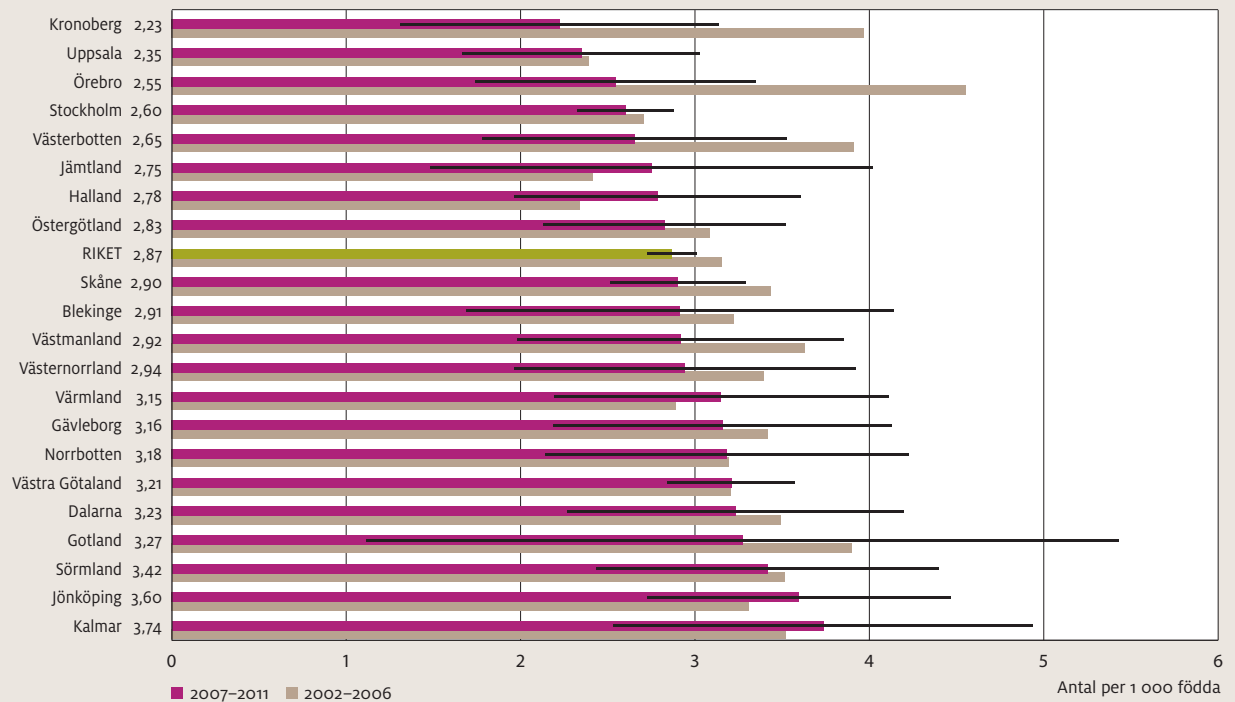
Fosterdöd kan inträffa innan förlossningen startat eller under pågående förlossning, vilket är ovanligare.

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.

Årligen föds det cirka 300 dödfödda barn efter utgången av 28 veckan 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 att fostret dör i livmodern, jämfört med omföderskor.

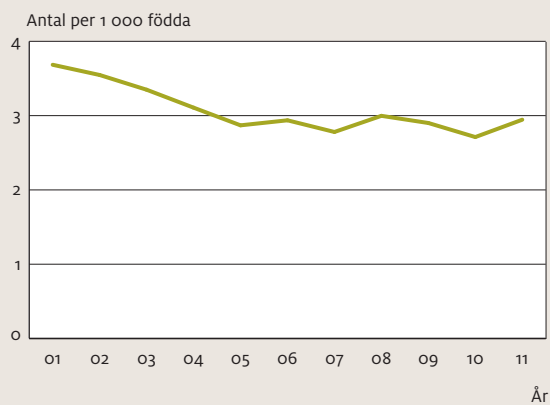
Rökning och övervikt hos modern tillhör de viktigaste kända förebyggbara riskfaktorerna för fosterdöd. Mödrahälsövarlden bör genom övervakning och regelbundna kontroller minska riskerna genom tidiga åtgärder. Enligt de jämförelser WHO Europa gjort har Sverige en mycket låg andel dödfödda barn.

DIAGRAM 41 – TOTALT: Antal dödfödda barn (≥ 28 fullgångna graviditetsveckor) per 1 000 födda barn, 2007–2011. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 41 – RIKET: Antal dödfödda barn (≥ 28 fullgångna graviditetsveckor) per 1 000 födda barn. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen.

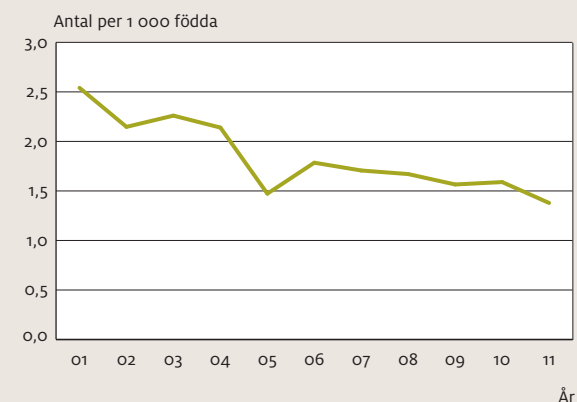
42 NEONATAL DÖDLIGHET

Indikatorn redovisar antal neonatalt döda barn, per 1 000 levande födda, under perioden 2007–2011 med åldersstandardiserade värden. I riket som helhet var den neonatala dödligheten 1,6 barn per 1 000 levande födda, vilket motsvarar cirka 170 barn per år. Antalet varierade mellan 0,9 och 2,8.

Neonatal dödlighet definieras som det antal levande födda barn som avlidit inom 28 dagar efter födel- sen. 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 cirka 5 barn per 1 000 levande födda i början av 1980-talet till cirka 1,6 barn per 1 000 levande födda för den perioden som här redovisas i diagrammet. Variationen mellan landstingen är förhållandevis stor. Den statistiska osäkerheten är stor, eftersom de faktiska värdena är mycket små.

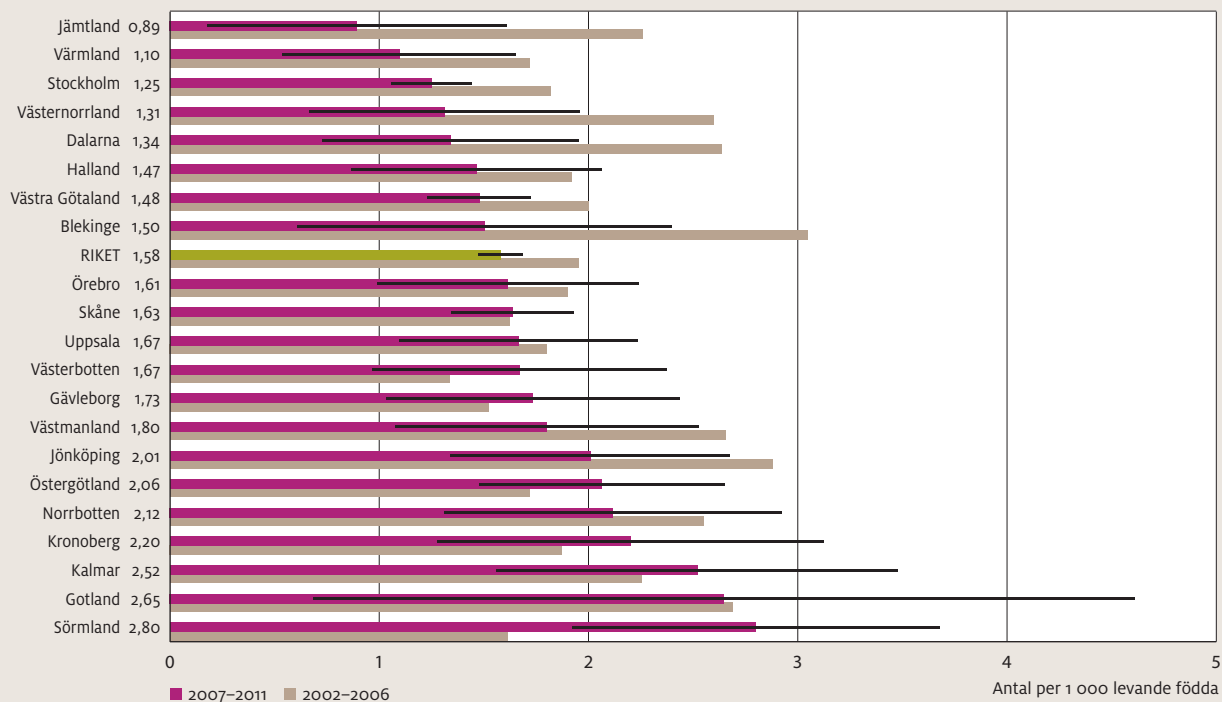
Den neonatala dödligheten är låg i Sverige, jämfört med övriga Europa. Enligt WHO Europas samman- ställningar hamnar Sverige bland de länder som har den lägsta neonatala dödligheten sedan 2004.

DIAGRAM 42 – RIKET: Antal döda barn inom 28 dygn efter födel- sen per 1 000 levande födda barn. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 42– TOTALT: Antal döda barn inom 28 dygn efter födel- sen per 1 000 levande födda barn, 2007–2011. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen.

43 VÅRDRELATERADE INFEKTIONER HOS BARN I NEONATALVÅRD

År 2012 vårdades i riket nästan 10 procent av alla nyfödda barn på neonatalavdelning. Variationerna mellan landstingen var stora, främst beroende på skillnader i hur vården av nyfödda barn med lättare, övergående vårdbehov i samband med födseln är organiserad.

Vård på neonatalavdelning kan vara motiverad av till exempel infektioner, som snabbt kan leda till livshotande tillstånd hos nyfödda. Syrebrist under förlossningen kan göra att barnet får svårare att anpassa sig till livet utanför livmodern (svårare hålla kroppstemperatur, andningsproblem med mera). Andningsproblem och medfödda missbildningar är andra orsaker. Slutligen är för tidig födsel en viktig anledning till neonatalvård. Omkring 40 procent av alla neonatalt vårdade barn är födda för tidigt, det vill säga före 37:e graviditetsveckan.

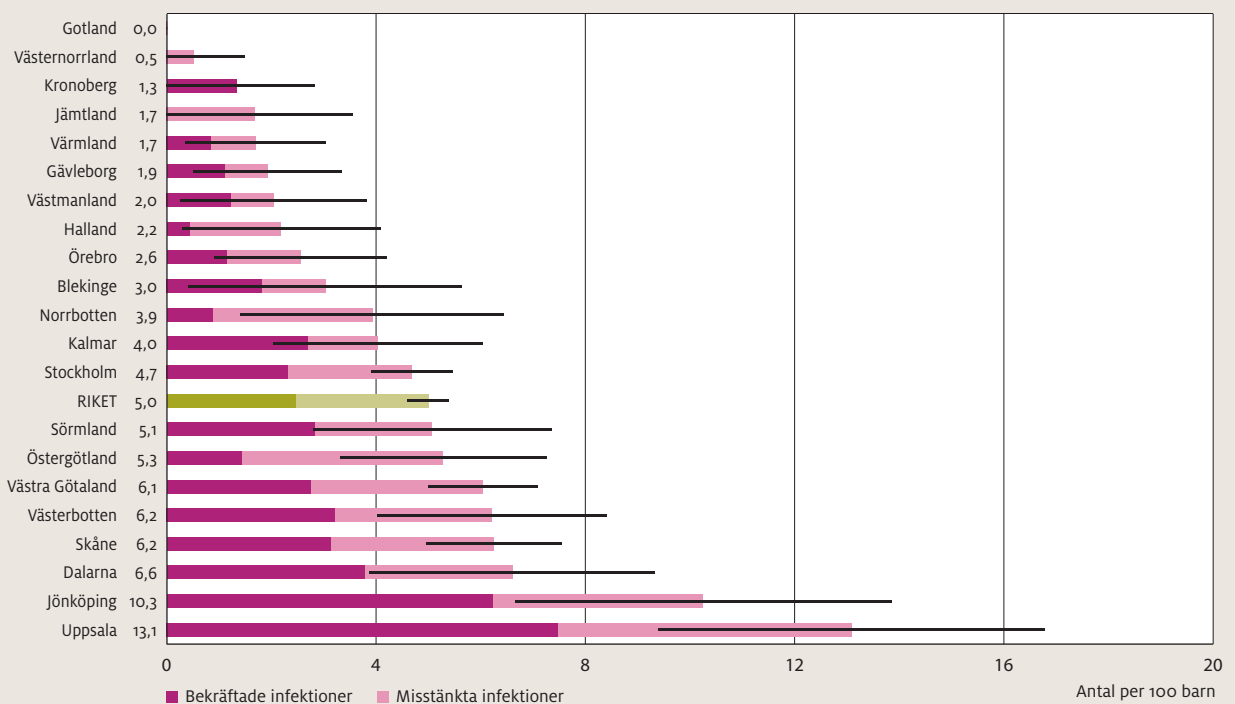
Till det neonatala kvalitetsregistret för neonatologi, SNQ, <www.snq.se>, rapporteras uppgifter om de nyfödda barn som vårdas på sjukhusens neonatalavdelningar. Kvalitetsregistret används för att besvara frågor om hur behandlingsmetoder och -rutiner

varierar över landet, samt om hur dessa variationer påverkar vårdens resultat och barnens framtida hälsa. Alla neonatalavdelningar rapporterar till registret SNQ har samordnats med det medicinska födelseregistret (MFR) så att gemensamma variabler definieras och rapporteras på samma sätt.

Indikatorn visar antalet bekräftade eller misstänkta vårdrelaterade infektionsepisoder per 100 vårdade barn på neonatalavdelning. Ingår gör fall med kliniskt misstänkt (symtom och positiva laboratorieprover) eller bekräftad infektion (påvisande av bakterier i blodbanan) som uppkommit efter det andra vård-dygnet hos barn som är vårdade i neonatalvård direkt efter födseln, och där infektionen inte var anledning till att barnet behövde vård. Totalt ingår cirka 11 400 barn i jämförelsen, redovisade per landsting efter klinikens lokalisering, inte moderns hemort.

I riket fick fem procent av de vårdade barnen en bekräftad eller misstänkt vårdrelaterad infektion 2012, med en spridning mellan landsting från en till 13 procent. Antalet vårdade barn är många, men den låga förekomsten av infektioner gör att den statistiska osäkerheten ändå är stor.

DIAGRAM 43 – TOTALT: Antal vårdrelaterade infektionsepisoder per 100 barn som vårdats i neonatalvård, 2012.

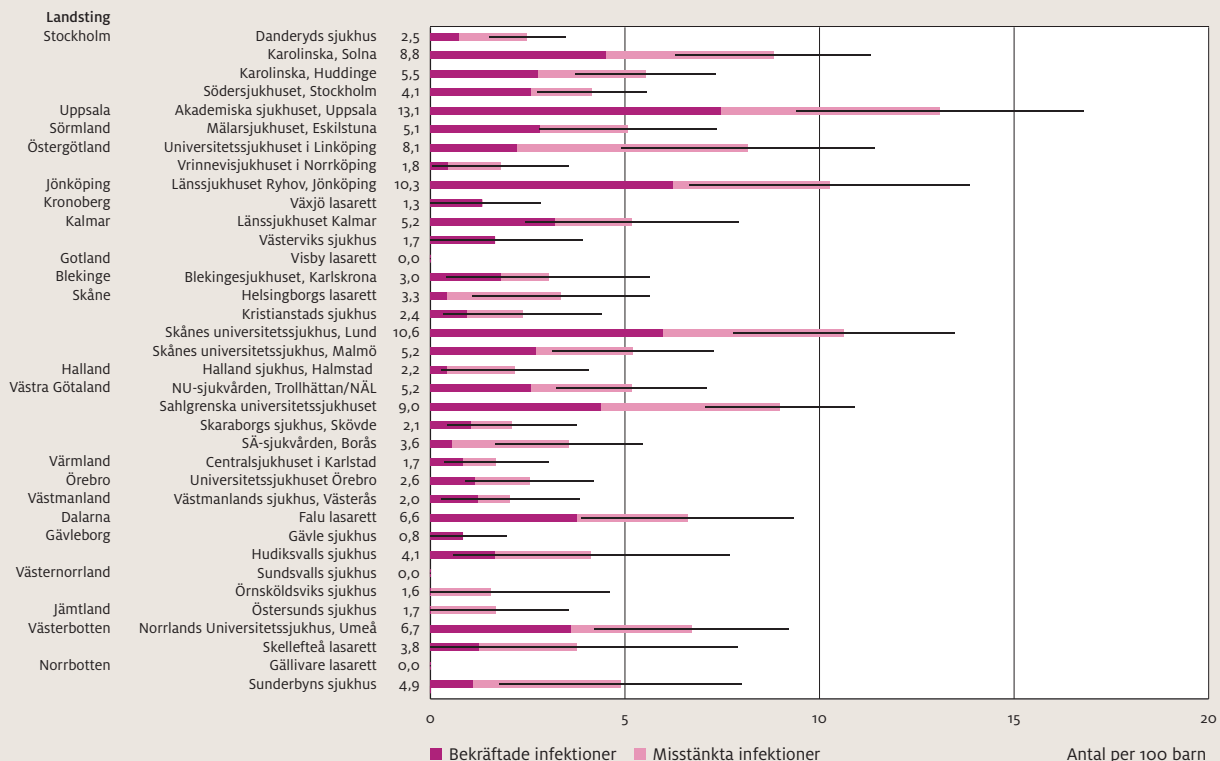


Källa: Svenskt Neonatalt Kvalitetsregister, SNQ.

Skillnader mellan enheter kan bero på många olika faktorer. En faktor är efterlevnad av goda hygienrutiner. Hög belägningsgrad påverkar infektionsrisken i negativ riktning. Enheter som tar emot patienter med särskilt komplicerade tillstånd har en högre infek-

tionsfrekvens. Rutiner för att utföra blododling vid misstänkt infektion kan variera mellan enheter – mer frekvent blododling ger fler positiva svar. Även bortfall av uppgifter kan påverka de redovisade resultaten. Slutligen är datakvaliteten i SNQ ännu inte känd.

DIAGRAM 43 – SJUKHUS: Antal vårdrelaterade infektionsepisoder per 100 barn som vårdats i neonatalvård, 2012.



Källa: Svenskt Neonatalt Kvalitetsregister, SNQ.

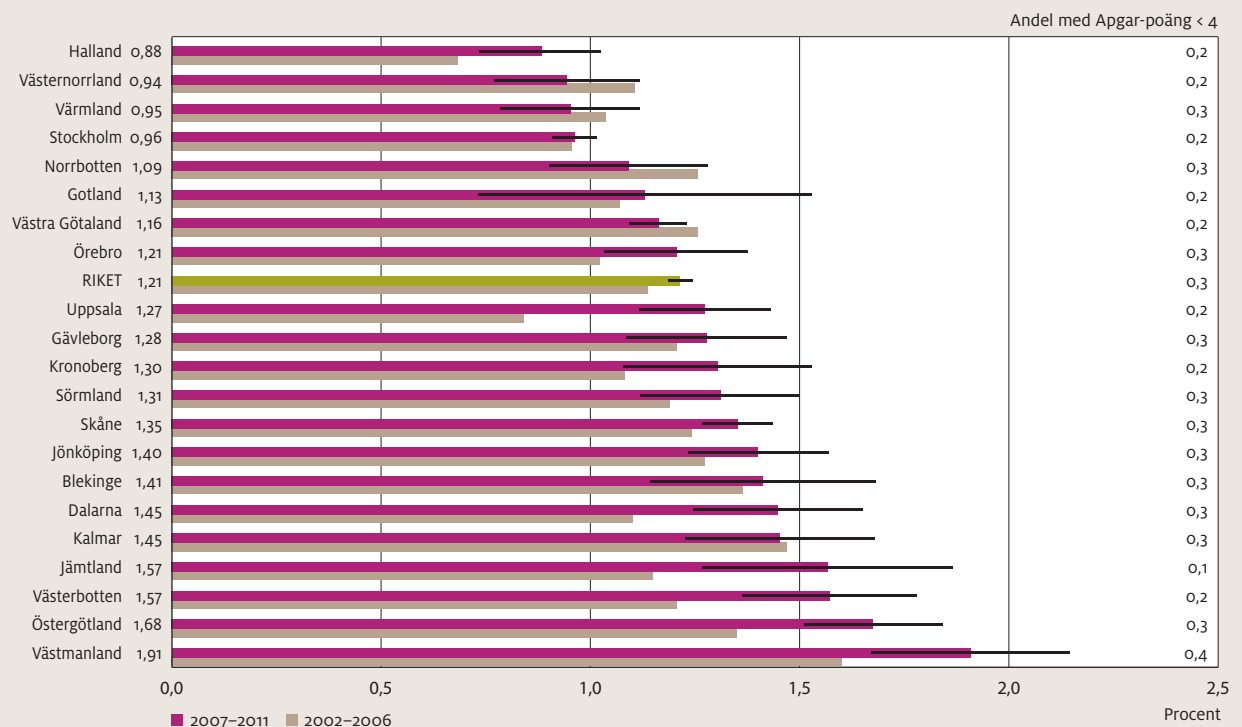
44 LÅG APGAR-POÄNG HOS NYFÖDDA

Indikatorn redovisar andelen barn som föds med låga Apgar-poäng, som är ett poängsystem för standardiserad bedömning av nyfödda för att avgöra deras vitalitet. Systemet innebär att man bedömer det nyfödda barnet enligt fem kriterier: hjärtfrekvens, andning, hudfärg, muskeltonus och reflexer på en skala mellan noll och två. Den totala poängsumman kan variera mellan noll och tio poäng. Bedömningen görs en minut, fem minuter och tio minuter efter födel-sen. Lägsta möjliga Apgar-poäng vid en bedömning är noll och högsta möjliga r-poäng är tio. Låg Apgar-poäng brukar definieras som under fyra poäng eller under sju poäng vid fem minuters ålder. Värdena är åldersstandardiserade och presenteras med fem år sammanlagda för att få en större säkerhet i siffrorna.

Andelen barn med Apgar-poäng mindre än sju vid fem minuters ålder var 1,2 procent under den studerade perioden 2007–2011, med en variation mellan 1187 och 1410 barn per år på riksnivå. Bland landstingen varierade andelen barn med låg Apgar-poäng (<7) mellan 0,9 och 1,9 procent.

I diagrammet visas även i kolumn till höger andelen barn med Apgar-poäng mindre än fyra vid fem minuters ålder. För riket som helhet var andelen 0,25 procent under den studerade perioden 2007–2011. Bland landstingen varierade andelen från 0,13 till 0,37 procent under samma period. Observera att de reella talen för Apgar-poäng mindre än fyra är mycket små för de mindre länen även vid gruppering i 5-års perioder.

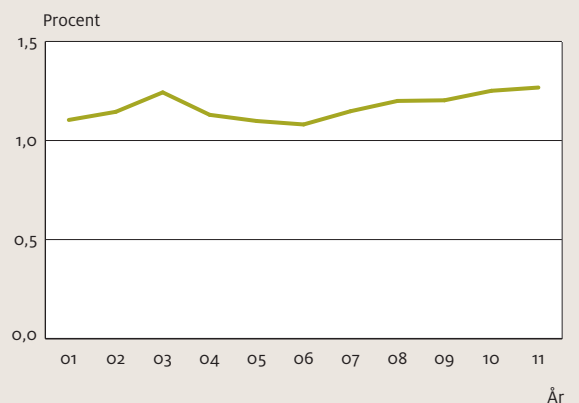
DIAGRAM 44 – TOTALT: Andel födda barn med låg Apgar-poäng (< 7) vid 5 minuter, 2007–2011. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen.

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.

DIAGRAM 44 – RIKET: Andel födda barn med låg Apgar-poäng (< 7) vid 5 minuter. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen.

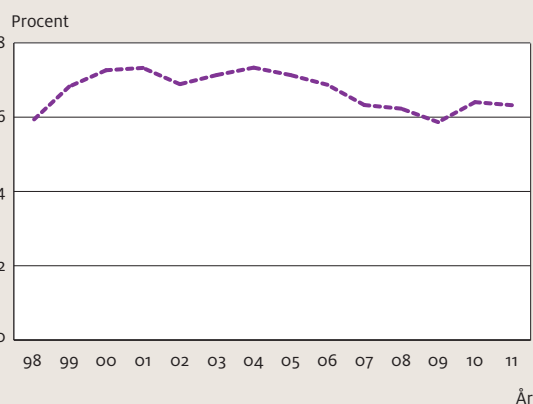
45 BRISTNINGAR VID FÖRLOSSNING BLAND FÖRSTFÖDESKOR

Indikatorn redovisar andel bristningar av grad III och IV vid vaginala förlossningar under perioden 2007–2011. Staplarna visar även fördelning på instrumentella och icke-instrumentella förlossningar. Den gråskuggade stapeln visar förekomsten av grad III och IV-bristningar under perioden 2002–2006. Enbart förstföderskor är inkluderade i analyserna. Värdena är åldersstandardiserade.

I riket som helhet medförde 6,2 procent av de vaginala förlossningarna bland förstföderskor bristningar av grad III och IV. Den totala andelen grad III och IV bristningar varierade mellan 4,5 och 7,8 procent under den studerade perioden 2007–2011, vilket innebär att mellan 2 000–2 500 förstföderskor drabbas årligen. Variationen mellan landsting och sjukhus tyder på att frekvensen grad III och IV-bristningar kan påverkas och att ett avsevärt antal förlossningsskador därmed kan undvikas.

Bristningar i bäckenbotten i samband med vaginal förlossning, så kallade perinealbristningar, indelas i fyra grader. Första och andra gradens bristning omfattar yttligare vävnader i slidan och mellangården och är oftast mindre allvarliga. Tredje gradens bristning

DIAGRAM 45 – RIKET: Andel perinealbristningar av grad III och IV vid vaginal förlossning bland förstföderskor. Åldersstandardiserade värden.

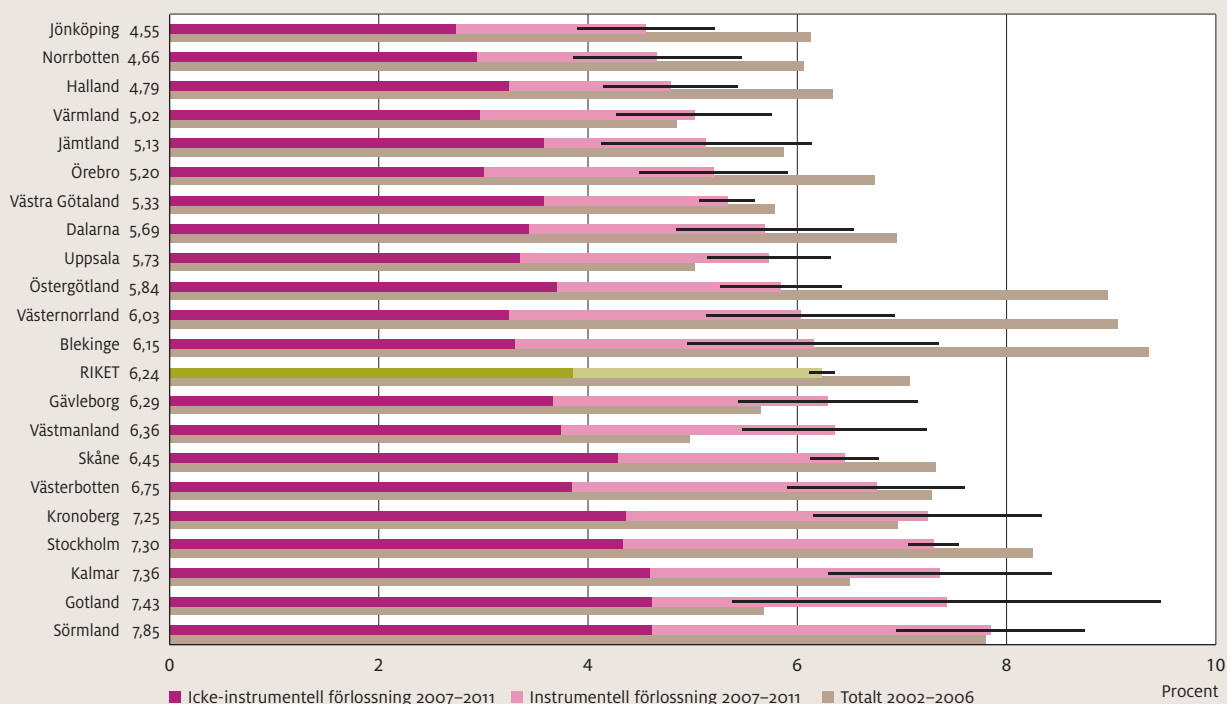


Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen.

omfattar förutom yttliga 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, föder ett stort barn, har en långdragen förlossning eller att förlossningen

DIAGRAM 45 – KVINNOR: Andel perinealbristningar av grad III och IV vid vaginal förlossning bland förstföderskor med fördelning på instrumentella och icke-instrumentella, 2007–2011. Åldersstandardiserade värden.



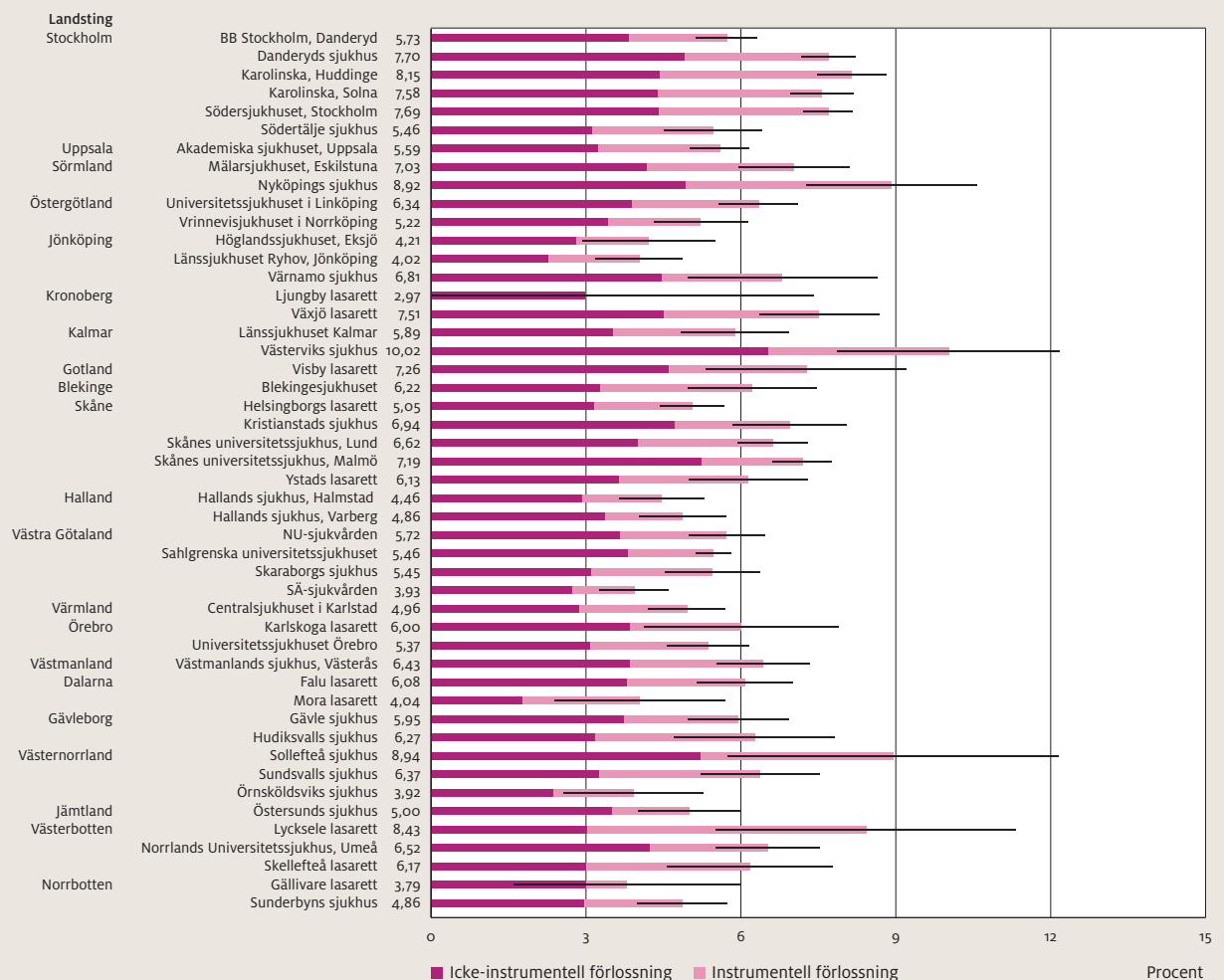
Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen.

avslutas instrumentellt, det vill säga med tång eller sugklocka. Kvinnans förlossningsställning vid barnets framfödande kan också ha betydelse för graden av bristning.

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

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

DIAGRAM 45 – SJUKHUS: Andel perinealbristningar av grad III och IV vid vaginal förlossning bland förstföderskor med fördelning på instrumentella och icke-instrumentella, 2007–2011. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Medicinska födelserregistret, Socialstyrelsen.

46 KEJSARSNITT BLAND FÖRSTFÖDESKOR

Indikatorn redovisar andelen kejsarsnitt enligt Robson grupp 1, det vill säga förstföderskor med fullgången graviditetslängd (≥ 37 veckor), enkelbörd med huvudbudning samt spontan förlossningsstart. För detaljer – se vidare Bilaga 1. Det är framförallt i denna kategori förlossningar som man ur medicinsk synvinkel bör önska att kejsarsnitten är få. I den tryckta rapporten visas även andelen kejsarsnitt enligt Robson grupp 2.

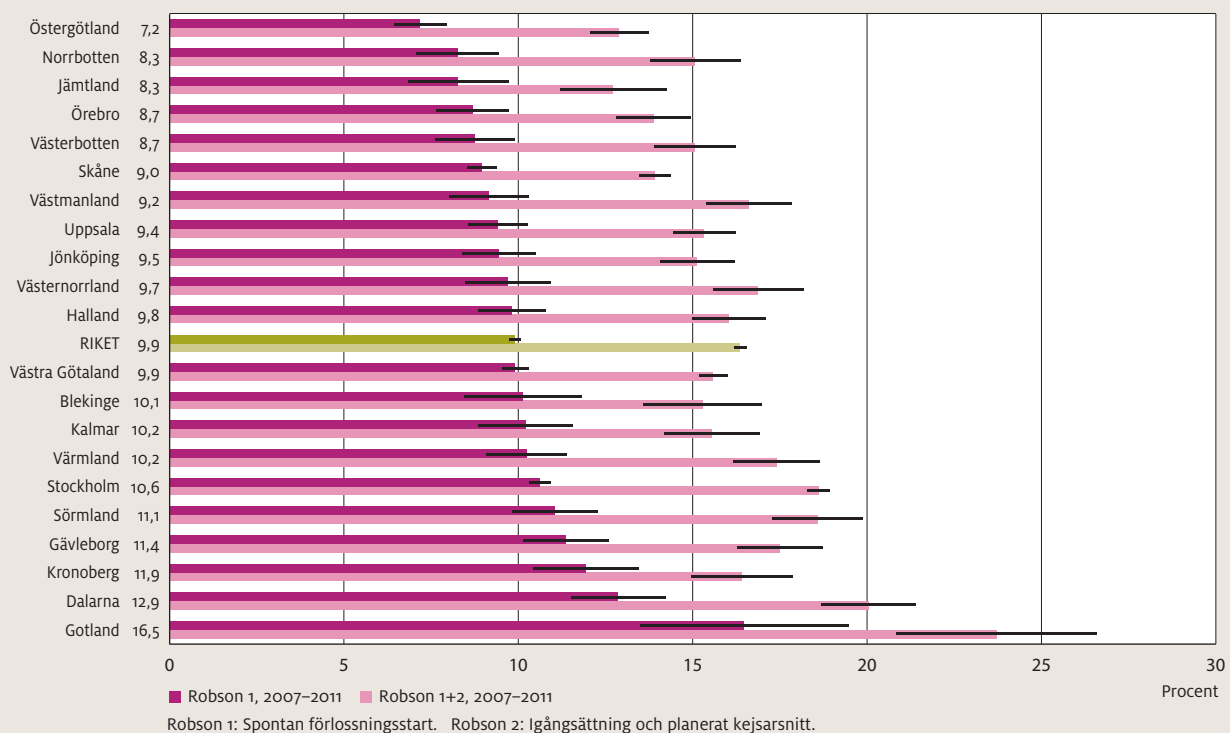
I riket var kejsarsnittsfrekvensen för den här gruppen 9,9 procent 2007–2011, vilket motsvarar 2 845 som lägst och 3 130 som högst under hela perioden. Motsvarande frekvens kejsarsnitt under perioden 2002–2006 uppgick till 9,8 procent (visas ej i diagram). Den längre stapeln i diagrammet visar andelen kejsarsnitt hos samma grupp förstföderskor (fullgången graviditetslängd, enkelbörd med huvudbudning) i en betydligt större jämförelsepopulation. I den gruppen inkluderas även igångsatta förlossningar och planerade kejsarsnitt (Robson 2). Kejsarsnittsfrekvensen för den här gruppen låg på 16,4 procent i riket 2007–2011, att jämföra med 15,4 procent föregående femårsperiod (visas ej i diagram).

Andelen kvinnor som förlöses med kejsarsnitt har ökat i Sverige. År 1990 var andelen kejsarsnitt 10,6 procent och år 2011 17 procent. Det finns ingen internationell konsensus om den optimala frekvensen av kejsarsnittsförlossningar. Kejsarsnittsfrekvensen kan därmed inte direkt ses som ett kvalitetsmått för mödrahälso- och förlossningsvård. Däremot innebär en ökad förekomst av kejsarsnitt att kostnaderna för förlossningar ökar. Både kostnadsaspekten och variationen i medicinsk praxis mellan olika sjukhus och landsting gör frågeställningen intressant.

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

DIAGRAM 46 – KVINNOR: Andel kejsarsnitt vid fullgången (≥ 37 veckor) graviditet, 2007–2011. Avser förstföderskor, enkelbörd och huvudbudning. Åldersstandardiserade värden.

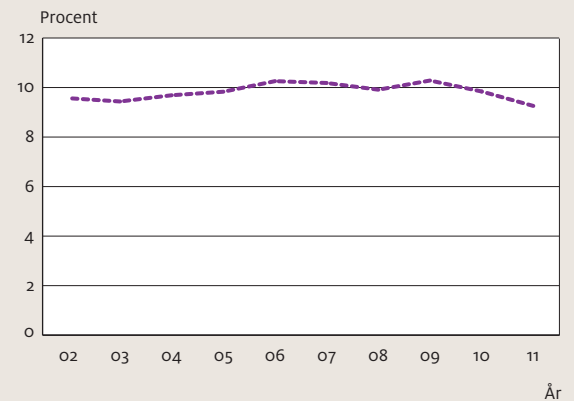


Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen.

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.

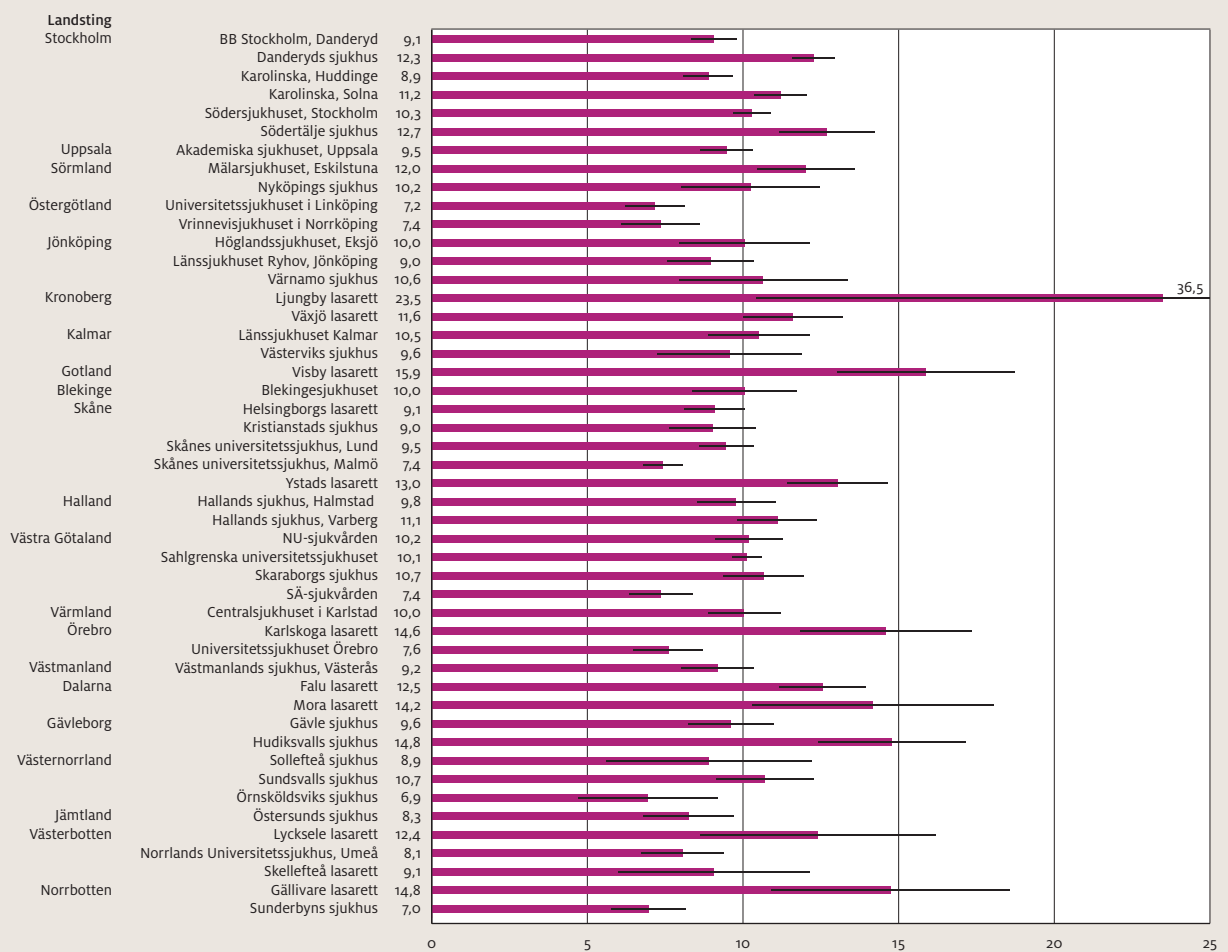
När man ska jämföra kejsarsnittsfrekvens mellan sjukhus så bör man veta att äldre kvinnor, kvinnor som är kortare än det svenska genomsnittet, rökande kvinnor, och kvinnor med högt BMI förhållandevis ofta brukar förlösas med kejsarsnitt. Det innebär att ett sjukhus upptagningsområde eller population i viss mån kan påverka kejsarsnittsfrekvensen vid den aktuella förlossningskliniken. De siffror som rapporteras i rapporten är åldersstandardiserade, men då man studerar resultatet är det viktigt att komma ihåg att det finns andra populationsskillnader mellan olika sjukhus som kan göra att kejsarsnittsfrekvenserna skiljer sig åt.

DIAGRAM 46 – RIKET: Andel kejsarsnitt vid fullgången (≥ 37 veckor) graviditet. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 46 – SJUKHUS: Andel kejsarsnitt vid fullgången (≥ 37 veckor) graviditet, 2007–2011. Avser förstföderskor, enkelbörd och huvudbjudning. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen.

Förlossning enligt Robson 1 – avser spontan förlossningsstart, förstföderskor, enkelbörd och huvudbjudning

Procent

47 KOSTNAD PER VÅRDTILLFÄLLE VID FÖRLOSSNING

Under 2012 rapporterade 31 sjukhus i 15 landsting kostnadsdata om förlossningar till KPP-databasen (Kostnad Per Patient) vid SKL.

I diagram 47 visas kostnaden per vårdtillfälle i slutenvård inom DRG (DiagnosRelaterade Grupper) 370-373, för dels samtliga förlossningar, dels för enbart kejsarsnitt.

Kostnader för varje förlossning och för de vårdinsatser som knyts till dessa redovisas i databasen. Däremot ingår inte kostnader för kontroll- och uppföljningsbesök samt läkemedelsanvändning i öppen vård. De allra dyraste fallen, de så kallade kostnadsytterfallen, är exkluderade. Motivet för detta är att visa en "normal" genomsnittskostnad per sjukhus och i viss mån hantera olikheter i patientsammansättning vid sjukhusen.

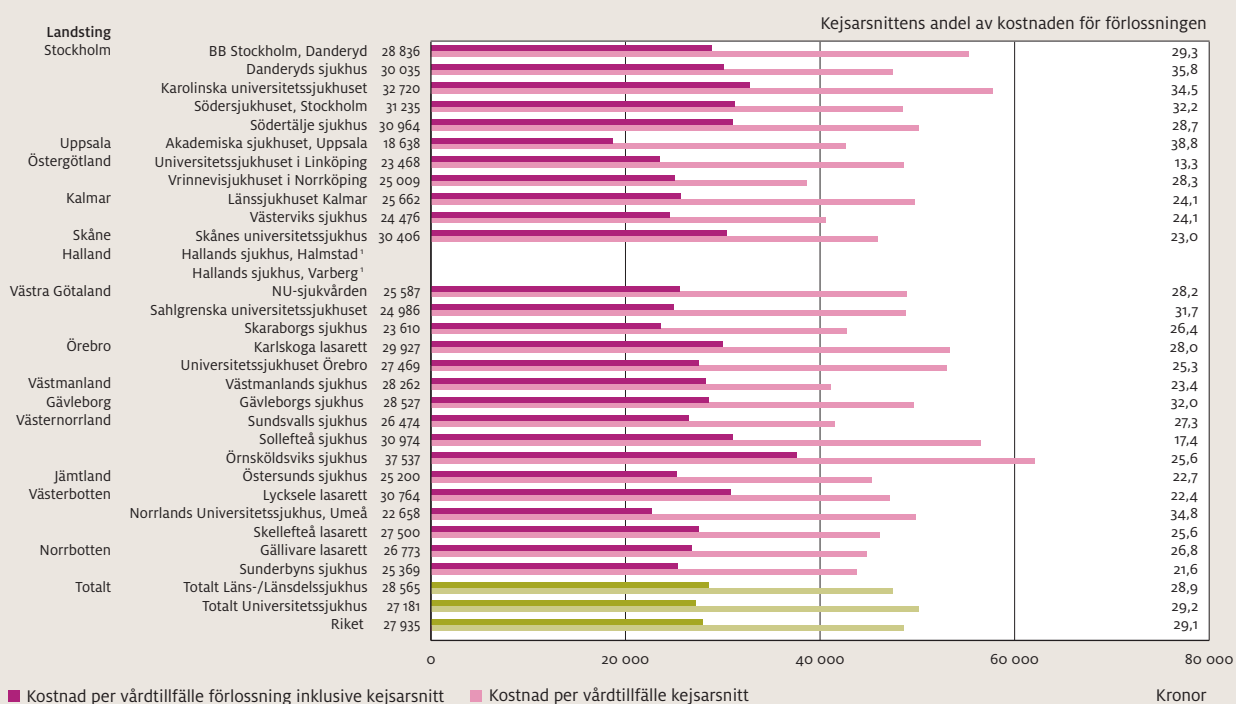
Det finns ett regelverk för hur kostnader ska kalkyleras och redovisas till KPP-databasen, till exempel vilka kostnader som ska ingå. Trots detta kan kalkylerna skilja sig mellan sjukhusen.

Kostnader för totalt 83 849 förlossningar rapporterades till KPP-databasen 2012. Antalet förlossningar per sjukhus varierar stort. KPP-databasens genomsnittskostnad för innerfallen uppgick 2012 till 27 792 kronor. Det finns en variation mellan sjukhusen från knappt 19 000 kronor till över 37 000 kronor.

Kostnadsskillnaderna kan inte enbart förklaras av medelvårdtiden, som ligger på 2-3 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 drygt 48 300 kronor, medan de vaginala förlossningarna kostade drygt 23 000 kronor, det vill säga hälften av kostnaden för kejsarsnitt.

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

DIAGRAM 47 – SJUKHUS: Kostnad per vårdtillfälle vid förlossning, 2012. Avser både vaginal förlossning och kejsarsnitt.



¹ Rapporterar till KPP-databasen men har avböjt medverkan i denna sammanställning Sjukhus med färre än 10 fall redovisas ej

Källa: KPP-databasen, Sveriges Kommuner och Landsting.

Kvinnosjukvård

Här visas nio indikatorer, som alla speglar vanliga sjukdomstillstånd i kvinnosjukvård och operationer vid dessa: Borttagande av livmoder, framfallsoperation och operation vid urininkontinens. Två av indikatorerna baseras på patientregistret vid Socialstyrelsen. Den ena avser oönskade händelser, komplikationer som leder till återinläggning efter borttagande av livmoder, medan den andra speglar resursanvändning och visar andelen framfallsoperationer som utförs som dagkirurgi. Ytterligare en indikator illustrerar resursanvändning och visar kostnaden per vårdtillfälle vid borttagande av livmoder. Övriga sex indikatorer speglar alla patientens erfarenheter av behandlingen och är hämtade från det nationella registret för gynekologisk kirurgi, (Gynop) samt från Gyn-KvalitetsRegistret (GKR). De avser dels komplikationer och oväntade besvär efter operationen, dels hur nöjda kvinnorna är eller i vilken grad operationen ledde till frihet från sjukdomssymtom. Patienternas uppfattning har inhämtats via enkät som skickats till patienterna 2 månader respektive 1 år efter operationen.

Nationella kvalitetsregistret inom Gynekologisk kirurgi (Gynop) med sex självständiga delregister samlar data från 46 kliniker. Gyn-KvalitetsRegistret (GKR) avser framförallt Stockholms läns landsting och samlar data från 12 kliniker. Gynop-registret importerar data från GKR och databasen täcker 58 av landets 63 kliniker. Den samlade deltagandegraden är således hög. Svarsfrekvenser vid enkätbaserade data kommenteras vid respektive indikator.

48 OÖNSKADE HÄNDELSETER EFTER BORTTAGANDE AV LIVMODER

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

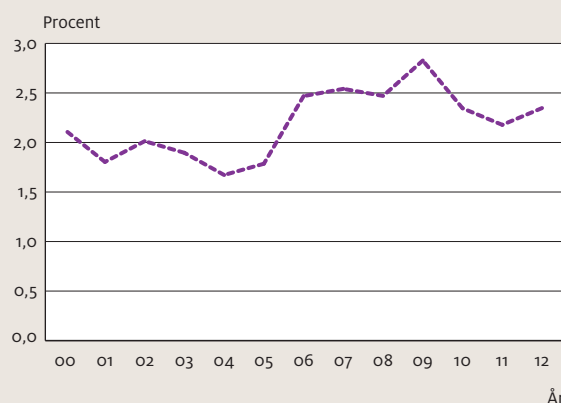
Under senare år görs enligt patientregistret cirka 5 000 operationer per år på benign indikation, det vill säga utan cancerdiagnos. Antalet hysterektomier har inte ökat i takt med befolkningsökningen de senaste tio åren. Detta kan bland annat förklaras av förbättrade möjligheter till läkemedelsbehandling vid riklig blödning, vilket minskat behovet av kirurgi.

Indikatorn visar andelen operationer med oönskade händelser, mätt som återinläggning inom 28 dagar efter operationen, för de kvinnor som opererat bort livmodern. Jämförelsen baseras på knappt 30 000 kvinnor i åldrarna 15 till 84 år med benign indikation (ej cancerdiagnos) som opererades under den femåriga mätperioden. Hysterektomi i samband med förlossning eller med skadediagnos ingår inte.

Återinläggningarna avser diagnoser för komplikationerna postoperativ infektion, tarmvred, sjukdomar i urinorganen eller svårighet att tömma urinblåsan.

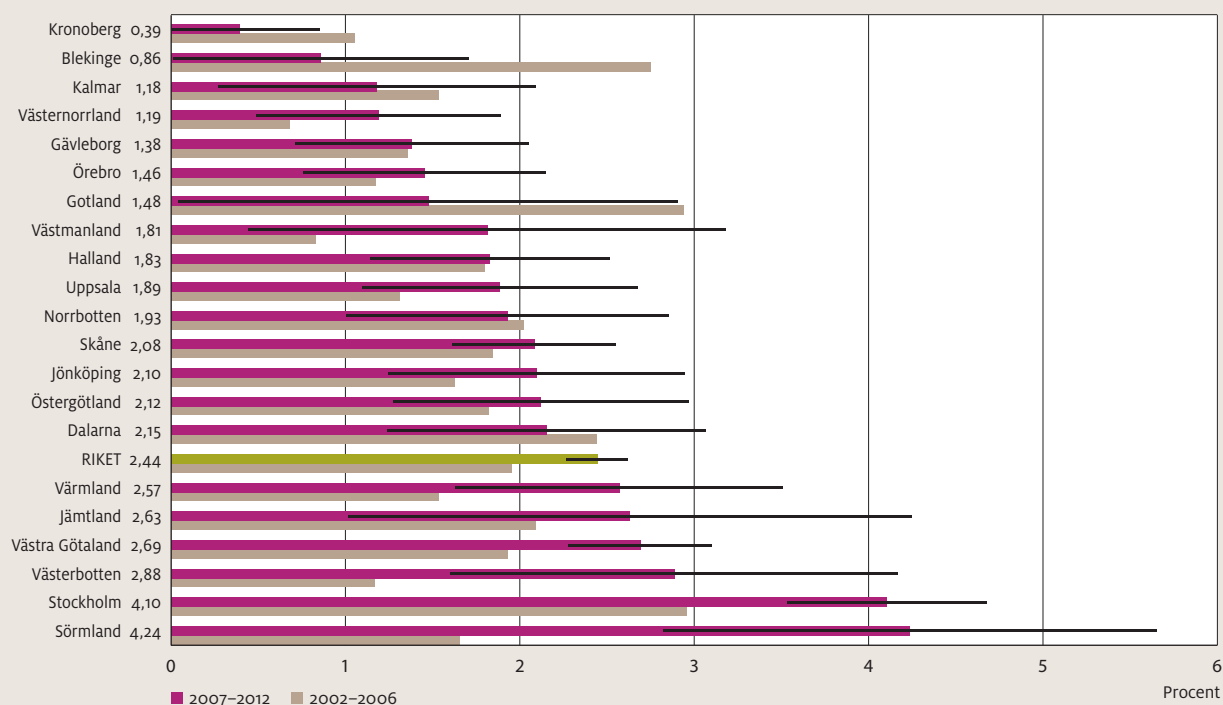
I riket återinskrivs under de studerade åren 2,4 procent av de opererade kvinnorna på grund av komplikation. Andelen varierade från under en till drygt fyra procent i landstingen, men konfidensintervallen är för många landsting vida. Den helt dominerande återinskrivningsdiagnosen var postoperativ infektion, som stod för mer än 80 procent av återinskriv-

DIAGRAM 48 – RIKET: Oönskade händelser efter borttagande av livmoder. Avser kvinnor 15–84 år.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 48 – KVINNOR: Önskad händelser efter borttagande av livmoder, 2007–2012. Avser kvinnor 15–84 år.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

ningarna. Under perioden 2000 till 2012 varierade andelen återinskrivna mellan 1,7 och 2,8 procent.

Andelen som återinskrivs är en patientsäkerhetsindikator för kvinnosjukvården. Alla återinskrivningar kan inte tillmätas det enskilda sjukhuset, men måttet pekar på sjukhusens ansvar för att förebygga infektioner, vikten av en välplanerad utskrivning och att det finns en primärvård som tar över efter utskrivning.

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.

Detta mått fångar enbart komplikationer som lett till återinskrivning, vilket är en begränsning. Det är viktigt att även studera om de opererade kvinnorna själva bedömde att efterförloppet var fritt från komplikationer, oavsett om dessa föranledde återinskrivning eller ej.

49 PATIENTRAPPORTERADE KOMPLIKATIONER EFTER BORTTAGANDE AV LIVMODER

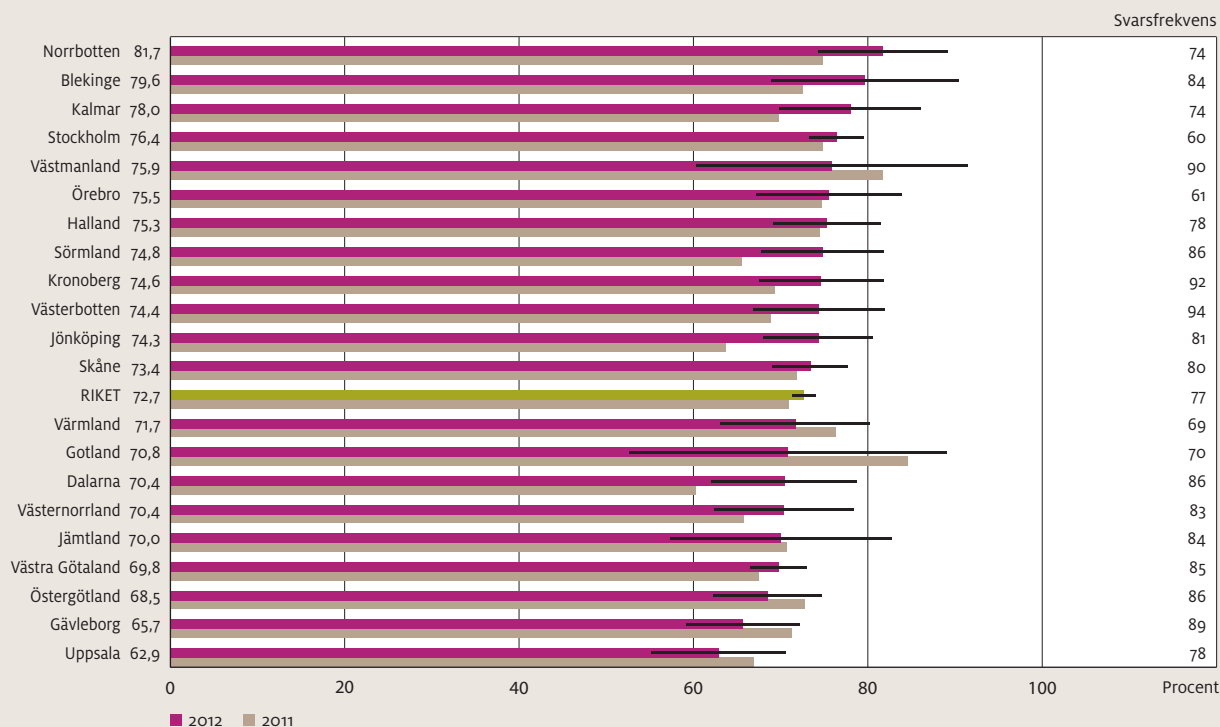
Cirka 8 000 kvinnor får varje år i Sverige sin livmoder bortopererad, så kallad hysterektomi, vilket medför att var tionde kvinna i Sverige blir av med sin livmoder under sin livstid. Cirka 5 000 av dessa opereras på grund av symtomgivande, men benigna (godartade) besvär från livmodern.

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

Mindre invasiva operationsmetoder används oftare nu, som vaginal metod och titthålskirurgi. Dessa metoder medför mindre behov av smärtstillande läkemedel, leder till kortare vårdtid och påskyndar patientens återkomst till normal ADL-funktion (Activities of Daily Living).

Bortsett från vid cancer består utvärderingen efter hysterektomi i huvudsak av att följa upp förekomsten

DIAGRAM 49– KVINNOR: Andel kvinnor som anger att de var komplikationsfria och utan oväntade besvär 2 månader efter borttagande av livmoder, 2012.



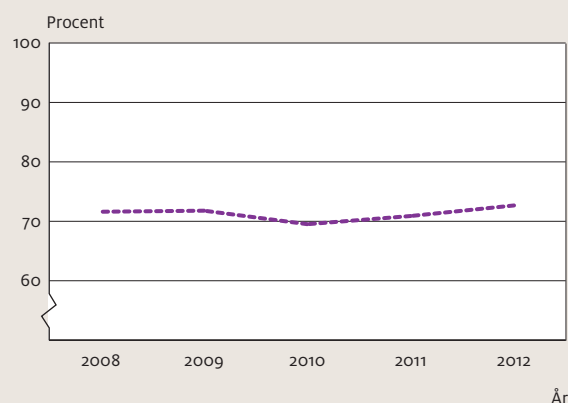
Källa: Nationella kvalitetsregistret inom gynekologisk kirurgi samt Gyn-KvalitetsRegistret.

av komplikationer. Patienterna är i stort sett friska, fränsett de livskvalitetssänkande besvär eller symtom de söker lindring för. Allvarliga komplikationer, som kräver återinläggning, reoperation och sjukskrivning förlängd till längre än 4 veckor, är också sällsynta och drabbar cirka 3 procent av patienterna.

Indikatorn som här visas bygger på patientens egen värdering och speglar komplikationer efter operationen i en vidare mening, som oplanerade vårdkontakter till följd av ej förväntade händelser, lindrigare infektioner, sårproblem och bristande information. Hysterektomi på grund av premaligna eller maligna tillstånd eller de som utförts i samband med framfallsoperationer ingår inte.

Indikator 49 visar 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. Av 5 200 opererade kvinnor svarade drygt 4 000 på denna enkätfråga, i den enkät som sändes ut två månader efter operationen. Svarsfrekvensen för den aktuella frågan var därmed i riket drygt 77 procent, men med variationer mellan de båda registren och mellan kliniker. Redovisningen per landsting baseras på klinikernas lokalisering, inte patientens hemort.

DIAGRAM 49 – RIKET: Andel kvinnor som anger att de var komplikationsfria och utan oväntade besvär 2 månader efter borttagande av livmoder.



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

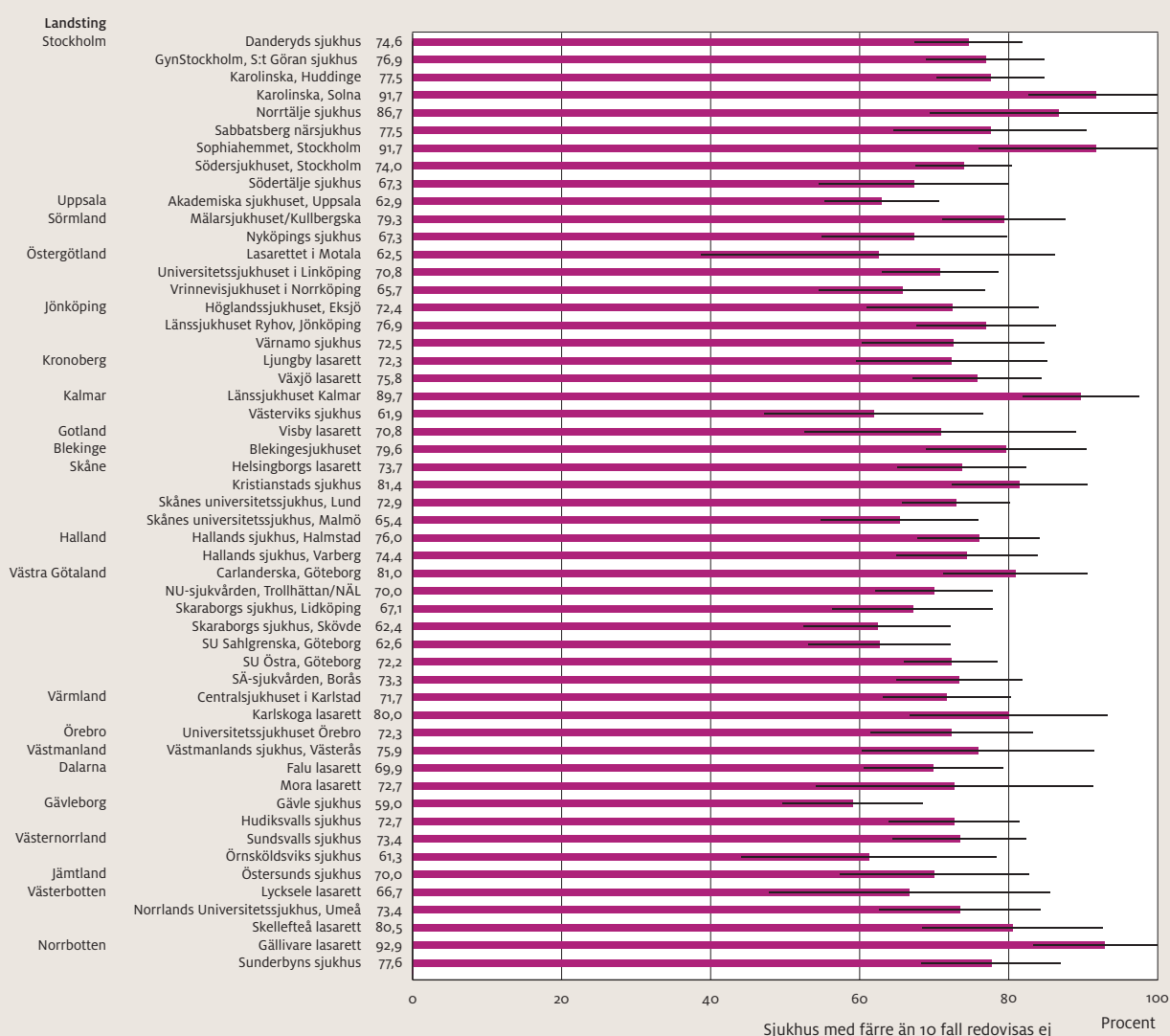
I riket var 2012 knappt 73 procent av kvinnorna komplikationsfria och utan oväntade besvär två månader efter operationer, med en spridning mellan landstingen från knappt 63 till 82 procent. Andelen är något högre än 2011, men är i stort sett oförändrad sedan 2008.

Det finns inget mål angivet för denna indikator. I en internationell jämförelse är resultaten goda och

komplikationsfrekvensen är lägre än vad som redovisas i randomiserade studier.

För de kliniker och landsting som har lägre svarsfrekvens ökar osäkerheten i resultatet. Patientens förväntningar om besvär och komplikationer skapas i hög grad vid kontakten med sjukvården innan operationer och detta kan påverka hur man svarar på enkäten.

DIAGRAM 49 – SJUKHUS: Andel kvinnor som anger att de var komplikationsfria och utan oväntade besvär 2 månader efter borttagande av livmoder, 2012.



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

50 PATIENTTILLFREDSSTÄLLELSE EFTER BORTTAGANDE AV LIVMODER

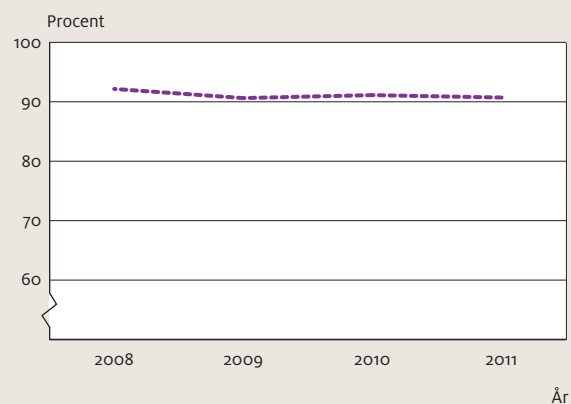
Indikatorn visar andelen patienter som i enkät ett år efter att livmodern avlägsnats anger att de är mycket nöjda eller nöjda med operationsresultat. Enkätens fråga besvarades av 2 811 av 3 713 opererade patienter. Svarsfrekvensen i riket är därmed 76 procent, men varierar mellan landsting. Se vidare diagrammet. Gyn-Kvalitetsregistret saknar denna indikator, vilket gör att värden för Stockholm, Värmland och Gotland inte kan redovisas.

Andelen nöjda eller mycket nöjda patienter varierar mellan landstingen från 85 till 96 procent, med ett genomsnitt för riket på 91 procent, för kvinnor som opererades under 2011 och följdes upp under 2012. Andelen har i princip varit oförändrat hög de senaste åren.

I en enkät före operationen anger så gott som samtliga patienter att de förväntar sig att helt bli av med sina besvär genom operationen. Förväntningarna på resultatet av operationen är således mycket höga. I ljuset av detta kan resultatet generellt sett beskrivas som bra. Skillnaderna mellan landstingen är måttliga.

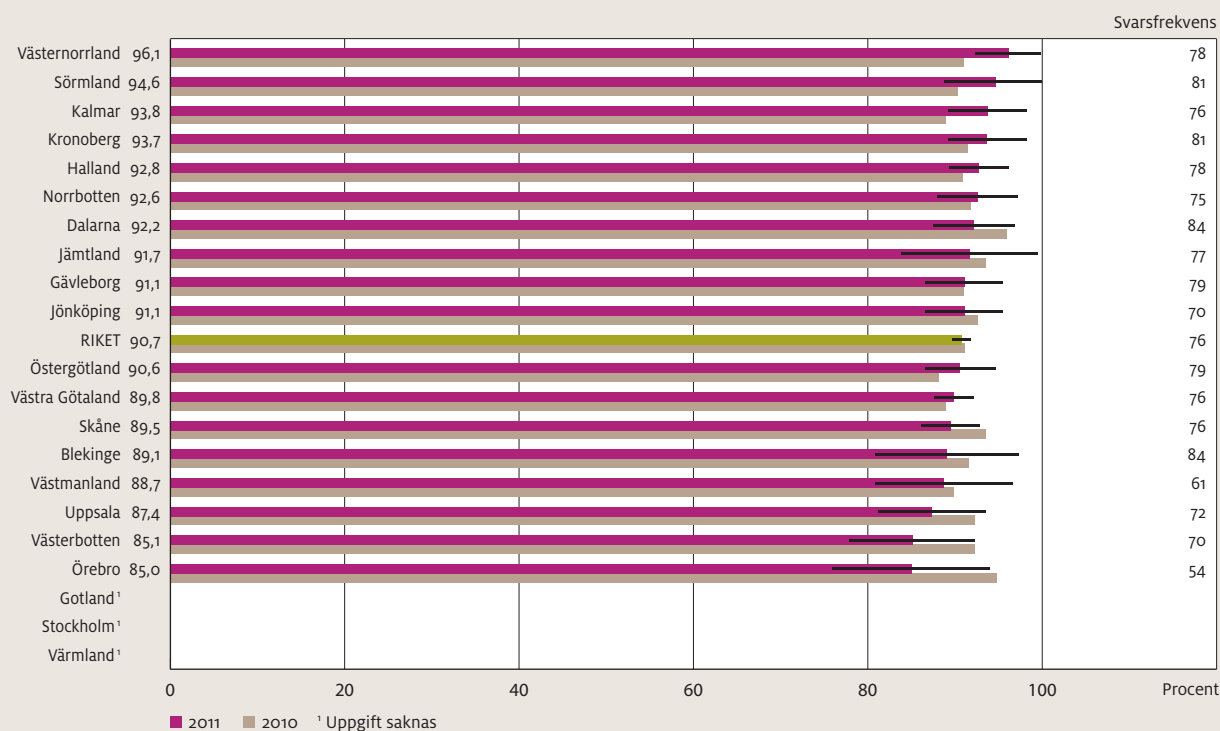
För de kliniker och landsting som har lägre svarsfrekvens ökar osäkerheten i resultatet.

DIAGRAM 50 – RIKET: Andel kvinnor som anger att de är nöjda eller mycket nöjda 1 år efter borttagande av livmoder. Mätperioderna avser operationsår.



Källa: Nationella kvalitetsregistret inom gynekologisk kirurgi.

DIAGRAM 50 – KVINNOR: Andel kvinnor som anger att de är nöjda eller mycket nöjda 1 år efter borttagande av livmoder, 2011. Mätperioden avser operationsår.



Källa: Nationella kvalitetsregistret inom gynekologisk kirurgi.

DIAGRAM 50 – SJUKHUS: Andel kvinnor som anger att de är nöjda eller mycket nöjda 1 år efter borttagande av livmoder, 2011. Mätperioden avser operationsår.



Källa: Nationella kvalitetsregistret inom gynekologisk kirurgi.

Sjukhus med färre än 10 fall redovisas ej

51 PATIENTRAPPORTERADE KOMPLIKATIONER EFTER FRAMFALLSOPERATION

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

Indikatorn visar andelen av de opererade patienterna som uppger att de inte haft komplikationer eller oväntade besvär som resulterat i vårdkontakt. Jämförelsen baseras på 4 128 patienter som opererades under mätperioden och som svarade på enkätfrågan

två månader efter operationen. Svarsfrekvensen för den aktuella frågan uppgick i riket till 81 procent, men med variation mellan registren och klinikerna. Redovisning av landsting baseras på klinikens lokalisering, inte på patientens hemort.

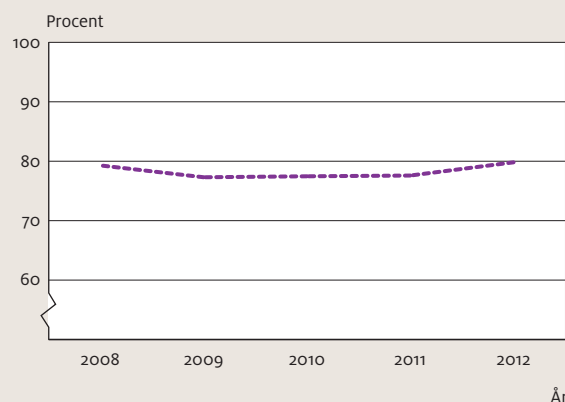
I riket anger knappt 80 procent av kvinnorna att de inte haft komplikationer eller oväntade besvär. De senaste åren har andelen i riket varierat mellan drygt 77 och knappt 80 procent. Det finns skillnader mellan landsting, med en spridning från 72 till 88 procent. Variationen mellan olika kliniker är något större, men bör tolkas försiktigt eftersom ingen hänsyn tagits till skillnader i patientsammansättningen.

En prolapsoperation kan ha många olika svårighetsgrader. Det kan vara ett tekniskt enkelt dagkirurgiskt ingrepp, men det kan också vara en större utmaning, utan säkerhet för att resultatet blir lyckat. Operationerna görs i stigande grad i samarbete mel-

lan kliniker: Några kliniker specialiserar sig på "fast track"-kirurgi och gör endast relativt enkla operationer, medan andra kliniker fungerar som remisskliniker för de mera komplexa fallen. Vid jämförelse mellan olika kliniker är det nödvändigt att ta hänsyn till dessa skillnader i patientsammansättning eller casemix.

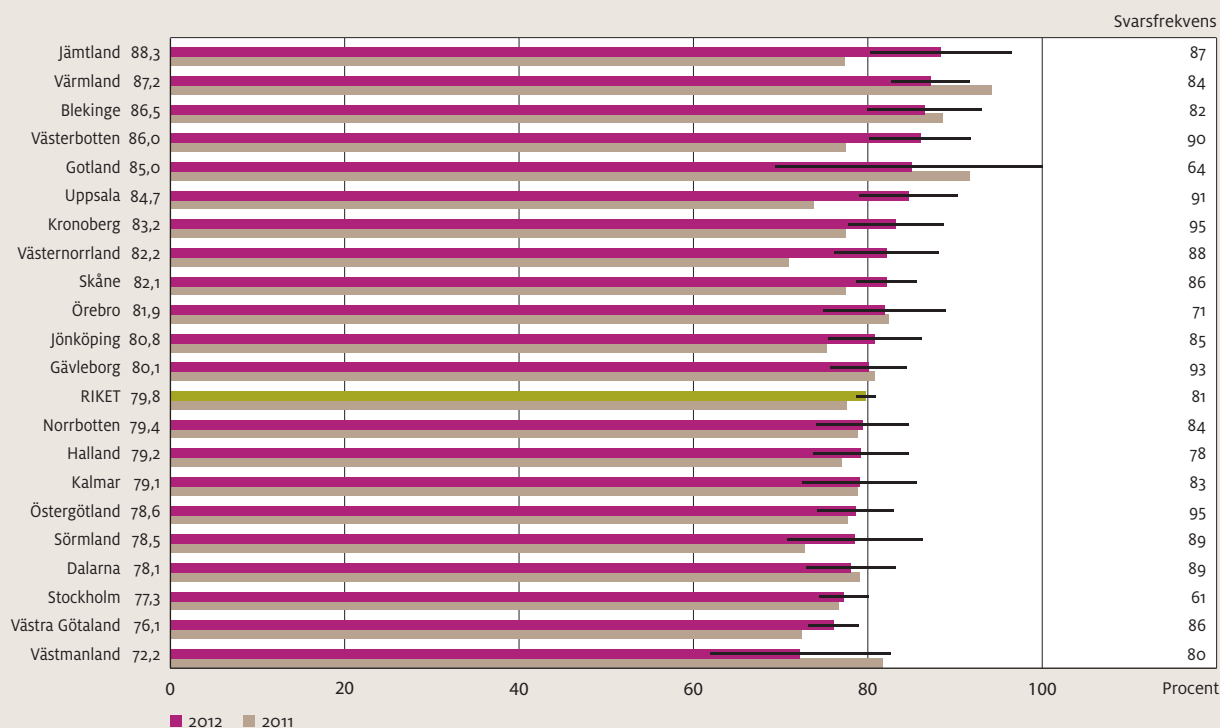
Troligen spelar även information om det normala postoperativa förloppet stor roll för hur patienten uppfattar vissa förväntade symtom och därmed för hur man svarar på enkätfrågan.

DIAGRAM 51 – RIKET: Andel kvinnor som anger att de var komplikationsfria och utan oväntade besvär 2 månader efter operation för livmoderframfall.



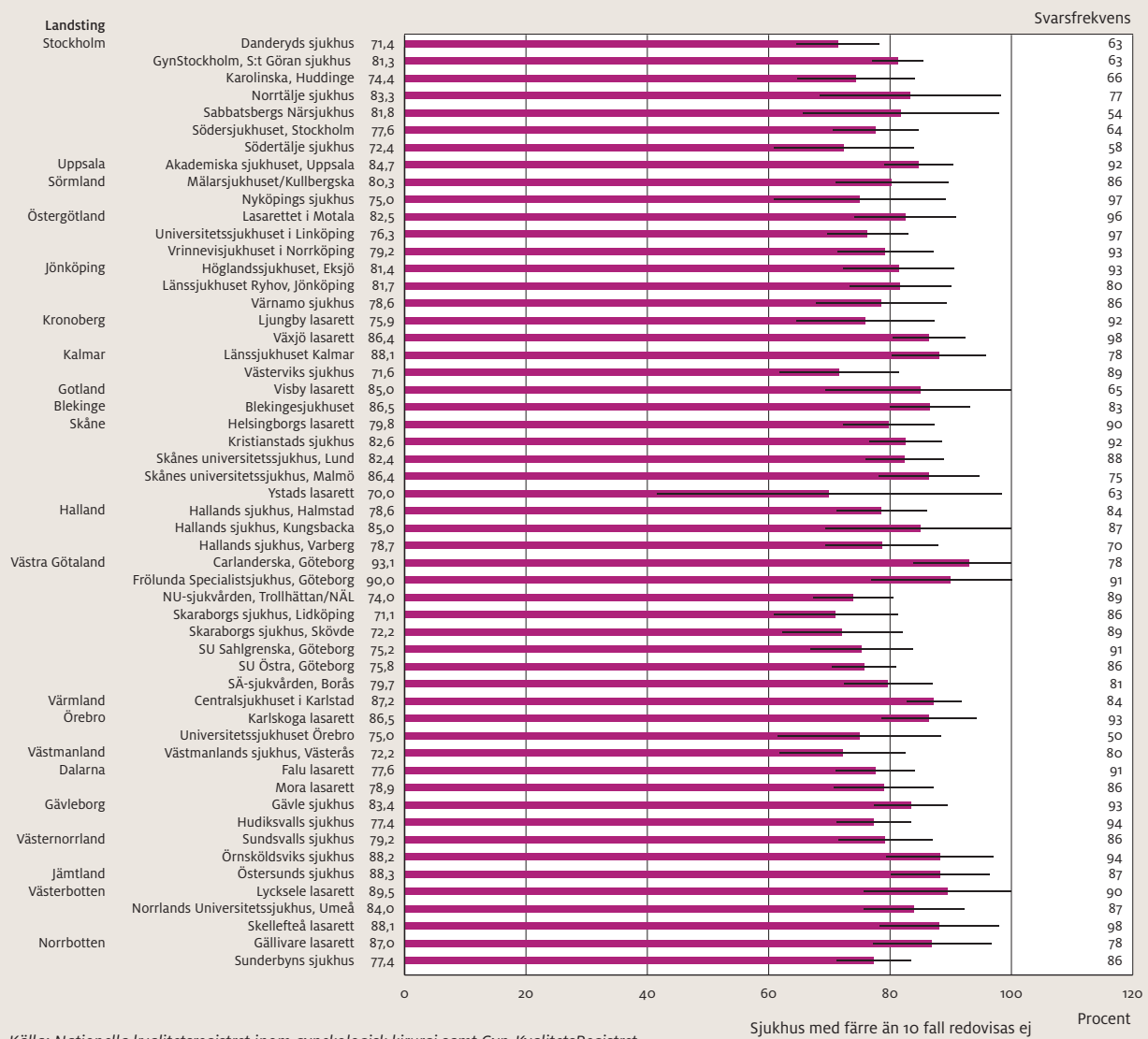
Källa: Nationella kvalitetsregistret inom gynekologisk kirurgi samt Gyn-Kvalitetsregistret.

DIAGRAM 51 – KVINNOR: Andel kvinnor som anger att de var komplikationsfria och utan oväntade besvär 2 månader efter operation för livmoderframfall, 2012.



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

DIAGRAM 51 – SJUKHUS: Andel kvinnor som anger att de var komplikationsfria och utan oväntade besvär 2 månader efter operation för livmoderframfall, 2012.



52 PATIENTRAPPORTERAD FÖREKOMST AV FRAMFALLSSYMTOM EFTER OPERATION

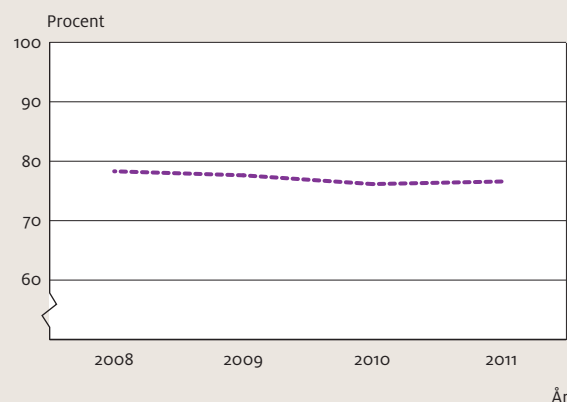
Det enda prolapspecifika symtomet är patienternas känsla av att något buktar ut ur slidan. Effekten av en prolapsoperation på urinblåsan, ändtarmen och funktionella parametrar är komplex och förbättringar kan inte garanteras. Därför väljs i kvalitetsregisteruppföljningen att som patientrapporterat resultat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

Indikatorn visar andelen patienter som ett år efter operationen anger att man aldrig eller nästan aldrig har framfallssymtom. Jämförelsen baseras på 4 275 kvinnor som svarade på enkätens fråga, av de drygt 6 000 kvinnor som opererades under mätperioden och som registrerades i något av registren. Svarsfrekvensen för denna fråga uppgick i riket till 71 procent.

I riket var andelen som aldrig eller nästan aldrig hade framfallssymtom närmare 77 procent, med en variation mellan landsting från knappt 63 till knappt 85. De senaste åren ha andelen i riket varierat från drygt 76 till drygt 78 procent.

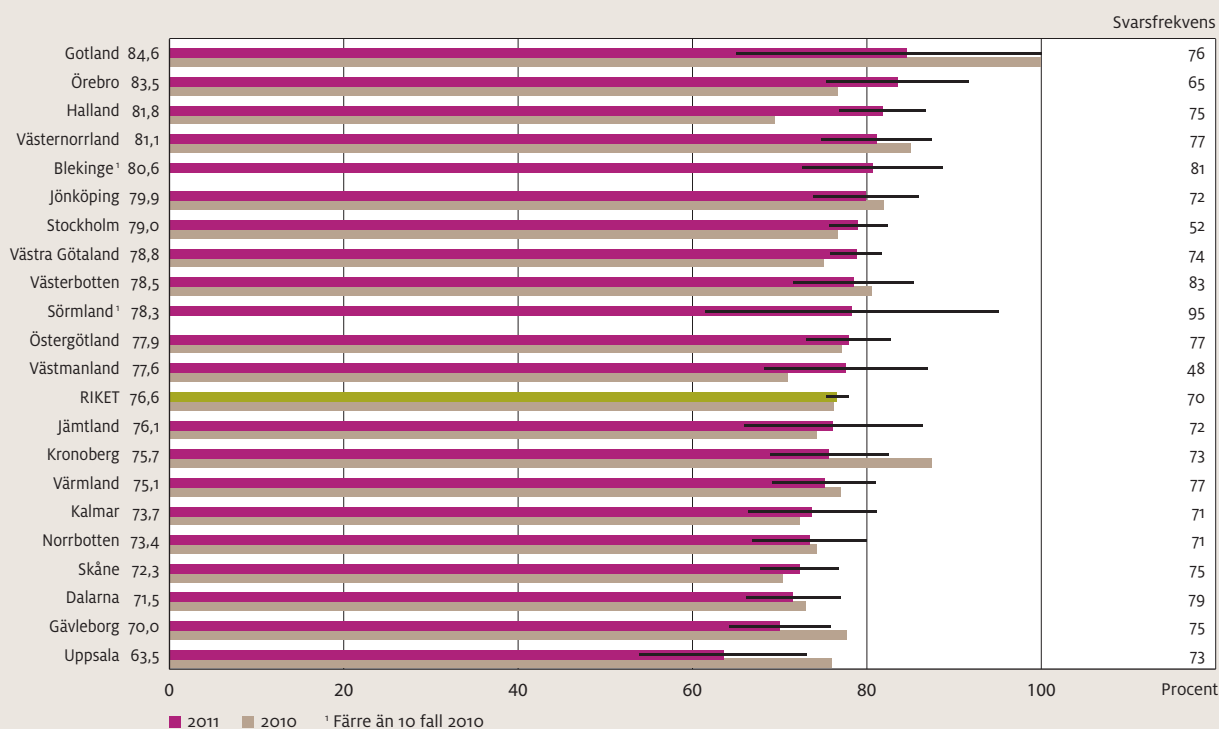
Rättvisande jämförelser på framförallt klinisk nivå förutsätter att hänsyn tas till varierande casemix.

DIAGRAM 52 – RIKET: Andel kvinnor som anger att de aldrig eller nästan aldrig har framfallssymtom 1 år efter operationen. Mätperioderna avser operationsår.



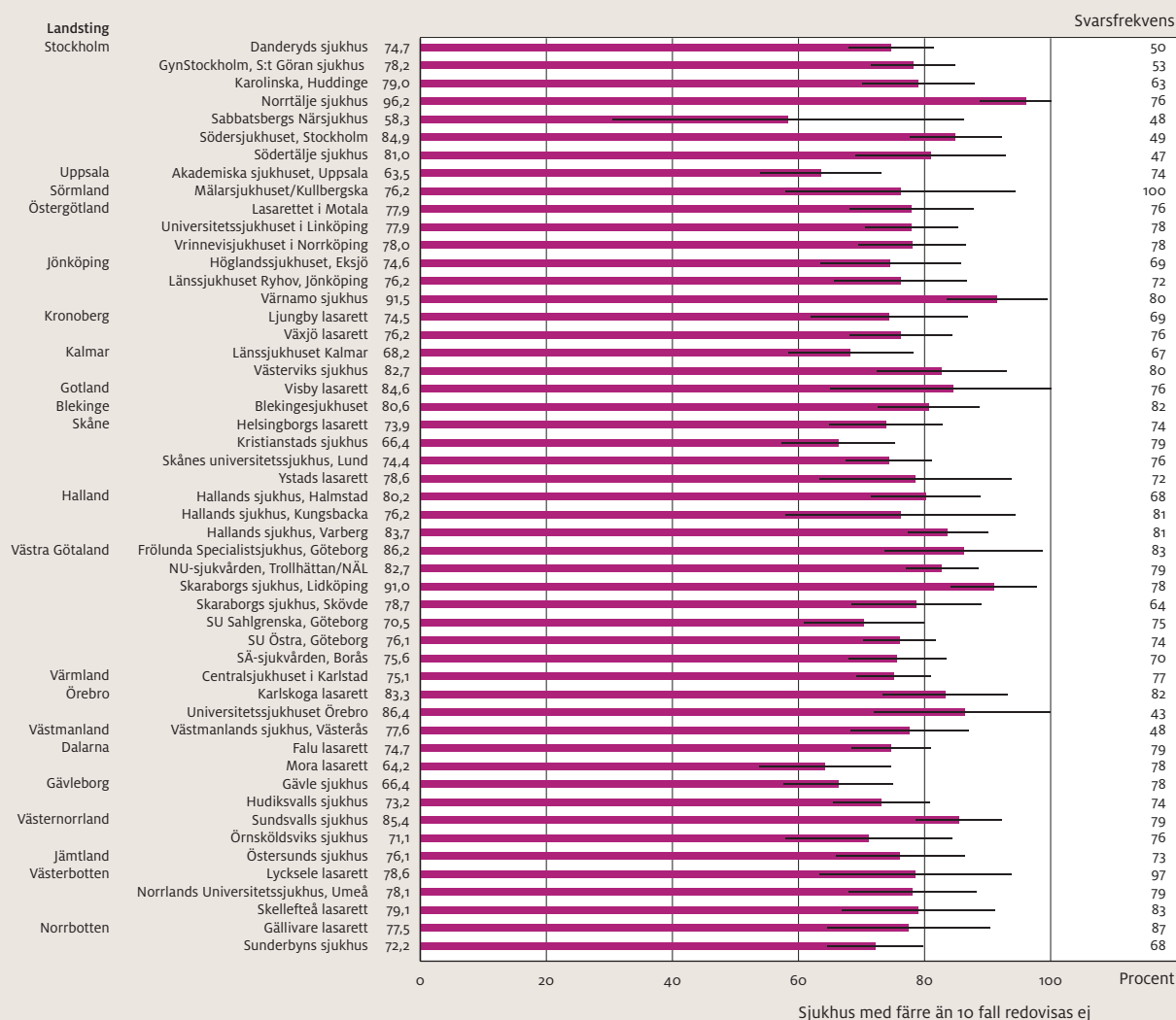
Källa: Nationella kvalitetsregistret inom gynekologisk kirurgi samt Gyn-KvalitetsRegistret.

DIAGRAM 52– KVNNOR: Andel kvinnor som anger att de aldrig eller nästan aldrig har framfallssymtom 1 år efter operationen, 2011. Mätperioden avser operationsår.



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

DIAGRAM 52 – SJUKHUS: Andel kvinnor som anger att de aldrig eller nästan aldrig har framfallssymtom 1 år efter operationen, 2011. Mätperioden avser operationsår.



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

53 PATIENTRAPPORTERADE KOMPLIKATIONER EFTER INKONTINENSOPERATION

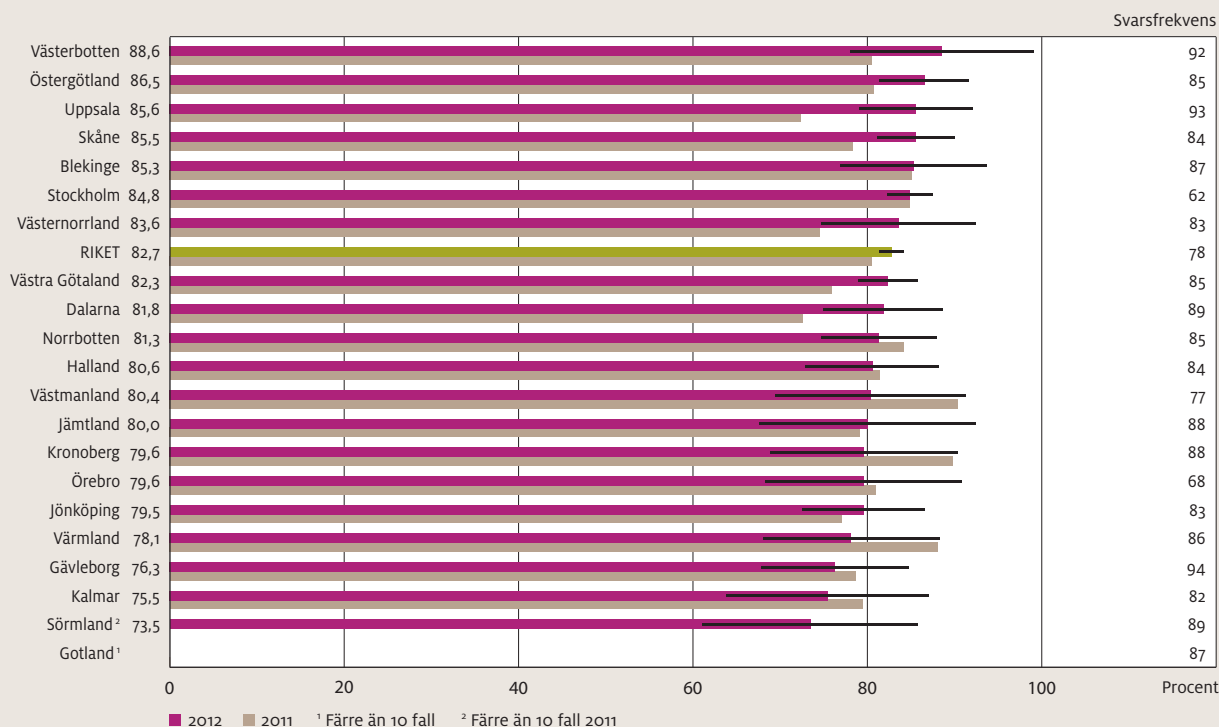
Över 3 500 svenska kvinnor opereras varje år för urininkontinens. För 20 år sedan opererades nästan alla inkontinenta kvinnor med metoder som innebar buksnitt, öppen kirurgi. Vid 1990-talets början påbörjades en utveckling som innebar ökad användning av minimalinvasiva och dagkirurgiska ingrepp. Inkontinensoperationsregistren har en viktig roll för att utvärdera de olika operationstyper som idag förekommer. Detsamma gäller analyser för att identifiera högriskpatienter och lämpliga preoperativa utredningar. Syftet med operation är att göra patienten kontinent eller åtminstone signifikant förbättra hennes inkontinens. Alla metoder är utvecklade för att eliminera eller minska urinläckaget vid ansträngning, men har

även en viss effekt på samtidigt förekommande trängningsläckage.

Hög ålder (> 75 år), tidigare inkontinens- eller framfallsoperationer och fetma (BMI > 35) försämrar behandlingsresultaten. Mer än 80 procent av de opererade har minst en sådan riskfaktor och andelen medel- och högriskpatienter kan variera avsevärt mellan olika kliniker. Hänsyn till detta måste tas, för att jämförelser mellan kliniker ska vara rättvisande.

Indikatorn visar andelen patienter som anger att de inte haft några komplikationer eller oväntade besvär som föranlett läkarbesök två månader efter operationen. Jämförelsen baseras på 2 850 opererade patienter som besvarade denna fråga i patientenkäten. 3 649 operationer registrerades av de båda registren Gyn-OP och Gyn-KvalitetsRegistret under mätperioden. Svarsfrekvensen för denna fråga i enkäten är i riket 78 procent.

DIAGRAM 53 – KVINNOR: Andel kvinnor som anger att de var komplikationsfria och utan oväntade besvär 2 månader efter operation för urininkontinens, 2012.



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

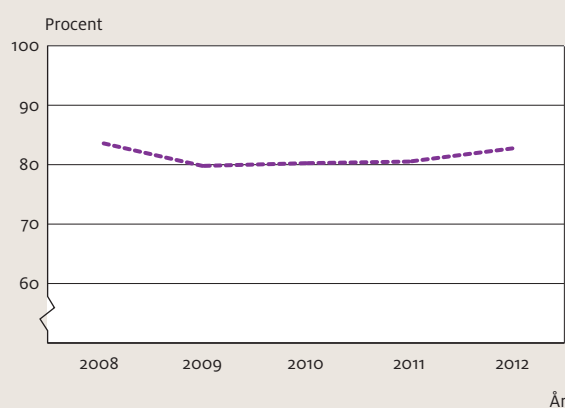
Andelen patienter som anger att de varit komplikationsfria och inte haft oväntade besvär är i riket nästan 83 procent, med en variation mellan landstingen från 73 till närmare 89 procent. De senaste åren har andelen i riket varierat mellan 80 och 84 procent.

Andelen komplikationsfria stämmer väl överens med det resultat som erhålls efter läkarbedömning av enkät och eventuella journaluppgifter. Majoriteten av komplikationerna bedöms som lindriga, till exempel övergående besvär att tömma blåsan, smärtor och infektioner.

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

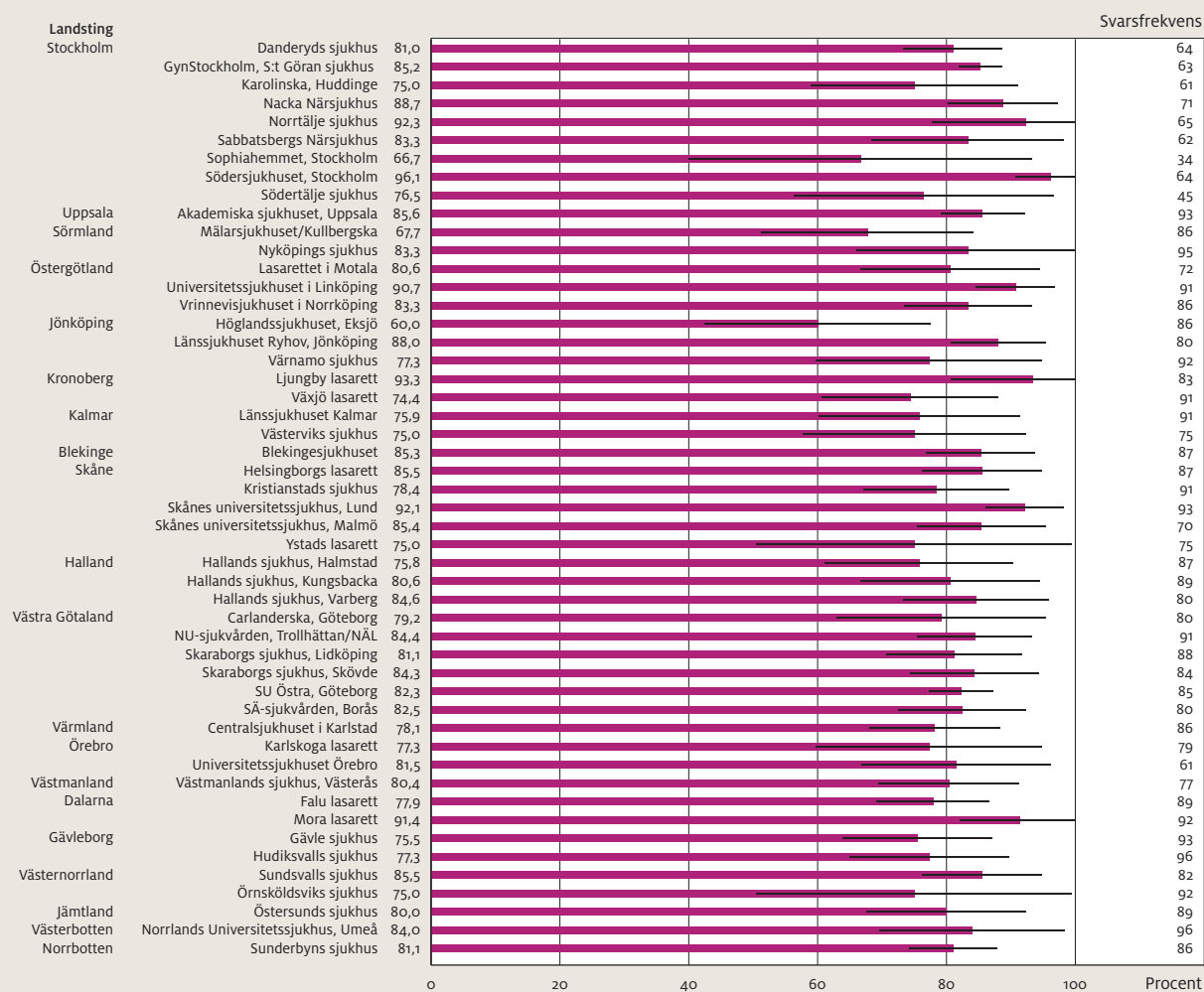
Hänsyn till så kallad case mix, patienternas olika förutsättningar, måste tas för att jämförelser mellan kliniker ska vara rättvisande.

DIAGRAM 53 – RIKET: Andel kvinnor som anger att de var komplikationsfria och utan oväntade besvär 2 månader efter operation för urininkontinens.



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

DIAGRAM 53 – SJUKHUS: Andel kvinnor som anger att de var komplikationsfria och utan oväntade besvär 2 månader efter operation för urininkontinens, 2012.



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

54 PATIENTRAPPORTERAD KONTINENS EFTER INKONTINENSOPERATION

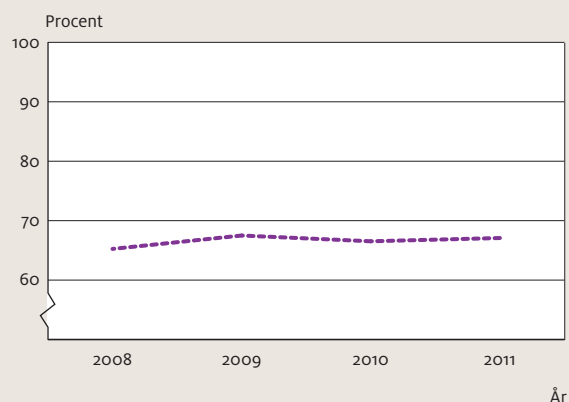
Indikatorn visar andelen patienter som anger att de är kontinenta ett år efter operation för urininkontinens. Gynop-registret ställer även frågan om patienterna är nöjda med operationen, men denna indikator speglar patientens bedömning av operationens resultat. Jämförelsen baseras på 2 351 patienter som svarade på enkätfrågan av de 3 255 som opererades under mätperioden. Svarsfrekvensen för denna fråga i enkäten är därmed 72 procent.

I riket är andelen som uppger att de är kontinenta efter ett år 67 procent. Det är stora skillnader mellan landstingen, med en spridning från 53 till 77 procent. Jämförelser både mellan landsting och mellan kliniker försvåras av att andelen högriskpatienter varierar.

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

Andelen patienter som uppger att de är nöjda med operationen är betydligt högre. Detta avspeglar troligen att många patienter upplever minskad inkonti-

DIAGRAM 54 – RIKET: Andel kvinnor som anger att de är kontinenta 1 år efter operation för urininkontinens. Mätperioderna avser operationsår.



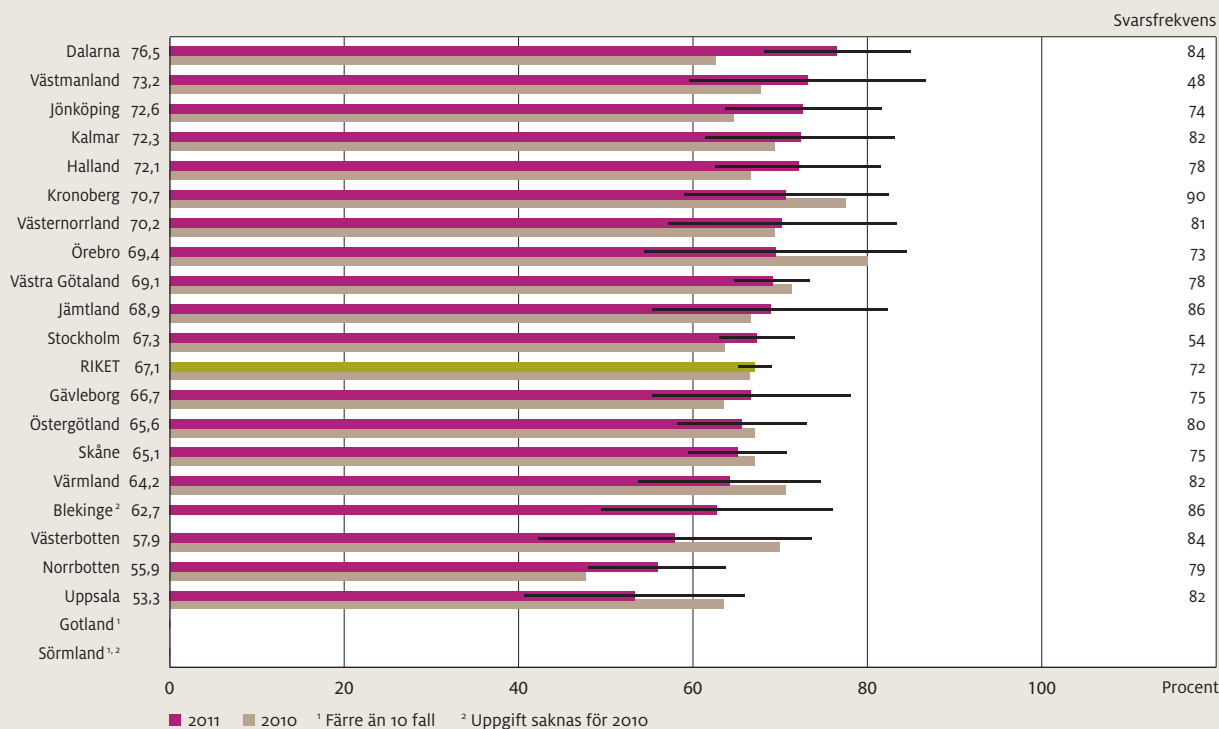
Källa: Nationella kvalitetsregistret inom gynekologisk kirurgi samt Gyn-KvalitetsRegistret.

nensproblematik efter operationen, även om de inte är helt kontinenta enligt den använda definitionen.

Andelen hög- och mellanriskpatienter varierar mellan de olika landstingen och klinikerna, vilket påverkar resultatet.

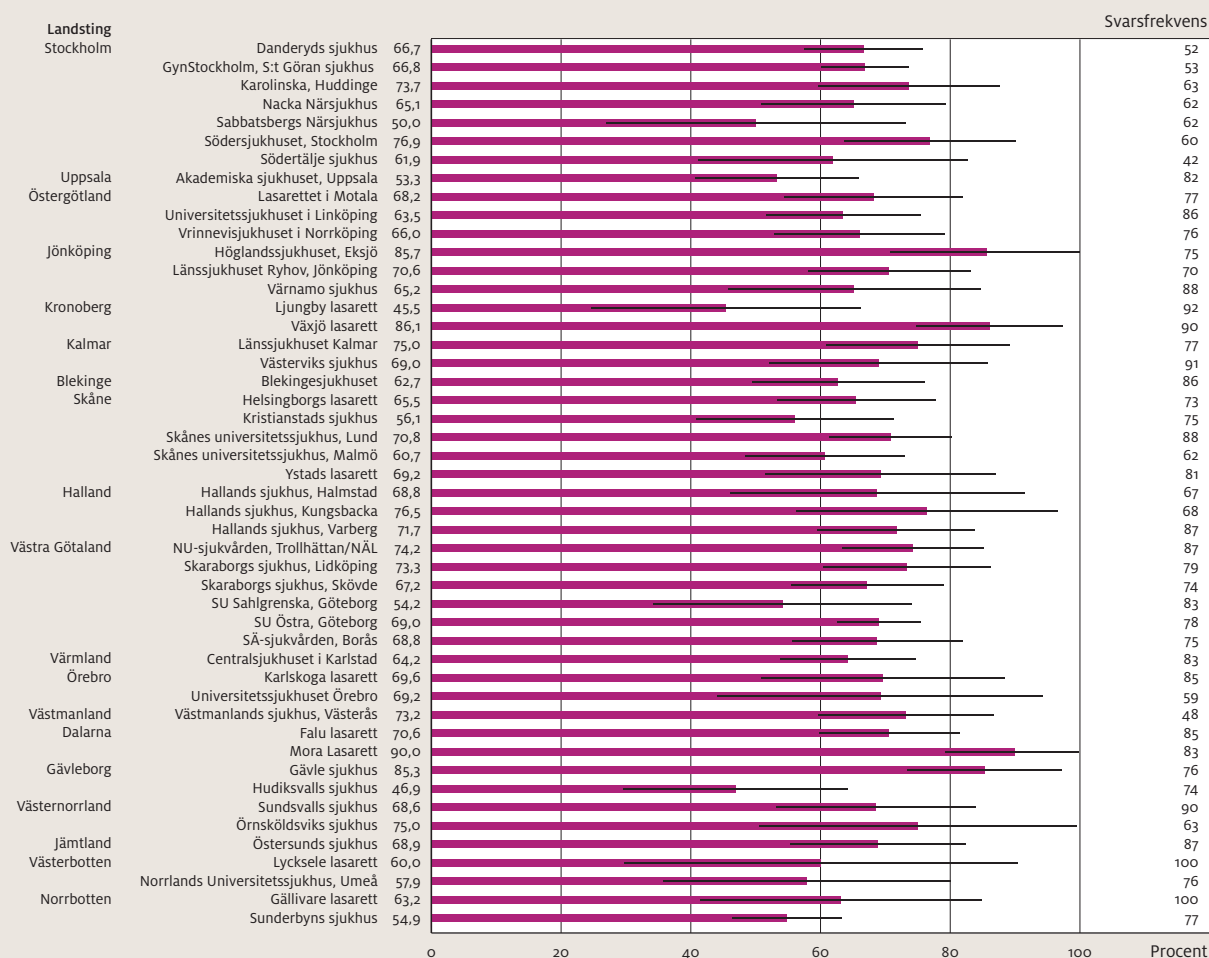
För de kliniker och landsting som har låg svarsfrekvens är resultaten mera osäkra.

DIAGRAM 54– KVNNOR: Andel kvinnor som anger att de är kontinenta 1 år efter operation för urininkontinens, 2011. Mätperioden avser operationsår.



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

DIAGRAM 54 – SJUKHUS: Andel kvinnor som anger att de är kontinenta 1 år efter operation för urininkontinens, 2011. Mätperioden avser operationsår.



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

55 DAGKIRURGISKA OPERATIONER VID LIVMODERFRAMFALL

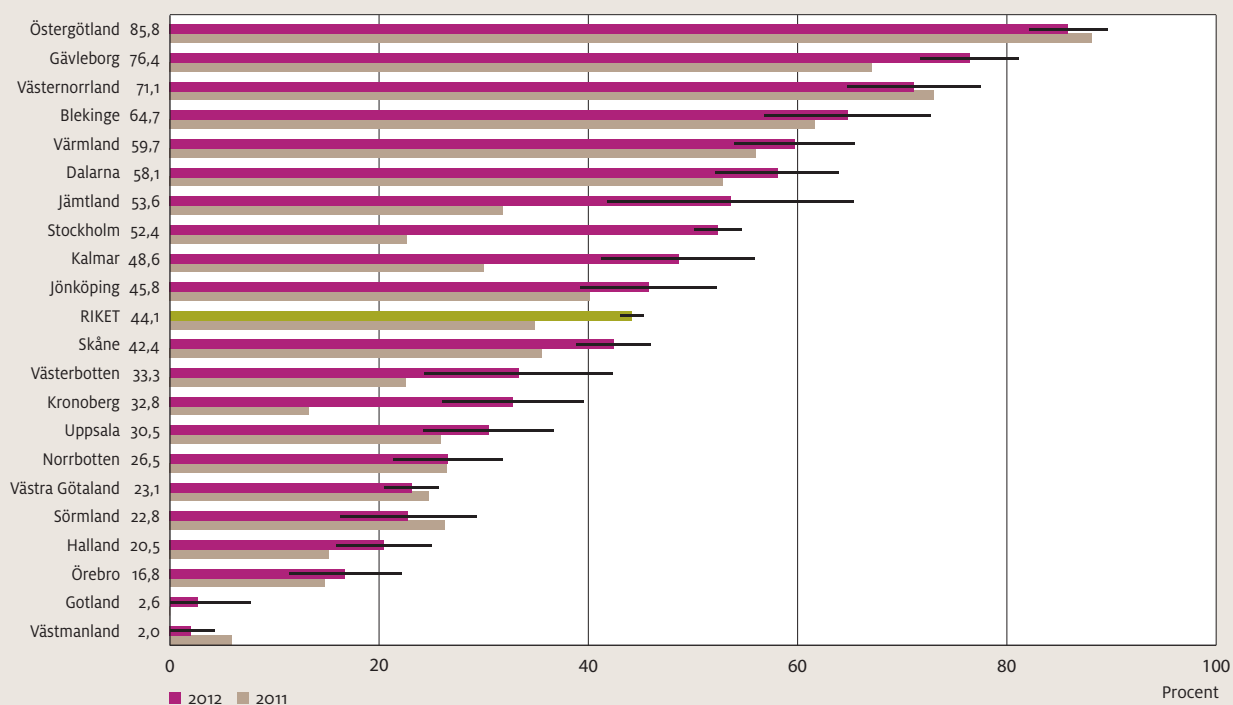
År 2012 opererades enligt Patientregistret cirka 7 200 kvinnor för livmoderframfall. Operationen kan göras som dagkirurgi om man har möjlighet till postoperativ övervakning tillräckligt antal timmar och om det finns tillgång till slutenvårdsresurser, som kan tas i anspråk vid behov. Diagnosen prolaps (framfall) är bred och kan avse helt olika svårighetsgrader. Även operationen kan spänna från att vara en enkel standardoperation till ett komplicerat ingrepp.

Indikatorn visar hur stor andel av framfallsoperationerna som utfördes som dagkirurgi. Måttet är inte ett kvalitetsmått, utan en spegling av skillnader i

medicinsk praxis, som har påverkan på resursanvändningen. Landstingens resultat baseras på kvinnornas hemort, oavsett vid vilken klinik operationen utförts. Det finns ingen orsak att tro att kvinnornas allmän- och sjukdomstillstånd skulle skilja sig radikalt mellan olika landsting. Jämförelser mellan sjukhus kan dock inte tolkas utan att ha kunskap om arbetsfördelning mellan sjukhus.

2012 utfördes i riket närmare 3 200 eller drygt 44 procent av framfallsoperationerna som dagkirurgi. Variationen mellan landsting är som för tidigare år stor, och sträcker sig från 17 till 85 procent, om man bortser från två landsting med påtagligt låga andelar. I riket har andelen påtagligt ökat sedan 2009.

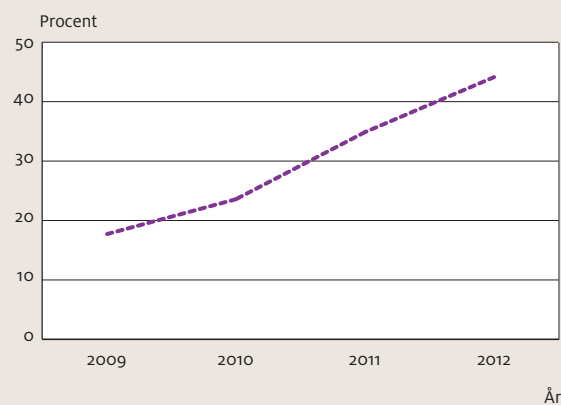
DIAGRAM 55 – KVINNOR: Andel framfallsoperationer utförda i dagkirurgi, 2012.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Olikartade svårighetsgrader, patientens ålder och allmäntillstånd är alla faktorer som kan påverka vårdtidens längd och hur stor andel av operationerna som sker utan inskrivning i slutenvård, således i dagkirurgi. Men att det även finns andra aspekter som spelar stor roll för andelen dagkirurgiskt opererade, framgår av de stora variationerna mellan landsting. Man kan sluta sig till att lokala traditioner spelar en betydande roll. Mycket talar för att de landsting som har en hög slutenvårdsandel kan minska sina kostnader för dessa operationer, utan att kvaliteten försämras.

DIAGRAM 55 – RIKET: Andel framfallsoperationer utförda i dagkirurgi.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

56 KOSTNAD PER VÅRDTILLFÄLLE VID BORTTAGANDE AV LIVMODER

Under 2012 rapporterades 3 629 vårdtillfällen till KPP-databasen med en åtgärds kod för hysterektomi, borttagande av livmoder.

I diagram 56 visas kostnaden per vårdtillfälle i slutenvård för hysterektomi. Patientgruppen och operationen är densamma som den för vilken önskade händelser redovisades i diagram 48.

De allra dyraste fallen, de så kallade kostnadsytterfallen, är exkluderade. Motivet för detta är att visa en "normal" genomsnittskostnad per sjukhus och i viss mån hantera olikheter i patientsammansättning vid sjukhusen.

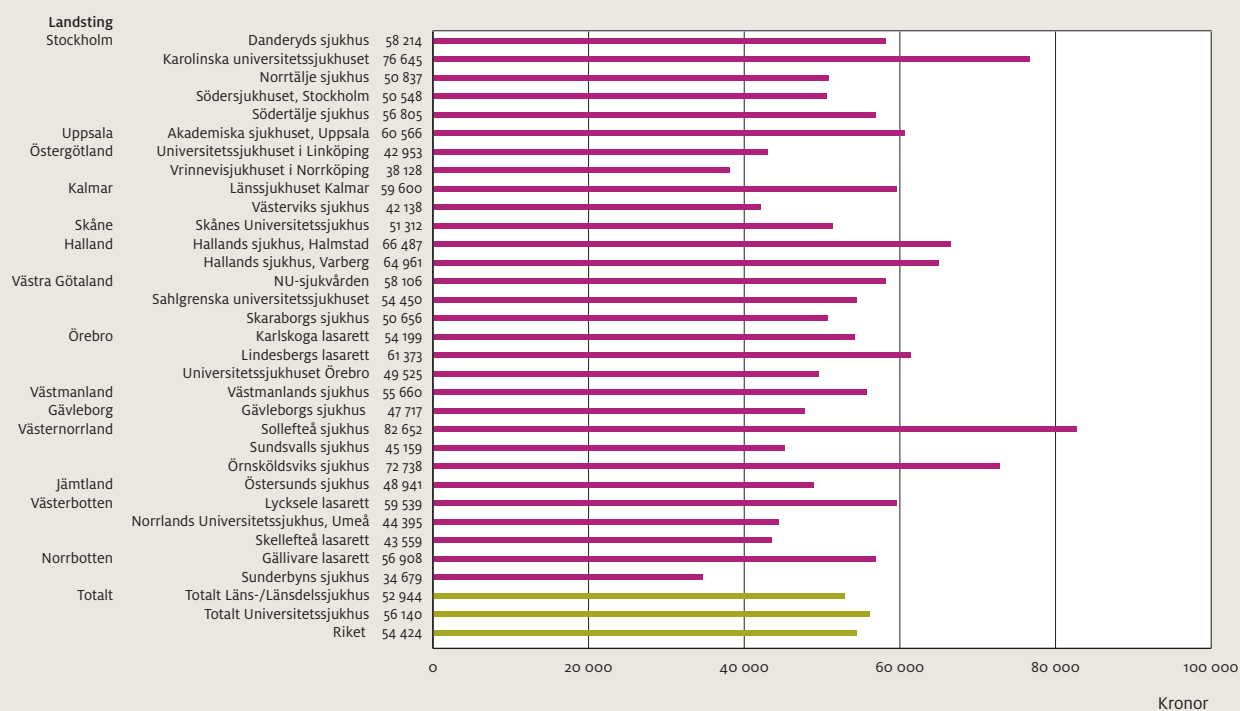
Det finns ett regelverk för hur kostnader ska kalkyleras och redovisas till KPP-databasen, till exempel

vilka kostnader som ska ingå. Trots detta kan kalkylerna skilja sig mellan sjukhusen.

KPP-databasens genomsnittskostnad för innerfallet uppgick 2012 till 54 424 kronor. De redovisade kostnaderna skiljer sig påtagligt mellan sjukhusen, från drygt 34 600 kronor till drygt 76 600 kronor, för sjukhus med fler än 10 fall. Medelvårdtiden är 3 dagar, men varierar mellan sjukhusen.

Kostnadsskillnaderna kan ha flera orsaker, utöver vårdtidens längd. De kan dels spegla 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.

DIAGRAM 56 – SJUKHUS: Kostnad per vårdtillfälle vid borttagande av livmoder, 2012.



Källa: KPP-databasen, Sveriges Kommuner och Landsting.

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 beror på rörelseorganens sjukdomar och kostar därför samhället stora summor årligen. Sjukskrivning på grund av artros belastar sjukförsäkrings-systemet 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 hälso-relaterad livskvalitet och förkortad livslängd.

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

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

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

57 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. Ökad förekomst av övervikt i befolkningen har bidragit till att antalet operationer ökat. Under 2011 utfördes 13 000 primära knäprotesoperationer och över 800 revisionsoperationer på 74 kliniker. Kvinnor svarade för knäppt 60 procent av dessa.

En viktig kvalitetsfaktor vid knäprotesoperation är att implantatet behåller sin funktion ("överlever") under lång tid och inte behöver bytas ut. En andra höftprotesoperation medför ökad risk för sämre resultat.

De uppgifter som redovisas här är hämtade från Svenska Knäprotesregistret, som är Sveriges äldsta nationella kvalitetsregister. Alla knäprotesopererande enheter från alla landsting ingår i registret och täckningsgraden är på över 95 procent. Kliniker lokaliserade inom ett visst landsting redovisas under detta, oavsett från vilket landsting patienten kommer.

Indikatorn visar andelen knäproteser som inte är reviderade (utbytesoperation) inom 10 år, oavsett vilken orsaken till detta är. Indikatorn avser total knäprotesoperation vid artros, operationer utförda under perioden 2002–2011. Antalet operationer under denna period var drygt 92 000.

Analysen är gjord med så kallad Kaplan-Meier-statistik, och beskriver en skattning av hur många knäproteser av 100 som finns kvar i patienter som är opererade under den senaste 10-årsperioden och som fortfarande lever. Den andel som anges är strikt sett ett beräknat värde då den statistiska metoden inkluderar patienter som under observationstiden har avlidit eller emigrerat. Dessa så kallade drop-outs anses i metoden ha samma risk för att bli omopererade som övriga gruppen.

Riksmedelvärdet för perioden var 96 procent för både kvinnor och män, med en spridning mellan landstingen från 85 till 98 procent. För riket skattades således för den aktuella 10-årsperioden att fyra av 100 patienter skulle behöva omopereras (revision) om de

DIAGRAM 57 – TOTALT: Andel totala knäproteser som inte omopereras inom 10 år, 2002–2011.



Källa: Svenska Knäprotesregistret.

levde i tio år, med byte av proteserna eller borttagning eller addering av protesdelar. Det finns ingen skillnad mellan könen.

Revision, utbyte av delar av eller hela proteserna, kan bero på patientrelaterade faktorer men kan också vara tecken på olämpligt protesval eller kirurgisk teknik. Resultaten gäller de senaste tio årens operationer och behöver därför inte helt återspegla den aktuella situationen. Indikatoren 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.

RELATIV REVISIONSRISK VID KNÄPROTESOPERATION

I tabell 57A visas per klinik den så kallade relativa risken för revision (utbyte av hela eller delar av protesen) vid primär knäprotesoperation under tioårsperioden 2002–2011. Enbart cementerade totalknäplastiker gjorda på sjukhus som fortfarande är verksamma ingår. Underlaget för jämförelsen är över 87 184 operationer utförda under tidsperioden och som registrerades i Svenska Knäprotesregistret.

Istället för att som i diagram 90 visa andelen icke-omopererade proteser visar indikatorn den relativa risken för omoperation där värdet per klinik är justerat för skillnader i köns- och åldersfördelning samt för skillnader i fördelning av proteser med och utan patellaknapp. Det kan finnas ytterligare skillnader mellan de olika klinikernas patienter som kan påverka risken för revision, exempelvis fetma och patienternas fysiska aktivitet.

Sjukhusen visas här på samma sätt som i knäprotesregistrets årsrapport, rangordnade efter sin relativa risk för revision. 95 % konfidensintervall anges för den relativa risken samt även för rankingplatsen. En klinik som har en relativ revisionsrisk (RR) som är lägre än 1 har ett bättre utfall än genomsnittet i riket, medan en klinik som har en RR större än 1 har en högre revisionsrisk och därmed ett sämre utfall.

Alingsås har revisionsrisken 0,31, där det sanna värdet med 95 % säkerhet ligger inom intervallet 0,17–0,54. Kliniken har rankingplats 1. Med 95 % säkerhet har man en rankingplats mellan 1–9. Även Helsingborg med rankingplats 9 har en låg RR, men eftersom antalet operationer där är färre, har man dels ett vidare konfidensintervall, dels ett vidare intervall för sin ranking: Den ligger med 95 % säkerhet inom intervallet position 1–57.

En aspekt att notera är att mångåriga mätperioder gör att operationer som utfördes långt tillbaka i tiden påverkar resultatet. Om man istället vill visa en mera aktuell bild av kvaliteten kan man begränsa mätperioden, men då blir istället den statistiska osäkerheten i resultaten större.

TABELL 57A: Relativ revisionsrisk vid knäprotesoperation, 2002-2011. Avser cementerade totalknäplastiker vid artros

Sjukhus	Relativ risk (RR)	95% KI för RR	Rang	95% KI för rang
Alingsås lasarett	0,31	0,17-0,54	1	1-9
Sabbatsbergs Närsjukhus	0,43	0,23-0,78	2	1-26
Lasarettet i Enköping	0,43	0,28-0,69	3	1-18
Varbergs sjukhus	0,52	0,34-0,81	4	2-29
Örnsköldsviks sjukhus	0,58	0,38-0,90	5	2-37
Movement Halmstad	0,59	0,36-0,95	6	2-41
Karolinska, Huddinge	0,59	0,36-0,95	7	2-41
Skaraborgs sjukhus, Lidköping	0,6	0,36-0,98	8	2-42
Helsingborgs lasarett	0,62	0,31-1,27	9	1-57
Spenshults reumatikersjukhus	0,63	0,32-1,23	10	2-56
Ängelholms sjukhus	0,66	0,43-1,01	11	4-44
Högländssjukhuset, Eksjö	0,67	0,41-1,09	12	3-50
Universitetssjukhuset Örebro	0,7	0,45-1,09	13	4-48
Gällivare lasarett	0,7	0,41-1,19	14	3-53
Karlskoga lasarett	0,71	0,44-1,13	15	4-52
Kullbergska sjukhuset, Katrineholm	0,71	0,49-1,03	16	5-45
Västerås lasarett	0,71	0,46-1,11	17	4-50
Carlanderska, Göteborg	0,73	0,36-1,48	18	2-63
Oskarshamns sjukhus	0,74	0,53-1,03	19	7-46
Länssjukhuset Ryhov, Jönköping	0,74	0,49-1,13	20	6-51
Lycksele lasarett	0,75	0,42-1,33	21	3-59
Centralsjukhuset i Karlstad	0,75	0,53-1,06	22	7-48
Mälarsjukhuset, Eskilstuna	0,75	0,40-1,42	23	3-61
Karolinska universitetssjukhuset	0,77	0,55-1,07	24	8-48
Sollefteå sjukhus	0,78	0,51-1,19	25	6-54
Länssjukhuset Kalmar	0,78	0,52-1,18	26	7-53
Elisabethsjukhuset, Uppsala	0,79	0,48-1,29	27	5-58
Lasarettet i Motala	0,8	0,61-1,03	28	12-46
Värnamo sjukhus	0,81	0,54-1,22	29	7-55
S:t Görans sjukhus, Stockholm	0,81	0,65-1,02	30	14-45
Skaraborgs sjukhus, Skövde	0,81	0,50-1,32	31	6-59
Lindesbergs lasarett	0,82	0,54-1,25	32	8-56
Nacka Närsjukhus	0,85	0,45-1,60	33	4-66
SÅ-sjukvården, Borås	0,85	0,56-1,31	34	9-58
Västerviks sjukhus	0,87	0,58-1,30	35	10-58
SU Sahlgrenska, Göteborg	0,87	0,49-1,56	36	6-65
Sunderbyns sjukhus	0,88	0,47-1,66	37	5-68
Hässelholms sjukhus	0,89	0,73-1,09	38	20-50
Skaraborgs sjukhus, Falköping	0,89	0,61-1,30	39	12-58
Nyköpings sjukhus	0,91	0,58-1,42	40	10-62
Skånes universitetssjukhus, Malmö	0,92	0,47-1,79	41	5-70
Löwenströmska sjukhuset	0,92	0,68-1,23	42	17-56
Frölunda Specialistsjukhus, Göteborg	0,92	0,61-1,38	43	12-60
Norrlands Universitetssjukhus, Umeå	0,95	0,65-1,38	44	15-60
Södertälje sjukhus	0,95	0,66-1,37	45	15-60
Falu lasarett	0,96	0,72-1,29	46	20-58
Växjö lasarett	1	0,68-1,47	47	16-64
Mora lasarett	1,01	0,70-1,44	48	19-62
SÅ-sjukvården, Skene	1,05	0,69-1,58	49	19-66
Sundsvalls sjukhus	1,06	0,74-1,51	50	22-64
Blekingesjukhuset, Karlshamn	1,06	0,79-1,42	51	26-62
Länssjukhuset i Halmstad	1,08	0,79-1,48	52	26-64
Danderyds sjukhus	1,08	0,79-1,49	53	27-64
Södersjukhuset, Stockholm	1,1	0,83-1,44	54	30-63
Torsby sjukhus	1,18	0,81-1,73	55	28-69
Sophiahemmet, Stockholm	1,22	0,87-1,72	56	33-69
Visby lasarett	1,27	0,86-1,89	57	32-72
Östersunds sjukhus	1,29	0,92-1,81	58	36-71
SU Mölndal	1,32	0,92-1,89	59	38-72
Gothenburg Med Center	1,33	0,88-1,99	60	36-73
Vrinnevisjukhuset i Norrköping	1,34	0,90-1,99	61	36-73
Piteå Älvdals sjukhus	1,35	1,04-1,74	62	46-69
Skellefteå lasarett	1,38	0,95-1,99	63	40-73
Arvika sjukhus	1,4	1,01-1,95	64	44-72
Gävle sjukhus	1,46	0,99-2,16	65	42-74
NU-sjukvården, Uddevalla	1,53	1,18-1,98	66	53-73
Trelleborgs lasarett	1,56	1,32-1,86	67	58-72
Ortopediska Huset, Stockholm	1,69	1,41-2,03	68	61-74
Ljungby lasarett	1,69	1,22-2,35	69	55-75
Bollnäs sjukhus	1,74	1,39-2,17	70	61-74
Skånes universitetssjukhus, Lund	1,75	1,03-2,98	71	45-75
Akademiska sjukhuset, Uppsala	1,82	1,39-2,38	72	61-75
Hudiksvalls sjukhus	1,84	1,30-2,60	73	58-75
Norrtälje sjukhus	1,92	1,40-2,63	74	61-75
Kungälv sjukhus	2,08	1,64-2,63	75	67-75

58 IMPLANTATÖVERLEVAD VID TOTAL HÖFTPROTESOPERATION

Höftprotesregistret registrerade 15 978 primära totala höftproteser under 2012, vilket är ungefär samma volym som de föregående åren. I ett tioårsperspektiv har antalet protesoperationen ökat kraftigt. Fler kvinnor än män opereras. Ungefär 60 procent av operationerna görs på kvinnor. Under 2012 rapporterades 2 283 reoperationer, varav 1 906 var revisionsoperationer.

Ett viktigt kvalitetsmått vid total höftprotesoperation är hur länge protesens "överlever" efter operationen. Svenska Höftprotesregistret följer sedan länge denna kvalitetsindikator.

Till Svenska Höftprotesregistret rapporterar samtliga berörda kliniker, offentliga som privata. En jämförelse med patientregistret visade att höftprotesregistret på individnivå hade en täckningsgrad på nästan 98 procent verksamhetsåret 2012.

Indikatorn visar hur stor andel av patienterna som tio år efter total höftprotesoperationen har kvar det inopererade höftimplantatet ("implantatöverlevnad"), en beräkning som baseras på så kallad Kaplan-Meier statistik. Definition av misslyckande är utbyte av någon del av protesens eller borttagande av hela protesens genom en revisionsoperation. Uppgifterna

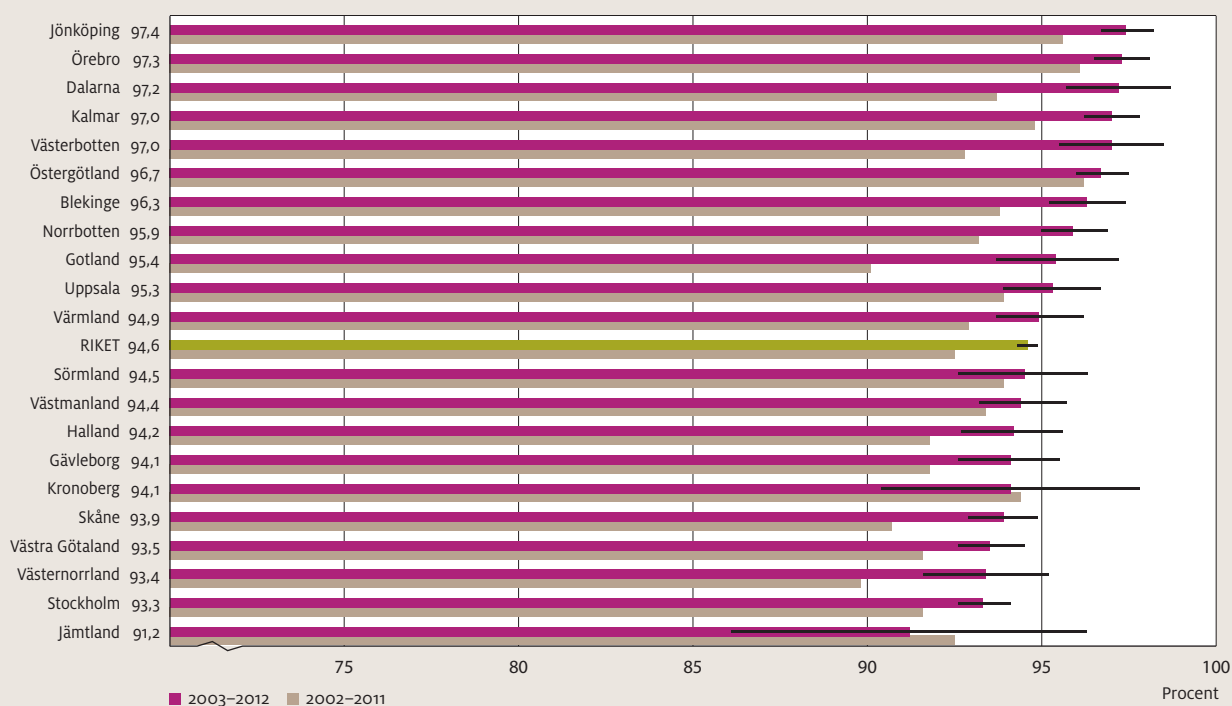
här avser 141 506 operationer utförda under senaste 10-årsperioden 2003–2012. Alla diagnoser är inkluderade.

Riket hade under den gångna 10-årsperioden en 95-procentig protesöverlevnad, vilket är världens högsta rapporterade nationella 10-årsresultat. Landstingens resultat varierar från 91,2 till 97,4 procent, för båda könen sammantagna. Kvinnors operationer har ett något bättre långtidsresultat än männens. Denna könsskillnad beror sannolikt på männens högre fysiska aktivitet, som ger ett högre långtidsslitage av protesdelarna, vilket i sin tur kan orsaka lossning av protesens.

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 protesens. 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 remit-

DIAGRAM 58 – TOTALT: Andel totala höftproteser som inte omopereras inom 10 år, 2003–2012.

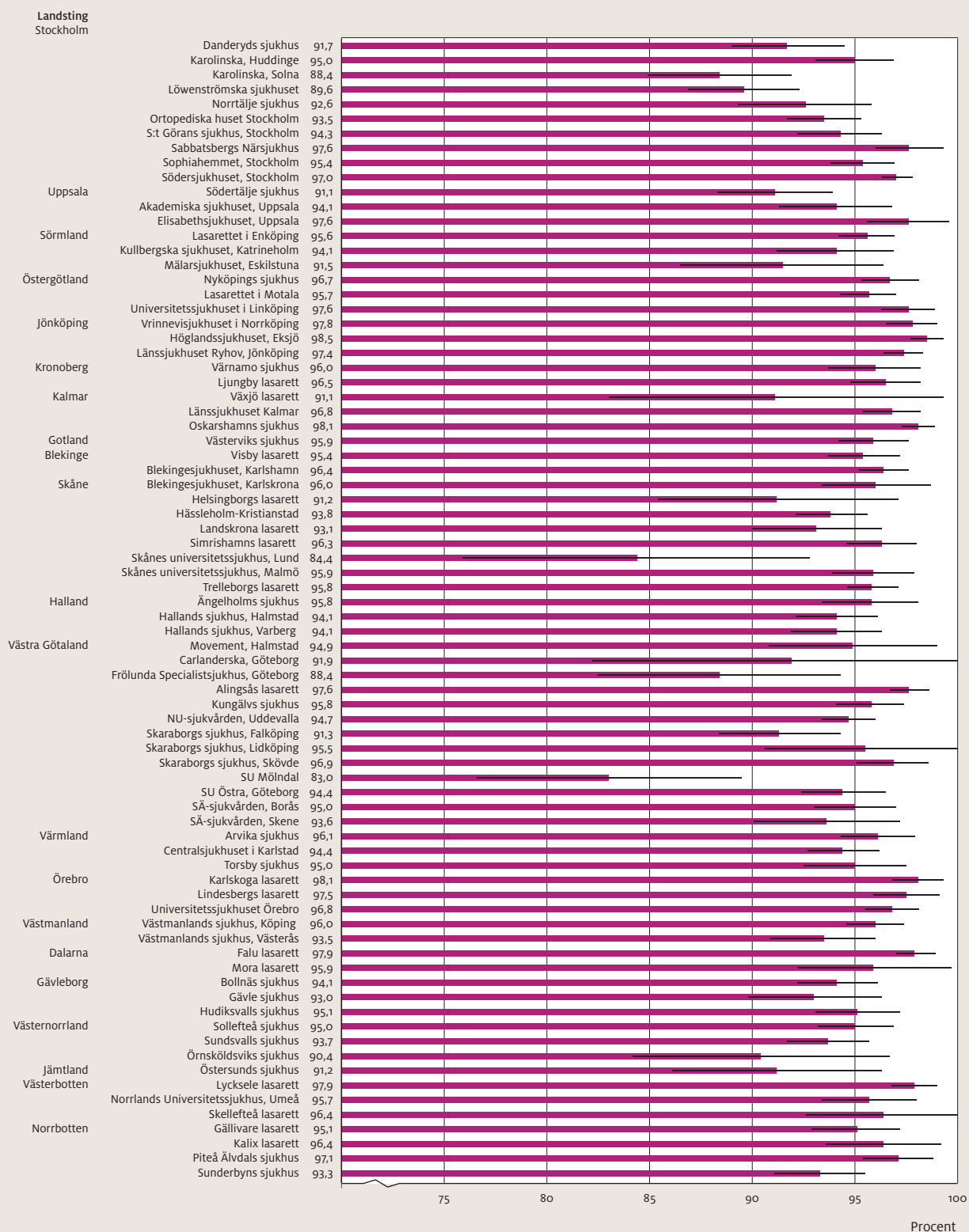


Källa: Svenska Höftprotesregistret.

teras till särskilda kliniker. Dessa opererar därmed patienter med större operationsrisker, vilket ger en högre komplikationsfrekvens. Vid remittering över

landstingsgränser kan utfallet därför påverkas. Ingen korrigering för detta har gjorts i redovisningen.

DIAGRAM 58 – SJUKHUS: Andel totala höftproteser som inte omopereras inom 10 år, 2003–2012.



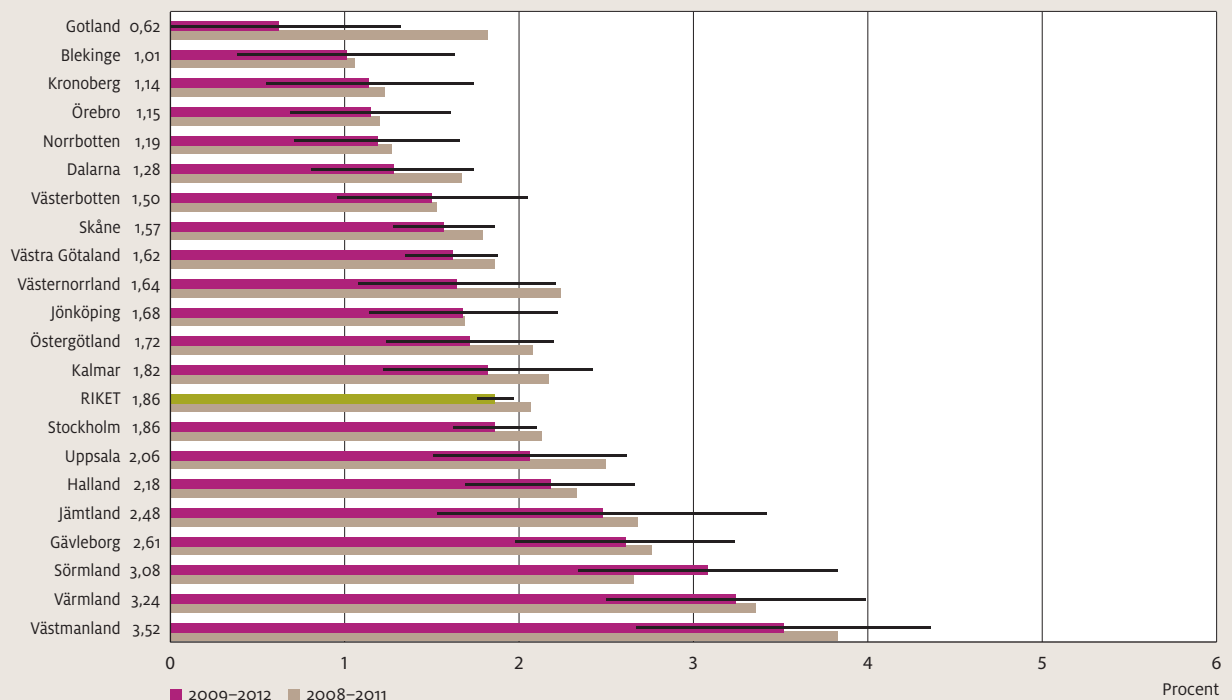
Källa: Svenska Höftprotesregistret.

59 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 ytterligare kirurgi. Den korta uppföljningstiden återspeglar i huvudsak tidiga och allvarliga postoperativa komplikationer,

DIAGRAM 59 – TOTALT: Andel omoperationer inom 2 år efter total höftprotesoperation, 2009–2012.

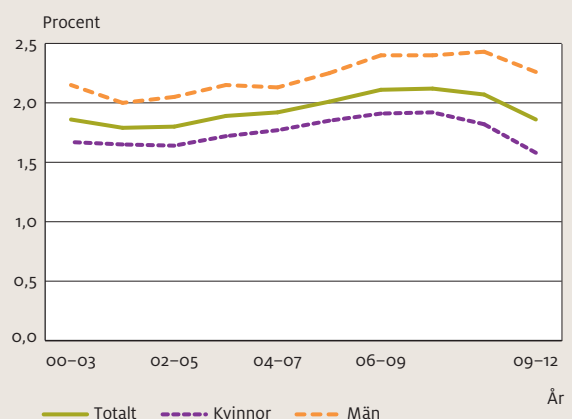


Källa: Svenska Höftprotesregistret.

som djup infektion och revision på grund av upprepade urladdningar 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.

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

DIAGRAM 59 – RIKET: Andel omoperationer inom 2 år efter total höftprotesoperation.



Källa: Svenska Höftprotesregistret.

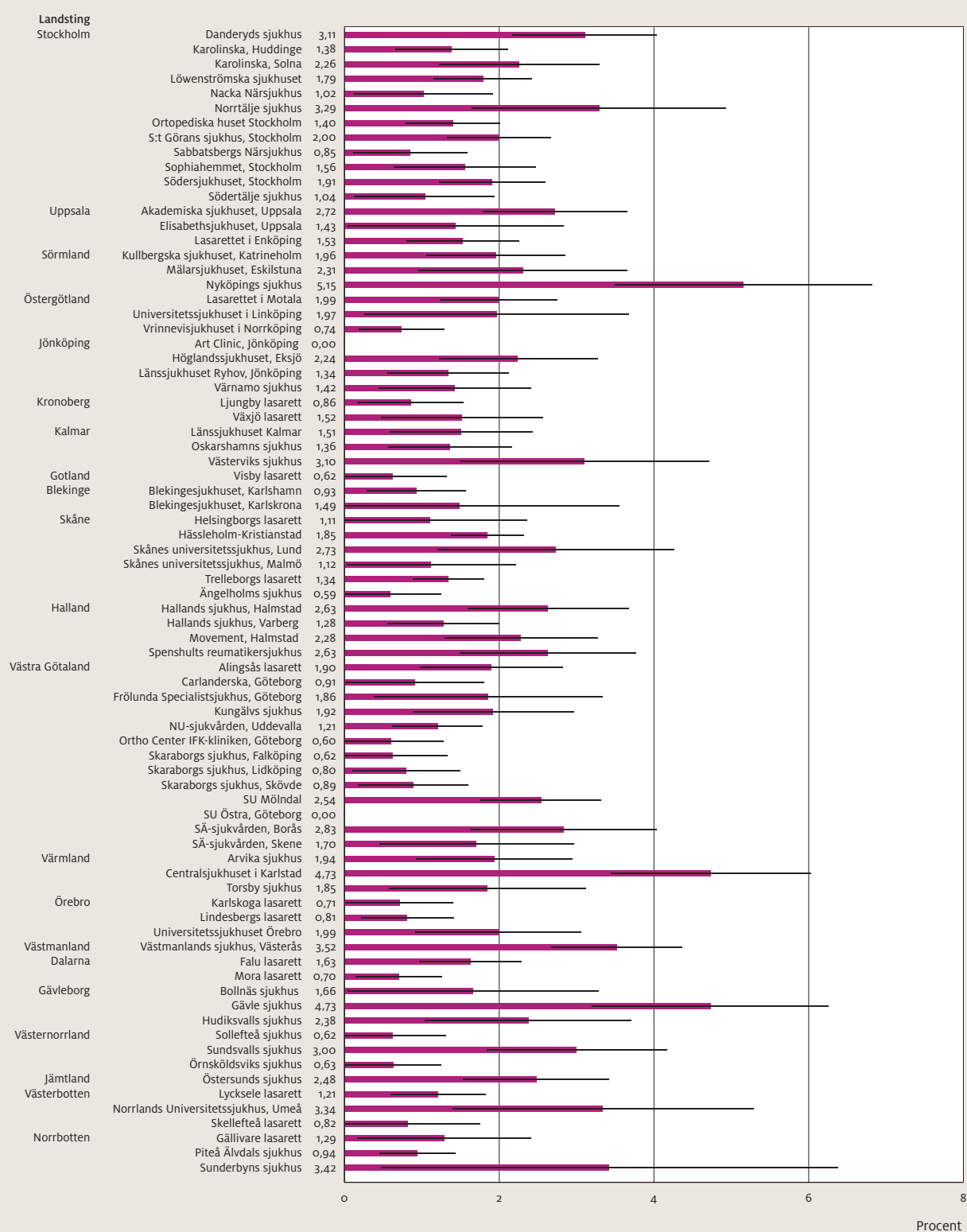
I riket som helhet omopererades 1,8 procent av patienterna inom två år, under mätperioden 2009-2012. Detta motsvarar 1 184 patienter. Jämförelsen baseras på knappt 63 600 operationer under mätperioden. Variationen mellan landsting sträcker sig från cirka 1 till 3,5 procent. Komplikationsfrekvensen är lägre bland kvinnor än för män, dock är skillnaden liten. Variationen på sjukhusnivå är större, från inga komplikationer upp till fem procent. Alla landsting utom två har förbättrat sina resultat, jämfört med jämförelseperioden.

Komplikationstalen är generellt låga. Patientsammansättning och slumpmässig variation har stor

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

En nollvision är inte realistisk vad gäller komplikationer efter en kirurgisk operation. Riksgenomsnittet har de senaste åren legat konstant på 1,6-2,1 procent omoperationer inom två år. Detta gör att man kan anse att målnivån bör ligga i mitten av detta intervall. Men som framgår av vissa landstings och klinikers resultat är än lägre komplikationsfrekvenser möjliga. Den större spridningen på enhetsnivå ger indikatorn större tyngd avseende förbättringsarbete.

DIAGRAM 59 – SJUKHUS: Andel omoperationer inom 2 år efter total höftprotosoperation, 2009–2012.



Källa: Svenska Höftprotesregistret.

Procent

60 OÖNSKADE HÄNDELSE EFTER KNÄ- OCH HÖFTPROTESOPERATION

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

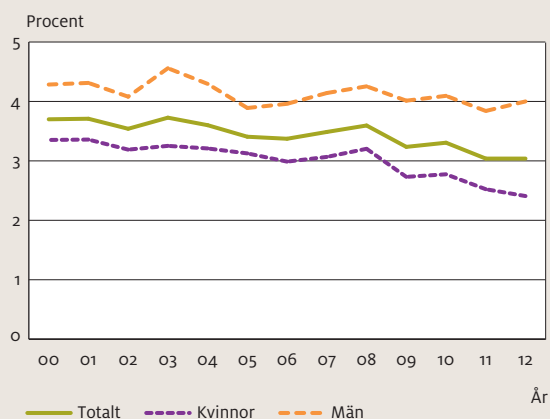
Även om ingreppen idag är att betrakta som rutin-kirurgi gäller det stora kirurgiska operationer, som inte är helt riskfria för patienten. Modern anestesiologi, noggrann medicinsk utredning före operationen, liksom infektions- och blodproppsförebyggande åtgärder är viktiga för att nå låga komplikations- och mortalitetsfrekvenser.

Återinläggning och död efter operation är internationellt sett vanligt förekommande kvalitetsindikatorer. Begreppet "oönskade händelser" är en försvenskning av det vanligt förekommande engelska uttrycket "adverse events".

Indikatorn visar andelen patienter som återinskrivs på sjukhus eller avled inom 30 dagar efter höft- och knäprotesoperation. Knappt 79 000 operationer utförda under 2010–2012 ingår i jämförelsen, med patientregistret som källa. Orsaker till återinläggning

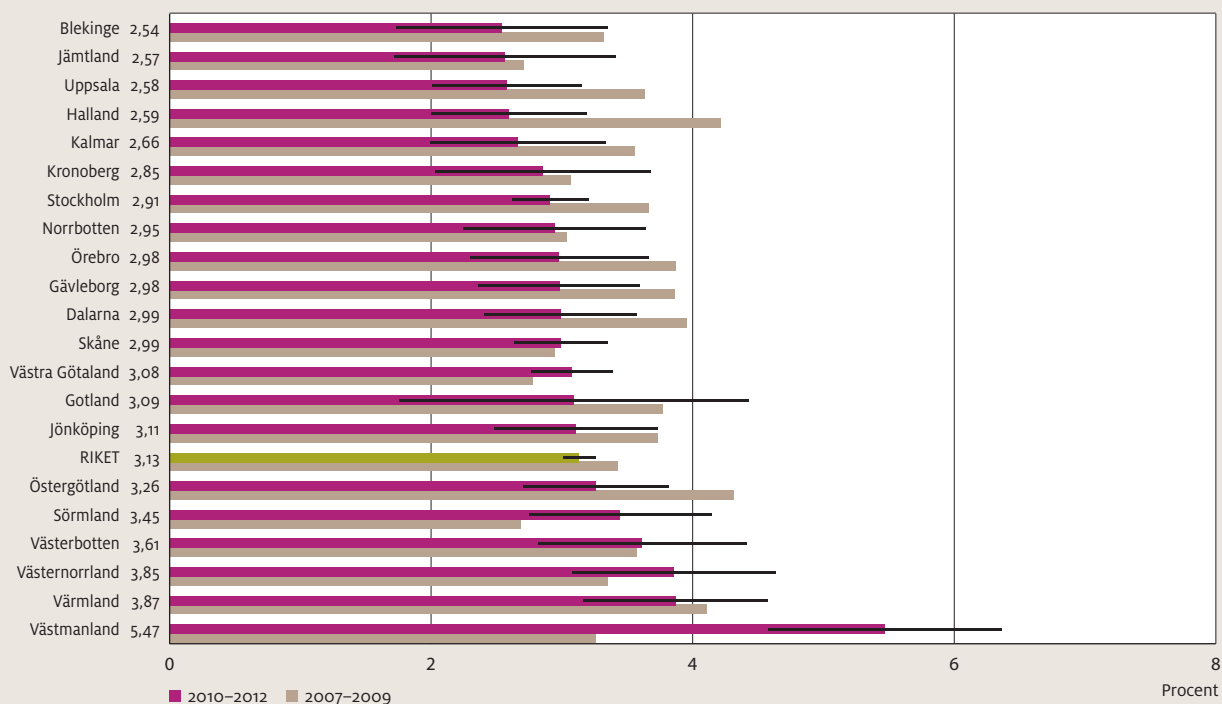
är bland annat proteskomplikationer och vanliga hjärt-kärlsjukdomar som hjärtinfarkt, kärlkramp, hjärtsvikt och stroke. Redovisningen per landsting baseras på patientens hemort, inte på klinikkens lokalisering.

DIAGRAM 60 – RIKET: Oönskade händelser inom 30 dagar efter knä- eller total höftprotesoperation. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 60 – TOTALT: Oönskade händelser inom 30 dagar efter knä- eller total höftprotesoperation, 2010–2012. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

I riket uppgick andelen avlidna eller återinskrivna till 3,1 procent. De specifika proteskomplikationerna står för två tredjedelar av de studerade återinläggningarna. Det är en viss spridning mellan landstingen, från 2,5 till 5,5 procent. I riket som helhet kan en tendens till minskning noteras under den senaste 10-årsperioden, trots en kraftig nedgång av medelvårdtiden från cirka tio dagar 1998 till strax under 6 dagar 2011. Andelen återinskrivna eller döda är högre bland män än bland kvinnor.

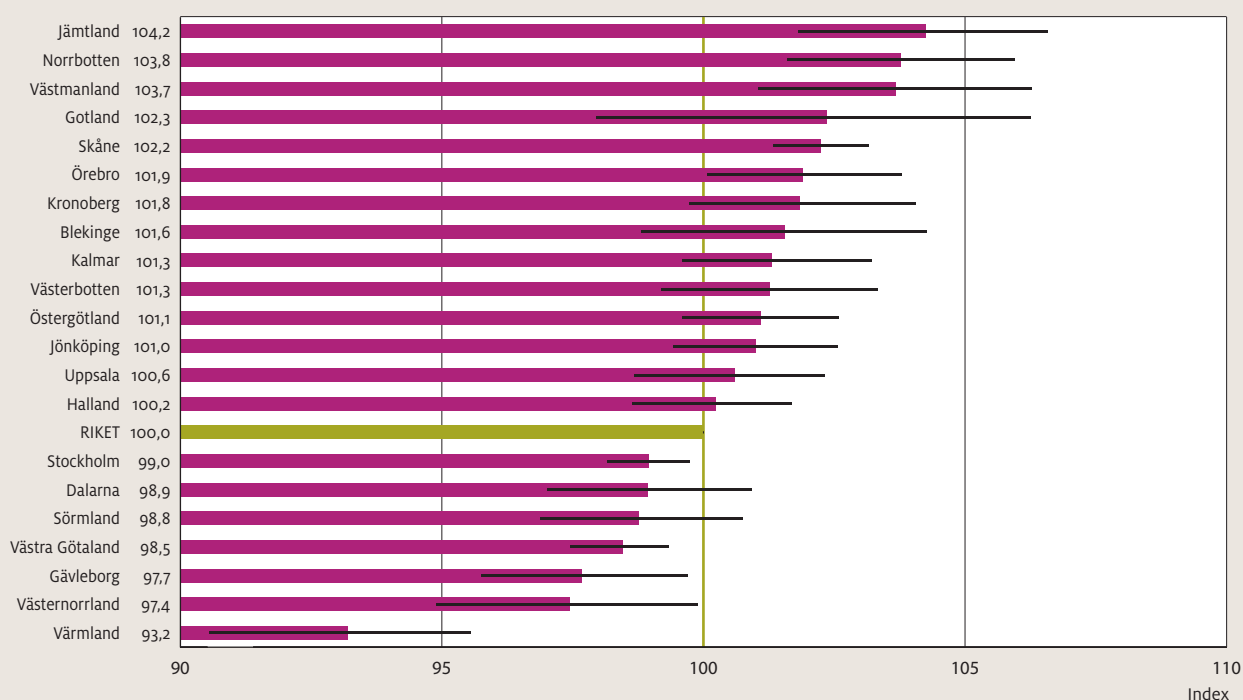
Återinläggning och död kan bero på lokala komplikationer relaterade till kirurgin, men också på andra medicinska komplikationer. Till de svenska knä- och höftprotesregistren rapporteras återinläggningar på grund av lokala komplikationer, som krävt någon form av reoperation. Dessa register fångar dock inte de övriga medicinska komplikationerna. Med patientregistret som källa kan flera oönskade händelser analyseras. Detta samlade komplikationsmått är mer relevant för patienten och sjukvården än att bara rapportera en lokal höftkomplikation.

61 PATIENTRAPPORTERAT RESULTAT AV TOTAL HÖFTPROTESOPERATION

De främsta indikationerna för höftproteskirurgi är upplevd smärta och låg hälsorelaterad livskvalitet. Därför är det viktigt att mäta och rapportera dessa variabler för att kunna optimera den enskilda patientens behandling och att mäta resultat i flera dimensioner. Höftprotesregistret följer sedan 2002 upp patientrapporterade resultat av operationen. Man använder bland annat instrumentet EQ-5D, som ger hälsorelaterad livskvalitet i ett index. Alla patienter besvarar före operationen ett formulär med tio frågor. Samma formulär med en kompletterande fråga om tillfredsställelse med operationsresultatet skickas till patienten efter ett år. Proceduren upprepas efter sex och tio år. Alla höftprotesopererande kliniker i landet ingår i denna uppföljningsrutin. Svarsfrekvensen på enkäten är 85 procent före operationen och 90 procent vid ettårsuppföljningen.

Indikatorn visar den faktiska hälsorelaterade livskvaliteten ett år efter operationen, jämfört med den förväntade, per klinik och landsting. Värdet uttrycks som ett indextal, där ett värde över 100 anger att det faktiska snittvärdet för EQ-5D index är större än det förväntade, och vice versa.

DIAGRAM 61 – TOTALT: Patientrapporterat resultat av total höftprotesoperation, 2010–2011. Indexvärde för relationen mellan förväntad och faktisk hälsorelaterad livskvalitet (EQ-5D) efter ett år. Mätperioden avser operationsår.



Källa: Svenska Höftprotesregistret.

Den förväntade EQ-5D nivån är framräknad med hänsyn tagen till en rad olika karakteristika hos patienterna vid de olika klinikerna. Värdet anger vilken nivån skulle vara om kliniken når ett lika bra resultat som riket, efter att hänsyn till patienternas förutsättningar tagits. Värdet över 100 innebär att kliniken har ett bättre resultat än landet i övrigt när man justerar för ålder, kön, samsjuklighet, diagnos och ingångsvärden. De kliniker/landsting som ligger under 100 har med det givna patientunderlaget ett sämre resultat än vad riket i genomsnitt har.

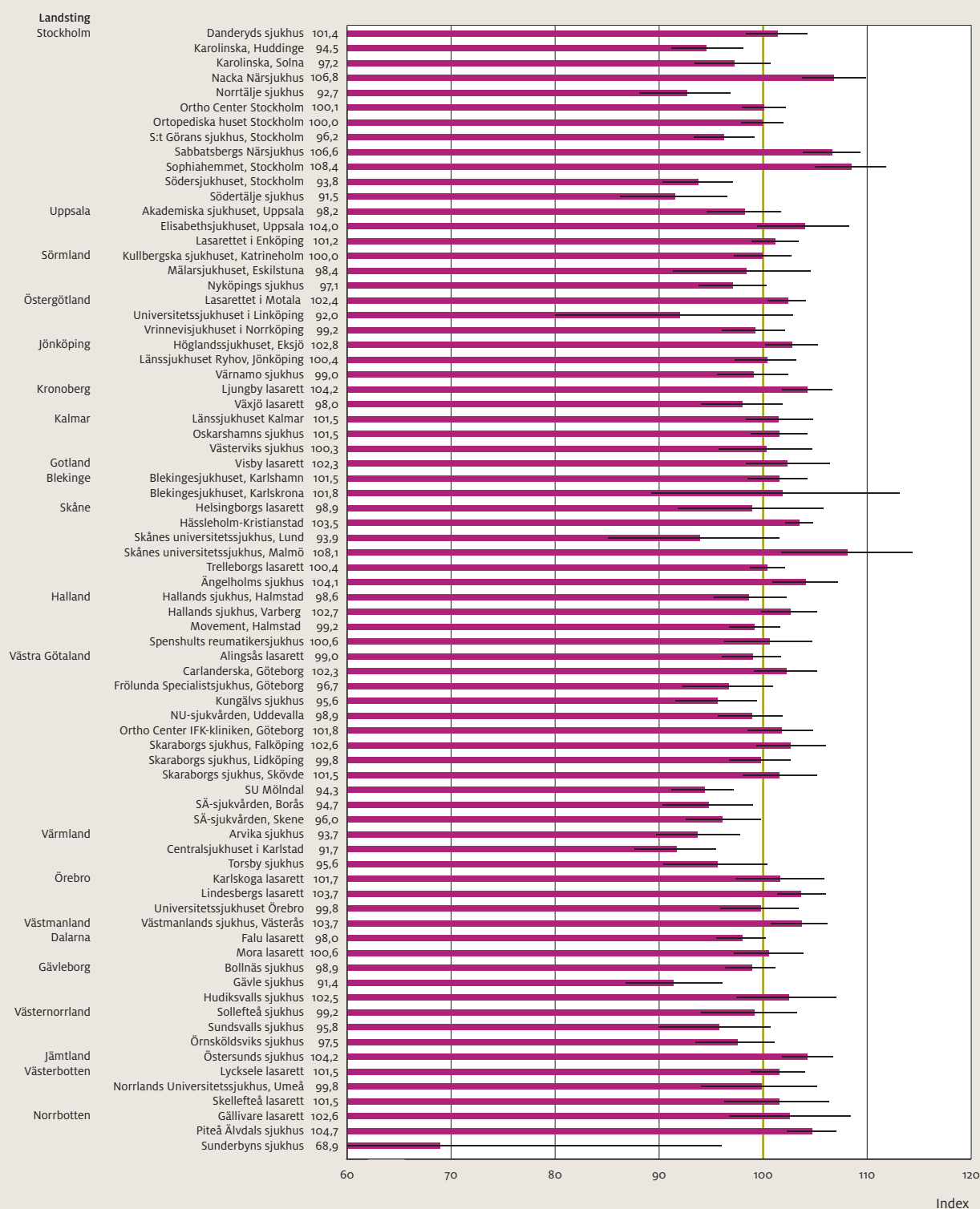
Indikatorn sätter fokus på variationen mellan landsting, genom att rikets värde är satt till 100. Värdet för landstingen varierar från 93,2 till 104,2 medan skillnaderna mellan sjukhus är något men inte påtagligt större, om man bortser från enskilda kliniker med klart avvikande värden. Jämförelsen baseras på 21 720 operationer utförda under 2010-2011, med 1-årsuppföljning till och med 2012. Genomsnittsvärdet för EQ-5D index såväl före som ett år efter operationen

ökar över tid, men under den senaste mätperioden är förbättringsvärdet marginellt lägre än föregående period (visas ej).

Någon säker målnivå går inte att ange vad gäller förbättring av den hälsorelaterade livskvalitet, som är avhängig en rad faktorer utöver höftledssjukdomen. Bortsett från det senaste årets smärre försämring har riksmedelvärdet för EQ-5D vinst efter 1 år i stort sett varit oförändrat, hela perioden från det att databasen innehöll ett litet antal patienter, till dagens betydligt större databas. Den hälsorelaterade livskvaliteten före operationen är lägre för kvinnor, och vinsten efter 1 år är något högre än männens.

Även om indikatorns konstruktion innebär att hänsyn tas till patienternas olika förutsättningar, så kan det finnas ytterligare egenskaper hos patienter som påverkar det patientrapporterade resultatet av höftprotesoperationen, men som kvalitetsregistret inte har uppgift om.

DIAGRAM 61 – SJUKHUS: Patientrapporterat resultat av total höftprotesoperation, 2010–2011. Indexvärde för relationen mellan förväntad och faktisk hälsorelaterad livskvalitet (EQ-5D) efter ett år. Mätperioden avser operationsår.



Källa: Svenska Höftprotesregistret.

Index

62 PATIENTTILLFREDSSTÄLLELSE EFTER TOTAL HÖFTLEDOPERATION

I Svenska Höftprotesregistrets rutin med patientrapporterat utfall ingår en fråga om patienttillfredsställelse, som ställs vid uppföljningarna 1, 6 och 10 år efter operationen. Frågan kan betraktas som en sjukdomsspecifik utfallsfråga då patienten på en skala, VAS, ska ange hur nöjda de är med operationsresultatet ett år efter operation. Det är således en PROM-fråga, som inte ska förväxlas med frågan om patienten var nöjda med bemötandet. Resultatet för patienttillfredsställelse behöver inte samvariera med index-värdet av EQ-5D. En låg EQ-5D indexvinst kan vara kopplad till en hög nöjdhetsgrad och vice versa, då den också beror på vilket EQ-5D index patienten rapporterat före operationen.

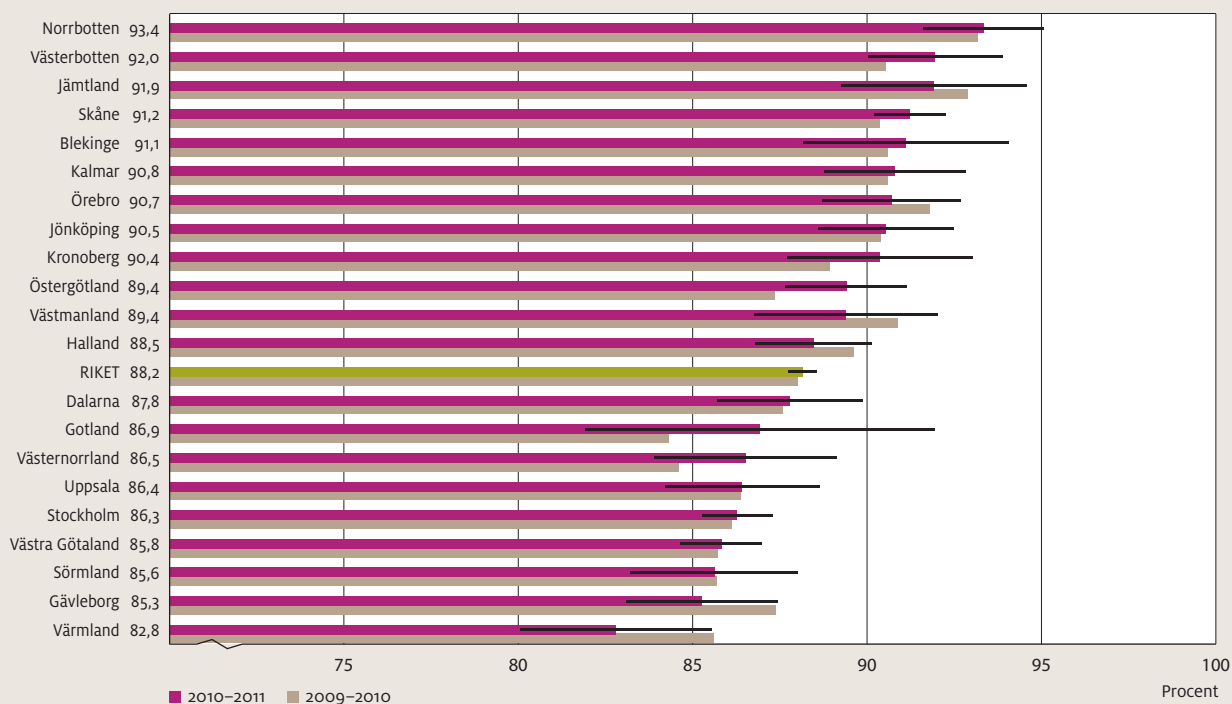
Indikatorn visar andelen patienter som ett år efter operationen anger att de är nöjda med höftprotesoperationen, genom att ha angivit värden på 0 till 40 på en VAS-skala. VAS går från 0 (nöjd) till 100 (missnöjd). Värden mellan 41 och 100 anses ange att patienten är osäker på eller missnöjd med resultatet. Svarsfrekvensen är knappt 90 procent och alla sjukhus rapporterar. Jämförelsen baseras på knappt 25 000 patienter som opererades under 2010-2011 och följdes upp till och med 2012.

Med den använda definitionen för nöjdhet anger i riket 88,2 procent av alla patienter att de var nöjda med resultatet, med en variation mellan landsting från 82,8 till 93,4 procent. På klinikinivå är variationen som förväntat större.

Under det första året efter operationen är frekvensen för omoperation lägre än 1 procent. Orsaken till att en komplikationsfri patient inte är nöjd ett år efter operationen är säkerligen multifaktoriell, där flera olika faktorer samspelar. Dessa kan till exempel vara tveksam indikation för kirurgi; andra sjukdomar (komorbiditet); socioekonomiska bakgrundsvariabler; födelseland och med detta sammanhängande språksvårigheter; bristande information om förväntat resultat och rehabiliteringslängd samt orealistiskt höga förväntningar på slutresultatet.

Höftprotesregistret kommer i sin fortsatta analys och kliniska forskning att fokusera på de patienter som anger att de är osäkra om eller missnöjda med resultatet av operationen. Indikatorn visar sammanfattningsvis ett patientrapporterat resultat med förbättringspotential avseende vårdprocessen, framförallt utanför operationssalen, för denna stora patientgrupp.

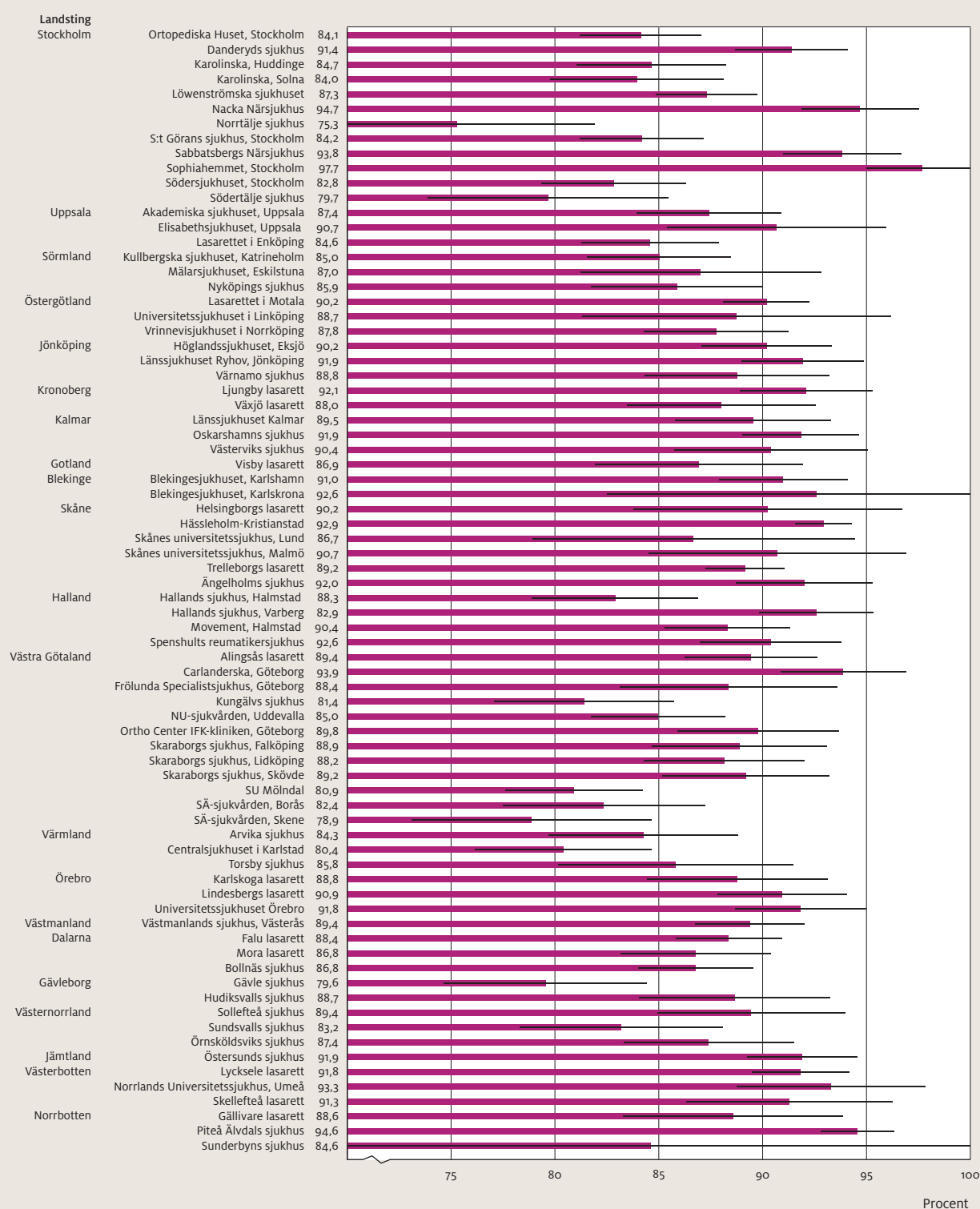
DIAGRAM 62 – TOTALT: Patientrapporterat resultat av total höftprotesoperation, 2010–2011.
Andel patienter som uppger att de är nöjda 1 år efter höftprotesoperation. Mätperioden avser operationsår.



Källa: Svenska Höftprotesregistret.

DIAGRAM 62 – SJUKHUS: Patientrapporterat resultat av total höftprotesoperation, 2010–2011.

Andel patienter som uppger att de är nöjda 1 år efter höftprotesoperation. Mätperioden avser operationsår.



Källa: Svenska Höftprotesregistret.

Procent

63 VÄNTETID INFÖR HÖFTFRAKTUROPERATION

Årligen inträffar cirka 16 500 höftfrakturer i Sverige. Alla höftfrakturpatienter förs till akutsjukhus och opereras, även om valet av operationsmetod varierar. Behandlingsmodellen vid felställda lårbenshalsbrott har radikalt förändrats i Sverige under de senaste tio åren. Allt fler patienter opereras för sitt felställda lårbenshalsbrott med höftprotes, vilket har medfört en ökad belastning på ortopediska operationsavdelningar. Artroplastikoperation är mera resurskrävande än operation med skruvar eller pinnar.

Själva frakturen är inte akut livshotande, vilket gör att det kan uppkomma väntetid inför operationen. Studier har visat att fördröjning av operation till efter 24 timmar leder till ökad dödlighet inom fyra månader från operation, även för i övrigt friska patienter. Dessutom ökar komplikationer såsom infektion, trycksår och förvirring. Väntan på operation är ansträngande för patienten såväl fysiskt som psykiskt och vårdtiden förlängs.

Väntetiden till operation är därför en viktig processindikator, som är beroende på resursinsats och

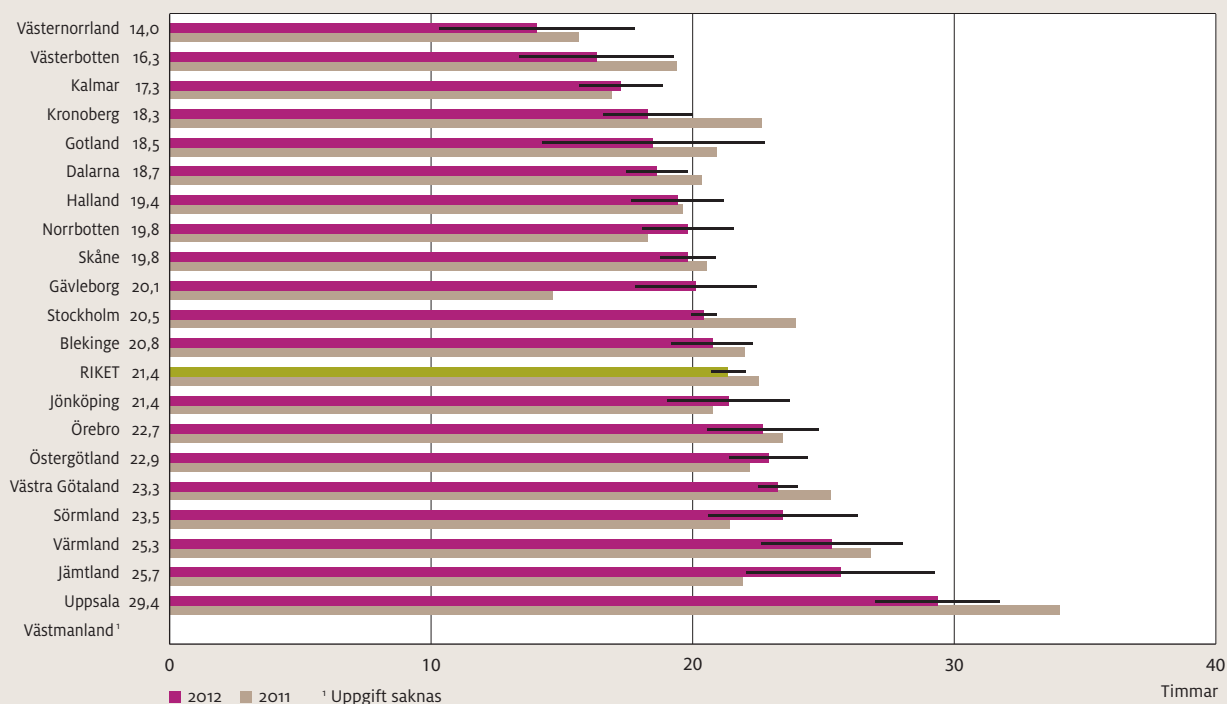
attityd. Tid mellan ankomst till sjukhus och start för operation är också ett internationellt vanligt förekommande kvalitetsmått.

Källan till indikatorn är kvalitetsregistret RIKS-HÖFT, som samlar data om höftfrakturvården. Beroende på omorganisationer inom svensk ortopedi, med uppdelning i planerad och akut verksamhet, opereras i dagsläget patienter med höftfraktur på enbart 53 sjukhus. Av dessa saknas år 2012 uppgifter för tre sjukhus. Underlaget till jämförelsen utgörs av 14 471 höftfrakturpatienter med uppgift om väntetid.

Indikatorn visar medelväntetiden mellan ankomst till sjukhuset och operation för patienter som opererats för höftfraktur. Enbart patienter 50 år och äldre med icke patologisk fraktur ingår i jämförelsen, vilket motiveras av att hos yngre patienter är höftfraktur ovanlig och uppkomstmekanismen annorlunda.

Medelväntetiden var 2012 i riket drygt 21 timmar, med en spridning mellan landstingen från 14 till 30 timmar. Det finns inga skillnader mellan könen. Sedan 2007 har medelväntetiden sjunkit, från över 30 timmar till dagens 21.

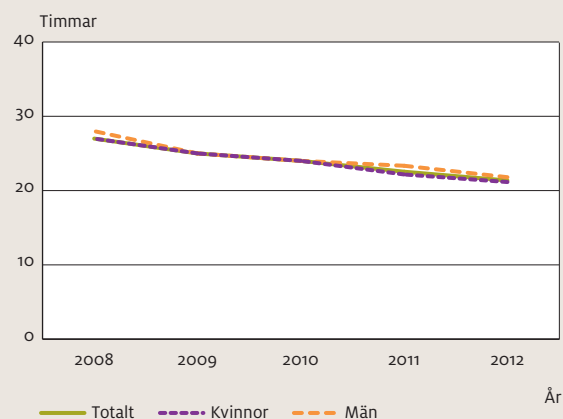
DIAGRAM 63 – TOTALT: Väntetid till höftfrakturopoperation efter ankomst till sjukhus, 2012.



Källa: RIKSHÖFT – Nationella höftfrakturregistret.

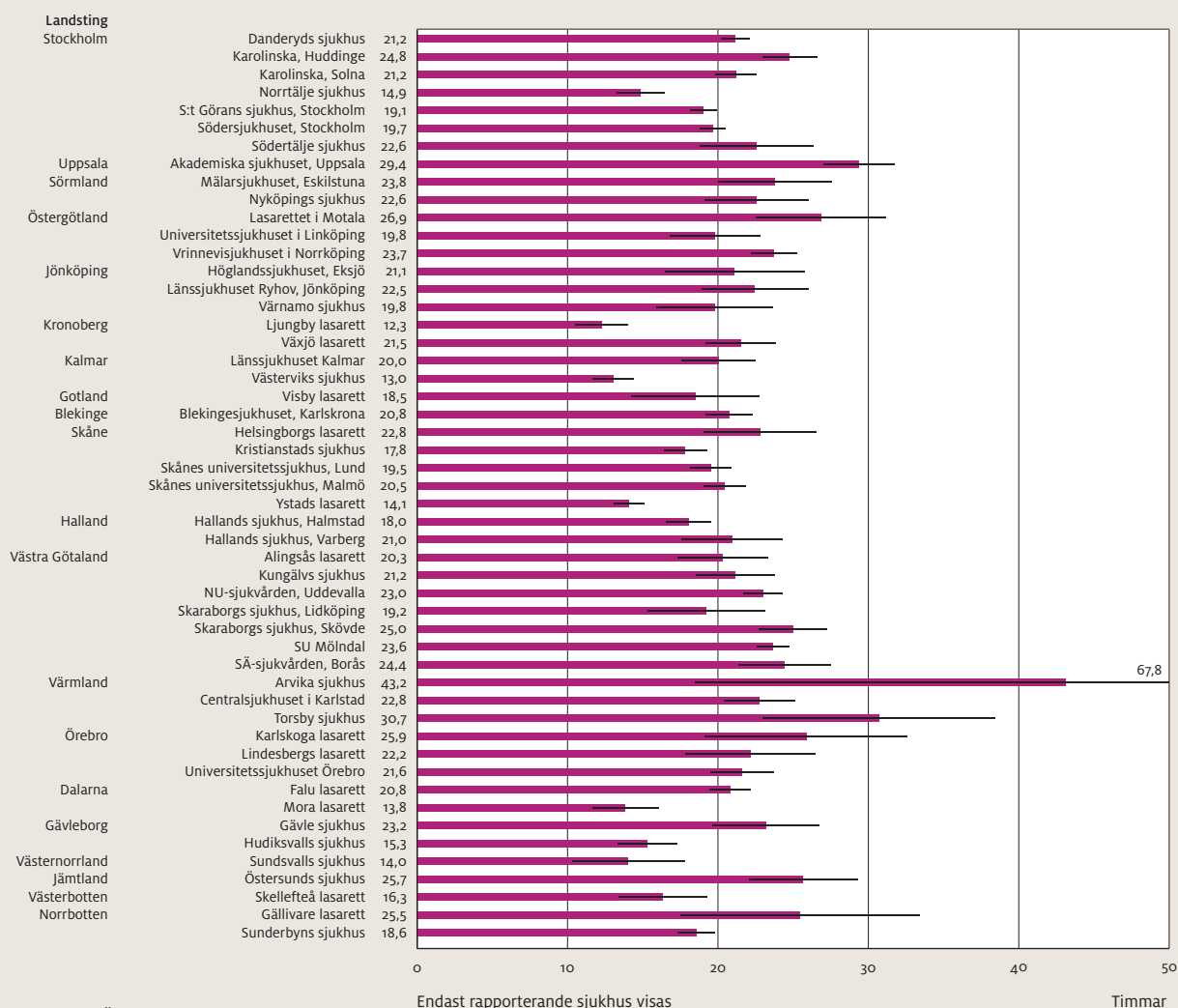
Socialstyrelsens riktlinjer från 2003 anger som sin rekommendation att operation bör utföras så tidigt som möjligt under ankomstdagen, helst inom 24 timmar. Några landsting ligger över 24 timmars medelväntetid, vilket kan resultera i förlängda vårdtider och en förhöjd komplikationsfrekvens hos denna sköra patientgrupp.

DIAGRAM 63 – RIKET: Väntetid till höftfrakturopoperation efter ankomst till sjukhus.



Källa: RIKSHÖFT – Nationella höftfrakturregistret.

DIAGRAM 63 – SJUKHUS: Väntetid till höftfrakturopoperation efter ankomst till sjukhus, 2012.



Källa: RIKSHÖFT – Nationella höftfrakturregistret.

Endast rapporterade sjukhus visas

Timmar

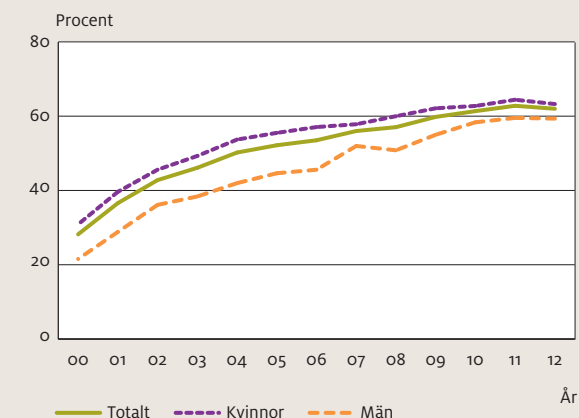
64 PROTESOPERATION VID HÖFTFRAKTUR

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. Protesoperation ger bättre resultat även för dementa patienter, som är en särskilt skör grupp bland höftfrakturpatienterna.

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 ska 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.

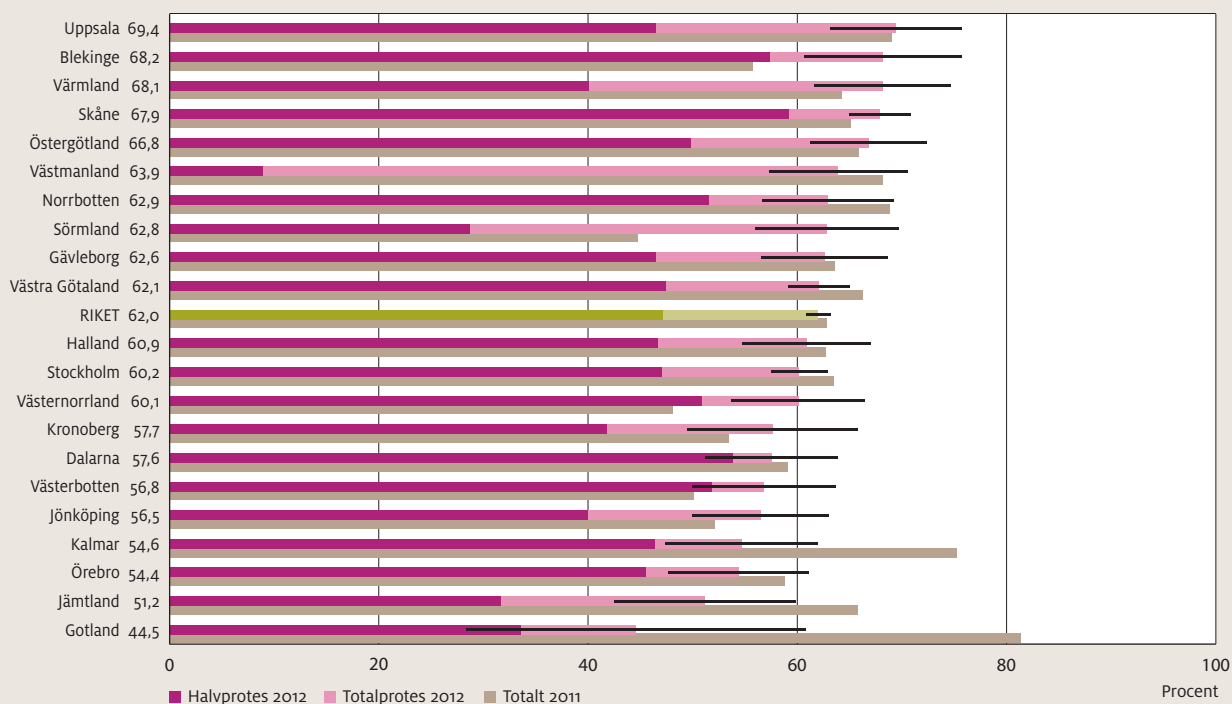
DIAGRAM 64 – RIKET: Andel protesopererade patienter vid höftfraktur. Avser patienter 65 år och äldre. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Indikatorn visar andelen patienter 65 år och äldre med cervikal höftfraktur som protesopererades under 2012. Källan är patientregistret med närmare 7 000 patienter som underlag för denna jämförelse. Åldersstandardisering har gjorts och enbart förstagångsfall ingår. Redovisningen per landsting baseras på patientens hemort, inte på klinikens lokalisering.

DIAGRAM 64 – TOTALT: Andel protesopererade patienter vid höftfraktur, 2012. Avser patienter 65 år och äldre. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

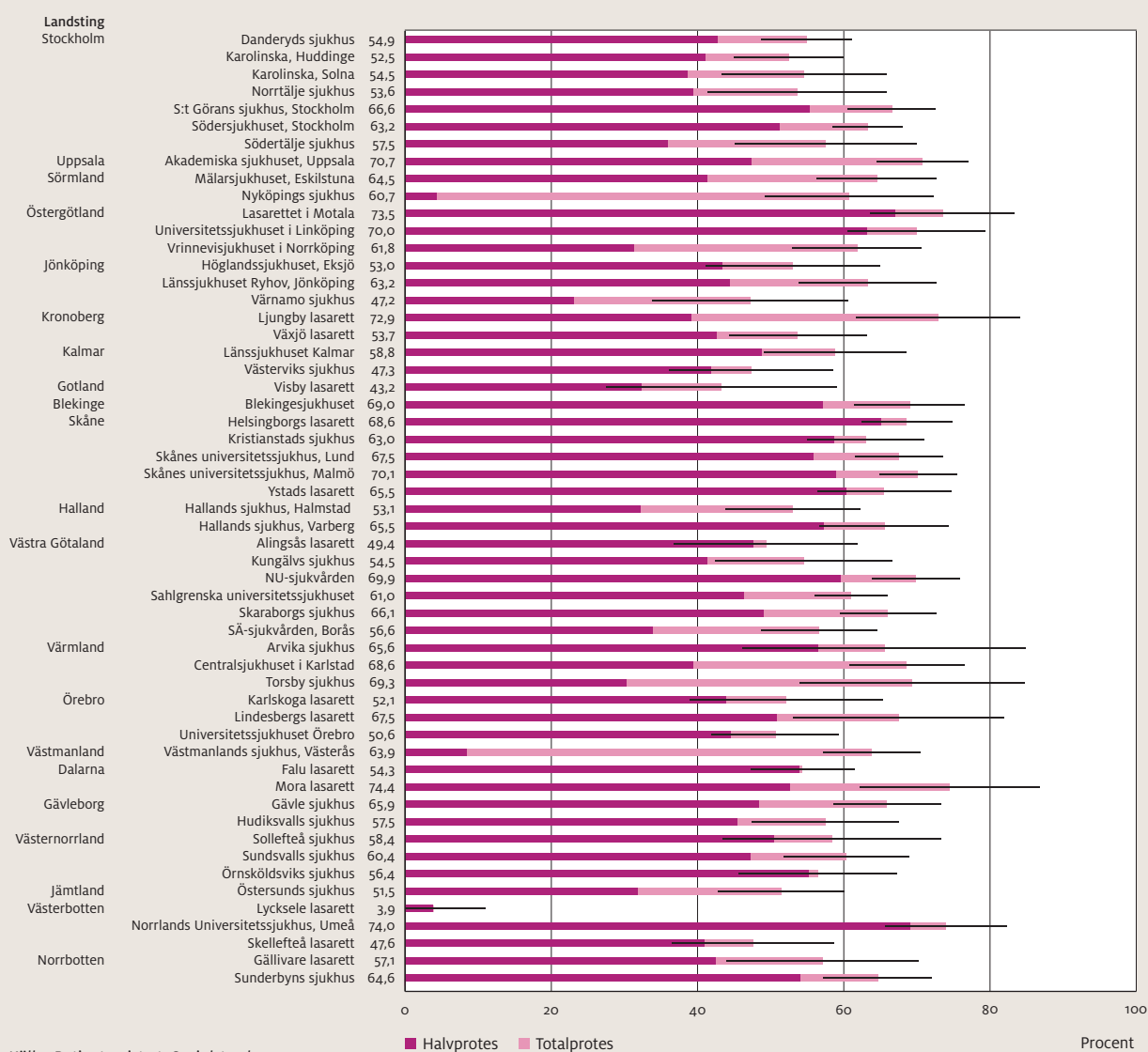
I riket protesopererades knappt 62 procent av patienterna, med en spridning mellan landsting från 44 till 69 procent. Andelen protesopererade har ökat påtagligt sedan 1999, från 17 till dagens 62 procent. Andelen är fyra procentenheter högre bland kvinnor än bland män, men skillnaderna mellan könen har tydligt minskat sedan 2003.

Fem landsting når över nivån 65 procent. Det finns således möjligheter till ytterligare förbättringar. Att protesoperera 65–70 procent av alla patienter med cervikala höftfrakturer ställer stora krav på klinikerna, med omorganisation av jourarbete och krav på ökad kirurgisk kompetens. En ytterligare anledning till att

man i vissa landsting/kliniker inte fullt ut tillämpar den nya behandlingsmodellen kan vara att man uppfattar att kostnaderna är för höga.

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

DIAGRAM 64 – SJUKHUS: Andel protesopererade patienter vid höftfraktur, 2012. Avser patienter 65 år och äldre. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

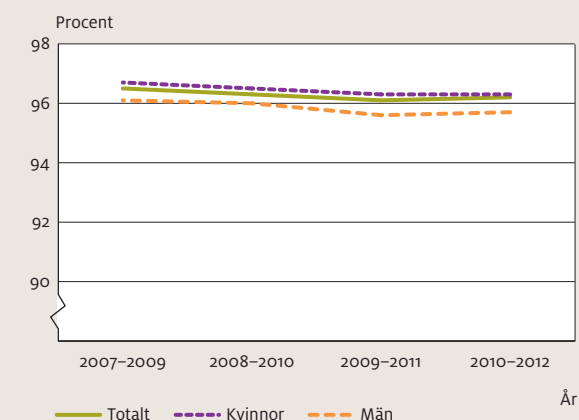
65 IMPLANTATÖVERLEVAD VID HALVPROTESOPERATION

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

Svenska Höftprotesregistret har därför inkluderat halvprotesoperationer i sina databaser. Täckningsgrad på individnivå för denna behandling var 96 procent under 2011. Patientgruppen som opereras med halvprotes är vitt skild från totalprotesgruppen, med en medelålder på 85 år (för totalprotes är medelåldern 68 år), avsevärt större sjuklighet och högre 1-års mortalitet.

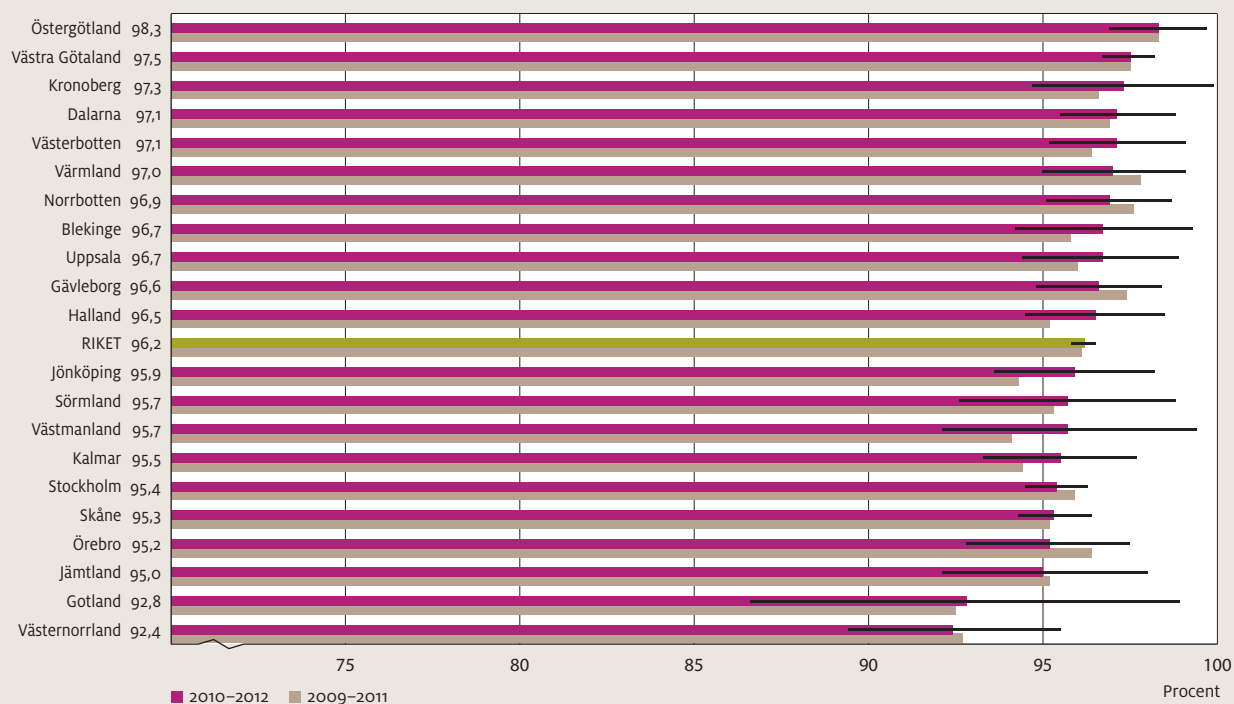
Indikatorn visar hur stor andel av patienterna som ett år efter halvprotesoperationen har kvar det inopererade höftimplantatet ("implantatöverlevnad"), en skattning som baseras på så kallad Kaplan-Meier statistik. Definition av misslyckande är utbyte av någon del av protesen eller borttagande av hela protesen genom en revisionsoperation. Uppgiften baseras på drygt 13 300 operationer utförda under den treåriga mätperioden. Alla diagnoser är inkluderade.

DIAGRAM 65 – RIKET: Andel patienter med halvprotes som inte omopereras inom 1 år efter höftprotesoperation. Avser vanligen höftfrakturpatienter.



Källa: Svenska Höftprotesregistret.

DIAGRAM 65 – TOTALT: Andel patienter med halvprotes som inte omopereras inom 1 år efter höftprotesoperation, 2010–2012. Avser vanligen höftfrakturpatienter.

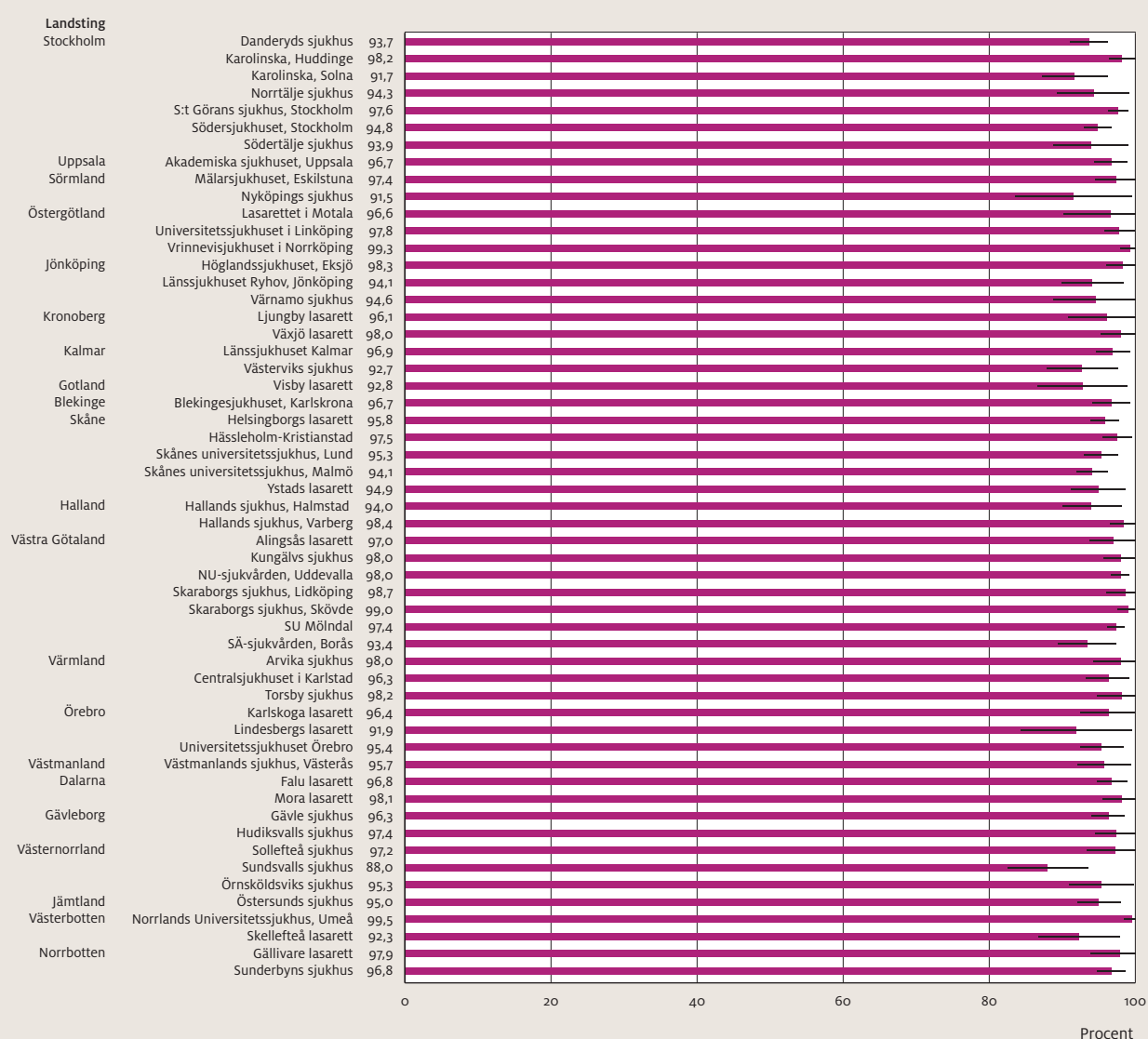


Källa: Svenska Höftprotesregistret.

På riksnivå var protesöverlevnaden 96 procent med en spridning mellan landsting från 92 till 98 procent. Liksom vid totalprotesoperation har kvinnorna ett något bättre resultat än männen. Variationen är måttlig även på klinikenivå, bara en klinik har en överlevnad under 90 procent.

Implantatöverlevnad beräknas för denna patientgrupp redan efter ett år, på grund av att den är en högriskgrupp vad gäller komplikationer och att så många som en tredjedel av patienterna avlider inom ett år. Denna indikator speglar i högre grad patientens omhändertagande i hela vårdprocessen, jämfört med vad som gäller för de artrospatienter som opereras med totalprotes.

DIAGRAM 65 – SJUKHUS: Andel patienter med halvprotes som inte omopereras inom 1 år efter höftprotesoperation, 2010–2012. Avser vanligen höftfrakturpatienter.



Källa: Svenska Höftprotesregistret.

66 ÅTER TILL URSPRUNGLIGT BOENDE EFTER HÖFTFRAKTUR

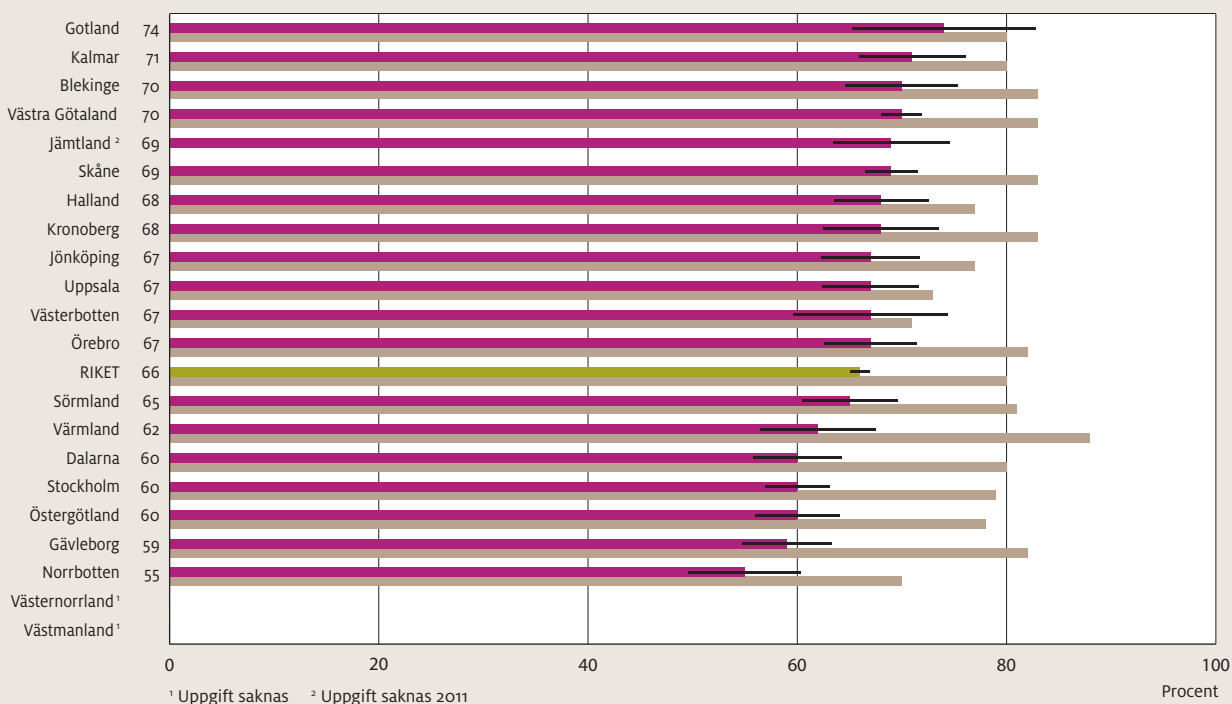
Andel patienter som är tillbaka i sitt ursprungliga boende fyra månader efter höftfraktur är en resultatindikator som speglar samtliga delar av behandlingskedjan: akutomhändertagandet med operation, gångmobilisering på vårdavdelningen och den fortsatta rehabiliteringen. Att kunna återvända till sin tidigare boendeform tyder vanligtvis på att patienten återfått nästan den funktionsförmåga som fanns före höftfrakturen. Varierande rehabiliteringsresurser kan initialt påverka boendeformen, men efter fyra månader har vanligtvis rehabiliteringsresultatet stabiliserats.

Indikatorn visar andelen patienter som fyra månader efter höftfraktur är åter i det ursprungliga boendet. Enbart patienter 50 år och äldre med icke patologisk fraktur ingår. Även patienter som är avlidna ingår, vilket har förändrat indikatorn jämfört med tidigare. Jämförelsen baseras på 9 980 fall av höftfraktur år 2012, för vilka det fanns uppgift om boende vid fyra-månadersuppföljningen, av totalt 14 850 fall i RIKSHÖFT detta år.

I riket var 66 procent av patienterna åter till ursprungligt boende efter fyra månader, med en variation mellan landstingen från 55 till 74 procent. Då indikatorn beräknats på nytt sätt är värdena lägre än föregående år.

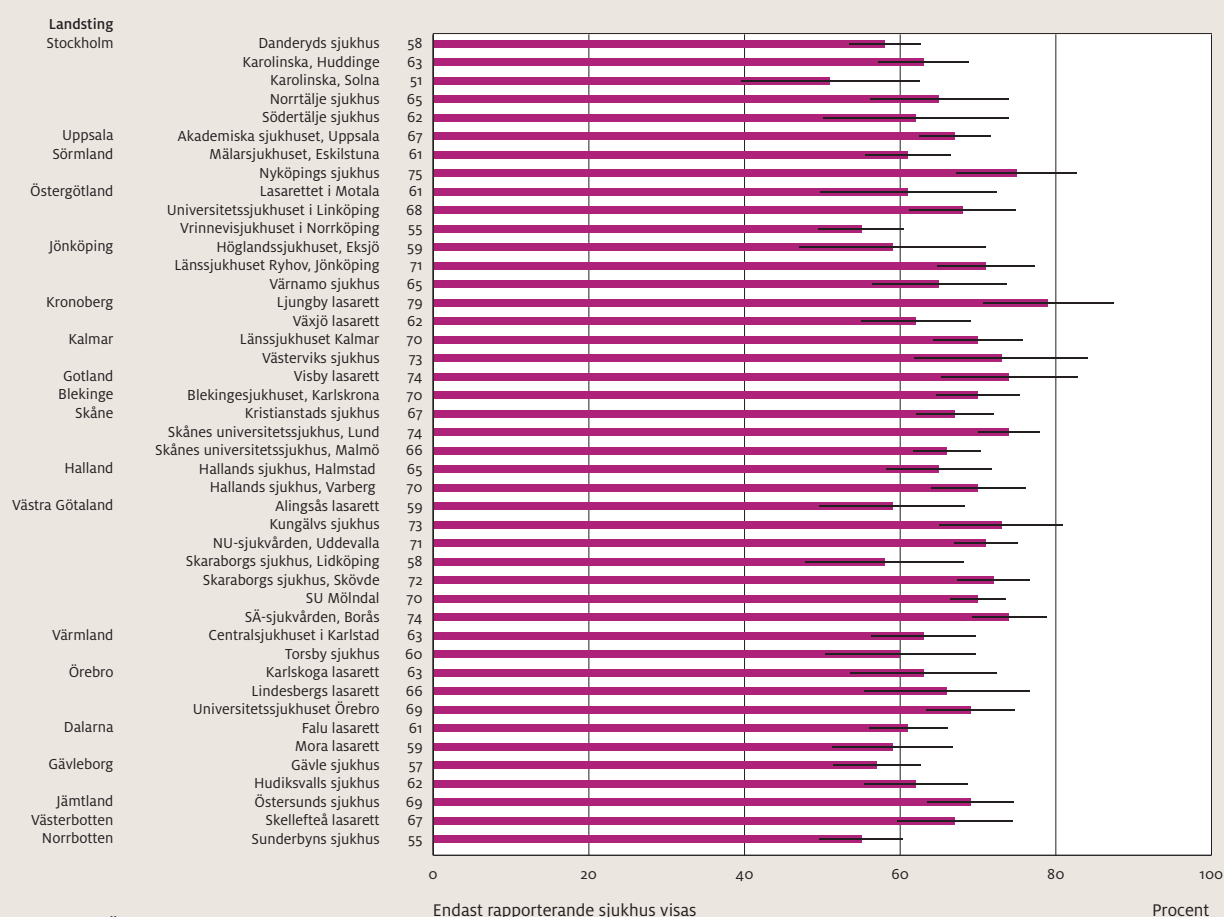
Utöver insatser i den akuta vårdfasen och den efterföljande rehabiliteringen kan resultatet även vara påverkat av kommunala beslut om erbjudande om äldreboende respektive hemtjänst i den egna bostaden.

DIAGRAM 66 – TOTALT: Andel patienter som är åter till ursprungligt boende 4 månader efter operation för höftfraktur, 2012. Avser patienter 50 år och äldre.



Källa: RIKSHÖFT – Nationella höftfrakturregistret.

DIAGRAM 66 – SJUKHUS: Andel patienter som är åter till ursprungligt boende 4 månader efter operation för höftfraktur, 2012. Avser patienter 50 år och äldre.



67 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 lågenergitrauma, som vid fall i samma plan. Vanliga frakturer vid benskörhet är höft- och bäckenfrakturer, kotkompressioner i bröst- och ländrygg, vissa knäfrakturer och brott på överarm (axel) och handled.

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

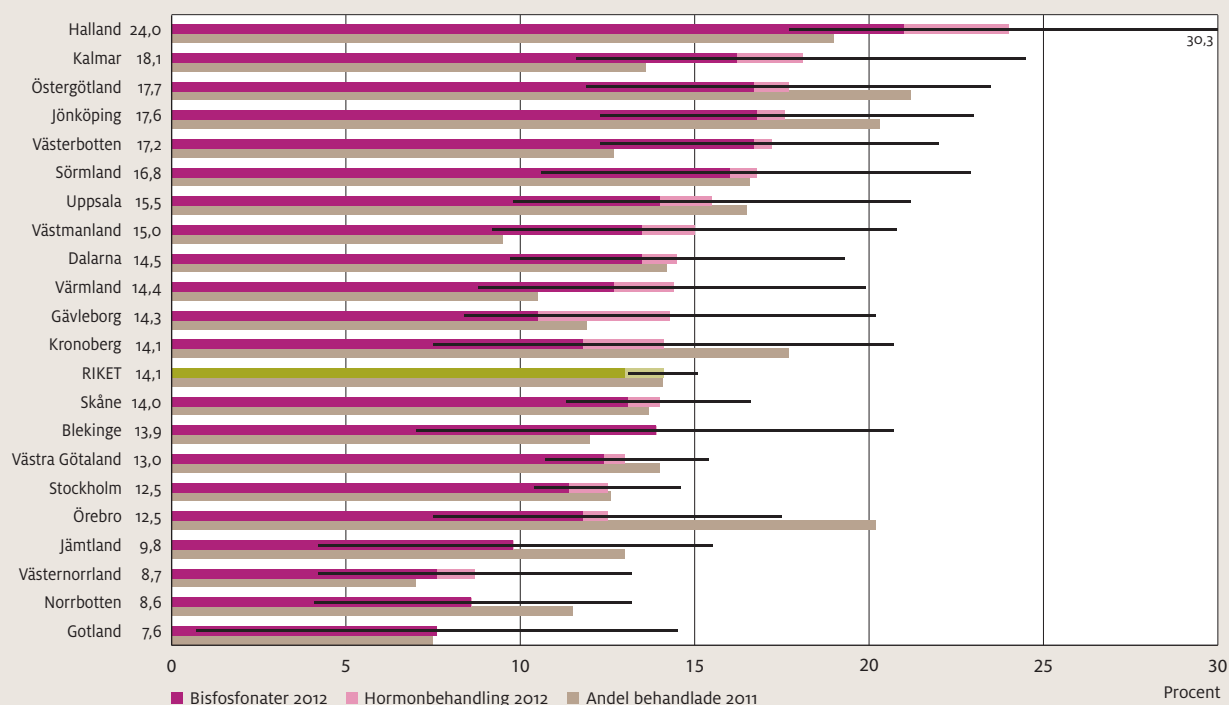
Behandling med läkemedel, som dämpar utvecklingen av benskörhet, är aktuell för många i patientgruppen. Statens beredning för medicinsk

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.

Indikatorn visar andelen frakturdrabbade kvinnor som efter sjukhusvård behandlades med läkemedel mot benskörhet. Som förebyggande läkemedelsbehandling räknas bisfosfonater eller hormonbehandling. Uppföljningen avsåg drygt 7 900 kvinnor i åldrarna 50 år och äldre som slutenvårdats för ett urval av frakturer under perioden januari-juni 2012, med uppgifterna hämtade från patientregistret. Kvinnornas läkemedelsuttag 6 till 12 månader efter sjukhusvården studerades via Läkemedelsregistret.

I riket fick 14 procent av kvinnorna läkemedelsbehandling. Knappt 10 procent behandlades med bisfosfonater. Det är stora skillnader mellan lands-

DIAGRAM 67 – KVINNOR: Andel kvinnor med benskörhetsfraktur som hade läkemedelsbehandling efter 6–12 månader, januari – juni 2012. Avser patienter 50 år och äldre. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Läkemedelsregistret och Patientregistret, Socialstyrelsen.

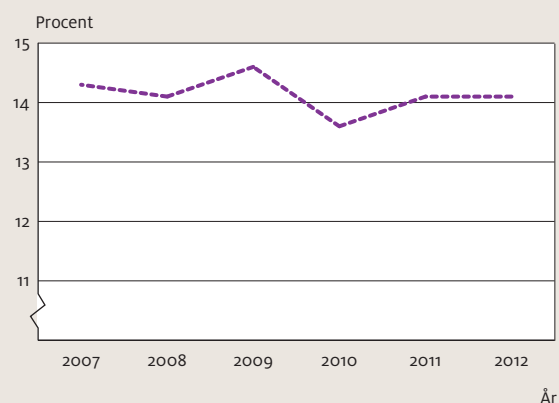
tingen. Andelen behandlade varierar mellan 24 och 8 procent, vilket antyder att landsting och vårdgivare i olika grad och olika snabbt tagit till sig budskapen i riktlinjer och tillämpar dem. I riket har andelen behandlade kvinnor varit oförändrad sedan 2005.

Det finns i nuläget i Socialstyrelsens riktlinjer inga målnivåer eller rekommendationer, men de flesta vetenskapliga studier i sammanhanget anger att 60–70 procent av dessa patienter bör ha någon form av osteoporosförebyggande behandling. För denna indikator finns således en stor förbättringspotential för alla landsting.

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.

Andelen patienter som hormonbehandlas är liten jämfört med andelen bisfosfonatbehandlade, knappt 1 procent av frakturpatienterna. Detta är förenligt med behandlingsrekommendationerna från Läkemedelsverket. Hormonbehandling bör reserveras till postmenopausala kvinnor med hög risk för framtida

DIAGRAM 67 – RIKET: Andel kvinnor med benskörhetsfraktur som hade läkemedelsbehandling efter 6–12 månader. Avser patienter 50 år och äldre. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Läkemedelsregistret och Patientregistret, Socialstyrelsen.

fraktur, och som inte tål eller har kontraindikationer mot andra läkemedel godkända för att förebygga osteoporos.

Läkemedelsregistret innehåller inte de läkemedel som ges vid sjukhus, så kallade rekvisitionsläkeme-

del. Skillnader i huruvida landstingen väljer att förskriva eller rekvirera bisfosfonater som zoledronsyra påverkar därför resultatet, dock inte i någon större omfattning.

68 PATIENTRAPPORTERAD FÖRBÄTTRING EFTER OPERATION FÖR SPINAL STENOS

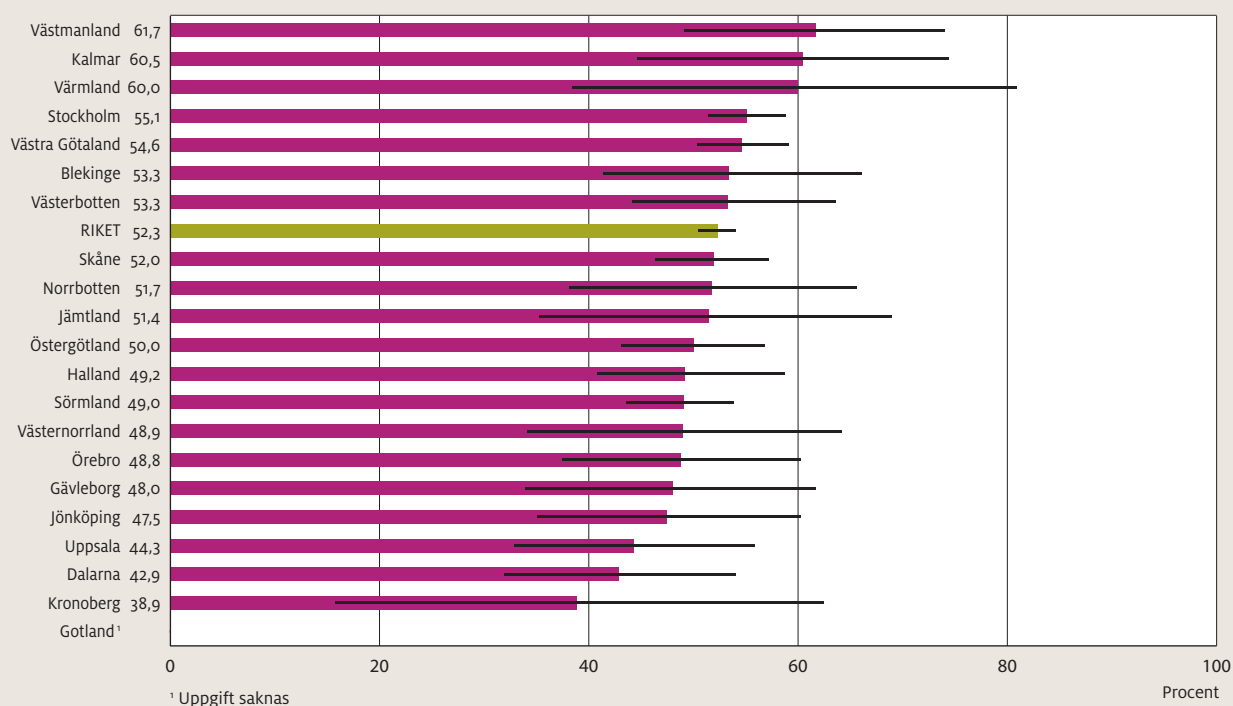
Spinal stenosis är den vanligaste orsaken till ländryggsoperation i Sverige och frekvensen har ökat under de senaste 10 åren. Mellan 3 000 och 3 500 operationer för spinal stenosis utförs årligen. Sjukdomen drabbar huvudsakligen äldre människor, med en genomsnittsalder på 70 år. Den yttrar sig vanligen i smärtor och svaghet i benen, som gör att patienterna har svårt att gå längre sträckor. Symtomen orsakas av nervinklämning, det vill säga ett tryck på nerver till benen. I första hand föreslås patienten att avvaka för att se om symtomen lindras spontant. Sjukdomen genomgår sällan dramatiska förändringar, men kan däremot ge långsamt ökande symtom över tid. Efter undersökning med magnetkamera (MR) kan ställning tas till kirurgisk behandling om symtomen och funktionsinskränkningen är uttalade.

Operationen syftar till att eliminera trycket på nerver till benen och därmed minska bensmärta samt förbättra funktion, särskilt gångförmåga. Patienter som opereras för spinal stenosis i Sverige har vanligen haft besvär länge, i genomsnitt närmare tre år. Som en följd av patienternas ålder är inte sjukskrivningskostnaderna besvärande, däremot kan funktionsinskränkningen inte sällan vara uttalad vilket kan innebära kostnadskrävande hjälpinsatser av anhöriga och samhället. Operation sker i slutenvård med en medianvårdtid på 4 dygn.

De åldersförändringar i ryggen som är grundorsaken till sjukdomen påverkas inte av operationen. Att mäta bensmärta och gångfunktion/gångsträcka ett år efter operation jämfört med tillståndet före operationen, är de bästa indikatorerna på i vilken omfattning patienten blivit hjälpt. Här visas uppgifter om bensmärtans förändring. Beträffande gångsträckeförändring och andra funktionsförändringar hänvisas till Swespines årsrapport (www.swespine.se).

Indikatorn visar andelen patienter som ett år efter operationen anger att bensmärta är helt försvunnen eller mycket bättre. Jämförelsen baseras på 3 115 patienter som opererades 2011 och som följdes upp

DIAGRAM 68 – TOTALT: Andel patienter som anger att bensmärta är helt försvunnen eller mycket bättre 1 år efter operation för spinal stenosis i ländryggen, 2011. Mätperioden avser operationsår.



Källa: SWESPINE – Svenska Ryggregistret.

till och med 2012. Källan är kvalitetsregistret Svenska Ryggregistret, Swespine, till vilket 37 av 40 kliniker rapporterar. En validering mot patientregistret och även specifikt mot respektive kliniks operationslistor tyder på att cirka 80 procent av alla operationer mot spinal stenosis registreras i Swespine. Svansfrekvensen vid ett-årsuppföljningen är även den ungefär 80 procent. Redovisningen på landsting baseras på klinikkens lokalisering, inte patientens hemort.

Andelen patienter som anger att bensmärta är mycket bättre eller helt försvunnen är i riket 52 procent, med en spridning mellan landstingen från 39 till knappt 62 procent. Det finns inga skillnader mellan könen.

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

Det finns en viss skillnad i patientsammansättning, case-mix, mellan olika kliniker och landsting. Patienter med relevant komorbiditet (flersjuklighet)

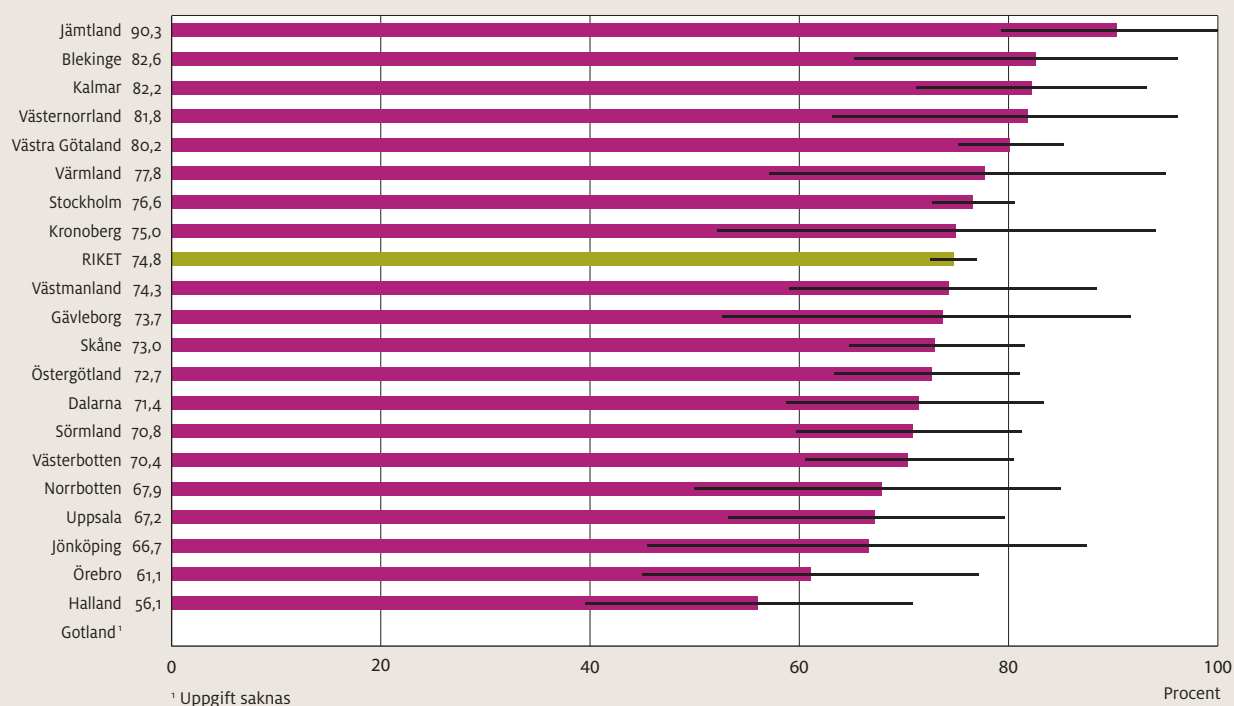
opereras vid sjukhus med intensivvårdsresurser, som har bättre resurser för postoperativt omhändertagande i händelse av komplikation. Detta innebär att dessa patienter således i mindre grad opereras vid de privata klinikerna. Detta kan påverka resultaten vid jämförelser.

69 PATIENTRAPPORTERAD FÖRBÄTTRING EFTER OPERATION FÖR DISKBRÅCK

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

Den kirurgiska behandlingen syftar till att eliminera trycket på en eller flera nerver till benet och därmed minska bensmärta/ischias. Trots rekomen-

DIAGRAM 69 – TOTALT: Andel patienter som anger att bensmärta är helt försvunnen eller mycket bättre 1 år efter operation för diskbråck i ländryggen, 2011. Mätperioden avser operationsår.



Källa: SWESPINE – Svenska Ryggregistret.

dationen ovan är genomsnittlig besvärstid innan operation för diskbråck närmare ett år. I en internationell jämförelse är även antalet opererade i befolkningen tämligen lågt i Sverige.

Kvinnor har jämfört med männen större smärta och funktionsinskränkning när de opereras. Diskbråckssjukdomen förorsakar sjukskrivning i stor omfattning. Operationen utförs oftast i slutenvård, med en vårdtid på sjukhus på mellan vanligen 1–3 dygn men utförs även som dagkirurgi på vissa privata kliniker. Liksom vid spinal stenosis utförs kirurgiskt ingrepp för att påverka bensmärta, medan åldersförändringarna i ryggen, som är grundorsaken till diskbråck, inte påverkas av kirurgi.

Indikatorn visar andelen patienter som ett år efter operation för diskbråck i ländryggen anger att bensmärten är helt försvunnen eller mycket bättre. Jämförelsen baseras på drygt 1 300 patienter som opererades 2010 och som följdes upp till och med 2011. Redovisningen på landsting baseras på klinikens lokalisering, inte patientens hemort.

I riket är andelen patienter som anger denna förbättring av bensmärten närmare 75 procent, med en spridning mellan landstingen från 56 till 90 procent. Andelen är ungefär lika hög bland kvinnor som bland män.

Resultaten påvisar en god effekt av diskbråcksoperation, men med en spridning som gör att det är viktigt att bättre kunna förutse för vilka patienter resultatet tenderar att vara dåligt och undvika kirurgi hos dessa patienter.

De patienter som diskbråcksopereras inom tre månader efter smärtdebut rapporterar signifikant bättre resultat efter ett år, jämfört med de som haft smärta längre tid. Detta är skäl för analysera de processer som leder fram till operationsbeslut, inklusive patientselektionen, det vill säga case-mix. I Swespines senaste analys av klinikresultat (visas inte här) har en korrigering för case-mix gjorts, och det finns då inte anledning att tro att kliniker med låg operationsvolym har sämre resultat än de med högre, något som beskrivits i tidigare rapporter.

De variabler i registret som använts för case-mixjustering vid resultatredovisningen, som kön, ålder, komorbiditet, tidigare operationer och smärt-duration, kan inte säkert sägas vara de enda som har betydelse. Vidare analyser är därför viktiga.

70 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 finns numer en vetenskaplig konsensus om restriktiv användning av artroskopi av knäleden vid smärttillstånd som beror på artros. Flera välde signerade studier har entydigt visat att artroskopi med borttagande av meniskvävnad vid artros inte förbättrar patientens smärttillstånd mer än en placebo-operation. De meniskförändringar som oftast föreligger, och inte sällan har identifierats som signalförändringar vid magnetkameraundersökning, är snarare att betrakta som en del i artrossjukdomen än ett resultat av en skada.

I åldersgruppen över 40 år är mekanisk låsning/hinder av knäledsrörligheten den enda indikationen för artroskopi på grund av meniskskada. Ett låst knä är ovanligt i denna population. Mekaniska hinder utan låst knä är vanligt, men kliniskt svårt att särskilja från besvär av artros.

Cirka 48 procent av artroskopierna gjordes 2011 med diagnosen artros. Denna andel har påtagligt minskat över tid. Emellertid har antalet artroskopier med diagnosen meniskskada ökat. Det görs varje år drygt 50 000 undersökningar av knä med magnetkamera. Sannolikt har dessa medfört en överdiagnostik av meniskskador, som kan ha bidragit till att öka antalet artroskopier under den senaste 10-årsperioden.

Indikatorn visar antalet knäledsartroskopier per 100 000 invånare under 2012. 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. 2012 rapporterades 10 942 artroskopier till PAR för den aktuella patientgruppen.

Riksmedelvärdet var 229 operationer per 100 000 invånare, med en anmärkningsvärd spridning mellan landsting från 33 till 418. Färre kvinnor än män opereras. Personer med enbart grundskoleutbildning opereras mera sällan än övriga. Antalet artroskopier för den aktuella patientgruppen ökade till och med 2008 och har därefter minskat något, men ökar igen 2012.

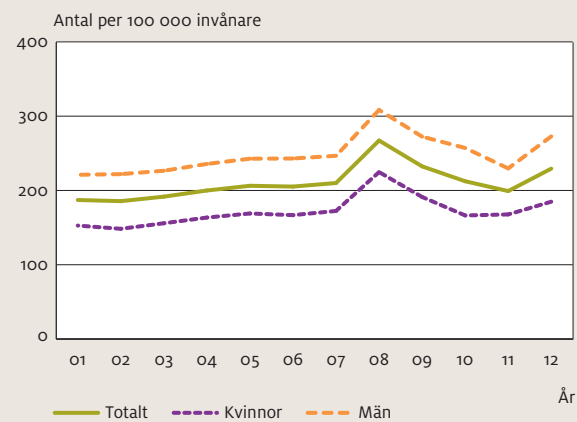
De stora skillnaderna mellan landsting tyder på att landstingen och deras vårdgivare i olika grad tagit till sig de nationella riktlinjernas rekommendation.

Trenden för riket med ett minskande antal artroskoper för den aktuella patientgruppen förefaller även ha brutits.

Om andelen artrosfall är densamma 2012 som 2011 gjordes drygt 5 200 av de aktuella 10 942 artroskopierna med huvuddiagnosen artros, vilket är i strid med de nationella riktlinjerna för rörelseorganen. De övriga 5 700 artroskopierna gjordes med huvuddiagnosen meniskskada. Det kan diskuteras hur många av patienterna med diagnosen meniskskada som har besvär som huvudsakligen beror på artros. Nyligen publicerades en svensk studie och en amerikansk studie som talar för att 30 procent av dessa kan ha behov av artroskopi efter genomförd sjukgymnastisk rehabilitering. Sammantaget kan värdet av en betydande andel av de närmare 11 000 artroskopierna ifrågasättas.

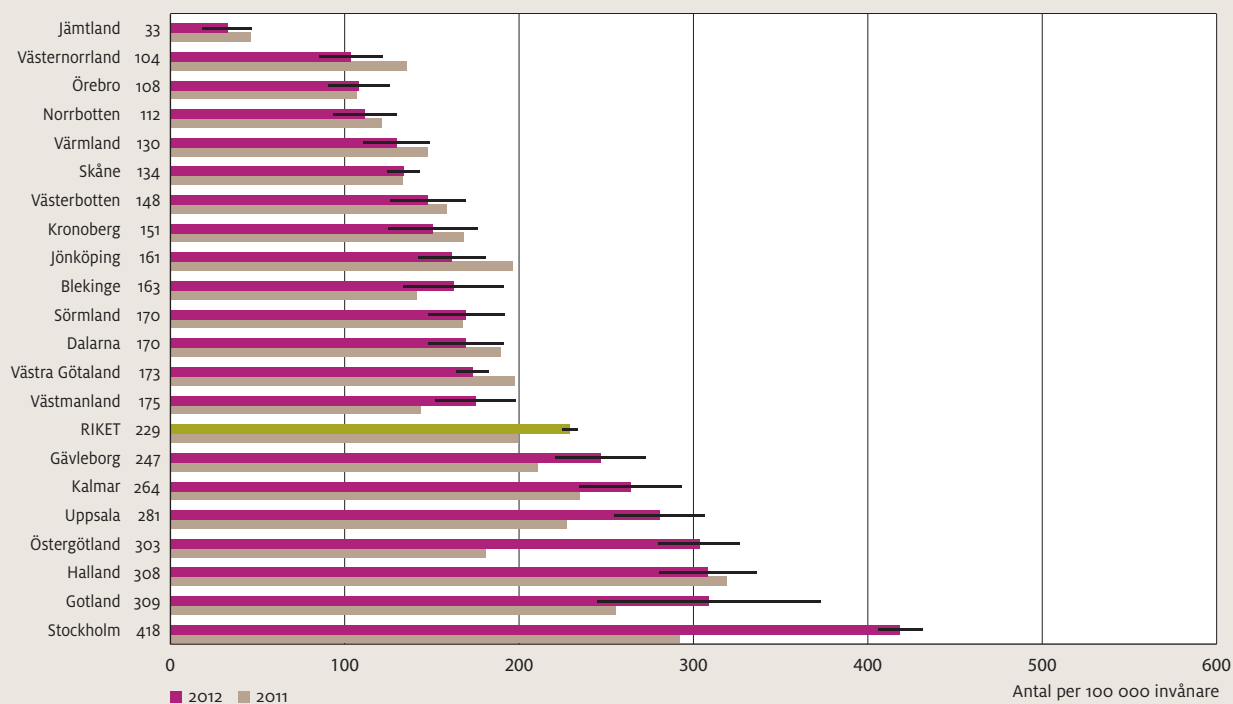
Underrapportering till PAR, framförallt avseende privata vårdgivare och behandlingar som görs i öppen vård, är en källa till osäkerhet. Utvecklingen i riket för de senaste åren är därför svårtolkad. Förändringarna under de senaste åren kan bero på att operationsantalet faktiskt förändrats, men den kan även vara en följd av en ökad medvetenhet att alla medicinska behandlingar ska rapporteras till PAR.

DIAGRAM 70 – RIKET: Antal artroskoper i knäled vid artros eller meniskskada per 100 000 invånare. Avser patienter 40 år och äldre. Åldersstandardiserade värden.



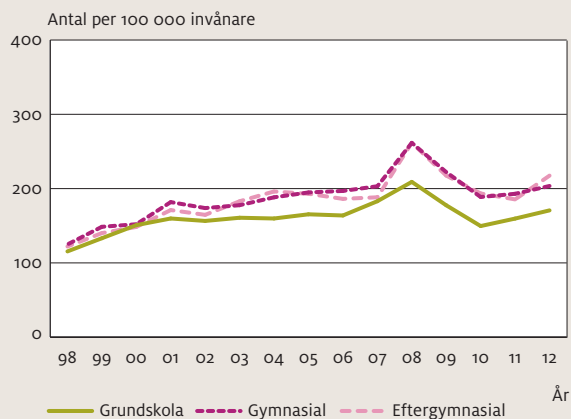
Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 70 – TOTALT: Antal artroskoper i knäled vid artros eller meniskskada per 100 000 invånare, 2012. Avser patienter 40 år och äldre. Åldersstandardiserade värden.



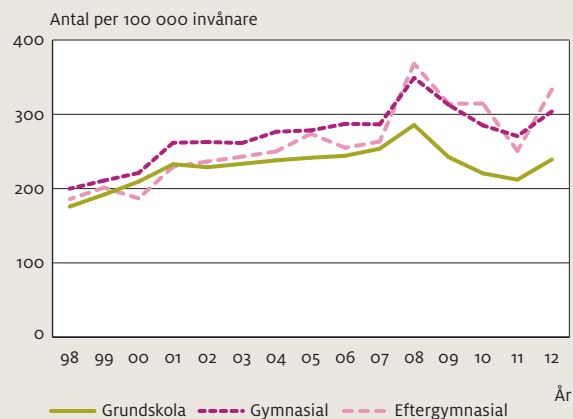
Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 70A – KVINNOR: Antal artroskopier i knäled vid artros eller meniskskada per 100 000 invånare efter utbildningsnivå. Avser patienter 40–79 år. Åldersstandardiserade värden.



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

DIAGRAM 70A – MÄN: Antal artroskopier i knäled vid artros eller meniskskada per 100 000 invånare efter utbildningsnivå. Avser patienter 40–79 år. Åldersstandardiserade värden.



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

71 UTBYTESOPERATION INOM 2 ÅR EFTER KORSBANDSOPERATION

Främre korsbandsskada är en allvarlig knäskada, som ofta bidrar till att unga människor inte kan fortsätta med tungt arbete eller motionsidrott om adekvat behandling uteblir. Behandlingen innefattar långvarig och specialiserad rehabilitering med eller utan tillägg av kirurgisk rekonstruktion av det skadade ligamentet. Förekomsten av främre korsbandsskada är inte säkert fastställt. Färsta svenska studier tyder på en något högre förekomst än tidigare bedömningar, runt 80 fall per 100 000 invånare och år, vilket skulle innebära att cirka 7 200 individer skadar sitt främre korsband årligen i Sverige. Drygt hälften av dessa opereras för sin skada.

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

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

Indikatorn visar andelen patienter som inom 2 år efter en primär främre korsbandsoperation genomgått en utbytesoperation. Anledningen till utbytet är att den primära operationen inte nått önskat resultat. Detta kan bero på undermålig kirurgisk teknik, dåliga läkningsförhållanden eller ett nytt olycksfall som gett en ny skada. Det finns många patienter med ny skada som inte valt eller inte erbjudits en ny operation.

Jämförelsen baseras på 17 700 patienter med registrerad primär operation under perioden 2005–2010 och som följts upp med avseende på ny registrerad operation till och med 2012. Källan är Svenska Korsbandsregistret, ett kvalitetsregister där data om korsbandsoperationer registreras. Korsbandsregistret anger att cirka 90 procent av alla korsbandsoperationer registreras i det. Alla patienter ingår och ingen justering för skadans svårighetsgrad har gjorts.

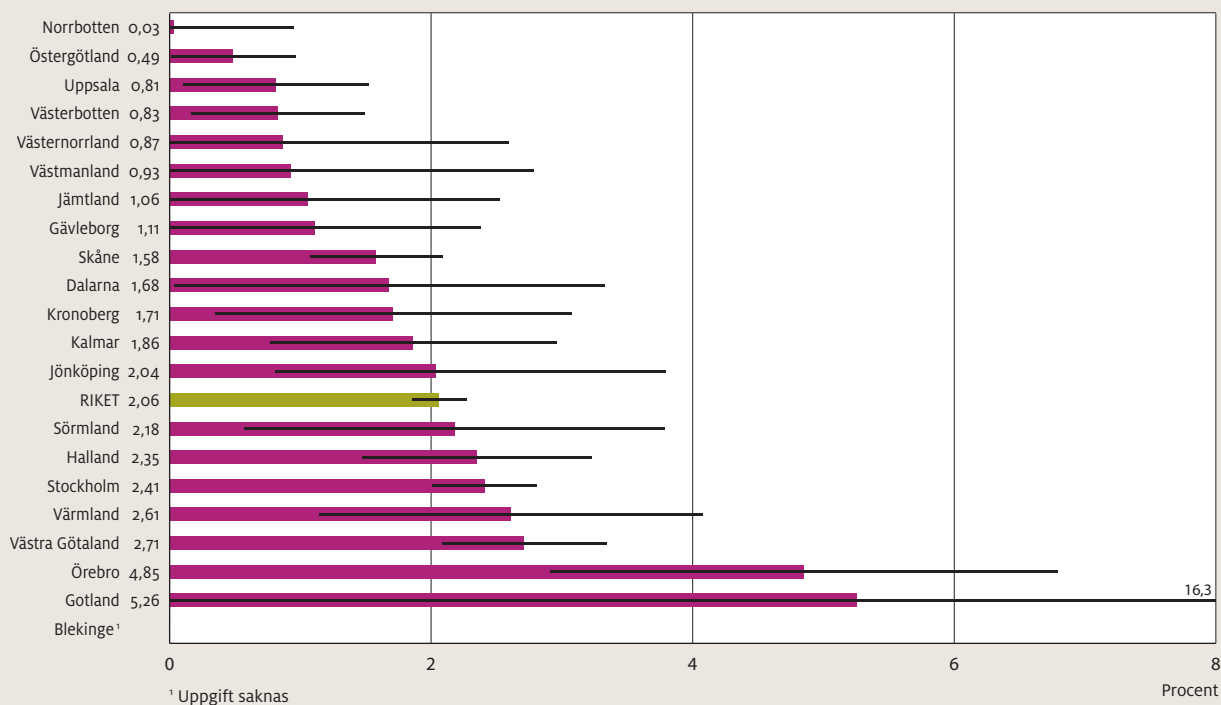
I riket är andelen som genomgår utbytesoperation 2 procent, med en variation mellan landsting från 0,03 till 5,2 procent. I riket är det lika stor andel män som kvinnor som gör utbytesoperation.

Skillnaderna mellan olika landsting kan dels bero på faktiska skillnader i kvalitet beträffande exem-

pelvis operationsteknik och rehabilitering, men kan också bero på skillnader i indikationer mellan olika landsting. Kliniker och landsting som opererar en högre andel patienter med svårare skador kan förväntas redovisa ett sämre resultat.

Indikatorn använder förekomst av omoperation som resultatmått. Det kan finnas opererade patienter med kvarvarande eller nya besvär som av någon anledning inte omopereras, vilket då inte registreras som ett misslyckande.

DIAGRAM 71 – TOTALT: Andel utbytesoperationer inom 2 år efter främre korsbandsoperation, 2005–2010.



Källa: Svenska korsbandsregistret.

72 BIOLOGISKA LÄKEMEDEL VID REUMATOID ARTRIT

Reumatoid artrit är en svår, ofta livslång handikappande sjukdom som främst drabbar kvinnor och som ger sämre hälsorelaterad livskvalitet och förkortad livslängd. Biologiska läkemedel är för många patienter ett viktigt behandlingsalternativ. Dessa påverkar immunsystemet och ges inom reumatologisk specialistvård antingen av patienten själv som injektioner eller av vården som intravenösa dropp.

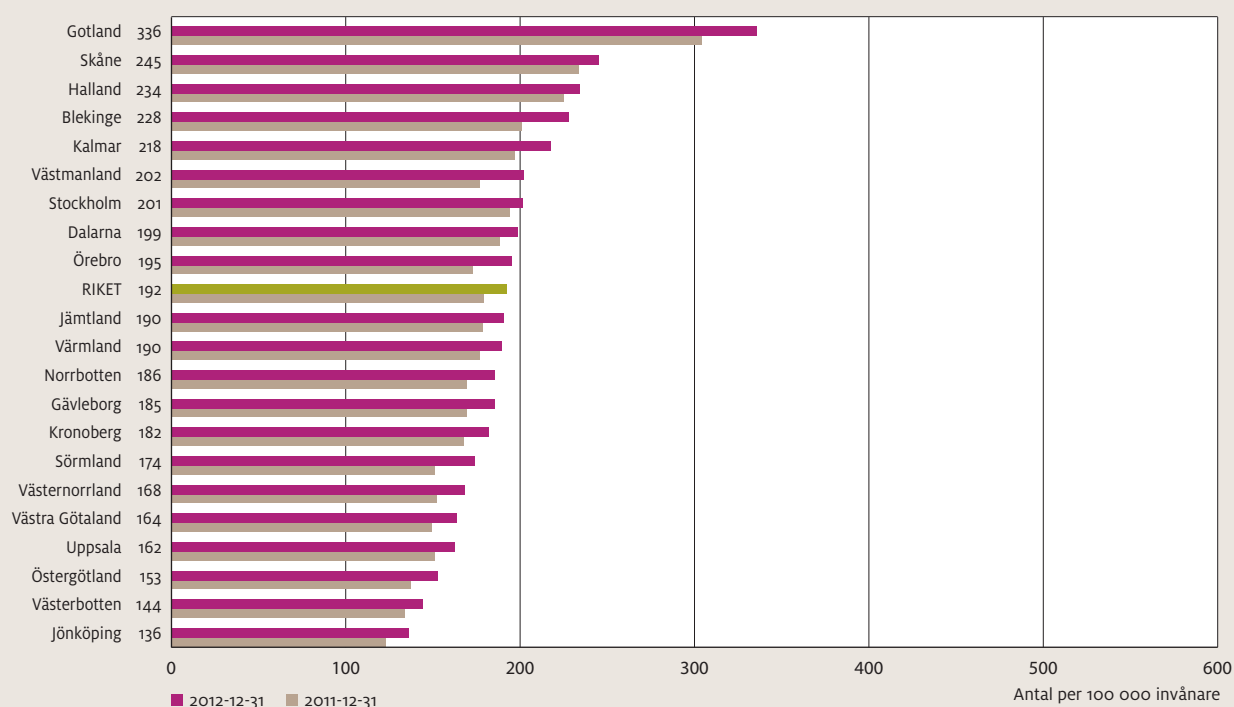
Hos rätt patient vid rätt tillfälle kan en kronisk inflammatorisk sjukdom helt gå tillbaka. Samtidigt är läkemedlen associerade med vissa biverkningar och kostar cirka 70–150 000 kronor per patient och år. Det är därför viktigt att alla patienter som behöver får dessa läkemedel, men också att patienter som klarar sig bra med annan antireumatisk behandling inte utsätts för dem. Tillsammans med mått på patientens

hälsoförbättring är det viktigt att följa omfattningen av den biologiska behandlingen i de olika landstingen.

Indikatorn visar antalet patienter med kronisk ledgångsreumatism, reumatoid artrit (RA), som har en pågående behandling med biologiskt läkemedel, per 100 000 invånare i landstingen. Källan till uppgiften om antalet patienter med behandling är Svensk Reumatologisk Kvalitetsregister, SRQ. I nationella riktlinjer har indikatorn en annan utformning, men på SRQs inrådan har den omformulerats enligt ovan då antalet patienter med behandlingskrävande RA i landstingen inte kan fastställas helt säkert.

Kvalitetsregistrets täckningsgrad för biologiska behandlingar kan inte exakt beräknas eftersom dessa läkemedel inte finns till fullo i andra nationella register. Tidigare analyser har pekat på att täckningsgraden i riket var kring 90 procent. Täckningsgraden

DIAGRAM 72 – TOTALT: Antal patienter med biologiskt läkemedel vid reumatoid artrit per 100 000 invånare, 31 december 2012. Avser patienter 18 år och äldre.



Källa: Svensk Reumatologis Kvalitetsregister.

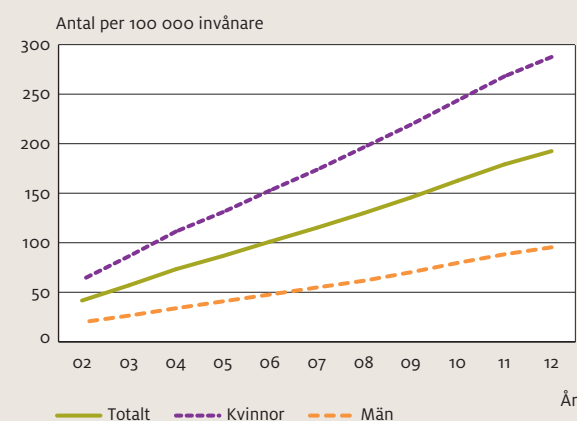
kan variera mellan landsting. Tolkningsproblem är att förekomsten av RA eller behovet av biologiska läkemedel kan variera mellan landsting och att det relevanta antalet behandlade bör värderas i ljuset av hälsoutfallet.

I riket hade i december 2012 192 patienter med RA per 100 000 invånare biologisk behandling. Variationen mellan landsting sträcker sig från 136 till 336 behandlade per 100 000 invånare. Totalt fanns det vid mättidpunkten 14 700 behandlade patienter. I riket har det skett en ökning av antalet behandlade, från 4 000 år 2003 till 14 700 år 2012. Antalet behandlade kvinnor är klart högre än antalet män, vilket beror på att förekomsten av reumatoid artrit är högre bland kvinnor.

Det finns ingen säker skattning av hur många patienter med reumatoid artrit i de olika landstingen som bör ha behandling med biologiska läkemedel. Det finns dock inga tecken på att överbehandling sker i de landstingen där antalet behandlade är högt.

Avgörande vid tolkning bör vara hälsoutfallet för patienten. Skillnader i hälsoutfall mellan grupper med olika behandlingar kan bäst ses i kvalitetsregistret. Detta innehåller ännu främst patienter med biologisk behandling och en lägre andel av de som

DIAGRAM 72 – RIKET: Antal patienter med biologiskt läkemedel vid reumatoid artrit per 100 000 invånare. Avser patienter 18 år och äldre.



Källa: Svensk Reumatologis Kvalitetsregister.

har annan antireumatisk behandling. Arbete pågår för att öka täckningsgraden, så att även patienter utan biologisk behandling inkluderas i kvalitetsregistret. Då ökar möjligheterna att jämföra hälsoläget hos patienter med olika behandlingar.

73 EFFEKT VID FÖRSTA BEHANDLING MED BIOLOGISKA LÄKEMEDEL

Biologisk behandling ges enligt nationella riktlinjer när annan antireumatisk behandling sviktar och när patienten har hög sjukdomsaktivitet. Denna mäts i Svensk reumatologis kvalitetsregister med ett index, Disease Activity Score – DAS28. Där ingår fyra variabler: antalet svullna respektive ömma indexleder (28 leder), sänka och patientupplevd hälsa, således en kombination av läkarundersökning, blodprov och patientens egen bedömning. DAS28 är internationellt överenskommet och används vid kliniska prövningar av läkemedel, men också för uppföljning av sjukdomsaktivitet i klinisk praktik. Det är viktigt att samlat mäta effekten på flera aspekter av hälsan, särskilt när nya läkemedel efter godkännandet kommer ut i användning i vardagsvården.

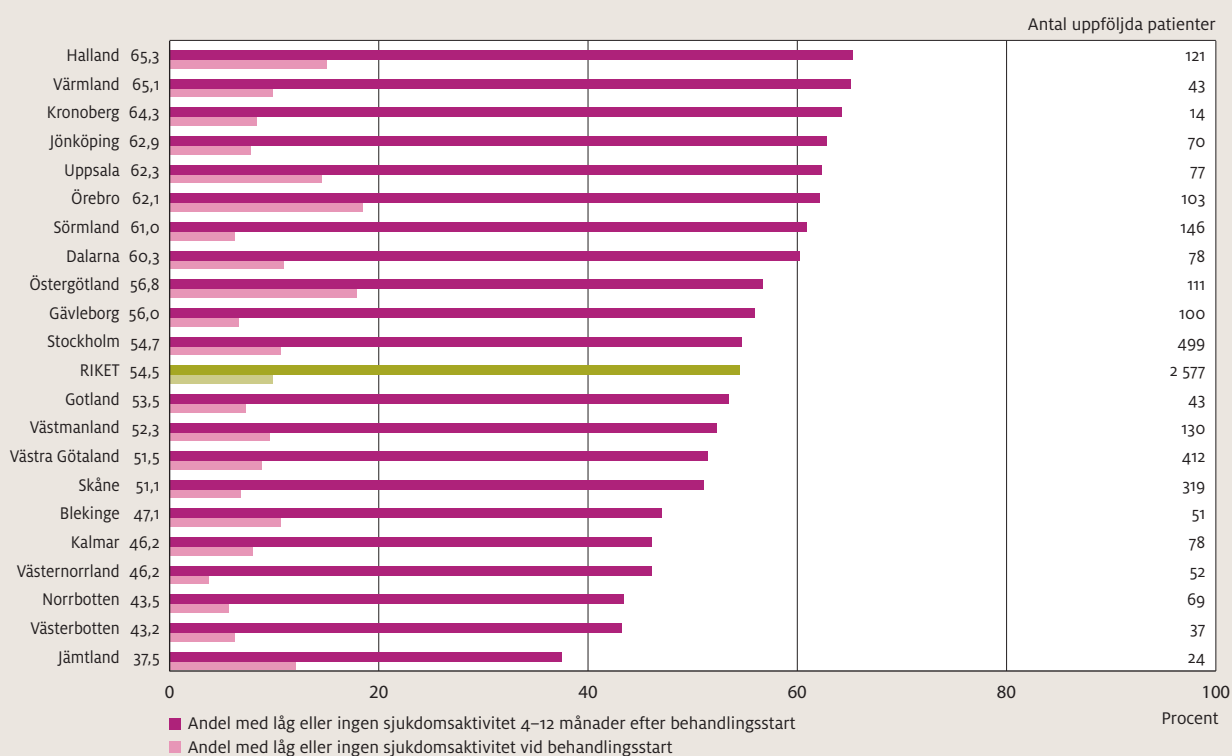
Indikatorn visar hur stor andel av patienterna som blev förbättrade 4–12 månader efter det initiala besöket, av alla patienter som startat sin första behandling med biologiskt läkemedel. Med förbättring menas att sjukdomsaktiviteten antingen är låg eller ingen, så kallad remission. Dessa nivåer bestäms av DAS28, så att låg sjukdomsaktivitet är 2,6–3,2 och ingen sjukdomsaktivitet föreligger vid $\text{DAS28} < 2,6$.

Sjukdomsaktiviteten mäts vid besöket hos specialist, när det konstateras att tidigare prövad behandling varit otillräcklig och biologiskt läkemedel sätts in. Läkaren och patienten kan då se vilken aktivitetsnivå som finns när behandlingen startas (hög, måttlig, låg eller inaktiv). Detta jämförs sedan i indikatorn med aktiviteten vid det senaste uppföljningsbesöket inom intervallet 4–12 månader efter behandlingsstart.

DAS28 är ett sammansatt mått på hälsa, men det säger inte allt. Det kan finnas patienter med relativt lågt DAS28 som är i stort behov av behandling, liksom det kan finnas patienter som har upplevt en avgörande förbättring av hälsan utan att deras DAS28 gått under 3,2.

En klar förbättring i sjukdomsaktivitet ses vid den första insättningen av biologisk behandling. I riket uppnår närmare 55 procent av patienterna en låg aktivitet eller får en inaktiv sjukdom. Spridningen mellan olika landsting går från 38 till 65 procent (det lägsta värdet baseras dock på bara 24 behandlingar). 53 procent av kvinnorna i riket når en förbättring, medan motsvarande tal för männen är något högre, 59 procent. Siffrorna för män är dock mer osäkra då de baseras på lägre antal män i de olika landstingen,

DIAGRAM 73 – TOTALT: Andel patienter med reumatoid artrit med låg eller ingen sjukdomsaktivitet 4–12 månader efter behandlingsstart med första biologiska läkemedel, 2010–2012.



Källa: Svensk Reumatologis Kvalitetsregister.

eftersom RA är en sjukdom som huvudsakligen drabbar kvinnor.

I diagrammet visas även en stapel som anger hur stor andel av patienterna som redan vid behandlingens insättande hade ingen eller låg sjukdomsaktivitet mätt med DAS28 ($< 3,2$). De patienter som påbörjar sin behandling i ett bättre sjukdomsläge har rimligen större möjlighet att nå ett lyckat resultat.

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

74 PATIENTRAPPORTERAD HÄLSA VID BEHANDLING MED BIOLOGISKT LÄKEMEDEL

Patientens egen upplevelse av hälsan är särskilt viktig just vid insättande av ny behandling vid en kronisk, ofta livslång sjukdom som reumatoid artrit (RA). Den förbättring patienten upplever i sin hälsa vid behandling mäts i Svensk Reumatologis Kvalitetsregister, helt ur patientperspektiv och individuellt, med en visuell analogskala (VAS). En klar förbättring i patientrapporterad hälsa ses vid första insättande av biologisk behandling, vilket avspeglas med denna indikator.

Biologisk behandling ges när annan antireumatisk behandling sviktat, och har varit tillgänglig i Sverige sedan 1999. Patientens egen upplevelse av hälsan är betydelsefull när helt nya behandlingsmetoder införs, och då särskilt vilka effekter läkemedlen har i klinisk vardagsvård, vilket avspeglas i kvalitetsregister.

Indikatorn visar den patientrapporterade hälsoförbättringen 4–12 månader efter start av behandling med biologiskt läkemedel. Patienten mäter själv sin hälsa vid besöket hos specialist, när det konstateras att tidigare prövad behandling varit otillräcklig och det första biologiska läkemedlet sätts in. Detta jämförs sedan med genomsnittet vid de uppföljningsbesök som görs under det kommande året (4–12 månader efter det initiala besöket). Måttet visar därmed den skillnad i upplevd hälsa som uppnås med

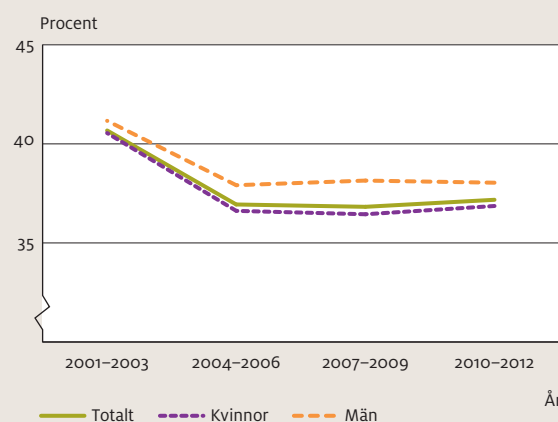
behandlingen. Förbättringen uttrycks här i procent, som hur mycket patienten förbättrats i förhållande till hur hon mätte vid första besöket.

I riket är förbättringen 37 procent för patienter med behandlingsstart under mätperioden 2010–2012, med en variation mellan landsting från 21 till 55 procent. Det finns i riket som helhet inga större skillnader mellan kvinnors och mäns förbättring, som är 37 respektive 38 procent. Jämförelsen baseras på cirka 2 700 patienter, varav närmare 2 000 är kvinnor. I riket har resultaten varit oförändrade sedan mätperioden 2007–2009.

Indikatorn visar att många patienter kan räkna med att bli så mycket förbättrade att en stor del av deras upplevda sjukdomsburda försvinner med den första biologiska behandlingen. Den största förbättringen av upplevd hälsa som uppnås i något landsting kan vara riktmärke för vad som skulle kunna vara möjligt, förutsatt att patientgrupperna som jämförs har lika förutsättningar att bli bättre.

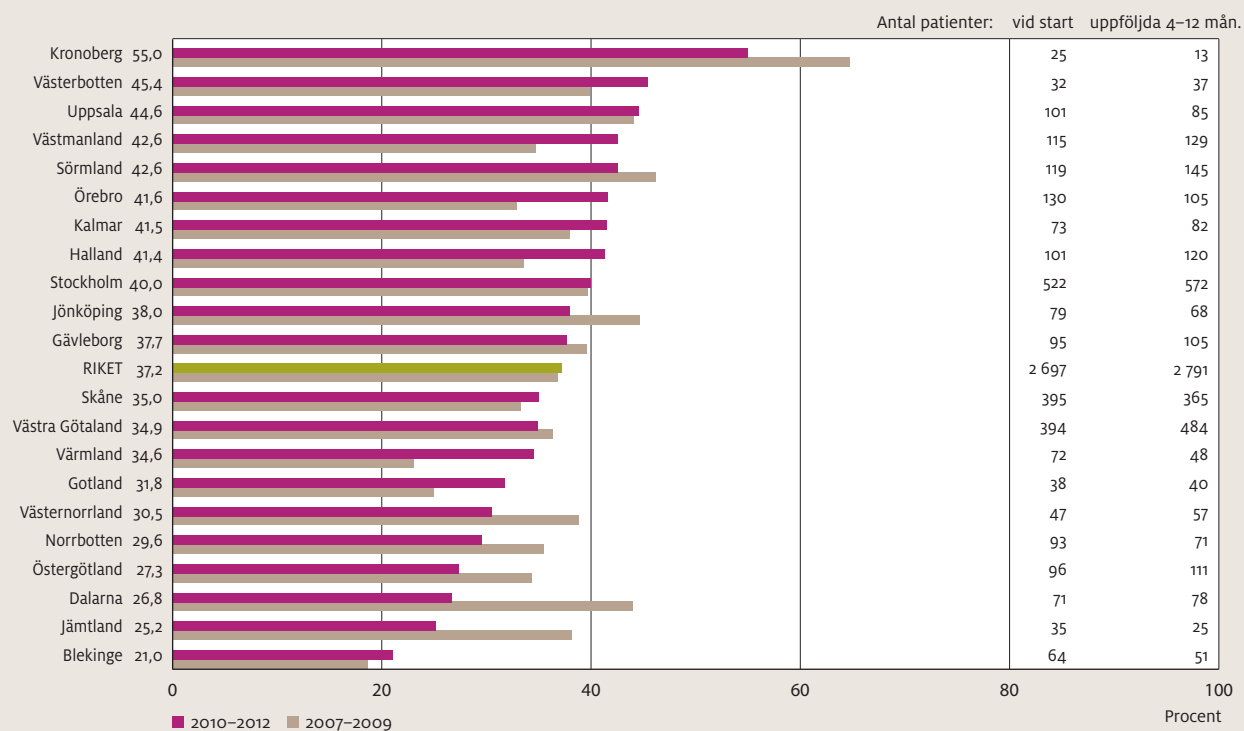
Det kan inte förväntas att alla patienter ska uppleva full hälsa som resultat av sin första biologiska behandling, särskilt som tidigare antireumatiska behandlingar sviktat. Någon bestämd grad av hälsa som bör uppnås kan inte heller fastställas, då ingen kan uttala sig om vad alla patienter skulle kunna vara nöjda med.

DIAGRAM 74 – RIKET: Patientrapporterad förbättring av hälsa 4–12 månader efter behandlingsstart av första biologiska läkemedel vid reumatoid artrit. Effekt mäts som procentuell förändring av patientens globala VAS.



Källa: Svensk Reumatologis Kvalitetsregister.

DIAGRAM 74 – TOTALT: Patientrapporterad förbättring av hälsa 4–12 månader efter behandlingsstart av första biologiska läkemedel vid reumatoid artrit, 2010–2012. Effekt mäts som procentuell förändring av patientens globala VAS.



Källa: Svensk Reumatologisk Kvalitetsregister.

75 KOSTNAD PER VÅRDTILLFÄLLE VID TOTAL HÖFTPROTESOPERATION

Under 2012 rapporterades 8 218 höftprotesoperationer till KPP-databasen, vilket motsvarar över hälften av de höftprotesoperationer som utfördes 2012.

I diagram 75 visas kostnaderna för slutenvård per vårdtillfälle för primär total höftprotesoperation. 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. Motivet för detta är att visa en "normal" genomsnittskostnad per sjukhus och i viss mån hantera olikheter i patientsammansättning vid sjukhusen.

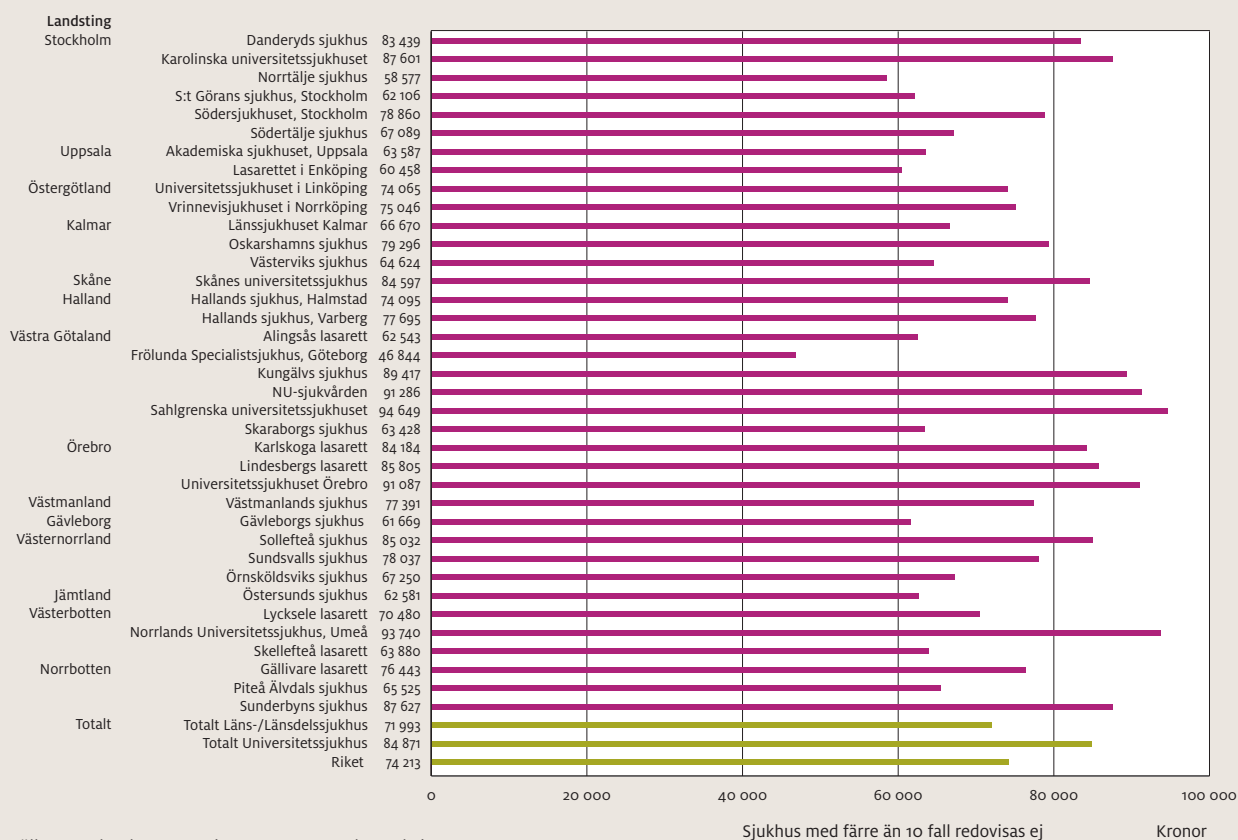
Det finns ett regelverk för hur kostnader ska kalkyleras och redovisas till KPP-databasen, till exempel vilka kostnader som ska ingå. Trots detta kan kalkylerna skilja sig mellan sjukhusen.

Genomsnittskostnaden för innerfallen uppgick 2012 till 74 213 kronor. De redovisade kostnaderna skiljer sig påtagligt mellan sjukhusen, med en spridning från knappt 47 000 kronor till närmare 95 000 kronor. Medelvårdtiden var cirka 5 dagar, med en variation från 3 till 9 dagar.

De rapporterade medelvårdtiderna påverkas av vårdens organisation. Om rehabilitering efter operationen sker på annan klinik, leder detta till att den redovisade kostnaden och medelvårdtiden blir lägre. Den egentliga kostnaden är då högre än den som KPP-databasen redovisar. I till exempel Stockholm har man ofta en sådan vårdprocess.

Kostnadsskillnaderna påverkas även av patient-sammansättningen, 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 13 000 kronor högre per vårdtillfälle än för övriga sjukhus.

DIAGRAM 75 – SJUKHUS: Kostnad per vårdtillfälle vid primär total höftprotesoperation, 2012.



76 KOSTNAD PER VÅRDTILLFÄLLE VID TOTAL KNÄPROTESOPERATION

Drygt 13 000 primära totala knäprotesoperationer utförs varje år. 2012 rapporterades 5 813 vårdtillfällen till KPP-databasen, det vill säga knappt hälften av samtliga knäprotesoperationer.

I diagram 110 presenteras genomsnittskostnaden för primär total knäprotesoperation.

Kostnader för efterföljande uppföljningsbesök och läkemedelsanvändning i öppen vård ingår inte. För vissa sjukhus ingår inte heller alla kostnader för rehabilitering.

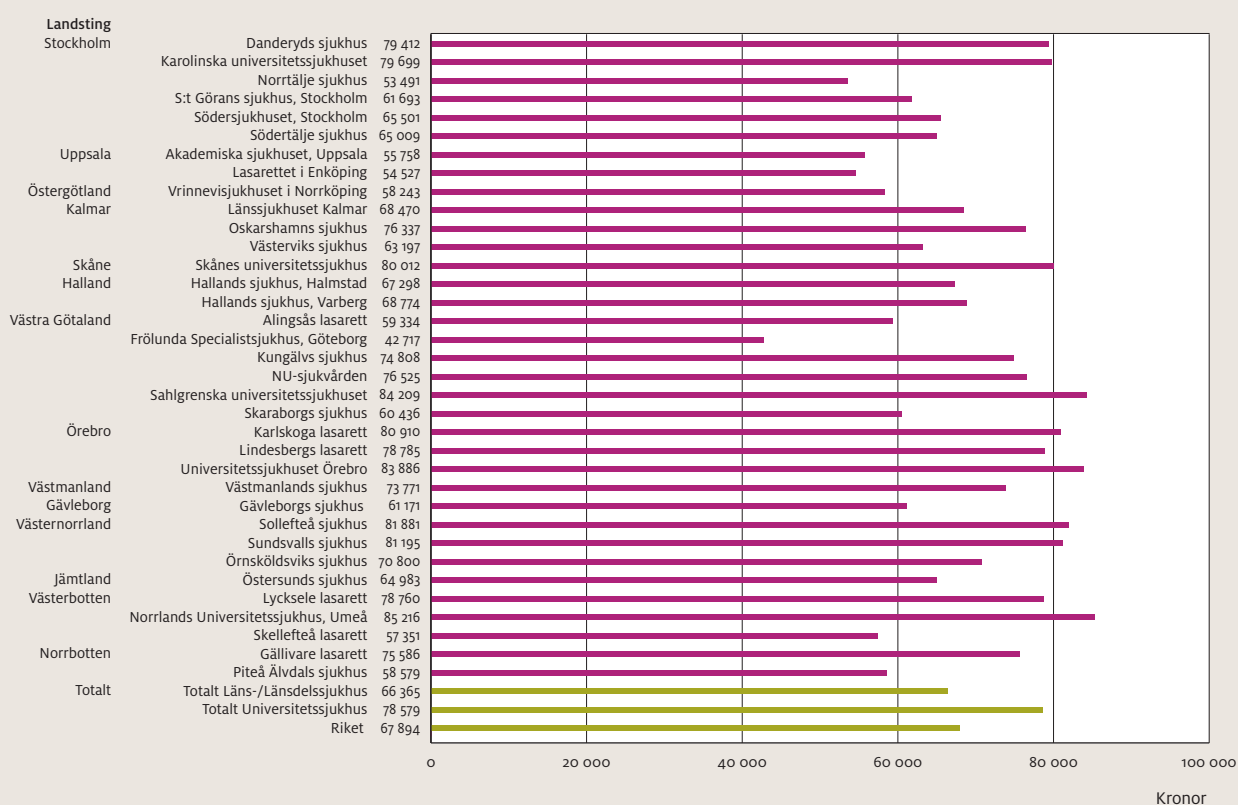
De allra dyraste fallen, de så kallade kostnadsytterfallen, är exkluderade. Motivet för detta är att visa en "normal" genomsnittskostnad per sjukhus och i viss mån hantera olikheter i patientsammansättning vid sjukhusen.

Det finns ett regelverk för hur kostnader ska kalkyleras och redovisas till KPP-databasen, till exempel vilka kostnader som ska ingå. Trots detta kan kalkylerna skilja sig mellan sjukhusen.

Kostnaden för knäprotesoperationer 67 894 kronor per vårdtillfälle, vilket är något lägre än för höftprotesoperationer. Precis som kostnaden för höftprotesoperationer är variationen mellan sjukhusen stor, från 42 700 kronor till 85 200 kronor.

Kostnader och medelvårdtider påverkas av flera faktorer, till exempel hur vården organiseras eller sjukhusens olika patientsammansättning. Universitetssjukhusens kostnader är cirka 12 000 kronor högre än övriga sjukhus.

DIAGRAM 76– SJUKHUS: Kostnad per vårdtillfälle vid primär total knäprotesoperation, 2012.



Källa: KPP-databasen, Sveriges Kommuner och Landsting.

Diabetesvård

Diabetes är en kronisk sjukdom som även medför ökad risk för andra sjukdomar, så kallade diabeteskomplikationer. I storleksordningen 450 000 personer i Sverige har diabetes. Av dessa har 85–90 procent typ 2-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 ögonsjukdomar, till exempel 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 långtidsblodsockervärde (HbA_{1c}), blodtryck och kolesterol, liksom förekomst av rökning och fetma.

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

Socialstyrelsen publicerade 2010 nya nationella riktlinjer för diabetesvården. En viktig del av riktlinjearbetet är framtagandet av kvalitetsindikatorer som ger stöd för systematisk uppföljning. De indikatorer som här redovisas svarar väl mot de indikatorer som rekommenderas i riktlinjerna och de som ingick i Socialstyrelsens utvärdering av diabetesvården, som publicerades i januari 2012.

Tre indikatorer avser behandlingsmål för blodsockervärde, blodtryck och blodfetter i primärvård och en avser målnuppfyllelse för blodsocker vid behandling av barn och unga med diabetes. Två indikatorer redovisas för patienter med typ 1-diabetes på sjukhus och avser behandlingsmål för medelblodsocker och blodtryck. Vidare redovisas amputationer bland personer med diabetes.

NDR samlar data om diabetesvård både från medicinkliniker och från primärvården. Täckningsgraden avseende läkemedelsbehandlade personer med diabetes var 88 procent för riket totalt 2012, men med variationer mellan landstingen. Täckningsgraden redovisas i diagram 121. Täckningsgrad för sjukhus är mycket hög och har i primärvården ökat påtagligt de senaste åren. Vid låg täckningsgrad eller annan bristfällig rapportering är det osäkrare om det redovisade resultatet verkligen är representativt för diabetesvården som helhet.

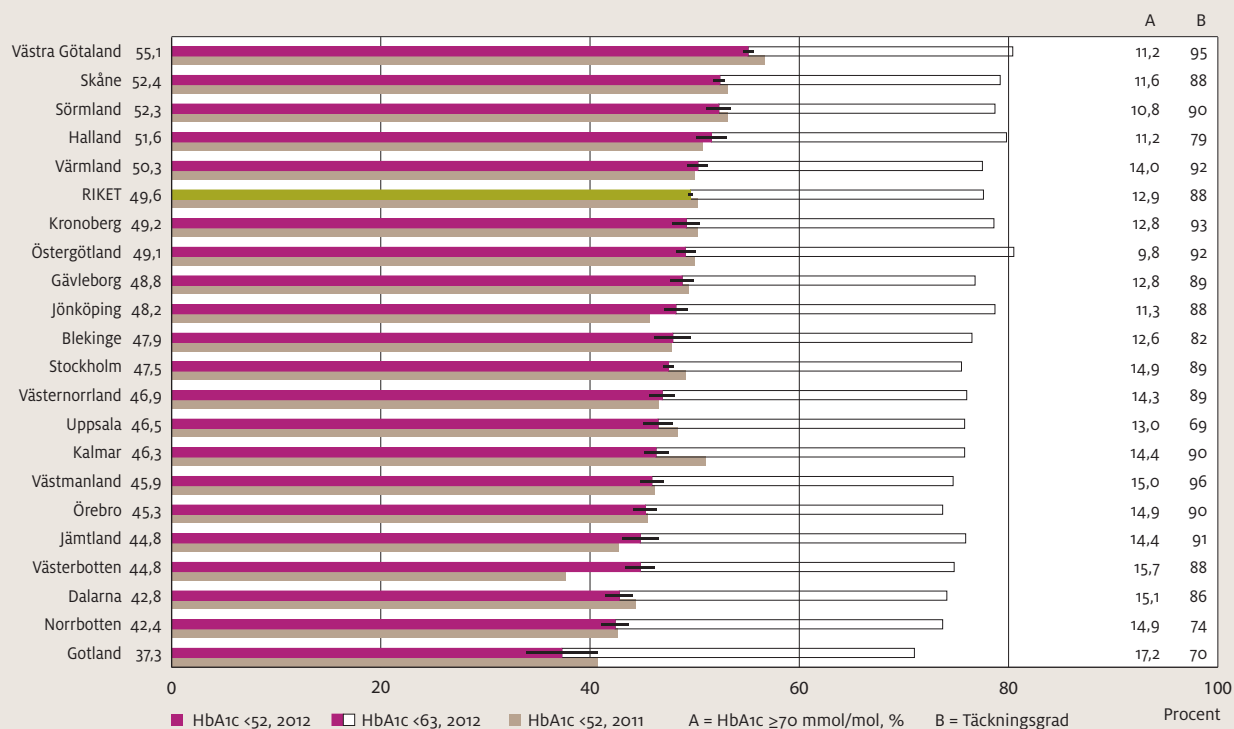
77 MÅLUPPFYLLELSE FÖR BLODSOCKERVÄRDE VID DIABETES – PRIMÄRVÅRD

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

HbA_{1c} återspeglar den långsiktiga glukoskontrollen och har ett starkt samband med risken att utveckla komplikationer till diabetes. Enligt nationella riktlinjer är målet att HbA_{1c} ska vara lägre än 52 mmol/mol, men i dessa betonas också att behandlingen ska individualiseras. Målet kan inte tillämpas på alla personer, utan hänsyn bör tas till risken för frekvent svår hypoglykemi (lågt blodsocker), svåra mikro- och makrovaskulära komplikationer, annan sjukdom eller begränsad återstående livslängd, som alla kan vara motiv för att acceptera en högre HbA_{1c}-nivå.

Det finns ännu få studier där patientupplevda effektmått som livskvalitet har analyserats. Alla publicerade rekommendationer betonar vikten av att den blodsockersänkande behandlingen ska genomföras utan att förorsaka för låga blodsockervärden. Balansen av blodsockret är således ofta en stor utmaning.

DIAGRAM 77 – TOTALT: Andel patienter med diabetes i primärvård som når mål för blodsockervärde (HbA_{1c} <52 mmol/mol), 2012. Avser patienter yngre än 80 år.



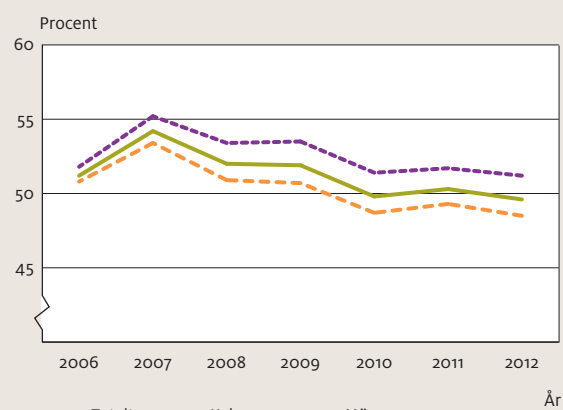
Källa: NDR – Nationella Diabetesregistret.

I diagram 77 visas hur stor andel av patienterna som har medelblodsockervärde (HbA_{1c}) lägre än 52 mmol/mol, vilket är behandlingsmålet, respektive lägre än 63 mmol/mol. Ett värde över 63 är för högt för de allra flesta patienter. Även uppgift om andelen patienter med ett HbA_{1c} högre än 70 mmol/mol visas i diagrammet. Att minska denna andel är ett av tre mål som Nationella programrådet för diabetes vid SKL pekat ut. Ingår i jämförelsen gör alla till NDR rapporterade diabetespatienter i primärvård som är yngre än 80 år, vilket var drygt 225 000 patienter 2012.

I riket som helhet har cirka hälften av patienterna ett värde lägre än 52 mmol/mol. Skillnaderna mellan landstingen är måttliga. Behandlingsmålet för HbA_{1c} uppnåddes 2012 av fler kvinnor än män. Blodsockervärde lägre än 63 mmol/mol hade i riket 78 procent av patienterna. 13 procent av patienterna i primärvården har mycket dålig blodsockerkontroll, definierat som HbA_{1c} över 70 mmol/mol. I riket har andelen med HbA_{1c} lägre än 52 mmol/mol minskat med fyra procentenheter sedan 2007.

Det finns för närvarande inget mål för hur stor andel av patienterna som bör nå behandlingsmålet. Resultatet talar för att en del av patienterna inte

DIAGRAM 77 – RIKET: Andel patienter med diabetes i primärvård som når mål för blodsockervärde (HbA_{1c} <52 mmol/mol). Avser patienter yngre än 80 år.



Källa: NDR – Nationella Diabetesregistret.

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

Den negativa utvecklingen över tid tyder på att förbättringar är svåra att nå med oförändrat arbets sätt. Lokala analyser av utfallen bör därför göras och kunna resultera i strukturerade program för intensiv påverkan på levnadsvanor och eventuellt mer aktiv läkemedelsbehandling.

I riket fattas uppgift om HbA_{1c} för cirka fyra procent av patienterna, men i några landsting är bortfallet för denna uppgift 6-8 procent.

78 MÅLUPPFYLLELSE FÖR BLODSOCKER-VÄRDE VID TYP 1-DIABETES

10-15 procent av alla personer med diabetes har typ 1-diabetes. Enligt den epidemiologiska definition som används i NDR är detta personer med enbart insulinbehandling och där sjukdomen debuterade när patienten var under 30 år. Det finns i NDR knappt 35 000 personer med typ 1-diabetes, varav drygt hälften är män. Personer med typ 1-diabetes har sin primära vårdkontakt på mottagning vid sjukhus.

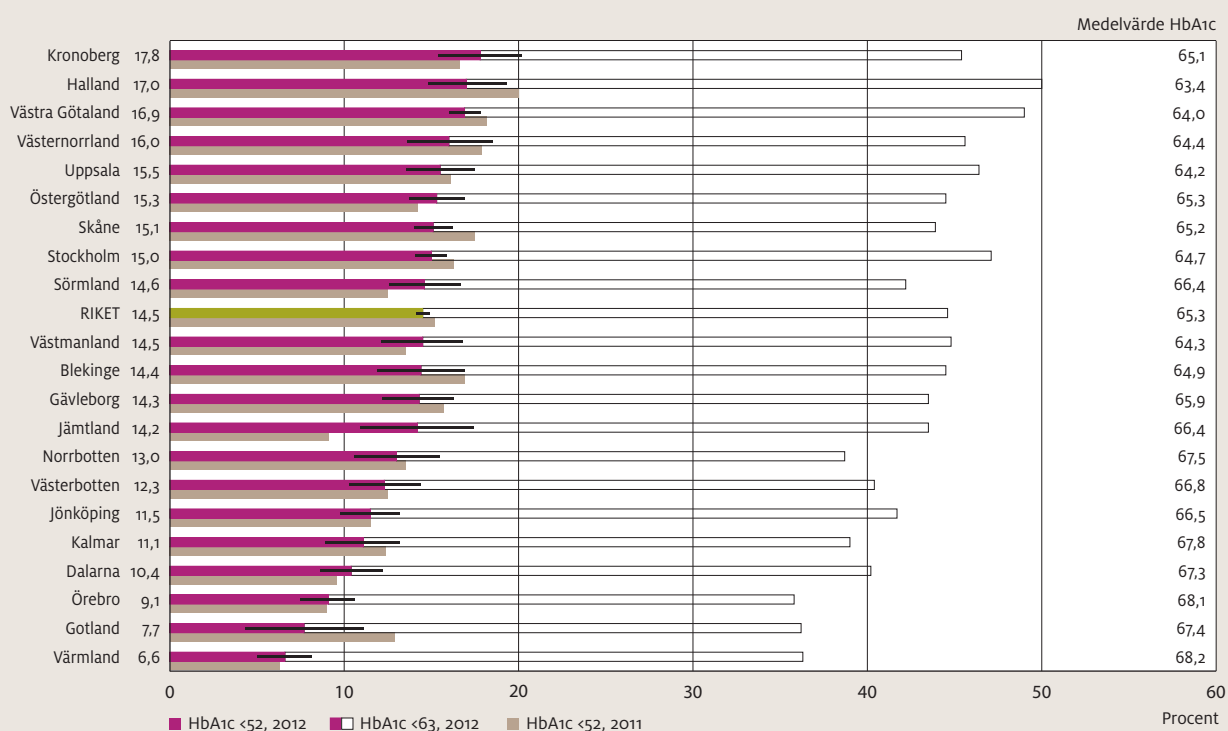
HbA_{1c} återspeglar den långsiktiga glukoskontrollen och har ett starkt samband med risken att utveckla

komplikationer till diabetes. Vikten av blodsocker-kontroll är densamma vid typ 1-diabetes som vid typ 2-diabetes och de nationella riktlinjernas behandlingsmål är detsamma, HbA_{1c} lägre än 52 mmol/mol.

Indikatorn visar andelen personer med typ 1-diabetes på medicinklinik som når målet för HbA_{1c}, lägre än 52 mmol/mol. Även andelen som når HbA_{1c} lägre än 66 mmol/mol visas, liksom medelvärdet för HbA_{1c}. Alla åldrar ingår i redovisningen.

I riket når bara en minoritet, 14,5 procent av patienterna, behandlingsmålet (< 52 mmol/mol) för blodsockerkontroll, med en variation mellan landstingen från sju till 18 procent. Andelen som ligger under den högre redovisade nivån för blodsockervärde (63 mmol/mol), uppgår i riket till knappt 45 procent. Dessutom ses ingen positiv trend över tid, utan andelen som når målet minskar. För sjukhusen varierar andelen mera, men skillnaderna bör inte övertolkas, eftersom måttet uppnådd målnivå ger betydligt kraftigare utslag i skillnader mellan olika vårdgivare än vad medelvärde eller median för HbA_{1c} gör.

DIAGRAM 78 – TOTALT: Andel patienter med typ 1-diabetes som når mål för blodsockervärde (HbA_{1c} <52 mmol/mol), 2012.

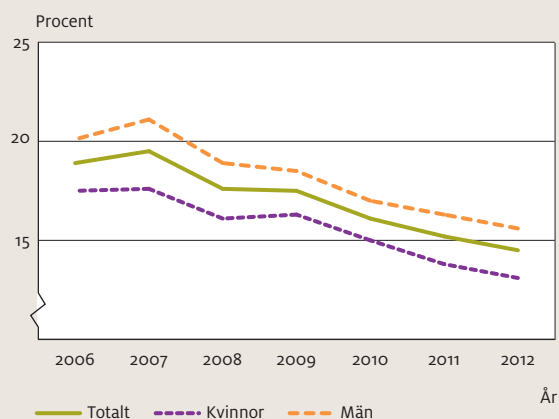


Källa: NDR – Nationella Diabetesregistret.

I riktlinjerna betonas att målet måste vara individuellt och för många patienter med typ 1-diabetes kan av olika skäl inte detta låga HbA_{1c}-värde tillämpas som målvärde. Det finns i nuläget inget mål angivet för hur stor andel av patienterna som bör nå målvärdet, men dagens andel är påtagligt låg. Det är även viktigt att minska andelen patienter med höga HbA_{1c}-värden. 8 200 eller 24 procent av alla patienter med typ 1-diabetes har ett påtagligt högt HbA_{1c}, högre än 73 mmol/mol. Det finns således en stor förbättringspotential, oavsett vilket mått och vilken patientgrupp man väljer att fokusera.

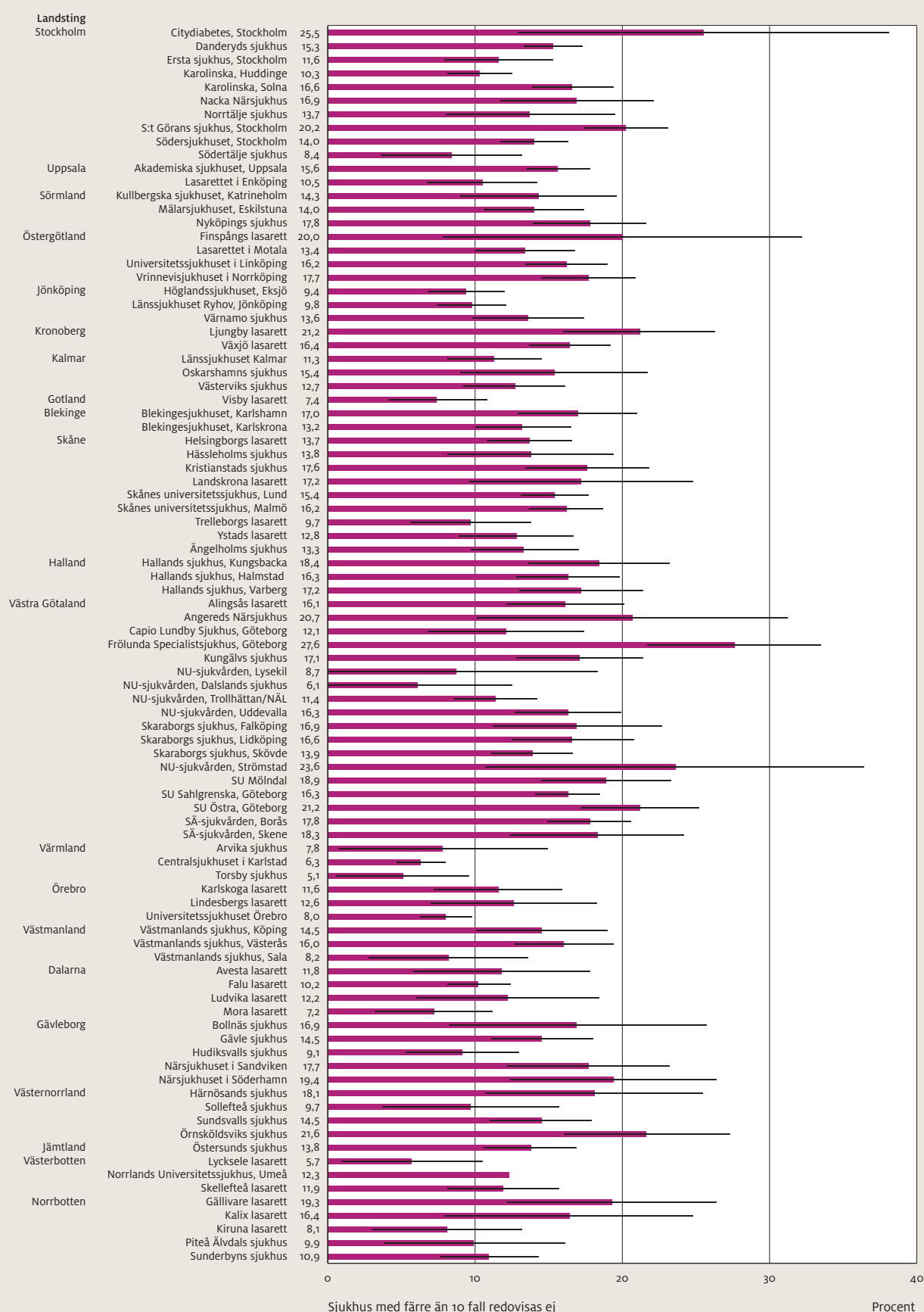
I riket fattas värde för HbA_{1c} i bara 1,9 procent av fallen, men i en mindre grupp landsting är bortfallet 4-6 procent.

DIAGRAM 78 – RIKET: Andel patienter med typ 1-diabetes som når mål för blodsockervärde (HbA_{1c} <52 mmol/mol).



Källa: NDR – Nationella Diabetesregistret.

DIAGRAM 78 – SJUKHUS: Andel patienter med typ 1-diabetes som når mål för blodsockervärde (HbA1c <52 mmol/mol), 2012. Åldersstandardiserade värden.



79 MÅLUPPFYLLELSE FÖR BLODTRYCK VID DIABETES – PRIMÄRVÅRD

Risken för hjärt-kärlsjukdom är två-tre gånger högre hos personer med diabetes än hos dem som inte har diabetes, enligt flera olika studier. Ett flertal riskfaktorer bidrar till detta, som rökning, högt blodsocker, högt blodtryck och förhöjda blodfetter. Risken ökar med antalet riskfaktorer.

Gränsen för förhöjt blodtryck för personer med diabetes är i nationella riktlinjer satt till lika med eller högre än 130/80 mmHg. Detta värde innebär att i storleksordningen 80–90 procent av alla personer med diabetes i primärvården har högt blodtryck, definierat som alla med blodtryckssänkande läkemedel eller alla som är obehandlade med blodtryck högre än 130/80 mmHg.

Allt fler patienter behandlas med blodtryckssänkande läkemedel. 83 procent av alla patienter med typ 2-diabetes behandlades år 2012. De senaste åren har medelvärdet för blodtryck sjunkit.

Indikatorn visar andelen patienter med typ 2-diabetes som har ett blodtryck lägre än 130/80 mmHg. Bara patienter i primärvården och som är yngre än 80 år ingår. Utöver denna blodtrycksnivå visas även andelen patienter med blodtryck lägre än 140/80 och

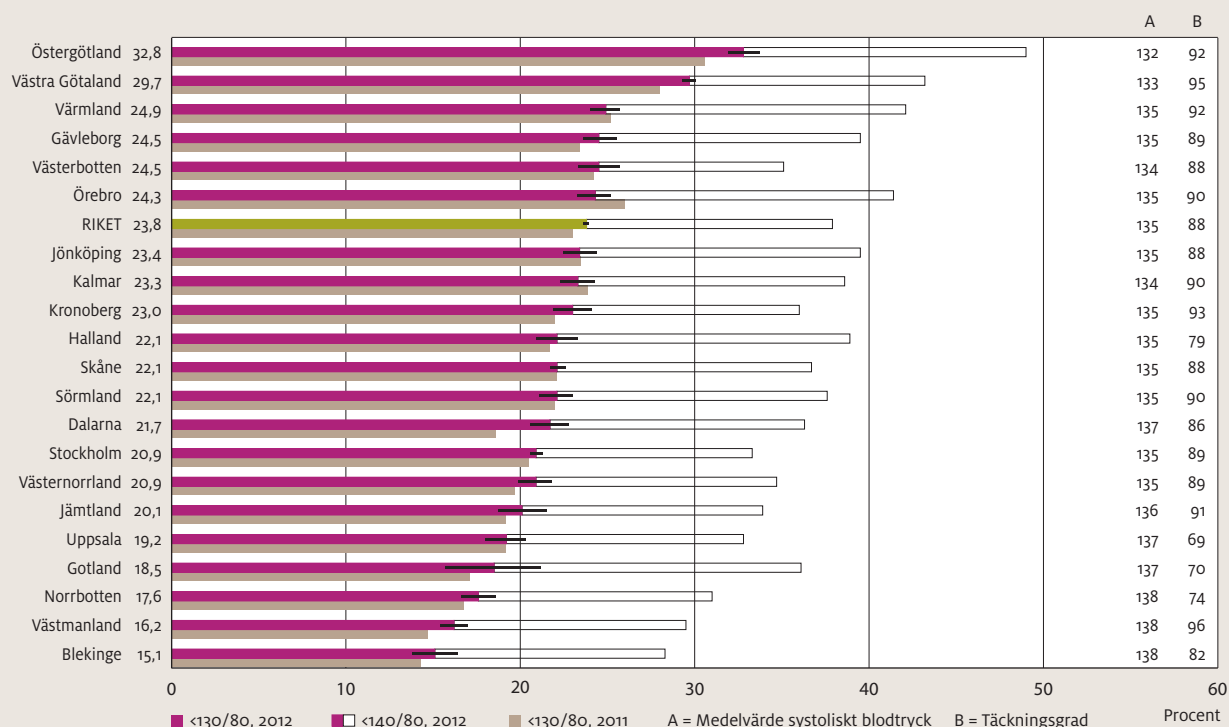
medelvärden för systoliskt blodtryck. Jämförelsen baseras på över 221 000 personer.

I riket som helhet når bara knappt 24 procent av patienterna målet, med en variation mellan landsting från 15 till 33 procent. Andelen har ökat de senaste åren, från drygt 18 procent 2008. Andelen som har blodtryck lägre än 140/80 mmHg är högre och uppgår i riket till knappt 38 procent.

Till bilden hör dock att resultatet blir betydligt bättre om man mäter andelen patienter som har ett blodtryck lika med eller under 130/80 mmHg. Då är andelen istället 42 procent. Denna stora differens är inte reell, utan har med mätmetoden att göra och beror på att blodtrycksvärden avrundas vid registreringen.

Även med hänsyn till avrundningsproblematiken har en majoritet av patienterna ett högre blodtryck än det som anges som målnivå i riktlinjerna. De har därmed ökad risk för hjärt-kärlsjukdomar. Vidare har närmare 40 procent av patienterna ett systoliskt blodtryck högre än 140. Det finns klara skillnader mellan landstingen, men den centrala iakttagelsen är att resultaten tyder på underbehandling och att det finns en stor förbättringspotential i alla landsting.

DIAGRAM 79 – TOTALT: Andel patienter med diabetes i primärvård som når mål för blodtryck (<130/80 mmHg), 2012. Avser patienter yngre än 80 år.



Källa: NDR – Nationella Diabetesregistret.

I riket saknas uppgift om blodtryck för sex procent av patienterna. I ett landsting saknas uppgift för 15 procent, medan det i en mindre grupp landsting saknas för 6-8 procent. Sättet att mäta blodtryck kan variera och kan påverka det redovisade värdet.

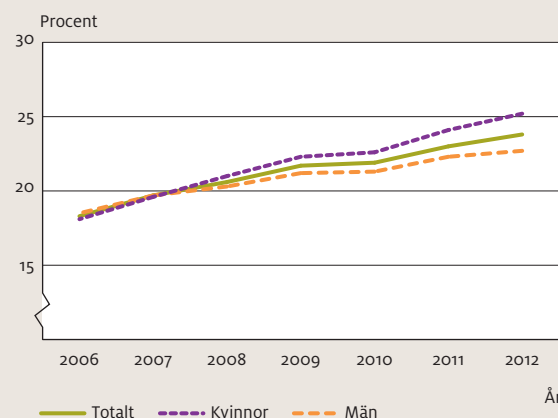
80 MÅLUPPFYLLELSE FÖR BLODTRYCK VID TYP 1-DIABETES

Högt blodtryck hos personer med typ 1-diabetes ökar risken för stroke, hjärtinfarkt, kärlkramp, njurskada, perifer kärlsjukdom och död. Högt blodtryck kan således medföra stort lidande för individerna och en stor kostnad för samhället.

Gränsen för förhöjt blodtryck för personer med diabetes är i nationella riktlinjer satt till lika med eller högre än 130/80 mmHg. Detta gränsvärde innebär att över 48 procent av alla personer med typ 1-diabetes har högt blodtryck, definierat som alla med blodtryckssänkande läkemedel eller alla som är obehandlade med blodtryck högre än 130/80 mmHg.

Indikatorn mäter andelen personer med typ 1 diabetes som uppnått målnivå för blodtryck vid det senast besöket under året. Jämförelsen baseras på

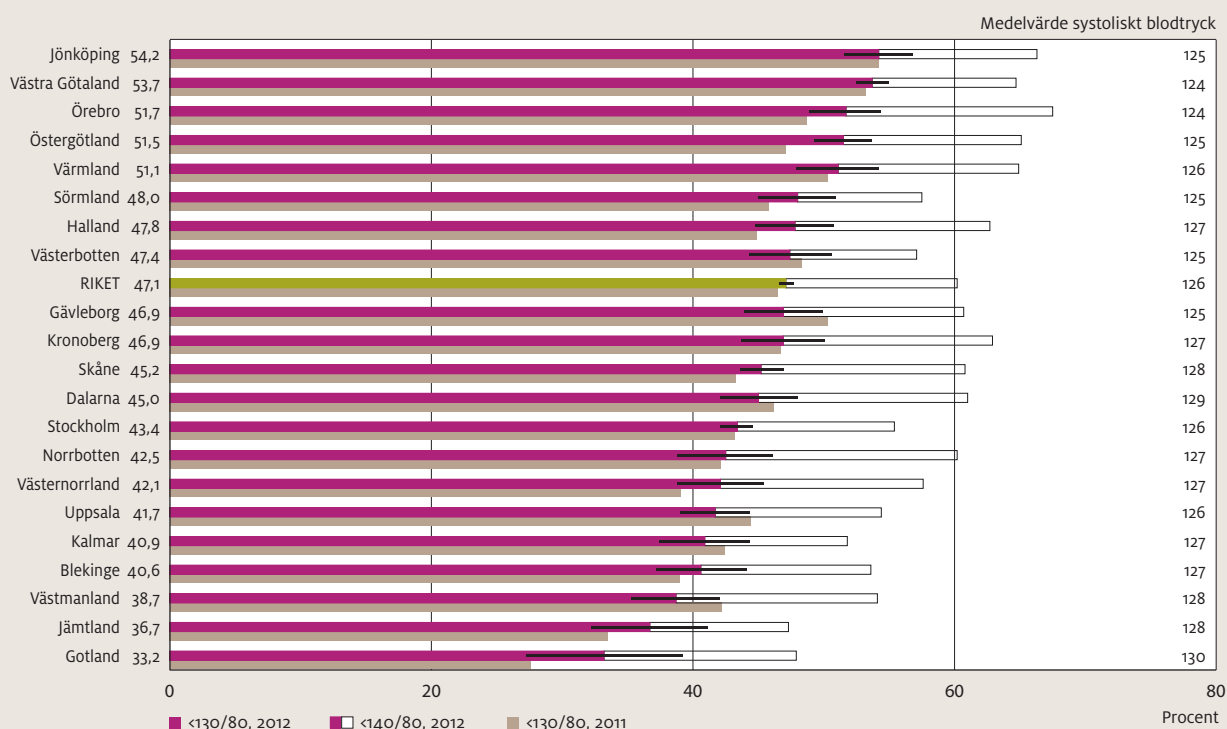
DIAGRAM 79 – RIKET: Andel patienter med diabetes i primärvård som når mål för blodtryck (<130/80 mmHg). Avser patienter yngre än 80 år.



Källa: NDR – Nationella Diabetesregistret.

cirka 33 000 personer, varav 15 000 var kvinnor. I diagrammet visas även andelen som har ett blodtryck lägre än 140/80 mmHg.

DIAGRAM 80 – TOTALT: Andel patienter med typ 1-diabetes som når mål för blodtryck (<130/80 mmHg), 2012.



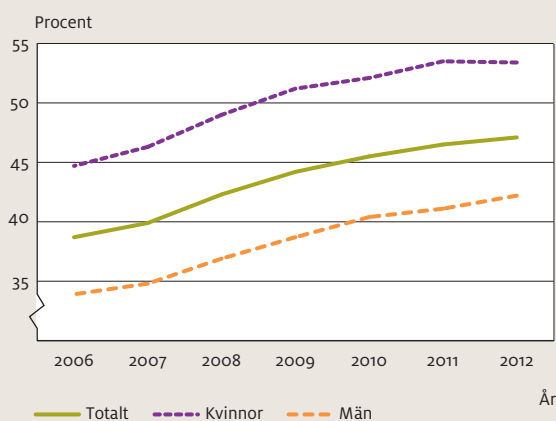
Källa: NDR – Nationella Diabetesregistret.

I riket når drygt 47 procent av patienterna behandlingsmålet 2012, med en högre andel för kvinnor än för män. Andelen varierar mellan landsting från 33 till 54 procent. Mellan sjukhusen är skillnaderna mycket påtagliga, med en variation från 26 till 68 procent. Sedan 2006 har andelen patienter som når ett blodtryck under 130/80 mmHg ökat med 13 procentenheter. Drygt 60 procent av patienterna har ett blodtryck som är lägre än 140/80 mmHg.

Samma mät- och avrundningsproblematik som för blodtryck vid typ 2-diabetes finns även här. Andelen patienter som når blodtryck lika med eller under 130/80 mmHg är klart högre. Även med hänsyn tagen till detta finns det ett betydande behov av förbättringar om de nationella riktlinjernas behandlingsmål ska nås – hela 40 procent av patienterna har ett blodtryck som förefaller vara underbehandlat.

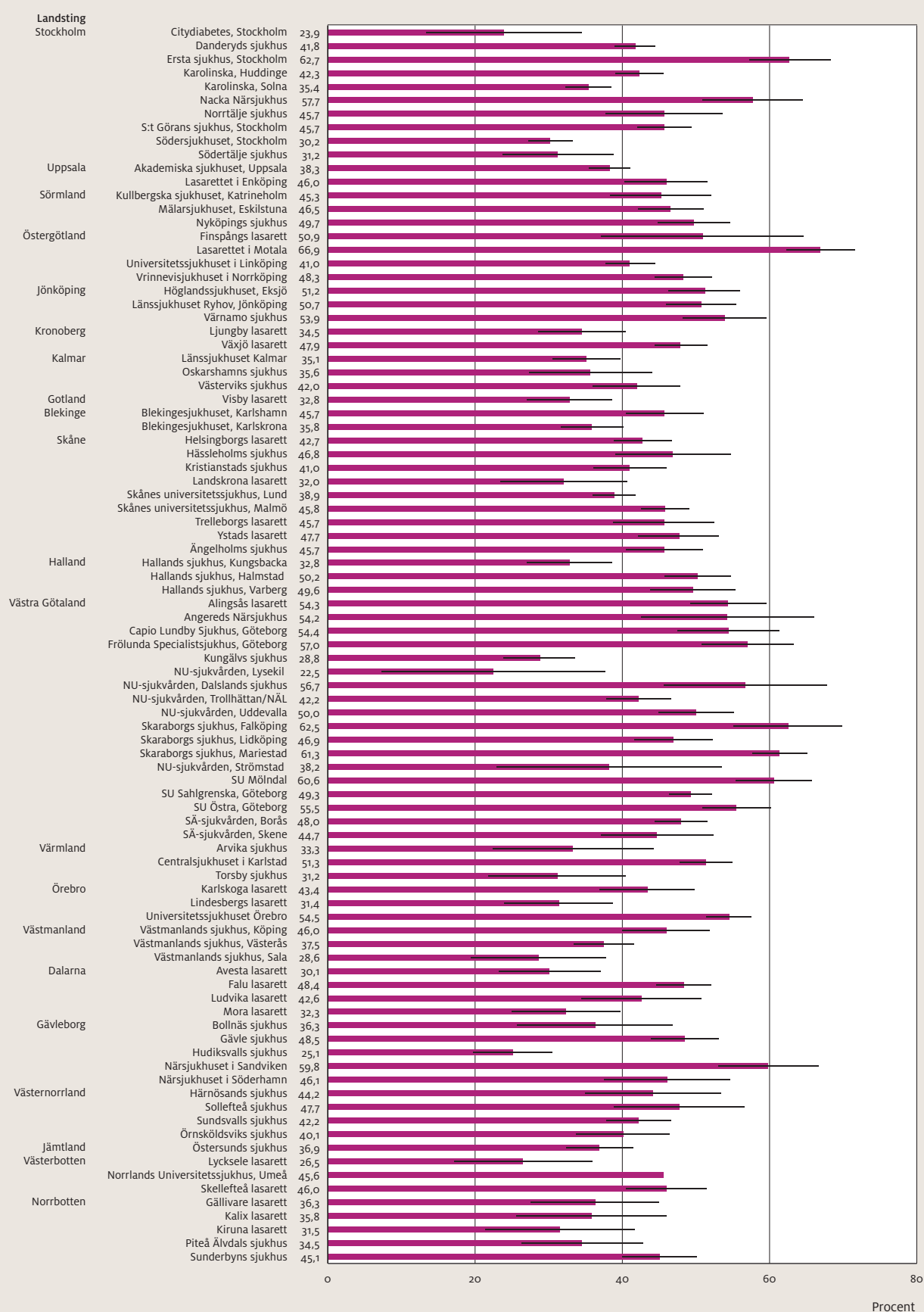
Uppgift om blodtryck saknas i riket för drygt 4 procent av patienterna. I ett landsting fattas uppgift för närmast 13 procent och i en mindre grupp av landsting saknas det för 6-8 procent av patienterna. Sättet att mäta blodtryck kan variera och kan påverka det redovisade värdet.

DIAGRAM 80 – RIKET: Andel patienter med typ 1-diabetes som når mål för blodtryck (<130/80 mmHg).



Källa: NDR – Nationella Diabetesregistret.

DIAGRAM 80 – SJUKHUS: Andel patienter med typ 1-diabetes som når mål för blodtryck (<130/80 mmHg), 2012. Åldersstandardiserade värden.



Källa: NDR – Nationella Diabetesregistret.

Procent

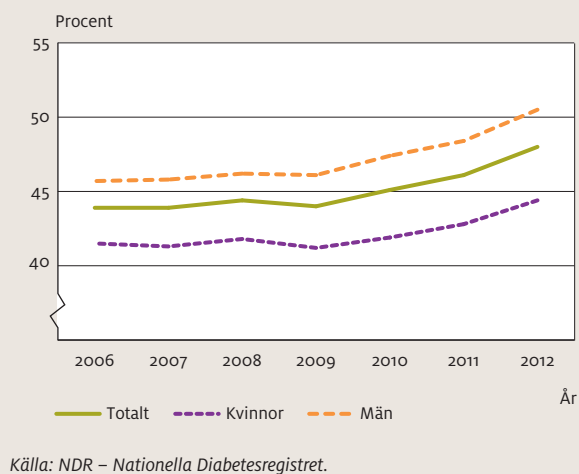
81 MÅLUPPFYLLELSE FÖR LDL-KOLESTEROL – PRIMÄRVÅRD

Höga blodfetter hos patienter med diabetes ökar risken för hjärtsjukdomar, stroke och för nedsatt cirkulation i benen. För patienter med typ 2-diabetes kan förebyggande behandling med blodfettssänkande läkemedel påtagligt minska risken och rekommenderas mot höga blodfetter hos patienter med typ 2-diabetes. Ett blodfett är LDL-kolesterol, "det onda kolesterolet". Målnivån för LDL-kolesterol vid typ 2-diabetes är i Socialstyrelsens nationella riktlinjer ett värde som är lägre än 2,5 mmol/l.

Indikatorn visar andelen patienter yngre än 80 år som har LDL-kolesterol lägre än 2,5 mmol/l vid det senaste mätillfället. Jämförelsen baseras på cirka 165 000 patienter i primärvård för vilka det fanns uppgift om LDL-värde. Även andelen som når nivå lägre än 3 mmol/l visas, liksom i en kolumn till höger i diagrammet avsaknad av värde för LDL, som varierar stort mellan landstingen.

Indikator 81 visar att i riket som helhet nås behandlingsmålet av 48 procent av patienterna. Fler män än kvinnor når målnivån. Det finns klara skillnader mellan de olika landstingen, med en variation mellan landsting på över 20 procentenheter. Sedan 2006 har

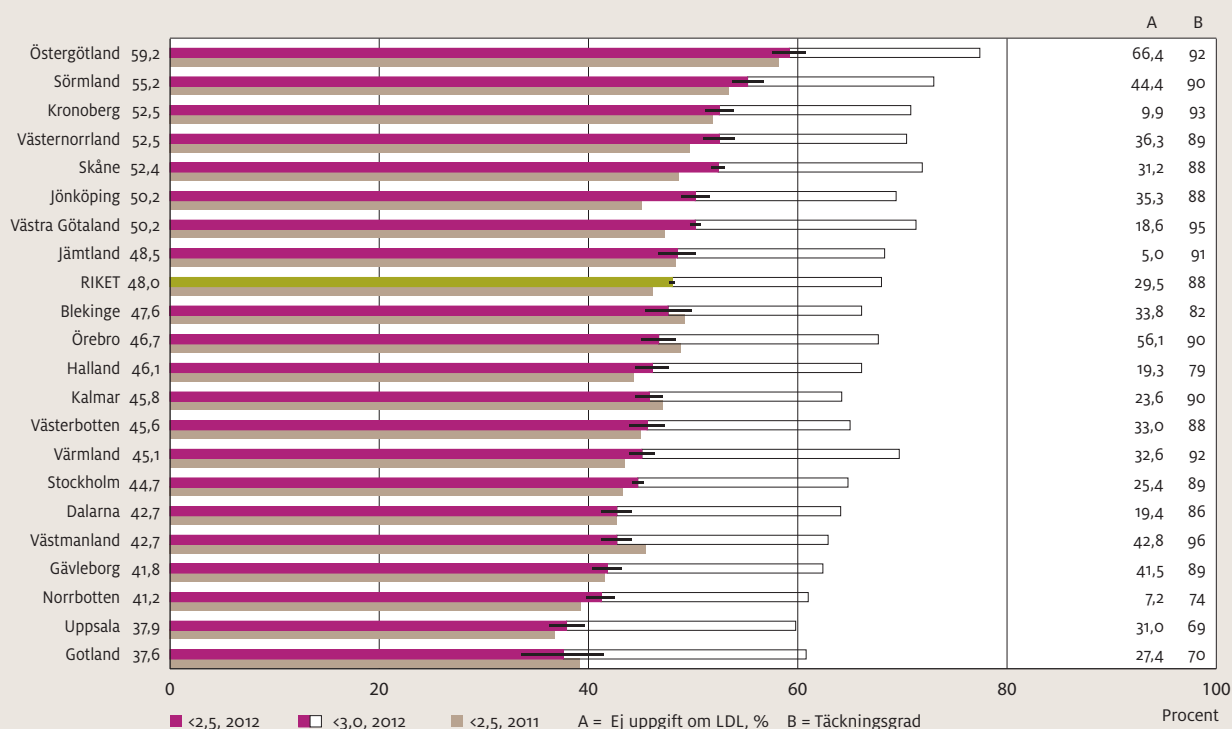
DIAGRAM 81 – RIKET: Andel patienter med diabetes i primärvård som når mål för LDL-kolesterol (<2,5 mmol/l). Avser patienter yngre än 80 år.



i riket en måttlig ökning av andel som når behandlingsmålet skett. LDL lägre än 3 mmol/l når 68 procent av patienterna.

Andelen som behandlas med blodfettssänkande läkemedel har enligt NDR i stort sett varit konstant de

DIAGRAM 81 – TOTALT: Andel patienter med diabetes i primärvård som når mål för LDL-kolesterol (<2,5 mmol/l), 2012. Avser patienter yngre än 80 år.



Källa: NDR – Nationella Diabetesregistret.

senaste åren. Under 2012 hade 62 procent av patienterna i primärvården behandling.

Att färre än hälften av patienterna når behandlingsmålet samt variationen mellan landsting tyder på att en klar underbehandling fortfarande råder. Det finns anledning att skärpa följsamheten till riktlinjerna och uppföljningen av behandlingen. Det bör även noteras att det är stora skillnader mellan landstingen vad gäller rapportering av LDL-värde, vilket påverkar tolkningen av resultatet. I Östergötland och Sörmland saknas uppgift för 66 respektive 44 procent av alla patienter.

I riket saknas värde för LDL-kolesterol för närmare 30 procent av patienterna, med stora variationer mellan landstingen. Detta bortfall kan påverka respektive landstingsresultat.

82 MÅLUPPFYLLELSE FÖR BLODSOCKERVÄRDE – BARN

Diabetes är den näst vanligaste kroniska sjukdomen hos barn och ungdomar i Sverige och medför risk för allvarliga komplikationer senare i livet. Nästan 800 barn insjuknar i diabetes varje år. Det finns knappt 7 000 barn i åldern 0-17 år med diabetes som får sin vård vid barnklinikerna i Sverige. Nästan alla, cirka 6 800, har typ 1-diabetes.

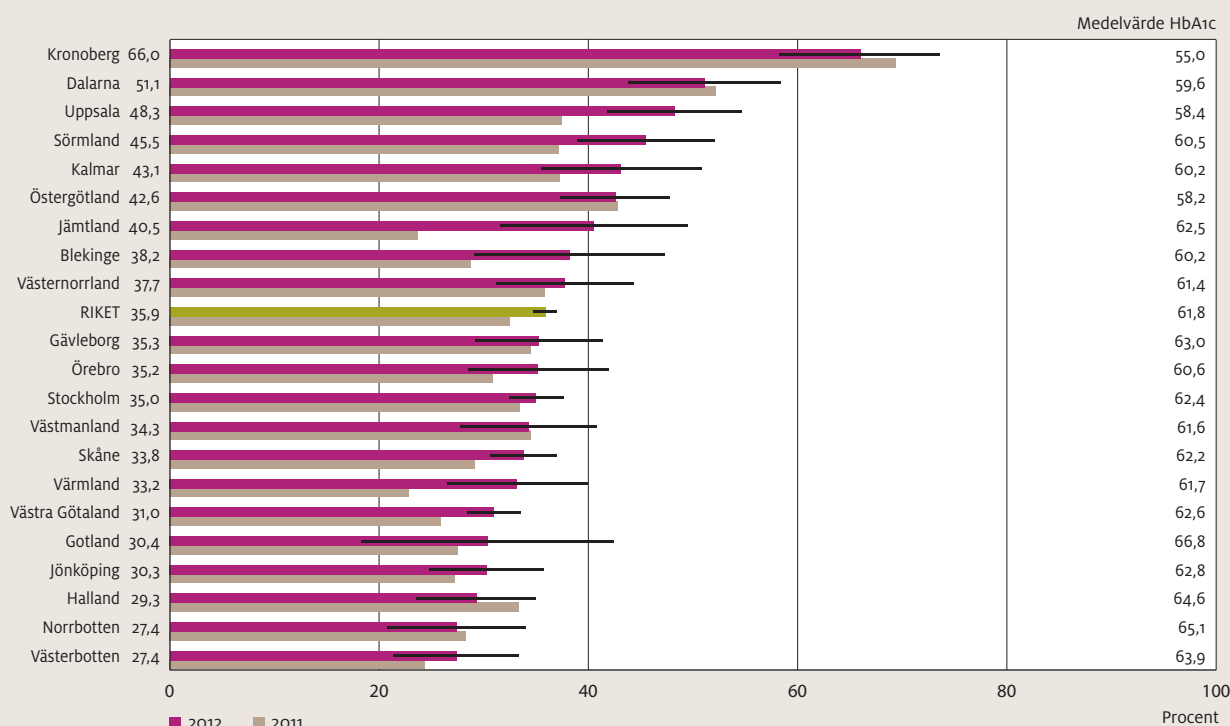
Samtliga barn och ungdomar med diabetes ingår i SWEDIABKIDS, ett nationellt kvalitetsregister för barn och ungdomsdiabetes. Registret kartlägger vilka resultat som uppnås inom barndiabetesvården och belyser följsamheten till vårdprogrammet.

För barn- och ungdomsdiabetesvården finns flera kvalitetsindikatorer och behandlingsmål för dessa. En av de allra viktigaste indikatorerna är medelblodsocker (HbA_{1c}). Individer med högt HbA_{1c} löper betydligt högre risk för komplikationer. Vid barndiabetesmottagningarna kontrolleras HbA_{1c} 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 HbA_{1c} ska vara lägre än 57 mmol/mol.

Indikatorn visar andelen barn och unga med ett årsmedel-HbA_{1c} under 57 mmol/mol. I jämförelsen ingår närmare 6 900 barn och unga under 18 år.

I riket som helhet uppnådde knappt 36 procent av barnen år 2012 detta mål, 35 procent av flickorna och knappt 37 procent av pojkarna. Andelen har i riket sedan 2006 varit oförändrad eller svagt sjunkande, men ökade mellan 2011 och 2012 med mer än tre procent-

DIAGRAM 82 – TOTALT: Andel barn och unga med diabetes som når mål för blodsockervärde (HbA_{1c} <57 mmol/mol), 2012. Avser barn och unga under 18 år.



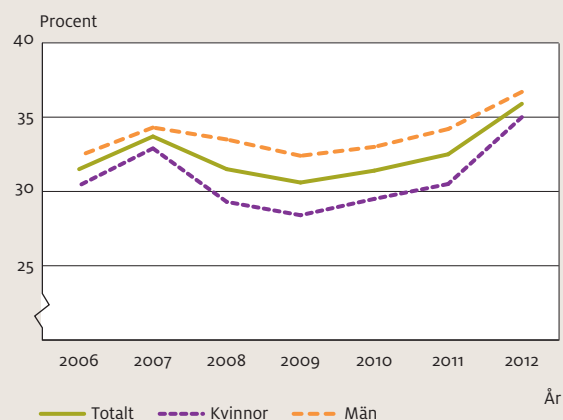
Källa: NDR – Nationella Diabetesregistret.

enheter. Variationen mellan landsting är stor, från 27 till 66 procent som når behandlingsmålet.

Att färre än fyra av tio når behandlingsmålet liksom att variationen mellan landstingen är relativt stor, visar att det finns en påtaglig förbättringspotential i många landsting. En åldersanpassning av målvärdet och redovisning för olika åldersgrupper skulle ge klarare bild, då det är allmänt känt att det är framförallt inom tonårsgruppen som de flesta höga värden förekommer. I en internationell jämförelse har Sverige dock låga HbA_{1c}-värden bland barn och ungdomar.

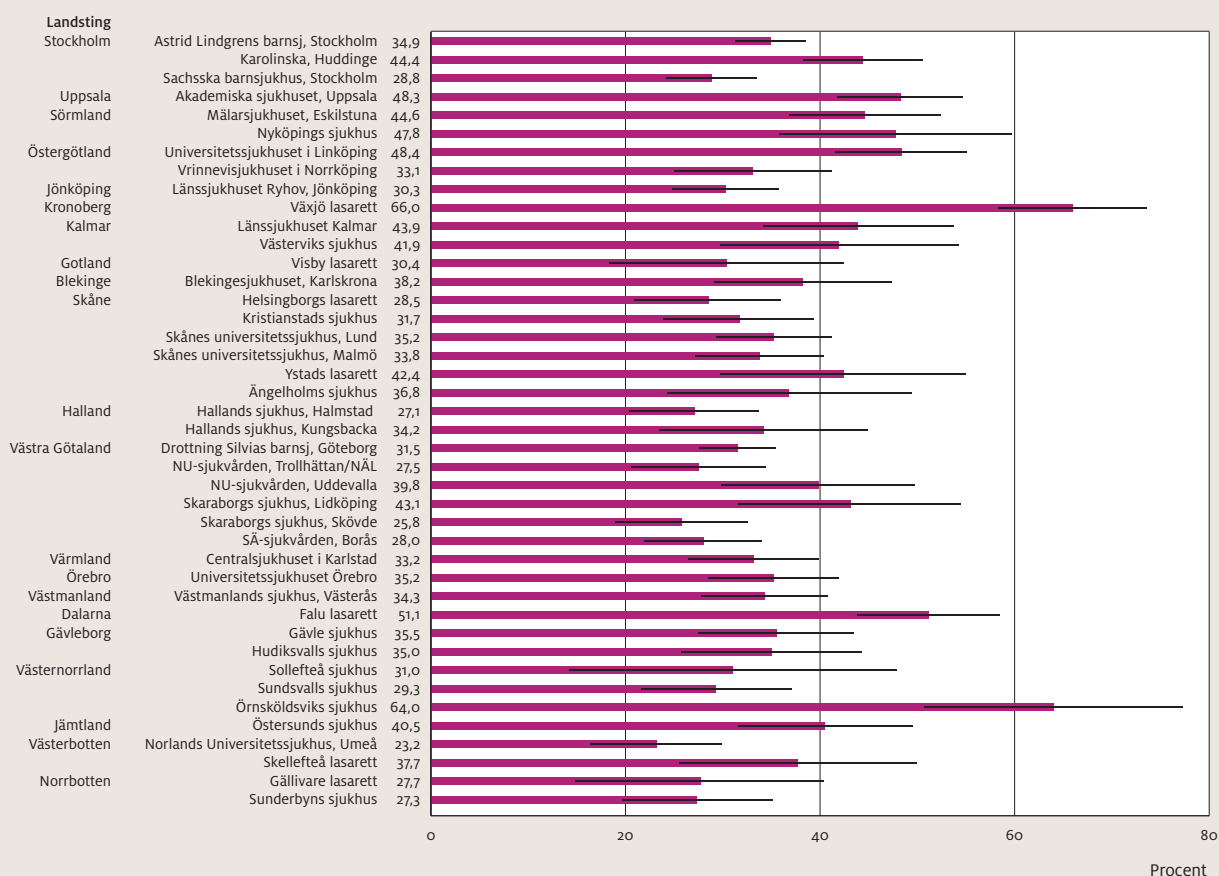
De senaste åren har skillnaden i HbA_{1c} mellan klinikerna varit föremål för diskussion inom professionen. För att bra resultat ska nås är en tydlig målbeskrivning vad gäller HbA_{1c} viktig, liksom att de som arbetar i teamet framför samma budskap till patienterna. Regelbundna teamträffar är värdefulla. I pågående kvalitetsprojekt har det tydligt visats att med systematiskt förbättringsarbete går det att påtagligt förbättra enheternas HbA_{1c}-värden.

DIAGRAM 82 – RIKET: Andel barn och unga med diabetes som når mål för blodsockervärde (HbA_{1c} <57 mmol/mol). Avser barn och unga under 18 år.



Källa: NDR – Nationella Diabetesregistret.

DIAGRAM 82 – SJUKHUS: Andel barn och unga med diabetes som når mål för blodsockervärde (HbA_{1c} <57 mmol/mol), 2012. Avser barn och unga under 18 år.



Källa: NDR – Nationella Diabetesregistret.

83 AMPUTATION VID DIABETES

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

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

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

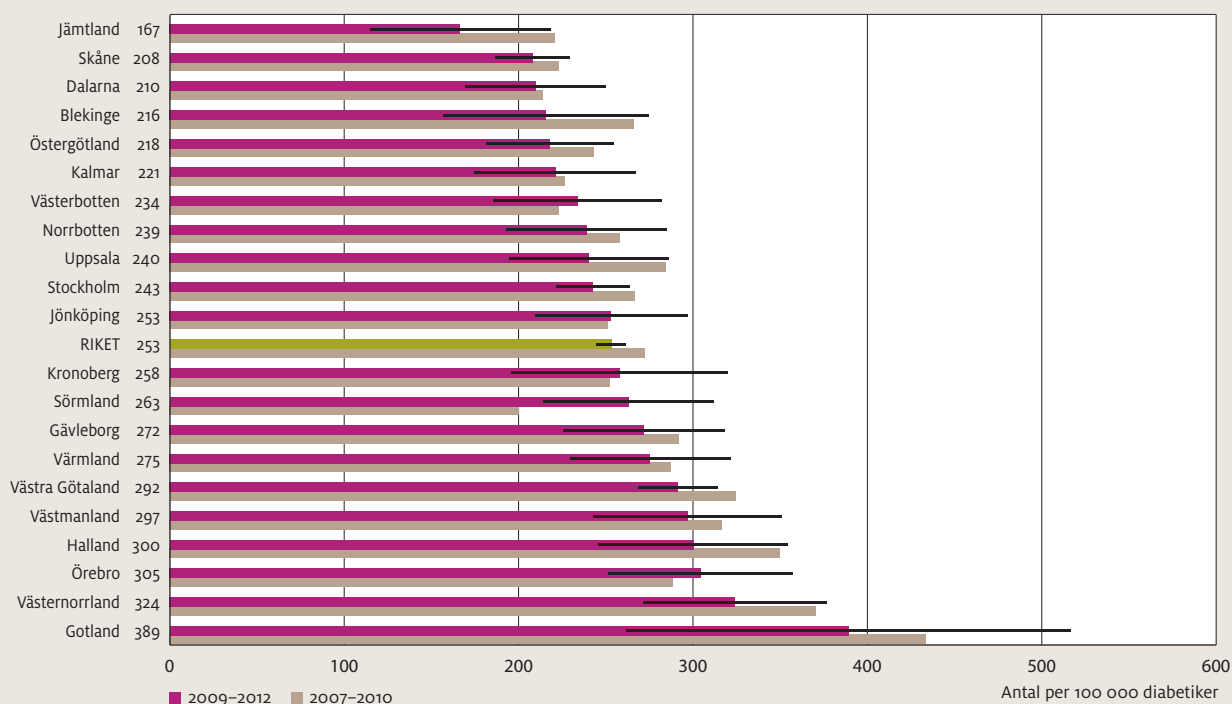
En amputation ovan fotled brukar benämnas som större och kan i många fall ses som ett tecken på för sent insatta åtgärder från diabetesvården. Årligen görs drygt 800 sådana större amputationer bland de över 300 000 läkemedelsbehandlade diabetespatienterna i åldern 40 år och äldre. Antalet som genomgår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

Indikatorn visar antalet diabetespatienter som genomgått en amputation ovan fotled, per 100 000 läkemedelsbehandlade personer med diabetes. På grund av relativt få fall redovisas för landstingen sammanslagna data för båda könen för fyraårsperioden. Personer med diabetesläkemedel har hämtats via Läkemedelsregistret och uppgift om amputation från Patientregistret.

I riket var antalet 253 amputerade patienter, med en spridning mellan landstingen från 166 till 389 amputerade per 100 000 personer med läkemedelsbehandlad diabetes. Antalet amputerade har väsentligen varit oförändrat de senaste åren och uppgick till drygt 3 300 patienter under hela fyraårsperioden 2009-2012.

Varianter av detta mått används ofta internationellt, bland annat har Sverige lämnat data till en jäm-

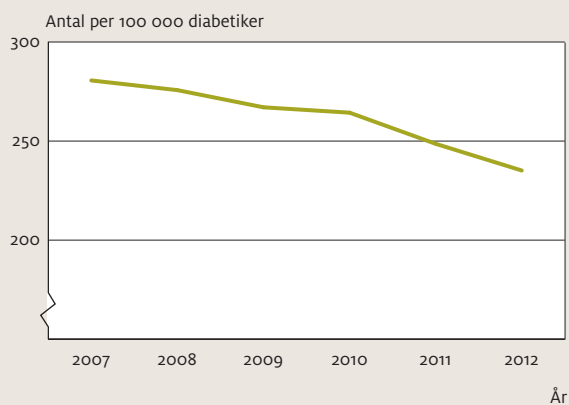
DIAGRAM 83 – TOTALT: Antal förstagångsamputerade ovan fotled per 100 000 patienter med diabetes, 2009–2012. Avser läkemedelsbehandlade diabetiker, 40 år och äldre. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

förelse inom OECD. Måttet speglar inte kvaliteten i dagens diabetesvård, utan snarare den vård som gavs för 5–10 år sedan. Då en amputation ovan fotled är ett mycket stort ingrepp för patienten, med efterföljande funktionsnedsättning och stora kostnader för samhället, är det viktigt att följa utvecklingen.

DIAGRAM 83 – RIKET: Antal förstagångsamputerade ovan fotled per 100 000 patienter med diabetes. Avser läkemedelsbehandlade diabetiker, 40 år och äldre. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Hjärtsjukvård

Hjärt-kärlsjukdom är den vanligaste orsaken till död och en av de vanligaste orsakerna till invaliditet i Sverige. Akut hjärtinfarkt, som 2012 drabbade knappt 30 000 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 15 indikatorer, som nästan alla ingår i den större utvärderingsrapport om de nationella riktlinjerna för hjärtsjukvård som Socialstyrelsen publicerade 2009. De flesta avser hjärtinfarkt eller den vidare gruppen ischemisk hjärt-sjukdom. Även indikatorer för hjärtsvikt, hjärtrytmrubbning och hjärtstopp utanför sjukhus redovisas.

Både hälsodataregister vid Socialstyrelsen och Nationella Kvalitetsregister är källor till indikatorerna. Bortsett från RIKS-HIA/SWEDEHEART presenteras kvalitetsregistren i samband med respektive indikator, då även täckningsgrad och andra aspekter på datakvalitet kommenteras.

Kvalitetsregistret RIKS-HIA, som nu ingår i det större hjärtregistret SWEDEHEART, är källa till fyra av indikatorerna. Där registreras uppgifter om de infarktpatienter som är intagna för hjärtintensivvård vid sjukhusen. Alla landets 70 sjukhus som bedriver akut hjärt-sjukvård deltar, men vid alla sjukhus finns infarktpatienter som inte rapporterats till RIKS-HIA.

Rapporteringen till RIKS-HIA för 2011 har jämförts med den till Patientregistret (PAR), i en jämförelse av registrens täckningsgrad. 72 procent av hjärtinfarktfallen rapporterades till RIKS-HIA, medan PAR hade 99 procent av fallen. Variationen i täckningsgrad mellan sjukhusen är större än den mellan landstingen. Den ojämna täckningsgraden bör tas i beaktande när data från RIKS-HIA tolkas, framförallt för de indikatorer som avser icke-ST-höjningsinfarkt.

84 ÖVERLEVAD VID HJÄRTSTOPP UTANFÖR SJUKHUS

En stor andel av de personer som dör på grund av hjärt-sjukdom avlider redan före ankomst till sjukhus på grund av ett plötsligt hjärtstopp. Hjärtstoppet föregås nästan alltid av ett kammarflimmer. Den

viktigaste behandlingen för flertalet av dessa personer är en elektrisk chock över hjärtat med en så kallad hjärtstartare, en defibrillator, som kan återföra hjärtat till normal funktion. Det tar dock i de flesta fall alltför lång tid från hjärtstoppet till den elektriska behandlingen för att patienten ska överleva. Sannolikheten att överleva ökar dramatiskt om personens andning och cirkulation kan hållas igång på konstgjord väg i väntan på ambulansens ankomst, med hjärt-lungräddning (HLR).

I Sverige är cirka tre miljoner personer utbildade i HLR, vilket ger förutsättningar för att personer med hjärt-sjukdom som drabbas av hjärtstopp utanför sjukhus ska kunna överleva. Bland samtliga hjärtstopp som bevitnats av en så kallad bystander, får idag 68 procent HLR före ambulansens ankomst, vilket är en hög andel i en internationell jämförelse och ett resultat av ett stort ideellt engagemang i HLR-utbildning.

Uppgifter om hjärtstopp utanför sjukhus rapporteras till kvalitetsregistret Svenskt register för hjärt-lungräddning. I registret ska ingå alla patienter som drabbas av hjärtstopp utanför sjukhus och där någon form av behandling påbörjas av ambulanspersonal eller före ambulanspersonalens ankomst.

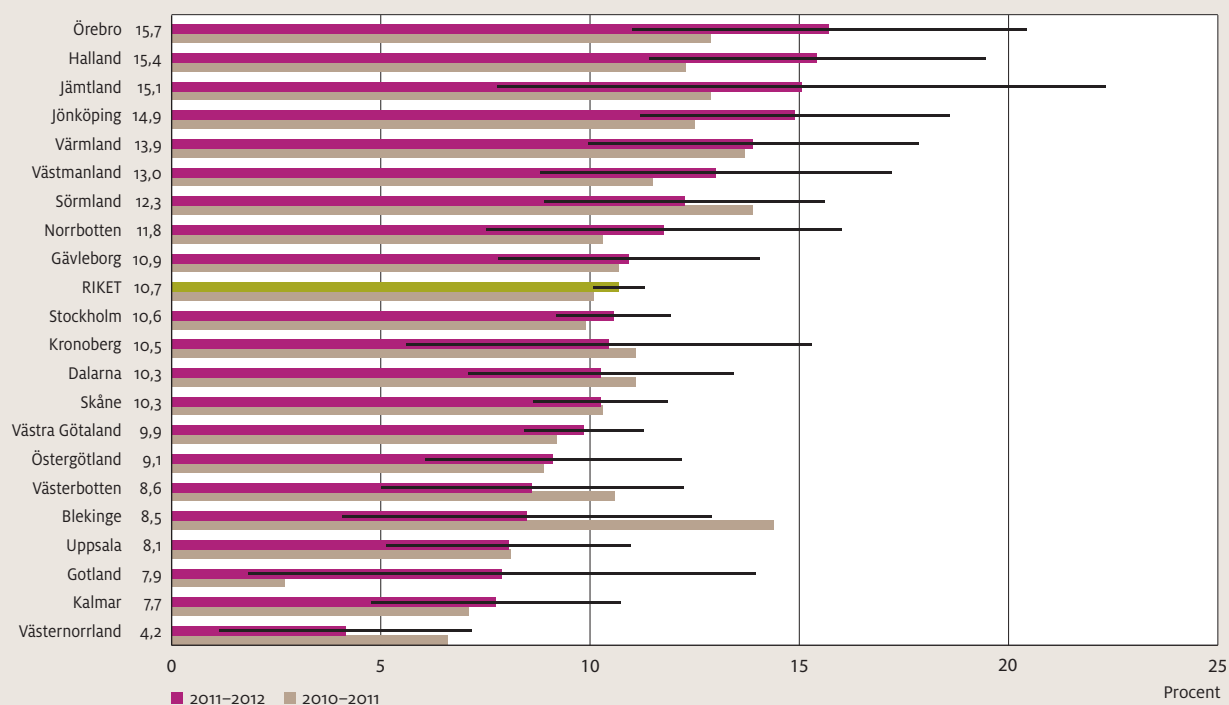
Registret täcker samtliga ambulansorganisationer i landet. Man uppskattar täckningsgraden på individnivå till cirka 80 procent, med en klar ökning under de senaste åren. Under 2011 rapporterades närmare 5 000 fall till registret. En iakttagelse är att antalet rapporterade fall per 100 000 invånare per år varierar påtagligt mellan landstingen. Detta kan tyda på en ojämna täckningsgrad, men även på en variation i andelen fall där HLR startas.

Indikatorn visar andelen personer med hjärtstopp utanför sjukhus som var vid liv 30 dagar efter hjärtstoppet, av alla patienter där HLR startats. Jämförelsen baseras på 9 618 fall under perioden 2011–2012.

I riket överlevde 10,7 procent i 30 dagar, med en variation mellan landstingen från 4,2 till 15,7 procent. Sedan år 2001 har andelen som överlevde i 30 dagar i riket mer än fördubblats.

Resultatet för landstingen påverkas av många faktorer, även utöver det akuta omhändertagandet i ambulansorganisationen och vid sjukhus. Bland

DIAGRAM 84 – TOTALT: Andel överlevande 30 dagar efter hjärtstopp med påbörjad hjärt-lungräddning, 2011–2012. Avser hjärtstopp utanför sjukhus.



Källa: Svenskt register för hjärt-lungräddning.

dem är patientens ålder, hjärtsjukdomens svårighet, och annan samtidig sjukdom, men även sådant som tillgången till hjärtstartare på offentliga platser och tid till och skicklighet vid den HLR som utförs innan ambulans anländer.

Täckningsgraden är svår att beräkna, men variationen i antalet fall per 100 000 invånare antyder att den kan variera.

DIAGRAM 84 – RIKET: Andel överlevande 30 dagar efter hjärtstopp med påbörjad hjärt-lungräddning. Avser hjärtstopp utanför sjukhus.



Källa: Svenskt register för hjärt-lungräddning.

85 DÖDLIGHET EFTER HJÄRTINFARKT

Under år 2012 drabbades knappt 30 000 personer av hjärtinfarkt, klart flera män än kvinnor. 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.

Indikatorn visar andelen personer med hjärtinfarkt som avled inom 28 dagar, av alla som drabbades av hjärtinfarkt, oavsett om de sjukhusvårdades eller ej. Som hjärtinfarkt har räknats alla fall med någon diagnos för hjärtinfarkt i Dödsorsaksregistret eller Patientregistrets slutenvårdsdel. Därmed ingår både de fall som sjukhusvårdades initialt och de som dog med dödsorsaken akut hjärtinfarkt utan att ha vårdats vid sjukhus. Cirka 6 000 dör med infarkt som diagnos utanför akutsjukvården varje år.

Av diagram 85 framgår att knappt 27 procent av alla kvinnor med hjärtinfarkt avled inom 28 dagar efter infarkten, medan motsvarande andel för män var något högre, drygt 28 procent. Variationen mellan landsting

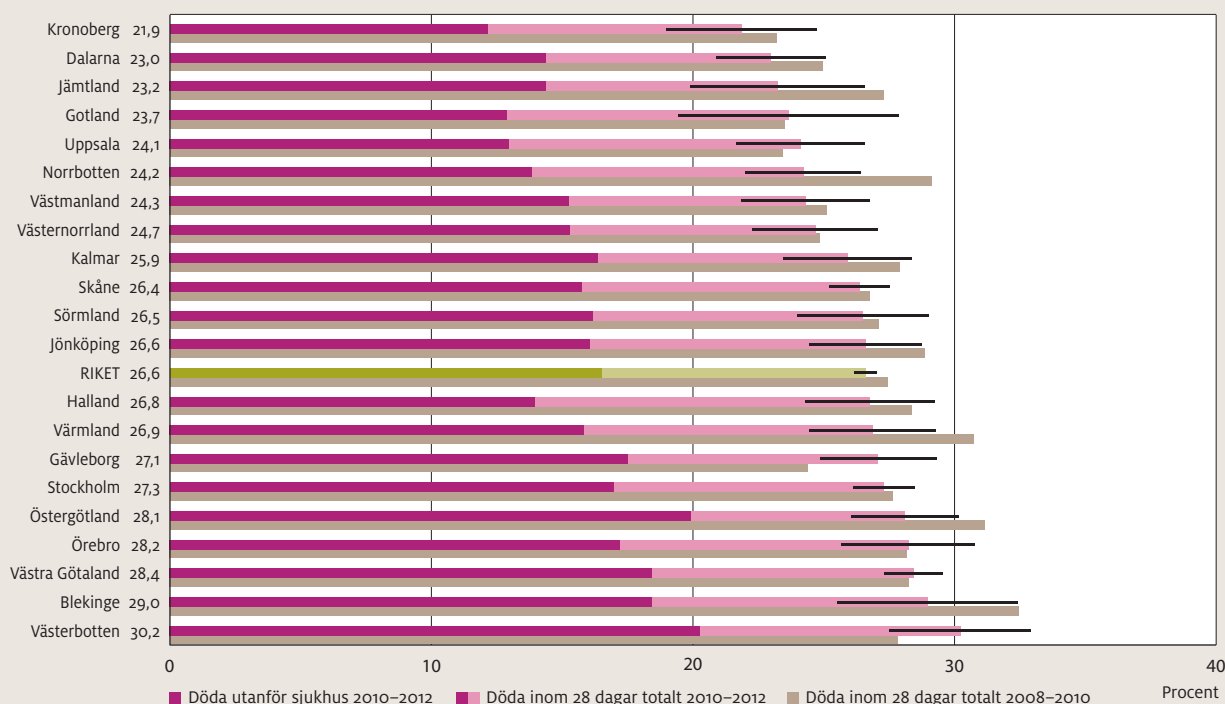
sträckte sig från 22 till 30 procent för kvinnor, och från 23 till 31 procent för män.

Inom stapeln för den totala 28-dagarsdödligheten anges andelen som avled utanför akutsjukvården. Jämförelsen baseras på knappt 99 000 fall under den treåriga mätperioden, varav närmare 59 000 var män. Sedan drygt 20 år har den åldersstandardiserade 28-dagarsletaliteten minskat påtagligt, om än allt mindre markerat de senaste åren. För 2012 har i riket minskningen upphört.

Uppgifterna för år 2012 är fortfarande preliminära, eftersom en del infarktfall som skrevs in vid sjukhus detta år skrevs ut först under 2013 och ingår därför inte i statistiken.

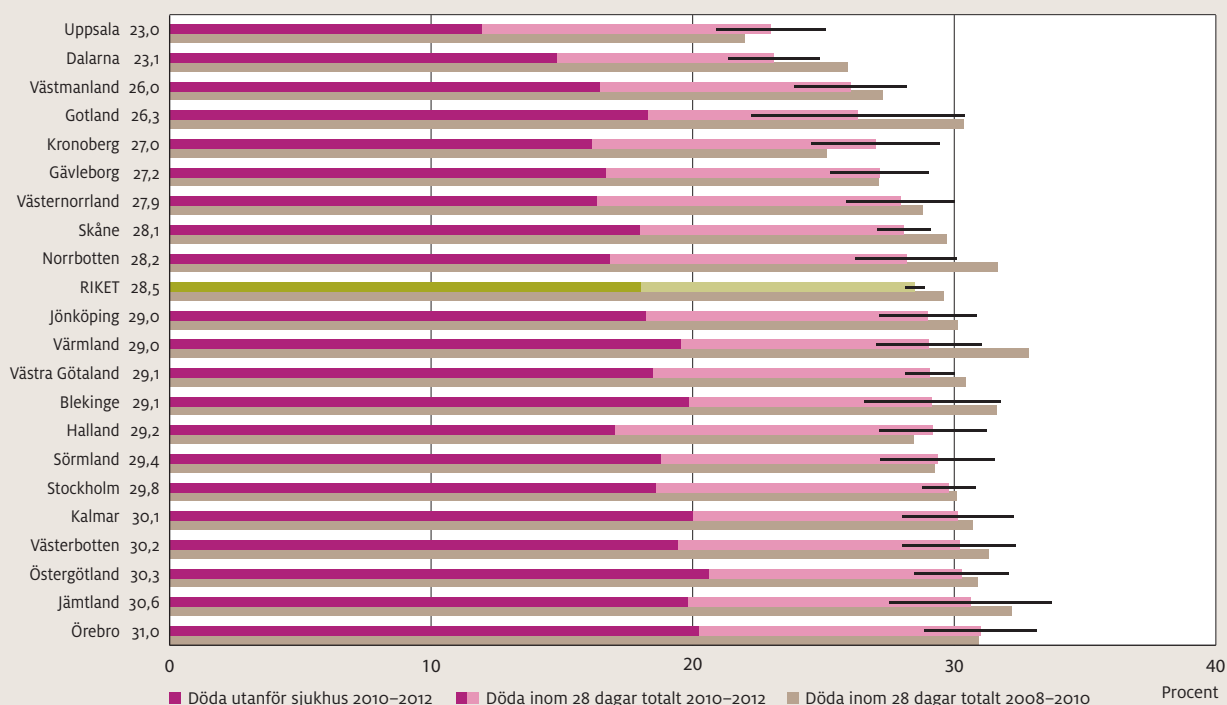
Variationer i den redovisade dödligheten mellan landstingen kan ha flera orsaker. Utöver att tillförlitligheten i diagnossättning spelar roll, så påverkar skillnader i bakgrundsfaktorer såsom annan sjuklighet, sociala faktorer samt skillnader i befolkningens benägenhet att söka vård. Direkt sjukvårdsrelaterade faktorer kan vara avståndet till akutsjukhus, ambulansverksamhetens effektivitet och det akuta omhändertagandet på sjukhus.

DIAGRAM 85 – KVINNOR: Andel döda inom 28 dagar efter hjärtinfarkt, 2010–2012. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

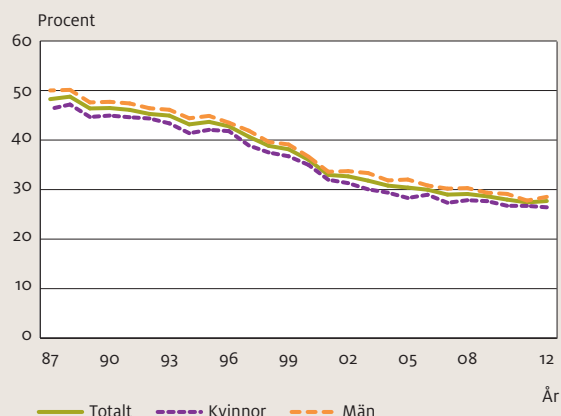
DIAGRAM 85 – MÄN: Andel döda inom 28 dagar efter hjärtinfarkt, 2010–2012. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

En felkälla är att andelen obducerade bland äldre, icke sjukhusvårdade är låg. Osäkerheten i diagnos-sättning vid fastställande av dödsorsak kan vara större bland dessa. Men det är ändå viktigt att ta med dessa dödsfall i måttet, eftersom de påtagligt påverkar dödligheten och sammansättningen av de patienter som sjukhusvårdas.

DIAGRAM 85 – RIKET: Andel döda inom 28 dagar efter hjärtinfarkt. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

86 DÖDLIGHET EFTER SJUKHUSVÅRDAD HJÄRTINFARKT

Under senare år vårdas drygt 11 000 kvinnor och cirka 16 500 män årligen på sjukhus för akut hjärtinfarkt. Detta mått avser att mäta kvaliteten i vården av dessa patienter, i det akuta omhändertagandet och i den efterföljande vården på sjukhus. Måttet är väl internationellt etablerat. Att mäta korttidsöverlevnaden bland sjukhusvårdade är i många länder det mått som är möjligt att ta fram, eftersom man inte har tillgång till data om dödsorsaker för patienter som dör utan initial sjukhusvård.

Indikatorn visar andelen patienter som avled inom 28 dagar, av alla som sjukhusvårdats med någon diagnos för hjärtinfarkt. Samtliga fall i åldrarna 20 år eller över ingår. Åldersstandardisering har gjorts, för att ta hänsyn till att åldersstrukturen skiljer sig åt mellan könen och mellan landstingen. Motsvarande värde för en jämförelseperiod återges i den skuggade stapeln.

Bland samtliga sjukhusvårdade hjärtinfarktpatienter åren 2010–2012 dog knappt 13 procent inom 28 dagar. Variationen mellan landsting är ungefär densamma för kvinnor som för män, mellan 10 och 15 procent.

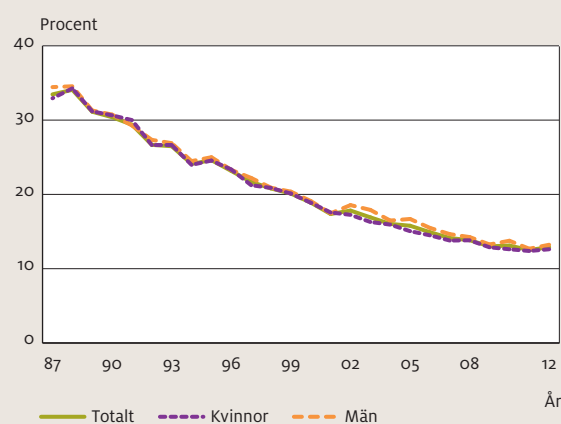
I riket har andelen döda efter hjärtinfarkt minskat i flera decennier, men de senaste åren är den oförändrad.

Efter att hänsyn tagits till skilda åldersfördelningar har männen högre dödlighet efter infarkt än kvinnorna i kategorin samtliga med hjärtinfarkt (se indikator 131), medan skillnaderna i princip försvunnit i den kategori som sjukhusvårdats.

Inom ett år avlider en tredjedel av patienterna, men då är andelen dödsfall med annan orsak än den ursprungliga infarkten större.

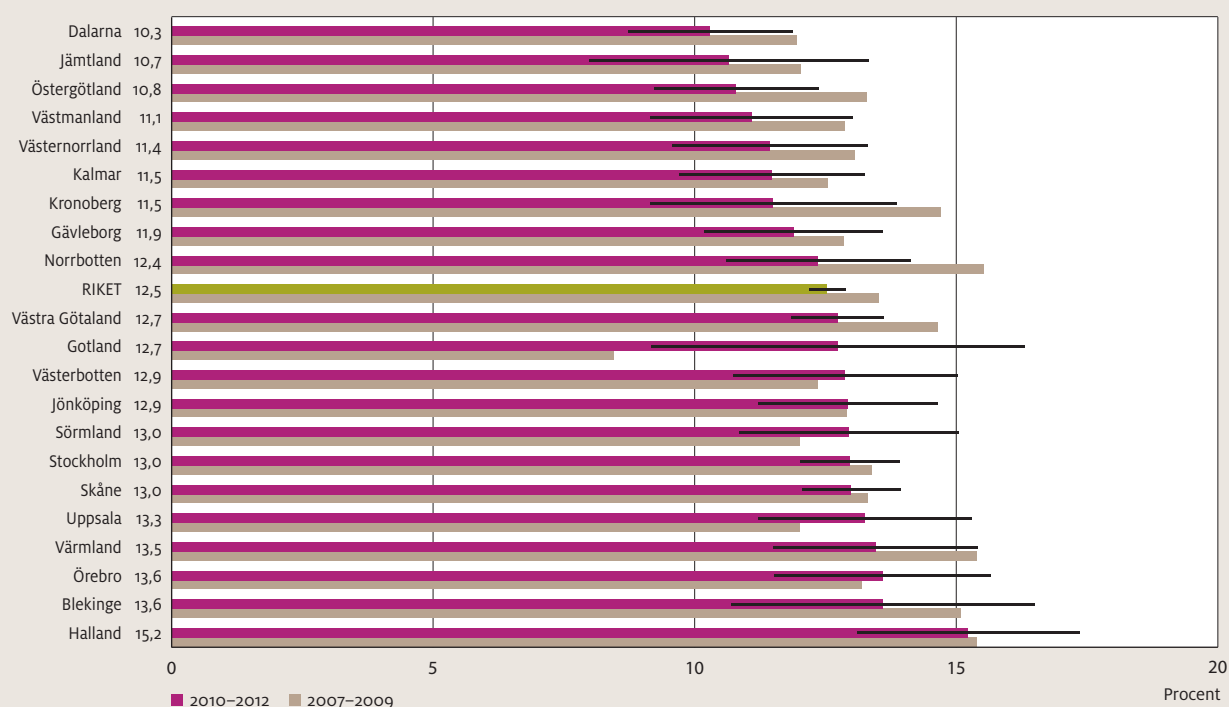
Framförallt för sjukhus kan patientsammansättningen skilja sig åt och påverka resultatet.

DIAGRAM 86 – RIKET: Andel döda inom 28 dagar efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt. Åldersstandardiserade värden.



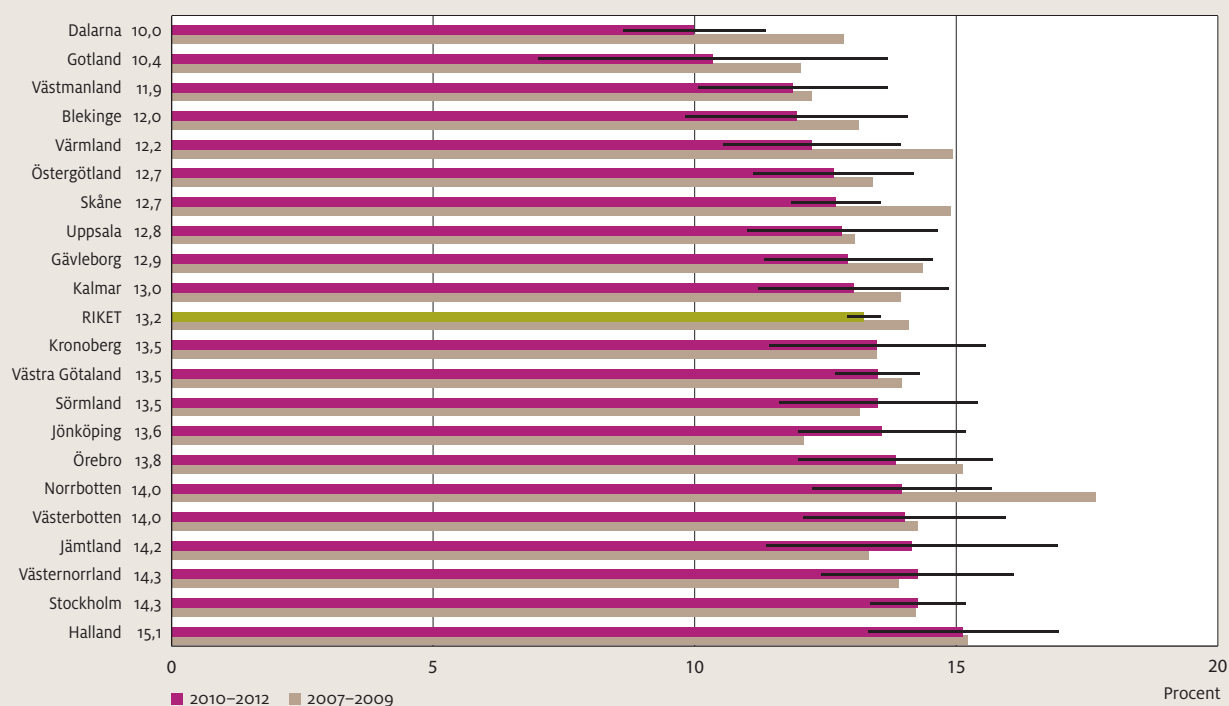
Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 86 – KVINNOR: Andel döda inom 28 dagar efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt, 2010–2012. Åldersstandardiserade värden.



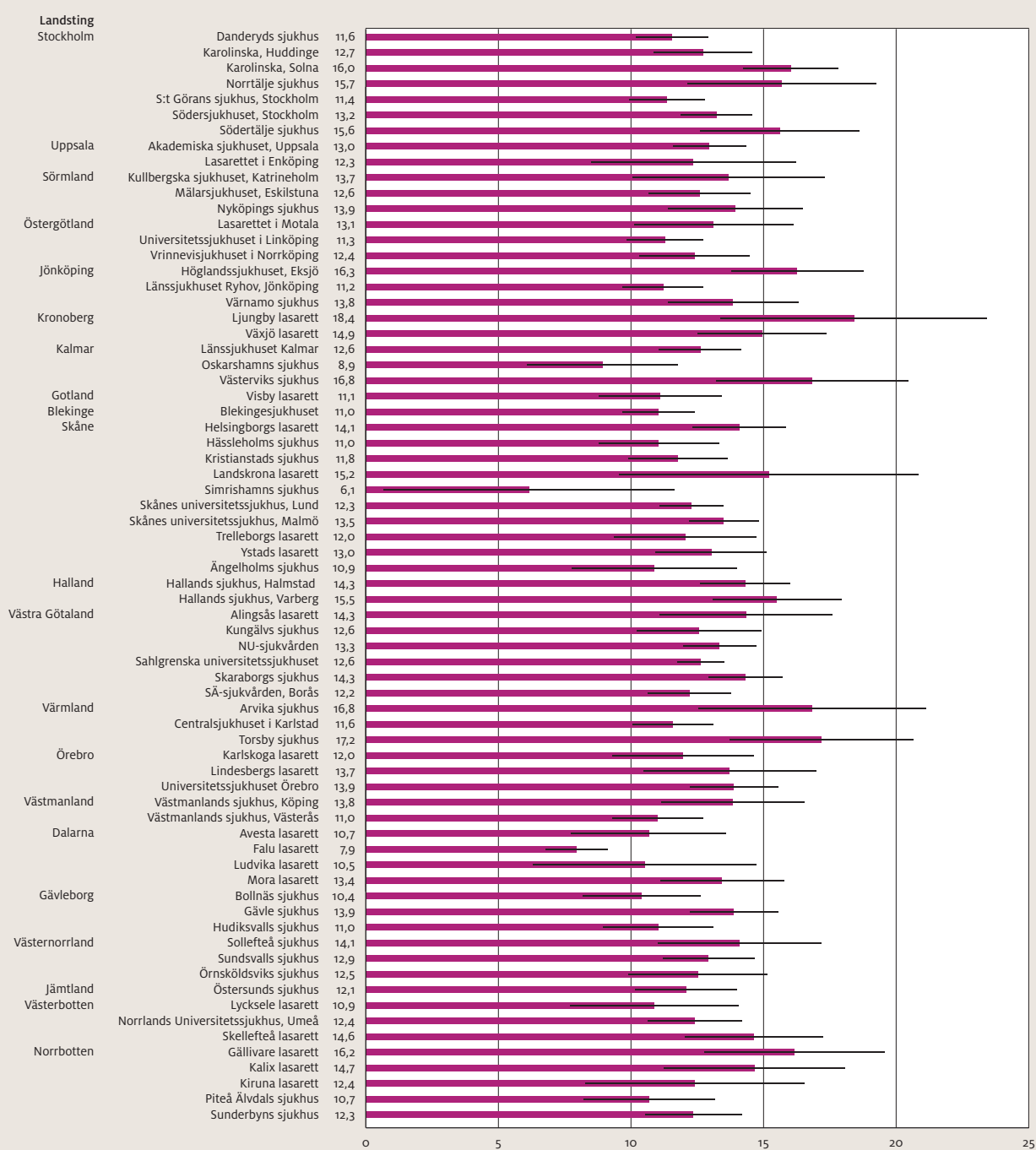
Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 86 – MÄN: Andel döda inom 28 dagar efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt, 2010–2012. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 86 – SJUKHUS: Andel döda inom 28 dagar efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt, 2010–2012. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

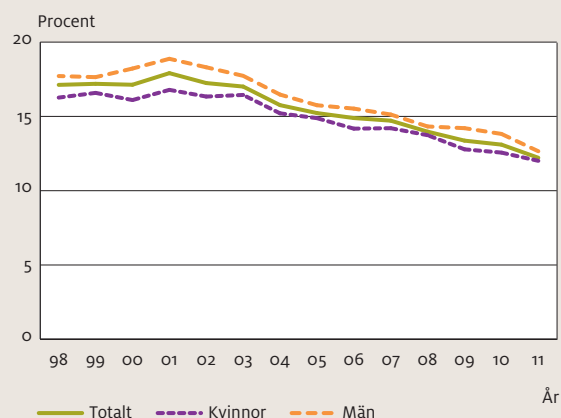
Procent

87 NY INFARKT ELLER DÖD I ISCHEMISK HJÄRTSJKDOM

Ischemisk hjärtsjukdom är sjukdomar orsakade av försämrade syretillförsel till hjärtat, som hjärtinfarkt. För en patient som överlevt en infarkt finns det en förhöjd risk för död och för ny infarkt. Risken för detta kan påverkas 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.

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. Bara patienter utan en registrerad infarkt under de sju föregående åren ingår, i syfte att spegla 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 hjärtdiagnos. Även dödlighet utan föregående sjukhusvård är inkluderad. Åldersstandardisering har gjorts. Källorna är Patientregistret och Dödsorsaksregistret.

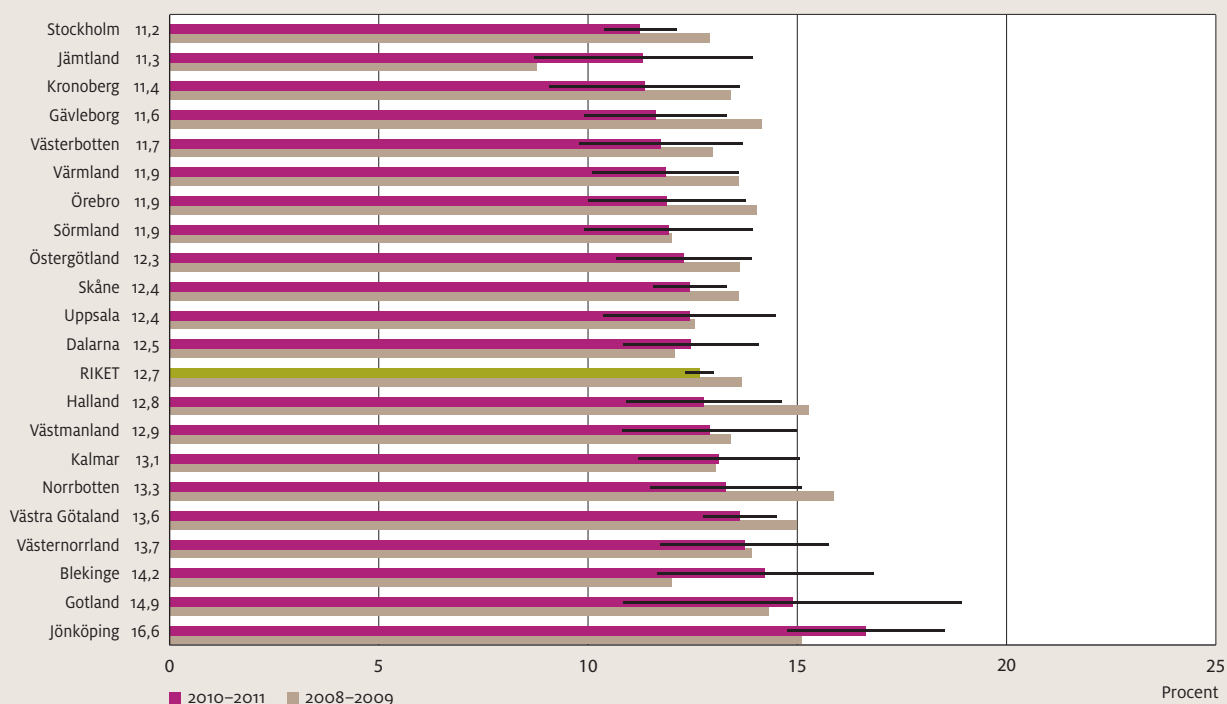
DIAGRAM 87 – RIKET: Andel patienter som får ny hjärtinfarkt eller avlider i ischemisk hjärtsjukdom inom 365 dagar. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

I riket som helhet och för båda könen totalt fick knappt 13 procent av patienterna en ny infarkt eller avled i ischemisk hjärtsjukdom inom 365 dagar. Jämförelsen omfattar 37 800 patienter i alla åldrar som sjukhusvårdats under åren 2010–2011 med hjärtinfarkt som huvud- eller bidiagnos och som sedan skrevs ut från sjukhuset.

DIAGRAM 87 – TOTALT: Andel patienter som får ny hjärtinfarkt eller avlider i ischemisk hjärtsjukdom inom 365 dagar, 2010–2011. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Variationen mellan landstingen är ganska stor och sträcker sig från elva till knappt 17 procent. Sedan början på 2000-talet har andelen återinfarkter och död minskat med cirka fyra procentenheter.

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. Detta innebär att även annat än vårdinsatserna på sjukhus spelar roll, också för denna indikator: sjukvårdsrådgivning, larmcentral och ambulanssjukvård, till exempel.

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. Men en uppföljning bara 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 som underliggande dödsorsak har inkluderats i utfallet.

88 REPERFUSIONSBEHANDLING VID ST-HÖJNINGSFARKT

En grupp av hjärtinfarkter kallas ST-höjningsinfarkt och är orsakade av en akut tilltäppande blodpropp i ett kranskärl. Hjärtinfarkt med samtidigt vänstergrenblock på EKG innebär även det en stark misstanke om tilltäppt kranskärl.

Dessa båda patientgrupper 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 reperfusionsbehandling ingår primär PCI, trombolys och akut bypass-operation, CABG. Även akut kranskärlsröntgen som inte leder till genomförd PCI ingår.

Primär PCI är nu den helt dominerande behandlingen i de flesta landsting. PCI gavs under 2012 på 29 sjukhus. Enligt de nationella riktlinjerna bör primär PCI väljas framför läkemedelsbehandling, trombolys. Trombolys bör väljas i de fall primär PCI skulle innebära en tidsfördröjning på mer än 90 minuter. Reperfusionsbehandling vid ST-höjningsinfarkt och

DIAGRAM 88 – TOTALT: Andel patienter som reperfusionsbehandlas vid ST-höjningsinfarkt, 2012. Avser patienter 79 år och yngre.



Källa: SWEDEHEART – RIKS-HIA.

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 reperfusionsbehandling. Indikatorn är en av de nationella hjärtriktlinjernas indikatorer för uppföljning och finns även i Swedeheart:s kvalitetsindex för hjärtinfarktvård 2012. Resultatet återges enbart på landstingsnivå, med patientens hemortslandsting som grund.

År 2012 ingick 3 782 patienter i jämförelsen, varav drygt 900 kvinnor. Enbart patienter 79 år och yngre ingår. Vidare ingår bara patienter där tiden mellan symtomdebut och EKG understeg 12 timmar. Utfallet på sjukhusnivå visas inte, eftersom utfallet för denna indikator ses som ett resultat av landstingets samlade organisation.

År 2012 fick i riket drygt 85,5 procent av patienterna reperfusionsbehandling, något högre andel bland männen än bland kvinnorna. Detta är en ökning med 10 procentenheter sedan 2006. Variationen mellan landsting uppgår till som mest 20 procentenheter.

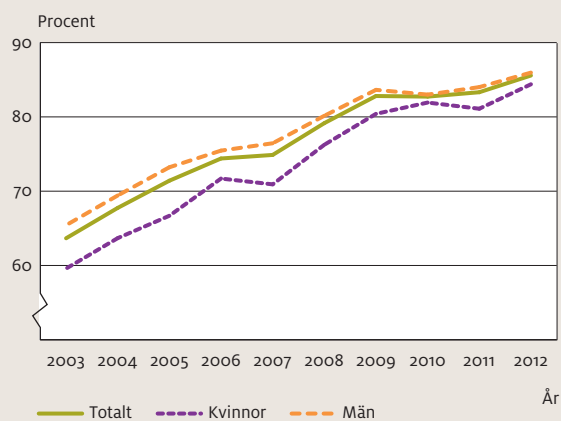
Skillnaderna mellan landsting är nu mindre än tidigare, men det finns en kvarstående variation. I Swedeheart:s kvalitetsindex ges poäng vid nivåer på 80–85 procent, vilket därmed kan anses vara den målnivå man satt. Alla utom tre landsting når den lägre målnivån, och alla utom sju når den högre nivån.

Åtgärden har hög prioritet i de nationella riktlinjerna. Även om andelen behandlade ökat de senaste

åren, finns det fortfarande utrymme för förbättringar, särskilt i de landsting som har en jämförelsevis låg andel behandlade.

Då enskilda sjukhus, landsting och regioner i detalj analyserat sina resultat har en viss andel av de patienter med ST-höjningsinfarkt kunnat förklaras av felaktig registrering. På senare år har synen på patienter med vänstergrenblock förändrats. Vänstergrenblock utgör idag inte en självklar indikation för akut reperfusionsbehandling.

DIAGRAM 88 – RIKET: Andel patienter som reperfusionsbehandlas vid ST-höjningsinfarkt. Avser patienter 79 år och yngre.



Källa: SWEDEHEART – RIKS-HIA.

89 TID TILL REPERFUSIONSBEHANDLING VID ST-HÖJNINGSFARKT

Snabbt insatt reperfusionsbehandling är en viktig framgångsfaktor – ju kortare tid till behandling, desto större behandlingsvinst. Motivet för den internationellt använda tidsgränsen 30 minuter för trombolys är att det är den tid som anses praktiskt möjlig att hålla sig inom för de olika åtgärder som krävs för att initiera trombolysbehandling. Tidsgränsen 90 minuter för den mer komplexa behandlingen, PCI, motiveras av att PCI ger otvetydiga medicinska vinster jämfört med trombolys om tidsfördröjningen på grund av transport till PCI-centrum är mindre än 90 minuter, eller om behandlingen kan påbörjas inom 90 minuter från utfört pre-hospitalt EKG.

Indikatorn avser tidsfördröjning mellan första EKG och start av reperfusionsbehandling hos patienter med ST-höjningsinfarkt. Måttet visar hur stor del av patienterna som behandlades inom den målsatta tiden, som för PCI är 90 minuter och för trombolys 30 minuter.

Indikatorn fångar agerandet i sjukvården, genom att välja tid för första EKG som startpunkt. Den samlade tiden mellan symtomdebut och behandling påverkas också av hur patienten, anhöriga,

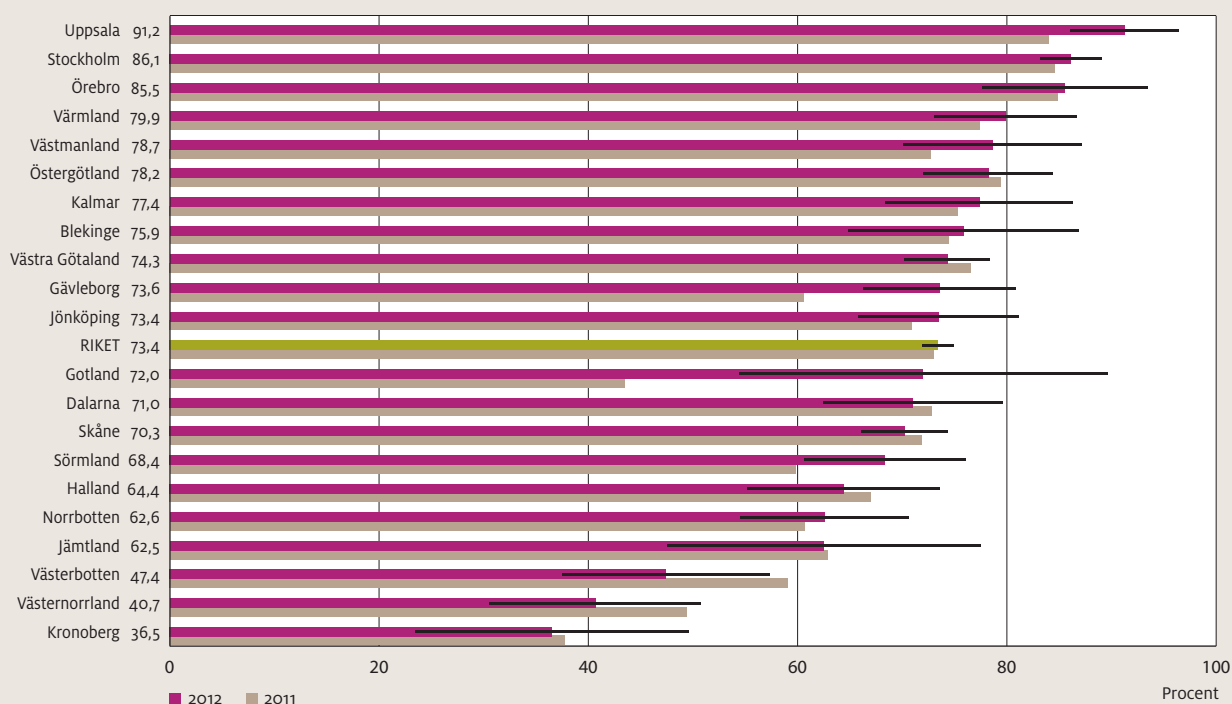
sjukvårdsrådgivning och larmcentral förhåller sig till bröstsmärta och andra symtom på hjärtinfarkt, liksom av transporttider.

Indikatorn är en av de nationella riktlinjernas indikatorer för uppföljning av hjärtsjukvård och ingår även i Swedeheart:s kvalitetsindex. Jämförelsen avser 2012 och baseras på 3 234 patienter, varav knappt 800 är kvinnor. Utfallet på sjukhusnivå visas inte, eftersom utfallet för denna indikator ses som ett resultat av landstingets samlade organisation.

I riket behandlades drygt 73 procent av patienterna enligt tidsmålet, med något högre andel för män än för kvinnor. Variationen mellan landstingen är påtaglig och sträcker sig från 36 till 91 procent. Ett landsting når upp till Swedeheart:s gräns för högsta poäng, 90 procents behandlade inom målsatt tid. Andelen patienter som behandlats inom de uppsatta tidsgränserna 90 respektive 30 minuter har ökat under perioden 2002 till 2012, från cirka 20 till dagens 73 procent.

Denna indikator påvisar det största förbättringsutrymmet inom akut kranskärslssjukvård. Det finns för de flesta landsting och sjukhus stora möjligheter att förkorta fördröjningstiden till reperfusionsbehandling. Om man tar hänsyn till kompletterande uppgifter om tidsfördröjning mellan symtomdebut och

DIAGRAM 89 – TOTALT: Andel patienter som reperfusionsbehandlas i målsatt tid vid ST-höjningsinfarkt, 2012. Avser patienter 79 år och yngre.



Källa: SWEDEHEART – RIKS-HIA.

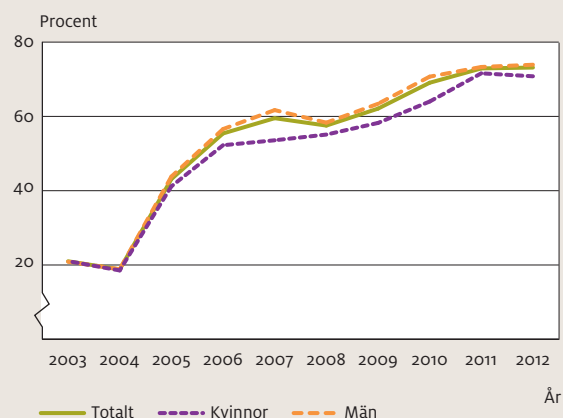
start av behandling accentueras förbättringsbehovet ytterligare. Knappt hälften av de patienter som PCI-behandlas har en fördröjningstid mellan symtomdebut och behandling på över tre timmar.

Om första EKG tas i ambulansen istället för vid ankomst till sjukhuset så påverkar detta den uppmätta tidsfördröjningen. I landsting där en hög andel infarktfall diagnostiserats i ambulansen kommer värdet på den uppmätta tidsfördröjningen att bli sämre på grund av tidsförlust under transporten. Å andra sidan innebär pre-hospitalt EKG att förberedelserna för angiografi och PCI kan påbörjas utan att patienten anlänt till sjukhus och att härmed den totala tiden från smärtdebut till insatt reperfusionsbehandling kan minskas.

90 KRANSKÄRLSRÖNTGEN VID ICKE ST-HÖJNINGSFARKT OCH RISKFAKTOR

Icke ST-höjningsinfarkt är betydligt vanligare än ST-höjningsinfarkt och medför över 20 000 vårdtillfällen per år. Patienterna ges vid denna infarkt vanligen intensiv blodproppshämmande behandling. Patienter med måttlig eller hög risk bör inom några dygn kranskärlsröntgas för att klargöra behovet av kranskärlsingrepp. Eventuellt ingrepp, i form av PCI eller krans-

DIAGRAM 89 – RIKET: Andel patienter som reperfusionsbehandlas i målsatt tid vid ST-höjningsinfarkt. Avser patienter 79 år och yngre.



Källa: SWEDEHEART – RIKS-HIA.

kärlsoperation, 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 hjärthändelser. Detta är patienter

DIAGRAM 90 – TOTALT: Andel patienter som kranskärlsröntgas vid icke ST-höjningsinfarkt och riskfaktor, 2012. Avser patienter 79 år och yngre.



Källa: SWEDEHEART – RIKS-HIA.

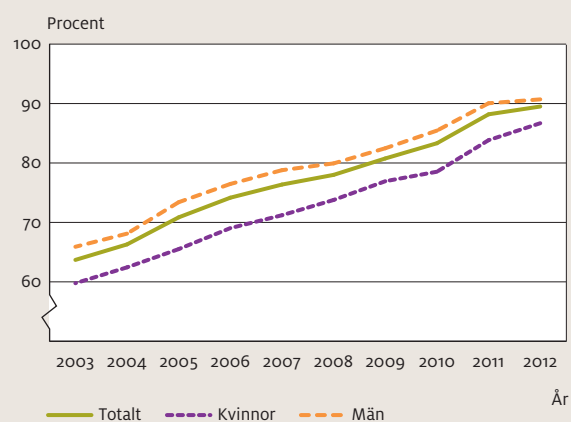
som visar fortsatt instabilitet, har minst en ytterligare riskfaktor (som till exempel diabetes eller tidigare infarkt) eller patologiskt resultat av arbetsprov. I praktiken finns det dock för vissa av dessa patienter skäl att avstå från kranskärlsröntgen, därför att den förväntade nyttan bedöms vara för låg. Patienten kan vara multisjuk eller ha ett 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. Underlaget för jämförelsen var 5 321 patienter, varav knappt 1 600 var kvinnor och resten män. Bara patienter 79 år och yngre ingår. Indikatorn är en av de nationella riktlinjernas indikatorer för uppföljning av hjärtsjukvård och ingår i Swedeheart:s kvalitetsindex för sjukhus.

År 2012 kranskärlsröntgades över 89 procent av patienterna i riket, 87 procent av kvinnorna och 91 procent av männen. Andelen har stadigt ökat sedan början på 2000-talet. Andelen patienter som kranskärlsröntgas varierar från 83 till 95 procent i de olika landstingen.

Samtliga landsting når målnivån i Swedeheart:s kvalitetsindex. Andelen är dock högre för män. Det kan finnas rationella skäl till detta. Dels finns det studier som antyder att kvinnor har mindre nytta

DIAGRAM 90 – RIKET: Andel patienter som kranskärlsröntgas vid icke ST-höjningsinfarkt och riskfaktor. Avser patienter 79 år och yngre.



Källa: SWEDEHEART – RIKS-HIA.

av den behandling (PCI eller kranskärlskirurgi) som motiverar kranskärlsröntgen. Dels sjunker andelen kranskärlsröntgade med ålder, vilket kan bero på ökad förekomst av olika kontraindikationer. Efter-som kvinnorna vid insjuknandet är äldre än männen påverkas deras utfall av denna åldersaspekt. Det kan även finnas inslag av åldersdiskriminering.

DIAGRAM 90 – SJUKHUS: Andel patienter som kranskärlsröntgas vid icke ST-höjningsinfarkt och riskfaktor, 2012.
Avser patienter 79 år och yngre.



Källa: SWEDEHEART – RIKS-HIA.

91 BLODPROPPSHÄMMANDE BEHANDLING VID ICKE ST-HÖJNINGSFARKT

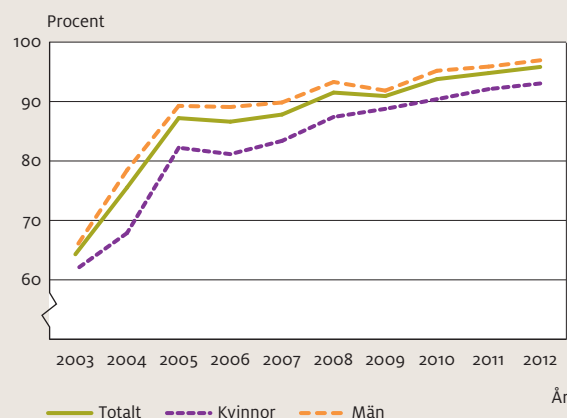
Vid icke ST-höjningsinfarkt behandlas patienterna med acetylsalicylsyra (ASA), P2Y₁₂-receptorblockad eller warfarin för att förebygga blodproppar. Tillägg av P2Y₁₂-receptorblockad till ASA under de första 3–12 månaderna efter en episod av instabil kranskärslssjukdom har visats minska risken för hjärtinfarkt, 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 nyttan överväger riskerna (blödningsskomplikationer) vid långtidsbehandling.

I princip bör samtliga patienter med icke ST-höjningsinfarkt behandlas med P2Y₁₂-receptorblockad, 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 P2Y₁₂-receptorblockad. Indikatorn ingår i Swedeheart:s

DIAGRAM 91 – RIKET: Andel patienter med blodproppshämmande behandling (P2Y₁₂-blockad) vid icke ST-höjningsinfarkt. Avser patienter 79 år och yngre.



Källa: SWEDEHEART – RIKS-HIA.

kvalitetsindex. Underlaget för denna jämförelse är knappt 10 000 patienter, varav knappt 2 700 är kvinnor. Enbart patienter 79 år och yngre ingår.

Andelen patienter som behandlades med P2Y₁₂-receptorblockad var år 2012 i riket 96 procent, 93

DIAGRAM 91 – TOTALT: Andel patienter med blodproppshämmande behandling (P2Y₁₂-blockad) vid icke ST-höjningsinfarkt, 2012. Avser patienter 79 år och yngre.

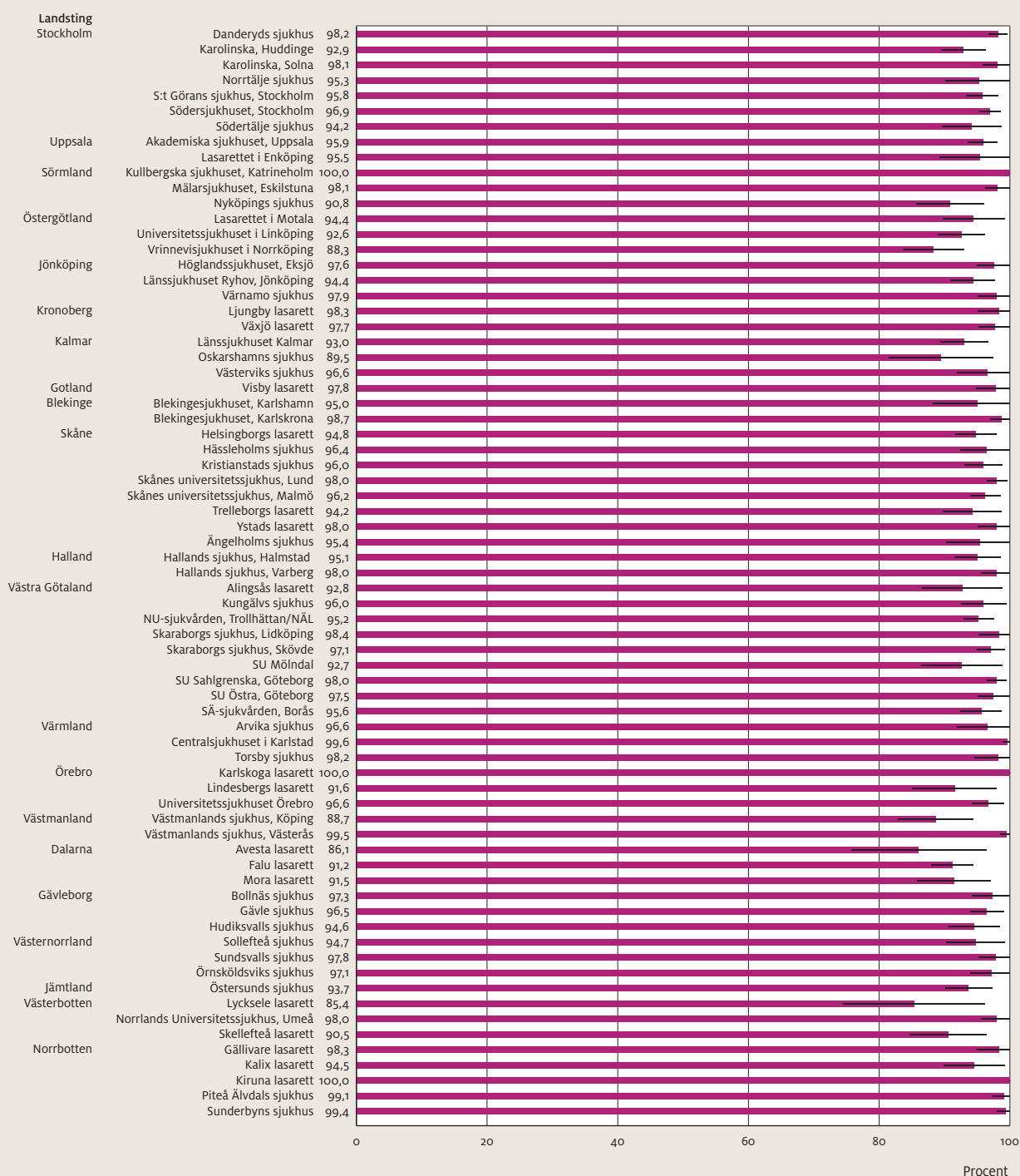


Källa: SWEDEHEART – RIKS-HIA.

procent av kvinnorna och 97 procent av männen. Skillnaderna mellan landstingen är små, med en variation som sträcker sig mellan 91 och 98 procent behandlade.

Swedeheart:s poängnivåer på 85–90 procent behandlade är riktmärken som ligger väl i linje med de nationella riktlinjernas rekommendation. Måluppfyllelsen är således mycket god.

DIAGRAM 91 – SJUKHUS: Andel patienter med blodproppshämmande behandling (P2Y12-blockad) vid icke ST-höjningsinfarkt, 2012. Avser patienter 79 år och yngre.



Källa: SWEDHEART – RIKS-HIA.

92 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.

Indikatorn visar hur stor andel av hjärtinfarktpatienterna som hämtat ut blodfettssänkande läkemedel, under perioden 12–18 månader efter sjukhusvistelsen. Uppgifter från Patientregistret har kombinerats med Läkemedelsregistret för detta ändamål. Ingår gör 23 841 patienter 40–79 år som sjukhusvårdats för hjärtinfarkt under 2010–2011. Uppgifterna har åldersstandardiserats.

I diagram 92 redovisas hur stor andel som ges blodfettssänkande behandling efter infarkt. För riket är andelen behandlade 84 procent. Andelen behandlade kvinnor är lägre än andelen män, med andelar på 80

DIAGRAM 92 – RIKET: Andel patienter med blodfettssänkande behandling 12–18 månader efter infarkt. Avser patienter 40–79 år. Åldersstandardiserade värden.

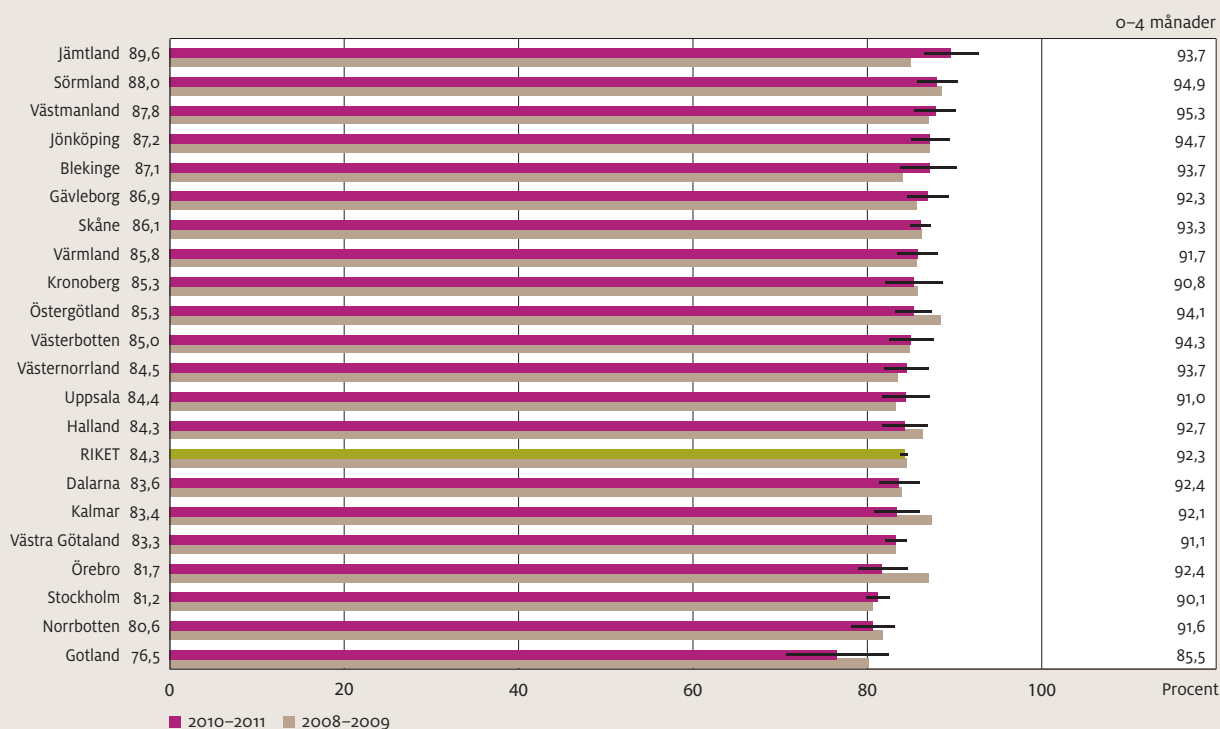


Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

respektive 86 procent. Skillnaderna mellan landstingen är måttliga.

I diagrammet anges även andelen behandlade under perioden 0–4 månader efter utskrivning från

DIAGRAM 92 – TOTALT: Andel patienter med blodfettssänkande behandling 12–18 månader efter infarkt, 2010–2011. Avser patienter 40–79 år. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

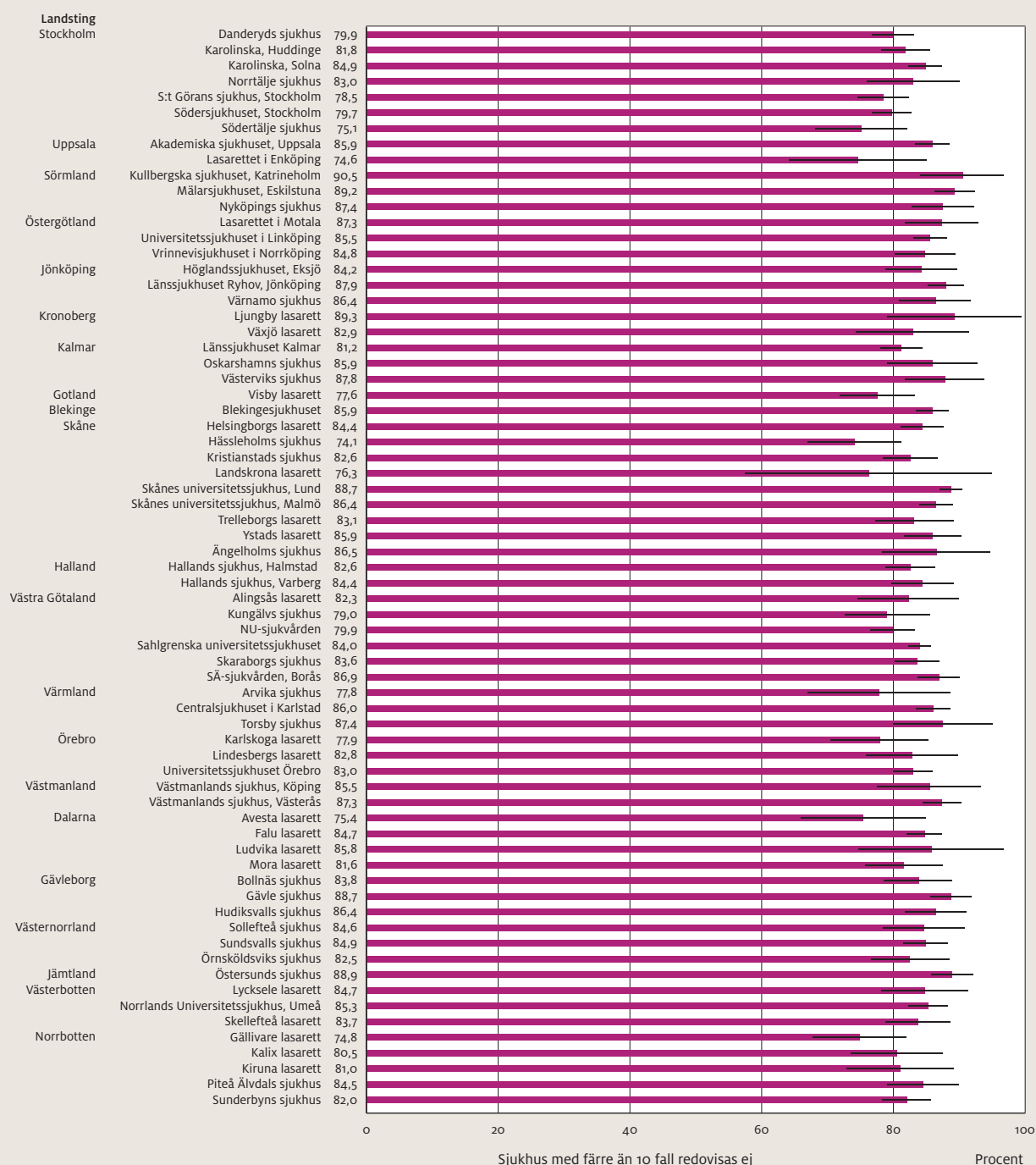
sjukhus. Det framgår att andelen är högre då, 92 procent, vilket betyder att personer som tidigt efter infarkten har blodfettssänkande behandling till viss del upphör med denna. Detta gäller kvinnor i högre grad än män.

Denna indikator ingick tidigare i RIKS-HIAs kvalitetsindex för sjukhus, då med ett mål att 90 till 95 procent av patienterna borde ha behandling. I ljuset av detta skulle de här redovisade nivåerna snarast

tolkas som att underbehandling råder, då inget landsting når upp till nivån 90 procent 12–18 månader efter infarkt.

Om man istället utgår från att bara patienter med förhöjt kolesterolvärde ska behandlas, bör man förvänta sig att 80 procent av alla bör komma ifråga för blodfettssänkande behandling. Enligt detta synsätt skulle ingen underbehandling föreligga.

DIAGRAM 92 – SJUKHUS: Andel patienter med blodfettssänkande behandling 12–18 månader efter infarkt, 2010–2011. Avser patienter 40–79 år. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

93 DÖDLIGHET EFTER PCI VID INSTABIL KRANSKÄRLSSJUKDOM

PCI-behandling innebär att en kateter via handled eller ljumske förs in i och med en ballong vidgar tilltäppta kärl i hjärtat. Därav uttrycket ballongvidgning. Ett metallnät, stent, expanderas sedan och armerar kärlväggen. Den största patientgruppen som PCI-behandlas är patienter med instabil kranskärlssjukdom, som betyder svår kärlkramp eller liten hjärtinfarkt utan så kallad ST-höjning på EKG och som riskerar att leda till större hjärtinfarkt. De två övriga större grupperna är patienter med stabil kärlkramp och de som drabbats av akut hjärtinfarkt med ST-höjning på EKG, ett tillstånd som har hög tidig dödlighet och kräver snabbast möjliga behandling.

Källan är kvalitetsregistret SCAAR. SCAAR är en del i SWEDEHEART, och registrerar uppgifter om PCI-behandling och den kranskärlsröntgen, koronarangiografi, som föregår och syftar till att klargöra behovet av PCI-behandling eller öppen hjärtkirurgi, bypassoperation. Årligen utförs cirka 20 000 PCI och 38 000 koronarangiografier.

Alla 29 sjukhus som utför PCI rapporterar till SCAAR. Registrets täckningsgrad avseende behandlingar är näst intill total. En jämförelse med Patient-

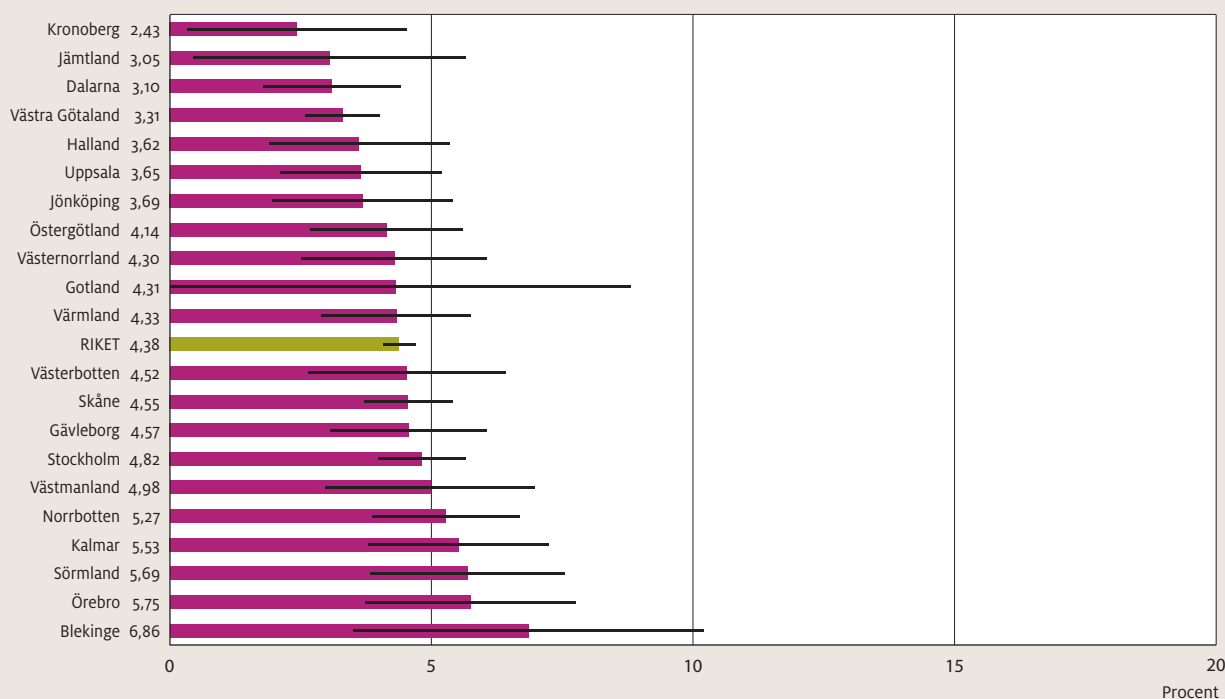
registret vid Socialstyrelsen (PAR) avseende 2010 visade att SCAAR innehöll 98,2 procent av alla de PCI-behandlingar som fanns i endera registret, medan PAR innehöll 94,9 procent.

Död efter PCI är ett av flera möjliga resultatmått. Dödligheten skiljer sig mellan de olika patientgrupperna och här har valts att visa dödligheten för patienter med instabil kranskärlssjukdom, den största gruppen. Detta innebär att det finns en viss överlappning med andra indikatorer som visar dödlighet efter hjärtinfarkt.

Indikatorn visar andelen patienter som avled inom 1 år efter PCI för instabil kranskärlssjukdom. Jämförelsen baseras på 15 836 patienter som PCI-behandlades 2010–2011. Närmare 11 500 av dessa var män. Åldersstandardisering har gjorts. Patienterna redovisas under sitt hemlandsting, oavsett i vilket landsting behandlingen utfördes.

I riket avled drygt 4 procent inom ett år. Skillnaderna mellan landstingen är förhållandevis stora, med en spridning från drygt 2 till knappt 7 procent döda. Det finns inga väsentliga skillnader mellan kvinnors och mäns dödlighet. Sedan 2005 har inga större förändringar i dödligheten i riket skett.

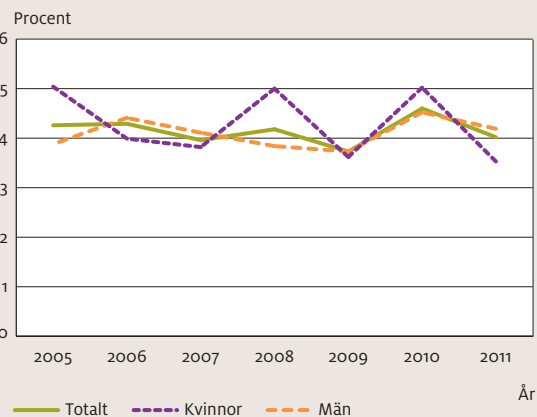
DIAGRAM 93 – TOTALT: Andel döda inom 1 år efter PCI-behandling vid instabil kranskärlssjukdom, 2010–2011. Åldersstandardiserade värden.



Källa: SWEDEHEART – SCAAR.

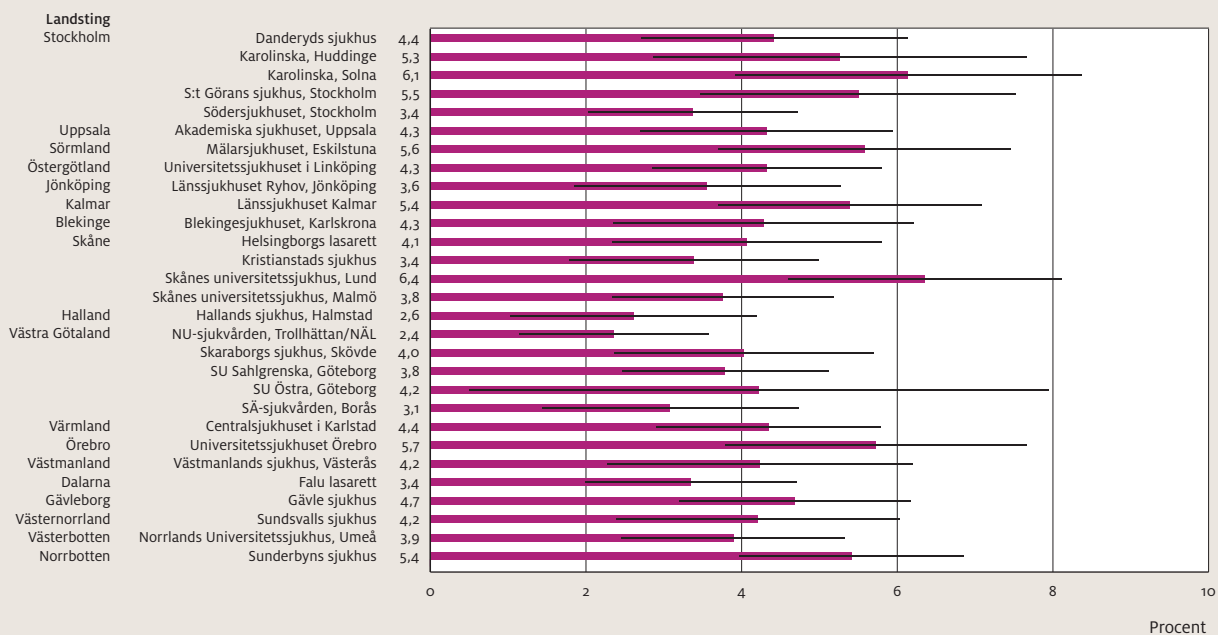
Den redovisade skillnaden i dödlighet efter PCI kan bero på flera saker. Slumpen är den mest sannolika. I mindre landsting kan enstaka dödsfall som inte beror på hjärt-kärlsjukdom påverka utfallet kraftigt eftersom antalet döda är lågt. En viktig faktor är den så kallade case-mixen, det vill säga att patienterna har olika sjukdomsgrad eller skiljer sig åt avseende andra egenskaper. Skiljer den sig åt mellan kliniker och mellan landsting, så påverkar detta dödligheten. Ingen hänsyn till patienternas sjukdomsgrad har tagits, mer än via åldersstandardiseringen. Skickligheten och erfarenheten av själva behandlingen men också sjukvårdsorganisationen kan påverka resultatet. Eftersom det är andelen döda efter ett år som mäts, spelar också skillnader i den sekundärpreventiva insatsen roll.

DIAGRAM 93 – RIKET: Andel döda inom 1 år efter PCI-behandling vid instabil kranskärlssjukdom. Åldersstandardiserade värden.



Källa: SWEDEHEART – SCAAR.

DIAGRAM 93 – SJUKHUS: Andel döda inom 1 år efter PCI-behandling vid instabil kranskärlssjukdom, 2010–2011. Åldersstandardiserade värden.



Källa: SWEDEHEART – SCAAR.

94 ÅTERFÖRTRÄNGNING AV HJÄRTATS KÄRL EFTER PCI

PCI-behandling syftar till att vidga hjärtats kärl men det finns en viss risk att förträngningen kommer tillbaka på samma ställe, vilket kan kräva förnyad PCI eller annan behandling. Detta gör återförträngning efter PCI, restenos, till ett givet och ofta använt resultatmått. Kärlförträngningens diameter och längd är en faktor som påverkar risken för återförträngning. Patienter med diabetes löper högre risk.

Indikatorn visar andelen patienter som drabbades av återförträngning inom ett år efter PCI-behandlingen, av de patienter som var vid liv och gjorde uppföljningsangiografi på grund av återkommande besvär. Jämförelsen baseras på 16 374 patienter som PCI-behandlades 2011. Patienter i alla åldrar och med alla sjukdomstillstånd ingår. Närmare 12 000 av dessa var män. Ingen åldersstandardisering har gjorts. Patienterna redovisas under sitt hemlandsting, oavsett i vilket landsting behandlingen utfördes.

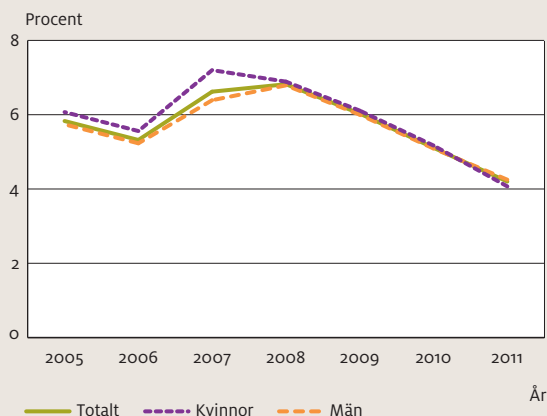
I riket fick drygt 4 procent av patienterna återförträngning inom ett år. Skillnaderna mellan lands-
ting är stora, med en variation som sträcker sig från
under en till knappt 8 procent av patienterna som får
återförträngda kärl. Det finns i riket inga skillnader
mellan kvinnor och män. De senaste åren har andelen
med återförträngning minskat.

Risken för återförträngning är betydligt mindre om
stent används jämfört med enbart ballongvidning.
Stent med en läkemedelsyta som hämmar inväxt
av celler och bindväv minskar ytterligare risken för
återförträngning. I riket har sedan 2005 andelen kärl
med återförträngning, restenos, först ökat för att efter
2008 sjunkit tillbaka.

Detta beror troligen på att användningen av läke-
medelsbelagda stent minskade under 2006–2007, ef-
ter indikationer om att dessa stent visserligen mins-
kade risken för återförträngning, men i gengäld ökade
risken för akut blodpropp som misstänktes kunna
öka dödligheten. När den långsiktiga säkerheten hos
dessa stent kunde bevisas ökade användningen igen,
med minskad incidens av stenosis som följd. Kliniker
som använder stor andel läkemedelsstent tenderar att
ha lägre risk för restenos.

Variationen mellan landsting och kliniker kan på-
verkas av casemix, av skillnader i urvalet av patienter

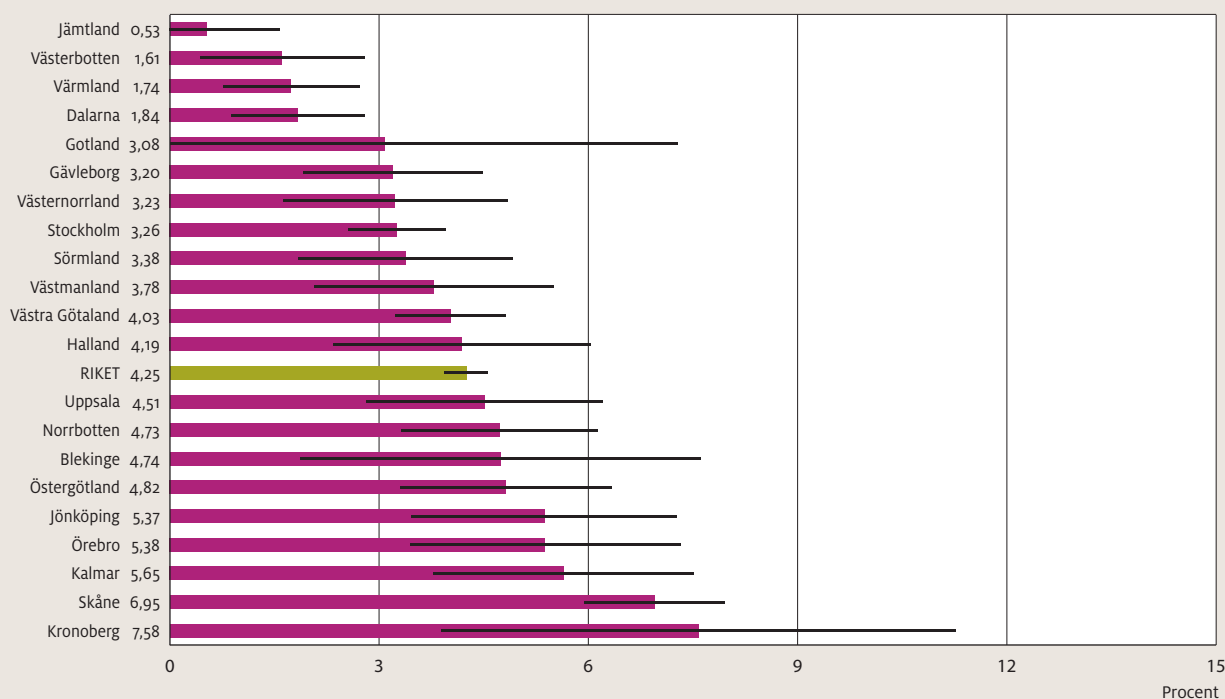
DIAGRAM 94 – RIKET: Andel patienter där återförträngning av hjärtats kärl inom 1 år efter PCI-behandling påvisats i någon efterföljande undersökning. Avser samtliga PCI-behandlade patienter.



Källa: SWEDEHEART – SCAAR.

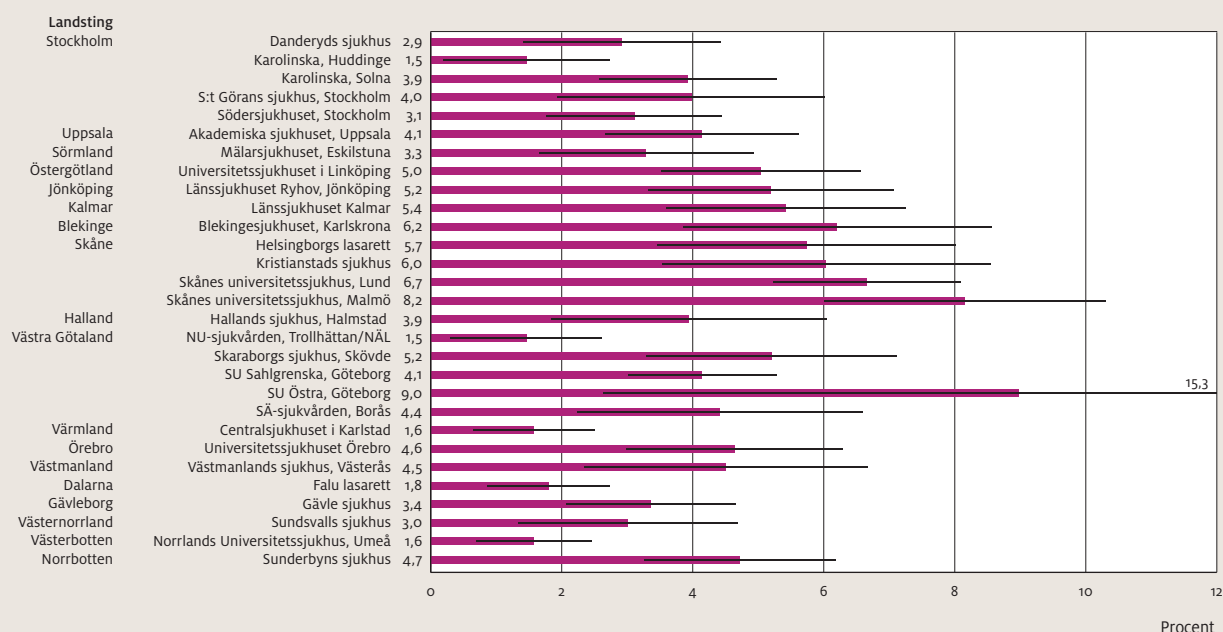
som föreslås PCI-behandling i första skedet, men
också av benägenheten att kontrollera patienterna
efteråt och genomföra ny kranskärlsröntgen. Patien-
terna kallas således inte till regelrätt uppföljning.
Vidare kan kriterierna för återförträngning variera
mellan kliniker.

DIAGRAM 94 – TOTALT: Andel patienter där återförträngning av hjärtats kärl inom 1 år efter PCI-behandling påvisats i någon efterföljande undersökning, 2011. Avser samtliga PCI-behandlade patienter.



Källa: SWEDEHEART – SCAAR.

DIAGRAM 94 – SJUKHUS: Andel patienter där återförträngning av hjärtats kärl inom 1 år efter PCI-behandling påvisats i någon efterföljande undersökning, 2011. Avser samtliga PCI-behandlade patienter.



Källa: SWEDEHEART – SCAAR.

95 DÖD ELLER ÅTERINSKRIVNING EFTER VÅRD FÖR HJÄRTSVIKT

Det finns i Sverige ungefär 200 000 personer med symtomgivande hjärtsvikt och lika många med latent hjärtsvikt. Hjärtsvikt medför påtagligt ökad risk för förtida död och är en av de vanligaste diagnoserna hos äldre som vårdas på sjukhus. Hjärtsvikt är en kronisk sjukdom med symtom som trötthet, andfåddhet vid ansträngning, andnöd och hosta på natten och svullna ben.

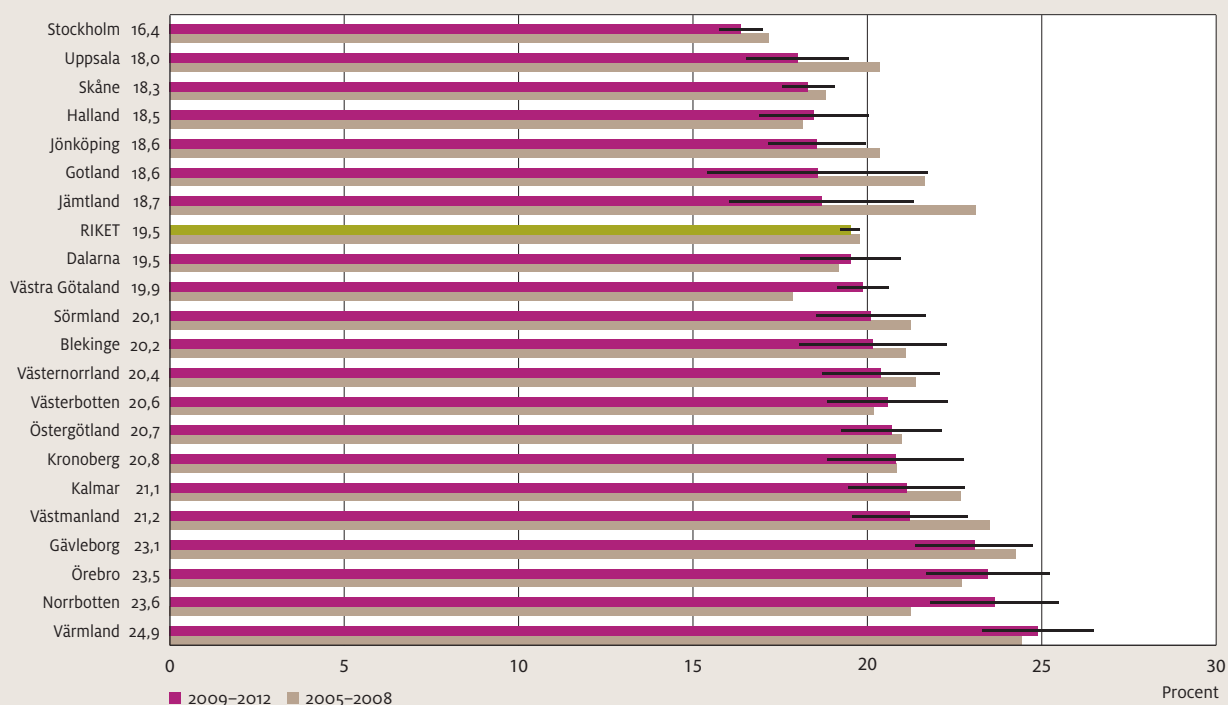
Det är relativt vanligt att patienterna avlider eller återinläggs kort tid efter sjukhusvård för hjärtsvikt. Att hjärtsvikt är en kronisk sjukdom gör att utfallet död efter sjukhusvård är ett komplicerat kvalitetsmått, men ändå värt att lyfta fram. Orsaker till återinläggning kan bland annat vara alltför 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.

Indikatorn avser patienter som slutenvårdats vid sjukhus 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 2009 - 2012 registrerades 75 000 vårdepisoder med huvuddiagnosen hjärtsvikt, något fler män än kvinnor. 15 000 av dessa ledde till antingen död eller återinskrivning inom 30 dagar. Andelen avlidna eller återinskrivna i riket var därmed nästan 20 procent, med en liten övervikt bland männen. Variationen mellan landsting är betydande,

DIAGRAM 95 – TOTALT: Andel patienter som återinskrivs för hjärtsvikt eller avlider inom 30 dagar efter sjukhusvårdad hjärtsvikt, 2009–2012. Åldersstandardiserade värden.



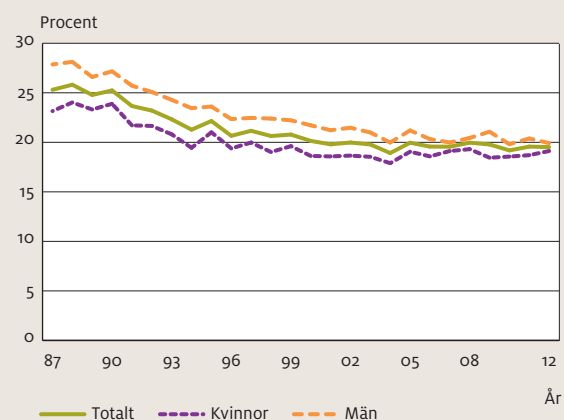
Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

från 16,4 till 24,9 procent. Död är ett vanligare utfall än återinskrivning. Trenden över tid visar att andelen återinskrivna eller döda i riket varit relativt konstant sedan 2004.

Variationen mellan landsting och mellan sjukhus kan i hög grad vara påverkad av annat än kvaliteten i vårdinsatsen. Om praxis för att skriva in patienter i slutenvård skiljer sig åt, påverkas utfallet. Ju lindrigare sjuka de inskrivna är, desto bättre blir det redovisade utfallet. Av detta skäl bör bättre hänsyn till patientsammansättningen vid olika sjukhus tas i framtida jämförelser.

Detsamma gäller diagnossättningspraxis. 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.

DIAGRAM 95 – RIKET: Andel patienter som återinskrivs för hjärtsvikt eller avlider inom 30 dagar efter sjukhusvårdad hjärtsvikt. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

96 LÄKEMEDELSBEHANDLING VID HJÄRTSVIKT

Det finns i Sverige ungefär 200 000 personer med symtomgivande hjärtsvikt och lika många med latent hjärtsvikt. Hjärtsvikt medför påtagligt ökad risk för förtida död och är en av de vanligaste diagnoserna hos äldre som vårdas på sjukhus. Hjärtsvikt är en kronisk sjukdom med symtom som trötthet, andfäddhet vid ansträngning, andnöd och hosta på natten och svullna ben.

Blodtryckssänkande behandling med RAAS-hämmare (ACE-hämmare och angiotensinreceptorblockerare, ARB) minskar risken för sjukhusinläggningar, hjärtinfarkt och död hos patienter med hjärtsvikt av olika svårighetsgrad. Betablockerare sänker blodtryck, puls och hjärtminutvolym, vilket ger ett skydd mot bland annat farliga arytmier och hjärtstopp. På lång sikt har betablockerare även en positiv effekt på hjärtats pumpförmåga hos patienter med hjärtsvikt. Behandling med dessa båda typer av läkemedel har hög prioritet i de nationella riktlinjerna för hjärtsjukvård. I princip bör alla hjärtsviktpatienter behandlas, om inga medicinska hinder finns.

Indikatorn visar andelen hjärtsviktpatienter som sex månader efter utskrivning från sjukhus behandlas med både RAAS-hämmare och betablockerare. Enbart patienter som inte slutenvårdats för hjärtsvikt under de föregående 365 dagarna ingår. Jämförelsen baseras på knappt 41 400 vårdepisoder för patienter som sjukhusvårdades med huvuddiagnos hjärtsvikt under perioden 2010–2012 och som var i livet sex månader efter utskrivningen. Männen var något fler än kvinnorna.

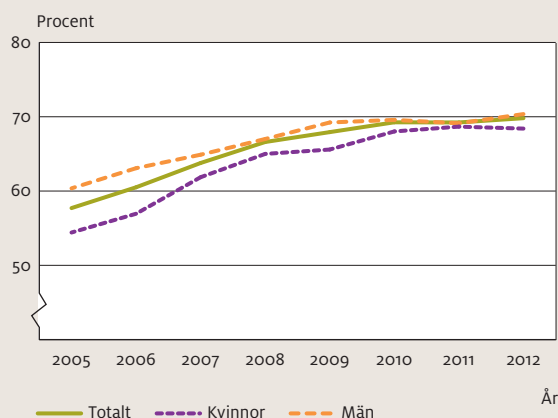
Andelen som behandlades med båda typerna av läkemedel var i riket drygt 69 procent, med en spridning mellan landstingen från 60 till 79 procent. Skillnaderna mellan könen är små. Cirka 80 procent av patienterna fick åtminstone ett av läkemedlen.

Det finns i riktlinjerna inte angivet hur stor andel av patienterna som bör behandlas, efter att individuella bedömningar gjorts. Kvalitetsregistret Riksvikts målsättning är att minst 90 procent av patienterna bör ha behandling med RAAS-hämmare och en lika stor andel bör behandlas med betablockerare. Av detta kan man sluta sig till att minst 80 procent av patienterna bör ha basbehandling för sin hjärtsvikt med båda typerna av läkemedel. Det finns därför en betydande förbättringspotential.

DIAGRAM 96 – TOTALT: Andel patienter med sjukhusvårdad hjärtsvikt som under påföljande halvår behandlas med både RAAS-hämmare och betablockerare, 2010–2012. Åldersstandardiserade värden.



DIAGRAM 96 – RIKET: Andel patienter med sjukhusvårdad hjärtsvikt som under påföljande halvår behandlas med både RAAS-hämmare och betablockerare. Åldersstandardiserade värden.



Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

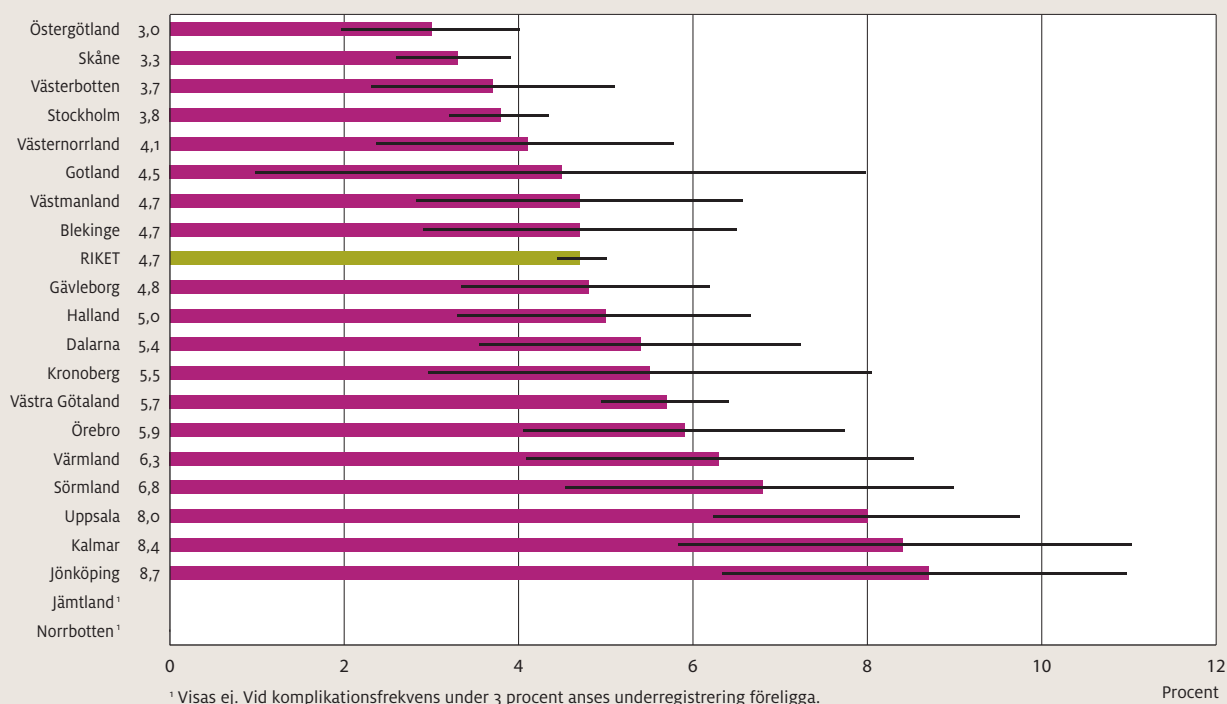
97 KOMPLIKATIONER EFTER PACEMAKERINSÄTTNING

Om hjärtat slår för långsamt eller oregelbundet kan detta leda till yrsel, svimningsattacker eller plötslig död. Insättning av pacemaker görs för att hjälpa hjärtat att återställa en tillräckligt snabb puls eller nå en jämn rytm. Cirka 6 700 nyinsättningar av pacemakers sker per år, med en genomsnittsalder för män på 75 år och för kvinnor på 78 år. Knappt 50 000 personer lever med pacemaker i Sverige.

En vanlig pacemakeroperation är normalt okomplicerad och tar en timme i anspråk. Den utförs vanligtvis i slutenvård, men i vissa fall även som dagkirurgi. Implantation av pacemaker är dock förenat med risk för komplikationer. Komplikationsfrekvens är därför en naturlig indikator vid kvalitetsuppföljning.

Källan till indikatorn är det Svenska Pacemaker- och ICD-registret. Till registret rapporteras uppgifter om insättning av standardpacemaker, implanterbara defibrillatorer (ICD) och sviktpacemakers (CRT). Alla 43 kliniker som sätter in pacemaker rapporterar till registret. Täckningsgraden på individnivå är mycket god. En jämförelse avseende 2006 visade att täckningsgraden var 95 procent, vilket var högre än Patientregistrets.

DIAGRAM 97 – TOTALT: Andel patienter som får komplikation inom 1 år efter pacemakerbehandling, 2010–2011.



Källa: ICD- och Pacemakerregistret.

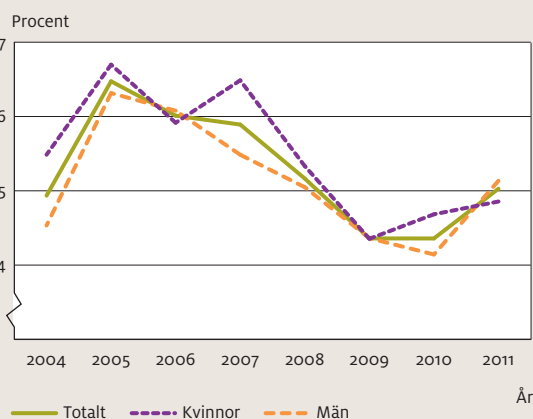
Indikatorn visar andelen patienter som inom 365 dagar drabbas av komplikation vid nyimplantation, utbyte eller korrektion av standardpacemaker. Redovisning per landsting baseras på klinikkens lokalisering, inte på patientens hemort.

Komplikationen kan dels avse händelser under vårdtillfället, dels händelser som uppkommer efter vårdtillfället. Som komplikation räknas en oförutsedd händelse med felfunktion i pacemakersystemet eller en annan för patienten allvarlig händelse. För att registreras som komplikation ska händelsen vara av den art och grad att den antingen kräver operativt åtgärdande eller läkemedelsbehandling, till exempel antibiotika vid infektion.

Jämförelsen omfattar cirka 21 167 patienter, som fick behandling under 2010-2011 och som följdes upp under 2012. I riket var andelen komplikationer 4,7 procent, med en spridning mellan landstingen från tre till knappt nio procent.

Skillnader mellan kliniker kan även bero på olikheter i hur likformig och komplett komplikationsregistreringen är. Varje sjukhus registrerar sina egna komplikationer i samband med operation eller vid

DIAGRAM 97 – RIKET: Andel patienter som får komplikation inom 1 år efter pacemakerbehandling.



Källa: ICD- och Pacemakerregistret.

uppföljning. I kvalitetsregistrets egen årsrapport markeras orimliga resultat genom att kliniker med lägre komplikationsandel än tre procent inte visas med övriga, då de anses ha för stort bortfall av registrering av komplikationer för att anses tillförlitliga.

98 KOSTNAD PER VÅRDTILLFÄLLE FÖR PCI VID HJÄRTINFARKT

PCI-behandling vid hjärtinfarkt är ett ingrepp som dels utförs akut vid så kallad ST-höjningsinfarkt, dels utförs det vid icke ST-höjningsinfarkter. I det senare fallet sker det inte akut, men bör ske inom några dagar efter att infarkten diagnosticerades och då behandlades med läkemedel. Syftet med PCI-behandlingen är då att förebygga återinsjuknande.

Under 2012 rapporterade 22 sjukhus från 13 landsting kostnadsuppgifter till KPP-databasen. Databasen innehåller kostnader för varje unikt vårdtillfälle och för de vårdinsatser som i denna patientrelaterade redovisning knyts till vårdtillfället.

I diagram 98 visas kostnaderna per vårdtillfälle i slutenvård för PCI, ballongvidgning av hjärtats kärl vid diagnosen hjärtinfarkt. I DRG-systemet avser detta grupperna DRG 112E och DRG 112F. Medelvårdtiden var cirka 3 dagar.

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.

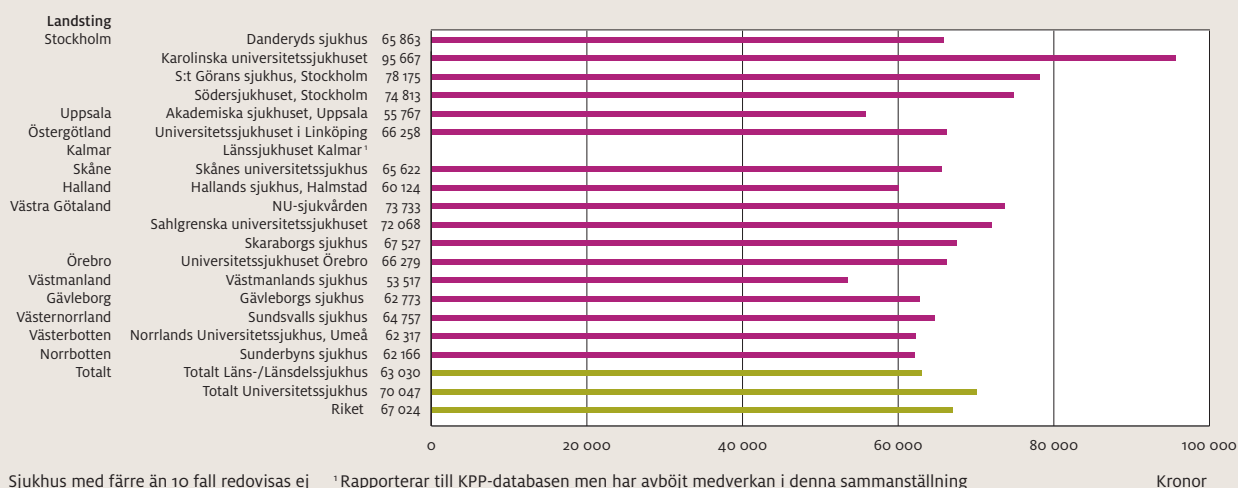
Avsikten är att visa en "normal" genomsnittskostnad per sjukhus.

Det finns ett regelverk för hur kostnader ska kalkyleras och redovisas till KPP-databasen, till exempel vilka kostnader som ska ingå. Trots detta kan kalkylerna skilja sig mellan sjukhusen.

I KPP-databasen 2012 finns det drygt 8 000 vårdtillfällen där patienten PCI-behandlats. Genomsnittskostnaden för innerfallen uppgick till 67 024 kronor. Det är stor variation mellan sjukhusen, från 24 000 kronor till drygt 95 000 kronor för sjukhus med mer än 10 fall.

De redovisade kostnadsskillnaderna kan ha flera orsaker. En aspekt är att sjukhusen samarbetar i vården av dessa patienter. PCI utförs vid 29 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.

DIAGRAM 98 – Sjukhus: Kostnad per vårdtillfälle för PCI-behandling vid hjärtinfarkt, 2012.



Sjukhus med färre än 10 fall redovisas ej ¹ Rapporterar till KPP-databasen men har avböjt medverkan i denna sammanställning

Kronor

Källa: KPP-databasen, Sveriges Kommuner och Landsting.

Strokesjukvård och MS

Stroke är en av våra stora folksjukdomar. Varje år drabbas ungefär 30 000 personer av stroke, ungefär lika många män som kvinnor. Mer än tre fjärdedelar av patienterna är över 65 år. Stroke är den vanligaste orsaken till neurologiskt handikapp hos vuxna och den tredje vanligaste dödsorsaken, efter hjärtinfarkt och cancer. Sedan år 2000 kan en tydlig minskning av antalet strokefall märkas.

Vårdtillfällen där någon typ av stroke var huvuddiagnos står för närmare 400 000 vård dagar på sjukhus. För många patienter kvarstår ett betydande behov av rehabilitering och omsorg därefter. Därför tillkommer ett mycket stort vård- och resursutnyttjande i kommunala särskilda boendeformer och hemtjänst.

Utöver stroke har även två indikatorer som speglar multipel skleros, MS, inkluderats i detta avsnitt, då båda sjukdomarna är neurologiska sjukdomar. Här redovisas elva strokeindikatorer, lika många och samma som tidigare. Även MS-indikatorerna är desamma som tidigare år och presenteras vid respektive indikator.

Socialstyrelsen publicerade 2011 en indikatorbaserad utvärdering av strokesjukvården, som en uppföljning av strokeriktlinjernas tillämpning. Samtliga de elva indikatorer som här visas med uppdaterade resultat, ingick även i den mera omfattande rapporten från Socialstyrelsen.

Utöver patientregistret och dödsorsaksregistret är källorna Läkemedelsregistret och kvalitetsregistret Riks-Stroke. Alla sjukhus som vårdar strokepatienter i akutskedet deltar i Riks-Stroke. Antalet registrerade vårdtillfällen var 2012 knappt 25 000. Utöver registrering av uppgifter om akutskedet genomförs även en uppföljning efter tre månader. Sedan något år genomförs även en ettårsuppföljning, som ger värdefull ytterligare information om strokepatienters hälsa och funktionsförmåga.

Riks-Stroke's täckningsgrad visavi PAR följs årligen. Täckningsgraden är hög och drygt 89 procent av alla förstagångsfall registrerades 2012, men med viss variation mellan landsting och framförallt mellan sjukhus. Täckningsgraden i Riks-Stroke kan i realiteten vara något högre, eftersom det förekommer en viss överdiagnostik i PAR. Svarsfrekvensen i tremånadersuppföljningen 2012 uppgick till 88 procent.

Svarsfrekvensen i ettårsuppföljningen 2012 uppgick till 74 procent. Av dessa patienter svarade 62 procent själva, medan resterande 38 procent behövde hjälp av vårdpersonal eller anhörig med att besvara enkäten ett år efter stroke.

Riks-Stroke anger i sin årsrapport målvärden för en rad processmått, bland annat för flera av de som här redovisas. Man har två grader av målnuppfyllelse, hög respektive måttlig. Se vidare respektive indikator.

99 DÖDLIGHET EFTER FÖRSTAGÅNGSSTROKE

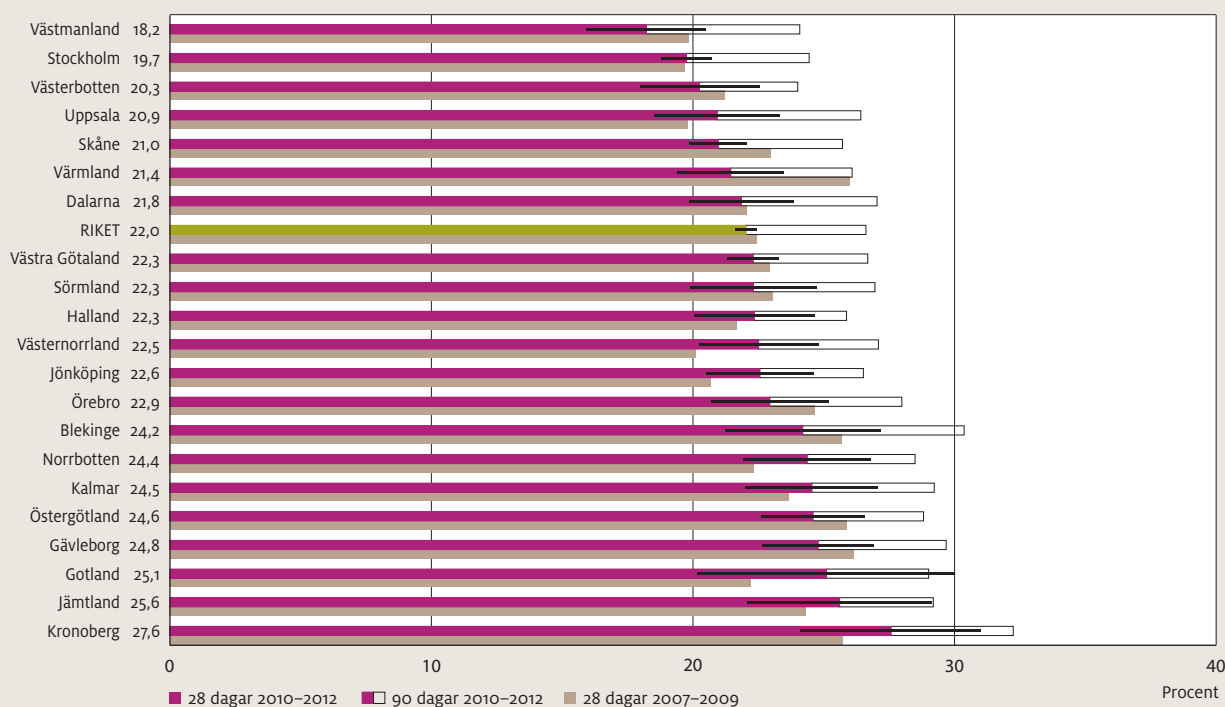
Bland annat i OECD-samarbetet används måttet dödlighet efter stroke, stroke-letaliteten, som indikator på sjukvårdens kvalitet vid internationella jämförelser. Måttet här avser att mäta kvaliteten i hela vårdkedjan från den förebyggande verksamheten till ambulansverksamheten, det akuta omhändertagandet och efterföljande vård.

Indikatorn visar andelen patienter som avled inom 28 dagar efter stroke. 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 närmare 77 000 under hela den studerade perioden 2010–2012.

Under de tre åren 2010–2012 avled knappt 22 procent av dessa strokefall inom 28 dagar, cirka 5 600 personer per år. 26 procent av patienterna avled inom 90 dagar. Dödligheten efter stroke är lika för kvinnor och män efter att man tagit hänsyn till skilda åldersfördelningar. Dödligheten inom 28 dagar och inom 90 dagar har minskat något jämfört med perioden 2006–2008.

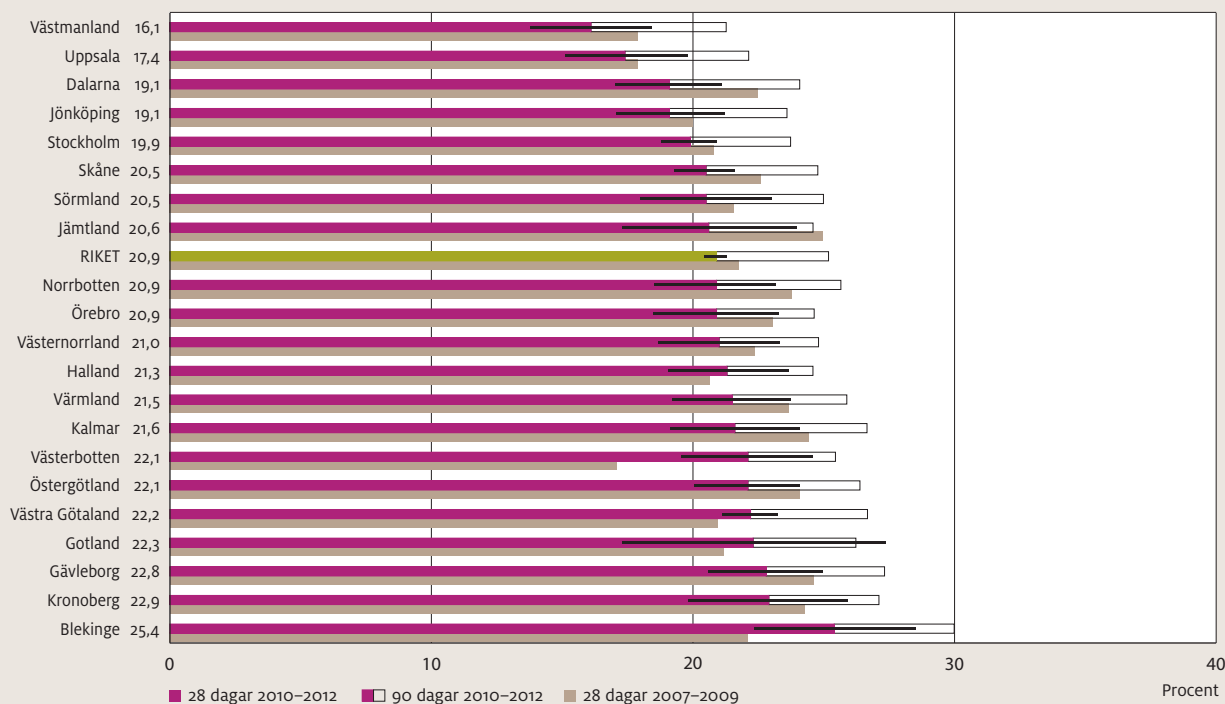
För kvinnorna varierade 28-dagarsdödligheten från 18 till 28 procent mellan landstingen. Motsvarande variation för männen var mellan 16 och 25 procent. I trenddiagrammet ses att överlevnaden de senaste femton åren efter stroke har förbättrats något för både kvinnor och män, dock inte i lika hög grad som för hjärtinfarkt.

DIAGRAM 99 – KVINNOR: Andel döda inom 28 respektive 90 dagar efter förstagångsstroke inklusive döda utanför sjukhus, 2010–2012. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

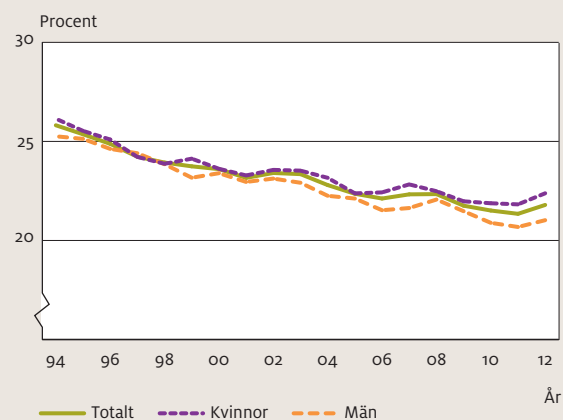
DIAGRAM 99 – MÄN: Andel döda inom 28 respektive 90 dagar efter förstagångsstroke inklusive döda utanför sjukhus, 2010–2012. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Indikatorn 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.

DIAGRAM 99 – RIKET: Andel döda inom 28 dagar efter förstagångsstroke inklusive döda utanför sjukhus. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

100 DÖDLIGHET EFTER SJUKHUSVÅRDAD FÖRSTAGÅNGSTROKE

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 på dödlighet efter stroke som är möjligt att ta fram.

Indikatorn visar andelen döda inom 28 dagar och 90 dagar efter stroke, bland de strokepatienter som vårdades på sjukhus för sin stroke. Måttet syftar till att mäta kvaliteten i det akuta omhändertagandet och i den efterföljande vården vid sjukhus.

Bland de cirka 30 000 personer, lika många kvinnor som män, som årligen drabbas av stroke vårdas cirka 25 500 på sjukhus för sin stroke. Uppskattningsvis 3–4 000 av de som får stroke avlider utan att ha sjukhusvårdats.

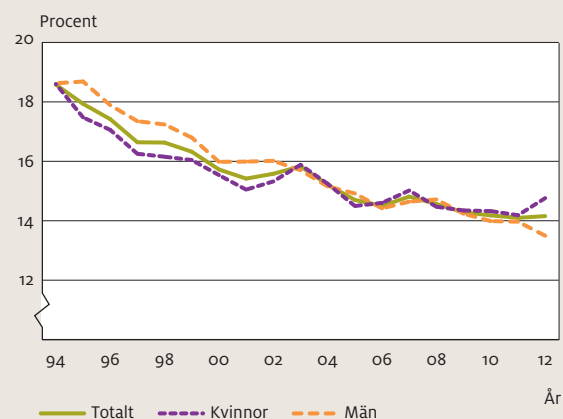
Som stroke räknas här fall med någon diagnos för hjärnblödning, hjärninfarkt eller ej specificerad stroke åren 2010–2012 i patientregistrets slutenvårdsdel, således de strokefall som sjukhusvårdades initialt. Enbart förstagångsfall omfattas, beräknat på så sätt att endast de personer som inte haft någon stroke under de sju föregående åren ingår. Av dessa ingår alla personer i åldrarna 20 år eller över. Totalt ingår ungefär 70 000 fall i jämförelsen.

Av de sjukhusvårdade fallen avled drygt 14 procent inom 28 dagar efter slaganfallet och drygt 19 procent inom 90 dagar. I genomsnitt avlider 3 200 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 sjukhus-

vård och totalt, lika för kvinnor och män. För båda könen har under den senaste femårsperioden bara mycket små förändringar skett av 28- och 90-dagarsdödligheten.

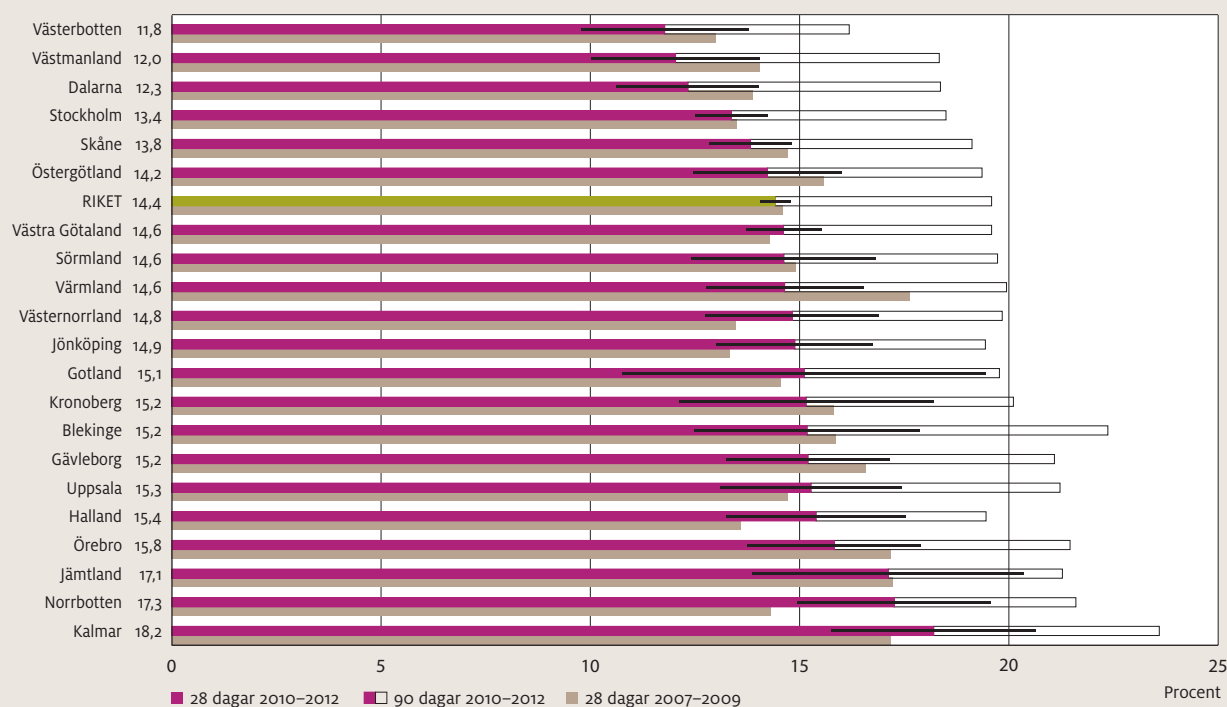
Indikatorn visar att det finns en viss variation i dödlighet efter stroke mellan landstingen. Denna kan ha flera orsaker, skillnader i bakgrundsfaktorer såsom annan sjuklighet, sociala faktorer, slumpmässiga avvikelser samt befolkningens benägenhet att söka vård. Vårdrelaterade faktorer kan vara avståndet till akutsjukvård, ambulansverksamhetens effektivitet och det akuta omhändertagandet på sjukhus.

DIAGRAM 100 – RIKET: Andel döda inom 28 dagar efter sjukhusvårdad förstagångsstroke. Åldersstandardiserade värden.



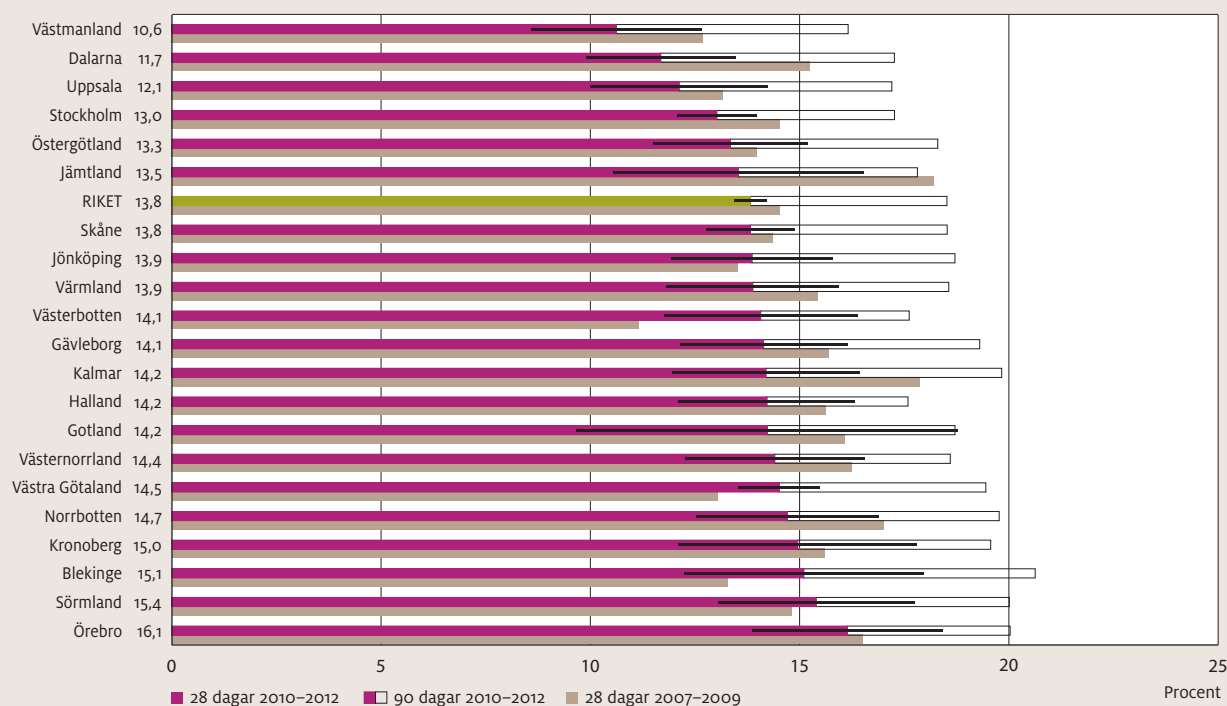
Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 100 – KVINNOR: Andel döda inom 28 respektive 90 dagar efter sjukhusvårdad förstagångsstroke, 2010–2012. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 100 – MÄN: Andel döda inom 28 respektive 90 dagar efter sjukhusvårdad förstagångsstroke, 2010–2012. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 100 – SJUKHUS: Andel döda inom 28 dagar efter sjukhusvårdad förstlagångsstroke, 2010–2012. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

101 VÅRD VID STROKEENHET

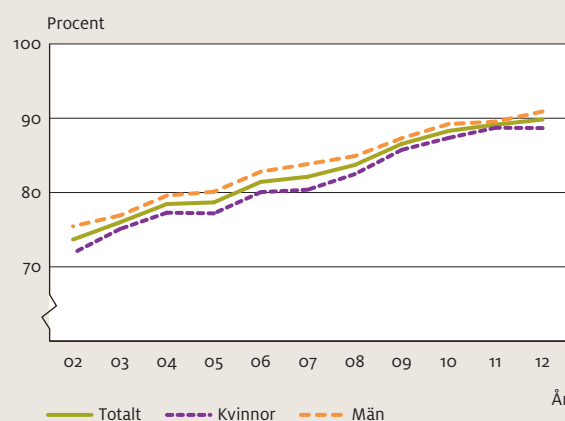
Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer ska vård i akutfasen vid stroke bedrivas vid strokeenheter. En strokeenhet är en specialiserad vårdavdelning som i princip enbart arbetar med strokepatienter och som har personal med expertkunnande inom stroke och rehabilitering. Den ska bestå av ett multidisciplinärt 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.

Indikatorn visar andelen patienter som i det akuta skedet vårdats på strokeenhet, antingen direkt vid inskrivning, eller genom flytt till strokeenhet senare under akutskedet. Patienter i alla åldrar ingår. Även täckningsgraden redovisas, det vill säga andelen strokepatienter som registreras i kvalitetsregistret Riks-Stroke, som är källan till denna jämförelse.

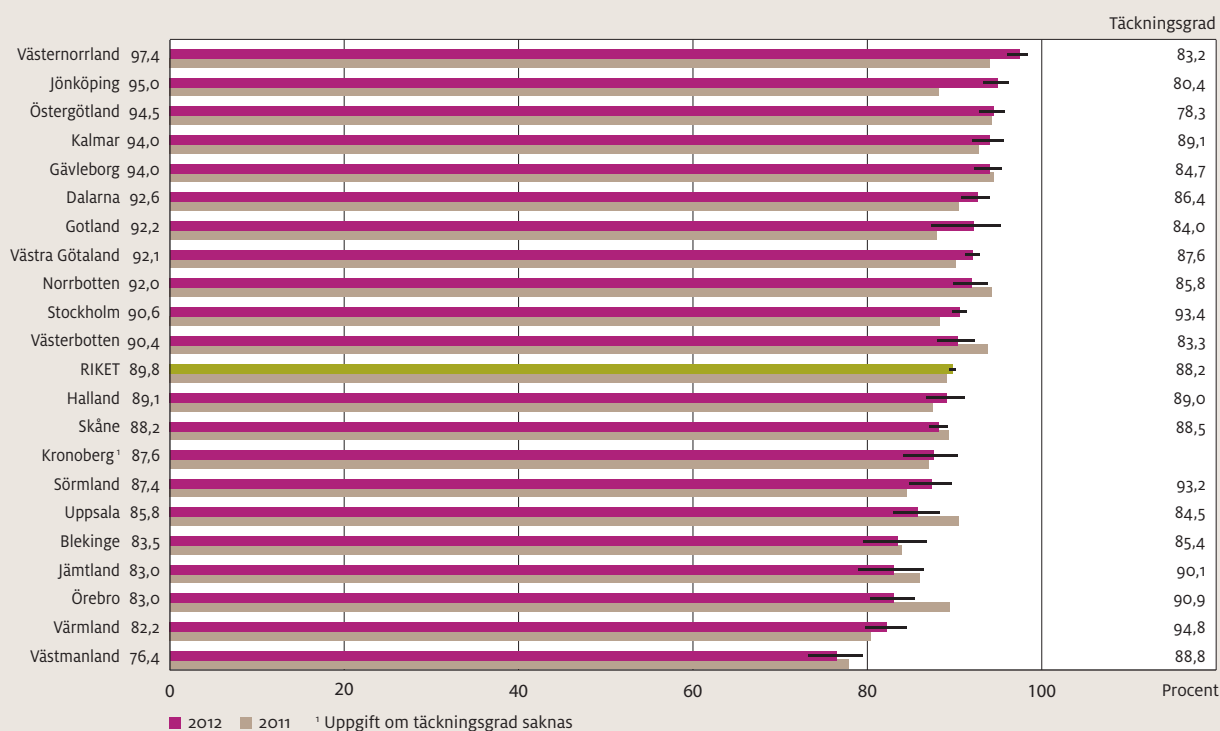
I riket vårdades år 2012 närmare 90 procent av alla drygt 24 700 patienter registrerade i Riks-Stroke på strokeenhet. Detta är en viss ökning sedan jämförelseåret 2011. De senaste tio åren har andelen ökat med cirka 17 procentenheter. Det finns skillnader mellan landstingen, men de är påtagligt mindre 2012 än för fem-sex år sedan. Tidigare skillnader mellan män och

DIAGRAM 101 – RIKET: Andel strokepatienter som vårdats på strokeenhet.



Källa: Riks-Stroke – Nationella kvalitetsregistret för Stroke.

DIAGRAM 101 – TOTALT: Andel strokepatienter som vårdats på strokeenhet, 2012.



Källa: Riks-Stroke – Nationella kvalitetsregistret för Stroke.

kvinnors andelar har blivit mindre, men män vårdas i något högre utsträckning än kvinnor på strokeenhet.

Riks-Stroke anger gränsen för hög måluppfyllelse till 90 procent, medan 85 procent är gränsen för måttlig måluppfyllelse. Alla utom fem landsting når den lägre graden av måluppfyllelse, medan elva når hög måluppfyllelse.

Lägre täckningsgrad gör resultaten mindre tillförlitliga. Låg täckningsgrad och hög andel strokeenhetstvårdade tyder på att patienter vårdade utanför strokeenhet inte registreras. Det finns även variation mellan sjukhus och landsting avseende i hur stor utsträckning man uppfyller de kriterier som gäller för strokeenhet.

DIAGRAM 101 – SJUKHUS: Andel strokepatienter som vårdats på strokeenhet, 2012.



Källa: Riks-Stroke – Nationella kvalitetsregistret för Stroke.

102 TROMBOLYSBEHANDLING VID STROKE

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

I princip ska samtliga akutsjukhus i landet kunna erbjuda denna behandling, eftersom den främst kräver kompetensutveckling inom klinisk och radiologisk diagnostik, men annars är baserad på traditionell strokevård. I Göteborg och inom Uppsala läns landsting har trombolysverksamheten samlats till ett sjukhus. Vid trombolysbehandling är minimal tidsfördröjning av största värde för slutresultatet. En

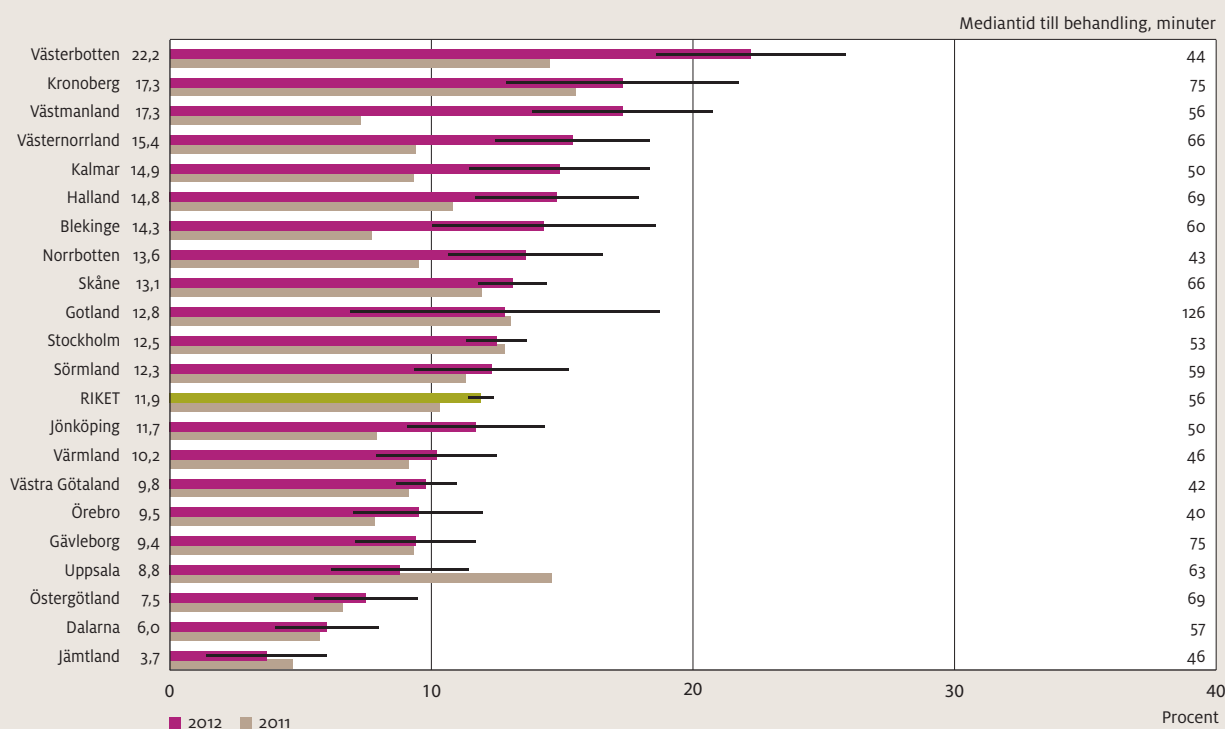
viktig faktor är även att de drabbade och personer i omgivningen känner igen strokesymtom och skyndsamt söker vård.

Indikatorn visar andelen patienter som fick trombolysbehandling av samtliga patienter som uppfyllde kriterierna att det var en hjärninfarkt, att patienterna var 18–80 år och att de tidigare hade varit funktionsberoende. Alla dessa patienter, oavsett tid från symtomdebut, ingår. Jämförelsen baseras på 11 686 patienter.

Indikatorn visar andelen av de som uppfyllde de angivna kriterierna som 2012 fick trombolysbehandling. I riket var andelen nästan 12 procent, med små skillnader mellan könen. Skillnaderna mellan landstingen är stora, med en variation från knappt 4 till drygt 22 procent. Stora ökningar kan noteras i några landsting, medan i andra bara mycket små ökningar har skett mellan 2011 och 2012. Även mediantiden till trombolys, som är en viktig faktor, visas i diagrammet.

Att skillnaderna mellan landsting är stora är i någon mån förväntat, eftersom behandlingen är

DIAGRAM 102 – TOTALT: Andel patienter i målgruppen som fått trombolys vid stroke, 2012.

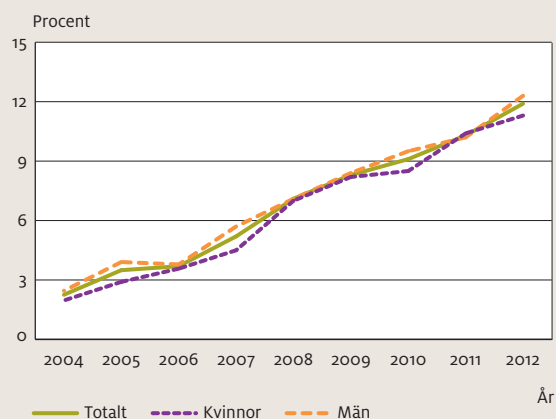


Källa: Riks-Stroke – Nationella kvalitetsregistret för Stroke.

förhållandevis ny och sjukhusen introducerat den i olika takt. Att ökningstakten under 2012 skiljer sig så påtagligt mellan landsting är dock värt att notera.

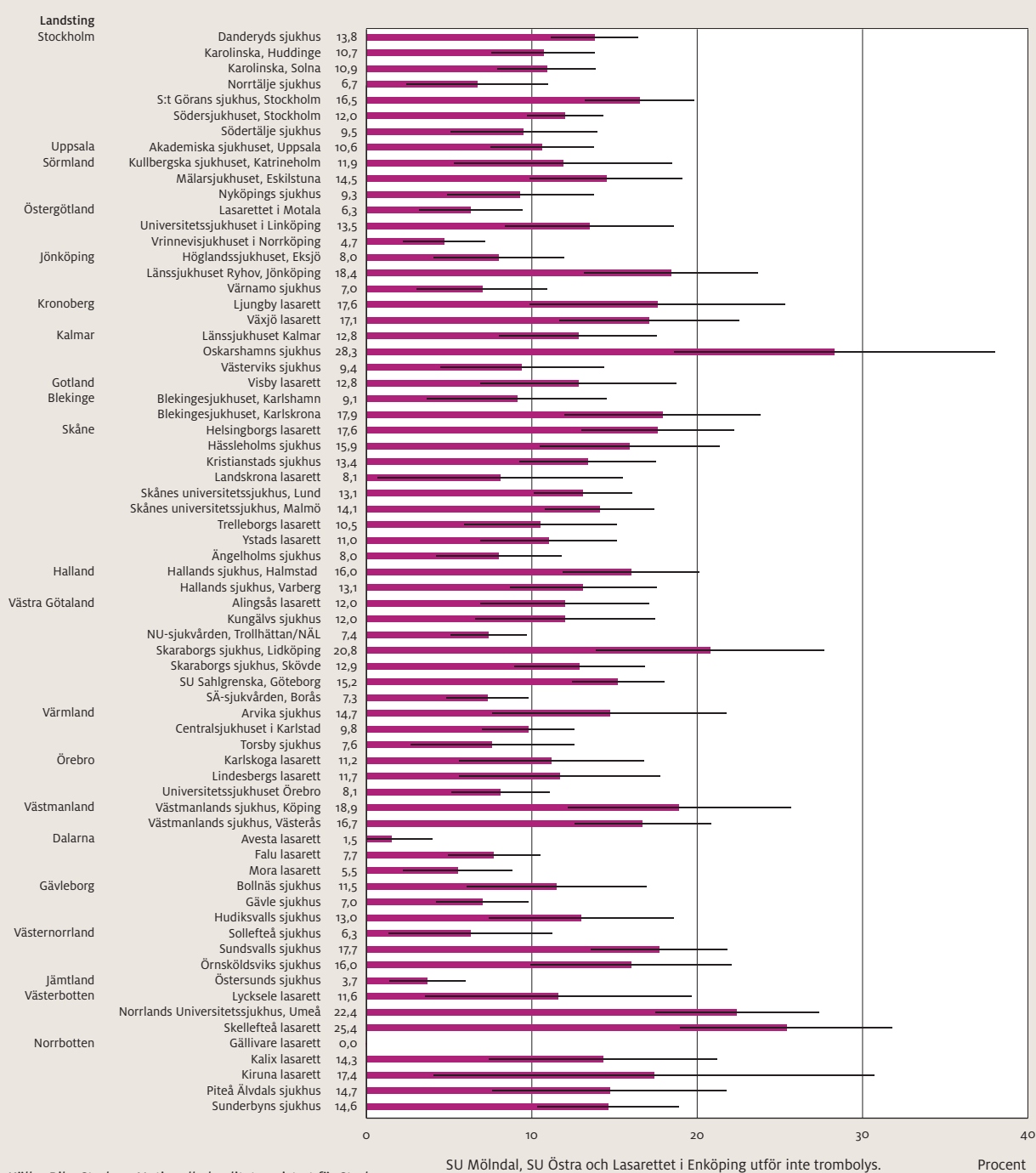
Riks-Stroke anger gränsen för måttlig måluppfyllelse till 10 procent trombolysbehandlade, medan hög grad av måluppfyllelse anses vara nådd vid 15 procent. Två av tre landsting når måttlig måluppfyllelse. Tidsintervallet mellan symtomdebut och behandling begränsar i praktiken andelen patienter som kan trombolysbehandlas, även bland de som uppfyller de övriga kriterierna.

DIAGRAM 102 – RIKET: Andel patienter i målgruppen som fått trombolys vid stroke.



Källa: Riks-Stroke – Nationella kvalitetsregistret för Stroke.

DIAGRAM 102 – SJUKHUS: Andel patienter i målgruppen som fått trombolys vid stroke, 2012.



Källa: Riks-Stroke – Nationella kvalitetsregistret för Stroke.

103 TEST AV SVÄLJFÖRMÅGA VID AKUT STROKE

Stroke kan leda till nedsatt förmåga att svälja, vilket kan få till följd att mat hamnar i luftstrupen. Detta kan i värsta fall leda till andningsstopp eller svår lunginflammation. Då patienten läggs in vid sjukhus bör vårdpersonalen därför rutinmässigt bedöma sväljförmågan genom ett enkelt sväljtest med vatten. Åtgärden är högt prioriterad (prioritet 1 av 10) i de nationella riktlinjerna.

Patienter som har uttalad medvetandesänkning vid ankomst till sjukhus kan inte genomgå testet. Även bland övriga kan det förekomma patienter som av olika anledningar inte kunnat genomgå sväljtestet.

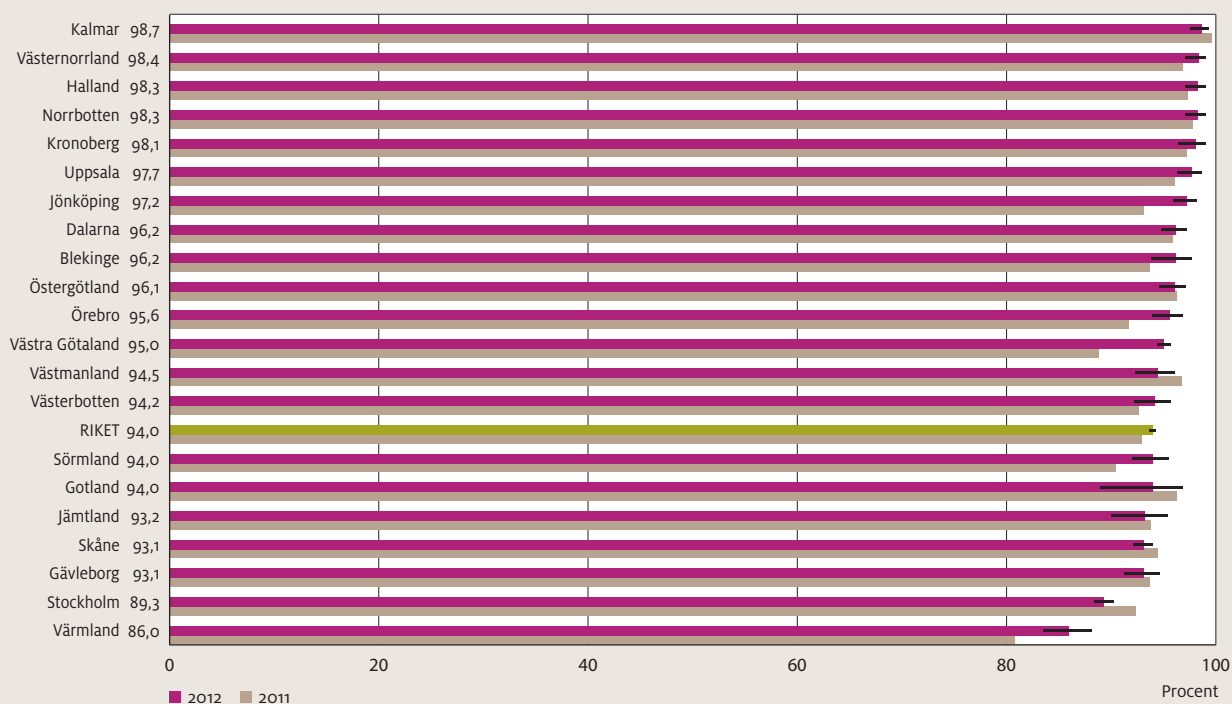
Indikatorn mäter andelen patienter som genomgått test av sväljförmågan vid ankomst till sjukhuset, eller där sväljförmågan inte kunnat testas på grund av

patientens tillstånd, av alla som vårdats på sjukhus för akut stroke under 2012. Totalt ingår cirka 23 500 patienter i jämförelsen, varav knappt hälften är kvinnor.

I riket som helhet har 94 procent av patienterna antingen genomgått sväljtest eller är patienter som till följd av sitt tillstånd inte kunnat göra det. Det finns inga könsskillnader. Skillnaderna mellan landsting är för merparten mindre än tio procentenheter, men några landsting har lägre andelar än övriga.

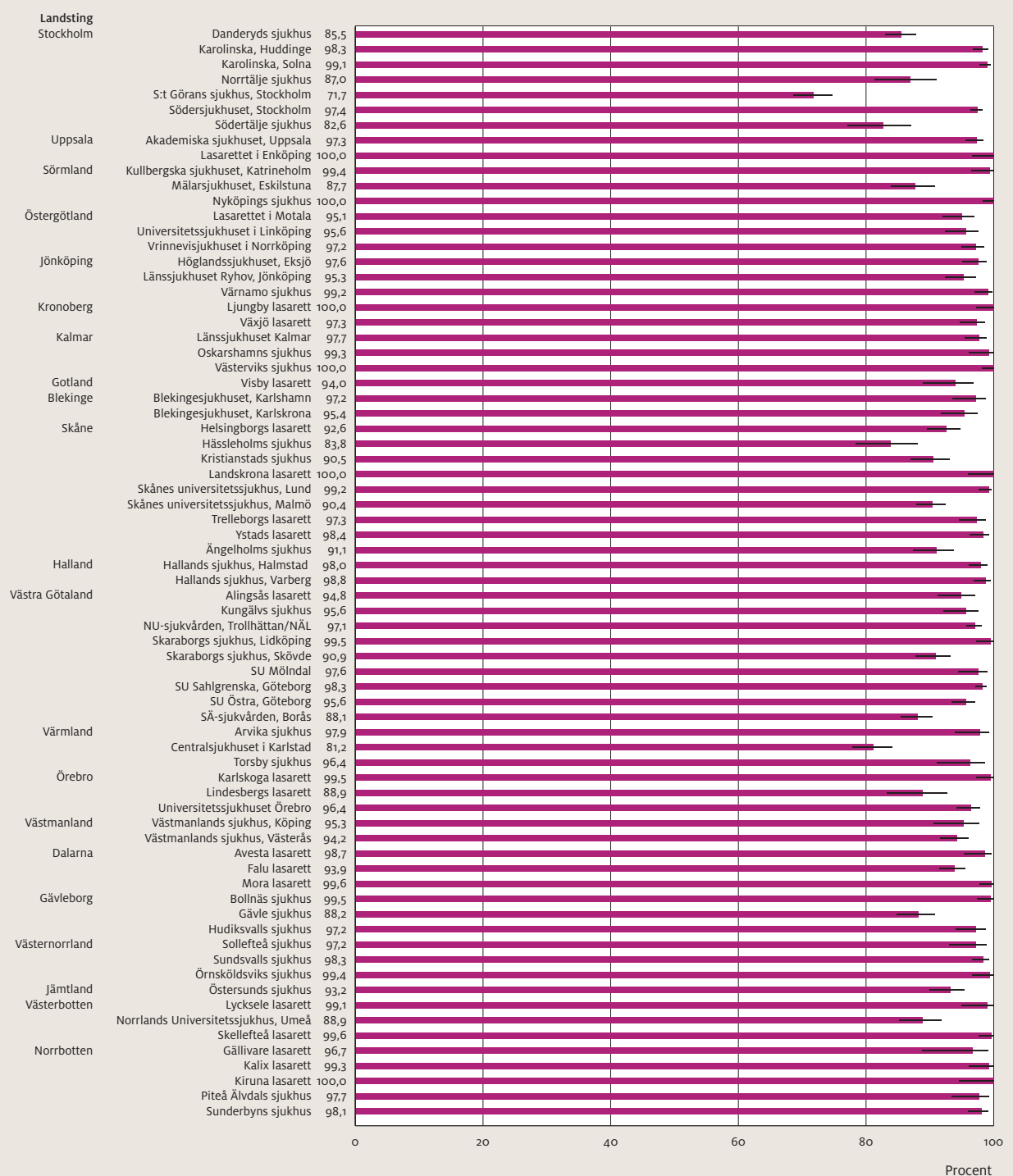
Riks-Stroke's målnivåer är satta till 90 respektive 95 procent. Med den utformning indikatorn här har, bör samtliga landsting sträva efter värde på 100 procent. I princip bör alla patienter för vilka det är möjligt genomgå sväljtest. Därmed finns det möjligheter till ytterligare förbättringar.

DIAGRAM 103 – TOTALT: Andel strokepatienter som genomgått sväljtest efter ankomst till sjukhus, 2012.



Källa: Riks-Stroke – Nationella kvalitetsregistret för Stroke.

DIAGRAM 103 – SJUKHUS: Andel strokepatienter som genomgått sväljtest efter ankomst till sjukhus, 2012.



Källa: Riks-Stroke – Nationella kvalitetsregistret för Stroke.

104 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.

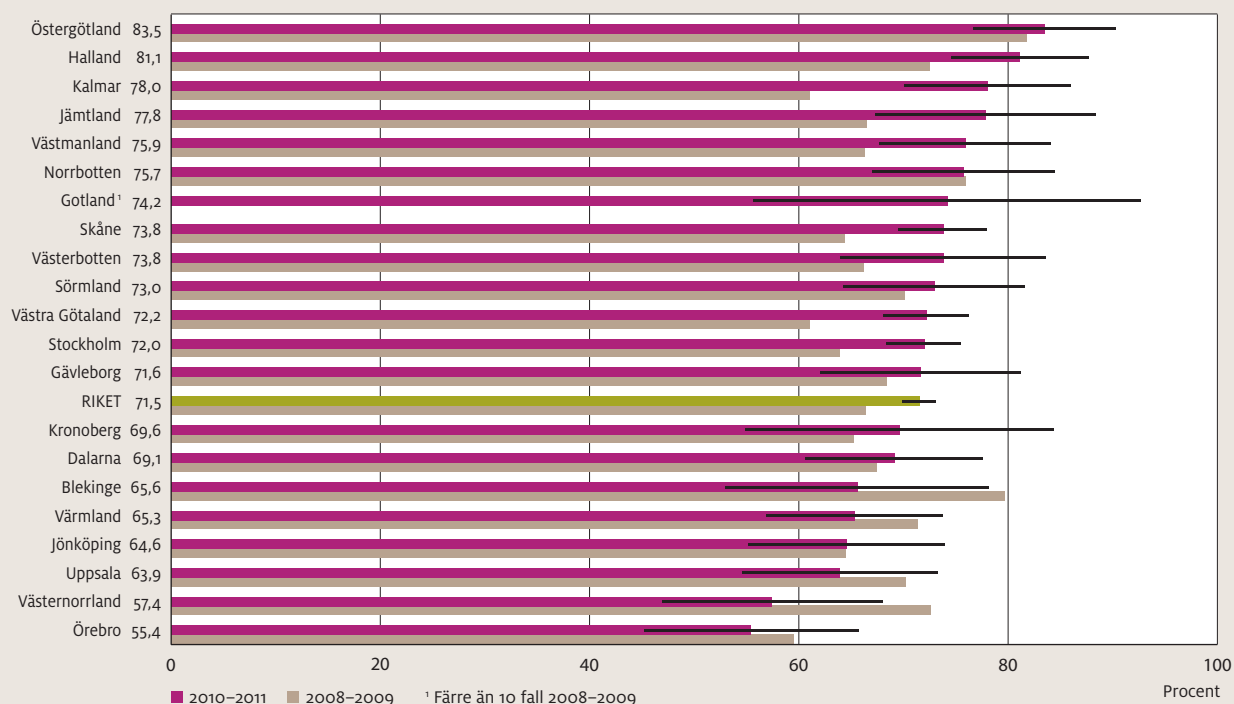
Warfarinbehandling efter stroke och vid förmaksflimmer är en högt prioriterad åtgärd i de nationella riktlinjerna för stroke. Många av dessa patienter bör vara aktuella för blodförtunnande behandling, dock efter individuellt hänsynstagande till andra sjukdomar och mycket hög ålder. Även behandling med da-

bigatran, ett nytt läkemedel för denna patientgrupp, ingår i jämförelsen här.

Indikatorn visar andelen strokepatienter med förmaksflimmer som fick blodförtunnande läkemedelsanvändning 12–18 månader efter utskrivning från sjukhus. Uppgifterna är baserade på Patientregistret och Läkemedelsregistret. I jämförelsen ingår knappt 3 100 patienter i åldern 55–79 år som skrevs ut från sjukhus efter stroke under 2010–2011.

I riket är andelen behandlade knappt 72 procent, en ökning med åtta procentenheter sedan 2006–2007. Det finns inga könsskillnader. Det är dock ganska stora skillnader mellan landstingen, vilket antyder att landstingen gör olika bedömningar av risk respektive nytta när det gäller behandling med warfarin eller da-

DIAGRAM 104 – TOTALT: Andel patienter med blodförtunnande behandling 12–18 månader efter stroke och vid förmaksflimmer, 2010–2011. Avser patienter 55–79 år. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Det vanligaste läkemedlet Waran 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.

Riks-Strokes målnivåer avser, liksom den indikator som här redovisas, patienter under 80 år och är satta till 55 respektive 70 procent, för måttlig respektive hög målluppfyllelse.

DIAGRAM 104 – RIKET: Andel patienter med blodförtunnande behandling 12–18 månader efter stroke och vid förmaksflimmer. Avser patienter 55–79 år. Åldersstandardiserade värden.



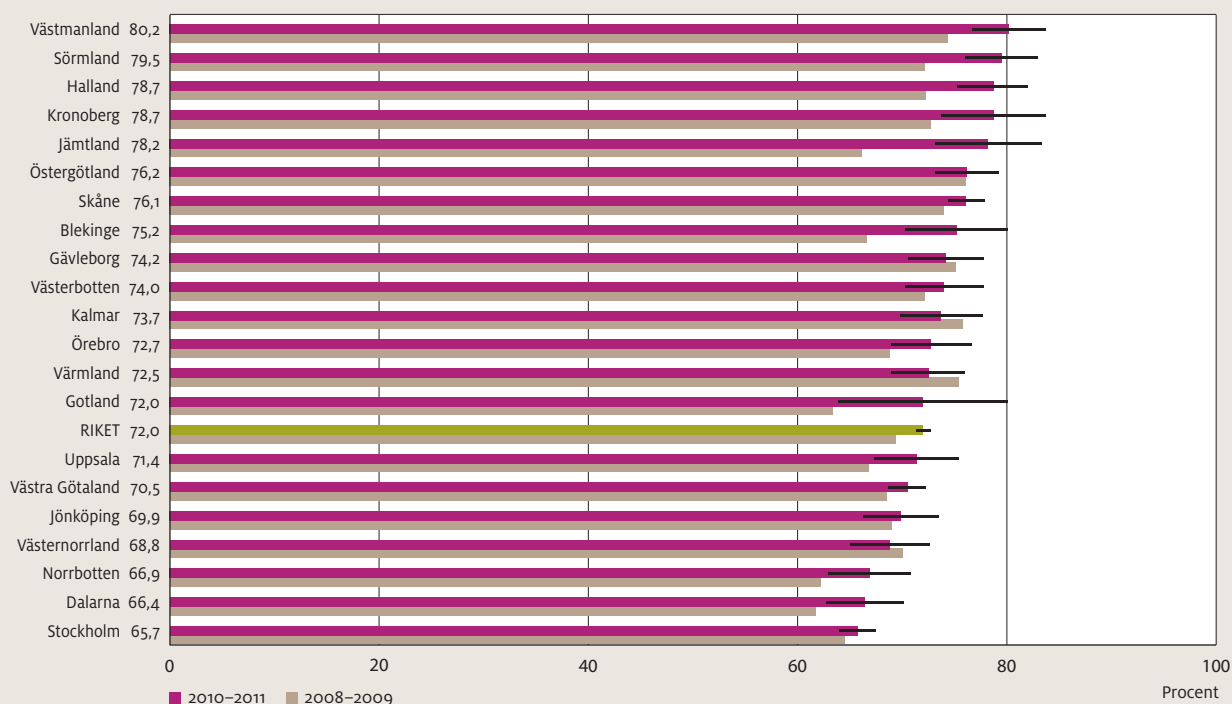
Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

105 BLODFETTSSÄNKANDE BEHANDLING EFTER STROKE

Sekundärpreventiva insatser efter stroke är viktiga för att förhindra ett återinsjuknande i stroke eller annan hjärt- och kärlsjukdom. Behandling med statiner,

blodfettssänkande läkemedel, har dokumenterat god effekt som sekundärprevention efter hjärninfarkt. I de nationella riktlinjerna har åtgärden hög prioritet, och i princip ska samtliga patienter med hjärninfarkt behandlas med statin. Det finns dock risker med be-

DIAGRAM 105 – TOTALT: Andel patienter med blodfettssänkande behandling 12–18 månader efter stroke (hjärninfarkt), 2010–2011. Avser patienter 50–79 år. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

handlingen, som biverkningar och ogynnsam interaktion med andra läkemedel.

Indikatorn mäter andelen patienter som behandlas med statiner 12–18 månader efter utskrivning från sjukhus efter vård för hjärninfarkt. I jämförelsen ingår cirka 16 600 patienter som vårdats för förstainsjuktande i ischemisk stroke i åldern 50–79 år under 2010–2011. Redovisningen baseras på uppgifter från Patientregistret och Läkemedelsregistret.

Indikatorn visar att i riket behandlades 72 procent av patienterna med statiner 12–18 månader efter utskrivningstillfället. Mellan landstingen varierar andelen statinbehandlade patienter från 66 till 80 procent. Kvinnor behandlas i något lägre grad än män, 70 procent respektive 74 procent, en skillnad på fyra procentenheter mellan könen.

Även om andelen behandlade ökat de senaste åren finns stora skillnader mellan landsting. För att följa riktlinjerna bör de flesta landsting öka sin förskrivning av statiner till patienter med hjärninfarkt.

Könsskillnaden kan ha att göra med att en högre andel män behandlades med statiner redan före sin stroke på grund av hjärtsjukdom. Vidare tyder jämförelser i Socialstyrelsens strokerapport från 2011 på att skillnaderna mellan könen är mindre vid utskrivningen från sjukhus, men att flera kvinnor än män upphör med statinbehandlingen efter en period. Samma mönster kan ses även för statinbehandling efter hjärtinfarkt samt för uttagsföljsamhet vid blodtryckssänkande behandling.

106 ÅTERINSJUKNANDE EFTER STROKE

Andel återinskrivningar på sjukhus efter stroke kan utgöra ett mått på effekterna av de sekundärpreventiva insatserna efter första strokeinsjuktandet. 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.

Indikatorn visar andelen strokepatienter som återinskrivs för stroke inom 365 dagar efter den initiala vårdepisoden. I jämförelsen ingår nästan 79 000 patienter i Patientregistret som under åren 2007–2011 vårdades för ett förstagsinsjuktande i stroke med huvuddiagnosen hjärnblödning, hjärninfarkt eller ej specificerad stroke. Bara förstagsstroke och pa-

DIAGRAM 105 – RIKET: Andel patienter med blodfettsänkande behandling 12–18 månader efter stroke (hjärninfarkt). Avser patienter 50–79 år. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

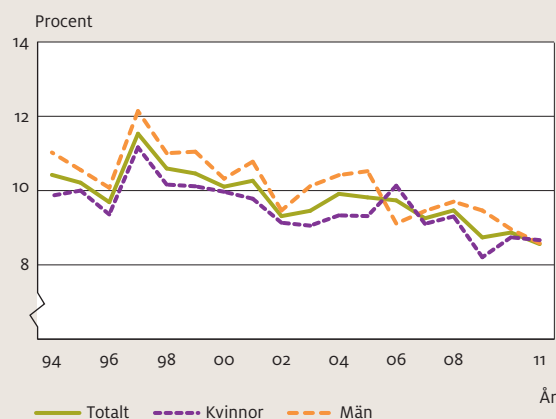
tienter som överlevt det första året efter den initiala stroke ingår. Uppföljningen har gjorts i Patientregistret till och med år 2012.

I riket var andelen återinskrivna för stroke eller för sena effekter av stroke cirka 9 procent under den studerade femårsperioden, utan stora skillnader mellan kvinnor och män. Landstingens värden varierar mellan 6 och 12 procent. Under den senaste tioårsperioden har andelen återinskrivna minskat något.

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.

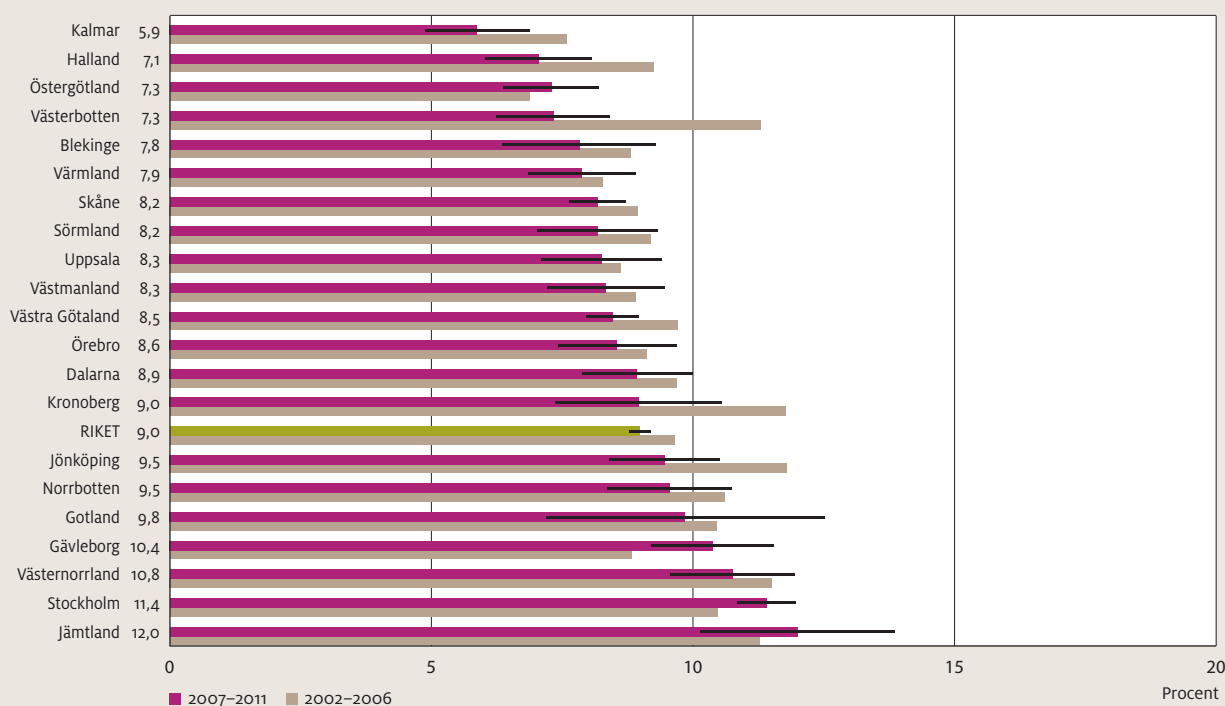
Återinskrivning för stroke kan vara något över-
skattat i Patientregistret, eftersom vissa planerade
vårdtillfällen med stokediagnos som bakgrund,
kan ha klassificerats med stroke som huvuddiag-
nos. Dessutom är det inte ovanligt att patienter med
resttillstånd efter stroke får en akut stokediagnos i
rutinsjukvården.

DIAGRAM 106 – RIKET: Andel strokepatienter som återinskrivs
för stroke inom 365 dagar. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 106 – TOTALT: Andel strokepatienter som återinskrivs för stroke inom 365 dagar, 2007–2011.
Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

107 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. Även närstående och socialtjänstens insatser påverkar detta kvalitetsmått.

Indikatorn visar 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. Sjukhusjämförelsen är även könstandardiserad. Totalt ingick drygt 15 570 patienter i jämförelsen.

För riket som helhet är andelen oberoende i personligt ADL drygt 81 procent, med en något högre andel för män, 83 procent, medan för kvinnor andelen är 79 procent. Skillnaderna mellan landstingen är helt försumbara, cirka tre procentenheter som mest. Även för sjukhus är skillnaderna små, med en variation som sträcker sig från 77 till 84 procent ADL-oberoende patienter.

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

DIAGRAM 107 – TOTALT: Andel strokepatienter som var ADL-oberoende 3 månader efter akutfasen, 2012. Justerat för ålder och medvetandegrad vid insjuknandet.

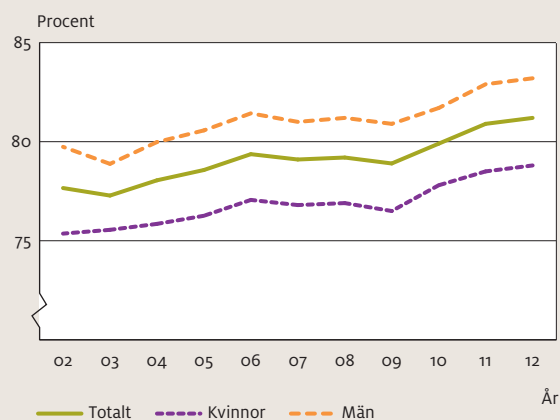


Källa: Riks-Stroke – Nationella kvalitetsregistret för Stroke.

Detta är ett robust utfallsmått som ger rättvisande jämförelser mellan sjukhusen, sedan man justerat för skillnader i patientsammansättning.

Andelen ADL-oberoende skulle kunna påverkas av hur stor andel som svarar på Riks-Strokes uppföljningsenkät. Men bortfallet är högst bland patienter med dels allra minst, dels allra mest funktionsbortfall. Så effekterna av dessa bortfall brukar i regel ta ut varandra.

DIAGRAM 107 – RIKET: Andel strokepatienter som var ADL-oberoende 3 månader efter akutfasen. Justerat för ålder och medvetandegrad vid insjuknandet.



Källa: Riks-Stroke – Nationella kvalitetsregistret för Stroke.

DIAGRAM 107 – SJUKHUS: Andel strokepatienter som var ADL-oberoende 3 månader efter akutfasen, 2012. Justerat för ålder, kön och medvetandegrad vid insjuknandet.



Källa: Riks-Stroke – Nationella kvalitetsregistret för Stroke.

108 NÖJDHET MED SJUKHUSVÅRD VID STROKE

I Riks-Strokes tremånadersuppföljning ingår även frågor till patienter och deras anhöriga gällande bland annat hur nöjda de är med den sjukhusvård de fått. Missnöje med vården brukar ses som gapet mellan förväntningar och upplevd kvalitet. Utfallet avseende nöjdheten med sjukhusvård kan troligen delvis förklaras av patienternas förväntningar, men även av utfallet efter tre månader, som ADL-beroende, nedstämdhet och självupplevd hälsa.

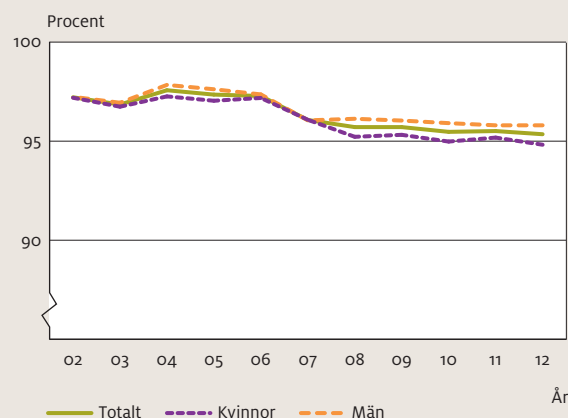
Indikatorn visar andelen patienter som tre månader efter insjuknandet uppgav att de var nöjda eller mycket nöjda med vården under sjukhusvistelsen. Frågan avser vården under hela sjukhusvistelsen, och innefattar därför även vård på rehabiliteringsklinik, som är aktuell för patienter med stora rehabiliteringsbehov vid vissa sjukhus, beroende på hur vården är organiserad. Knappt 15 600 patienter svarade och ingår därmed i jämförelsen.

I riket är drygt 95 procent av patienterna nöjda eller mycket nöjda, ungefär lika stor andel kvinnor som män. För riket som helhet har resultatet legat på ungefär samma nivå sedan år 2001, med en topp år 2004–2005 på drygt 97 procent. Svaren nu är dock mera representativa, eftersom täckningsgrad och

svarsfrekvens ökat. Skillnaderna mellan landstingen är små, med som mest drygt fem procentenheter. En grupp sjukhus har något sämre resultat, med andelar på 90–93 procent.

En aspekt vid tolkning 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.

DIAGRAM 108 – RIKET: Andel strokepatienter som var nöjda eller mycket nöjda med vården under sjukhusvistelsen.



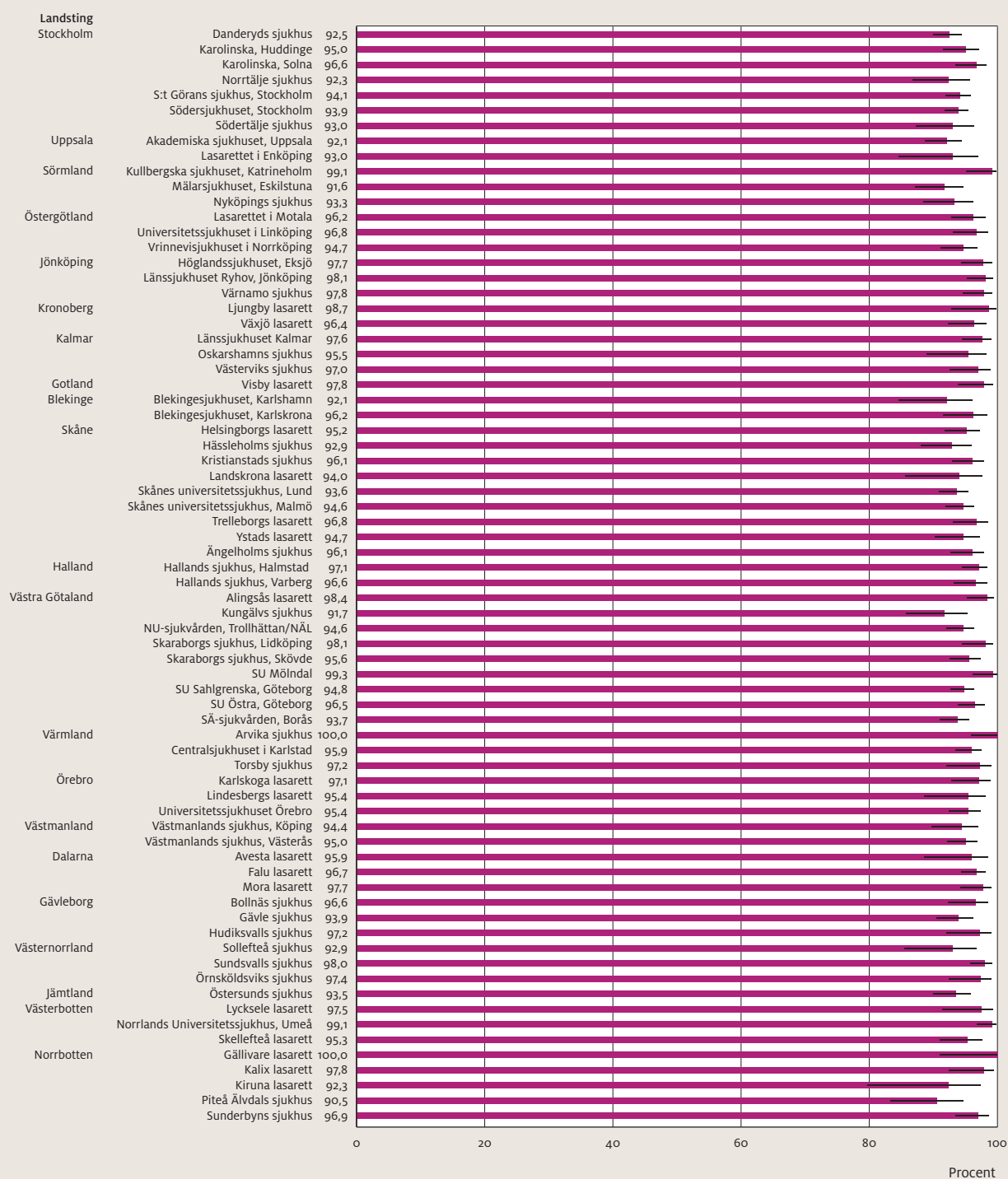
Källa: Riks-Stroke – Nationella kvalitetsregistret för Stroke.

DIAGRAM 108 – TOTALT: Andel strokepatienter som var nöjda eller mycket nöjda med vården under sjukhusvistelsen, 2012.



Källa: Riks-Stroke – Nationella kvalitetsregistret för Stroke.

DIAGRAM 108 – SJUKHUS: Andel strokepatienter som var nöjda eller mycket nöjda med vården under sjukhusvistelsen, 2012.



Källa: Riks-Stroke – Nationella kvalitetsregistret för Stroke.

109 TILLGODOSEDDE BEHOV AV REHABILITERING EFTER STROKE

Personer som har insjuknat i stroke kan behöva rehabilitering under en lång tid. Det är därför motiverat att belysa i vilken mån behovet av rehabilitering är tillgodosett även ett år efter insjuknandet i stroke. Detta är en kvalitetsindikator som kan spegla hur patienten eller anhörig bedömer insatser från såväl landsting som kommun.

Indikatorn visar andelen patienter som tolv månader efter insjuknandet anger att deras behov av rehabilitering är helt tillgodosett. Jämförelsen baseras på drygt 6 700 patienter som hade en stroke under 2011 och som svarade på 12-månadersuppföljningens enkät.

I riket svarade knappt 59 procent att deras behov av rehabilitering är helt tillgodosett. Det finns skillnader mellan landstingen, med en variation från 47 till över 68 procent. Några landsting har påtagligt bättre resultat jämfört med tidigare mätperiod. Kvinnorna menar att rehabiliteringsbehovet är tillgodosett i något lägre grad än vad männen gör, med två procentenheters lägre andel fullt positiva svar.

Fyra av tio strokepatienter uppger således att de har behov av rehabilitering som inte tillgodosetts.

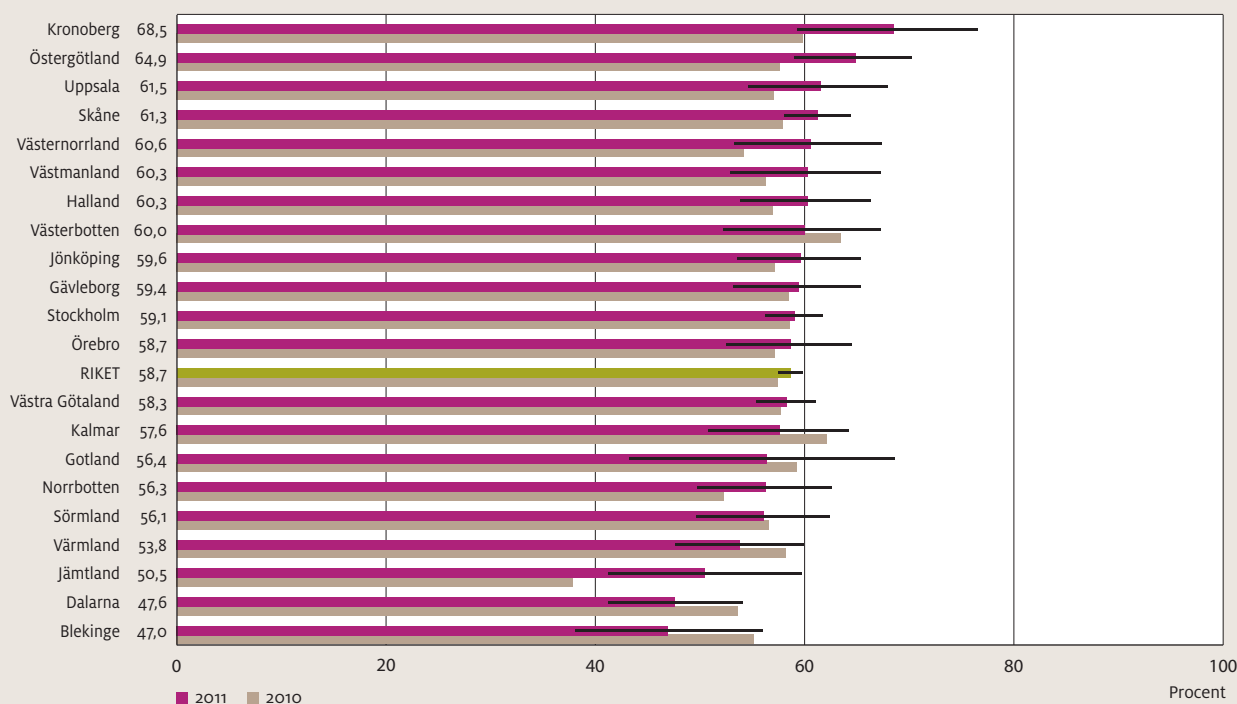
DIAGRAM 109 – RIKET: Andel strokepatienter som 12 månader efter insjuknandet anger att behovet av rehabilitering är helt tillgodosett.



Källa: Riks-Stroke – Nationella kvalitetsregistret för Stroke.

Detta kan delvis bero på högt eller alltför högt ställda förväntningar på att funktionsnedsättning efter stroke ska kunna åtgärdas med rehabiliteringsinsatser, men troligen finns det också ett behov som kommuner och landsting inte har tillgodosett. Variationen mellan landsting talar för det senare.

DIAGRAM 109 – TOTALT: Andel strokepatienter som 12 månader efter insjuknandet anger att behovet av rehabilitering är helt tillgodosett, 2011. Mätperioden avser år för insjuknande.



Källa: Riks-Stroke – Nationella kvalitetsregistret för Stroke.

DIAGRAM 109 – SJUKHUS: Andel strokepatienter som 12 månader efter insjuknandet anger att behovet av rehabilitering är helt tillgodosett, 2011. Mätperioden avser år för insjuknande.



Källa: Riks-Stroke – Nationella kvalitetsregistret för Stroke.

110 BROMSMEDICIN VID SKOVVIS FÖRLÖPANDE MS

Multipel skleros (MS) är en kronisk inflammatorisk sjukdom där immunsystemet angriper det centrala nervsystemet, vilket efter många års sjukdom oftast leder till ett tilltagande funktionshinder. Redan tidigt påverkas arbetsförmåga av återkommande symtom och en trötthet som minskar livskvaliteten. En hälso-ekonomisk 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.

Sedan 1990-talet finns registrerade läkemedel med bromsande effekt på sjukdomsaktiviteten vid MS. Gemensamt för dessa behandlingar är att deras effekt i första hand är dokumenterad som en minskning av antalet "skov", de perioder med försämring som kännetecknar de första 10–15 åren hos de flesta med MS, innan sjukdomens progressiva fas vanligtvis tar över. Studier har visat att det redan vid tidiga skeden av MS ofta uppstår skador av irreversibel natur även om symtomen fortfarande är lindriga. Därför ska så kallad immunmodulerande läkemedelsbehandling,

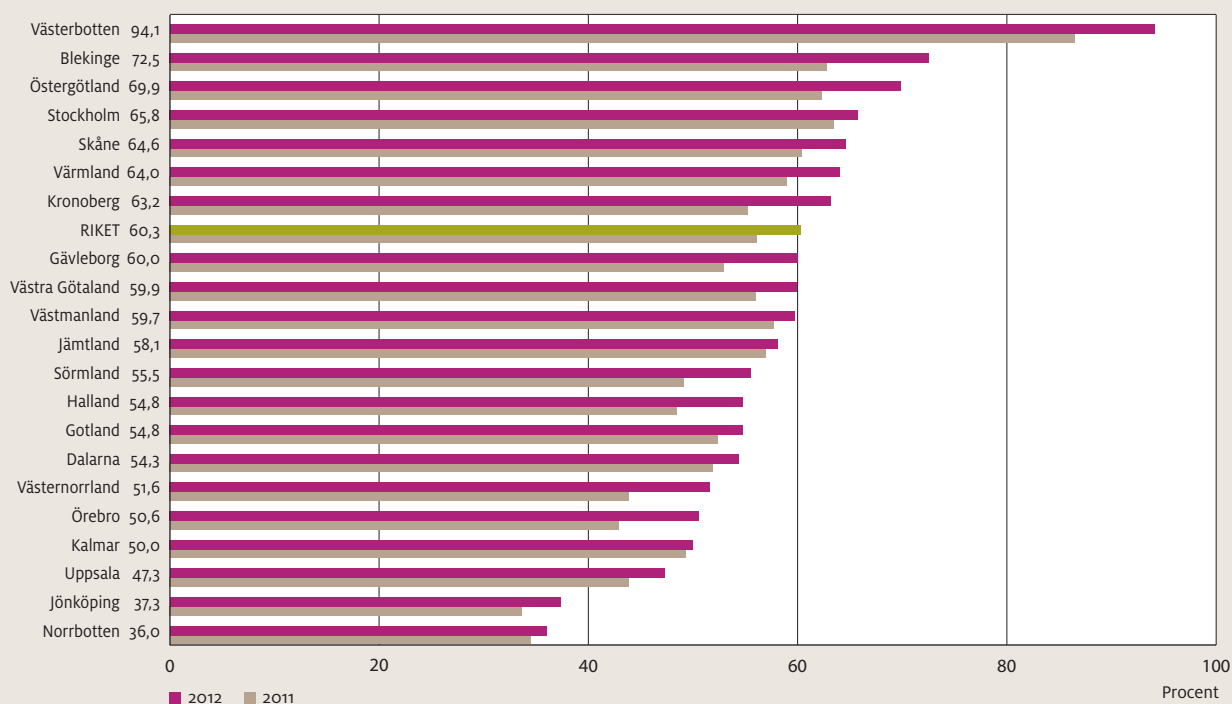
med "bromsmedicin", påbörjas tidigt. Behandlingen ska sedan upphöra när sjukdomen övergått till den progressiva fasen.

Svenska MS-registret, SMSreg, har uppgifter om över 14 000 MS-patienter och deras behandling. Täckningsgraden har ökat men varierar mellan landsting. En jämförelse med Patientregistret visade att det 2008-12-31 fanns uppgifter om 17 000 patienter i endera registret.

Indikatorn visar andelen patienter med tidig, 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. I jämförelsen ingår 3 724 patienter, varav 2 646 kvinnor, som hade behandling 31 december 2012, vilket relateras till det beräknade antalet patienter i respektive landsting. Denna beräkning baseras på data i SMSreg och Patientregistret, och metoden har förändrats jämfört med tidigare år.

I riket har 60,3 procent av de förmodade patienterna behandling. Variationen mellan landsting är stor och varierar från 36 till drygt 94 procent. Andelen behandlade kvinnor är något högre än för män. Sedan 2003 har i riket andelen behandlade mer än fördubblats.

DIAGRAM 110 – TOTALT: Andel av uppskattat antal patienter med skovvist förlöpande MS som behandlas med bromsmediciner, 31 december 2012.



Källa: Svenska MS-registret och Patientregistret, Socialstyrelsen.

Enligt Svenska MS-Sällskapet (SMSS), en fristående förening av vårdpersonal och forskare, bedöms att cirka 75 procent av patienterna med skovvist förlöpande MS uppfyller kriterier för behandling. Utgår man från denna bedömning är andelen behandlade alltför låg i alla landsting utom ett.

Underrapportering av läkemedelsbehandlade patienter till kvalitetsregistret patienter är en felkälla. En osäkerhet är vidare beräkningen av sjukdomsförekomsten i landstingen. Beräkningen grundas på faktiska data om sjukdomsförekomst från ett vetenskapligt projekt, och på fördelningen mellan olika sjukdomsstadier i landstings med högst täckningsgrad, men den kan ändå vara osäker.

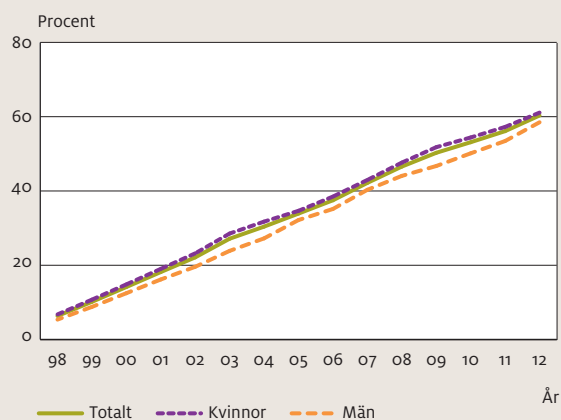
111 BROMSMEDICIN VID SEKUNDÄRPROGRESSIV MS

Svenska MS-Sällskapet (SMSS), är en fristående förening av vårdpersonal och forskare, som utfärdar rekommendationer för användning av förloppsmodifierande behandling vid MS. Enligt SMSS bör enbart en låg andel patienter med sekundärprogressiv MS komma ifråga för denna läkemedelsbehandling. Att behandling alls kan accepteras vid progressiv MS förklaras av det övergångsskede från skovfasen till den progressiva fasen där både skov och gradvis försämring förekommer parallellt. Några års fortsatt behandling kan därför motiveras.

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.

Indikatorn visar andelen patienter med sekundärprogressiv MS som behandlas med bromsmedicin vid mättidpunkten. Uppgift om antalet behandlade patienter kommer från SMSreg. Beräkningen av antalet patienter med sekundärprogressiv MS i varje landsting baseras på data i SMSreg och Patientregistret, och metoden har förändrats jämfört med tidigare år.

DIAGRAM 110 – RIKET: Andel av uppskattat antal patienter med skovvist förlöpande MS som behandlas med bromsmediciner.



Källa: Svenska MS-registret och Patientregistret, Socialstyrelsen.

Vid mättidpunkten i juli 2013 var andelen patienter i riket med denna läkemedelsbehandling drygt 7 procent. Det är stora variationer mellan landstingen, från noll till över 13 procent. Men antalet behandlade är litet i många landsting, vilket gör att tolkning bör ske med försiktighet. I riket var det 270 patienter som hade läkemedelsbehandling trots betydande funktionshinder och progressiv sjukdom.

I princip är ett lågt värde önskvärt, eftersom bromsmedicin vid sekundärprogressiv MS inte har dokumenterat gynnsamma effekter för dessa patienter. Behandling kan dock motiveras i de fall där patienten befinner sig i ett övergångsskede mellan de båda sjukdomsfaserna.

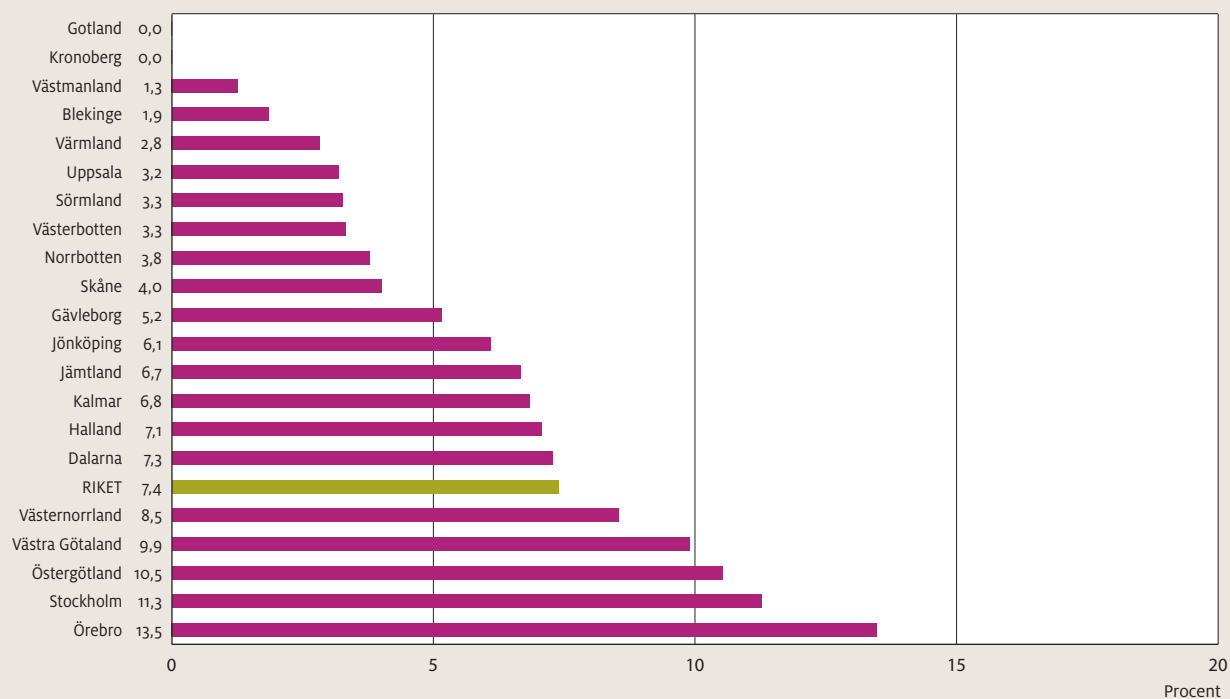
En förklaring till att behandling stundtals fortsätts onödigt långt in i den progressiva fasen kan vara ett tillmötesgående av önskemål om fortsatt behandling från patienter som gradvis försämras. En bidragande faktor kan vara det faktum att det är omöjligt att veta exakt när en behandling inte längre gör någon nytta eftersom skov kommer glest och oregelbundet. En med tiden alltmer kännbar brist på öppenvårdsresurser för kroniska sjukdomar på många neurologkliniker begränsar också möjligheten att ta beslut om att avsluta en behandling i rätt tid.

Även om sådan behandling sällan är skadlig skulle sjukvårdsresurser här kunna användas bättre än vad

som sker idag. Behandlingskostnaden för de 270 patienter som identifierats överstiger 30 miljoner kronor.

En osäkerhet är, liksom i den tidigare indikatorn, beräkningen av antalet patienter med sekundärprogressiv MS per landsting. Även underrapportering av antalet behandlade patienter påverkar utfallet.

DIAGRAM 111 – TOTALT: Andel av uppskattat antal patienter med sekundärprogressiv MS som behandlas med bromsmediciner, juli 2013.



Källa: Svenska MS-registret och Patientregistret, Socialstyrelsen.

CANCERSJUKVÅRD

Under 2011 rapporterades 57 726 av elakartad cancer till Cancerregistret, vilket är en ökning med 4 procent jämfört med 2010. Könsfördelningen är relativt jämn: 52 procent av fallen är bland män och 48 procent bland kvinnor. Cancerfallen har ökat under de två senaste decennierna med i genomsnitt 2,1 procent för män och 1,5 procent för kvinnor. Ökningen förklaras till viss del av förändring i befolkningens åldersstruktur men även av screening och förbättrade diagnostiska metoder. Cancer är den näst vanligaste dödsorsaken efter hjärt-kärlsjukdom, trots en ökad överlevnad.

I avsnittet redovisas sexton indikatorer, i stort samma indikatorer som presenterades i förra årets rapport. Alla utom en indikator avser de vanliga cancerformerna bröstcancer, tjocktarmscancer, ändtarmscancer, lungcancer och prostatacancer. Måtteten som visas är överlevnad efter diagnos för cancer, dödlighet eller omoperation efter operation, olika väntetidsmått, användandet av multidisciplinär konferens vid lungcancer samt kurativ behandling vid prostatacancer. Uppgifterna om fem- och tvåårsöverlevnad hämtas från Cancerregistret, medan de övriga kommer från Nationella Kvalitetsregister.

Väntetidsmåtteten baserar sig på det arbete med en gemensam mätmodell för väntetider i cancervården som Socialstyrelsen bedriver. De är därmed inte till alla delar jämförbara med förra årets väntetidsindikatorer. Flera väntetidsmått visar patienternas väntetid som median- och kvartilvärden. Se vidare faktaruta nedan.

Överlevnad vid cancersjukdom

Den relativa fem- eller tvåårsöverlevnaden har beräknats för de patienter som diagnostiserats med cancer under åren 2005–2011, med uppföljning till och med december 2012. Den relativa canceröverlevnaden beskriver patienternas överlevnad i förhållande till den

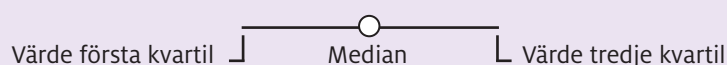
förväntade överlevnaden för personer som inte diagnostiserats med cancer. En relativ femårsöverlevnad på 50 procent innebär att hälften av cancerpatienterna skulle ha varit vid liv efter fem år, om cancer var den enda möjliga dödsorsaken. Hänsyn har tagits till eventuella skillnader i medellivslängd 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 EUROCARE-4, som är ett samarbetsprojekt mellan 19 europeiska länder. Överlevnadssiffrorna i EUROCARE-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 EUROCARE-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.

MEDIAN OCH KVARTILER



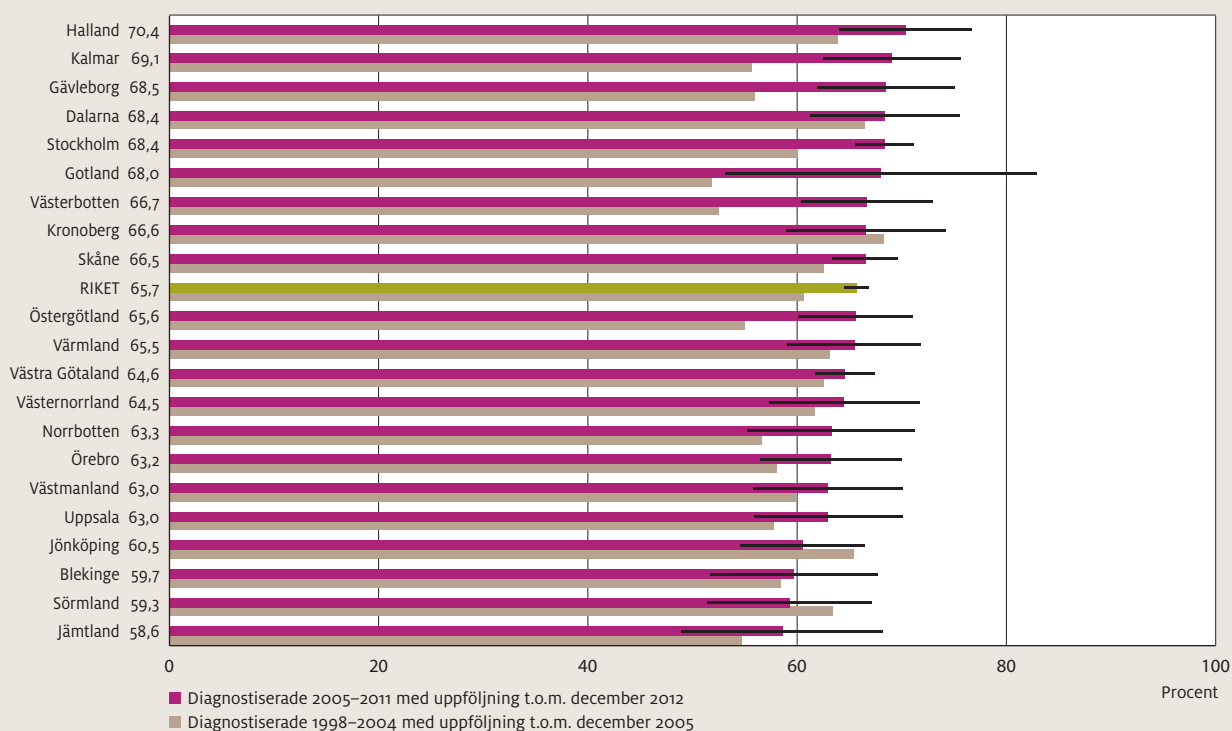
Medianvärdet är det mittersta värdet på skalan som delar materialet i två lika stora delar. Hälften av observationerna har ett värde som är mindre än eller lika med medianen och hälften har ett värde som är större än eller lika med medianen.

Om materialet delas i fyra lika stora delar tillkommer ett värde för första kvartilen och ett för tredje kvartilen. Första kvartilen delar nedre halvan av materialet i två lika stora delar. 25 procent av observationerna har ett värde som är mindre än eller lika med första kvartilen och 75 procent har ett värde som är större än eller lika med första kvartilen.

Tredje kvartilen delar övre halvan av materialet i två lika stora delar. 75 procent av observationerna har ett värde som är mindre än eller lika med tredje kvartilen och 25 procent har ett värde som är större än eller lika med tredje kvartilen.

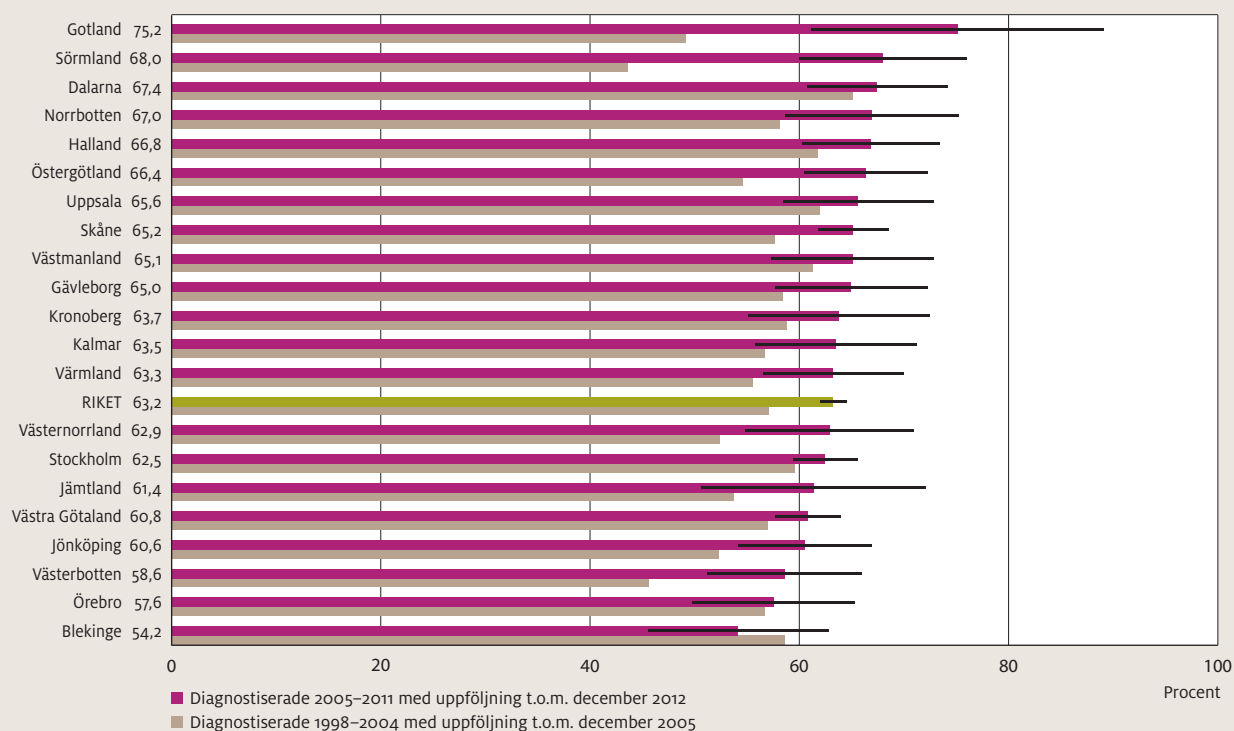
I denna rapport presenteras värden för första kvartilen, medianen och tredje kvartilen i tunna stolpdiagram. Den nedre änden av strecket markerar värdet för första kvartilen. Cirkeln markerar värdet för medianen och övre änden av strecket anger värdet för tredje kvartilen. Diagrammen illustrerar spridningen och är fördelade på landsting och, i förekommande fall, sjukhus.

DIAGRAM 112 – KVINNOR: 5-årsöverlevnad vid tjocktarmscancer. Patienter diagnostiserade 2005–2011 med uppföljning t.o.m. december 2012.



Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 112 – MÄN: 5-årsöverlevnad vid tjocktarmscancer. Patienter diagnostiserade 2005–2011 med uppföljning t.o.m. december 2012.



Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen.

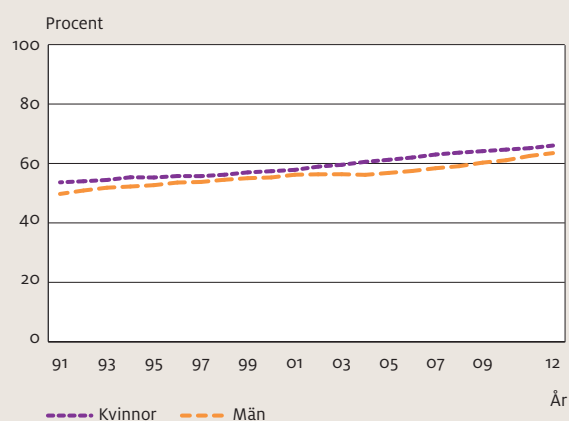
112 ÖVERLEVNAID VID TJOCKTARMSANCER

Cancer i tjocktarmen, även kallad koloncancer, är den tredje vanligaste cancersjukdomen hos kvinnor och män. År 2011 fick närmare 4 200 personer tjocktarmscancer, ungefär lika många kvinnor som män. I Sverige lever idag drygt 30 000 personer som har eller har haft tjocktarmscancer. Tjocktarmscancer är ovanligt i åldersgruppen under 49 år och av dem som insjuknar är cirka 75 procent över 65 år. Antalet nya fall i tjocktarmscancer har varit stabilt sedan 1990 men en svag tendens till ökning kan ses under perioden. Till viss del beror det på att befolkningen blir äldre.

Drygt 1 800 personer dog i tjocktarmscancer 2011, drygt 100 fler kvinnor än män. Den relativa femårsöverlevnaden i tjocktarmscancer är i riket 65,7 procent för kvinnor och 63,2 procent för män vid en beräkning av fallen 2005–2011. Över tid har i riket överlevnaden ökat, väl över tio procentenheter sedan 1990-talets början.

Spridningen mellan landstingen är relativt stor, för män och kvinnor tillsammans varierar den från 57

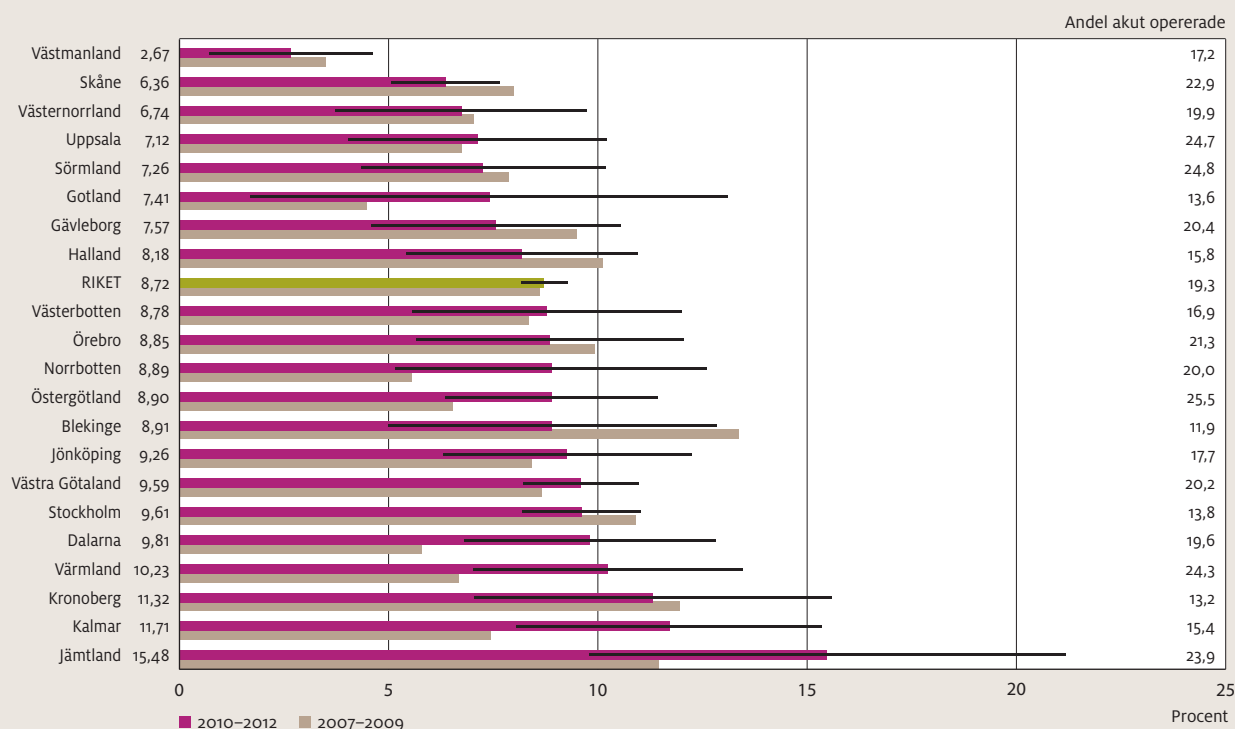
DIAGRAM 112 – RIKET: 5-årsöverlevnad vid tjocktarmscancer.



Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen.

till närmare 72 procent. Antalet tjocktarmscancerfall är relativt få, vilket medför ökad osäkerhet i överlevnadssiffrorna för vissa landsting.

DIAGRAM 113 – TOTALT: Andel patienter som omopereras inom 30 dagar efter primäroperation för tjocktarmscancer, 2010–2012.



Källa: Nationella Koloncancerregistret.

113 OMOPERATION VID TJOCKTARMSCANCER

Ungefär 95 procent av alla patienter med cancer i tjocktarmen opereras. Operationerna kan vara olika omfattande och riskfyllda beroende på tumörens läge, lokala utbredning och patientens allmänna hälsotillstånd. Dessutom kan patienten drabbas av komplikationer som kräver en omoperation inom relativt kort tid efter den första operationen. En omoperation innebär att man måste göra en ny och oförutsedd operation, exempelvis på grund av en blödning eller en infektion eller läckage från tarmen. Omoperationen medför lidande för patienten och ökar risken för ytterligare komplikationer.

Socialstyrelsens nationella riktlinjer för koloncancer uppdaterades i början av 2013. Samtidigt publicerades en utvärdering av riktlinjerna. En av indikatorerna som då följdes upp är den som redovisas här, omoperation inom 30 dagar efter den första operationen.

Omoperation kan inte entydigt ses som ett resultat av dålig kvalitet av kirurgin. Det kan också spegla en hög vakenhet för komplikation och är beroende av vilka patienter man opererar. Vid komplicerade operationer av avancerade tumörer ökar riskerna, liksom

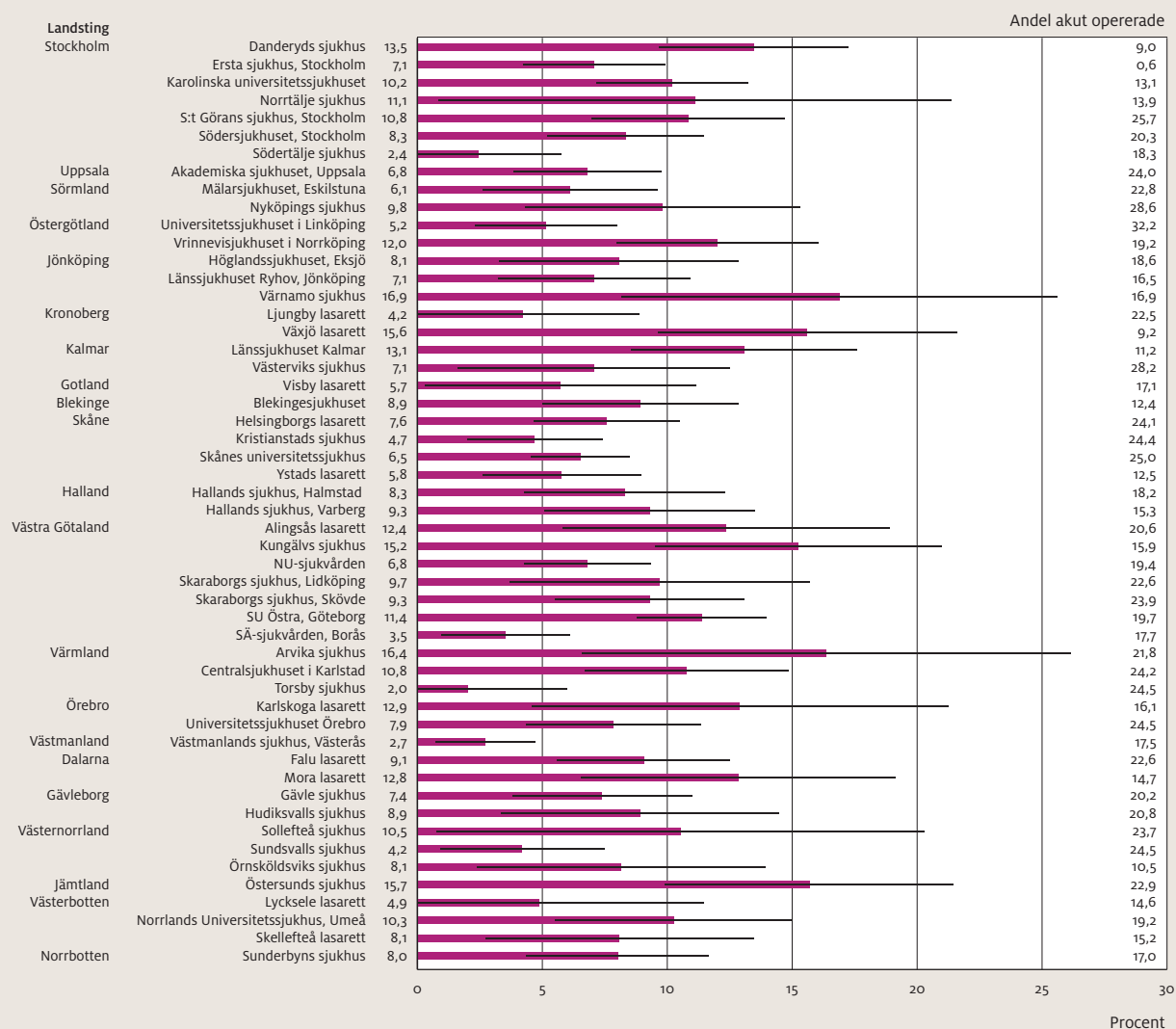
vid akuta ingrepp och operation av äldre eller sjukare patienter. Dessa aspekter måste beaktas då man jämför olika enheter.

I diagram 113 redovisas andelen omoperationer under 2010–2012. Av de 9 875 personer som primäropererades var det 861 som omopererades, vilket motsvarar 8,7 procent. I mätningen 2007–2009 var andelen 8,6 procent. Andelen varierar mellan landstingen från knappt 3 till drygt 15 procent. Andelen omopererade är högre bland män än bland kvinnor, 10,7 procent jämfört med 6,8 procent.

Omoperation är en relativt ovanlig åtgärd, vilket gör att slumpmässig variation kan slå igenom i siffrorna, framför allt vid små volymer, vilket illustreras av att samma landsting kan uppvisa helt olika siffror för män och kvinnor.

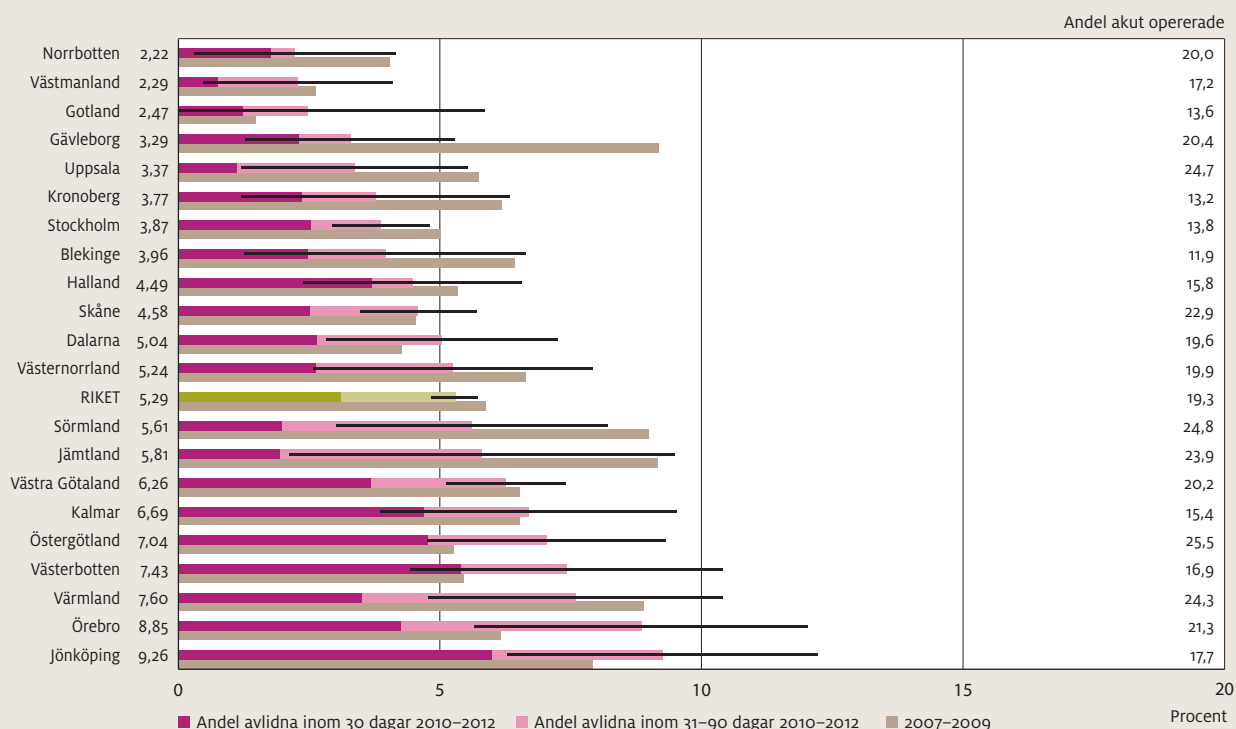
Andelen omoperationer bör bedömas tillsammans med resultatet avseende mortalitet och komplikationsfrekvens. En felkälla är att vissa sjukhus registrerar små operationsingrepp som omoperationer medan andra inte gör det.

DIAGRAM 113 – SJUKHUS: Andel patienter som omopereras inom 30 dagar efter primäroperation för tjocktarmscancer, 2010–2012.



Källa: Nationella Koloncancerregistret.

DIAGRAM 114 – TOTALT: Andel avlidna inom 30 respektive 90 dagar efter operation för tjocktarmscancer, 2010–2012.



Källa: Nationella Koloncancerregistret.

114 DÖDLIGHET VID OPERATION FÖR TJOCKTARMSCANCER

Socialstyrelsens nationella riktlinjer för flera cancerformer publicerades i början av 2013, tillsammans med en nationell utvärdering av bland annat vården vid tjocktarmscancer. En av indikatorerna i den senare är andelen avlidna inom 30 respektive 90 dagar efter operationen, vilket är en viktig indikator för att följa vårdkvaliteten. Den speglar urvalet av patienter för operation och omhändertagandet inför, under och efter operationen.

I diagram 114 återges landstingens resultat för perioden 2010–2012. Jämförelsen omfattar 9 875 patienter som under perioden genomgick så kallad resektionskirurgi, vilket omfattar cirka 90 procent av alla som opererades. Något fler kvinnor än män opererades. Den delade stapeln i diagrammet redovisar utfallet för andelen avlidna inom 30 respektive 90 dagar.

Totalt avled 522 personer inom 90 dagar, vilket motsvarar 5,3 procent av samtliga opererade. Andelen döda har i stort sett varit oförändrad de senaste åren. Det finns heller inga skillnader mellan män och kvinnor. Andelen avlidna inom 90 dagar varierar mellan landstingen från 2 till 9 procent, men den statistiska

osäkerheten är stor på grund av få fall. Resultatet för riket är i linje med de resultat som förekommer internationellt. Inom 30 dagar avled i riket drygt 3 procent

Till höger i diagrammet anges andelen patienter som opererades akut. Dödligheten är betydligt högre vid akut operation än vid planerad operation, även om den minskat de senaste åren. För 2012 var 90-dagars mortaliteten för akut opererade med resektionskirurgi 13,5 procent, jämfört med 3,2 procent vid planerad operation. Andelen akutopererade har därför stor betydelse när man jämför resultat för olika enheter, liksom samtidig sjuklighet, ålder, kön och cancers svårighetsgrad, vilket inte justeras för i denna redovisning.

DIAGRAM 114 – SJUKHUS: Andel avlidna inom 30 respektive 90 dagar efter operation för tjocktarmscancer, 2010–2012.

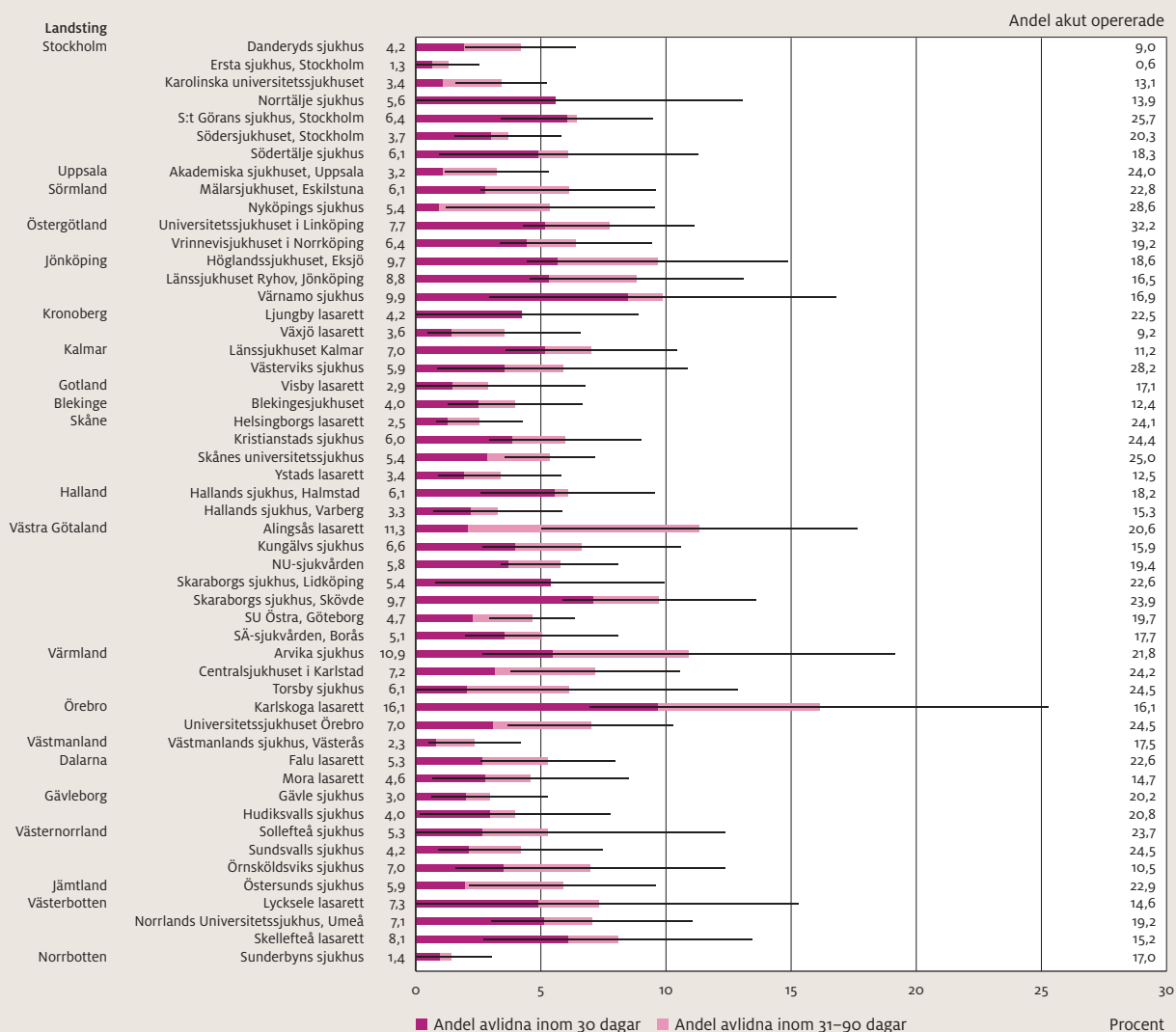
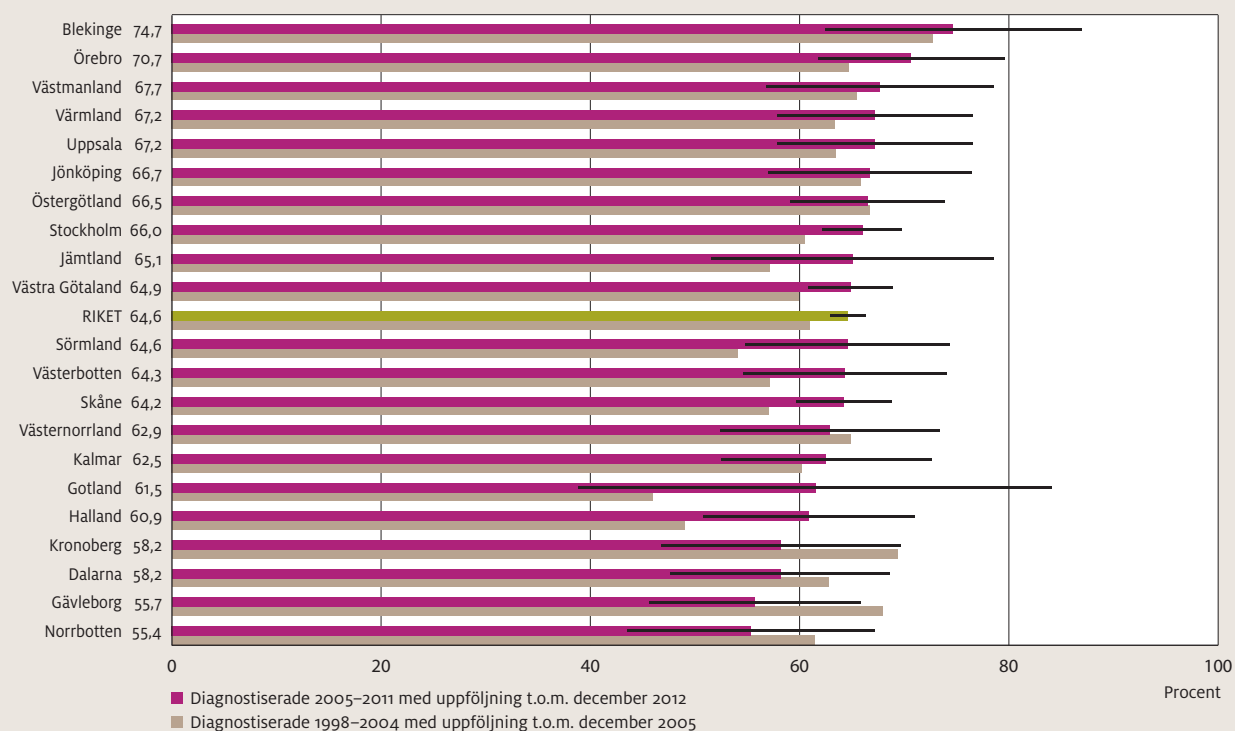
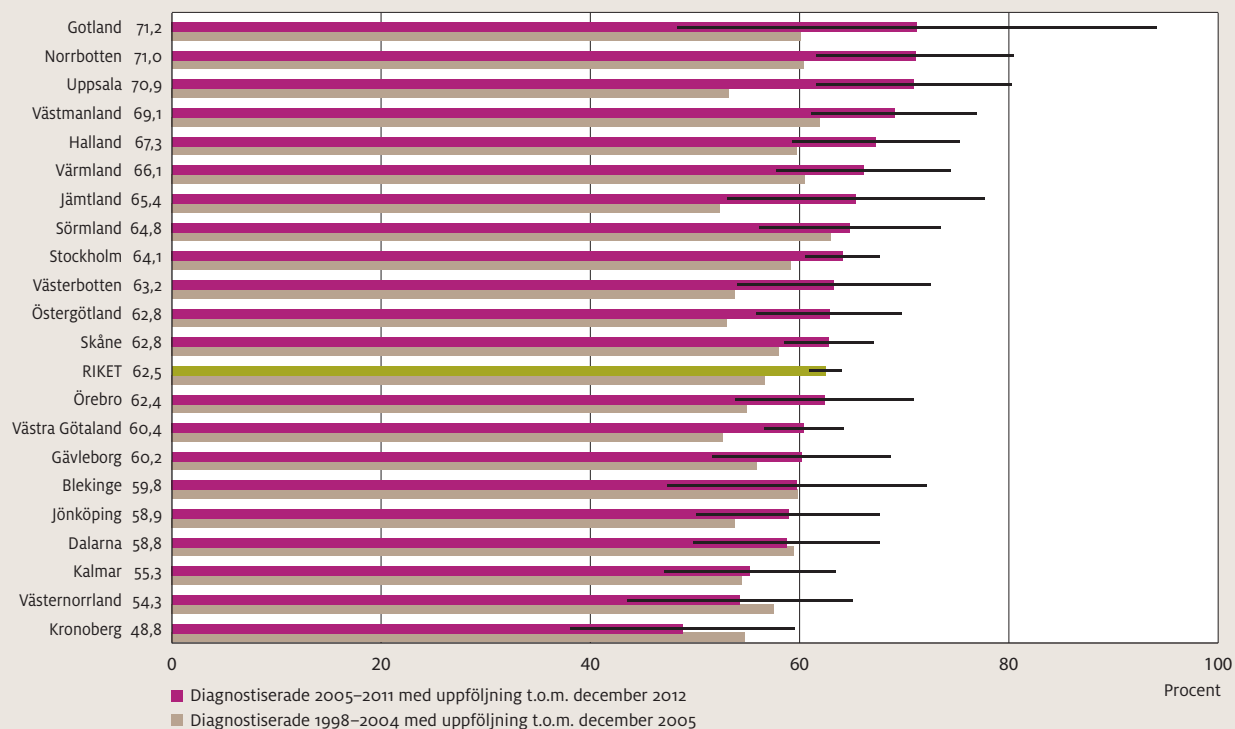


DIAGRAM 115 – KVINNOR: 5-årsöverlevnad vid ändtarmscancer. Patienter diagnostiserade 2005–2011 med uppföljning t.o.m. december 2012.



Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 115 – MÄN: 5-årsöverlevnad vid ändtarmscancer. Patienter diagnostiserade 2005–2011 med uppföljning t.o.m. december 2012.



Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen.

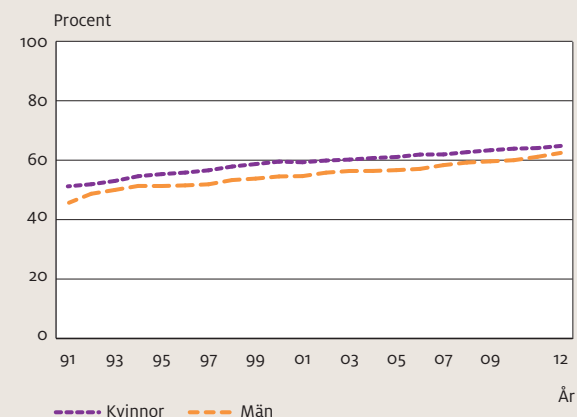
115 ÖVERLEVNAD VID ÄNDTARMSCANCER

Cancer i ändtarmen, även kallad rektalcancer, är vanligare bland män än kvinnor och utgör cirka 4 procent av samtliga cancertumörer. År 2011 drabbades 2 125 personer av ändtarmscancer, 920 kvinnor och 1 205 män. Oftast är man över 60 år när man blir sjuk. Efter som symtomen ofta visar sig tidigt och de drabbade då kontaktar vården, har många patienter stora chanser att bli botade. Idag finns det i Sverige drygt 17 000 personer som har eller har haft ändtarmscancer.

Under 2011 avled cirka 760 personer i ändtarmscancer. Den femåriga relativa överlevnaden är för riket 64,6 procent för kvinnor och 62,5 procent för män, vid en beräkning av fallen 2005–2011. Antalet fall av ändtarmscancer är litet i många landsting vilket medför ökad osäkerhet i en jämförelse av överlevnadssiffrorna. Sedan början på 1990-talet har 5-årsöverlevnaden påtagligt ökat, även de senare åren.

Ungefär 80 procent av alla patienter med cancer i ändtarmen opereras med ett stort ingrepp där hela tumören tas bort. Operationerna kan vara olika omfattande och riskfyllda beroende på tumörens läge, lokala utbredning och patientens allmänna hälsotillstånd. Dessutom kan patienten få komplikationer

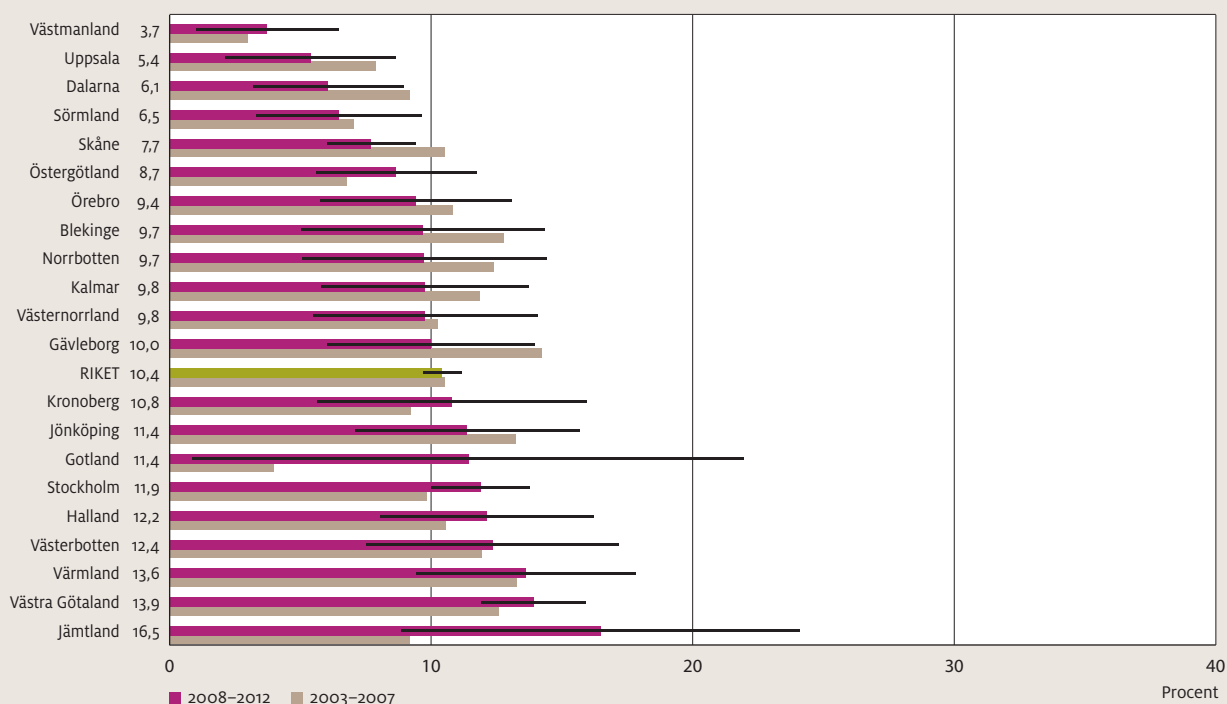
DIAGRAM 115 – RIKET: 5-årsöverlevnad vid ändtarmscancer.



Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen.

som kräver en omoperation inom relativt kort tid efter den första operationen. En omoperation innebär att man måste göra en ny och oförutsedd operation, exempelvis på grund av en blödning, infektion eller läckage från tarmen. Den andra operationen medför lidande för patienten och ökar risken för ytterligare komplikationer.

DIAGRAM 116 – TOTALT: Andel patienter som omopereras inom 30 dagar efter primäroperation av ändtarmscancer, 2008–2012.



Källa: Svenska Rektalcancerregistret.

116 OMOPERATION VID ÄNDTARMSCANCER

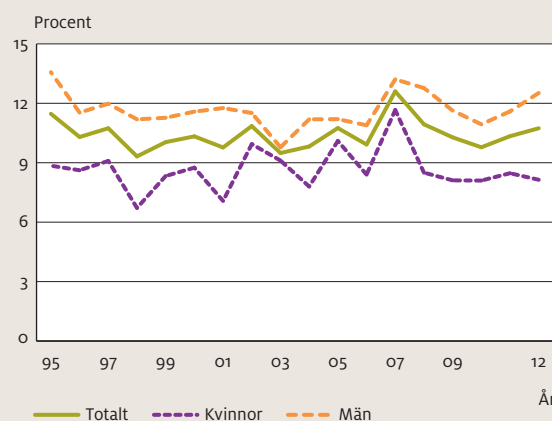
Ungefär 80 procent av alla patienter med cancer i ändtarmen opereras med ett stort ingrepp där hela tumören tas bort. Operationerna kan vara olika omfattande och riskfyllda beroende på tumörens läge, lokala utbredning och patientens allmänna hälsotillstånd. Dessutom kan patienten få komplikationer som kräver en omoperation inom relativt kort tid efter den första operationen. En omoperation innebär att man måste göra en ny och oförutsedd operation, exempelvis på grund av en blödning, infektion eller läckage från tarmen. Den andra operationen medför lidande för patienten och ökar risken för ytterligare komplikationer.

Socialstyrelsens nationella riktlinjer för ändtarmscancer uppdaterades i början av 2013. Samtidigt publicerades en utvärdering av riktlinjerna. En av indikatorerna som då följdes upp är den som redovisas här, andelen omoperationer inom 30 dagar efter den första operationen.

Omoperation kan inte entydigt ses som ett resultat av dålig kvalitet av kirurgin. Det kan också spegla en hög vakenhet för komplikation och är beroende av vilka patienter man opererar. Vid komplicerade operationer av avancerade tumörer ökar riskerna, liksom vid akuta ingrepp och operation av äldre eller sjukare patienter. Dessa aspekter måste beaktas då man jämför olika enheter.

I diagram 116 redovisas andelen omoperationer under 2008–2012. Av de 6 766 personer som primäropererades var det 707 som omopererades, vilket motsvarar 10,4 procent. Andelen varierar mellan landstingen från 3,7 till 16,5 procent. Andelen omopererade har i

DIAGRAM 116 – RIKET: Andel patienter som omopereras inom 30 dagar efter primäroperation av ändtarmscancer.



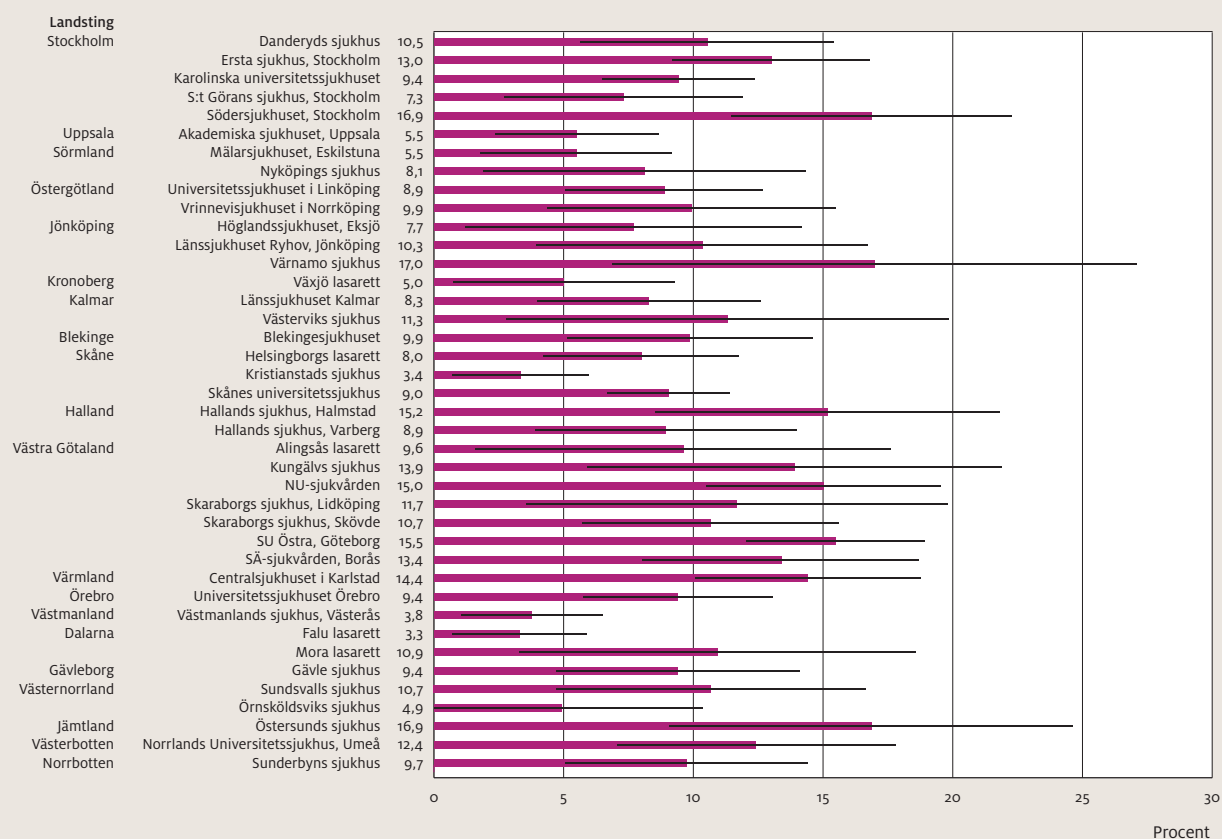
Källa: Svenska Rektalcancerregistret.

riket legat på denna nivå under de senaste åren. Jämfört med perioden 2003–2007 kan såväl förbättringar som försämringar ses i olika landsting. Fler män än kvinnor omopererades, 11,9 procent respektive 8,3 procent.

Omoperation är en relativt ovanlig åtgärd, vilket gör att slumpmässig variation kan slå igenom i siffrorna, framför allt vid små volymer, vilket illustreras av att samma landsting kan uppvisa helt olika siffror för män och kvinnor.

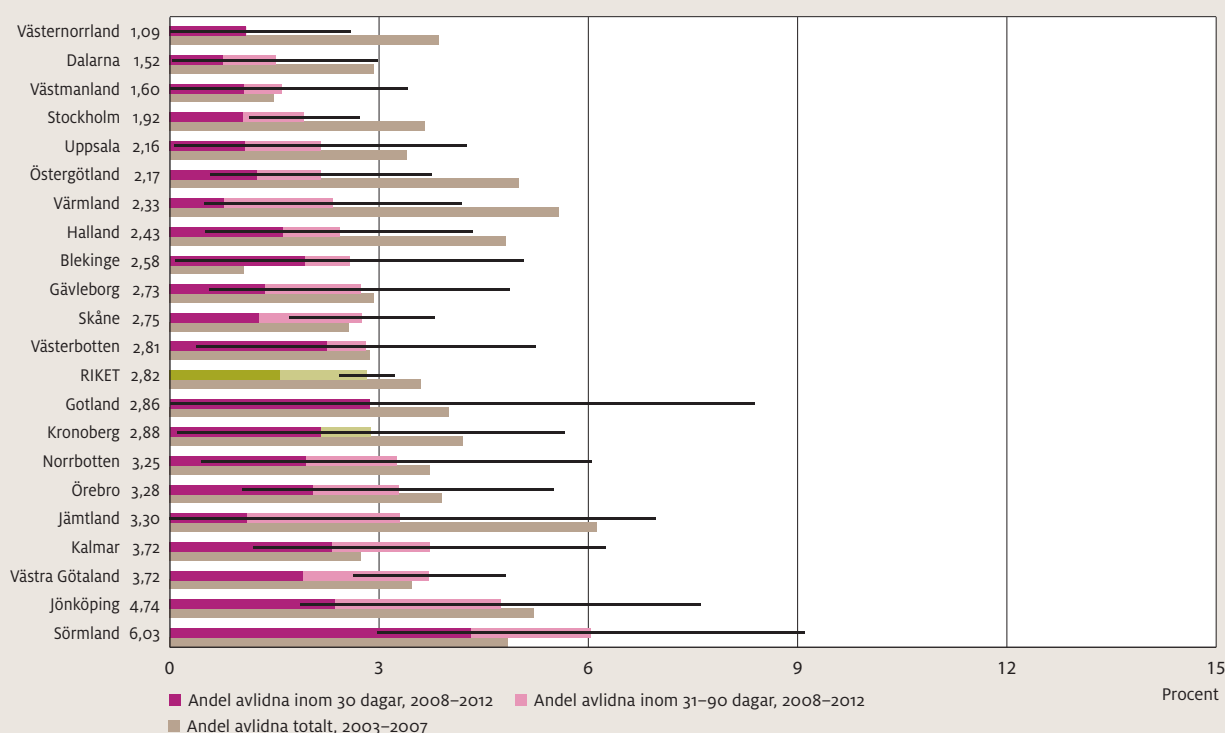
Andelen omoperationer bör bedömas tillsammans med resultatet avseende mortalitet och komplikationsfrekvens. En felkälla är att vissa sjukhus registrerar små operationsingrepp som omoperationer medan andra inte gör det.

DIAGRAM 116 – SJUKHUS: Andel patienter som omopereras inom 30 dagar efter primäroperation av ändtarmscancer, 2008–2012.



Källa: Svenska Rektalcancerregistret.

DIAGRAM 117 – TOTALT: Andel avlidna inom 90 dagar efter operation för ändtarmscancer, 2008–2012.



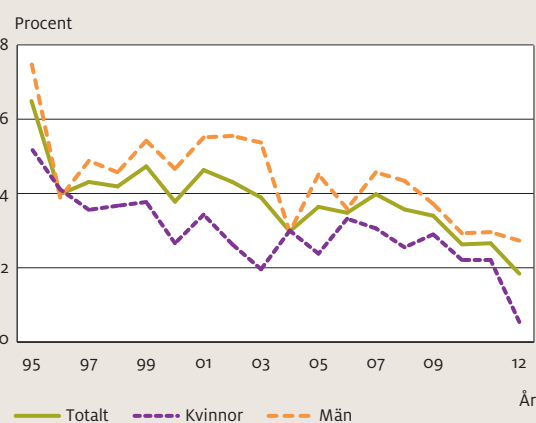
Källa: Svenska Rektalcancerregistret.

117 DÖDLIGHET VID OPERATION FÖR ÄNDTARMSCANCER

Socialstyrelsens nationella riktlinjer för ändtarmscancer uppdaterades i början av 2013. Samtidigt publicerades en utvärdering av riktlinjerna. En av indikatorerna som då följdes upp är den som redovisas här, andelen avlidna efter operationen. Det är en viktig indikator för att följa vårdkvaliteten. Den speglar urvalet av patienter för operation och omhändertagandet inför, under och efter operationen. I denna jämförelse redovisas andelen avlidna inom 90 dagar eftersom patienter som får komplikationer oftast överlever de första 30 dagarna, bland annat tack vare intensivvårdsinsatser.

I diagram 117 återges landstingens resultat för perioden 2008–2012. Jämförelsen omfattar de 6 766 patienter som genomgick så kallad resektionskirurgi. Detta motsvarar nästan 90 procent av alla som opererades för ändtarmscancer. Totalt 191 personer avled inom 90 dagar, vilket motsvarar 2,8 procent. Det finns skillnader mellan landstingen, men den statistiska osäkerheten är stor på grund av mycket få fall i många av landstingen. Det var fler män än kvinnor som avled

DIAGRAM 117 – RIKET: Andel avlidna inom 90 dagar efter operation för ändtarmscancer.

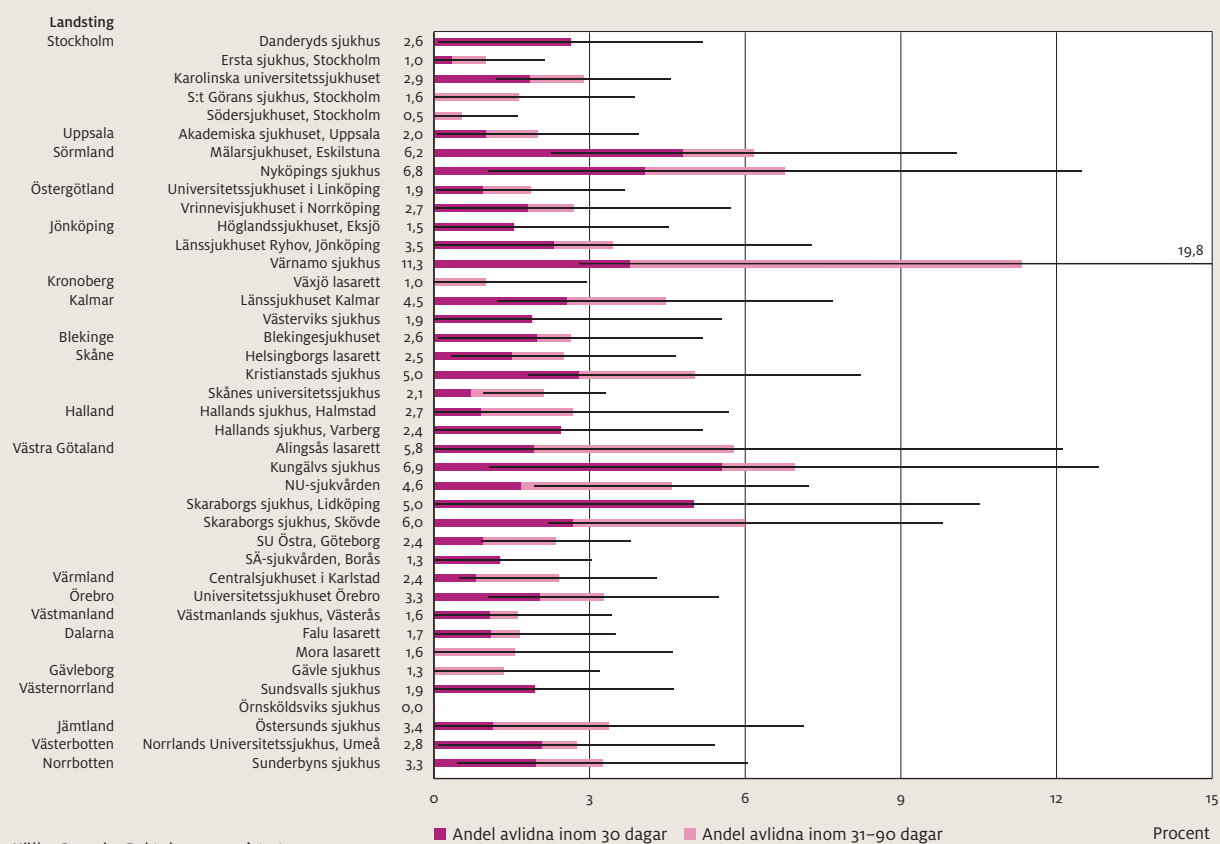


Källa: Svenska Rektalcancerregistret.

inom 90 dagar efter operationen, 3,3 respektive 2,1 procent.

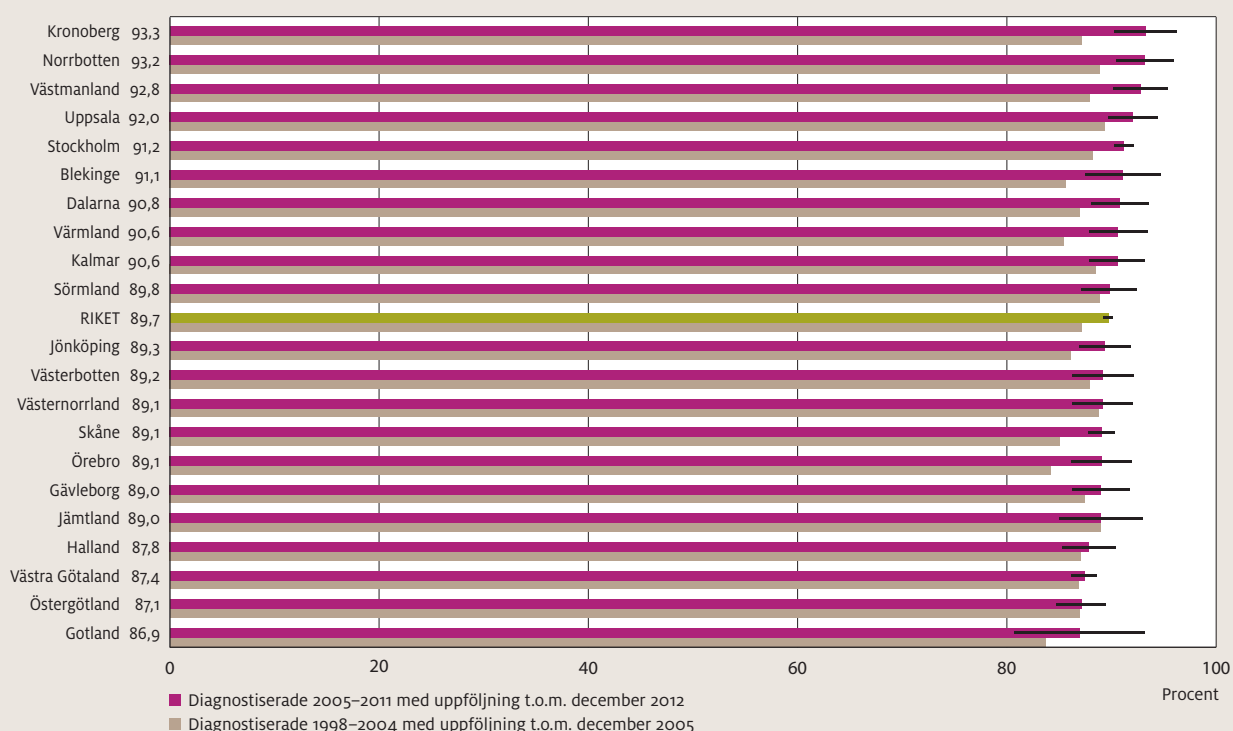
Andelen avlidna påverkas i viss mån av faktorer som patientens ålder och kön samt cancers svårighetsgrad. Inga justeringar för detta har här gjorts.

DIAGRAM 117 – SJUKHUS: Andel avlidna inom 30 respektive 90 dagar efter operation för ändtarmscancer, 2008–2012.



Källa: Svenska Rektalcancerregistret.

DIAGRAM 118 – KVINNOR: 5-årsöverlevnad vid bröstcancer. Patienter diagnostiserade 2005–2011 med uppföljning t.o.m. december 2012.



Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen.

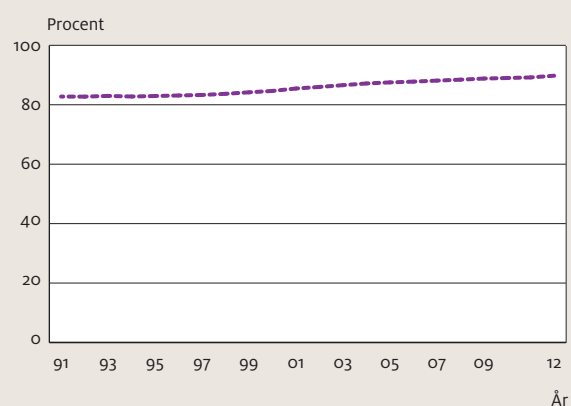
118 ÖVERLEVNAD VID BRÖSTCANCER

Bröstcancer är den vanligaste cancersjukdomen hos medelålders kvinnor. År 2011 fick 8 382 kvinnor diagnosen och i Sverige lever idag omkring 94 400 kvinnor som har eller har haft bröstcancer. Även män kan drabbas, även om det är mycket ovanligt. Risken att få en bröstcancerdiagnos före 75 års ålder är cirka 10 procent. Bröstcancer är ovanlig före 35–40 års ålder, därefter ökar risken med högre ålder. Majoriteten av bröstcancerpatienterna får sin diagnos före 65 års ålder. År 2011 avled 1 401 kvinnor i sjukdomen. Sedan flera decennier tillbaka ökar antalet som drabbas av bröstcancer, men ökningen går långsamt.

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 är nära 90 procent vid en beräkning av fallen 2005–2011. 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 118 – RIKET: 5-årsöverlevnad vid bröstcancer.



Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen.

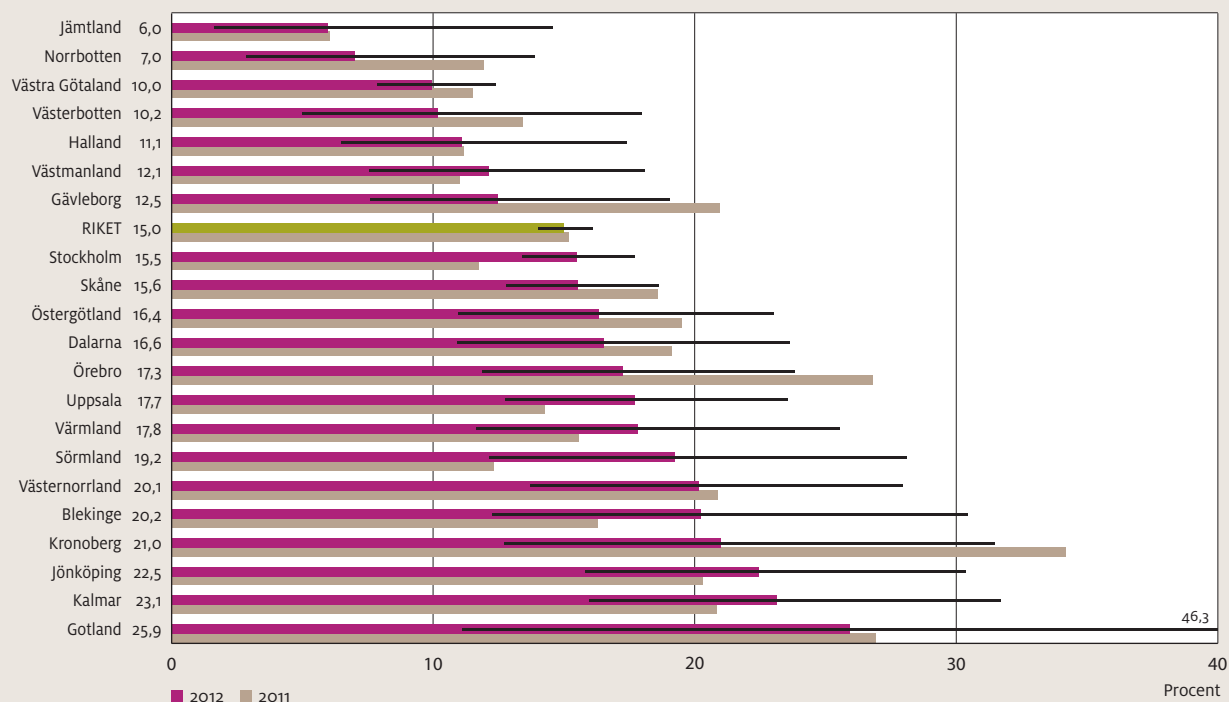
Diagram 118 visar att det är liten skillnad mellan landstingen, med en variation från 87 till 93 procents femårsöverlevnad. Detta tyder på att bröstcancer vården i landets olika delar bedrivs med hög och relativt likvärdig kvalitet. I tidigare analyser har skillnaderna mellan landstingen varit större, bland annat beroende

på att landstingen med sämre överlevnad inte hade startat med mammografiscreening vid den tidpunkten.

Den intressanta iakttagelsen avseende denna indikator är inte främst vilka inbördes positioner

landstingen har, utan istället dels det goda och jämna resultatet i riket, dels det faktum att femårsöverlevnaden ökat i nästan alla landsting.

DIAGRAM 119 – KVINNOR: Andel kvinnor med bröstcancer som omopereras på grund av tumördata, 2012. Avser bröstbevarande operationer.



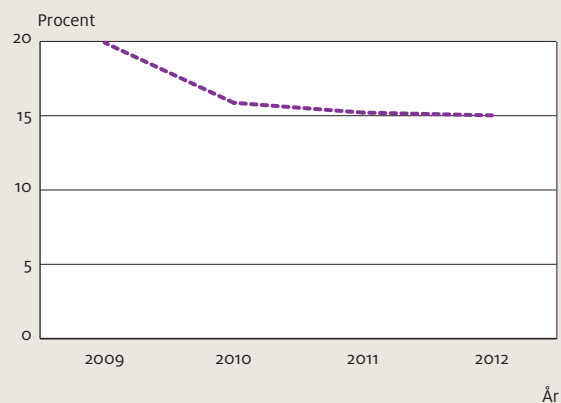
Källa: Nationella Bröstcancerregistret.

119 OMOOPERATION VID BRÖSTCANCER PÅ GRUND AV TUMÖRDATA

Över 90 procent av alla bröstcancerfall opereras. Efter en operation vid bröstcancer skickas den borttagna bröstvävnaden och eventuellt lymfkörtlar för patologisk anatomisk diagnostik, PAD. Ifall det enligt laboratorieanalysen är osäkert om all cancer blivit borttagen rekommenderas en omoperation, för att minska risken för återfall i cancersjukdomen. En omoperation innebär ytterligare väntetid liksom andra påfrestningar för den drabbade.

Socialstyrelsens nationella riktlinjer för bröstcancer håller på att uppdateras enligt ett förslag i början av 2013. Samtidigt publicerades en utvärdering av riktlinjerna. En av indikatorerna som då följdes upp är den som redovisas här, andelen patienter som omopereras på grund av tumördata. Denna indikator

DIAGRAM 119 – KVINNOR: Andel kvinnor med bröstcancer som omopereras på grund av tumördata. Avser bröstbevarande operationer.



Källa: Nationella Bröstcancerregistret.

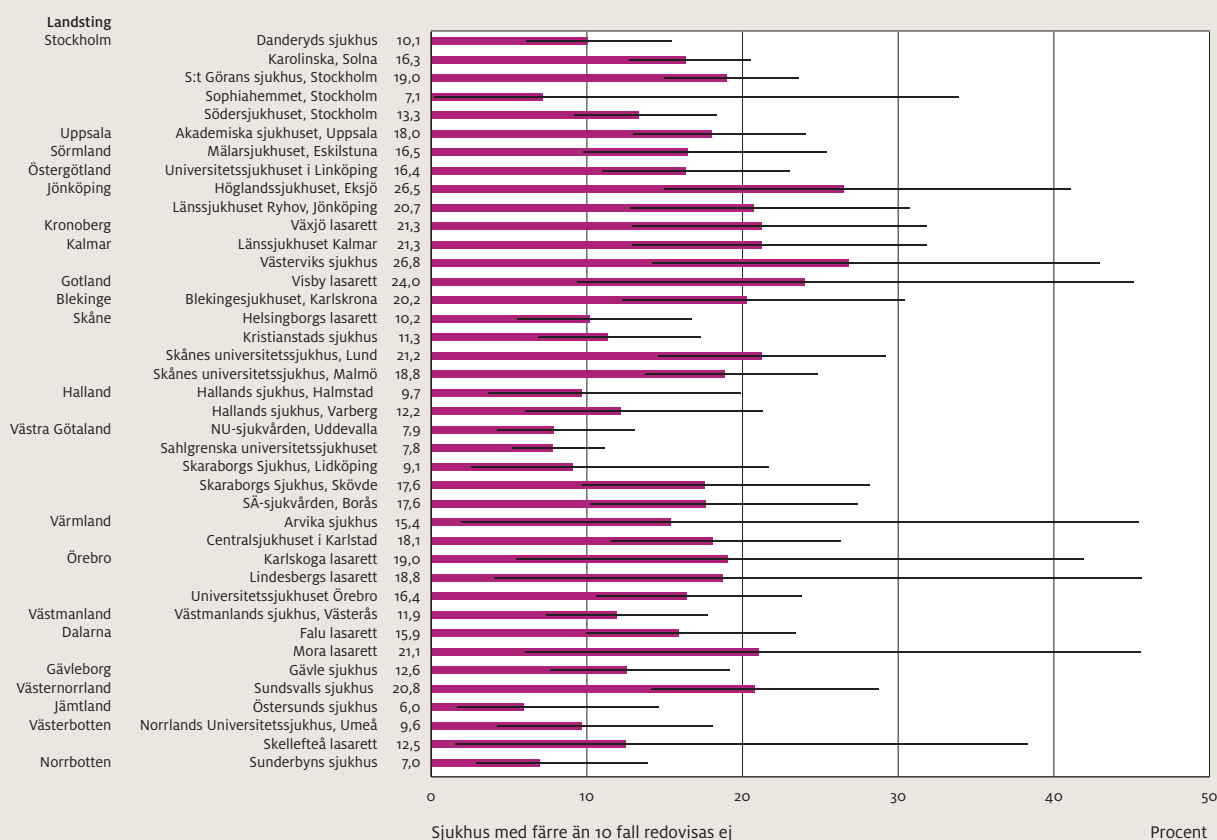
mäter både kvaliteten på malignitetsutredningen före operationen och hur väl kirurgen lyckades avlägsna tumören vid operationen efter ett bröstbevarande ingrepp. Bara kvinnor som opererades med bröstbevarande kirurgi ingår, vilket innebär att indikatorn förändrats sedan förra årets rapport.

Diagram 119 visar andelen kvinnor som omopererades på grund av tumördata år 2012. Jämförelsen omfattar 4 693 kvinnor och av dem omopererades 705, vilket motsvarar 15 procent. Landstingens värden varierar mellan 6 – 26 procent. Jämfört med 2011 är andelen i riket oförändrad.

Underlaget bygger på relativt få uppgifter, vilket gör att konfidensintervallen är breda. Dessutom kan det finnas fel som beror på att vissa sjukhus inte rapporterar alla sina omoperationer till bröstcancerregistret. Likaså i vilken utsträckning den första operationen syftade till att bekräfta cancerdiagnos.

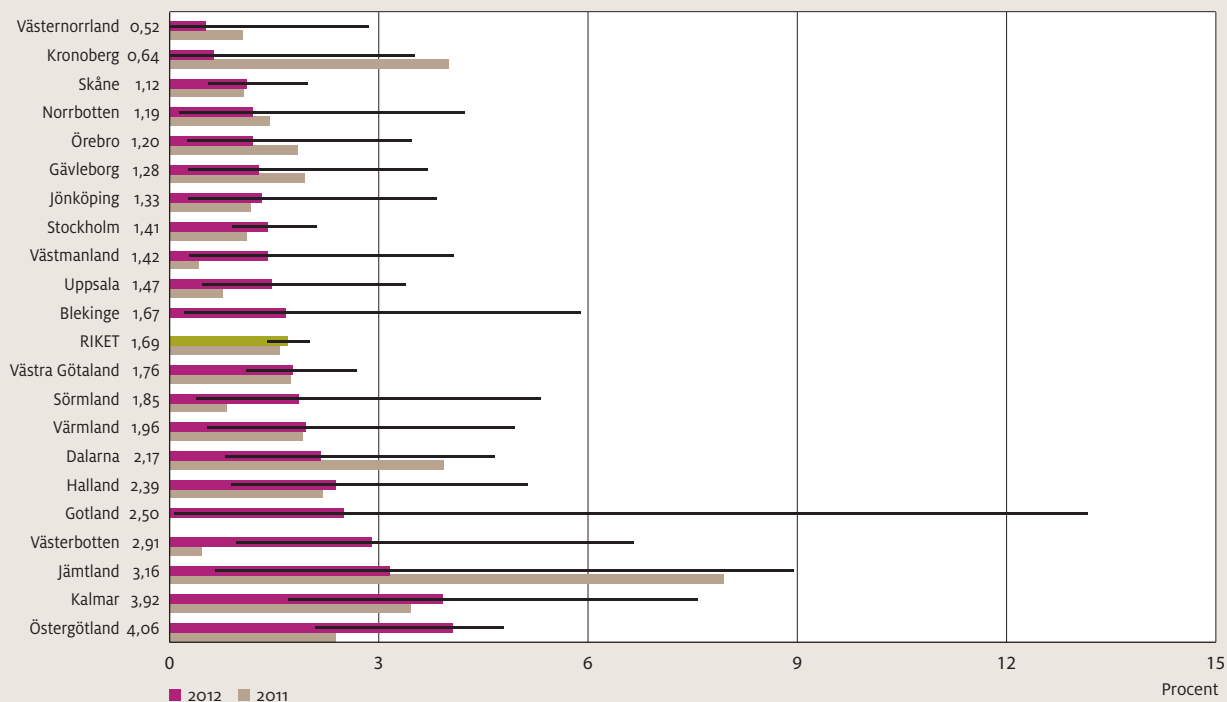
Den kirurgiska behandlingen bör vara så definitiv som möjligt för att patienten ska slippa en ny operation. Socialstyrelsen angav i sin Nationella Utvärdering som mål att färre än 10 procent av patienterna bör genomgå en omoperation på grund av tumördata. Bara några få landsting når denna målnivå.

DIAGRAM 119 – SJUKHUS: Andel kvinnor med bröstcancer som omopereras på grund av tumördata, 2012. Avser bröstbevarande operationer.



Källa: Nationella Bröstcancerregistret.

DIAGRAM 120 – KVINNOR: Andel kvinnor med bröstcancer som omopereras inom 30 dagar på grund av komplikation, 2012.



Källa: Nationella Bröstcancerregistret.

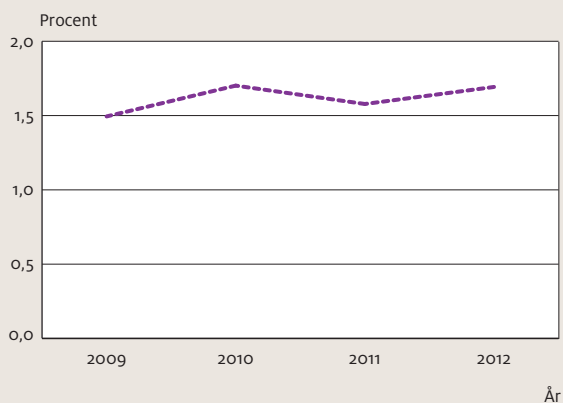
120 OMOOPERATION VID BRÖSTCANCER PÅ GRUND AV KOMPLIKATION

Mer än 90 procent av patienterna med bröstcancer opereras, vilket innebär att kirurgi är den primära åtgärden. Operationerna kan vara olika omfattande beroende på tumörens läge, mikroskopiska bild och patientens allmänna hälsotillstånd. Dessutom kan patienten drabbas av komplikationer som kräver en omoperation inom relativt kort tid efter den första operationen. En omoperation innebär att man måste göra en ny och oförutsedd operation, exempelvis på grund av en blödning, som oftast inträffar inom det första dygnet efter operationen, eller en infektion, vars symtom uppkommer inom en vecka.

Bröstcancerregistrets uppföljning visar att de flesta omoperationer berodde på blödningar inom det första dygnet. Eftersom bröstkirurgi är en så kallad ren operation bör infektioner vara sällsynta, och det var också mycket få omoperationer som gjordes på grund av en sårinfektion. Infektioner som inte leder till omoperationer registreras dock inte i registret.

Socialstyrelsens nationella riktlinjer för bröstcancer håller på att uppdateras enligt ett förslag i början av 2013. Samtidigt publicerades en utvärdering av riktlinjerna. En av indikatorerna som då följdes upp

DIAGRAM 120 – KVINNOR: Andel kvinnor med bröstcancer som omopereras inom 30 dagar på grund av komplikation.



Källa: Nationella Bröstcancerregistret.

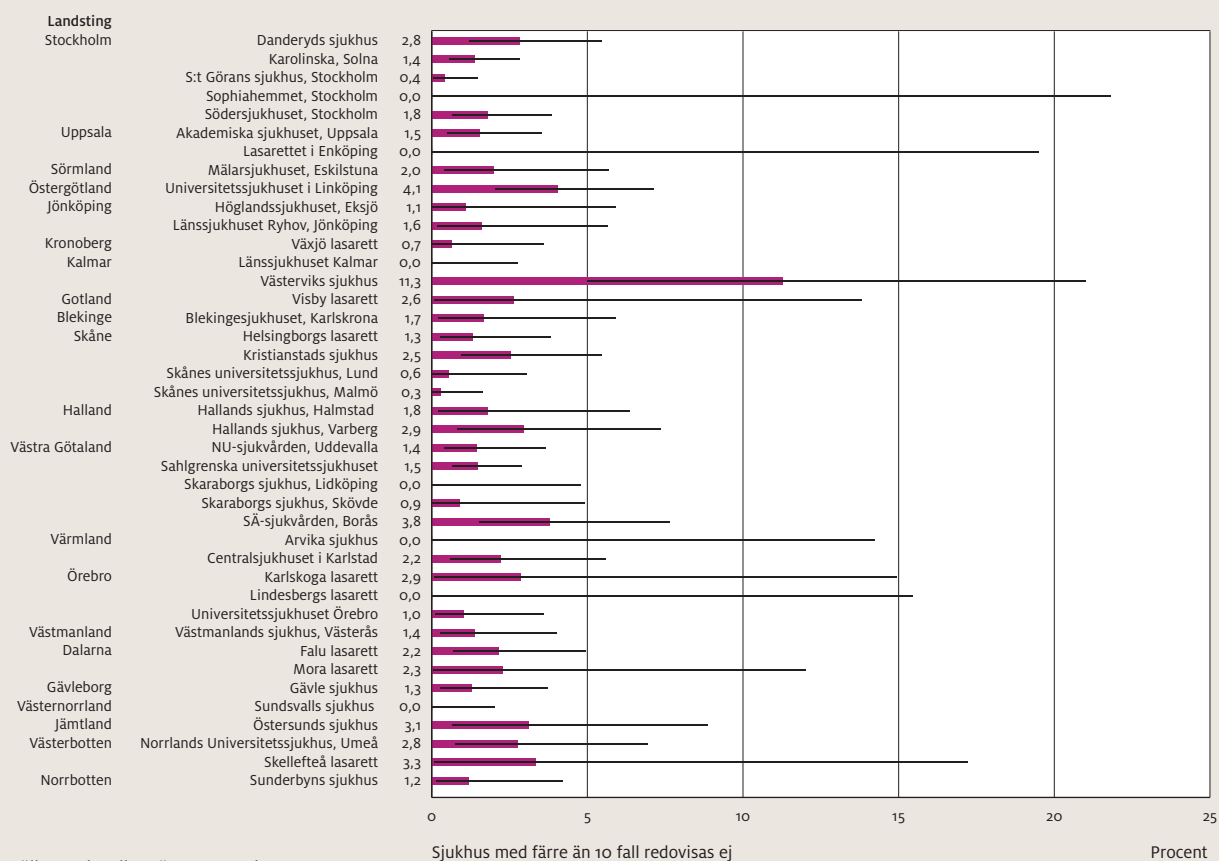
är den som redovisas här, andelen patienter som omopereras inom 30 dagar på grund av komplikation efter den första operationen.

I diagram 120 redovisas andelen omoperationer under 2012. Av de 7 385 kvinnor som primäropererades var det 125 som omopererades, vilket motsvarar

1,7 procent. Andelen omoperationer har varit i stort sett oförändrad de senaste åren. Landstingens värden varierar från en halv till fyra procent, men under stor statistisk osäkerhet.

I den nationella uppföljningen föreslår Socialstyrelsen som mål att andelen omoperationer bör vara lägre än 2 procent. Detta mål nås av över hälften av landstingen.

DIAGRAM 120 – SJUKHUS: Andel kvinnor med bröstcancer som omopereras inom 30 dagar på grund av komplikation, 2012.



Källa: Nationella Bröstcancerregistret.

121 TID TILL OPERATION VID BRÖSTCANCER

SFBK, Svensk Förening för Bröstkirurgi, arbetar för att patienterna ska få ett snabbt omhändertagande, och har som mål angett att mer än 90 procent av alla patienter med verifierad bröstcancer ska erbjudas en operation inom tre veckor och att ingen bör vänta mer än fyra veckor. Väntetiden påverkas av hur bröstcervårdkedjan är utformad lokalt. I vissa landsting är till exempel utredningen påbörjad eller redan avslutad innan patienten remitteras till specialistkliniken för behandling.

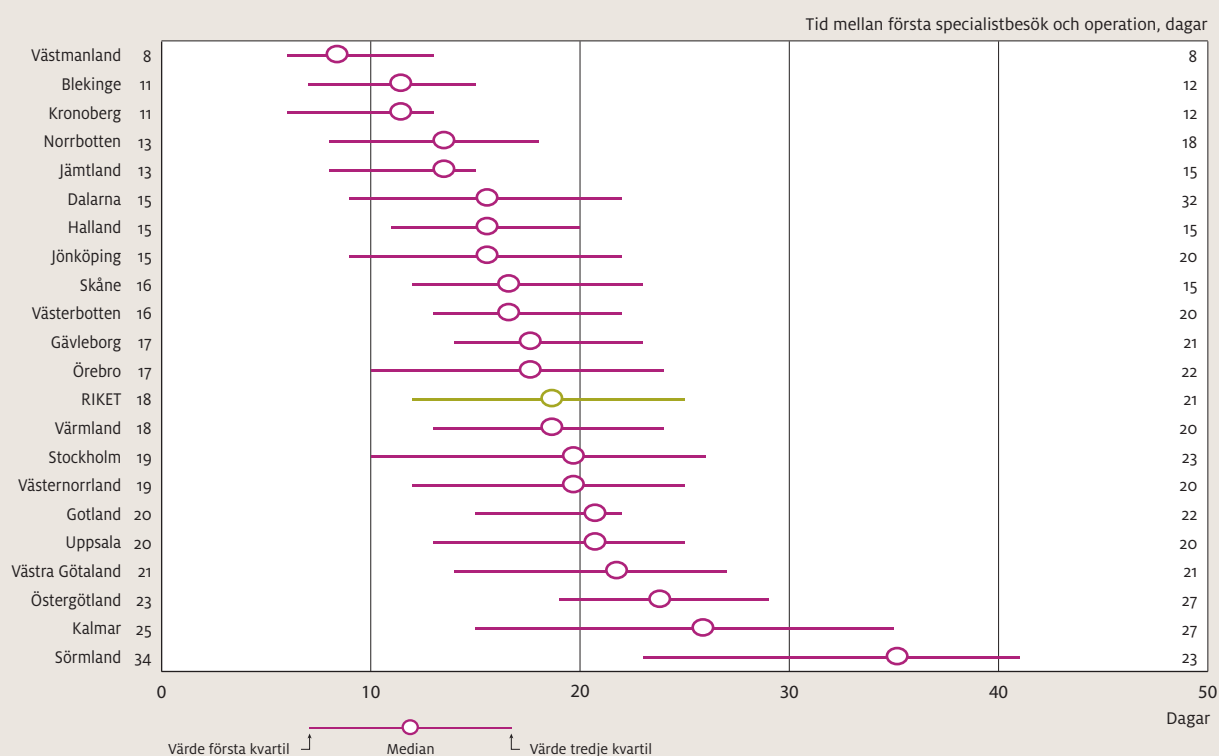
Efter operationen skickas den borttagna tumören tillsammans med omgivande vävnad för patologisk anatomisk diagnostik (PAD), en vävnadsanalys. SFBK har målsättningen att patienten bör få ett besked veckan efter operation. Väntetiden påverkas av tillgången till patologer och av de rutiner som finns för att hantera prover och provsvar.

Indikatorn visar medianväntetiden från beslut om en vårdplan till dag för operation. Jämförelsen avser primäroperationer och baseras på uppgifter om ledtider för 7 185 opererade kvinnor. För ett fåtal patienter fattas denna uppgift, men bortfallet är så litet att det är utan betydelse. Indikatorn har förändrats jämfört med den i förra årets rapport, som istället avsåg tiden från första specialistbesök till operation.

Medianväntetiden mellan beslut om vårdplan och operation var i riket 18 dagar under 2012, med en variation mellan landsting från 8 till 34 dagar. Även värdena för första och tredje kvartil varierar mellan landsting. 18 dagars medianväntetid innebär en förbättring jämfört med 2011, då tiden var 19 dagar lång.

Variationen mellan landsting tyder på att det i många landsting finns goda möjligheter till förbättringar.

DIAGRAM 121 – KVINNOR: Tid från beslut om vårdplan till operation vid bröstcancer, 2012. Mätperioden avser operationsår.



Källa: Nationella Bröstcancerregistret.

DIAGRAM 121– SJUKHUS: Tid från beslut om vårdplan till operation vid bröstcancer, 2012. Mätperioden avser operationsår.

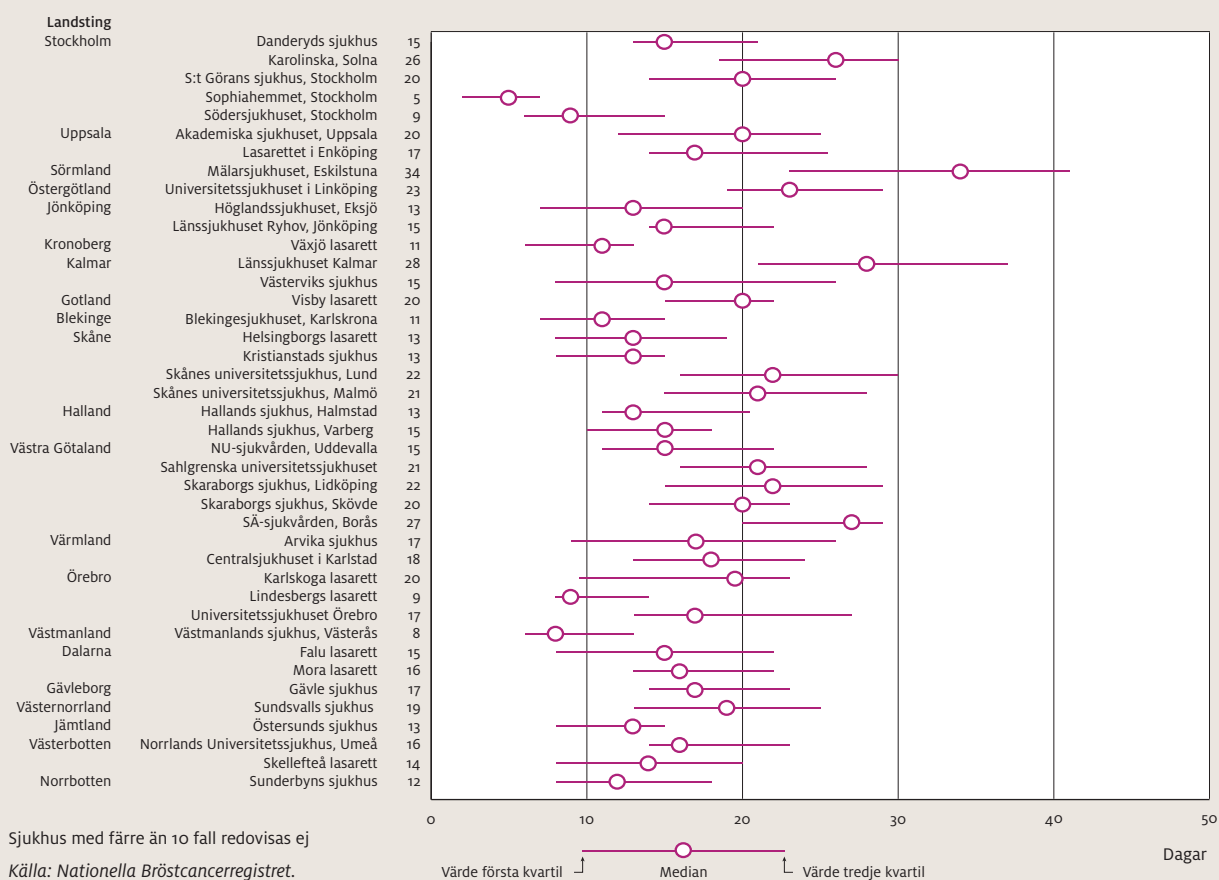
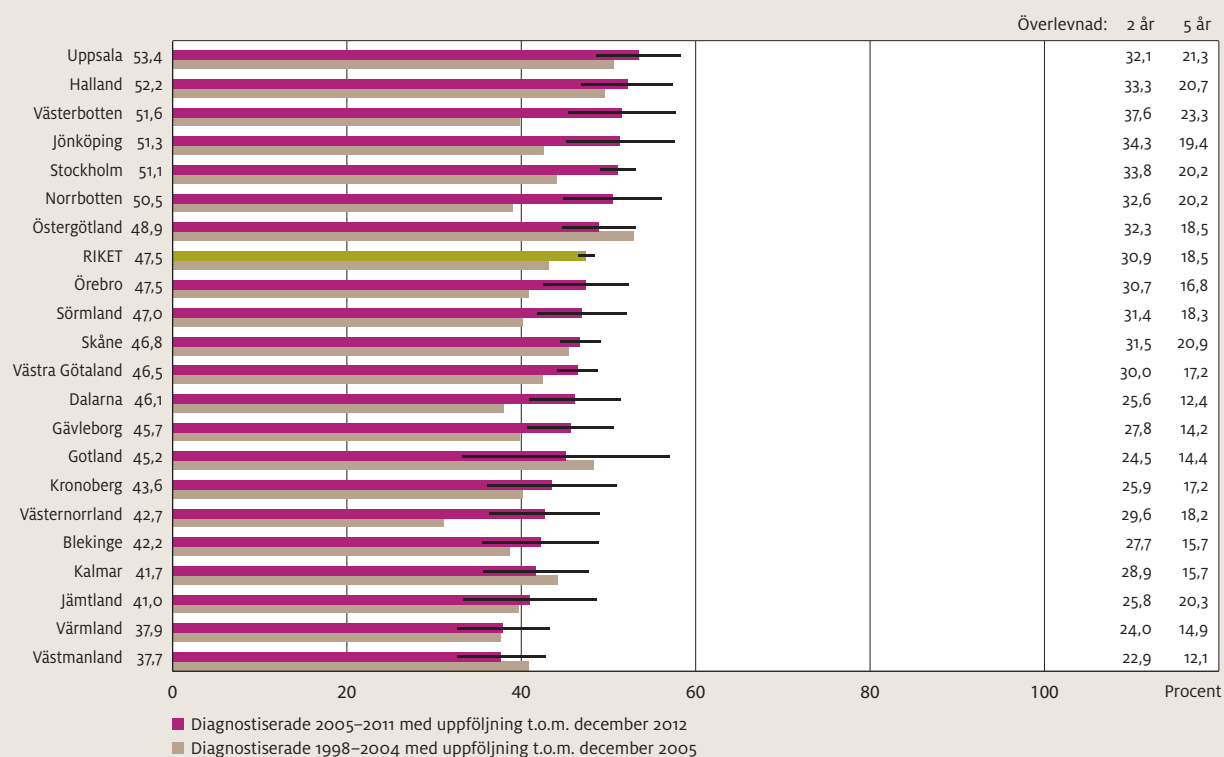
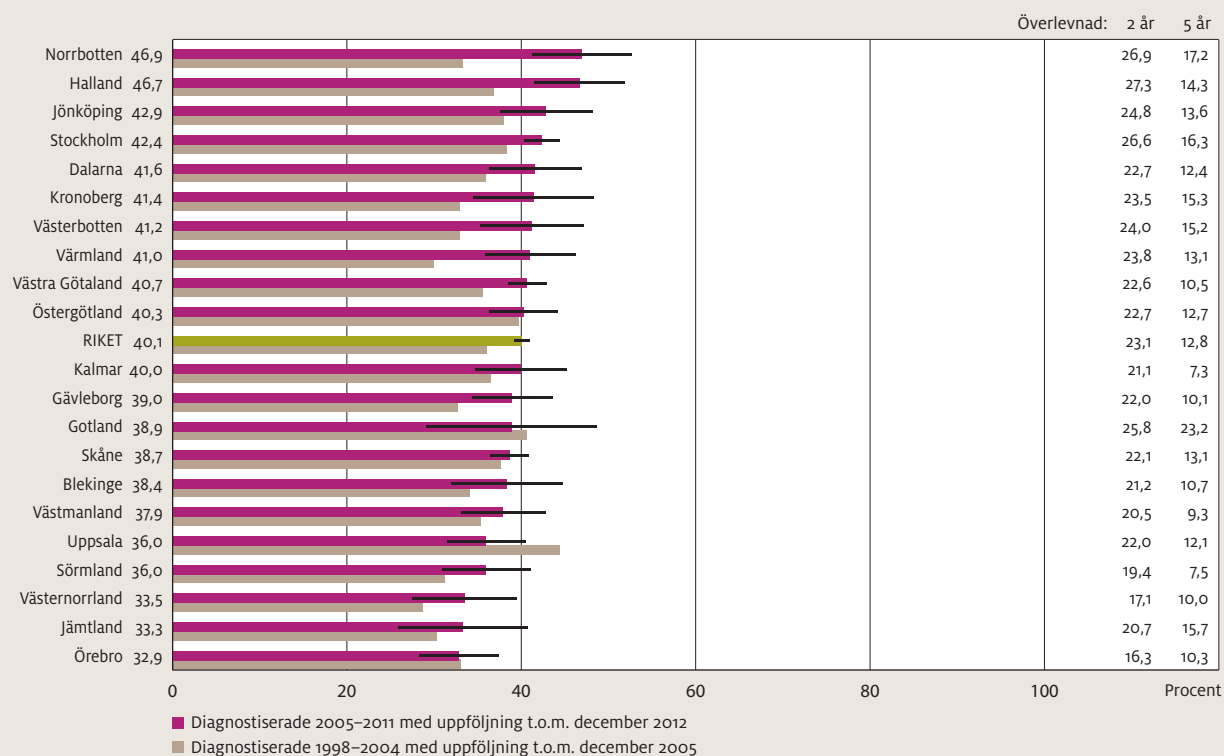


DIAGRAM 122 – KVINNOR: 1-årsöverlevnad vid lungcancer. Patienter diagnostiserade 2005–2011 med uppföljning t.o.m. december 2012.



Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 122 – MÄN: 1-årsöverlevnad vid lungcancer. Patienter diagnostiserade 2005–2011 med uppföljning t.o.m. december 2012.



Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen.

122 ÖVERLEVNAD VID LUNGCANCER

Lungcancer är den femte vanligaste cancerformen i Sverige och 2010 fick drygt 3 500 personer lungcancer, ungefär lika många kvinnor som män. Ungefär hälften av alla som insjuknar är över 70 år och mindre än 1 procent är under 40 år. Varje år dör ungefär 3 500 personer i sjukdomen och lungcancer är därmed den cancersjukdom som tar flest liv i Sverige. Den dominerande orsaken till att utveckla lungcancer är rökning.

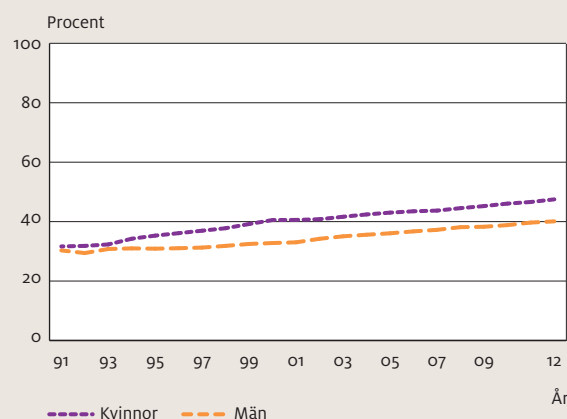
Kvinnor med lungcancer lever längre än män med lungcancer, men andelen som blir botade är mycket liten för båda könen. I diagram 122 visas 1-årsöverlevnaden för personer som diagnostiserats med lungcancer under perioden 2005-2011, med uppföljning till och med 2012.

I riket är 1-årsöverlevnaden drygt 47 procent för kvinnor och 40 procent för män. Det är ganska stora variationer mellan landstingen. I riket har överlevnaden ökat något mellan jämförelseperioderna, med cirka fyra-fem procentenheter. Jämfört med början på 1990-talet är ökningen mera betydande, särskilt för kvinnor.

Den relativa 2-årsöverlevnaden för lungcancer är för kvinnor i riket cirka 31 procent och för män 23 procent. Den relativa 5-årsöverlevnaden är drygt 18 procent för kvinnor och 13 procent för män.

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

DIAGRAM 122 – RIKET: 1-årsöverlevnad vid lungcancer.



Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen.

123 MULTIDISCIPLINÄR KONFERENS VID LUNGCANCER

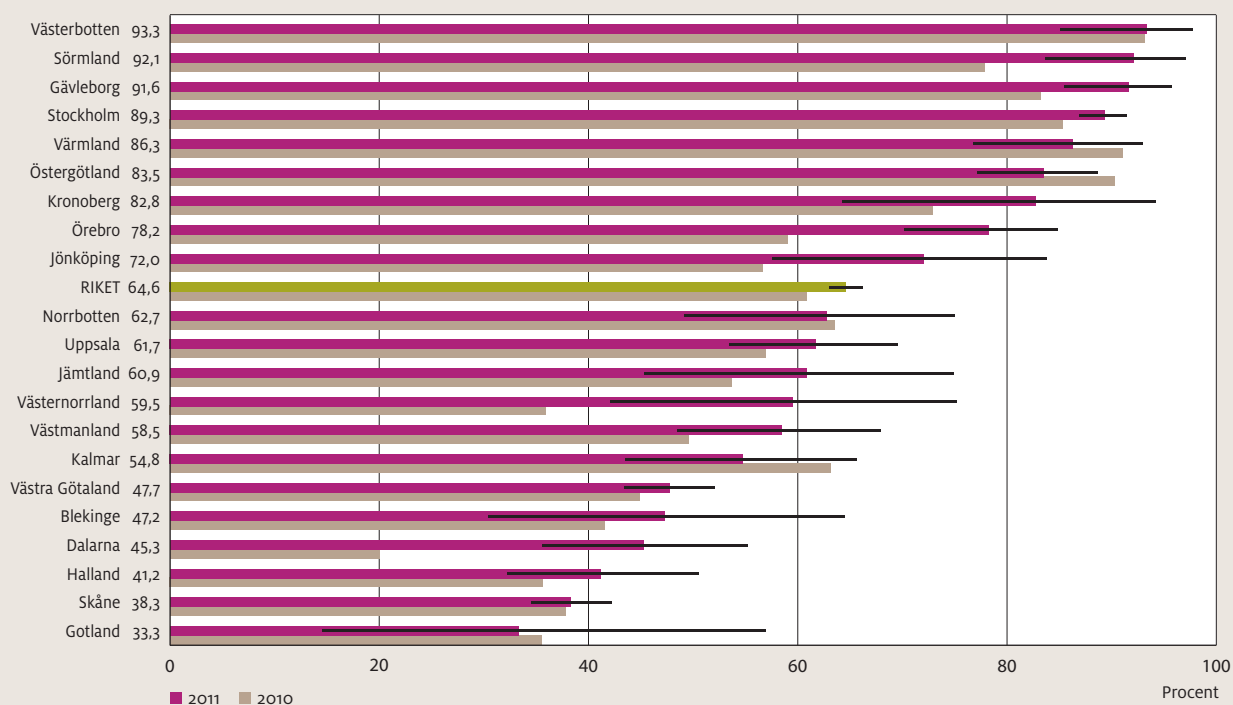
Inför primärbehandlingen av lungcancer genomförs en multidisciplinär konferens, en omfattande granskning av cancersjukdomen för att man ska kunna optimera behandlingen. I konferensen deltar specialister från flera discipliner, exempelvis kirurg, onkolog, lungmedicinsk specialist, radiolog och patolog samt kontaktsjuksköterska. En multidisciplinär konferens är särskilt viktig när det är svårt att bedöma nyttan av operation, strålbehandling och läkemedelsbehandling, och flera behandlingar kan behöva kombineras. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för lungcancer-vård har en multidisciplinär konferens inför behandlingsstarten av en nyupptäckt lungcancer fått en hög prioritet.

Indikatorn visar andelen patienter som bedömdes vid en multidisciplinär konferens inför primärbehandlingen. Resultaten speglar om sjukhuset och landsting/regionen har en struktur och organisation för bedömning på multidisciplinär konferens av patienter med lungcancer och i vilken grad denna erbjuds.

Diagram 123 visar att av 3 425 diagnostiserade patienter 2011 bedömdes närmare 65 procent vid en multidisciplinär konferens. Andelen har ökat de senaste åren. Variationen mellan landsting är mycket stor, och sträcker sig från 22 till 55 procent. En något högre andel av kvinnorna bedöms vid multidisciplinär konferens.

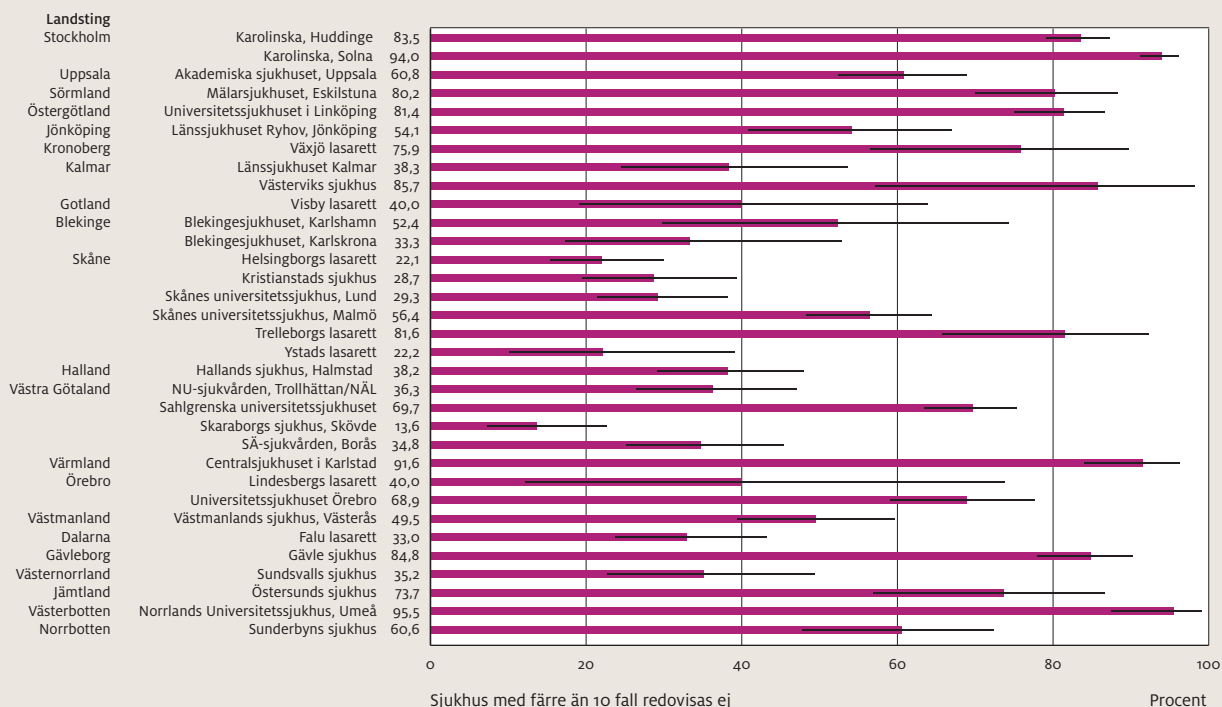
Enligt Socialstyrelsens riktlinjer är målnivån 74 procent, en nivå åtta landsting når.

DIAGRAM 123 – TOTALT: Andel patienter där multidisciplinär konferens görs inför primärbehandling av lungcancer, 2011.



Källa: Nationellt lungcancerregister.

DIAGRAM 123 – SJUKHUS: Andel patienter där multidisciplinär konferens görs inför primärbehandling av lungcancer, 2011.



Källa: Nationellt lungcancerregister.

Sjukhus med färre än 10 fall redovisas ej

Procent

124 TID TILL BEHANDLINGSBESLUT VID LUNGCANCER

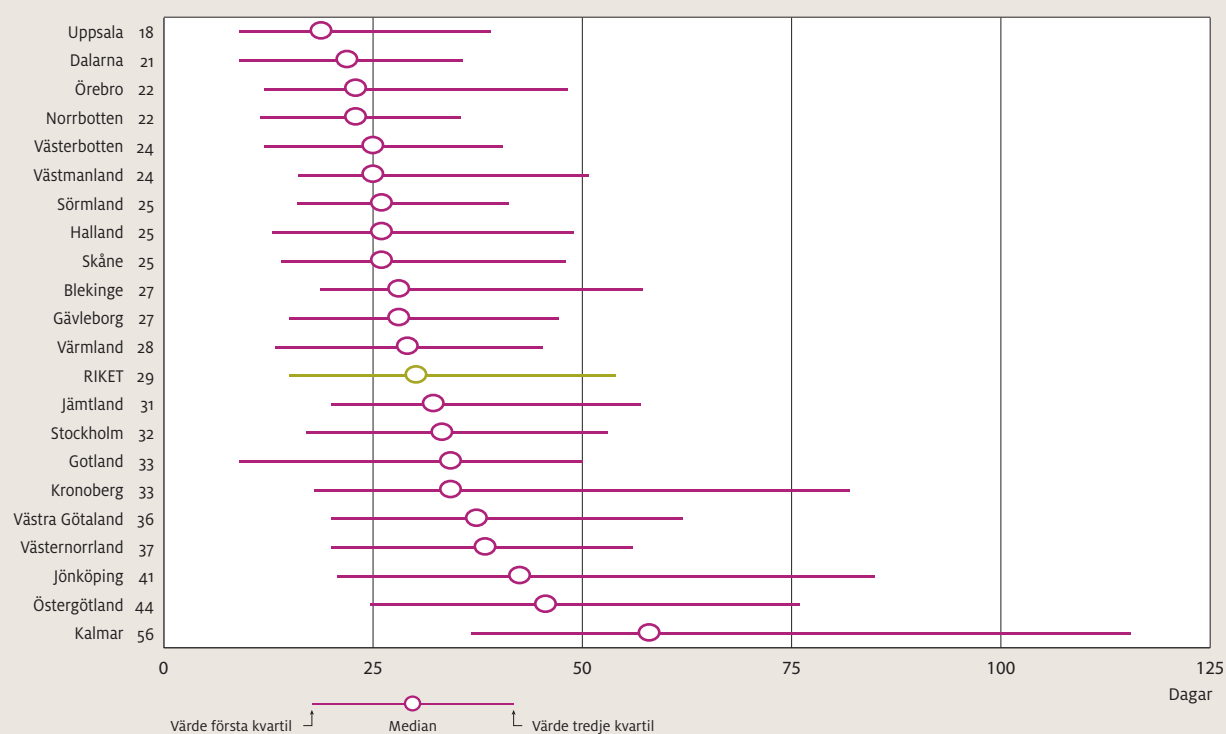
En viktig indikator för omhändertagandet av lungcancerpatienter är tiden från det att en remiss inkommer till den utredande specialistkliniken, fram till dagen för beslutet om behandling. Specialistkliniken är vanligtvis en lungmedicinsk eller onkologisk klinik.

Indikatorn visar tiden från det att remissen kommer till specialistkliniken, eller från det att patienten själv tar kontakt med kliniken. Väntetiden omfattar tiden för utredning och diagnossättning fram till dess att beslut om behandlingsinsatserna har fattats,

exempelvis vid en multidisciplinär konferens. Enligt Svenska lungcancergruppen bör väntetiden vara maximalt 28 dagar för minst 80 procent av patienterna.

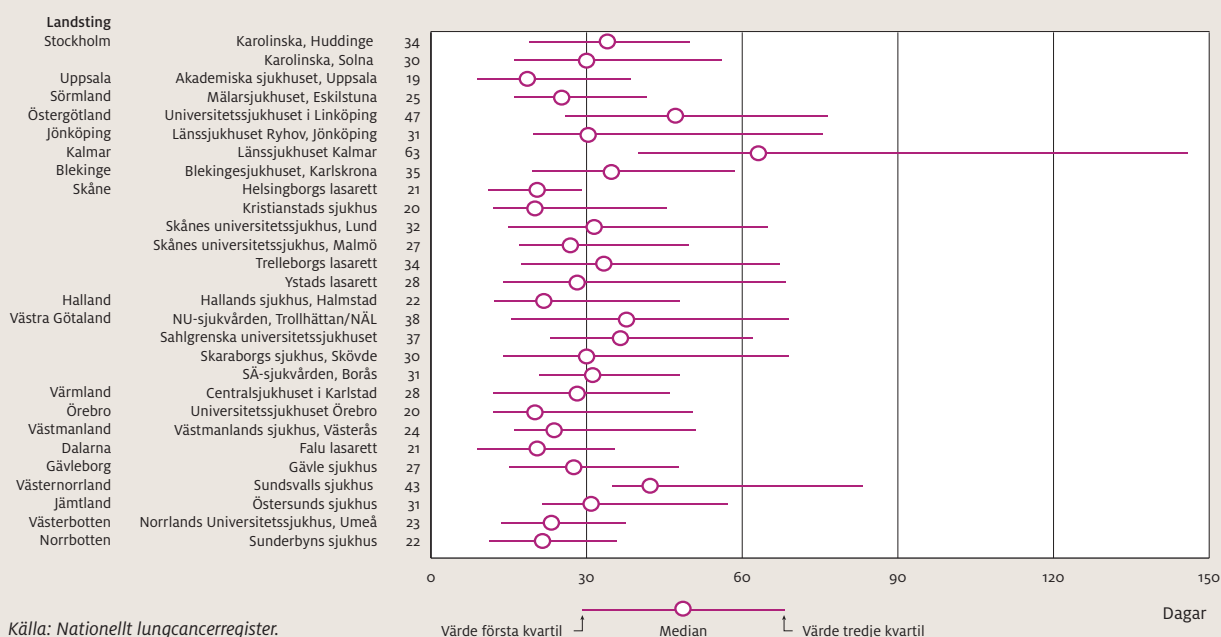
Diagram 124 visar för diagnosåret 2011 antalet dagar som 25, 50 och 75 procent av patienterna fick vänta, från remissankomsten till beslutet om behandling. Skillnaderna mellan landstingen var stora och medianväntetiden, då 50 procent av patienterna hade fått ett behandlingsbeslut, varierar mellan 18 och 56 dagar, med ett värde för riket på 29 dagar. Medianväntetiden för riket har förbättrats något de senaste åren.

DIAGRAM 124 – TOTALT: Väntetid från remissankomst till specialistklinik till beslut om behandling för lungcancer, 2011.



Källa: Nationellt lungcancerregister.

DIAGRAM 124 – SJUKHUS: Väntetid från remissankomst till specialistklinik till beslut om behandling för lungcancer, 2011.



125 TID TILL BESÖK VID PROSTATACANCER

Prostatacancer är den vanligaste cancersjukdomen i Sverige och står för drygt 36 procent av all cancersjukdom hos män. År 2011 diagnostiserades 9 663 fall och i Sverige lever närmare 85 000 män som diagnostiserats med prostatacancer. Var tionde man i Sverige diagnostiseras med prostatacancer under sin livstid och hälften av alla männen som diagnostiseras är under 70 år vid diagnostillfället.

Risken att avlida av prostatacancer beror på tumörens stadium och grad. Allt fler män diagnostiseras i dag med små och väldifferentierade tumörer. Den relativa femårsöverlevnaden har därför ökat och är nu 87 procent. År 2011 dog 2 375 män av prostatacancer. Dödligheten i prostatacancer, i den manliga befolkningen som helhet, har varit nästan konstant under en lång tid i Sverige.

Oftast är det en allmänläkare som utreder vid misstanke om prostatacancer eller, om mannen själv önskar det, gör en PSA-testning som del i en hälsoundersökning. Om allmänläkaren misstänker prostatacancer remitteras patienten till en urolog för en fortsatt utredning.

Prostatacancer är oftast en långsamväxande tumör, vilket innebär att väntetiden ytterst sällan är avgörande för behandlingens resultat. Till viss del kan behovet av en snabb utredning vägledas av PSA-värdet

som speglar tumörens utbredning. Men det första besöket bör ändå komma snabbt eftersom en lång väntetid innebär onödigt oro för patienten. Enligt den nationella vårdgarantin ska remitterade patienter få sitt första specialistläkarbesök inom 90 dagar från det att remissen skickas.

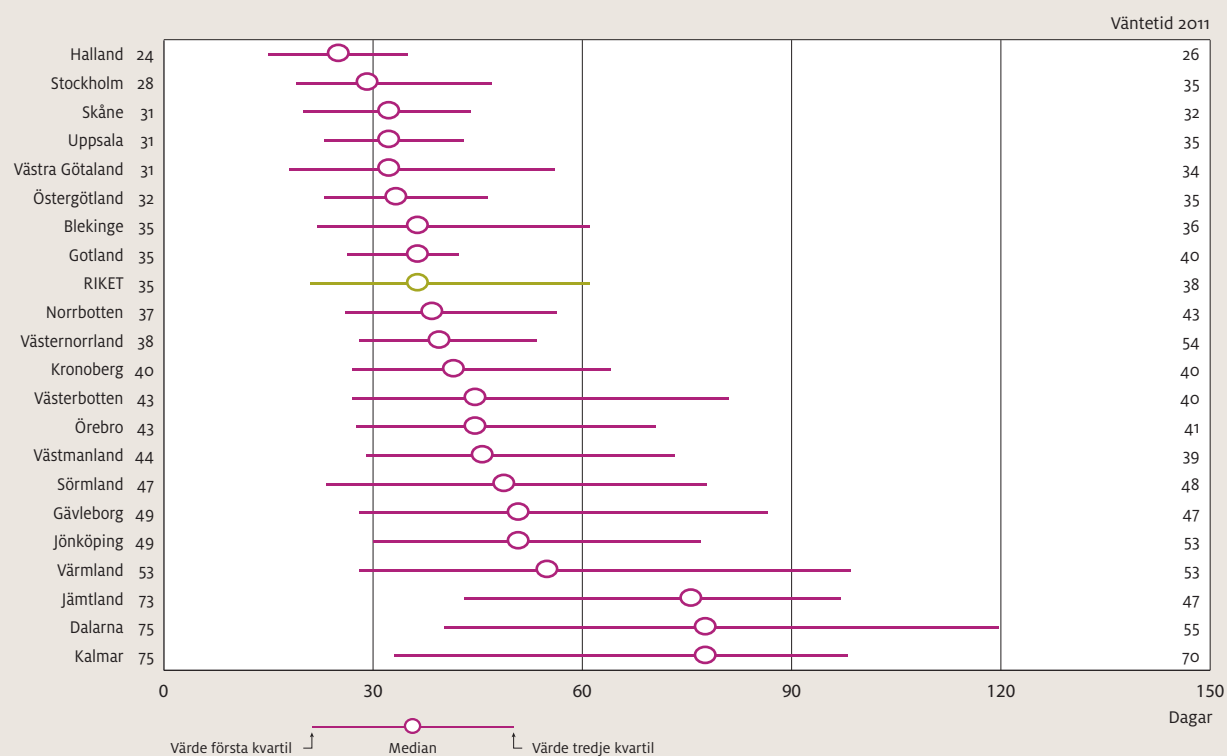
Indikatorn visar tiden från det att remissen inkommer till urologikliniken eller patienten själv kontakter urologen, till dagen för det första besöket hos specialistläkaren. Alla dessa män visade sig ha prostatacancer och förekommer därför i registret. Därutöver fanns ett antal män med misstänkt cancer som besökte specialist, men som visade sig vara cancerfria och därför inte registreras. Väntetiderna för dessa cancerfria män registreras inte men torde i många fall vara kortare, eftersom de i högre utsträckning får besked via brev eller telefon jämfört med män med cancerdiagnos.

Stapeln i diagram 125 visar antalet dagar som 25, 50 och 75 procent av patienterna fick vänta till första besöket hos en specialist. Medianväntetiden i riket uppgick till 35 dagar, med en variation mellan landsting från 24 till 75 dagar. 25 procent av samtliga patienter med bekräftad prostatacancer väntade längre än 61 dagar på det första besöket till en specialist. I sifferkolonnen till höger i diagrammet anges medianväntetiden för 2011, som jämförelse. Medianväntetiderna har blivit kortare de senaste åren.

I fyra-fem landsting är väntetiden för tredje kvartils patienter (de 25 procenten med längst väntetid) över eller nära vårdgarantins gräns för 90 dagars väntetid till ett första besök hos specialist.

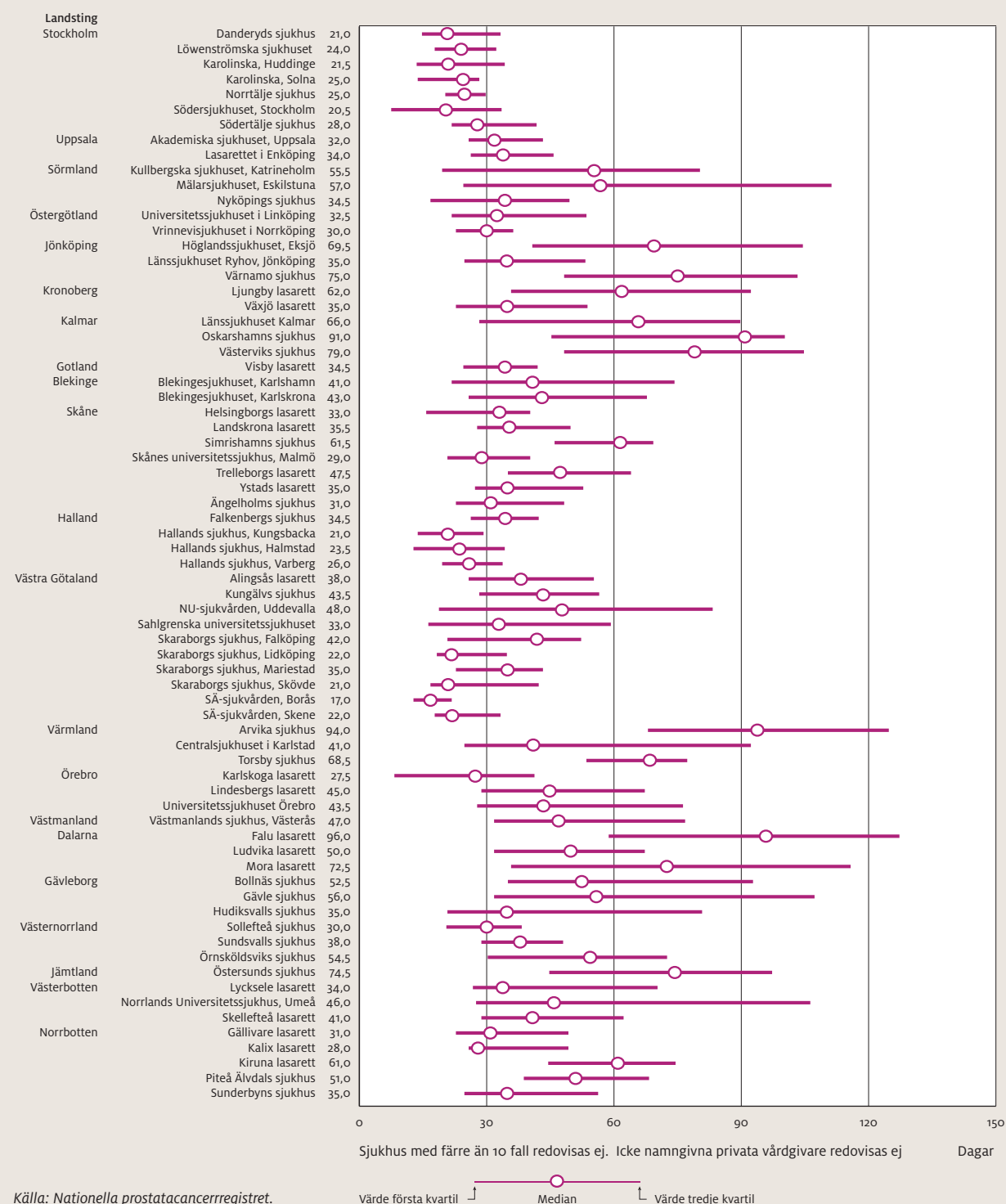
Denna uppföljning tar inte hänsyn till män som under väntetiden erbjöds tid hos någon annan urologmottagning men tackade nej.

DIAGRAM 125 – TOTALT: Väntetid från remissdatum till första besök hos specialist vid utredning för prostatacancer, 2012.



Källa: Nationella prostatacancerregistret.

DIAGRAM 125 – SJUKHUS: Väntetid från remissdatum till första besök hos specialist vid utredning för prostatacancer, 2012.

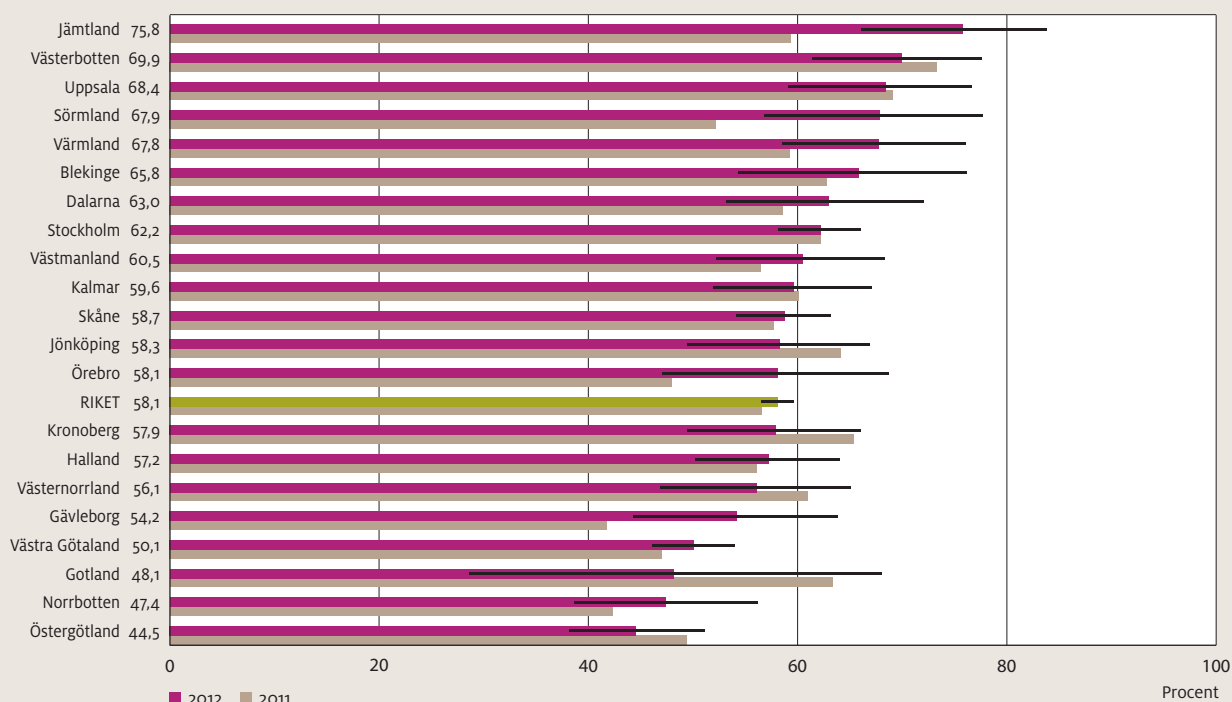


126 KURATIV BEHANDLING VID PROSTATACANCER

Kunskapen om utfall vid olika behandlingar av prostatacancer i olika stadier är ofullständig. Under de senaste åren 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

DIAGRAM 126 – MÄN: Andel män med prostatacancer som får kurativt syftande behandling, 2012. Avser män med mellan- eller högrisktumör.



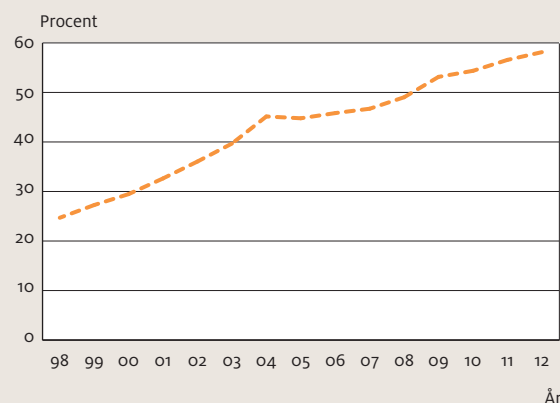
Källa: Nationella prostatacancerregistret.

studie från Göteborg minskade screening med tidig diagnostik och tidig behandling dödligheten i prostatacancer. Data i Nationella Prostatacancerregistret visade att dödligheten i prostatacancer tio år efter diagnos av lokaliserade tumörer med lågt PSA och hög eller medelhög differentiering var under 3 procent.

Vid mellanrisktumörer och framför allt högrisktumörer i prostatan är risken att dö betydligt större än vid lågrisktumörer, och därför har kurativ behandling av män med dessa former av prostatacancer högre prioritet i de nationella riktlinjerna för prostatacancersjukvård. Kurativ behandling innebär att prostata opereras bort eller strålas med någon av flera olika tekniker. Här redovisas en uppföljning för samtliga män med mellan- eller högrisktumörer. Indikatoren har förändrats, då tidigare år enbart män 75 år och yngre inkluderats.

Diagram 126 visar andelen män med en mellan- eller högrisktumör som 2012 fick en kurativt syftande behandling. I denna grupp fanns 3 979 män, varav 58 procent fick en sådan behandling. Variationen mellan landstingen var 44 till 76 procent. Andelen män med mellan- och högrisktumörer som får en kurativ behandling har ökat stadigt under 2000-talet, från 30 procent år 2000 till dagens nivå på 58 procent.

DIAGRAM 126 – RIKET: Andel män med prostatacancer som får kurativt syftande behandling. Avser män med mellan- eller högrisktumör.



Källa: Nationella prostatacancerregistret.

Socialstyrelsen har som målnivå angett att över 62 procent av männen med mellan- och högrisktumör ska ha kurativt syftande behandling. Detta mål nåddes 2012 av åtta landsting.

127 TID TILL BEHANDLINGSSTART VID HUVUD- OCH HALSCANCER

Huvud- och halscancer innefattar cancer som uppträder på läpp, i munhåla, svalg, näsa/bihåla, larynx, spottkörtlar och malign körtel på halsen utan känd primärtumör. Utredning och behandling skiljer sig mellan de olika grupperna.

Den vanligaste histologiska cancertypen är skiv-epitelcancer (80-90 %). Tillväxten sker snabbt och i studier har man efter 4 veckor sett en signifikant tumörtillväxt hos majoriteten av patienter med skiv-epitelcancer.

Vid utredning av misstänkt cancer är det därför viktigt att utredningen kan genomföras snabbt, så att patienten kan komma till behandling innan canceren tillväxt eller spridit sig. Hur utredningen planeras och genomförs och vilka resurser som finns på de enheter som behöver utnyttjas avgör hur lång tid det tar innan patienterna blir behandlade.

Indikatorn visar tiden från remissankomst till behandlingsstart för patienter med huvud- och halscancer. Datakällan är Svenskt Kvalitetsregister för huvud- och halscancer, SweHNCR. Varje nyupptäckt

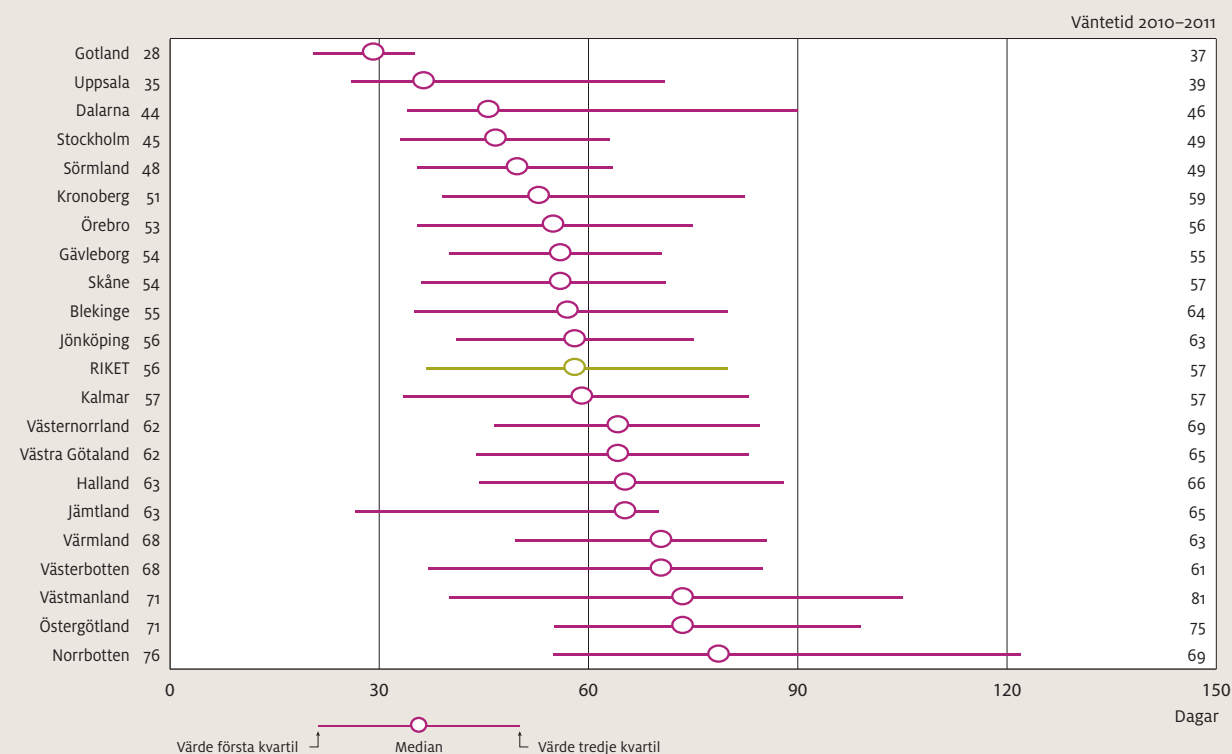
primär huvud- och halscancer i Sverige ingår i registret. Täckningsgraden mot Cancerregistret är hög, 98 procent.

I diagram 127 visas antalet dagar som 25, 50 och 75 procent av patienterna fick vänta från det att remiss inkommit till dess att behandlingsstart sker. Mätperioden är 2011-2012 och omfattar 2 056 patienter. Redovisningen per landsting baserar sig på patientens hemort.

Diagrammet visar att 50 procent av patienterna i riket fick vänta i högst 56 dagar och 25 procent fick vänta längre än 80 dagar. Skillnaderna i ledtider från remissankomst till behandlingsstart är stora mellan landstingen, men en variation för medianväntetider från 28 till 76 dagar. Även inom ett landsting är variationen stor.

Det finns anledning för flera kliniker att analysera sina vårdprocesser och förkorta ledtiderna. Väntetiden bör kunna sänkas med 1-2 veckor. Arbete med nytt nationellt vårdprogram för huvud- och halscancer pågår och en målnivå för indikatorn kommer att fastläggas av arbetsgruppen.

DIAGRAM 127 – TOTALT: Väntetid från remissankomst till specialistklinik till start av behandling vid huvud- och halscancer, 2011–2012.



Källa: Svenskt Kvalitetsregister för huvud- och halscancer.

PSYKIATRISK SJUKVÅRD

Den specialiserade psykiatrin svarar för cirka nio procent av landstingens totala kostnader för hälso- och sjukvården. I den Nationella utvärderingen av vård vid insatser för depression, ångest och schizofreni som Socialstyrelsen publicerade 2013 konstateras att den psykiatriska vården inte har haft samma kostnadsutveckling som andra specialiteter, däremot har vårdproduktionen ökat markant. Det finns också en stor spridning mellan landstingen i kostnaderna per invånare för psykiatrisk vård. För psykiatrisk vård, och generellt för gruppen psykiskt funktionshindrade, behöver både beskrivningssystem i stort och indikatorer utvecklas.

Avgörande för att kunna ta fram fler och bättre indikatorer är tillgången på relevanta data. Även tillgången till evidensbaserade riktlinjer och annat kunskapsstöd är avgörande. Det finns fortfarande brister i rapporteringen till de nationella obligatoriska hälsodataregistren, framför allt gäller detta uppgifter om åtgärder för läkarbesök inom öppenvården. Bristen på information om den psykiatriska öppenvården i övrigt beror till del på att nuvarande regelverk gör att Socialstyrelsen inte får ta in data för andra typer av besök än läkarbesök. Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att utreda om uppgiftsskyldigheten till patientregistret ska kunna utvidgas för den psykiatriska öppenvården.

I statens PRIO-satsning ingår att de Nationella kvalitetsregistren ska bli en självklar del i psykiatris uppföljnings- och utvecklingssystem. De ska vara användbara, lättillgängliga och anpassade efter sina målgruppers behov. Dels är syftet att öka täckningsgraden, d v s andelen patienter som rapporteras till berörda kvalitetsregister dels att öka nyttjandet av registren för löpande verksamhetsutveckling, verksamhetsuppföljning och i forskning. I årets Öppna jämförelser visas data från två nationella kvalitetsregister.

128 REGELBUNDEN BEHANDLING MED SÖMNMEDEL ELLER LUGNANDE MEDEL

Indikatorn speglar antalet regelbundna användare, det vill säga personer som i genomsnitt konsumerar en halv daglig definierad dygnsdos (DDD) av benso-

diazepiner per dag under ett år. Hög konsumtion definieras som minst 1,5 dygnsdoser per dag. Datakälla är Läkemedelsregistret, som är heltäckande när det gäller uthämtade läkemedel i öppen vård.

Under 2012 hämtade drygt 223 000 personer i åldern 20–79 år regelbundet ut bensodiazepiner, fördelat på drygt 138 000 kvinnor och drygt 85 000 män. Totalt hämtade ca 3 250 personer per 100 000 invånare regelbundet ut bensodiazepiner. Diagram 128 belyser både den högre andelen regelbundna användare och högkonsumenter.

Totalt var 785 per 100 000 invånare att betrakta som högkonsumenter. 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.

På riksnivå har användningen inte förändrats märkbart, jämfört med den tidigare mätperioden. För de olika landstingen kan man se såväl ökningarna som minskningar jämfört med tidigare period.

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. 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.

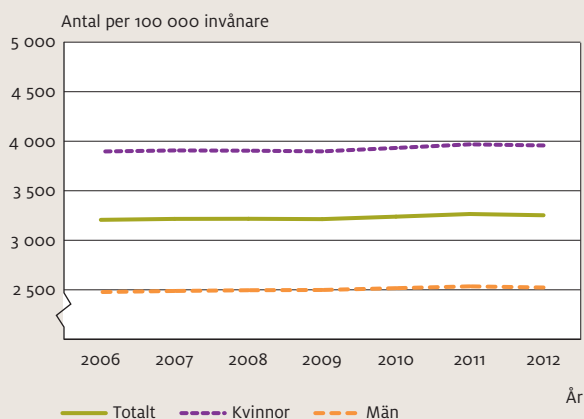
Kvinnor ordinerar oftare bensodiazepiner, vilket kan bero på att det är vanligare med ångesttillstånd hos kvinnor än hos män. Användningen av bensodiazepiner har också samband med åldern. Personer över 65 år svarar för mer än hälften av konsumtionen trots att äldre löper en ökad risk att få biverkningar. Det gör att benzodiazepiner också har inkluderats i indikator 17, äldre med läkemedel som bör undvikas.

DIAGRAM 128 – TOTALT: Antal med regelbunden användning av lugnande medel/sömnmedel per 100 000 invånare, 2012. Personer 20–79 år. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 128 – RIKET: Antal med regelbunden användning av lugnande medel/sömnmedel per 100 000 invånare. Personer 20–79 år. Åldersstandardiserade värden.



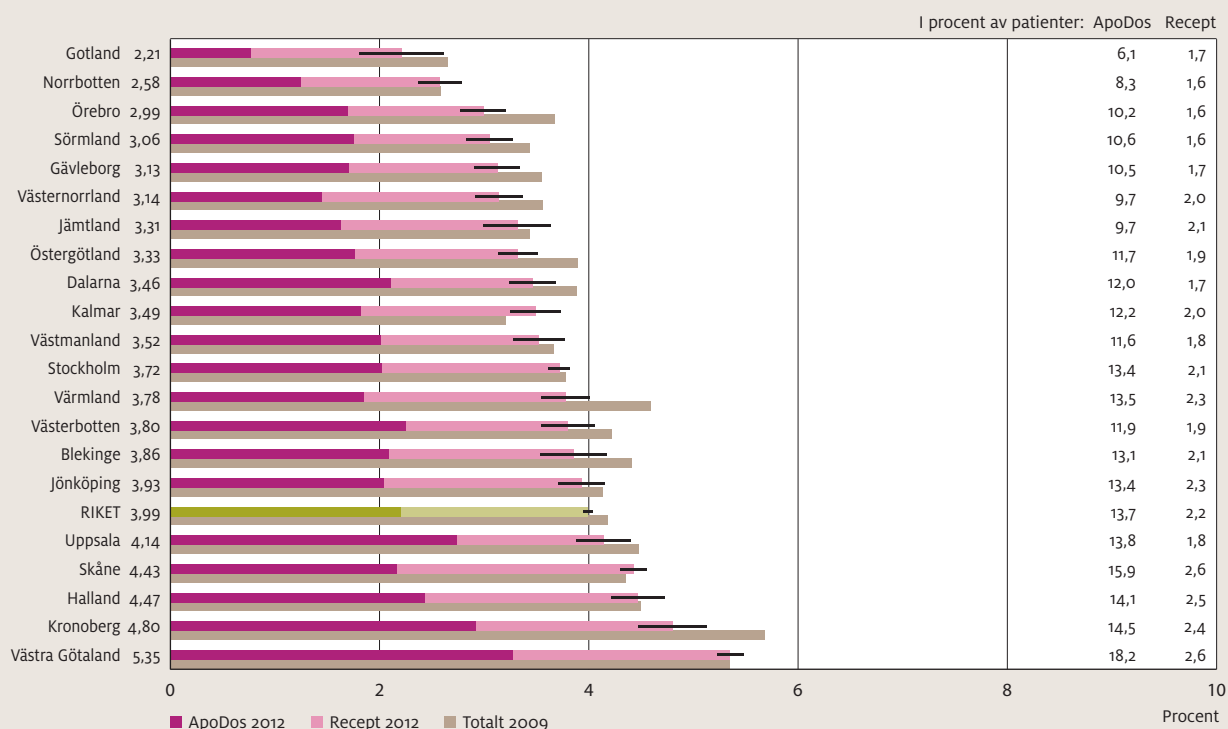
Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

129 TRE ELLER FLER PSYKOFARMAKA BLAND ÄLDRE

I diagram 129 visas andelen 75 år och äldre av hela befolkningen som hade tre eller fler psykofarmaka vid mättdpunkten 31 december 2012. Andelen äldre med tre eller fler psykofarmaka har minskat något under de senare åren och är nu 3,99 procent totalt, 4,85 för kvinnor och 2,71 för män. Det totala antalet personer som har tre eller fler psykofarmaka är 29 511. Variationen mellan landstingen är stor och sträcker sig från 2,2 till 5,3 totalt sett. För kvinnor är variationen från 2,9 till 6,5 procent och för männen 1,1 till 3,7 procent.

Staplarna är uppdelade på patienter som fått sina läkemedel via ApoDos- respektive receptexpedition. Det finns en diskussion om att ApoDos, som kan ha betydande fördelar för vissa patientgrupper, ökar risken för att nya läkemedel läggs till i medicineringen, utan att den samlade användningen revideras. Andelen äldre som får sina läkemedel via ApoDos varierar mellan länen. Detta motiverar särredovisningen av ApoDos och receptexpedierade läkemedel, som visas till höger i diagrammet. I de senare siffrorna ingår enbart äldre som hade läkemedel förskrivna, medan alla i åldersgruppen ingår i stapeldiagrammet.

DIAGRAM 129 – TOTALT: Andel med tre eller fler psykofarmaka bland personer 75 år och äldre, 31 december 2012.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

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.

Patienter med tre eller flera psykofarmaka förekom framförallt i gruppen med ApoDos, där 13,7 procent hade detta, att jämföra med 2,2 procent i gruppen med receptexpedierade läkemedel. Variationen mellan landstingen kan främst hänföras till den som finns i gruppen med ApoDos, där spridningen är 6,1–18,2 procent i de olika landstingen.

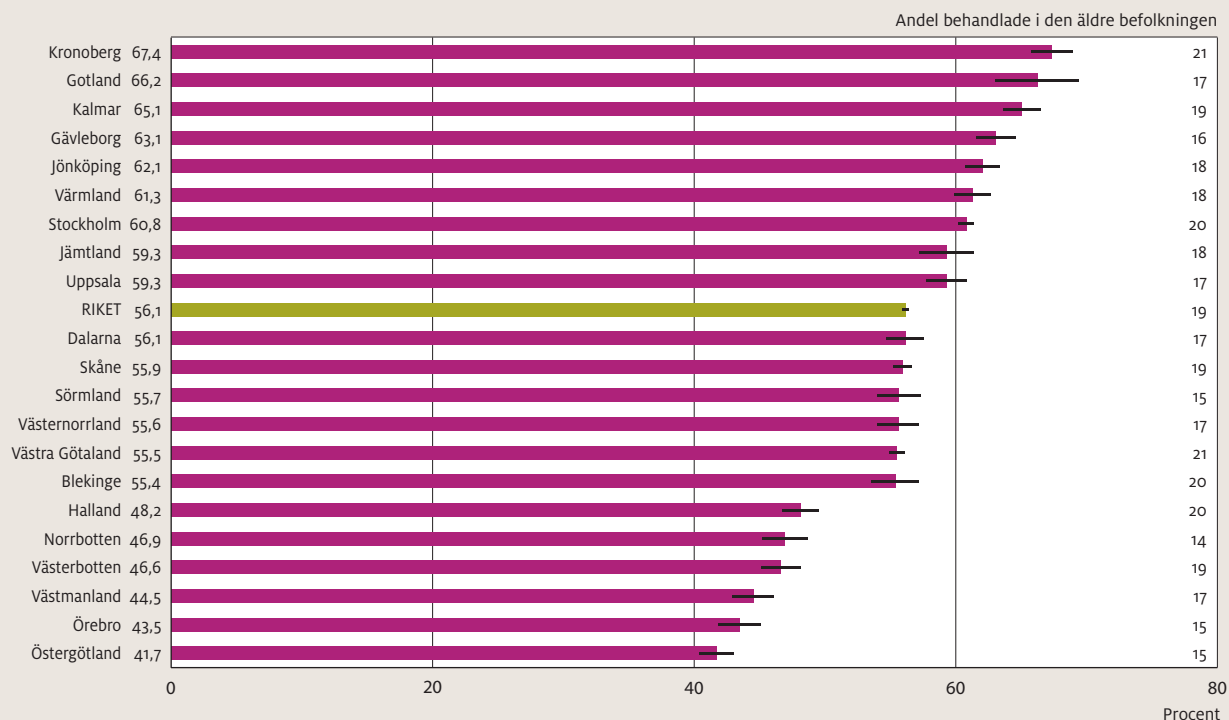
130 ANVÄNDNING AV LÄMPLIGA SÖMNMEDEL TILL ÄLDRE

Långvarig användning av sömnmedel är vanligt bland äldre. Med stigande ålder sker dock förändringar i kroppen som kan leda till att lugnande medel och sömnmedel får en förlängd verkan, och att halten av dem byggs upp till alltför höga nivåer med risk för biverkningar. Samtidigt är centrala nervsystemet hos äldre mer känsligt för effekterna av dessa läkemedel. Detta innebär en större risk för biverkningar såsom dagtrötthet, fall och störningar av kognitiva funktioner, som minne, orientering i tid och rum, förmåga till abstrakt tänkande.

Vid läkemedelsbehandling av sömnbesvär hos äldre är det därför viktigt att använda rätt typ av preparat. Enligt Socialstyrelsens indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre är zopiklon mest lämpligt för äldre, på grund av dess relativt korta halveringstid, förutsatt att det inte finns någon bakomliggande orsak som gör att det krävs en annan behandling.

Totalt hade drygt 137 000 personer som är 75 år och äldre sömnmedel vid mättidpunkten 31 december 2012. Av diagram 130 framgår att zopiklon år 2012 står för bara drygt hälften, 56 procent, av all användning av sömnmedel till personer som är 75 år och äldre.

DIAGRAM 130 – TOTALT: Andel användare av sömnmedel som använder lämpliga sömnmedel (zopiklon) bland personer 75 år och äldre, 31 december 2012.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Variationen mellan landstingen är relativt påtaglig, 42–66 procent.

131 UNDIKBAR SOMATISK SLUTENVÅRD FÖR PERSONER MED PSYKIATRISK DIAGNOS

Indikatorn undvikbar somatisk slutenvård ska belysa omhändertagandet vid vissa specificerade sjukdomstillstånd inom den öppna vården, till exempel genom en välfungerande primärvård och förebyggande folkhälsoarbete. Tanken är att man kan förhindra "onödiga" inläggningar på sjukhus om patienter med de utvalda sjukdomstillstånden får ett bra omhändertagande i den öppna somatiska vården. Se vidare indikator 7.

I diagram 131 redovisas antal personer, 20–59 år, som någon gång åren 2007–2011 slutenvårdats med en psykiatrisk diagnos (F-diagnos enligt ICD-10) och sedan haft minst ett undvikbart somatiskt slutenvårdstillfälle 2012. Av drygt 121 000 personer vårdade för en psykiatrisk diagnos, hade 2 680 personer haft ett undvikbart somatiskt slutenvårdstillfälle under 2012, vilket motsvarar 2 211 per 100 000 invånare.

Denna siffra ska jämföras med hela befolkningen där de undvikbart vårdade var 432 per 100 000

invånare. En viss ökning kan ses på riksnivå från föregående år bland de psykiatrisk vårdade patienterna, medan en minskning kan ses bland de ej psykiatrisk vårdade. Andelen med undvikbara somatiska slutenvårdstillfällen är betydligt högre bland personer som har vårdats för psykiatriska diagnoser än bland totalt antal vårdade.

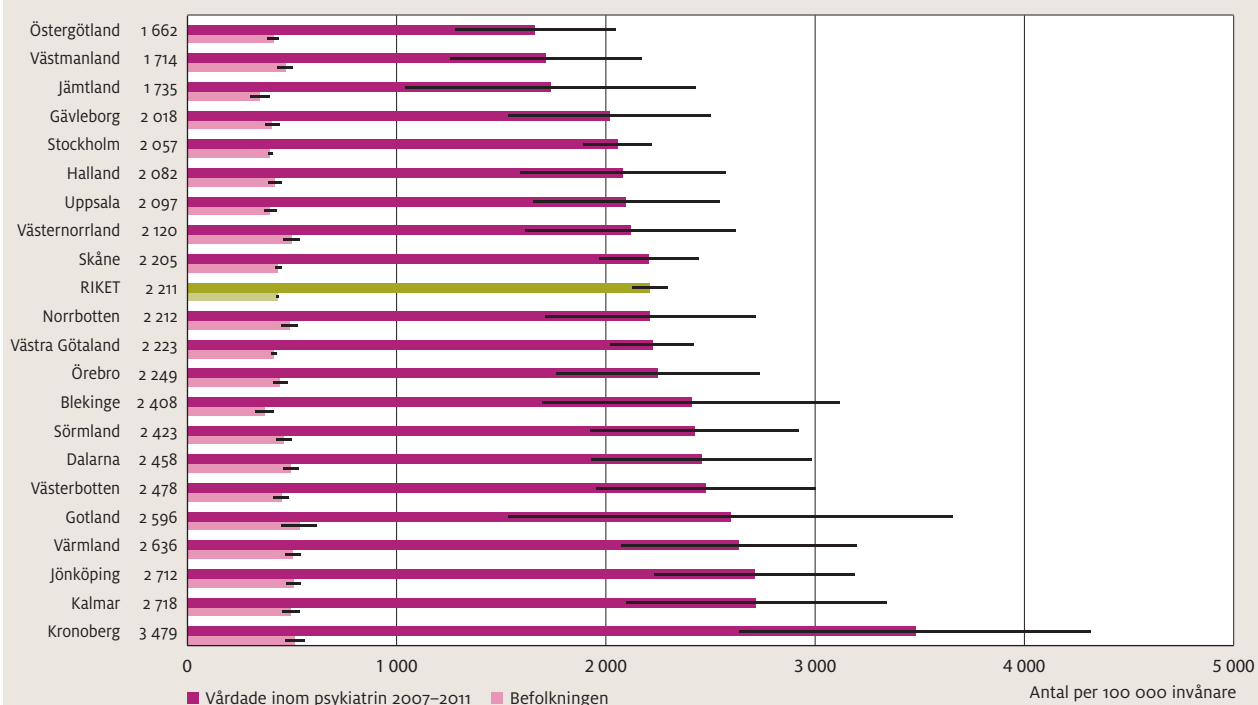
Detta kan bero på att sjukdomen upptäcks senare, behandlingen tar längre tid och patienterna är sämre på att följa ordinationer. Dessutom har gruppen en ökad förekomst av livsstilsriskfaktorer.

Generellt har fler män undvikbara vårdtillfällen. Detta beror troligen på att fler män drabbas av några av de stora sjukdomsgrupper som ingår, snarare än att männen får sämre insatser i öppen vård.

Personer med en allvarlig psykisk störning kan också ha svårt att sköta viss somatisk behandling i öppen somatisk vård, vilket kan göra att patienten vårdas 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 diagnos-sättningen och registreringen kan variera. Tillgången

DIAGRAM 131 – TOTALT: Antal personer med undvikbara somatiska slutenvårdstillfällen per 100 000 invånare, 2012. Avser personer 20–59 år med tidigare psykiatrisk vård. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

på platser i slutenvård spelar sannolikt också in. Med många slutenvårdsplatser är trösklarna för att skrivas in vid sjukhus lägre. Detta gäller för både den somatiska och den psykiatriska vården. Faktorer som dessa kan ha påverkat landstingens resultat.

132 ÅTERINSKRIVNING INOM 14 RESPEKTIVE 28 DAGAR EFTER VÅRD FÖR SCHIZOFRENI

Ungefär en procent av befolkningen kommer under sin livstid att insjukna i schizofreni och 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.

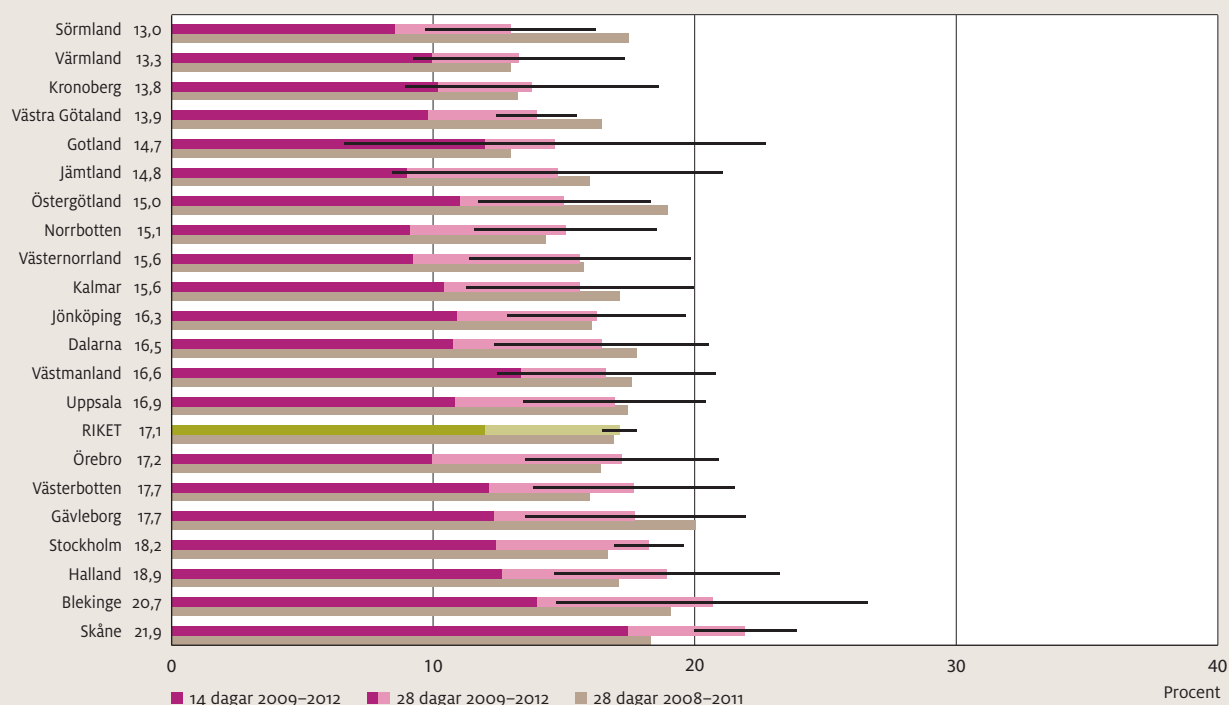
Indikatorn ingår i de preliminära nationella riktlinjerna för psykosociala insatser vid schizofreni. Inventeringar har visat att slutenvården till del har ersatts med kommunala boenden. Indikatorn återinskrivning inom 14 respektive 28 dagar syftar till att belysa alltför tidig utskrivning från slutenvården, 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 132 visar andelen patienter som har vårdats med diagnosen schizofreni under perioden 2009–2011 och som återinskrivits vid psykiatrisk klinik inom 14 respektive 28 dagar, således till och med januari 2012. Mätperioden innefattar flera år eftersom antalet fall per år är relativt lågt och ett sammanvägt årligt genomsnittligt värde under en längre mätperiod minskar den statistiska osäkerheten.

I riket återinskrivs knappt 12 procent inom 14 dagar och drygt 17 procent inom 28 dagar. I riket är andelen återinskrivna lika för kvinnor och män. I stort sett har andelarna legat på samma nivå under hela 2000-talet. 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 ligger mellan 13–22

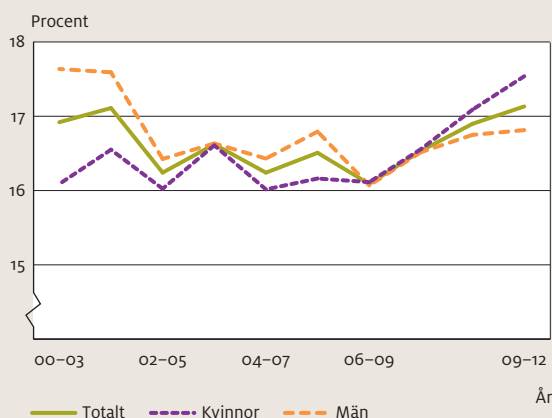
procent återinskrivna inom 28 dagar och mellan 9 och 17 inom 14 dagar. Indikationerna för inläggning i slutenvård kan påverka utfallet.

DIAGRAM 132 – TOTALT: Andel personer med schizofreni som återinskrivits i slutenvård inom 14 respektive 28 dagar, 2009–2012. Avser patienter 20–59 år.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 132 – RIKET: Andel personer med schizofreni som återinskrivits i slutenvård inom 28 dagar. Avser patienter 20–59 år.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

133 ÅTERINSKRIVNING INOM 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.

Diagram 133 visar andelen patienter med diagnosen schizofreni som har vårdats under åren 2009–2011 och återinskrivits till psykiatrisk klinik inom 3 respektive 6 månader, således till och med juni 2012. Mätperioden innefattar flera år eftersom det gäller relativt få fall per år, och ett sammanvägt årligt genomsnittligt värde under en längre mätperiod minskar den statistiska osäkerheten.

I riket återinskrivs knappt 29 procent inom 3 månader och knappt 38 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 ligger mellan 30 och 45 procent återinskrivningar inom 6 månader och mellan 23 och 34

DIAGRAM 133 – TOTALT: Andel personer med schizofreni som återinskrivits i slutenvård inom 3 respektive 6 månader, 2009–2012. Avser patienter 20–59 år.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

procent återinskrivningar inom 3 månader. I stort sett har andelarna legat på samma nivå under hela 2000-talet.

Indikationerna för inläggning i slutenvård och organisationen av öppenvården påverkar troligen utfallet. Denna indikator behöver utvecklas, för att försöka klargöra i vilken mån den fungerar bra som

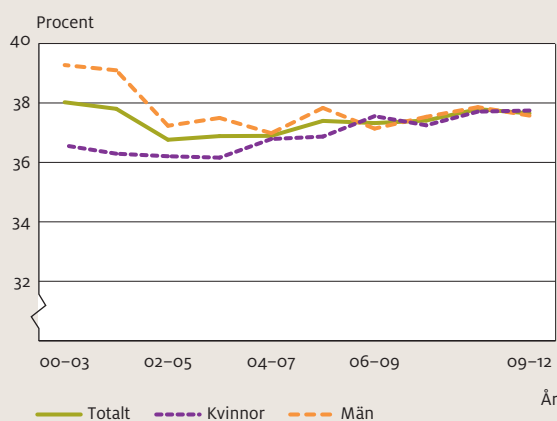
en indikator på kvaliteten i den psykiatriska öppenvården och i samspelet med kommuner och socialtjänst.

134 FÖLJSAMHET TILL LITIUMBEHANDLING VID BIPOLÄR SJUKDOM

Enligt de nationella riktlinjerna för vård av depression och ångestsjukdomar har litium god återfallsförebyggande effekt vid bipolär sjukdom och kan förhindra återfall i depressioner eller i maniska perioder. När det gäller bipolär sjukdom är behandlingen högprioriterad i de nationella riktlinjerna. Enligt Socialstyrelsens nationella utvärdering av riktlinjerna har användningen av litium minskat något de senaste åren till förmån för andra stämningsstabiliserande läkemedel, samtidigt som andelen som inte behandlas med något stämningsstabiliserande läkemedel alls har ökat.

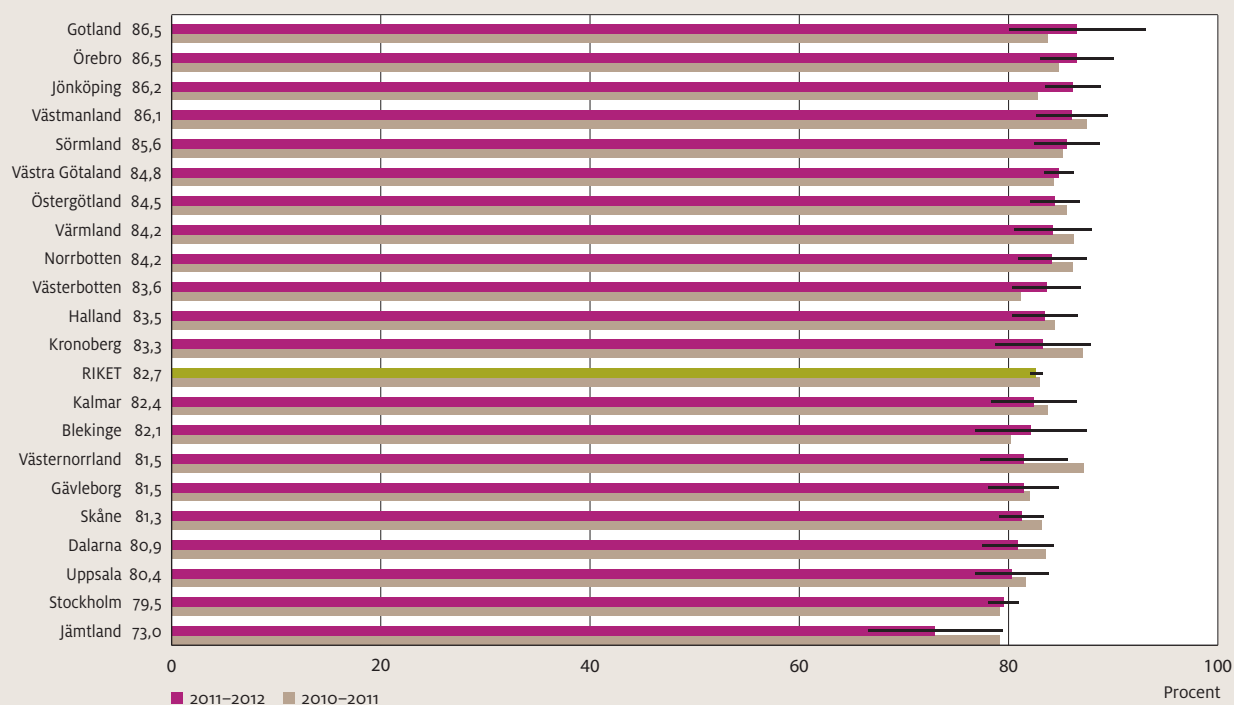
Förebyggande behandling med litium förhindrar inte återfallen helt, men eventuella återfallsepisoder blir oftast kortare och mindre svåra. Överdödligheten i självmord och hjärt- och kärlsjukdom minskar också. Många drabbas av biverkningar av litiumbehandling, som finvågig handskakning och effekter på ämnesomsättningen. Hos långtidsbehandlade är det vanligt med nedsatt njurfunktion.

DIAGRAM 133 – RIKET: Andel personer med schizofreni som återinskrivits i slutenvård inom 6 månader. Avser patienter 20–59 år.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 134 – TOTALT: Andel personer med regelbunden litiumbehandling 2011 med fortsatt följsamhet under 2012. Avser personer 18 år och äldre. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

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.

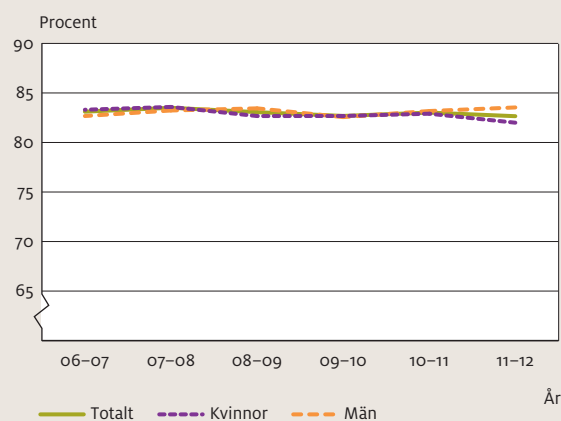
Indikatorn är ett försök att spegla följsamheten till behandling med litium i förebyggande syfte.

Diagram 134 visar andelen personer som fick regelbunden litiumbehandling år 2011 och som fortsatte med regelbunden behandling under 2012. Datakälla är Läkemedelsregistret. I riket är denna andel cirka 83 procent, något högre för män än för kvinnor. Inga större förändringar kan ses mellan åren. Även variationen mellan landstingen ser i stort sett likadan ut som föregående år och är 73–86 procent.

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 psykiatriens öppen- och slutenvård. Därför är det svårt att via hälsodataregister mäta hur stor andel av patienterna med bipolär sjukdom som står på litiumbehandling. Antalet personer med

läkemedelsbehandlingen är känd, men det råder viss osäkerhet om det totala antalet personer som har sjukdomen.

DIAGRAM 134 – RIKET: Andel personer med regelbunden litiumbehandling och fortsatt följsamhet. Avser personer 18 år och äldre. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

135 BESÖK INOM 30 DAGAR – BARN OCH UNGDOMSPSYKIATRI

2009 kom SKL och regeringen överens om en särskild satsning för barn och unga med psykisk ohälsa. Ett första mottagningsbesök hos den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrin ska kunna erbjudas inom 30 dagar, istället för de 90 dagar som omfattas av den nationella vårdgarantin. Från och med 2011 gäller att även fördjupad utredning och start av behandling ska kunna erbjudas inom 30 dagar.

Ekonomiska stimulansmedel utgår till de lands- ting/regioner som når mål om hur stor andel av patienterna som når tidsgränserna för den särskilda satsningen.

Indikatorn baseras på uppgifter som varje månad rapporteras till den nationella väntetidsdatabasen. Måttet definieras som antal barn och unga som väntat högst 30 dagar på besök till barn- och ung-

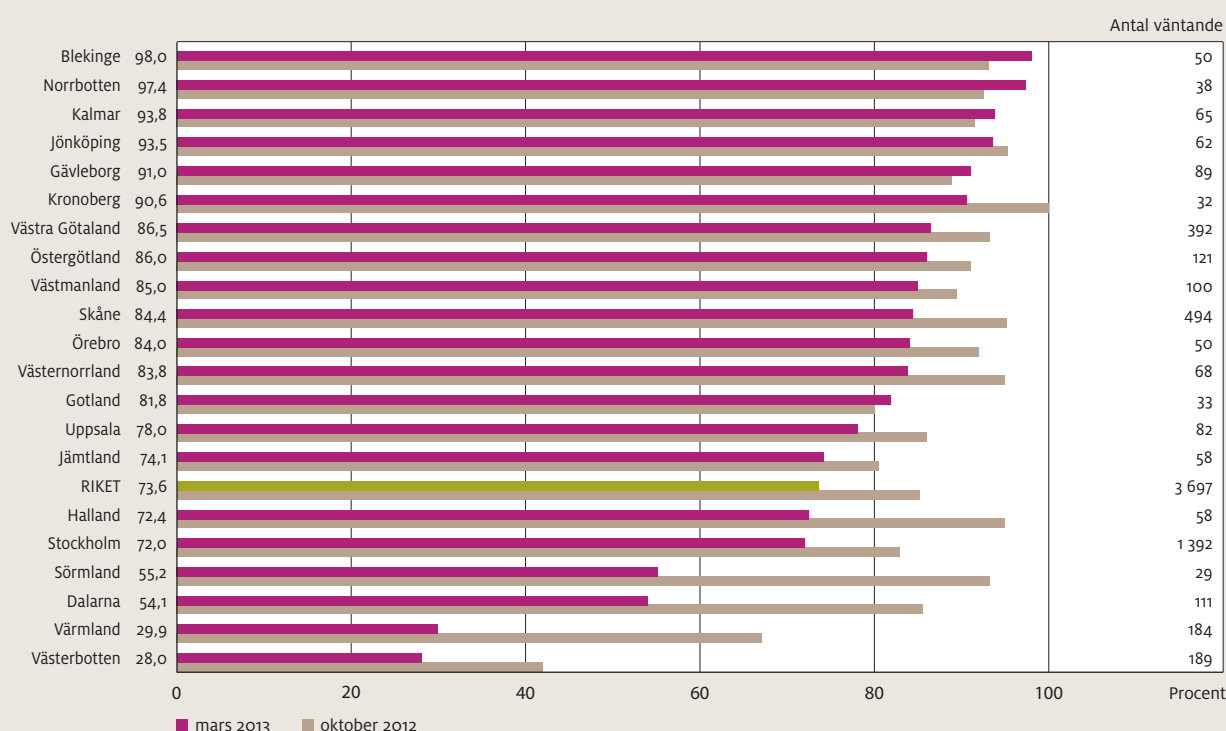
domspsykiatrisk mottagning av alla väntande barn och unga.

Det finns metodproblem att beakta i all uppföljning av väntetider. Mycket tyder på att de medicinska indikationerna, kriterierna för när en patient ska ges en viss behandling, varierar avsevärt inom landet. Detta medför att en del patienter uppsatta på väntelista kanske inte alltid skulle vara aktuella för denna åtgärd.

I diagram 135 visas andelen barn och unga som väntat högst 30 dagar på ett första besök inom barn- och ungdomspsykiatri 31 mars 2013. I riket är andelen som väntat högst 30 dagar 74 procent, jämfört med oktober 2012 är det en minskning med närmare 12 procentenheter.

Antalet barn som väntade var i riket cirka 3 700 och av dessa hade cirka 2 700 väntat högst 30 dagar på ett förstabesök.

DIAGRAM 135 – TOTALT: Andel som väntat högst 30 dagar på besök inom barn- och ungdomspsykiatri, 31 mars 2013.



Källa: Väntetider i Vården, Sveriges Kommuner och Landsting.

136 BESÖK INOM 90 DAGAR – VUXENPSYKIATRI

Uppgifterna omfattar antal väntande för ett planerat första mottagningsbesök inom vuxenpsykiatri. Väntande definieras som såväl bokade och obokade patienter, för vilka ett beslut om vård fattats. Måttet definieras som antal patienter som väntat högst 90 dagar på besök till vuxenpsykiatrisk mottagning av alla väntande patienter.

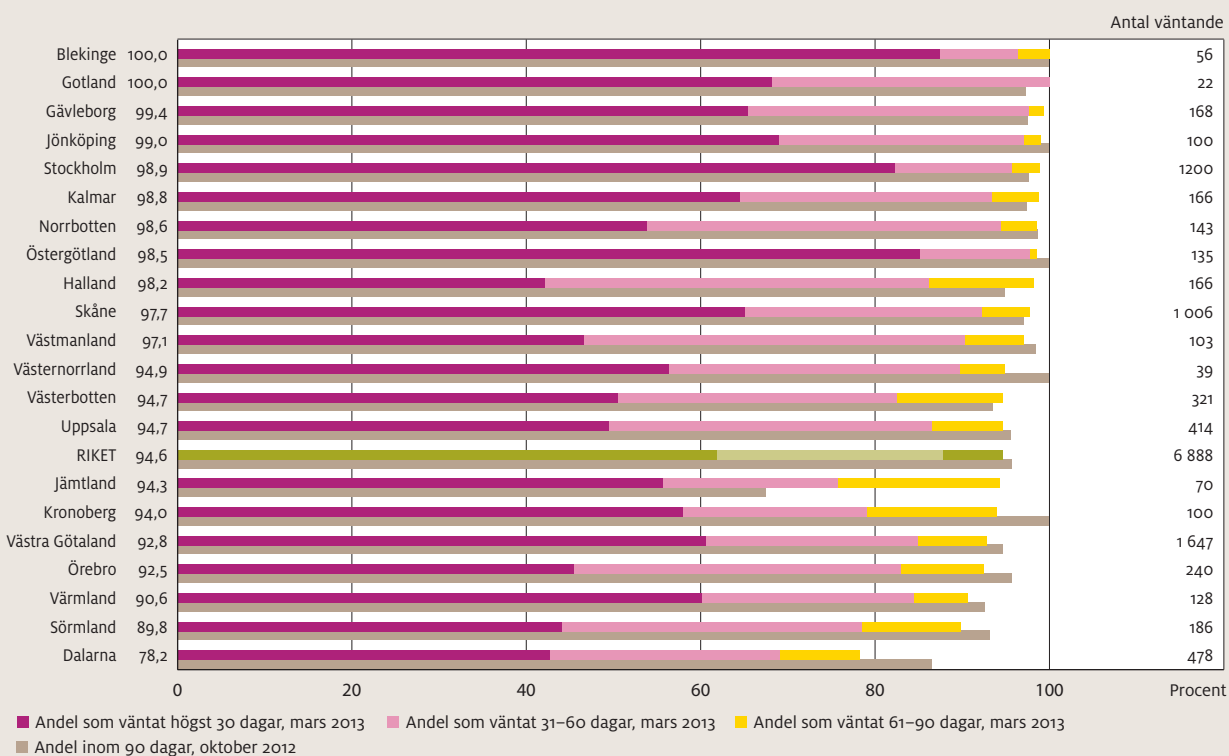
Det finns metodproblem att beakta i all uppföljning av väntetider. Mycket tyder på att de medicinska indikationerna, kriterierna för när en patient ska ges en viss behandling, varierar avsevärt inom landet. Detta medför att en del patienter uppsatta på väntelista kanske inte alltid skulle vara aktuella för denna åtgärd.

Andelen som har väntat högst 90 dagar har ökat något under det senaste året, drygt 95 procent i riket jämfört med 90 procent mars 2012. Av de som väntat 90 dagar har drygt hälften väntat i högst 30 dagar, med ganska kraftig variation mellan landstingen, och knappt 90 procent i högst 60 dagar. Även variationen mellan landstingen har minskat och sträcker sig nu från 78 till 100 procent.

I alla landsting utom två har 90 procent eller mer av patienterna väntat högst 90 dagar, vilket är samma resultat som i oktober 2012.

Totalt i riket är det cirka 6 900 patienter som väntar på ett besök till vuxenpsykiatri. Av dessa hade 6 500 väntat högst 90 dagar.

DIAGRAM 136 – TOTALT: Andel som väntat högst 90 dagar på besök inom vuxenpsykiatri, 31 mars 2013.



Källa: Väntetider i Vården, Sveriges Kommuner och Landsting.

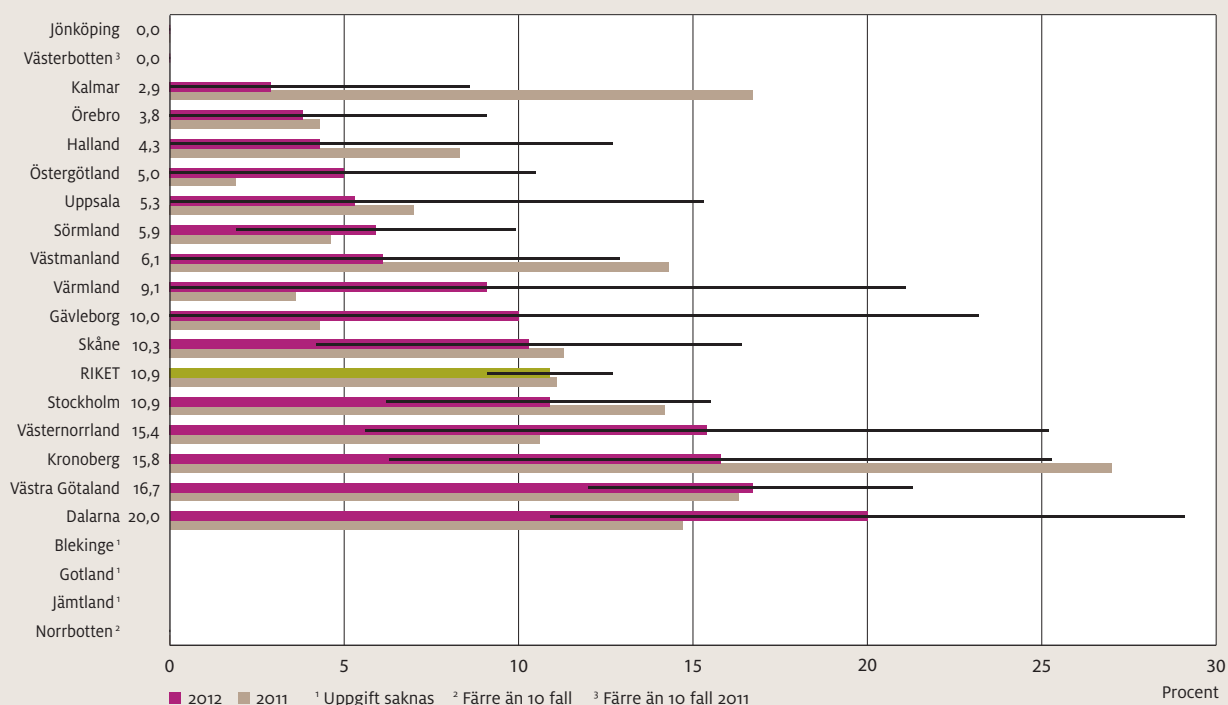
137 ÅTERFALL I BROTTSLIG GÄRNING VID RÄTTSPSYKIATRISK VÅRD

Cirka 1 500 individer vårdades enligt en inventering 2008 i rättspsykiatrisk vård. Den rättspsykiatriska vården innebär frihetsberövande och vården utövas enligt tvångslag. Målet med den rättspsykiatriska vården är att patienten ska klara av ett liv ute i samhället

utan att återinsjukna i psykisk ohälsa, missbruk och/eller brottslighet.

Vårdtiden är ofta lång, i snitt runt 5 år. Det medför att förtroendefulla behandlingsrelationer kan byggas upp mellan patienter och personal. Att vården bedrivs under tvång ställer samtidigt särskilda krav när det gäller att få patienten delaktig. Det är en grannlaga

DIAGRAM 137 – TOTALT: Andel patienter i rättspsykiatrisk vård som det senaste året återfallit i brottslig gärning, 2012.



Källa: RättspsyK – Nationellt kvalitetsregister för rättspsykiatrisk vård.

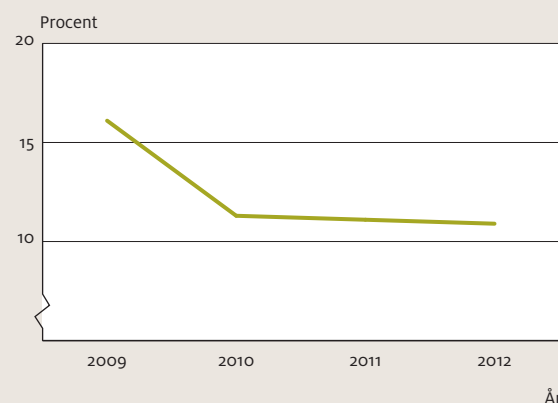
uppgift att bedriva vården med största hänsyn till patientens integritet och självbestämmande. Höga krav måste ställas på att vården är likvärdig i landet och bedrivs med hög kvalitet. De olika verksamheterna har ett stort behov av att kunna jämföra sina resultat med andra, för att både kunna förbättra och utveckla sin egen verksamhet.

Ett viktigt syfte med vården är att patienten inte ska begå nya brott. Diagram 137 visar återfall i brottslig gärning under pågående vård. Det hade varit önskvärt att kunna följa hur det går för patienterna efter utskrivning, genom att få tillgång till brottsregistret. Med nuvarande lagstiftning är detta inte möjligt och återfall i brott kan därmed inte mätas. Trots dessa svårigheter anser registret det angeläget att försöka mäta detta. Istället baseras uppgifterna på vad som blivit känt genom inkomna domar, personalens observationer eller patientens eller annans berättelse. Termen "brottslig gärning" är vald för att svara mot instruktionstexten till variabeln i registret. Denna lyder "sådan handling att polisanmälan gjorts eller grund för polisanmälan föreligger". För att en person ska anses ha begått ett brott ska detta ha avgjorts i domstol.

Källan till indikatorn är kvalitetsregistret RättspsyK. Täckningsgraden i registret är ungefär 90 procent,

under antagandet att antalet patienter i rättspsykiatrisk vård är oförändrat sedan den inventering som gjordes 2008. Från och med 2013 rapporterar alla kliniker till registret. Redovisning per landsting baseras på klinikers lokalisering, inte patienternas hemort. Denna indikator baseras på uppgifter om 1 152 patienter.

DIAGRAM 137 – RIKET: Andel patienter i rättspsykiatrisk vård som det senaste året återfallit i brottslig gärning.



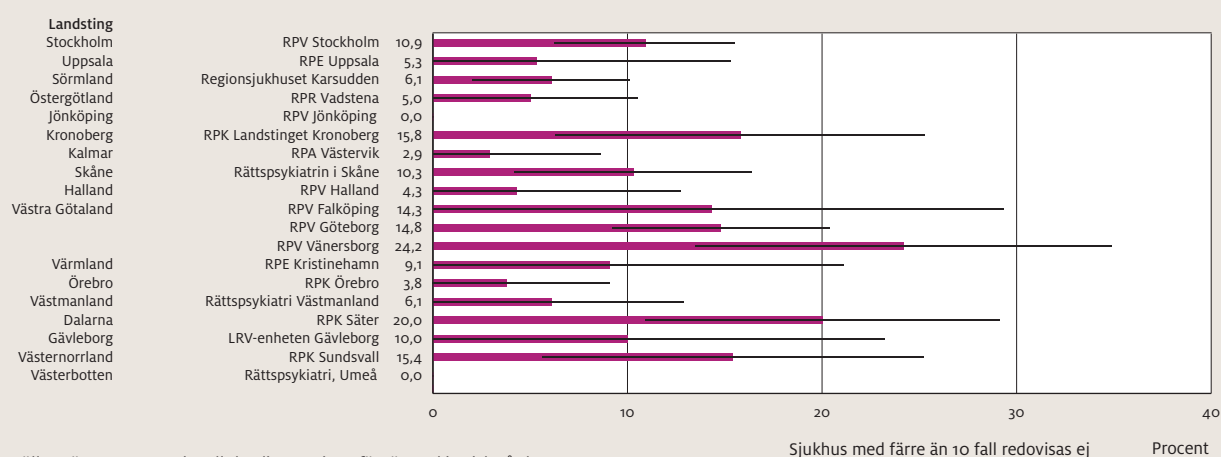
Källa: RättspsyK – Nationellt kvalitetsregister för rättspsykiatrisk vård.

Andelen som under det senaste året någon gång återfallit i brottslig gärning var i riket 10,9 procent 2012. De uppmätta skillnaderna mellan landsting (kliniker) är stora, men den statistiska osäkerheten är betydande.

Detta är femte året som indikatorn följs. Något förväntat värde kan därför inte anges, även om målet

är att ingen patient ska återfalla i brottslig gärning under pågående vård. Olikheter i respektive kliniks toleransnivå för brottslig gärning, exempelvis verbala hot, påverkar utfallet. Vidare kan olika uppfattningar om vad som är en brottslig gärning ha betydelse. Att indikatorn följs har lett till en diskussion för att nå samsyn i inrapporteringen.

DIAGRAM 137 – SJUKHUS: Andel patienter i rättspsykiatrisk vård som det senaste året återfallit i brottslig gärning, 2012.



Källa: RättspsyK – Nationellt kvalitetsregister för rättspsykiatrisk vård.

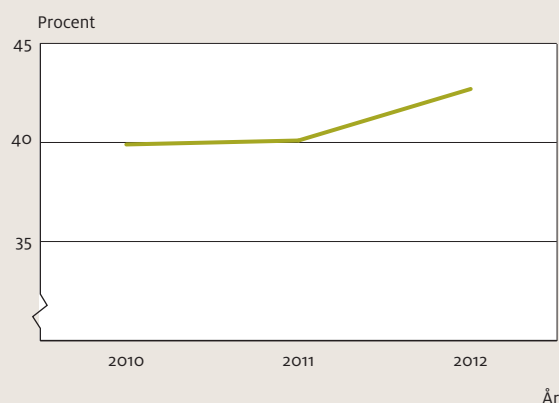
138 FETMA BLAND PATIENTER I RÄTTSPSYKIATRISK VÅRD

I gruppen psykiskt sjuka finns en somatisk översjuklighet och överdödlighet. Övervikt och fetma är en bidragande orsak till detta. Det är ett tecken på metabol störning och utgör ett växande problem generellt i Sverige. 10 procent av alla svenska män och kvinnor är drabbade av fetma, med vilket menas att de har ett BMI > 30. Bidragande faktorer är genetik, livsstilsfaktorer och socioekonomiska faktorer.

Generellt gäller att personer med psykisk sjukdom är drabbade av fetma i högre grad än befolkningen i övrigt. Bidragande orsaker kan vara ohälsosamma levnadsvanor såsom brist på fysisk aktivitet eller ofördelaktig kosthållning, liksom viss läkemedelsbehandling av den psykiska sjukdomen. Det finns också en underdiagnostik och underbehandling av somatiska sjukdomar hos personer med allvarlig psykisk störning, vilket framhålls i dokumentet "Kliniska riktlinjer för att förebygga och behandla metabol risk hos patienter med allvarlig psykisk störning", som 2009 arbetades fram av bland andra Svenska Psykiatriska föreningen. Problemet tas även upp i Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder utgiven av Socialstyrelsen 2012.

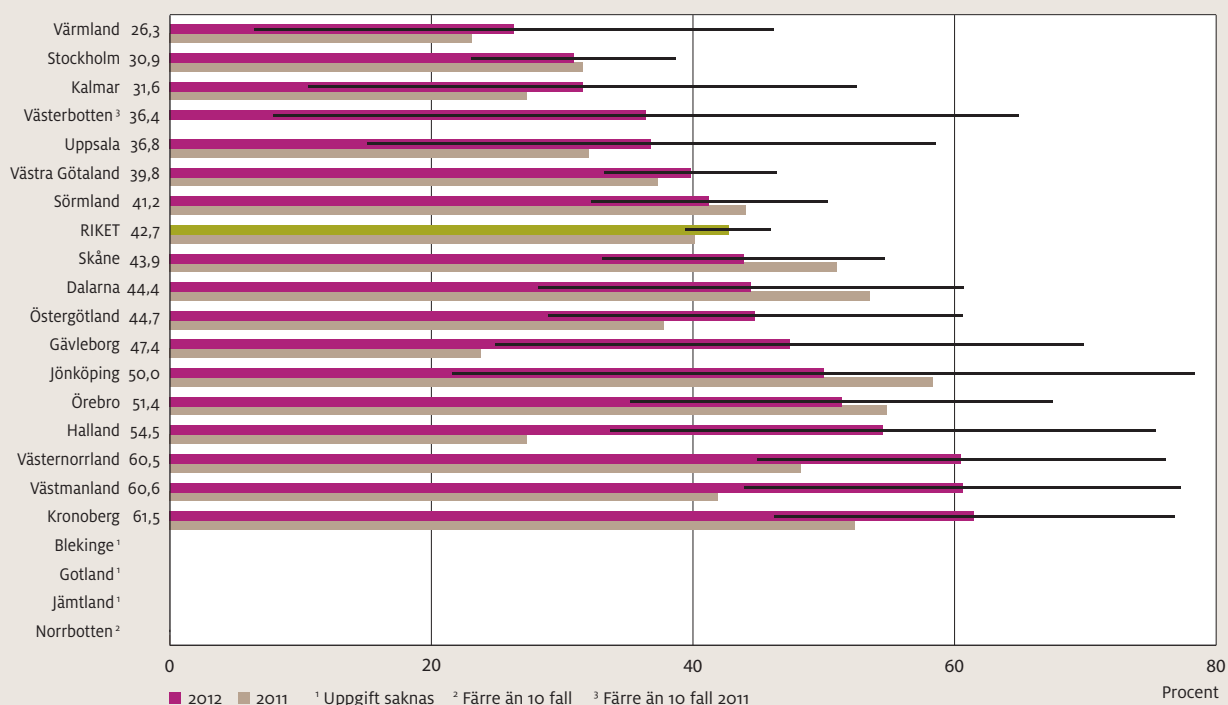
För rättspsykiatrisk vård innebär kombinationen med frihetsberövande och risk för fysisk inaktivitet i kombination med långa vårdtider och patienternas riskbeteende vad gäller rökning, övervikt och passivitet att det finns ett särskilt intresse att följa BMI. Därtill kommer att många patienter har kognitiva svårigheter vilket ger nedsatt förmåga att ta till sig

DIAGRAM 138 – RIKET: Andel patienter i rättspsykiatrisk vård med BMI över 30.



Källa: RättspsyK – Nationellt kvalitetsregister för rättspsykiatrisk vård.

DIAGRAM 138 – TOTALT: Andel patienter i rättspsykiatrisk vård med BMI över 30, 2012.



Källa: RättspsyK – Nationellt kvalitetsregister för rättspsykiatrisk vård.

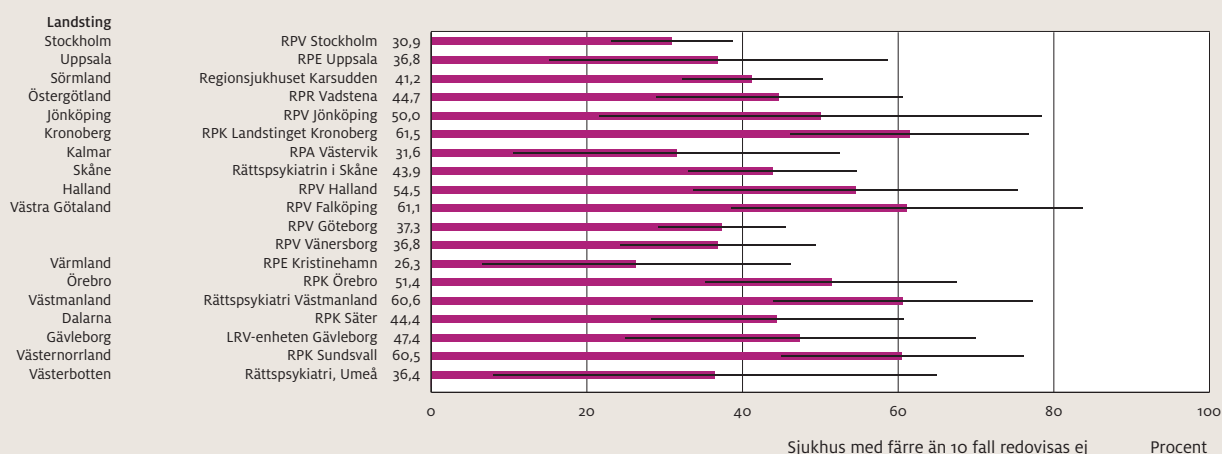
information. Många läkemedel har indirekt påverkan på vikten genom att bidra till ökad aptit.

Samtidigt ger de långa vårdtiderna förutsättningar att arbeta långsiktigt med motiverande och hälsofrämjande insatser. I samband med att RättspsyK startade har BMI getts allt mer uppmärksamhet och

ingår nu i ett av de måltal som formulerats nationellt i RättspsyK.

Indikatorn visar att år 2012 hade i genomsnitt 42,7 procent av patienterna ett BMI > 30, att jämföras med 10 procent i befolkningen som helhet. Jämförelsen baseras på knappt 900 patienter. Skillnaderna mellan

DIAGRAM 138 – SJUKHUS: Andel patienter i rättspsykiatrisk vård med BMI över 30, 2012.



Källa: RättspsyK – Nationellt kvalitetsregister för rättspsykiatrisk vård.

Sjukhus med färre än 10 fall redovisas ej

Procent

landstingen (kliniker) är stora, men kan påverkas av olikartad patientsammansättning. Antalet patienter är i flera fall även litet, vilket ökar påverkan från slumpfaktorer.

139 ECT VID SLUTENVÅRDAD SVÅR DEPRESSION

Depression är en folksjukdom och en av de vanligaste orsakerna till sjukskrivning. Bland personer i arbetsför ålder är en av de mest frekventa dödsorsakerna självmord, vilket ofta är resultatet av otillräckligt behandlad depression. Depressioner är vanliga vid kroniska kroppsliga sjukdomar och kan försämra sjukdomsförloppen och öka dödligheten. Många personer med depression har också andra psykiska störningar, framför allt ångesttillstånd, missbruk och personlighetsstörningar. Depression förekommer i olika svårighetsgrader. Svårare depression drabbar omkring 20 procent av kvinnorna och 11 procent av männen någon gång före 70 år ålder, enligt den svenska Lundbystudien.

Elektrokonvulsiv terapi, ECT, är den mest effektiva behandlingen vid svår eller psykotisk depression. Mer än 80 procent av patienterna med svår depression får reducerade symptom av ECT. Behandlingen ges i regel

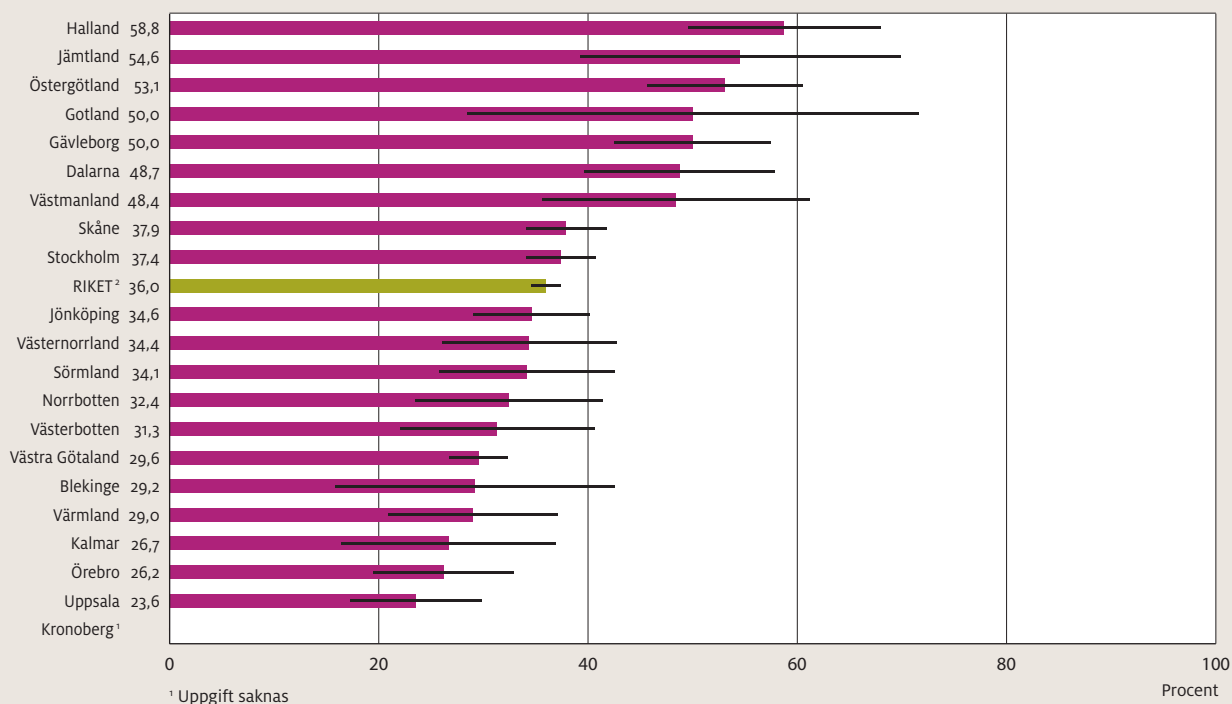
med tre behandlingstillfällen per vecka under ungefär tre veckors tid med målsättningen att patientens ska bli symptomfri. Olika kognitiva störningar förekommer ofta vid depression och kan vara långvariga. Minnesstörningar är dessutom en vanlig biverkan till ECT. Efter ett depressivt skov kvarstår en hög risk för återinsjuknande och effektiv förebyggande behandling är därför angelägen. Antidepressiva läkemedel och litium används för att förebygga återinsjuknande. Fortsättnings- eller underhålls-ECT är aktuell för patienter där läkemedelsbehandling inte varit framgångsrik.

Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom anger att ECT vid slutenvårdad svår till mycket svår depression har hög prioritet.

Indikatorn visar hur stor andel av patienterna som slutenvårdats för svår till mycket svår depression som behandlats med ECT. Uppgift om patienter som slutenvårdats med de aktuella diagnoserna för depression har hämtats ifrån patientregistret och uppgift om åtgärden ECT har hämtats från Kvalitetsregister ECT och patientregistret kombinerat. Indikatorn ingår i de nationella riktlinjerna för depression och ångestsjukdomar.

I riket behandlades under 2012 närmare 36 procent av de slutenvårdade patienterna med ECT.

DIAGRAM 139 – TOTALT: Andel patienter med svår slutenvårdad depression som givits ECT, 2012.



Källa: Kvalitetsregister ECT och Patientregistret, Socialstyrelsen.

Andelen varierade mellan 24 och 59 procent i olika landsting. En större andel av kvinnorna i patientgruppen fick ECT jämfört med männen, 38 procent respektive 33 procent. Jämförelsen baseras på 4 498 patienter som slutenvårdades med de aktuella diagnoserna.

Andelen av de slutenvårdade med svår depression som får ECT varierar stort mellan olika landsting. Styrgruppen för Kvalitetsregister ECT har satt som mål att minst 40 procent av patienterna som vårdas i slutenvård för svår depression bör erhålla ECT. Sju landsting nådde upp till detta mål.

En förklaring kan vara att ECT är en akutbehandling och tillgången till ECT begränsas på många håll av otillräckligt flexibla narkos- och andra resurser. Lokala behandlingstraditioner tycks fortfarande spela en roll för hur stor andel av de deprimerade som får ECT.

Patientregistret bedöms ha en hög täckningsgrad avseende slutenvårdstillfällena och diagnoser. Täckningsgraden för åtgärden ECT i patientregistret beräknas till 84 procent under 2012 och för Kvalitetsregister ECT till 76 procent. Eftersom bägge registren används i analysen bedöms den sammantagna täckningsgraden bli högre än 90 procent, men den kan variera i olika landsting.

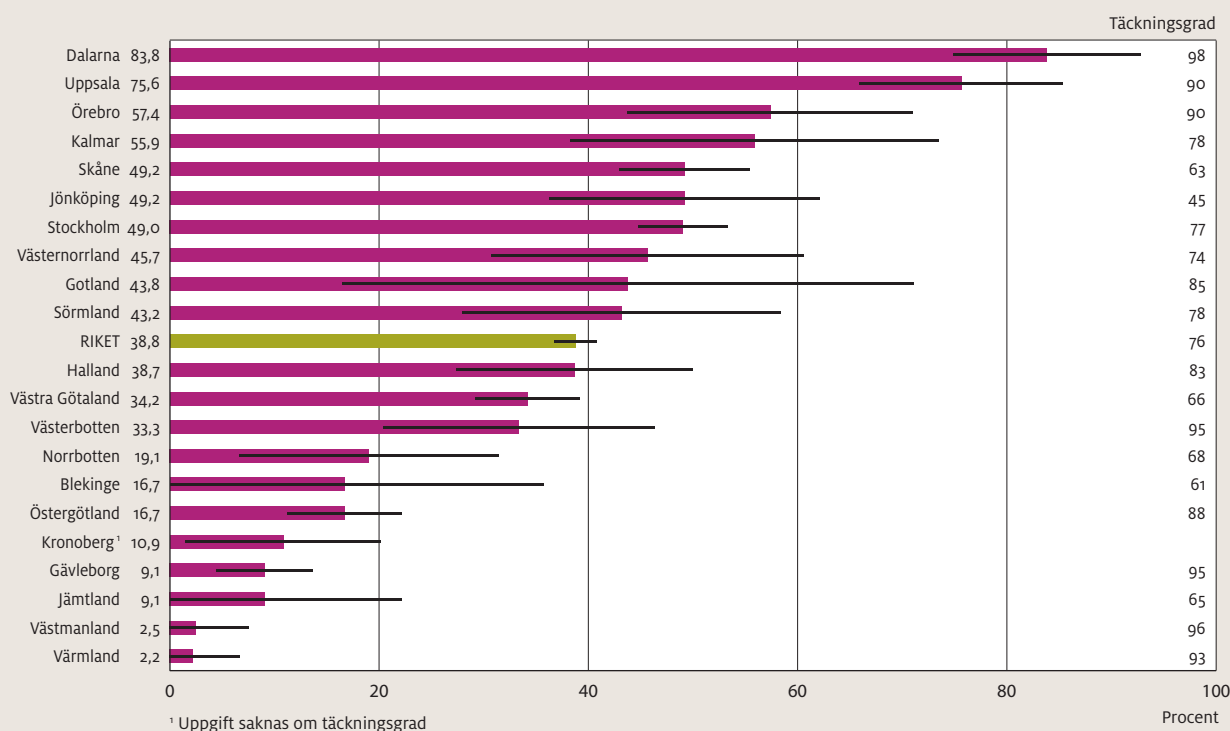
Antalet slutenvårdsplatser för patienter med depression är begränsat. I landsting med få slutenvårdsplatser bör andelen som får ECT vara något högre än i landsting med fler slutenvårdsplatser, eftersom ECT är särskilt angeläget för de patienter som har mest uttalade symtom.

140 DEPRESSIONSSKATTNING EFTER ECT

Målet med depressionsbehandling är att patienten ska bli symtomfri och återvinna funktionsförmågan. Kvarvarande symtom är en riskfaktor för snabbt recidiv. Att undersöka och dokumentera eventuella kvarvarande symtom är därför väsentligt. För detta ändamål finns flera symtomskattningsskalor. Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS) är den mest använda symtomskattningsskalan för depression i Sverige. Skalan har tio frågor. Den finns även i en variant för självskattning (MADRS-S) med nio frågor.

Indikatorn visar i hur stor andel av behandlingsserierna med ECT för depression som patienternas symptom utvärderats med MADRS eller MADRS-S inom en vecka efter ECT. Uppgifterna är hämtade ifrån Kvalitetsregister ECT och omfattar initiala, täta

DIAGRAM 140 – TOTALT: Andel patienter som utvärderats med MADRS/MADRS-S efter ECT vid depression, 2012.



Källa: Kvalitetsregister ECT.

ECT-serier men inte gles ECT (fortsättnings- eller underhålls-ECT).

Andelen av ECT-serierna där patienternas symtom utvärderats med MADRS/MADRS-S var under 2012 i riket knappt 39 procent. Variationen mellan landsting var stor, med andelar från 2 till 84 procent i olika landsting. Kvinnliga patienters symtom utvärderades i 40 procent av fallen, jämfört med 38 procent för manliga patienter. Jämförelsen baseras på 2 197 behandlingsserier.

Det är stora variationer i användningen av MADRS/MADRS-S i olika landsting. Användningen var störst i Landstinget Dalarna och Landstinget i Uppsala län. Bägge dessa landsting har deltagit under flera år i

Kvalitetsregister ECT och arbetat intensivt med att bygga upp rutiner för att använda skattningsskalorna.

Skattningsskalorna kan underlätta detektion och dokumentation av kvarvarande symtom som underlag för en individuell anpassning av behandlingen. Vid ökad användning skulle skattningsskalorna också kunna användas för att jämföra behandlingsresultat mellan olika enheter.

Täckningsgraden för Kvalitetsregister ECT har beräknats genom sambearbetning med patientregistret till 76 procent, men den varierar i olika landsting. Lokalt kan andra skattningsskalor än MADRS/MADRS-S ha använts.

Kirurgisk behandling

Under denna rubrik redovisas 16 indikatorer som avser kirurgisk behandling. Alla är tidigare redovisade. Flera av operationerna är förhållandevis vanliga, som ljumsbräck och tonsilloperation. Detsamma gäller, om än i något lägre grad, obesitaskirurgi och galloperationer, medan kärlkirurgi har en mindre volym årliga operationer. Utöver mått på medicinska resultat ingår även redovisning av kostnader per operation för två av operationerna.

141 OMOOPERATION VID LJUMSKBRÄCK

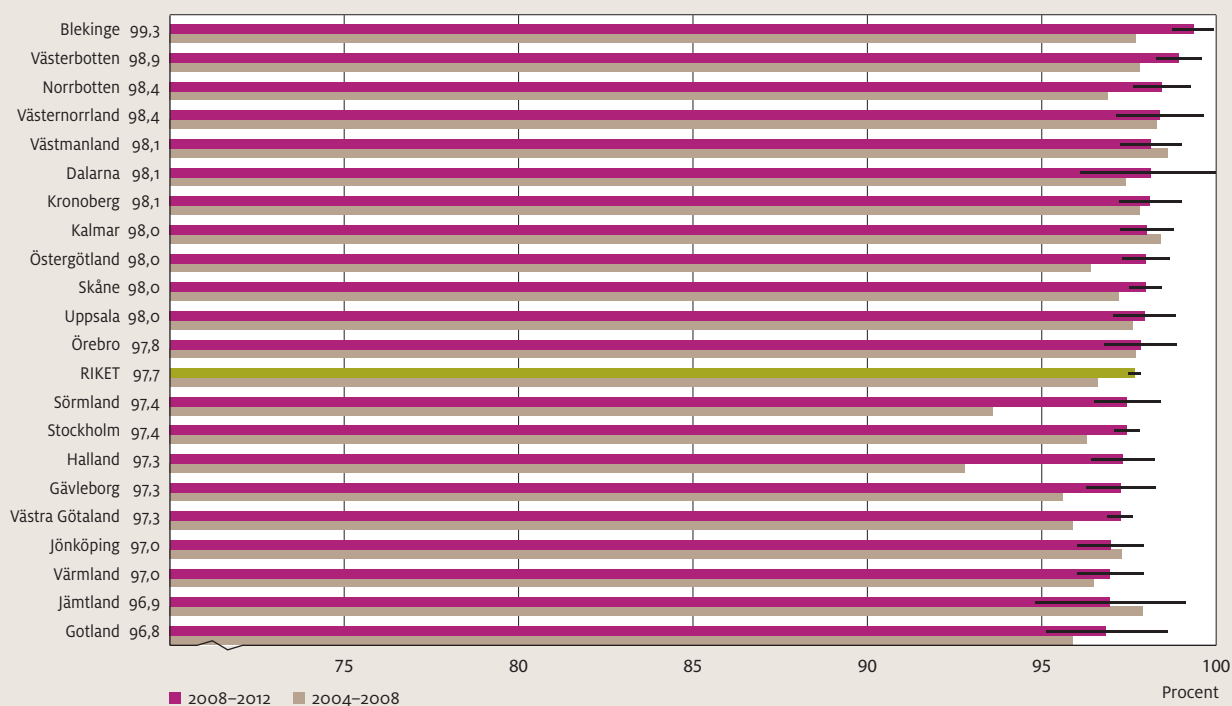
Operation för ljumskräck är den vanligaste allmänkirurgiska operationen i Sverige. Årligen utförs i landet drygt 18 000 ingrepp. Ljumskräck är betydligt vanligare bland män än bland kvinnor, vilket illustreras av att 92 procent av alla operationer utförs på män.

DIAGRAM 141 – RIKET: Andel ljumskräckopererade som inte omopereras inom 5 år.



Källa: Svenskt Bräckregister.

DIAGRAM 141 – TOTALT: Andel ljumskräckopererade som inte omopereras inom 5 år, 2008–2012.



Källa: Svenskt Bräckregister.

Under 2012 registrerades cirka 15 100 ljunskbråcksoperationer i Svenskt Bräckregister.

En lyckad bräckoperation är en okomplicerad åtgärd med cirka en veckas arbetsfrånvaro, oftast följd

av besvärslfrihet. Operationer för ljunskbräck kan dock leda till återfall av bräck och till kroniska smärttillstånd eller obehagskänslor. Återfallsbräck drabbade tidigare uppemot 20 procent av alla opererade

DIAGRAM 141 – SJUKHUS: Andel ljunskbräcksoopererade som inte omopereras inom 5 år, 2008–2012.



Källa: Svenskt Bräckregister.

patienter. Dagens operationsmetoder och material har medfört en stark minskning av frekvensen återfallsbräck.

Indikatorn visar den skattade "risken" att inte drabbas av omoperation inom fem år efter den utförda ljustbräckoperationen, det vill säga "överlevnad" enligt så kallad Kaplan-Meier-metod. Jämförelsen baseras på drygt 74 000 operationer rapporterade till Svenskt Bräckregister under perioden 2008–2012. Klinikens lokalisering styr landstingstillhörighet i redovisningen, inte patientens hemort.

I riket kan närmare 98 av 100 patienter förväntas slippa genomgå omoperation inom fem år. Det finns vissa men påtagligt små skillnader mellan landstingen, med en variation från 97 till 99 procent. I riket har resultatet länge varit bra, med smärre förbättringar över tid. För sjukhus är variationerna något större, vilket tyder på att det fortfarande finns en viss förbättringspotential inom svensk ljustbräckskirurgi.

142 DAGKIRURGISKA OPERATIONER VID LJUMSKBRÄCK

Ljustbräckoperation kan ofta göras som dagkirurgi, vilket är mindre resurskrävande än om patienten

skrivs in i slutenvården. Indikatorn syftar till att påvisa variation i resursanvändning, inte till att spegla kvalitetsvariation.

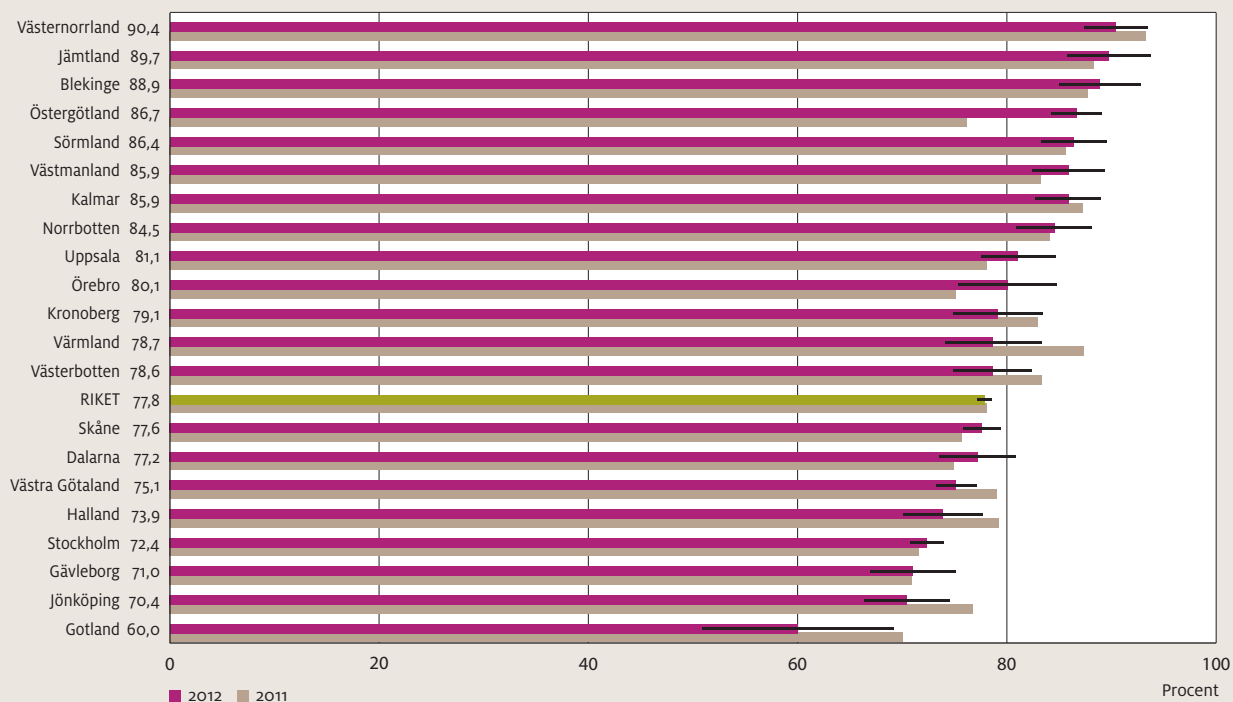
Indikatorn visar andelen ljustbräckoperationer som utfördes som dagkirurgi under mätperioden. Alla operationer ingår i jämförelsen, som baseras

DIAGRAM 142 – RIKET: Andel ljustbräckoperationer utförda i dagkirurgi.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 142 – TOTALT: Andel ljustbräckoperationer utförda i dagkirurgi, 2012.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

på drygt 14 000 ljumskräckoperationer som 2012 rapporterades till patientregistret. Redovisningen på landsting baseras på patientens hemort. Det finns en underrapportering av framförallt privat utförda operationer i öppen vård.

2012 utfördes i riket drygt 11 100 eller 78 procent av operationerna i dagkirurgi. Andelen är ungefär densamma som de senaste årens. Ett landsting utförde 90 procent av sina operationer som dagkirurgi, medan ungefär hälften av landstingen har en dagkirurgian-del på under 80 procent.

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 dagkirurgianandel kan förklaras av att patienterna skulle ha olikartade behov och förutsättningar.

Det finns lokala skillnader som kan påverka andelen operationer som utförs i dagkirurgi. Vissa kliniker opererar till exempel fler bräck som är tekniskt krävande, fler återfallsbräck och akuta bräckoperationer, medan andra framförallt opererar okomplicerade förstagångsbräck. Detta spelar roll främst vid jämförelser mellan kliniker.

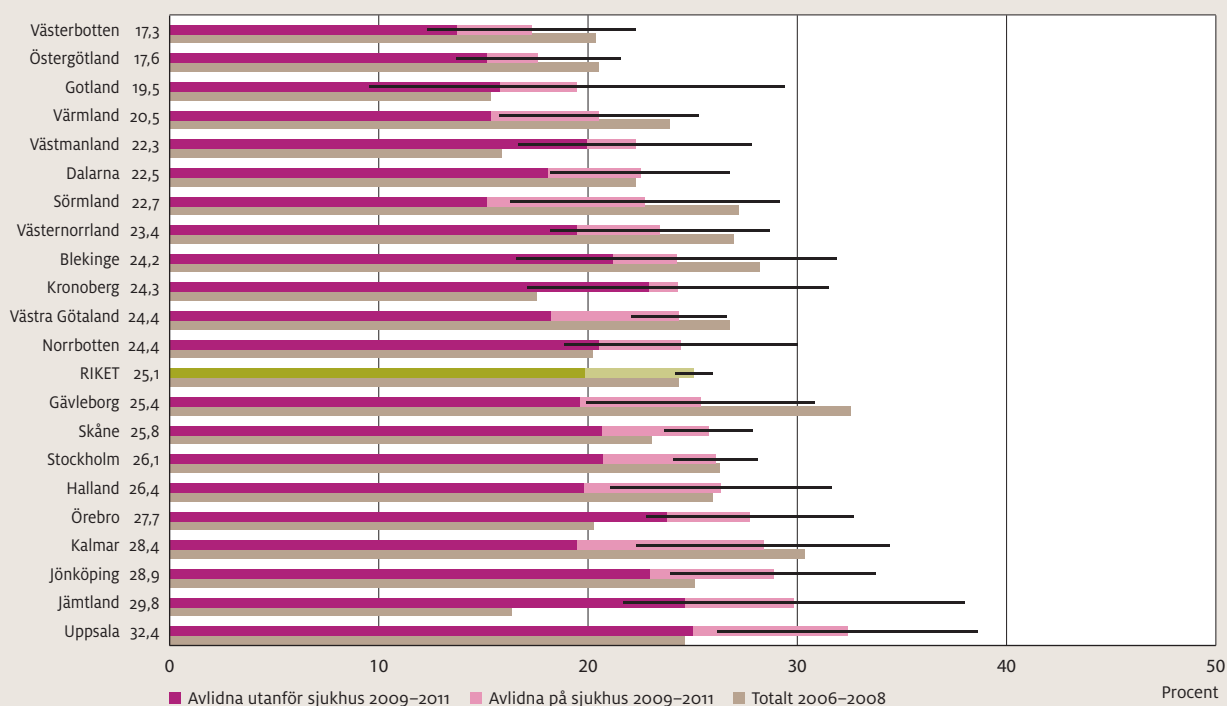
143 DÖDLIGHET EFTER VÅRD FÖR BLÖDANDE MAGSÅR

Blödande magsår är ett akut livshotande tillstånd som kräver sjukhusvård. Risken ökar kraftigt med stigande ålder. Män löper större risk än kvinnor att insjukna.

Enligt en rapport från SBU från 2011 beräknas 7–10 personer i Sverige insjukna per dag i blödande magsår och varannan till var tredje dag avlider någon till följd av sjukdomen. Enligt samma rapport framkommer att insjuknandet har långsamt minskat över tid, vilket förmodligen beror på att magsårsbakterien *Helicobacter pylori* minskar i befolkningen.

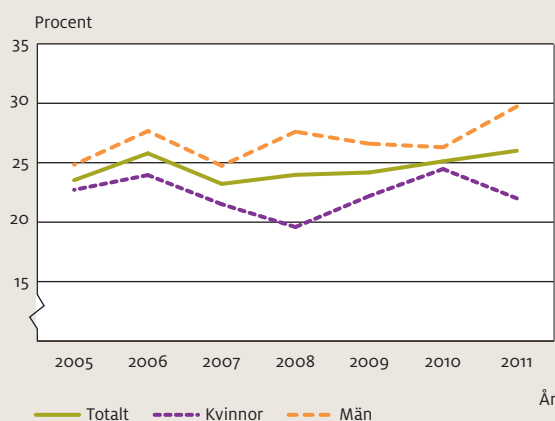
Etablerade riskfaktorer för blödande magsår är: Hög ålder, infektion med *Helicobacter pylori*, tidigare magsårssjukdom, bruk av smärtstillande och inflammationsdämpande medel (NSAID, ASA eller lågdos-ASA). På senare år har även användande av SSRI-preparat kopplats samman med en ökad risk. Antikoagulantia och kortikosteroider orsakar troligen inte magsår, men ökar risken för blödning från ett magsår. I flera studier har samsjuklighet, främst hjärt-kärlsjukdom, visat sig öka risken för insjuknande, medan det inte råder samstämmighet huruvida livsstilsfaktorer som rökning och alkoholkonsumtion utgör oberoende riskfaktorer.

DIAGRAM 143 – TOTALT: Andel döda inom 1 år efter sjukhusvård för blödande magsår, 2009–2011. Åldersstandardiserade värden.



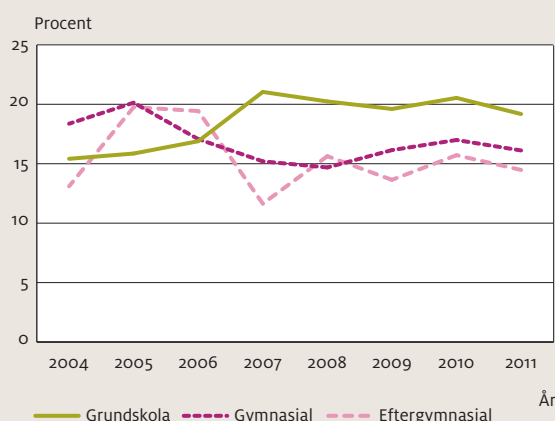
Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 143 – RIKET: Andel döda inom 1 år efter sjukhusvård för blödande magsår. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 143A – TOTALT: Andel döda inom 1 år efter sjukhusvård för blödande magsår efter utbildningsnivå. Avser patienter 45–79 år. Åldersstandardiserade värden.



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

Risken att dö inom ett år efter blödande magsår kan ses som en indikator på hur väl sjukvården klarar såväl det akuta omhändertagandet, med påverkan på dödlighet under sjukhusvården, som dödligheten efter det att patienten skrivits ut från sjukhus. Den senare kan möjligen ses som en indikator på kvaliteten i efterföljande vård.

Indikatorn visar andelen patienter som avled inom 1 år efter slutenvård för blödande magsår. Som magsår räknas fall med någon diagnos för blödande magsår i patientregistrets slutenvårdsdel under mätperioden. Jämförelsen omfattar enbart förstagsfall, definierat som personer som inte vårdats för blödande magsår under de fem föregående åren. Antalet patienter

uppgick till drygt 8 500 personer under den studerade treårsperioden.

Under mätperioden 2009–2011 avled drygt 25 procent av dessa patienter inom ett år, i genomsnitt cirka 700 personer per år. Det sker inga stora förändringar över tid. Det finns en ganska stor variation i dödlighet efter blödande magsår mellan landstingen, för båda könen från 17 till 32 procent. Dödligheten är lägre för kvinnor än för män: 23 procent avled bland kvinnorna, jämfört med drygt 27 procent bland männen. Även andelen dödsfall som skedde under sjukhusvistelsen varierar mellan landstingen. En dryg femtedel av de som avled, avled under sjukhusvistelsen.

Variationen kan ha flera orsaker, bland annat tillförlitligheten i diagnossättning, skillnader i bakgrundsfaktorer såsom annan sjuklighet, sociala faktorer och slumpmässiga avvikelser. Vårdrelaterade faktorer kan vara avståndet till akutsjukvård, det akuta omhändertagandet och kompetens hos tillgänglig personal i samband med detta. Vidare vårdinsatser efter sjukhusvistelsen och hänsynstagandet till riskfaktorer för att åter drabbas av ny blödning, bland de vårdgivare som möter patienten efter utskrivningen.

144 UPPFÖLJNING AV PATIENTER EFTER OBESITASKIRURGI

Antalet patienter som opereras för svår fetma har ökat påtagligt det senaste decenniet. 2011 utfördes cirka 8 300 operationer, att jämföra med cirka 700–800 per år i början av 2000-talet. Tre av fyra opererade är kvinnor. De patienter som opereras är inte sällan diabetiker, lider av hjärt-kärlsjukdom eller ledbesvär och löper högre risk för cancer och för tidig död.

Uppgifter om de patienter som opereras för fetma samlas i kvalitetsregistret SOReg, Scandinavian Obesity Surgery Register. Alla 45 enheter i landet som nu utför operationen rapporterar till registret och 2010 registrerades 97 procent av alla operationer som SOReg och patientregistret vid Socialstyrelsen kan identifiera. Vid dessa jämförelser av täckningsgrad fångar patientregistret 85 procent av operationerna, således en lägre andel än SOReg.

Alla patienter som opereras för svår fetma behöver följas upp efter operationen, av flera skäl. Alla patienter behöver behandling med vitamin B12 för att inte få blodbrist. Så gott som alla kvinnor i fertil ålder och även många män och äldre kvinnor behöver periodvis tillskott av järn för att inte utveckla järnbrist. Många personer har följsjukdomar till fetman som förändras efter att kroppsvikten ändras av operationen, till

DIAGRAM 144 – TOTALT: Andel patienter som följs upp 1 år efter obesitaskirurgi, 2011. Mätperioden avser operationsår.



Källa: Scandinavian Obesity Surgery Register.

exempel diabetes, högt blodtryck, sömnapné och belastningssmärter. Förändring av behandlingen av dessa kan då bli nödvändiga. Slutligen både förutsätter och leder operationerna till livsstilsförändringar i fråga om ätbeteende och fysisk aktivitet. Kontinuerlig kontakt med sjuk- och hälsovården kan då tänkas förstärka dessa livsstilsförändringar. Sjukvårdens förmåga att sköta denna uppföljning är en mycket viktig indikator på vårdens kvalitet.

Indikatorn visar hur stor andel av de opererade patienterna som följts upp vid en 1-årskontroll. Patienterna redovisas under sina respektive hemortslandsting, oavsett var operationen eller uppföljningen skett.

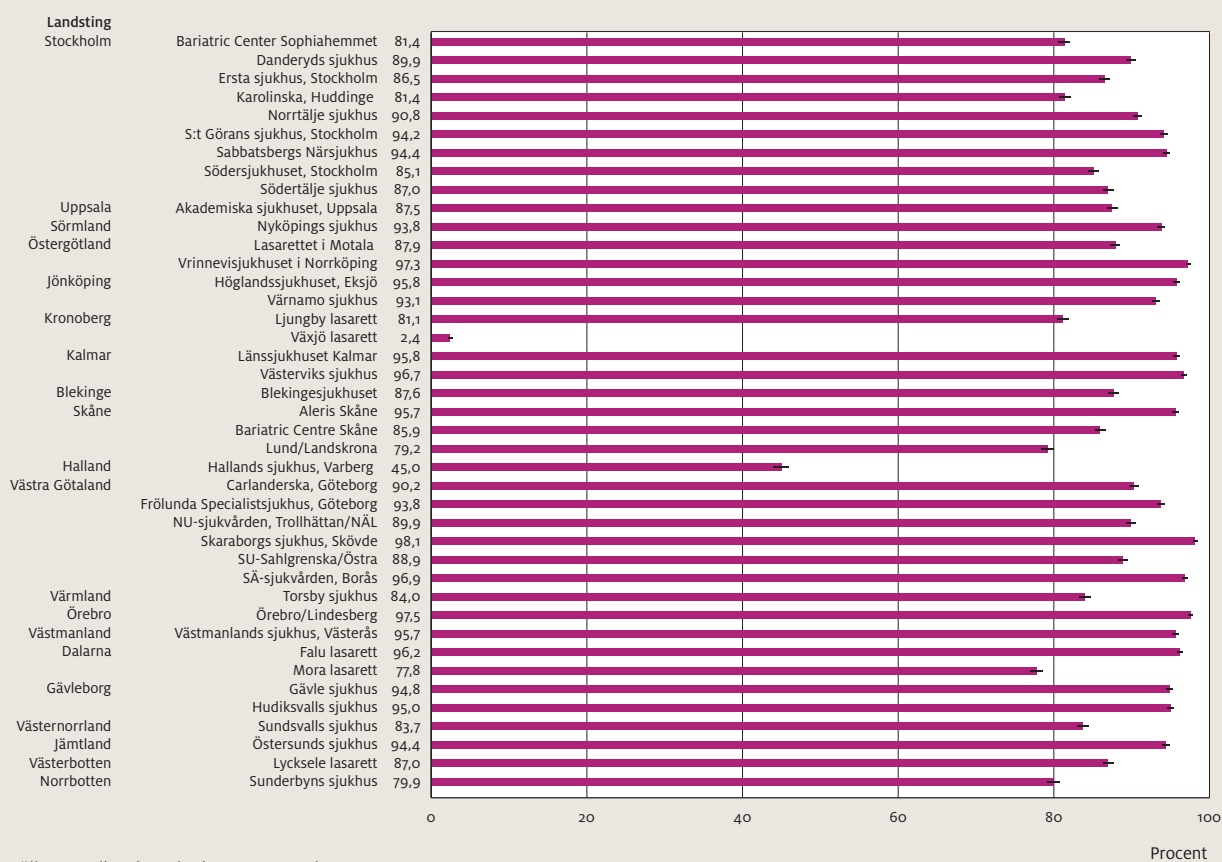
I riket hade 89 procent av patienterna följts upp efter ett år, med en spridning mellan landstingen från 70 till 97 procent. Andelen uppföljda kvinnor är något högre än den bland män, med 89 respektive 87 procent uppföljda. Jämförelsen baseras på 8 261 opererade patienter.

Det finns således stora skillnader i hur väl de olika landstingen förmått ta ansvar för uppföljningen ett år efter operationen och därmed finns det utrymme för förbättring. Det finns inget överenskommet målvärde för andelen som bör följas upp, men den borde omfatta samtliga fall, sånär som på de enskilda patienter

som av olika skäl inte hörsammar kallelse till uppföljning.

Patienter som genomgår obesitasoperation har visat sig vara en mobil patientgrupp som ofta söker vård utanför det egna hemlandstinget samtidigt som lång uppföljning krävs. Detta är ett förhållande som ställer vårderna inför nya utmaningar.

DIAGRAM 144 – SJUKHUS: Andel patienter som följs upp 1 år efter obesitaskirurgi, 2011. Mätperioden avser operationsår.



Källa: Scandinavian Obesity Surgery Register.

145 MINSKNING AV ÖVERVIKT EFTER OBESITASKIRURGI

Anledningen till att patienter söker kirurgisk hjälp för svår fetma är framförallt en önskan om att få hjälp med olika aspekter av den ofta svåra belastning på livskvaliteten som tillståndet innebär. Sjukvårdens målsättning med behandlingen är snarare bot och lindring av fetmans följdssjukdomar såsom diabetes, högt blodtryck, hjärt-kärlsjukdom och belastnings- och mekaniskt betingade besvär från leder och andra organsystem.

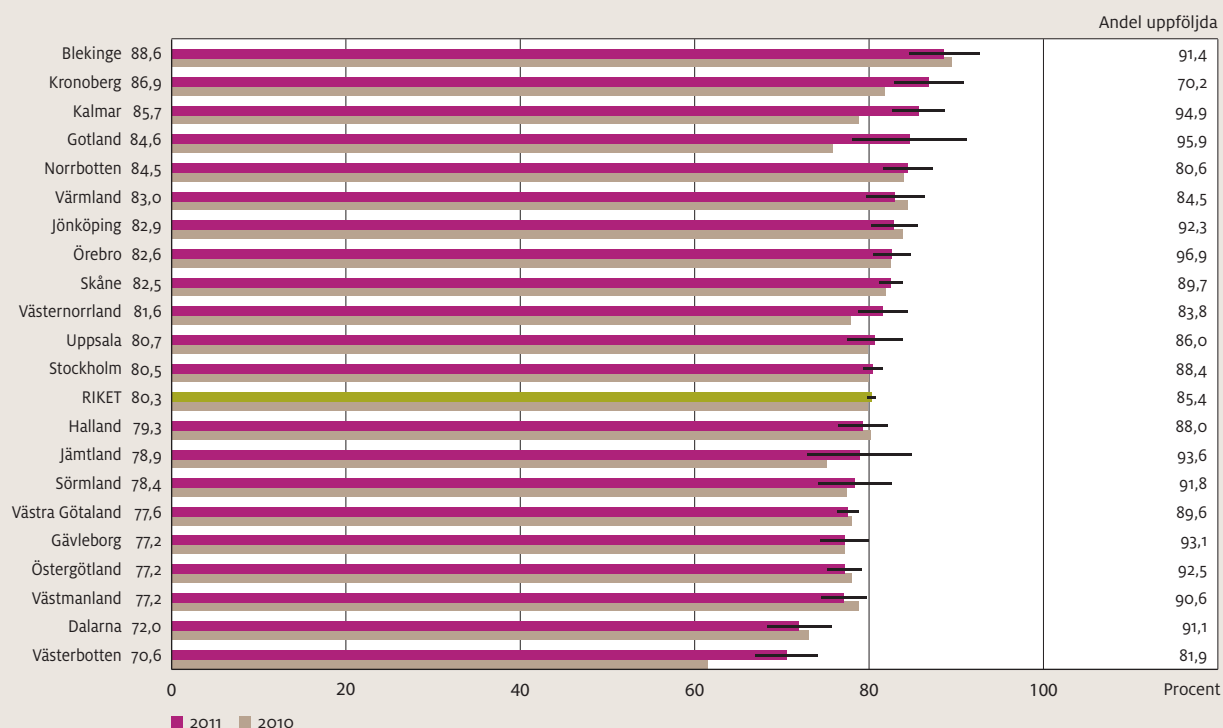
Det finns inget enda etablerat sammansatt resultatmått på dessa olika behandlingsmål. Här visas ett mått på vikttnedgångens storlek, trots att denna nedgång inte är ett egentligt behandlingsmål, inte är ett mål i sig. Men det finns åtminstone för en del av de medicinska behandlingsmålen ett samband med vikttnedgångens storlek, som motiverar att detta mått används. Dessutom har studier visat att för att erhålla bestående livskvalitetsförbättringar över lång tid måste vikttnedgången, förutom att vara bestående också vara betydande, minst 25 kg vilket som regel motsvarar halva övervikten.

Indikatorn visar i procent hur stor andel av patientens övervikt som försvunnit ett år efter operationen. Detta mått på vikttnedgång är ett internationellt etablerat mått inom obesitaskirurgin. Övervikt innan operationen definieras som antalet BMI-enheter som överstiger 25. Viktförändringen är antalet försvunna (undantagsvis vunna, vid viktökning) BMI-enheter vid mättillfället i förhållande till BMI-värdet innan operationen.

Patienter som omopererats men där den primära operationen gjordes före SORegs start har exkluderats. Patienterna redovisas under sina respektive hemortslandsting, oavsett var operationen eller uppföljningen skett. Enbart patienter som opererats med metoden gastric bypass ingår, den metod som används vid 97 procent av all obesitaskirurgi i Sverige.

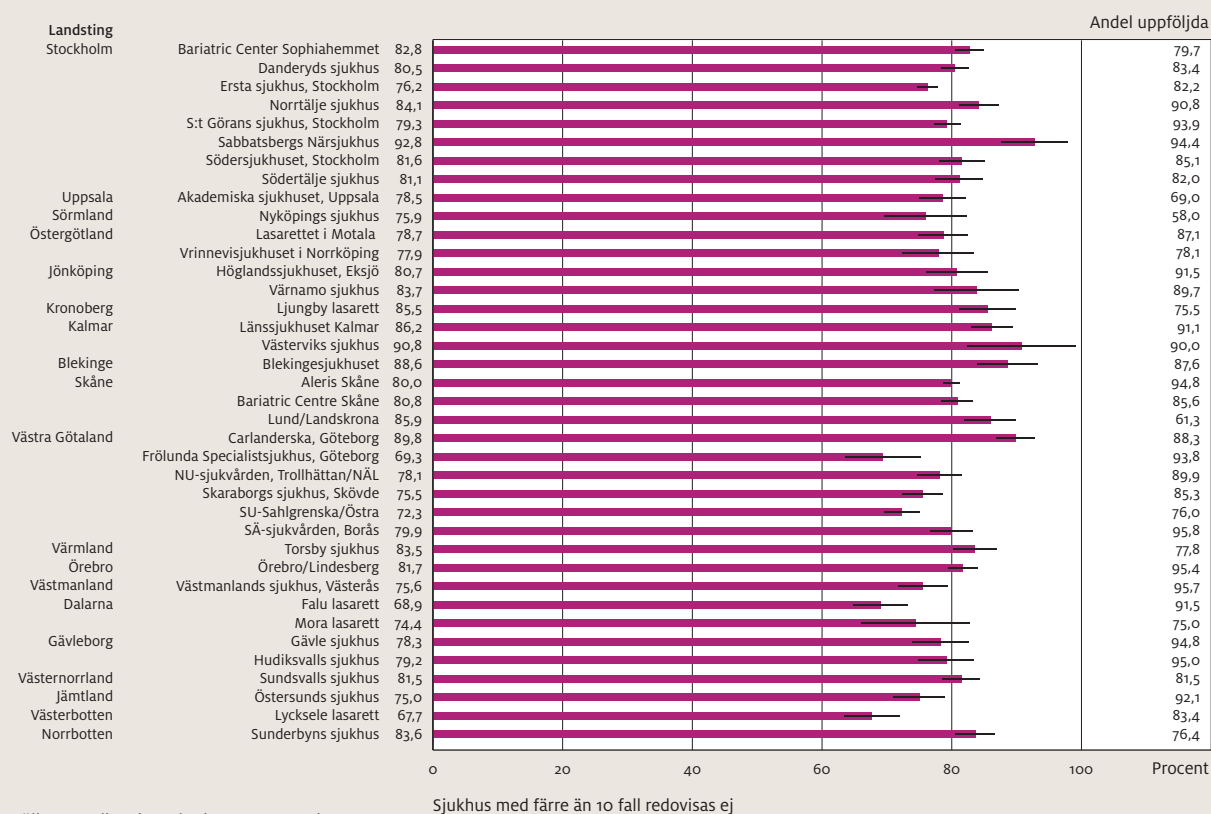
I riket har drygt 80 procent av patienternas övervikt före operationen försvunnit ett år efter operationen. De senaste åren har en viss förbättring i riket skett. Variationen mellan landsting sträcker sig från 71 till 89 procent. Kvinnors vikttnedgång är något större än mäns. Jämförelsen baseras på 6 975 patienter som

DIAGRAM 145 – TOTALT: Minskning av övervikt 1 år efter obesitaskirurgi, 2011. Mätperioden avser operationsår.



Källa: Scandinavian Obesity Surgery Register.

DIAGRAM 145 – SJUKHUS: Minskning av övervikt 1 år efter obesitaskirurgi, 2011. Mätperioden avser operationsår.



Källa: Scandinavian Obesity Surgery Register.

opererats under 2011 och vars viktnedgång efter ett år följdes upp. Andelen uppföljda är 85 procent i riket, men varierar mellan landstingen.

Ålder, grad av övervikt och kön är faktorer som påverkar viktnedgångens storlek. Sannolikt spelar omfattningen av uppföljning också roll för resultatet. Kirurgisk teknik har också betydelse. Båda dessa är faktorer som kan påverkas.

146 KOSTNAD PER DRG-POÄNG VID OBESITASKIRURGI

När kostnader per vårdtillfälle redovisas tas ingen hänsyn till olikheter i patientsammansättningen och till att enskilda vårdtillfällen kan kräva olika resursinsats trots att grundsjukdomen är densamma. I avsnittet om övergripande indikatorer och kostnader beskrivs kostnad per DRG-poäng, ett mått som relaterar kostnader till prestationer med en metod som innebär att hänsyn tas till resursinsatsen och är en uppskattning av hälso- och sjukvårdens produktivitet.

I KPP-databasen redovisas kostnader för 3 755 vårdtillfällen med obesitaskirurgi vilket motsvarar knappt hälften av samtliga obesitasoperationer.

I diagram 146 presenteras kostnader per DRG-poäng för obesitaskirurgi med åtgärds-koder för gastric by pass, vilket motsvarar de kvalitetsindikatorer som redovisats tidigare. Cirka 97 procent av samtliga obesitasoperationer görs med gastric by pass.

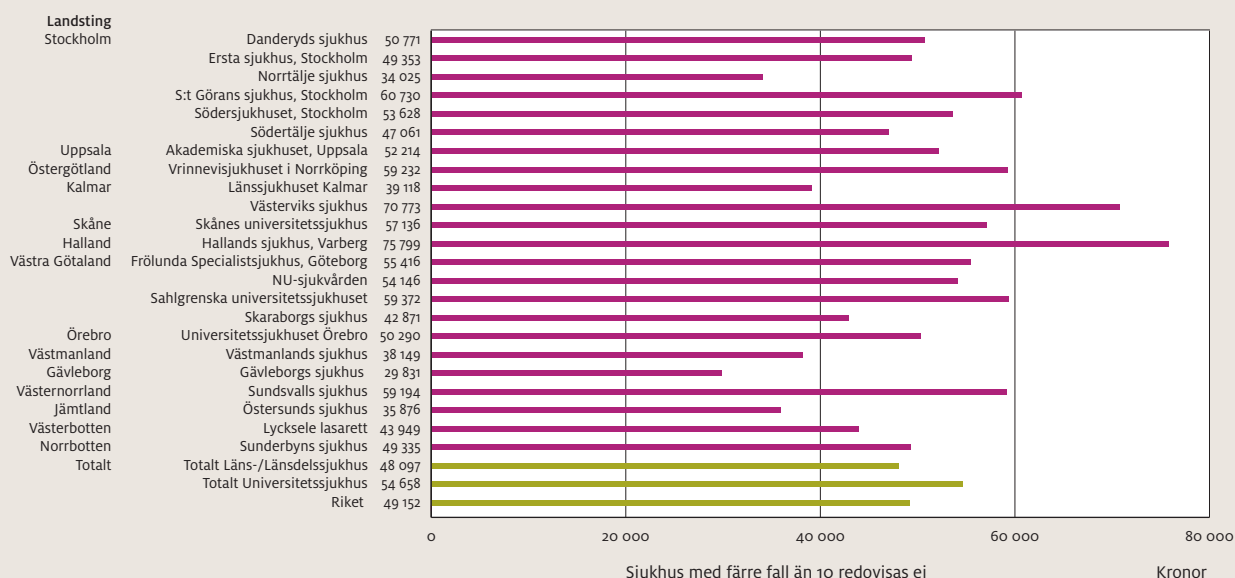
Kostnader för efterföljande uppföljningsbesök och läkemedelsanvändning i öppen vård ingår inte. I denna redovisning är det enbart de så kallade innerfallen som ingår, vilket innebär att de dyraste vårdtillfällena är exkluderade.

Det finns ett regelverk för hur kostnader ska kalkyleras och redovisas till KPP-databasen, till exempel vilka kostnader som ska ingå. Trots detta kan kalkylerna skilja sig mellan sjukhusen.

Den genomsnittliga kostnaden per DRG-poäng i KPP-databasen 2012 uppgick till 49 152 kronor. Variationen mellan sjukhusen är påtaglig, från drygt 29 800 kronor till knappt 75 800 kronor. Medelvårdtiden var 2 dagar.

Kostnadsskillnaderna kan bero på flera olika faktorer: Olikheter i patientsammansättning, vårdtidens längd samt skillnader i medicinsk praxis kan vara några orsaker. Skillnader i beräkningar av kostnadsdata kan också vara grund för variation.

DIAGRAM 146 – SJUKHUS: Kostnad per DRG-poäng för obesitasoperation, 2012.



147 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. För att ta bort dessa stenar som kvarstannat i gallgången används ofta endoskopisk retrograd kolangio-pankreatografi (ERCP), en endoskopisk metod med vilken man kan både kartlägga samt åtgärda stopp i gallgångarna. I Sverige utföres årligen drygt 7 500 ERCP.

Både vid operation för sten i gallblåsan och endoskopisk behandling av sten i gallgångarna finns en risk för någon form av postoperativ komplikation på mellan 5 och 10 procent. Allvarliga missöden vid kolecystektomi, som skadad gallgång eller död, drabbar 0,1–0,5 procent av patienterna. Nästan 80 procent av de opererade blir av med de besvär som operationen avsåg bota.

GallRiks, ett nationellt kvalitetsregister för gallstensoperationer, startades 2005 och har nu etablerats som

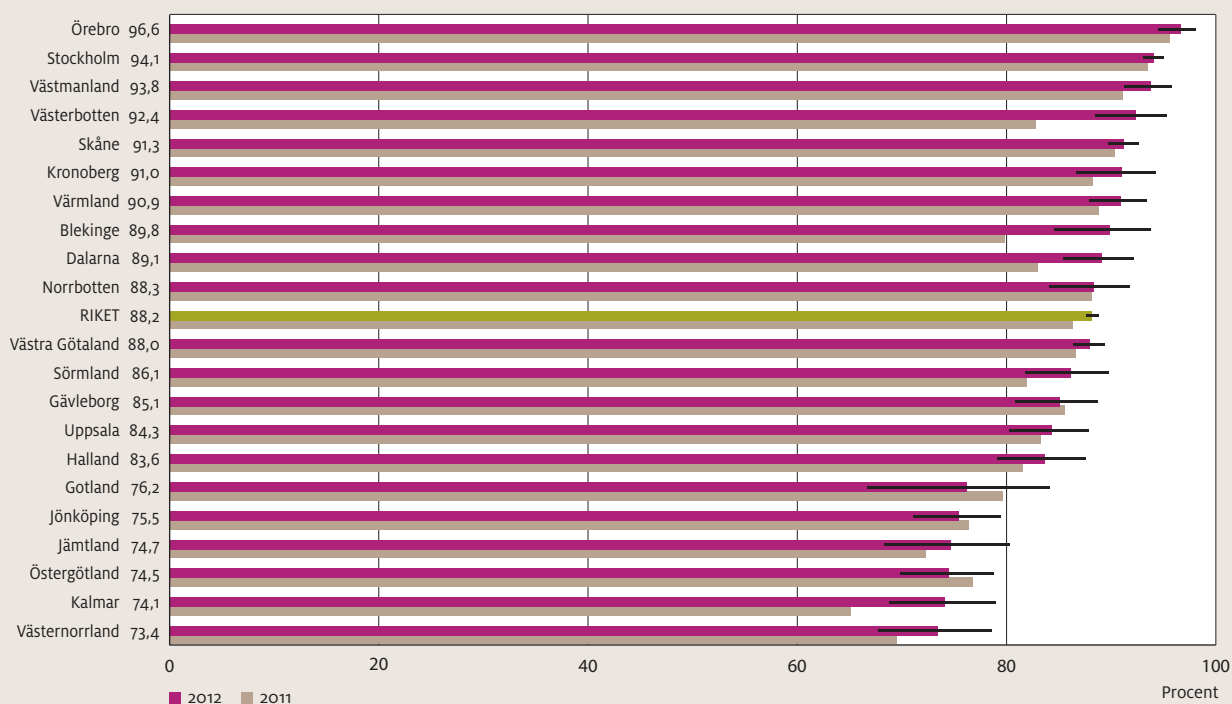
ett heltäckande nationellt register med 69 deltagande sjukhus (2013) och en täckningsgrad på över 90 procent (2009). GallRiks syfte är att bidra till att säkerställa en optimal kvalitet och säkerhet gällande den kirurgiska behandlingen av gallstenssjukdom i Sverige.

Vid operation för sten i gallblåsan tas gallblåsan bort. Det är bra om detta görs med så litet kirurgiskt trauma som möjligt för att därmed leda till ett snabbare tillfrisknande och ett skonsammare postoperativt förlopp. Olika operationsmetoder ger olika mycket kirurgiskt trauma, men i vissa fall kan inte valet av metod enbart ta hänsyn till det kirurgiska traumat, utan måste också vägas mot vad som är tekniskt möjligt och vilken metod som ger minst risk för komplikationer.

Indikatorn visar andelen patienter som genomgår kolecystektomi, borttagande av gallblåsa, med laparoskopisk metod eller som "mini-galla", med enbart ett kort snitt i bukväggen. Både akuta och planerade operationer ingår. Jämförelsen baseras på 11 400 operationer under mätperioden.

2012 inleddes i riket 95 procent av alla kolecystektomier med miniinvasiv metod, en viss ökning från 91 procent år 2009. Andelen operationer som genomförs med miniinvasiv teknik uppgick i riket till 88 procent och varierar mellan olika landsting, från

DIAGRAM 147 – TOTALT: Andel patienter som opereras med miniinvasiv teknik vid borttagande av gallblåsa, 2012.



Källa: GallRiks – Svenskt kvalitetsregister för gallstenskirurgi.

DIAGRAM 147 – RIKET: Andel patienter som opereras med miniinvasiv teknik vid borttagande av gallblåsa.



Källa: GallRiks – Svenskt kvalitetsregister för gallstenskirurgi.

drygt 73 till närmare 97 procent. Män opererades 2012 med miniinvasiv teknik i 82 procent och kvinnor i 91 procent av fallen.

Det finns ingen bestämd optimal nivå på andelen patienter som bör opereras med miniinvasiv teknik. Däremot kan variationen mellan olika landsting tala för att andelen kan öka ytterligare, utan några negativa medicinska konsekvenser.

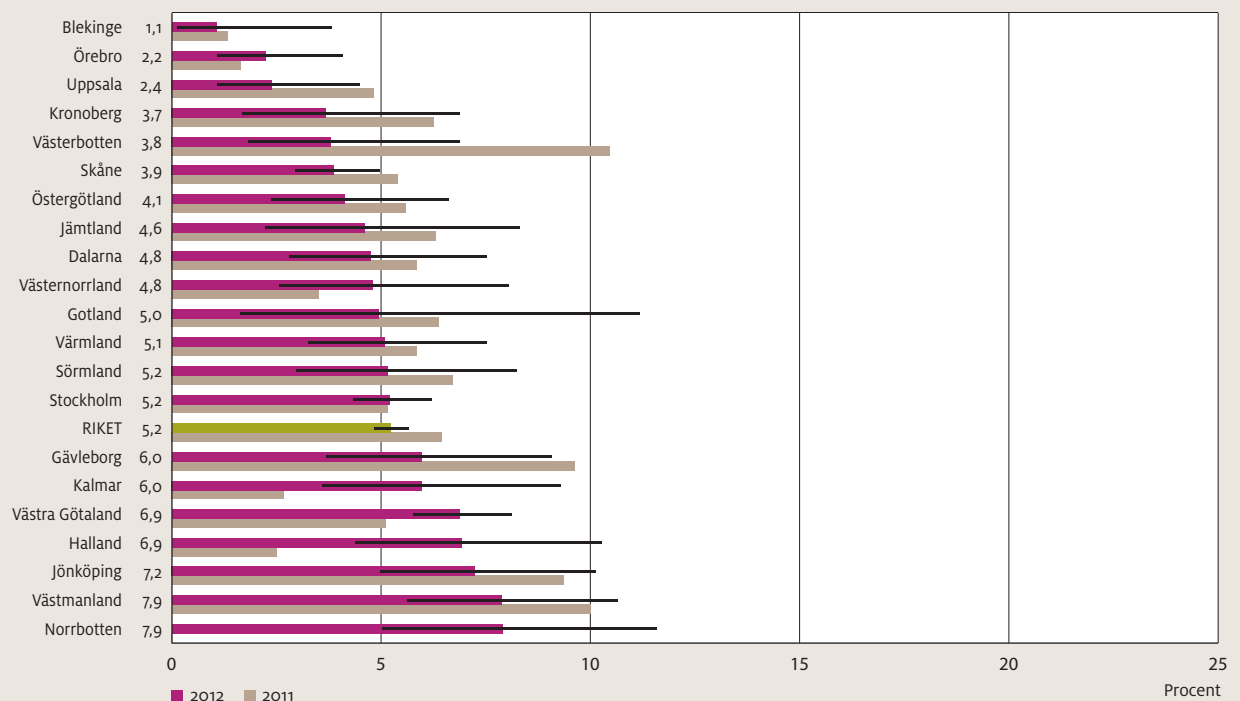
För både kvinnor och män ökar andelen som opereras med miniinvasiv metod. Att män oftare opereras med öppen teknik hänger sannolikt ihop med att en högre andel av operationerna hos män görs på indikationen gallstenskomplikation. Detta leder i sin tur även till en högre andel postoperativa komplikationer och bidrar till att en högre andel antibiotikaprofylax ges vid operationerna. Varför män har en mer avancerad gallstenssjukdom när de opereras är oklart och kommer att bli föremål för forskning.

Data ur sammanlagt 2 509 slumpvis utvalda patientjournaler har jämförts med korresponderande GallRiks-registreringar vid två olika valideringsomgångar. Vid den första valideringsomgången förelåg en överensstämmelse mellan journaldata och GallRiks i 97,2 procent och vid den andra i 98,2 procent av fallen. På landstingsnivå är risken för skillnader i patientsammansättning begränsad och täckningsgraden hög. Resultaten för denna indikator är på landstingsnivå därför mycket tillförlitliga.

148 KIRURGISKA KOMPLIKATIONER EFTER BORTTAGANDE AV GALLBLÅSA

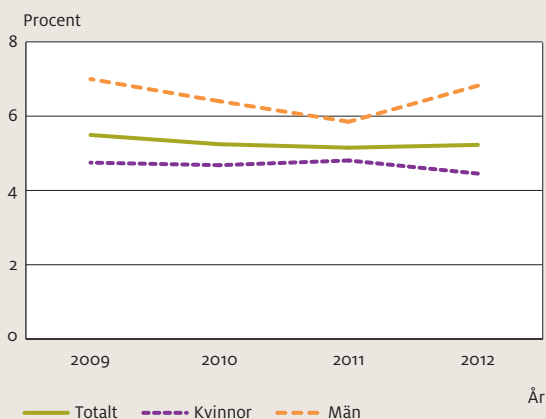
Indikatorn speglar förekomst av kirurgiska komplikationer inom 30 dagar efter en operation där gallblåsan opereras bort, kolecystektomi. Exempel på kompli-

DIAGRAM 148 – TOTALT: Andel kirurgiska komplikationer inom 30 dagar efter borttagande av gallblåsa, 2012.



Källa: GallRiks – Svenskt kvalitetsregister för gallstenskirurgi.

DIAGRAM 148 – RIKET: Andel kirurgiska komplikationer inom 30 dagar efter borttagande av gallblåsa.



Källa: GallRiks – Svenskt kvalitetsregister för gallstenskirurgi.

kationer är blödning, infektion eller gallläckage. All kirurgi är förknippad med risk för komplikationer. De som här redovisas är sådana som betraktas som specifika för det kirurgiska ingreppet ifråga och som har krävt någon form av åtgärd. Både akuta och planerade operationer ingår.

År 2012 drabbades 596 av 11 403 opererade patienter av någon kirurgisk komplikation inom 30 dagar, vilket motsvarar 5,2 procent. Komplikationsandelen i landsting varierar från 1,1 till knappt åtta procent. Komplikationer drabbar oftare män än kvinnor, med komplikationstal på 6,8 respektive 4,5 procent. Komplikationsfrekvensen ligger relativt stabil över åren.

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.

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 har genomförts. Denna visar att av drygt 45 000 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.

149 ANTIBIOTIKA VID BORTTAGANDE AV GALLBLÅSA

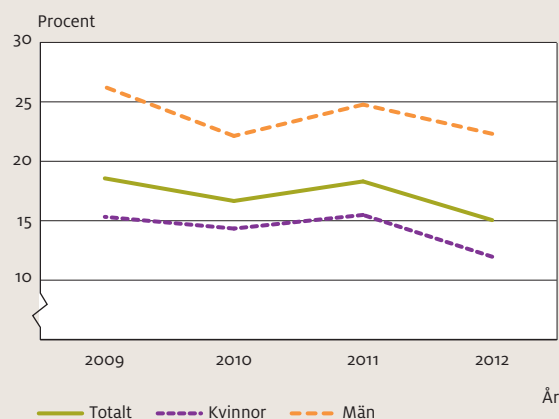
Det har länge varit oklart om antibiotika behöver ges vid elektiv (planerad) kolecystektomi för att förebygga att operationen medför infektionskomplikationer. Det finns emellertid nu flera studier som visar att förebyggande behandling med antibiotika inte minskar risken för infektionskomplikationer, bland annat en studie som är baserad på ett relativt stort antal opererade patienter från GallRiks. Därför rekommenderas nu att inte ge förebyggande antibiotikabehandling vid elektiv kolecystektomi.

Indikatorn visar andelen patienter som ges förebyggande antibiotikabehandling i samband med operation där gallblåsan opereras bort, kolecystektomi. Enbart planerade operationer ingår, och de där uppgift om antibiotika och patientens hemort finns. Redovisning per landsting baseras på patientens hemort.

I riket fick 2012 knappt 1 200 eller 15 procent av dessa patienter antibiotikabehandling i samband med operationen, en minskning jämfört med året innan. Det kvarstår ännu stora skillnader i användningen av antibiotika mellan olika landsting, med en spridning från sex till 33 procent. Skillnaderna mellan könen är påtagliga: 12 procent av kvinnorna, men hela 22 procent av männen ges antibiotikabehandling i samband med operationen.

Även om det generellt inte anses motiverat att ge förebyggande antibiotikabehandling kan det i

DIAGRAM 149 – RIKET: Andel patienter som får antibiotika vid borttagande av gallblåsa. Avser planerade operationer.



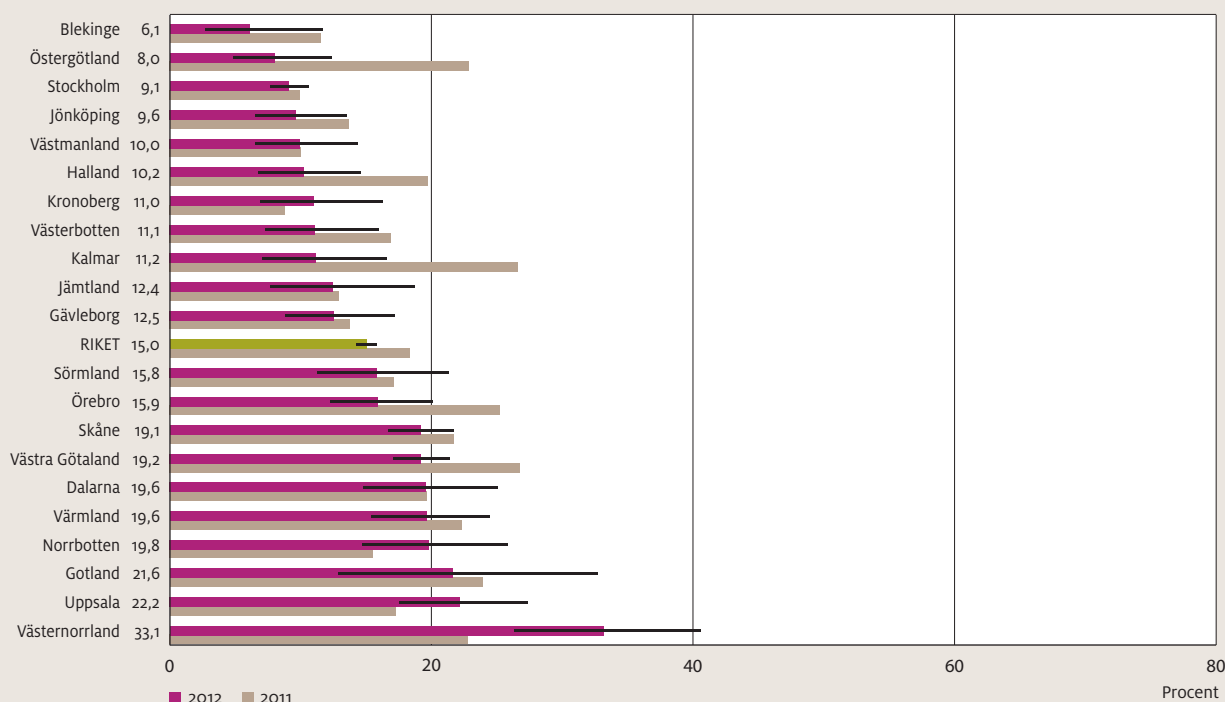
Källa: GallRiks – Svenskt kvalitetsregister för gallstenskirurgi.

enskilda fall finnas faktorer som talar för att antibiotika bör ges ”för säkerhets skull”. Därför kan det på sjukhusnivå finnas en selektion av patienter med olika svårighetsgrad, vilket till en viss del kan förklara en skillnad i antibiotikaanvändning.

På landstingsnivå borde det dock inte finnas någon avgörande skillnad i patientsammansättning. En ut-

jämning mellan landstingen borde därför vara möjlig, liksom en totalt sett lägre användning av antibiotika. Genom GallRiks sker en kontinuerlig bevakning av frekvensen infektionskomplikationer. Det finns hittills inga tecken på att infektionskomplikationerna ökar i Sverige, trots en sedan 2008 minskande antibiotikaanvändning.

DIAGRAM 149 – TOTALT: Andel patienter som får antibiotika vid borttagande av gallblåsa, 2012. Avser planerade operationer.



Källa: GallRiks – Svenskt kvalitetsregister för gallstenskirurgi.

150 KOSTNAD PER DRG-POÄNG VID GALLOPERATION

När kostnader per vårdtillfälle redovisas tas ingen hänsyn till olikheter i patientsammansättningen och till att enskilda vårdtillfällen kan kräva olika resursinsats trots att grundsjukdomen är densamma. I avsnittet om övergripande indikatorer och kostnader beskrivs kostnad per DRG-poäng, ett mått som relaterar kostnader till prestationer med en metod som innebär att hänsyn tas till resursinsatsen och är en uppskattning av hälso- och sjukvårdens produktivitet.

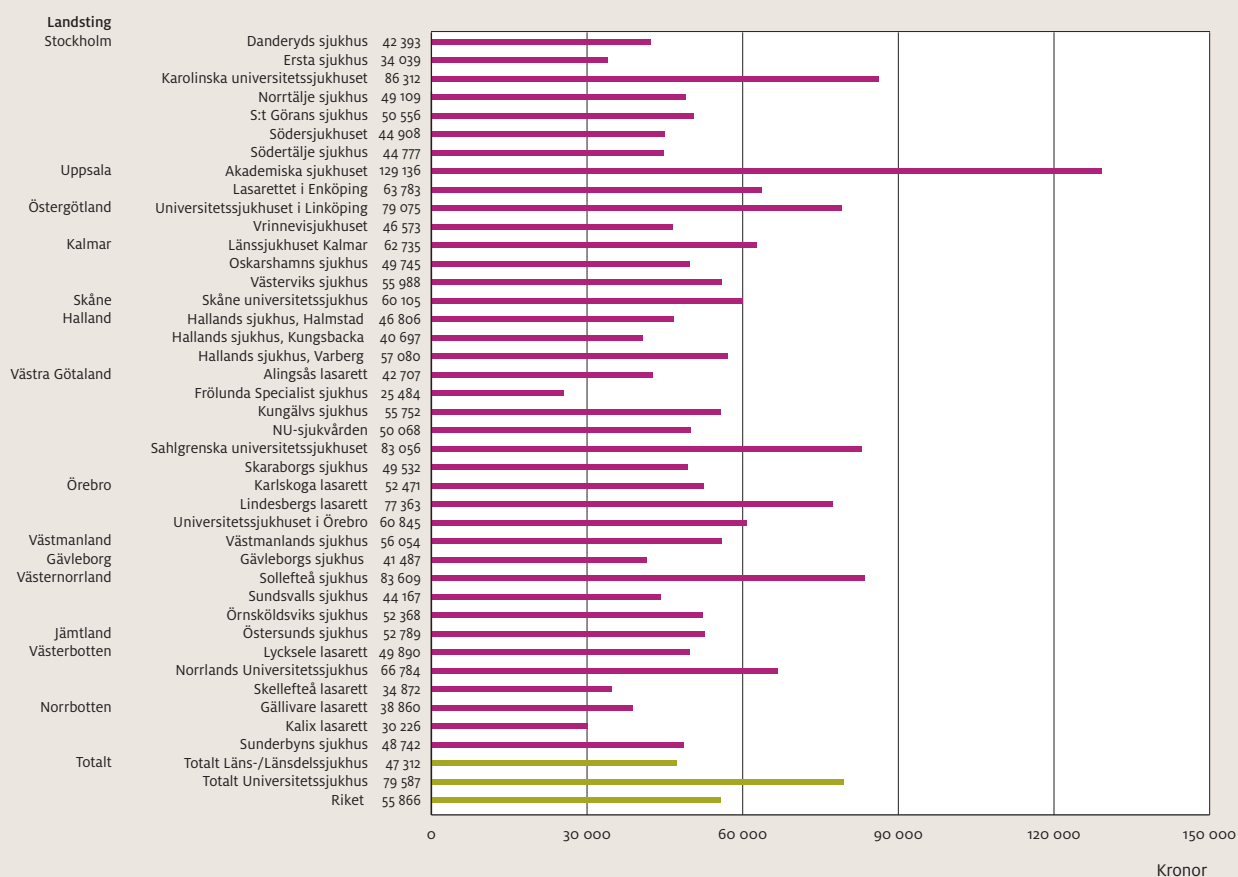
I diagram 150 visas kostnader per DRG-poäng för kolecystektomi, borttagande av gallblåsan. 2012 fanns det i KPP-databasen 7 457 vårdtillfällen med åtgärds-koden för kolecystektomi. Både planerade och akuta operationer ingår.

Det finns ett regelverk för hur kostnader ska kalkyleras och redovisas till KPP-databasen, till exempel vilka kostnader som ska ingå. Trots detta kan kalkylerna skilja sig mellan sjukhusen.

KPP-databasens genomsnittliga kostnad per DRG-poäng för innerfallen uppgick 2012 till 55 866 kronor. Kostnadsskillnaderna är påtagliga, från drygt 25 000 kronor till över 129 000 kronor. Även medelvårdtiden varierar stort från 1 till 10 dagar, men är i genomsnitt 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.

DIAGRAM 150 – SJUKHUS: Kostnad per DRG-poäng vid galloperation, 2012.



Källa: KPP-databasen, Sveriges Kommuner och Landsting.

151 TID TILL OPERATION VID FÖRTRÄNGNING AV HALSPULSÅDER

Förträngning av halspulsådern kallas karotisstenos. På den skrovliga åderväggen kan blodproppar bildas som kan föras upp i hjärnan och orsaka övergående förlamning (TIA) eller varaktig hjärninfarkt (stroke). Vid karotiskirurgi opererar man bort denna förträngning. De flesta operationerna utförs som sekundärpreventiv åtgärd efter en TIA eller en hjärninfarkt med mindre till måttliga kvarstående symtom. Ett mindre antal ingrepp utförs även primärpreventivt, på patienter utan symtom men som ändå diagnostiserats med en tät stenos.

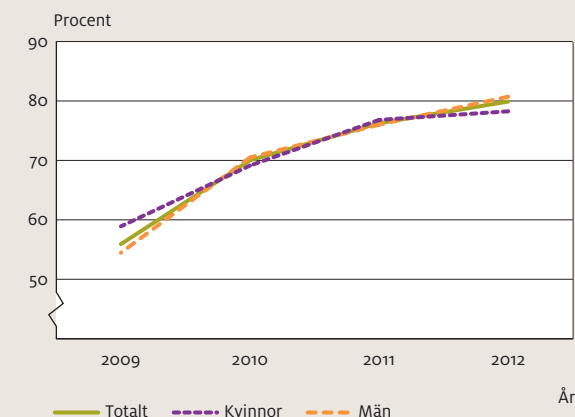
Operation minskar påtagligt risken för stroke, särskilt hos patienter med symtomgivande höggradig stenos. Statistiskt sett krävs det i denna grupp få operationer för att förebygga en stroke, men tidsaspekten är väldigt viktig. Om behandlingen dröjer mer än två veckor halveras den gynnsamma effekten av karotiskirurgi.

Indikatoren ingår i de nationella riktlinjerna för stroke. Måttet speglar kvalitet både inom stroke-sjukvård och inom kärlkirurgisk verksamhet. För att

minska fördröjningen är det även viktigt att befolkningen förstår och tar symtomen på allvar.

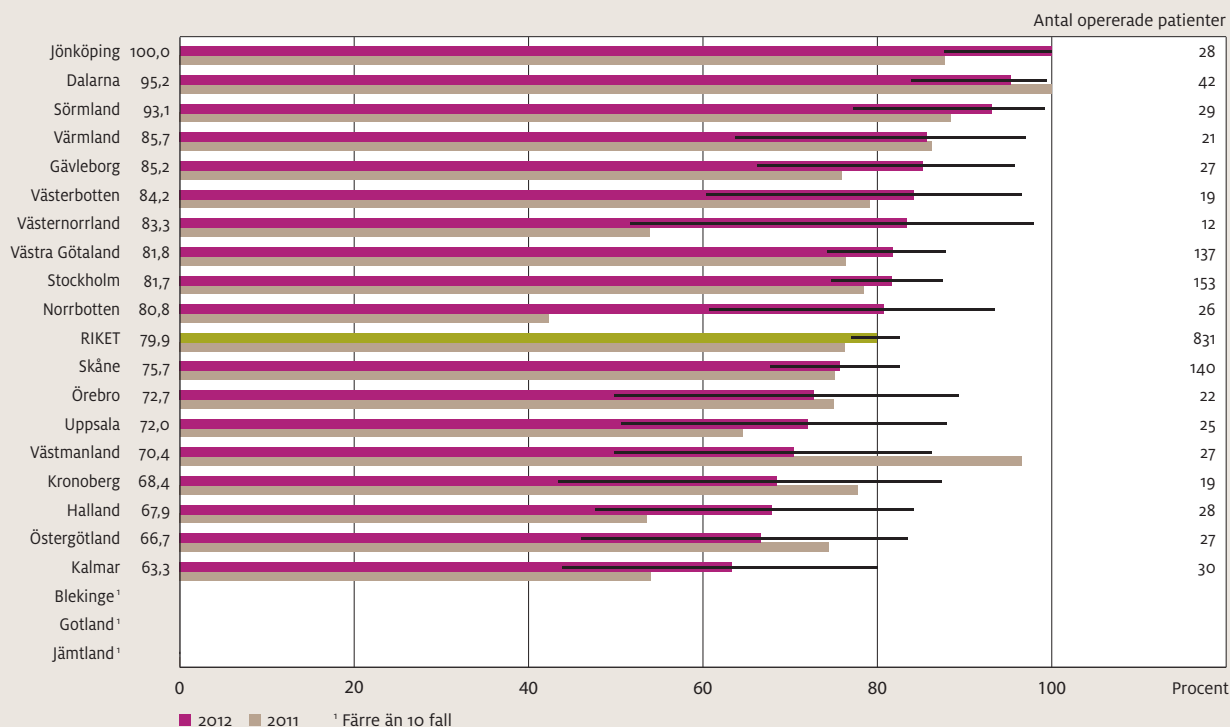
Källan är Svenska Kärregistret, Swedvasc, som varje år publicerar uppgifter om tid till karotisoperation.

DIAGRAM 151 – RIKET: Andel patienter som opererades inom 14 dagar vid symptomgivande förträngning av halspulsådern.



Källa: Swedvasc – Svenska Kärregistret.

DIAGRAM 151 – TOTALT: Andel patienter som opererades inom 14 dagar vid symptomgivande förträngning av halspulsådern, 2012.



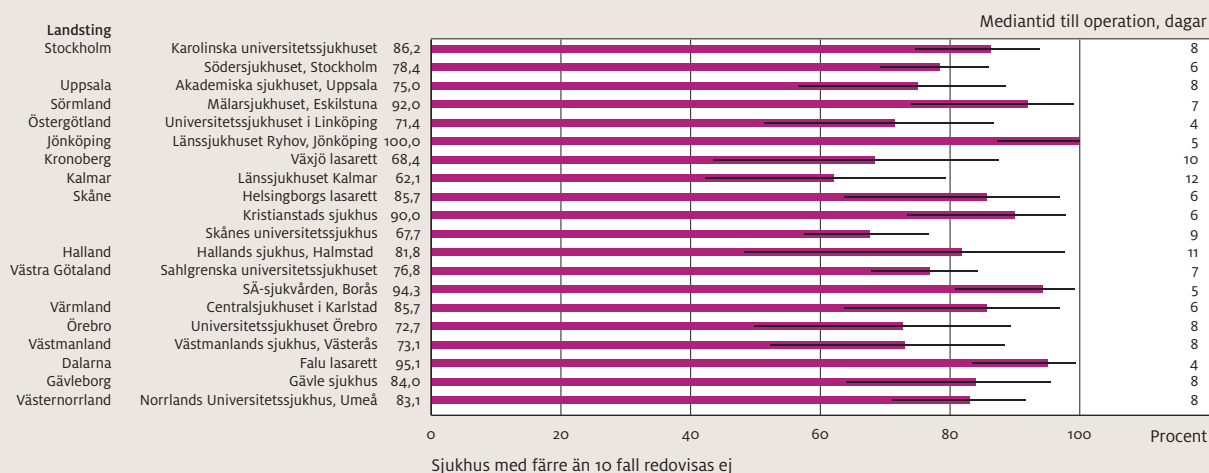
Källa: Swedvasc – Svenska Kärregistret.

Registrets täckningsgrad är god. Mer än 95 procent av alla operationer registreras, och handläggningstiderna finns i samtliga registrerade fall.

Indikatorn visar andelen karotisoperationer av symptomgivande förträngningar som görs inom 14 dagar efter alarmsymtomet. Tidsangivelsen avser

tiden från "alarmsymtom", de strokesymtom som ledde patienten att söka sjukvård, fram till operation. Landstingsredovisningen baseras på patientens hemort, inte på klinikens lokalisering. Som tilläggsinformation visas för kliniker mediantiden till operation.

DIAGRAM 151 – SJUKHUS: Andel patienter som opererades inom 14 dagar vid symptomgivande förträngning av halspulsådern, 2012.



Källa: Swedvasc – Svenska Kärregistret.

Nära 80 procent av alla operationer för symtomgivande karotisstenos görs inom 14 dagar. Detta är en förbättring jämfört med tidigare år. Det finns en stor spridning mellan landstingen, med andelar som opererats inom den målsatta tiden från 63 till 100 procent. I vissa landsting är ingreppen få och den statistiska osäkerheten så stor att jämförelser försvåras. Andelen kvinnor och män som opereras inom 14 dagar efter symtomdebut är väsentligen lika. Jämförelsen omfattar 831 operationer under 2012

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

152 DÖD ELLER AMPUTATION EFTER OPERATION AV KÄRLFÖRTRÄNGNING I BEN

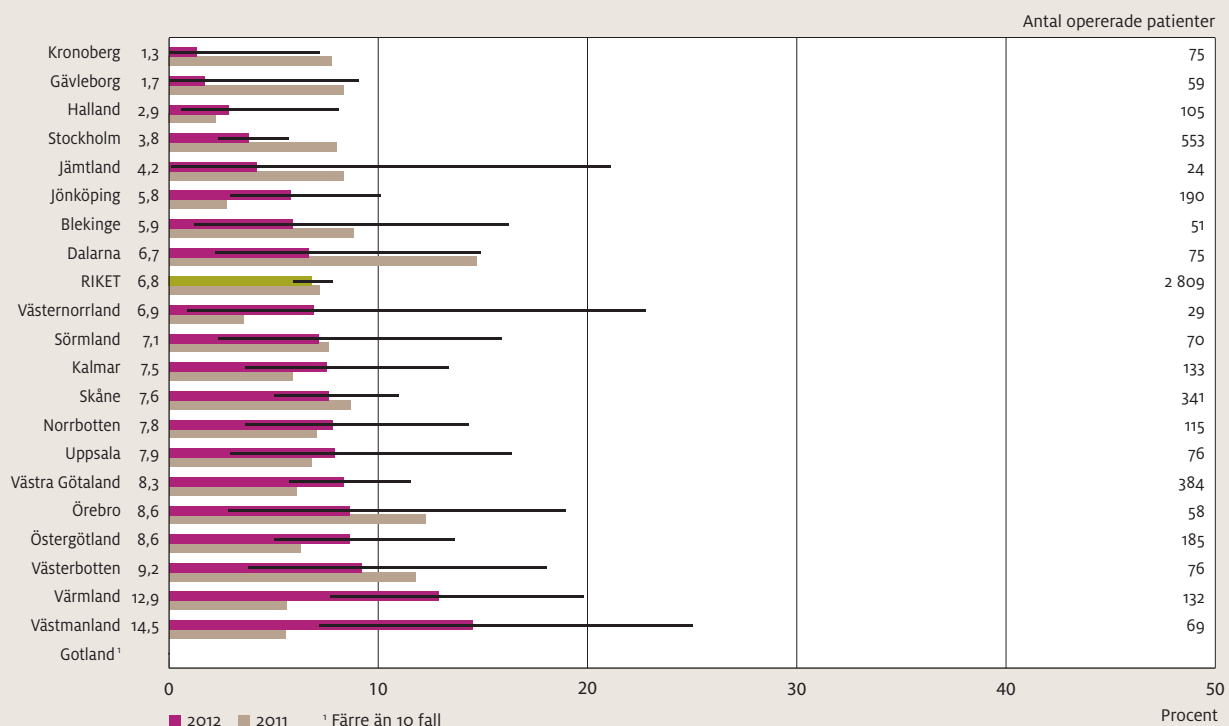
Åderförkalkning medför att artärerna förträngs eller täpps till. Sjukdomen är förenad med avsevärt förkortad livslängd. Benen drabbas ofta av försämrat blodflöde. Claudicatio är benämningen för de lindriga fall då blodflödet är otillräckligt bara vid ansträngning, vilket ger upphov till värk vid gång. I svårare fall är blodflödet otillräckligt även i vila, vilket kallas kritisk ischemi och medför risk för kallbrand.

Den största riskfaktorn är rökning och uppemot 90 procent av patienterna med åderförkalkning har varit eller är rökare. Rökstopp är den viktigaste behandlingen av sjukdomen. Diabetes är också en betydande riskfaktor och förekommer hos 30 procent av patienterna. Noggrann och kontinuerlig kontroll av blodsocker är viktigt. Behandlingen består av såväl icke-kirurgiska som kirurgiska metoder. De senare innebär olika typer av by pass-operationer av kärlsystemet till benet.

Indikatorn visar andelen patienter som avlidit och/eller blivit amputerade ovan fotled inom 30 dagar efter kärlingrepp på benet. I jämförelsen ingår 2 809 patienter med kronisk kritisk ischemi som under år 2012 registrerats i kvalitetsregistret Swedvasc. Hälften av de opererade var kvinnor. Landstingsredovisningen baseras på patientens hemort, inte på klinikens lokalisering.

2012 avled eller amputerades i riket 7,8 procent av patienterna inom 30 dagar. Under åren 1999–2011 har andelen varierat mellan sju och elva procent. Trots tillkomsten av nya kirurgiska behandlingsmetoder har ingen klar trend till förbättringar kunnat skönjas. Andelen varierar mellan landsting, från drygt en till över 14 procent avlidna och/eller amputerade. Kvinnornas resultat är bättre än männens.

DIAGRAM 152 – TOTALT: Andel patienter som avled eller amputerades ovan fotled inom 30 dagar efter operation av kärlförträngning i ben, 2012.



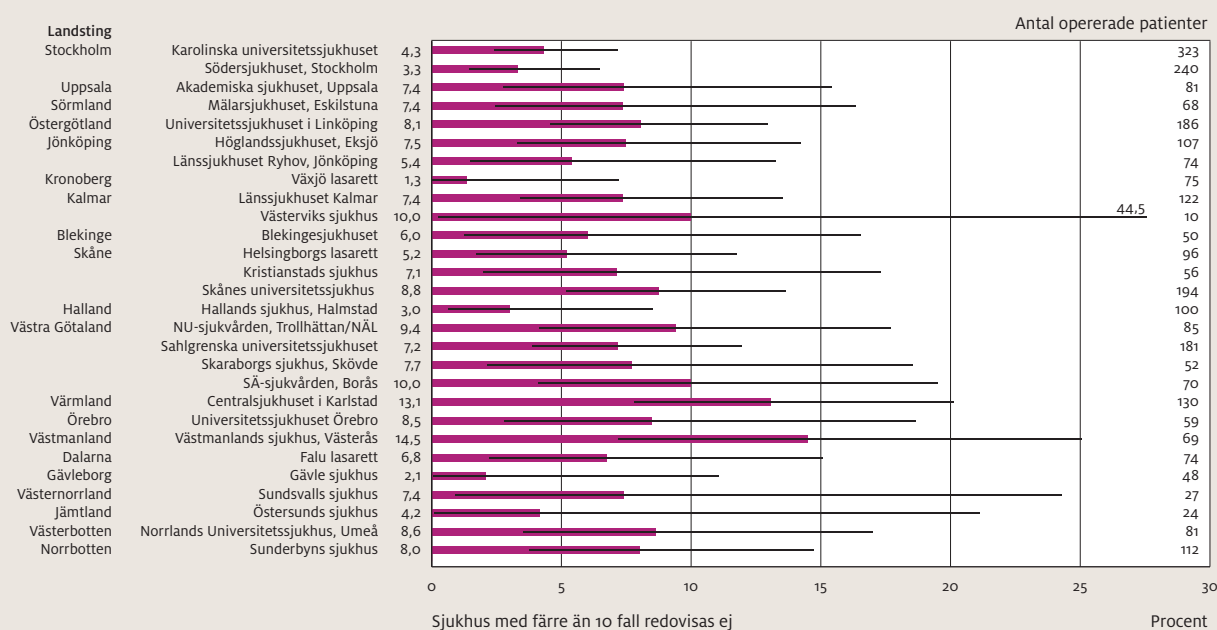
Källa: Swedvasc – Svenska Kärlregistret.

Det är stor variation mellan landstingen, men tolkning av denna stora spridning är dock svår att göra, eftersom antalet operationer är få och den statistiska osäkerheten stor. Tidigare års värden visar att de enskilda landstingens resultat varierar stort över tid. Skillnader mellan landstingen kan även bero på

ofullständig inrapportering och på olikheter i patient-sammansättning.

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.

DIAGRAM 152 – SJUKHUS: Andel patienter som avled eller amputerades ovan fotled inom 30 dagar efter operation av kärlförträngning i ben, 2012.



Källa: Swedvasc – Svenska Kärlregistret.

153 DÖD EFTER PLANERAD OPERATION FÖR AORTAANEURYSM

Aortaaneurysm eller pulsåderbräck är en sjuklig vidgning av stora kroppspulsådern, aorta. Vid aneurysm har aortakärlväggens olika lager försvagats, vilket ökar risken för att kärlet ska brista. Aortaaneurysm är vanligast i buken och där vanligast hos män över 60 år. Övriga riskfaktorer, även för kvinnor, är ett långvarigt förhöjt blodtryck, rökning och hjärt-kärlsjukdom. Det finns även en viss ärftlighet hos denna sjukdom.

Aortaaneurysm ger sällan symtom och förblir därför ofta odiagnostiserat. Obehandlade aneurysm kan leda till bristning, vilket är ett allvarligt tillstånd som kräver akut kirurgi och som har en hög dödlighet. Cirka 80 procent av alla som kommer till sjukhus med ett brustet aortaaneurysm avlider.

5–10 procent av alla män mellan 65–79 år har ett aortaaneurysm, som oftast inte ger några symtom. De upptäcks som regel genom den screening med ultraljud som de senaste åren införts i landstingen, bland annat efter att SBU påvisat nyttan av screening

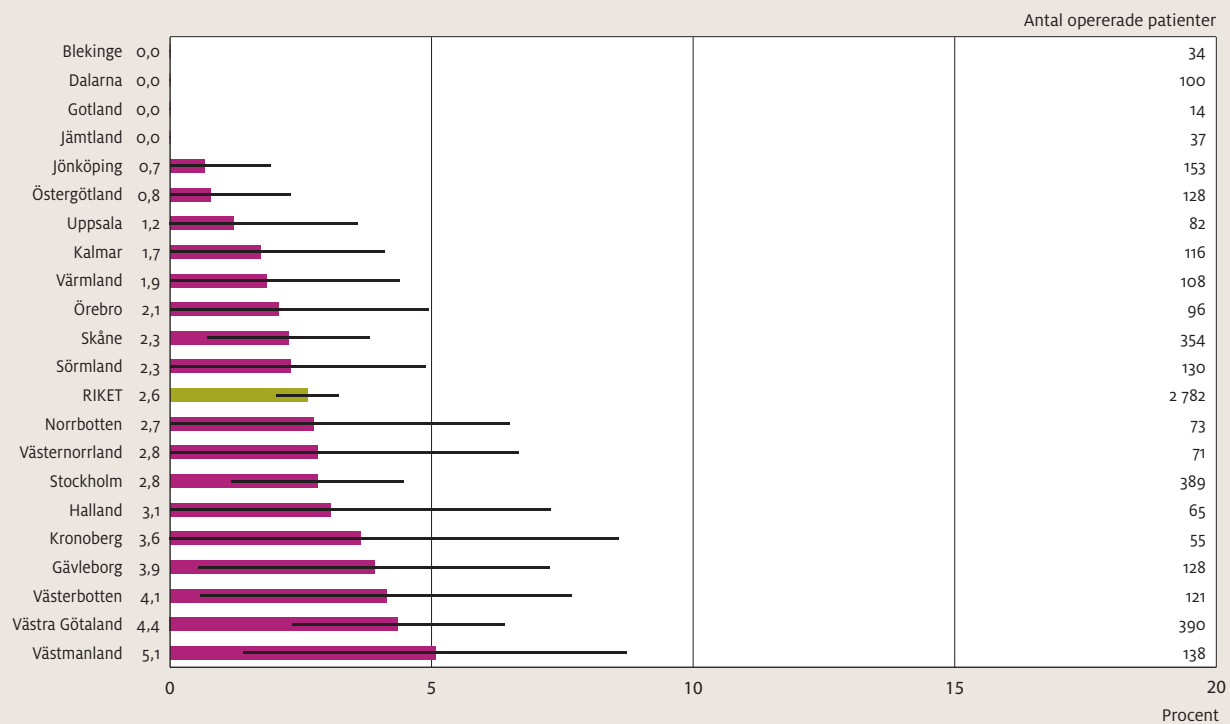
av män över 65 år. Screening leder till att fler patienter med aortaaneurysm upptäcks, varav de med hög risk opereras, medan andra erbjuds fortsatt uppföljning. Screeningens syfte är att öka antalet patienter som genomgår planerad operation och att antalet patienter som drabbas av brustet aortaaneurysm ska minska.

Indikatorn mäter dödligheten inom 90 dagar efter planerad operation för aortaaneurysm. Jämförelsen baseras på knappt 2 800 patienter som opererades 2010–2012 och som registrerades i Swedvasc. Landstingsredovisningen baseras på patientens hemort, inte på klinikens lokalisering.

I riket avled 2,6 procent av patienterna inom 90 dagar efter operationen, med en variation mellan landsting från under en till fem procent.

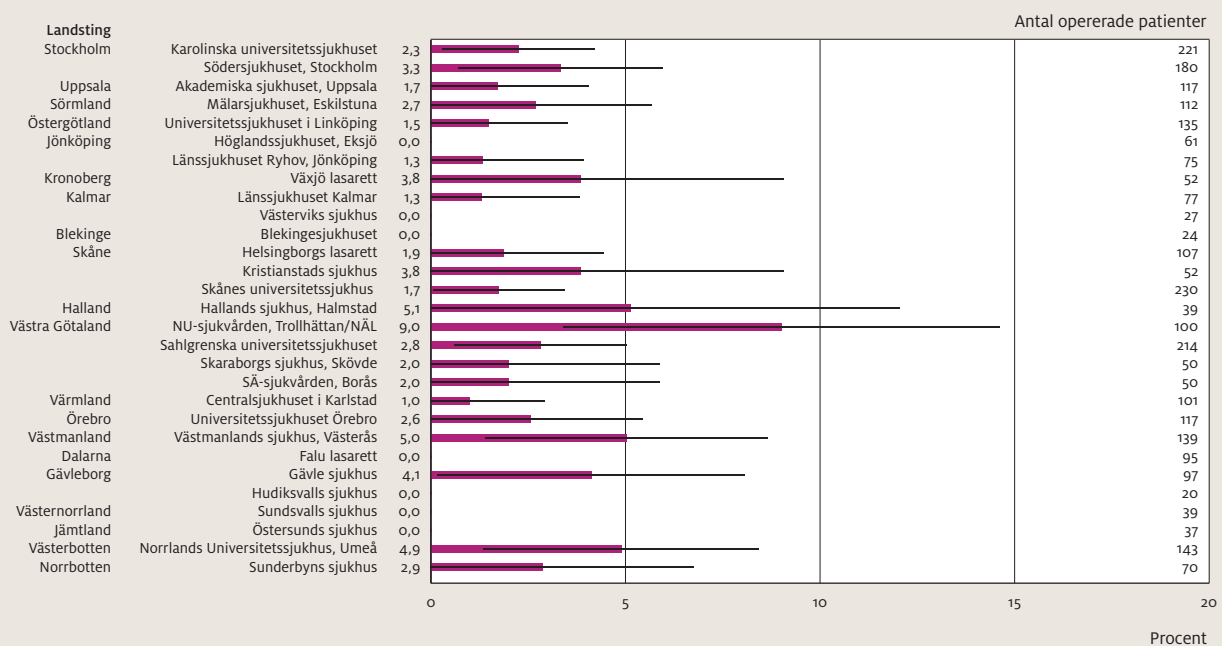
Den redovisade skillnaden mellan landsting är stor, men den låga andelen döda och ett relativt lågt antal opererade patienter gör att resultaten är osäkra. Resultaten kan påverkas av kirurgisk skicklighet, men även av egenskaper hos de patienter som genomgår operation, av skillnader i casemix.

DIAGRAM 153 – TOTALT: Andel döda inom 90 dagar efter planerad operation för aortaaneurysm, 2010–2012.



Källa: Swedvasc – Svenska Kärregistret.

DIAGRAM 153 – SJUKHUS: Andel döda inom 90 dagar efter planerad operation för aortaaneurysm, 2010–2012.



Källa: Swedvasc – Svenska Kärregistret.

154 KOSTNAD PER OPERATION AV KÄRLFÖRTRÄNGNING I BEN

För 2012 rapporterade till KPP-databasen 18 sjukhus från 14 landsting sina kostnader för knappt 2 700 vårdtillfällen för kärloperation. Det är kostnader för de vårdinsatser som kan knytas till varje enskilt vårdtillfälle som rapporteras.

I diagram 154 visas kostnaderna per vårdtillfälle i slutenvård för den kärlkirurgiska operationen infrainguinal rekonstruktion/by pass. Operationen syftar till att förbättra blodcirkulationen i benen. Sjukhus med färre än 10 fall visas ej.

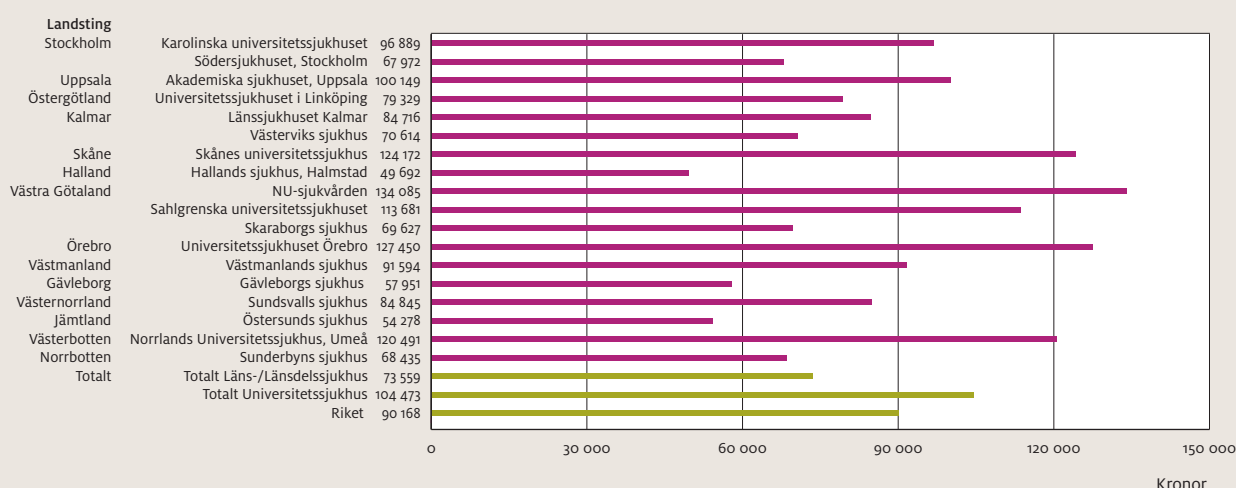
Kostnader för efterföljande uppföljningsbesök och läkemedelsanvändning i öppen vård ingår inte. I denna redovisning är det enbart de så kallade innerfallen som ingår, vilket innebär att de dyraste vårdtillfällena är exkluderade.

Det finns ett regelverk för hur kostnader ska kalkyleras och redovisas till KPP-databasen, till exempel vilka kostnader som ska ingå. Trots detta kan kalkylerna skilja sig mellan sjukhusen.

Genomsnittskostnaden i KPP-databasen för innerfall uppgick 2012 till 90 168 kronor. De redovisade kostnaderna skiljer sig påtagligt mellan sjukhusen, med en spridning från knappt 50 000 kronor till drygt 134 000 kronor. Medelvårdtiden är 5 dagar, men med klara skillnader mellan sjukhusen från 3 till 10 dagar.

Kostnadsskillnaderna kan bero på flera olika faktorer: Olikheter i patientsammansättning, vårdtidens längd samt skillnader i medicinsk praxis kan vara några orsaker. Skillnader i beräkningar av kostnadsdata kan också vara grund för variation.

DIAGRAM 154 – SJUKHUS: Kostnad per vårdtillfälle vid operation av kärlförträngning i ben, 2012.



Källa: KPP-databasen, Sveriges Kommuner och Landsting.

155 PATIENTRAPPORTERAT RESULTAT AV SEPTUMPLASTIK

Septumplastik innebär operation av sned nässkiljevägg. Huvudsakliga motiv till operationen är nästäppa. Nästäppa kan leda till ett antal följsymtom, som muntorrhet, snarkning och trötthet. Nästäppa kan för den drabbade innebära en påtagligt sänkt hälsorelaterad livskvalitet.

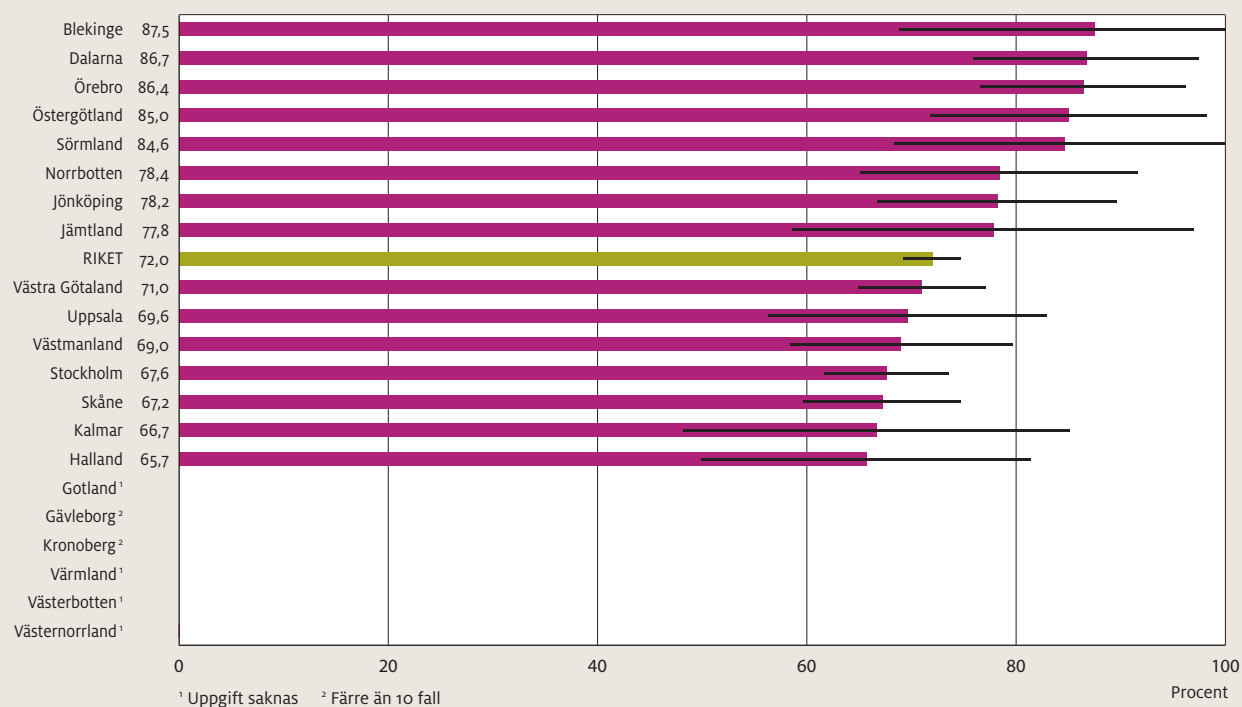
Patientens bedömning av effekten av operationen är en viktig del i uppföljningen. Sex månader efter operationen får patienterna besvara en enkät om hur de bedömer resultatet. Uppgifterna kommer från Septumplastikregistret, som är ett av totalt nio register som är etablerade inom Svenskt Kvalitetsregister för Öron-, Näs- och Halssjukvård. Under 2012 deltog

totalt 39 kliniker i Septumplastikregistret och totalt 1 503 operationer registrerades.

Indikatorn visar andelen av de opererade patienterna som sex månader efter operationen svarade att besvären var borta eller att resultatet var ganska bra.

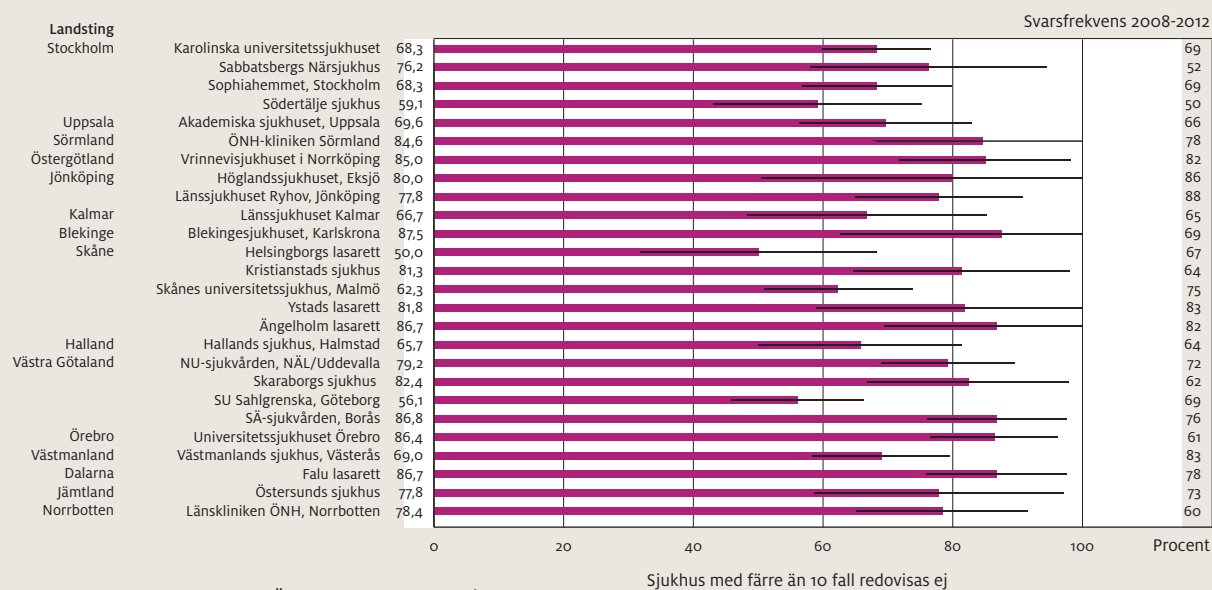
I riket som helhet ger knappt 72 procent av patienterna något av dessa två positiva svar. Landstingens resultat varierar från närmare 66 till drygt 87 procent. Det finns inga skillnader mellan kvinnors och mäns nöjdhet. Patientens ålder påverkar dock resultatet; andelen nöjda patienter ökar något med stigande ålder. Jämförelsen är baserad på 1 043 enkätsvar från 28 kliniker. Riksgenomsnittet för svarsfrekvensen på enkäten som skickas ut 6 månader efter operation ligger under perioden 2008 - 2012 på 69 procent.

DIAGRAM 155 – TOTALT: Andel patienter som är helt eller ganska nöjda 6 månader efter septumplastik, 2012.



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

DIAGRAM 155 – SJUKHUS: Andel patienter som är helt eller ganska nöjda 6 månader efter septumplastik, 2012.



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

Specialistföreningen inom öron-, näs- och hals-sjukvård har tidigare satt som målnivå att minst 90 procent av patienterna ska uppge sig vara förbättrade eller helt bra. Den spridning och de resultat som redovisas är därmed sämre än vad specialitetsföreträdare väntar sig eller vill se. Det finns därmed både behov av och potential för förbättringsarbete.

Under 2012 har därför en total genomgång av kvalitetsregistret gjorts. Inklusionskriterier, operationstekniker, komplikationer, patientinformation och patientrelaterade frågor har analyserats och diskuterats inom referensgruppen, men även inom Svenskt rinologiskt sällskap. Utifrån detta har ett delvis nytt register utarbetats som planeras att starta i slutet av 2013.

Utöver att mäta förändringen av graden av nästäppa vid septumoperationen, kommer man i det nya registret att kunna registrera olika operationstekniker, eventuella postoperativa infektioner, bestående komplikationer och antibiotikabehandling. Detta kan i förlängningen bidra till urvalskriterier som skärper operationsindikationen, ger förbättrad operationsteknik, färre komplikationer och förbättrad patientsäkerhet.

156 PATIENTRAPPORTERAD SYMPTOM-FRIHET EFTER TONSILLOPERATION

Tonsilloperation innebär borttagande av halsmandlarna. Det finns olika orsaker till att man opererar bort halsmandlarna. Hos barn är den vanligaste att halsmandlarna är så stora att de ger andningsuppehåll, snarkningar och ibland sväljningssvårigheter. Andra orsaker är tätt återkommande halsinfektioner (halsfluss) eller halsbölder. I Sverige utförs cirka 13 000 tonsilloperationer årligen och det är ett av de vanligaste kirurgiska ingreppen på barn. Nära hälften av alla tonsilloperationer görs i dagkirurgi.

Källan till denna indikator är Nationellt Kvalitetsregister för tonsilloperation, som är del av Svenskt kvalitetsregister för Öron-, Näs- och Halssjukvård. Täckningsgraden bedöms på nationell nivå vara 77 procent, baserat på en jämförelse av antalet opererade med patientregistret vid Socialstyrelsen, avseende 2012.

Till registret inhämtas data om operationsmetoder, operations- och blodstillningstekniker. Från patienten inhämtas uppgifter bland annat om komplikationer som postoperativ blödning, infektion, smärta och hur adekvat patientinformationen har upplevts. Sex månader efter operationen ombeds patienten

DIAGRAM 156 – TOTALT: Andel patienter som är helt eller ganska symptomfria 6 månader efter tonsilloperation, 2012.



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

även besvara en enkät där graden av symtombefrielse bedöms, vars svar utgör underlaget för denna kvalitetsindikator.

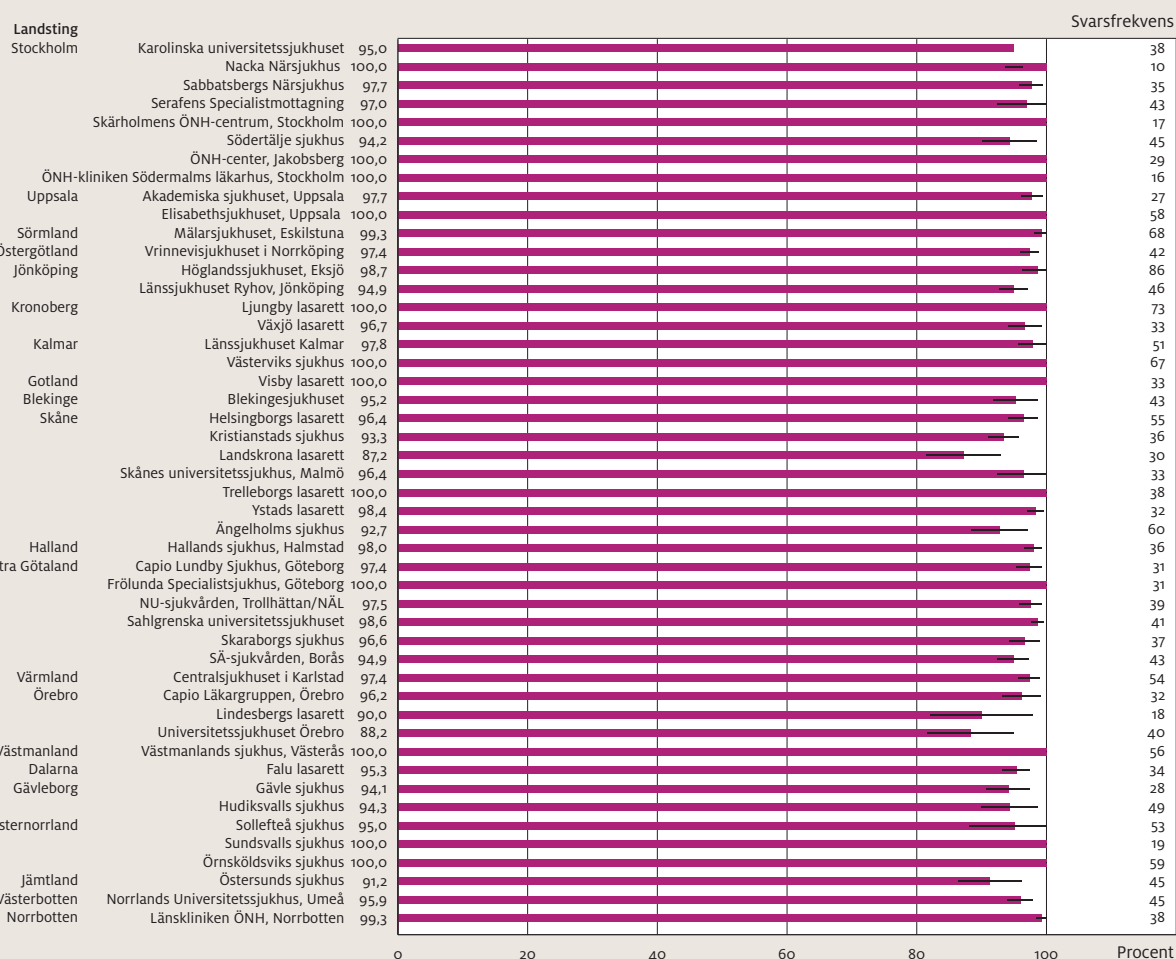
Indikatorn visar andelen patienter som sex månader efter operationen svarar att de är helt eller ganska symtomfria, med vilket avses att de valt endera av svarsalternativen "besvärerna borta" eller "jag har blivit ganska bra". Patienter med cancersjukdom ingår inte. Redovisning på landstingsnivå baseras på klinikens lokalisering, inte på patientens hemort.

I riket var 2012 andelen patienter som var helt eller ganska symtomfria närmare 97 procent, med en

variation mellan landsting från 91 till 100 procent. Det finns inga skillnader mellan könen. Jämförelsen baseras på drygt 10 300 patienter som opererades under 2012 och som deltog i uppföljningen efter sex månader.

Patientens upplevda grad av besvärsfrihet påverkas av indikation (tillståndet som motiverade operationen), ålder och förekomsten av komplikationer efter operationen. Även informationen till patienten innan operationen kan påverka graden av besvärsfrihet efter operationen.

DIAGRAM 156 – SJUKHUS: Andel patienter som är helt eller ganska symtomfria 6 månader efter tonsilloperation, 2012.



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

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. Antalet vårdtillfällen på svenska intensivvårdsavdelningar (IVA) är drygt 50 000 årligen. Under 2012 fanns det 84 IVA, varav 66 var allmänna IVA på det stora flertalet av svenska länsdels-, läns- och universitets-/region-sjukhus, medan resterande IVA var avdelningar med specialinriktning.

Svenska Intensivvårdsregistret (SIR) är ett Nationellt Kvalitetsregister för intensivvård som startade år 2001. Intensivvårdens snabba utveckling och betydande resursförbrukning med hög morbiditet och mortalitet hos patienterna var skäl för att skapa ett register som speglar intensivvårdens alla diagnoser, i stället för att ha separata register kring enstaka diagnoser.

SIR samlar och sammanställer information för att stödja lokalt kvalitetsarbete och stimulera till jämförelser över tid inom samma intensivvårdsavdelning och mellan de deltagande avdelningarna. 77 av landets sammanlagt 84 IVA-avdelningar är medlemmar i SIR. Över 90 procent av alla avdelningar med allmän intensivvård är medlemmar. Under 2012 rapporterades 46 248 vårdtillfällen till SIR, vilket beräknas utgöra cirka 91 procent av alla intensivvårdstillfällen i landet. 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. En av medlemmarna kunde av IT-mässiga skäl inte skicka data under 2012. Data kan av detta skäl inte redovisas för vissa landsting och medlemsavdelningar.

SIR utvecklar och informerar om nationella riktlinjer för hur intensivvård i Sverige bör följas upp och registreras. Detta görs i tät samverkan med Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård och Svenska

Intensivvårdssällskapet. Fokus för registret är tio nationella kvalitetsindikatorer för intensivvård. Tre indikatorer avseende intensivvård redovisas här. Dessa beskriver riskjusterad dödlighet efter intensivvård, andel utskrivna från IVA nattetid och oplanerad återinläggning inom 72 timmar efter utskrivning från IVA.

157 RISKJUSTERAD DÖDLIGHET EFTER VÅRD PÅ IVA

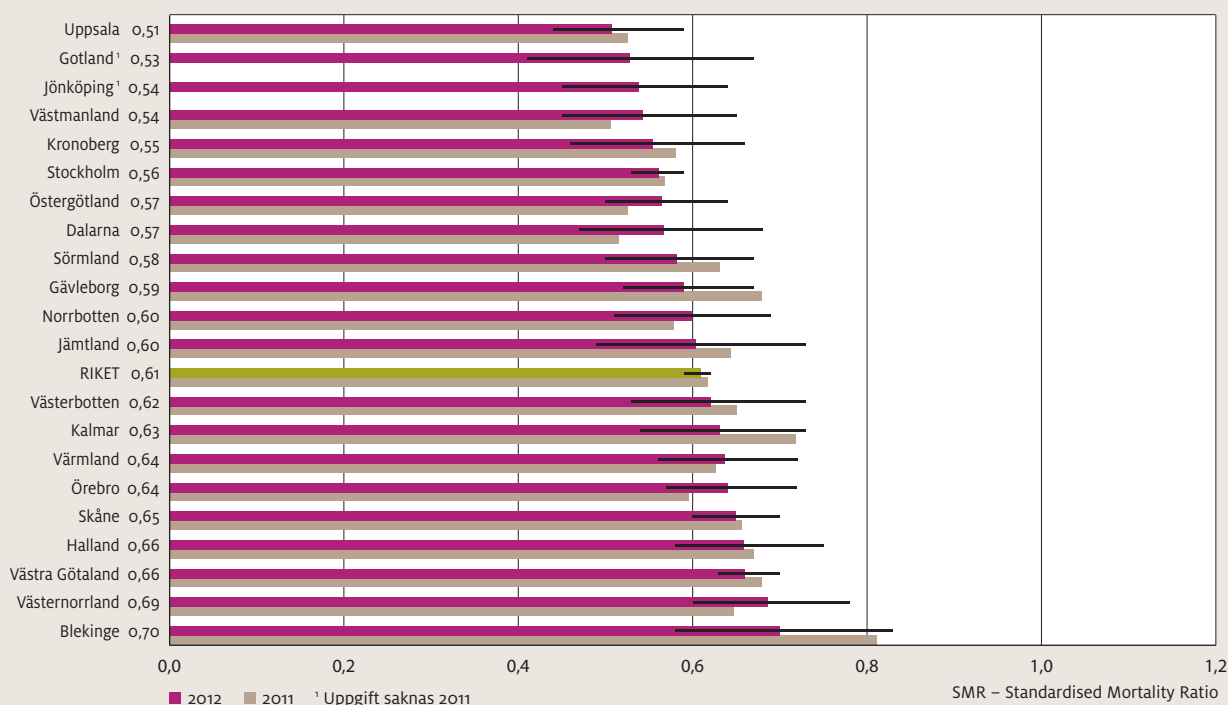
Patienter som vårdas på IVA har en hög dödlighet. Ungefär 9–10 procent av alla patienter har avlidit inom 30 dagar från ankomst till IVA. Överlevnad 30 dagar efter ankomst till intensivvården har därför hög relevans som kvalitetsindikator. Dödligheten påverkas av patientsammansättningen vid de olika IVA-enheterna. I SIR:s årsrapport 2011 redovisas bland annat att dödligheten vid 1 månads uppföljning varierar från ca 2 till 30 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. 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.

Indikatorn 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 om patienten nyligen opererats.

Utifrån dessa data beräknas risken för död, den förväntade dödligheten, inom 30 dagar. Denna förväntade dödlighet baseras i den mest använda modellen (SAPS3) på studier av huvudsakligen euro-

DIAGRAM 157 – TOTALT: Riskjusterad dödlighet 30 dagar efter ankomst till intensivvårdsavdelning, 2012.



Källa: SIR – Svenska Intensivvårdsregistret.

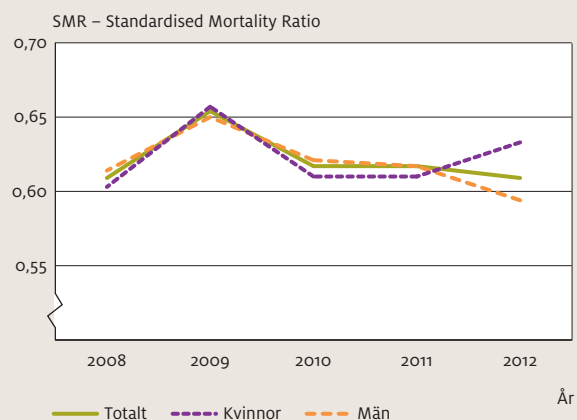
peiska intensivvårdspatienter under 2002. Förväntad dödlighet jämförs sedan med den observerade dödligheten vid 30 dagar. Kvoten mellan förväntad och observerad dödlighet benämns standardiserad mortalitetsratio, SMR.

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.

2012 var SMR för riket 0,61, en klart lägre faktisk dödlighet än den som kunde förväntas, baserat på resultaten i den internationella jämförelsedatabasen och ingen förändring ses över tid. Resultaten för landstingen varierar från 0,51 till 0,70 – samtliga landsting har lägre dödlighet än den förväntade. Detsamma gäller för alla IVA. Jämförelsen baseras på 37 767 IVA-vårdade patienter (med SAPS3-registrering) under 2012, varav 6 493 avled inom 30 dagar efter ankomst till IVA.

Målsättning för SMR, baserat på SAPS3, är ett värde mindre än 1. Denna nivå kommer att justeras med

DIAGRAM 157 – RIKET: Riskjusterad dödlighet 30 dagar efter ankomst till intensivvårdsavdelning.



Källa: SIR – Svenska Intensivvårdsregistret.

jämna mellanrum när SIR samlat tillräckligt med data för att definiera en till svensk intensivvård anpassad målnivå. Ett första sådant projekt är slutfört hösten 2013 och kommer att börja användas för data från 2013 och framåt.

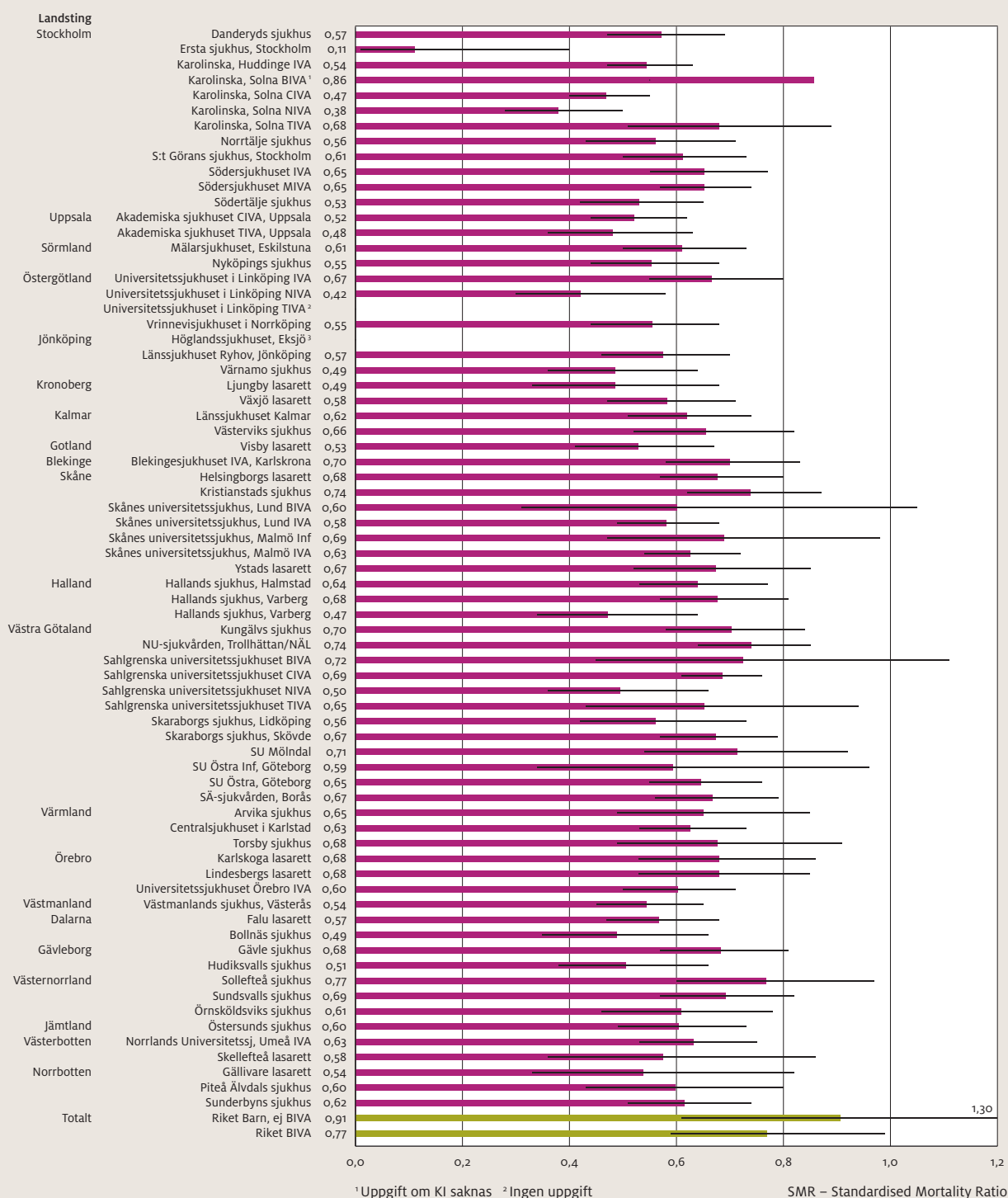
SMR kräver en nyanserad tolkning. Bästa möjliga vård och behandling för de sjukaste patienterna innebär oftast mesta möjliga behandling för fortsatt liv. Men bästa vård och behandling kan också innebära ändrad behandlingsstrategi till att avstå eller avbryta medicinsk behandling på IVA. SMR är en viktig 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.

En övergång från riskjustering med APACHE till SAPS3-systemet pågår. För några landsting där båda

systemen används redovisas endast SMR baserat på SAPS3.

SAPS3 är inte anpassat för riskjustering av barn som vårdas på IVA och används endast för patienter över 15 år. Därför har PIM2 introducerats för patienter under 16 år. Data redovisas för de tre specialiserade barnintensivvårdsavdelningarna, BIVA, på Astrid Lindgrens Barnsjukhus/Karolinska, Skånes Universitetssjukhus i Lund samt på Drottning Silvias Barnsjukhus/Sahlgrenska. Antalet inläggningar av barn på övriga svenska IVA där riskjustering enligt PIM2 använts är så lågt att en separat redovisning per IVA inte blir meningsfull. Därför summeras dessa och visas som ett resultat i diagrammet.

DIAGRAM 157 – SJUKHUS: Riskjusterad dödlighet 30 dagar efter ankomst till intensivvårdsavdelning, 2012.



Källa: SIR – Svenska Intensivvårdsregistret.

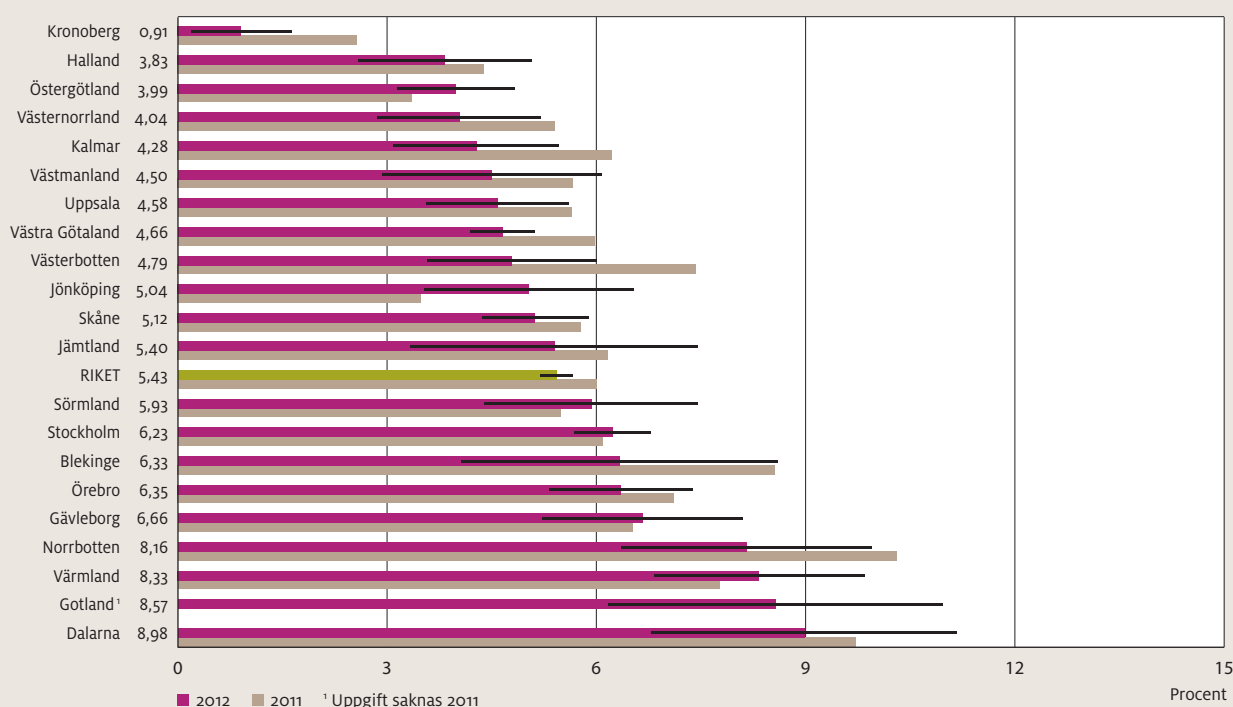
Sjukhus med färre än 10 fall redovisas ej

158 NATTLIG UTSKRIVNING FRÅN INTENSIVVÅRDSAVDELNING TILL VÅRDAVDELNING

Utskrivning från intensivvården nattetid sker vanligen på grund av medicinska behov av specialistvård

(till exempel neurokirurgi) eller på grund av platsbrist på IVA. Nattlig utskrivning från IVA till vårdavdelning har under många år varit förknippat med ökad dödlighet, vilket dokumenterats i flera länder inklusive på data från Svenska Intensivvårdsregistret.

DIAGRAM 158 – TOTALT: Andel patienter som skrevs ut nattetid från intensivvårdsavdelning till vårdavdelning, 2012.



Källa: SIR – Svenska Intensivvårdsregistret.

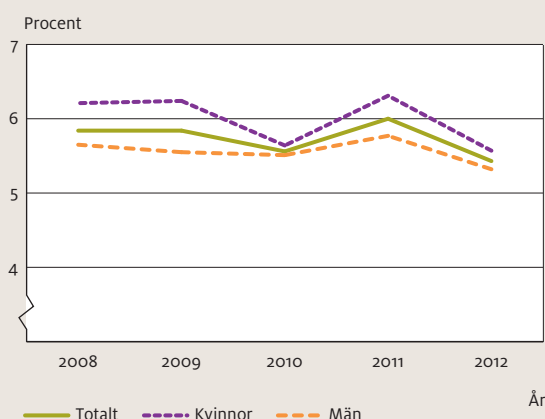
Eftersom bemanningen på vanliga vårdavdelningar ofta är begränsad nattetid, betyder överflyttning till vårdavdelning att patienten måste klara sig själv i större utsträckning än inom intensivvården. Denna indikator speglar förebyggande och samordnande åtgärder i vården och kan belysa tillgången på IVA-platser eller prioriteringar. Förekomsten av beslut att avbryta/avstå från behandling kan påverka andelen utskrivning nattetid från IVA, men för närvarande kan detta inte detaljstuderas. Utveckling av denna indikator planeras så att denna aspekt kan studeras.

Indikatorn visar andelen IVA-vårdtillfällen där nattlig utskrivning från allmän intensivvård till vårdavdelning skedde. Nattlig utskrivning definieras som utskrivning mellan klockan 22 på kvällen och 7 på morgonen.

I riket förekom nattlig utskrivning i 5,4 procent av alla vårdtillfällen under 2012. Detta är en minskning jämfört med 2011, men andelen uppvisar i nuläget ingen stabilt nedåtgående trend. Variationen mellan landsting sträcker sig från 1 till 9 procent. Jämförelsen baseras på knappt 37 500 vårdtillfällen och cirka 2 000 fall av nattlig utskrivning.

Svenska Intensivvårdsregistret anger som målnivå att mindre än 6,8 procent av alla utskrivningar ska

DIAGRAM 158 – RIKET: Andel patienter som skrevs ut nattetid från intensivvårdsavdelning till vårdavdelning.



Källa: SIR – Svenska Intensivvårdsregistret.

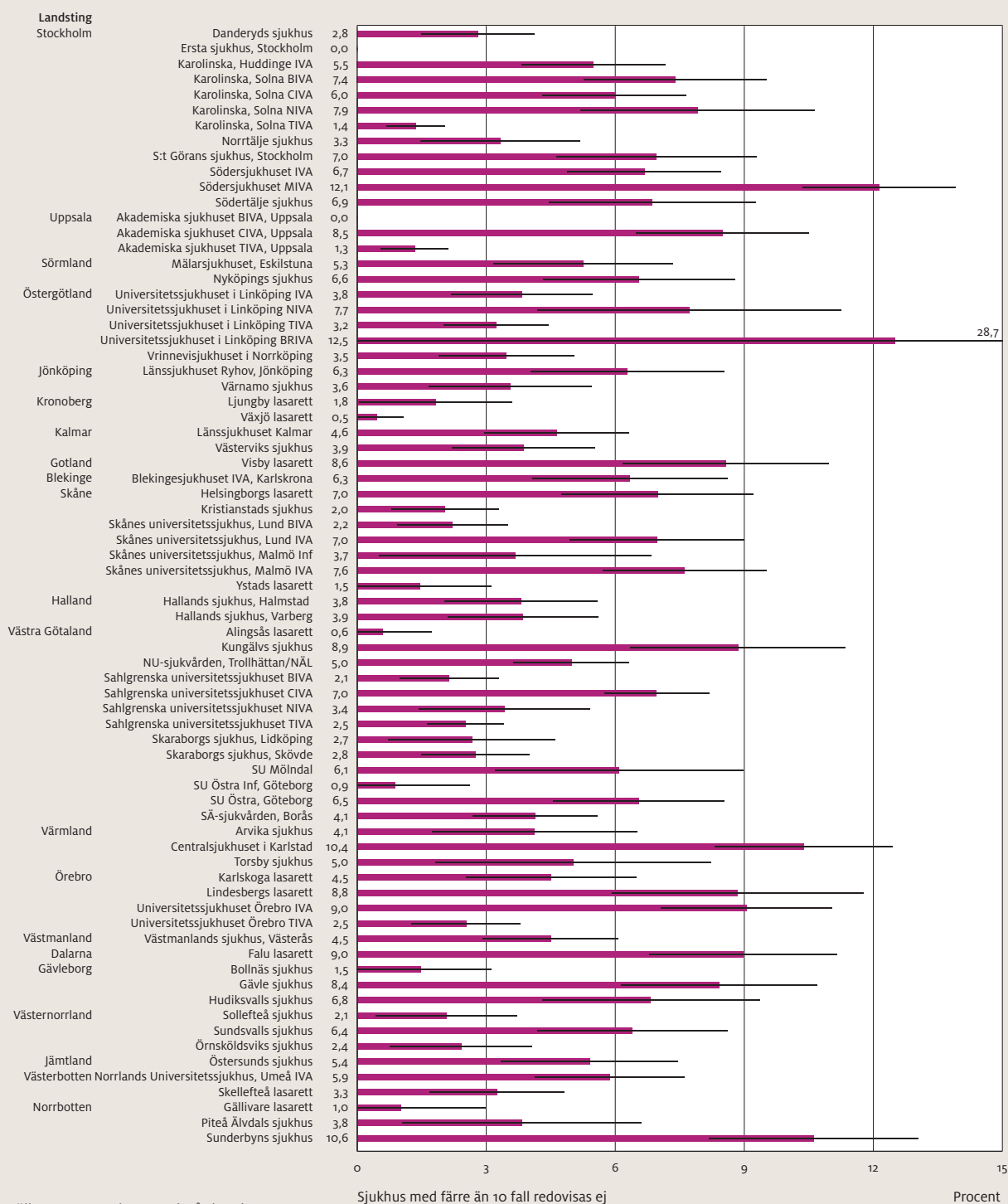
ske nattetid. Denna målnivå nåddes 2012 av alla utom fyra landsting.

Uppmärksamheten kring nattlig utskrivning har de senaste åren varit stor, vilket gjort att många IVA vidtar särskilda åtgärder när man trots allt måste skriva

ut patienter på natten. SIR har under de senaste åren sett att tidigare noterad överdödlighet efter nattlig utskrivning minskat och för 2012 föreligger inte längre en säkerställd ökad dödlighet vid nattlig utskrivning.

SIR kommer internt att fortsätta övervakningen kring nattlig utskrivning, men såvida inte resultaten drastiskt försämrats kommer sannolikt indikatorn att bytas ut när 2013 års data ska presenteras.

DIAGRAM 158 – SJUKHUS: Andel patienter som skrevs ut nattetid från intensivvårdsavdelning till vårdavdelning, 2012.



Källa: SIR – Svenska Intensivvårdsregistret.

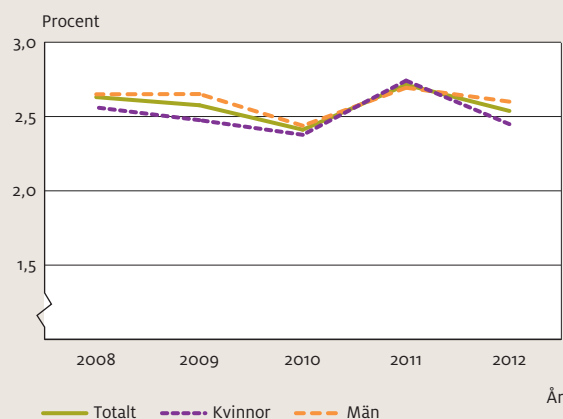
159 OPLANERAD ÅTERINSKRIVNING TILL INTENSIVVÅRDSAVDELNING

Patienter som oplanerat återkommer till samma intensivvårdsavdelning kort efter utskrivning, med vilket här avses inom 72 timmar, löper en ökad risk att dö. Det bekräftas av SIR-data för åren 2008–2010, där återinläggning inom 72 timmar är förenat med en ökad dödlighet: 45 procent relativ riskökning, efter justering för sjukdomssvårighetsgrad med SAPS3. Detta är bakgrunden till att SIR redovisar andelen återinläggningar som en kvalitetsindikator.

Indikatorn visar andelen vårdtillfällen där patienten oplanerat skrivs in på samma intensivvårdsavdelning inom 72 timmar efter utskrivningen. IVA-patienter i alla åldrar och alla sjukdomstillstånd ingår. Jämförelsen är baserad på drygt 38 000 vårdtillfällen.

Utfallet för 2012 visar att andelen oplanerade återinskrivningar är 2,5 procent i riket, med en spridning mellan landsting från 1,4 till 3,7 procent. Andelen motsvarar knappt 1 000 vårdtillfällen, och har i princip varit oförändrad de senaste åren. Det finns i riket som helhet inga nämnvärda skillnader i återinläggningsfrekvens mellan könen. Skillnaden mellan sjukhus är något större, utan att vara påtagliga - ingen

DIAGRAM 159 – RIKET: Andel patienter som oplanerat återinskrivs på samma intensivvårdsavdelning inom 72 timmar.

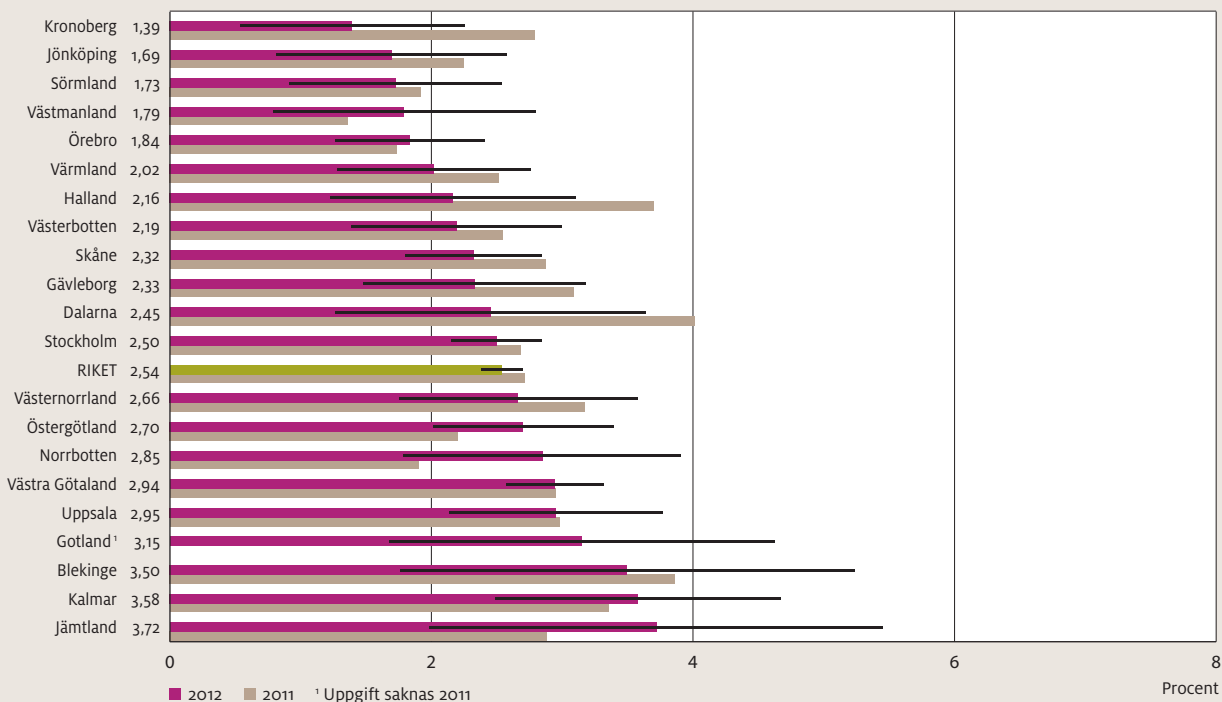


Källa: SIR – Svenska Intensivvårdsregistret.

IVA har en andel återinskrivna som är högre än 4,5 procent.

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.

DIAGRAM 159 – TOTALT: Andel patienter som oplanerat återinskrivs på samma intensivvårdsavdelning inom 72 timmar, 2012.



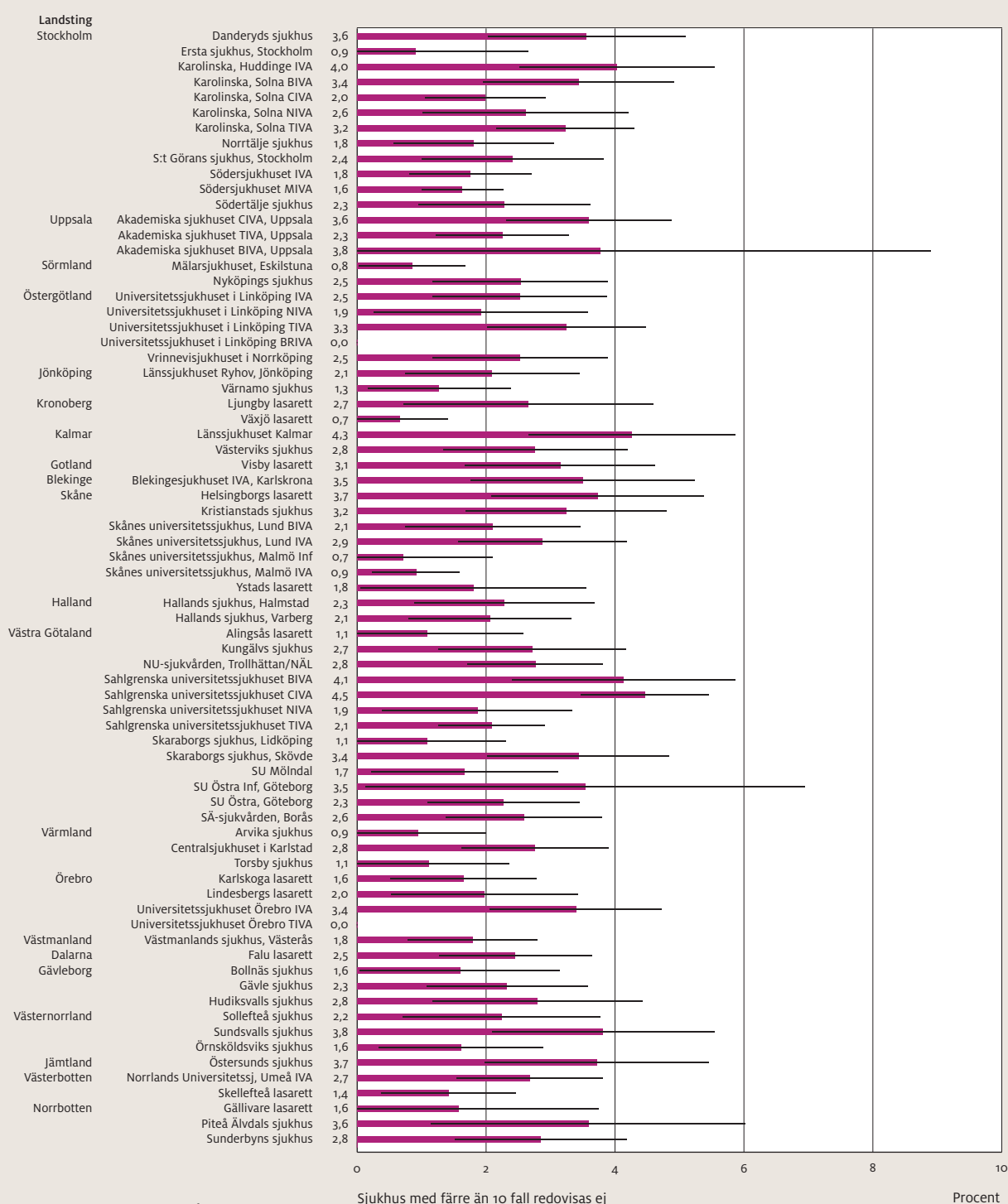
Källa: SIR – Svenska Intensivvårdsregistret.

SIR:s målsättning är att andelen oplanerade återinläggningar på samma IVA inom 72 timmar ska vara lägre än 3,1 procent. Detta mål klarades 2012 av alla landsting utom fyra.

Registreringen har hög kvalitet och har i sin definition exkluderat "normala" återinläggningar, som till exempel då patienter med skaskada för en kort tid skickas till neurointensivvårdsavdelning och sedan återkommer till hemsjukhusets intensivvårdsavdelning. I storstadsregionerna kan dock definitionens fokus på återinläggning på "samma intensivvårds-

avdelning" göra att enstaka återinläggningar som på grund av till exempel platsbrist sker på annan intensivvårdsavdelning missas. SIR skulle önska att kunna följa oplanerade återinläggningar oavsett intensivvårdsavdelning, men detta är i dagsläget inte möjligt då två av sju intensivvårdsavdelningar som valt att stå utanför kvalitetsregistreringen är neurointensivvårdsavdelningar (Lund, Uppsala) och tre är thoraxintensivvårdsavdelningar (Lund, Umeå, Karlskrona) och dessa har stora patientvolymen.

DIAGRAM 159 – SJUKHUS: Andel patienter som oplanerat återinskrivs på samma intensivvårdsavdelning inom 72 timmar, 2012.



Källa: SIR – Svenska Intensivvårdsregistret.

Ögonsjukvård

De senaste åren har tre indikatorer om ögonsjukvård visats i *Öppna jämförelser*, inplacerade inom olika sjukdoms- eller behandlingsområden. De har i år samlats under en egen rubrik, ögonsjukvård. Indikatorer och datakällor är oförändrade.

Två indikatorer speglar kataraktoperation, som utförs vid grå starr. Årligen utförs över 90 000 ingrepp. Den ena indikatorn är en processindikator och den andra ett resultatmått. Den tredje indikatorn avser den svåra sjukdomen makuladegeneration och speglar synförbättring efter läkemedelsbehandling.

160 SYNDEL VID KATARAKTOperation

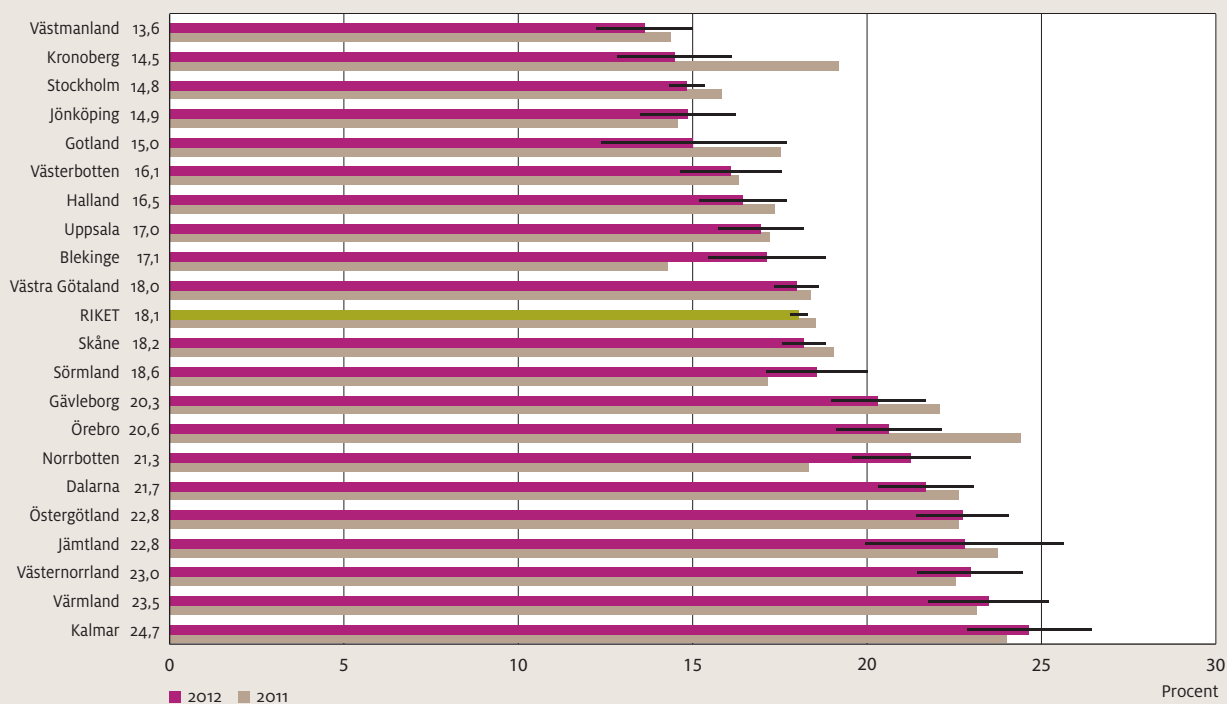
Under senare år utförs över 90 000 kataraktoperationer av patienter med sjukdomen grå starr. Kataraktoperation är därmed Sveriges vanligaste operation.

Betydligt flera kvinnor än män opereras. Väsentliga förbättringar av synförmågan nås för en stor del av patienterna.

Uppgift om patientens synskärpa på det bästa ögat vid tidpunkten för operationen är ett mått på tillgänglighet till kataraktoperation i de olika lands- tingen. Om en stor andel av befolkningen under flera år opereras, kommer patienterna ha förhållandevis bättre syn vid tidpunkt för operation än tidigare års patienter. 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 patient-

DIAGRAM 160 – TOTALT: Andel patienter med synskärpa under 0,5 på bästa ögat vid kataraktoperation, 2012.



Källa: Nationella Kataraktregistret.

registret, trots att denna rapportering är obligatorisk. I en jämförelse avseende operationer 2009 berodde mer än hälften av bortfallet i patientregistret på underreportering från privata vårdgivare.

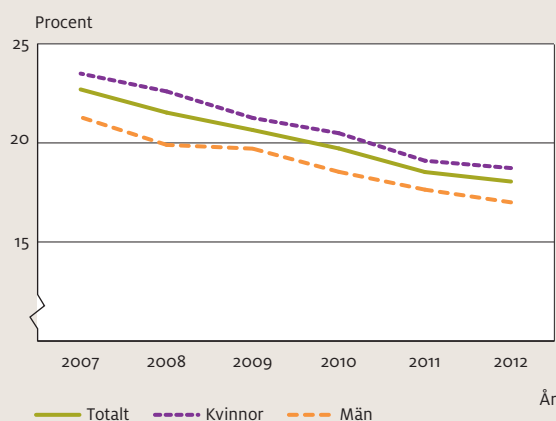
Indikatorn visar andelen patienter som hade en synskärpa som var lägre än 0,5 på det bästa ögat, av alla patienter som opererades för grå starr. En låg andel innebär att patienterna hade bättre syn och vice versa. Uppgifterna per landsting är baserade på patienternas hemort, oavsett var operationen utfördes.

I riket hade 18 procent av patienterna synskärpa lägre än 0,5 på bästa ögat, med en variation mellan landsting från knappt 14 till närmare 25 procent. I riket finns en stadig sjunkande trend, med allt lägre andel patienter som opereras med synskärpa sämre än 0,5 på bästa ögat. Kvinnor ser något sämre än män när de opereras, med en skillnad på närmare två procentenheter.

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.

DIAGRAM 160 – RIKET: Andel patienter med synskärpa under 0,5 på bästa ögat vid kataraktoperation.

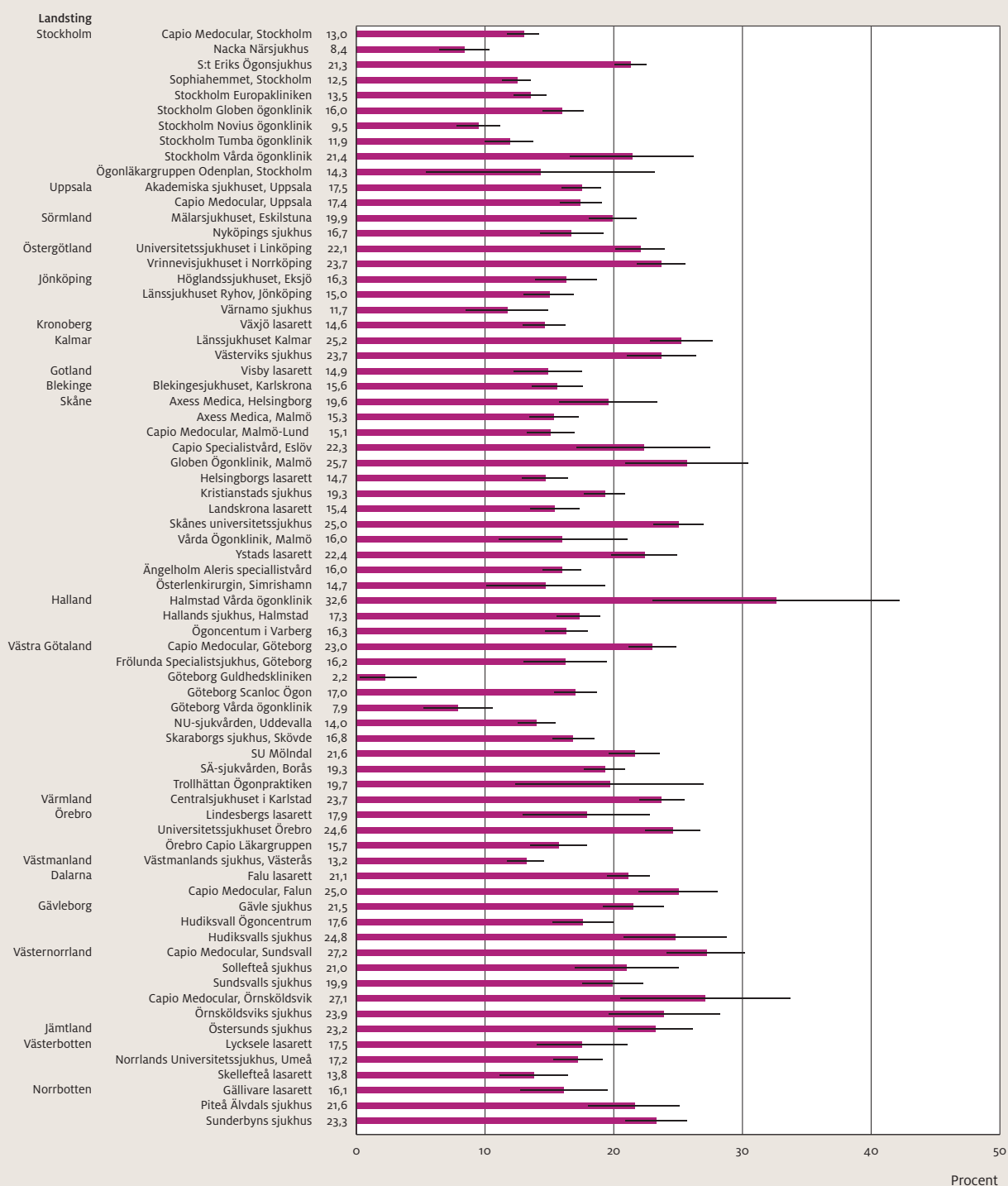


Källa: Nationella Kataraktregistret.

Generellt gäller att kvinnor har en sämre syn när de opereras än vad män har. 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.

Data på kliniknivå har en annan mening än landstingsdata; en klinik med låg andel har inte bättre resultat än en med hög, och vice versa.

DIAGRAM 160 – SJUKHUS: Andel patienter med synskärpa under 0,5 på bästa ögat vid kataraktoperation, 2012.



Källa: Nationella Kataraktregistret.

161 SJÄLVSKATTAD NYTTA AV KATARAKTOperation

Kataraktoperation (gråstarrsoperation) är Sveriges vanligaste operation. Syftet med operationen är att återställa synen genom att avlägsna den grå starren. Det övergripande målet med denna kirurgi är att åstadkomma optimal synskärpa, optimal refraktion (ögats brytningskraft), ett minimum av komplikationer och en nöjd patient.

Indikatorn visar andelen patienter som tre månader efter operationen upplever mindre hinder att utföra dagliga aktiviteter än innan. Denna indikator speglar hur väl man lyckats med att förbättra patientens självskattade synfunktion i det dagliga livet. Indikatorn har använts i Nationella Kataraktregistret fullt ut sedan 2009 och 2010. Frågeformuläret, Catquest-9SF, är ett sjukdomsspecifikt frågeformulär. Det är självinstruerande och fylls i av patienten före och tre månader efter operation. Kliniker deltar frivilligt under en månad varje kalenderår.

I riket upplever drygt 92 procent av patienterna mindre besvär efter operationen än innan, med en

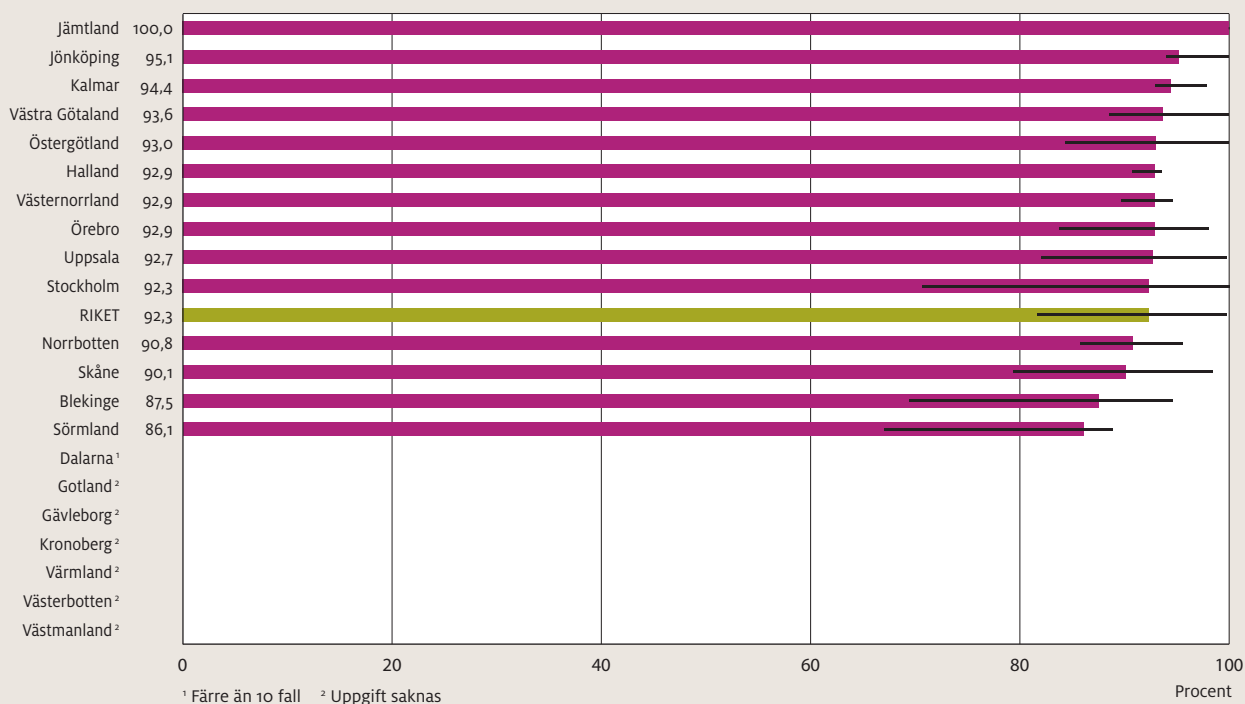
variation från 86 till 100 procent. Det är svårt att dra slutsatser på nationell nivå angående skillnaden mellan åren, eftersom olika kliniker deltagit olika år. Det finns i riket inga skillnader mellan könen. Jämförelsen baserar sig på drygt 3 700 patienter som opererades under 2012. Vid registreringen 2012 deltog 33 kliniker.

Jämförelsen baseras på en mindre del av de utförda operationerna, men resultaten på nationell nivå kan troligen anses som ganska representativa.

Flera faktorer kan leda till en självskattad försämring efter operationen: Förekomst av annan ögonsjukdom i operationsögat, operationskomplikationer, avvikande refraktionsutfall och frånvaro av besvär före operation. Kortfattat kan man konstatera att svårt sjuka ögon och alltför friska ögon samt operationskomplikationer är riskfaktorer för mer självskattade besvär efter operation än före.

Enkäten efter operationen har en svarsfrekvens på cirka 80 procent. Studier har pekat på att de som inte besvarar enkäten är genomsnittligt lite sjukare och äldre än de som besvarar den.

DIAGRAM 161 – TOTALT: Andel patienter med förbättrad självskattad synfunktion 3 månader efter kataraktoperation, 2012.



Källa: Nationella Kataraktregistret.

DIAGRAM 161 – SJUKHUS: Andel patienter med förbättrad självskattad synfunktion 3 månader efter kataraktooperation, 2012.



Källa: Nationella Kataraktregistret.

162 FÖRBÄTTRING EFTER BEHANDLING VID MAKULADEGENERATION

Makuladegeneration eller så kallad åldersförändring i gula fläcken, AMD, är den vanligaste orsaken till synnedsättning hos personer över 50 år. Med stigande ålder ökar antalet drabbade och över 30 procent av personer som fyllt 70 år har någon form av åldersförändring i gula fläcken. En klar majoritet av patienterna är kvinnor, beroende på sjukdomens ålderskarakteristik. 15–20 procent får en svår form av sjukdomen, med blödningar och svullnad (våt makuladegeneration) eller svår atrofi (uttalad torr makuladegeneration).

Den allvarligare fuktiga formen av sjukdomen leder obehandlad i stor utsträckning snabbt till grav synnedsättning, med synskärpa mindre än 0,1 och därmed oförmåga att läsa eller att ta sig fram i okänd miljö. Patienten behöver hjälp för att klara basala saker såsom t ex matlagning och städning och kan behöva färdtjänst till följd av synnedsättningen.

Våt makuladegeneration kan behandlas med läkemedel som hämmar kärlnybildning i ögat och komplikationer till denna. Möjligheten till bibehållen synskärpa är över 90 procent med denna behandling och en betydande andel uppnår även förbättringar. Den ges som en injektion i ögats glaskropp.

Behandling påbörjas på cirka 2 500 nya ögon årligen. Den är mycket kostsam både avseende läkemedelskostnad och andra sjukvårdsresurser. Behandlingen behöver upprepas och patienterna kräver täta regelbundna kontroller. Den är ofta flerårig, även om antalet injektioner som behövs årligen minskar. Hälsoekonomiskt finns stora vinster med behandlingen. En bevarad synskärpa värderas högt och ger möjlighet till självständigt boende och minskat hjälpbehov.

Uppgifter om vården av patienter med AMD registreras i Makularegistret som är ett nationellt kvalitetsregister, dit 34 av 36 kliniker rapporterar. Registret registrerar uppföljda ögon, eftersom vissa patienter har behov av behandling på båda ögonen. Täckningsgraden avseende injektioner bedöms till 75 procent.

Behandlingsfrekvensen varierar mellan landstingen. Det kan dels bero på att täckningsgraden för registreringen skiljer sig åt mellan klinikerna, dels på att vissa landsting har en högre andel äldre i befolkningen. Hur tillgänglig vården är och hur frikostig man är med att erbjuda behandling kan också spela roll.

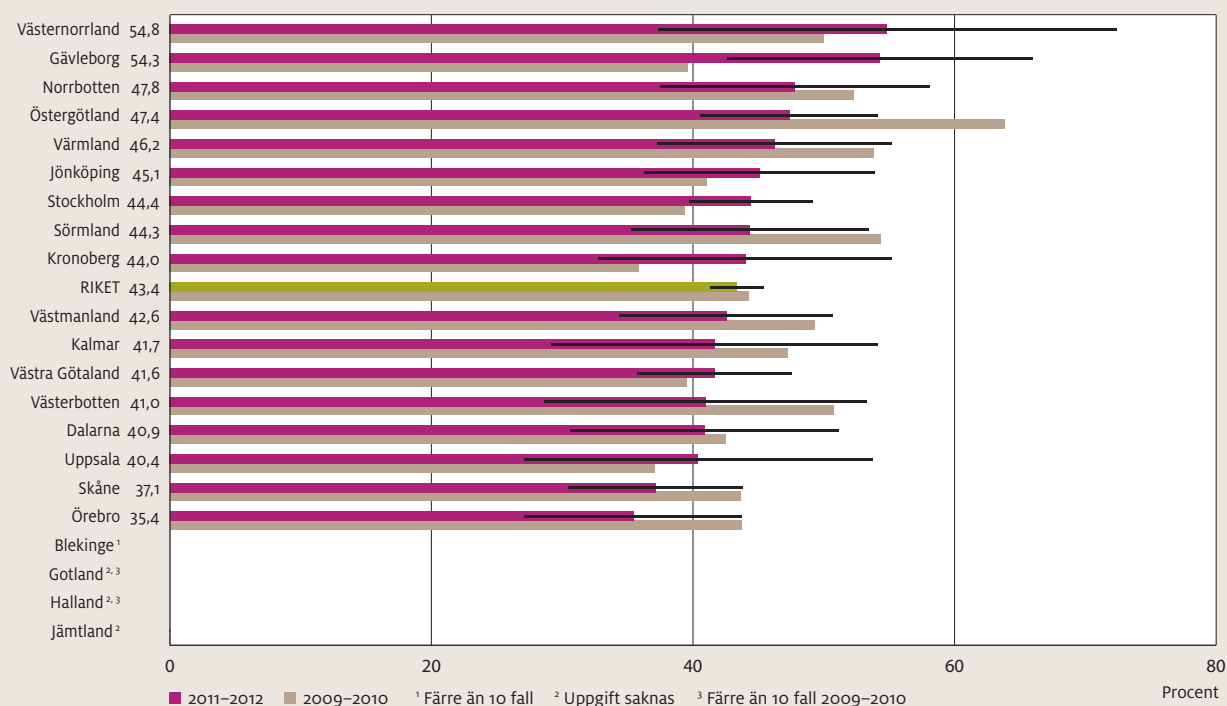
Indikatorn visar andelen ögon som uppnått en synförbättring på en rad eller mer på ETDRS syntavla, 12 månader efter påbörjad behandling. De flesta kliniker registrerar sina patienter vid såväl ursprungsbesök

som vid uppföljande återbesök och behandlingsbesök. Har patientkontakten avslutats innan uppföljning vid 12 månader kommer patienten inte med i resultatuppföljningen. Bara kliniker som använder ETDRS syntavla för att mäta synförbättring kommer med i sammanställningen.

I riket har förbättring med minst en rad på syntavla nåtts för drygt 43 procent av alla behandlade ögon, med en variation mellan landstingen från drygt 35 till knappt 55 procent. Jämförelsen baseras på 2 262 uppföljda ögon under 2011–2012.

Den nya behandlingen har motsvarat förväntningarna med en större andel patienter som bevarar synskärpan och även får en förbättring, jämfört med tidigare behandlingar. Möjligen är fortfarande antalet uppföljda patienter per landsting för lågt för att siffrorna ska bedömas som säkra. Resultatet kan även påverkas av vilka patienter som erbjuds behandling, liksom indikationerna för förnyad behandling på kliniken. De patientkontakter som avslutas innan ett år har gått, till exempel för att synförmågan blivit så låg att fortsatt behandling inte bedömts meningsfull, finns inte heller med i redovisningen.

DIAGRAM 162 – TOTALT: Andel patienter (ögon) med minst en rads förbättring på syntavla 1 år efter behandling vid åldersförändringar i gula fläcken, 2011–2012. Mätperioden avser uppföljningsår.



Källa: Makularegistret.

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 enkel och konsekvent genomförd för alla indikatorer. Värdena delas in i

tre lika stora grupper, där 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.

Placering 1–7

Placering 8–14

Placering 15–21

De vita rutorna anger att data saknades eller att antalet fall var för få för att redovisas.

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.

			RIKET	Stockholm	Uppsala	Sörmland	Östergötland	Jönköping	Kronoberg	Kalmar	Gotland									
↑ = Förbättrat värde ↓ = Försämrat värde																				
Övergripande indikatorer																				
Dödlighet, undvikbar slutenvård med mera																				
1	Återstående medellivslängd	Kvinnor	83,4	↑	83,9	↑	83,8	↑	82,8	↑	83,3	↑	83,7	↑	84,2	↑	83,1	↑	83,3	↓
		Män	79,5	↑	79,8	↑	80,6	↑	78,8	↑	79,8	↑	80,0	↑	80,4	↑	79,3	↑	79,5	↑
2	Hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet	Kvinnor	32,2	↑	34,4	↑	33,0	↓	39,3	↓	34,5	↓	25,6	↑	26,0	↑	31,2	↑	33,0	↑
		Män	48,6	↑	51,0	↑	48,7	↑	49,6	↑	47,0	↑	49,3	↓	39,2	↑	53,9	↓	46,6	↑
		Totalt	40,1	↑	42,3	↑	40,6	↑	44,4	↑	40,7	↑	36,9	↓	32,3	↑	42,2	↑	39,8	↑
3	Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet	Kvinnor	32,6	↑	31,7	↑	28,8	↑	34,6	↑	30,6	↑	30,0	↑	28,1	↑	31,3	↑	33,9	↑
		Män	47,5	↑	47,3	↑	39,4	↑	51,1	↑	53,2	↑	44,9	↑	42,8	↑	47,6	↑	39,0	↑
		Totalt	39,6	↑	38,9	↑	33,9	↑	42,5	↑	41,2	↑	37,0	↑	35,0	↑	39,1	↑	36,5	↑
4	Åtgärdbar dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom	Kvinnor	28,0	↑	21,3	↑	24,2	↑	27,7	↑	25,9	↑	29,2	↑	24,0	↑	34,6	↓	29,2	↓
		Män	77,3	↑	66,2	↑	56,0	↑	84,7	↑	76,2	↑	79,0	↑	65,4	↑	88,6	↑	77,8	↑
		Totalt	51,7	↑	42,5	↑	39,5	↑	55,5	↑	49,9	↑	53,2	↑	44,2	↑	60,7	↑	52,4	↑
5	Självmod i befolkningen	Kvinnor	8,9	↑	11,0	↓	9,8	↑	10,9	↓	6,4	↑	5,0	↑	11,2	↓	10,2	↓	15,1	↓
		Män	21,8	↑	20,7	↑	18,8	↑	23,0	↑	23,9	↓	23,1	↓	21,0	↑	30,9	↓	26,1	↑
		Totalt	15,2	↑	15,6	↓	14,1	↑	16,9	↑	15,1	↓	14,0	↑	16,1	↓	20,4	↓	20,6	↓
6	Responstid för ambulans	Totalt	14,8	↓	14,4	↓					12,3	↑	14,1	↑	17,6	↓	13,7	↓		
7	Undvikbar slutenvård	Kvinnor	1055	↑	1013	↑	994	↓	1059	↓	976	↓	1125	↓	1088	↑	1173	↓	1186	↑
		Män	1294	↑	1316	↑	1172	↑	1279	↑	1181	↑	1328	↓	1345	↑	1547	↓	1412	↑
		Totalt	1156	↑	1139	↑	1068	↑	1153	↓	1062	↓	1211	↓	1201	↑	1336	↓	1276	↑
8	Vårdrelaterade infektioner	Kvinnor	8,1	↓	8,6	↑	8,8	↑	2,9	↑	12,7	↓	6,4	↓	9,3	↓	10,5	↓	3,2	↑
		Män	10,0	↓	10,3	↑	11,6	↓	7,9	↑	12,9	↓	8,1	↓	7,5	↑	12,5	↓	5,5	↑
		Totalt	9,0	↓	9,4	↑	10,0	↑	5,2	↑	12,8	↓	7,2	↓	8,5	↓	11,5	↓	4,2	↑
9	MPR – vaccination av barn	Totalt	97,4		96,2		94,6		98,1		98,6		98,2		97,4		98,6		97,8	
10	Deltagandefrekvens gynekologiskt cellprov	Kvinnor	79,7	↑	74,4	↓	66,1	↑	73,3	↑	77,1	↑	82,9	↓	70,4	↓	86,0	↓	69,7	↓
11	Andel patienter med trycksår i slutenvård	Kvinnor	15,7	↑	19,5	↑	18,6		18,0	↑	17,3		9,5	↓	13,8	↑	9,5	↓	15,3	↑
		Män	14,7	↑	16,8	↓	15,5		20,6	↑	13,3		11,7	↑	12,9	↓	9,5	↓	8,9	↑
		Totalt	15,2	↑	18,4	↓	17,0		19,3	↑	15,3		10,5	↓	13,4	↓	9,5	↓	12,5	↑
12	Smärtskattning i livets slutskede	Kvinnor	26,8	↑	33,8	↑	27,9	↑	35,1	↑	45,5	↑	25,1	↑	19,7	↑	41,7	↑	25,6	↑
		Män	26,5	↑	38,5	↑	27,3	↑	42,5	↑	44,1	↑	23,4	↑	20,6	↑	37,8	↑	25,0	↑
		Totalt	26,7	↑	35,7	↑	27,6	↑	38,3	↑	44,9	↑	24,3	↑	20,1	↑	39,9	↑	25,4	↑
13	Vidbehovsordination av opioider i livets slutskede	Kvinnor	91,7	↑	90,7	↓	91,0	↑	93,5	↑	93,5	↑	90,0	↓	89,1	↓	94,4	↑	82,6	↓
		Män	90,9	↑	91,3	↓	88,2	↑	90,7	↓	92,9	↑	91,7	↑	89,7	↓	94,5	↑	84,5	↓
		Totalt	91,4	↑	90,9	↓	89,7	↑	92,3	↑	93,2	↑	90,8	↑	89,4	↓	94,5	↑	83,4	↓
14	Brytpunktssamtal i livets slutskede	Kvinnor	42,9	↑	53,0	↑	40,3	↓	37,5	↑	52,7	↑	47,0	↑	31,8	↓	46,2	↑	46,3	↑
		Män	45,5	↑	54,9	↑	42,5	↑	34,6	↑	53,3	↑	46,4	↑	40,1	↓	49,5	↑	52,4	↑
		Totalt	44,0	↑	53,8	↑	41,3	↑	36,2	↑	53,0	↑	46,7	↑	35,4	↓	47,7	↑	48,8	↑
Läkemedelsbehandling																				
15	Tio eller fler läkemedel bland äldre	Kvinnor	11,4	↓	11,3	↓	12,8	↑	9,5	↑	10,4	↓	12,5	↓	12,3	↑	10,3	↓	9,3	↓
		Män	9,4	↓	9,5	↓	10,2	↑	7,9	↓	8,7	↓	10,0	↓	10,2	↑	8,6	↓	7,7	↓
		Totalt	10,6	↓	10,6	↓	11,7	↑	8,9	↓	9,7	↓	11,5	↓	11,4	↑	9,6	↓	8,6	↓
16	Läkemedelsinteraktion bland äldre	Kvinnor	2,03		2,15		1,74		1,44		1,93		1,84		1,27		1,56		2,26	
		Män	2,30		2,25		1,65		1,90		2,29		1,96		1,39		2,04		2,00	
		Totalt	2,14		2,19		1,70		1,63		2,07		1,89		1,32		1,76		2,15	
17	Äldre med läkemedel som bör undvikas	Kvinnor	11,1		10,9		10,2		9,7		11,0		11,6		10,0		9,2		9,6	
		Män	8,4		8,6		8,0		6,6		8,0		9,1		8,7		7,5		7,9	
		Totalt	10,0		10,0		9,3		8,5		9,8		10,6		9,5		8,5		8,9	
18	Förekomst av antibiotikabehandling	Kvinnor	427	↑	478	↑	432	↑	399	↑	395	↑	393	↑	404	↑	381	↑	408	↑
		Män	300	↑	339	↑	319	↑	270	↑	267	↑	283	↑	289	↑	275	↑	280	↑
		Totalt	363	↑	409	↑	375	↑	334	↑	330	↑	337	↑	345	↑	327	↑	344	↑

Blekinge	Skåne	Halland	Västra Götaland	Värmland	Örebro	Västmanland	Dalarna	Gävleborg	Väster- norland	Jämtland	Västerbotten	Norrbotten													
83,4	↓	83,6	↑	84,4	↑	83,4	↑	83,0	↑	83,1	↑	83,3	↑	83,1	↑	82,5	↑	82,7	↓	83,2	↑	83,1	↓	82,9	↑
79,4	↑	79,5	↑	80,5	↑	79,6	↑	78,7	↑	79,0	↑	79,3	↑	79,7	↑	78,6	↑	78,4	↑	79,2	↑	79,3	↑	78,3	↑
35,9	↓	36,1	↑	28,3	↓	30,8	↑	29,2	↑	30,6	↑	34,0	↑	34,0	↓	31,9	↑	31,1	↓	27,1	↑	23,9	↑	28,1	↑
42,2	↑	55,0	↑	45,9	↑	47,6	↑	47,8	↑	53,6	↓	55,6	↑	45,0	↑	53,9	↑	42,3	↑	33,5	↑	37,2	↑	36,7	↑
38,9	↑	45,2	↑	36,8	↑	38,8	↑	38,2	↑	41,8	↑	44,4	↑	39,3	↑	42,5	↑	36,6	↑	30,3	↑	30,5	↑	32,4	↑
32,6	↑	30,8	↑	27,1	↑	32,6	↑	34,4	↑	34,8	↑	37,0	↑	34,0	↑	42,2	↑	35,8	↑	41,2	↑	31,7	↑	36,6	↑
44,9	↑	41,5	↑	36,2	↑	47,2	↑	60,3	↑	52,2	↑	41,0	↑	49,4	↑	53,6	↑	56,8	↑	57,6	↓	44,4	↑	59,0	↑
38,6	↑	35,8	↑	31,4	↑	39,5	↑	46,5	↑	43,1	↑	39,1	↑	41,5	↑	47,6	↑	45,8	↑	49,1	↑	37,8	↑	47,4	↑
32,0	↑	27,8	↑	20,7	↑	28,5	↑	31,8	↑	34,5	↓	29,3	↓	30,5	↑	38,2	↓	36,3	↑	28,2	↑	33,8	↓	34,0	↑
86,3	↑	74,2	↑	61,0	↑	78,9	↑	80,7	↑	90,7	↑	81,2	↓	83,5	↑	85,9	↑	87,4	↑	88,4	↑	81,8	↑	110,8	↑
58,6	↑	50,0	↑	40,3	↑	52,8	↑	55,1	↑	61,4	↑	54,5	↓	56,5	↑	61,2	↑	61,4	↑	57,9	↑	57,2	↑	71,4	↑
10,1	↓	8,4	↑	8,6	↑	8,2	↓	9,5	↑	11,3	↓	8,6	↑	5,9	↑	9,5	↑	5,6	↑	7,9	↓	5,8	↑	8,1	↑
19,5	↑	22,6	↑	20,8	↑	18,5	↑	26,8	↑	25,8	↓	26,5	↓	26,1	↑	25,9	↑	19,3	↑	23,8	↑	14,8	↑	24,6	↓
14,8	↑	15,3	↑	14,6	↑	13,2	↑	18,0	↑	18,4	↓	17,6	↓	15,9	↑	17,6	↑	12,4	↑	15,7	↑	10,2	↑	16,3	↓
15,7	↓	15,0	↑	12,2	↓	15,1	↑	16,1	↑	13,2	↑			15,0	↑	13,6	↓	14,5	↓	22,2	↑	17,1	↓	12,9	↓
1040	↓	1096	↓	1054	↓	1053	↑	1108	↑	1011	↑	1129	↑	1149	↑	931	↑	1172	↓	879	↑	1081	↑	1110	↑
1235	↓	1383	↓	1227	↑	1258	↑	1349	↑	1276	↑	1287	↑	1401	↑	1063	↑	1318	↑	1106	↑	1279	↑	1367	↑
1131	↓	1217	↓	1123	↓	1139	↑	1206	↑	1124	↑	1185	↑	1259	↑	988	↑	1230	↓	982	↑	1163	↑	1222	↑
6,1	↑	8,4	↓	6,9	↓	8,5	↑	5,5	↑	10,1	↓	4,8	↑	7,7	↓	8,2	↑	6,4	↑	5,9	↓	7,5	↓	7,2	↓
10,7	↓	10,0	↑	5,7	↑	10,1	↓	6,0	↑	12,3	↓	7,7	↓	13,6	↓	11,8	↓	7,4	↑	11,1	↓	10,7	↓	8,3	↑
8,2	↓	9,2	↓	6,4	↑	9,3	↓	5,7	↑	11,1	↓	6,1	↓	10,6	↓	10,0	↓	6,9	↑	8,3	↓	8,9	↓	7,7	↑
98,8		97,5		98,7		97,8		98,4		99,1		98,0		97,6		97,9		98,5		97,1		98,2		97,5	
82,1	↓	76,7	↓	90,7	↑	86,0	↑	87,0	↑	77,7	↓	75,5	↓	90,9	↓	86,8	↓	86,1	↑	86,1	↑	84,3	↓	83,2	↓
20,3		19,7	↑	13,1	↑	13,9	↓	18,1	↓	10,3	↑	18,9	↑	20,0		12,4		23,8	↑	8,1	↓	12,4	↑	10,0	↓
13,1		19,5	↑	9,5	↓	14,2	↓	14,7	↑	11,7	↑	13,8	↓	18,6		15,5		21,2	↑	9,6	↓	9,7	↓	10,3	↓
17,0		19,6	↑	11,6	↓	14,1	↓	16,6	↑	11,0	↑	16,4	↓	19,3		14,0		22,6	↑	8,7	↓	11,2	↓	10,1	↓
27,3	↑	20,3	↑	25,5	↑	17,7	↑	13,1	↑	33,0	↑	16,6	↑	25,0	↑	30,4	↑	25,9	↑	30,8	↑	39,5	↑	22,9	↑
20,9	↑	19,1	↑	27,5	↑	16,8	↑	13,7	↑	26,2	↑	15,0	↑	25,3	↑	26,7	↑	22,3	↑	36,2	↑	38,2	↑	25,2	↑
24,4	↑	19,8	↑	26,4	↑	17,3	↑	13,3	↑	30,0	↑	15,9	↑	25,1	↑	28,7	↑	24,4	↑	33,1	↑	38,9	↑	24,0	↑
89,9	↑	90,1	↑	88,8	↓	93,9	↑	90,4	↑	91,6	↓	86,1	↑	93,6	↑	93,5	↑	93,8	↑	92,6	↑	95,4	↑	92,0	↑
90,0	↑	90,1	↑	91,7	↑	92,0	↑	89,2	↑	90,0	↓	86,3	↑	92,3	↓	90,4	↑	91,9	↑	91,1	↑	91,2	↓	86,9	↓
89,9	↑	90,1	↑	90,1	↓	93,1	↑	89,9	↑	90,9	↓	86,2	↑	93,0	↑	92,1	↑	93,0	↑	91,9	↑	93,5	↓	89,6	↓
40,6	↑	45,8	↑	41,6	↑	39,5	↑	38,0	↑	46,9	↑	37,7	↑	28,7	↑	36,6	↑	37,1	↑	41,5	↑	40,9	↑	36,2	↑
41,0	↑	47,4	↑	47,4	↑	42,1	↑	39,6	↑	46,6	↑	37,9	↑	38,1	↑	40,9	↑	43,5	↑	50,2	↑	45,3	↑	44,5	↑
40,8	↑	46,5	↑	44,1	↑	40,7	↑	38,8	↑	46,8	↑	37,8	↑	33,1	↑	38,6	↑	39,8	↑	45,3	↑	42,9	↑	40,1	↑
10,8	↓	12,1	↓	11,3	↓	12,7	↑	11,1	↑	9,1	↑	10,6	↑	9,6	↑	10,1	↑	11,5	↓	9,7	↓	12,2	↑	11,2	↓
8,9	↓	10,4	↓	9,7	↓	10,0	↓	9,4	↓	7,4	↑	8,5	↓	7,8	↓	9,0	↓	9,0	↓	8,1	↓	9,4	↑	8,3	↓
10,0	↓	11,4	↓	10,7	↓	11,6	↑	10,4	↑	8,4	↑	9,8	↑	8,9	↑	9,7	↓	10,5	↓	9,0	↓	11,1	↑	10,0	↓
1,38		2,37		1,85		2,22		2,29		1,81		2,00		1,99		1,88		2,22		1,61		2,08		1,93	
1,77		2,99		2,22		2,16		2,78		2,47		2,71		2,71		2,32		2,21		2,04		1,86		2,50	
1,54		2,62		2,00		2,20		2,49		2,07		2,29		2,28		2,06		2,21		1,79		1,99		2,17	
13,2		11,3		11,3		12,7		10,5		10,7		9,5		11,1		9,7		11,4		10,2		10,9		11,1	
9,6		8,5		8,8		9,5		7,6		8,0		7,1		7,2		6,7		8,6		7,8		8,6		8,1	
11,7		10,2		10,3		11,4		9,3		9,7		8,6		9,5		8,5		10,3		9,2		10,0		9,8	
410	↑	459	↑	421	↑	446	↑	388	↑	391	↑	415	↑	349	↑	366	↑	373	↓	343	↑	329	↑	379	↑
270	↑	322	↑	300	↑	316	↑	264	↑	269	↓	286	↓	237	↑	249	↑	256	↑	236	↑	234	↑	261	↑
338	↑	390	↑	360	↑	380	↑	325	↑	329	↑	350	↑	292	↑	307	↑	313	↓	289	↑	281	↑	319	↑

					RIKET	stockholm	Uppsala	Sörmland	Östergötland	Jönköping	Kronoberg	Kalmar	Gotland							
↑ = Förbättrat värde ↓ = Försämrat värde																				
19	Penicillin V vid behandling av barn med luftvägsantibiotika	Flickor	69,9	↑	66,9	↑	68,4	↑	72,1	↑	69,5	↑	73,9	↑	67,3	↑	71,4	↓	65,6	↓
		Pojkar	71,3	↑	68,7	↑	68,8	↑	73,4	↑	70,7	↑	76,5	↑	66,5	↑	75,6	↑	63,6	↑
		Totalt	70,7	↑	67,9	↑	68,6	↑	72,8	↑	70,2	↑	75,2	↑	66,9	↑	73,6	↑	64,5	↑
20	Kinoloner vid behandling med urinvägsantibiotika	Kvinnor	14,0	↑	13,8	↑	14,4	↑	14,0	↓	13,5	↑	15,1	↓	17,3	↑	12,3	↑	15,3	↓
21	Kombinationspreparat vid astma	Kvinnor	49,5	↓	52,4	↓	49,8	↓	54,6	↓	45,0	↓	42,3	↑	49,8	↓	55,2	↓	24,1	↑
		Män	54,0	↓	59,6	↓	58,3	↓	53,1	↑	47,5	↓	54,4	↓	46,8	↑	53,0	↑	61,3	↓
		Totalt	51,5	↓	55,7	↓	53,4	↓	54,1	↓	46,2	↓	47,3	↓	48,2	↓	53,3	↓	44,8	↑
22	Uttagsföljsamhet vid blodtryckssänkande behandling	Kvinnor	71,1	↑	67,7	↑	69,2	↓	74,1	↑	74,2	↓	72,3	↓	70,2	↓	76,4	↑	69,5	↑
		Män	78,8	↑	75,2	↑	77,7	↓	80,3	↓	80,5	↓	80,3	↑	81,8	↑	81,3	↑	79,0	↑
		Totalt	74,9	↑	71,4	↑	73,4	↓	77,2	↑	77,3	↓	76,4	↓	75,9	↑	78,8	↑	74,4	↑
23	God viruskontroll vid HIV	Kvinnor	92,0	↑	93,0	↑	90,2	↓	92,7	↓	92,7	↓	95,0	↑	97,1	↑	95,8	↑		
		Män	95,3	↑	95,6	↑	97,2	↓	89,7	↑	86,5	↓	91,4	↑	100,0	↑	91,3	↑		
		Totalt	93,5	↑	94,8	↑	93,9	↓	91,3	↓	89,7	↓	93,3	↑	98,4	↑	93,6	↑	90,0	↑
24	Fråga om andra läkemedel – primärvård	Totalt	60	↓	61		61	↓	60	↓	56	↓	62	↓	62	↓	56	↓	61	↓
Förtroende och patienterfarenheter																				
25	Tillgång till sjukvård	Kvinnor	80		82		77		76		80		84		83		82		81	
		Män	81		83		82		79		82		85		84		84		84	
		Totalt	80		82		79		78		81		84		83		83		82	
26	Förtroende för vårdcentraler	Kvinnor	64		62		67		62		63		72		69		70		67	
		Män	68		67		68		66		68		72		71		73		68	
		Totalt	66		64		68		65		65		72		70		71		68	
27	Förtroende för sjukhus	Kvinnor	71		73		72		63		76		75		78		78		75	
		Män	74		76		80		69		81		79		76		79		72	
		Totalt	73		75		76		66		79		77		77		79		74	
28	Bemötande akutmottagning	Kvinnor	86		86		80		88		86		88		89		91		86	
		Män	91		90		88		90		92		90		94		94		95	
		Totalt	88		88		84		89		89		89		91		92		90	
29	Information akutmottning	Kvinnor	74		72		74		74		73		76		76		78		75	
		Män	79		77		76		77		80		76		81		85		86	
		Totalt	76		74		75		75		77		76		78		81		80	
30	Delaktighet akutmottagning	Kvinnor	72		70		69		71		70		72		77		78		76	
		Män	75		74		70		73		75		73		79		77		79	
		Totalt	73		72		69		72		72		73		78		77		77	
Tillgänglighet																				
31	Läkarbesök inom 7 dagar i primärvård	Totalt	93,5	↑	94,8	↓	92,9	↑	93,3	↑	93,6	↓	95,0	↓	95,5	↑	96,0	↑	98,2	↑
32	Vårdcentralers tillgänglighet per tfn	Totalt	90,7	↑			93,4	↑	94,4	↓	86,7	↓	99,2	↓	98,5	↓	99,0	↑	85,3	↑
33	Besök inom 90 dagar i spec. vård	Totalt	90,7	↑	97,0	↑	82,7	↑	85,7	↑	97,0	↓	97,0	↑	91,0	↓	96,8	↑	99,2	↑
34	Operation inom 90 dagar i spec. vård	Totalt	88,8	↑	90,3	↑	77,4	↓	82,3	↑	96,4	↑	94,4	↑	94,9	↑	96,7	↑	98,4	↑
Kostnader																				
35	Strukturjust hälso- och sjukvårdskost	Totalt	21737		23118		21804		20120		20232		21895		22321		20567		22913	
36	Kostnader per konsumerad DRG-poäng	Totalt	45501	↓	43424	↑	47067	↑	48399	↓	44532	↑	44558	↑	50949	↓	41151	↑	45473	↓
38	Kostnad per vårdkontakt i primärvård	Totalt	1464	↓	1324	↓	1308	↑	1631	↓	1408	↓	1500	↓	1442	↓	1582	↓	1301	↑
Områdesvisa indikatorer																				
Graviditet, förlossning och nyföddhetsvård																				
39	Tobaksvanor under graviditet	Kvinnor	5,39		3,99		3,36		7,72		5,86		5,88		5,03		7,07		7,44	
40	Screening f riskbruk av alk under grav	Kvinnor	84,3	↑	87,2	↑			86,9	↑	89,7	↓	89,8	↑	89,8	↓	95,1	↑	87,5	↑
41	Dödfödda barn	Totalt	2,87	↑	2,60	↑	2,35	↑	3,42	↑	2,83	↑	3,60	↓	2,23	↑	3,74	↓	3,27	↑
42	Neonatal dödlighet	Totalt	1,58	↑	1,25	↑	1,67	↑	2,80	↓	2,06	↓	2,01	↑	2,20	↓	2,52	↓	2,65	↑
43	Vårdrel inf hos barn i neonatalvård	Totalt	5,0		4,7		13,0		5,0		5,3		10,3		1,3		4,0		0,0	

Blekinge	Skåne	Halland	Västra Götaland	Värmland	Örebro	Västmanland	Dalarna	Gävleborg	Väster-norrland	Jämtland	Västerbotten	Norrbottn
71,6 ↑	71,1 ↑	68,2 ↑	70,1 ↑	81,6 ↑	72,4 ↑	75,1 ↑	75,6 ↑	72,1 ↑	75,1 ↑	73,7 ↑	69,0 ↑	69,5 ↑
72,7 ↑	72,6 ↑	71,1 ↑	71,0 ↑	81,2 ↑	75,4 ↑	77,7 ↑	76,1 ↑	69,4 ↑	75,4 ↑	74,5 ↑	71,5 ↑	70,4 ↑
72,2 ↑	71,9 ↑	69,8 ↑	70,6 ↑	81,4 ↑	74,0 ↑	76,5 ↑	75,9 ↑	70,6 ↑	75,1 ↑	74,2 ↑	70,3 ↑	70,0 ↑
13,0 ↓	13,8 ↓	15,3 ↑	13,1 ↑	12,9 ↑	15,4 ↑	14,9 ↓	12,7 ↓	15,3 ↓	17,1 ↓	14,2 ↑	15,9 ↑	14,8 ↓
38,5 ↑	49,8 ↓	51,8 ↓	44,6 ↑	52,9 ↓	45,7 ↓	48,9 ↓	42,4 ↑	50,4 ↑	49,2 ↑	52,2 ↓	45,0 ↑	44,3 ↓
40,8 ↑	51,1 ↑	53,8 ↓	49,7 ↑	55,3 ↓	52,7 ↓	55,0 ↓	49,5 ↓	49,3 ↑	41,4 ↑	56,2 ↑	45,8 ↑	42,9 ↑
40,1 ↑	50,4 ↑	52,0 ↓	46,9 ↑	54,7 ↓	48,7 ↓	51,5 ↓	45,2 ↑	49,4 ↑	45,8 ↑	54,8 ↓	45,3 ↑	44,1 ↓
73,3 ↓	68,5 ↓	69,3 ↓	70,2 ↓	73,0 ↑	73,1 ↑	76,2 ↑	71,6 ↓	73,0 ↓	78,5 ↑	75,7 ↑	74,2 ↓	75,1 ↓
82,2 ↑	77,5 ↓	77,0 ↑	78,2 ↑	80,2 ↑	83,3 ↑	80,8 ↓	80,4 ↓	80,8 ↑	80,8 ↓	81,4 ↑	83,8 ↑	81,0 ↑
77,5 ↓	72,9 ↓	73,2 ↓	74,3 ↑	76,6 ↑	78,4 ↑	78,5 ↑	76,1 ↓	76,9 ↓	79,7 ↑	78,7 ↑	79,1 ↓	78,0 ↓
	86,3 ↓	100,0 ↑	89,5 ↓	90,0 ↑	90,5 ↑	96,0 ↓	90,0 ↓	96,4 ↑	90,5 ↓	95,8 ↑	92,6 ↑	92,9 ↑
80,0	91,0 ↑	96,7 ↓	95,3 ↑	95,5 ↑	92,3 ↓	95,0 ↓	97,0 ↑	92,0 ↑	91,9 ↑	87,5 ↓	92,7 ↑	86,1 ↓
82,4 ↓	89,5 ↑	97,9 ↓	93,2 ↓	93,2 ↑	91,5 ↑	95,6 ↓	93,2 ↑	94,3 ↑	91,3 ↑	92,5 ↑	92,6 ↑	89,4 ↑
61 ↓	62 ↓	59 ↓	60 ↓	59 ↓	59 ↓	56 ↓	63 ↓	58 ↓	53 ↓	58 ↓	60 ↓	51
76	77	85	80	78	81	80	79	78	81	84	77	76
77	78	86	81	78	84	82	79	77	76	78	81	75
77	78	85	81	77	82	81	79	77	78	81	79	76
60	63	73	62	66	59	68	64	66	66	67	64	65
70	68	76	68	66	66	69	67	67	61	64	64	61
65	65	74	66	66	62	68	65	66	63	65	64	63
61	69	75	67	71	80	71	73	65	69	77	78	70
70	74	76	72	74	81	74	77	63	62	73	77	70
66	71	75	70	73	81	73	75	64	65	74	77	70
	86	90	85	87	88	86	90	85	89	81	88	89
	89	94	90	88	91	93	92	90	91	89	91	89
	88	92	87	88	89	89	91	87	90	85	89	89
	75	78	73	76	76	73	75	74	76	73	75	75
	79	82	80	81	80	81	79	80	81	81	83	79
	77	80	76	78	78	76	77	77	78	77	79	77
	72	76	70	73	74	72	76	72	74	75	75	73
	75	77	75	74	75	75	77	76	74	77	76	75
	74	76	72	73	74	73	76	74	74	76	75	74
94,8 ↓	93,0 ↑	97,9 ↑	95,2 ↓	96,8 ↑	87,6 ↑	89,9 ↑	80,4 ↓	84,6 ↓	97,5 ↓	92,5 ↑	92,2 ↑	91,2 ↑
87,8 ↑	78,0 ↑	94,8 ↑	98,4 ↑	87,0 ↑	90,2 ↑	95,2 ↑	91,3 ↑	92,6 ↑	97,1 ↑	78,5 ↓	84,6 ↓	91,5 ↓
95,1 ↑	85,8 ↑	97,8 ↑	91,4 ↓	91,1 ↓	92,1 ↑	97,5 ↑	80,3 ↑	94,7 ↑	92,4 ↓	88,1 ↑	89,4 ↓	90,1 ↓
96,4 ↑	85,6 ↑	96,8 ↓	88,9 ↑	87,4 ↓	83,5 ↓	95,3 ↑	79,1 ↑	95,4 ↓	93,5 ↓	86,0 ↓	82,0 ↑	97,9 ↓
21584	21036	22216	21223	21105	21843	21028	21674	21630	21804	21981	22562	21859
48202 ↓	43662 ↑	45111 ↑	45771 ↓	45178 ↑	49300 ↓	44469 ↑	47005 ↓	49026 ↑	46849 ↑	48183 ↓	45662 ↓	45884 ↑
1295 ↓	1462 ↓	1383 ↓	1518 ↓	1635 ↓	1475 ↓	1671 ↓	1634 ↓	1565 ↓	1669 ↓	1584 ↓	1377 ↓	1849 ↓
6,07	5,55	6,33	5,43	6,58	6,91	7,19	6,78	6,62	7,34	4,76	5,68	5,33
74,7 ↑	82,7 ↑	89,3 ↑	91,7 ↑	86,1 ↑	94,0 ↑	84,4 ↑	70,7 ↑	87,7 ↑	90,8 ↓	85,8 ↑	90,5 ↑	86,5 ↑
2,91 ↑	2,90 ↑	2,78 ↓	3,21 ↓	3,15 ↓	2,55 ↑	2,92 ↑	3,23 ↑	3,16 ↑	2,94 ↑	2,75 ↓	2,65 ↑	3,18 ↑
1,50 ↑	1,63 ↓	1,47 ↑	1,48 ↑	1,10 ↑	1,61 ↑	1,80 ↑	1,34 ↑	1,73 ↓	1,31 ↑	0,89 ↑	1,67 ↓	2,12 ↑
3,0	6,2	2,2	6,0	1,7	2,6	2,1	6,7	1,9	0,5	1,7	6,2	3,9

↑ = Förbättrat värde ↓ = Försämrat värde			RIKET		Stockholm		Uppsala		Sörmland		Östergötland		Jönköping		Kronoberg		Kalmar		Gotland
44	Låg Apgar-poäng hos nyfödda	Totalt	1,21 ↓	0,96 ↓	1,27 ↓	1,31 ↓	1,68 ↓	1,40 ↓	1,30 ↓	1,45 ↑	1,13 ↓								
45	Bristningar vid förllossning	Kvinnor	6,24 ↑	7,30 ↑	5,73 ↓	7,85 ↓	5,84 ↑	4,55 ↑	7,25 ↓	7,36 ↓	7,43 ↓								
46	Kejsarsnitt bland förstföderskor	Kvinnor	9,9	10,6	9,4	11,1	7,2	9,5	11,9	10,2	16,5								
Kvinnosjukvård																			
48	Oönskade händelser efter borttagande av livmoder	Kvinnor	2,44 ↓	4,10 ↓	1,89 ↓	4,24 ↓	2,12 ↓	2,10 ↓	0,39 ↑	1,18 ↑	1,48 ↑								
49	Patientrapporterade komplikationer efter borttagande av livmoder	Kvinnor	72,7 ↑	76,4 ↑	62,9 ↓	74,8 ↑	68,5 ↓	74,3 ↑	74,6 ↑	78,0 ↑	70,8 ↓								
50	Patienttillfredsställelse efter borttagande av livmoder	Kvinnor	90,7 ↓		87,4 ↓	94,6 ↑	90,6 ↑	91,1 ↓	93,7 ↑	93,8 ↑									
51	Patientrapporterade komplikationer efter framfallsoperation	Kvinnor	79,8 ↑	77,3 ↑	84,7 ↑	78,5 ↑	78,6 ↑	80,8 ↑	83,2 ↑	79,1 ↑	85,0 ↓								
52	Patientrapporterad förekomst av framfallssymtom efter operation	Kvinnor	76,6 ↑	79,0 ↑	63,5 ↓	78,3	77,9 ↑	79,9 ↓	75,7 ↓	73,7 ↑	84,6 ↓								
53	Patientrapporterade komplikationer efter inkontinensoperation	Kvinnor	82,7 ↑	84,8 ↑	85,6 ↑	73,5	86,5 ↑	79,5 ↑	79,6 ↓	75,5 ↓									
54	Patientrapporterad kontinens efter inkontinensoperation	Kvinnor	67,1 ↑	67,3 ↑	53,3 ↓		65,6 ↓	72,6 ↑	70,7 ↓	72,3 ↑									
55	Dagkirurgiska op livmoderframfall	Kvinnor	44,1 ↑	52,4 ↑	30,5 ↑	22,8 ↓	85,8 ↓	45,8 ↑	32,8 ↑	48,6 ↑	2,6 ↑								
Rörelseorganens sjukdomar																			
57	Implantatöverlevnad vid total knäprotesoperation	Kvinnor	96,2 ↑	96,3 ↑	95,9 ↑	98,0 ↑	95,8 ↑	97,5 ↑	94,9 ↓	97,6 ↑	95,4 ↓								
		Män	96,0 ↑	95,7 ↑	97,3 ↑	96,3 ↑	98,2 ↑	95,9 ↓	93,4 ↑	97,0 ↑	95,1 ↓								
		Totalt	96,1 ↑	96,1 ↑	96,4 ↑	97,3 ↑	96,6 ↑	96,9 ↑	94,3 ↓	97,3 ↑	95,2 ↓								
58	Implantatöverlevnad vid total höftprotesoperation	Totalt	94,6 ↑	93,3 ↑	95,3 ↑	94,5 ↑	96,7 ↑	97,4 ↑	94,1 ↓	97,0 ↑	95,4 ↑								
59	Omoperation efter total höftprotesoperation	Totalt	1,86 ↑	1,86 ↑	2,06 ↑	3,08 ↓	1,72 ↑	1,68 ↑	1,14 ↑	1,82 ↑	0,62 ↑								
60	Oönskade händelser efter knä- och total höftprotesoperation	Kvinnor	2,58 ↑	2,39 ↑	2,57 ↑	3,01 ↓	2,68 ↑	2,13 ↑	2,16 ↑	2,33 ↑	2,76 ↓								
		Män	3,97 ↑	3,83 ↑	2,61 ↑	4,13 ↓	4,13 ↑	4,72 ↓	3,81 ↑	3,10 ↑	4,09 ↑								
		Totalt	3,13 ↑	2,91 ↑	2,58 ↑	3,45 ↓	3,26 ↑	3,11 ↑	2,85 ↑	2,66 ↑	3,09 ↑								
61	Patientrapporterat resultat av total höftprotesoperation	Kvinnor	100,0	98,8	100,0	99,5	100,6	102,8	100,9	100,7	101,4								
		Män	100,0	99,2	101,3	97,8	101,6	98,8	102,8	102,0	103,0								
		Totalt	100,0	99,0	100,6	98,8	101,1	101,0	101,8	101,3	102,3								
62	Patienttillfredsst efter tot höftprotesop	Totalt	88,2 ↑	86,3 ↑	86,4 ↑	85,6 ↓	89,4 ↑	90,5 ↑	90,4 ↑	90,8 ↑	86,9 ↑								
63	Väntetid inför höftfrakturoperation	Kvinnor	21,2 ↑	20,3 ↑	29,7 ↑	22,1 ↓	23,2 ↓	21,3 ↓	18,7 ↑	16,6 ↑	19,1 ↑								
		Män	21,8 ↑	20,9 ↑	28,8 ↑	26,3 ↓	22,2 ↓	21,6 ↑	17,4 ↑	18,5 ↓	17,3 ↑								
		Totalt	21,4 ↑	20,5 ↑	29,4 ↑	23,5 ↓	22,9 ↓	21,4 ↓	18,3 ↑	17,3 ↓	18,5 ↑								
64	Protesopereration vid höftfraktur	Kvinnor	63,3 ↓	60,1 ↓	67,5 ↓	65,7 ↑	66,5 ↓	61,4 ↑	59,4 ↓	51,1 ↓	43,1 ↓								
		Män	59,3 ↓	59,7 ↓	74,6 ↑	56,9 ↑	67,1 ↑	47,6 ↑	54,3 ↑	57,6 ↓	49,4								
		Totalt	62,0 ↓	60,2 ↓	69,4 ↑	62,8 ↑	66,8 ↑	56,5 ↑	57,7 ↑	54,6 ↓	44,5 ↓								
65	Implantatöverlevn halvprotesoperation	Totalt	96,2 ↑	95,4 ↓	96,7 ↑	95,7 ↑	98,3 ↑	95,9 ↑	97,3 ↑	95,5 ↑	92,8 ↑								
66	Åter till ursprungligt boende efter höftfraktur	Kvinnor	68 ↓	62 ↓	69 ↓	65 ↓	61 ↓	69 ↓	69 ↓	72 ↓	75 ↓								
		Män	62 ↓	55 ↓	63 ↓	66 ↓	57 ↓	64 ↓	64 ↓	69 ↓	74 ↑								
		Totalt	66 ↓	60 ↓	67 ↓	65 ↓	60 ↓	67 ↓	68 ↓	71 ↓	74 ↓								
67	Läkemedel mot benskörhet efter fraktur	Kvinnor	14,1 ↑	12,5 ↓	15,5 ↓	16,8 ↑	17,7 ↓	17,6 ↓	14,1 ↓	18,1 ↑	7,6 ↑								
68	Patientrapp förbätt för spinal stenosis	Totalt	52,3	55,1	44,3	49,0	50,0	47,5	38,9	60,5									
69	Patientrapp förbätt diskbråck	Totalt	74,8	76,6	67,2	70,8	72,7	66,7	75,0	82,2									

Blekinge	Skåne	Halland	Västra Götaland	Värmland	Örebro	Västmanland	Dalarna	Gävleborg	Väster-norrland	Jämtland	Västerbotten	Norrbottn
1,41 ↓	1,35 ↓	0,88 ↓	1,16 ↑	0,95 ↑	1,21 ↓	1,91 ↓	1,45 ↓	1,28 ↓	0,94 ↑	1,57 ↓	1,57 ↓	1,09 ↑
6,15 ↑	6,45 ↓	4,79 ↑	5,33 ↑	5,02 ↓	5,20 ↑	6,36 ↓	5,69 ↑	6,29 ↓	6,03 ↑	5,13 ↑	6,75 ↑	4,66 ↑
10,1	9,0	9,8	9,9	10,2	8,7	9,2	12,9	11,4	9,7	8,3	8,7	8,3
0,86 ↑	2,08 ↓	1,83 ↓	2,69 ↓	2,57 ↓	1,46 ↓	1,81 ↓	2,15 ↑	1,38 ↓	1,19 ↓	2,63 ↓	2,88 ↓	1,93 ↑
79,6 ↑	73,4 ↑	75,3 ↑	69,8 ↑	71,7 ↓	75,5 ↑	75,9 ↓	70,4 ↑	65,7 ↓	70,4 ↑	70,0 ↓	74,4 ↑	81,7 ↑
89,1 ↓	89,5 ↓	92,8 ↑	89,8 ↑		85,0 ↓	88,7 ↓	92,2 ↓	91,1 ↑	96,1 ↑	91,7 ↓	85,1 ↓	92,6 ↑
86,5 ↓	82,1 ↑	79,2 ↑	76,1 ↑	87,2 ↓	81,9 ↓	72,2 ↓	78,1 ↓	80,1 ↓	82,2 ↑	88,3 ↑	86,0 ↑	79,4 ↑
80,6	72,3 ↑	81,8 ↑	78,8 ↑	75,1 ↓	83,5 ↑	77,6 ↑	71,5 ↓	70,0 ↓	81,1 ↓	76,1 ↑	78,5 ↓	73,4 ↓
85,3 ↑	85,5 ↑	80,6 ↓	82,3 ↑	78,1 ↓	79,6 ↓	80,4 ↓	81,8 ↑	76,3 ↓	83,6 ↑	80,0 ↑	88,6 ↑	81,3 ↓
62,7	65,1 ↓	72,1 ↑	69,1 ↓	64,2 ↓	69,4 ↓	73,2 ↑	76,5 ↑	66,7 ↑	70,2 ↑	68,9 ↑	57,9 ↓	55,9 ↑
64,7 ↑	42,4 ↑	20,5 ↑	23,1 ↓	59,7 ↑	16,8 ↑	2,0 ↓	58,1 ↑	76,4 ↑	71,1 ↓	53,6 ↑	33,3 ↑	26,5 ↑
96,6 ↓	96,0 ↑	97,4 ↑	96,2 ↓	96,3 ↓	98,0 ↑	96,5 ↓	96,7 ↑	91,2 ↑	98,1 ↑	81,1 ↓	95,5 ↓	96,7 ↑
95,2 ↓	95,8 ↑	97,2 ↓	96,4 ↑	97,1 ↑	92,7 ↓	98,9 ↑	93,8 ↑	91,3 ↓	97,0 ↑	94,7 ↑	97,8 ↑	96,9 ↑
96,0 ↓	95,9 ↑	97,3 ↑	96,3 ↑	96,6 ↑	96,0 ↑	97,5 ↑	95,7 ↑	91,3 ↑	97,7 ↑	85,4 ↓	96,5 ↑	96,8 ↑
96,3 ↑	93,9 ↑	94,2 ↑	93,5 ↑	94,9 ↑	97,3 ↑	94,4 ↑	97,2 ↑	94,1 ↑	93,4 ↑	91,2 ↓	97,0 ↑	95,9 ↑
1,01 ↑	1,57 ↑	2,18 ↑	1,62 ↑	3,24 ↑	1,15 ↑	3,52 ↑	1,28 ↑	2,61 ↑	1,64 ↑	2,48 ↑	1,50 ↑	1,19 ↑
2,60 ↓	2,23 ↑	2,19 ↑	2,55 ↑	3,32 ↑	2,24 ↑	5,04 ↓	2,21 ↑	2,77 ↑	2,81 ↑	1,87 ↑	3,09 ↓	2,88 ↑
2,46 ↑	4,21 ↓	3,22 ↑	3,86 ↓	4,50 ↑	4,19 ↑	6,10 ↓	3,92 ↑	3,32 ↑	5,41 ↓	3,70 ↓	4,44 ↓	3,01 ↓
2,54 ↑	2,99 ↓	2,59 ↑	3,08 ↓	3,87 ↑	2,98 ↑	5,47 ↓	2,99 ↑	2,98 ↑	3,85 ↓	2,57 ↑	3,61 ↓	2,95 ↑
102,5	102,4	100,1	98,3	94,2	102,2	103,9	98,5	96,6	96,4	104,5	102,3	104,5
100,9	101,9	100,4	98,6	92,1	101,6	103,2	99,4	98,8	98,8	103,7	99,6	102,9
101,6	102,2	100,2	98,5	93,2	101,9	103,7	98,9	97,7	97,4	104,2	101,3	103,8
91,1 ↑	91,2 ↑	88,5 ↓	85,8 ↑	82,8 ↓	90,7 ↓	89,4 ↓	87,8 ↑	85,3 ↓	86,5 ↑	91,9 ↓	92,0 ↑	93,4 ↑
20,1 ↑	19,8 ↑	18,9 ↑	23,2 ↑	25,4 ↑	22,8 ↑		17,6 ↑	20,1 ↓	16,0 ↓	24,7 ↓	16,3 ↑	18,7 ↓
22,4 ↓	19,8 ↑	20,5 ↓	23,4 ↑	25,3 ↓	22,5 ↑		20,9 ↑	20,2 ↓	10,5 ↑	27,3 ↓	16,5 ↓	21,8 ↓
20,8 ↑	19,8 ↑	19,4 ↑	23,3 ↑	25,3 ↑	22,7 ↑		18,7 ↑	20,1 ↓	14,0 ↑	25,7 ↓	16,3 ↑	19,8 ↓
68,9 ↑	67,7 ↑	63,6 ↓	63,8 ↓	66,1 ↑	59,1 ↓	67,0 ↓	68,0 ↑	65,0 ↓	63,7 ↑	50,3 ↓	57,3 ↑	63,3 ↓
64,9 ↑	68,0 ↑	54,8 ↑	58,8 ↓	72,7 ↑	45,3 ↓	59,0 ↑	39,4 ↓	58,6 ↑	51,5 ↑	51,8 ↓	55,8 ↑	62,9 ↓
68,2 ↑	67,9 ↑	60,9 ↓	62,1 ↓	68,1 ↑	54,4 ↓	63,9 ↓	57,6 ↓	62,6 ↓	60,1 ↑	51,2 ↓	56,8 ↑	62,9 ↓
96,7 ↑	95,3 ↑	96,5 ↑	97,5 ↑	97,0 ↓	95,2 ↓	95,7 ↑	97,1 ↑	96,6 ↓	92,4 ↓	95,0 ↓	97,1 ↑	96,9 ↓
71 ↓	72 ↓	71 ↓	72 ↓	61 ↓	72 ↓		61 ↓	60 ↓		69	67 ↓	55 ↓
68 ↓	63 ↓	62 ↓	67 ↓	66 ↓	53 ↓		58 ↓	56 ↓		69	67 ↓	54 ↓
70 ↓	69 ↓	68 ↓	70 ↓	62 ↓	67 ↓		60 ↓	59 ↓		69	67 ↓	55 ↓
13,9 ↑	14,0 ↑	24,0 ↑	13,0 ↓	14,4 ↑	12,5 ↓	15,0 ↑	14,5 ↑	14,3 ↑	8,7 ↑	9,8 ↓	17,2 ↑	8,6 ↓
53,3	52,0	49,2	54,6	60,0	48,8	61,7	42,9	48,0	48,9	51,4	53,3	51,7
82,6	73,0	56,1	80,2	77,8	61,1	74,3	71,4	73,7	81,8	90,3	70,4	67,9

				RIKET	stockholm	Uppsala	Sörmland	Östergötland	Jönköping	Kronoberg	Kalmar	Gotland								
↑ = Förbättrat värde ↓ = Försämrat värde																				
70	Artroskopi i knäleden vid artros eller meniskskada	Kvinnor	185	↓	341	↓	216	↓	125	↑	285	↓	141	↑	114	↑	236	↓	255	↓
		Män	273	↓	494	↓	346	↓	213	↓	320	↓	181	↑	186	↑	291	↓	365	↓
		Totalt	229	↓	418	↓	281	↓	170	↓	303	↓	161	↑	151	↑	264	↓	309	↓
71	Utbytesoperation efter korsbandsoperation	Kvinnor	2,10		2,26		1,09		2,10		1,18		0,62		2,48		2,82		9,09	
		Män	2,04		2,53		0,59		2,25		0,00		3,04		1,05		1,17			
		Totalt	2,06		2,41		0,81		2,18		0,49		2,04		1,71		1,86		5,26	
72	Biologiska läkemedel vid reumatoid artrit	Kvinnor	288	↑	309	↑	241	↑	246	↑	226	↑	209	↑	267	↑	314	↑	506	↑
		Män	95	↑	90	↑	82	↑	100	↑	80	↑	62	↑	98	↑	120	↑	160	↑
		Totalt	192	↑	201	↑	162	↑	174	↑	153	↑	136	↑	182	↑	218	↑	336	↑
73	Effekt vid behandlingsstart med biologiskt läkemedel	Kvinnor	52,8		52,6		61,4		63,6		52,9		62,1		61,5		43,9		47,1	
		Män	59,3		60,9		65,0		55,3		69,2		66,7				52,4			
		Totalt	54,5		54,7		62,3		61,0		56,8		62,9		64,3		46,2		53,5	
74	Patientrapporterad hälsa vid behandling med biologiskt läkemedel	Kvinnor	36,9	↑	40,1	↑	42,2	↑	41,9	↓	27,5	↓	36,8	↓	54,2	↓	38,3	↑	30,6	↑
		Män	38,0	↓	39,3	↓	51,0	↑	44,0	↓	26,0	↓	45,6	↓			51,2	↑		
		Totalt	37,2	↑	40,0	↑	44,6	↑	42,6	↓	27,3	↓	38,0	↓	55,0	↓	41,5	↑	31,8	↑
Diabetesvård																				
77	Måluppfyllelse för blodsockervärde vid diabetes – primärvård	Kvinnor	51,2	↓	49,1	↓	48,3	↓	52,4	↓	50,1	↓	50,4	↑	52,6	↓	48,8	↓	38,9	↑
		Män	48,5	↓	46,4	↓	45,2	↓	52,2	↑	48,4	↓	46,5	↑	46,7	↓	44,6	↓	36,2	↓
		Totalt	49,6	↓	47,5	↓	46,5	↓	52,3	↓	49,1	↓	48,2	↑	49,2	↓	46,3	↓	37,3	↓
78	Måluppfyllelse för blodsockervärde vid typ 1 diabetes	Kvinnor	13,1	↓	12,2	↓	14,4	↓	13,8	↓	14,7	↑	11,2	↓	15,8	↑	12,1	↑	6,3	↓
		Män	15,6	↓	17,2	↓	16,5	↑	15,3	↑	15,8	↑	11,8	↑	19,2	↑	10,1	↓	8,9	↓
		Totalt	14,5	↓	15,0	↓	15,5	↓	14,6	↑	15,3	↑	11,5	↑	17,8	↑	11,1	↓	7,7	↓
79	Måluppfyllelse för blodtryck vid diabetes – primärvård	Kvinnor	25,2	↑	22,3	↑	20,0	↑	23,4	↓	33,4	↑	25,5	↑	23,6	↑	23,7	↓	19,9	↑
		Män	22,7	↑	20,0	↑	18,6	↓	21,1	↑	32,4	↑	21,9	↓	22,5	↑	23,0	↓	17,4	↓
		Totalt	23,8	↑	20,9	↑	19,2	↑	22,1	↑	32,8	↑	23,4	↓	23,0	↑	23,3	↓	18,5	↑
80	Måluppfyllelse för blodtryck vid typ 1 diabetes	Kvinnor	53,4	↓	50,8	↓	50,0	↓	52,5	↑	57,0	↑	58,8	↓	51,7	↓	45,9	↓	41,1	↑
		Män	42,2	↑	37,5	↑	34,7	↓	44,3	↑	47,2	↑	50,3	↑	43,3	↑	36,4	↑	26,2	↑
		Totalt	47,1	↑	43,4	↑	41,7	↓	48,0	↑	51,5	↑	54,2	↑	46,9	↑	40,9	↓	33,2	↑
81	Måluppfyllelse för LDL-kolesterol – primärvård	Kvinnor	44,4	↑	40,1	↑	35,3	↑	52,8	↑	54,6	↓	47,2	↑	48,0	↓	41,4	↓	32,5	↓
		Män	50,5	↑	47,9	↑	39,7	↑	56,9	↑	62,5	↑	52,6	↑	55,9	↑	48,9	↓	41,3	↓
		Totalt	48,0	↑	44,7	↑	37,9	↑	55,2	↑	59,2	↑	50,2	↑	52,5	↑	45,8	↓	37,6	↓
82	Måluppfyllelse för blodsockervärde – barn	Flickor	35,0	↑	32,6	↑	50,0	↑	39,6	↑	39,6	↑	31,5	↑	64,7	↓	44,3	↑	29,4	↑
		Pojkar	36,7	↑	37,0	↑	46,9	↑	51,3	↑	45,1	↓	29,1	↑	67,1	↓	42,0	↑	31,8	↑
		Totalt	35,9	↑	35,0	↑	48,3	↑	45,5	↑	42,6	↓	30,3	↑	66,0	↓	43,1	↑	30,4	↑
83	Amputation vid diabetes	Totalt	253	↑	243	↑	240	↑	263	↓	218	↑	253	↓	258	↓	221	↑	389	↑
Hjärtsjukvård																				
84	Överlev vid hjärtstopp utanför sjh	Totalt	10,7	↑	10,6	↑	8,1	↓	12,3	↓	9,1	↑	14,9	↑	10,5	↓	7,7	↑	7,9	↑
85	Dödlighet efter hjärtinfarkt	Kvinnor	26,6	↑	27,3	↑	24,1	↓	26,5	↑	28,1	↑	26,6	↑	21,9	↑	25,9	↑	23,7	↓
		Män	28,5	↑	29,8	↑	23,0	↓	29,4	↓	30,3	↑	29,0	↑	27,0	↓	30,1	↑	26,3	↑
		Totalt	27,7	↑	28,8	↑	23,6	↓	28,4	↑	29,5	↑	27,9	↑	24,9	↓	28,3	↑	25,1	↑
86	Dödlighet efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt	Kvinnor	12,5	↑	13,0	↑	13,3	↓	13,0	↓	10,8	↑	12,9	↓	11,5	↑	11,5	↑	12,7	↓
		Män	13,2	↑	14,3	↓	12,8	↑	13,5	↓	12,7	↑	13,6	↓	13,5	↓	13,0	↑	10,4	↑
		Totalt	12,8	↑	13,6	↑	13,1	↓	13,2	↓	11,8	↑	13,2	↓	12,5	↑	12,6	↑	11,5	↓
87	Ny infarkt eller död i ischemisk hjärtsjukdom	Kvinnor	12,3	↑	12,0	↑	11,5	↑	13,7	↓	11,4	↑	16,8	↓	10,7	↑	11,0	↑	13,9	↑
		Män	13,2	↑	11,5	↑	13,7	↓	10,2	↑	12,7	↑	16,9	↓	12,8	↑	15,0	↓	17,6	↓
		Totalt	12,7	↑	11,2	↑	12,4	↑	11,9	↑	12,3	↑	16,6	↓	11,4	↑	13,1	↓	14,9	↓
88	Reperfusionsbehandling vid ST-höjningsinfarkt	Kvinnor	84,2	↑	82,3	↑	83,7	↓	88,1	↑	83,9	↑	86,7	↓	93,8	↑	80,0	↑	80,0	
		Män	86,0	↑	87,3	↑	89,7	↑	85,7	↑	86,6	↓	87,2	↑	78,7	↑	74,4	↓	81,0	↑
		Totalt	85,5	↑	86,3	↑	87,7	↓	86,3	↑	85,9	↑	87,1	↑	82,5	↑	75,7	↓	80,7	↑
89	Tid till reperfusionsbehandling vid ST-höjningsinfarkt	Kvinnor	71,0	↓	79,4	↓	91,7	↓	70,3	↑	63,8	↓	73,1	↓	26,7		75,0	↑		
		Män	74,2	↑	87,8	↑	91,0	↑	67,7	↑	83,7	↑	73,5	↑	40,5	↓	78,1	↑	82,4	↑
		Totalt	73,4	↑	86,1	↑	91,2	↑	68,4	↑	78,2	↓	73,4	↑	36,5	↓	77,4	↑	72,0	↑

Blekinge	Skåne	Halland	Västra Götaland	Värmland	Örebro	Västmanland	Dalarna	Gävleborg	Väster- norrland	Jämtland	Västerbotten	Norrbottn
130 ↓	96 ↑	243 ↑	149 ↑	78 ↑	79 ↑	118 ↓	110 ↑	200 ↓	76 ↑	33 ↑	125 ↑	94 ↑
193 ↓	172 ↓	373 ↑	197 ↑	179 ↓	138 ↓	230 ↓	229 ↑	292 ↓	130 ↑	33 ↑	170 ↓	128 ↑
163 ↓	134 ↓	308 ↑	173 ↑	130 ↑	108 ↓	175 ↓	170 ↑	247 ↓	104 ↑	33 ↑	148 ↑	112 ↑
	1,23	2,65	2,77	2,73	4,95	2,04	1,04	0,85	1,96	2,44	1,18	0,66
	1,80	2,16	2,68	2,51	4,80	0,00	2,11	1,32	0,00	0,00	0,52	0,00
	1,58	2,35	2,71	2,61	4,85	0,93	1,68	1,11	0,87	1,06	0,83	0,03
354 ↑	366 ↑	349 ↑	247 ↑	256 ↑	279 ↑	291 ↑	298 ↑	274 ↑	249 ↑	271 ↑	226 ↑	268 ↑
104 ↑	119 ↑	115 ↑	80 ↑	123 ↑	108 ↑	112 ↑	99 ↑	96 ↑	87 ↑	110 ↑	62 ↑	106 ↑
228 ↑	245 ↑	234 ↑	164 ↑	190 ↑	195 ↑	202 ↑	199 ↑	185 ↑	168 ↑	190 ↑	144 ↑	186 ↑
47,5	48,5	62,1	50,5	66,7	59,5	51,1	59,6	56,8	44,1	33,3	31,0	41,2
45,5	57,8	76,9	55,0	60,0	69,0	55,0	61,5	53,9	50,0	41,7		50,0
47,1	51,1	65,3	51,5	65,1	62,1	52,3	60,3	56,0	46,2	37,5	43,2	43,5
24,5 ↑	34,8 ↑	41,6 ↑	34,9 ↓	26,1 ↑	41,5 ↑	40,8 ↑	31,0 ↓	36,5 ↓	30,0 ↓	36,8 ↓	44,7 ↑	31,5 ↓
7,2 ↓	35,6 ↑	40,4 ↑	34,0 ↓	54,1 ↑	40,5 ↑	46,6 ↓	13,4 ↓	40,9 ↓	31,6	14,9 ↓		23,2 ↓
21,0 ↑	35,0 ↑	41,4 ↑	34,9 ↓	34,6 ↑	41,6 ↑	42,6 ↑	26,8 ↓	37,7 ↓	30,5 ↓	25,2 ↓	45,4 ↑	29,6 ↓
49,2 ↑	54,0 ↓	53,4 ↑	56,1 ↓	53,0 ↑	47,3 ↑	46,9 ↑	43,5 ↓	50,4 ↓	49,2 ↑	44,3 ↑	48,3 ↑	44,9 ↓
46,9 ↓	51,3 ↓	50,5 ↑	54,4 ↓	48,2 ↑	43,8 ↓	45,3 ↓	42,3 ↓	47,7 ↓	45,3 ↓	45,2 ↑	42,3 ↑	40,7 ↓
47,9 ↑	52,4 ↓	51,6 ↑	55,1 ↓	50,3 ↑	45,3 ↓	45,9 ↓	42,8 ↓	48,8 ↓	46,9 ↑	44,8 ↑	44,8 ↑	42,4 ↓
11,6 ↓	13,9 ↓	14,8 ↓	15,5 ↓	5,1 ↑	7,8 ↑	13,4 ↑	8,7 ↓	13,2 ↓	13,6 ↓	13,5 ↑	13,2 ↓	14,8 ↑
16,3 ↓	16,1 ↓	19,0 ↓	17,9 ↓	7,6 ↓	10,0 ↓	15,4 ↑	11,6 ↑	15,1 ↓	17,9 ↓	14,7 ↑	11,6 ↑	11,8 ↓
14,4 ↓	15,1 ↓	17,0 ↓	16,9 ↓	6,6 ↑	9,1 ↑	14,5 ↑	10,4 ↑	14,3 ↓	16,0 ↓	14,2 ↑	12,3 ↓	13,0 ↓
16,2 ↑	24,5 ↑	22,2 ↓	31,1 ↑	26,1 ↑	24,7 ↓	16,4 ↑	22,0 ↑	27,6 ↑	22,7 ↑	20,9 ↑	27,4 ↑	19,6 ↑
14,3 ↑	20,5 ↓	22,1 ↑	28,7 ↑	23,9 ↓	23,9 ↓	16,0 ↑	21,6 ↑	22,3 ↑	19,6 ↑	19,5 ↑	22,4 ↓	16,3 ↓
15,1 ↑	22,1 ↑	22,1 ↑	29,7 ↑	24,9 ↓	24,3 ↓	16,2 ↑	21,7 ↑	24,5 ↑	20,9 ↑	20,1 ↑	24,5 ↑	17,6 ↑
48,6 ↑	50,5 ↑	54,9 ↑	60,5 ↑	56,9 ↓	57,7 ↑	44,7 ↓	53,4 ↓	52,2 ↓	47,4 ↑	44,4 ↑	53,7 ↑	45,7 ↑
35,2 ↑	41,1 ↑	41,9 ↑	48,5 ↑	46,9 ↑	47,0 ↑	33,7 ↓	39,3 ↑	42,7 ↓	38,0 ↑	31,7 ↑	42,3 ↓	40,0 ↓
40,6 ↑	45,2 ↑	47,8 ↑	53,7 ↑	51,1 ↑	51,7 ↑	38,7 ↓	45,0 ↓	46,9 ↓	42,1 ↑	36,7 ↑	47,4 ↓	42,5 ↑
41,6 ↓	48,7 ↑	41,4 ↑	47,6 ↑	41,0 ↑	43,4 ↓	37,9 ↓	38,7 ↓	37,9 ↑	49,7 ↑	44,7 ↑	42,8 ↑	38,6 ↑
51,7 ↓	54,9 ↑	49,2 ↑	52,1 ↑	48,2 ↑	48,9 ↓	46,1 ↓	45,4 ↑	44,5 ↓	54,4 ↑	51,1 ↑	47,6 ↑	42,8 ↑
47,6 ↓	52,4 ↑	46,1 ↑	50,2 ↑	45,1 ↑	46,7 ↓	42,7 ↓	42,7 ↑	41,8 ↑	52,5 ↑	48,5 ↑	45,6 ↑	41,2 ↑
36,8 ↑	31,8 ↑	36,8 ↑	30,2 ↑	34,4 ↑	34,5 ↑	29,8 ↓	49,4 ↓	37,1 ↑	41,5 ↑	48,0 ↑	23,5 ↓	27,2 ↓
39,6 ↑	35,6 ↑	22,7 ↓	31,7 ↑	32,0 ↑	35,8 ↑	38,2 ↑	52,6 ↓	33,8 ↓	34,7 ↓	34,8 ↑	30,7 ↑	27,7 ↓
38,2 ↑	33,8 ↑	29,3 ↓	31,0 ↑	33,2 ↑	35,2 ↑	34,3 ↓	51,1 ↓	35,3 ↑	37,7 ↑	40,5 ↑	27,4 ↑	27,4 ↓
216 ↑	208 ↑	300 ↑	292 ↑	275 ↑	305 ↓	297 ↑	210 ↑	272 ↑	324 ↑	167 ↑	234 ↓	239 ↑
8,5 ↓	10,3 ↓	15,4 ↑	9,9 ↑	13,9 ↑	15,7 ↑	13,0 ↑	10,3 ↓	10,9 ↑	4,2 ↓	15,1 ↑	8,6 ↓	11,8 ↑
29,0 ↑	26,4 ↑	26,8 ↑	28,4 ↓	26,9 ↑	28,2 ↓	24,3 ↑	23,0 ↑	27,1 ↓	24,7 ↑	23,2 ↑	30,2 ↓	24,2 ↑
29,1 ↑	28,1 ↑	29,2 ↓	29,1 ↑	29,0 ↑	31,0 ↓	26,0 ↑	23,1 ↑	27,2 ↓	27,9 ↑	30,6 ↑	30,2 ↑	28,2 ↑
29,4 ↑	27,3 ↑	28,0 ↑	28,8 ↑	28,1 ↑	29,9 ↓	25,3 ↑	22,9 ↑	27,0 ↓	26,5 ↑	27,3 ↑	30,0 ↓	26,6 ↑
13,6 ↑	13,0 ↑	15,2 ↑	12,7 ↑	13,5 ↑	13,6 ↓	11,1 ↑	10,3 ↑	11,9 ↑	11,4 ↑	10,7 ↑	12,9 ↓	12,4 ↑
12,0 ↑	12,7 ↑	15,1 ↑	13,5 ↑	12,2 ↑	13,8 ↑	11,9 ↑	10,0 ↑	12,9 ↑	14,3 ↓	14,2 ↓	14,0 ↑	14,0 ↑
12,5 ↑	12,7 ↑	14,9 ↑	13,1 ↑	12,8 ↑	13,8 ↑	11,6 ↑	9,9 ↑	12,4 ↑	12,9 ↑	12,2 ↑	13,3 ↓	13,1 ↑
12,6 ↓	10,6 ↑	15,6 ↓	13,1 ↑	12,3 ↑	11,8 ↑	10,8 ↑	12,4 ↑	10,2 ↑	13,7 ↑	12,2 ↓	11,1 ↑	15,2 ↓
15,8 ↓	13,9 ↑	11,2 ↑	14,0 ↑	11,4 ↑	12,7 ↑	14,1 ↑	13,0 ↓	13,2 ↑	14,0 ↑	9,6 ↓	13,1 ↓	12,7 ↑
14,2 ↓	12,4 ↑	12,8 ↑	13,6 ↑	11,9 ↑	11,9 ↑	12,9 ↑	12,5 ↓	11,6 ↑	13,7 ↑	11,3 ↓	11,7 ↑	13,3 ↑
91,7 ↑	85,1 ↑	86,2 ↑	79,0 ↓	87,5 ↑	92,0 ↑	75,9 ↓	93,9 ↑	92,1 ↑	86,7 ↑	83,3 ↑	84,0 ↑	75,6 ↑
95,9 ↑	86,1 ↑	87,8 ↑	84,2 ↓	90,8 ↑	82,8 ↓	75,3 ↓	96,2 ↑	93,8 ↑	73,9 ↓	85,7 ↑	92,7 ↑	83,7 ↑
95,1 ↑	85,9 ↑	87,4 ↑	82,9 ↓	89,9 ↑	85,4 ↓	75,4 ↑	95,5 ↑	93,3 ↑	77,1 ↓	85,1 ↑	90,7 ↑	81,8 ↑
81,8 ↑	64,3 ↓	64,0 ↓	76,2 ↓	85,7 ↑	95,7 ↑	77,3 ↑	77,4 ↑	77,1 ↑	53,9 ↑	60,0	38,1 ↓	51,6 ↓
74,5 ↓	72,4 ↑	64,6 ↓	73,7 ↓	77,8 ↓	81,1 ↓	79,1 ↑	68,4 ↓	72,4 ↑	35,4 ↓	63,3 ↓	50,0 ↓	65,7 ↑
75,9 ↑	70,3 ↓	64,4 ↓	74,3 ↓	79,9 ↑	85,5 ↑	78,7 ↑	71,0 ↓	73,6 ↑	40,7 ↓	62,5 ↓	47,4 ↓	62,6 ↑

					RIKET		stockholm		Uppsala		sörmland		Östergötland		Jönköping		Kronoberg		Kalmar		Gotland	
↑ = Förbättrat värde ↓ = Försämrat värde																						
90	Kranskärlsröntgen vid icke ST-höjningsinfarkt och riskfaktor	Kvinnor	86,8	↑	84,7	↑	95,4	↑	96,9	↑	94,0	↑	83,8	↓	78,4	↑	90,7	↑	85,7	↑		
		Män	90,7	↑	91,3	↑	94,4	↑	88,3	↓	90,1	↓	94,4	↑	88,9	↑	94,7	↑	82,9	↓		
		Totalt	89,5	↑	89,4	↑	94,7	↑	91,0	↓	91,4	↓	90,8	↑	85,6	↑	93,2	↑	83,7	↑		
91	Blodproppshämmande behandling vid icke ST-höjningsinfarkt	Kvinnor	93,0	↑	93,1	↑	94,1	↑	93,0	↓	89,4	↑	95,6	↑	93,4	↑	85,0	↓	92,6	↓		
		Män	96,9	↑	97,1	↑	97,0	↓	96,7	↓	91,9	↑	96,4	↓	98,5	↑	97,6	↑	100,0	↑		
		Totalt	95,8	↑	96,0	↑	96,1	↑	95,6	↓	91,2	↑	96,2	↓	97,0	↑	93,7	↓	97,7	↓		
92	Blodfettssänkande behandling efter hjärtinfarkt	Kvinnor	79,9	↓	75,4	↑	81,1	↑	86,1	↓	80,1	↓	85,0	↓	82,7	↓	79,5	↓	68,6	↑		
		Män	86,1	↑	83,5	↑	85,9	↑	89,1	↓	87,2	↓	88,4	↑	86,9	↓	85,2	↓	80,4	↓		
		Totalt	84,3	↓	81,2	↑	84,4	↑	88,0	↓	85,3	↓	87,2	↑	85,3	↓	83,4	↓	76,5	↓		
93	Dödlighet efter PCI vid instabil kranskärlssjukdom	Kvinnor	4,48		5,00		3,66		4,03		3,95		3,34		2,01		6,34		19,17			
		Män	4,38		4,75		3,35		6,23		4,20		3,45		2,81		4,72		1,69			
		Totalt	4,38		4,82		3,65		5,69		4,14		3,69		2,43		5,53		4,31			
94	Återförträngning av hjärtats kärl efter PCI	Kvinnor	4,12		3,00		4,79		5,70		4,13		4,76		4,88		8,43		0,00			
		Män	4,30		3,34		4,41		2,41		5,09		5,65		8,28		4,43		3,85			
		Totalt	4,25		3,26		4,51		3,38		4,82		5,37		7,58		5,65		3,08			
95	Död eller återinskrivning efter vård för hjärtsvikt	Kvinnor	18,7	↑	15,9	↑	18,2	↑	19,3	↑	19,4	↑	18,8	↑	20,8	↓	19,5	↑	20,0	↓		
		Män	20,3	↑	17,0	↑	17,8	↑	21,1	↑	21,6	↑	18,5	↑	21,1	↑	22,8	↑	16,9	↑		
		Totalt	19,5	↑	16,4	↑	18,0	↑	20,1	↑	20,7	↑	18,6	↑	20,8	↑	21,1	↑	18,6	↑		
96	Läkemedelsbehandling vid hjärtsvikt	Kvinnor	68,4	↑	66,5	↑	80,2	↑	78,8	↑	73,7	↑	69,6	↑	67,4	↑	68,9	↓	63,5	↑		
		Män	69,6	↑	72,5	↑	76,8	↑	78,9	↑	75,9	↑	69,9	↑	72,0	↑	73,8	↑	70,7	↑		
		Totalt	69,4	↑	70,0	↑	78,8	↑	79,4	↑	74,9	↑	69,9	↑	70,1	↑	71,6	↑	68,7	↑		
97	Komplik efter pacemakerins	Totalt	4,7		3,8		8,0		6,8		3,0		8,7		5,5		8,4		4,5			
Strokesjukvård																						
99	Dödlighet efter förstagångsstroke	Kvinnor	22,0	↑	19,7	↓	20,9	↓	22,3	↑	24,6	↑	22,6	↓	27,6	↓	24,5	↓	25,1	↓		
		Män	20,9	↑	19,9	↑	17,4	↑	20,5	↑	22,1	↑	19,1	↑	22,9	↑	21,6	↑	22,3	↓		
		Totalt	21,5	↑	19,9	↑	19,4	↓	21,5	↑	23,6	↑	21,1	↓	25,0	↓	23,5	↑	23,3	↓		
100	Dödlighet efter sjukhusvårdad förstagångsstroke	Kvinnor	14,4	↑	13,4	↑	15,3	↓	14,6	↑	14,2	↑	14,9	↓	15,2	↑	18,2	↓	15,1	↓		
		Män	13,8	↑	13,0	↑	12,1	↑	15,4	↓	13,3	↑	13,9	↓	15,0	↑	14,2	↑	14,2	↑		
		Totalt	14,1	↑	13,3	↑	14,1	↑	14,8	↑	13,9	↑	14,4	↓	15,0	↑	16,3	↑	14,0	↑		
101	Vård vid strokeenhet	Kvinnor	88,7	↓	89,9	↑	85,9	↓	84,8	↑	94,5	↑	94,3	↑	85,8	↓	93,1	↓	90,0	↑		
		Män	90,9	↑	91,2	↑	85,8	↓	89,7	↑	94,5	↓	95,7	↑	88,9	↑	94,9	↑	94,4	↑		
		Totalt	89,8	↑	90,6	↑	85,8	↓	87,4	↑	94,5	↑	95,0	↑	87,6	↑	94,0	↑	92,2	↑		
102	Trombolysbehandling vid stroke	Kvinnor	11,3	↑	11,5	↓	7,7	↓	14,5	↑	6,8	↑	12,0	↑	20,3	↑	13,1	↑	15,6	↑		
		Män	12,3	↑	13,1	↑	9,5	↓	10,8	↓	8,0	↑	11,4	↑	15,9	↑	15,9	↑	11,1	↓		
		Totalt	11,9	↑	12,5	↓	8,8	↓	12,3	↑	7,5	↑	11,7	↑	17,3	↑	14,9	↑	12,8	↓		
103	Test av sväljförmåga vid akut stroke	Kvinnor	93,5	↑	89,7	↓	96,6	↓	93,5	↑	95,6	↑	95,9	↑	97,9	↑	98,2	↓	88,5	↓		
		Män	94,4	↑	88,9	↓	98,6	↑	94,3	↑	96,5	↓	98,5	↑	98,4	↑	99,2	↓	100,0	↑		
		Totalt	94,0	↑	89,3	↓	97,7	↑	94,0	↑	96,1	↓	97,2	↑	98,1	↑	98,7	↓	94,0	↓		
104	Blodförtunnande behandling vid stroke och förmaksflimmer	Kvinnor	71,7	↑	72,0	↑	67,1	↓	72,4	↑	90,7	↑	63,9	↓	57,4	↓	81,1	↑				
		Män	71,7	↑	72,7	↑	62,1	↓	74,1	↓	79,8	↑	63,7	↓	77,2	↑	77,7	↑				
		Totalt	71,5	↑	72,0	↑	63,9	↓	73,0	↑	83,5	↑	64,6	↑	69,6	↑	78,0	↑	74,2	↑		
105	Blodfettssänkande behandling efter stroke	Kvinnor	69,5	↑	63,1	↑	65,8	↑	79,7	↑	76,5	↑	64,6	↑	75,4	↑	71,4	↓	73,5	↑		
		Män	73,7	↑	67,8	↑	75,9	↑	78,9	↑	75,9	↓	73,8	↑	81,1	↑	75,1	↓	72,1	↑		
		Totalt	72,0	↑	65,7	↑	71,4	↑	79,5	↑	76,2	↑	69,9	↑	78,7	↑	73,7	↓	72,0	↑		
106	Återinsjuknande efter stroke	Kvinnor	8,8	↑	11,2	↓	7,5	↓	7,5	↑	7,3	↓	9,6	↑	9,3	↑	5,4	↑	8,1	↑		
		Män	9,2	↑	11,7	↓	9,1	↑	9,1	↑	7,6	↓	9,6	↑	8,5	↑	6,0	↑	12,0	↓		
		Totalt	9,0	↑	11,4	↓	8,3	↑	8,2	↑	7,3	↓	9,5	↑	9,0	↑	5,9	↑	9,8	↑		
107	Funktionsförmåga efter stroke	Kvinnor	78,8	↑	78,3	↓	78,6	↓	79,3	↑	77,6	↓	76,7	↓	77,0	↓	77,7	↑	76,9	↓		
		Män	83,2	↑	83,4	↑	83,5	↑	83,3	↓	83,1	↓	82,5	↑	82,0	↓	82,4	↑	81,4	↓		
		Totalt	81,2	↑	81,0	↓	81,5	↑	81,5	↑	80,6	↓	79,8	↑	80,0	↓	80,4	↑	79,2	↓		

Blekinge	Skåne	Halland	Västra Götaland	Värmland	Örebro	Västmanland	Dalarna	Gävleborg	Väster-norrland	Jämtland	Västerbotten	Norrbotten
91,4 ↑	90,6 ↑	87,5 ↑	80,3 ↑	85,4 ↑	80,4 ↑	80,7 ↑	87,1 ↑	94,0 ↑	90,6 ↑	73,0 ↑	81,0 ↓	95,4 ↑
87,1 ↑	91,3 ↓	87,6 ↓	89,9 ↑	93,4 ↑	91,1 ↑	84,5 ↑	92,6 ↑	89,2 ↓	94,9 ↑	88,6 ↑	91,8 ↓	90,3 ↑
88,3 ↓	91,1 ↓	87,6 ↑	87,0 ↑	91,2 ↑	87,8 ↑	83,3 ↑	91,0 ↑	90,4 ↓	93,7 ↑	83,6 ↑	88,5 ↓	91,8 ↑
98,3 ↑	93,9 ↓	92,2 ↑	94,8 ↑	98,2 ↑	91,9 ↑	96,0 ↑	82,9 ↓	93,4 ↓	93,8 ↑	92,0 ↑	85,0 ↓	98,3 ↑
98,5 ↑	97,5 ↑	98,2 ↑	97,3 ↑	98,2 ↓	97,0 ↑	96,1 ↑	95,4 ↑	96,7 ↓	98,3 ↑	93,9 ↓	97,0 ↑	98,1 ↑
98,4 ↑	96,4 ↓	96,6 ↑	96,5 ↑	98,2 ↓	95,4 ↑	96,1 ↑	91,9 ↑	95,8 ↓	97,0 ↑	93,3 ↓	93,5 ↓	98,1 ↑
86,9 ↑	82,3 ↓	78,4 ↓	76,9 ↓	83,9 ↓	80,6 ↓	85,5 ↑	78,9 ↓	83,2 ↓	77,4 ↓	82,5 ↓	82,9 ↓	75,0 ↓
88,0 ↑	87,8 ↓	87,0 ↓	85,7 ↑	86,6 ↑	82,3 ↓	88,8 ↑	85,4 ↑	88,5 ↑	87,5 ↑	93,0 ↑	86,0 ↓	82,8 ↑
87,1 ↑	86,1 ↓	84,3 ↓	83,3 ↑	85,8 ↑	81,7 ↓	87,8 ↑	83,6 ↓	86,9 ↑	84,5 ↑	89,6 ↑	85,0 ↑	80,6 ↓
7,17	4,98	3,51	2,84	5,58	3,83	5,27	3,06	5,29	4,32	4,89	3,24	5,71
6,46	4,55	3,85	3,49	3,88	6,58	4,49	3,32	4,69	4,80	2,97	5,35	5,03
6,86	4,55	3,62	3,31	4,33	5,75	4,98	3,10	4,57	4,30	3,05	4,52	5,27
5,08	6,28	6,56	3,62	1,10	3,77	3,45	1,44	3,05	2,38	0,00	1,54	5,06
4,61	7,21	3,32	4,17	1,97	6,09	3,93	1,99	3,26	3,55	0,74	1,63	4,60
4,74	6,95	4,19	4,03	1,74	5,38	3,78	1,84	3,20	3,23	0,53	1,61	4,73
20,3 ↑	17,1 ↑	18,1 ↑	18,6 ↓	23,8 ↑	23,2 ↓	19,4 ↑	19,8 ↓	21,3 ↑	19,8 ↑	19,2 ↑	19,6 ↓	21,6 ↓
19,7 ↑	19,3 ↓	19,2 ↓	20,7 ↓	26,0 ↓	24,2 ↑	23,0 ↑	19,3 ↑	24,3 ↑	20,5 ↑	19,5 ↑	21,0 ↓	25,5 ↓
20,2 ↑	18,3 ↑	18,5 ↓	19,9 ↓	24,9 ↓	23,5 ↓	21,2 ↑	19,5 ↓	23,1 ↑	20,4 ↑	18,7 ↑	20,6 ↓	23,6 ↓
61,1 ↑	61,4 ↑	60,4 ↑	65,6 ↑	70,9 ↑	70,5 ↓	72,5 ↑	75,4 ↑	69,9 ↑	72,3 ↑	72,6 ↑	78,0 ↑	71,2 ↑
61,2 ↓	61,1 ↑	60,7 ↓	68,4 ↑	66,0 ↑	75,6 ↓	69,4 ↑	71,9 ↑	69,1 ↓	71,2 ↑	74,1 ↑	75,9 ↓	68,8 ↑
61,7 ↓	61,6 ↑	60,5 ↓	67,7 ↑	69,0 ↑	73,1 ↓	71,0 ↑	73,2 ↑	70,4 ↑	72,3 ↑	74,5 ↑	77,3 ↑	71,1 ↑
4,7	3,3	5,0	5,7	6,3	5,9	4,7	5,4	4,8	4,1		3,7	
24,2 ↑	21,0 ↑	22,3 ↓	22,3 ↑	21,4 ↑	22,9 ↑	18,2 ↑	21,8 ↑	24,8 ↑	22,5 ↓	25,6 ↓	20,3 ↑	24,4 ↓
25,4 ↓	20,5 ↑	21,3 ↓	22,2 ↓	21,5 ↑	20,9 ↑	16,1 ↑	19,1 ↑	22,8 ↑	21,0 ↑	20,6 ↑	22,1 ↓	20,9 ↑
25,0 ↓	20,8 ↑	21,9 ↓	22,3 ↓	21,6 ↑	22,3 ↑	17,0 ↑	20,8 ↑	23,8 ↑	21,7 ↓	23,3 ↑	21,2 ↓	22,7 ↑
15,2 ↑	13,8 ↑	15,4 ↓	14,6 ↓	14,6 ↑	15,8 ↑	12,0 ↑	12,3 ↑	15,2 ↑	14,8 ↓	17,1 ↑	11,8 ↑	17,3 ↓
15,1 ↓	13,8 ↑	14,2 ↑	14,5 ↓	13,9 ↑	16,1 ↑	10,6 ↑	11,7 ↑	14,1 ↑	14,4 ↑	13,5 ↑	14,1 ↓	14,7 ↑
15,2 ↓	13,8 ↑	14,8 ↓	14,5 ↓	14,4 ↑	16,2 ↑	11,0 ↑	12,2 ↑	14,6 ↑	14,5 ↑	15,6 ↑	12,9 ↓	15,9 ↓
83,1 ↓	85,9 ↓	88,0 ↑	91,2 ↑	79,9 ↑	84,2 ↓	71,5 ↓	90,9 ↑	93,3 ↓	97,1 ↑	78,1 ↓	90,2 ↓	92,0 ↓
83,8 ↓	90,3 ↓	90,1 ↑	92,9 ↑	84,6 ↑	81,9 ↓	81,3 ↑	94,4 ↑	94,8 ↑	97,7 ↑	86,9 ↑	90,5 ↓	92,0 ↓
83,5 ↓	88,2 ↓	89,1 ↑	92,1 ↑	82,2 ↑	83,0 ↓	76,4 ↓	92,6 ↑	94,0 ↓	97,4 ↑	83,0 ↓	90,4 ↓	92,0 ↓
17,1 ↑	11,7 ↓	13,6 ↑	9,8 ↑	9,1 ↑	7,0 ↑	13,2 ↑	9,8 ↑	10,6 ↑	15,3 ↑	1,6 ↓	17,4 ↑	12,3 ↑
12,4 ↑	14,1 ↑	15,5 ↑	9,8 ↑	10,9 ↑	11,0 ↑	20,1 ↑	3,3 ↓	8,5 ↑	15,5 ↑	4,7 ↓	25,1 ↑	14,3 ↑
14,3 ↑	13,1 ↑	14,8 ↑	9,8 ↑	10,2 ↑	9,5 ↑	17,3 ↑	6,0 ↑	9,4 ↑	15,4 ↑	3,7 ↓	22,2 ↑	13,6 ↑
94,9 ↑	92,2 ↓	97,8 ↑	95,2 ↑	85,5 ↑	94,2 ↑	94,1 ↓	95,2 ↑	92,1 ↓	98,8 ↑	90,2 ↓	94,9 ↑	98,1 ↓
97,5 ↑	93,9 ↓	98,7 ↑	94,9 ↑	86,5 ↑	96,8 ↑	94,9 ↓	97,3 ↑	94,1 ↑	97,9 ↑	95,7 ↑	93,7 ↑	98,5 ↑
96,2 ↑	93,1 ↓	98,3 ↑	95,0 ↑	86,0 ↑	95,6 ↑	94,5 ↓	96,2 ↑	93,1 ↓	98,4 ↑	93,2 ↓	94,2 ↑	98,3 ↑
63,7	72,4 ↑	81,1 ↑	71,1 ↑	62,7 ↓	52,4 ↓	84,1 ↑	75,6 ↑	85,0 ↑	49,7 ↓	75,8 ↑	70,0 ↑	83,8 ↓
66,4 ↓	75,2 ↑	83,1 ↑	72,6 ↑	67,2 ↓	56,6 ↓	71,9 ↑	65,0 ↓	64,0 ↓	63,3 ↓	79,2 ↓	76,6 ↑	71,1 ↑
65,6 ↓	73,8 ↑	81,1 ↑	72,2 ↑	65,3 ↓	55,4 ↓	75,9 ↑	69,1 ↑	71,6 ↑	57,4 ↓	77,8 ↑	73,8 ↑	75,7 ↓
71,1 ↑	72,9 ↑	75,7 ↑	69,2 ↑	69,2 ↓	67,2 ↑	78,1 ↑	65,9 ↑	73,1 ↑	63,3 ↓	77,9 ↑	74,3 ↑	61,4 ↑
76,8 ↑	78,1 ↑	81,1 ↑	71,1 ↑	75,4 ↑	76,5 ↑	81,5 ↑	67,0 ↑	75,2 ↓	72,7 ↓	78,6 ↑	72,8 ↓	70,3 ↑
75,2 ↑	76,1 ↑	78,7 ↑	70,5 ↑	72,5 ↓	72,7 ↑	80,2 ↑	66,4 ↑	74,2 ↓	68,8 ↓	78,2 ↑	74,0 ↑	66,9 ↑
8,1 ↑	8,0 ↑	6,2 ↑	8,2 ↑	8,0 ↓	8,6 ↑	9,3 ↓	8,7 ↑	9,8 ↓	10,4 ↓	13,1 ↓	7,3 ↑	9,1 ↑
8,3 ↓	8,5 ↑	7,9 ↑	8,7 ↑	7,9 ↑	8,5 ↑	7,7 ↑	9,3 ↑	10,7 ↓	11,2 ↑	11,3 ↓	7,4 ↑	10,0 ↑
7,8 ↑	8,2 ↑	7,1 ↑	8,5 ↑	7,9 ↑	8,6 ↑	8,3 ↑	8,9 ↑	10,4 ↓	10,8 ↑	12,0 ↓	7,3 ↑	9,5 ↑
81,2 ↑	79,6 ↑	80,5 ↑	77,8 ↑	79,4 ↓	77,7 ↓	77,9 ↓	77,9 ↓	80,6 ↑	80,7 ↑	78,4 ↑	79,9 ↓	79,6 ↑
81,3 ↓	83,4 ↑	83,9 ↑	82,4 ↓	84,6 ↑	82,8 ↓	83,5 ↑	82,1 ↓	84,0 ↑	83,6 ↓	82,6 ↑	83,4 ↑	83,1 ↑
81,3 ↑	81,7 ↑	82,5 ↑	80,2 ↓	82,1 ↑	80,6 ↓	81,0 ↑	80,1 ↓	82,4 ↑	82,3 ↑	80,9 ↑	81,8 ↑	81,6 ↑

			RIKET	stockholm	Uppsala	Sörmland	Östergötland	Jönköping	Kronoberg	Kalmar	Gotland									
↑ = Förbättrat värde ↓ = Försämrat värde																				
108	Nöjdhet med sjukhusvård vid stroke	Kvinnor	94,8	↓	93,2	↓	89,7	↓	91,4	↓	96,5	↑	98,1	↑	96,0	↓	95,8	↓	100,0	↑
		Män	95,8	↑	94,5	↓	94,0	↓	96,0	↑	95,2	↓	97,7	↓	97,9	↑	97,9	↑	95,8	↑
		Totalt	95,4	↓	93,9	↓	92,2	↓	93,9	↓	95,8	↑	97,9	↑	97,1	↓	97,0	↑	97,8	↑
109	Tillgodosedda behov av rehabilitering efter stroke	Kvinnor	57,6	↑	57,5	↓	58,5	↑	52,6	↓	69,0	↑	58,9	↑	60,0	↑	51,1	↓	50,0	↓
		Män	59,6	↓	60,5	↑	64,2	↑	58,7	↑	61,2	↓	60,1	↑	75,9	↑	63,3	↓	65,2	
		Totalt	58,7	↑	59,1	↑	61,5	↑	56,1	↓	64,9	↑	59,6	↑	68,5	↑	57,6	↓	56,4	↓
110	Bromsmedicin vid skovvis förloppande MS	Kvinnor	61,1	↑	65,9	↑	48,5	↑	56,5	↑	67,8	↑	39,7	↑	66,7	↑	42,7	↑	56,7	↑
		Män	58,5	↑	65,4	↑	44,0	↑	53,1	↑	75,0	↑	31,8	↑	55,3	↑	65,1	↑	50,0	↑
		Totalt	60,3	↑	65,8	↑	47,3	↑	55,5	↑	69,9	↑	37,3	↑	63,2	↑	50,0	↑	54,8	↑
111	Bromsmedicin vid sekundärprogressiv MS	Kvinnor	7,2		10,4		2,3		1,5		13,0		6,3		0,0		5,9		0,0	
		Män	7,9		13,4		5,1		7,7		4,5		5,7		0,0		8,7			
		Totalt	7,4		11,3		3,2		3,3		10,5		6,1		0,0		6,8		0,0	
Cancersjukvård																				
112	Överlevnad vid tjocktarmscancer	Kvinnor	65,7	↑	68,4	↑	63,0	↑	59,3	↓	65,6	↑	60,5	↓	66,6	↓	69,1	↑	68,0	↑
		Män	63,2	↑	62,5	↑	65,6	↑	68,0	↑	66,4	↑	60,6	↑	63,7	↑	63,5	↑	75,2	↑
		Totalt	64,5	↑	65,5	↑	64,2	↑	63,7	↑	66,0	↑	60,6	↑	65,3	↑	66,5	↑	71,8	↑
113	Omoperation vid tjocktarmscancer	Kvinnor	6,8	↓	8,2	↓	2,3	↑	5,4	↑	5,2	↓	8,2	↓	9,0	↑	9,0	↓	4,4	↓
		Män	10,7	↑	11,1	↑	11,7	↓	9,6	↓	12,8	↓	10,3	↑	13,4	↑	14,6	↓	11,1	↓
		Totalt	8,7	↓	9,6	↑	7,1	↓	7,3	↑	8,9	↓	9,3	↓	11,3	↑	11,7	↓	7,4	↓
114	Dödlighet vid operation för tjocktarmscancer	Kvinnor	5,26	↑	3,17	↑	3,08	↑	5,95	↑	7,23	↓	9,89	↓	3,00	↑	7,10	↓	4,44	↓
		Män	5,31	↑	4,61	↑	3,65	↑	5,19	↑	6,84	↓	8,65	↓	4,46	↑	6,25	↑	0,00	↑
		Totalt	5,29	↑	3,87	↑	3,37	↑	5,61	↑	7,04	↓	9,26	↓	3,77	↑	6,69	↓	2,47	↓
115	Överlevnad vid ändtarmscancer	Kvinnor	64,6	↑	66,0	↑	67,2	↑	64,6	↑	66,5	↓	66,7	↑	58,2	↓	62,5	↑	61,5	↑
		Män	62,5	↑	64,1	↑	70,9	↑	64,8	↑	62,8	↑	58,9	↑	48,8	↓	55,3	↑	71,2	↑
		Totalt	63,4	↑	65,0	↑	69,1	↑	64,8	↑	64,4	↑	62,0	↑	52,9	↓	57,9	↑	66,3	↑
116	Omoperation vid ändtarmscancer	Kvinnor	8,3	↑	7,4	↑	4,9	↑	6,7	↓	8,5	↓	10,7	↓	11,7	↓	9,0	↑	0,0	
		Män	11,9	↓	15,2	↓	5,8	↑	6,3	↑	8,8	↓	11,8	↑	10,1	↑	10,2	↑	18,2	↓
		Totalt	10,4	↑	11,9	↓	5,4	↑	6,5	↑	8,7	↓	11,4	↑	10,8	↓	9,8	↑	11,4	↓
117	Dödlighet vid operation för ändtarmscancer	Kvinnor	2,08	↑	1,65	↑	1,23	↑	6,74	↓	0,70	↑	4,00	↓	1,67	↑	3,85	↓	0,00	
		Män	3,33	↑	2,12	↑	2,88	↑	5,59	↑	3,31	↑	5,15	↑	3,80	↑	3,65	↓	4,55	↑
		Totalt	2,82	↑	1,92	↑	2,16	↑	6,03	↓	2,17	↑	4,74	↑	2,88	↑	3,72	↓	2,86	↑
118	Överlevnad vid bröstcancer	Kvinnor	89,7	↑	91,2	↑	92,0	↑	89,8	↑	87,1	↑	89,3	↑	93,3	↑	90,6	↑	86,9	↑
119	Omop vid bröstcan av tumördata	Kvinnor	15,0	↑	15,5	↓	17,7	↓	19,2	↓	16,4	↑	22,5	↓	21,0	↑	23,1	↓	25,9	↑
120	Omop vid bröstcan på grund av komplik	Kvinnor	1,69	↓	1,41	↓	1,47	↓	1,85	↓	4,06	↓	1,33	↓	0,64	↑	3,92	↓	2,50	↓
121	Tid till operation vid bröstcancer	Kvinnor	18		19		20		34		23		15		11		25		20	
122	Överlevnad vid lungcancer	Kvinnor	47,5	↑	51,1	↑	53,4	↑	47,0	↑	48,9	↓	51,3	↑	43,6	↑	41,7	↓	45,2	↓
		Män	40,1	↑	42,4	↑	36,0	↓	36,0	↑	40,3	↑	42,9	↑	41,4	↑	40,0	↑	38,9	↓
		Totalt	43,7	↑	46,9	↑	44,4	↓	41,6	↑	44,4	↓	46,5	↑	42,4	↑	40,7	↑	41,5	↓
123	Multidisciplinär konferens vid lungcancer	Kvinnor	65,4	↑	88,8	↑	62,3	↑	88,6	↑	83,1	↓	67,9	↑	100,0	↑	48,4	↓		
		Män	63,9	↑	89,8	↑	61,1	↑	96,9	↑	83,9	↓	77,3	↑	66,7	↓	58,5	↑	41,7	↑
		Totalt	64,6	↑	89,3	↑	61,7	↑	92,1	↑	83,5	↓	72,0	↑	82,8	↑	54,8	↓	33,3	↓
124	Tid till behandlingsbeslut vid lungcancer	Kvinnor	29		32		14		24		44		39		28		43		28	
		Män	29		32		20		32		44		42		48		62		34	
		Totalt	29		32		18		25		44		41		33		56		33	
125	Tid till besök vid prostatacancer	Män	35		28		31		47		32		49		40		75		35	
126	Kurativ behandling vid prostatacancer	Män	58,1	↑	62,2	↓	68,4	↓	67,9	↑	44,5	↓	58,3	↓	57,9	↓	59,6	↓	48,1	↓
127	Tid till beh beslut vid huvud- och halsca	Totalt	56		45		35		48		71		56		51		57		28	

Blekinge	Skåne	Halland	Västra Götaland	Värmland	Örebro	Västmanland	Dalarna	Gävleborg	Väster- norland	Jämtland	Västerbotten	Norrbottn													
98,0	↑	94,5	↑	95,0	↓	94,9	↑	96,1	↓	94,6	↑	93,9	↓	96,9	↓	95,1	↓	96,3	↓	93,8	↓	98,1	↑	94,4	↑
91,8	↓	95,1	↑	98,3	↑	95,8	↑	97,4	↓	96,9	↑	95,6	↑	96,9	↓	95,6	↓	97,6	↓	93,3	↓	97,0	↑	96,3	↑
94,6	↓	94,8	↑	96,9	↓	95,4	↑	96,8	↓	95,9	↑	94,8	↑	96,9	↓	95,3	↓	97,0	↓	93,5	↓	97,5	↑	95,5	↑
37,5	↓	62,0	↑	61,2	↑	57,7	↑	65,1	↑	53,9	↓	58,5	↑	42,6	↓	55,1	↓	60,6	↑	55,8	↑	55,4	↓	58,9	↑
58,8	↑	60,8	↑	59,3	↑	58,9	↓	45,9	↓	62,6	↑	62,0	↑	52,7	↓	63,0	↑	60,6	↑	45,6	↑	64,0	↓	53,9	↑
47,0	↓	61,3	↑	60,3	↑	58,3	↑	53,8	↓	58,7	↑	60,3	↑	47,6	↓	59,4	↑	60,6	↑	50,5	↑	60,0	↓	56,3	↑
74,0	↑	62,3	↑	53,3	↑	60,4	↑	71,3	↑	51,2	↑	62,7	↑	53,5	↑	69,4	↑	51,4	↑	63,9	↑	98,3	↑	41,5	↑
69,0	↑	70,0	↑	58,5	↑	58,7	↑	45,6	↑	48,8	↑	53,2	↑	55,6	↑	42,9	↑	52,2	↑	44,0	↑	85,5	↑	25,7	↓
72,5	↑	64,6	↑	54,8	↑	59,9	↑	64,0	↑	50,6	↑	59,7	↑	54,3	↑	60,0	↑	51,6	↑	58,1	↑	94,1	↑	36,0	↑
0,0		2,9		9,9		10,1		2,7		16,4		1,9		6,1		3,1		10,3		6,3		1,6		2,9	
6,7		6,5		0,0		9,4		3,3		4,8		0,0		10,7		9,1		4,2		7,7		6,9		5,4	
1,9		4,0		7,1		9,9		2,8		13,5		1,3		7,3		5,2		8,5		6,7		3,3		3,8	
59,7	↑	66,5	↑	70,4	↑	64,6	↑	65,5	↑	63,2	↑	63,0	↑	68,4	↑	68,5	↑	64,5	↑	58,6	↑	66,7	↑	63,3	↑
54,2	↓	65,2	↑	66,8	↑	60,8	↑	63,3	↑	57,6	↑	65,1	↑	67,4	↑	65,0	↑	62,9	↑	61,4	↑	58,6	↑	67,0	↑
57,2	↓	65,9	↑	68,6	↑	62,8	↑	64,4	↑	60,6	↑	64,2	↑	67,8	↑	66,9	↑	63,7	↑	60,0	↑	62,8	↑	65,2	↑
9,0	↓	5,0	↑	7,5	↑	7,7	↓	6,4	↓	6,3	↑	1,5	↑	7,0	↓	5,6	↑	7,4	↓	16,1	↓	5,0	↓	6,8	↓
8,9	↑	7,8	↑	8,9	↑	11,6	↓	14,2	↓	11,6	↑	3,9	↓	12,9	↓	9,3	↑	6,1	↑	14,7	↑	13,2	↑	11,2	↓
8,9	↑	6,4	↑	8,2	↑	9,6	↓	10,2	↓	8,9	↑	2,7	↑	9,8	↓	7,6	↑	6,7	↑	15,5	↓	8,8	↓	8,9	↓
3,37	↑	4,74	↓	5,88	↓	6,62	↑	7,51	↓	7,59	↓	3,01	↓	5,03	↓	2,82	↑	8,09	↓	3,45	↑	5,63	↓	0,85	↑
4,42	↑	4,41	↑	3,13	↑	5,90	↑	7,69	↑	10,20	↓	1,55	↑	5,06	↓	3,70	↑	2,29	↑	8,82	↑	9,56	↓	3,74	↑
3,96	↑	4,58	↓	4,49	↑	6,26	↑	7,60	↑	8,85	↓	2,29	↑	5,04	↓	3,29	↑	5,24	↑	5,81	↑	7,43	↓	2,22	↑
74,7	↑	64,2	↑	60,9	↑	64,9	↑	67,2	↑	70,7	↑	67,7	↑	58,2	↓	55,7	↓	62,9	↓	65,1	↑	64,3	↑	55,4	↓
59,8	↓	62,8	↑	67,3	↑	60,4	↑	66,1	↑	62,4	↑	69,1	↑	58,8	↓	60,2	↑	54,3	↓	65,4	↑	63,2	↑	71,0	↑
66,6	↑	63,4	↑	64,8	↑	62,4	↑	66,5	↑	66,1	↑	68,6	↑	58,6	↓	58,1	↓	58,6	↓	64,9	↑	63,7	↑	65,0	↑
12,7	↓	7,3	↑	11,1	↓	11,2	↑	8,8	↑	7,7	↑	4,5	↓	2,6	↑	6,0	↑	7,3	↑	5,7	↑	10,1	↓	8,2	↑
8,0	↑	8,0	↑	12,8	↑	15,9	↓	16,3	↑	10,5	↑	3,3	↓	8,7	↓	12,4	↑	11,3	↓	23,2	↓	14,1	↓	10,8	↑
9,7	↑	7,7	↑	12,2	↓	13,9	↓	13,6	↓	9,4	↑	3,7	↓	6,1	↑	10,0	↑	9,8	↑	16,5	↓	12,4	↓	9,7	↑
3,64	↓	1,77	↑	0,00	↑	2,89	↓	1,10	↑	3,30	↓	1,49	↓	0,88	↑	2,41	↑	1,45	↑	0,00	↑	1,27	↑	1,64	↑
2,00	↓	3,45	↓	4,05	↑	4,32	↓	3,01	↑	3,27	↑	1,67	↓	2,00	↑	2,92	↑	0,87	↑	5,36	↑	4,04	↓	4,30	↓
2,58	↓	2,75	↓	2,43	↑	3,72	↓	2,33	↑	3,28	↑	1,60	↓	1,52	↑	2,73	↑	1,09	↑	3,30	↑	2,81	↑	3,25	↑
91,1	↑	89,1	↑	87,8	↑	87,4	↑	90,6	↑	89,1	↑	92,8	↑	90,8	↑	89,0	↑	89,1	↑	89,0	↓	89,2	↑	93,2	↑
20,2	↓	15,6	↑	11,1	↑	10,0	↑	17,8	↓	17,3	↑	12,1	↓	16,6	↑	12,5	↑	20,1	↑	6,0	↑	10,2	↑	7,0	↑
1,67	↓	1,12	↓	2,39	↓	1,76	↓	1,96	↓	1,20	↑	1,42	↓	2,17	↑	1,28	↑	0,52	↑	3,16	↑	2,91	↓	1,19	↑
11		16		15		21		18		17		8		15		17		19		13	↑	16	↑	13	↑
42,2	↑	46,8	↑	52,2	↑	46,5	↑	37,9	↑	47,5	↑	37,7	↓	46,1	↑	45,7	↑	42,7	↑	41,0	↑	51,6	↑	50,5	↑
38,4	↑	38,7	↑	46,7	↑	40,7	↑	41,0	↑	32,9	↓	37,9	↑	41,6	↑	39,0	↑	33,5	↑	33,3	↑	41,2	↑	46,9	↑
40,2	↑	42,6	↑	49,4	↑	43,5	↑	39,6	↑	40,1	↑	37,8	↑	43,9	↑	42,1	↑	38,1	↑	37,2	↑	46,2	↑	48,7	↑
47,1	↑	39,3	↑	43,6	↑	50,8	↑	87,9	↓	80,3	↑	56,8	↑	35,3	↑	92,2	↑	64,7	↑	65,6	↑	89,5	↓	69,0	↑
47,4	↑	37,3	↓	39,1	↑	44,9	↑	85,1	↓	76,1	↑	59,7	↑	54,5	↑	91,0	↑	55,0	↑	50,0	↓	97,3	↑	56,7	↓
47,2	↑	38,3	↑	41,2	↑	47,7	↑	86,3	↓	78,2	↑	58,5	↑	45,3	↑	91,6	↑	59,5	↑	60,9	↑	93,3	↑	62,7	↓
28		26		22		37		20		28		20		17		27		28		28		26		22	
26		23		27		35		29		19		25		22		27		37		35		22		21	
27		25		25		36		28		22		24		21		27		37		31		24		22	
35		31		24		31		53		43		44		75		49		38		73		43		37	
65,8	↑	58,7	↑	57,2	↑	50,1	↑	67,8	↑	58,1	↑	60,5	↑	63,0	↑	54,2	↑	56,1	↓	75,8	↑	69,9	↓	47,4	↑
55		54		63		62		68		53		71		44		54		62		63		68		76	

					RIKET	Stockholm	Uppsala	Sörmland	Östergötland	Jönköping	Kronoberg	Kalmar	Gotland							
↑ = Förbättrat värde ↓ = Försämrat värde																				
Psykiatrisk vård																				
128	Regelbunden behandling med sömnmedel eller lugnande medel	Kvinnor	3957	↓	3839	↓	3886	↑	2779	↑	3351	↑	3832	↓	4795	↓	4366	↓	3511	↓
		Män	2523	↓	2576	↓	2479	↑	1699	↑	2005	↑	2426	↑	2943	↓	2814	↓	2291	↓
		Totalt	3253	↓	3230	↓	3197	↑	2245	↑	2689	↑	3138	↑	3866	↓	3596	↓	2916	↓
129	Tre eller fler psykofarmaka bland äldre	Kvinnor	4,85	↑	4,39	↓	5,06	↑	3,89	↑	4,27	↑	4,79	↑	5,58	↑	4,38	↓	2,95	↑
		Män	2,71	↑	2,63	↑	2,81	↑	1,82	↑	1,92	↑	2,65	↑	3,70	↑	2,22	↓	1,12	↑
		Totalt	3,99	↑	3,72	↑	4,14	↑	3,06	↑	3,33	↑	3,93	↑	4,80	↑	3,49	↓	2,21	↑
130	Anvå av lämpl sömnmedel äldre	Totalt	56,1		60,8		59,3		55,7		41,7		62,1		67,4		65,1		66,2	
131	Undvikbar somatisk slutenvård för personer med psykiatrisk diagnos	Kvinnor	2203		1894		2067		2275		1800		2827		3382		2888		2676	
		Män	2219		2200		2126		2554		1543		2614		3564		2578		2526	
		Totalt	2211		2057		2097		2423		1662		2712		3479		2718		2596	
132	Återinskrivning efter 28 dagar efter vård för schizofreni	Kvinnor	17,5	↓	17,8	↓	13,4	↑	15,3	↑	17,2	↓	19,1	↑	17,8	↓	15,3	↑	13,3	↓
		Män	16,8	↓	18,6	↓	19,7	↓	10,9	↑	13,4	↑	13,5	↓	10,4	↑	15,9	↓	15,6	↓
		Totalt	17,1	↓	18,2	↓	16,9	↑	13,0	↑	15,0	↑	16,3	↓	13,8	↓	15,6	↑	14,7	↓
133	Återinskrivning efter 6 månader efter vård för schizofreni	Kvinnor	37,7	↓	35,5	↑	35,1	↑	38,1	↑	35,4	↑	46,8	↓	34,4	↑	33,6	↑	43,3	↓
		Män	37,6	↑	38,2	↓	38,6	↓	35,0	↑	28,4	↑	34,9	↑	33,0	↓	35,5	↓	31,1	↓
		Totalt	37,6	↑	37,0	↓	37,0	↑	36,4	↑	31,3	↑	40,8	↓	33,7	↓	34,6	↑	36,0	↓
134	Följsamhet till litiumbehandling vid bipolär sjukdom	Kvinnor	82,0	↓	78,9	↑	77,6	↓	88,1	↑	82,5	↓	85,0	↑	82,0	↓	79,4	↓	87,8	↓
		Män	83,5	↑	80,3	↓	84,3	↑	83,2	↓	87,6	↑	87,5	↑	84,3	↓	87,0	↑	85,7	↑
		Totalt	82,7	↓	79,5	↑	80,4	↓	85,6	↑	84,5	↓	86,2	↑	83,3	↓	82,4	↓	86,5	↑
135	Besök inom 30 dagar – bup	Totalt	73,6	↓	72,0	↓	78,0	↓	55,2	↓	86,0	↓	93,5	↓	90,6	↓	93,8	↑	81,8	↑
136	Besök inom 90 dagar – vuxenpsyk	Totalt	94,6	↓	98,9	↑	94,7	↓	89,8	↓	98,5	↓	99,0	↓	94,0	↓	98,8	↑	100,0	↑
137	Återfall i brottslig gärning	Totalt	10,9	↑	10,9	↑	5,3	↑	5,9	↓	5,0	↓	0,0	↑	15,8	↑	2,9	↑		
138	Fetma bland patienter rättspsyk	Totalt	42,7	↓	30,9	↑	36,8	↓	41,2	↑	44,7	↓	50,0	↑	61,5	↓	31,6	↓		
139	ECT-behandling vid svår depression	Kvinnor	38,1		38,0		28,9		41,2		51,1		37,0				32,5		53,3	
		Män	33,0		36,6		16,2		25,9		55,2		31,8				20,0			
		Totalt	36,0		37,4		23,6		34,1		53,1		34,6				26,7		50,0	
140	Depressionsskattning vid ECT-behandling	Kvinnor	39,5		48,6		78,7		42,4		17,5		46,0		8,8		43,5		45,5	
		Män	37,5		49,7		71,0		45,5		15,7		54,2		16,7		81,8			
		Totalt	38,8		49,0		75,6		43,2		16,7		49,2		10,9		55,9		43,8	
Kirurgisk behandling																				
141	Omoperation vid lumsbräck	Totalt	97,7	↑	97,4	↑	98,0	↑	97,4	↑	98,0	↑	97,0	↓	98,1	↑	98,0	↓	96,8	↑
142	Dagkirurgiska operationer vid lumsbräck	Kvinnor	69,4		67,7		68,6		69,7		66,1		70,0		65,5		88,0			
		Män	78,7		72,9		82,6		87,7		88,3		70,5		80,4		85,7		62,3	
		Totalt	77,8	↓	72,4	↑	81,1	↑	86,4	↑	86,7	↑	70,4	↓	79,1	↓	85,9	↓	60,0	↓
143	Dödlighet efter vård för blödande magsår	Kvinnor	23,0	↓	23,6	↑	37,0	↓	12,7	↑	17,3	↑	27,6	↓	15,3	↑	23,3	↑	15,5	↑
		Män	27,5	↓	28,8	↓	30,5	↓	29,3	↑	19,2	↑	29,9	↓	35,1	↓	33,0	↑	24,6	↓
		Totalt	25,1	↓	26,1	↑	32,4	↓	22,7	↑	17,6	↑	28,9	↓	24,3	↓	28,4	↑	19,5	↓
144	Uppföljning av patienter efter obesitaskirurgi	Kvinnor	89,5	↑	89,2	↑	86,7	↑	92,1	↓	92,9	↑	93,2	↓	68,8	↑	95,1	↓	94,7	↓
		Män	87,5	↑	85,8	↓	83,3	↓	90,9	↑	91,4	↑	89,1	↓	73,8	↑	94,1	↓	100,0	↑
		Totalt	89,0	↑	88,4	↓	86,0	↑	91,8	↓	92,5	↑	92,3	↓	70,2	↑	94,9	↓	95,9	↓
145	Minskning av övervikt efter obesitaskirurgi	Kvinnor	82,7	↑	82,8	↑	81,6	↑	80,7	↑	78,9	↓	85,0	↓	87,6	↑	87,9	↑	86,9	↑
		Män	72,7	↑	72,2	↑	77,0	↑	69,5	↓	71,9	↑	75,6	↓	85,1	↑	74,3	↑		
		Totalt	80,3	↑	80,5	↑	80,7	↑	78,4	↑	77,2	↓	82,9	↓	86,9	↑	85,7	↑	84,6	↑
147	Miniinvasivt borttagande av gallblåsa	Kvinnor	91,0	↑	95,7	↑	88,5	↑	89,0	↑	78,9	↓	83,2	↑	93,5	↑	80,2	↑	84,9	↑
		Män	82,4	↑	90,8	↑	76,7	↓	80,0	↑	63,0	↓	61,9	↓	85,3	↑	62,5	↑	53,6	↓
		Totalt	88,2	↑	94,1	↑	84,3	↑	86,1	↑	74,5	↓	75,5	↓	91,0	↑	74,1	↑	76,2	↓

Blekinge	Skåne	Halland	Västra Götaland	Värmland	Örebro	Västmanland	Dalarna	Gävleborg	Väster-norrland	Jämtland	Västerbotten	Norrbotten
3723 ↓	4286 ↓	3815 ↑	4826 ↑	4584 ↓	2849 ↑	4305 ↓	3322 ↑	3816 ↑	3052 ↓	3618 ↓	3596 ↓	2967 ↓
2494 ↑	2693 ↓	2402 ↑	3116 ↓	2955 ↓	1677 ↑	2754 ↓	1974 ↑	2450 ↓	1864 ↓	2026 ↓	2096 ↓	1955 ↓
3115 ↑	3506 ↓	3119 ↑	3985 ↓	3777 ↓	2270 ↑	3537 ↓	2650 ↑	3139 ↓	2460 ↓	2818 ↓	2851 ↓	2460 ↓
4,76 ↑	5,38 ↑	5,58 ↑	6,48 ↓	4,52 ↑	3,59 ↑	4,44 ↑	4,30 ↑	4,02 ↑	3,76 ↑	4,09 ↑	4,55 ↑	2,94 ↑
2,60 ↑	2,98 ↓	2,88 ↑	3,69 ↑	2,70 ↑	2,10 ↑	2,17 ↑	2,23 ↑	1,83 ↑	2,23 ↑	2,21 ↓	2,72 ↑	2,07 ↓
3,86 ↑	4,43 ↓	4,47 ↑	5,35 ↓	3,78 ↑	2,99 ↑	3,52 ↑	3,46 ↑	3,13 ↑	3,14 ↑	3,31 ↑	3,80 ↑	2,58 ↑
55,4	55,9	48,2	55,5	61,3	43,5	44,5	56,1	63,1	55,6	59,3	46,6	46,9
2000	2278	2473	2337	3191	2078	2049	2270	1815	1837	1727	2432	1932
2726	2140	1727	2121	2139	2388	1440	2630	2207	2375	1744	2521	2439
2408	2205	2082	2223	2636	2249	1714	2458	2018	2120	1735	2478	2212
20,8 ↓	21,2 ↓	18,2 ↓	14,7 ↑	16,8 ↑	18,3 ↑	23,5 ↓	19,9 ↓	18,8 ↑	19,6 ↑	8,9 ↑	14,6 ↑	15,0 ↑
20,6 ↓	22,5 ↓	19,5 ↑	13,4 ↑	10,3 ↓	16,5 ↓	12,5 ↑	13,7 ↑	16,9 ↑	11,8 ↑	18,2 ↑	20,0 ↓	15,1 ↓
20,7 ↓	21,9 ↓	18,9 ↓	13,9 ↑	13,3 ↓	17,2 ↓	16,6 ↑	16,5 ↑	17,7 ↑	15,6 ↑	14,8 ↑	17,7 ↓	15,1 ↓
37,7 ↑	39,9 ↓	43,2 ↓	35,2 ↑	43,2 ↓	42,1 ↓	38,3 ↑	42,6 ↑	38,3 ↓	46,4 ↓	22,2 ↑	34,1 ↑	40,7 ↓
47,1 ↓	41,3 ↓	45,9 ↓	36,0 ↑	29,5 ↑	39,7 ↑	34,4 ↓	30,9 ↑	44,3 ↓	38,9 ↓	35,1 ↑	40,9 ↓	35,7 ↓
43,0 ↓	40,7 ↓	44,8 ↓	35,6 ↑	35,8 ↓	40,6 ↑	35,8 ↑	36,1 ↑	41,8 ↓	42,6 ↓	30,3 ↑	38,0 ↓	37,8 ↓
82,9 ↑	79,2 ↓	86,6 ↑	84,8 ↑	85,2 ↓	84,9 ↑	86,7 ↓	80,4 ↓	79,3 ↓	80,5 ↓	72,7 ↓	81,7 ↓	82,0 ↓
80,7 ↓	83,0 ↓	80,5 ↓	84,7 ↑	82,2 ↓	88,3 ↑	86,6 ↑	82,1 ↓	85,8 ↑	82,9 ↓	72,6 ↓	86,3 ↑	86,0 ↓
82,1 ↑	81,3 ↓	83,5 ↓	84,8 ↑	84,2 ↓	86,5 ↑	86,1 ↓	80,9 ↓	81,5 ↓	81,5 ↓	73,0 ↓	83,6 ↑	84,2 ↓
98,0 ↑	84,4 ↓	72,4 ↓	86,5 ↓	29,9 ↓	84,0 ↓	85,0 ↓	54,1 ↓	91,0 ↑	83,8 ↓	74,1 ↓	28,0 ↓	97,4 ↑
100,0 ↑	97,7 ↑	98,2 ↑	92,8 ↓	90,6 ↓	92,5 ↓	97,1 ↓	78,2 ↓	99,4 ↑	94,9 ↓	94,3 ↑	94,7 ↑	98,6 ↓
	10,3 ↑	4,3 ↑	16,7 ↓	9,1 ↓	3,8 ↑	6,1 ↑	20,0 ↓	10,0 ↓	15,4 ↓		0,0	
	43,9 ↑	54,5 ↓	39,8 ↓	26,3 ↓	51,4 ↑	60,6 ↓	44,4 ↑	47,4 ↓	60,5 ↓		36,4	
41,7	44,7	60,0	31,3	25,0	25,5	50,0	52,0	49,5	28,6	55,2	36,4	35,0
16,7	26,1	57,1	27,0	37,5	27,4	45,8	43,2	50,7	40,0	53,3	25,0	29,2
29,2	37,9	58,8	29,6	29,0	26,2	48,4	48,7	50,0	34,4	54,6	31,3	32,4
20,0	51,4	35,6	36,7	0,0	52,9	0,0	85,4	9,1	42,3	6,7	33,3	14,3
	43,1	43,3	29,5	5,9	65,0	5,9	80,0	9,1	50,0		33,3	28,6
16,7	49,2	38,7	34,2	2,2	57,4	2,5	83,8	9,1	45,7	9,1	33,3	19,1
99,3 ↑	98,0 ↑	97,3 ↑	97,3 ↑	97,0 ↑	97,8 ↑	98,1 ↓	98,1 ↑	97,3 ↑	98,4 ↑	96,9 ↓	98,9 ↑	98,4 ↑
69,2	69,2	66,7	65,7	73,3	87,5	80,0	63,6	54,3	87,1	90,0	62,5	80,6
91,2	78,5	75,0	76,1	79,3	79,1	86,4	78,5	72,4	90,7	89,7	80,2	84,9
88,9 ↑	77,6 ↑	73,9 ↓	75,1 ↓	78,7 ↓	80,1 ↑	85,9 ↑	77,2 ↑	71,0 ↑	90,4 ↓	89,7 ↑	78,6 ↓	84,5 ↑
17,3 ↓	24,1 ↓	19,4 ↑	22,1 ↑	20,5 ↓	23,1 ↓	23,6 ↓	21,7 ↓	24,7 ↑	21,8 ↓	32,1 ↓	17,7 ↓	15,4 ↑
27,9 ↑	27,8 ↓	31,1 ↓	26,7 ↑	20,9 ↑	32,1 ↓	21,6 ↑	24,7 ↑	24,1 ↑	25,5 ↑	23,5 ↓	20,3 ↑	27,5 ↓
24,2 ↑	25,8 ↓	26,4 ↓	24,4 ↑	20,5 ↑	27,7 ↓	22,3 ↓	22,5 ↓	25,4 ↑	23,4 ↑	29,8 ↓	17,3 ↑	24,4 ↓
92,1 ↓	89,2 ↓	85,3 ↑	90,6 ↑	85,6 ↓	98,3 ↓	89,9 ↓	94,1 ↓	92,8 ↓	85,9 ↑	95,6 ↑	81,9 ↑	81,9 ↑
89,7 ↓	91,5 ↓	86,0 ↑	87,1 ↑	81,0 ↑	93,9 ↓	93,1 ↓	85,7 ↑	94,0 ↑	76,5 ↑	88,5 ↓	82,0 ↑	76,1 ↑
91,4 ↓	89,7 ↓	85,4 ↑	89,6 ↑	84,5 ↑	96,9 ↓	90,6 ↓	91,1 ↓	93,1 ↑	83,8 ↑	93,6 ↑	81,9 ↑	80,6 ↑
90,3 ↓	85,3 ↑	80,7 ↓	79,9 ↓	88,0 ↑	86,3 ↑	77,1 ↓	73,4 ↓	80,0 ↑	83,8 ↑	82,0 ↑	73,6 ↑	87,1 ↑
84,3 ↑	73,9 ↓	74,9 ↑	71,0 ↑	66,2 ↓	74,2 ↓	77,4 ↑	69,1 ↓	69,6 ↑	73,4 ↑	70,5 ↑	62,5 ↑	74,3 ↓
88,6 ↓	82,5 ↑	79,3 ↓	77,6 ↓	83,0 ↓	82,6 ↑	77,2 ↓	72,0 ↓	77,2 ↑	81,6 ↑	78,9 ↑	70,6 ↑	84,5 ↑
91,7 ↑	92,7 ↑	89,5 ↑	92,0 ↑	92,9 ↑	96,1 ↓	94,2 ↑	90,7 ↑	88,8 ↓	75,8 ↑	81,1 ↑	93,5 ↑	91,1 ↓
85,2 ↑	88,2 ↑	68,9 ↑	80,3 ↓	86,8 ↓	97,8 ↑	92,8 ↑	86,3 ↑	77,7 ↑	67,9 ↑	62,2 ↑	90,4 ↑	83,0 ↑
89,8 ↑	91,3 ↑	83,6 ↑	88,0 ↑	90,9 ↑	96,6 ↑	93,8 ↑	89,1 ↑	85,1 ↓	73,4 ↑	74,7 ↑	92,4 ↑	88,3 ↑

					RIKET		stockholm		Uppsala		sörmland		Östergötland		Jönköping		Kronoberg		Kalmar		Gotland	
↑ = Förbättrat värde ↓ = Försämrat värde																						
148	Kirurgiska komplikationer efter borttagande av gallblåsa	Kvinnor	4,5	↑	4,9	↑	1,6	↑	4,8	↓	4,3	↓	5,1	↑	3,6	↑	5,1	↓	1,4	↑		
		Män	6,8	↓	5,9	↓	3,8	↑	6,0	↓	3,7	↑	11,0	↓	4,0	↑	7,7	↓	14,3	↓		
		Totalt	5,2	↓	5,2	↑	2,4	↑	5,2	↓	4,1	↑	7,2	↑	3,7	↑	6,0	↓	5,0	↑		
149	Antibiotika vid borttagande av gallblåsa	Kvinnor	12,0	↑	7,0	↑	17,4	↓	14,6	↑	8,0	↑	7,7	↑	6,4	↓	9,5	↑	14,3	↑		
		Män	22,3	↑	14,4	↓	31,6	↓	18,6	↓	7,8	↑	13,8	↑	23,5	↓	14,5	↑	44,4	↓		
		Totalt	15,0	↑	9,1	↑	22,2	↓	15,8	↑	8,0	↑	9,6	↑	11,0	↓	11,2	↑	21,6	↑		
151	Tid till operation vid förträngning av halspulsåder	Kvinnor	78,3	↑	81,6	↑	60,0						100,0	↑								
		Män	80,7	↑	81,7	↓	80,0	↑	90,9	↑	61,9	↓	100,0	↑	78,6	↓	60,0	↑				
		Totalt	79,9	↑	81,7	↑	72,0	↑	93,1	↑	66,7	↓	100,0	↑	68,4	↓	63,3	↑				
152	Död eller amputation efter operation av kärlförträngning i ben	Kvinnor	5,6	↑	4,8	↑	5,7	↓	8,3	↑	7,1	↑	4,7	↓	0,0	↑	5,3	↑				
		Män	8,1	↑	2,7	↑	9,8	↓	5,9	↑	10,5	↓	7,1	↓	2,2	↑	9,2	↓				
		Totalt	6,8	↑	3,8	↑	7,9	↓	7,1	↑	8,6	↓	5,8	↓	1,3	↑	7,5	↓				
153	Död efter planerad operation för aortaaneurysm	Kvinnor	2,7		3,5				0,0		0,0		0,0				0,0					
		Män	2,6		2,7		1,4		2,7		0,9		0,7		4,3		1,9		0,0			
		Totalt	2,6		2,8		1,2		2,3		0,8		0,7		3,6		1,7		0,0			
155	Patienttrapp res av septumplastik	Totalt	72,0		67,6		69,6		84,6		85,0		78,2				66,7					
156	Patienttrapp symtomfri tonsillektomi	Totalt	96,6		96,0		98,0		99,3		97,4		95,6		97,3		98,3		100,0			
Intensivvård																						
157	Riskjusterad dödlighet efter vård på IVA	Kvinnor	0,63	↓	0,59	↓	0,50	↑	0,57	↑	0,72	↓	0,53		0,62	↓	0,64	↑	0,59			
		Män	0,59	↑	0,54	↑	0,52	↑	0,59	↑	0,46	↑	0,55		0,50	↑	0,63	↑	0,49			
		Totalt	0,61	↑	0,56	↑	0,51	↑	0,58	↑	0,57	↓	0,54		0,55	↑	0,63	↑	0,53			
158	Utskrivning nattetid från IVA	Kvinnor	5,6	↑	6,3	↓	6,0	↑	4,5	↑	3,1	↑	4,5	↓	0,3	↑	5,1	↑	6,8			
		Män	5,3	↑	6,2	↓	3,8	↑	7,0	↓	4,6	↓	5,4	↓	1,4	↑	3,7	↑	10,1			
		Totalt	5,4	↑	6,2	↓	4,6	↑	5,9	↓	4,0	↓	5,0	↓	0,9	↑	4,3	↑	8,6			
159	Oplanerad återinskrivning till IVA	Kvinnor	2,4	↑	2,4	↓	2,7	↑	1,4	↑	3,3	↓	0,9	↑	1,0	↑	3,4	↑	2,6			
		Män	2,6	↑	2,5	↑	3,1	↓	1,9	↓	2,4	↓	2,3	↑	1,7	↑	3,7	↓	3,6			
		Totalt	2,5	↑	2,5	↑	3,0	↑	1,7	↑	2,7	↓	1,7	↑	1,4	↑	3,6	↓	3,1			
Ögonsjukvård																						
160	Synfel vid tidpunkt för kataraktoperation	Kvinnor	18,7	↑	15,8	↑	17,8	↓	18,9	↓	23,1	↑	15,4	↑	16,1	↑	27,0	↓	14,8	↑		
		Män	17,0	↑	13,4	↑	15,7	↑	18,1	↓	22,3	↓	14,0	↓	12,3	↑	21,0	↑	15,4	↑		
		Totalt	18,1	↑	14,8	↑	17,0	↑	18,6	↓	22,8	↓	14,9	↓	14,5	↑	24,7	↓	15,0	↑		
161	Självskattad nytta av kataraktoperation	Kvinnor	92,4	↑	92,4	↑	93,9	↑	90,9		90,2	↑	97,5	↑			95,1					
		Män	92,2	↑	92,2	↑	90,9	↓	78,0		97,0	↑	90,9	↓			93,6					
		Totalt	92,3	↑	92,3	↑	92,7	↓	86,1		93,0	↑	95,1	↑			94,4					
162	Förbättring efter behandling vid makuladegeneration	Kvinnor	43,9	↓	44,6	↑	43,8	↑	43,7	↓	47,6	↓	46,8	↑	47,2	↑	42,1	↓				
		Män	42,2	↓	44,2	↑	35,0	↑	45,5	↓	46,8	↓	42,2	↑	36,4	↑	40,9	↓				
		Totalt	43,4	↓	44,4	↑	40,4	↑	44,3	↓	47,4	↓	45,1	↑	44,0	↑	41,7	↓				

Blekinge	Skåne	Halland	Västra Götaland	Värmland	Örebro	Västmanland	Dalarna	Gävleborg	Väster- norrland	Jämtland	Västerbotten	Norrbottn
0,8 ↓	3,3 ↓	4,8 ↓	6,1 ↑	5,2 ↓	1,9 ↓	7,3 ↓	3,1 ↑	4,0 ↓	2,6 ↑	3,5 ↑	3,0 ↑	6,8 ↓
1,9 ↓	5,1 ↑	12,2 ↓	8,3 ↓	4,9 ↑	3,0 ↓	9,2 ↑	7,6 ↓	9,8 ↓	9,9 ↓	6,8 ↓	5,3 ↑	10,0 ↓
1,1 ↓	3,9 ↑	6,9 ↓	6,9 ↓	5,1 ↓	2,2 ↓	7,9 ↓	4,8 ↑	6,0 ↓	4,8 ↓	4,6 ↑	3,8 ↑	7,9 ↓
4,2 ↑	15,3 ↑	9,4 ↑	14,6 ↑	15,2 ↑	14,9 ↑	8,0 ↓	12,8 ↑	11,1 ↓	27,3 ↓	11,3 ↓	8,7 ↑	17,6 ↓
11,1 ↑	29,2 ↑	12,7 ↑	28,4 ↑	31,4 ↑	18,3 ↑	14,3 ↑	33,3 ↓	16,2 ↑	48,0 ↓	14,9 ↑	15,8 ↑	24,3 ↑
6,1 ↑	19,1 ↑	10,2 ↑	19,2 ↑	19,6 ↑	15,9 ↑	10,0 ↑	19,6 ↑	12,5 ↑	33,1 ↓	12,4 ↑	11,1 ↑	19,8 ↓
	71,4 ↑		80,4 ↓					90,9				
	78,6 ↓	68,4 ↑	82,7 ↑	86,7 ↑	71,4 ↑	77,8 ↓	97,0 ↓	81,3 ↑	80,0 ↑		93,3 ↑	77,3 ↑
	75,7 ↑	67,9 ↑	81,8 ↑	85,7 ↓	72,7 ↓	70,4 ↓	95,2 ↓	85,2 ↑	83,3 ↑		84,2 ↑	80,8 ↑
10,0 ↑	5,8 ↑	0,0 ↑	5,6 ↑	10,7 ↓	3,7 ↑	10,3 ↓	3,1 ↑	2,5 ↓	5,9 ↑	10,0 ↓	9,1 ↓	4,6 ↑
3,2 ↓	9,2 ↑	5,2 ↓	11,3 ↓	15,8 ↓	12,9 ↑	17,5 ↓	9,3 ↑	0,0 ↑	8,3 ↓	0,0 ↑	9,3 ↑	12,0 ↓
5,9 ↑	7,6 ↑	2,9 ↓	8,3 ↓	12,9 ↓	8,6 ↑	14,5 ↓	6,7 ↑	1,7 ↑	6,9 ↓	4,2 ↑	9,2 ↑	7,8 ↓
	1,5	0,0	8,3	0,0		15,8	0,0	3,6	0,0		0,0	0,0
0,0	2,4	3,7	3,8	2,2	2,2	3,4	0,0	4,0	3,6	0,0	5,1	3,2
0,0	2,3	3,1	4,4	1,9	2,1	5,1	0,0	3,9	2,8	0,0	4,1	2,7
87,5	67,2	65,7	71,0		86,4	69,0	86,7			77,8		78,4
95,2	95,4	98,0	97,3	97,4	92,7	100,0	95,3	94,1	92,3	91,2	95,9	99,3
0,82 ↓	0,71 ↓	0,64 ↑	0,67 ↑	0,71 ↓	0,63 ↑	0,54 ↓	0,51 ↓	0,57 ↑	0,67 ↑	0,62 ↓	0,68 ↓	0,61 ↓
0,63 ↑	0,61 ↑	0,67 ↑	0,66 ↑	0,59 ↑	0,65 ↓	0,55 ↓	0,62 ↓	0,61 ↑	0,70 ↓	0,60 ↑	0,58 ↑	0,59 ↓
0,70 ↑	0,65 ↑	0,66 ↑	0,66 ↑	0,64 ↓	0,64 ↓	0,54 ↓	0,57 ↓	0,59 ↑	0,69 ↓	0,60 ↑	0,62 ↑	0,60 ↓
8,1 ↑	5,1 ↑	3,5 ↑	5,1 ↑	7,8 ↑	7,0 ↑	4,8 ↑	8,2 ↑	7,6 ↑	3,2 ↑	6,8 ↓	5,2 ↑	8,4 ↑
5,1 ↑	5,1 ↑	4,1 ↑	4,3 ↑	8,8 ↓	5,9 ↑	4,3 ↑	9,6 ↑	6,0 ↓	4,7 ↑	4,5 ↑	4,5 ↑	8,0 ↑
6,3 ↑	5,1 ↑	3,8 ↑	4,7 ↑	8,3 ↓	6,4 ↑	4,5 ↑	9,0 ↑	6,7 ↓	4,0 ↑	5,4 ↑	4,8 ↑	8,2 ↑
3,2 ↑	1,9 ↑	2,4 ↑	3,1 ↓	2,3 ↑	1,8 ↑	0,7 ↑	1,4 ↑	1,9 ↑	2,7 ↑	2,3 ↓	2,7 ↓	3,1 ↓
3,7 ↑	2,6 ↓	2,0 ↑	2,8 ↑	1,8 ↑	1,9 ↓	2,5 ↓	3,3 ↑	2,7 ↓	2,6 ↑	4,5 ↓	1,8 ↑	2,7 ↓
3,5 ↑	2,3 ↑	2,2 ↑	2,9 ↑	2,0 ↑	1,8 ↓	1,8 ↓	2,5 ↑	2,3 ↑	2,7 ↑	3,7 ↓	2,2 ↑	2,8 ↓
17,6 ↓	18,9 ↑	16,7 ↑	18,4 ↑	26,2 ↓	21,3 ↑	13,8 ↑	21,6 ↑	21,0 ↑	24,1 ↓	23,2 ↑	16,8 ↑	21,4 ↓
16,4 ↓	17,2 ↑	16,1 ↑	17,4 ↓	19,6 ↑	19,6 ↑	13,4 ↓	21,8 ↑	19,3 ↑	21,2 ↓	22,2 ↑	14,9 ↑	21,1 ↓
17,1 ↓	18,2 ↑	16,5 ↑	18,0 ↑	23,5 ↓	20,6 ↑	13,6 ↑	21,7 ↑	20,3 ↑	23,0 ↓	22,8 ↑	16,1 ↑	21,3 ↓
90,4	89,8 ↑	91,8	92,4 ↑		94,6				94,1	100,0		92,0 ↑
82,1	90,7 ↑	94,6	95,4 ↑		90,7				90,9	100,0		88,9 ↑
87,5	90,1 ↑	92,9	93,6 ↑		92,9				92,9	100,0		90,8
	34,4 ↓		42,7 ↑	47,1 ↓	33,0 ↓	50,0 ↓	40,0 ↓	55,3 ↑	56,5 ↑		45,5 ↓	43,1 ↓
	41,6 ↓		39,8 ↓	43,8 ↓	41,0 ↑	28,6 ↓	42,4 ↓	52,2 ↑			29,4 ↓	56,3 ↑
	37,1 ↓		41,6 ↑	46,2 ↓	35,4 ↓	42,6 ↓	40,9 ↓	54,3 ↑	54,8 ↑		41,0 ↓	47,8 ↓

Personer som lämnat underlag till rapporten

Socialstyrelsen

Katarina Baatz, Dödsorsaksregistret

Karin Gottvall och Ellen Lundqvist, Medicinska födelseregistret

Gunilla Ringbäck Weitoft, Jessika Sundberg och Barbro Engdahl, Patientregistret

Frida Lundgren, Hjärt- och kärlsjukdomar

Johan Fastbom, Helena Schiöler, Läkemedelsregistret

Staffan Khan, Cancerregistret

Lisbeth Serdén, KPP-databasen

SKL

Helene Ellström och Harald Grönqvist, Väntetider i vården

Sofia Tullberg och Anna Olheden, Vårdbarometern, Nationell patientenkät

Åke Karlsson och Leif Lundstedt, KPP-databasen

Einar Sjölund, Vårdrelaterade infektioner

Smittskyddsinstitutet

Tiia Lepp, MPR-vaccinationer

Nationella kvalitetsregister

Joakim Dillner, Nationellt Kvalitetsregister för Cervixcancerprevention

Greger Fransson, Svenska Palliativregistret

Veronica Svedhem Johansson, InfCare HIV

Kerstin Petersson och Marie Lindkvist, Mödrahälsovårdsregistret

Stellan Håkansson, Svenskt Neonatalt Kvalitetsregister

Maud Ankardal, Mats Löfgren, Emil Nussler och Jan-Henrik Stjerndahl, Nationella kvalitetsregistret inom gynekologisk kirurgi

Otto Robertsson, Svenska Knäprotesregistret

Henrik Fryk, Göran Garellick, Peter Gidlund och Szilard Nemes, Svenska Höftprotesregistret

Ami Hommel, Karl-Göran Thorngren och Lena Jönsson, RIKSHÖFT – Nationella höftfrakturregistret

Carina Blom, Olle Hägg och Peter Fritzell, SWESPINE – Svenska Ryggregistret

Magnus Forssblad, Svenska korsbandsregistret

Staffan Lindblad och Leszek Stawiarz, Svensk Reumatologis Kvalitetsregister

Soffia Gudbjörnsdóttir, Mervete Miftaraj, Ulf Samuelsson och Ann-Marie Svensson, Nationella Diabetesregistret

Johan Herlitz och Johnny Lindqvist, Svenskt register för hjärt-lungräddning

Lars Norberg och Tomas Jernberg, SWEDEHEART – RIKS-HIA

Lars Norberg och Stefan James, SWEDEHEART – SCAAR

Fredrik Gadler, Svenska ICD- och Pacemakerregistret

Fredrik Jonsson, Maria Håls Berglund, Åsa B Johansson, Birgitta Stegmayr, Sari Wallin och Kjell Asplund, Riks-Stroke

Jan Hillert, Eva Hagel och Leszek Stawiarz, Svenska MS-registret

Ingvar Syk och Robert Johansson, Nationella Koloncancerregistret och Svenska Rektalcancerregistret

Dorthe Grabau, Lars Löfgren, Mona Ridderheim, Kerstin Sandelin och Kamilla Krawiec, Nationella Bröstcancerregistret

Gunnar Wagenius och Anders Berglund, Nationellt lungcancerregister

Per Stattin och Fredrik Sandin, Nationella prostatacancerregistret

Martin Beran, Svenskt kvalitetsregister för huvud- och halscancer

Camilla Skåån, Kaj Forslund och Peter Gidlund,
Nationellt kvalitetsregister för rättspsykiatrisk vård

Lars von Knorring och Axel Nordenskjöld, Kvalitets-
register ECT

Henrik Holmberg och Pär Nordin, Svenskt Bräck-
register

Ingmar Näslund, Scandinavian Obesity Surgery
Registry

Camilla Hartmann Norman och Lars Enochsson,
GallRiks – Svenskt kvalitetsregister för gallstens-
kirurgi

Björn Kragsterman, Joakim Nordanstig, Jakob Hager
och Camilla Hartman Norman – Svenska Kärregistret

Cecilia Ahlström-Emanuelsson och Joacim Stalfors,
Svenskt Kvalitetsregister för Öron-, Näs- och Hals-
sjukvård

Göran Karlström, Svenska Intensivvårdsregistret

Mats Lundström, Charlotta Zetterström och Irene
Serring, Nationella Kataraktregistret

Susanne Albrecht och Inger Westborg,
Makularegistret

Öppna jämförelser Hälso- och sjukvård 2013

JÄMFÖRELSE R MELLAN LANDSTING

Detta är den åttionde publikationen i rapportserien *Öppna jämförelser hälso- och sjukvård*. Sedan 2006 har Sveriges Kommuner och Landsting och Socialstyrelsen gemensamt i denna rapport sammanställt indikatorer som speglar olika aspekter av hälso- och sjukvården, som medicinska resultat, patienterfarenheter, tillgänglighet och kostnader.

Årets rapporter innehåller 162 indikatorer för vilka landstingens resultat presenteras. Avsikten är framförallt att jämföra landstingen, men i många fall visas även utvecklingen för riket över tid. Ett flertal indikatorer redovisas även på sjukhus- eller klinikenivå.

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.

Öppna jämförelser 2013: Hälso- och sjukvård – jämförelser mellan landsting kan laddas ner eller beställas från:

SOCIALSTYRELSEN

www.socialstyrelsen.se/publikationer

Artikelnummer: 2013-12-1

ISBN: 978-91-7555-111-1

E-post: publikationsservice@socialstyrelsen.se

Fax: 035-19 75 29

SVERIGES KOMMUNER OCH LANDSTING

webbutik.skl.se

ISBN-nummer: 978-91-7585-008-5

E-post: publikationer@sklfs.se

Telefon: 08-452 75 50