

Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet

Jämförelser mellan landsting
2012



Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet

Jämförelser mellan landsting 2012

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

kan beställas eller laddas ner från

Socialstyrelsens beställningsservice, 120 88 Stockholm

Fax: 08-779 96 67

e-post: socialstyrelsen@strd.se

www.socialstyrelsen.se/publikationer

Artikelnr: 2012-11-1

eller

Sveriges Kommuner och Landsting

www.skl.se/publikationer

e-post: order@kommentus.se

ISBN 978-91-7164-852-5

Sveriges Kommuner och Landsting och Socialstyrelsen 2012

Upplaga: 4 400 ex

Produktion: Ordförrådet AB

Tryck: åtta.45, Solna

Förord

Detta är den sjunde 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 2012* har utgjorts av Bodil Klintberg och Stefan Ackerby från Sveriges Kommuner och Landsting samt Mona Heurgren och Marie Lawrence från Socialstyrelsen.

I den gemensamma arbetsgruppen har Behzad Kouchehi, Rickard Ljung och Birgitta Lindelius från Socialstyrelsen ingått. Från Sveriges Kommuner och Landsting har Thomas Fröjd, Martin Lindblom och Katarina Wiberg Hedman ingått. Slutligen har Anna Sandelin, Registercentrum i Västra Götalandsregionen, och Fredrik Westander, konsult, ingått i arbetsgruppen. Som sakkunniga har Soffia Gudbjörnsdotir, Staffan Björck och Göran Garellick fungerat, samtliga från Registercentrum i Västra Götalandsregionen.

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

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

Arbetet har bedrivits i dialog med kontaktpersoner från samtliga landsting.

Lars-Erik Holm
Generaldirektör, Socialstyrelsen

Håkan Sörman
VD, Sveriges Kommuner och Landsting

Sammanfattning

Årets rapport är den sjunde i serien *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och resultat*. Rapporten spänner över stora delar av hälso- och sjukvården och redovisar ett stort antal indikatorer och jämförelser mellan framförallt landsting. Rapporten ger ett underlag till den offentliga debatten om hälso- och sjukvården och ger landstingen stöd för analys, förbättring och styrning av den egna sjukvården.

Generella iakttagelser av utvecklingen över tid

Resultat för 169 indikatorer visas i rapporten. I årets rapport presenteras trender på nationell nivå för flera av indikatorerna. Utvecklingen över tid för de enskilda landstingen kommer att behandlas i en egen rapport som publiceras vintern 2013. Öppna jämförelser är inte en analyserande rapport, men mängden indikatorer ger ändå en möjlighet att göra några generella iakttagelser.

För ett stort antal indikatorer finns det för riket en tidigare mätperiod att jämföra med. För kvinnor visar 69 procent av dessa indikatorer på en förbättring, medan för män visar 71 procent på en förbättring.

För de indikatorer som speglar överlevnad eller död visar i stort sett samtliga på en positiv utveckling. En något mer blandad bild kan ses inom läkemedelsområdet. För några indikatorer redovisas resultat fördelade efter patienternas utbildningsnivå. De lägst utbildade har sämre överlevnad och högre dödlighet, liksom för indikatorn undvikbar slutenvård. En annan generell iakttagelse är att utvecklingen av kvalitetsskillnader i vård som ges till män respektive kvinnor pekar mot olika håll. Såväl större som mindre skillnader framkommer.

Rörelseorganens sjukdomar – förbättringar förekommer – men inte i hela landet

Rapportens avsnitt om rörelseorganens sjukdomar speglar vårdinsatser för stora sjukdomsgrupper: höftfraktur och benskörhet, artros i höft- och knäleder och läkemedelsbehandling vid reumatoid artrit. För flera av indikatorerna är antingen resultaten överlag goda, till exempel för protesöverlevnad (indikator 59, 60) alternativt kan en förbättring över tid ses. För höftfraktur har andelen protesopererade ökat (66) och väntetiden till operation har minskat (65).

På andra områden förekommer inga eller enbart måttliga förbättringar. Kvinnor som har haft benskörhetsfraktur, behandlas med läkemedel i för liten omfattning (69). Ingen förändring har kunnat ses, trots att denna indikator uppmärksammas i flera år. Förekomsten av knäledsartrosskopier med oklar nytta minskar påtagligt i några

landsting, men bara måttligt i riket som helhet (72). Detta trots att frågeställningen uppmärksammas även internationellt och bör vara känd bland ortopederna. Frånvaron av förbättringar på områden som dessa är värda att uppmärksamma.

Diabetesvård – allt bättre data – men med svårtolkade resultat

Tillgången till data om kvalitet i svensk diabetesvård är mycket god, som följd av den ökande anslutningen till Nationella Diabetesregistret, NDR. I de flesta länder kan man bara redovisa olika processmått, medan vi i Sverige kan följa graden av måluppfyllelse för flera viktiga behandlingsmål. Den ökade rapporteringen gör att tolkningen av trender över tid blir svår då data om primärvårdens diabetesvård nu är mer täckande. Andelen patienter där de nationella målen för blodtryck och LDL-kolesterol uppnås ökar (81, 83) medan andelen som uppnår målet rörande glukoskontroll har stagnerat (79).

För dessa tre behandlingsmål når färre än hälften av patienterna de nivåer som de nationella riktlinjerna anger. Graden av måluppfyllelse bör kunna öka, men det är svårt att ange hur stor andel av patienterna som kan nå behandlingsmålen, eftersom någon målnivå inte finns.

Hjärtsjukvård – ökad fokus på förebyggande insatser

Andelen patienter som avlider efter hjärtinfarkt är ett vanligt kvalitetsmått (87, 88, 89). Under lång tid har andelen som avlider efter sjukhusvårdad infarkt minskat, en trend som bekräftas även i årets jämförelse. Det finns områden i den akuta hjärtinfarktvården som kan förbättras, exempelvis tid till behandling vid så kallad stor infarkt (91). De senaste åren har återförträngning av hjärtats kärl efter vidgning genom PCI minskat (96). Vidare kan en positiv utveckling ses i fråga om att patienter med hjärtsvikt i ökande grad under de senaste åren får de läkemedel som Socialstyrelsens nationella riktlinjer rekommenderar (98).

Ökad måluppfyllelse i strokesjukvård, men förbättringsmöjligheter finns

I strokesjukvården finns nu en hög grad av måluppfyllelse för flera processmål, som vård på strokeenhet och genomförandet av sväljtest (103, 105). Andelen patienter som får trombolysbehandling har successivt ökat, men bara några få sjukhus och landsting har nått den nivå för hög måluppfyllelse som kvalitetsregistret Riks-Stroke har angett (104). Andelen avlidna efter stroke har sett ur en längre tidsperiod minskat, men har under de senare åren varit oförändrad (102). Andelen patienter som är ADL-oberoende efter stroke har ökat något under de senaste åren (109).

En jämförelse mellan sjukhusen av andelen avlidna inom 90 dagar efter stroke, visar att det finns skillnader, även efter det att hänsyn tagits till ålder, kön och medvetandegrad vid ankomst till sjukhuset (sid 232).

Cancersjukvård – fortsatt positiv utveckling av överlevnad

Dödlighet/överlevnad inom fyra stora cancergrupper (116, 119, 122, 126) visar på en kontinuerlig positiv utveckling över tid. Indikatorer som rör väntetider i cancervården visar på stora skillnader mellan landstingen. Medianvärdet för väntetiden, från remissankomst till specialistklinik till start av behandling, av elakartad huvud- och halstumör (131) uppgick 2010/2011 till 61 dagar med en variation på mellan 37 och 81 dagar. När det gäller bröstcancer (125) såg situationen bättre ut. Under 2011 var medianväntetiden mellan första specialistbesök till operation 21 dagar, med en variation på mellan 13 och 36 dagar.

Innehåll

Inledning	13
Indikatorer och datakällor	17
Resultatredovisning och tolkning	23
Övergripande indikatorer	30

DÖDLIGHET, UNDVIKBAR SLUTENVÅRD MED MERA

1	Återstående medellivslängd.....	31
2	Hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet.....	34
3	Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet	37
4	Åtgärdbar dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom.....	40
5	Själv mord i befolkningen	43
6	• Responstid för ambulans.....	45
7	Undvikbar slutenvård	46
8	Vårdrelaterade infektioner	49
9	MPR-vaccination av barn	51
10	• Gynekologisk cellprovskontroll	53

LÄKEMEDELSBEHANDLING

11	Tio eller fler läkemedel bland äldre	55
12	• Läkemedelsinteraktion bland äldre	56
13	Äldre med läkemedel som bör undvikas.....	58
14	Förekomst av antibiotikabehandling	59
15	Penicillin V vid behandling av barn med luftvägsantibiotika	61
16	Kinoloner vid behandling med urinvägsantibiotika	62
17	Kombinationspreparat vid astma	63
18	Uttagsföljsamhet vid blodtryckssänkande behandling.....	65

FÖRTROENDE OCH PATIENTERFARENHETER

19	Tillgång till sjukvård	68
20	Förtroende för vårdcentraler	70
21	Förtroende för sjukhus	71
22	Bemötande vid besök i primärvård.....	74
23	Information vid besök i primärvård	74
24	Delaktighet vid besök i primärvård	74
25	Bemötande vid besök i specialiserad vård	76
26	Information vid besök i specialiserad vård	76
27	Delaktighet vid besök i specialiserad vård.....	76
28	Bemötande vid inläggning på sjukhus.....	78

29	Information vid inläggning på sjukhus	78
30	Delaktighet vid inläggning på sjukhus	78
TILLGÄNGLIGHET		
31	Läkarbesök inom sju dagar i primärvård.....	81
32	Uppfattning om väntetid vid besök i primärvård.....	83
33	Primärvårdens tillgänglighet per telefon	83
34	Besök inom 90 dagar i specialiserad vård	84
35	Operation inom 90 dagar i specialiserad vård	84
KOSTNADER		
36	Strukturjusterad hälso- och sjukvårdskostnad	87
36A	Sjukvårdskostnad per invånare och verksamhetsgren	89
36B	Justerad läkemedelskostnad per invånare	90
37	Kostnad per konsumerad DRG-poäng	92
38	Kostnad per producerad DRG-poäng	94
39	Kostnad per vårdkontakt i primärvård	95
Områdesvisa indikatorer		96
GRAVIDITET, FÖRLOSSNING OCH NYFÖDDHETSVÅRD		
40	Tobaksvanor under graviditet.....	96
41	• Screening för riskbruk av alkohol vid graviditet	98
42	Tidiga aborter.....	99
43	Dödfödda barn.....	100
44	Neonatal dödlighet.....	102
45	Vårdrelaterade infektioner hos barn i neonatalvård	103
46	Låg Apgar-poäng hos nyfödda	105
47	• Bristningar vid förlossning bland förstföderskor	106
48	• Kejsarsnitt bland förstföderskor	109
49	Kostnad per vårdtillfälle vid förlossning	112
KVINNOSJUKVÅRD		
50	Oönskade händelser efter borttagande av livmoder	114
51	Patientrapporterade komplikationer efter borttagande av livmoder	116
52	Patienttillfredsställelse efter borttagande av livmoder	119
53	Patientrapporterade komplikationer efter framfallsoperation	121
54	Patientrapporterad förekomst av framfallssymtom efter operation	123
55	Patientrapporterade komplikationer efter inkontinensoperation	125
56	Patientrapporterad kontinens efter inkontinensoperation	127
57	Dagkirurgiska operationer vid livmoderframfall	128
58	Kostnad per vårdtillfälle vid borttagande av livmoder	130
RÖRELSEORGANENS SJUKDOMAR		
59	Implantatöverlevnad vid total knäprotesoperation	132
60	Implantatöverlevnad vid total höftprotesoperation	136
61	Omoperation efter total höftprotesoperation	138
62	Oönskade händelser efter knä- och höftprotesoperation	141

63	Patientrapporterat resultat av total höftprotesoperation	142
64	Patienttillfredsställelse efter total höftledsoperation	145
65	Väntetid inför höftfrakturoperation	146
66	Protesoperation vid höftfraktur	150
67	Implantatöverlevnad vid halvprotesoperation	152
68	Åter till ursprungligt boende efter höftfraktur	154
69	Läkemedel mot benskörhet efter fraktur	155
70	Patientrapporterad förbättring efter operation för spinal stenosis	158
71	Patientrapporterad förbättring efter operation för diskbråck	161
72	Artroskopi i knäleden vid artros eller meniskskada	163
73	● Utbytesoperation inom 2 år efter korsbandsoperation	166
74	Biologiska läkemedel vid reumatoid artrit	167
75	● Effekt vid behandlingsstart med biologiska läkemedel	170
76	Patientrapporterad hälsa vid behandling med biologiskt läkemedel	172
77	Kostnad per vårdtillfälle vid total höftprotesoperation	173
78	Kostnad per vårdtillfälle vid total knäprotesoperation	173

DIABETESVÅRD

79	Måuppfyllelse för blodsockervärde vid diabetes – primärvård	177
80	Måuppfyllelse för blodsockervärde vid typ 1-diabetes	178
81	Måuppfyllelse för blodtryck vid diabetes – primärvård	181
82	Måuppfyllelse för blodtryck vid typ 1-diabetes	182
83	Måuppfyllelse för LDL-kolesterol – primärvård	185
84	Måuppfyllelse för blodsockervärde – barn	186
85	Amputation vid diabetes	188

HJÄRTSJUKVÅRD

86	Överlevnad vid hjärtstopp utanför sjukhus	194
87	Dödlighet efter hjärtinfarkt	196
88	Dödlighet efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt	198
89	Ny infarkt eller död i ischemisk hjärtsjukdom	201
90	Reperusionsbehandling vid ST-höjningsinfarkt	203
91	Tid till reperusionsbehandling vid ST-höjningsinfarkt	205
92	Kranskärlsröntgen vid icke ST-höjningsinfarkt och riskfaktor	207
93	Blodproppshämmande behandling vid icke ST-höjningsinfarkt	208
94	Blodfettssänkande behandling efter hjärtinfarkt	212
95	Dödlighet efter PCI vid instabil kranskärlssjukdom	215
96	Återförträngning av hjärtats kärl efter PCI	217
97	Död eller återinskrivning efter vård för hjärtsvikt	219
98	Läkemedelsbehandling vid hjärtsvikt	221
99	Komplikationer efter pacemakerinsättning	223
100	Kostnad per vårdtillfälle för PCI vid infarkt	224

STROKESJUKVÅRD

101	Dödlighet efter förstagångsstroke	227
102	Dödlighet efter sjukhusvårdad förstagångsstroke	230

103	Vård vid strokeenhet	235
104	Trombolysbehandling vid stroke	237
105	Test av sväljförmåga vid akut stroke	240
106	• Blodförtunnande behandling vid stroke och förmaksflimmer	242
107	Blodfettssänkande behandling efter stroke	244
108	Återinsjuknande efter stroke	246
109	Funktionsförmåga efter stroke	247
110	Nöjdhet med sjukhusvård vid stroke	250
111	Tillgodosedda behov av rehabilitering efter stroke	252

NJURSJUKVÅRD

112	Risk för död i dialysbehandling.....	256
113	Målpuppfyllelse för dialysdos vid hemodialys	257
114	Kärlaccess vid dialys.....	259
115	Målpuppfyllelse för blodtryck för patienter i hemodialys	262

CANCERSJUKVÅRD

116	Överlevnad vid tjocktarmscancer	266
117	Omoperation vid tjocktarmscancer.....	268
118	Dödlighet vid operation för tjocktarmscancer.....	269
119	Överlevnad vid ändtarmscancer	273
120	Omoperation vid ändtarmscancer	275
121	Dödlighet vid operation för ändtarmscancer	276
122	Överlevnad vid bröstcancer	278
123	Omoperation vid bröstcancer på grund av tumördata	280
124	Omoperation vid bröstcancer på grund av komplikation	282
125	Tid till operation vid bröstcancer	284
126	Överlevnad vid lungcancer	285
127	Multidisciplinär konferens vid lungcancer.....	287
128	Tid till behandlingsbeslut vid lungcancer.....	289
129	Tid till besök vid prostatacancer	290
130	• Kurativ behandling vid prostatacancer	293
131	Tid till behandlingsstart vid huvud- och halscancer	294

PSYKIATRISK SJUKVÅRD

132	Regelbunden behandling med sömnmedel eller lugnande medel.....	296
133	Tre eller fler psykofarmaka bland äldre	298
134	Användning av lämpliga sömnmedel till äldre.....	299
135	Undvikbar somatisk slutenvård för personer med psykiatrisk diagnos.....	301
136	Återinskrivning inom 14 respektive 28 dagar efter vård för schizofreni.....	302
137	Återinskrivning inom 3 respektive 6 månader efter vård för schizofreni	303
138	Följsamhet till litiumbehandling vid bipolär sjukdom	305
139	Besök inom 30 dagar – barn och ungdomspsykiatri	306
140	Besök inom 90 dagar – vuxenpsykiatri	307
141	Återfall i brottslig gärning vid rättspsykiatrisk vård	308
142	Fetma bland patienter i rättspsykiatrisk vård	310

KIRURGISK BEHANDLING

143	Omoperation vid ljumskbråck	313
144	Dagkirurgiska operationer vid ljumskbråck.....	314
145	Dödlighet efter vård för blödande magsår	317
146	Uppföljning av patienter efter obesitaskirurgi	319
147	● Minskning av övervikt efter obesitaskirurgi.....	320
148	Miniinvasivt borttagande av gallblåsa	322
149	Kirurgiska komplikationer efter borttagande av gallblåsa.....	324
150	Antibiotika vid borttagande av gallblåsa.....	326
151	Kostnaden per DRG-poäng vid galloperation.....	327
152	Tid till operation vid förträngning av halspulsåder	328
153	Död eller amputation efter operation av kärlförträngning i ben	330
154	Död efter planerad operation för aortaaneurysm.....	332
155	Kostnad per operation av kärlförträngning i ben	333
156	Patientrapporterat resultat av septumplastik.....	334
157	Patientrapporterad symtomfrihet efter tonsilloperation	335
158	Synfel vid kataraktoperation	338
159	Självskattad nytta av kataraktoperation.....	340

INTENSIVVÅRD

160	Riskjusterad dödlighet efter vård på IVA.....	343
161	Nattlig utskrivning från intensivvårdsavdelning till vårdavdelning.....	347
162	Oplanerad återinskrivning till intensivvårdsavdelning	348

ANNAN VÅRD

163	God viruskontroll vid HIV	352
164	Smärtskattning under sista levnadsveckan	354
165	Vidbehovsordination av opioider i livets slutskede	356
166	Brytpunktssamtal i livets slutskede	357
167	Bromsmedicin vid skovvis förlöpande MS	359
168	Bromsmedicin vid sekundärprogressiv MS	361
169	Förbättring efter behandling vid makuladegeneration	362

Resultat för alla landsting och indikatorer 365

Personer som lämnat underlag till rapporten 382

Inledning

Öppna jämförelser bakgrund och syfte

I rapportserien *Öppna jämförelser* redovisas årligen indikatorbaserade jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. 2012 års rapport är den sjunde rapporten med jämförelser mellan landsting av medicinska resultat, patienterfarenheter, tillgänglighet och kostnader. *Öppna jämförelser* baseras på nationellt tillgänglig statistik om hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) är gemensamt ansvariga för arbetet.

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

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

Ett tredje syfte med jämförelserna är att bidra till förbättrad datakvalitet och förenkla 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. Inte minst detta tredje syfte är viktigt, eftersom brister avseende datatillgång och datakvalitet utgör påtagliga begränsningar när kvalitetsjämförelser skall göras och resultaten tolkas.

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

NATIONELL STRATEGI FÖR KVALITETSUTVECKLING GENOM ÖPPNA JÄMFÖRELSE

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

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

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

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

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

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

förelserna är missvisande. Vidare bör data vara mer aktuella och konsekvent presenterade på enhetsnivå. Information riktad till patienter ställer också högre krav på språkbruk och pedagogisk framställning. Många indikatorer i *Öppna jämförelser* avser slutligen akutsjukvård, det vill säga vårdssituationer där patienten inte har reell möjlighet att välja vårdgivare på samma vis som när vården är planerad.

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

Rapportens disposition och bilagor

Inga principiellt viktiga förändringar av rapporten har skett, jämfört med tidigare år. Den inledande sammanfattningen lyfter fram några resultat värda att uppmärksamma. I avsnittet därefter, *Indikatorer och datakällor*, beskrivs indikatorsetets ut-

seende och förändring sedan tidigare rapporter. Processen för urval av indikatorer beskrivs och datakällorna till jämförelserna redovisas.

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

Resultatredovisningen inleds med området *Övergripande indikatorer*. Detta är indikatorer som avser att spegla breda aspekter av hälso- och sjukvårdssystemet. Därefter följer en redovisning av indikatorer indelade i tolv sjukdomsgruppsspecifika eller behandlingsbaserade områden, som till exempel *Kvinnosjukvård*, *Diabetesvård* och *Hjärtsjukvård*.

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

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

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

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

Bilaga 1 Beskrivning av indikatorer

Bilaga 2 Bakgrundsdata till *Öppna jämförelser*

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 stark anknytning till rapporten fram:

Kvalitetsutveckling i svensk hälso- och sjukvård publiceras vintern 2013 och är en separat rapport som beskriver utvecklingen i svensk hälso- och sjukvård över tid. Den baseras till största del på indikatorer från *Öppna jämförelser*, och diskuterar även om skillnaderna mellan landsting och mellan sjukhus ökar eller minskar.

Täckningsgradsjämförelser mellan kvalitetsregister och hälsodataregister, som visar hur komplett rapporteringen till registren är. Dessa jämförelser är ett viktigt underlag för att förbättra rapporteringen till båda hälsodata- och kvalitetsregister.

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 skall kunna följa sin utveckling över tid.

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

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

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

Indikatorer och datakällor

Antalet indikatorer är i årets *Öppna jämförelser* i stort sett samma som i 2011 års rapport. Fördelen med ett stort antal indikatorer är att flera sjukdomsgrupper och aspekter av hälso- och sjukvården då kan speglas. Men även om indikatorerna är många, ger de inte en täckande bild av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Viktiga kvalitetsaspekter är fortfarande otillfredsställande belysta, eftersom det på flera sjukvårdsområden saknas lätt tillgängliga data om kvalitet.

På andra områden, där det finns bättre tillgång på data, publiceras bara ett urval. Indikatorerna avseende cancersjukvård är ett urval av de indikatorer som kommer att ingå i den rapport med en utvärdering av riktlinjerna för ett antal cancersjukdomar som Socialstyrelsen skall publicera under vintern/våren 2013. Detsamma gäller de kvalitetsregister som offentligt redovisar indikatorer i återkommande rapportering – bara ett urval redovisas i denna rapport. Urvalet av indikatorer styr alltså påtagligt bilden av ett landstings sjukvård, vilket läsaren bör notera.

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

INDIKATOROMRÅDEN

Övergripande indikatorer

Dödlighet, undvikbar slutenvård med mera
Läkemedelsbehandling
Förtroende och patienterfarenheter

Tillgänglighet
Kostnader

Områdesvisa indikatorer

Graviditet, förlossning och nyföddhetsvård
Kvinnosjukvård
Rörelseorganens sjukdomar
Diabetesvård
Hjärtsjukvård
Strokesjukvård

Njursjukvård
Cancersjukvård
Psykiatrisk sjukvård
Kirurgisk behandling
Intensivvård
Annan vård

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

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

Indikatorsetets indelning och förändring

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

Förändringarna i indikatoruppsättningen är små, jämfört med 2011. Utöver förändringarna som nedan redovisas har vissa indikatorer modifierats, vilket anges i texten.

Indikatorområdet *Läkemedelsbehandling* har förts in under området *Övergripande indikatorer*.

Inom området *Övergripande indikatorer* visas några nya indikatorer: En indikator om kvinnors deltagande i gynekologisk cellprovskontroll kan åter visas, eftersom data från kvalitetsregister nu finns tillgängliga för ett aktuellt år. Vidare en indikator som speglar ambulanssjukvård och SOS Alarm. En indikator om självmordsförsök har tagits bort, men data redovisas i en sammanställning av bakgrundsdata.

Rörelseorganens sjukdomar har förändrats så att en indikator om effekt av läkemedelsbehandling vid reumatoid artrit har ersatts med en ny, men i princip fångas samma kvalitetsaspekt som tidigare.

För *diabetessjukvård* visas en indikator om fotamputationer. En indikator om användning av metformin vid njursjukdom har tagits bort.

Inom *Hjärtsjukvård* har indikatorn om målpuppfyllelse för sekundärpreventiv behandling efter hjärtinfarkt förts till det tema i rapporten som handlar om indikatorer om sjukdomsförebyggande åtgärder. Motivet för detta är att sjukhusens rapportering för denna indikator är ojämn, men kvalitetsaspekten är viktig ur ett förbättringsperspektiv. Detta är ett sätt att uppmärksamma detta, utan att sätta fokus i första hand på jämförelser mellan landsting.

VAD ÄR EN INDIKATOR?

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

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

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

Njursjukvårdens indikator om nya patienter i aktiv uremivård har på förslag från medicinska experter tagits bort.

Slutligen har indikatorn om *basal demensutredning vid demensdiagnostik* överförs till en separat rapport från SKL, där ett urval kvalitetsregister och kvalitetsindikatorer redovisas.

Process för urval av indikatorer

Förslag till indikatorer kommer främst från företrädare för kvalitetsregister och från pågående indikatorutveckling vid Socialstyrelsen, framförallt från de senaste årens nationella riktlinjer för cancer, hjärtsjukvård, stroke, diabetes och psykiatri.

Både före och efter publicering har indikatorer och resultat diskuterats av 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 diskussionerna om indikatorsetet och i att framföra landstingens och verksamhetsansvarigas synpunkter.

I praktiken spelar tillgången på relevanta data av tillräckligt god kvalitet en stor roll för urvalet. Vissa av de jämförelser som publiceras har så pass stora kvalitetsbrister att de egentligen bara fungerar bra för att jämföra den egna utvecklingen över tid. Ibland publiceras även jämförelser för att sätta ljuset på bristen av data på viktiga områden. Om dessa och andra datakvalitetsaspekter, se vidare indikatorexterna.

Vilka slags mått på kvalitet och effektivitet redovisas?

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

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

En grupp indikatorer speglar patienternas och befolkningens värdering av sina vårdkontakter och av sjukvården, till exempel i vilken mån man har förtroende för hälso- och sjukvården. Patientens bedömning av en specifik 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. Antalet behandlingar i en viss befolkning är en annan aspekt på tillgänglighet. För ett urval behandlingar redovisas vårdkonsumtion per landsting i ett separat underlag med bakgrundsdata för indikatorer som visas i huvudrapporten Öppna Jämförelser.

Kostnads- och resursanvändningsindikatorer är av flera olika slag: kostnad per invånare för hälso- och sjukvård 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 det inte finns någon bred publicering av jämförelser mellan sjukhus från den. Genom att ändå visa dessa kostnadsuppgifter lyfts de sjukhus fram som etablerat denna avancerade form av diagnos- och åtgärdsbaserad kostnadsredovisning.

Använda datakällor

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

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

PATIENTRAPPORTERAD KVALITET

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

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

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

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

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

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

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

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

Hälsodataregister och Nationella Kvalitetsregister är individbaserade, med vilket menas att de innehåller data om unika individer och vårdhändelser. Rapportering till hälsodataregistren är obligatorisk, medan kvalitetsregistren bygger på frivillig

rapportering. Datakällor om kostnader, tillgänglighet och patienterfarenheter är inte individbaserade i samma mening. KPP-databasen baseras på individuella vård-kontakter, men innehåller inte personnummer.

DATAKÄLLOR

Socialstyrelsen

Dödsorsaksregistret

Abortstatistiken

Medicinska födelseregistret

Patientregistret

Läkemedelsregistret

Cancerregistret

Sveriges Kommuner och Landsting

Nationell Patientenkät

Väntetider i Vården

SKL:s verksamhetsstatistik

Vårdbarometern

KPP-databasen

Nationella Kvalitetsregister

Perinatalt Kvalitetsregister Neonatologi

Svenska Knäprotesregistret

SWESPINE – Svenska Ryggregistret

RIKSHÖFT – Nationella höftfrakturregistret

Nationellt kvalitetsregister för 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

SWEDEHEART – SEPHIA

Gyn-Kvalitetsregistret

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

RiksSvikt

Riks-Stroke

InfCare HIV

SWEDEHEART - SCAAR

Svenskt Njurregister

Svenska Rektalcancerregistret

Nationellt lungcancerregister

Svenska Palliativregistret

Svenskt Bräckregister

Mödrahälsovårdsregistret

Nationella Kataraktregistret

Svenska MS-registret

Makularegisteret

Övriga källor

Statistiska centralbyrån

SOS Alarm

Smittskyddsinstitutet

Resultatredovisning och tolkning

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

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

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

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

Hur presenteras indikatorerna?

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

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

I slutet av rapporten visas i en tablå alla landstings resultat för alla indikatorer. Om färgläggningen av resultaten, se vidare nedan. I bilaga 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 huvudstapel i diagrammet, medan det tidigare värdet visas som en skuggad stapel.

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

Kommun- eller vårdcentralnivå: Flera indikatorer är i princip intressanta på vårdcentral-, kommun- eller kommungruppsnivå, men det skulle vara alltför utrymmeskrävande att redovisa data på kommun/vårdcentralnivå i denna rapport. För några indikatorer visas dock spridningen mellan kommuner och mellan vårdcentraler, för att peka på att skillnaderna är större på denna nivå.

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

För de indikatorer där detta är möjligt och fungerar bra används 2011 års data. För de indikatorer där fallen och/eller kvalitetshändelserna (dödsfall, infektion, omoperation etc) är få, bör längre tidsperioder användas. Annars skulle den statistiska osäkerheten vara för stor och de årliga resultaten hoppa upp och ned beroende på slumpen. Man tvingas då väga värdet av aktualitet mot värdet av statistisk säkerhet. Vissa indikatorer mäter dessutom långtidseffekter, som huruvida den inopererade höftprotesen sitter kvar och fungerar efter tio år. Då måste med nödvändighet operationer utförda flera år tillbaka i tiden ingå i jämförelsen.

Jämförelser med rangordnade landsting och indikatortexter

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

I normalfallet innebär rangordningen att en placering högt i diagrammet är ett bättre utfall än en lägre placering. I något fall kan hög position dock vara ett ut-

tryck för "överbehandling". Några indikatorers resultat är genuint svåra att värdera, som kejsarsnittsfrekvens vid förlossning. Rangordning har gjorts även i de fall där kvaliteten i data är svagare, där skillnaderna mellan landsting är små och för de indikatorer och resultat där den statistiska osäkerheten är stor.

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

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

Men variationen kan således även bero på eller påverkas av att det finns skillnader i befolkningsunderlaget eller patientsammansättningen. För vissa indikatorer har justeringar för skillnader i patientsammansättning gjorts, vilket anges i diagramrubriker eller text. För flertalet har ingen annan justering än för ålder, eller ingen justering alls, 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. Målnivåer anges normalt inte i de nationella riktlinjerna, men utvecklingsarbete med detta syfte pågår avseende cancersjukvård. Målnivåer, som är satta av till exempel kvalitetsregister, refereras för de indikatorer där sådana finns. Vårdgarantins tidsgränser är de enda politiskt beslutade "målnivåerna".

För några av indikatorerna anges hur Sveriges resultat står sig vid en internationell jämförelse, men som regel saknas jämförbara kvalitetsdata.

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

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

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

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

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

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

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

Rikets genomsnitt är ingen måttstock

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

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

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

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

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

Kvalitetsregisters representativitet

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

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

Statistiska aspekter och slump

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

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

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

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

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

Konfidensintervall

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

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

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

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

TOLKNING AV JÄMFÖRELSE OCH RESULTAT

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

Färgläggning anger relativ position och är inte ett betyg

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

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

Genom åren har flera diskussioner förts om för- och nackdelar med denna enkla färgläggningsmodell. Invändningarna är uppenbara för alla. Ett rött resultat kan vara ett bra resultat och ett grönt ett dåligt, utifrån en saklig värdering. Även landsting med grönfärgade utfall kan därför ha goda förbättringsmöjligheter. En liten avvikelse från medianlandstinget kan medföra rödmarkering. Ingen hänsyn tas till statistisk osäkerhet eller ojämna datakvalitet, utan alla indikatorer behandlas på samma vis i detta hänseende. Ingen hänsyn tas heller till att indikatorerna vid en medveten prövning skulle ges olika vikt.

Övergripande indikatorer

Här redovisas 39 övergripande hälso- och sjukvårdsindikatorer, under fem under-rubriker:

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

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

Två indikatorer är nya för denna rapport. För det första visas en indikator som mä-
ter responstid för ambulanssjukvården. Tidigare har den pre-hospitala sjukvården i
princip inte alls speglats i *Öppna jämförelser*. Vidare visas data om kvinnors delta-
gande i gynekologisk cellprovskontroll. Under tidigare år visades denna indikator,
som speglar en viktig aspekt av den förebyggande hälsovården. Det är därför gläd-
jande att data återigen kan visas.

DÖDLIGHET, UNDVIKBAR SLUTENVÅRD MED MERA

1 Återstående medellivslängd

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

För personer födda år 2007–2011 var den återstående medellivslängden i Sverige beräknad till 83,4 för kvinnor och 79,4 år för män. Medellivslängden fortsätter därmed att öka något för såväl kvinnor som män. Skillnaden mellan könen minskade något jämfört med förra mätperioden, men är fortfarande fyra år. För både kvinnor och män är skillnaderna i medellivslängd mellan landstingen som mest cirka två år. På kommunnivå är skillnaderna stora även i samma landsting. Kommunskillnaderna mellan längsta och kortaste medellivslängd är 6 år för kvinnor (Båstad med 86 och Älvdalen med 80) och hela 8,4 år för män (Danderyd med 83 och Ljusnarsberg med 74,6). Medellivslängdens variation mellan män är således större än för kvinnor på kommunnivå. Mönstret överensstämmer väl med skillnader i den åtgärdbara dödligheten i ischemisk hjärtsjukdom i landstingen, som redovisas nedan.

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

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

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

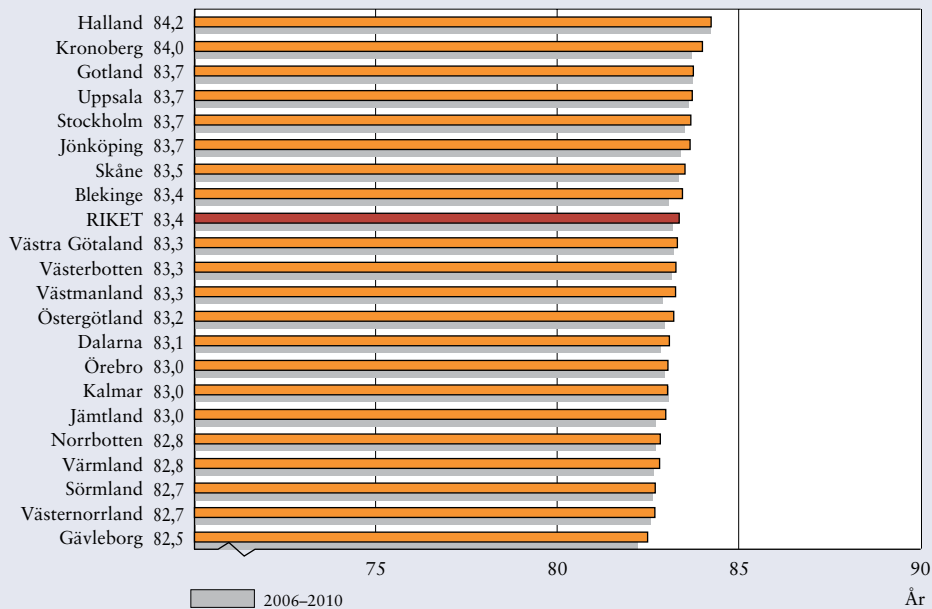


Diagram 1 Beräknad återstående medellivslängd vid födseln.
Kvinnor Barn födda 2007–2011 i Sverige.

Källa: Befolkningsstatistik, Statistiska centralbyrån

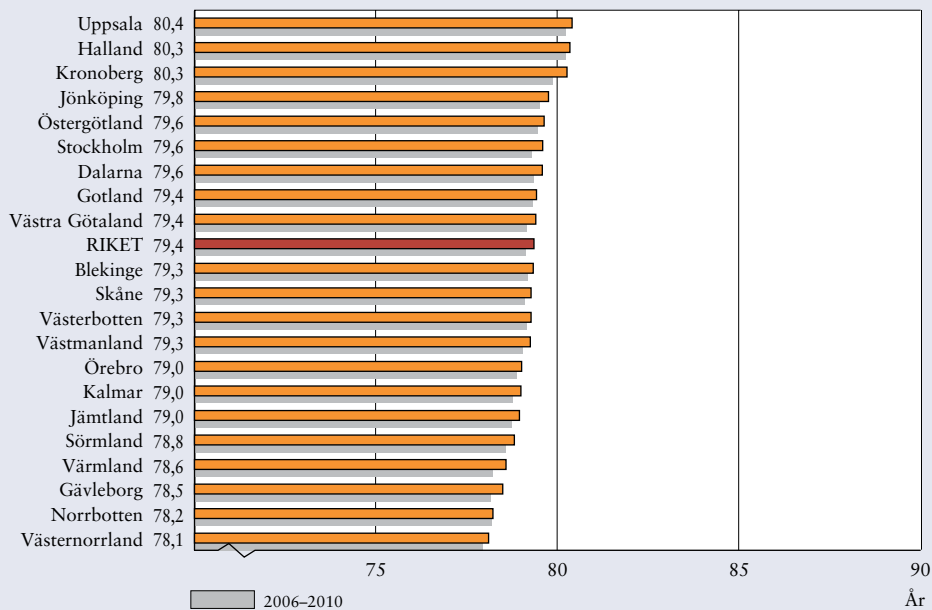


Diagram 1 Beräknad återstående medellivslängd vid födseln.
Män Barn födda 2007–2011 i Sverige.

Källa: Befolkningsstatistik, Statistiska centralbyrån

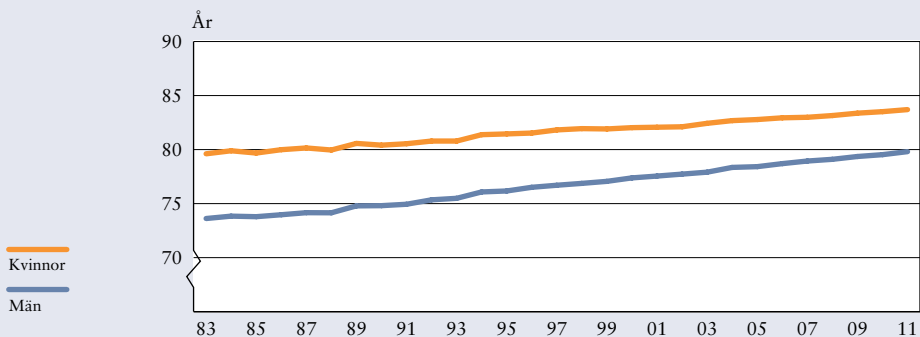


Diagram 1
Riket

Beräknad återstående medellivslängd vid födseln. Barn födda i Sverige.

Källa: Befolkningsstatistik, Statistiska Centralbyrån

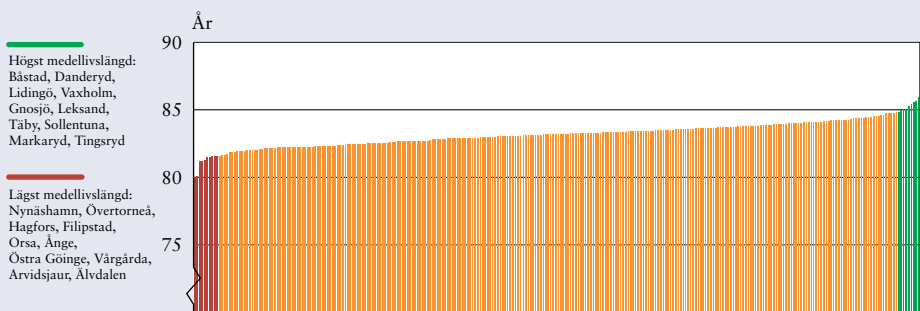


Diagram 1A
Kvinnor

Beräknad återstående medellivslängd vid födseln per kommun.
Barn födda 2007–2011 i Sverige.

Källa: Befolkningsstatistik, Statistiska centralbyrån

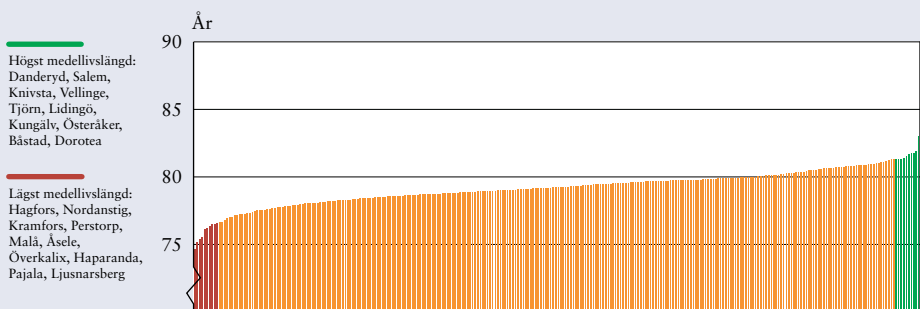


Diagram 1A
Män

Beräknad återstående medellivslängd vid födseln per kommun.
Barn födda 2007–2011 i Sverige.

Källa: Befolkningsstatistik, Statistiska centralbyrån

2 Hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet

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

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

Det faktiska antalet hälsopolitiskt åtgärdbara dödsfall var 14 954 sammantaget för åren 2008–2011, varav 6 183 kvinnor och 8 771 män.

Landstingens hälsopolitiskt åtgärdbara dödlighet avseende kvinnor respektive män återges i diagram 2, uttryckt som antalet åtgärdbara dödsfall per 100 000 invånare, sammantaget för åren 2008–2011. Jämförelsen är åldersstandardiserad, vilket innebär att korrigering gjorts för skillnader i befolkningens åldersstruktur mellan landstingen. I denna indikator utgör dödsfall på grund av lungcancer och motortrafikolyckor den absolut största andelen dödsfall. Observera att Gotlands resultat påverkas av stora slumpvariationer som en följd av en mindre befolkning.

För kvinnorna är dödligheten betydligt lägre än för männen. Skillnaden mellan landstingen är dock stor. Västerbotten uppvisar lägst dödstal bland både kvinnor (24,0) och bland män (33,3), medan Sörmland, Västmanland och Stockholm ligger högst. Det finns dock skillnader inom landstingen, även om dödligheten bland män är större än bland kvinnor i alla landsting.

Sambanden mellan den hälsopolitiskt åtgärdbara dödligheten och utbildningsnivå framgår av diagram 2A. För kvinnor är tendensen att utbildning betyder alltmer över tid tydlig, men den gäller även för männen.

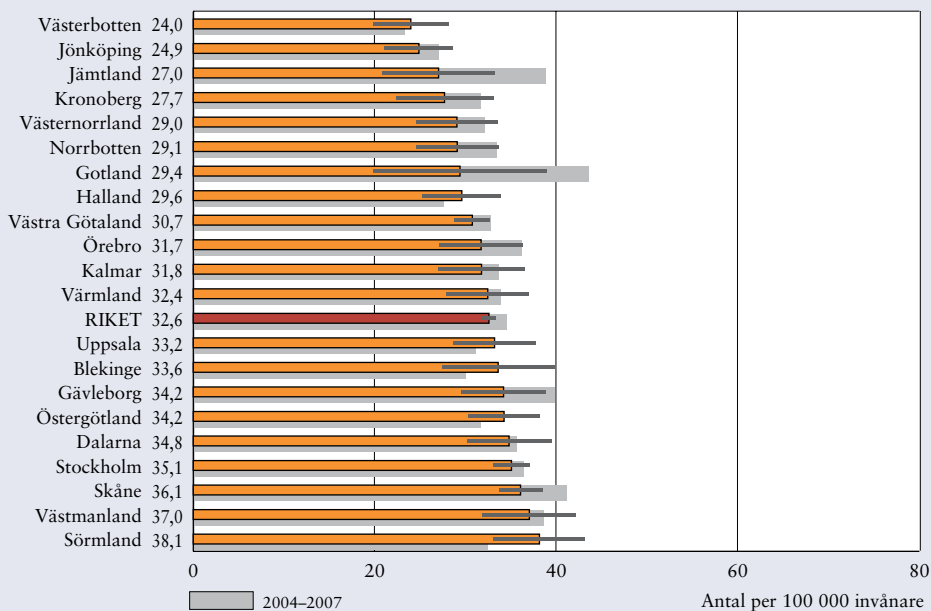


Diagram 2 Hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet – dödsfall per 100 000 invånare 1–79 år, 2008–2011. Åldersstandardiserade värden.
Kvinnor Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

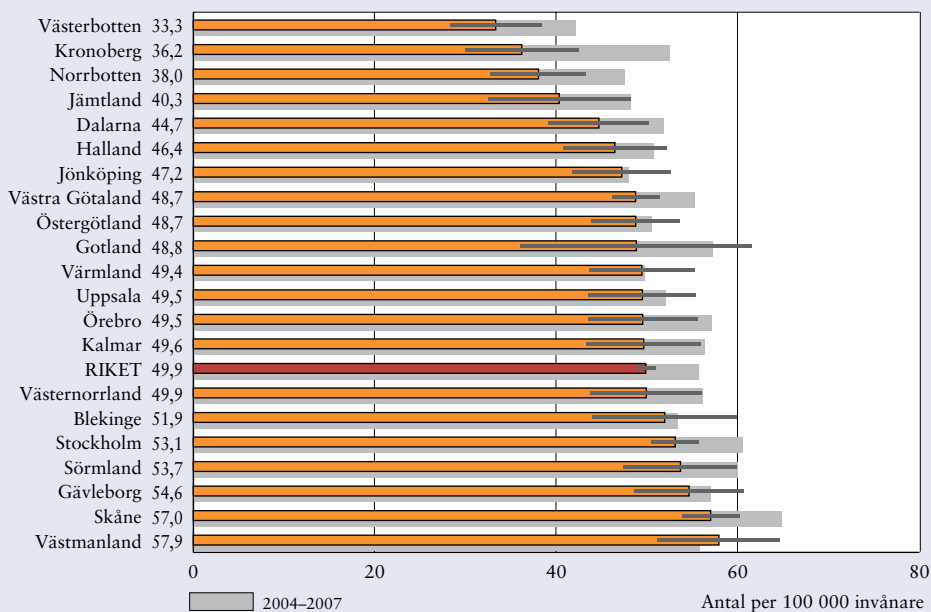


Diagram 2 Hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet – dödsfall per 100 000 invånare 1–79 år, 2008–2011. Åldersstandardiserade värden.
Män Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

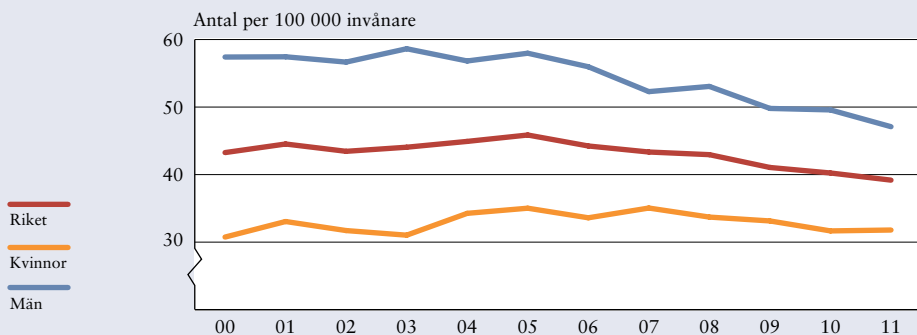


Diagram 2
Riket

Hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet – dödsfall per 100 000 invånare 1–79 år. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

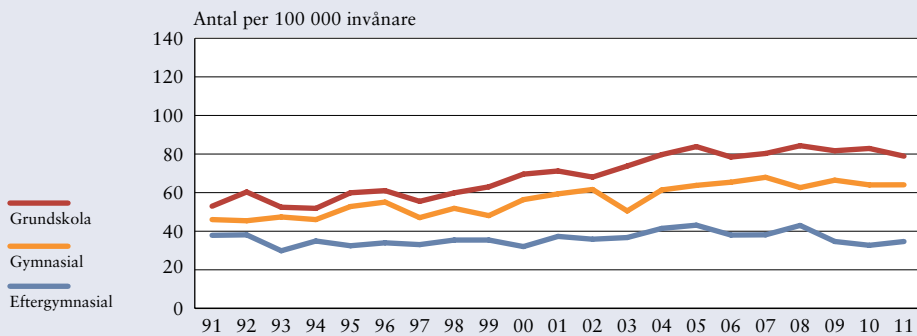


Diagram 2A
Kvinnor

Hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet – dödsfall per 100 000 invånare, kvinnor 35–79 år efter utbildningsnivå. Åldersstandardiserade värden.

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

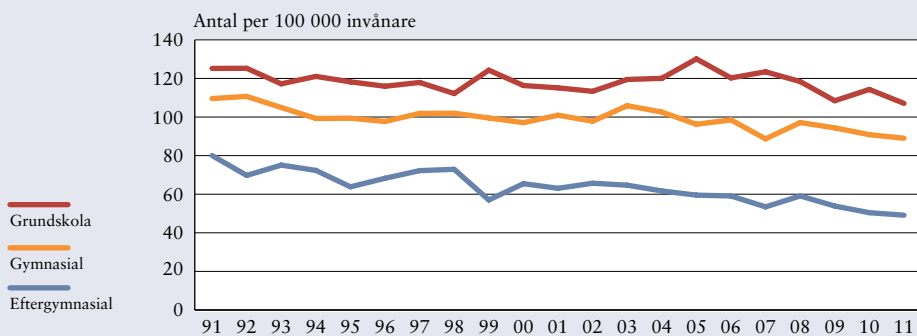


Diagram 2A
Män

Hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet – dödsfall per 100 000 invånare, män 35–79 år efter utbildningsnivå. Åldersstandardiserade värden.

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

3 Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet

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

Det faktiska antalet sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödsfall var 14 182 sammantaget för åren 2008–2011, varav 6 100 kvinnor och 8 082 män. Antalet dödsfall per 100 000 invånare per landsting och kön redovisas i diagram 3.

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

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

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

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

Av diagram 3A framgår det att utbildningsfaktorn fortsatt spelar roll för dödligheten, även om trenden för dödlighet pekar nedåt.

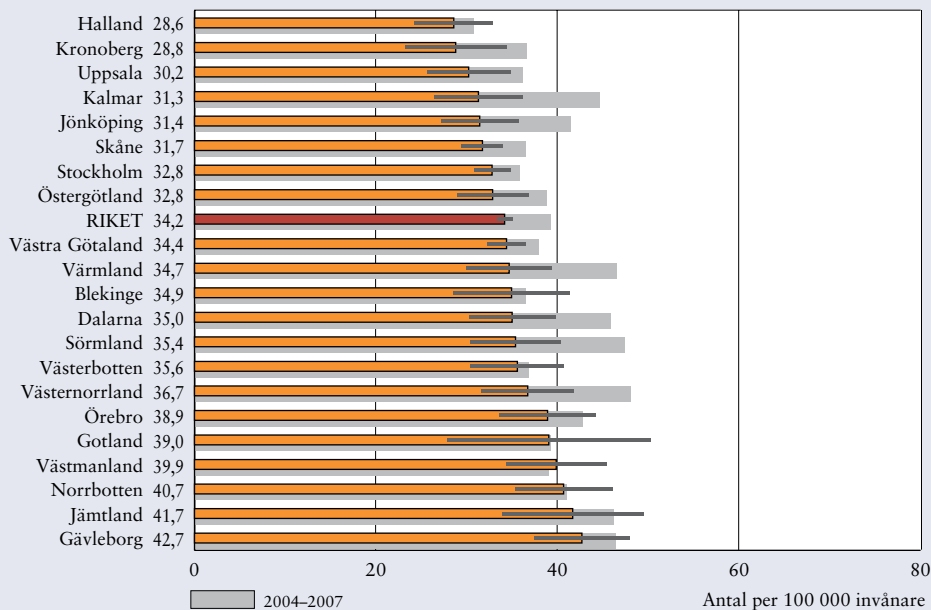


Diagram 3 Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet – dödsfall per 100 000
Kvinnor invånare 1–79 år, 2008–2011. Åldersstandardiserade värden.
 Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

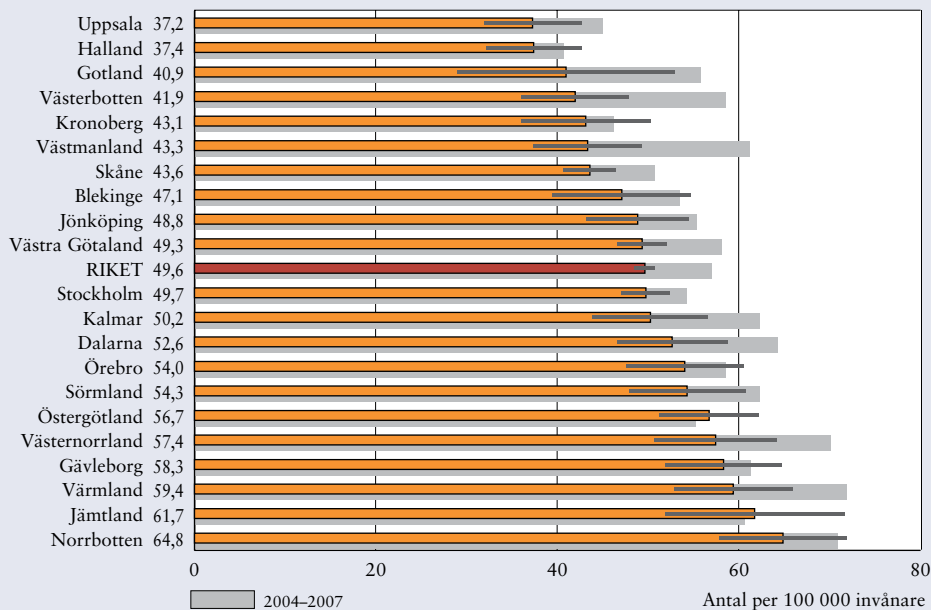


Diagram 3 Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet – dödsfall per 100 000
Män invånare 1–79 år, 2008–2011. Åldersstandardiserade värden.
 Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

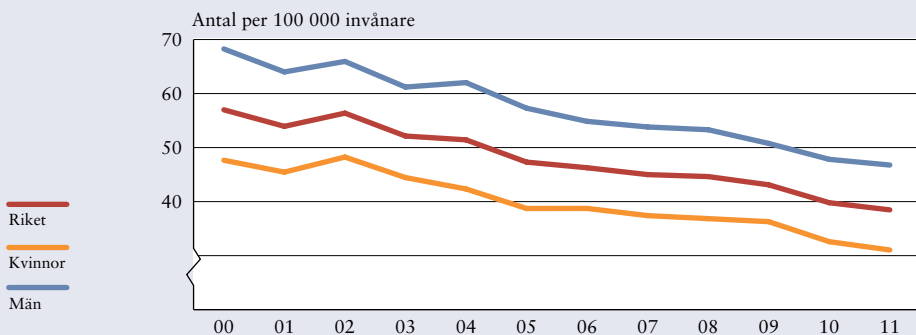


Diagram 3
Riket

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

Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

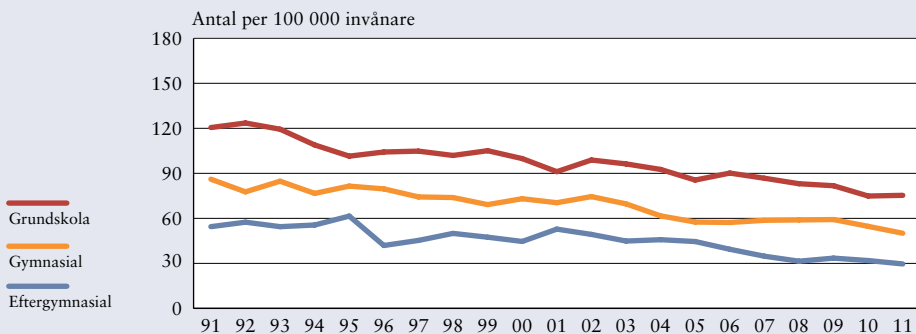


Diagram 3A
Kvinnor

Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet – dödsfall per 100 000 invånare, kvinnor 35–79 år efter utbildningsnivå. Åldersstandardiserade värden.

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

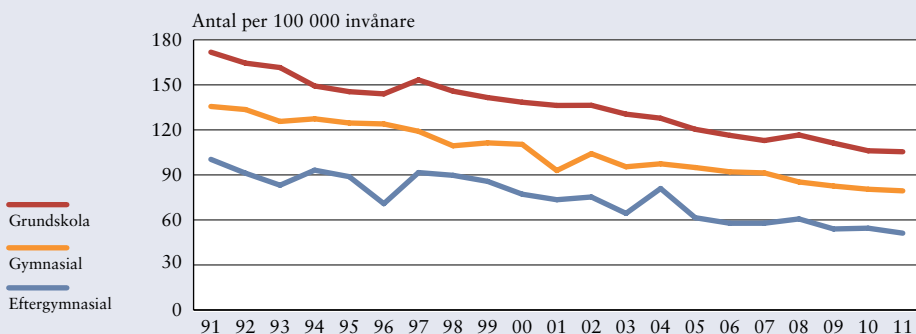


Diagram 3A
Män

Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet – dödsfall per 100 000 invånare, män 35–79 år efter utbildningsnivå. Åldersstandardiserade värden.

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

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 2011 dog totalt 14166 personer i Sverige med huvuddiagnos ischemisk hjärtsjukdom. Detta motsvarar 150 personer per 100 000 invånare.

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

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

Diagram 4 visar dödligheten i ischemisk hjärtsjukdom, åldersstandardiserat per 100 000 invånare för respektive landsting och som trend för riket. I materialet ingår avlidna före 80 års ålder åren 2010–2011. Källan är Dödsorsaksregistret.

Totalt avled 55 per 100 000 invånare åren 2010–2011. Variationen mellan landstingen för åren är betydande, både för kvinnor och för män, även om antalet kvinnor som dör är betydligt färre. År 2011 avled 1 304 kvinnor och 3 342 män i den aktuella åldersgruppen 1–79 år. Av trenddiagrammet framgår att dödligheten i ischemisk hjärtsjukdom i åldrarna under 80 år har minskat kraftigt under åren 1997–2011.

Diagram 4A visar att dödligheten sedan 1997 har minskat i hela befolkningen, oavsett utbildningsnivå. Det finns vidare en klar tendens till minskade skillnader i dödlighet för män med olika utbildningsnivå, medan skillnaderna har för kvinnor varit mindre men mer konstanta de senaste åren.

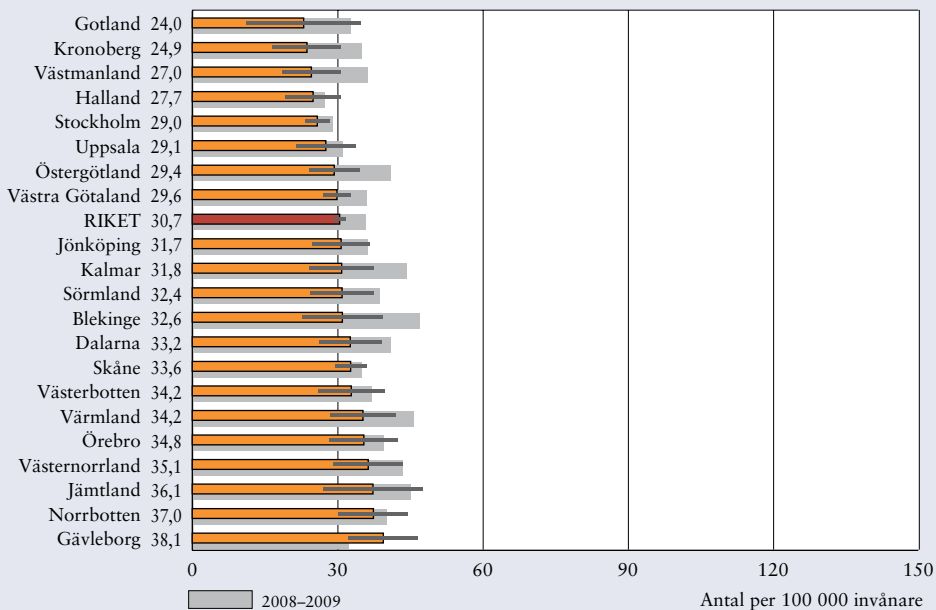


Diagram 4
Kvinnor

Åtgärdbar dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom – dödsfall per 100 000 invånare 1–79 år, 2010–2011. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

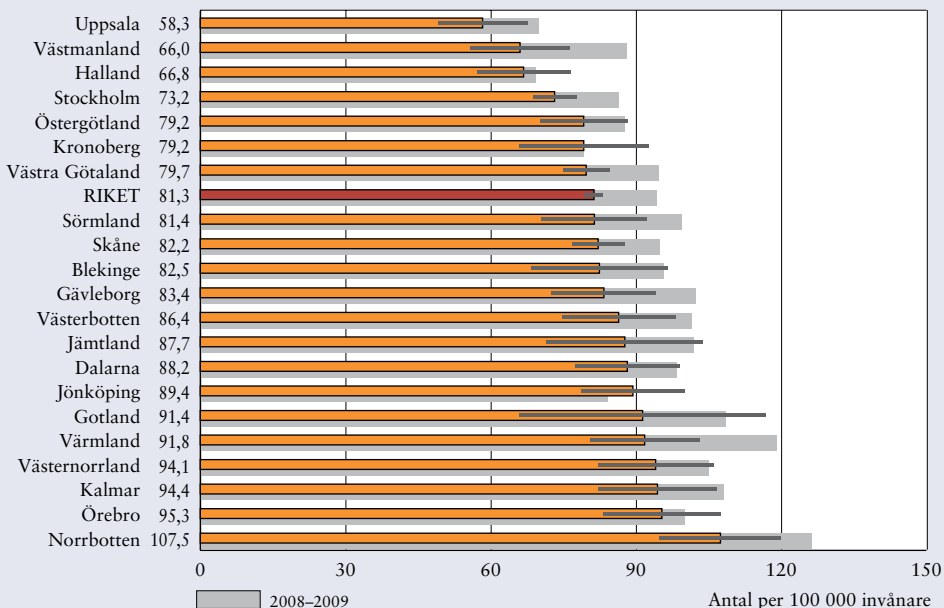


Diagram 4
Män

Åtgärdbar dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom – dödsfall per 100 000 invånare 1–79 år, 2010–2011. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

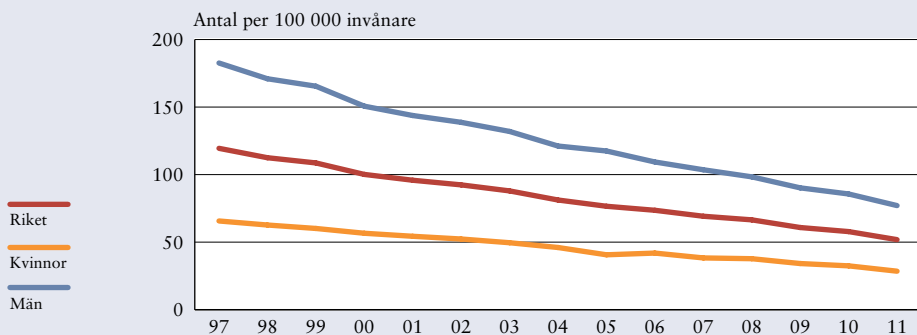


Diagram 4
Riket

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

Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

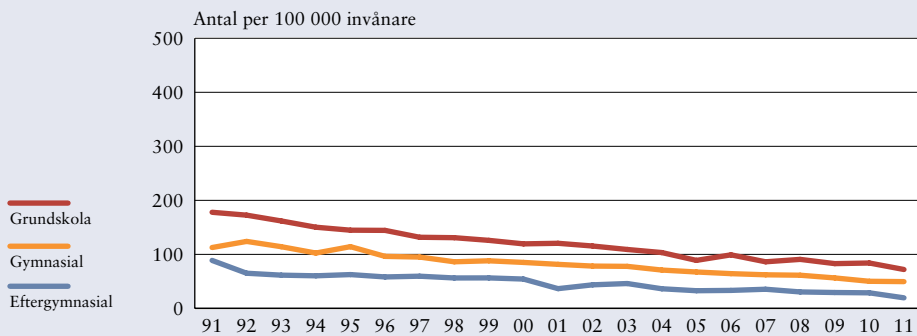


Diagram 4A
Kvinnor

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

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

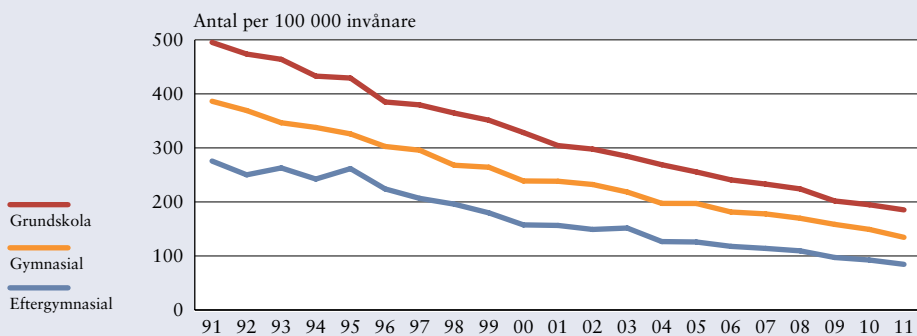


Diagram 4A
Män

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

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

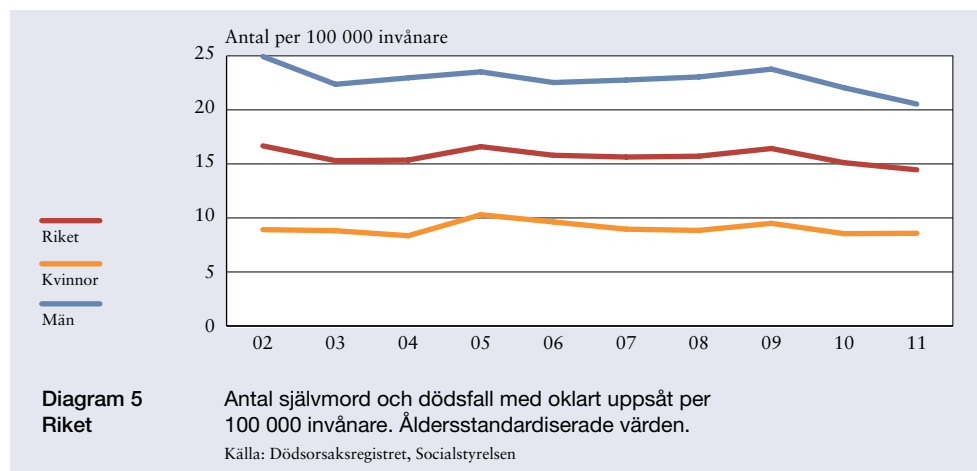
5 Självmord i befolkningen

Sedan 1 februari 2006 råder anmälningsskyldighet enligt Lex Maria av självmord som begåtts i anslutning till hälso- och sjukvården inom fyra veckor efter senaste kontakt med hälso- och sjukvården. Brister som identifierats inom vården är till exempel att det inte gjorts systematiska självmordsriskbedömningar i tillräckligt hög utsträckning, ofullständig dokumentation och att verksamheten inte följt de egna regionala vårdprogrammen.

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

Sverige har medelhöga självmordstal jämfört med övriga Europa. Danmark och Finland har högre självmordstal än Sverige. Antalet personer som begår självmord i Sverige har minskat sedan början av 1980-talet, framförallt bland män. Självmord är dock fortfarande vanligare bland män än bland kvinnor. År 2011 tog 320 kvinnor och 779 män sitt liv, totalt 1 099 personer. Därtill fanns det 288 dödsfall med oklart uppsåt, 99 kvinnor och 189 män. Diagram 5 visar antalet självmord per 100 000 invånare under perioden 2009–2011 för att få ett bättre underlag. Totalt är antalet självmord under denna mätperiod drygt 12 per 100 000 invånare om man räknar säkra självmord. Om man, som i diagrammet, lägger till de med oklart uppsåt blir antalet drygt 15 per 100 000 invånare.

Antalet självmord per 100 000 invånare under åren 2002–2011 redovisas också i diagram 5. Under denna period begick 17 493 personer självmord, inkluderat dödsfall med oklart uppsåt. Trenden är stabil under den redovisade tidsperioden.



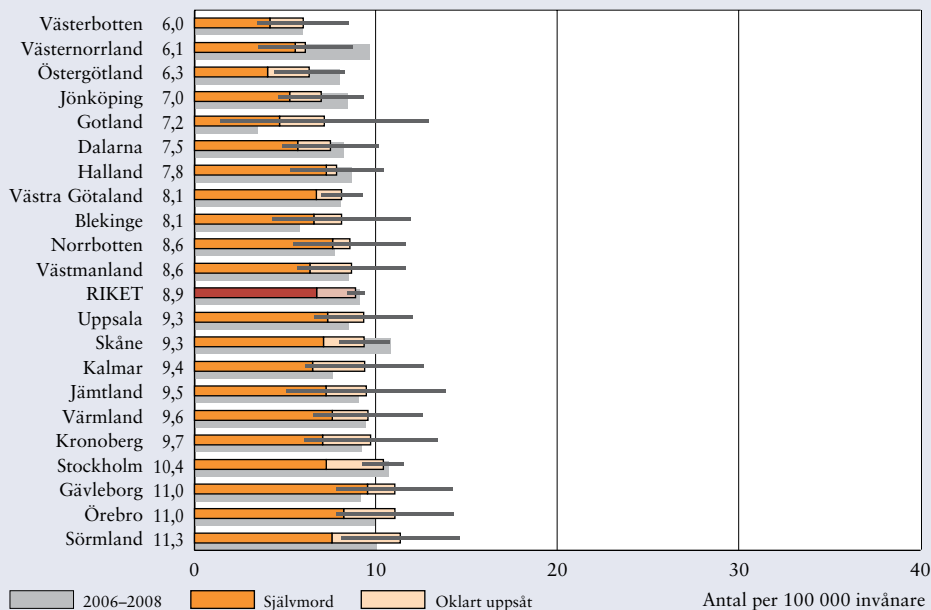


Diagram 5 Antal självmord och dödsfall med oklart uppsåt per 100 000 invånare, 2009–2011. Åldersstandardiserade värden.
Kvinnor
 Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

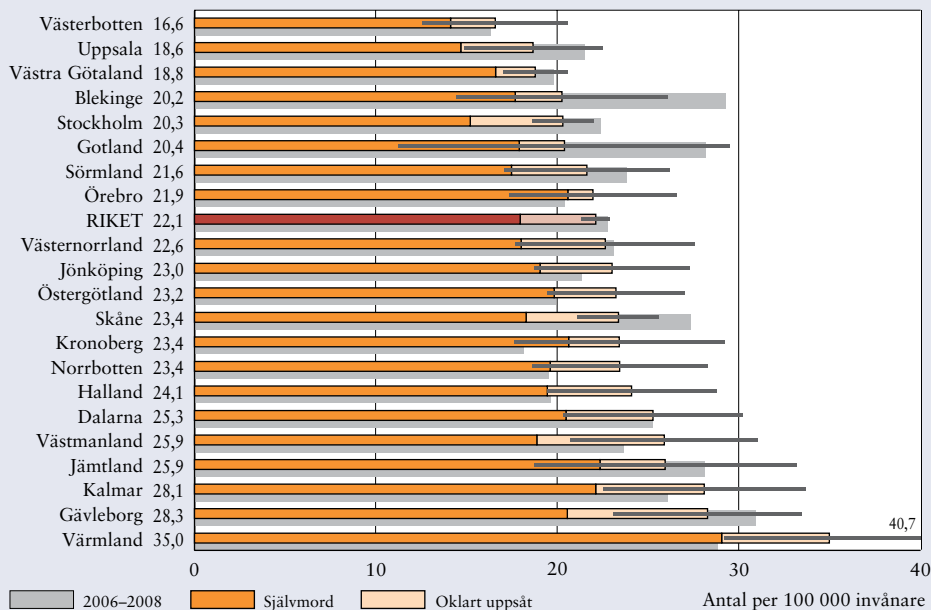


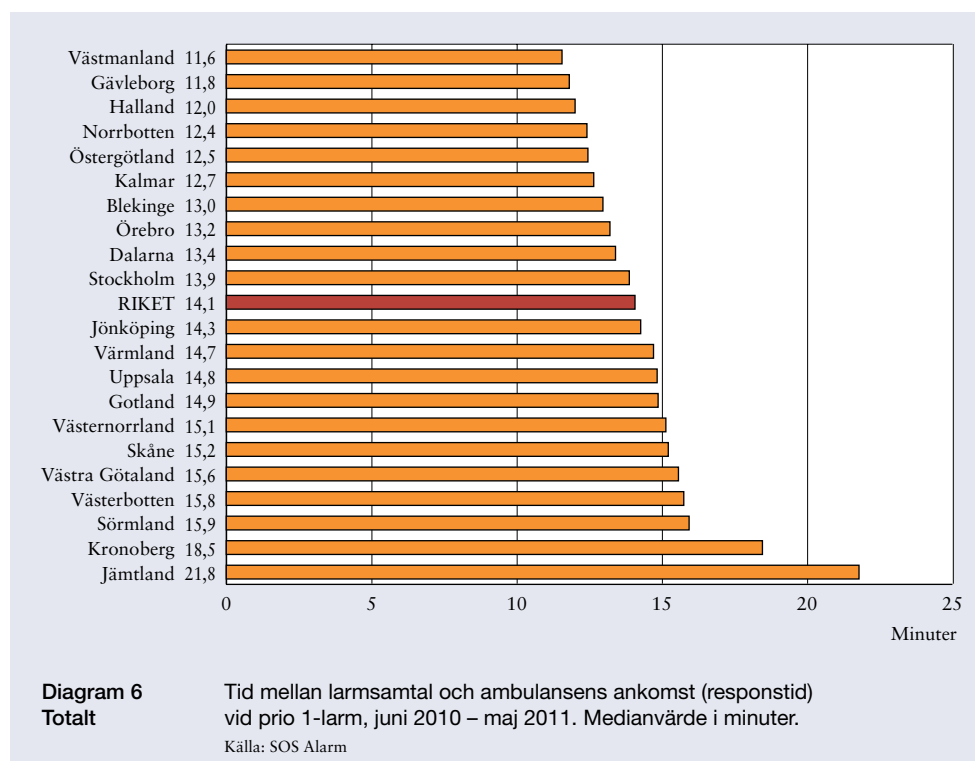
Diagram 5 Antal självmord och dödsfall med oklart uppsåt per 100 000 invånare, 2009–2011. Åldersstandardiserade värden.
Män
 Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

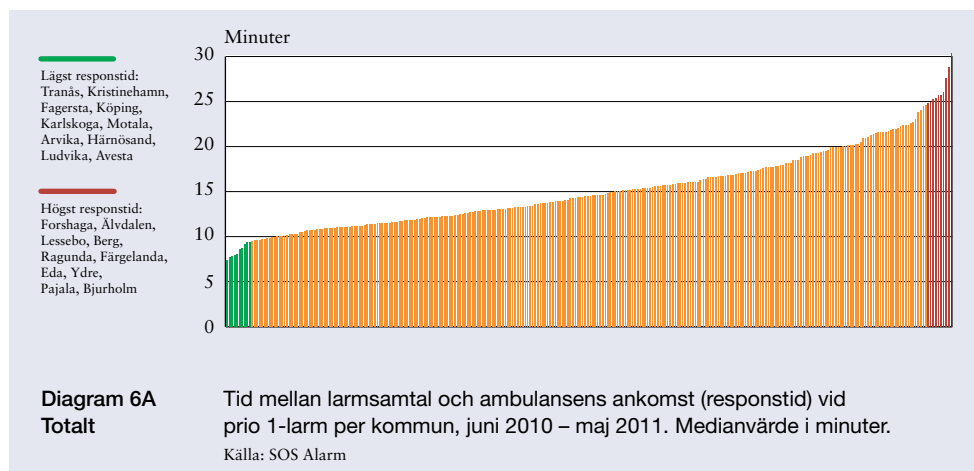
6 Responstid för ambulans

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. 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.

Denna indikator visar responstiden för prio 1-larm, det vill säga larm som enligt Socialstyrelsens föreskrifter innebär akuta livshotande symtom eller olycksfall. För mätperioden juni 2010 till maj 2011 täcktes samtliga larmcentraler i landet. Indikation har tidigare presenteras i SKL-rapporten *Öppna jämförelser Trygghet och säkerhet*, men då enbart på kommunnivå.

Under mätperioden var mediantiden i riket 14 minuter, med en variation från 12 till 22 minuter mellan landstingen. Variationen mellan kommunerna visas i diagram 6A, i syfte att åskådliggöra den större variationen mellan kommuner.





7 Undvikbar slutenvård

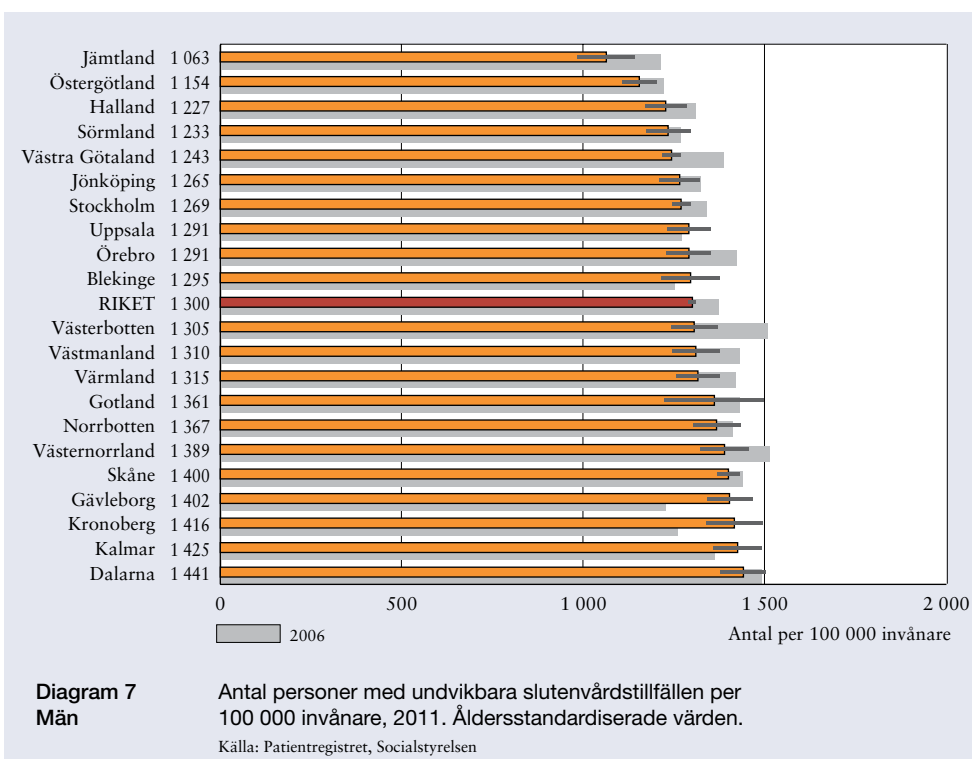
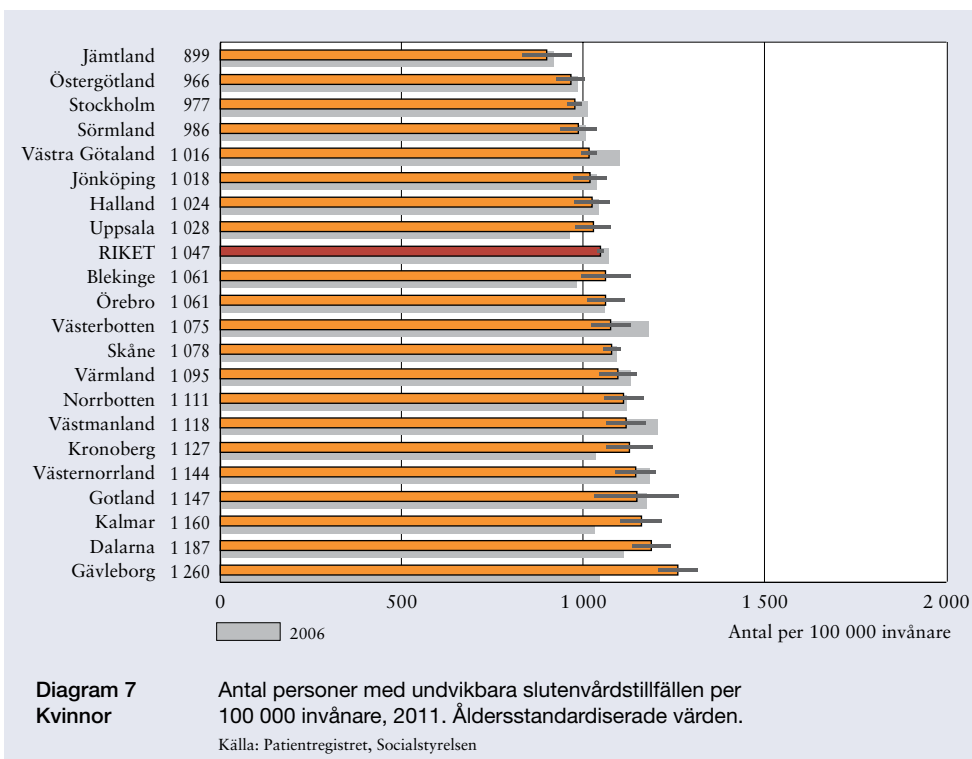
Indikatorn undvikbar slutenvård bygger på antagandet att om patienter med de utvalda sjukdomstillstånden/diagnoserna får ett optimalt omhändertagande i den öppna vården, så kan man generellt sett eventuellt förhindra "onödiga" inläggningar på sjukhus. Det "optimala" kan handla om både förebyggande arbete,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

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

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

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

Diagram 7 redovisar personer med undvikbara slutenvårdstillfällen per 100 000 invånare, år 2011. Det faktiska antalet undvikbara slutenvårdstillfällen var drygt 113 500. Uppgifterna är åldersstandardiserade. Generellt sett vårdas männen mer, vilket troligen beror på att det är vanligare att män drabbas av några av de stora sjukdomsgrupper som ingår, snarare än att männen ges sämre insatser i öppen vård.



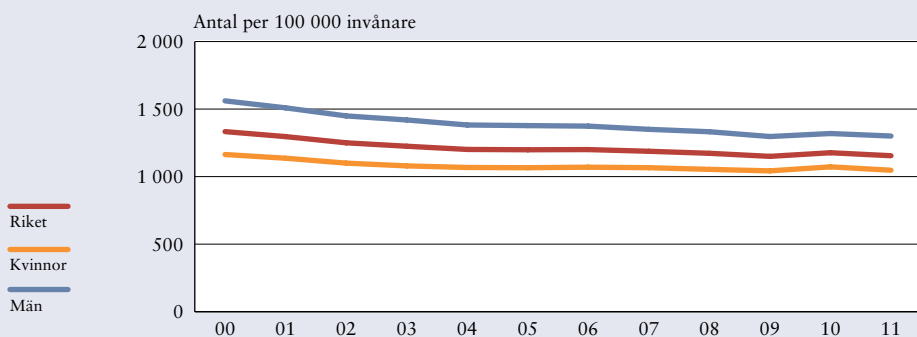


Diagram 7
Riket

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

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

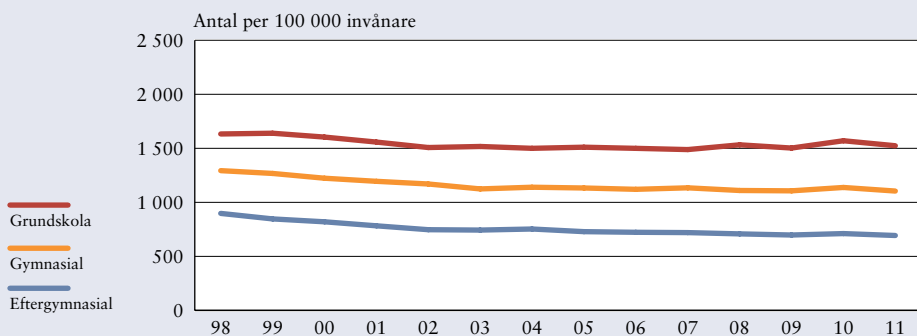


Diagram 7A
Kvinnor

Antal kvinnor med undvikbara slutenvårdstillfällen per 100 000 invånare, 35–79 år efter utbildningsnivå. Åldersstandardiserade värden.

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

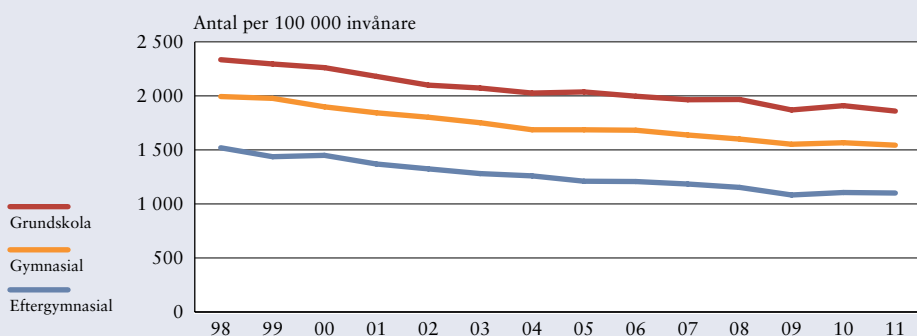


Diagram 7A
Män

Antal män med undvikbara slutenvårdstillfällen per 100 000 invånare, 35–79 år efter utbildningsnivå. Åldersstandardiserade värden.

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

Resultatet för 2011 jämförs med motsvarande värde för 2006, som återges i en skuggad parallell stapel. Antalet undvikbara vårdtillfällen har för riket som helhet minskat något under perioden.

Omfattningen av undvikbar slutenvård i landstingen påverkas även av att förekomsten av vissa sjukdomstillstånd skiljer sig åt mellan olika landsting och genom att diagnossättning 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.

Påverkan från utbildningsfaktorn är stabil över åren, framgår det av diagram 7A, både för män och för kvinnor.

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 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/upsatt. 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 un-

der vår respektive höst. Mätningen utgår från en standardiserad instruktion och ett protokoll. Samtliga patienter som är inskrivna i den somatiska slutenvården vid en angiven tidpunkt den aktuella mät dagen, ingår i rapporteringen. Våren 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. Detta 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.

I diagram 8 visas resultatet från mätningen våren 2012, i jämförelse med resultatet hösten 2011. Totalt sett har andelen patienter med VRI sjunkit. Andelen varierar mellan landstingen från knappt 6 till drygt 13 procent. VRI är vanligare i region-sjukvård, vilket påverkar utfallen för landsting med regionsjukhus. Som tilläggsinformation presenteras följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler. Det är andelen av den observerade personalen som är följsamma i samtliga sju steg. Detta mått 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 2012 deltog 27 000 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 vård dygn. Förutom det direkta lidande som drabbar varje enskild patient så tas betydande resurser i form av vårdplatser och andra kostnader i anspråk.

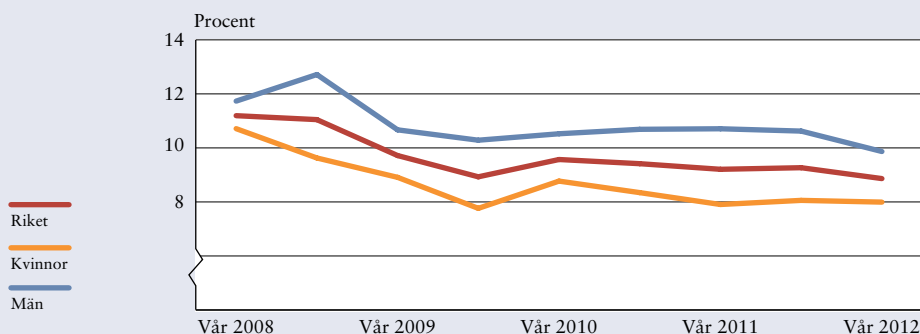
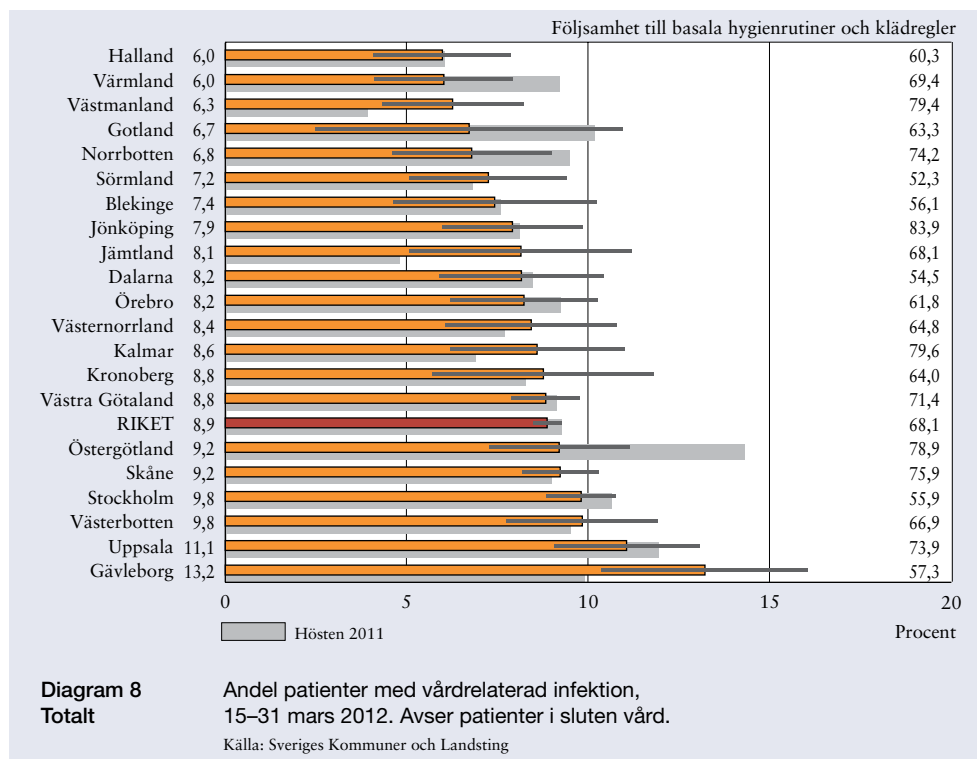


Diagram 8
Riket

Andel patienter med vårdrelaterad infektion. Avser patienter i slutenvård.
Källa: Sveriges Kommuner och Landsting



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 injektion leder till en symtomlös eller mycket lindrig infektion. Kroppens immunförsvar lär sig att känna igen virus och

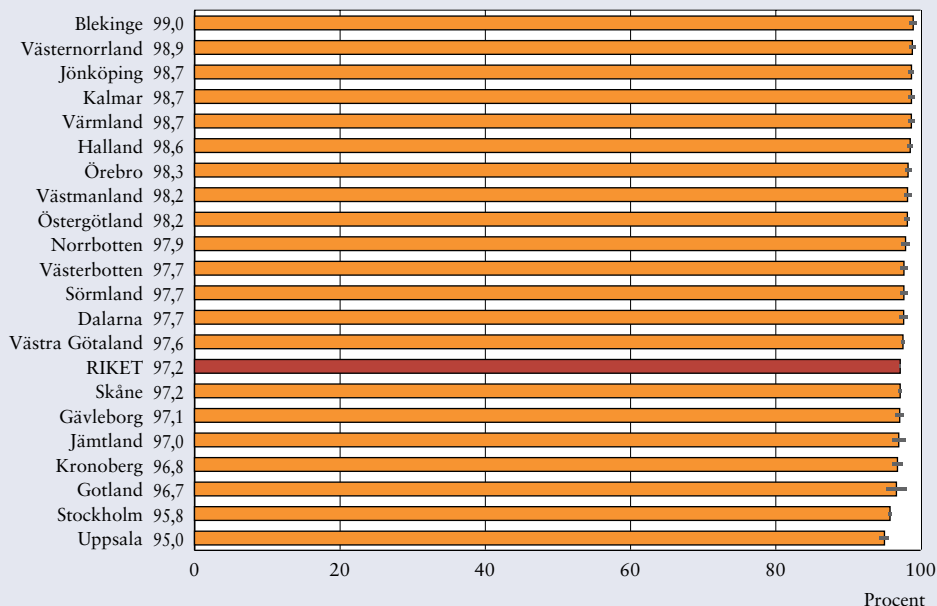


Diagram 9 Andel MPR-vaccinerade bland barn födda 2009 och inskrivna på BVC, januari 2012.

Källa: Smittskyddsinstitutet

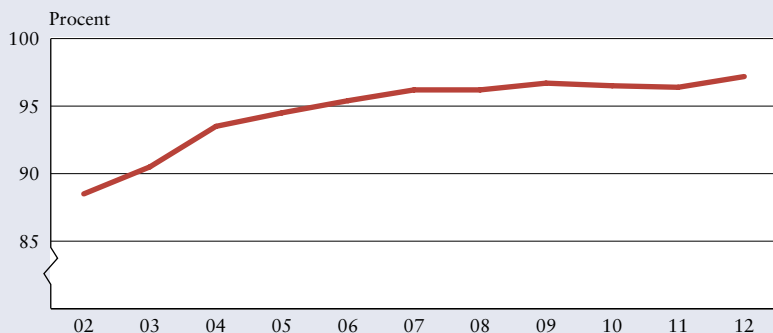


Diagram 9 Andel MPR-vaccinerade bland barn inskrivna på BVC.

Riket

Källa: Smittskyddsinstitutet

ett immunologiskt minne utvecklas. En dos MPR-vaccin ger skydd mot mässling, påssjuka och röda hund hos cirka 95 procent av alla vaccinerade personer.

Uppgifter om barns MPR-vaccinationer registreras inom barnhälsovården och samlas in av Smittskyddsinstitutet. Uppgifter från Örebro och Uppsala är hämtade från individbaserade vaccinationsregister och är därför inte helt jämförbara med övriga.

Där beräknas vaccinationstäckningen som andelen vaccinerade av alla folkbokförda barn, inte av alla inskrivna på BVC som i övriga landsting.

Sverige har internationellt sett en hög andel vaccinerade barn. I januari 2012 hade 97,2 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 sjunkit under 90 procent. Lokala utbrott, av i synnerhet mässling, har därför kunnat iakttas.

10 Gynekologisk cellprovskontroll

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

Individbaserad information om gynekologiska cellprover från patologiska och cytologiska laboratorier i landet sammanställs av Nationellt Kvalitetsregister för Cervix-cancerprevention. 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 80 procent 2011, 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 sju 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.

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.

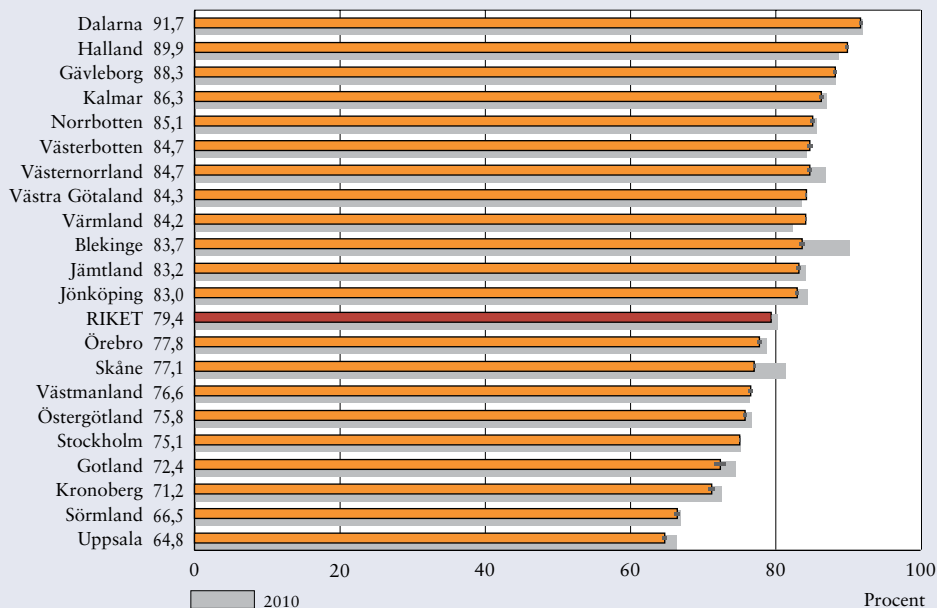


Diagram 10 Andel kvinnor 23–60 år som genomgått gynekologisk cellprovskontroll, 2011.
Källa: Nationellt Kvalitetsregister för Cervixcancerprevention

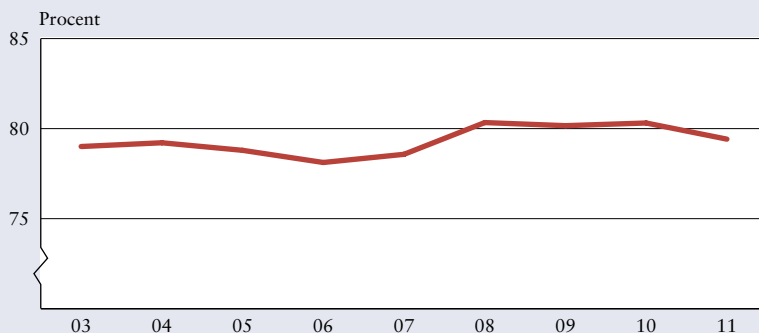


Diagram 10 Andel kvinnor 23–60 år som genomgått gynekologisk cellprovskontroll.
Riket Källa: Nationellt Kvalitetsregister för Cervixcancerprevention

LÄKEMEDELSBEHANDLING

11 Tio eller fler läkemedel bland äldre

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

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

I diagram 11 visas att andelen äldre med tio eller fler läkemedel var i befolkningen 12,3 procent vid mättidpunkten 31 december 2011. Detta motsvarar drygt 60 000 personer i riket som helhet. Andelen bland kvinnor är högre, 13,3 procent, medan den för männen är 10,6 procent. Variationen mellan landsting är förhållandevis stor och sträcker sig från 10,2 till 14,4 procent. Jämfört med förra året 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.

Andelen är mycket hög i gruppen äldre med ApoDos, där totalt 27,8 procent hade tio eller flera läkemedel, att jämföra med 8,8 procent för dem med receptexpedierade läkemedel. En betydande variation mellan landstingen återfanns framförallt inom gruppen med ApoDos-expedierade läkemedel, med en variation från 20,8 till 31,8 procent för män och kvinnor sammantagna.

I alla landsting finns läkemedelsförråd i hemsjukvård/äldreboenden, vilket kan tänkas påverka denna indikator. Användningen av läkemedel ur läkemedelsförråd registreras dock inte i Läkemedelsregistret vilket kan leda till att läkemedelsanvändningen i den öppna vården underskattas. Sådana läkemedel används dock sannolikt oftast tillfälligt, i akuta situationer, eller inom korttidsvård på särskilt boende. Det är därför svårt att bedöma hur stor påverkan denna läkemedelsanvändning har på jämförelsen i diagram 11.

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 enskilda patientens situation.

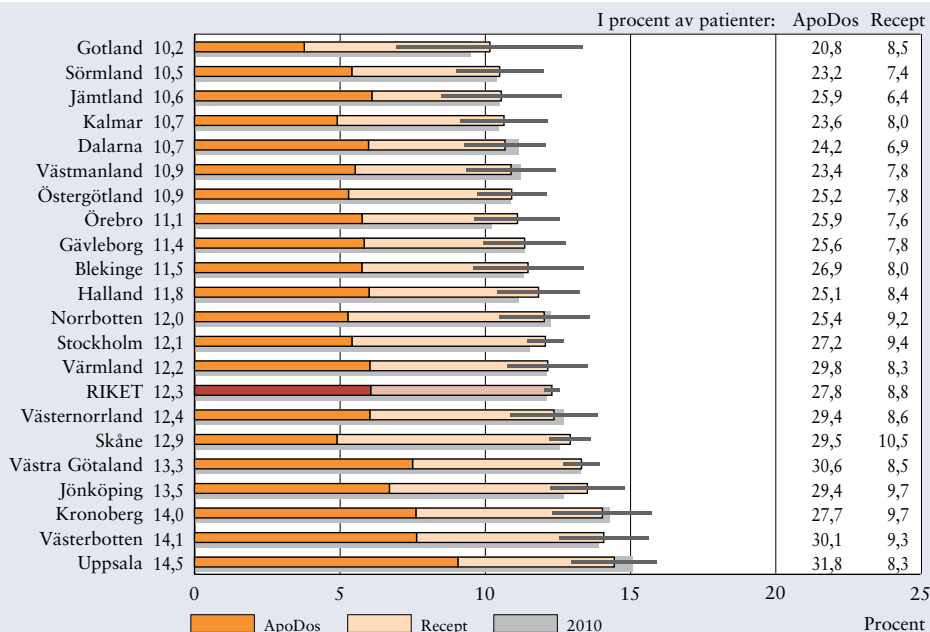


Diagram 11 Andel äldre i befolkningen med tio eller fler läkemedel, 31 december 2011. Avser personer 80 år och äldre.
Totalt
 Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

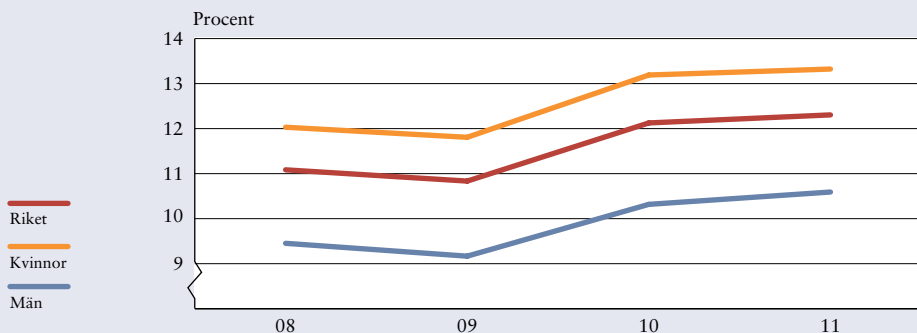


Diagram 11 Andel äldre i befolkningen med tio eller fler läkemedel.
Riket
 Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

12 Läkemedelsinteraktion bland äldre

C- och D-interaktioner är de kliniskt relevanta läkemedelsinteraktionerna, med vilket menas kombinationer av läkemedel som kan ha en betydande påverkan på varandras omsättning eller verkan. D-interaktion kan enligt FASS, ett uppslagsverk som beskriver alla läkemedel som är godkända i Sverige, "leda till allvarliga kliniska

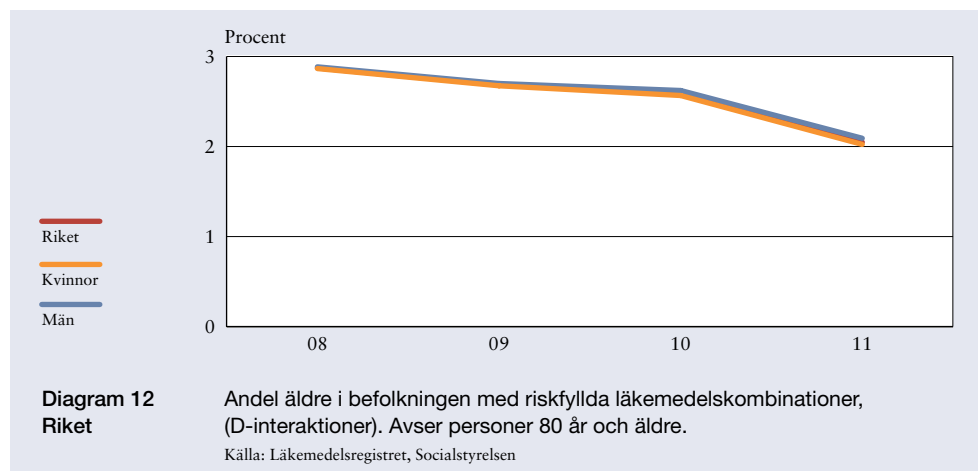
konsekvenser i form av svåra biverkningar, utebliven effekt eller är i övrigt svår att bemästra med individuell dosering. Kombinationen bör därför undvikas”. Indikatorn är en av Socialstyrelsens nationella indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre.

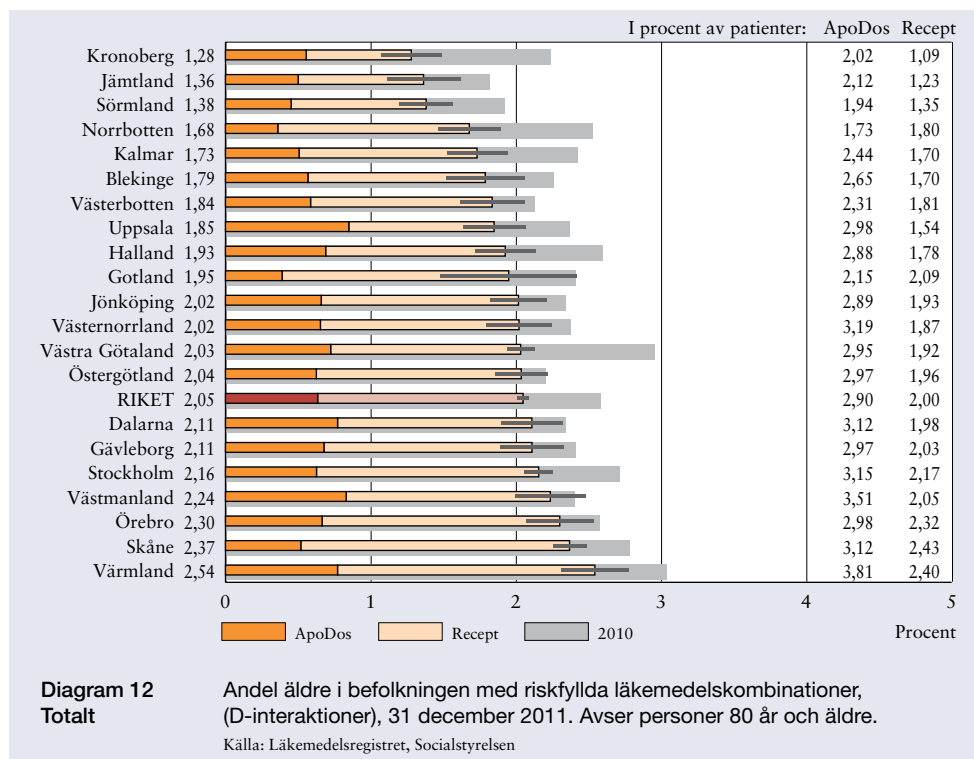
I diagram 12 visas andelen patienter i gruppen 80 år och äldre som har kombinationer av läkemedel med risk för D-interaktioner vid mättidpunkten 31 december 2011. Staplarna är fördelade på patienter som får sina läkemedel via dosexpedition (ApoDos) respektive via recept.

Analysen av läkemedelsinteraktioner som hittills utgått från den databas som legat till grund för interaktionsinformationen i FASS, baseras i årets rapport på en ny källa; SFINX (Swedish Finnish Interaction X-referencing), som numera är tillgänglig för de landsting som är anslutna till SIL (Svensk Informationsdatabas för Läkemedel). Analysen omfattar som tidigare läkemedelsinteraktioner av klass D med dokumentationsgrad 1–4.

Andelen äldre med dessa läkemedelskombinationer är i riket 2,0 procent. Detta motsvarar drygt 10 000 patienter. Jämfört med förra året (2,6 procent) är andelen lägre, vilket förklaras av att analysen från och med 2012 baseras på en annan läkemedelsinteraktionskälla (se ovan). Det finns för riket inga könsskillnader

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



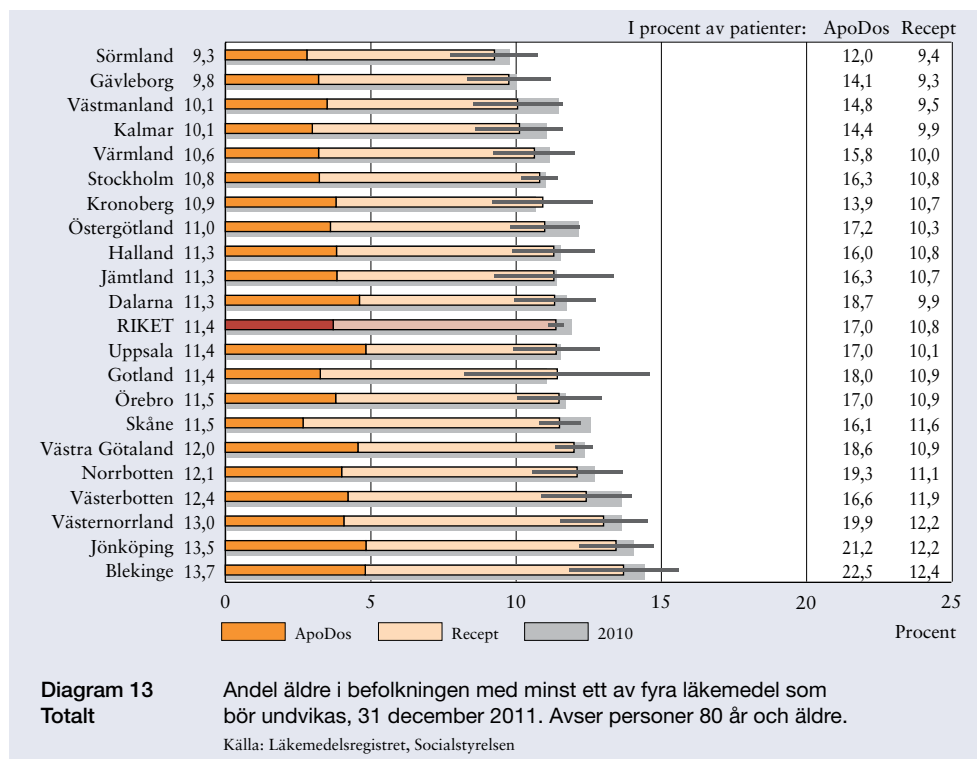


13 Äldre med läkemedel som bör undvikas

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 13 visas andelen äldre av hela befolkningen som hade minst ett av dessa fyra olämpliga läkemedel, vid mättidpunkten 31 december 2011. Staplarna är fördelade på patienter som får sina läkemedel via dosexpedition (ApoDos) respektive via recept. Andelen var bland kvinnor 12,5 procent och bland män 9,5 procent år 2011, vilket totalt motsvarar knappt 57 000 personer. Variationen mellan landstingen är relativt stor och sträcker sig från Sörmlands 10,4 till Blekinges 15,3 procent för kvinnor och från Sörmlands 7,4 till Jönköpings och Blekinges 11,2 procent för männen. Användningen av olämpliga läkemedel hos äldre är något lägre än förra året då den var 13,1 och 10,0 procent hos kvinnor respektive män.

Användningen av dessa läkemedel var högre i gruppen med ApoDos, där 17,0 procent hade detta, att jämföra med 10,8 procent i gruppen med receptexpedierade läkemedel.



14 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.

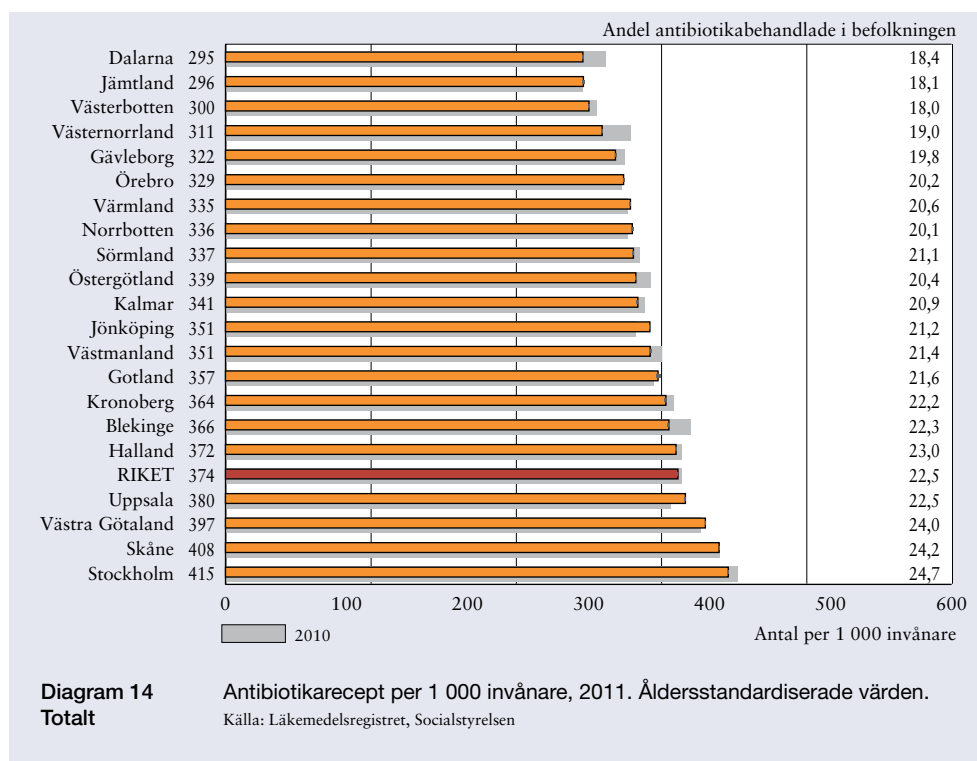
Vid antibiotikabehandling är det vidare önskvärt att använda så "smal" terapi som möjligt för att påverka så få bakterier som möjligt. Detta är önskvärt både ur resistensutvecklingssynpunkt och ur biverkningssynpunkt. Användning av ett antibiotikum med brett antibakteriellt spektrum innebär större störningar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

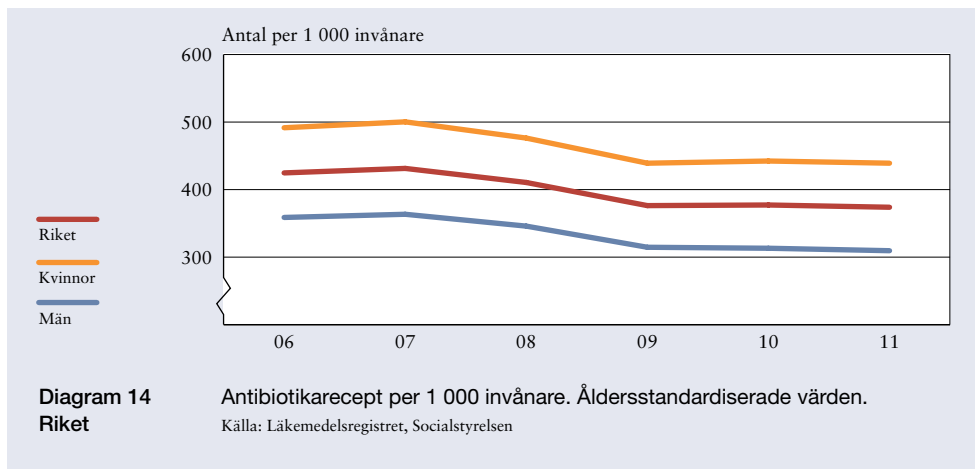
Indikator 14 visar antalet antibiotikarecept per 1 000 invånare för 2011. Dessutom visas andelen personer i befolkningen som behandlats med antibiotika. Källan är Läkemedelsregistret, som är komplett avseende läkemedelsanvändning i öppen vård, men som saknar uppgift om förskrivningsorsak. Detta gör att indikatorn ger en grov bild av antibiotikaanvändningen.

Under mätperioden hämtades i riket 374 recept per 1 000 invånare ut, med en variation mellan landsting från 295 till 415. En marginell 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. Generellt kan även sägas att det skrivs ut mer antibiotika i storstadsregionerna och mindre antibiotika i de norra delarna av landet.

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

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





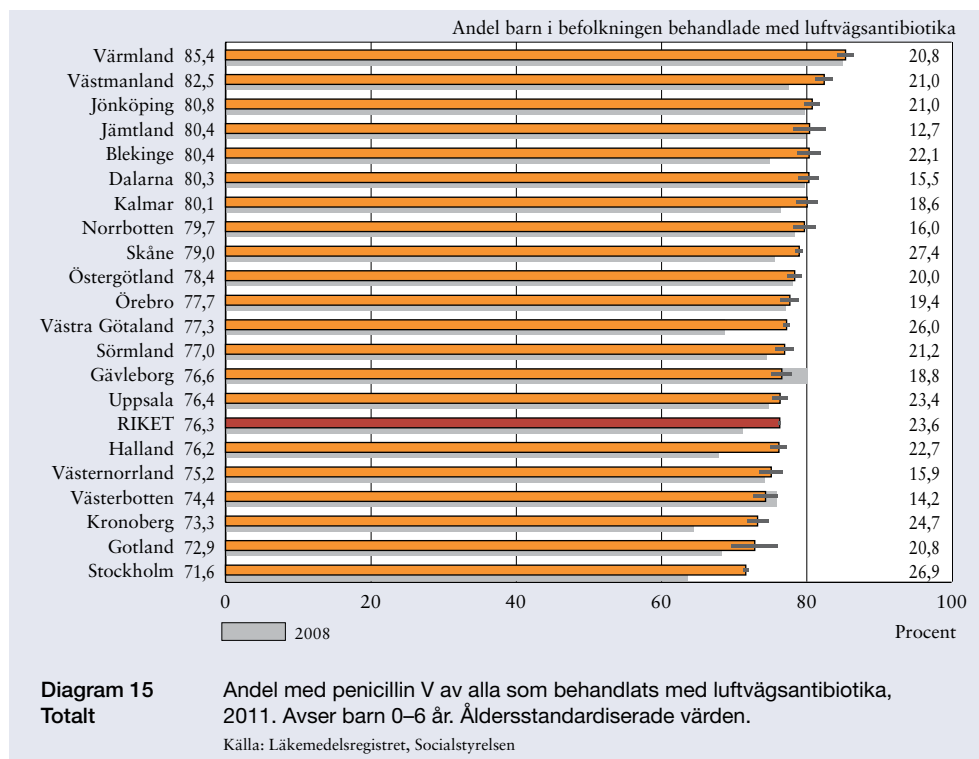
15 Penicillin V vid behandling av barn med luftvägsantibiotika

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

Diagram 15 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 2011 behandlades 24 procent av alla barn 6 år och yngre med någon typ av antibiotika mot luftvägsinfektion, vilket redovisas till höger i diagrammet.

I riket var av dessa andelen penicillin V-behandlade barn 76 procent. Andelen bland pojkar var något högre än bland flickor. I riket har andelen med penicillin V ökat jämfört med jämförelseperioden 2008. Det finns skillnader mellan landstingen. Den lägsta andelen förskrivning av smalspektrapenicillin V återfinns i Stockholms län med 72 procent, medan Värmland har den högsta andelen, 85 procent. 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.

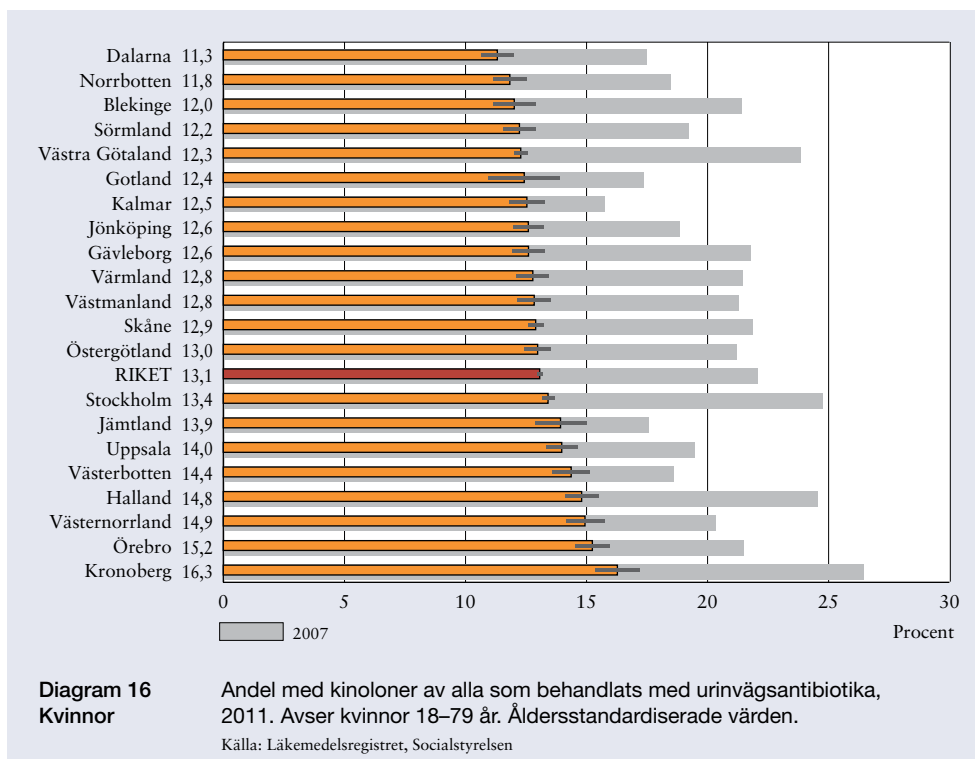


16 Kinoloner vid behandling med urinvägsantibiotika

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

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

Andelen kinoloner av den totala förskrivningen av antibiotika mot nedre urinvägsinfektion jämförs här för samtliga kvinnor mellan 18 och 79 år, som någon gång under 2011 hämtat ut ett recept på ett urval av antibiotika. Totalt hade knappt 42 000 kvinnor förskrivits kinoloner, av de drygt 318 000 kvinnor som ingick i jämförelsen. Ur diagram 16 kan utläsas att alla landsting ligger högre än de nivåer som Strama och SFAM rekommenderar, med en variation mellan 11 till 16 procent, en liten förbättring från förra året. Andelen förskrivningar av kinoloner har dock minskat betydligt jämfört med 2007, då den i riket uppgick till 22 procent. Just användningen



av kinoloner vid urinvägsinfektion har fått mycket uppmärksamhet de senaste åren, vilket verkar ha fått effekt på förskrivningen.

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

17 Kombinationspreparat vid astma

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

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

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

Indikator 17 mäter andelen av dem som är nyinsatta på kombinationspreparat som tidigare inte har prövat något annat astmaläkemedel, i åldern 25–44 år. Under 2011 tillkom drygt 9 300 nya användare av kombinationspreparat. Av dessa hade knappt 4 000, cirka 41 procent, inte tidigare använt något annat astmaläkemedel. Andelen är lägre bland kvinnor än bland män, drygt 39 procent respektive drygt 44 procent. Ingen tydlig förändring kan ses från föregående år och man kan fortfarande se stora variationer mellan landstingen.

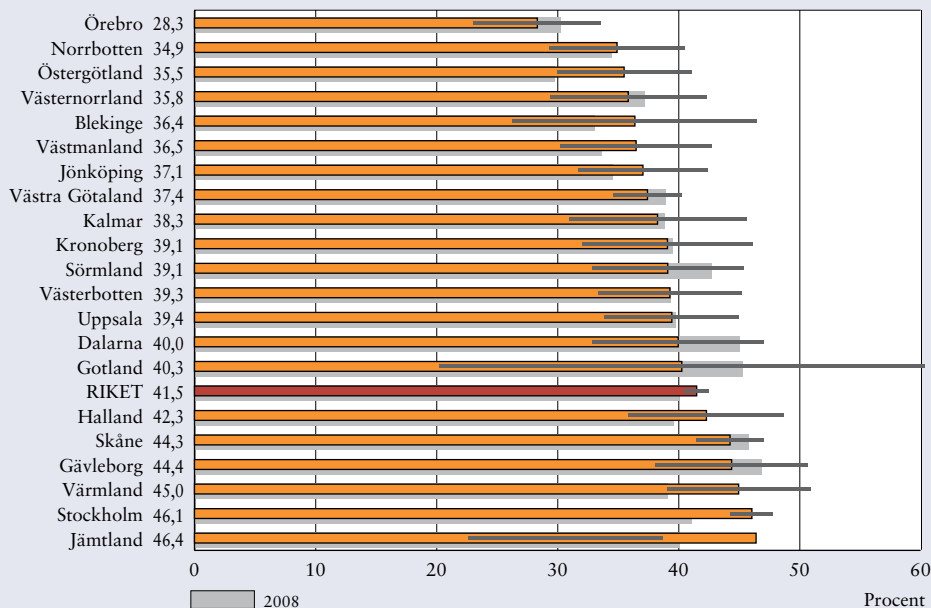
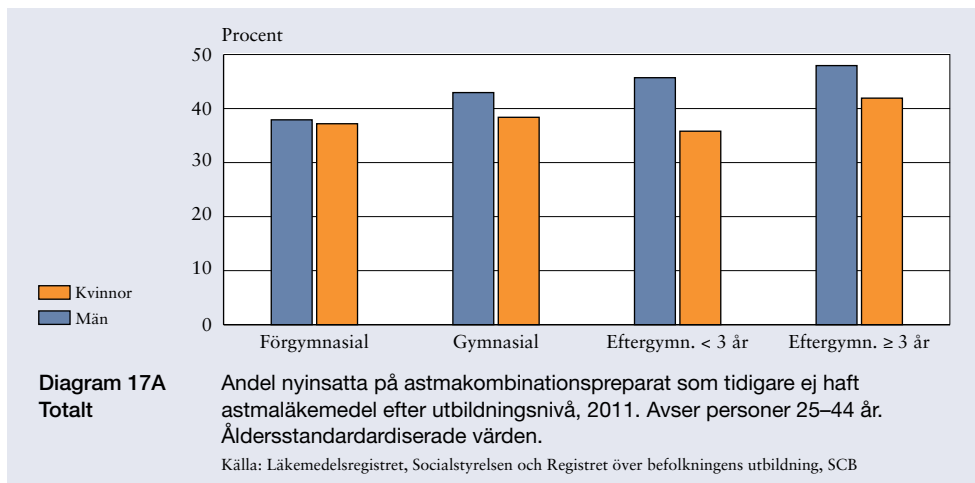


Diagram 17
Totalt

Andel nyinsatta på astmakombinationspreparat som tidigare ej haft astmaläkemedel, 2011. Avser personer 25–44 år. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen



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

Diagram 17A visar att det för män finns ett tydligt samband mellan utbildningsnivå och andelen som är nyinsatta på kombinationspreparat, således i strid med den rekommenderade behandlingstrappan. För kvinnorna är bilden mindre tydlig.

18 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. Tänkbara orsaker till bristande följsamhet kan vara till exempel patientens förståelse för behandlingen, hälso- och sjukvårdens förmåga att introducera och följa upp en ny läkemedelsbehandling och läkemedelsbehandlingens komplexitet.

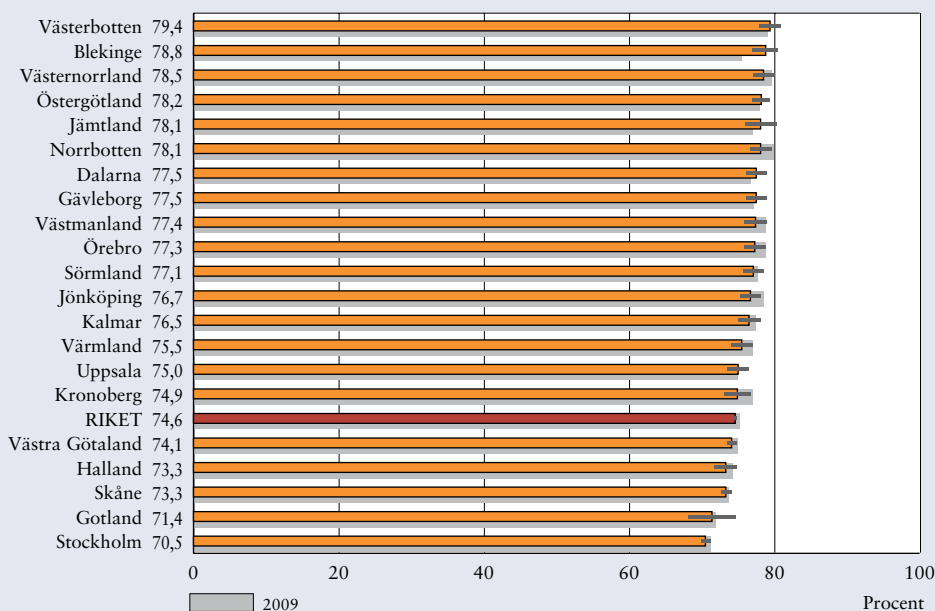


Diagram 18
Totalt

Andel personer med fortsatt blodtryckssänkande behandling 12–18 månader efter första uttag, 2010. Avser personer 50–79 år med nyinsatt blodtrycksbehandling.

Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

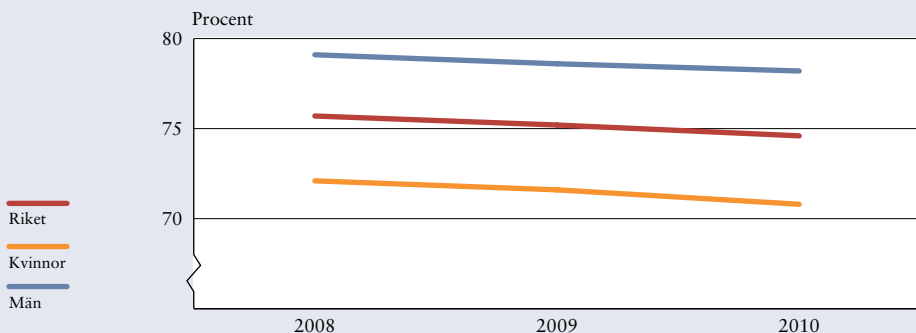


Diagram 18
Riket

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

Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

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

Diagram 18 visar andelen personer med nyinsatt blodtryckssänkande behandling år 2010 och som kvarstod på behandling efter 12–18 månader. Uppgifterna är hämtade från Läkemedelsregistret. I jämförelsen ingår cirka 101 000 patienter i åldern 50–79 år som ordinerats och hämtat ut ett nyinsatt blodtryckssänkande läkemedel under 2010. I riket var denna andel 75 procent, 71 procent för kvinnor och 78 procent för män. Resultatet överensstämmer med vad som tidigare rapporterats och visar att det finns ett behov av förbättring. Variationen mellan landsting tyder på att en sådan är möjlig.

FÖRTROENDE OCH PATIENTERFARENHETER

Från den årliga undersökningen Vårdbarometern redovisas befolkningens uppfattning om bland annat tillgång till vård och förtroende för vården. Från Nationell Patientenkät presenteras patienters erfarenheter från primärvården, samt den specialiserade somatiska vården.

Vårdbarometern

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

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

Befolkningens uppfattning om och förtroende för hälso- och sjukvården är en viktig indikator på hur väl vården fungerar. Uppgifterna som redovisas i denna rapport avser 2011 och datainsamlingen omfattar telefonintervjuer med cirka 40 000 slumpvis utvalda individer.

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.

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

19 Tillgång till sjukvård

I diagram 19 redovisas befolkningens uppfattning om den egna tillgången till vård, oavsett om man under de senaste 6 månaderna haft kontakt med sjukvården eller inte.

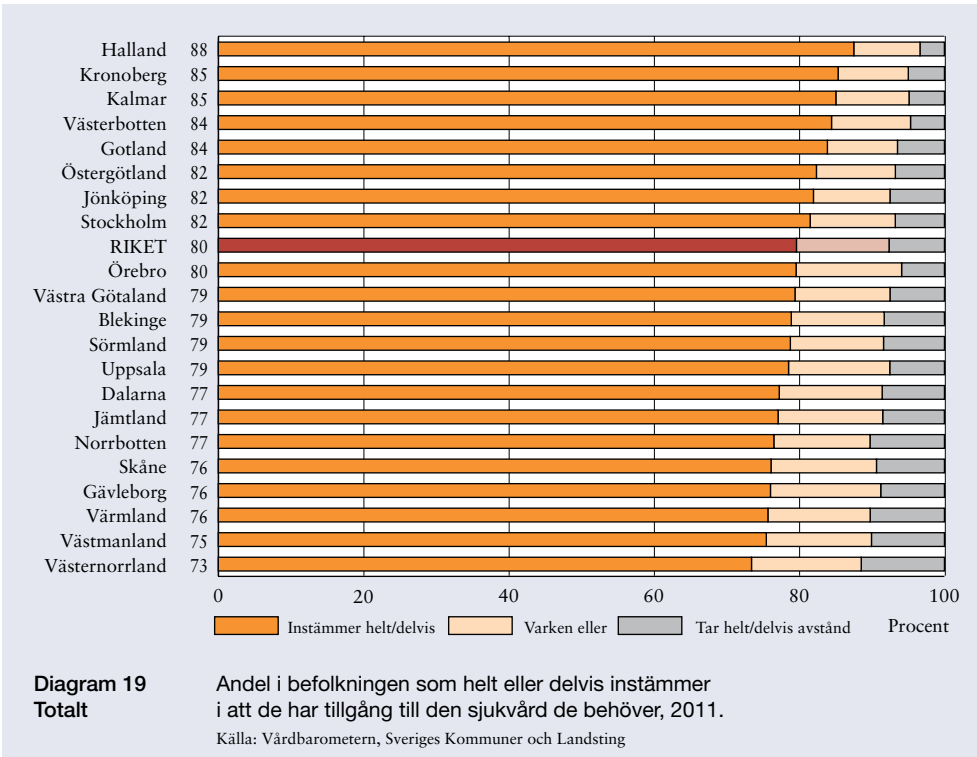
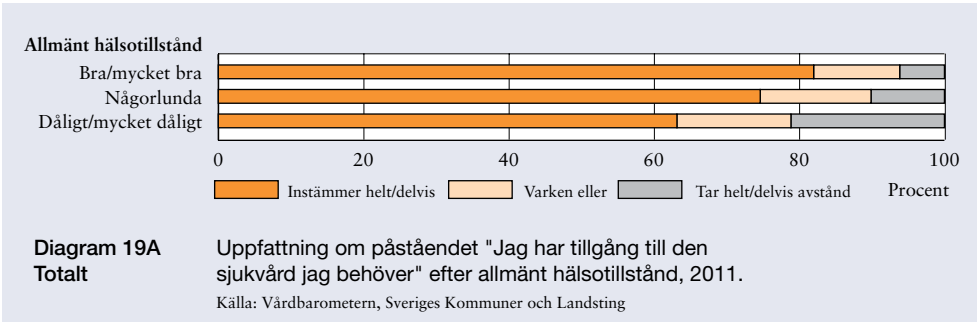
Andelen som helt eller delvis instämmer i påståendet "Jag har tillgång till den sjukvård jag behöver" är för riket 80 procent. Motsvarande siffra år 2010 var 82 procent (vet ej/ej svar exkluderat). Landstingens resultat varierar från 73 till 88 procent. I riket anser åtta procent att de inte har tillgång till den vård de behöver. Den andelen varierar från 3 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 yrkes-

verksam ålder uppger i lägre grad än andra åldersgrupper att de har tillgång till den sjukvård de behöver och gruppen 70 år och äldre gör det i högre grad.

Födda utanför Norden anser i lägre utsträckning att de har tillgång till den sjukvård de behöver än personer födda i Sverige och övriga Norden. Variabeln allmänt hälsotillstånd har dock större betydelse. 63 procent av dem som uppger att de har ganska dåligt eller mycket dåligt allmänt hälsotillstånd anser att de har tillgång till den sjukvård de behöver. Motsvarande siffra för personer med bra eller mycket bra hälsotillstånd är 82 procent.

Av dem som inte instämmer helt i påståendet, att de har tillgång till den sjukvård de behöver, uppger 26 procent att kortare väntetider skulle göra att de fick bättre tillgång.



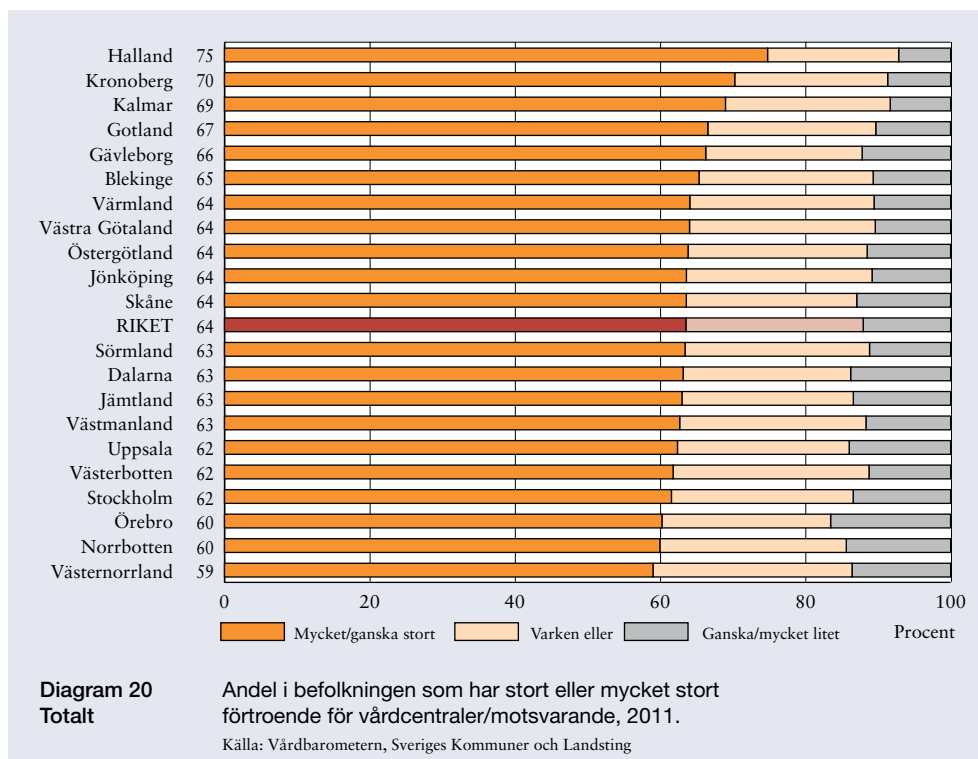
20 Förtroende för vårdcentraler

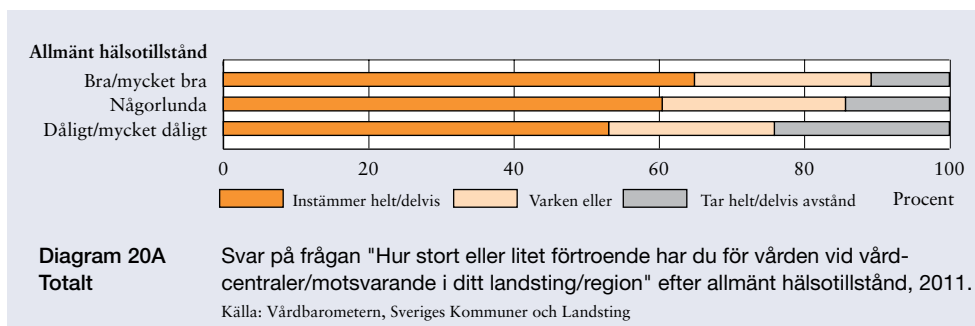
Diagram 20 redovisar befolkningens förtroende för vårdcentraler eller motsvarande. I riket som helhet har 64 procent mycket eller ganska stort förtroende, med en variation mellan landstingen från 59 till 75 procent. Motsvarande siffra i 2010 års mätning var för riket 62 procent (vet ej/ej svar exkluderat).

Andelen som har litet eller mycket litet förtroende var i riket 12 procent. Det är personer med dåligt eller mycket dåligt hälsotillstånd som har lägst förtroende för vårdcentraler eller motsvarande. 23 procent inom denna grupp uppger att de har litet eller mycket litet förtroende, således en nästan dubbelt så stor andel som i befolkningen som helhet.

Skillnader noteras även mellan olika åldersgrupper. De som är 70 år och äldre har störst förtroende för sitt landstings vårdcentraler eller motsvarande. Andelen upp- går till 75 procent. I åldersgruppen 30–39 år, där förtroendet är lägst, är motsvarande siffra 54 procent.

De med ganska litet eller mycket litet förtroende för vårdcentraler (4 826 personer) fick frågan varför deras förtroende brister. De tre främsta anledningarna som upp- gavs var: "Man får inte den hjälp man behöver" (25 procent), "Dålig kompetens hos läkare" (23 procent) samt "Olika läkare/personal från gång till gång" (12 procent). Av de som besvarade frågan var det 19 procent som angav "Annan anledning". Vad

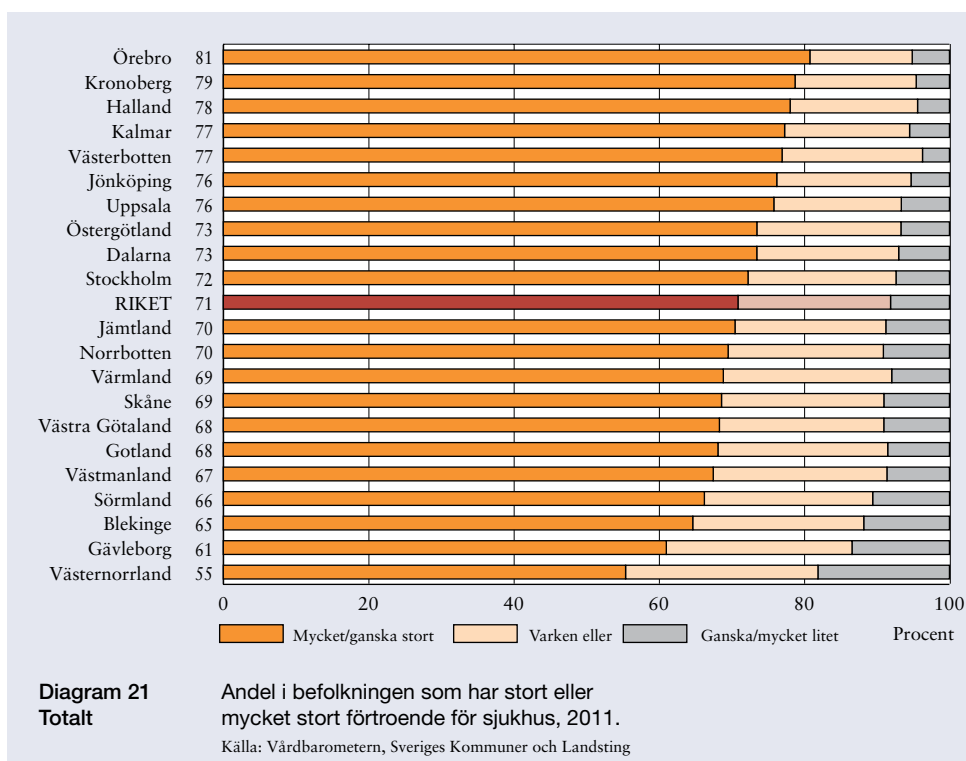


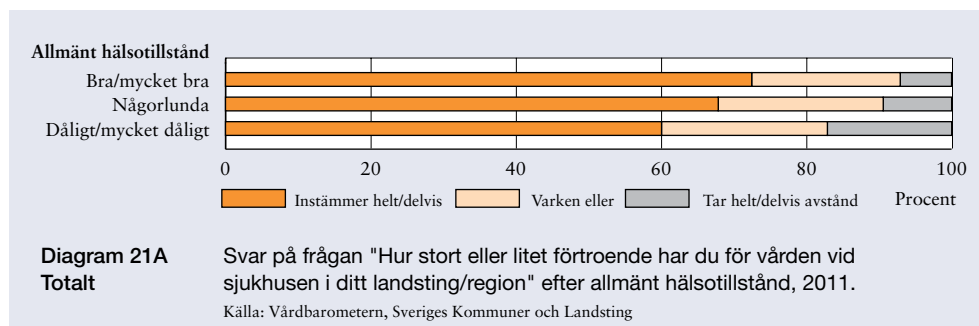


för typ av svar som ligger inom denna kategori har dokumenterats för att få bättre förståelse och för att kunna göra eventuella justeringar i svarsalternativen inför kommande mätningar.

21 Förtroende för sjukhus

Frågan om befolkningens förtroende för sjukhus i sitt landsting eller sin region redovisas i diagram 21. Resultaten är mer positivt än för primärvården. I riket är det 71 procent som har stort eller mycket stort förtroende för sjukhusen, vilket inte är någon förändring jämfört med 2010. I riket har 7 procent litet förtroende för sjukhus.





Skillnaderna mellan landstingen är stora. I Örebro anger 81 procent "ganska stort" eller "mycket stort" förtroende, mot 55 procent i Västernorrland. Mellan män och kvinnor är skillnaden 4 procentenheter sett till andelen med stort förtroende, som hos männen är 73 procent jämfört med 69 procent bland kvinnorna. Lägst är förtroendet bland dem som är ensamstående med barn (61 procent) samt de med dåligt eller mycket dåligt hälsotillstånd (60 procent).

De som svarade att de har ganska litet eller mycket litet förtroende för sjukhus (3 118 personer) fick följdfrågan varför deras förtroende brister. De främsta anledningarna som uppgavs var: "Man får inte den hjälp man behöver" (28 procent) samt "Dålig kompetens hos läkare" (15 procent) och 12 procent svarade att det var på grund av "Felaktiga behandlingar". Av de som besvarade frågan var det 27 procent som angav "Annan anledning". Vad för typ av svar som ligger inom denna kategori har dokumenterats för att få bättre förståelse och för att kunna göra eventuella justeringar i svarsalternativen inför kommande mätningar.

Nationell Patientenkät

Primärvård

Nationell Patientenkät genomfördes första gången inom primärvården 2009. Hösten 2010 upprepade 15 landsting mätningen. I september 2011 deltog samtliga landsting i mätningen.

Närmare 248 000 enkäter skickades ut till slumpvis utvalda patienter som gjort ett läkarbesök på en vårdcentral eller motsvarande under september månad. Patienterna fick möjlighet att berätta om och gradera sina erfarenheter av sitt besök. Frågorna handlar bland annat om bemötande, delaktighet, information och upplevd tillgänglighet. Cirka 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.

Somatisk vård

Nationell Patientenkät genomfördes första gången inom den specialiserade vården våren 2010. Våren 2012 gjordes den andra mätningen, även denna gång inom öppen

och slutenvård, både inom den specialiserade somatiska vården samt inom vuxenpsykiatri. Här presenteras resultat på landstingsnivå för somatisk öppen- och slutenvård.

Närmare 180 000 enkäter skickades ut till slumpvis utvalda patienter som gjort ett besök inom den somatiska öppenvården. Inom den somatiska slutenvården skickades enkäten ut till närmare 80 000 patienter som legat inlagda på sjukhus. Det var cirka 100 000 patienter i den öppna vården som besvarade enkäten och cirka 45 000 patienter i den slutna vården. Den korrigerade svarsfrekvensen var 59 respektive 63 procent.

Resultat från Nationell Patientenkät finns att tillgå via www.skl.se/nationellpatientenkät. Här visas resultat för riket, per landsting samt för kliniker och vårdcentraler. Resultaten för vårdcentraler/motsvarande finns även publicerade på 1177.se, Jämför vård.

Bortfall och variation i patientsammansättning

Bortfall av svar kan påverka resultatet, framförallt vid jämförelser på lägre nivå, mellan vårdcentraler och mellan sjukhuskliniker. Studier från andra medborgarundersökningar visar att det finns socioekonomiska skillnader i benägenheten att svara på frågeformulär. Svarsfrekvensen är också ofta högre bland svenskfödda medborgare än utlandsfödda. Erfarenheter från folkhälsoundersökningar visar att individer med sämre 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.

Tidigare refererade uppgifter från Vårdbarometern tyder även på att personer med sämre hälsa tenderar att ha lägre förtroende för sjukvården och i högre grad inte

Patientupplevd kvalitet

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

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

menar sig ha tillgång till den vård man behöver. Variationer i hälsotillstånd kan troligen påverka även hur man som patient värderar de vårdkontakter man haft, och därmed påverka resultatet i patientenkäter.

22–24 Bemötande, information och delaktighet vid besök i primärvård

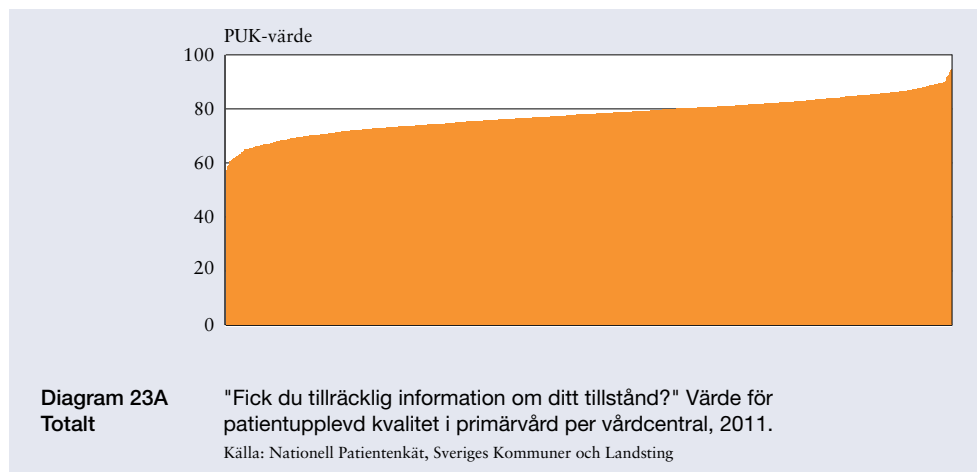
I diagram 22 redovisas resultatet för patienters upplevelse av bemötandet i primärvården inom respektive landsting. Bemötande är en av de indikatorer där patienter över landet generellt har gett det mest positiva omdömet. Värdena för patientupplevd kvalitet (PUK) varierar mellan 88 och 92 och rikssnittet var 90.

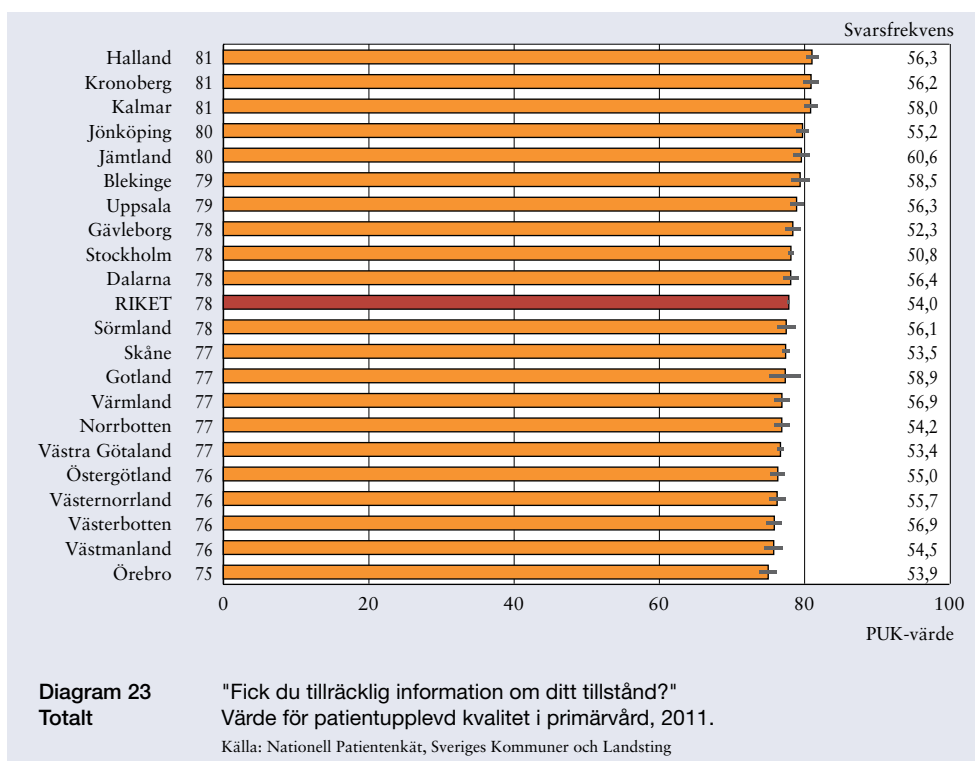
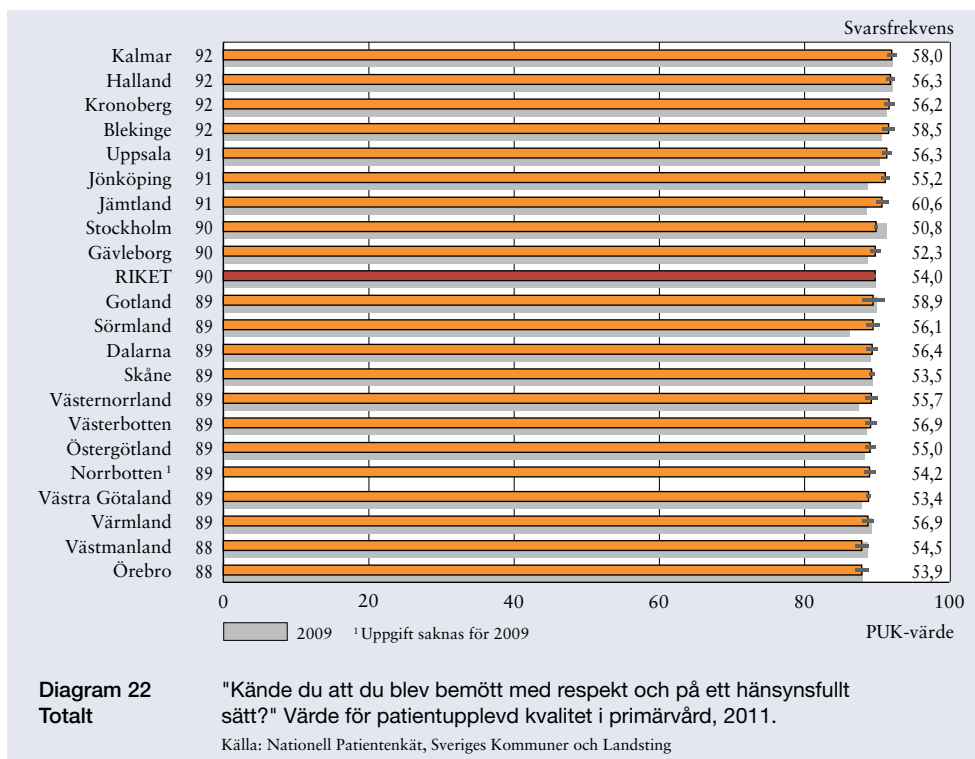
Män uppger i något högre grad än kvinnor att de fått ett hänsynsfullt och respektfullt bemötande. Mellan landstingen varierar PUK-värdet från 87 till 91 för kvinnor och från 89 till 93 för män. Jämfört med föregående år kan man inte se några direkta skillnader i resultatet för riket. Det finns dock större skillnader om man tittar på lägre nivåer, som på landstings- eller vårdcentralsnivå.

I diagram 23 redovisas resultatet för frågan om patienterna tyckte att de fick tillräcklig information om sitt tillstånd. Värdet för patientupplevd kvalitet är i riket 78, med en variation mellan landsting från 75 till 81. För kvinnor är värdet 77, med en variation från 74 till 80. PUK-värdet för män var något högre, 80, med en variation från 76 till 83. Resultatet i riket har inte förändrats sedan föregående år, medan det för enskilda landsting finns vissa skillnader.

I diagram 24 redovisas resultatet för patienters upplevelse av delaktighet vid läkarbesök på vårdcentral eller motsvarande. Värdena för patientupplevd kvalitet (PUK) är i riket 78 och varierar mellan landstingen från 75 till 83. Skillnaderna mellan könen är marginell.

Diagram 23A och 24A illustrerar som förväntat att det är större spridning mellan vårdcentraler än mellan landsting.





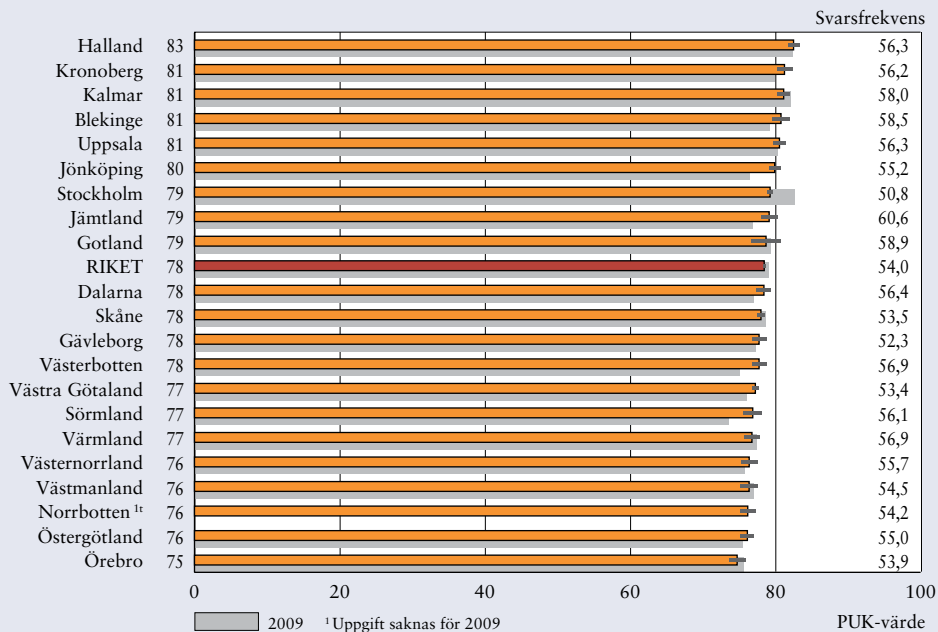


Diagram 24
Totalt

"Kände du dig delaktig i beslut om din vård och behandling, så mycket som du önskade?" Värde för patientupplevd kvalitet i primärvård, 2011.

Källa: Nationell Patientenkät, Sveriges Kommuner och Landsting

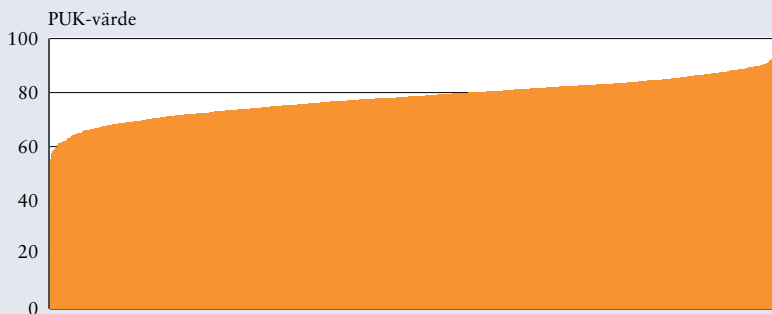


Diagram 24A
Totalt

"Kände du dig delaktig i beslut om din vård och behandling, så mycket som du önskade?" Värde för patientupplevd kvalitet i primärvård per vårdcentral, 2011.

Källa: Nationell Patientenkät, Sveriges Kommuner och Landsting

25–27 Bemötande, information och delaktighet vid besök i specialiserad vård

I diagram 25 redovisas resultatet för patienternas upplevelse av bemötandet inom den somatiska öppenvården i respektive landsting. 89 procent av dem svarade "Ja, helt och hållet" på frågan om man blivit bemött med hänsyn och respekt. Det är



Diagram 25
Totalt

"Kände du att du blev bemött med respekt och på ett hänsynsfullt sätt?" Fördelning mellan svarsalternativ, våren 2012. Avser besök i specialiserad öppen vård.

Källa: Nationell Patientenkät, Sveriges Kommuner och Landsting

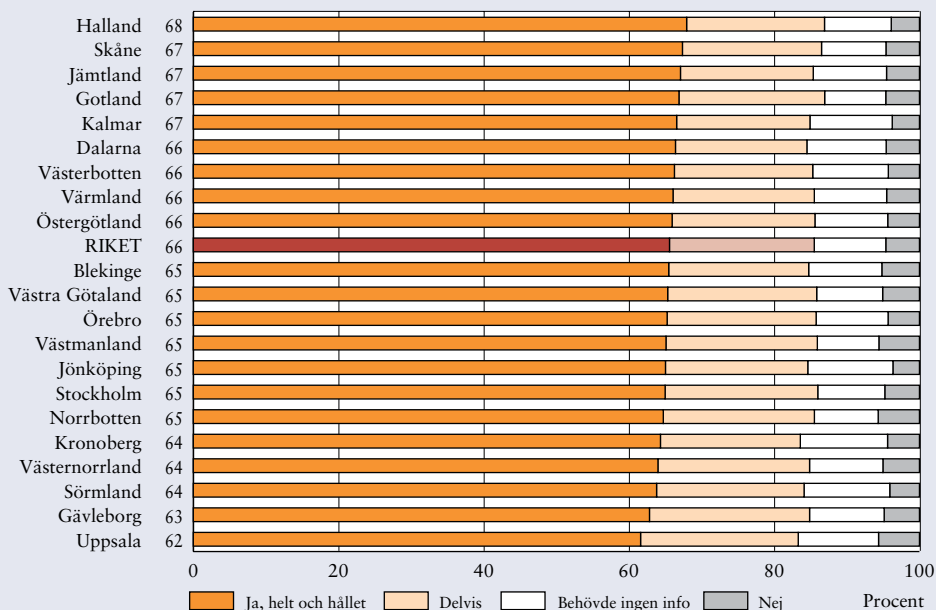
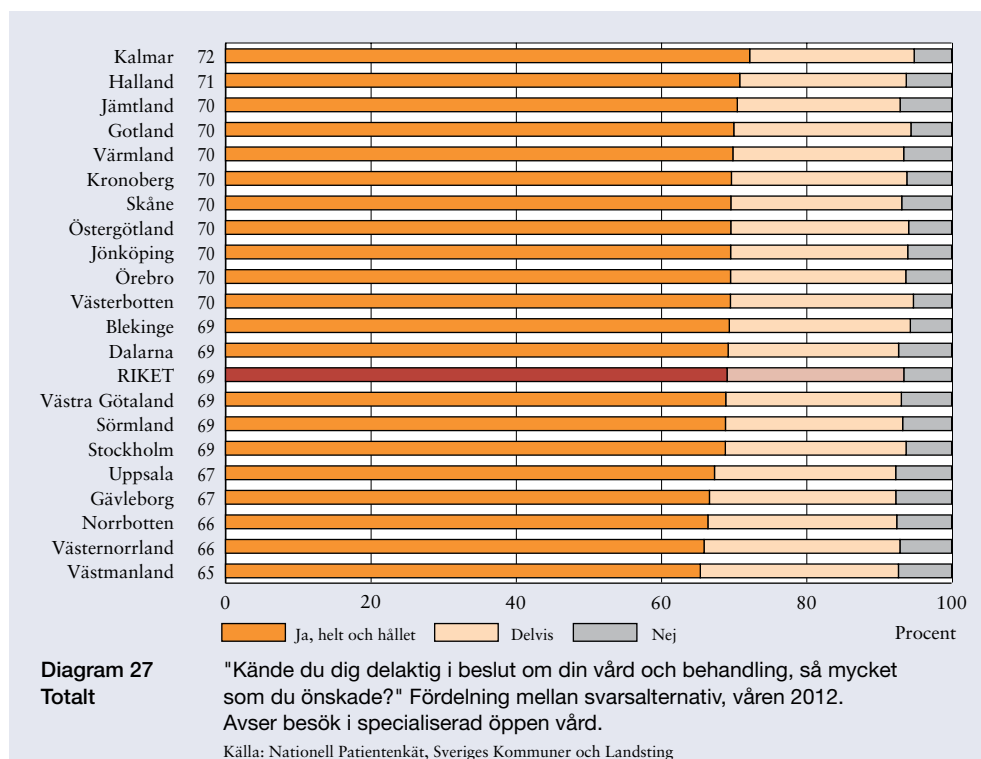


Diagram 26
Totalt

"Fick du tillräcklig information om ditt tillstånd?" Fördelning mellan svarsalternativ, våren 2012. Avser besök i specialiserad öppen vård.

Källa: Nationell Patientenkät, Sveriges Kommuner och Landsting



små skillnader mellan landstingen. Män anser i något högre grad än kvinnor att de blivit bemötta med hänsyn och respekt.

I diagram 26 redovisas resultatet för i vilken utsträckning patienterna tyckte att de fick tillräcklig information om sitt tillstånd. I riket svarade 66 procent "Ja, helt och hållet". Kvinnorna (63 procent ja-svar) är mindre nöjda med informationen än männen (69 procent ja-svar). Det är små skillnader mellan landstingen.

Patienters upplevelse av delaktighet inom den somatiska öppenvården redovisas i diagram 27. I riket var det 69 procent som svarade "Ja, helt och hållet" på frågan om de fått vara delaktiga i beslut om sin vård och behandling så mycket som de önskade. Landstingens resultat varierade mellan 65 och 72 procent. Skillnaderna mellan könen är marginell.

28–30 Bemötande, information och delaktighet vid inläggning på sjukhus

I diagram 28 redovisas resultatet för patienternas upplevelse av bemötandet inom den somatiska slutenvården. I riket svarade 85 procent "Ja, helt och hållet" på frågan om man blivit bemött med hänsyn och respekt. Andelen varierar från 82 till 88 procent. Det går att utläsa vissa skillnader i resultat mellan könen, särskilt i enskilda landsting. En högre andel av männen ger ja-svar på frågan.



Diagram 28
Totalt

"Kände du att du blev bemött med respekt och på ett hänsynsfullt sätt?". Fördelning mellan svarsalternativ, våren 2012. Avser specialiserad somatisk slutenvård.

Källa: Nationell Patientenkät, Sveriges Kommuner och Landsting

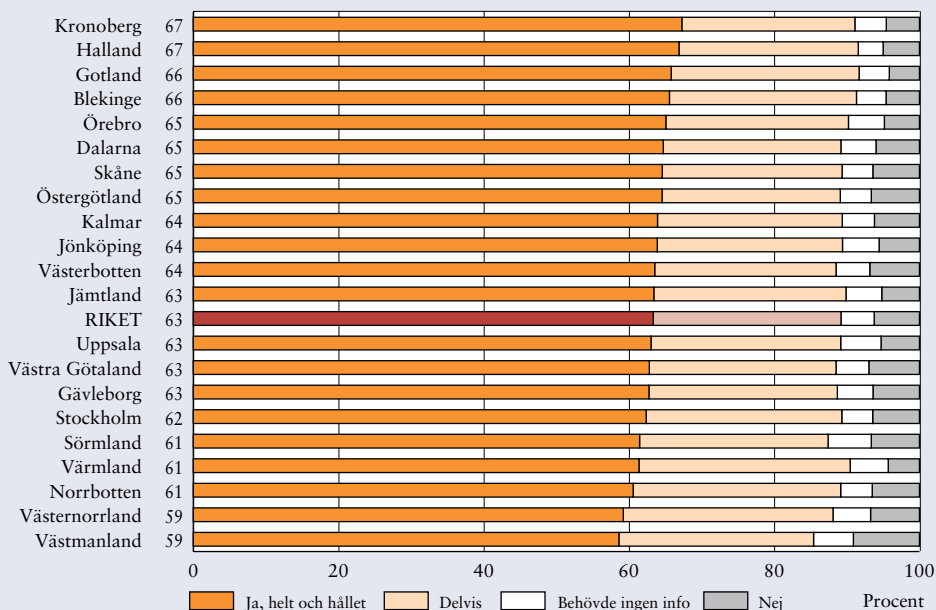


Diagram 29
Totalt

"Fick du tillräcklig information om ditt tillstånd?". Fördelning mellan svarsalternativ, våren 2012. Avser specialiserad somatisk slutenvård.

Källa: Nationell Patientenkät, Sveriges Kommuner och Landsting

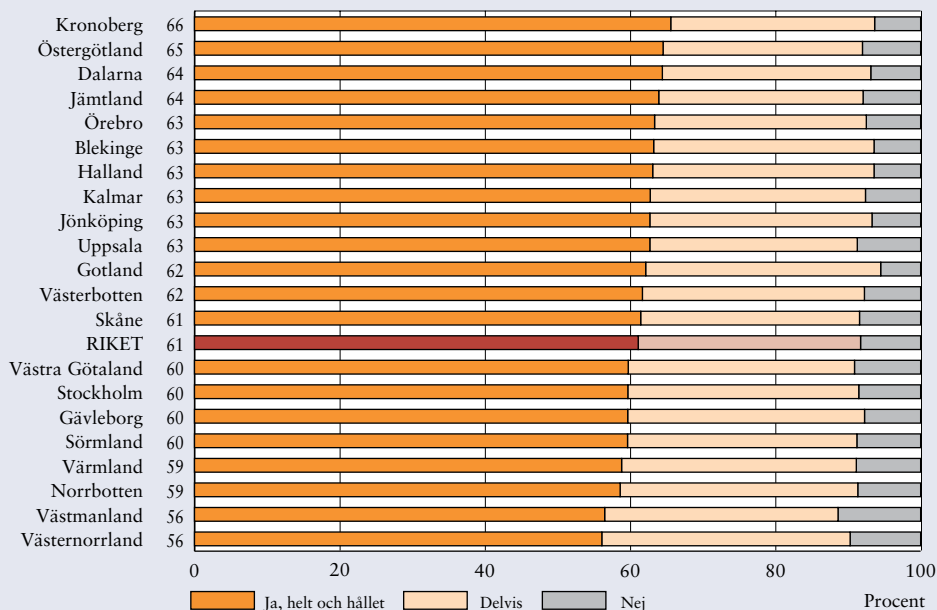


Diagram 30
Totalt

"Kände du dig delaktig i beslut om din vård och behandling, så mycket som du önskade?" Fördelning mellan svarsalternativ, våren 2012. Avser specialiserad somatisk slutenvård.

Källa: Nationell Patientenkät, Sveriges Kommuner och Landsting

I diagram 29 redovisas resultatet för i vilken utsträckning patienter som legat inlagda inom den somatiska vården tyckte att de fick tillräcklig information om sitt tillstånd. Andelen som svarar positivt uppgår i riket till 63 procent och skillnaderna mellan landstingen är måttliga. Männen upplevde i högre grad än kvinnorna att de fått tillräcklig information om sitt tillstånd: 66 procent avgav ja-svar, medan andelen bland kvinnorna var 61 procent.

I diagram 30 redovisas resultatet för patienters upplevelse av delaktighet inom den somatiska slutenvården. Resultatet är lägre än för både bemötande och information. I riket svarar 61 procent att de helt och hållet kände sig delaktiga, med en variation mellan landstingen på tio procentenheter. I riket är skillnaderna mellan könen små, medan variationerna kan vara större inom enskilda landsting och även mellan landsting.

TILLGÄNGLIGHET

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

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

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

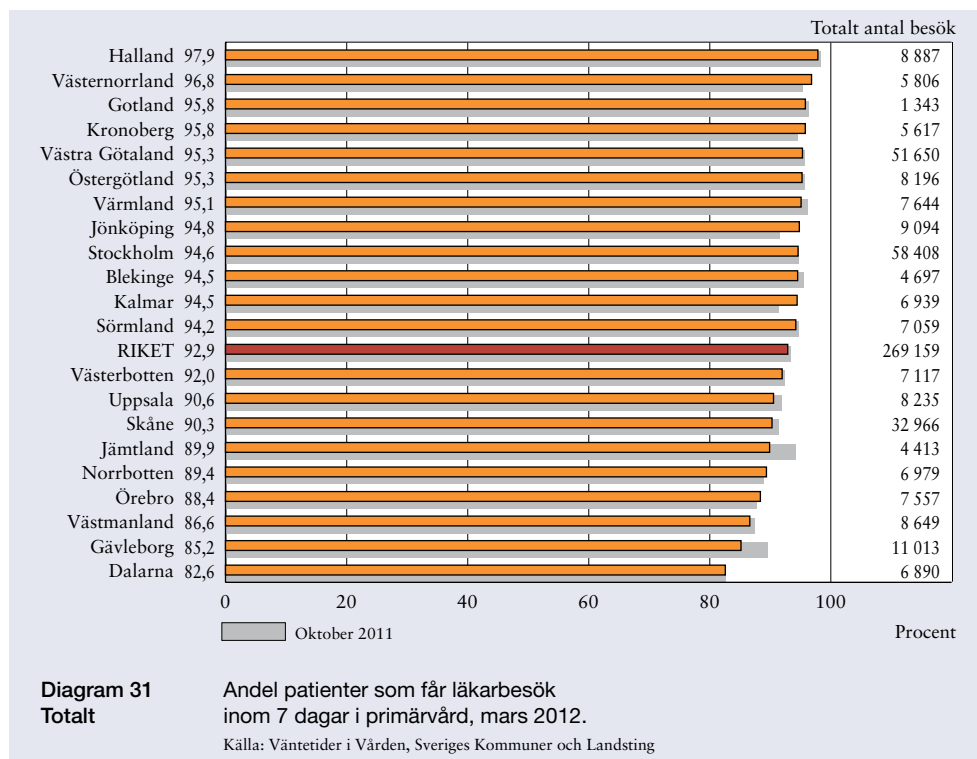
Utvecklingen av tillgängligheten inom såväl primärvård som specialiserad vård enligt vårdgarantins tidsgränser följs upp med regelbundna publiceringar på webbplatsen www.vantetider.se. Det finns metodproblem att beakta i all uppföljning av väntetider. Mycket tyder på att de medicinska indikationerna,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

Källan till uppgifter om tillgänglighet och väntetider är landstingens gemensamma nationella databas, Väntetider i Vården. Tillgången till och kvaliteten på data förbättras kontinuerligt med hjälp av den nationella rapporteringsorganisationens arbete. Svarsfrekvensen har under de senaste åren varit mycket god. En indikator om vad patienter ansåg om väntetid i primärvård har Nationell Patientenkät som källa.

Av de indikatorer som presenteras i detta avsnitt avser tre primärvårdens tillgänglighet. De övriga avser besök och behandlingar inom den planerade specialiserade vården.

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.

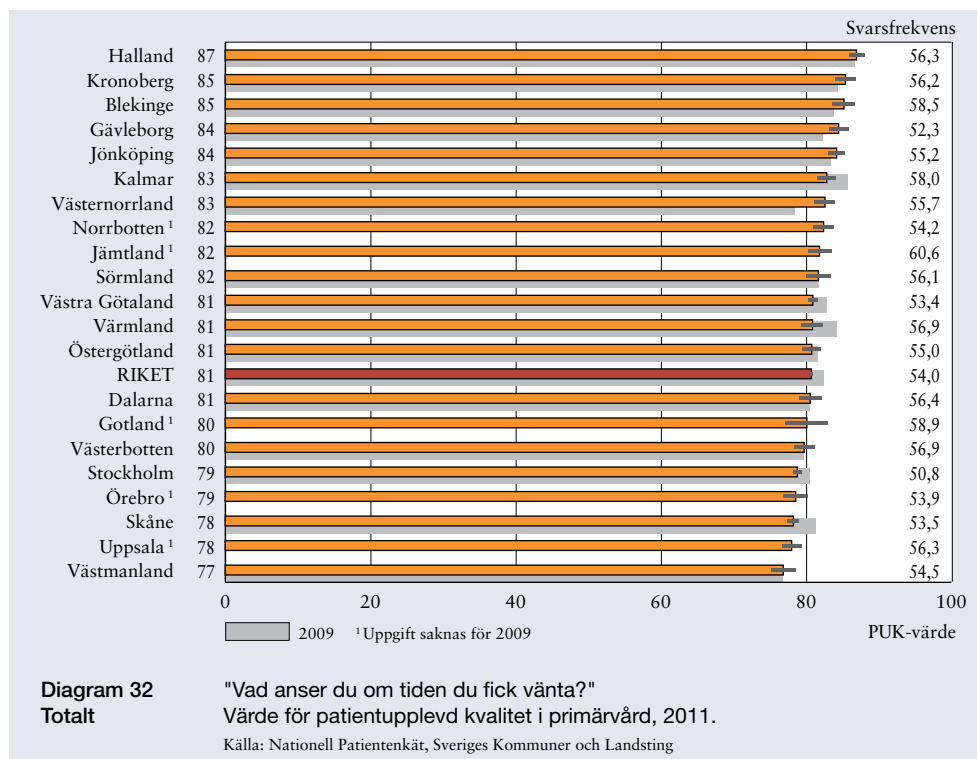


Redovisningen här bygger på uppgifter från den senaste mätningen, som genomfördes den 19–30 mars 2012. Alla vårdcentraler eller motsvarande förväntas rapportera uppgifter. Totalt deltog 1 089 vårdcentraler och privata allmänläkare med vårdavtal i mätningen. 68 vårdcentraler deltog inte. Detta gav en svarsfrekvens på 94 procent. Tretton landsting hade 100 procents svarsfrekvens. Två landsting hade svarsfrekvens under 90 procent. Uppgifter redovisas på vårdcentralsnivå på www.vantetider.se

Sammanlagt rapporterades över 269 000 besök som omfattas av vårdgarantin. Läkarbesök för hälsointyg, vaccination eller kontroll/uppföljning ingår inte. Vid rapportering av vantetider kan vårdcentralen ange om patienten själv valt en tid som ligger längre fram i tiden än 7 dagar i de fall patienten initialt erbjudits detta. Denna väntetid kallas "patientvald väntetid" och är exkluderad i redovisningen.

I diagram 31 återges andelen patienter som under mätperioden fick besök hos allmänläkare inom sju dagar, enligt vårdgarantins intention. Även svarsfrekvensen per landsting redovisas i diagrammet.

Mätningen visar att 93 procent i genomsnitt av de patienter som omfattas av vårdgarantin fick träffa en läkare inom föreskriven tid. För landstingen varierar andelen mellan 83 och 98 procent.



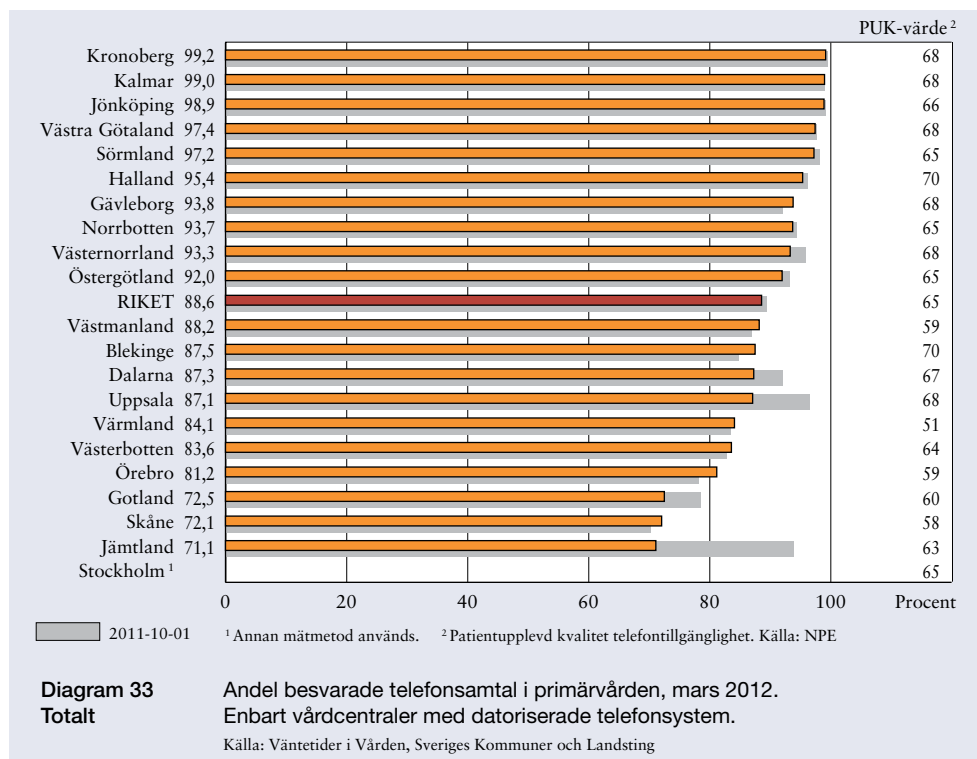
32 Uppfattning om väntetid vid besök i primärvård

I diagram 32 redovisas hur patienterna upplevde tillgängligheten till sitt besök på vårdcentralen eller motsvarande. Källan är Nationell Patientenkät. Resultatet på frågan "Vad anser du om tiden du fick vänta?" redovisas med ett värde för patientupplevd kvalitet (PUK). I riket var PUK-värdet 81, med en variation mellan landsting från 77 till 87. Det finns i riket inga större skillnader mellan könen. Jämfört med föregående år kan man inte se några egentliga förändringar. Det finns även en viss överensstämmelse mellan landstingens resultat för denna indikator och resultaten från uppföljning av väntetiderna i primärvården (indikator 31).

33 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 2012, en hel kalendermånad.

Alla vårdcentraler eller motsvarande som har datoriserade telefonsystem förväntas rapportera uppgifter. Totalt deltog 862 vårdcentraler och privata allmänläkare med vårdavtal i mätningen. 51 vårdcentraler deltog inte då de saknar datoriserat system och 241 vårdcentraler rapporterade inga uppgifter alls. Uppgifter redovisas på vårdcentralsnivå på www.vantetider.se.

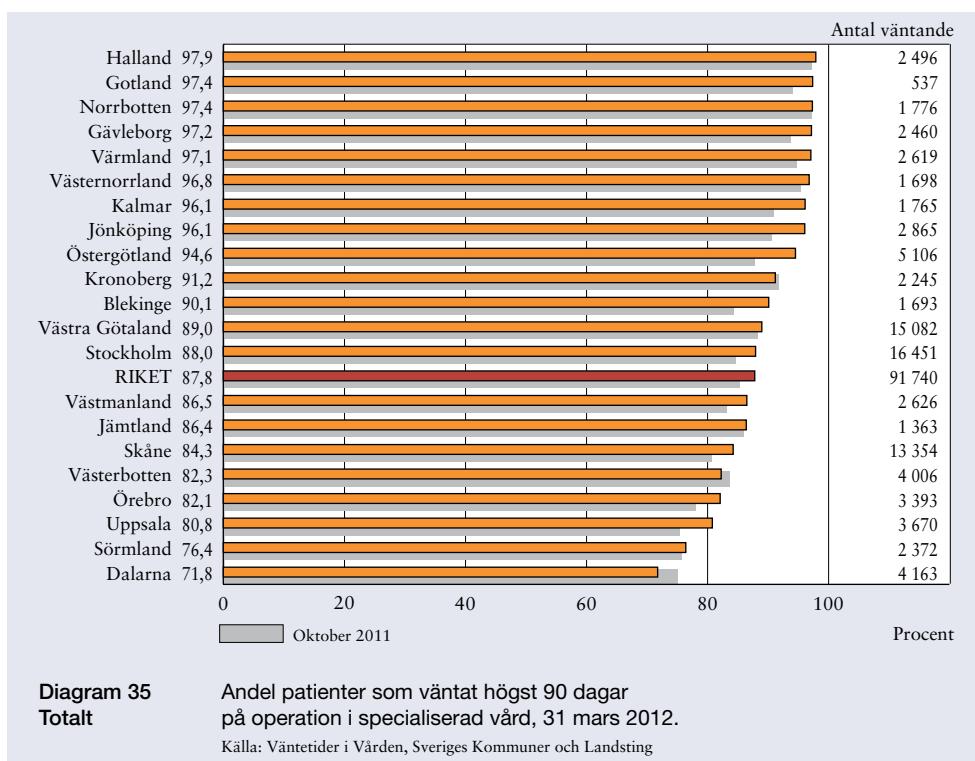
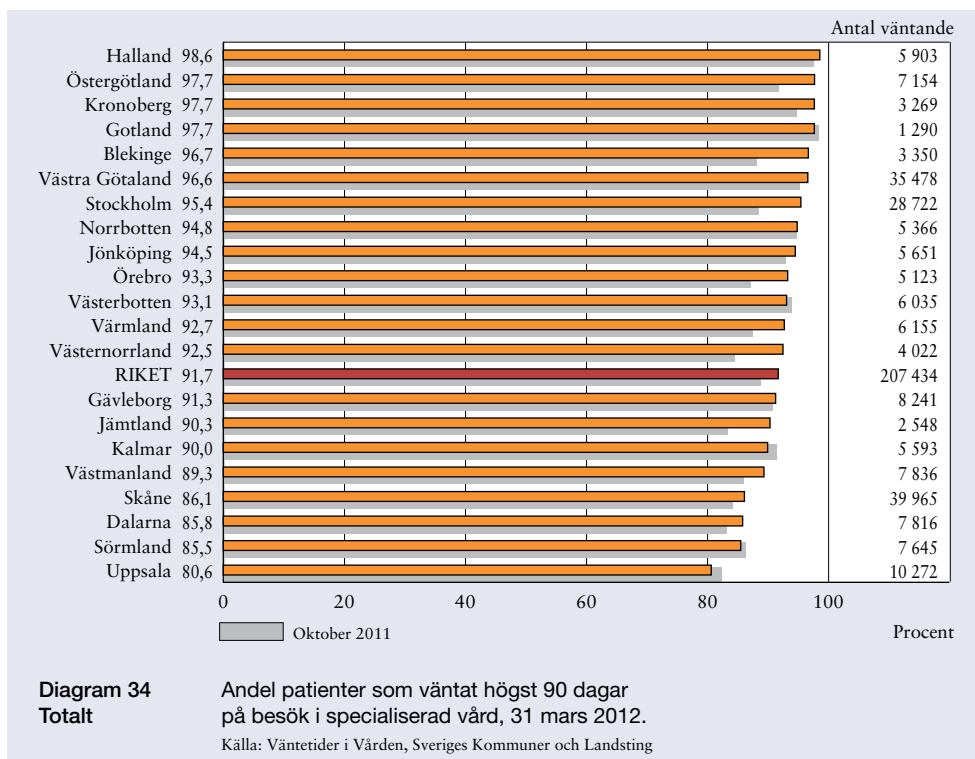


Sammanlagt rapporterades över 1 800 000 samtal varav över 1 600 000 bevarades vilket ger en telefontillgänglighet på 89 procent. Stockholm ingår inte i mätningen på grund av annan mätmetod.

I diagram 33 återges andelen besvarade samtal som under mätperioden, enligt vårdgarantins intention. Mätningen visar att i genomsnitt besvarades 89 procent av samtliga telefonsamtal med en variation mellan landstingen från 71 till 99 procent, vilket är ungefär samma nivå som oktober 2011. En jämförelse med 2011 års Öppna jämförelser visar att framförallt Värmland har ökat andelen besvarade samtal markant. Från 64 procent i mars 2011 till 84 procent i mars 2012. Däremot har den patientupplevda telefontillgängligheten minskat något i Värmland mellan mätperioderna, från 55 till 51. Den patientupplevda telefontillgängligheten i riket var 65 (PUK).

34–35 Besök respektive operation inom 90 dagar i specialiserad vård

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



Det sammanlagda antalet patienter som är uppsatta på vänte- eller planeringslistor till specialistbesök har minskat från 226 000 till 207 000 patienter mellan oktober 2011 och mars 2012. Utöver de 207 000 patienterna väntar 3 400 patienter på ett förstabesök, men de har själva valt att vänta längre än vårdgarantins tidsgräns. Det totala antalet patienter med ett beslut om behandling/operation har också minskat något, från 94 000 till 91 700 patienter. Drygt 3 000 patienter tillkommer på väntelistorna men de har själva valt att skjuta upp behandlingen/operationen och får därmed vänta längre än 90 dagar.

Diagram 34 visar att av alla patienter som väntar på ett planerat besök, så har 92 procent av patienterna väntat högst 90 dagar vid mätningen i mars 2012. Detta är en förbättring med tre procentenheter från oktober 2011, då cirka 89 procent hade väntat högst 90 dagar.

I sjutton landsting minst 90 procent av patienterna väntat högst 90 dagar. Övriga fyra landsting har en variation på 81 till 86 procent för andelen som väntat högst 90 dagar. Två landsting har något sämre tillgänglighet jämfört med oktober 2011.

I diagram 35 kan ses att andelen som väntat högst 90 dagar till operation eller behandling var 88 procent i riket, vilket är en ökning med 3 procentenheter jämfört med oktober 2011. Variationen mellan landstingen är stor: Mellan 72 och 98 procent av patienterna har väntat högst 90 dagar.

I riket som helhet har antalet som väntat längre än 90 dagar på en operation minskat till 9 800 från 12 900. Antal patienter som väntat längre än 90 dagar på ett specialistbesök har minskat från cirka 23 000 personer till 14 800 personer vid mätningen i mars 2012.

KOSTNADER

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

Det enklaste och oftast enda tillgängliga måttet på resursåtgång är kostnaderna. Genom att relatera 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 rapporten Öppna jämförelser görs ingen sådan sammanvägning, utan här redovisas istället några övergripande jämförelser av kostnader per invånare och kostnad per prestation.

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

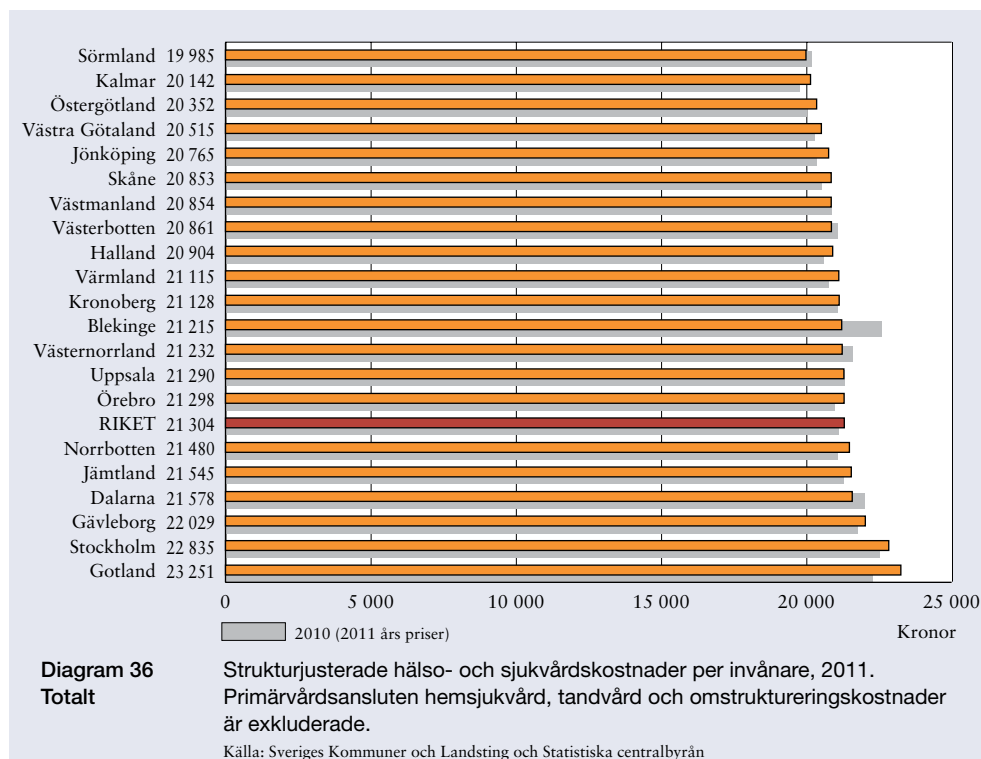
Källorna till kostnadsuppgifterna är SCB:s ekonomistatistik, SKL:s verksamhetsstatistik samt KPP-databasen vid SKL. KPP-databasen innehåller patientrelaterade kostnadsuppgifter om specifika vårdkontakter och om kostnader för de åtgärder eller vårdinsatser som görs vid varje enskild vårdkontakt.

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

36 Strukturjusterad hälso- och sjukvårdskostnad

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

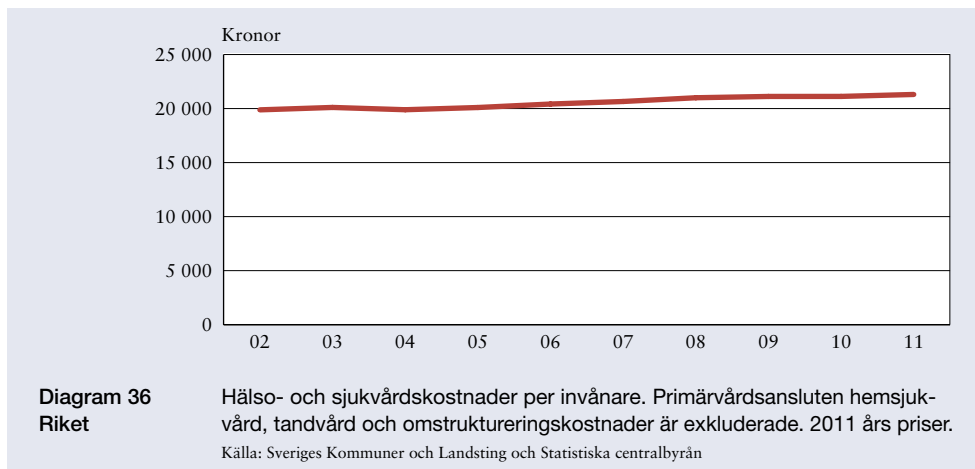
Årligen beräknas för respektive landsting en standardkostnad för hälso- och sjukvården. Denna beräknas utifrån uppskattade genomsnittliga vårdkostnader för befolkningen indelad efter kön, ålder och socioekonomisk tillhörighet samt kostnaden för behandling av vissa diagnoser, så kallade vårdtunga grupper.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



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

Kvoten mellan standardkostnad respektive läkemedelsstatsbidrag per invånare för respektive landsting, och motsvarande för riksgenomsnittet, är ett mått på hur mycket de strukturella faktorerna betyder. Genom att dividera den faktiska kostnaden med denna kvot erhålls en strukturjusterad kostnadsnivå. Måttet är en av Socialstyrelsens nationella indikatorer för uppföljning enligt God vård och redovisas i diagram 36.

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. Jämförelser av kostnadsutveckling över en längre tidsperiod bör endast göras med den faktiska nettokostnaden. 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 kost-



nadsläget och som landstingen har svårt att styra över, men som ändå inte beaktas i utjämningsystemet.

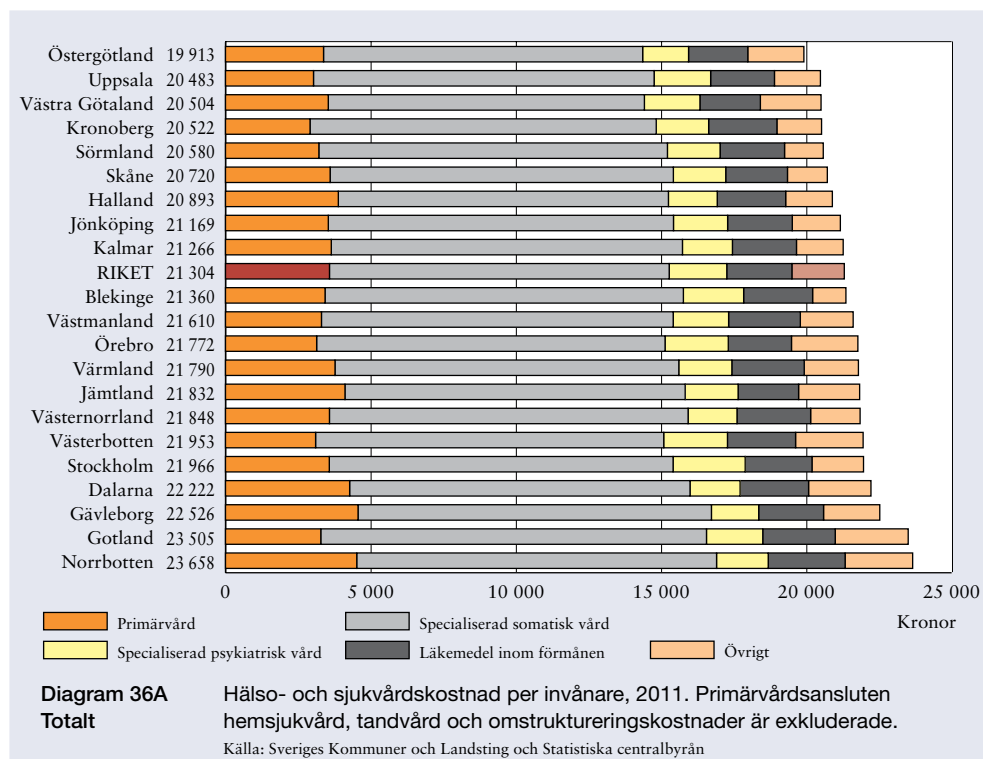
Mellan 2010 och 2011 har rikets kostnader inte förändrats nämnvärt. Kostnadsökningarna i svensk hälso- och sjukvård har generellt sett varit mycket måttlig den senaste tioårsperioden, mätt som kostnader per invånare i fasta priser.

36A Sjukvårdskostnad per invånare och verksamhetsgren

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

Genomsnittskostnaden för landstingens hälso- och sjukvård uppgick 2011, med den angivna avgränsningen, till 21 304 kronor per invånare. Norrbotten hade en kostnad per invånare som var 11 procent över genomsnittet, medan Östergötland låg 7 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.

Den genomsnittliga kostnaden för primärvård uppgick 2011 till 3 580 kronor per invånare, vilket motsvarar 17 procent av de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna. Variationen mellan landstingen är relativt stor. Landstingens geografiska förhållanden påverkar kostnadsnivåerna inom primärvården. I några landsting med stora avstånd finns slutenvårdsplatser i anslutning till primärvården, vilket drar upp primärvårdskostnaden i dessa landsting. Kostnadsjämförelsen påverkas av att verksamhetsuppdraget inom primärvård även i övrigt skiljer sig åt mellan landstingen.

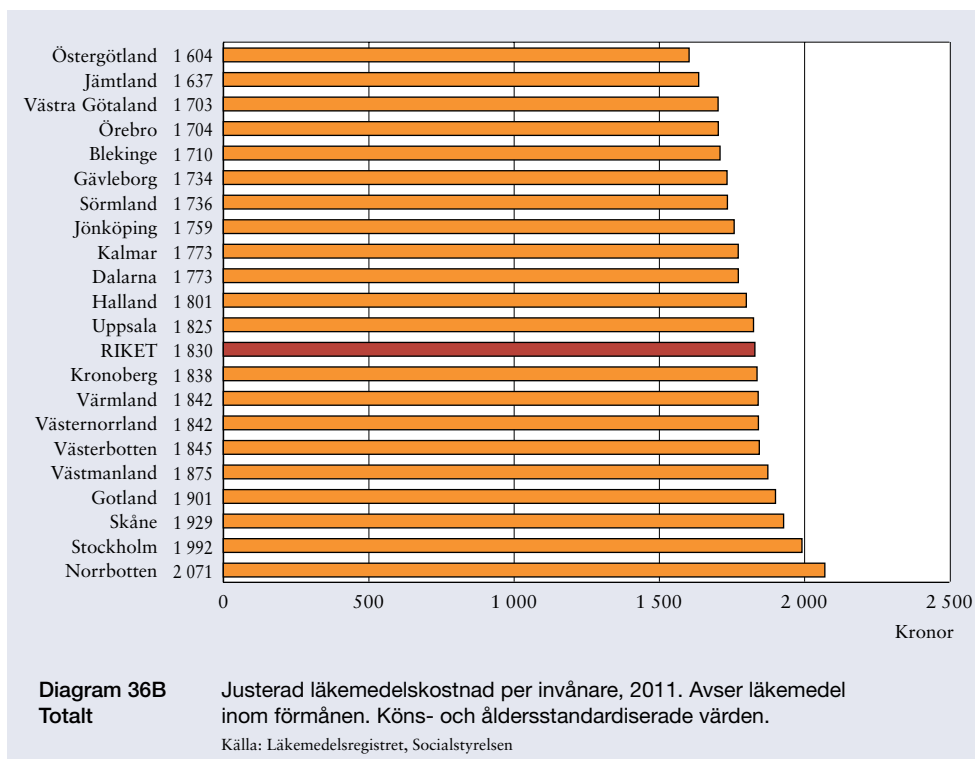


Kostnaderna för den specialiserade somatiska vården, som i genomsnitt svarar för drygt hälften av landstingens hälso- och sjukvårdskostnader, var 11 696 kronor per invånare 2011. Relativt sett är kostnadsskillnaderna mellan landsting mindre för somatisk specialistsjukvård än för primärvård.

För den psykiatriska vården var genomsnittskostnaden 1 982 kronor per invånare 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 2 242 kronor per invånare. För en beskrivning av justerade läkemedelskostnader, se nedan.

36B Justerad läkemedelskostnad per invånare

2011 var kostnaden för läkemedel 37 miljarder kronor. Cirka 70 procent av detta belopp avsåg kostnaden för läkemedel som såldes mot recept och resterande del avsåg främst läkemedel i slutenvård och egenvård. Den del av kostnaden för receptförskrivna läkemedel som individen själv inte behöver betala, utan som finansieras av landstinget kallas förmånskostnad. 2011 uppgick förmånskostnaden för läkemedel till cirka 2 020 kronor per invånare (totalt 19 miljarder kronor). Det motsvarar drygt 10 procent av den totala kostnad för hälso- och sjukvården som landstingen har, vilket är samma andel som år 2010.



Introduktion av nya läkemedel, den ökande andelen äldre i befolkningen, ökad förekomst av exempelvis fetma och psykisk ohälsa, förändrad syn på vad som är en behandlingsbar sjukdom och vidgade användningsområden för befintliga läkemedel är några faktorer som påverkar utvecklingen av läkemedelskostnader. Även ökat antal läkarbesök och förväntningar från patienter kan tänkas öka läkemedelskostnaderna. Det finns också en rad faktorer som bromsar kostnadsökningen. Patentutgångar och introduktion av billiga generika kan ha stor effekt. Exempel på andra faktorer är ökat kostnadsmedvetande bland förskrivare och incitament till kostnadseffektiv läkemedelsanvändning.

Diagram 36B visar landstingens förmånskostnad per invånare för receptförskrivna läkemedel. Kostnaden för de handelsvaror som ingår i förmånen ingår inte i jämförelsen, till exempel särskild näring och stomiprodukter. Inte heller kostnader för läkemedel som beställts till läkemedelsförråd och ges som en integrerad del inom sjukhusvården ingår.

Läkemedel med stor variation i huruvida landstingen väljer att receptförskrivna eller beställa till förråd har exkluderats i jämförelsen, för att minska skillnader som beror på att kostnader förs över från förmånen till notan för slutenvårdsläkemedel. Detta varierar över tid och därför är indikatorn förändrad jämfört med förra årets

rapport med avseende på vilka läkemedel som exkluderas. Jämförelsen omfattar totalt cirka 91 procent av kostnaderna för läkemedelsförmånen.

Kostnadsuppgifterna är standardiserade för skillnader i befolkningens sammansättning av åldrar och kön. Däremot har inte gjorts någon justering för att sjukdomsbilden varierar mellan landstingen, vilket kan vara en förklaring till kostnadsskillnaderna.

37 Kostnad per konsumerad DRG-poäng

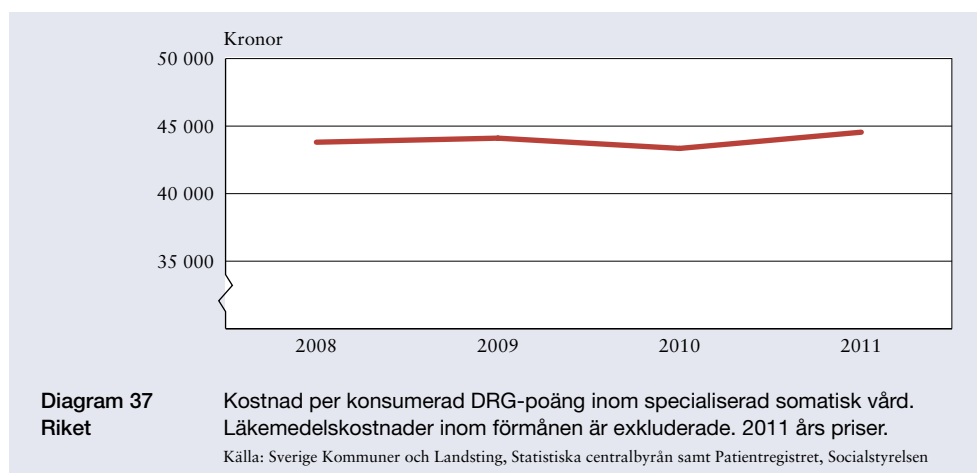
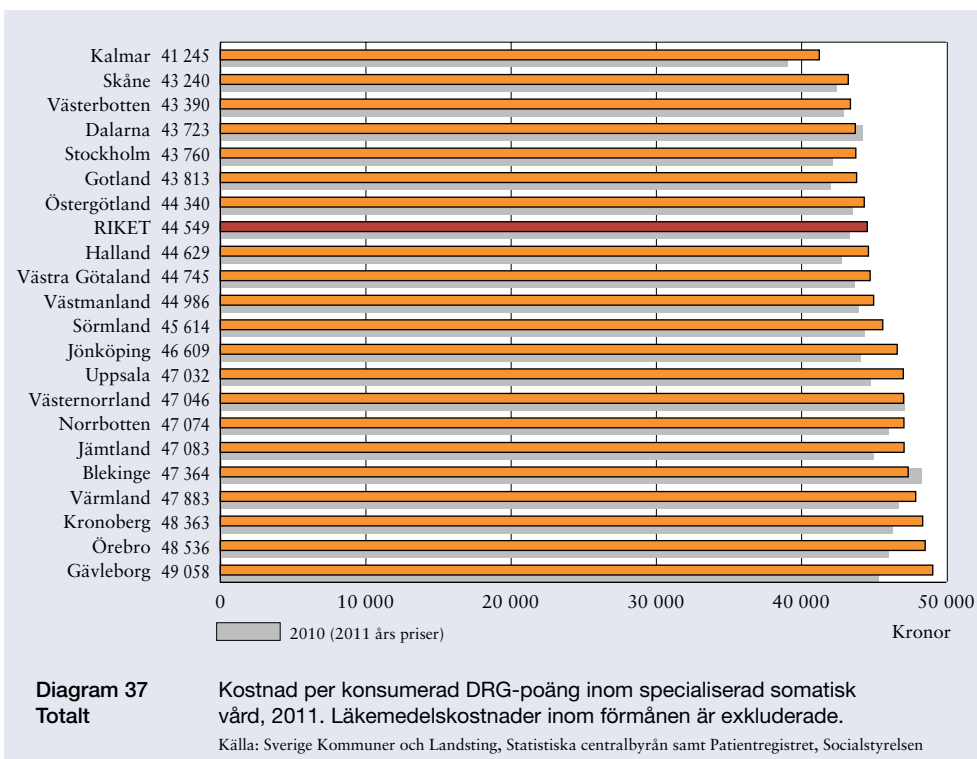
Hittills har kostnader i relation till befolkningen beskrivits, men ett mer direkt sätt att mäta kostnadsnivå är att relatera kostnaden till mängden prestationer, på så sätt uppskattas hälso- och sjukvårdens produktivitet. Produktivitet är ett snävare begrepp än effektivitet. En god produktivitet innebär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

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

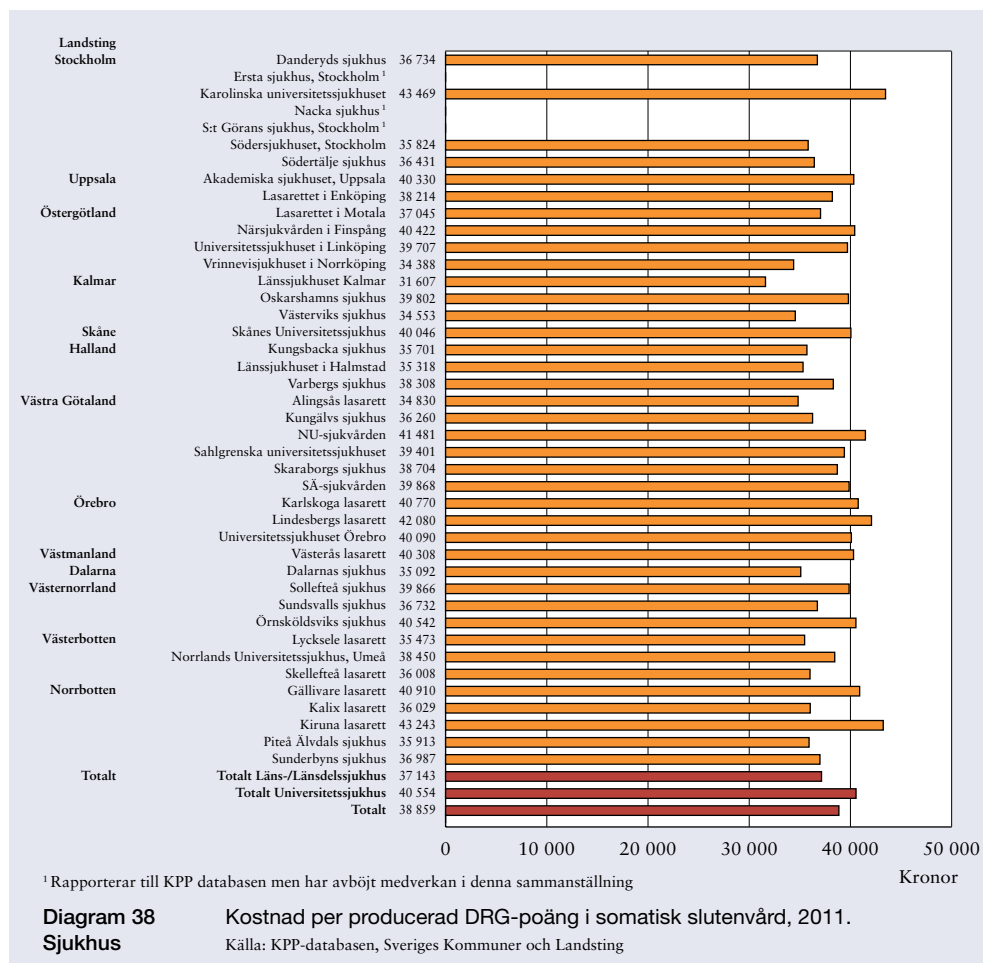
Diagram 37 visar kostnaden per DRG-poäng för den specialiserade somatiska vård som invånarna i respektive landsting fått del av. Kostnaden per DRG-poäng var i fasta priser högre 2011 än 2010, vilket indikerar att produktiviteten sjunkit, det vill säga att kostnaderna ökat mera än de viktade prestationerna.

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

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



Mätt på detta sätt är kostnadsskillnaderna mellan landstingen ungefär lika stora som när de mäts med hälso- och sjukvårdskostnader per invånare. Men rangordningen skiljer sig. Kalmar har den lägsta kostnaden per DRG-poäng, det vill säga den högsta produktiviteten, 8 procent över genomsnittet. Stockholm har låga kostnader per prestation mätt med DRG-poäng. Att kostnaderna per invånare för den

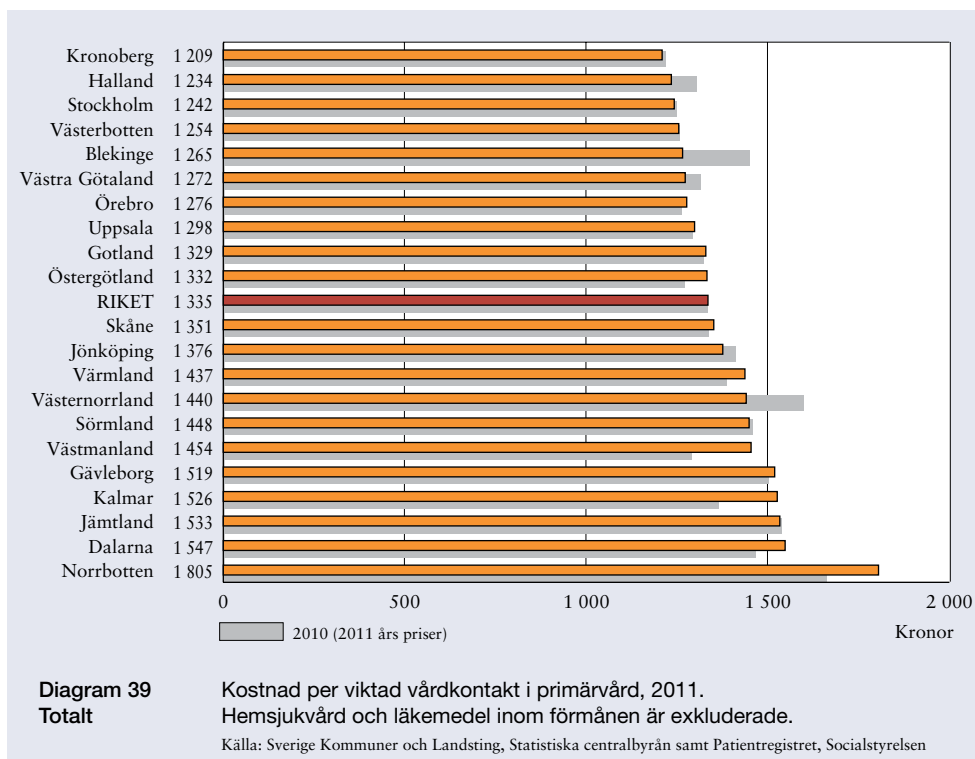


specialiserade somatiska vården inte hamnar lägst i dessa landsting beror på att vårdkonsumtionen (DRG-poäng per invånare) är förhållandevis hög.

38 Kostnad per producerad DRG-poäng

För sjukhusen som rapporterar data till KPP-databasen (Kostnad per Patient) visas i diagram 38 kostnaderna per prestation i slutenvård 2011. Här har värdet av prestationerna viktats med hjälp av DRG-systemet. Kostnaderna för ett genomsnittligt slutenvårdstillfälle i KPP-databasen uppgick 2011 till knappt 46 822 kronor. Då ingår alla fall, även de så kallade kostnadsytterfallen. I diagram 38 är dessa exkluderade, vilket gör de totala kostnaderna lägre, 38 859 kronor per DRG-poäng.

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



39 Kostnad per vårdkontakt i primärvård

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

I diagram 39 har vårdkontaktarna viktats med hänsyn till typen av kontakt, vilken personalkategori som är involverad och i vilken delverksamhet inom primärvården kontakten redovisas. Det sammanvägda antalet besök har därefter relaterats till kostnaden för primärvård i respektive landsting. Indikatorn är en av Socialstyrelsens nationella indikatorer för uppföljning enligt God vård.

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

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

Områdesvisa indikatorer

GRAVIDITET, FÖRLOSSNING OCH NYFÖDDHETSVÅRD

Inom detta område redovisas tio indikatorer, samma som i förra årets rapport. Två indikatorer har ändrats jämfört med föregående år. Indikatorn om bristningar vid vaginal förlossning har ändrats till att gälla enbart förstföderskor eftersom den gruppen har en ökad risk jämfört med omföderskor och då de geografiska skillnaderna är betydande. Den andra indikatorn som ändrats avser andelen kejsarsnitt, där i år den så kallade Robson-klassificeringen används för att indela kejsarsnitt i olika grupper. Se vidare bilaga 1 om dessa förändringar.

Källan till indikatorn om aborter kommer från Socialstyrelsens abortstatistik. För indikatorer om graviditet, förlossning och nyfödda barn har uppgifterna hämtats från Mödrahälsovårdsregistret, Perinatalt Kvalitetsregister Neonatologi 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.

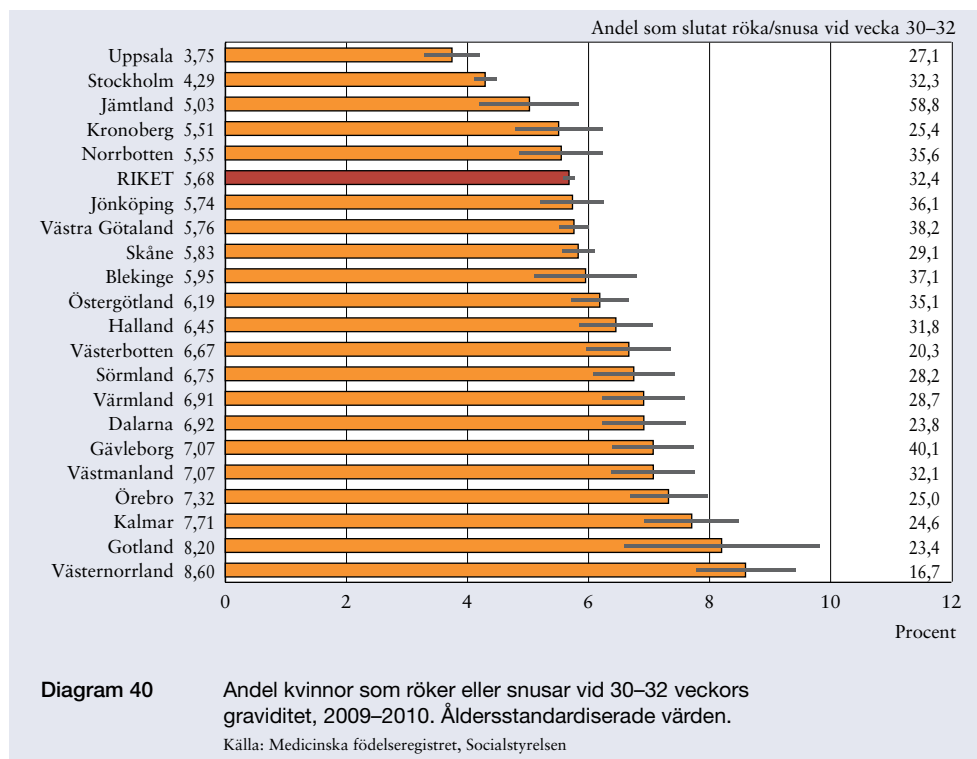
För några av indikatorerna gäller att resultaten kan bero på förhållanden som är svårpåverkbara för hälso- och sjukvården. För andra indikatorer är kopplingen till vårdprocessen tydligare. Viss variation i diagnossättning mellan olika sjukhus och landsting kan förekomma, vilket kan påverka resultaten.

40 Tobaksvanor under graviditet

Gravida kvinnors tobaksvanor registreras vid inskrivning till mödrahälsovård i tidig graviditet, vilket oftast sker i graviditetsvecka 8–12 samt cirka två månader före beräknad förlossning, i vecka 30–32. Rökning i senare delen av graviditeten har registrerats sedan 1992. Andelen kvinnor i Sverige som röker i tidig graviditet har minskat från drygt 31 procent 1983 till knappt sju procent 2010 och det har skett en obetydlig minskning sedan 2008.

Användning av snus började registreras i MFR år 1999. Andelen kvinnor som snusar i tidig graviditet har ökat 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.

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 förloss-



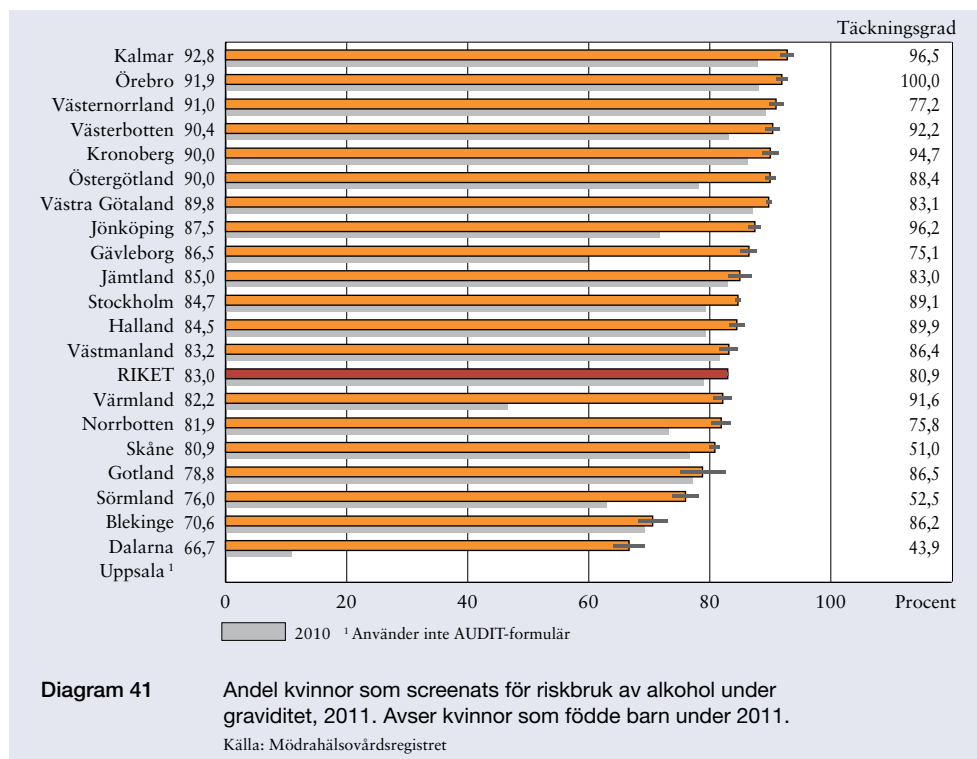
ning, minskad fostertillväxt, moderkaksavlossning, fosterdöd under graviditeten och plötslig spädbarnsdöd. Omfattningen av rökning står i direkt proportion till riskerna för fostret. Så fort kvinnan slutar röka kommer det fostret till godo.

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

I diagram 40 visas andelen kvinnor som rökte eller snusade vid graviditetsvecka 30–32, med 2009–2010 som mätperiod. Andelen varierade mellan 3,7 och 8,6 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 störst i Jämtland, där 58,8 procent slutat medan i Västernorrland hade 16,7 procent slutat använda tobak under graviditeten.

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

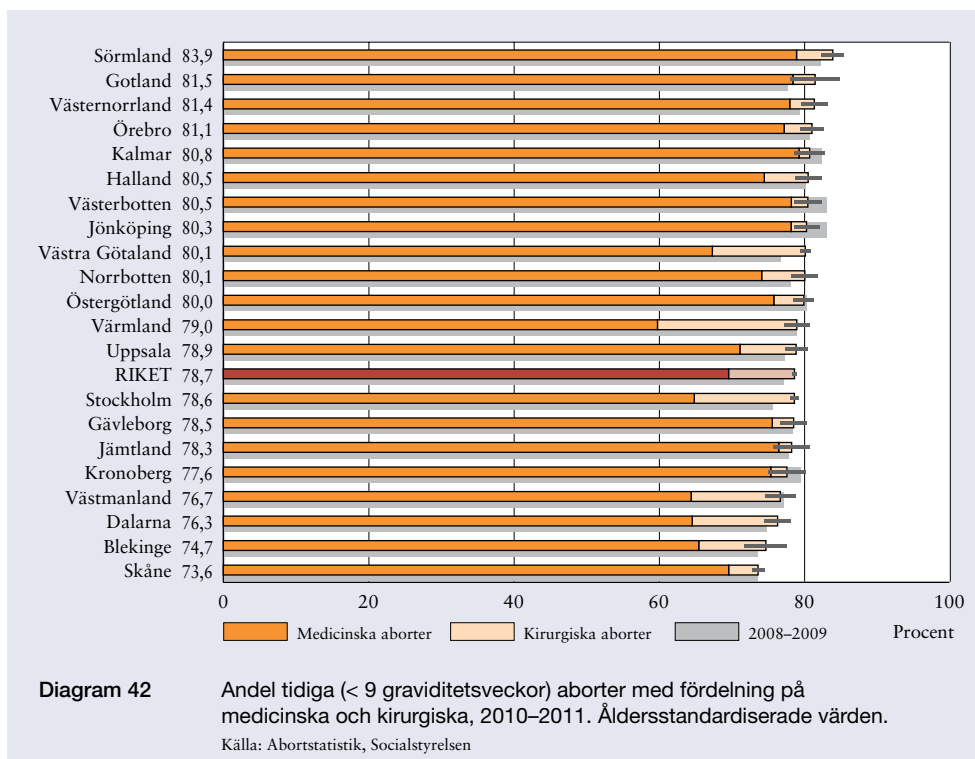


41 Screening för riskbruk av alkohol vid graviditet

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 2011 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 90 000 kvinnor



som födde barn under 2011 och som registrerades i Mödrahälsovårdsregistret. Andelen som screenats med AUDIT uppgick i riket till 83 procent, med en spridning mellan landstingen från 67 till 93 procent.

Orsaken till att cirka 17 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 2011 närmare 112 000 barn. Till höger i diagrammet visas täckningsgraden, det vill säga andelen förlossningar per landsting där mamman registrerats i Mödrahälsovårdsregistret.

42 Tidiga aborter

År 2011 gjordes totalt 37 696 aborter i Sverige, vilket är på samma nivå som år 2009. Av dessa utfördes 29 648 i tidig graviditet, det vill säga före nio fullgångna (9+0) graviditetsveckor, vilket innebär att andelen tidiga aborter var detsamma som föregående år. Tidigt utförd abort är säkrare ur medicinskt perspektiv. Det är ovanligt med komplikationer vid abort, men risken ökar med graviditetslängden. Det är därför viktigt att minimera väntetiderna till abort.

Före 9:e graviditetsveckan kan både medicinsk och kirurgisk abort utföras. Kvinnan kan fram till vecka 9 själv, i samråd med läkare, välja metod under förutsättning att inga medicinska hinder finns. Efter vecka 9 sker aborterna vanligen med kirurgisk

metod. Detta innebär att en skyndsam handläggning av aborten är en förutsättning för att kvinnan ska ha möjlighet att välja metod.

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

Medicinsk abort kan utföras direkt efter positivt graviditetstest, medan kirurgisk abort sällan utförs före graviditetsvecka sju. Andelen medicinska aborter har ökat i Sverige under senare år och vid 69,6 procent av alla tidiga aborter användes medicinsk metod år 2011.

Diagram 42 visar andelen tidiga aborter, före nio fullgångna (9+0) graviditetsveckor, fördelat på medicinsk respektive kirurgisk metod, för perioden 2010–2011. I genomsnitt utfördes 78,7 procent av alla aborter i tidig graviditet, med en variation mellan landstingen från 73,6 till 83,9 procent, vilket är detsamma som föregående år. Av de tidiga aborterna utfördes majoriteten med medicinsk metod, men med stor variation mellan landstingen. De landsting som har störst andel tidiga aborter har också en mycket stor andel medicinska aborter.

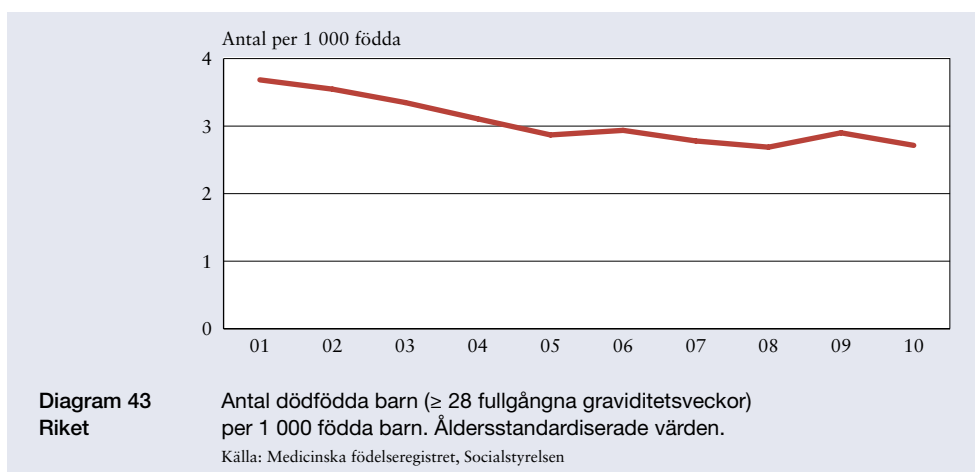
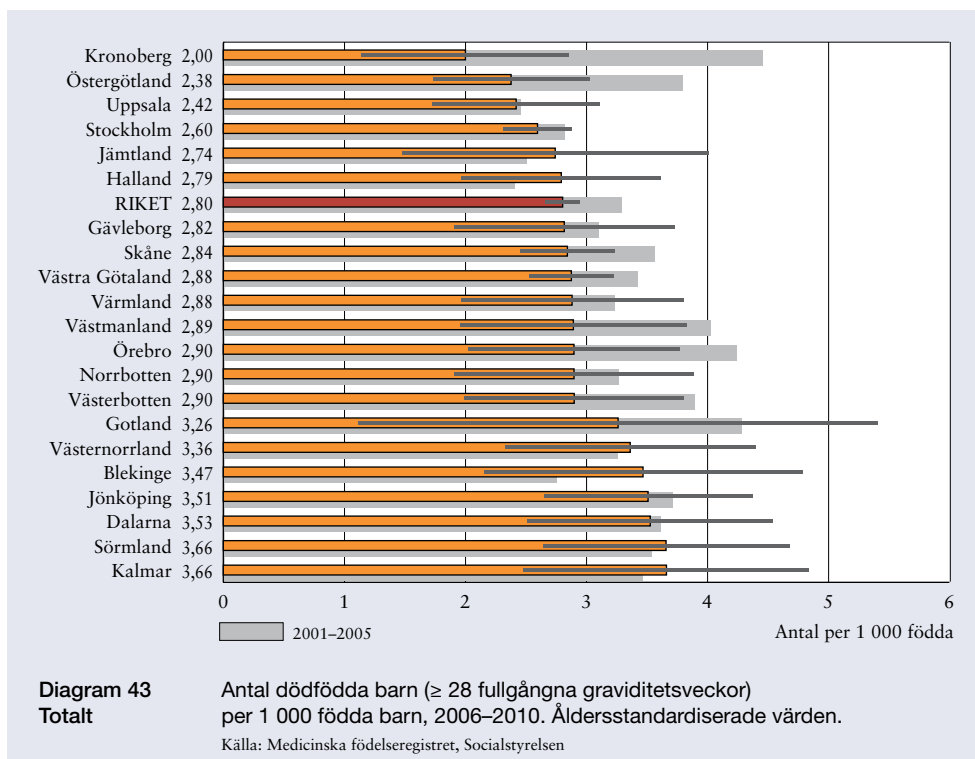
43 Dödfödda barn

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 tjugotonde 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. Mödrahälsovården bör genom övervakning och regelbundna kontroller minska riskerna genom tidiga åtgärder. Enligt de jämförelser WHO Europa gjort har Sverige en mycket låg andel dödfödda barn.



I diagram 43 redovisas antal dödfödda barn efter utgången av 28:e veckan ($>28+0$) per 1 000 födda, under perioden 2006–2010. I riket som helhet var antalet dödfödda barn 2,8 per 1 000 födda. Variationen mellan landstingen är från 2,0 till 3,7 dödfödda barn per 1 000 födda, vilket är något lägre än föregående period (2005–2009). För flera landsting redovisas minskningar av antalet dödfödda barn, i jämförelse med den tidigare perioden som redovisas med skuggad stapel. Av diagrammet framgår att den statistiska osäkerheten är stor, då de faktiska värdena är mycket små.

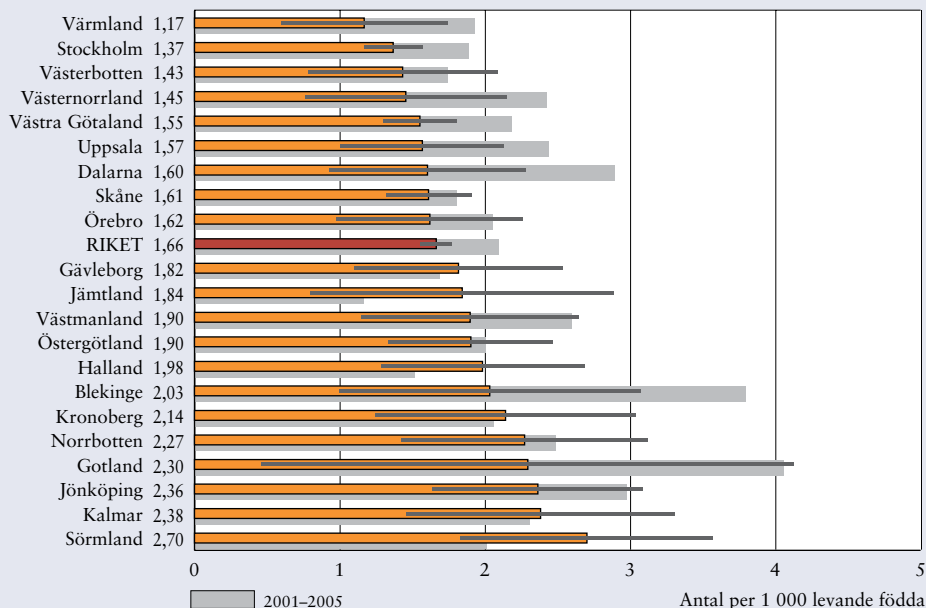


Diagram 44
Totalt

Antal döda barn inom 28 dygn efter födelsen per 1 000 levande födda barn, 2006–2010. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen

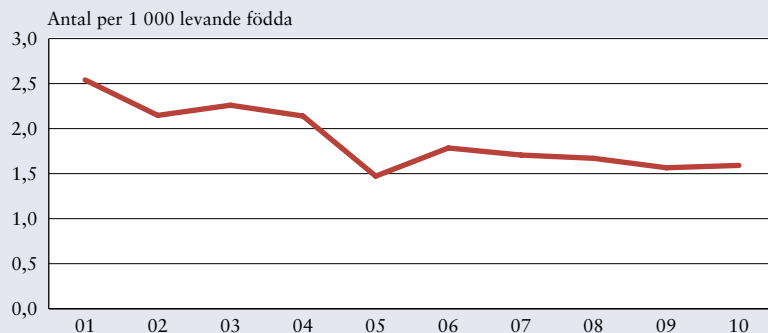


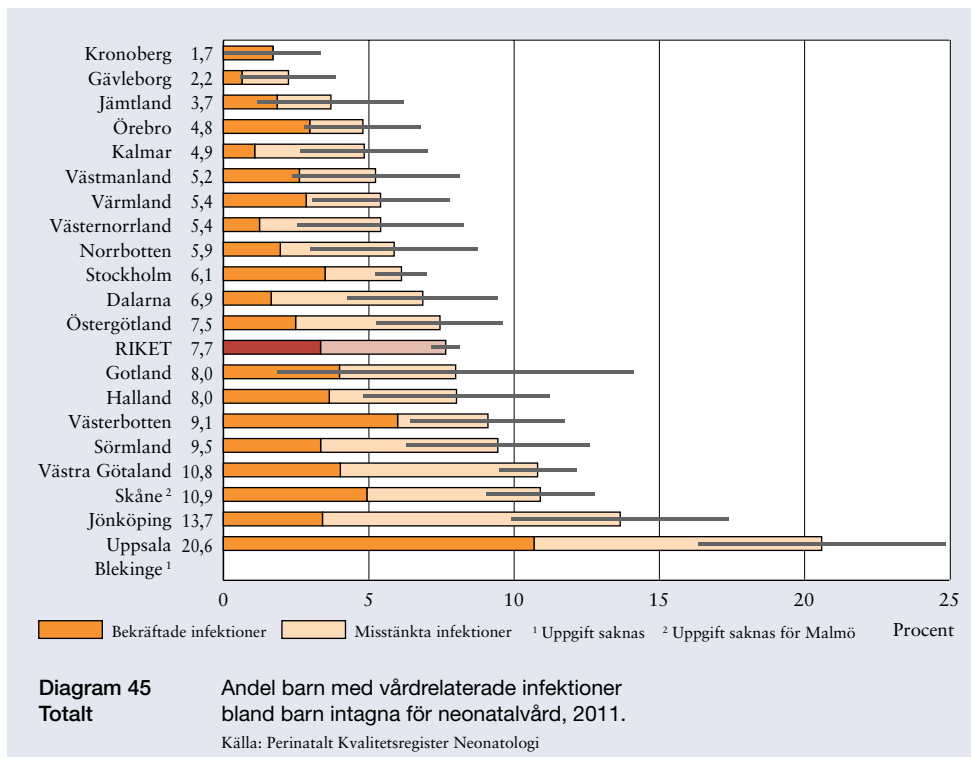
Diagram 44
Riket

Antal döda barn inom 28 dygn efter födelsen per 1 000 levande födda barn. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen

44 Neonatal dödlighet

Neonatal dödlighet definieras som det antal levande födda barn som avlidit inom 28 dagar efter födelsen. 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 1,7 barn per 1 000 levande födda för den perioden



som här redovisas i diagrammet. Variationen mellan landstingen är förhållandevis stor, från 1,2 till 2,7, men mindre än föregående period 2005–2009. Den statistiska osäkerheten är stor, eftersom de faktiska värdena är mycket små.

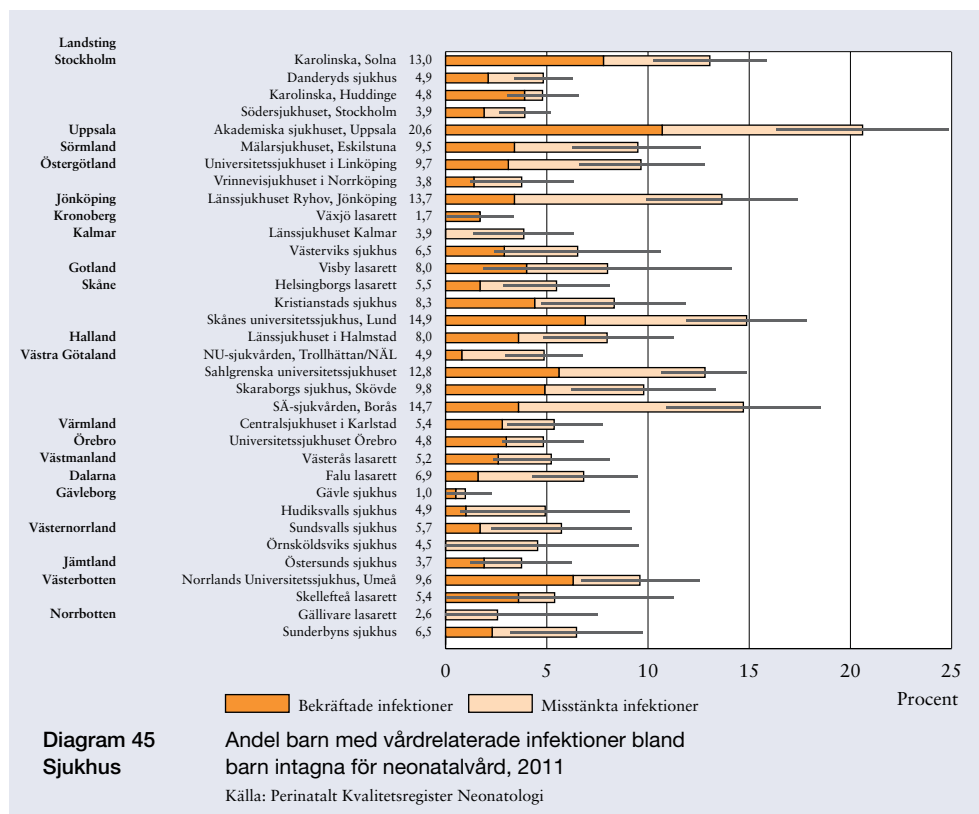
Den neonatala dödligheten är låg i Sverige, jämfört med övriga Europa. Enligt WHO Europas sammanställningar hamnar Sverige bland de länder som har den lägsta neonatala dödligheten sedan 2004.

I diagram 44 redovisas antal neonatalt döda barn, per 1 000 levande födda, under perioden 2006–2010. I riket som helhet var den neonatala dödligheten 1,7 barn per 1 000 levande födda, vilket motsvarar cirka 180 barn per år.

45 Vårdrelaterade infektioner hos barn i neonatalvård

År 2011 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 med-



födda 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 perinatala kvalitetsregistret för neonatologi, PNQn, rapporteras uppgifter om de nyfödda barn som vårdas på sjukhusens neonatalavdelningar. Kvalitetsregistret används för att besvara frågor om hur behandlingsmetoder och -rutiner varierar över landet, samt om hur dessa variationer påverkar vårdens resultat och barnens framtida hälsa. Alla neonatalavdelningar rapporterar till registret. För två kliniker saknas dock uppgift om förekomsten av förvärvade infektioner under 2011. PNQn har samordnats med det medicinska födelseregistret (MFR) så att gemensamma variabler definieras och rapporteras på samma sätt.

Diagram 45 visar andelen nyfödda barn med bekräftade eller misstänkta vårdrelaterade infektioner, av alla som vårdats 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 levnadsdygnet hos barn som är vårdade i neonatalvård direkt efter födelsen, och där infektionen inte var anledning till att barnet behövde vård. Totalt ingår drygt 11 000 barn i jämförelsen, redovisade per landsting efter klinikens lokalisering, inte moderns hemort.

I riket fick nästan 7 procent av de vårdade barnen en bekräftad eller misstänkt vårdrelaterad infektion 2011, med en spridning mellan landsting från en till drygt 20 procent. Antalet vårdade barn är många, men den låga andelen barn med infektioner gör att den statistiska osäkerheten ändå är stor.

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

46 Låg Apgar-poäng hos nyfödda

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

Flera faktorer kan leda till låg Apgar-poäng vid fem minuter. Apgar-bedömningen speglar syrebrist hos fostret som kvarstår eller uppträder fem minuter efter födseln. Syrebristen kan vara orsakad av komplikationer i moderkakan, navelsträngen, tillväxthämning hos fostret, sjukdomar hos modern eller komplikationer i samband med förlossningen som värksvaghet eller instrumentell förlossning. Orsaken kan också vara att barnet påverkats av narkos eller smärtlindrande läkemedel som modern fått under förlossningen. Både dödlighet och risk för allvarliga neurologiska skador är större hos barn med låga Apgar-poäng vid fem minuter.

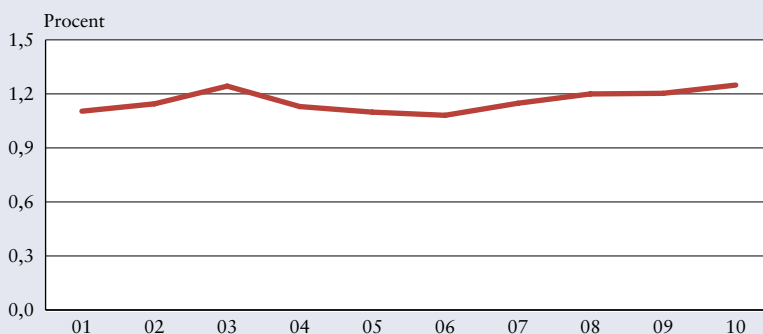


Diagram 46
Riket

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

Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen

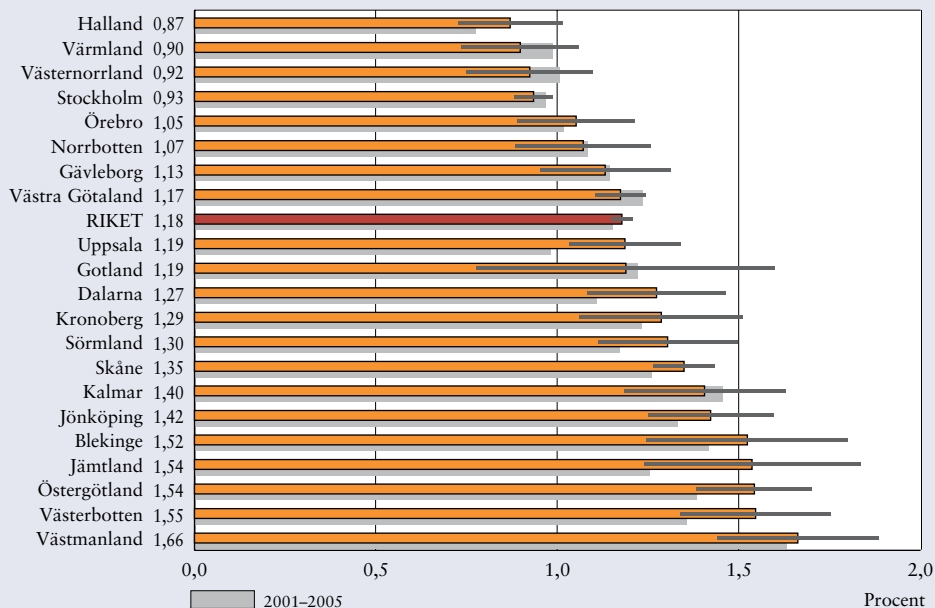


Diagram 46
Totalt

Andel födda barn med låg Apgar-poäng (< 7) vid 5 minuter, 2006–2010. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen

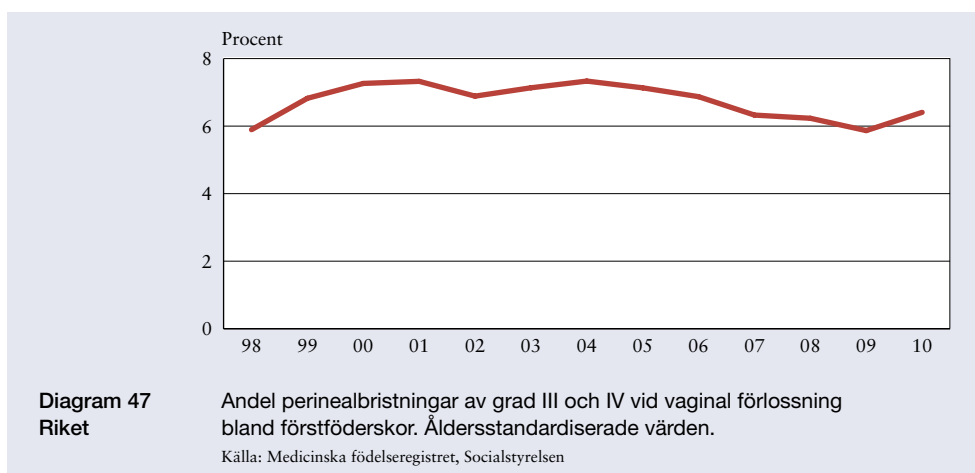
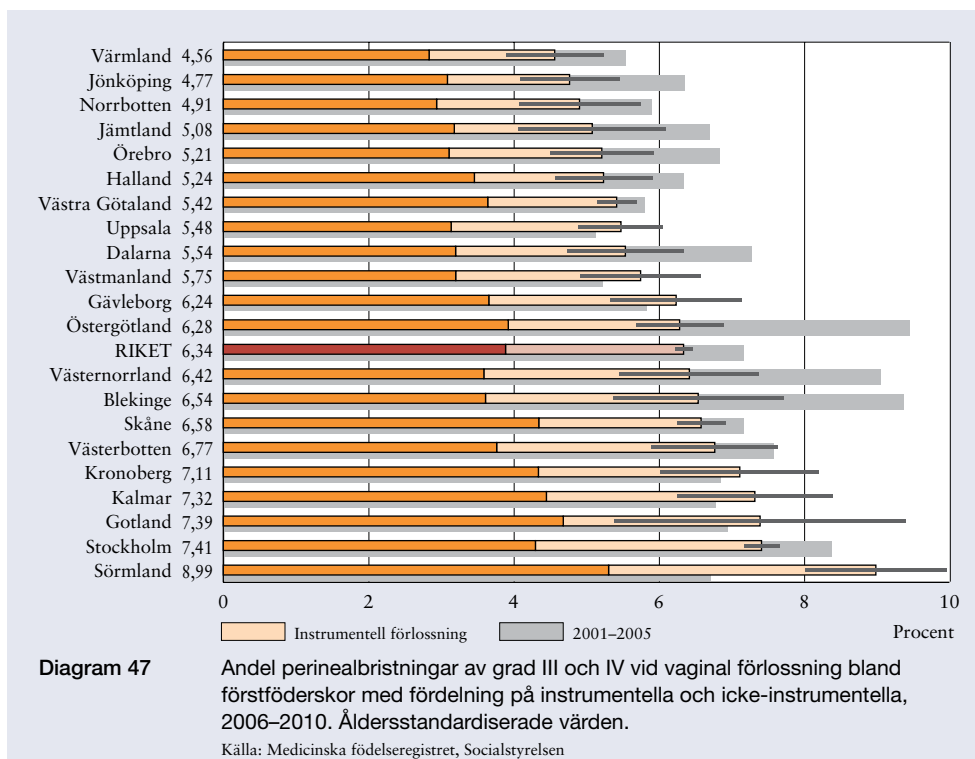
För riket som helhet är andelen barn födda med Apgar-poäng mindre än sju vid fem minuters ålder strax över en procent under den studerade perioden 2006–2010, vilket motsvarar drygt 1 400 barn per år. Bland landstingen varierade andelen barn med låg Apgar-poäng mellan 0,9 och 1,7 procent.

47 Bristningar vid förlossning bland förstföderskor

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

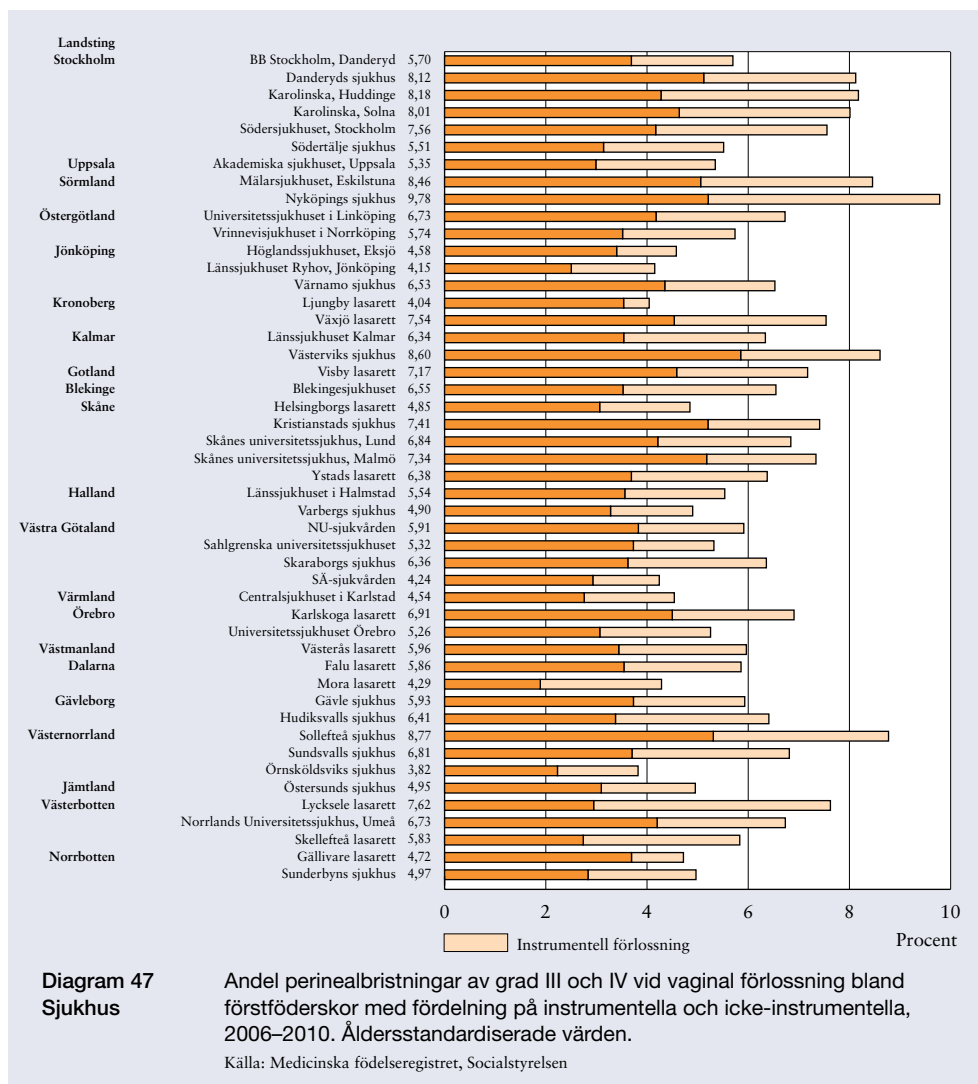
Kända riskfaktorer för grad III och IV-bristningar är att kvinnan är förstföderska, föder ett stort barn, har en långdragen förlossning eller att förlossningen avslutas instrumentellt, det vill säga med tång eller sugklocka. Kvinnans förlossningsställning vid barnets framfödande kan också ha betydelse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

De flesta bristningar läker bra och kvinnan får inga bestående men. Bristningar som inte blir upptäckta och adekvat åtgärdade kan medföra allvarliga problem för de drabbade kvinnorna. Skadan kan orsaka nedsatt psykologiskt och emotionellt välbefinnande, inkontinens, sexuell dysfunktion och oro för framtida graviditeter.



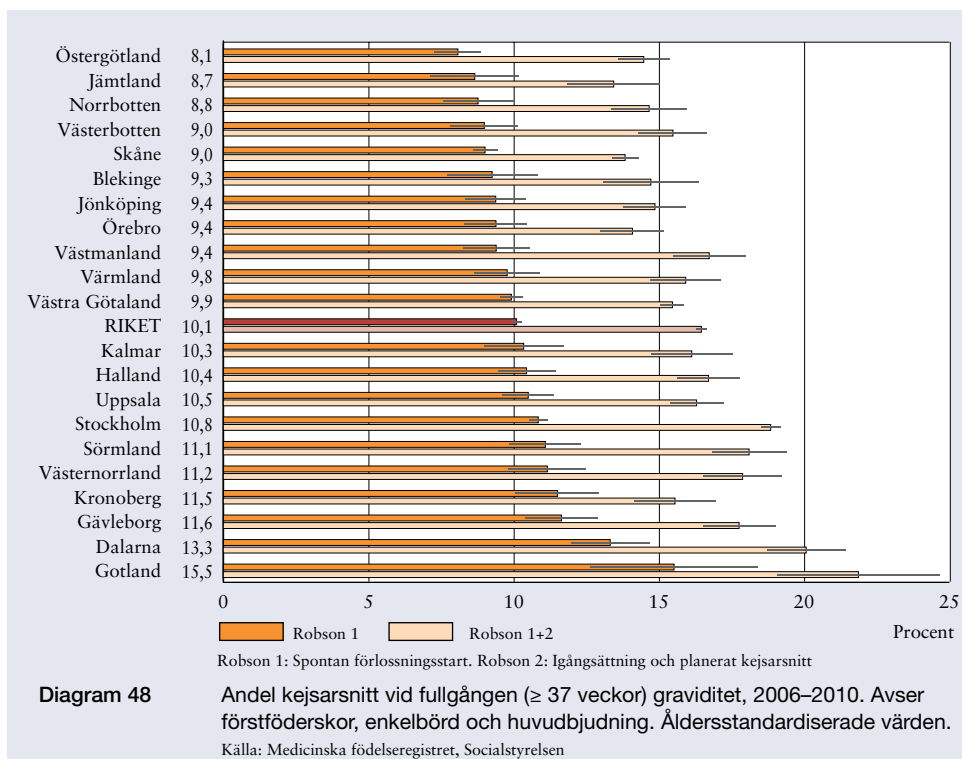
De komplikationer som kan vara bestående är till exempel underlivssmärter och avföringsinkontinens.

I diagram 47 visas andel bristningar av grad III och IV vid vaginala förlossningar under perioden 2006–2010. Staplarna visar även fördelning på instrumentella och icke-instrumentella förlossningar. Den gråskuggade stapeln visar förekomsten av



grad III och IV-bristningar under perioden 2001–2005. Enbart förstföderskor är inkluderade i analyserna.

I riket som helhet medförde 6,3 procent av de vaginala förlossningarna bland förstföderskor bristningar av grad III och IV. Den totala andelen grad III och IV bristningar var mellan 4,6 och 9,0 procent under den studerade perioden 2006–2010, vilket innebär att cirka 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.

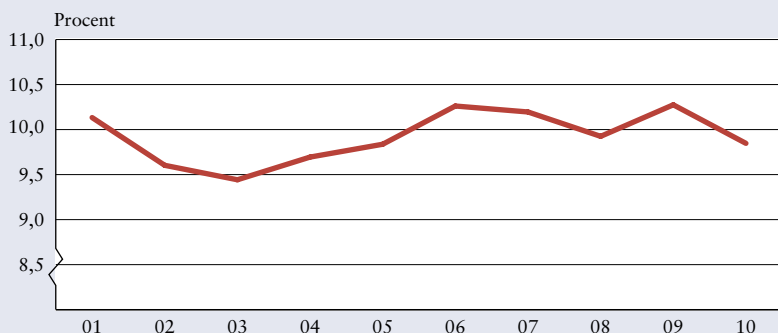


48 Kejsarsnitt bland förstföderskor

Andelen kvinnor som förlöses med kejsarsnitt har ökat i Sverige. År 1990 var andelen kejsarsnitt 10,6 procent och år 2010 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 sätesbjudning, där det är visat att riskerna för barnet minskar 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 modern ökar kejsarsnitt risken för riklig blödning, infektion och blodpropp i samband med förlossningen. Däremot minskar risken för bristningar i un-

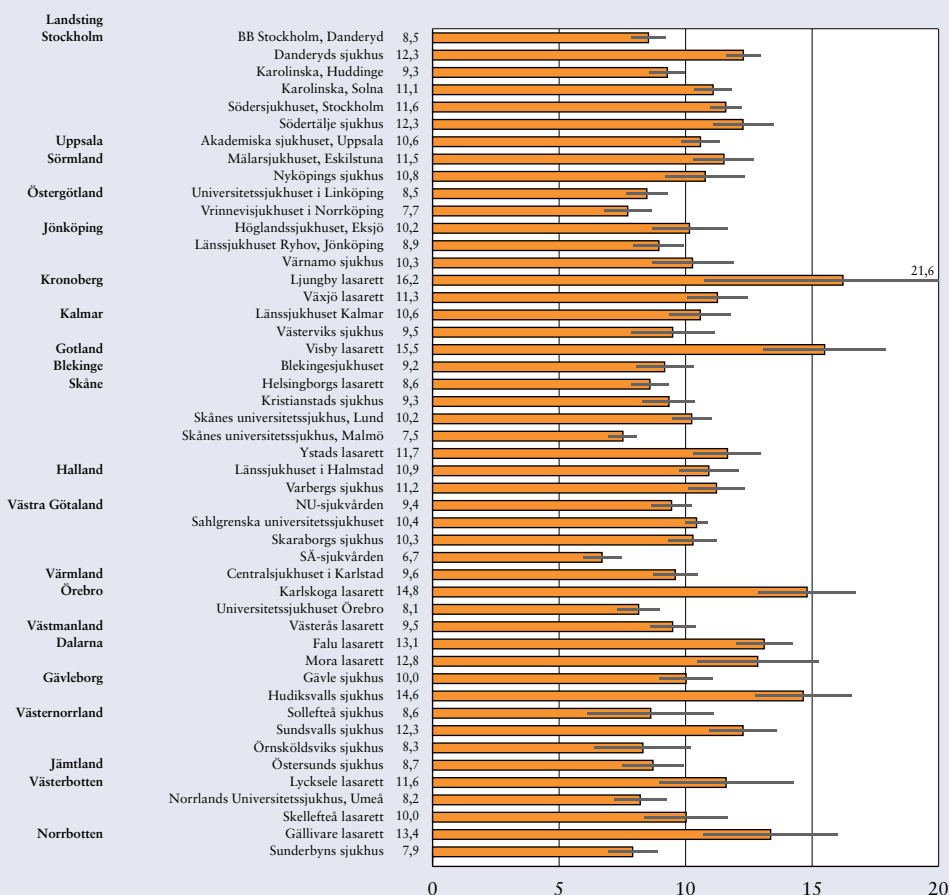


Förlösning enligt Robson 1 – avser spontan förlösningsstart, förstföderskor, enkelbörd och huvudbjudning

Diagram 48
Riket

Andel akuta kejsarsnitt vid fullgången (≥ 37 veckor) graviditet.
Åldersstandardiserade värden.

Källa: Medicinska födelserregistret, Socialstyrelsen



Förlösning enligt Robson 1 – avser spontan förlösningsstart, förstföderskor, enkelbörd och huvudbjudning

Diagram 48
Sjukhus

Andel akuta kejsarsnitt vid fullgången (≥ 37 veckor) graviditet,
2006–2010. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Medicinska födelserregistret, Socialstyrelsen

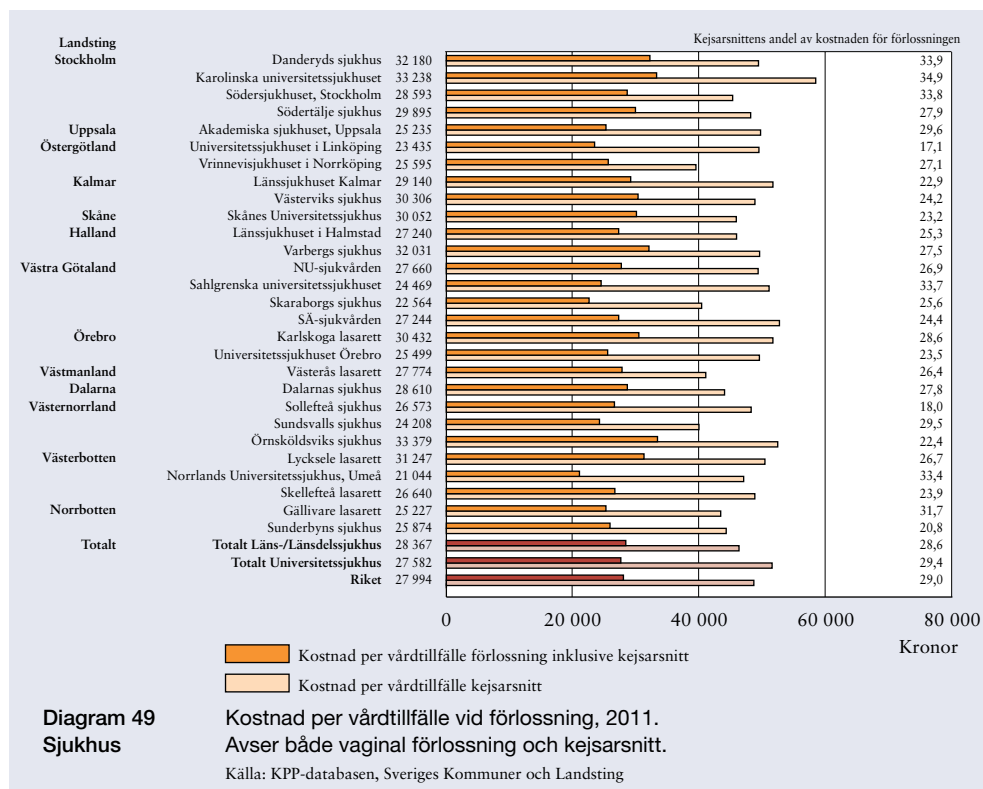
derlivet och senare urininkontinens. Vid nästföljande graviditet har kvinnan som har blivit förlöst med kejsarsnitt en ökad risk för problem med moderkakans läge och att livmodern brister vid förlossningen.

När man skall 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 alltså viktigt att komma ihåg att det finns andra populationsskillnader mellan olika sjukhus som kan göra att kejsarsnittsfrekvenserna skiljer sig åt.

I förra årets rapport gjordes jämförelser enbart på en så kallad lågriskpopulation. Detta innebar dock att ett stort antal förlossningar uteslöts ur jämförelserna, och dessa kunde alltså riskera att inte vara representativa för de förlossningar man ville studera. I årets rapport används därför istället Robsons gruppindelning, som idag används kliniskt i många länder, däribland Sverige. Av Robsons 10 grupper utgörs grupp 1 och 2 av förstföderskor med fullgångna graviditeter, enkelbörder i huvudbjudning. Grupp 1 inkluderar kvinnor med spontan förlossningsstart, medan grupp 2 inkluderar kvinnor där förlossning igångsatts eller som förlösts med kejsarsnitt före värkdebut. Kejsarsnittsfrekvensen i grupp 1 visar således hur ofta man gör akuta kejsarsnitt, medan man får en uppfattning om den totala kejsarsnittsfrekvensen (bland fullgångna förstföderskor med enkelbörd i huvudbjudning) om man slår ihop grupperna 1 och 2.

I diagram 48 visas två staplar. Den kortare avser andelen kejsarsnitt enligt Robson grupp 1, det vill säga förstföderskor med fullgången graviditetslängd (> 37 veckor), enkelbörd med huvudbjudning 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 riket var kejsarsnittsfrekvensen för den här gruppen 10,1 procent 2006–2010, vilket motsvarar 15 274 förlossningar under hela perioden. Motsvarande frekvens kejsarsnitt under perioden 2001–2005 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 huvudbjudning) i en betydligt större jämförelsepopulation. I den gruppen inkluderas även igångsatta förlossningar och planerade kejsarsnitt (Robson 2). Kejsarsnittsfrekvensen för den här gruppen låg på 16,5 procent i riket 2006–2010 mot 15,4 procent föregående femårsperiod (visas ej i diagram).



49 Kostnad per vårdtillfälle vid förlossning

Under 2011 rapporterade 28 sjukhus i 13 landsting kostnadsdata om förlossningar till KPP-databasen (Kostnad Per Patient) vid SKL. Kostnader för varje förlossning och för de vårdinsatser som knyts till dessa redovisas i databasen. Däremot ingår inte kostnader för kontroll- och uppföljningsbesök samt läkemedelsanvändning i öppen vård. De allra dyraste fallen, de så kallade kostnadsytterfallen, är exkluderade. Motivet för detta är att visa en "normal" genomsnittskostnad per sjukhus och i viss mån hantera olikheter i patientsammansättningen vid sjukhusen.

I diagram 49 visas kostnaden per vårdtillfälle i slutenvård inom DRG (DiagnosRelaterade Grupper) 370–373, för dels samtliga förlossningar, dels för enbart kejsarsnitt. Kostnader för totalt 80 357 förlossningar rapporterades till KPP-databasen 2011. Antalet förlossningar per sjukhus varierade stort. KPP-databasens genomsnittskostnad för innerfallen uppgick 2011 till 27 994 kronor. Det finns en variation mellan sjukhusen från drygt 21 000 kr till över 33 000 kr.

Kostnadsskillnaderna kan inte förklaras enbart av medelvårdtiden, som ligger på två till drygt tre dagar för alla sjukhusen. En faktor som påverkar kostnaderna är andelen kejsarsnitt. Kejsarsnitt utförs på operationssal och är bland annat därför mer resurskrävande. Kejsarsnitten kostade i genomsnitt drygt 48 600 kr, medan de vagi-

nala förlossningarna kostade 27 994 kronor i genomsnitt, det vill säga drygt hälften av kostnaden för kejsarsnitt. Kejsarsnittens andel av de totala kostnaderna varierar från 17 till 34 procent mellan sjukhusen. Dessa andelar visas till höger i diagrammet.

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

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

KVINNOSJUKVÅRD

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

Övriga sex indikatorer speglar alla patientens erfarenheter av behandlingen och är hämtade från det nationella registret för gynekologisk kirurgi, (Gynop) 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.

Gynop-registret består idag av sex självständiga delregister, som tillsammans täcker cirka 90 procent av den gynekologiska kirurgin som utförs på de 45 kliniker som deltar i registret av totalt 57 i landet. Från klinikerna som deltar i Gynop har 43 levererat data till öppna jämförelser. Dessutom har i år data kunnat konverteras och inkluderas från ytterligare elva kliniker, som ingår i Gyn-Kvalitetsregistret, GKR – kliniker från Stockholm, Värmland och Gotland. Den samlade deltagandegraden är således hög. Svarsfrekvenser vid enkätbaserade data kommenteras vid respektive indikator.

50 Oönskade händelser efter borttagande av livmoder

Hysterektomi innebär att livmodern opereras bort och är en relativt vanlig operation hos kvinnor. Som vid alla kirurgiska ingrepp, finns det vid hysterektomi risk för postoperativ infektion eller annan komplikation och att patienten därmed kan behöva återinläggas på sjukhus för behandling. Andelen som återinskrivs är en patientsäkerhetsindikator för kvinnosjukvården. Alla återinskrivningar kan inte tillmätas det enskilda sjukhuset, men måttet pekar på sjukhusens ansvar för att förebygga infektioner, vikten av en välplanerad utskrivning och att det finns en primärvård som tar över efter utskrivning.

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

Under senare år görs enligt Patientregistret knappt 5 000 operationer per år på benign indikation. Antalet hysterektomier har minskat de senaste tio åren. Detta kan

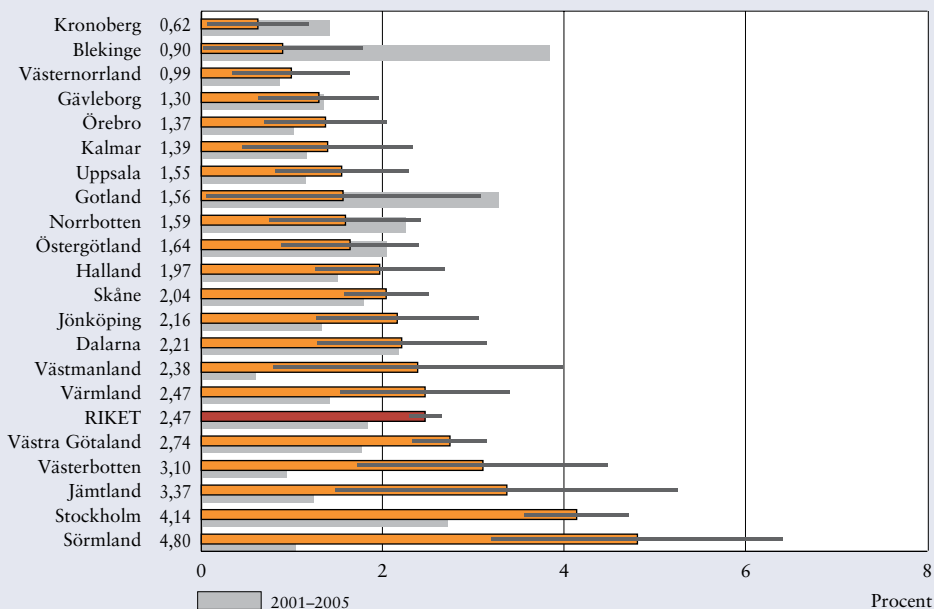


Diagram 50 Oönskade händelser efter borttagande av livmoder, 2006–2011. Avser kvinnor 15–84 år.
Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

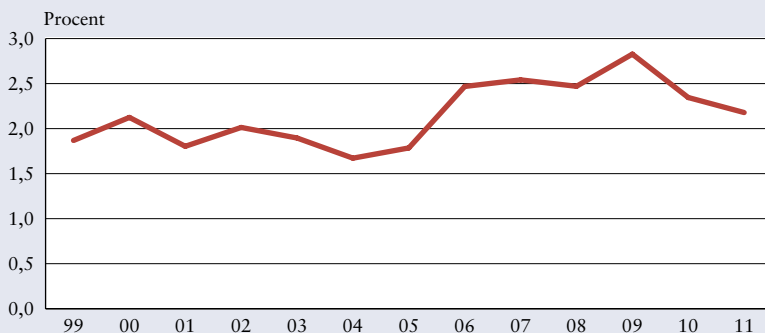


Diagram 50 Oönskade händelser efter borttagande av livmoder. Avser kvinnor 15–84 år.
Riket Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

bland annat förklaras av förbättrade möjligheter till läkemedelsbehandling vid riklig blödning, vilket minskat behovet av kirurgi.

Drygt 29 000 kvinnor i åldrarna 15 till 84 år med benign indikation som opererades under åren 2006 till 2011 studerades. De följdes upp avseende återinläggning på grund av komplikationer inom 28 dagar. De komplikationer som inkluderades

var postoperativ infektion, tarmvred, sjukdomar i urinorganen samt svårighet att tömma urinblåsan. Den helt dominerande återinskrivningsdiagnosen var postoperativ infektion, som stod för mer än 80 procent av de återinskrivna.

I riket återinskrevs under de studerade åren 2,5 procent av de opererade kvinnorna på grund av komplikation. Andelen varierade från under en till knappt fem procent i landstingen, men konfidensintervallen är för många landsting vida. Indikatorn formulerades och användes först i Kanada (Canadian Institute of Health Information). Man har där funnit återinskrivningar till sjukhusvård på mellan 1,0 och 1,2 procent under senare år. De svenska resultaten förefaller ligga på en något högre nivå. Under de studerade åren varierade andelen återinskrivna mellan 2,2 och 2,8 procent.

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

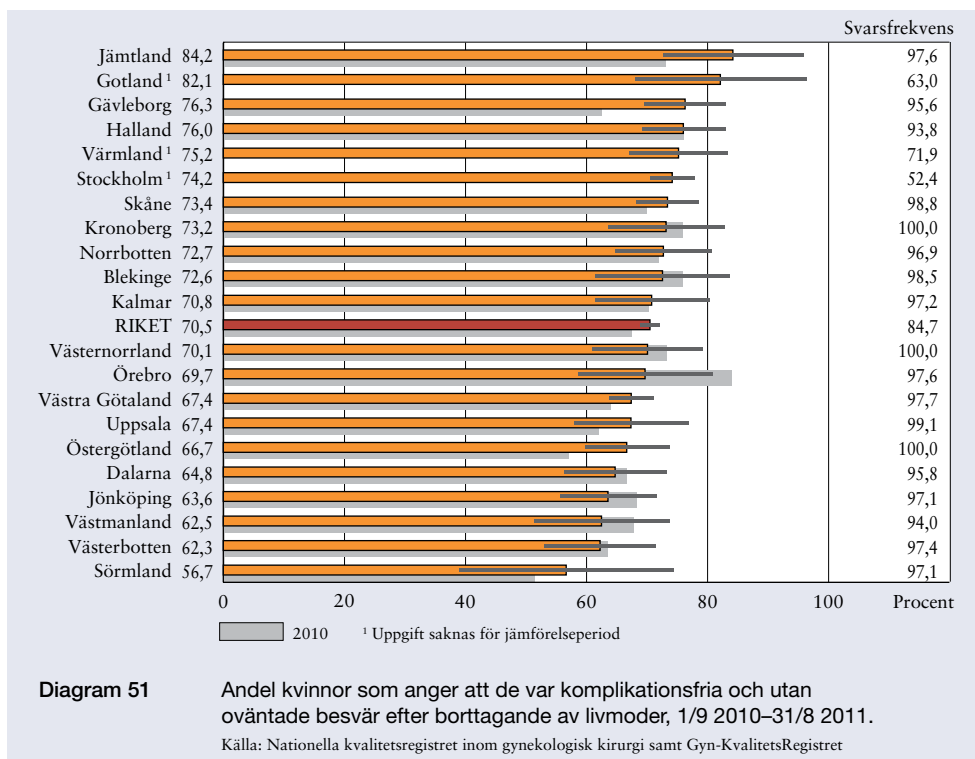
51 Patientrapporterade komplikationer efter borttagande av livmoder

Cirka 8 000 kvinnor får varje år i Sverige sin livmoder bortopererad (hysterektomi) vilket medför att var tionde kvinna i Sverige blir av med sin livmoder under sin livstid. Ungefär hälften av dessa opereras på grund av symtomgivande, men benigna (godartade) besvär från livmodern. I ett internationellt perspektiv är det en låg operationsfrekvens, vilket kan förklaras av att man i andra länder tillämpar vidare indikationer för ingreppet. Det finns dock stora skillnader i antalet operationer per invånarantal mellan landstingen, vilket delvis kan förklaras av att kriterierna för när operation skall utföras varierar inom landet.

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

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

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



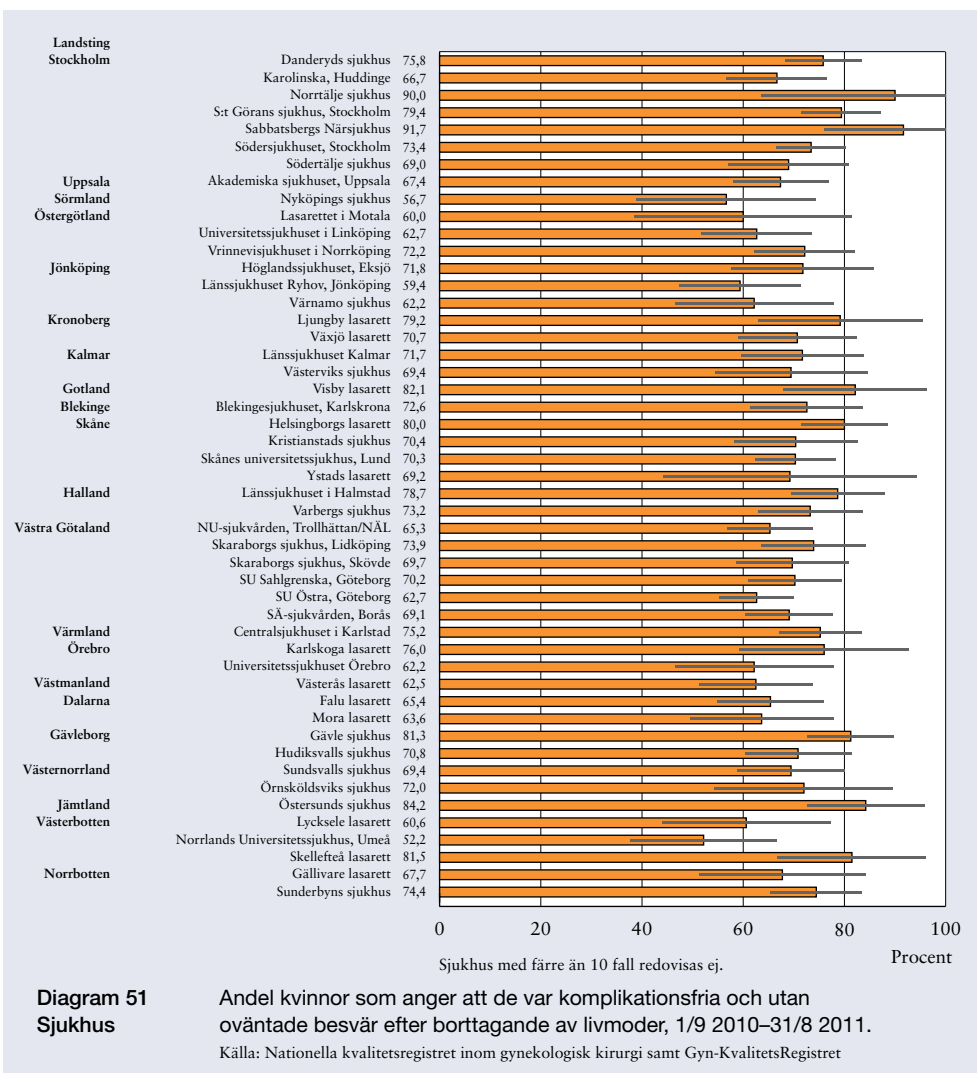
sjukskrivning förlängd till längre än 4 veckor, är också sällsynta och drabbar cirka 3 procent av patienterna.

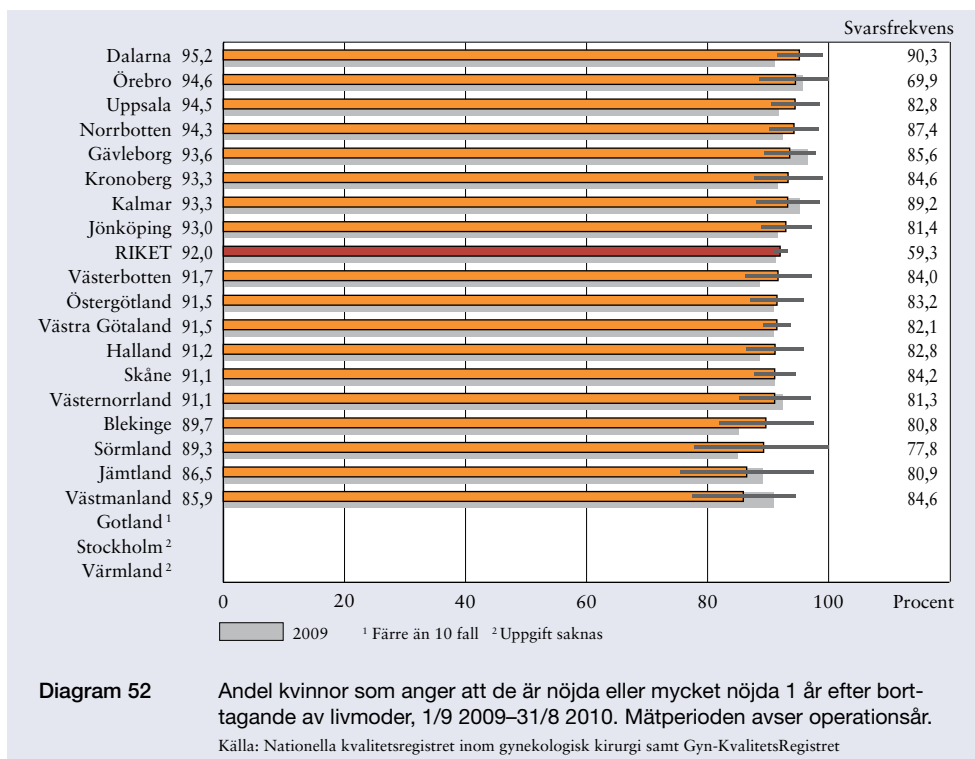
Indikatorn som här visas bygger istället på patientens egen värdering och speglar komplikationer efter operationen i en vidare mening, som oplanerade vårdkontakter till följd av ej förväntade händelser, lindrigare infektioner, sårproblem och brisande information. Hysterektomi på grund av premaligna eller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

I diagram 51 visas andelen av de opererade patienterna som uppgav att de inte haft komplikationer eller oväntade besvär, eller att de haft lindrigare besvär, men som inte krävt vårdkontakt. I riket var andelen över 70 procent, med en spridning mellan landstingen från knappt 57 till 84 procent.

Av närmare 4 200 opererade kvinnor svarade cirka 3 200 på den enkät, som sändes ut två månader efter operationen. Svarsfrekvensen var totalt cirka 85 procent, men med variationer mellan de båda registren och mellan kliniker. Svarsfrekvensen var mycket hög, närmare 98 procent, för Gynopregistret. Redovisningen per landsting baseras på klinikernas lokalisering, inte patientens hemort.

I en internationell jämförelse är resultaten goda och komplikationsfrekvensen är lägre än vad som redovisas i randomiserade studier.

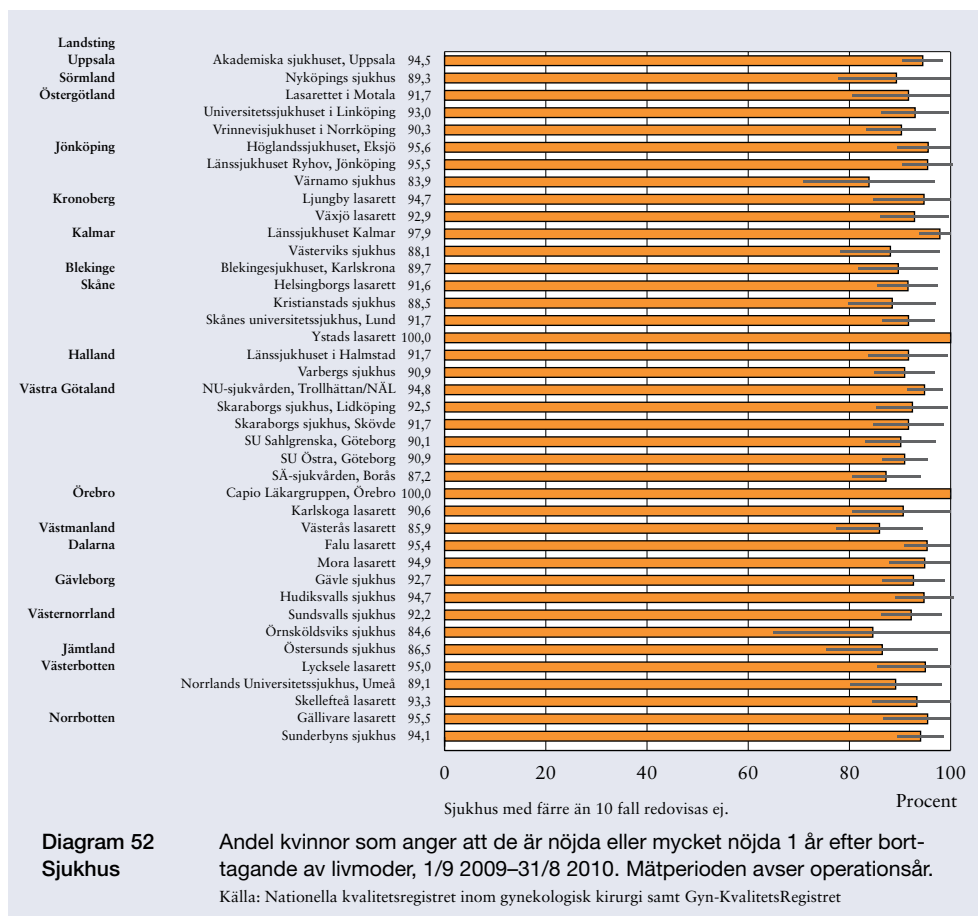


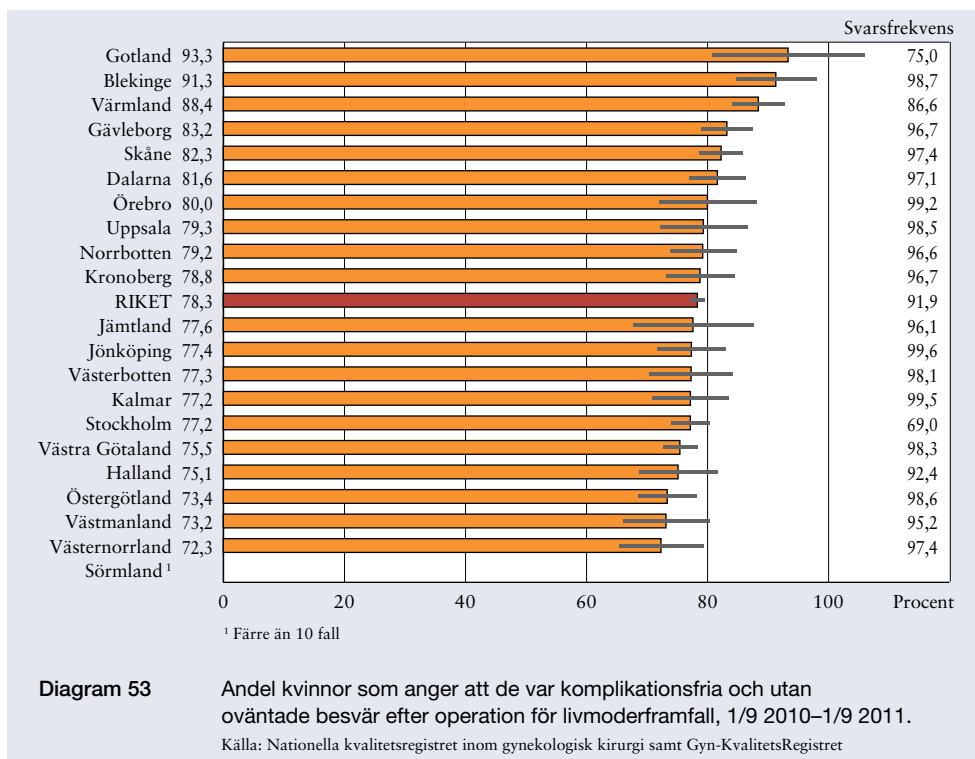


52 Patientillfredsställelse efter borttagande av livmoder

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 2 369 patienter, som utgör underlaget för jämförelsen. Svarsfrekvensen varierar men är generellt sett hög. 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 86 till 95 procent, med ett genomsnitt för riket på 92 procent. I en enkät före operationen anger så gott som samtliga patienter att de förväntar sig att helt bli av med sina besvär genom operationen. Förväntningarna på resultatet av operationen är således mycket höga. I ljuset av detta kan resultatet generellt sett beskrivas som bra.





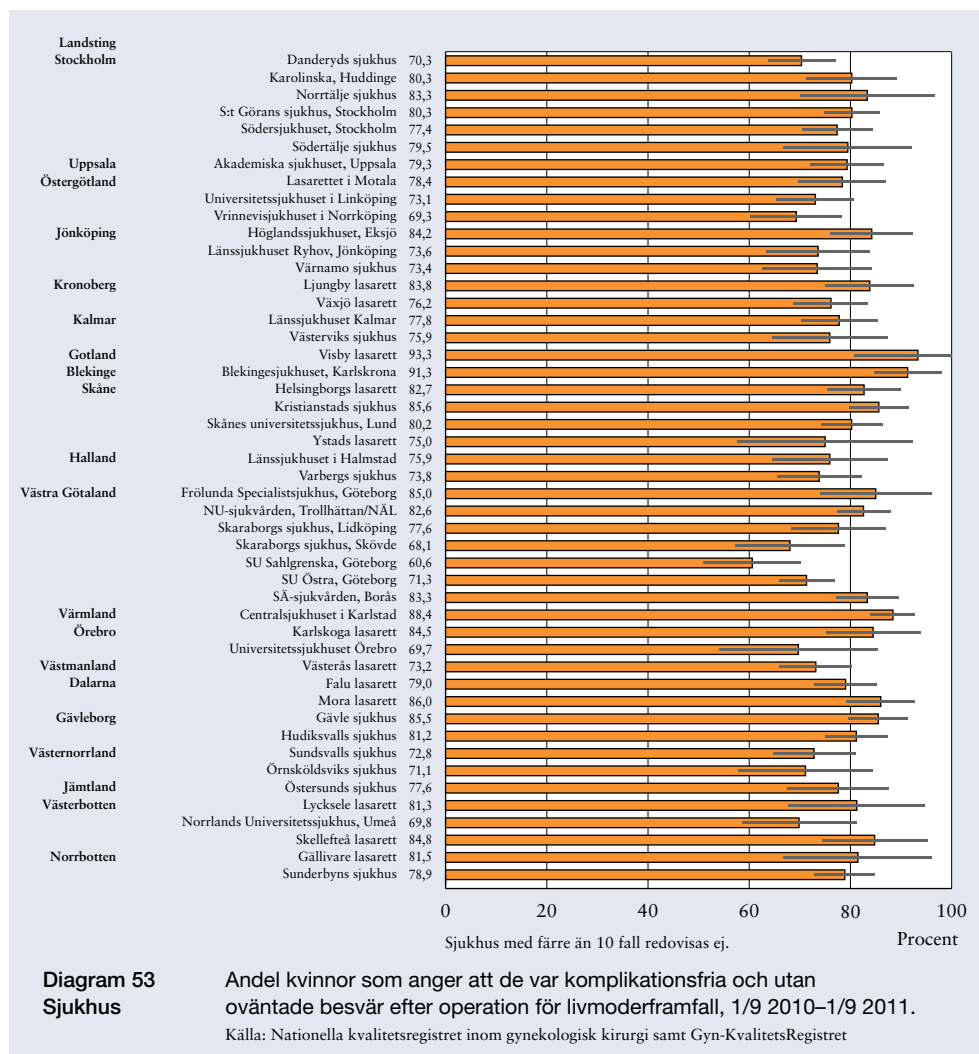
53 Patientrapporterade komplikationer efter framfallsoperation

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

För första gången kan uppgifter för båda registren visas: I Gynop-registret och i GKR har sammantaget registrerats 5 827 prolapsoperationer under den tolv månadersperiod som här är mätperiod.

Indikatorn visar andelen av de opererade patienterna som uppger att de inte haft komplikationer eller oväntade besvär som resulterat i vårdkontakt. Jämförelsen baseras på 4 853 patienter som opererades under mätperioden och som svarade på enkätfrågan två månader efter operationen. Svarsfrekvensen för hela enkäten var 92 procent, men med variation mellan registren och klinikerna. Redovisning av landsting baseras på klinikens lokalisering, inte på patientens hemort.

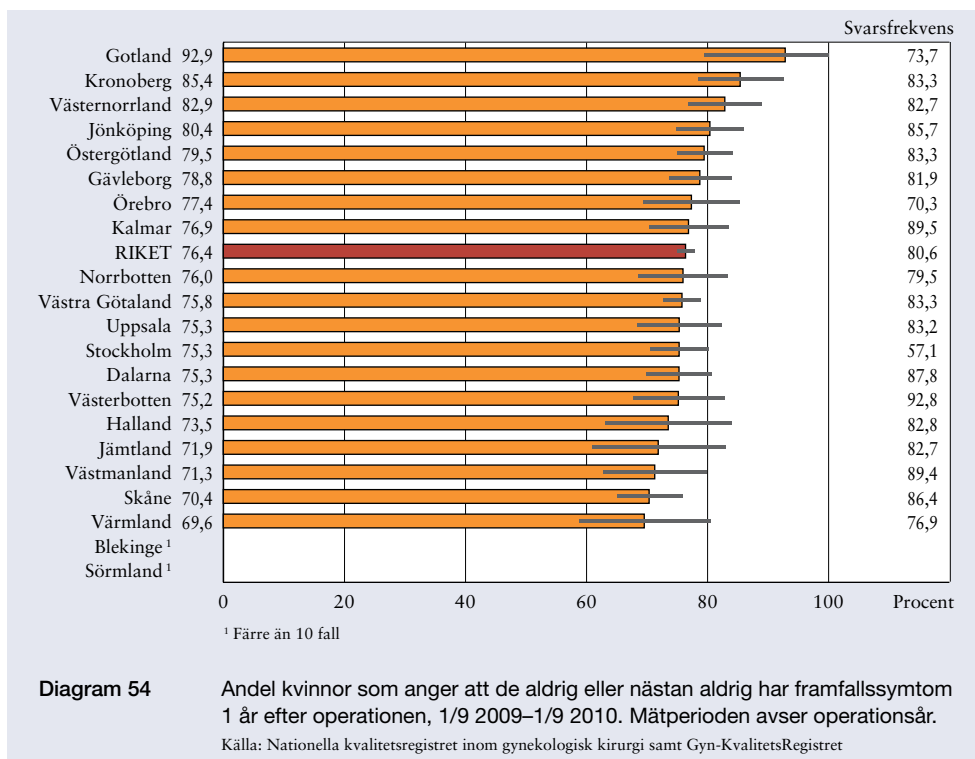
I riket anger drygt 78 procent av kvinnorna att de inte haft komplikationer eller oväntade besvär. Det finns skillnader mellan landsting, med en spridning från 72



till 93 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 svårhetsgrader. Det kan vara ett tekniskt enkelt dagkirurgisk ingrepp, men det kan också vara en större utmaning, utan säkerhet för att resultatet blir lyckat. Operationerna görs i stigande grad i samarbete mellan kliniker: Några kliniker specialiserar sig på "fast track"-kirurgi och gör endast relativt enkla operationer, medan andra kliniker fungerar som remisskliniker för de mera komplexa fallen. Vid jämförelse mellan olika kliniker är det nödvändigt att ta hänsyn till dessa skillnader i patientsammansättning eller casemix.

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



54 Patientrapporterad förekomst av framfallssymtom efter operation

Det enda prolapspecifika symtomet är patienternas känsla av att något buktar ut ur slidan. Effekten av en prolapsoperation på urinblåsan, ändtarmen och funktionella parametrar är komplex och förbättringar kan inte garanteras. Därför väljer man i registren 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 3 507 kvinnor som svarade på enkätens fråga, av cirka 4 620 som opererades under mätperioden och som registrerades i något av registren.

I riket var andelen som aldrig eller nästan aldrig hade framfallssymtom drygt 76 procent, med en variation mellan landsting från knappt 70 till drygt 93 procent. Rättvisande jämförelser på framförallt kliniknivå förutsätter att hänsyn tas till varierande casemix.

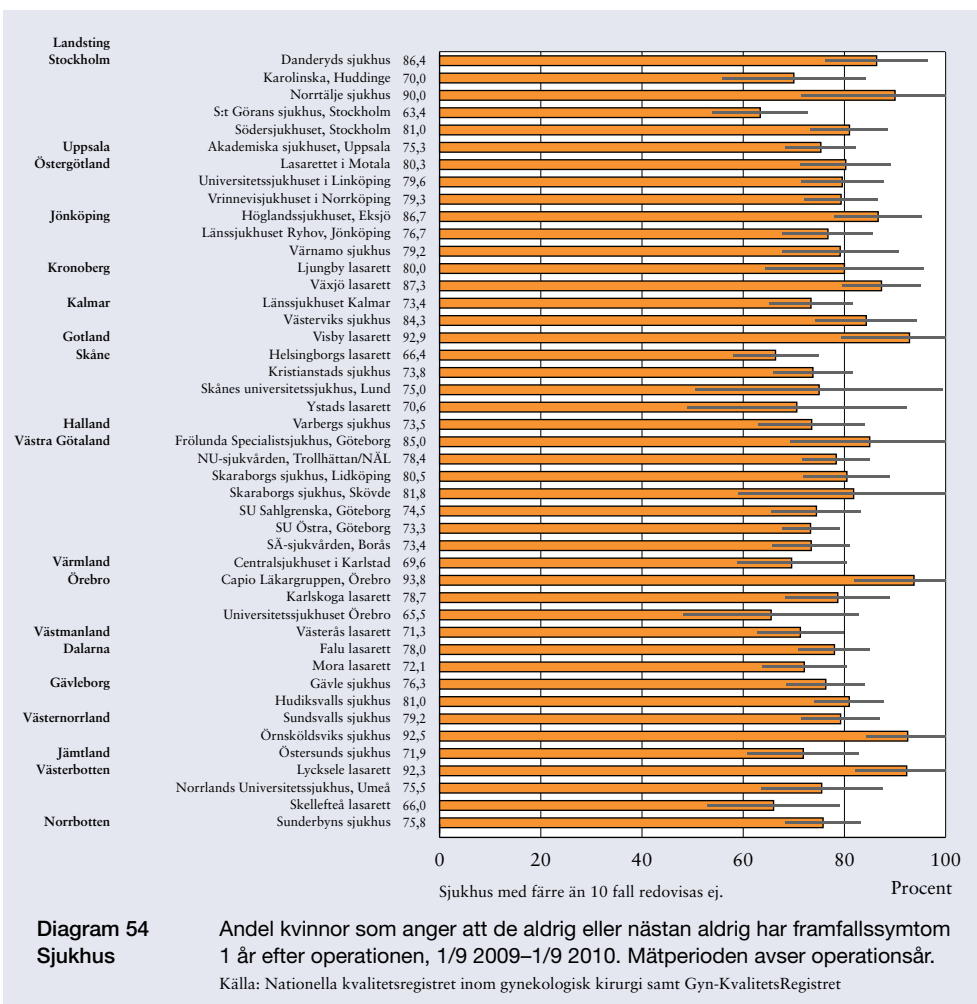
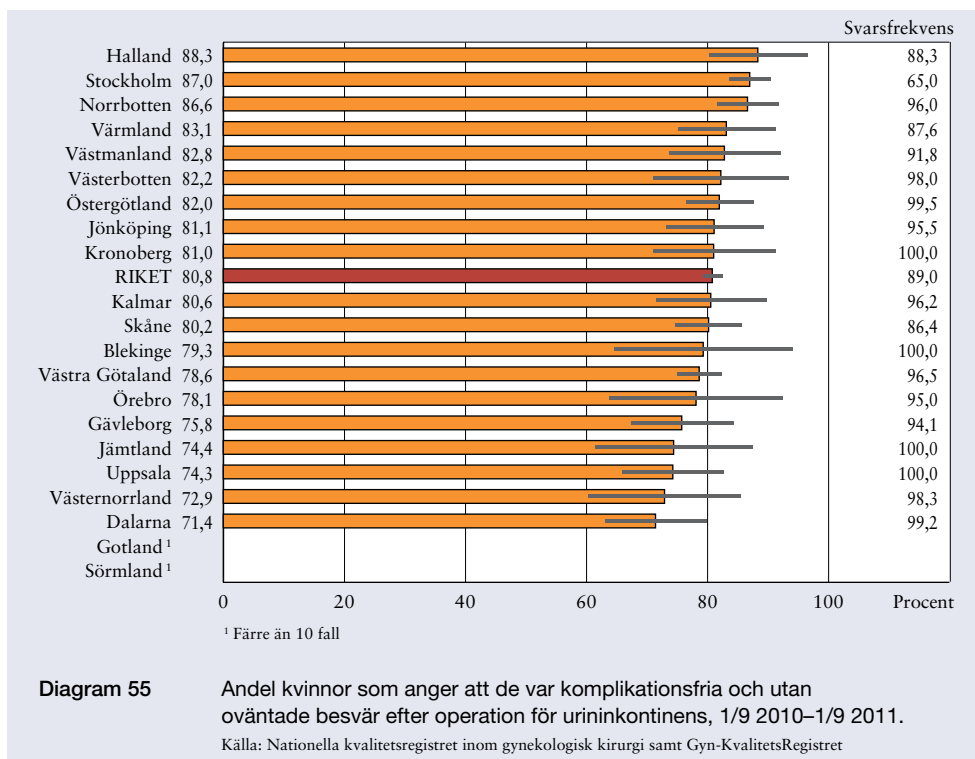


Diagram 54
Sjukhus

Andel kvinnor som anger att de aldrig eller nästan aldrig har framfallssymtom 1 år efter operationen, 1/9 2009–1/9 2010. Mätperioden avser operationsår.

Källa: Nationella kvalitetsregistret inom gynekologisk kirurgi samt Gyn-KvalitetsRegistret

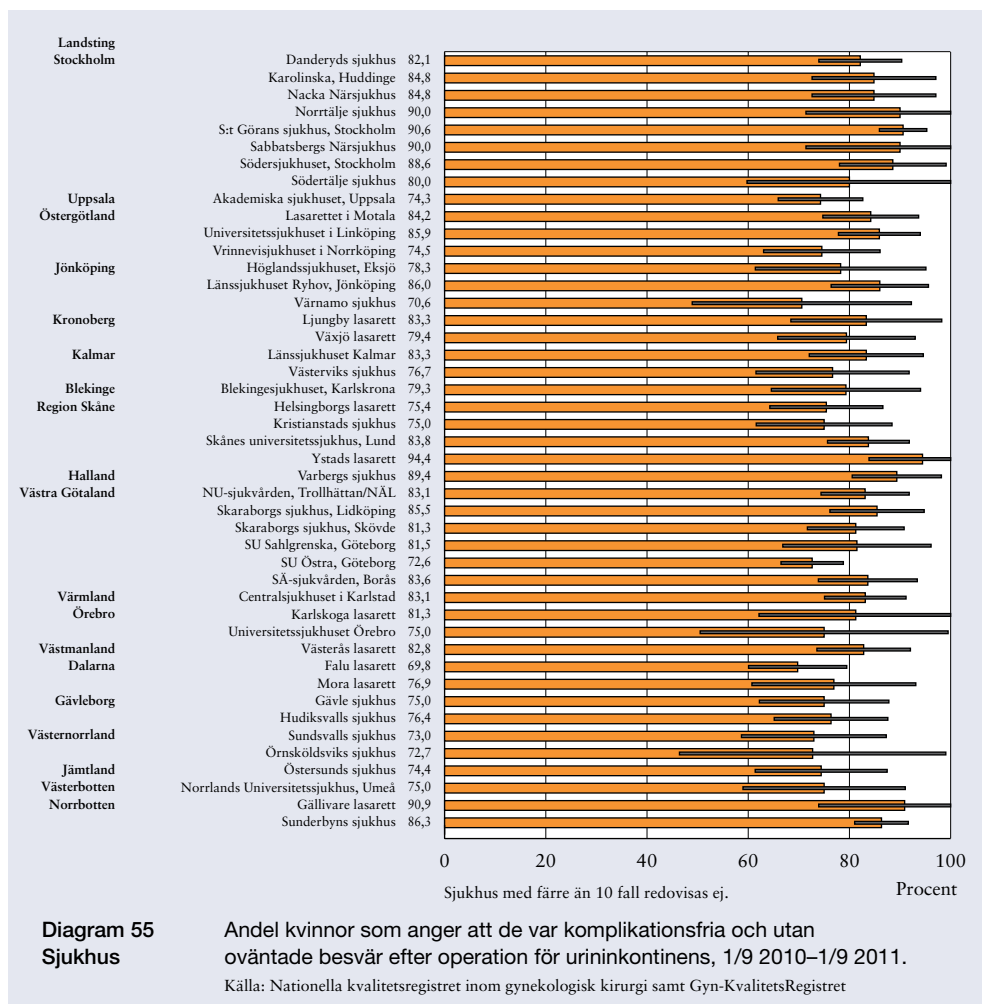


55 Patientrapporterade komplikationer efter inkontinensoperation

Över 3 000 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 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 skall vara rättvisande.

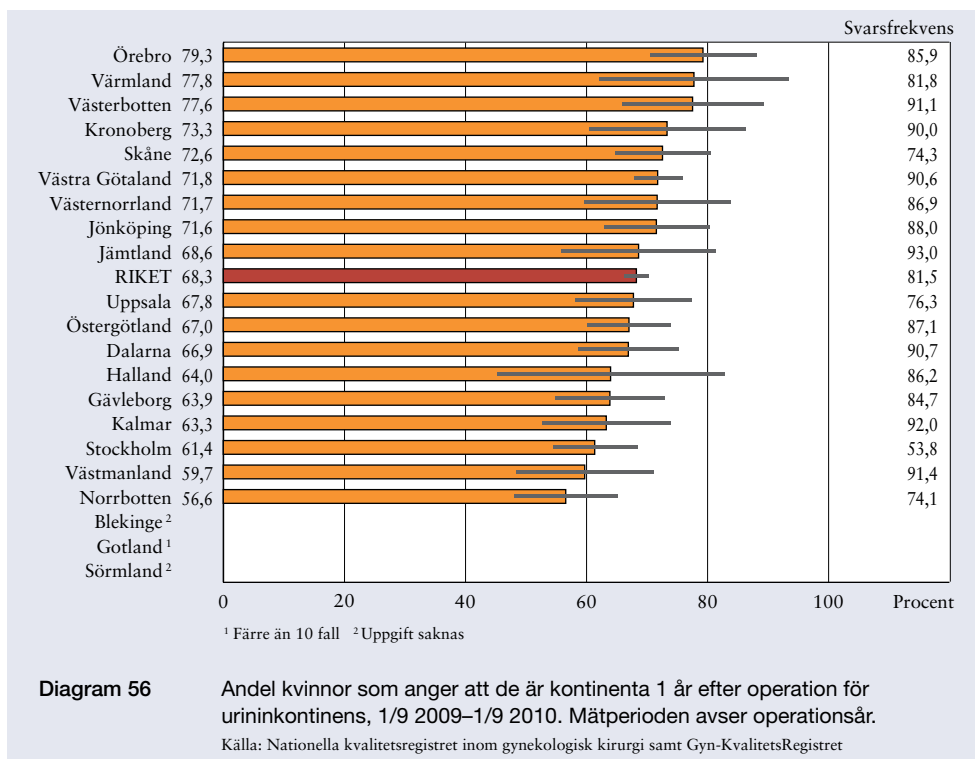
Indikatoren visar andelen patienter som anger att de inte haft några komplikationer eller oväntade besvär som föranlett läkarbesök två månader efter operationen. Jämförelsen baseras på 2 345 opererade patienter som besvarade denna fråga i patienten-



käten. 2 925 operationer registrerades av de båda registren Gyn-OP och Gyn-KvalitetsRegistret under den tolv månadersperiod som här redovisas. Svarsfrekvensen i enkäten som helhet är 89 procent.

Andelen som anger att de varit komplikationsfria och inte haft oväntade besvär är i riket nästan 81 procent, med en variation mellan landstingen från 71 till över 88 procent.

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



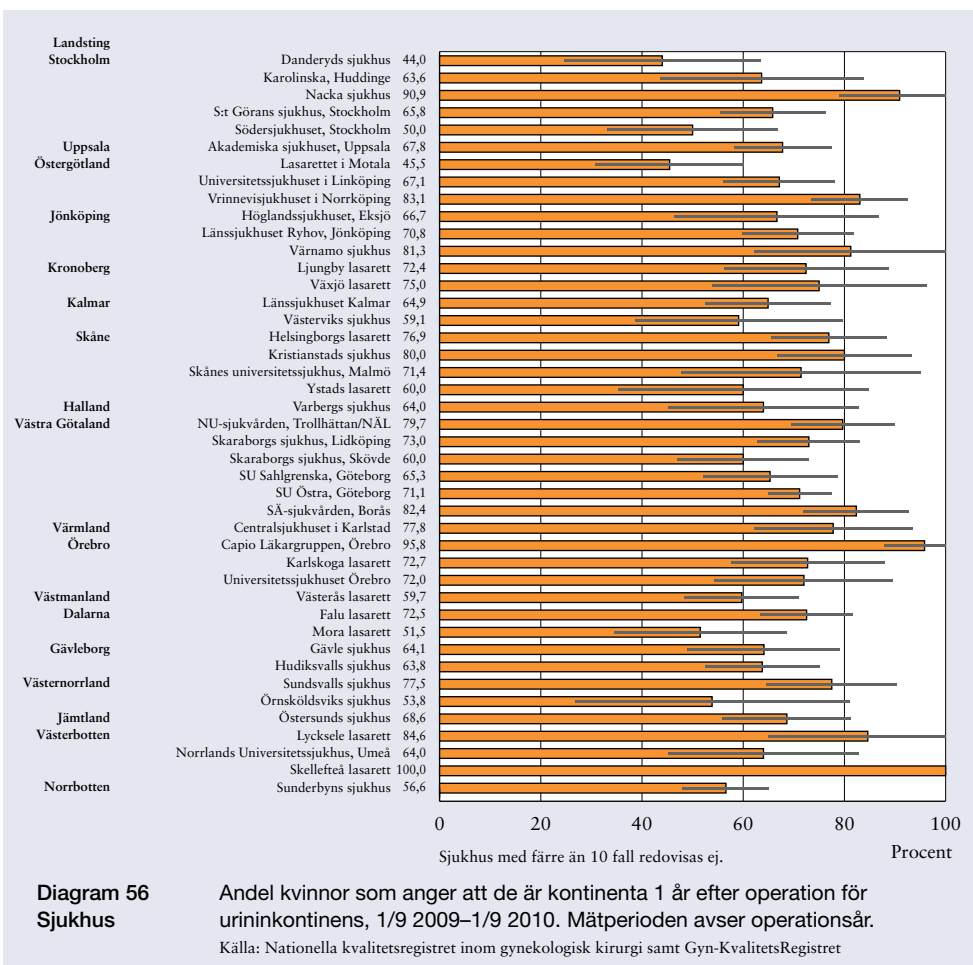
56 Patientrapporterad kontinens efter inkontinensoperation

Denna indikator speglar patientens bedömning av operationens resultat efter ett år. Gynop-registret ställer även frågan om patienterna är nöjda med operationen, men här visas istället andelen patienter som anger att de är kontinenta efter ett år, baserat på data även från GKR. Jämförelsen baseras på 2 023 patienter som opererades under mätperioden och som svarade på enkäten. Svarsfrekvensen är drygt 81 procent.

I riket är andelen som uppger att de är kontinenta 68 procent. Det är stora skillnader mellan landstingen, med en spridning från 56 till 79 procent. Jämförelser både mellan landsting och mellan kliniker försvåras av att andelen högriskpatienter varierar.

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

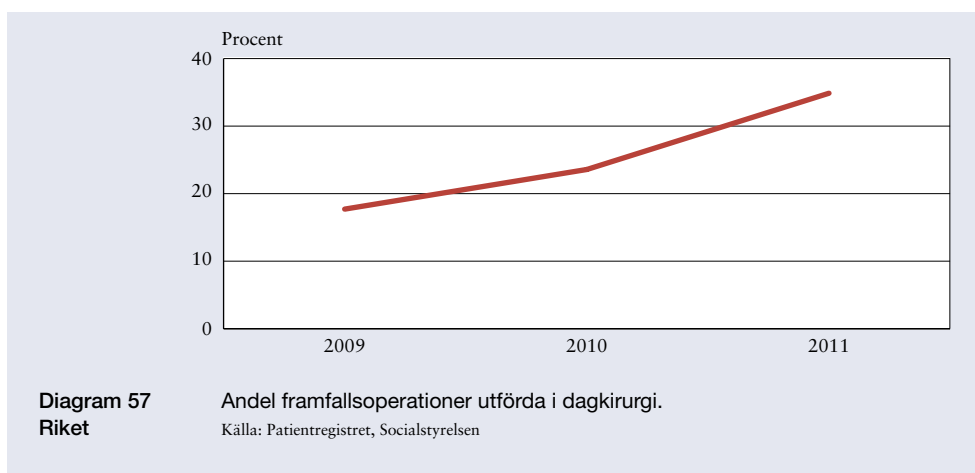
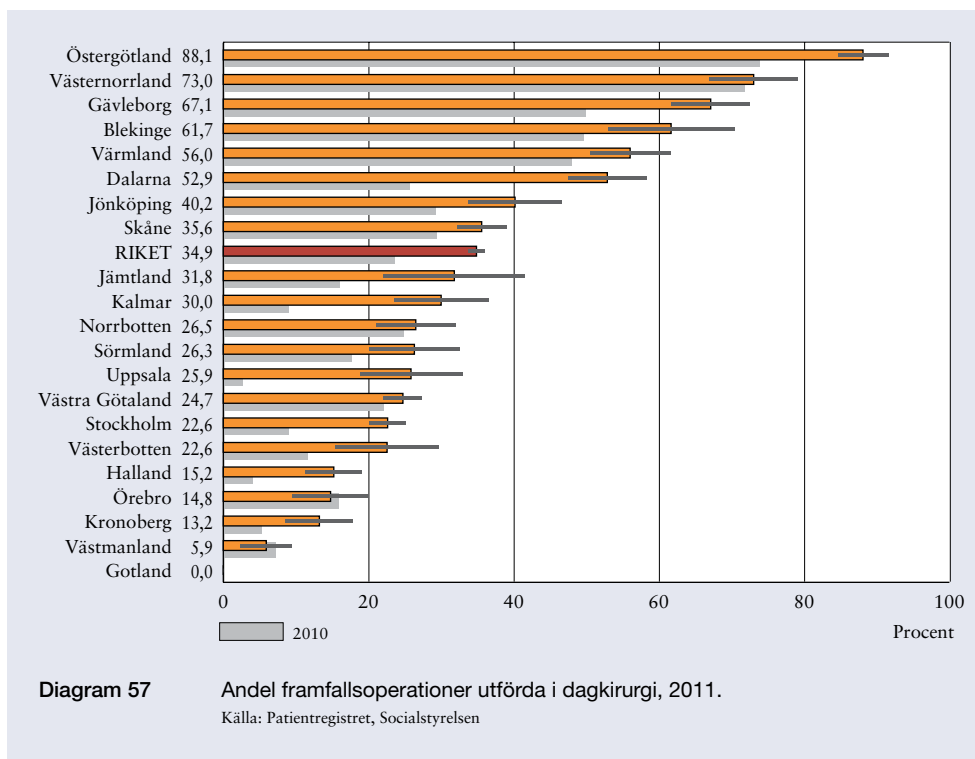
Andelen patienter som uppger att de är nöjda med operationen är betydligt högre. Detta avspeglar troligen att många patienter upplever minskad inkontinensproblematik efter operationen, även om de inte är helt kontinenta enligt den använda definitionen.



57 Dagkirurgiska operationer vid livmoderframfall

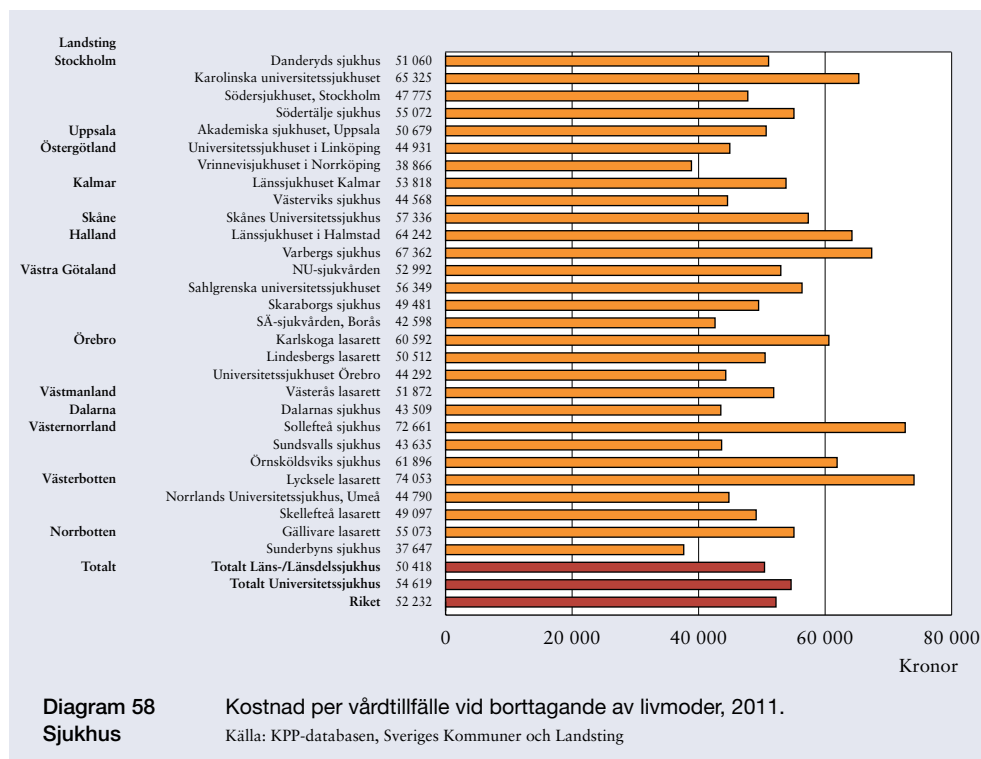
År 2011 opererades enligt Patientregistret cirka 6 600 kvinnor för livmoderframfall. Närmare 35 procent av dessa, eller drygt 2 300 operationer, utfördes som dagkirurgi, vilket är en något högre andel än 2010 och 2009. Operationen kan göras som dagkirurgi om man har möjlighet till postoperativ övervakning tillräckligt antal timmar och det finns tillgång till slutenvårdsresurser, som kan tas i anspråk vid behov. Diagnosen prolaps (framfall) är bred och kan avse helt olika svårighetsgrader. Även operationen kan spänna från att vara en enkel standardoperation till ett komplicerat ingrepp. Måttet är inte ett kvalitetsmått, utan en spegling av skillnader i medicinsk praxis, som har påverkan på resursanvändningen.

De olikartade svårighetsgraderna, patientens ålder och allmäntillstånd är alla faktorer som påverkar vårdtidens längd och hur stor andel av operationerna som sker utan inskrivning i slutenvård, således i dagkirurgi. Men det finns även andra aspek-



ter som spelar stor roll för andelen dagkirurgiskt opererade, vilket framgår av de stora variationerna i diagrammet.

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.



Andelarna operationer utförda i dagkirurgi varierar så markant att man kan sluta sig till att lokala traditioner spelar en betydande roll. Ett landsting utför nästan nio av tio operationer som dagkirurgi, medan i andra landsting andelen slutenvårdsooperationer är mycket hög. Mycket talar för att de landsting som har en hög slutenvårdsandel kan minska sina kostnader för dessa operationer, utan att kvaliteten försämras.

58 Kostnad per vårdtillfälle vid borttagande av livmoder

Under 2011 rapporterades till KPP-databasen 3 583 vårdtillfällen med en åtgärds kod för hysterektomi, borttagande av livmoder. Medelvårdtiden är 3 dagar, men varierar mellan sjukhusen. Denna variation kan bero på patientselektion och arbetsfördelning mellan sjukhus, men också på valet av operationsmetod och kan då vara ett uttryck för skillnader i medicinsk praxis.

I diagram 58 visas kostnaderna per vårdtillfälle i slutenvård för hysterektomi. Patientgruppen och operationen är densamma som den för vilken önskad händelser redovisades i diagram 50. KPP-databasens genomsnittskostnad för innerfallen uppgick 2011 till 52 232 kr. De redovisade kostnaderna skiljer sig påtagligt mellan sjukhusen, från närmare 38 000 kr till över 74 000 kr, för sjukhus med fler än tio fall.

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.

RÖRELSEORGANENS SJUKDOMAR

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

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

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

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

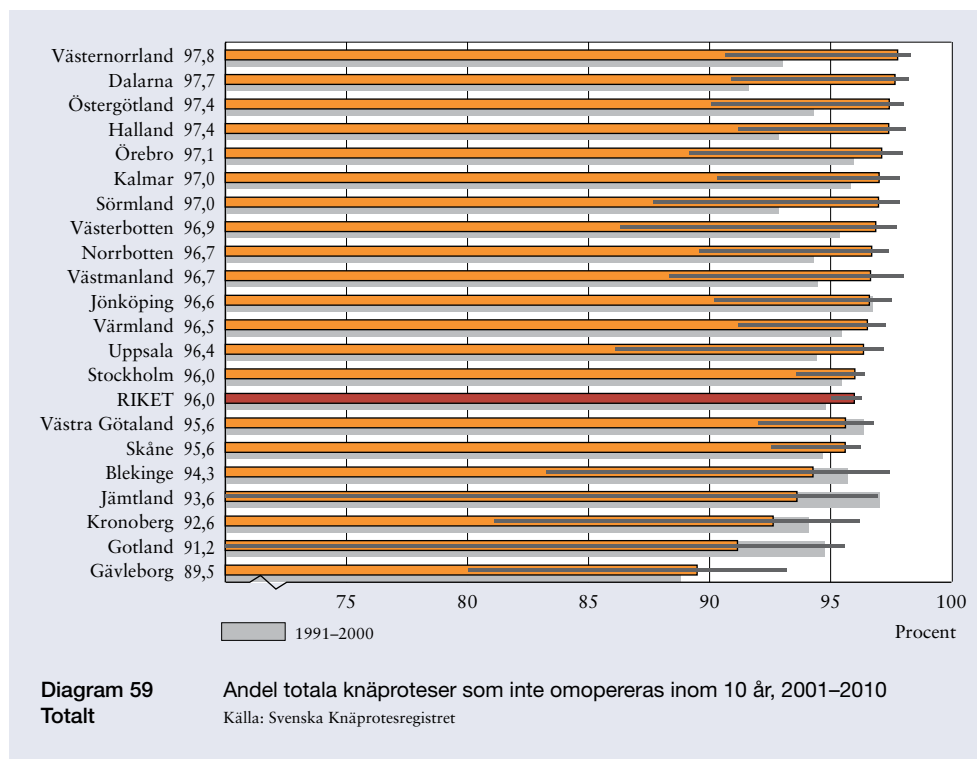
Indikatorerna belyser vanliga och ur ett samhällsperspektiv resurskrävande sjukdomar och behandlingar: Knä- och höftproteskirurgi, höftfraktur, knäartroskopi, ryggkirurgi, korsbandskirurgi, läkemedelsbehandling efter benskörhetsfraktur och vid reumatoid artrit.

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

59 Implantatöverlevnad vid total knäprotesoperation

Artros i knäleden är relativt ovanligt före 50 års ålder men blir vanligare med stigande ålder. Kvinnor drabbas av knäledsartros betydligt oftare än män, särskilt bland äldre personer. Under 2011 utfördes 12 752 primära knäprotesoperationer och 830 revisionsoperationer på 74 kliniker. Kvinnor svarade för knappt 60 procent av dessa.

De uppgifter som redovisas här är hämtade från Svenska Knäprotesregistret, som är Sveriges äldsta Nationella Kvalitetsregister. Alla knäprotesopererande enheter från 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 avser total knäprotesoperation vid artros, operationer utförda under perioden 2001–2010. Antalet operationer under denna period var närmare 86 000. I diagram 59 redovisas andelen knäproteser som inte är reviderade (utbytesoperation) inom 10 år, oavsett vilken orsaken till detta är. Analysen är gjord med så kallad Kaplan-Meierstatistik, och beskriver hur många knäproteser av 100 som finns kvar i patienter som är opererade under den senaste 10-årsperioden och som fortfarande lever. Den andel som anges är strikt sett ett beräknat värde då den statistiska metoden inkluderar patienter som under observationstiden har avlidit eller emigrerat. Dessa så kallade "drop-outs" anses i metoden ha samma risk för att bli omopererade som övriga gruppen.

Revision, utbyte av delar av eller hela protesen, kan bero på patientrelaterade faktorer men kan också vara tecken på olämpligt protesval eller kirurgisk teknik. Riksmedelvärdet för perioden var 96 procent för både kvinnor och män, med en spridning mellan landstingen från 89 till 98 procent. I riket fick således fyra av 100 patienter omopereras under den aktuella 10 årsperioden med byte av protesen eller borttagning/addering av protesdelar. Resultaten gäller de senaste tio årens operationer och behöver därför inte helt återspegla den aktuella situationen. Indikatorn är

således relativt trög, men den är viktig därför att den redovisar långtidsresultaten av denna vanliga typ av ortopedisk kirurgi.

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

Relativ revisionsrisk vid knäprotesoperation

I tabell 59A visas per klinik den så kallade relativa risken för revision (utbyte av hela eller delar av protesen) vid primär knäprotesoperation under tioårsperioden 2001–2010. Enbart cementerade totalknäplastiker gjorda på sjukhus som fortfarande är verksamma ingår. Underlaget för jämförelsen är över 80 500 operationer utförda under tidsperioden och som registrerades i Svenska Knäprotesregistret.

Istället för att som i diagram 59 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 0,32, där det sanna värdet med 95 % säkerhet ligger inom intervallet 0,17–0,58. Kliniken har rankingplats 1. Med 95 % säkerhet har man en rankingplats mellan 1–10. Även Lycksele 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 1–48.

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 59A
Sjukhus

Relativ revisionsrisk vid knäprotesoperation, 2001–2010.
Avser cementerade totalknäplastiker vid artros.

Källa: Svenska knäprotesregistret

Sjukhus	Relativ risk (RR)	95 % KI för RR	Rang	95 % KI för Rang
Alingsås lasarett	0,32	0,17–0,58	1	1–10
Sabbatsbergs Närsjukhus	0,45	0,26–0,81	2	1–27
Lasarettet i Enköping	0,49	0,31–0,78	3	1–26
Lycksele lasarett	0,53	0,26–1,08	4	1–48
Movement Halmstad	0,55	0,31–0,97	5	1–42
Varbergs sjukhus	0,55	0,36–0,85	6	2–32
Örnsköldsviks sjukhus	0,57	0,36–0,89	7	2–35
Skaraborgs sjukhus, Lidköping	0,57	0,33–0,96	8	2–41
Karolinska, Huddinge	0,65	0,40–1,06	9	3–48
Västerås lasarett	0,66	0,39–1,09	10	3–50
Falu lasarett	0,67	0,46–0,96	11	4–41
Carlanderska, Göteborg	0,70	0,31–1,58	12	1–65
SÄ-sjukvården, Borås	0,70	0,43–1,13	13	4–52
Karolinska, Solna	0,70	0,50–0,99	14	6–43
Sollefteå sjukhus	0,71	0,45–1,12	15	4–52
Gällivare lasarett	0,71	0,42–1,21	16	3–56
Helsingborgs lasarett	0,72	0,38–1,35	17	2–60
Elisabethsjukhuset, Uppsala	0,72	0,42–1,26	18	3–57
Skånes universitetssjukhus, Malmö	0,73	0,36–1,48	19	2–63
Spenshults reumatikersjukhus	0,74	0,37–1,51	20	2–64
Universitetssjukhuset Örebro	0,75	0,48–1,16	21	5–53
Ängelholms sjukhus	0,75	0,50–1,13	22	6–52
Mälarsjukhuset, Eskilstuna	0,77	0,41–1,44	23	3–63
Lindesbergs lasarett	0,77	0,49–1,21	24	6–55
Värnamo sjukhus	0,78	0,51–1,19	25	6–55
Länssjukhuset Ryhov, Jönköping	0,79	0,52–1,19	26	7–54
Karlskoga lasarett	0,79	0,50–1,24	27	6–56
Kullbergska sjukhuset, Katrineholm	0,79	0,54–1,15	28	8–53
Lasarettet i Motala	0,80	0,60–1,06	29	11–48
Sunderbyns sjukhus	0,81	0,45–1,48	30	4–63
Skaraborgs sjukhus, Falköping	0,81	0,54–1,23	31	8–56
Centralsjukhuset i Karlstad	0,83	0,59–1,19	32	11–54
Oskarshamns sjukhus	0,84	0,60–1,17	33	11–54
Mora lasarett	0,85	0,57–1,26	34	9–57
Sahlgrenska universitetssjukhuset	0,86	0,48–1,52	35	5–65
S:t Görans sjukhus, Stockholm	0,87	0,69–1,09	36	18–50
Nyköpings sjukhus	0,89	0,56–1,41	37	9–62
Västerviks sjukhus	0,89	0,60–1,33	38	12–59
Högländssjukhuset, Eksjö	0,89	0,58–1,38	39	10–61
Växjö lasarett	0,89	0,59–1,36	40	11–61
Frölunda Specialistsjukhus, Göteborg	0,91	0,59–1,40	41	11–62
Länssjukhuset Kalmar	0,91	0,62–1,34	42	13–60
Hässelholms sjukhus	0,92	0,74–1,13	43	22–52
Blekingesjukhuset, Karlshamn	0,94	0,68–1,30	44	17–59
Norrlands Universitetssjukhus, Umeå	0,98	0,66–1,44	45	15–63
Löwenströmska sjukhuset	0,99	0,72–1,35	46	20–60
Skaraborgs sjukhus, Skövde	1,01	0,65–1,58	47	15–66
Södertälje sjukhus	1,03	0,72–1,48	48	20–64
Danderyds sjukhus	1,03	0,74–1,43	49	22–62
Sundsvalls sjukhus	1,04	0,72–1,49	50	21–64
Länssjukhuset i Halmstad	1,04	0,75–1,45	51	23–63
Torsby sjukhus	1,07	0,72–1,57	52	20–66
Nacka Närsjukhus	1,10	0,59–2,07	53	11–73
Sophiahemmet, Stockholm	1,12	0,78–1,60	54	26–67
Södersjukhuset, Stockholm	1,13	0,85–1,51	55	32–65
SÄ-sjukvården, Skene	1,14	0,78–1,69	56	25–68
Vrinnevisjukhuset i Norrköping	1,16	0,75–1,79	57	22–70
Östersunds sjukhus	1,20	0,83–1,73	58	30–69
Skellefteå lasarett	1,20	0,80–1,80	59	28–70
Arvika sjukhus	1,31	0,91–1,89	60	37–71
Visby lasarett	1,35	0,91–2,00	61	36–73
SU Mölndal	1,38	0,94–2,02	62	40–73
Gävle sjukhus	1,44	0,98–2,12	63	42–74
NU-sjukvården, Uddevalla	1,45	1,09–1,92	64	50–72
Piteå Älvdals sjukhus	1,46	1,12–1,90	65	51–71
Gothenburg Med Center	1,46	0,96–2,23	66	41–74
Ljungby lasarett	1,57	1,11–2,21	67	50–74
Trelleborgs lasarett	1,59	1,32–1,91	68	58–72
Bollnäs sjukhus	1,68	1,32–2,13	69	59–74
Ortopediska Huset, Stockholm	1,74	1,44–2,11	70	62–74
Norrälje sjukhus	1,86	1,34–2,58	71	59–75
Skånes universitetssjukhus, Lund	1,89	1,13–3,16	72	52–75
Akademiska sjukhuset, Uppsala	1,91	1,45–2,52	73	63–75
Hudiksvalls sjukhus	2,04	1,47–2,83	74	63–75
Kungälv sjukhus	2,10	1,65–2,67	75	67–75

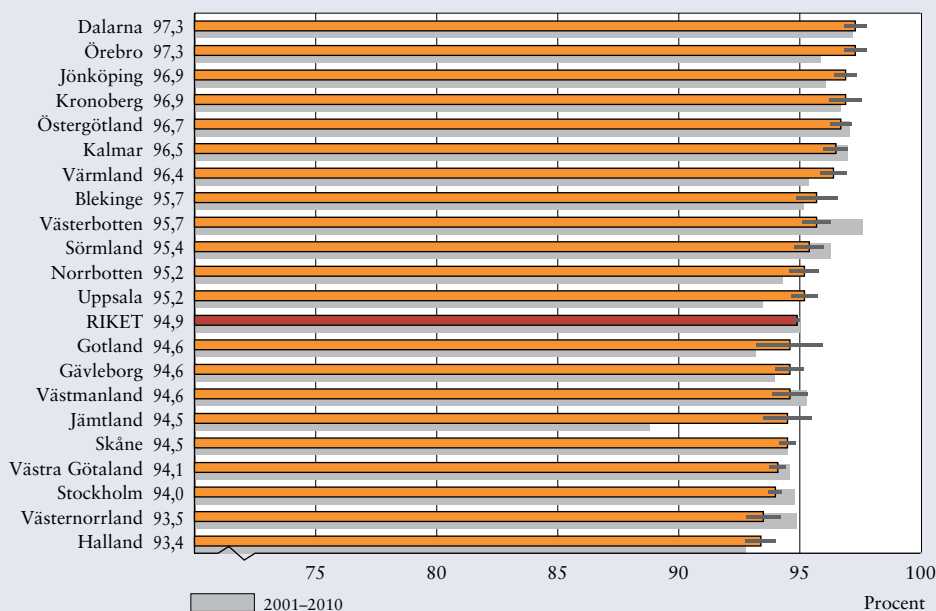


Diagram 60 Andel totala höftproteser som inte omopereras inom 10 år, 2002–2011.
Totalt Källa: Svenska Höftprotesregistret

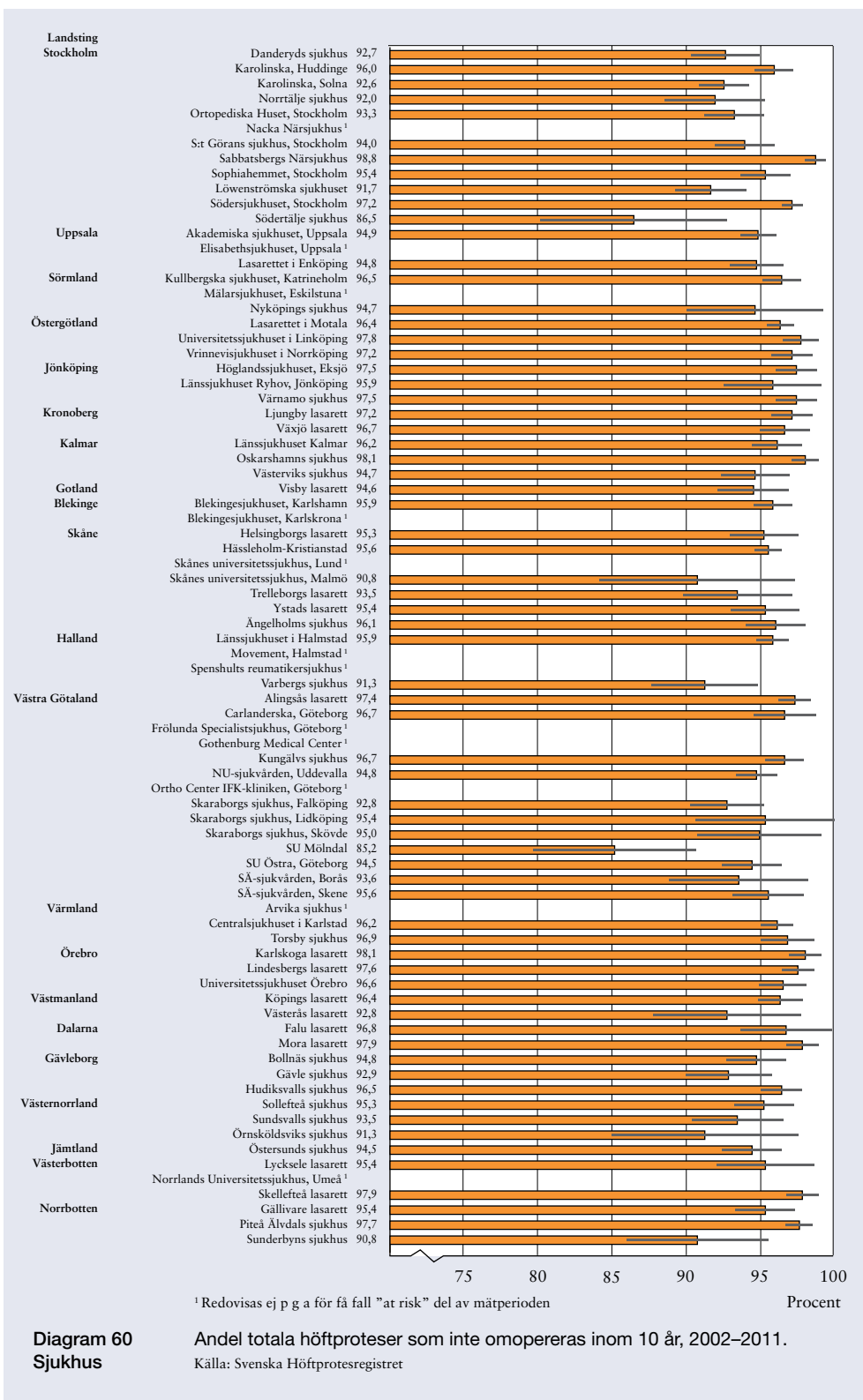
60 Implantatöverlevnad vid total höftprotesoperation

Till Svenska Höftprotesregistret rapporterar samtliga berörda kliniker, offentliga som privata. En jämförelse med Patientregistret visade att höftprotesregistret på individnivå hade en täckningsgrad på 98 procent verksamhetsåret 2011.

Höftprotesregistret registrerade 15 951 primära totala höftproteser under 2011, vilket är ungefär samma volym som 2009 och 2010. I ett tioårsperspektiv har antalet protesoperationen ökat kraftigt. Flera kvinnor än män opereras. Ungefär 60 procent av operationerna görs på kvinnor. Under 2011 rapporterades 2 193 reoperationer, varav 1 810 var revisionsoperationer.

Ett viktigt kvalitetsmått är hur länge protesens "överlever" efter operationen, så kallad Kaplan-Meier statistik (se föregående indikator). Definition av misslyckande är utbyte av någon del av protesens eller borttagande av hela protesens (revision). Svenska Höftprotesregistret följer sedan länge denna kvalitetsindikator. Uppgifterna här avser drygt 142 000 operationer utförda under senaste 10-årsperioden 2002–2011. Alla diagnoser är inkluderade.

Riket hade under den gångna 10-årsperioden en 95-procentig protesöverlevnad, vilket är världens högsta rapporterade 10-årsresultat. Landstingens resultat varierar från 93,4 till 97,3 procent, för båda könen sammantagna. Kvinnors operationer har ett något bättre långtidsresultat än männens, med 95,7 procents protesöverlevnad,



mot männens 93,8 procent. Denna könsskillnad beror sannolikt på männens högre fysiska aktivitet, som ger ett högre långtidsslitage av protesdelarna, vilket i sin tur kan orsaka lossning av protesen.

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

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

61 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, som djup infektion och revision på grund av upprepade urledvridningar av höftledsprotesen, luxationer. Arbetsföra patienter som omopereras på grund av protesrelaterad infektion eller luxationer får inte sällan ett sämre slutresultat och kan för sjukvården och försäkringskassan kosta miljonbelopp per komplikation.

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

Andelen omoperationer återges i diagram 61 och avser drygt 58 000 operationer som utförts under perioden 2008–2011. I riket som helhet omopererades 2,1 procent av patienterna inom två år. Detta motsvarar 1 098 patienter. I två landsting var andelen omoperationer under eller lika med 1 procent. Fyra landsting har över 2,5 procent omoperationer.

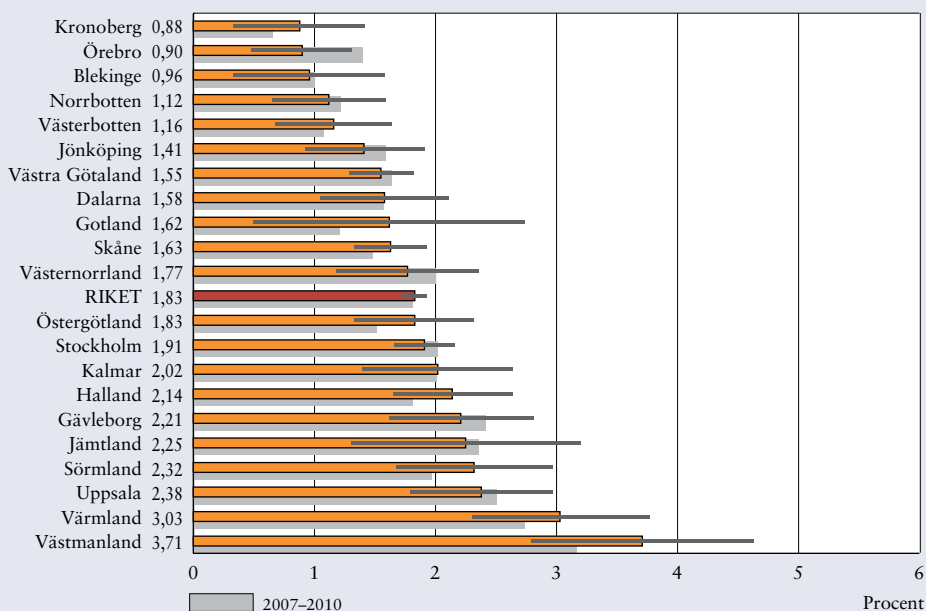


Diagram 61
Totalt

Andel omoperationer inom 2 år efter total höftprotresoperation, 2008–2011.

Källa: Svenska Höftprotresregistret

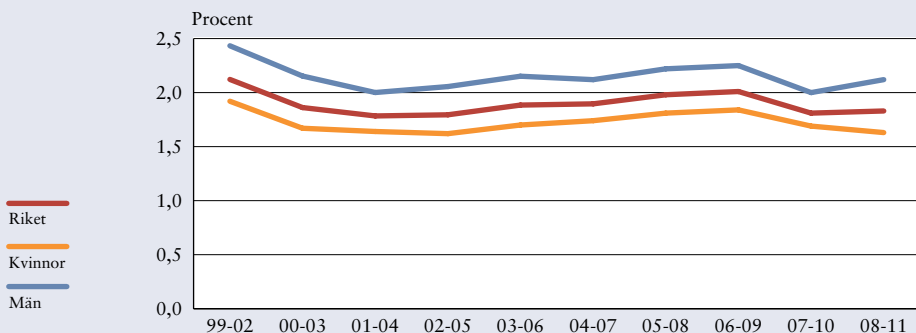


Diagram 61
Riket

Andel omoperationer inom 2 år efter total höftprotresoperation.

Källa: Svenska Höftprotresregistret

Komplikationsfrekvensen är lägre bland kvinnor än för män, dock är skillnaden liten: 1,9 respektive 2,4 procent. Variationen på sjukhusnivå var större: Från 0,2 procent komplikationer upp till 5,7 procent. Denna större spridning på enhetsnivå ger indikatorn större tyngd avseende förbättringsarbete. Komplikationstalen är generellt låga. Patientsammansättning och slumpmässig variation har stor påverkan på resultaten. Resultatet kan egentligen bara värderas över tid, det vill säga om klara trender föreligger.

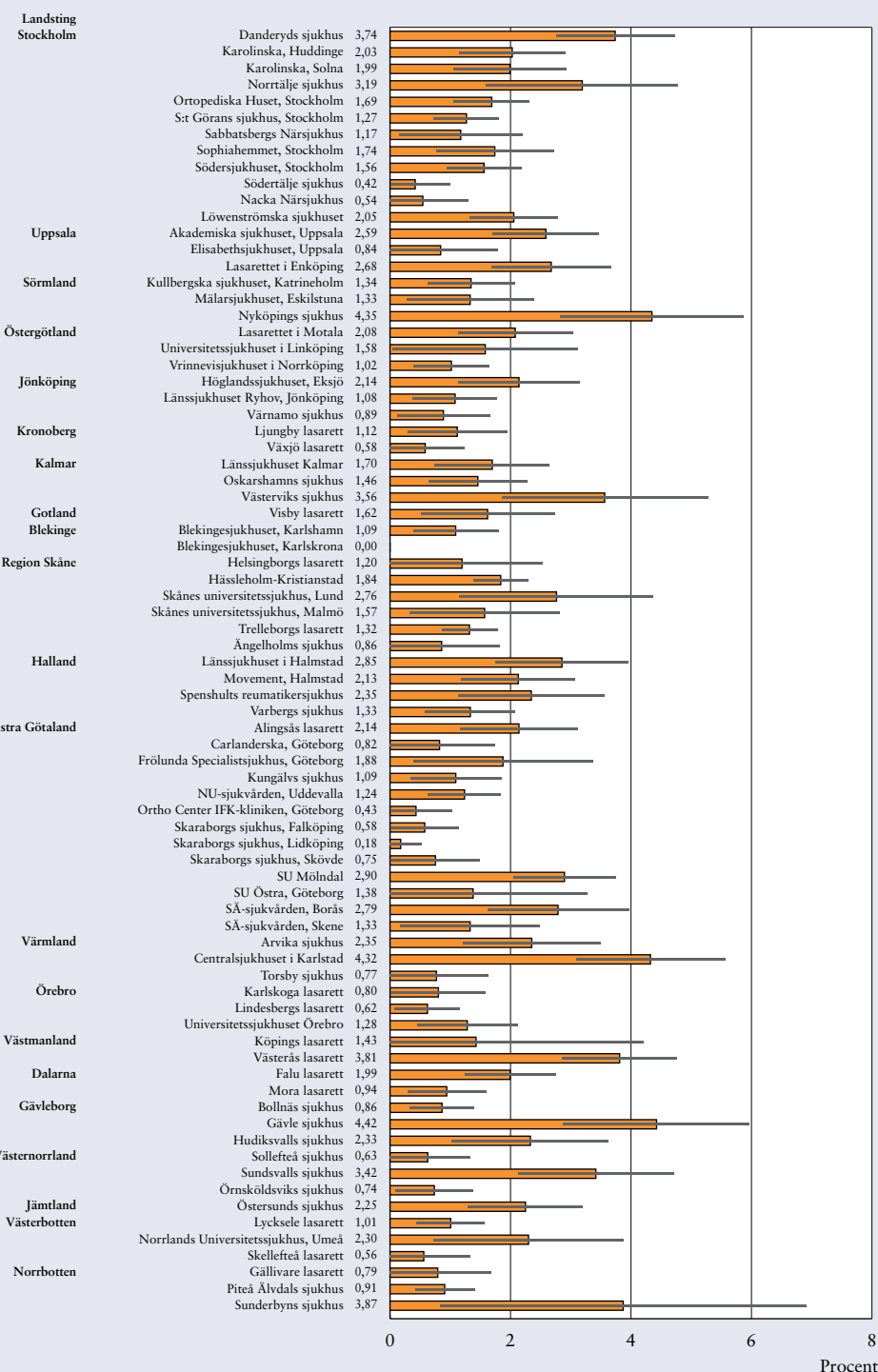


Diagram 61
Sjukhus

Andel omoperationer inom 2 år efter total höftprotesoperation, 2008–2011.
Källa: Svenska Höftprotesregistret

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 på högst 1,8 procent för hela den aktuella patientgruppen. Men som framgår av vissa landstings resultat är än lägre komplikationsfrekvenser möjliga.

62 Önskade händelser efter knä- och höftprotesoperation

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

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

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

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

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

I diagram 62 redovisas frekvensen återinläggning och död inom 30 dagar efter höft- och knäprotesoperation. Drygt 78 000 operationer utförda under 2009–2011 ingår i jämförelsen. Som orsak till återinläggning valdes bland annat proteskomplikationer och vanliga hjärt-kärlsjukdomar som hjärtinfarkt, kärlkramp, hjärtsvikt och stroke. Redovisningen per landsting baseras på patientens hemort, inte på klinikens lokalisering.

I riket uppgick andelen avlidna eller återinskrivna till 3,2 procent. De specifika proteskomplikationerna står för två tredjedelar av de studerade återinläggningarna. Det är en viss spridning mellan landstingen, från 2, 2 till 4, 9 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.

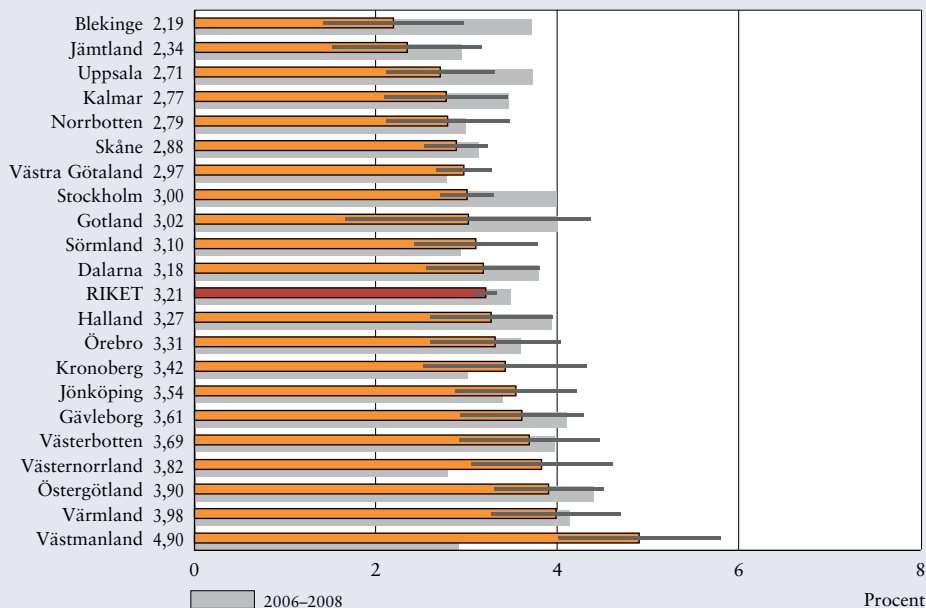


Diagram 62
Totalt

Oönskade händelser inom 30 dagar efter knä- eller total höftprotosoperation, 2009–2011. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

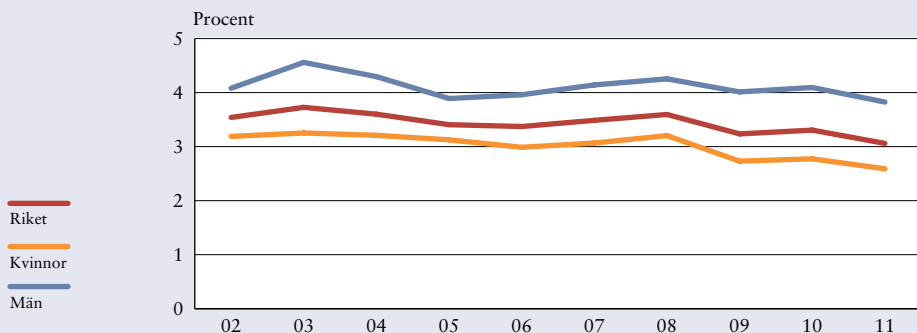


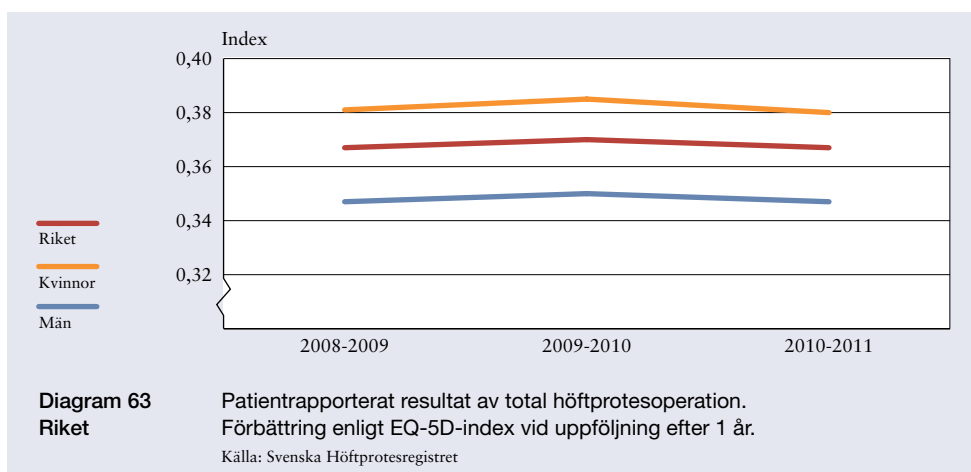
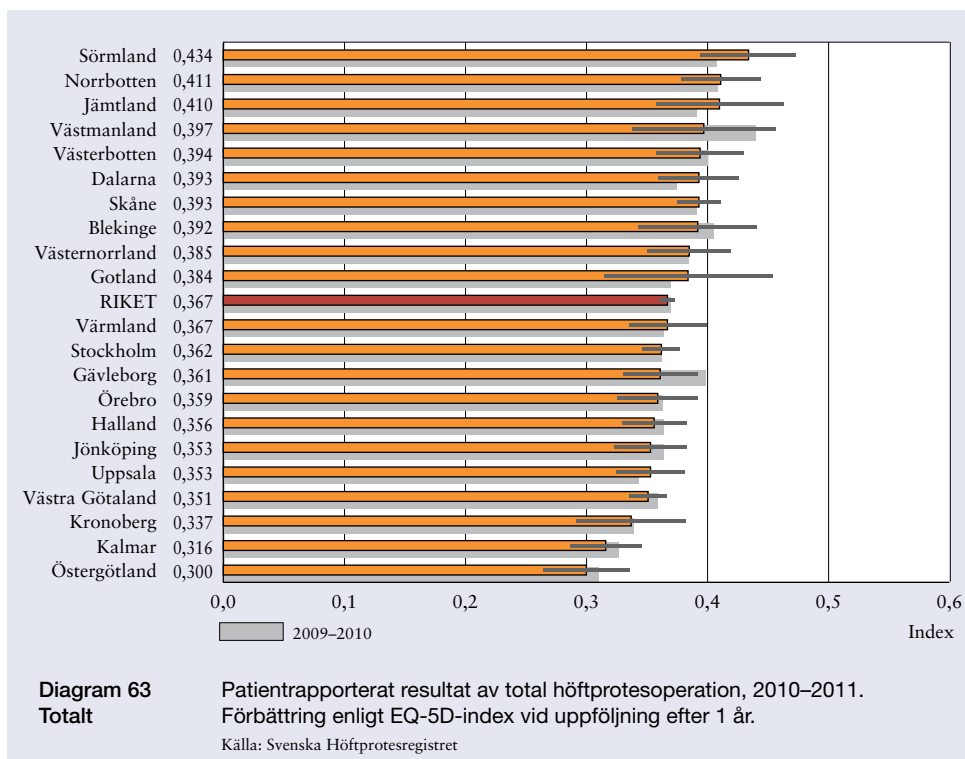
Diagram 62
Riket

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

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

63 Patientrapporterat resultat av total höftprotosoperation

De främsta indikationerna för höftprotoskirurgi är upplevd smärta och låg hälso-relaterad 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. Höftprotosregistret följer sedan 2002 upp patientrapporterade



resultat av operationen. Man använder bland annat instrumentet EQ-5D, som ger hälsorelaterad livskvalitet i ett index.

Alla patienter besvarar innan operationen ett formulär med tio frågor. Samma formulär med en kompletterande fråga om tillfredsställelse skickas till patienten efter ett år. Proceduren upprepas efter sex och tio år. Diagram 63 återger differensen i EQ-5D-index, således den ökning av den hälsorelaterade livskvaliteten som upp-

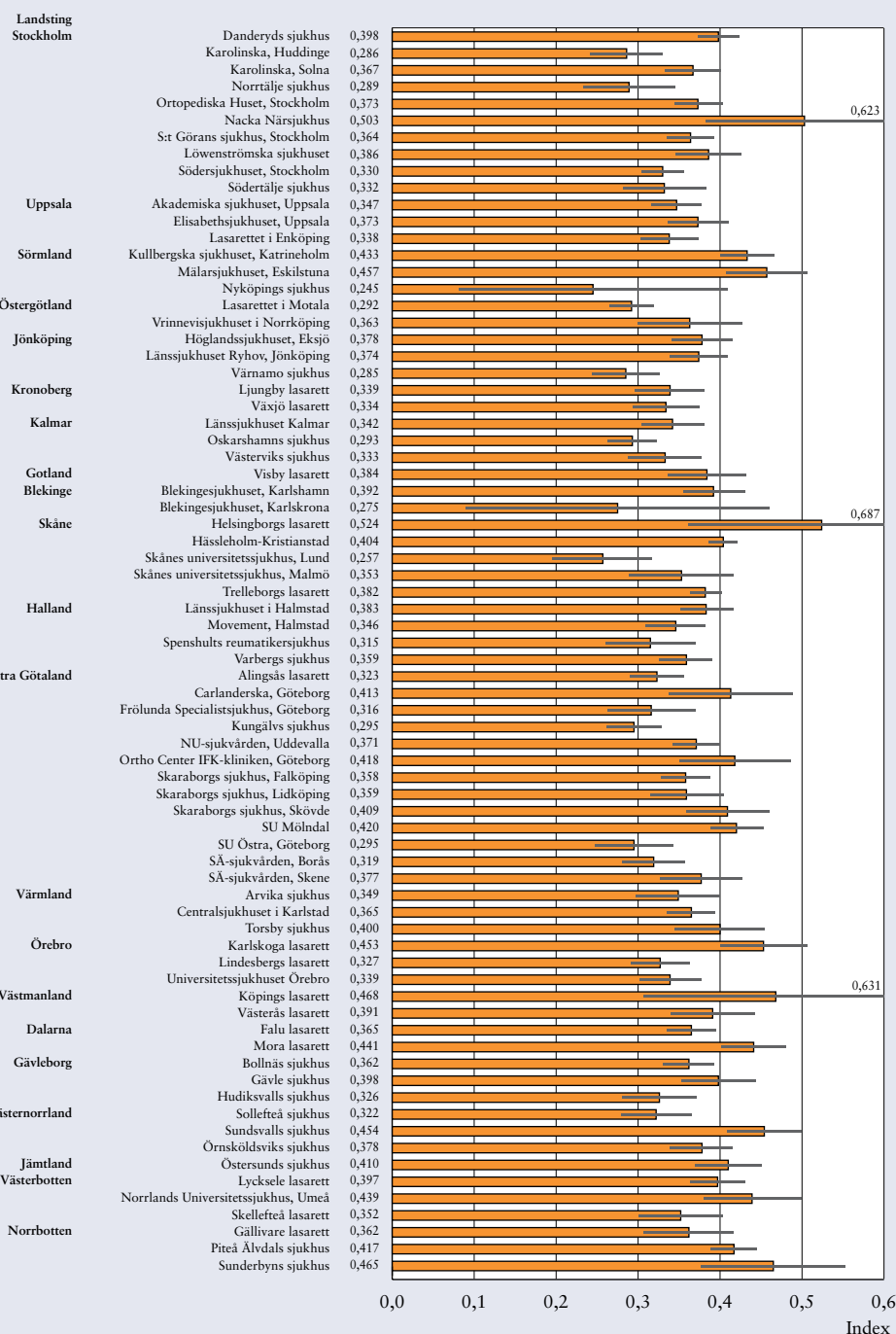


Diagram 63
Sjukhus

Patientrapporterat resultat av total höftprotesoperation, 2010–2011.
Förbättring enligt EQ-5D-index vid uppföljning efter 1 år.

Källa: Svenska Höftprotesregistret

mättes ett år efter operationen, jämfört med tillståndet innan. Årets analys avser operation utförd 2009–2010 med 1-årsuppföljning 2010–2011 och inkluderar knappt 23 200 patienter. Alla höftprotesopererande enheter i landet ingår i denna uppföljningsrutin. Svarsfrekvensen på enkäten var under denna tid 90 procent.

Någon säker målnivå går inte att ange vad gäller hälsorelaterad livskvalitet, som är avhängig en rad faktorer utöver artrossjukdomen. Exempel på sådana faktorer är ålder, förekomst av andra sjukdomar och kön. Eftersom indikatorn avser vunnit hälsorelaterad livskvalitet justeras resultatet i viss mån för dessa andra faktorer. Riksmedelvärdet för EQ-5D indexvinst efter 1 år har konstant legat på 0,36–0,37, hela perioden från det att databasen innehöll 200 patienter, till dagens läge med cirka 90 000 patienter. Detta värde kan anses vara en rimlig målnivå. För låga värden kan indikera en indikationsglidning och för höga att patienten i vissa fall fått vänta för länge på operation.

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

64 Patienttillfredsställelse efter total höftledsoperation

I Svenska Höftprotesregistrets rutin med patientrapporterat utfall ingår en fråga om patienttillfredsställelse, vid uppföljningarna 1, 6 och 10 år efter operationen. Frågan kan betraktas som en sjukdomsspecifik utfallsfråga då patienten på en skala, VAS, skall ange hur nöjda de är med operationsresultatet ett år efter operation. Det är således en PROM-fråga, som inte skall förväxlas med frågan om patienten var nöjda med bemötandet. Svartsfrekvensen är drygt 90 procent och alla sjukhus rapporterar. Resultatet för patienttillfredsställelse behöver inte samvariera med indexvärdet av EQ-5D (se tidigare indikator). En låg EQ-5D indexvinst kan vara kopplad till en hög nöjdhetsgrad och vice versa, då den också beror på vilket EQ-5D index patienten rapporterat före operationen.

VAS går från 0 (nöjd) till 100 (missnöjd). Värden mellan 41 och 100 anses ange att patienten är osäker på eller missnöjd med resultatet. Indikatorn visar andelen patienter som angivit värden på 0 till 40. Med denna definition anger i riket 86 procent av alla patienter att de var nöjda med resultatet, med en variation mellan landsting från 80,6 till 91,1 procent. Under det första året efter operationen är frekvensen för omoperation lägre än 1 procent. Män angav något högre nöjdhetsgrad än kvinnor, men skillnaden var liten, drygt två procentenheter. På klinikinivå är variationen större.

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

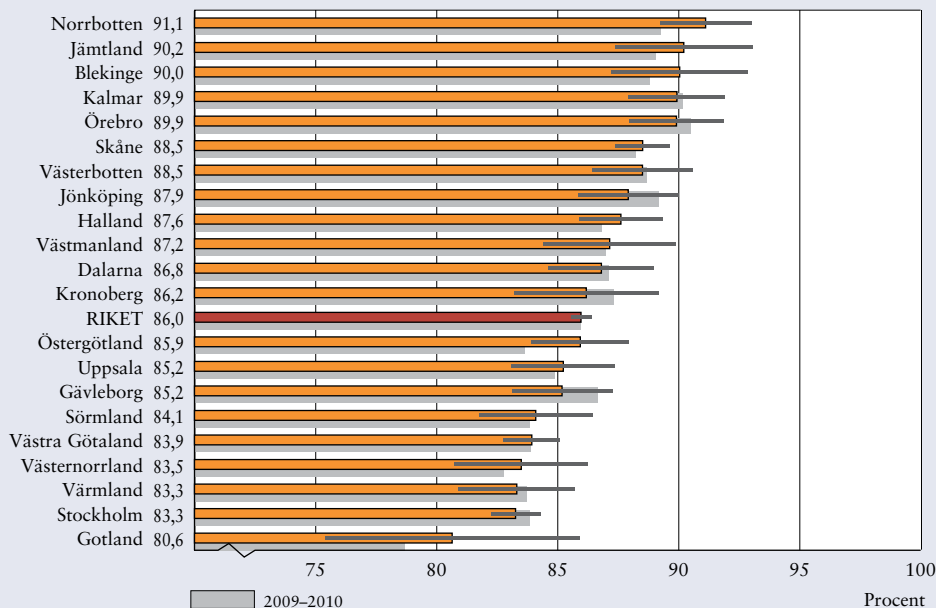


Diagram 64
Totalt

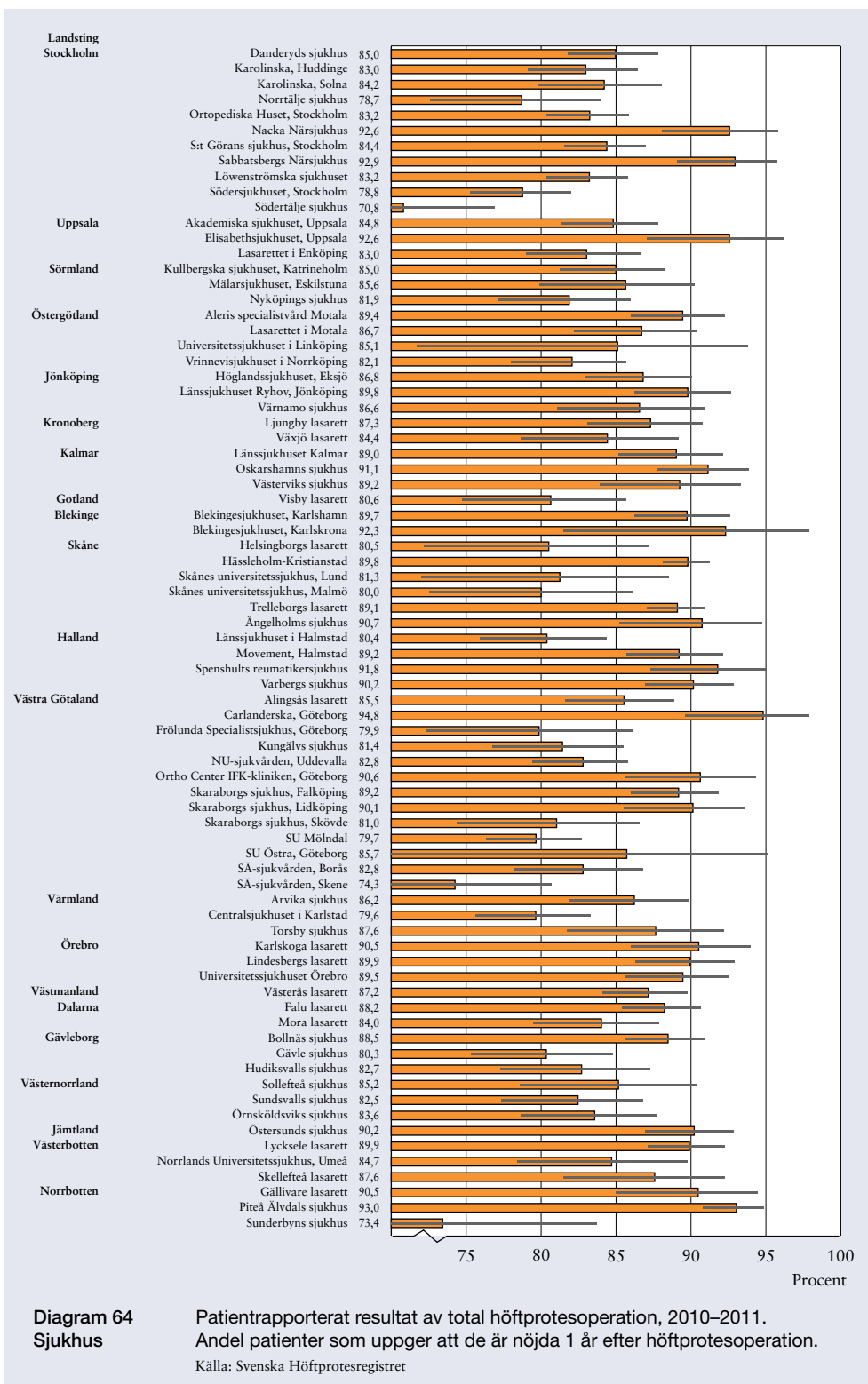
Patientrapporterat resultat av total höftprotesoperation, 2010–2011.
Andel patienter som uppger att de är nöjda 1 år efter höftprotesoperation.
Källa: Svenska Höftprotesregistret

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 stor förbättringspotential avseende vårdprocessen, framförallt utanför operationssalen, för denna stora patientgrupp.

65 Väntetid inför höftfrakturopoperation

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



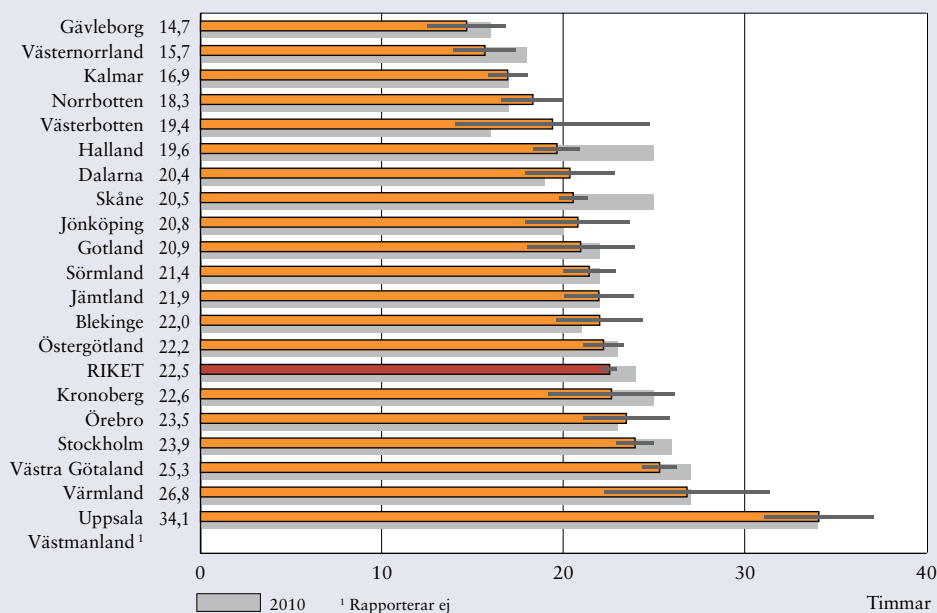


Diagram 65
Totalt

Väntetid till höftfrakturoperation efter ankomst till sjukhus, 2011.

Källa: RIKSHÖFT – Nationella höftfrakturregistret

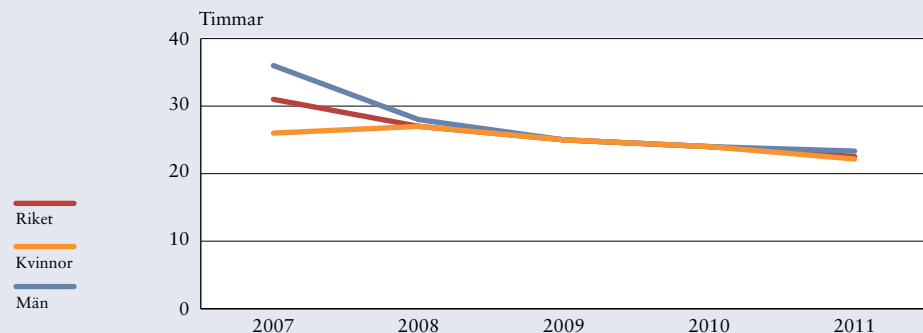


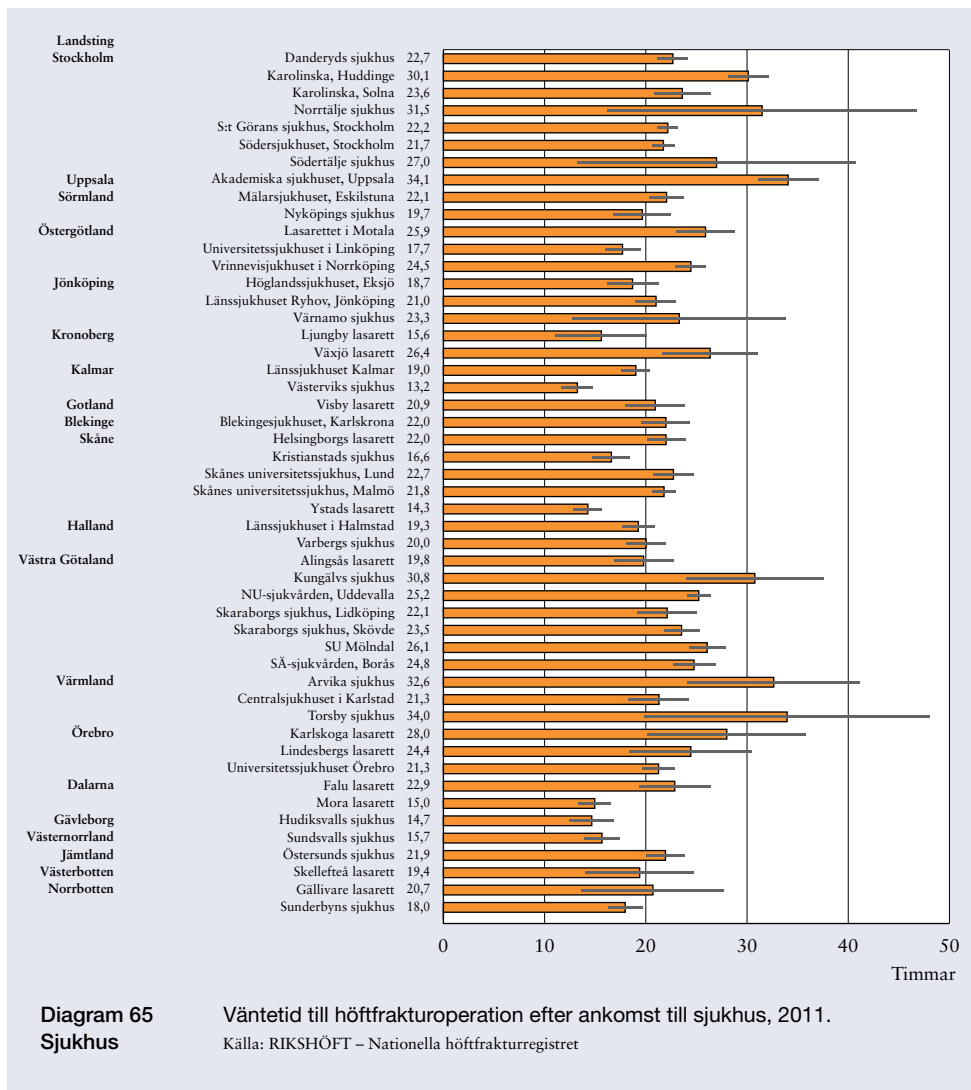
Diagram 65
Riket

Väntetid till höftfrakturoperation efter ankomst till sjukhus.

Källa: RIKSHÖFT – Nationella höftfrakturregistret

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 RIKSHÖFT, som samlar data om höftfrakturvården.

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



på omorganisationer inom svensk ortopedi, med uppdelning i planerad och akut verksamhet, opereras i dagsläget patienter med höftfraktur på enbart 53 sjukhus. Av dessa kliniker deltar för närvarande inte Örnsköldsvik i registreringen i RIKSHÖFT. Gävle och Västerås har påbörjat registrering. Umeå har inte levererat data för 2011. Underlaget till diagram 65 utgörs av 14 704 höftfrakturpatienter.

Medelväntetiden i riket var 22,5 timmar, med en spridning mellan landstingen från 15 till 34 timmar. 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 klart över 24 timmars medelväntetid, vilket kan resultera i förlängda vårdtider och en förhöjd komplikationsfrekvens hos denna sköra patientgrupp.

Behandlingsmodellen vid felställda lårbenshalsbrott har radikalt förändrats i Sverige under de senaste tio åren. Allt fler patienter opereras för sitt felställda lårbenshalsbrott med höftprotes, vilket har medfört en ökad belastning på ortopediska operationsavdelningar. År 2011 opererades 64 procent av dessa patienter med halvplastik och 14 procent med total höftartroplastik. Detta innebär att av samtliga patienter med olika typer av höftfraktur opererades 26 procent med halvplastik och 6 procent med total höftplastik. De flesta landsting ser nu över sina rutiner och optimerar operationsvalet. Artroplastikoperation är mera resurskrävande än operation med skruvar eller pinnar.

66 Protosoperation vid höftfraktur

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

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

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

Diagram 66 visar andelen patienter 65 år och äldre med cervikal höftfraktur som protesopererades under 2010–2011. Källan är Patientregistret med 14 300 patienter som underlag för denna jämförelse. Åldersstandardisering har gjorts och enbart förstagångsfall ingår. Redovisningen per landsting baseras på patientens hemort, inte på klinikens lokalisering.

Andelen protesopererade har ökat påtagligt sedan 1999, från 17 till 63 procent, i riket som helhet. År 2011 var medelvärdet för riket 64 procent för kvinnor och 60 procent för män. Sex landsting når över nivån 65 procent. Trots ökningen finns det således möjligheter till ytterligare förbättringar.

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

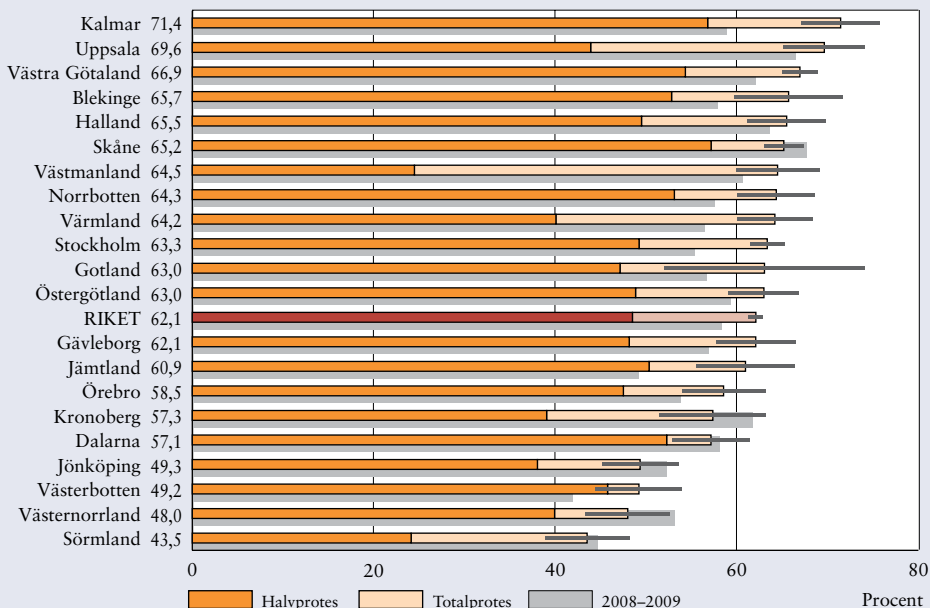


Diagram 66
Totalt
Andel protesopererade patienter vid höftfraktur, 2010–2011.
Avser patienter 65 år och äldre. Åldersstandardiserade värden.
Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

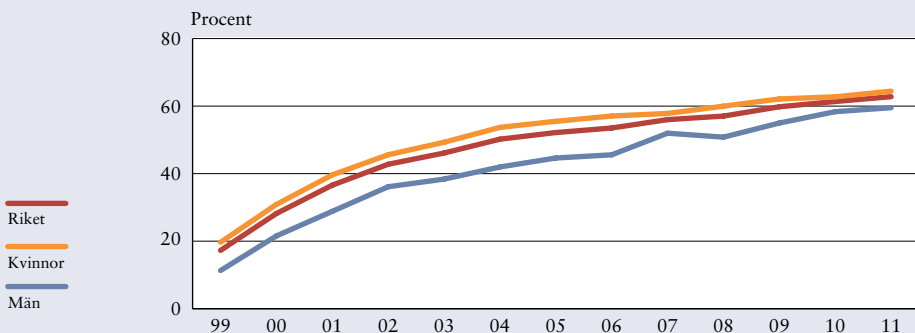
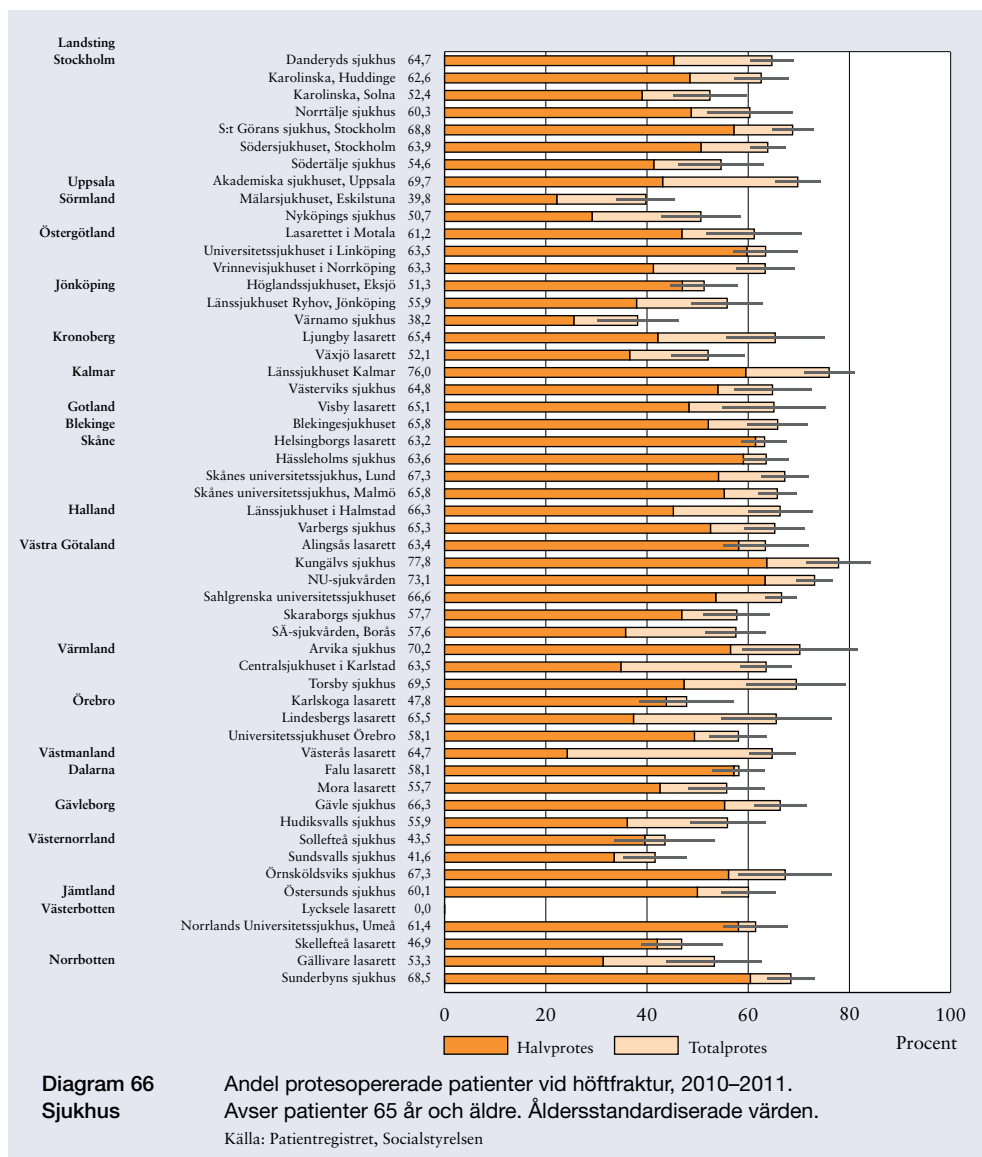


Diagram 66
Riket
Andel protesopererade patienter vid höftfraktur.
Avser patienter 65 år och äldre. Åldersstandardiserade värden.
Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

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.



67 Implantatöverlevnad vid halvprotesoperation

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

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.

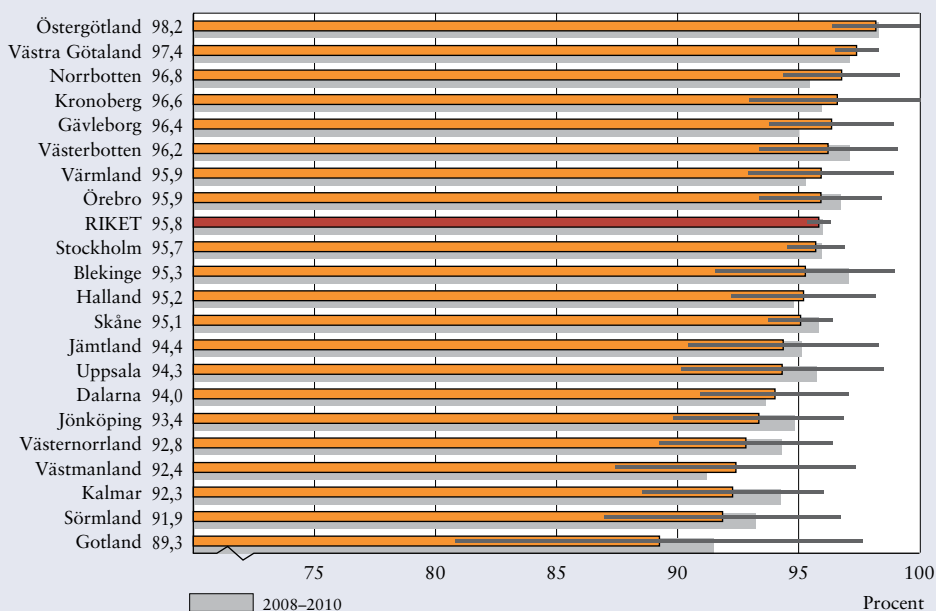


Diagram 67
Totalt

Andel patienter med halvprotes som inte omopereras inom 1 år efter höftprotesoperation, 2009–2011. Avser vanligen höftfrakturpatienter.

Källa: Svenska Höftprotesregistret

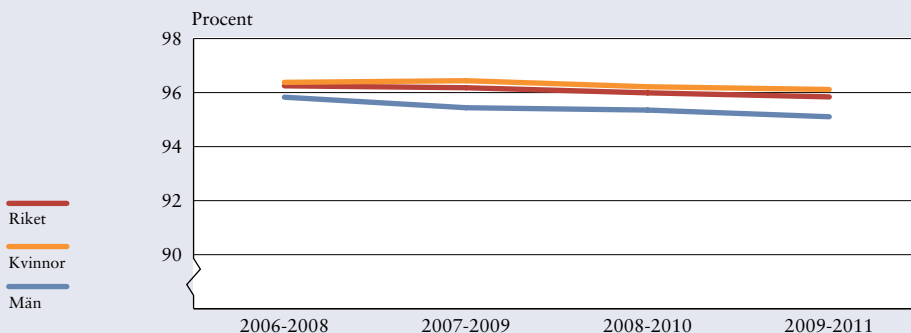


Diagram 67
Riket

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

Källa: Svenska Höftprotesregistret

Implantatöverlevnad enligt Kaplan-Meierstatistik 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.

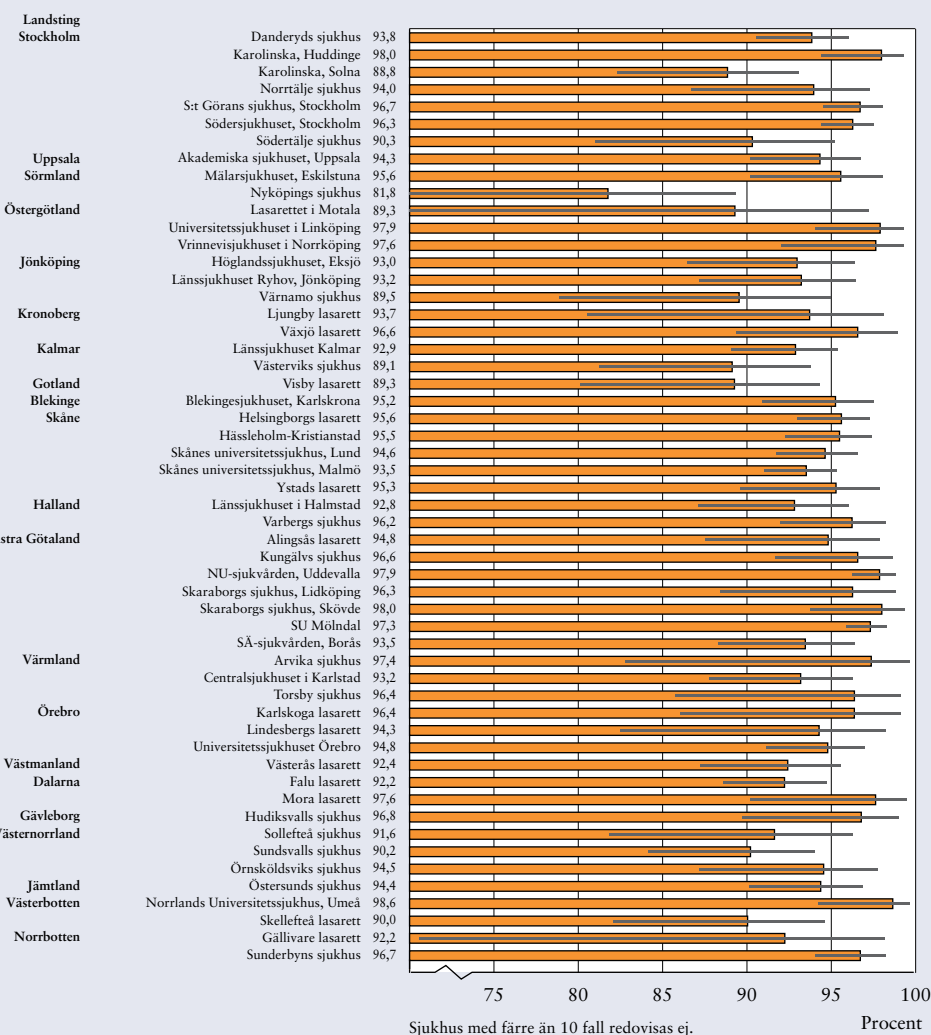
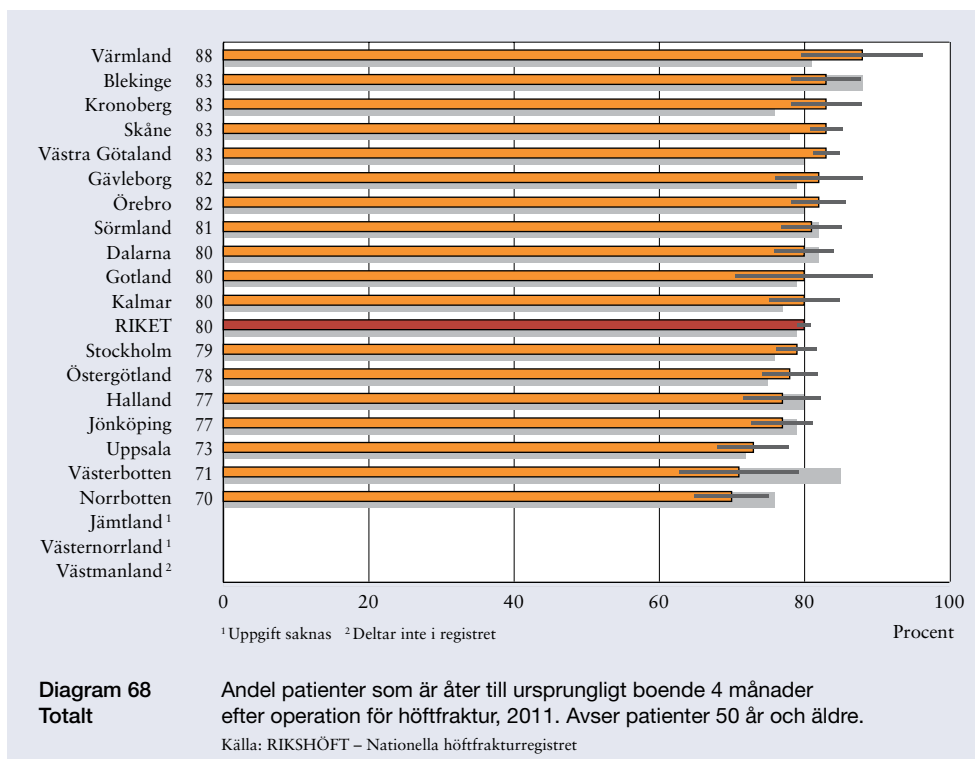


Diagram 67 Andel patienter med halvprotes som inte omopereras inom 1 år efter höftprotesoperation, 2009–2011. Avser vanligen höftfrakturpatienter.
Sjukhus Källa: Svenska Höftprotesregistret

På riksnivå var protesöverlevnaden 96 procent med en spridning mellan landsting från 89,2 till 98,2 procent. Liksom vid totalprotesoperation har kvinnorna ett något bättre resultat än männen. Variationen är större på enhetsnivå, från 75 till 99 procent.

68 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: akutmhändertagandet med operation, gångmobilisering på vårdavdelningen och den fortsatta rehabiliteringen. Att kunna återvända till sin tidigare boendeform tyder vanligtvis på att patienten återfått nära den funktionsförmåga som fanns före



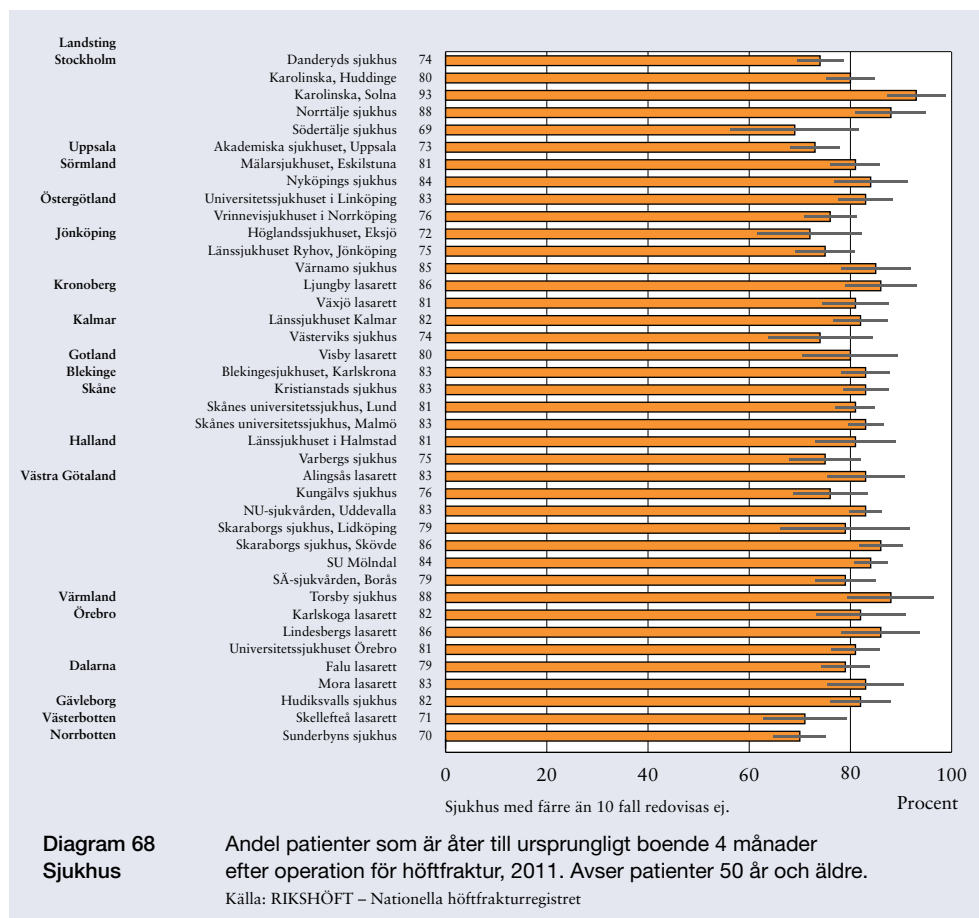
höftfrakturen. Varierande rehabiliteringsresurser kan initialt påverka boendeformen men efter fyra månader har vanligtvis rehabiliteringsresultatet stabiliserats.

Indikatorn visar andelen patienter 50 år och äldre med icke patologisk fraktur som fyra månader efter höftfraktur är åter i det ursprungliga boendet. Jämförelsen baseras på 7 560 fall av höftfraktur år 2011, för vilka det fanns uppgift om boende vid fyra-månadersuppföljningen, av totalt 14 704 fall i RIKSHÖFT detta år. Patienter som avled inom fyra månadersperioden är exkluderade.

I riket var 80 procent av patienterna åter till ursprungligt boende efter fyra månader, med en variation mellan landstingen från 70 till 88 procent. Utöver insatser i den akuta vårdfasen och den efterföljande rehabiliteringen kan resultatet även vara påverkat av kommunala beslut om erbjudande om äldreboende respektive hemtjänst i den egna bostaden.

69 Läkemedel mot benskörhet efter fraktur

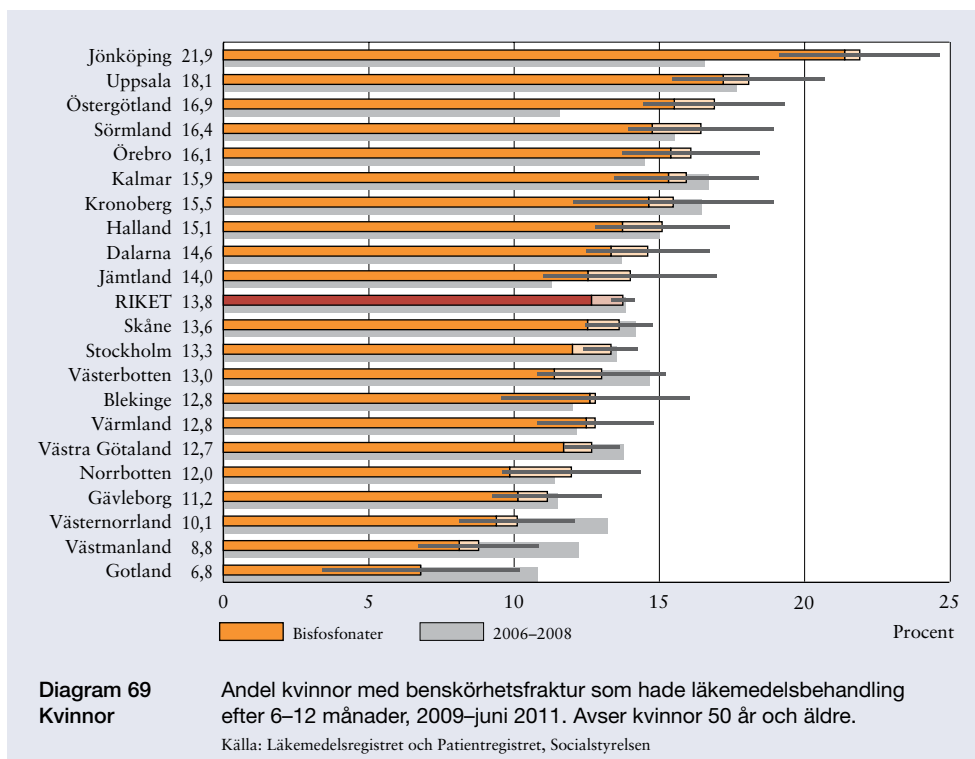
Osteoporos eller benskörhet är en sjukdom som gör att benstommen förlorar en del av sin styrka. Detta leder i sin tur till att frakturer kan uppstå spontant eller vid låg-energitrauma, som fall i samma plan. Vanliga frakturer vid benskörhet är höft- och bäckenfrakturer, kotkompressioner i bröst- och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



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

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

Med Patientregistret och Läkemedelsregistret som källa studerades om frakturdrabbade kvinnor fick förebyggande läkemedelsbehandling i form av bisfosfonater eller hormonbehandling. Uppföljningen avsåg 26 800 kvinnor i åldrarna 50 år och äldre



som slutenvårdats för ett urval av frakturer under perioden januari 2009 – juni 2011. Kvinnornas läkemedelsuttag 6 till 12 månader efter sjukhusvården studerades.

Diagram 69 visar att i riket som helhet fick knappt 14 procent av kvinnorna läkemedelsbehandling. Cirka 12,7 procent behandlades med bisfosfonater. Det är stora skillnader mellan landstingen. Andelen behandlade varierar mellan 7 och 22 procent, vilket antyder att landsting och vårdgivare i olika grad och olika snabbt tagit till sig budskapen i riktlinjer och tillämpar dem. Läkemedelsregistret innehåller inte de läkemedel som ges vid sjukhus, så kallade rekvisitionsläkemedel. Skillnader i huruvida landstingen väljer att förskriva eller rekvirera bisfosfonater som zoledronsyra påverkar därför resultatet, dock inte i någon större omfattning.

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

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

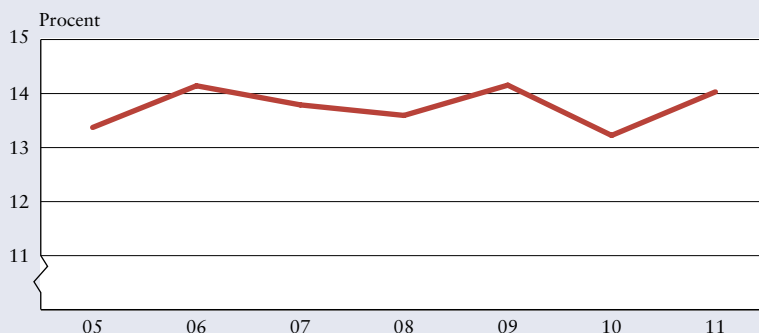


Diagram 69
Riket

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

Källa: Läkemedelsregistret och Patientregistret, Socialstyrelsen

Detta förstärker bilden av en generell underbehandling med osteoporosförebyggande medel.

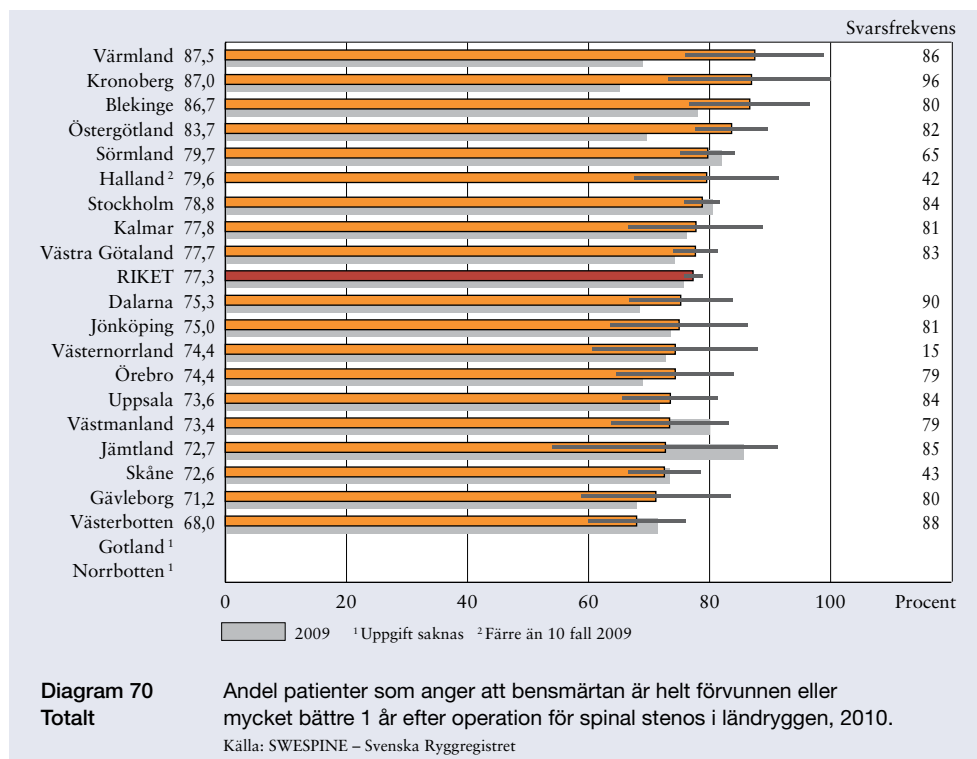
Det finns i nuläget i Socialstyrelsens riktlinjer inga målnivåer eller rekommendationer, men de flesta vetenskapliga studier i sammanhanget anger att 60–70 procent av dessa patienter bör ha någon form av osteoporosförebyggande behandling. För denna indikator finns således en stor förbättringspotential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

70 Patientrapporterad förbättring efter operation för spinal stenos

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

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

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

Indikatorn visar andelen patienter som ett år efter operationen anger att bensmärtn är helt försvunnen eller mycket bättre. Jämförelsen baseras på drygt 2 700 patienter som opererades 2010 och som följdes upp till och med 2011. Källan är kvalitetsregistret Svenska Ryggregistret, Swespine, till vilket 37 av 40 kliniker rapporterar. En validering mot Patientregistret och även specifikt mot respektive kliniks operationslistor tyder på att cirka 80 procent av alla operationer mot spinal stenos registreras i Swespine. Svarsfrekvensen vid ett-årsuppföljningen är även den ungefär 80 procent. Redovisningen på landsting baseras på klinikkens lokalisering, inte patientens hemort.

Andelen som anger att bensmärtn är mycket bättre eller helt försvunnen är i riket drygt 77 procent, med en spridning mellan landstingen från 68 till drygt 87 procent. Det finns inga skillnader mellan könen.

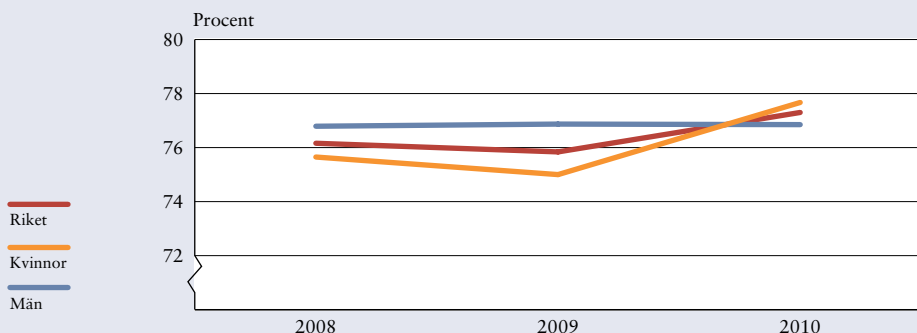


Diagram 70
Riket

Andel patienter som anger att bensmärta är helt förvunnen eller mycket bättre 1 år efter operation för spinal stenosis i ländryggen.

Källa: SWESPINE – Svenska Ryggregistret

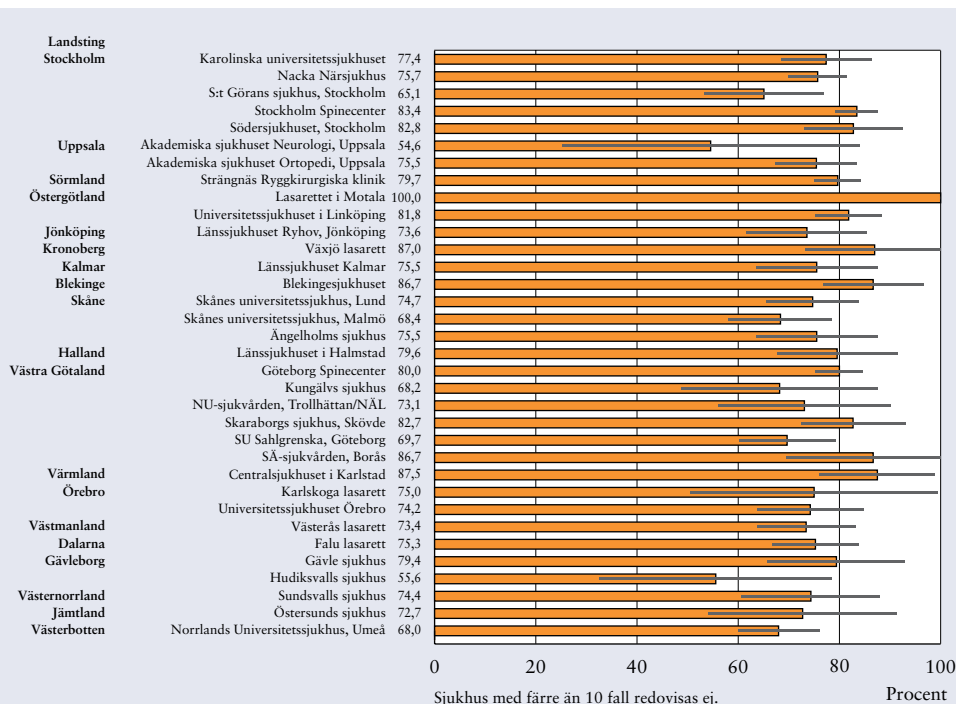


Diagram 70
Sjukhus

Andel patienter som anger att bensmärta är helt förvunnen eller mycket bättre 1 år efter operation för spinal stenosis i ländryggen, 2010.

Källa: SWESPINE – Svenska Ryggregistret

Innebörden är att tre fjärdedelar 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, casemix, mellan olika kliniker. 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.

71 Patientrapporterad förbättring efter operation för diskbråck

Diskbråck och spinal stenos är de vanligaste orsakerna till operationer som berör ryggen och drabbar med stor övervikt ländryggen. Mellan 2 500 och 3 000 ländryggs-diskbråcksoperationer 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 symtom 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 rekommendationen ovan är genomsnittlig besvärstid innan operation för diskbråck i Sverige närmare ett år. 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 stenos 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 bensmärthan 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 bensmärthan drygt 89 procent, med en spridning mellan landstingen från 58 till 100 procent. Andelen är ungefär lika hög bland kvinnor som bland män.

Resultaten påvisar en god effekt av diskbråcksoperation, men med en spridning som gör att det finns starka skäl att bättre kunna förutse för vilka patienter resultatet tenderar att vara dåligt och undvika kirurgi hos dessa patienter. Ingen justering har gjorts för skillnader i patientsammansättning mellan kliniker. Detta kan påverka resultatet. De patienter som diskbråcksopereras inom tre månader efter smärtdebut rapporterar signifikant bättre resultat efter ett år jämfört med de som haft smärta längre tid, varför det finns anledning att analysera de processer som leder fram till operationsbeslut, inklusive patientselektionen, det vill säga "case-mix".

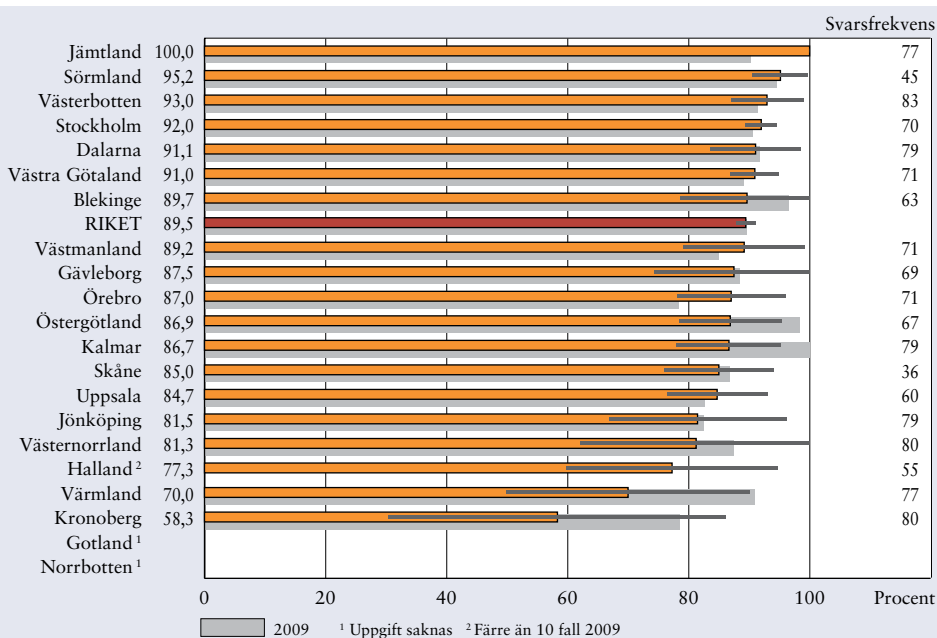


Diagram 71
Totalt

Andel patienter som anger att bensmärten är helt förvunnen eller mycket bättre 1 år efter operation för diskbräck i ländryggen, 2010.

Källa: SWESPINE – Svenska Ryggregistret

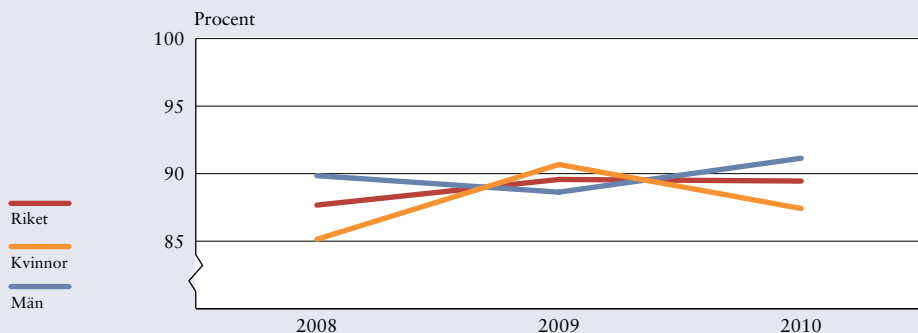
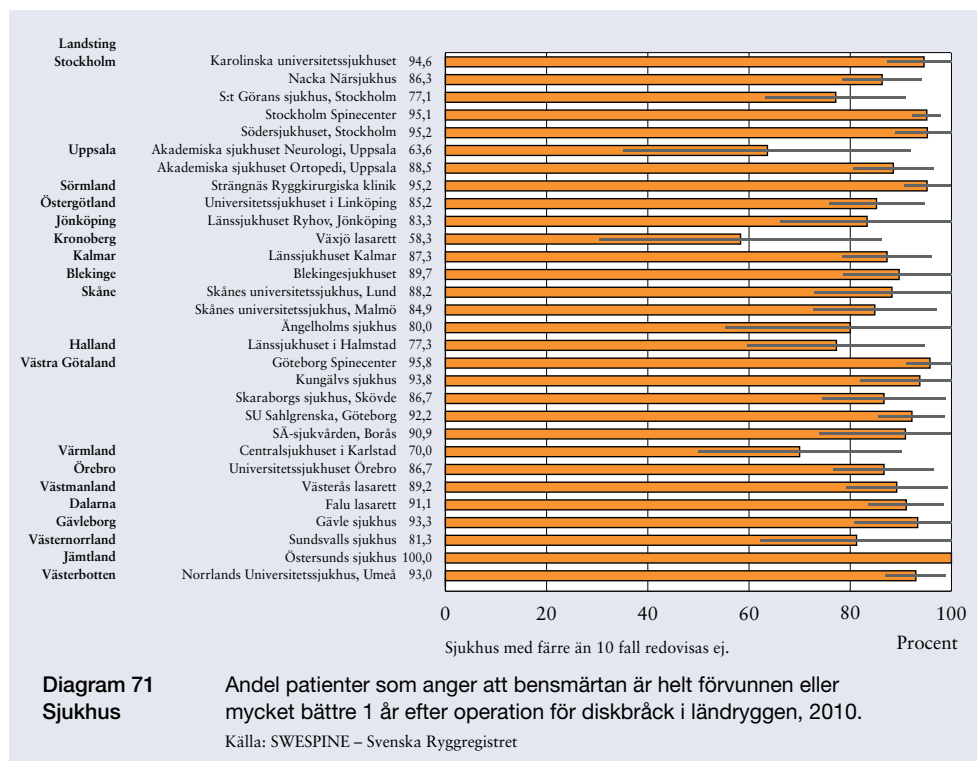


Diagram 71
Riket

Andel patienter som anger att bensmärten är helt förvunnen eller mycket bättre 1 år efter operation för diskbräck i ländryggen.

Källa: SWESPINE – Svenska Ryggregistret

Det finns en tendens till sämre resultat hos kliniker med liten operationsvolym, vilket analyseras vidare inom kvalitetsregistret. I en internationell jämförelse är antalet opererade i befolkningen tämligen låg i Sverige.

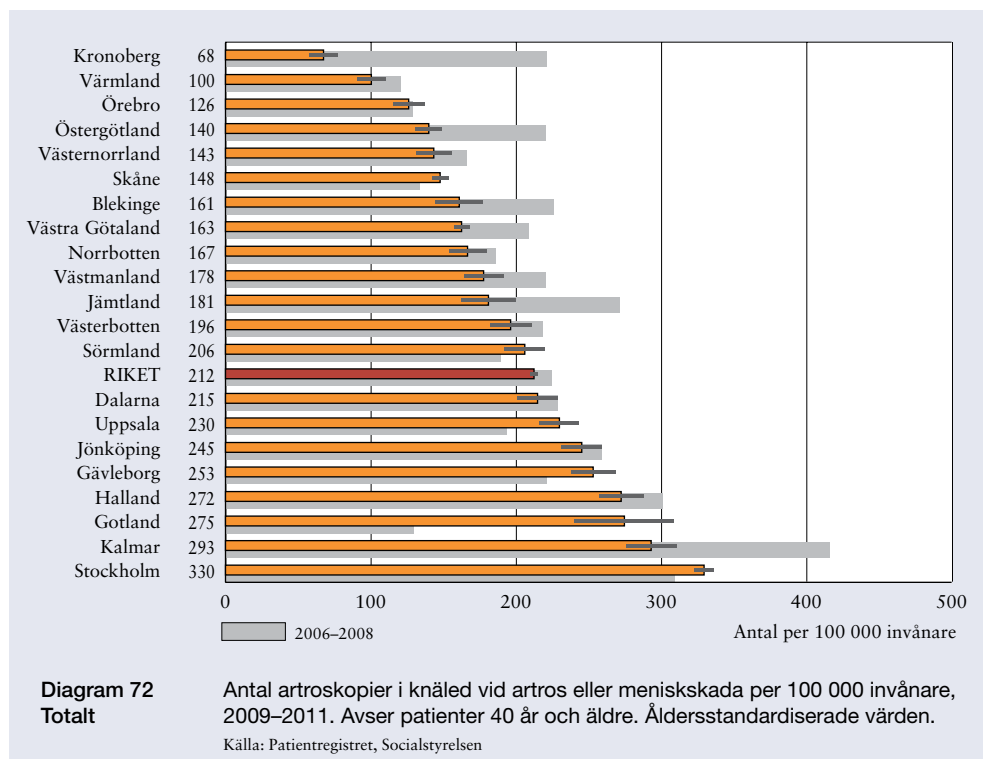


72 Artroskopi i knäleden vid artros eller meniskskada

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. Ett flertal 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 knäleds rörligheten 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.

I diagram 72 visas antalet knäledsartroskopier per 100 000 invånare för perioden 2009–2011, med jämförelseperioden 2006–2008. Enbart patienter 40 år och äldre som fått diagnosen artros och/eller meniskskada ingår i jämförelsen. Uppgifterna

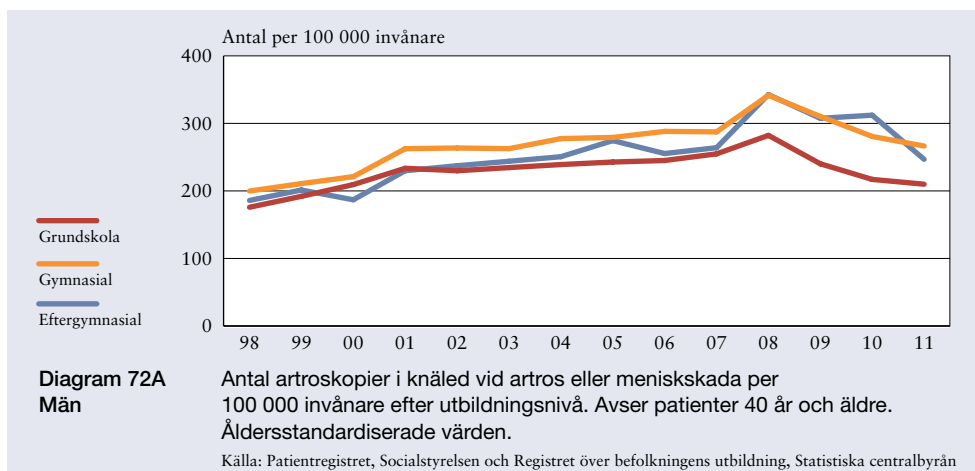
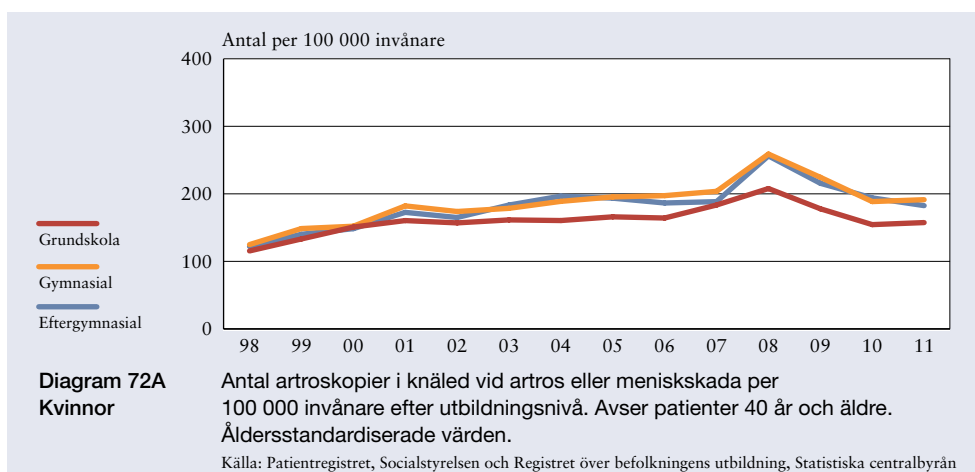
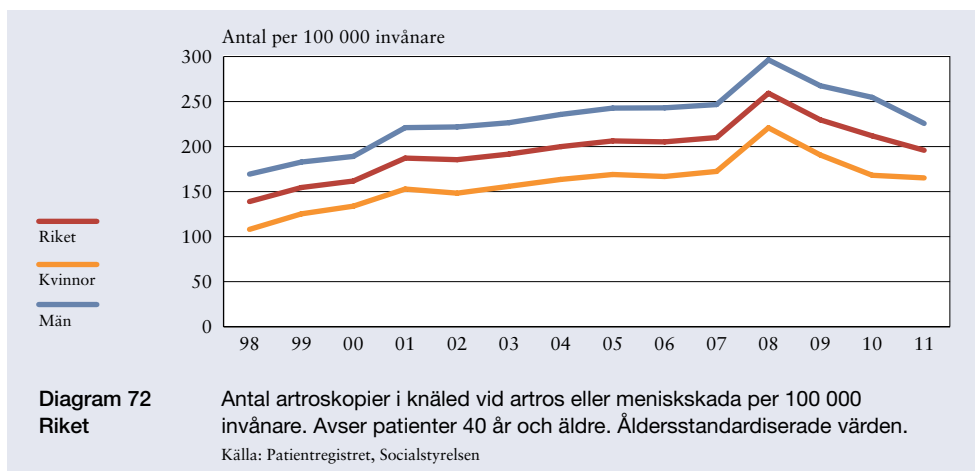


om antalet operationer är åldersstandardiserade, avser både öppenvård och slutenvård och har Patientregistret (PAR) som källa. Redovisningen baseras på patienternas hemortslandsting, oavsett var operationen utfördes.

2011 rapporterades totalt 24 331 artroskopier till PAR, vilket är 343 fler än 2010. Av dessa avsåg 9 300 patientgruppen ovan (40 år och äldre), vilket är 670 färre än året innan.

Som framgår av diagrammet är det mycket stor spridning mellan landstingen. Riksmedelvärdet var 212 operationer per 100 000 invånare, med en anmärkningsvärd spridning mellan landsting från 68 till 330. Färre kvinnor än män opereras, med i medeltal 175 respektive 249 operationer per 100 000 invånare. Personer med enbart grundskoleutbildning opereras mera sällan än övriga.

Antalet artroskopier för den aktuella patientgruppen ökade till och med 2008, men har därefter legat still eller minskat något. 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.



Analysen visar att 2011 gjordes cirka 4 800 av de aktuella 9 300 artroskopierna med huvuddiagnosen artros, vilket är i strid med de nationella riktlinjerna för rörelseorganen. De övriga 4 500 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 som talar för att 30 procent av dessa har behov av artroskopi efter genomförd sjukgymnastisk rehabilitering.

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. Nedgången de senaste åren kan bero på att operationsantalet faktiskt minskat, men den kan även vara en följd av försämrad rapportering. Antalet artroskopier i landsting med stor privat artroskopiverksamhet kan ha underskattats, vilket skulle påverka jämförelsen mellan landsting. Underrapportering från landstingsägda kliniker kan förekomma främst i öppenvård och får samma effekt.

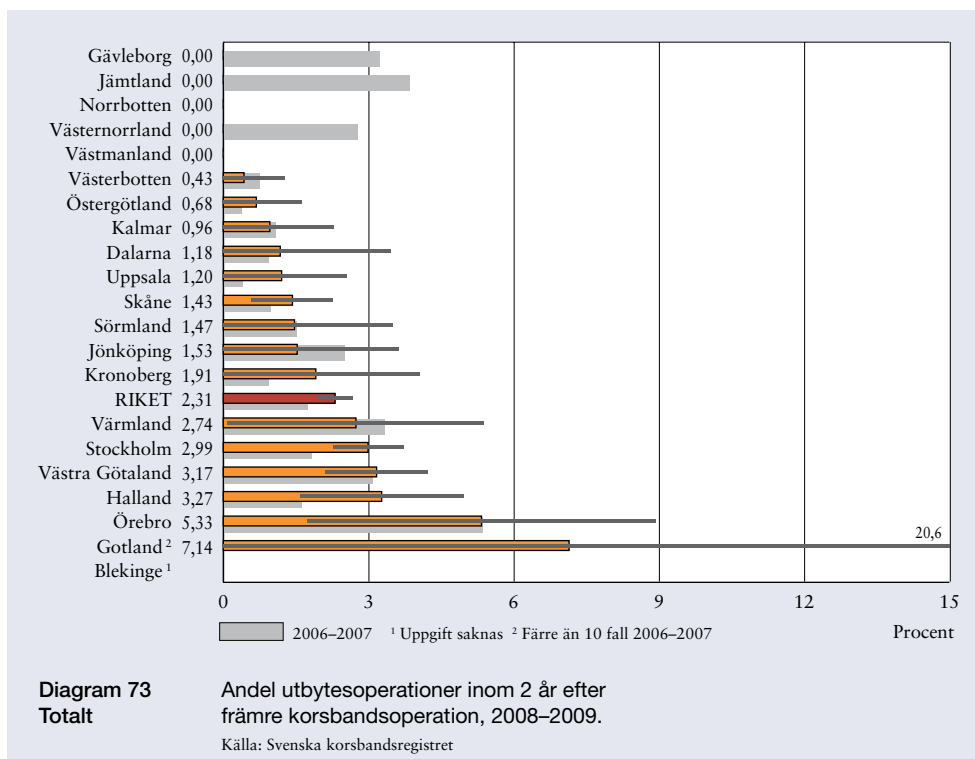
73 Utbytesoperation inom 2 år efter korsbandsoperation

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. Förekomsten av främre korsbandsskada är okänd. Färska svenska studier tyder på en något högre förekomst än tidigare bedömningar, runt 80 fall per 10 000 invånare och år, således cirka 7 200 individer. Man räknar dock med att knappt hälften av alla korsbandsskador av olika anledningar aldrig opereras.

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

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

Indikatorn visar andelen patienter som 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 cirka 6 400 patienter som opererats under perioden 2008–2009 och som registrerats i Svenska Korsbandsregistret, ett kvalitetsregister där data om korsbandsoperationer registreras. Korsbandsregistret anger att cirka 90 procent av alla korsbandsoperationer registreras i det. Alla patienter ingår och ingen justering för skadans svårighetsgrad har gjorts.

I riket är andelen som genomgår utbytesoperation 2,3 procent, med en variation mellan landsting från 0,9 till 3,7 procent. I riket är det lika stor andel män som kvinnor som gör utbytesoperation. Skillnaderna mellan olika landsting kan dels bero på faktiska skillnader i kvalitet beträffande exempelvis operationsteknik och rehabilitering, men kan också bero på skillnader i indikationer mellan olika landsting. Kliniker och landsting som opererar en högre andel patienter med svårare skador kan förväntas redovisa ett sämre resultat.

74 Biologiska läkemedel vid reumatoid artrit

De biologiska läkemedlen 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 sjuk-

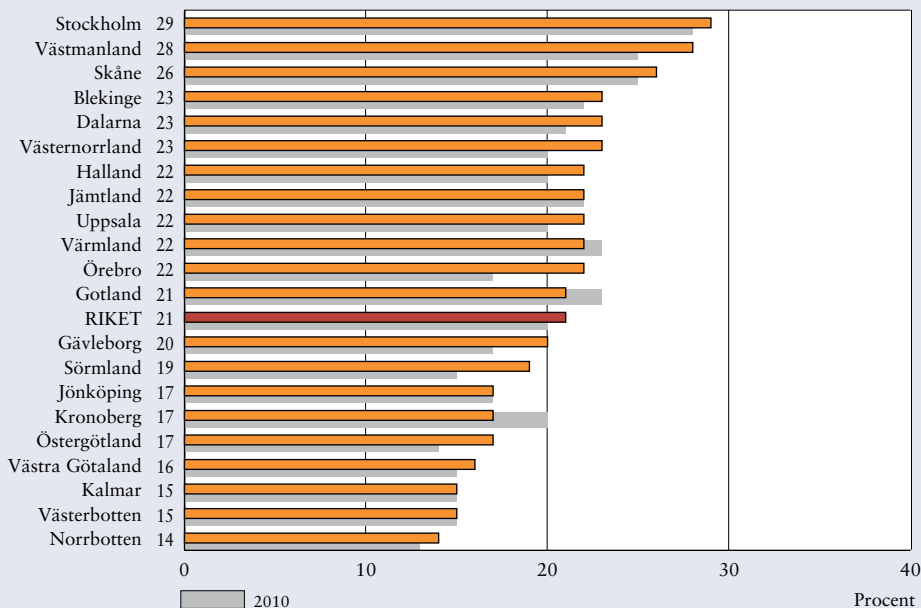


Diagram 74
Totalt

Andel patienter med biologiskt läkemedel vid reumatoid artrit, 1 januari 2011. Avser patienter 18 år och äldre.

Källa: Svensk Reumatologis Kvalitetsregister samt Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

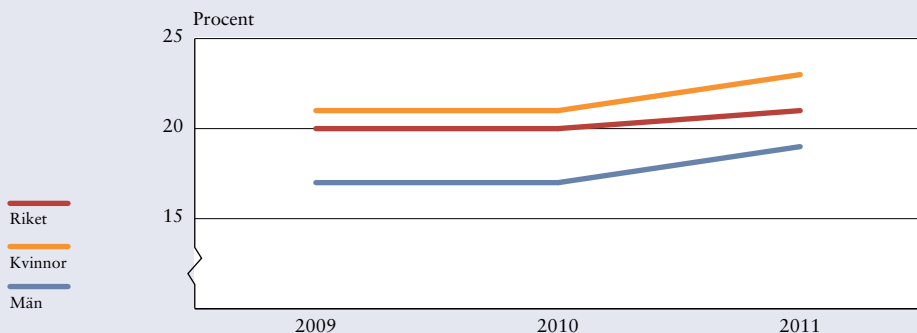


Diagram 74
Riket

Andel patienter med biologiskt läkemedel vid reumatoid artrit. Avser patienter 18 år och äldre.

Källa: Svensk Reumatologis Kvalitetsregister samt Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

dom 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 dessa medel.

Förbättrad hälsa är målet, men ett första steg är att beskriva omfattningen av den biologiska behandlingen i de olika landstingen. Indikatorn visar andelen patienter

med kronisk ledgångsreumatism, reumatoid artrit (RA), som har en pågående behandling med biologiskt läkemedel. Källan är Svensk Reumatologis Kvalitetsregister, SRQ och Läkemedelsregistret vid Socialstyrelsen.

Kvalitetsregistrets täckningsgrad för biologiska behandlingar kan inte exakt beräknas eftersom dessa läkemedel inte finns till fullo i andra nationella register. Två av de biologiska läkemedel som 2006–2009 förskrivits på recept och som därmed finns i Läkemedelsregistret har dock jämförts med registreringen av samma läkemedel i kvalitetsregistret vid RA. Täckningsgraden i riket var då kring 90 procent. De patienter som fanns i Läkemedelsregistret men inte i kvalitetsregistret hade samma fördelning av kön, ålder och utbildningsnivå som de som ingick i kvalitetsregistret. Detta talar för att saknade data sannolikt inte avviker betydligt från de data som finns tillgängliga i kvalitetsregistret, som även visar de biologiska läkemedel som ges som dropp i sjukvården och därför inte finns med i Läkemedelsregistret, som ännu bara innehåller läkemedel på recept.

För att skatta andelen patienter med RA som står på biologisk behandling, har data från SRQ sambearbetats med data från Läkemedelsregistret och Patientregistret, båda vid Socialstyrelsen. Antalet patienter med RA vid utgången av år 2010 skattades som de som haft minst två besök med denna diagnos någon gång, varav minst ett under perioden 2007–2010. Tanken är att fånga upp personer med ledgångsreumatism som är kronisk (två besök) och där sjukdomen nu är behandlingskrävande (ett besök de senaste tre åren).

Uppgifter om biologisk behandling hos dessa individer har hämtats från SRQ och Läkemedelsregistret. Syftet med denna indikator är att skatta andelen av de patienter med RA som omhändertas i klinisk praxis och som ett visst år erhållit biologisk behandling. Definitionerna har anpassats för detta syfte. Denna skattning av antalet RA-patienter per landsting är därför inte detsamma som antalet personer som vid något tillfälle fått denna diagnos.

Det finns skillnader mellan landstingen, med en spridning i andel som behandlas med biologiska läkemedel från 14 till 29 procent. Skillnaden i användning mellan de tre stora landstingen Stockholm, Skåne och Västra Götaland är stor (16–29 procent), men sannolikt rättvisande beskriven, då täckningsgraden enligt studien ovan för de två läkemedlen förskrivna på recept för RA var hög i alla tre landstingen.

I riket behandlas 23 procent av kvinnorna, vilket är en något högre andel med biologisk behandling än männens, som är 19 procent. Detta resultat stämmer med aktuella vetenskapliga studier som visar att kvinnor behandlas i något högre grad.

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

Socialstyrelsens register. Denna indikator visar att 21 procent av alla med RA har biologisk antireumatisk behandling.

Skillnader i hälsoutfall mellan grupper med olika behandlingar kan ses bäst i kvalitetsregistret. Detta innehåller ännu främst patienter med biologisk behandling och en mindre andel av de som har annan antireumatisk behandling. Arbete pågår för att öka täckningsgraden, så att även patienter utan biologisk behandling inkluderas i kvalitetsregistret. Med ökad täckningsgrad ökar också möjligheterna att jämföra hälsoläget hos patienter som erhållit olika behandlingstyper, till exempel biologisk läkemedel.

75 Effekt vid behandlingsstart med biologiska läkemedel

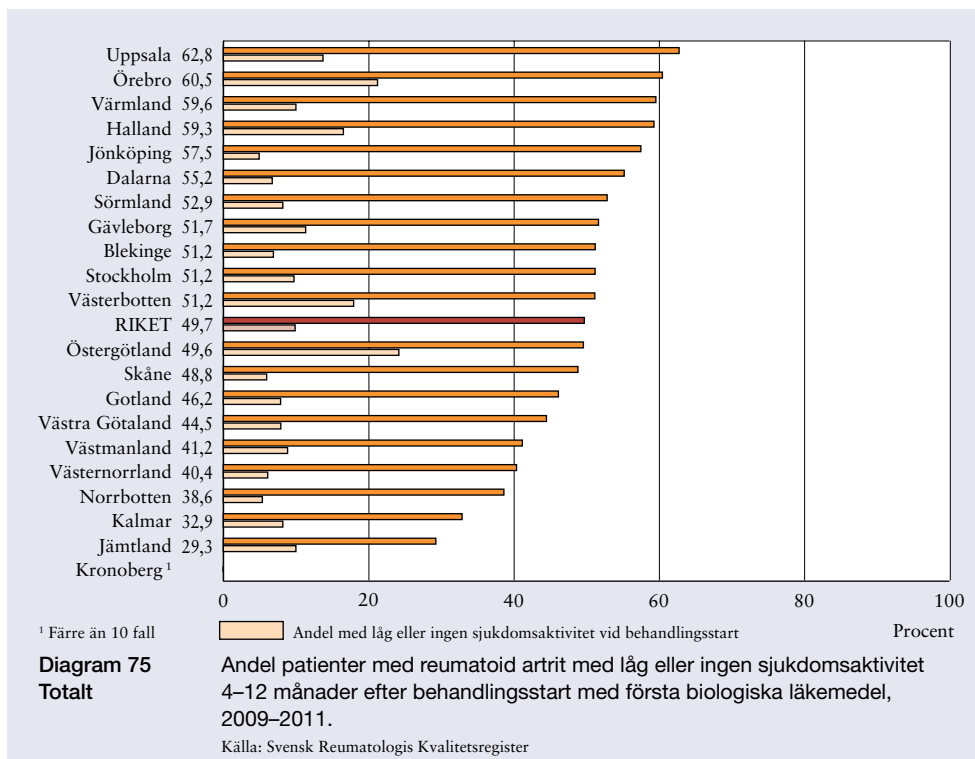
Biologisk behandling ges enligt nationella riktlinjer när annan antireumatisk behandling sviktar och när patienten har hög sjukdomsaktivitet. Denna mäts i Svensk reumatologisk kvalitetsregister med ett index, Disease Activity Score – DAS28. Där ingår fyra variabler: antalet svullna respektive ömma indexleder (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.

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

Sjukdomsaktiviteten kan mätas för en hel patientgrupp med förbättring visad som ett genomsnitt för alla patienter i gruppen, som i tidigare års Öppna Jämförelser. I år visas istället hur stor andel av patienterna som blev förbättrade, av alla patienter som startat sin första behandling med biologiskt läkemedel. Med förbättring menas att sjukdomsaktiviteten antingen är låg eller inaktiv, så kallad remission. Dessa nivåer bestäms av DAS28 så att låg sjukdomsaktivitet är 2,6–3,2 och ingen sjukdomsaktivitet föreligger vid DAS28 < 2,6.

Sjukdomsaktiviteten mäts vid besöket hos specialist, när det konstateras att tidigare prövad behandling varit otillräcklig och biologiskt läkemedel sätts in, så att läkaren och patienten kan se vilken aktivitetsnivå som finns när behandlingen startas (hög, måttlig, låg eller inaktiv). Detta jämförs sedan med genomsnittet vid de uppföljningsbesök som görs under det kommande året (4–12 månader efter det initiala besöket).

I riket uppnår 50 procent av patienterna en låg aktivitet eller får en inaktiv sjukdom. Spridningen mellan olika landsting är 29–63 procent. 48 procent av kvinnorna i riket når en förbättring, medan motsvarande tal för männen är något högre, 56 procent. Siffrorna för män är dock mer osäkra då de baseras på låga antal män i de olika landstingen, eftersom RA är en sjukdom som huvudsakligen drabbar kvinnor.



I diagram 75 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, efter flera misslyckade traditionella behandlingar. Den största förbättring av DAS28 som uppnås i någon del av landet bör tjäna som riktmärke för vad som är möjligt, förutsatt att patientgrupperna som jämförs har lika förutsättningar att bli bättre.

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. Diagrammet visar jämförelsetal mellan landsting som kan ge en fingervisning om behandlingsresultaten, dock utan att säga allt.

76 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 Reumatologisk 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 sviktar, 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.

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.

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.

I riket är förbättringen 36 procent för patienter med behandlingsstart under mätperioden 2009–2011, med en variation mellan landsting från 17 till 45 procent. Det finns i riket som helhet inga större skillnader mellan kvinnors och mäns förbättring, som är 36 respektive 38 procent. Jämförelsen baseras på cirka 3 100 patienter, varav 2 300 är kvinnor.

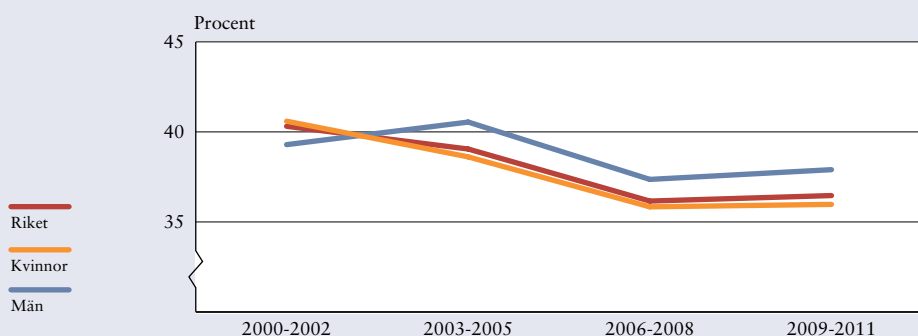
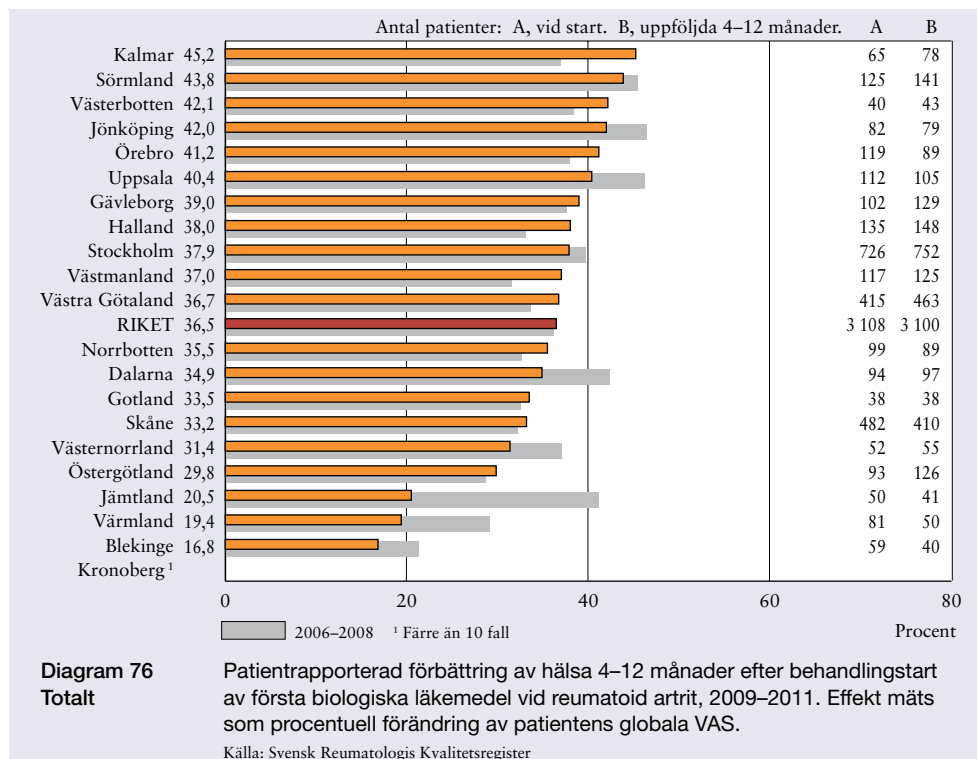


Diagram 76
Riket

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 Reumatologisk Kvalitetsregister

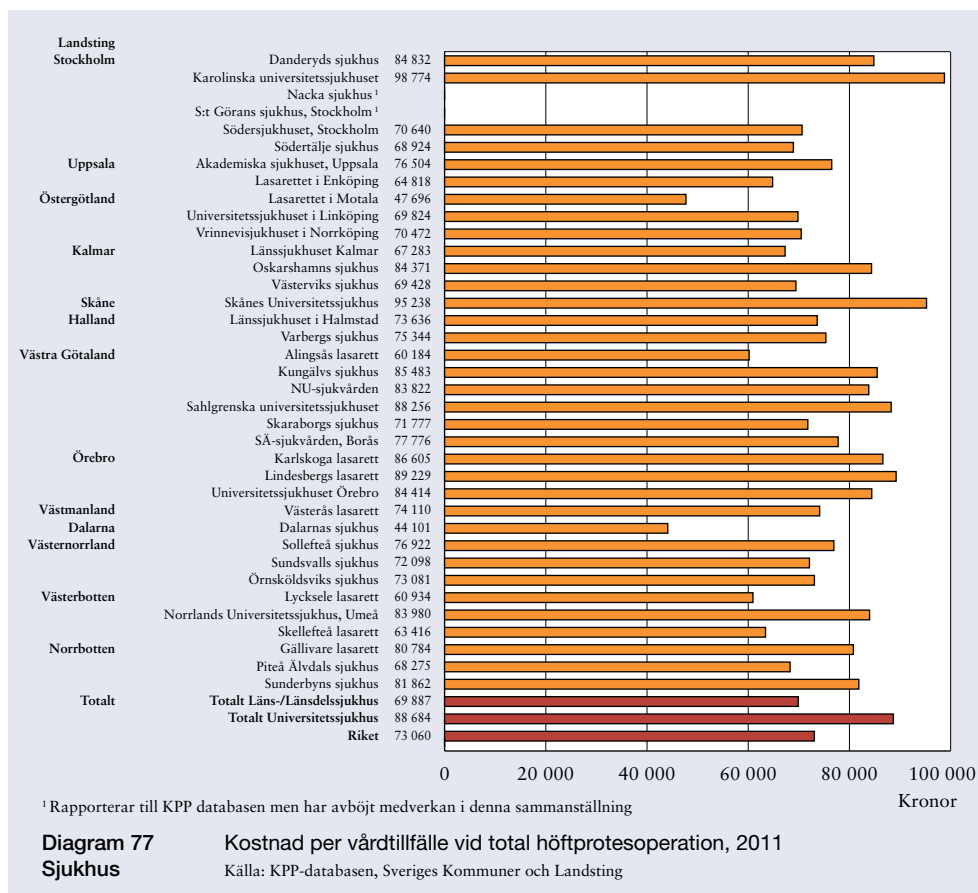


Indikatorn visar att många patienter kan räkna med att bli så mycket förbättrade att en stor del av deras upplevda sjukdomsburda försvinner med den första biologiska behandlingen. Den största förbättringen av upplevd hälsa som uppnås i något landsting kan vara riktmärke för vad som skulle kunna vara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

77–78 Kostnad per vårdtillfälle vid total höft- respektive knäprotesoperation

I diagram 77 och 78 visas kostnaderna i slutenvård per vårdtillfälle för primär total höftprotesoperation och primär total knäprotesoperation.

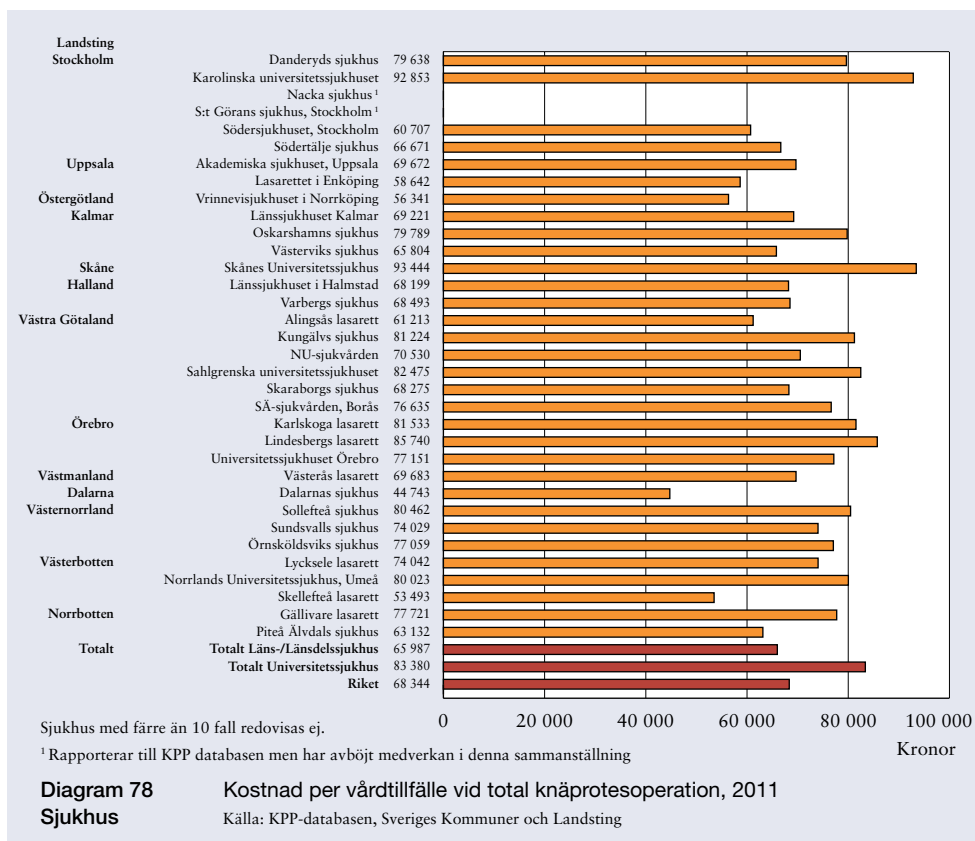
Under 2011 rapporterades 8 342 höftprotesoperationer till KPP-databasen, vilket motsvarar över hälften av de höftprotesoperationer som utfördes 2011. Kostnader som inkluderas i databasen är kostnaden för varje enskilt vårdtillfälle samt för den vårdinsats som kan knytas till dessa vårdtillfällen. Kostnader för efterföljande uppföljningsbesök och läkemedelsanvändning i öppen vård ingår inte. För vissa sjukhus ingår inte heller alla kostnader för rehabilitering. De allra dyraste fallen, de så kallade kostnadsytterfallen, är exkluderade.



Genomsnittskostnaden för innerfallen uppgick 2011 till 73 060 kronor. De redovisade kostnaderna skiljer sig påtagligt mellan sjukhusen, med en spridning från 35 000 kronor till närmare 100 000 kronor.

Knappt 13 000 primära totala knäprotosoperationer utförs varje år. 2011 rapporterades 5 926 vårdtillfällen till KPP-databasen, det vill säga knappt hälften av samtliga knäprotosoperationer. Genomsnittskostnaden för knäprotosoperationer uppgick till 68 344 kronor, något lägre än kostnaderna för höftprotosoperationerna. Spridningen är ungefär densamma som för höftprotosoperationer.

Medelvårdtiderna för såväl höft- som knäprotosoperationer var 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 patientsammansättningen, av patientens allmänna funktionsförmåga och sjuklighet. Enheter kan ha mycket korta vårdtider och därmed låga kostnader bland annat beroende på att patienter selekterats dit. Kostnaderna speglar slutligen även tiden för själva operationen och bemanningen vid sjukhuset i stort. Universitetssjukhusens kostnader är cirka 17 000 kr högre per vårdtillfälle än för övriga sjukhus.

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

DIABETESVÅRD

Diabetes är en kronisk sjukdom som även medför ökad risk för andra sjukdomar, så kallade diabeteskomplikationer. Man kan bedöma att i storleksordningen 450 000 personer i Sverige har diabetes. Av dessa har 85–90 procent typ 2-diabetes, ”vuxen-diabetes”. Övriga har diabetes av typ 1, ”barn- och ungdomsdiabetes”. De flesta diabetespatienter har sin regelbundna vårdkontakt med primärvården. Andra, särskilt de med typ 1-diabetes, har sin huvudsakliga vårdkontakt med medicinkliniker vid sjukhusen.

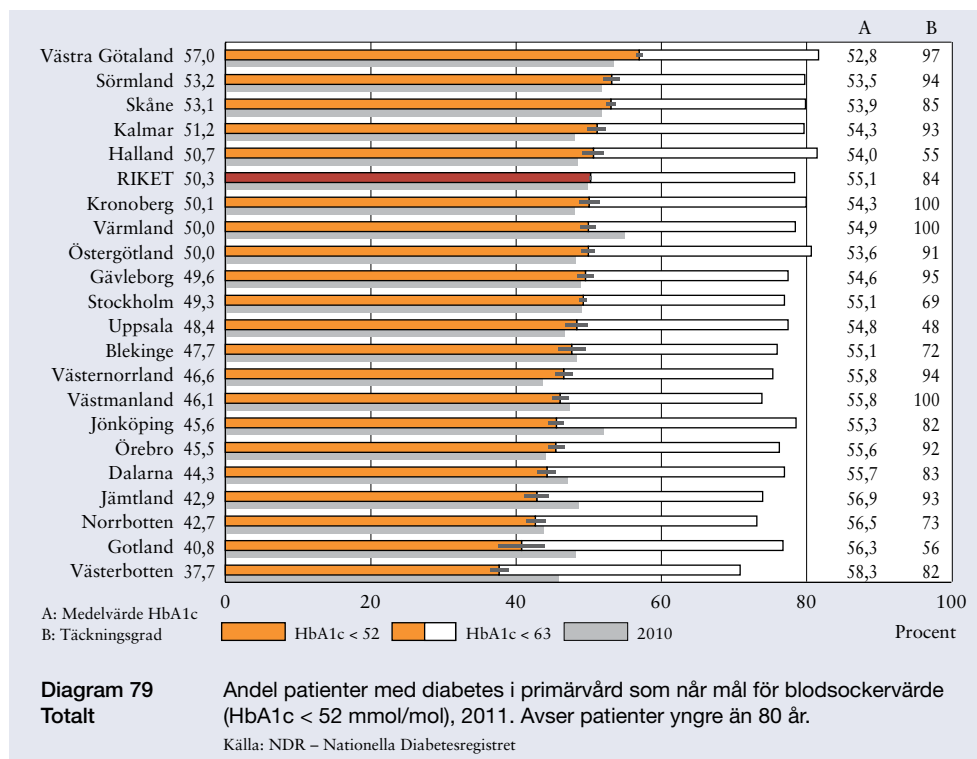
Exempel på diabeteskomplikationer är hjärtinfarkt och kärlkramp, ischemisk stroke, högt blodtryck, kärlförträngning i ben och ögonsjukdomen retinopati. Det finns ett starkt vetenskapligt stöd för att diabeteskomplikationer kan fördröjas eller förhindras. Detta gör man bäst genom att brett angripa de riskfaktorer som har starkast samband med uppkomsten av komplikationer. För diabetesvården finns ett antal etablerade kvalitetsindikatorer som speglar riskfaktorer och behandlingsmål för dessa. Bland dem är patienternas långtidsblodsockervärde (HbA1c), 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 har år 2010 publicerat nya nationella riktlinjer för diabetesvården. En viktig del av riktlinjearbetet är framtagandet av kvalitetsindikatorer som ger stöd för systematisk uppföljning. De indikatorer som här redovisas svarar väl mot de indikatorer som rekommenderas i riktlinjerna och 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 måluppfyllelse för blodsocker vid behandling av barn och unga med diabetes. Två indikatorer redovisas för patienter med typ 1-diabetes på sjukhus och avser behandlingsmål för blodsockervärde och blodtryck. Vidare redovisas amputationer bland personer med diabetes.

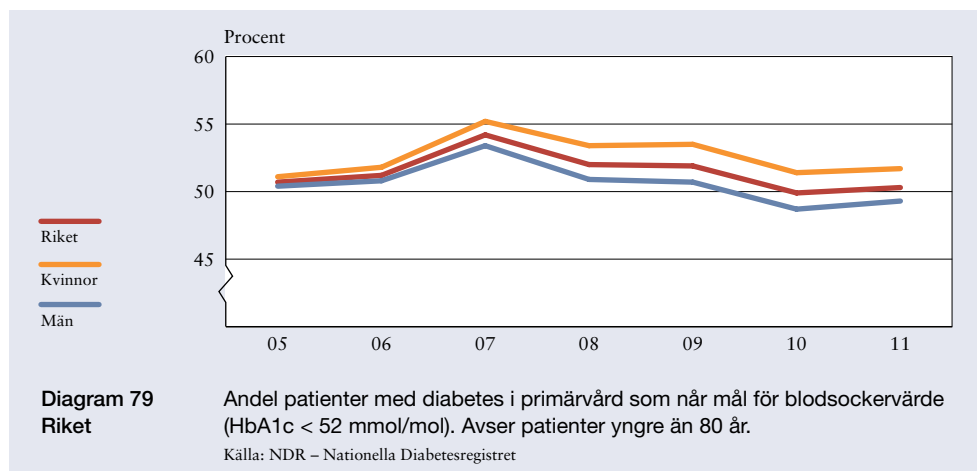
NDR samlar data om diabetesvård både från medicinkliniker och från primärvården. Deltagandegraden år 2011 bedöms av registret vara cirka 85 procent för riket totalt, men med relativt stora variationer mellan landstingen. Deltagandegraden på sjukhus är mycket hög och deltagandet i primärvården har ökat påtagligt de senaste åren. I diagrammen redovisas uppskattad deltagandegrad per landsting. Vid lågt deltagande är det osäkrare om det redovisade resultatet verkligen är representativt för diabetesvården som helhet.



79 Måluppfyllelse för blodsockervärde vid diabetes – primärvård

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

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



I diagram 79 visas hur stor andel av patienterna som har medelblodsockervärde (HbA1c) lägre än 52 mmol/mol, vilket är behandlingsmålet, respektive lägre än 63 mmol/mol. Denna gräns valdes då ett värde över 63 är för högt för de allra flesta patienter. Ingår i jämförelsen gör alla till NDR rapporterade diabetespatienter i primärvård som är yngre än 80 år, vilket var cirka 210 000 patienter 2011.

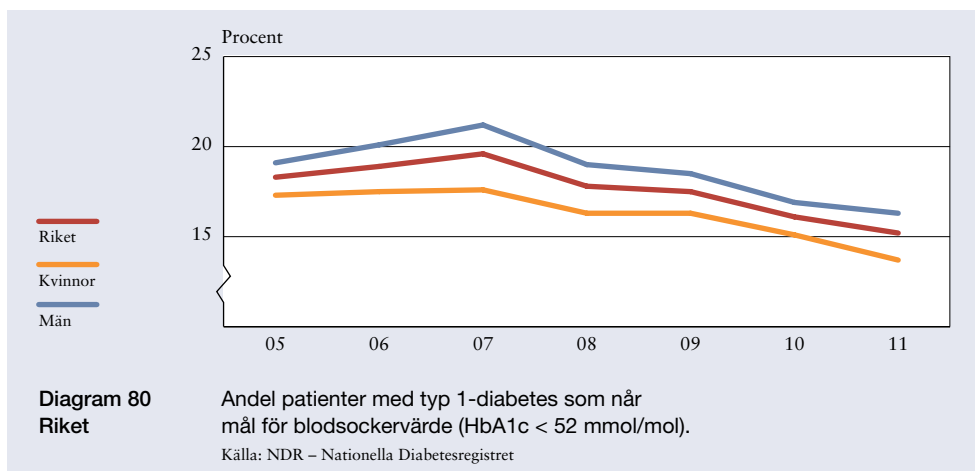
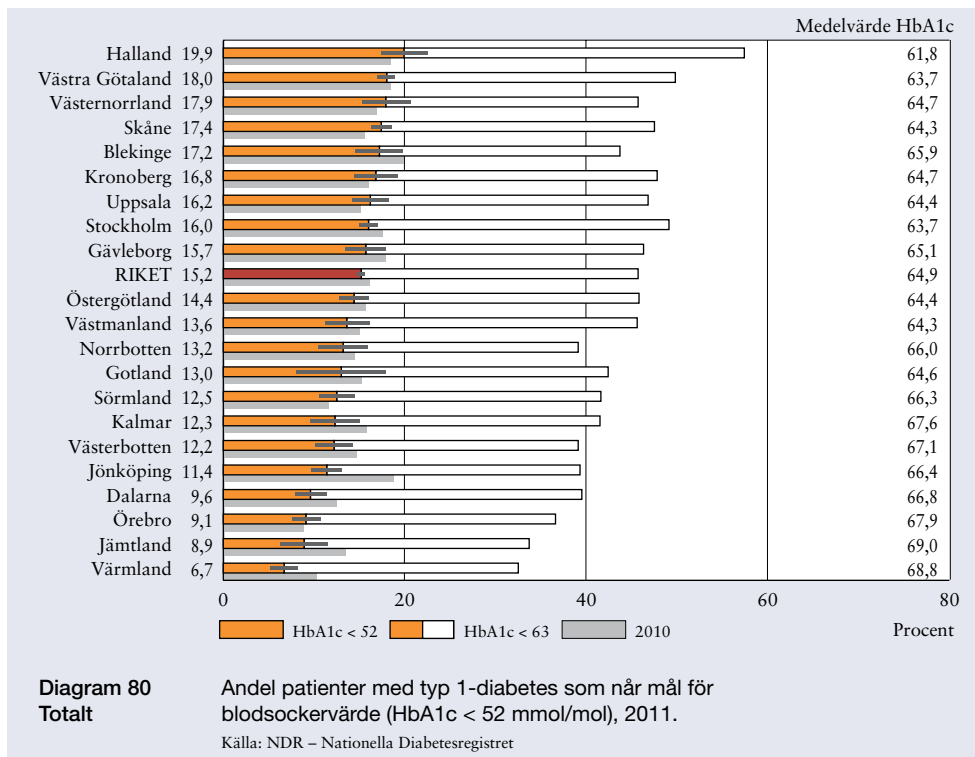
I riket som helhet har cirka hälften av patienterna ett värde lägre än 52 mmol/mol. Skillnaderna mellan landstingen är måttliga. Behandlingsmålet för HbA1c uppnåddes 2011 av något fler kvinnor än män. Blodsockervärde lägre än 63 mmol/mol hade i riket 78 procent av patienterna. Det är även viktigt att notera att bara 9 procent av patienterna i primärvården har mycket dålig blodsockerkontroll, definierat som HbA1c över 73 mmol/mol.

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

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

80 Måluppfyllelse för blodsockervärde vid typ 1-diabetes

Vikten av blodsockerkontroll är densamma vid typ 1-diabetes som vid typ 2-diabetes och de nationella riktlinjernas behandlingsmål är detsamma. Denna indikator visar således samma sak som indikator 79 ovan, men avser en annan grupp personer, de med typ 1-diabetes. Dessa har sin primära vårdkontakt på mottagning vid sjukhus och uppgår i jämförelsen till närmare 33 000 personer.



I riket når bara en minoritet av patienterna, drygt 15 procent, behandlingsmålet (< 52 mmol/mol) för blodsockerkontroll, med en variation mellan landstingen från sju till 20 procent. Andelen som ligger under den högre redovisade nivån för blodsockervärde (63 mmol/mol), uppgår i riket till knappt 61 procent. Dessutom ses ingen positiv trend över tid. För sjukhusen varierar andelen mera, men skillnaderna bör inte övertolkas, eftersom måttet uppnådd målnivå ger betydligt kraftigare ut-

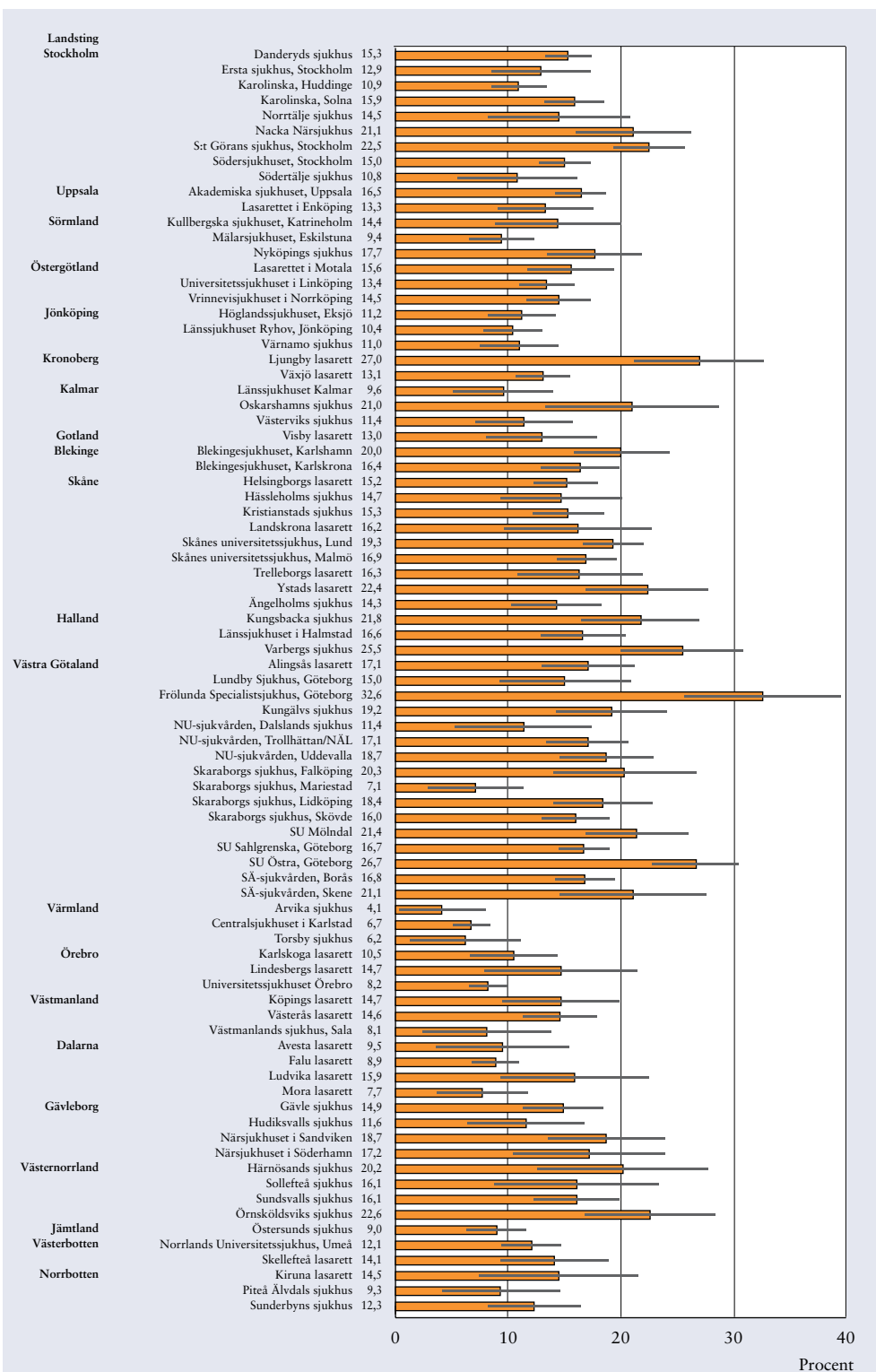
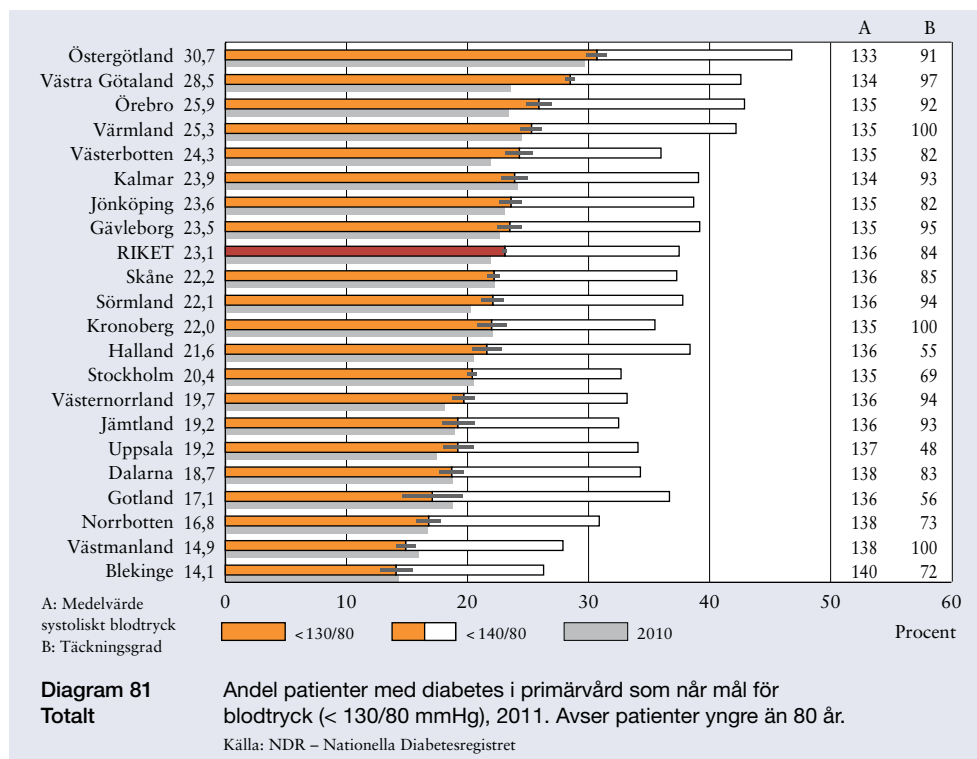


Diagram 80
Sjukhus

Andel patienter med typ 1-diabetes som når mål för blodsockervärde (HbA1c < 52 mmol/mol), 2011. Åldersstandardiserade värden.

Källa: NDR – Nationella Diabetesregistret

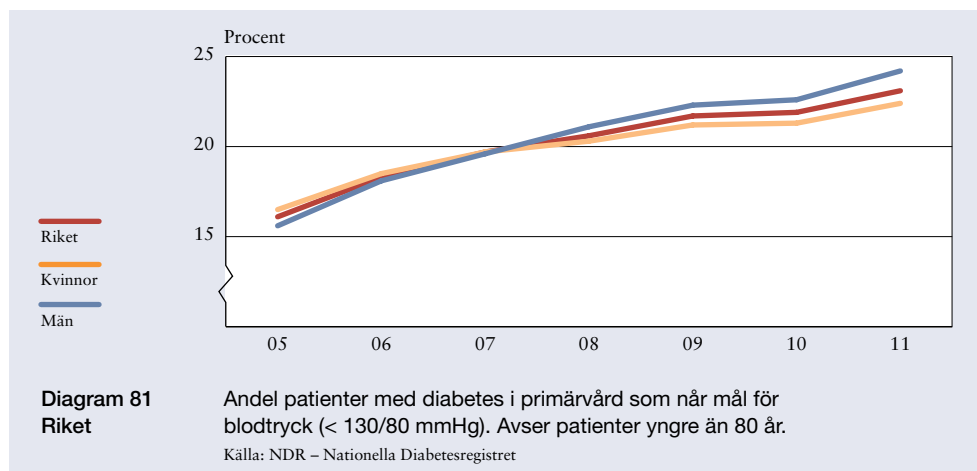


slag i form av skillnader mellan olika vårdgivare än vad medelvärde eller median för HbA1c gör.

I riktlinjerna betonas också att målet måste vara individuellt och för många patienter med typ 1-diabetes kan inte detta låga HbA1c-värde tillämpas som målvärde av olika skäl. Att minska andelen patienter med mycket höga HbA1c-värden är av stor vikt. Av alla patienter med typ 1-diabetes har cirka 25 procent ett påtagligt högt HbA1c, högre än 73 mmol/mol. Sammanfattningsvis finns det stor förbättringspotential, oavsett vilket mått och vilken patientgrupp man väljer att fokusera.

81 Måluppfyllelse för blodtryck vid diabetes – primärvård

Risken för hjärt-kärlsjukdom är två-tre gånger högre hos patienter med diabetes än hos dem som inte har diabetes, enligt flera olika studier. Ett flertal riskfaktorer bidrar till detta, som rökning, högt blodsocker, högt blodtryck och förhöjda blodfetter. Risken ökar med antalet riskfaktorer. Gränsen för förhöjt blodtryck för personer med diabetes är satt till lika med eller högre än 130/80 mmHg. Detta värde innebär att i storleksordningen 80–90 procent av alla patienter 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. Cirka 80 procent av alla patienter med typ 2-diabetes behandlades år 2011. De senaste åren har medelvärdet för blodtryck sjunkit och andelen som har blodtryck lägre än 130/80 mmHg har ökat något de senaste åren. Ännu viktigare är att andelen med systoliskt blodtryck över 140 mmHg har minskat från 40 till 30 procent de senaste åren, vilket är ett tydligt positivt trendbrott.

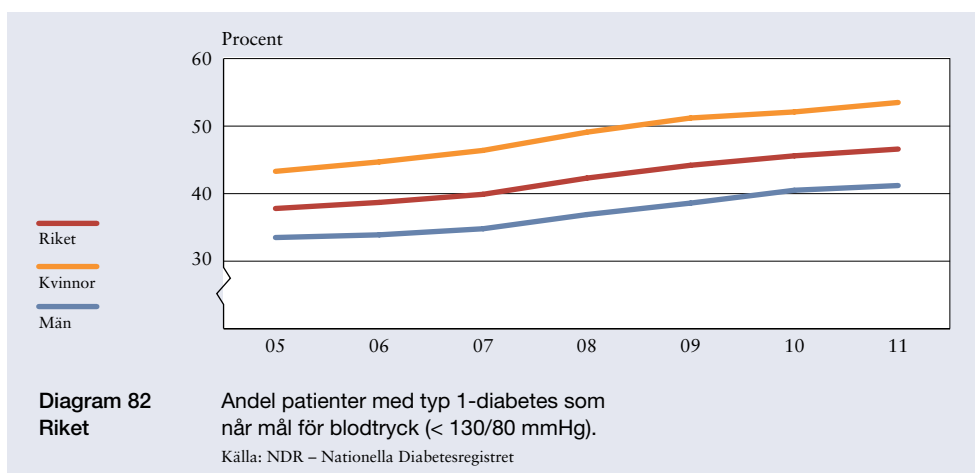
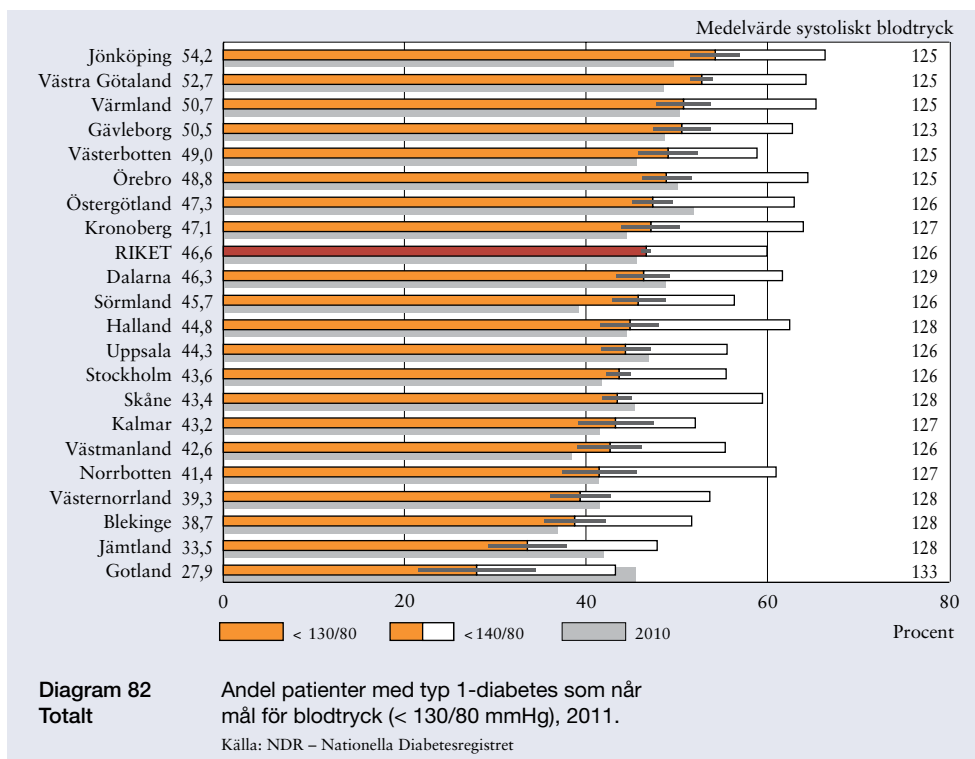
I diagram 81 visas andelen patienter med typ 2-diabetes som har ett blodtryck lägre än 130/80 mmHg. Bara patienter i primärvården och som är yngre än 80 år ingår. Utöver denna blodtrycksnivå visas här även andel patienter med blodtryck lägre än 140/80. Jämförelsen baseras på över 210 000 personer.

I riket som helhet når bara 23 procent av patienterna målet. Till bilden hör dock att resultatet blir betydligt bättre om man mäter andelen patienter som har ett blodtryck lika med eller under 130/80 mmHg. Då är andelen istället 40 procent. Denna stora differens är inte reell, utan har med mätmetoden att göra och beror på att blodtrycksvärden avrundas vid registreringen. Andelen som har blodtryck lägre än 140/80 mmHg är högre och uppgår i riket till knappt 61 procent.

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

82 Måluppfyllelse för blodtryck vid typ 1-diabetes

Högt blodtryck hos personer med typ 1-diabetes ökar risken för stroke, hjärtinfarkt, kärlkramp, njurskada, perifer kärlsjukdom och död. Högt blodtryck kan således medföra stort lidande för individerna och en stor kostnad för samhället. Målnivån



för blodtrycket är enligt de nationella riktlinjerna < 130/80 mmHg, samma som vid typ 2-diabetes.

Indikatorn mäter andelen personer med typ 1-diabetes som uppnått målnivå för blodtryck vid det senast besöket under året. Jämförelsen avser 2011 och baseras på knappt 32 000 personer, varav 44 procent var kvinnor. I diagrammet visas även andelen som har ett blodtryck lägre än 140/80 mmHg.

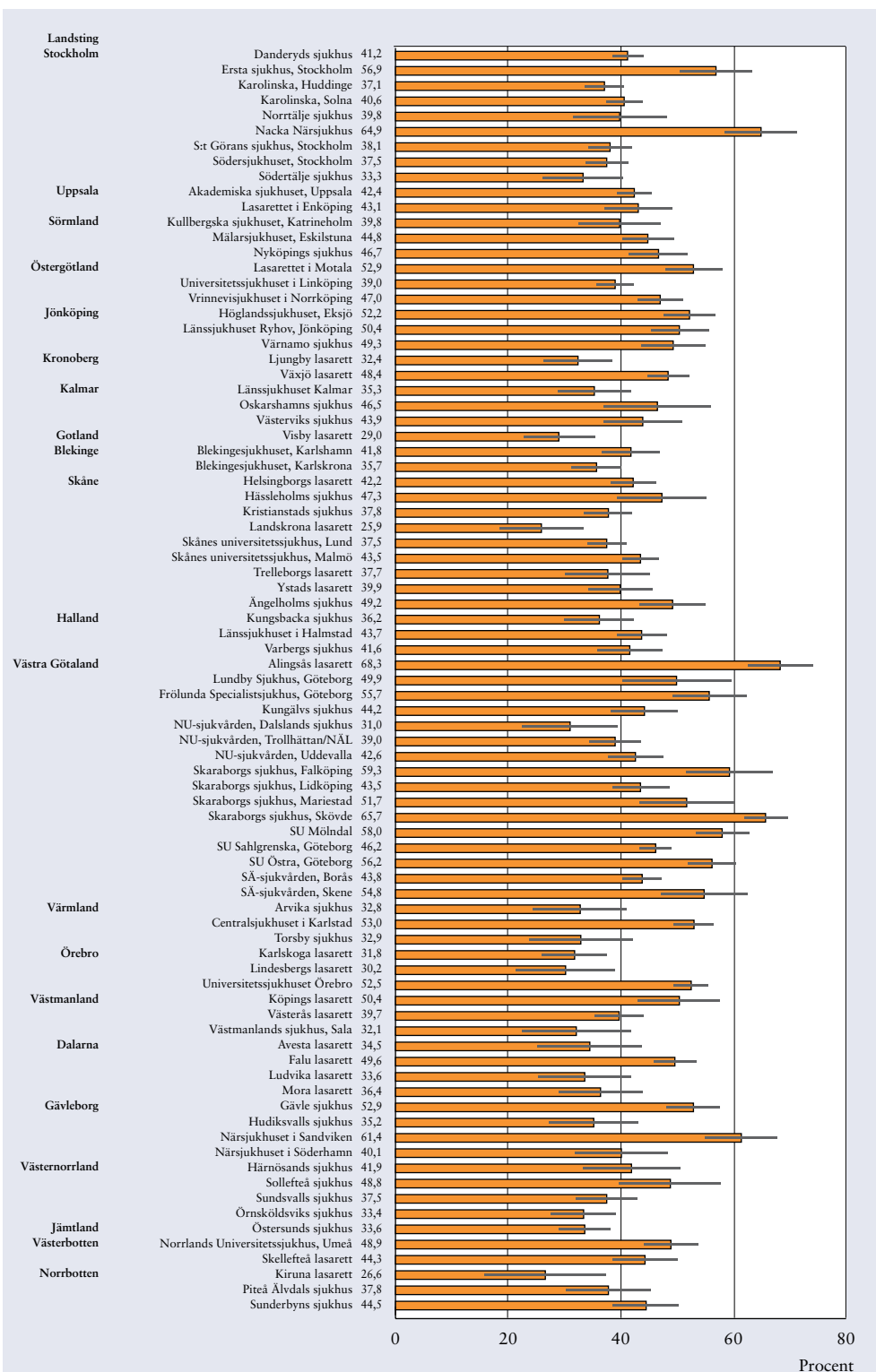
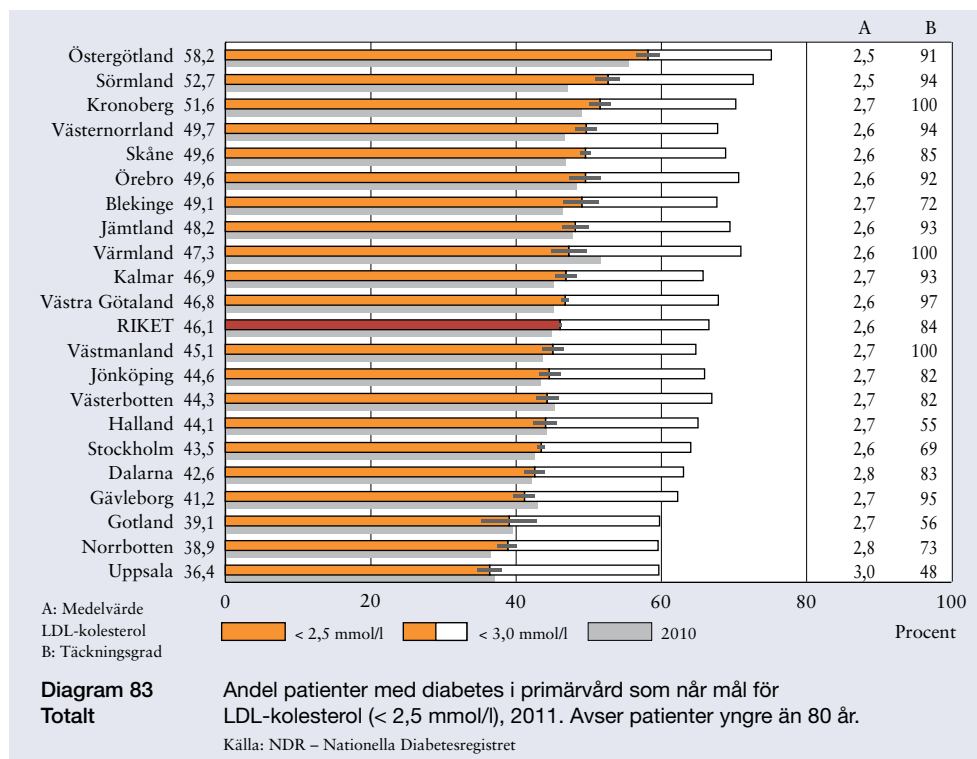


Diagram 82
Sjukhus

Andel patienter med typ 1-diabetes som når mål för blodtryck (< 130/80 mmHg), 2011. Åldersstandardiserade värden.

Källa: NDR – Nationella Diabetesregistret



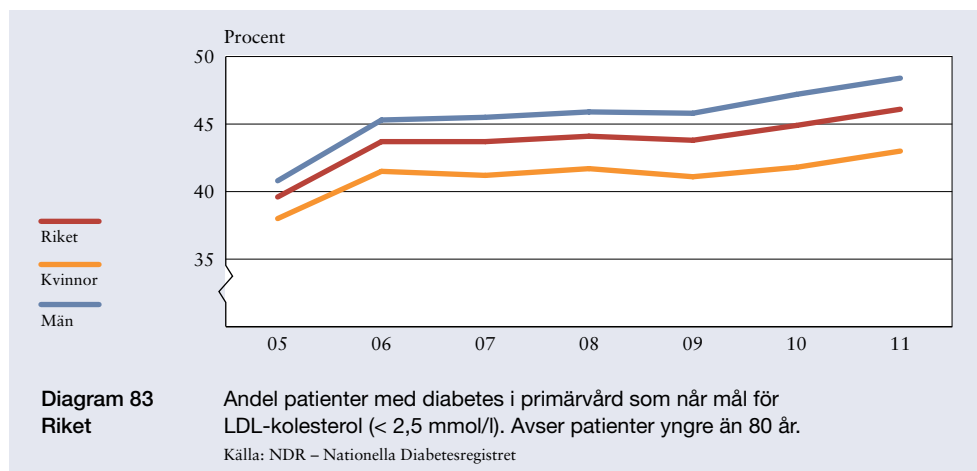
I riket når närmare 47 procent av patienterna behandlingsmålet, med en högre andel för kvinnor än för män. Mellan sjukhusen är skillnaderna påtagliga, med en variation från 26 till 68 procent. Under perioden 2005–2011 ökade andelen patienter som når ett blodtryck under 130/80 mmHg med drygt 13 procentenheter.

Samma mätproblematik som beskrevs för indikator 82 finns även för denna: Andelen patienter som når blodtryck *lika med* eller under 130/80 mmHg är klart högre. Även slutsatsen är densamma – det finns ett betydande behov av förbättringar om de nationella riktlinjernas behandlingsmål skall nås.

83 Måluppfyllelse för LDL-kolesterol – primärvård

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

Målnivån för LDL-kolesterol, det ”onda” kolesterolet, är i Socialstyrelsens nationella riktlinjer ett värde som är lägre än 2,5 mmol/l. Indikatorn visar andelen patienter yngre än 80 år som når detta mål. Jämförelsen baseras på drygt 145 000 patienter i primärvård. Även andelen som når nivån lägre än 3 mmol/l visas.



I diagram 83 framgår att i riket som helhet nås behandlingsmålet bara av drygt 46 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.

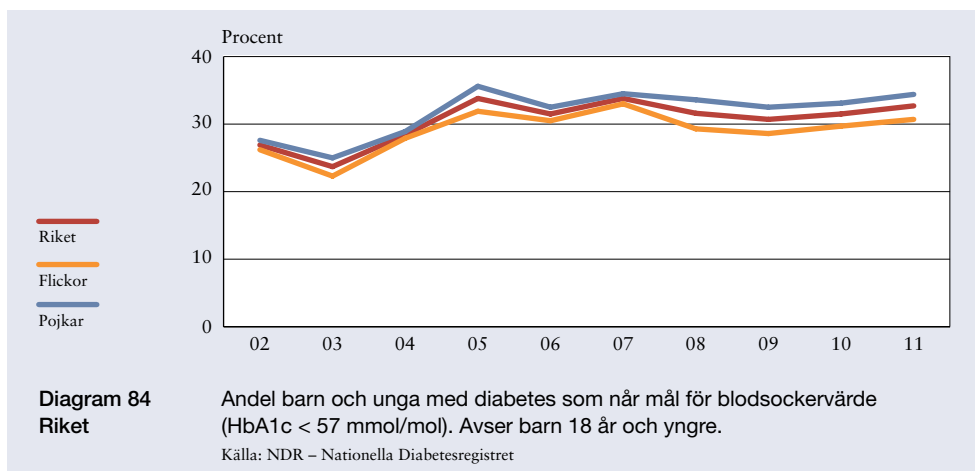
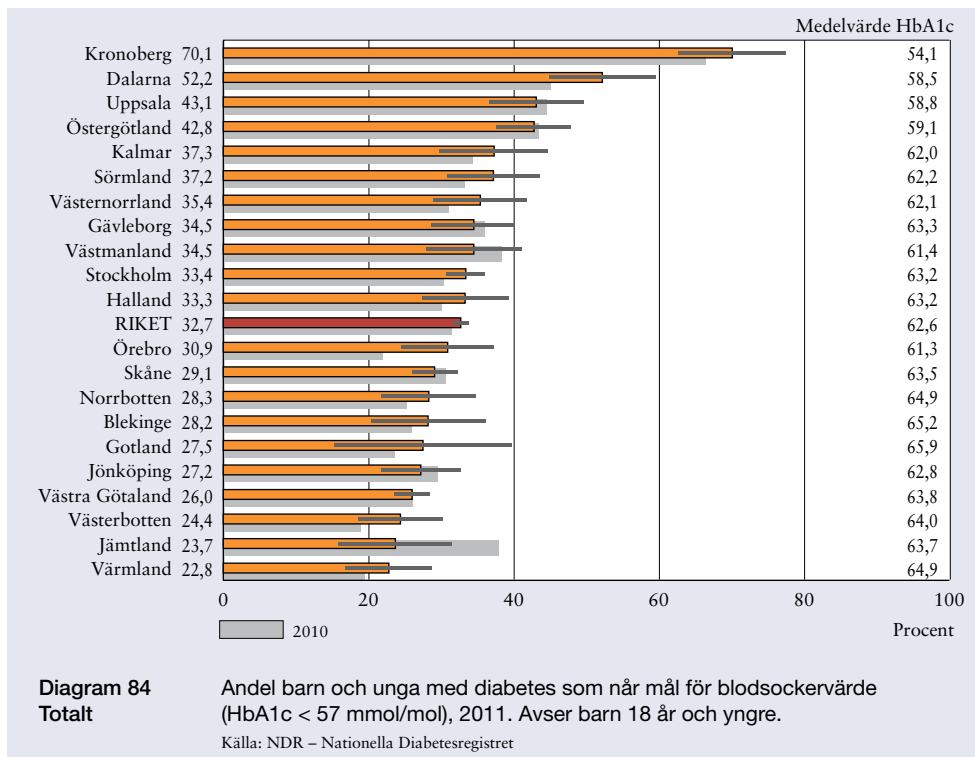
Andelen som behandlas med blodfettssänkande läkemedel har enligt NDR ökat de senaste åren, så att 2011 cirka 63 procent av patienterna i primärvården behandlas. Den låga måluppfyllelsen och variationen mellan landsting tyder på att en klar underbehandling fortfarande råder. Det finns anledning att skärpa följsamheten till riktlinjerna och uppföljningen av behandlingen.

84 Måluppfyllelse för blodsockervärde – barn

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

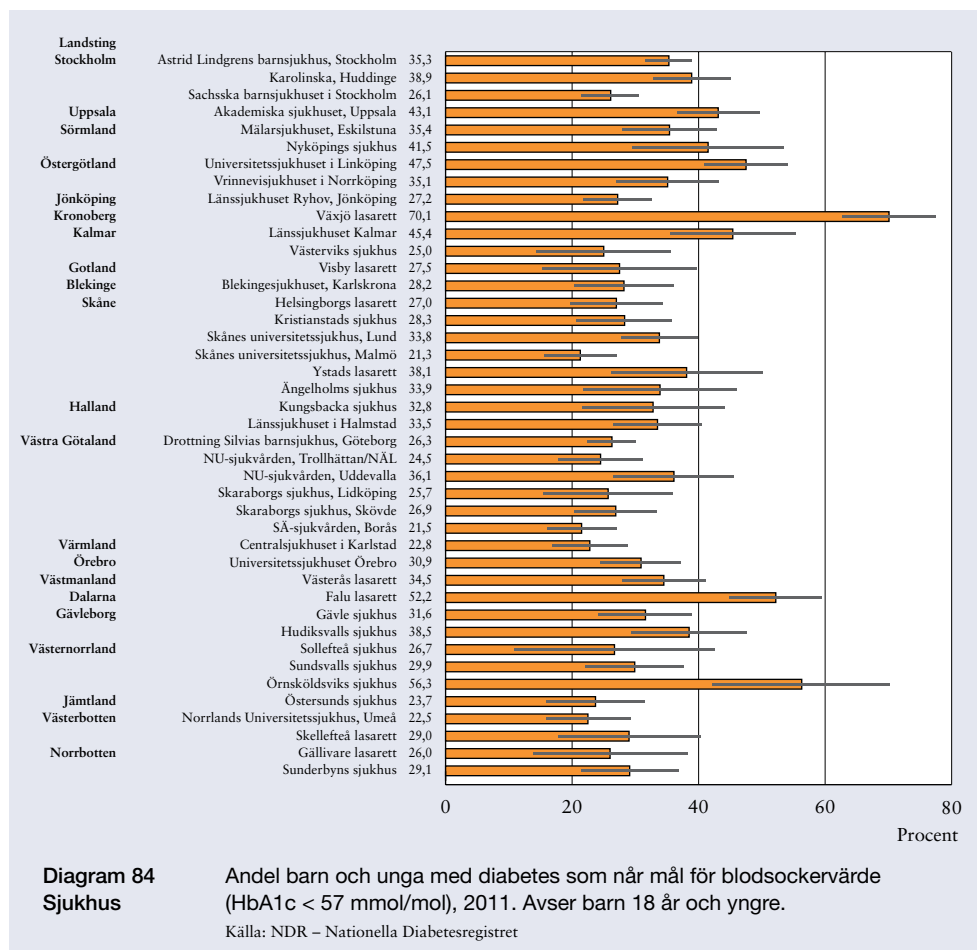
Samtliga barn och ungdomar med diabetes ingår i SWEDIABKIDS, ett nationellt kvalitetsregister för barn och ungdomsdiabetes. Registret kartlägger vilka resultat som uppnås inom barndiabetesvården och belyser följsamheten till vårdprogrammet.

För barn- och ungdomsdiabetesvården finns flera kvalitetsindikatorer och behandlingsmål för dessa. En av de allra viktigaste indikatorerna är medelblodsocker (HbA1c). Individer med högt HbA1c löper betydligt högre risk för komplikationer. Vid barndiabetesmottagningarna kontrolleras HbA1c som regel fyra gånger per år. Ett högt värde föranleder åtgärder i behandlingen, som handlar om balansen mellan kost, motion och insulinbehandling. Redan efter en månad med bättre behandling kan värdet ha förbättrats märkbart.



Vårdprogrammet har ett målvärde där HbA1c ska vara lägre än 57 mmol/mol. I diagram 84 redovisas andelen barn med ett årsmedel-HbA1c under 57 mmol/mol. I riket som helhet uppnådde knappt 33 procent av barnen år 2011 detta mål, knappt 31 procent av flickorna och 34 procent av pojkarna.

Möjligtvis kan detta utfall anses vara för lågt, men en ålderjustering av målvärdet skulle ge klarare bild, då det är allmänt känt att det är framförallt inom tonårsgrup-

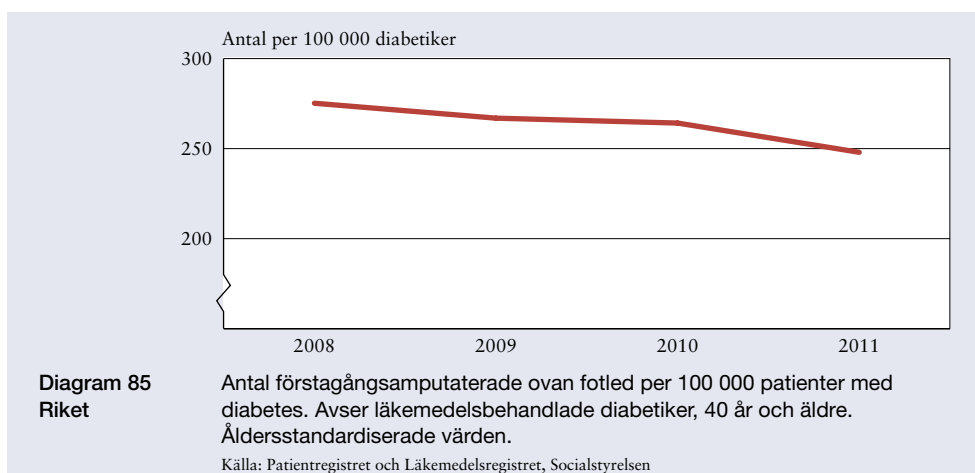
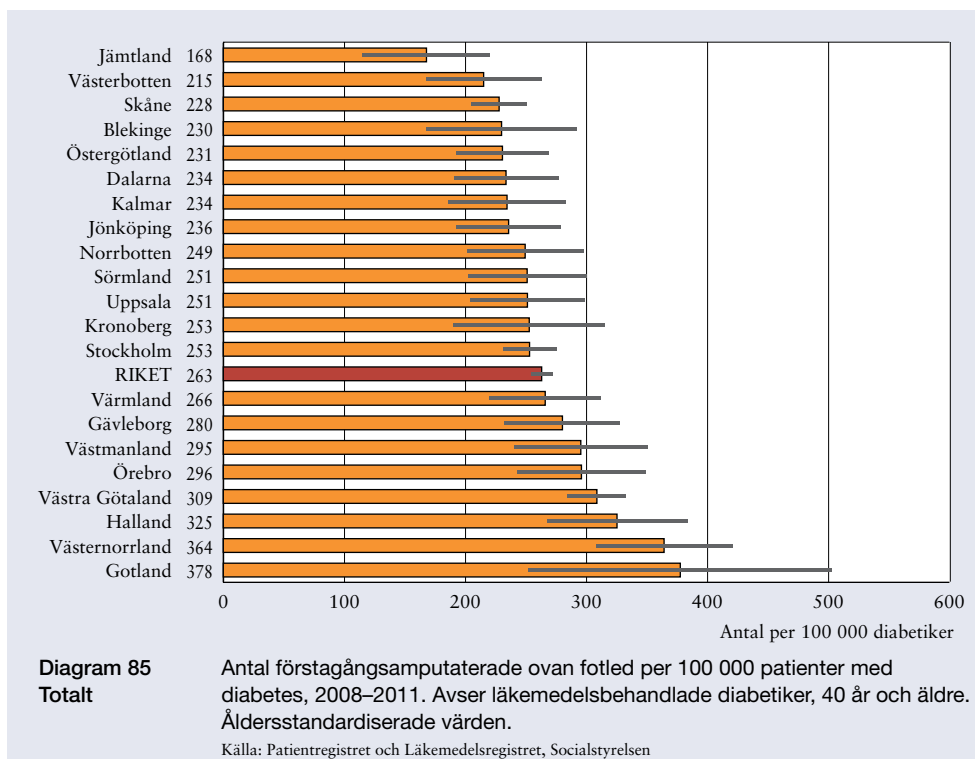


pen som de flesta höga värden förekommer. Internationellt sett har Sverige låga HbA1c-värden bland barn och ungdomar. Att variationen mellan landstingen är relativt stor visar att det finns en påtaglig förbättringspotential i många landsting.

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

85 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 kan amputation av delar av framfötter och tår ingå, så kallad mindre amputation. Genom tidig mindre amputation kan man förhindra eller fördröja försämrade cirkulation och vävnadsdöd högre upp i benet. En sådan mindre amputation ger, om den läker komplikationsfritt, 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.

I diagram 85 visas för perioden 2008–2011 antalet diabetespatienter som genomgått en amputation ovan fotled, per 100 000 läkemedelsbehandlade personer med diabetes. I riket var antalet 263, med en spridning mellan landstingen från 167 till 377 amputerade per 100 000 personer med läkemedelsbehandlad diabetes. Antalet amputerade har väsentligen varit oförändrat de senaste åren. På grund av relativt få fall redovisas för länen sammanslagna data för båda könen för fyraårsperioden.

Varianter av detta mått används ofta internationellt, bland annat har Sverige lämnat data till en jämförelse inom OECD. Måttet speglar inte kvaliteten i dagens diabetesvård, utan snarare den vård som gavs för 5–10 år sedan. Då en amputation ovan fotled är ett mycket stort ingrepp för patienten, med efterföljande funktionsnedsättning och stora kostnader för samhället, är det viktigt att följa utvecklingen.

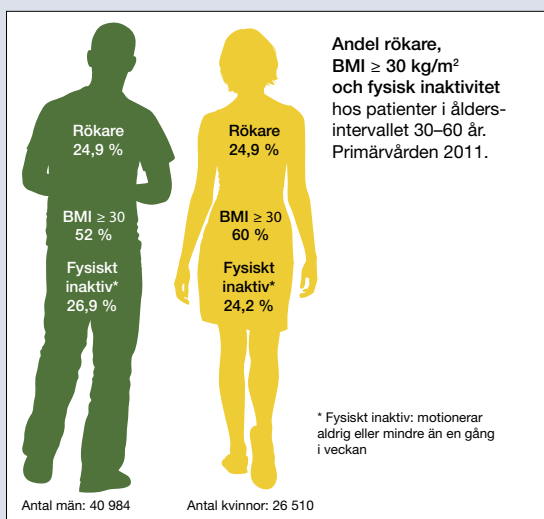
Ökat fokus på kvalitetsindikatorer om förebyggande sjukvård

I Öppna jämförelser visas kvalitetsindikatorer som speglar sekundärpreventivt syftande läkemedelsbehandling, framförallt efter sjukdomar som stroke och hjärtinfarkt. Att fokus har legat på läkemedelsbehandling har delvis varit en effekt av att det finns bra tillgång till data om uttagna läkemedel, för de patienter som sjukhusvårdats med någon relevant diagnos.

Det finns skäl att tro att sekundärpreventiva syftande behandling dels kommer att bli ett allt viktigare inslag i uppföljning av olika slag under kommande år, dels att även andra insatser än läkemedelsbehandling uppmärksammas, som livsstilspåverkan avseende kost, fysisk aktivitet och rökvanor. Här ges några illustrationer av detta.

Förebygga diabetes

Först av allt är det viktigt att påminna om att för de sjukdomar som kan förebyggas, så är det i en mening alltid sent att sätta in sekundärpreventiva åtgärder. Sjukdomsförebyggande insatser skall helst ske innan sjukdomen debuterar. Till exempel är typ 2-diabetes en kronisk sjukdom som i viss utsträckning kan förebyggas. Figuren härintill är hämtad från Nationella Diabetesregistret och illustrerar det nära sambandet mellan diabetes och livsstilsfaktorer.



Av alla patienter mellan 30–60 år med typ 2 diabetes i primärvården så röker var fjärde person, hälften av männen och 60 procent av kvinnorna är feta, det vill säga har ett BMI ≥ 30 . Var fjärde person med diabetes är fysiskt inaktiv och motionerar mindre än en gång i veckan.

Detta kan jämföras med hela befolkningens BMI och rökvanor, enligt Folkhälsoinstitutets mätningar: I åldern 30–64 år är andelen personer med BMI 30 eller högre knappt 16 procent, medan i samma åldersgrupp andelen dagliga rökare är drygt 14 procent, i hela befolkningen. Uppgifterna är inte helt jämförbara, men illustrerar ändå väl den högre andelen personer med högt BMI och den högre frekvensen rökare bland personer med diabetes, jämfört med hela befolkningen.

Livsstilspåverkan – med rökstopp, fysisk aktivitet och kostförändring – är viktig för de personer som drabbats av diabetes, men är lika viktig för att förebygga diabetes.

SWEDEHEARTs nya kvalitetsindex betonar förebyggande insatser

RIKS-HIA, den del av SWEDEHEART som registrerar uppgifter om bland annat vård vid akut hjärtinfarkt, har fram till nu haft ett kvalitetsindex som betonat insatser i det akuta skedet. För flera av de nio kvalitetsmåten i indexet har måluppfyllelsen nu blivit så hög att det inte längre än meningsfullt att främst uppmärksamma dessa mått.

Under 2012 har därför ett nytt kvalitetsindex lanserats, där flera nya indikatorer ersatt de som tidigare ingick. Av elva indikatorer speglar nu fem sekundärprevention. Utöver deltagandegrad i den sekundärpreventiva uppföljningen efter hjärtinfarkt ingår följande fyra ytterligare mått: Andelen som slutat röka; andelen som deltagit i fysiskt träningsprogram, samt andelen patienter som når behandlingsmål för blodtryck respektive LDL-kolesterol. De två senare är krävande resultatmått: Man skall inte bara ge läkemedelsbehandling, utan patienten skall nå behandlingsmålen.

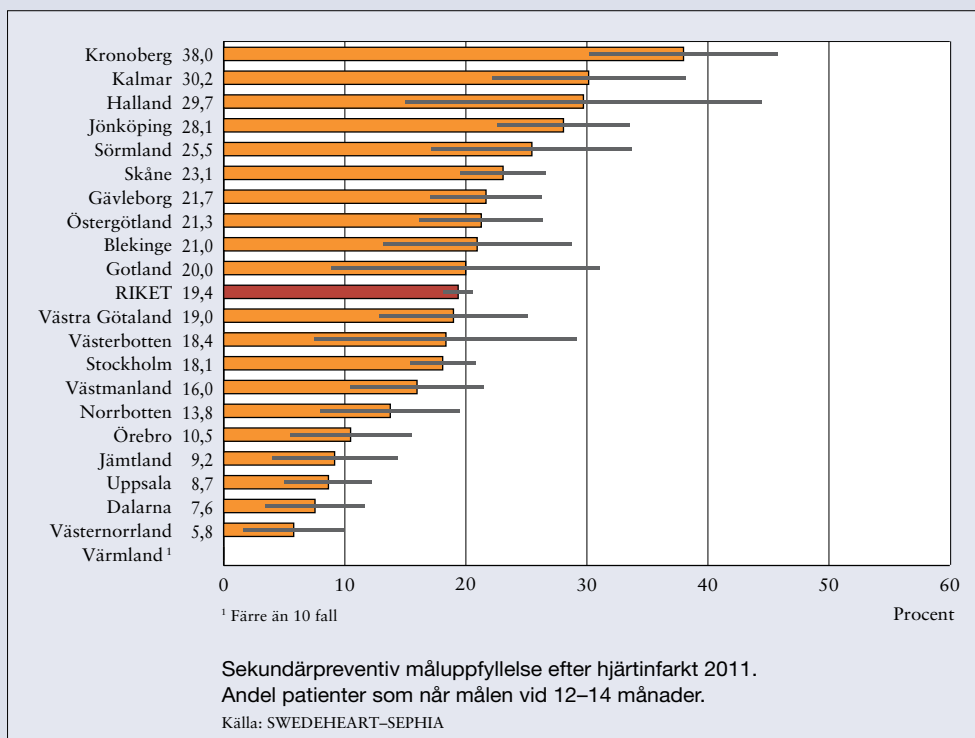
Ännu är täcknings- eller deltagandegraden i kvalitetsregistret Sephia för låg för att skarpa slutsatser om klinikers eller landstings resultat skall kunna dras. Här visas per landsting andelen patienter, uppföljda under 2011, som når mål för sekundärprevention 12–14 månader efter hjärtinfarkt. Jämförelsen baserar sig på 4 000 uppföljda patienter. För att nå målen skall en patient vara rökfri, ha deltagit i fysiskt träningsprogram, ha systoliskt blodtryck lägre än 140 mmHG och LDL-kolesterol lägre än 2,5 mmol/l.

I riket når drygt 19 procent av patienterna alla målen, med en variation mellan landstingen från 6 till 50 procent av de uppföljda patienterna. 56 procent av de patienter som rökte hade slutat röka. Bara fyra av tio patienter deltog i fysiskt träningsprogram i önskvärd omfattning. Ungefär en tredjedel av alla uppföljda patienter når inte målen för blodtryck respektive kolesterol. Det har, skriver man i SWEDEHEARTS årsrapport för 2011, de senaste åren inte skett någon påtaglig förbättring avseende dessa sekundärpreventiva effektmått. Behov och möjligheter till förbättring kvarstår.

Öppen jämförelse av hälsoinriktad hälso- och sjukvård

För att uppmärksamma vikten av förebyggande insatser publicerar Socialstyrelsen i slutet av 2012 en öppen jämförelse med kvalitetsmått som speglar delar av den hälsoinriktade sjukvården. Den hälsoinriktad hälso- och sjukvården omfattar två centrala begrepp: 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.

Med hälsoinriktad hälso- och sjukvård i denna öppna jämförelse avses åtgärder som berör patienter med påbörjad vårdkontakt. 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 indikatorer som belyser ohälsosamma levnadsvanor med utgångspunkt från de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder.

En inventering av indikatorer har genomförts med förfrågan ställd till i ett antal större nationella kvalitetsregister. I storleksordningen 30–35 indikatorer kommer att visas, bland dem:

- Patienter som diskuterat tobaksvanor med vårdpersonal
- Patienter som diskuterat alkoholvanor med vårdpersonal
- Patienter som diskuterat motionsvanor med vårdpersonal
- Patienter som diskuterat matvanor med vårdpersonal
- Ryggpatienter med diskbråck som upplever förbättring ett år efter operation (EQ-5D)
- Rökstopp efter stroke
- Tobaksvanor under graviditet
- Screening för riskbruk av alkohol under graviditet

Den hälsoinriktade öppna jämförelsen belyser de tidiga insatserna medan den årliga öppna jämförelsen innehåller flera indikatorer om sekundärprevention vid specifika sjukdomar. De båda rapporterna speglar tillsammans olika delar av det hälsoinriktade arbetet inom hälso- och sjukvården och kompletterar varandra, även om viss överlappning avseende indikatorer finns.

HJÄRTSJUKVÅRD

Hjärt-kärlsjukdom är den vanligaste orsaken till död och en av de vanligaste orsakerna till invaliditet i Sverige. Akut hjärtinfarkt, som 2010 drabbade drygt 32 000 individer, är den vanligaste dödsorsaken bland hjärt-kärlsjukdomarna. Vården av akut hjärtinfarkt har genomgått snabba förändringar under den senaste tioårsperioden, vilket medfört en påtagligt minskad dödlighet.

Här redovisas 18 indikatorer, som nästan alla ingår i den större rapport om hjärtsjukvård som Socialstyrelsen publicerade 2009. De flesta avser hjärtinfarkt eller den vidare gruppen ischemisk hjärtsjukdom. Även indikatorer för hjärtsvikt, hjärtrytmrubbning och hjärtstopp utanför sjukhus redovisas.

Både hälsodataregister vid Socialstyrelsen och Nationella Kvalitetsregister är källor till indikatorerna. Bortsett från RIKS-HIA presenteras kvalitetsregistren i samband med respektive indikator, då även täckningsgrad och andra aspekter på datakvalitet kommenteras.

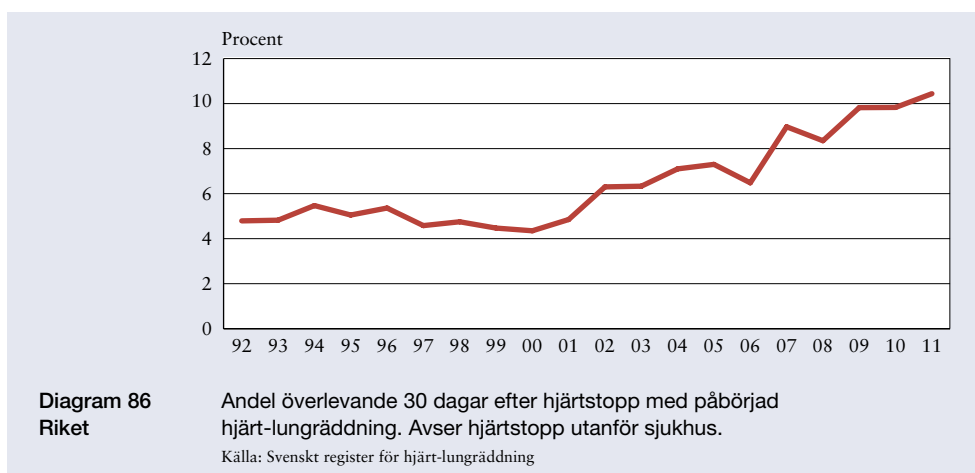
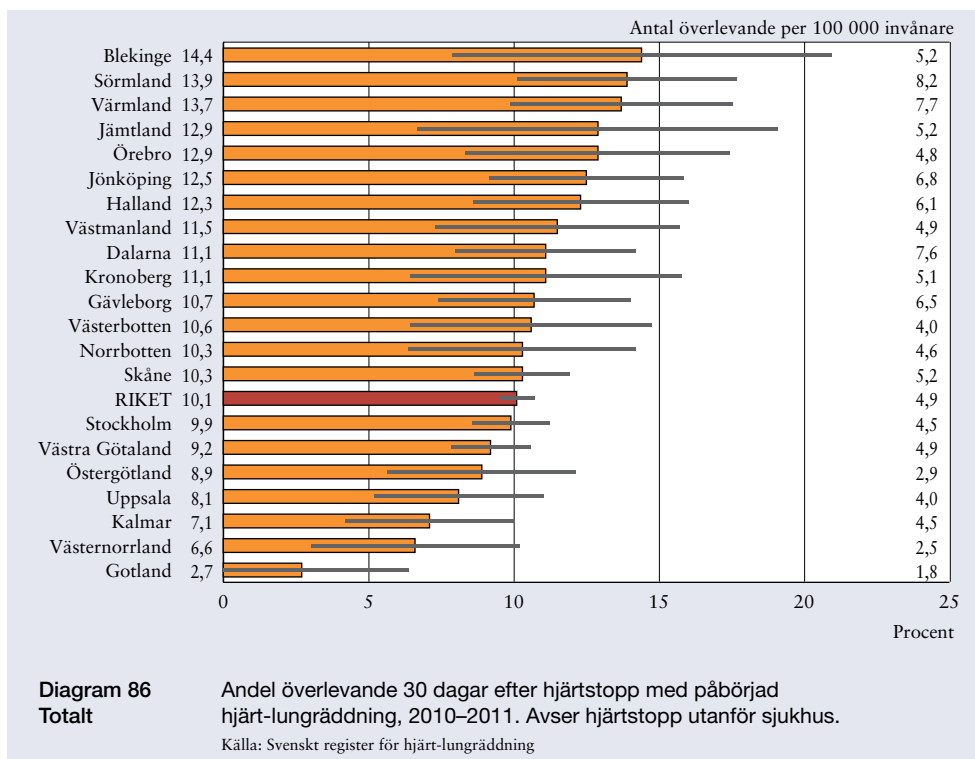
Kvalitetsregistret RIKS-HIA, som nu ingår i det större hjärtregistret SWEDHEART, är källa till fyra av indikatorerna. Där registreras uppgifter om de infarktpatienter som är intagna för hjärtintensivvård vid sjukhusen. Alla landets cirka 70 sjukhus som bedriver akut hjärtsjukvård deltar, men vid alla 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. I riket som helhet fanns det detta år knappt 26 600 fall av hjärtinfarkt. 72 procent av dessa rapporterades till RIKS-HIA, medan PAR hade 99 procent av fallen. Drygt 7 400 fall med hjärtinfarktdiagnos rapporterades inte till RIKS-HIA. Variationen mellan sjukhusen är större än mellan landstingen. Jämförelser av täckningsgrad görs varje år.

Den ojämna täckningsgraden bör tas i beaktande när data från RIKS-HIA tolkas, framförallt för de indikatorer som avser icke-ST-höjningsinfarkt. Om olika kategorier av hjärtinfarktpatienter inkluderas i data för de olika landstingen kan detta påverka resultaten av jämförelserna.

86 Överlevnad vid hjärtstopp utanför sjukhus

En stor andel av de personer som dör på grund av hjärtsjukdom avlider redan före ankomst till sjukhus på grund av ett plötsligt hjärtstopp. Hjärtstoppet föregås nästan alltid av ett kammarflimmer. Den viktigaste behandlingen för flertalet av dessa personer är en elektrisk chock över hjärtat med en så kallad hjärtstartare, en defibrillator, som kan återföra hjärtat till normal funktion. Det tar dock i de flesta fall alltför lång tid från hjärtstoppet till den elektriska behandlingen för att patienten skall överleva. Sannolikheten att överleva ökar dramatiskt om personens andning och cirkulation kan hållas igång på konstgjord väg i väntan på ambulansens ankomst, med hjärt-lungräddning (HLR).



I Sverige är cirka tre miljoner personer utbildade i HLR, vilket ger förutsättningar för att personer med hjärtsjukdom som drabbas av hjärtstopp utanför sjukhus skall kunna överleva. Bland samtliga hjärtstopp som bevitnats av en sådan, så kallad byständer, får idag 68 procent HLR före ambulansens ankomst, vilket är en hög andel i en internationell jämförelse och ett resultat av ett stort ideellt engagemang i HLR-utbildning.

Uppgifter om hjärtstopp utanför sjukhus rapporteras till kvalitetsregistret Nationellt Register för Hjärtstopp. I registret skall ingå alla patienter som drabbas av hjärtstopp utanför sjukhus och där någon form av behandling påbörjas av ambulanspersonal eller före ambulanspersonalens ankomst.

Registret täcker samtliga ambulansorganisationer i landet. Man uppskattar täckningsgraden på individnivå till cirka 80 procent, med en klar ökning under de senaste åren. Under 2010 rapporterades 4 514 fall till registret. En iakttagelse är att antalet rapporterade fall per 100 000 invånare per år varierar påtagligt mellan landstingen. Detta kan tyda på en ojämn täckningsgrad, men även på en variation i andelen fall där HLR startas.

Indikatorn visar andelen personer med hjärtstopp utanför sjukhus som var vid liv 30 dagar efter hjärtstoppet, av alla patienter där HLR startats. Jämförelsen baseras på 9 464 fall under perioden 2010–2011.

I riket överlevde drygt 10 procent i 30 dagar, med en variation mellan landstingen från 2,7 till 14,4 procent. Sedan år 2001 har andelen som överlevde i 30 dagar i riket mer än fördubblats. Till höger i diagrammet visas per landsting antalet överlevande per 100 000 invånare.

Resultatet för landstingen påverkas av många faktorer, även utöver det akuta omhändertagandet i ambulansorganisationen och vid sjukhus. Bland dem är patientens ålder, hjärtsjukdomens svårighet, och annan samtidig sjukdom, men även sådant som tillgången till hjärtstartare på offentliga platser och tid till och skicklighet vid den HLR som utförs innan ambulans anländer.

87 Dödlighet efter hjärtinfarkt

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

I diagram 87 återges landstingens resultat för perioden 2009–2011 i en jämförelse med åren 2006–2008. Inom stapeln för den totala 28-dagarsdödligheten anges också andelen som avled utanför akutsjukvården. Som hjärtinfarkt har räknats alla fall med någon diagnos för hjärtinfarkt i Dödsorsaksregistret eller Patientregistrets slutenvårdsdel. Därmed ingår både de fall som sjukhusvårdades initialt och de som dog med dödsorsaken akut hjärtinfarkt utan att ha vårdats vid sjukhus.

Variationer i 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

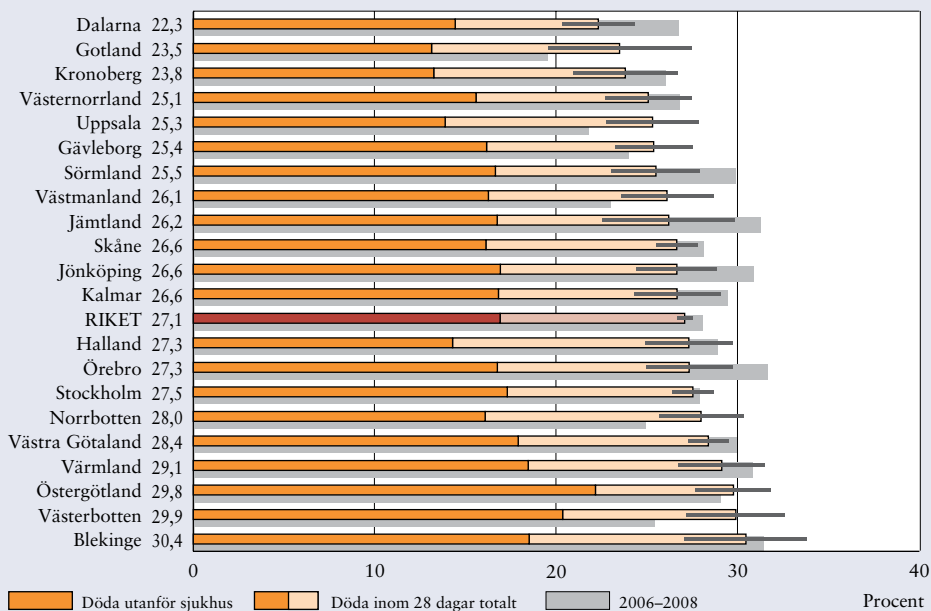


Diagram 87
Kvinnor

Andel döda inom 28 dagar efter hjärtinfarkt,
2009–2011. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

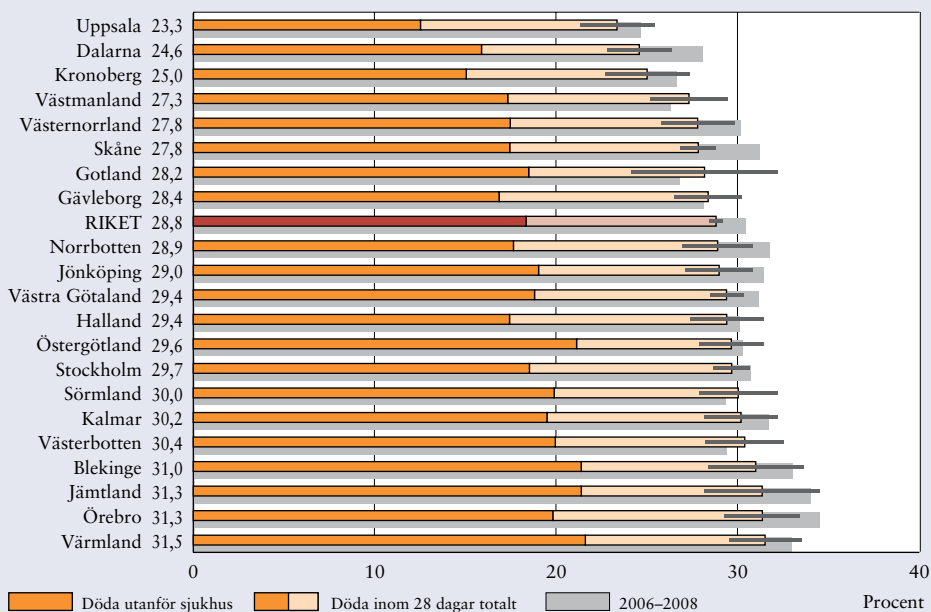


Diagram 87
Män

Andel döda inom 28 dagar efter hjärtinfarkt,
2009–2011. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

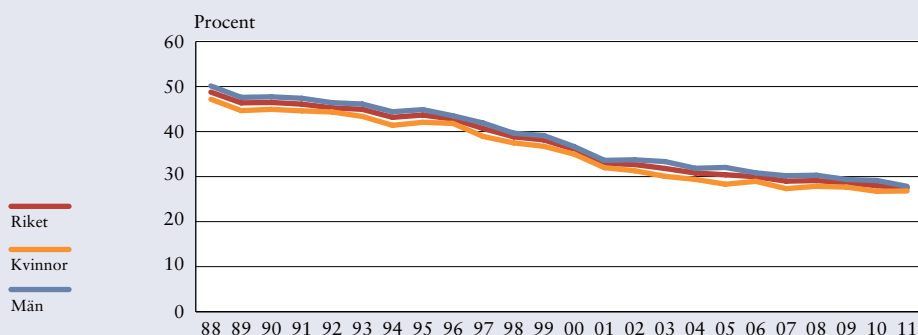


Diagram 87
Riket

Andel döda inom 28 dagar efter hjärtinfarkt. Åldersstandardiserade värden.
Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

avståndet till akutsjukhus, ambulansverksamhetens effektivitet och det akuta omhändertagandet på sjukhus. Sedan drygt 20 år minskar den åldersstandardiserade 28-dagarsletaliteten påtagligt, både kvinnor och män.

Under år 2010 drabbades cirka 34 000 personer av hjärtinfarkt, klart flera män än kvinnor. Av de drabbade dör cirka 28 procent inom 28 dagar efter infarkten. Cirka 6 000 dör med infarkt som diagnos utanför akutsjukvården varje år. Uppgifterna för år 2011 är fortfarande preliminära, eftersom en del infarktfall som skrevs in vid sjukhus detta år skrevs ut först under 2012 och ingår därför inte i statistiken.

En felkälla att notera är att andelen obducerade bland äldre, icke sjukhusvårdade är låg. Osäkerheten i diagnossättning vid fastställande av dödsorsak kan vara större bland dessa. Men det är ändå viktigt att ta med dessa dödsfall i måttet, eftersom de påtagligt påverkar dödligheten och sammansättningen av de patienter som sjukhusvårdas.

88 Dödlighet efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt

Detta mått avser att mäta kvaliteten i det akuta omhändertagandet av hjärtinfarkt-patienter och i den efterföljande vården på sjukhus. Även detta är internationellt etablerat. De två svenska centra som ingick i WHO:s MONICA-projekt uppvisade en mycket låg dödlighet bland hjärtinfarktpatienter på sjukhus, i en jämförelse med övriga centra i 24 länder. Att mäta korttidsöverlevnaden endast bland sjukhusvårdade är i många länder det mått som är möjligt att ta fram.

Jämförelsen i diagram 88 baseras på alla fall med någon diagnos för hjärtinfarkt som sjukhusvårdades initialt under åren 2009–2011. Samtliga fall i åldrarna 20 år eller över ingår. Åldersstandardisering har gjorts, för att ta hänsyn till att åldersstrukturen skiljer sig åt mellan könen och mellan landstingen. Motsvarande värde för åren 2006–2008 återges i den skuggade stapeln.

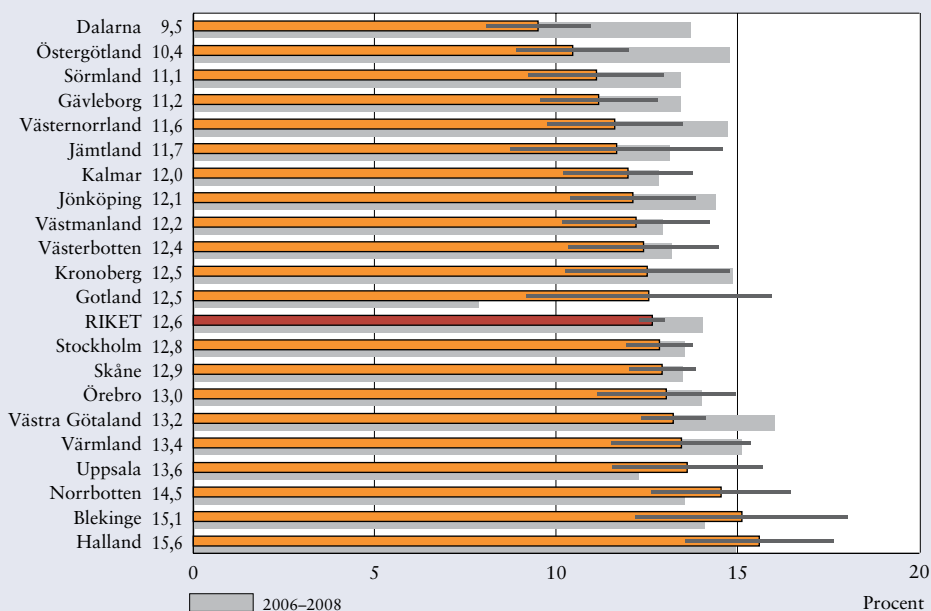


Diagram 88
Kvinnor

Andel döda inom 28 dagar efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt, 2009–2011. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

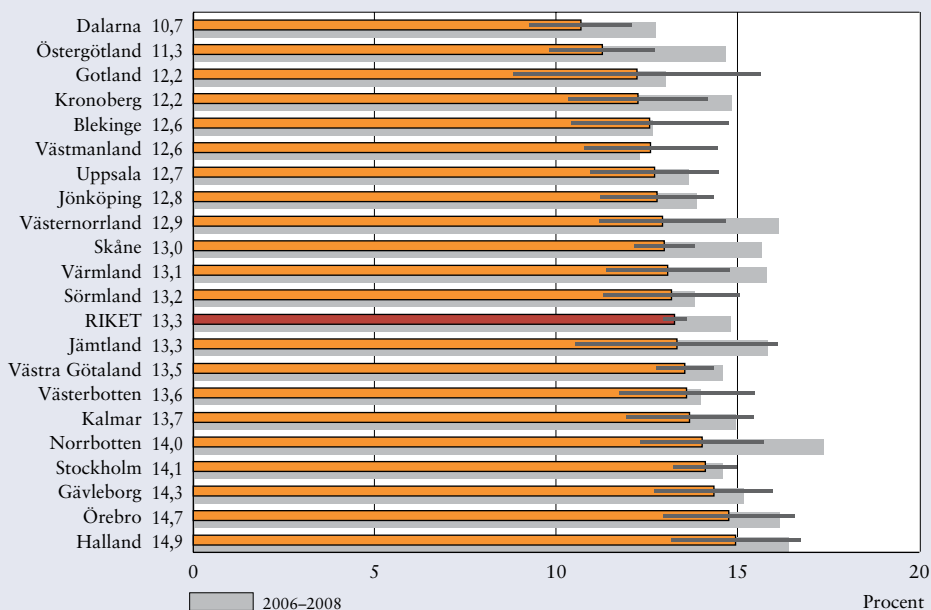


Diagram 88
Män

Andel döda inom 28 dagar efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt, 2009–2011. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

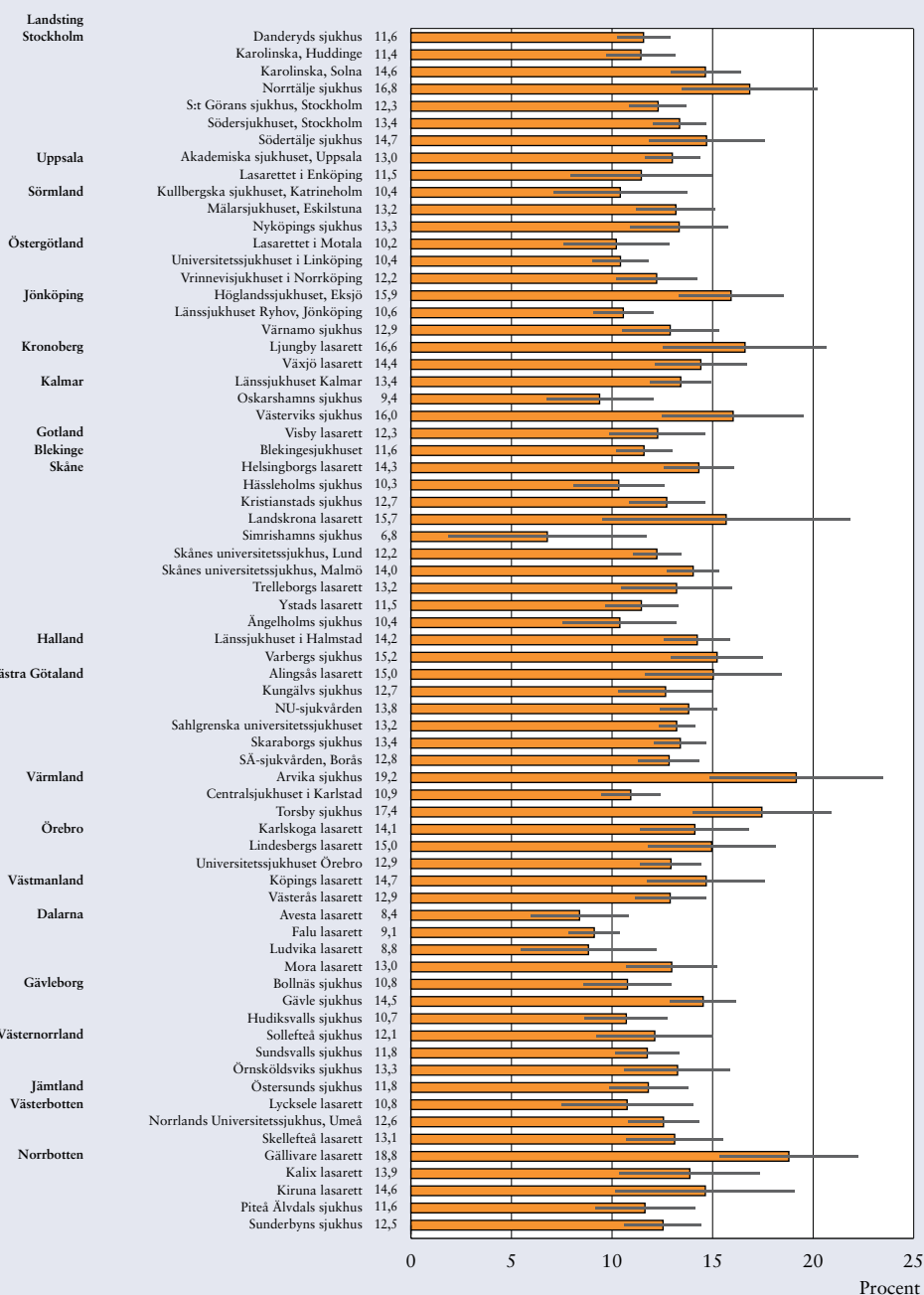
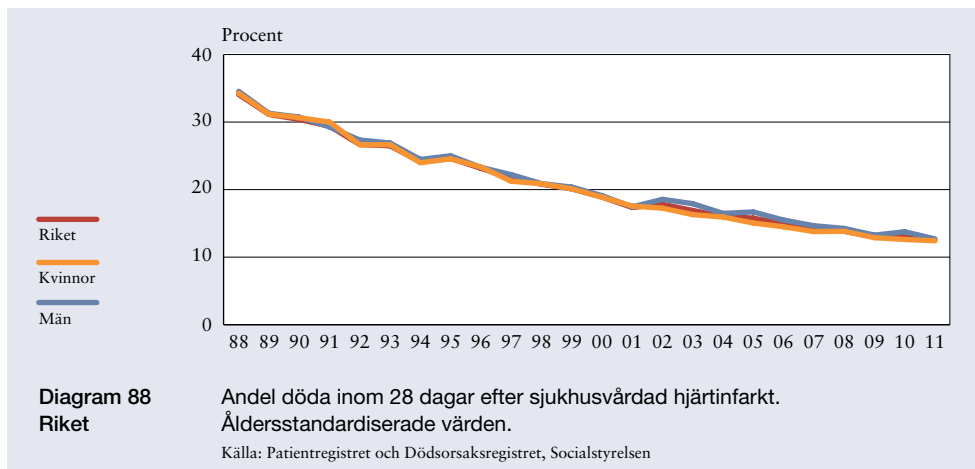


Diagram 88 Sjukhus Andel döda inom 28 dagar efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt, 2009–2011. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

Under senare år vårdas drygt 11 000 kvinnor och cirka 16 500 män årligen på sjukhus för akut hjärtinfarkt. Bland samtliga sjukhusvårdade hjärtinfarktpatienter åren 2009–2011 dog knappt 13 procent inom 28 dagar och en tredjedel inom ett år. Ef-



ter åldersstandardisering har männen numera bara en något högre dödlighet efter hjärtinfarkt än vad kvinnorna har. I riket har dödligheten minskat med ungefär 1,5 procentenheter för både kvinnor och män sedan perioden 2006–2008.

Efter att hänsyn tagits till skilda åldersfördelningar har männen således en högre dödlighet efter infarkt än kvinnorna, både i kategorin alla med hjärtinfarkt och i den kategori som sjukhusvårdats. Men skillnaden till männens nackdel är större i den förra gruppen. Männens överdödlighet är betydligt lägre bland de fall som sjukhusvårdats.

89 Ny infarkt eller död i ischemisk hjärtsjukdom

Indikatorn mäter andelen hjärtinfarktpatienter som skrevs ut från sjukhus och som inom 365 dagar fick en ny infarkt eller avled i annan ischemisk hjärtsjukdom som underliggande dödsorsak inom 365 dagar efter utskrivningen. Ischemisk hjärtsjukdom är sjukdomar orsakade av försämrade syretillförsel till hjärtat. Andelen patienter som avled eller fick en ny infarkt kan vara ett resultat både av vårdinsatsen i det akuta skedet och av sekundärpreventiva åtgärder. En grundläggande faktor som påverkar utfallet är självfallet patientens tillstånd före och efter den första infarkten.

Jämförelsen omfattar 38 000 patienter i alla åldrar som sjukhusvårdats under åren 2009–2010 med hjärtinfarkt som huvud- eller bidiagnos och som sedan skrevs ut. Endast patienter utan en registrerad infarkt under de sju föregående åren ingår. På detta sätt speglas värden 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.

I riket som helhet och för båda könen totalt fick drygt 13 procent av patienterna en ny infarkt eller avled i ischemisk hjärtsjukdom inom 365 dagar. Variationen mellan

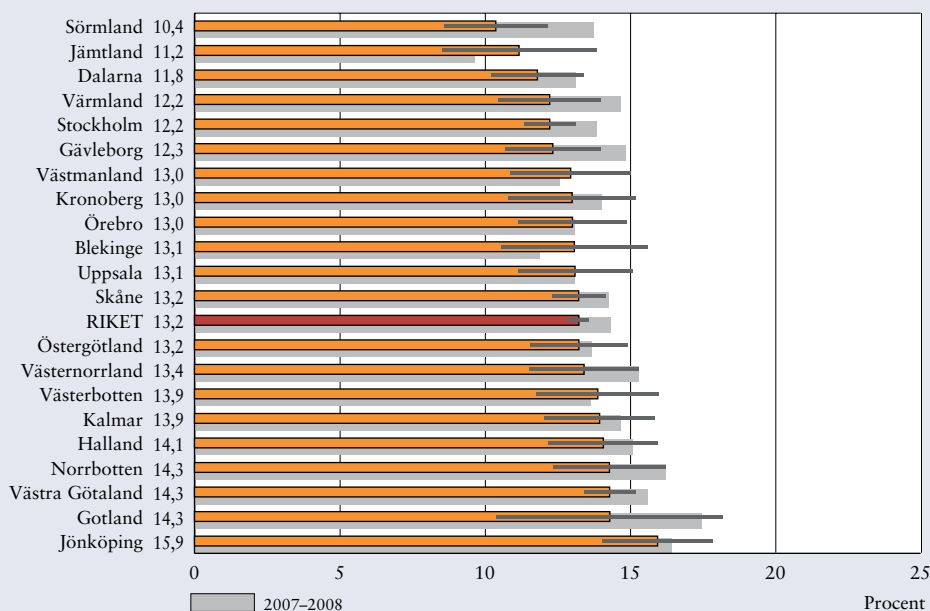


Diagram 89
Totalt

Andel patienter som får ny hjärtinfarkt eller avlider i ischemisk hjärtsjukdom inom 365 dagar, 2009–2010. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

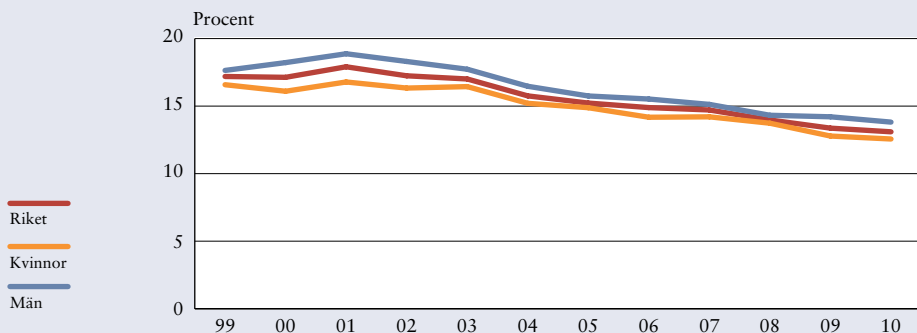


Diagram 89
Riket

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

Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

landstingen är ganska stor och sträcker sig från tio procent till knappt 17 procent. Skillnaden mellan könen var drygt en procentenhet, till kvinnornas fördel. 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 avse-

ende hur många patienter som avlider i hjärtinfarkt utan att ha sjukhusvårdats (se indikator 87). Detta innebär att även annat än vårdinsatserna på sjukhus spelar roll, också för denna indikator: sjukvårdsrådgivning, larmcentral och ambulanssjukvård, till exempel.

Det finns felkällor. Med en låg andel obducerade bland äldre avlidna är osäkerheten i diagnossättning större för dödsfall som sker utan initial sjukhusvård. Variation i denna diagnossättning påverkar resultaten. Å andra sidan skulle en uppföljning endast avseende sjukhusvård för infarkt påverkas just av andelen infarktsfall 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.

90 Reperfusionsbehandling vid ST-höjningsinfarkt

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 kranskärlet 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.

Så kallad primär PCI är nu den helt dominerande behandlingen i de flesta landsting. PCI gavs under 2011 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 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. Indikatoren är en av de nationella hjärtriktlinjernas indikatorer för uppföljning och finns även i RIKS-HIA:s kvalitetsindex för hjärtinfarktvård 2011. Resultatet återges enbart på landstingsnivå, med patientens hemortslandsting som grund.

År 2011 ingick 3 912 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.

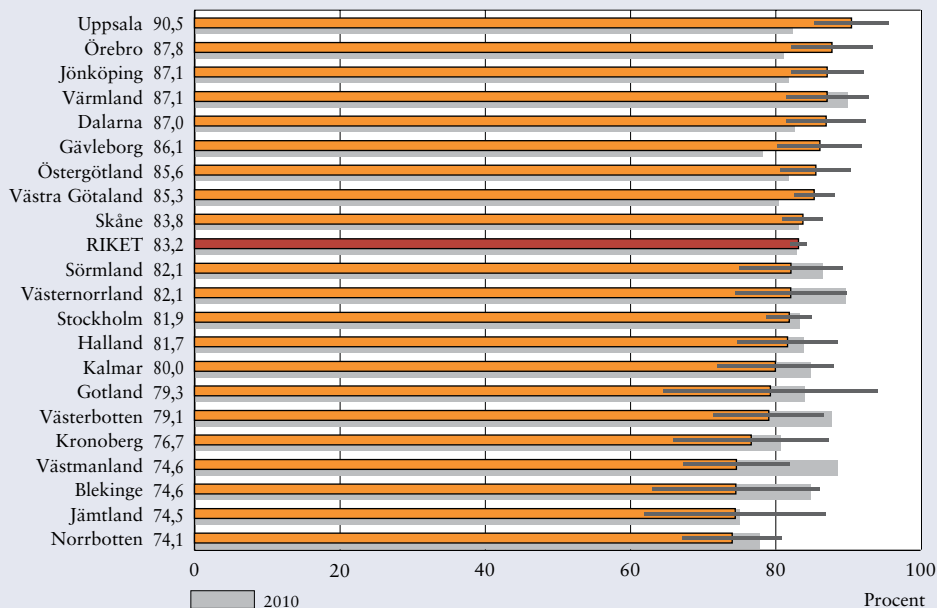


Diagram 90
Totalt

Andel patienter som reperfusionsbehandlas vid ST-höjningsinfarkt, 2011. Avser patienter 79 år och yngre.

Källa: SWEDEHEART – RIKS-HIA

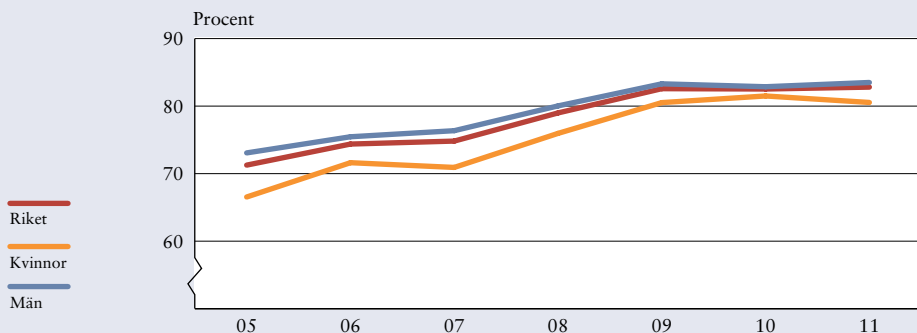


Diagram 90
Riket

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

Källa: SWEDEHEART – RIKS-HIA

År 2011 fick i riket drygt 83 procent av patienterna reperfusionsbehandling, något högre andel bland männen än bland kvinnorna. Detta är en ökning med över tio procentenheter sedan 2005. Det finns en kvarstående variation mellan andelen behandlade i de olika landstingen, men skillnaderna är nu mindre än tidigare. I RIKS-HIA:s kvalitetsindex ges poäng vid nivåer på 80–85 procent, vilket därmed kan anses vara den målnivå man satt.

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

91 Tid till reperfusionsbehandling vid ST-höjningsinfarkt

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.

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 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 RIKS-HIA:s kvalitetsindex. Jämförelsen avser 2011 och baseras på 3 254 patienter, varav drygt 700 är kvinnor.

I riket behandlades 73 procent av patienterna enligt tidsmålet, ungefär lika stor andel kvinnor som män. Tidigare har männen andel varit högre än kvinnornas. Variationen mellan landstingen är påtaglig och sträcker sig från 37 till 86 procent. Inget landsting når upp till RIKS-HIA:s gräns för högsta poäng, 90 procents behandlade inom målsatt tid. Andelen patienter som behandlats inom de uppsatta tidsgränserna 90 respektive 30 minuter har ökat under perioden 2002 till 2011, från 29 till dagens 73 procent. Utfallet på sjukhusnivå visas inte, eftersom utfallet för denna indikator ses som ett resultat av landstingets samlade organisation.

Denna indikator påvisar det största förbättringsutrymmet inom akut kranskärlsjukvård. Det finns för de flesta landsting och sjukhus stora möjligheter att förkorta fördröjningstiden till reperfusionsbehandling. Om man tar hänsyn till kompletterande uppgifter om tidsfördröjning mellan symtomdebut och 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.

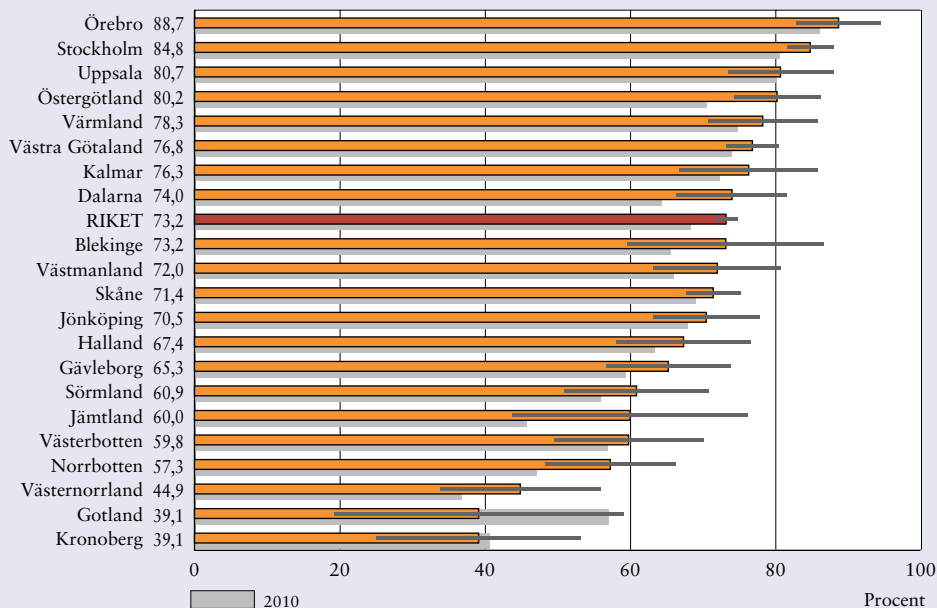


Diagram 91 Andel patienter som reperfusionsbehandlas i målsatt tid vid ST-höjningsinfarkt, 2011. Avser patienter 79 år och yngre.
Totalt Källa: SWEDEHEART – RIKS-HIA

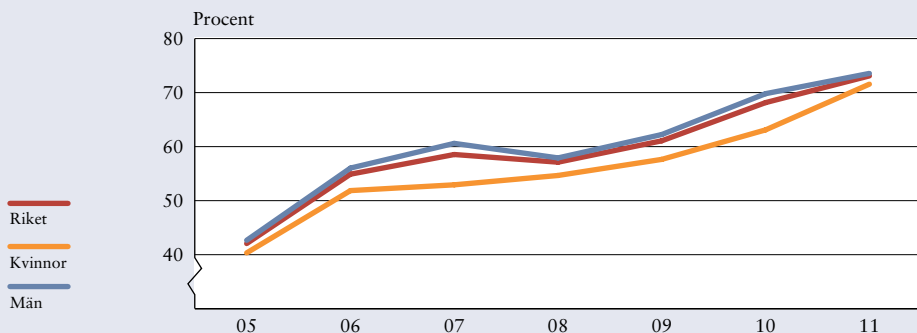


Diagram 91 Andel patienter som reperfusionsbehandlas i målsatt tid vid ST-höjningsinfarkt. Avser patienter 79 år och yngre.
Riket Källa: SWEDEHEART – RIKS-HIA

En aspekt är att om första EKG tas i ambulansen istället för vid ankomst till sjukhuset så påverkar detta den uppmätta tidsfördröjningen. I landsting där en hög andel infarktsfall 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 anlönt till sjukhus och att härmed den totala tiden från smärtdebut till insatt reperfusionsbehandling kan minskas.

92 Kranskärslröntgen vid icke ST-höjningsinfarkt och riskfaktor

Icke ST-höjningsinfarkt är betydligt vanligare än ST-höjningsinfarkt och medför över 20 000 vårdtillfällen per år. Patienterna ges vid denna infarkt vanligen intensiv blodproppshämmande behandling. Patienter med måttlig eller hög risk bör inom några dygn kranskärslröntgas för att klargöra behovet av kranskärslingrepp. Eventuellt ingrepp, i form av PCI eller kranskärsloperation, bör utföras inom 7–8 dagar. PCI eller kranskärsloperation minskar risken för nya infarkter.

Enligt de nationella riktlinjerna har kranskärslröntgen en hög prioritet för patienter med måttlig eller hög risk för nya hjärthändelser. Detta är patienter som visar fortsatt instabilitet, har minst en ytterligare riskfaktor (som till exempel diabetes eller tidigare infarkt) eller patologiskt resultat av arbetsprov. I praktiken finns det dock för vissa av dessa patienter skäl att avstå från kranskärslröntgen, 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 kranskärslröntgade sättas upp som ett absolut mål.

Indikatorn visar andelen patienter med icke ST-höjningsinfarkt och minst en riskfaktor som genomgick eller planerades för kranskärslröntgen i samband med sjukhusvård. Indikatorn är en av de nationella riktlinjernas indikatorer för uppföljning av hjärtsjukvård och ingår i i RIKS-HIA:s kvalitetsindex för sjukhus.

Underlaget för jämförelsen i diagram 92 är 5 396 patienter, varav knappt 1 400 var kvinnor och resten män. Bara patienter 79 år och yngre ingår.

År 2011 kranskärslröntgades 88 procent av patienterna i riket, 84 procent av kvinnorna och 90 procent av männen. Andelen har stadigt ökat sedan början på 2000-talet. Andelen patienter som kranskärslröntgas varierar från 81 till 94 procent i de olika landstingen. Samtliga landsting når därmed målnivån i SWEDEHEART:s kvalitetsindex.

Fler män än kvinnor behandlas. Det kan finnas rationella skäl till detta. Dels finns det vetenskapliga studier som antyder att kvinnor har mindre nytta av den behandling (PCI eller kranskärslkirurgi) som motiverar kranskärslröntgen. Dels sjunker andelen kranskärslröntgade med ålder, vilket kan bero på ökad förekomst av olika kontraindikationer. Eftersom kvinnorna vid insjuknandet är äldre än männen påverkas deras utfall av denna åldersaspekt. Det kan även finnas inslag av åldersdiskriminering.

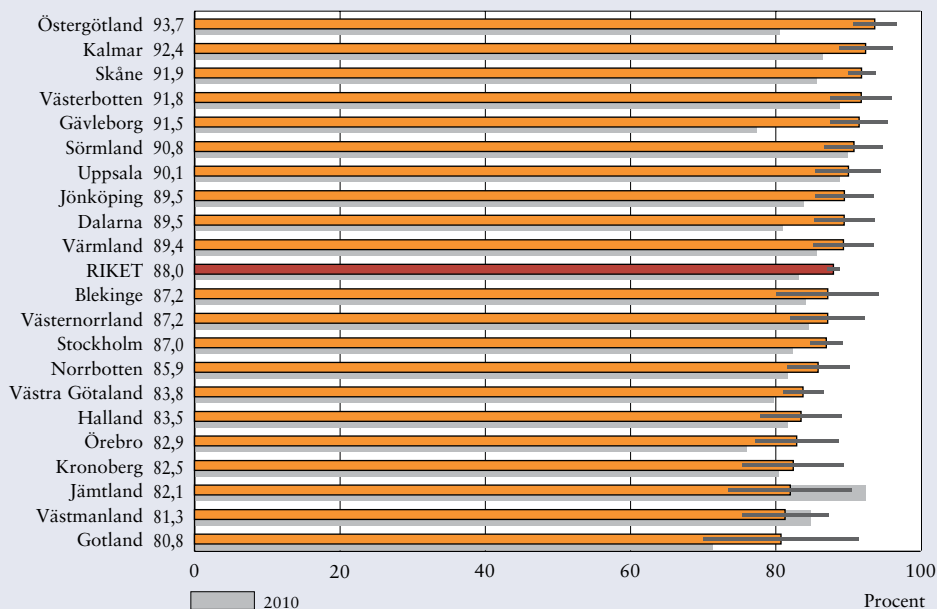


Diagram 92
Totalt

Andel patienter som kranskärlsröntgas vid icke ST-höjningsinfarkt och riskfaktor, 2011. Avser patienter 79 år och yngre.

Källa: SWEDEHEART – RIKS-HIA

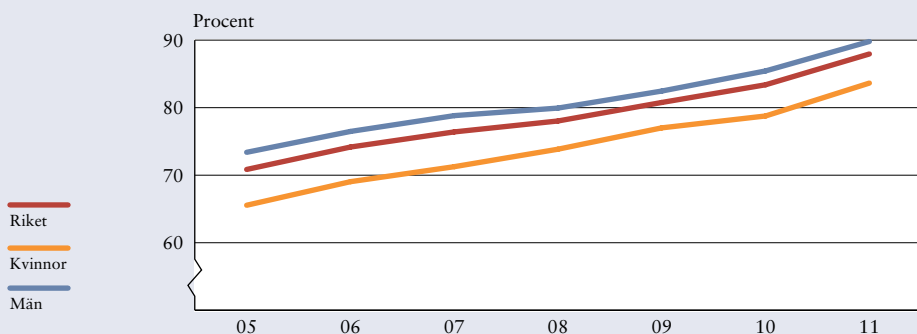


Diagram 92
Riket

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

Källa: SWEDEHEART – RIKS-HIA

93 Blodproppshämmande behandling vid icke ST-höjningsinfarkt

Vid icke ST-höjningsinfarkt behandlas patienterna med acetylsalicylsyra (ASA), P2Y12-receptorblockad eller warfarin för att förebygga blodproppar. Tillägg av P2Y12-receptorblockad till ASA under de första 3–12 månaderna efter en episod av instabil kranskärlssjukdom har visats minska risken för hjärtinfarkt, stroke eller död.

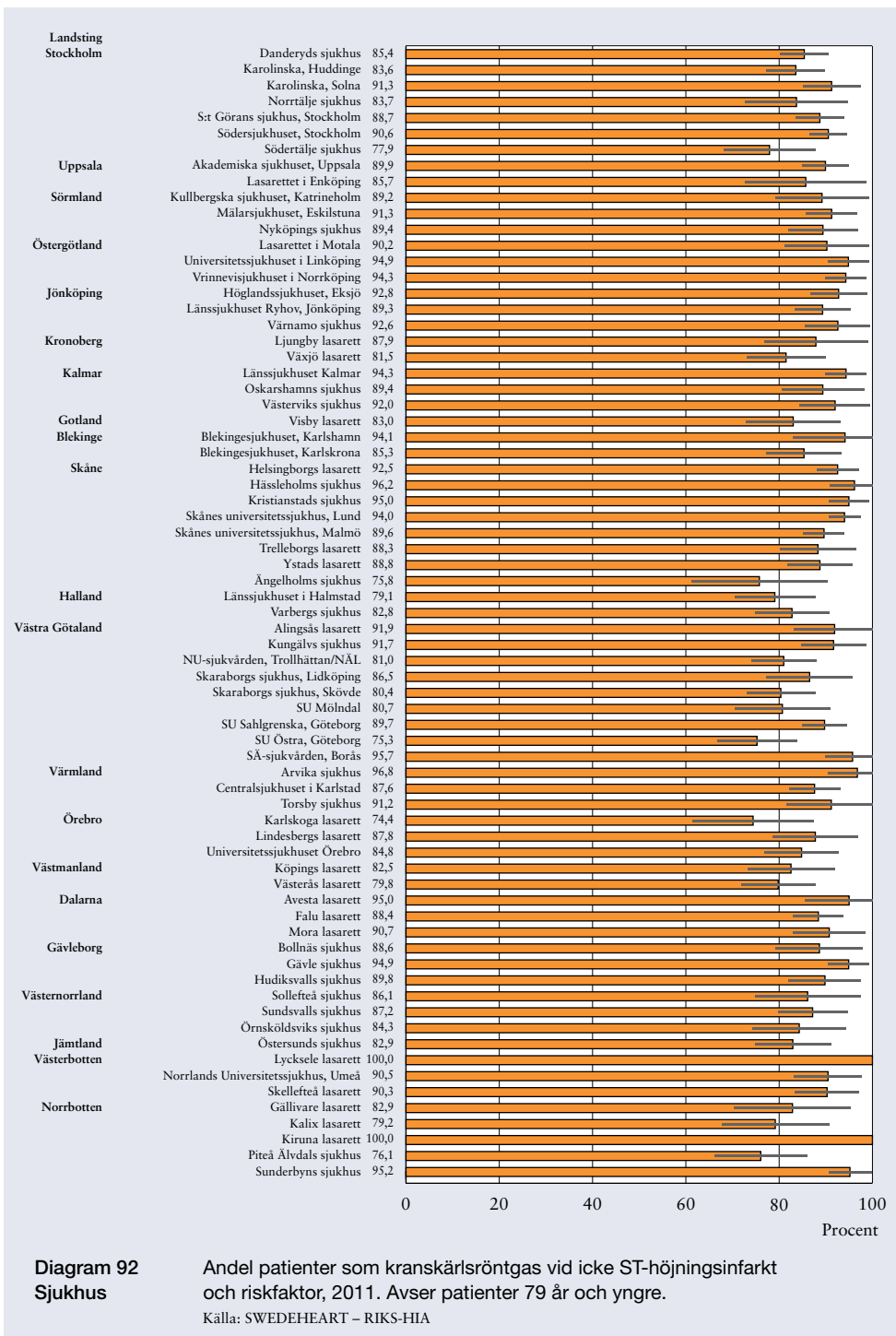


Diagram 92
Sjukhus

Andel patienter som kranskärlsröntgas vid icke ST-höjningsinfarkt och riskfaktor, 2011. Avser patienter 79 år och yngre.

Källa: SWEDEHEART – RIKS-HIA

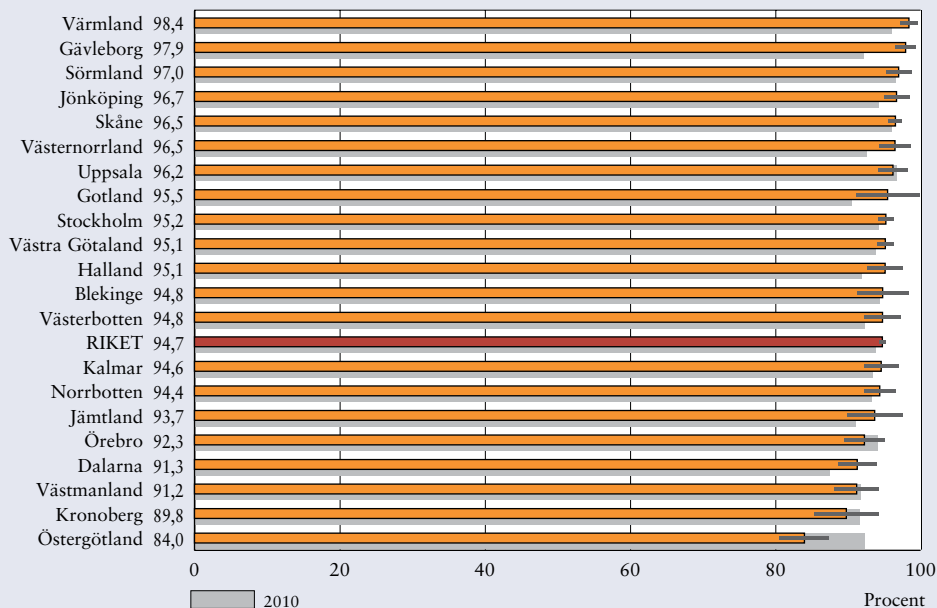


Diagram 93
Totalt

Andel patienter med blodproppshämmande behandling (P2Y12-blockad) vid icke ST-höjningsinfarkt, 2011. Avser patienter 79 år och yngre.

Källa: SWEDEHEART – RIKS-HIA

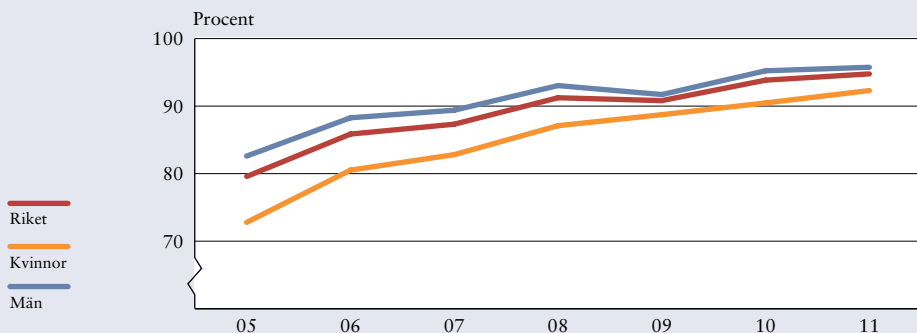


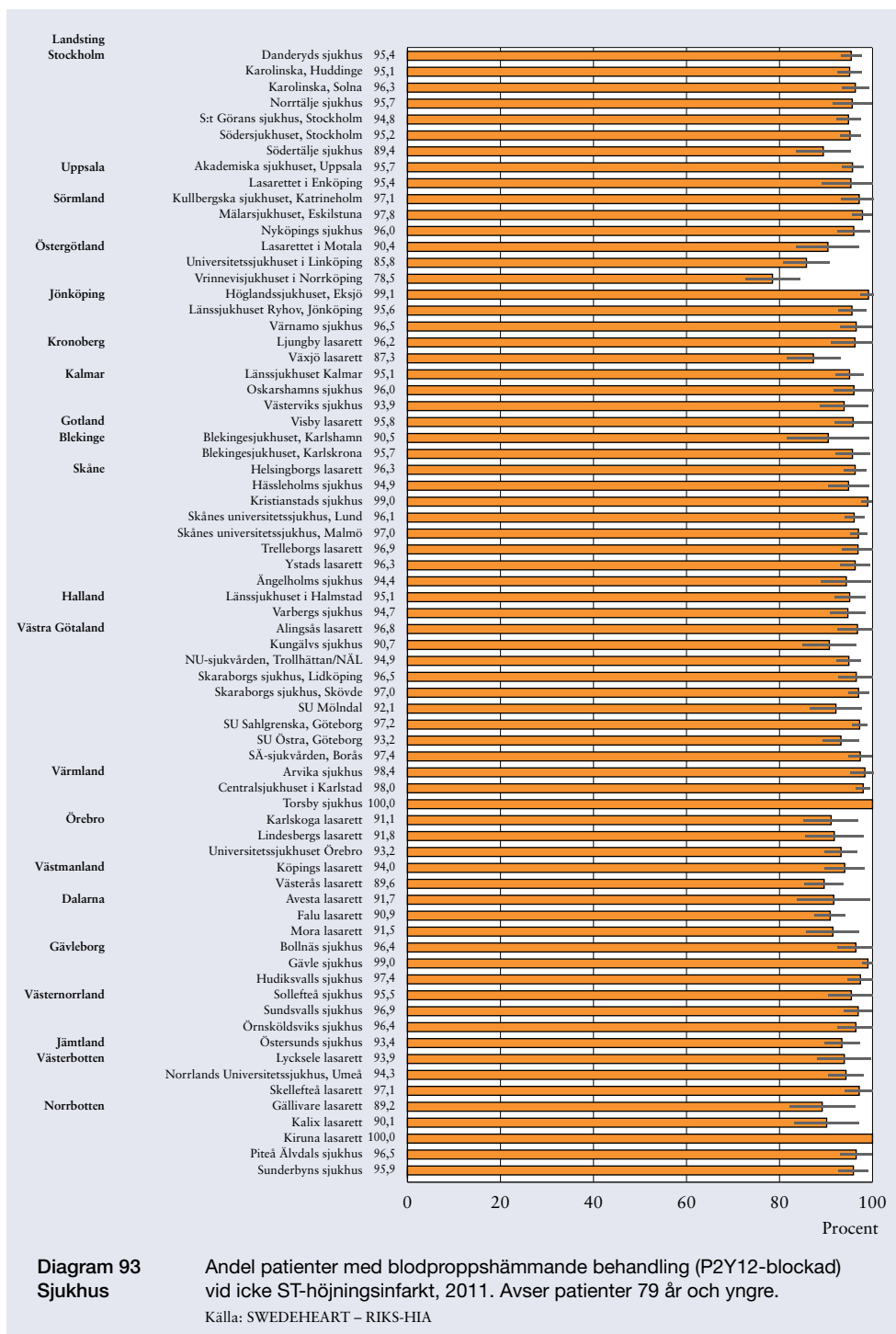
Diagram 93
Riket

Andel patienter med blodproppshämmande behandling (P2Y12-blockad) vid icke ST-höjningsinfarkt. Avser patienter 79 år och yngre.

Källa: SWEDEHEART – RIKS-HIA

Behandling under denna period har en hög prioritet i de nationella riktlinjerna. Längre tids behandling rekommenderas emellertid inte, eftersom det saknas data som stöder att nytta överväger riskerna (blödningskomplikationer) vid långtidsbehandling.

I princip bör samtliga patienter med icke ST-höjningsinfarkt behandlas med P2Y12-receptorblockad, om inga kontraindikationer finns. Ställningstagande till läkeme-



delsbehandling görs efter individuell bedömning av patienten, vilket innebär att 100 procent behandlade inte bör sättas upp som mål.

Indikatorn visar andelen patienter som vid utskrivning från sjukhus behandlades med P2Y12-receptorblockad. Indikatorn ingår i RIKS-HIA:s kvalitetsindex. Underlaget för denna jämförelse är drygt 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 2011 i riket 95 procent, 92 procent av kvinnorna och 96 procent av männen. Skillnaderna mellan landstingen är måttliga, och variationen sträcker sig mellan 84 och 98 procent behandlade.

RIKS-HIA:s poängnivåer på 85–90 procent behandlade är riktmärken som ligger väl i linje med de nationella riktlinjernas rekommendation. Måluppfyllelsen är således god.

94 Blodfettssänkande behandling efter hjärtinfarkt

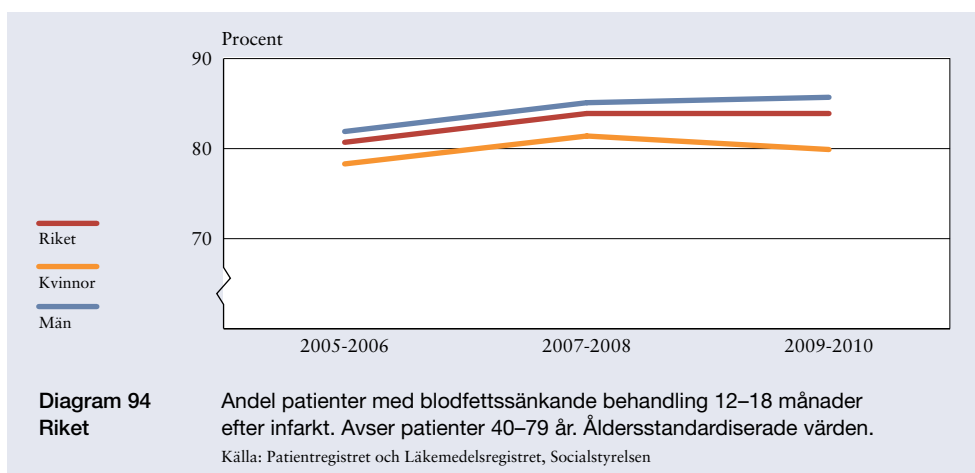
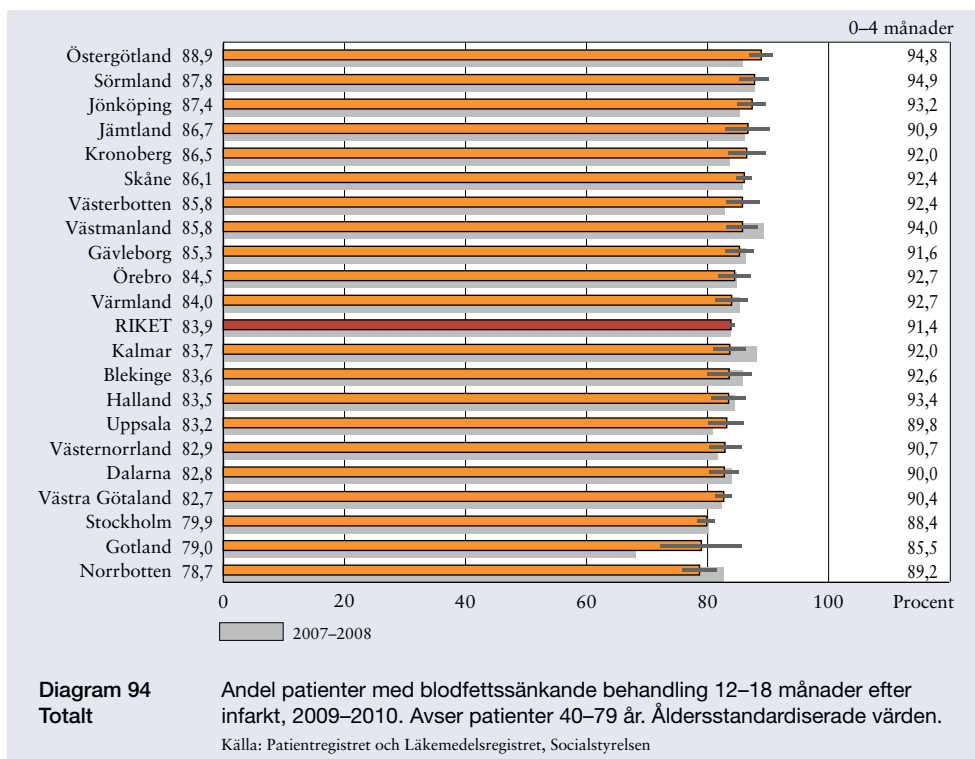
Efter hjärtinfarkt, liksom efter stroke, är för höga nivåer för blodtryck och blodfetter (kolesterol) viktiga riskfaktorer för förnyad hjärt-kärlsjukdom. God kost- och livsföring är naturliga delar av behandlingen, men en betydande andel av hjärtinfarktpatienterna kan förväntas ha behov av blodfettssänkande läkemedelsbehandling. Statiner sänker kolesterolvärdet och minskar därmed risken för nya förträngningar av kranskärlen. Behandling med lågkostnadsstatin har hög prioritet i de nationella riktlinjerna.

Här redovisas hur stor andel av hjärtinfarktpatienterna som hämtat ut blodfettssänkande läkemedel, under perioden 12–18 månader efter sjukhusvistelsen. Uppgifter från Patientregistret har kombinerats med Läkemedelsregistret för detta ändamål. Ingår gör drygt 23 000 patienter 40–79 år som sjukhusvårdats för hjärtinfarkt under 2009–2010. Uppgifterna har åldersstandardiserats.

I diagram 94 redovisas hur stor andel som ges blodfettssänkande behandling efter infarkt. För riket är andelen behandlade 84 procent. Andelen behandlade kvinnor är lägre än andelen män, med andelar på 80 respektive knappt 86 procent. Skillnaderna mellan landstingen är måttliga.

I diagrammet anges även andelen behandlade under perioden 0–4 månader efter utskrivning från sjukhus. Det framgår att andelen är högre då (91 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 skall behandlas, bör man förvänta sig att 80 procent av alla bör komma ifråga för blodfettsänkande behandling. För riket som helhet skulle enligt detta synsätt ingen underbehandling föreligga.

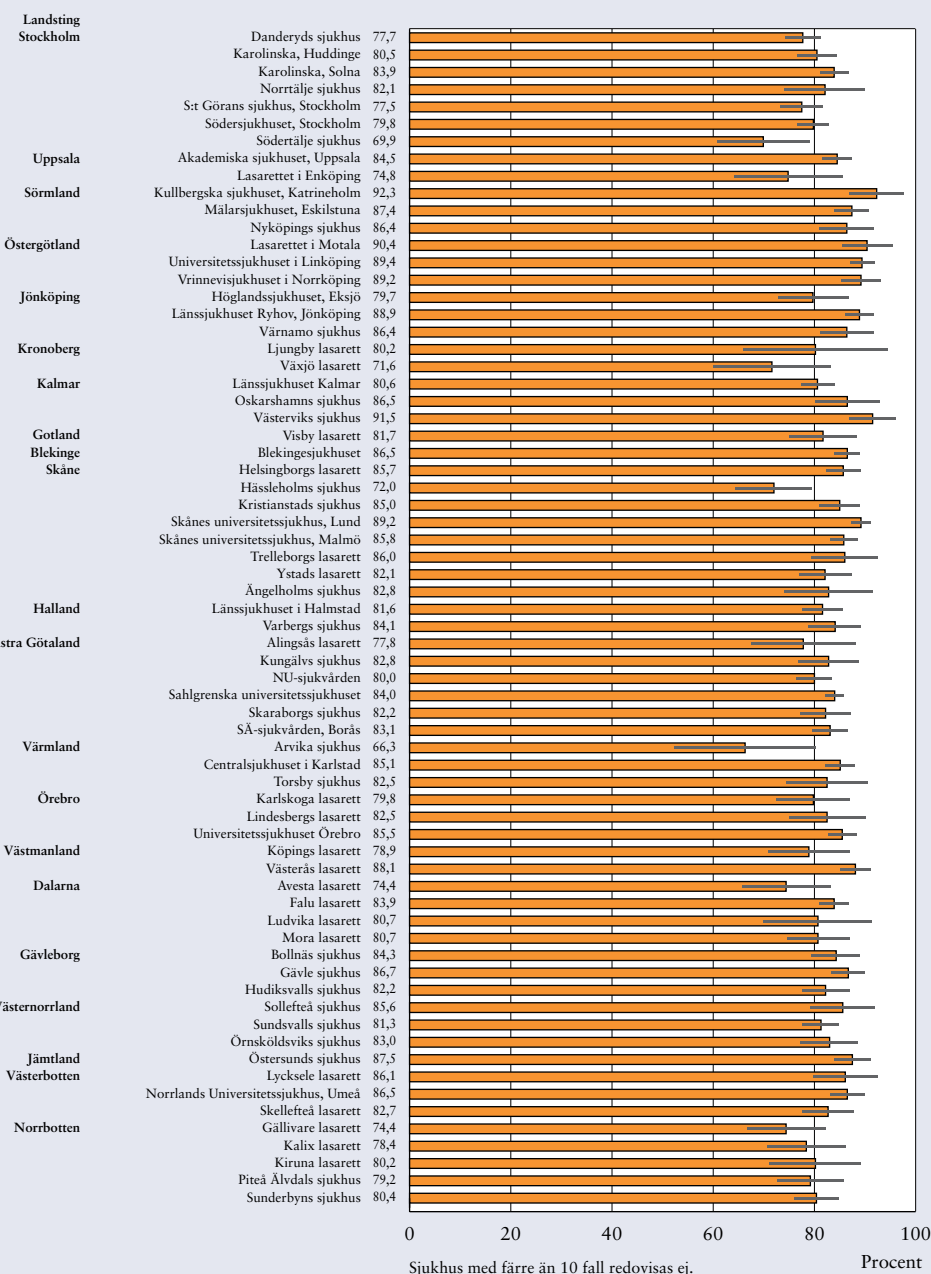


Diagram 94
Sjukhus

Andel patienter med blodfettssänkande behandling 12–18 månader efter infarkt, 2009–2010. Avser patienter 40–79 år. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

95 Dödlighet efter PCI vid instabil kranskärslssjukdom

Följande två indikatorer och en tabell med processmått som belyser variation i hur PCI-behandlingen genomförs, baseras på uppgifter från kvalitetsregistret SCAAR. SCAAR är en del i SWEDEHEART, och registrerar uppgifter om PCI-behandling och den kranskärslsröntgen, koronarangiografi, som föregår och syftar till att klargöra behovet av PCI-behandling eller öppen hjärtkirurgi, by pass-operation.

PCI-behandling innebär att en kateter via handled eller ljumske förs in i och vidgar tilltäppta kärl i hjärtat, med en ballong. Därav uttrycket ballongvidgning. Ett metallnät, stent, expanderas sedan av en ballong och armerar kärlväggen. Den största patientgruppen som PCI-behandlas är patienter med instabil kranskärslssjukdom, 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. Årligen utförs cirka 20 000 PCI och drygt 38 000 koronarangiografier.

Alla 29 sjukhus som utför PCI rapporterar till SCAAR. Registrets täckningsgrad avseende behandlingar är näst intill total. En jämförelse med Patientregistret vid Socialstyrelsen (PAR) avseende 2010 visade att SCAAR innehöll 98,2 procent av alla de PCI-behandlingar som fanns i endera registret, medan PAR innehöll 94,9 procent.

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 kranskärslssjukdom, den största gruppen. Detta innebär att det finns en viss överlappning med indikator 88, som visar dödligheten bland patienter med något slag av hjärtinfarkt, oavsett om behandling sker med PCI eller med propplösande läkemedelsbehandling.

Indikatorn visar andelen patienter som avled inom 1 år efter PCI för instabil kranskärslssjukdom. Jämförelsen baseras på 15 142 patienter som PCI-behandlades 2009–2010. Nästan 11 000 av dessa var män. Åldersstandardisering har gjorts. Patienterna redovisas under sitt hemlandsting, oavsett i vilket landsting behandlingen utfördes.

I riket avled drygt 4 procent inom ett år. Skillnaderna mellan landstingen är förhållandevis stora, med en spridning från 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.

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-kärslsjukdom 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

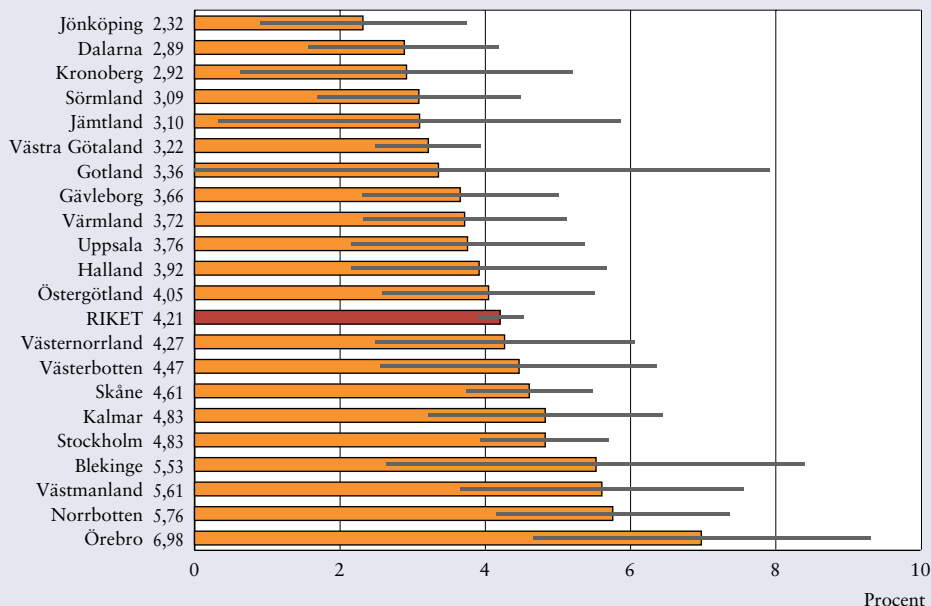


Diagram 95
Totalt

Andel döda inom 1 år efter PCI-behandling vid instabil kranskärslssjukdom, 2009–2010. Åldersstandardiserade värden.

Källa: SWEDEHEART – SCAAR

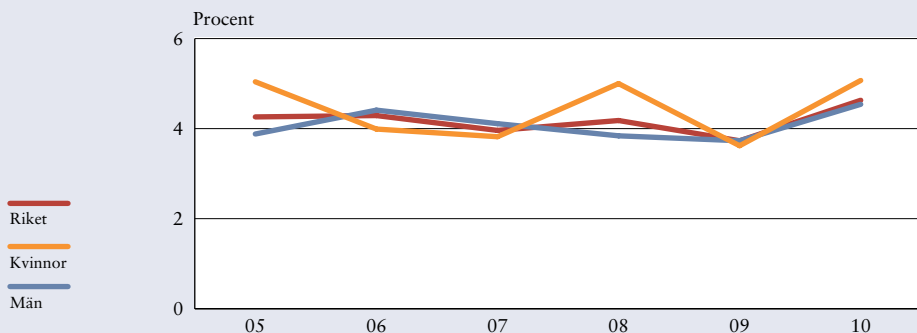
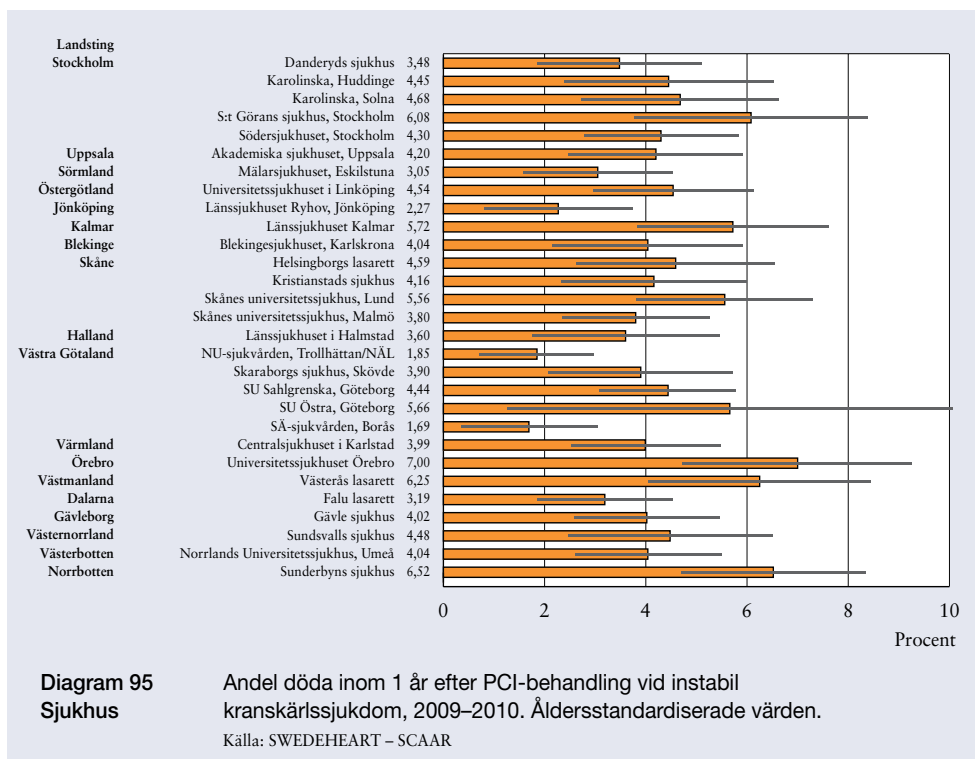


Diagram 95
Riket

Andel döda inom 1 år efter PCI-behandling vid instabil kranskärslssjukdom. Åldersstandardiserade värden.

Källa: SWEDEHEART – SCAAR

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.



96 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 16 008 patienter som PCI-behandlades 2010. 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 5 procent av patienterna återförträngning inom ett år. Skillnaderna mellan landsting är stora, med en variation som sträcker sig från runt 2 till knappt 7 procent av patienterna som får återförträngda kärl. Det finns i riket inga skillnader mellan kvinnor och män.

Risken för återförträngning är betydligt mindre om stent används jämfört med enbart ballongvidning. Stent med en läkemedelsyta som hämmar inväxt av celler och

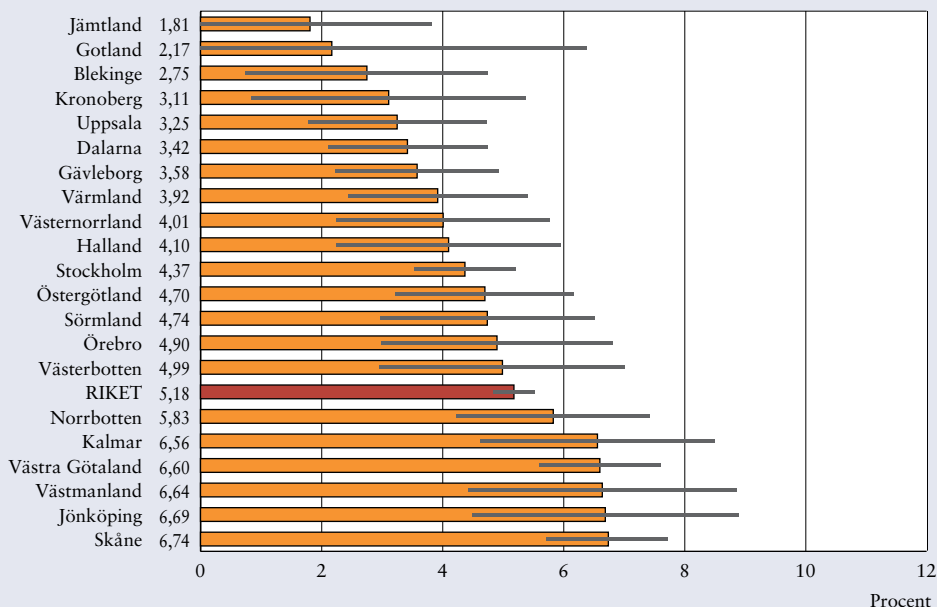


Diagram 96
Totalt

Andel patienter där återförträngning av hjärtats kärl inom 1 år efter PCI-behandling påvisats i någon efterföljande undersökning, 2010. Avser samtliga PCI-behandlade patienter.

Källa: SWEDEHEART – SCAAR

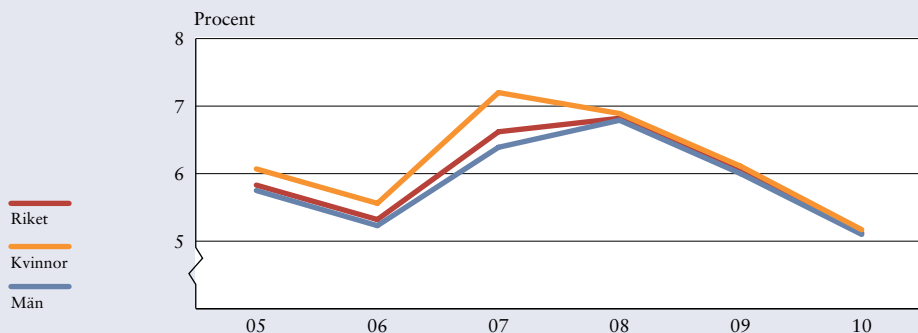
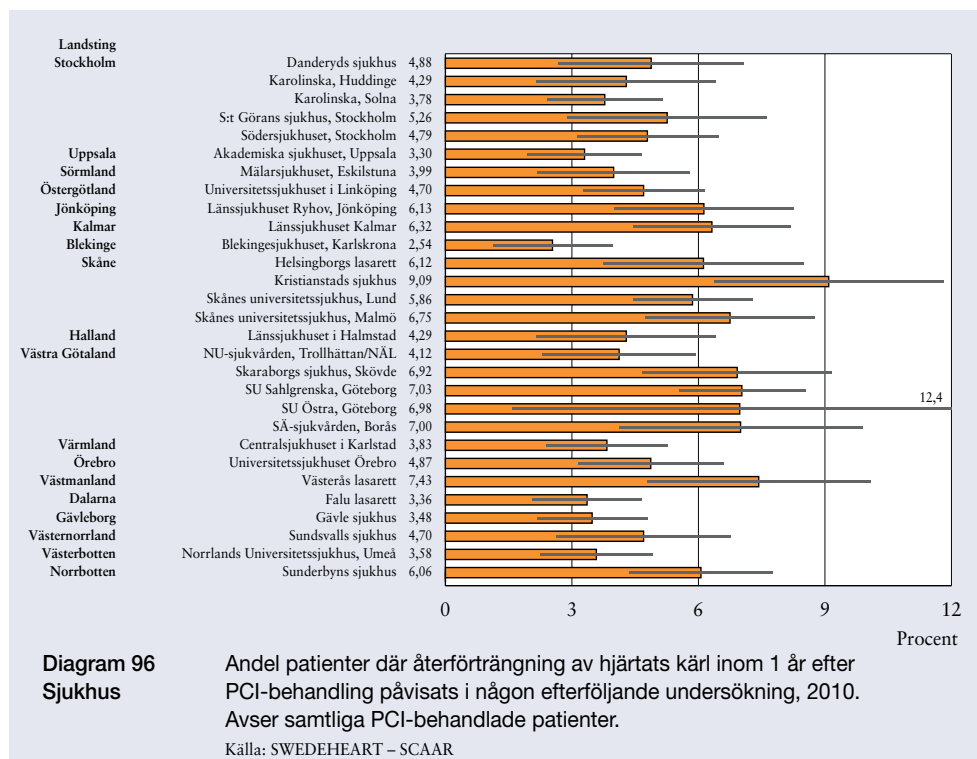


Diagram 96
Riket

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

bindväv minskar ytterligare risken för återförträngning. I riket har sedan 2005 andelen kärl med återförträngning, restenos, först ökat för att efter 2008 sjunkit tillbaka. Detta beror troligen på att användningen av läkemedelsbelagda stent minskade under 2006–2007, efter indikationer om att dessa stent visserligen minskade risken för återförträngning, men i gengäld ökade risken för akut blodpropp som misstänktes



kunna öka dödligheten. När den långsiktiga säkerheten hos dessa stent kunde bevisas ökade användningen igen, med minskad incidens av stenoser som följd.

Variationen mellan landsting och kliniker kan påverkas av case-mix, av skillnader i urvalet av patienter som föreslås PCI-behandling i första skedet, men också av benägenheten att kontrollera patienterna efteråt och genomföra ny kranskärlsröntgen. Patienterna kallas således inte till regelrätt uppföljning. Vidare kan kriterierna för återförträngning variera mellan kliniker. Även valet av stent spelar roll för risken för återförträngning. Kliniker som använder stor andel läkemedelsstent tenderar att ha lägre risk för restenoser.

97 Död eller återinskrivning efter vård för hjärtsvikt

Det finns i Sverige ungefär 200 000 personer med symtomgivande hjärtsvikt och lika många med latent hjärtsvikt. Hjärtsvikt medför påtagligt ökad risk för förtida död och är en av de vanligaste diagnoserna hos äldre som vårdas på sjukhus. Hjärtsvikt är en kronisk sjukdom med symtom som trötthet, andfåddhet vid ansträngning, andnöd och hosta på natten och svullna ben.

Tillgången på data om hjärtsviktsvårdens kvalitet är ganska begränsad. Här visas tre indikatorer om hjärtsvikt, med Patientregistret, Läkemedelsregistret och kvalitetsregistret RiksSvikt som källor.

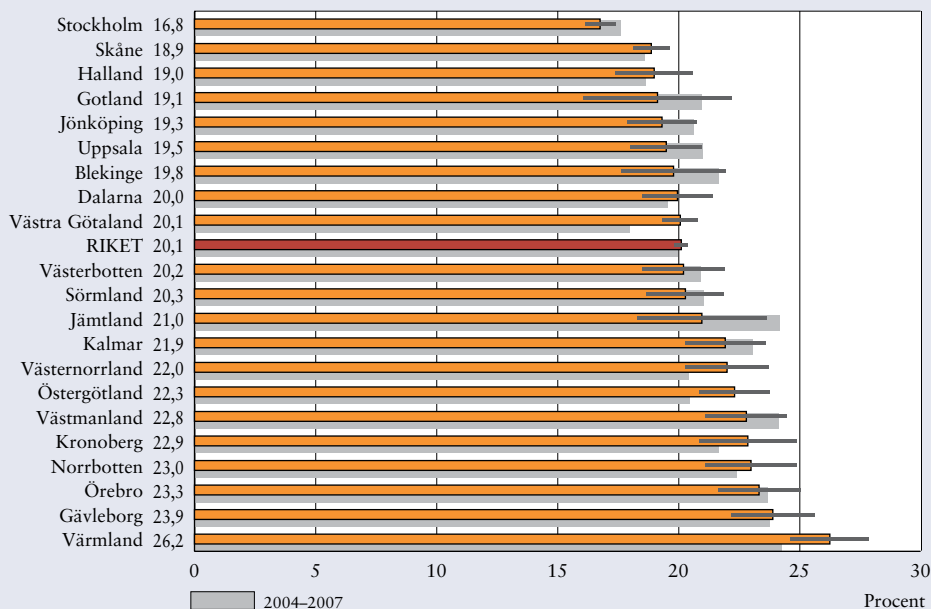


Diagram 97
Totalt

Andel patienter som återinskrivs för hjärtsvikt eller avlider inom 30 dagar efter sjukhusvårdad hjärtsvikt, 2008–2011. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

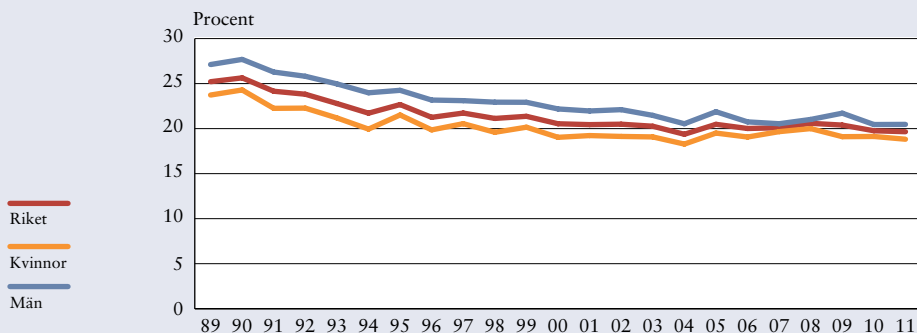


Diagram 97
Riket

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

Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

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.

Indikator 97 avser patienter som sjukhusvårdats för hjärtsvikt. Måttet anger andelen patienter som inom 30 dagar efter utskrivningen antingen avlidit eller återinskrivits på sjukhus med diagnosen hjärtsvikt. Jämförelsen avser alla åldrar och åldersstandardisering har gjorts.

Under mätperioden 2008–2011 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 20 procent, med en liten övervikt bland männen. Variationen mellan landsting är betydande, från 16,7 till 26,2 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.

98 Läkemedelsbehandling vid hjärtsvikt

Blodtryckssänkande behandling med RAAS-hämmare (ACE-hämmare och angiotensinreceptorblockerare, ARB) minskar risken för sjukhusinläggningar, hjärtinfarkt och död hos patienter med hjärtsvikt av olika svårighetsgrad. Betablockerare sänker blodtryck, puls och hjärtminutvolym, vilket ger ett skydd mot bland annat farliga arytmier och hjärtstopp. På lång sikt har betablockerare även en positiv effekt på hjärtats pumpförmåga hos patienter med hjärtsvikt. Behandling med dessa båda typer av läkemedel har hög prioritet i de nationella riktlinjerna för hjärtsjukvård. I princip bör alla hjärtsviktpatienter behandlas, om inga medicinska hinder finns.

Indikatorn visar andelen patienter som behandlas med både RAAS-hämmare och betablockerare, av sjukhusvårdade hjärtsviktpatienter. Enbart patienter som inte slutenvårdats för hjärtsvikt under de föregående 365 dagarna ingår. Jämförelsen baseras på knappt 41 000 vårdepisoder för patienter som sjukhusvårdades med huvuddiagnos hjärtsvikt under perioden 2009–2011 och som överlevde de första sex månaderna efter infarkt. Männen var något fler än kvinnorna.

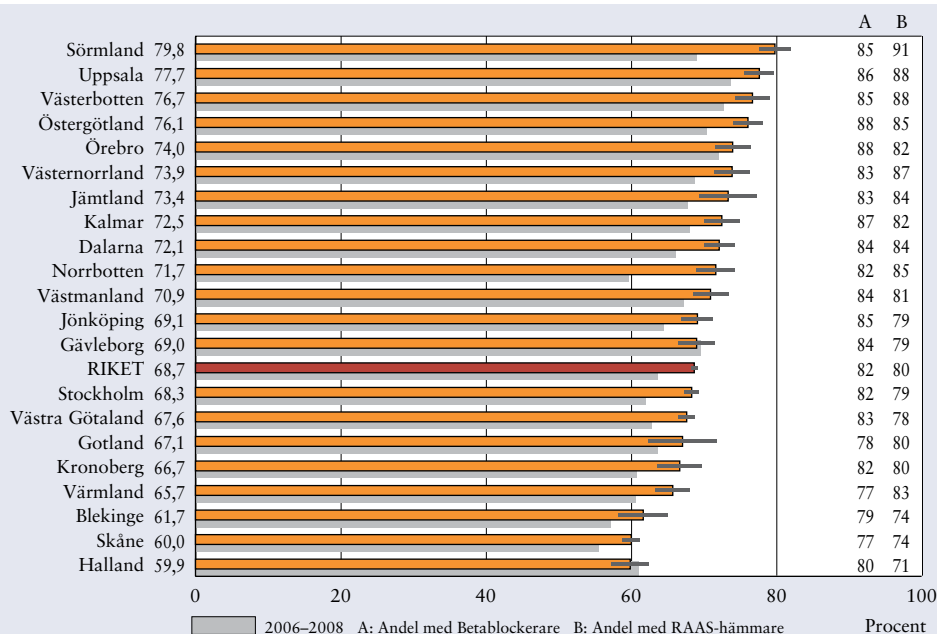


Diagram 98
Totalt

Andel patienter med sjukhusvårdad hjärtsvikt som under påföljande halvår behandlas med både RAAS-hämmare och betablockerare, 2009-2011. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

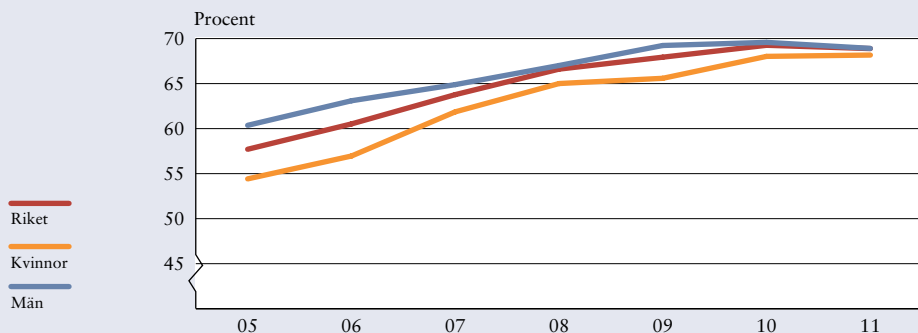


Diagram 98
Riket

Andel patienter med sjukhusvårdad hjärtsvikt som under påföljande halvår behandlas med både RAAS-hämmare och betablockerare. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Andelen som behandlades med båda typerna av läkemedel var i riket knappt 69 procent, med en spridning mellan landstingen från 60 till 80 procent. Skillnaderna mellan könen är små. Cirka 80 procent av patienterna fick åtminstone ett av läkemedlen.

Det finns i riktlinjerna inte angivet hur stor andel av patienterna som bör behandlas, efter att individuella bedömningar gjorts. Riksvikts målsättning är att minst 90 procent av patienterna bör ha behandling med RAAS-hämmare och en lika stor andel bör behandlas med betablockerare. Av detta kan man sluta sig till att minst 80 procent av patienterna bör ha basbehandling för sin hjärtsvikt med båda typerna av läkemedel. Det finns därför en betydande förbättringspotential.

99 Komplikationer efter pacemakerinsättning

Om hjärtat slår för långsamt eller oregelbundet kan detta leda till yrsel, svimningsattacker eller plötslig död. Insättning av pacemaker görs för att hjälpa hjärtat att återställa en tillräckligt snabb puls eller nå en jämn rytm. Cirka 6 300 nyinsättningar av pacemakers sker per år, med en 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.

Indikatorn visar andelen patienter som inom 365 dagar drabbas av komplikation vid nyimplantation, utbyte eller korrektion av standardpacemaker. Redovisning per landsting baseras på klinikens 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 11 700 patienter, varav knappt hälften var kvinnor, som fick behandling under 2010 och följdes upp under 2011. I riket var andelen komplikationer 3,7 procent för patienter opererade under 2010, med en spridning mellan landstingen från knappt en till drygt åtta procent.

Skillnader mellan kliniker kan också bero på olikheter i hur likformig och komplett komplikationsregistreringen är. Varje sjukhus registrerar sina egna komplikationer i samband med operation eller vid uppföljning. I kvalitetsregistrets egen årsrapport

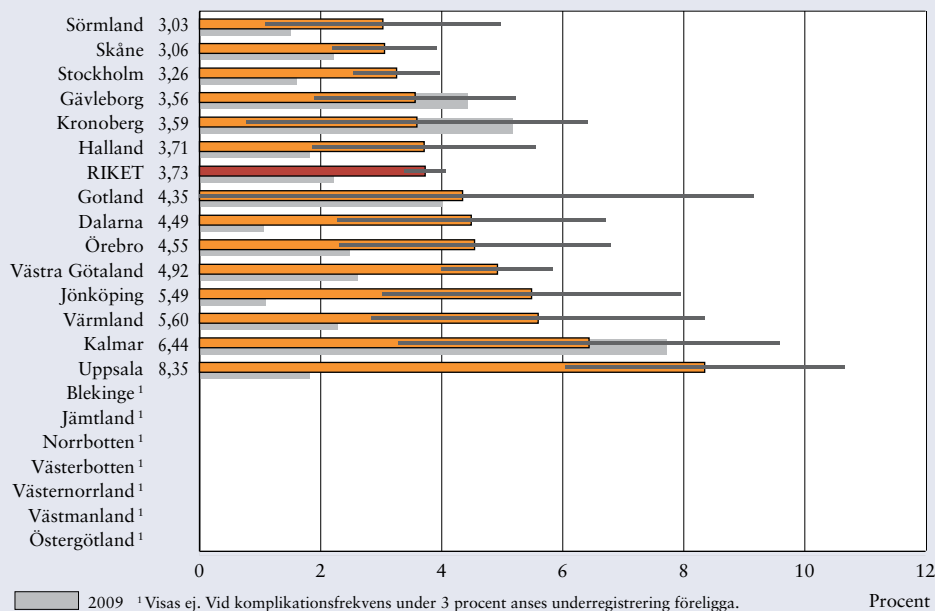


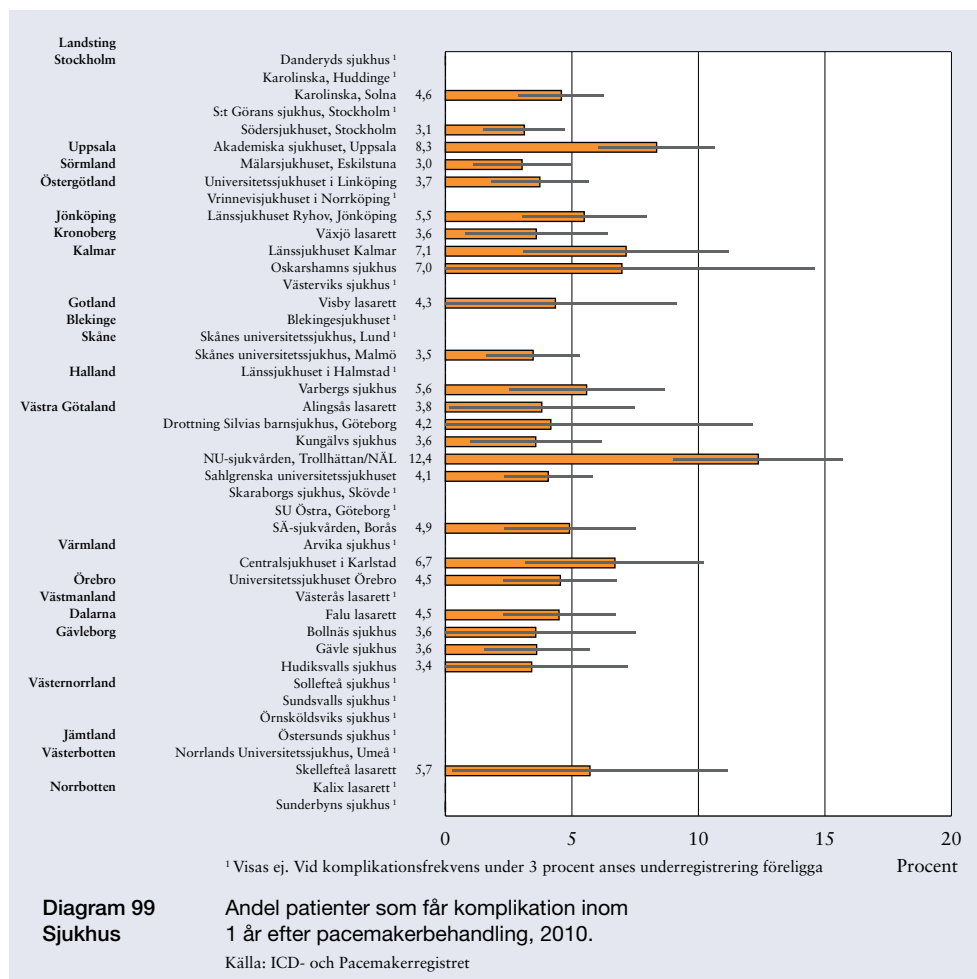
Diagram 99 Andel patienter som får komplikation inom 1 år efter pacemakerbehandling, 2010.
Totalt
 Källa: ICD- och Pacemakerregistret

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.

100 Kostnad per vårdtillfälle för PCI vid infarkt

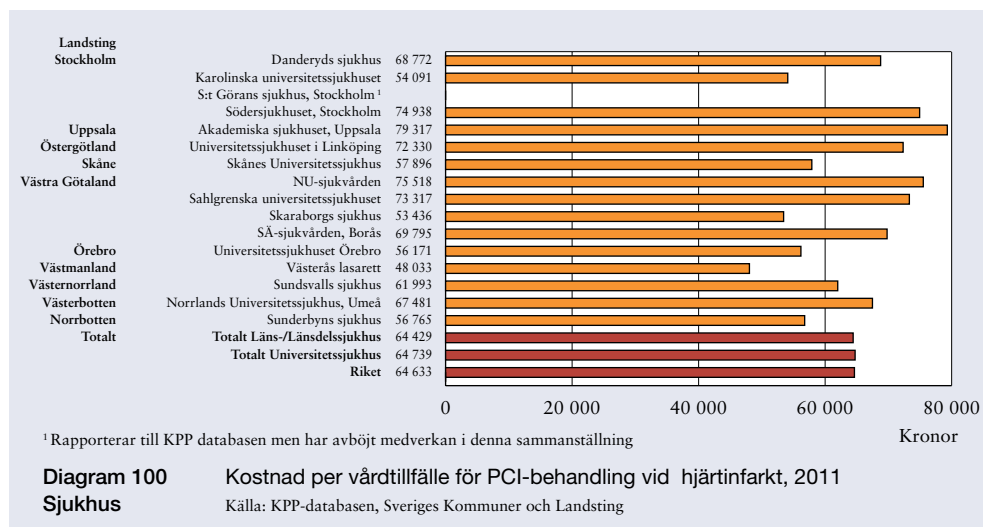
Under 2010 rapporterade 19 sjukhus från 13 landsting kostnadsuppgifter till KPP-databasen. Databasen innehåller kostnader för varje unikt vårdtillfälle och för de vårdinsatser som i denna patientrelaterade redovisning knyts till vårdtillfället. Kostnader för efterföljande uppföljningsbesök och läkemedelsanvändning i öppen vård ingår inte i de kostnader som redovisas. De allra dyraste fallen, de så kallade kostnadsytterfallen, är också exkluderade. Avsikten är att visa en "normal" genomsnittskostnad per sjukhus.

I diagram 100 visas kostnaderna per vårdtillfälle i slutenvård för PCI, ballongvidgning av hjärtats kärl vid diagnosen hjärtinfarkt. I DRG-systemet avser detta gruppen DRG 112E och DRG 112F. Dels utförs detta ingrepp akut vid så kallad ST-höjningsinfarkt, dels utförs det vid icke ST-höjningsinfarkter. I det senare fallet sker det inte akut, men bör ske inom några dagar efter det att infarkten diagnostiserades och då behandlades med läkemedel. Syftet med PCI-behandlingen är då att förebygga återinsjuknande.



I KPP-databasen 2011 finns det 7 110 vårdtillfällen där patienten PCI-behandlats. Genomsnittskostnad för innerfallen uppgick till 64 633 kr. Det är stor variation mellan sjukhusen. Sex sjukhus redovisar kostnader lägre än 50 000 kronor medan fem sjukhus har kostnader överstigande 70 000 kronor.

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.



Utöver denna aspekt påverkas kostnaderna av bemanning per vårdplats och vid sjukhuset i stort. De kan även återspegla patientsammansättningen vid sjukhuset, till exempel andelen akut utförda PCI på patienter med ST-höjningsinfarkt.

STROKESJUKVÅRD

Stroke är en av våra stora folksjukdomar. Varje år drabbas ungefär 29 000 personer av stroke, ungefär lika många män som kvinnor. Cirka tre fjärdedelar av patienterna är över 65 år. Stroke är den vanligaste orsaken till neurologiskt handikapp hos vuxna och den tredje vanligaste dödsorsaken, efter hjärtinfarkt och cancer. Sedan år 2000 kan en tydlig minskning av antalet strokefall märkas.

Vårdtillfällen där någon typ av stroke var huvuddiagnos står för närmare 400 000 vård dagar på sjukhus. För många patienter kvarstår ett betydande behov av rehabilitering och omsorg därefter. Därför tillkommer ett mycket stort vård- och resursutnyttjande i kommunala särskilda boendeformer och hemtjänst.

Här redovisas elva indikatorer, vilket är en utökning jämfört med förra året. De nya måtten avser både insatser i akutskedet, sekundärpreventiv läkemedelsbehandling och patienternas uppfattning om rehabiliteringsinsatserna efter stroke.

Socialstyrelsen 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 (PAR) och Dödsorsaksregistret är källorna Läkemedelsregistret och kvalitetsregistret Riks-Stroke. Alla sjukhus som vårdar strokepatienter i akutskedet deltar i Riks-Stroke. Antalet registrerade vårdtillfällen var 2011 drygt 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 över 90,5 procent av alla förstagångsfall registrerades 2011, 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 tre- och tolv månadersuppföljningen 2011 uppgick till 88 respektive 80 procent. I årsrapporten avseende 2011 anger Riks-Stroke för första gången målvärden för en rad indikatorer, bland dem för flera av de som här redovisas. Man har två grader av måluppfyllelse, hög respektive måttlig. Se vidare nedan.

101 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.

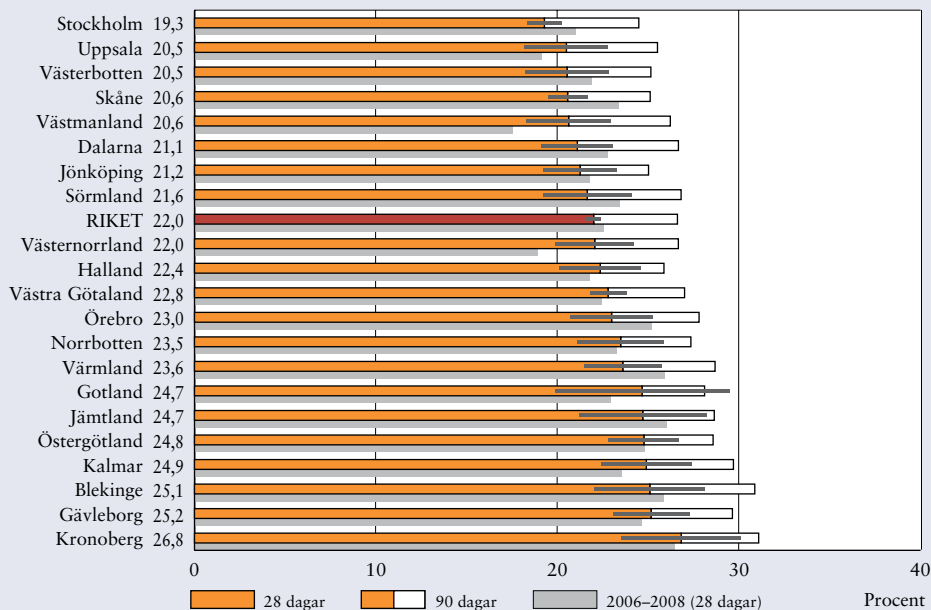


Diagram 101
Kvinnor

Andel döda inom 28 respektive 90 dagar efter förstagångsstroke inklusive döda utanför sjukhus, 2009–2011. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

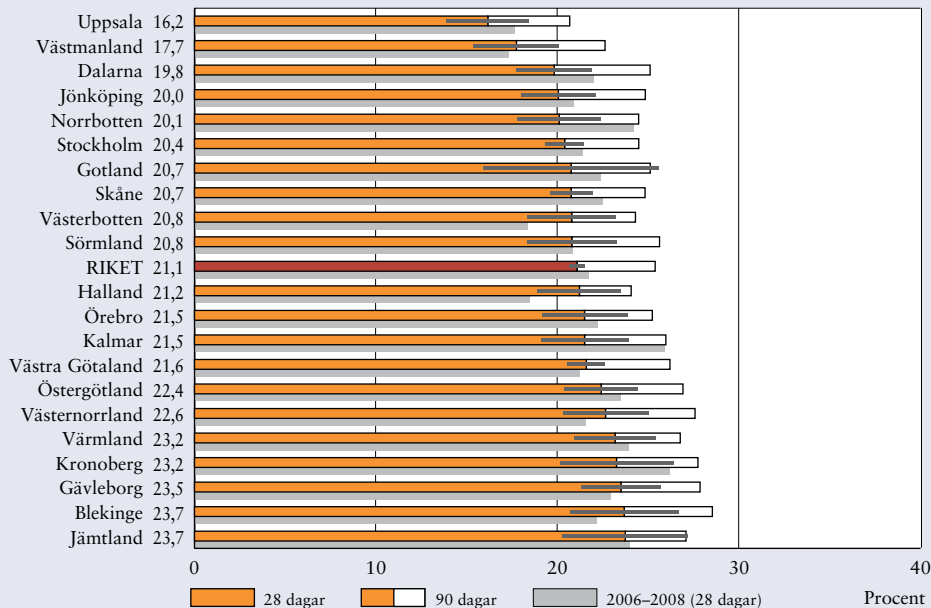
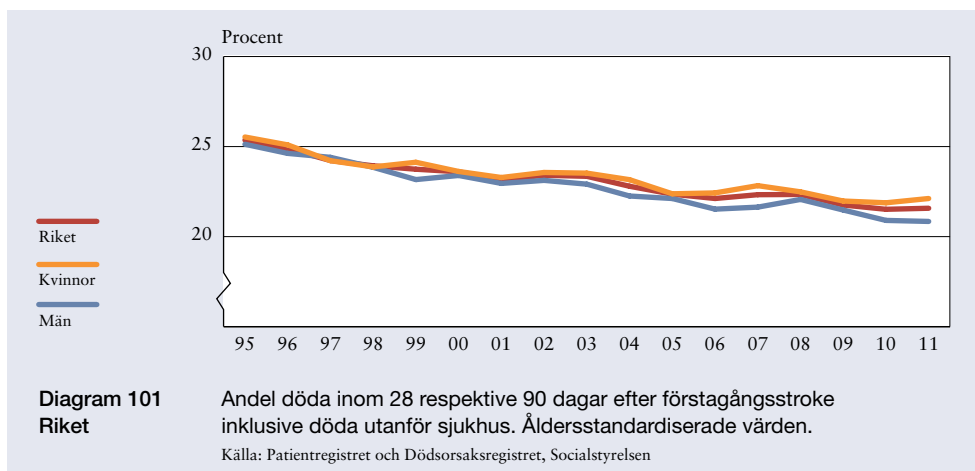


Diagram 101
Män

Andel döda inom 28 respektive 90 dagar efter förstagångsstroke inklusive döda utanför sjukhus, 2009–2011. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen



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 drygt 77 000 under hela den studerade perioden 2009–2011.

Under de tre åren 2009–2011 avled knappt 22 procent av dessa strokefall inom 28 dagar, drygt 5 500 personer per år. Drygt 26 procent av patienterna avled inom 90 dagar. Dödligheten efter stroke är lika för kvinnor och män efter att man tagit hänsyn till skilda åldersfördelningar. Dödligheten inom 28 dagar och inom 90 dagar har minskat något jämfört med perioden 2006–2008.

Diagram 101 visar att det finns en viss variation i dödlighet efter stroke mellan landstingen. Denna kan ha flera orsaker, bland annat tillförlitligheten i diagnossättning, skillnader i bakgrundsfaktorer såsom annan sjuklighet, sociala faktorer, slumpmässiga avvikelser samt befolkningens benägenhet att söka vård. Vårdrelaterade faktorer kan vara avståndet till akutsjukvård, ambulansverksamhetens effektivitet och det akuta omhändertagandet på sjukhus.

För kvinnorna varierade 28-dagarsdödligheten från 19 till 27 procent mellan landstingen. Motsvarande variation för männen var mellan 16 och 24 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.

102 Dödlighet efter sjukhusvårdad förstagångsstroke

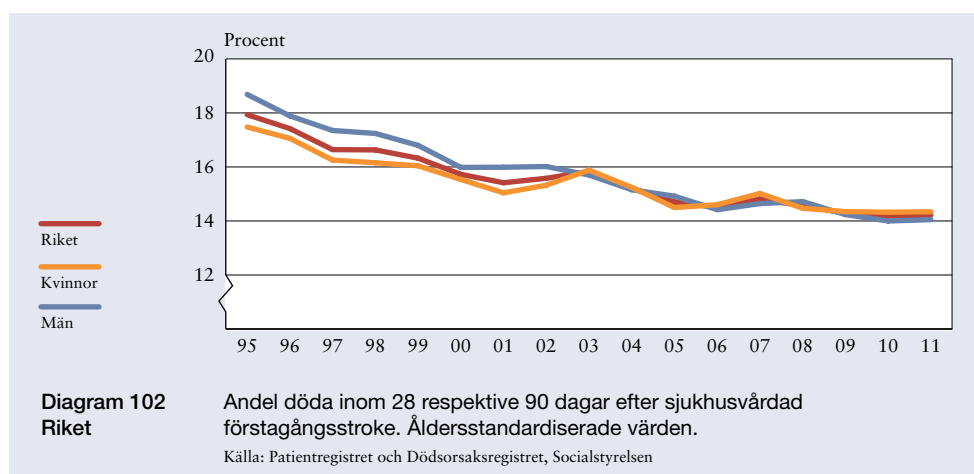
Här redovisas dödligheten inom 28 och 90 dagar efter sjukhusvård för stroke. Måttet syftar till att mäta kvaliteten i det akuta omhändertagandet och i den efterföljande vården vid sjukhus.

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

Bland de cirka 29 000 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 2009–2011 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 3 300 personer per år inom 28 dagar efter en förstagångsstroke. Efter att man tagit hänsyn till skilda åldersfördelningar är dödligheten efter stroke i riket, både efter sjukhusvård och totalt, lika för kvinnor och män. För båda könen har under den senaste femårsperioden bara mycket små förändringar skett av 28- och 90-dagarsdödligheten.



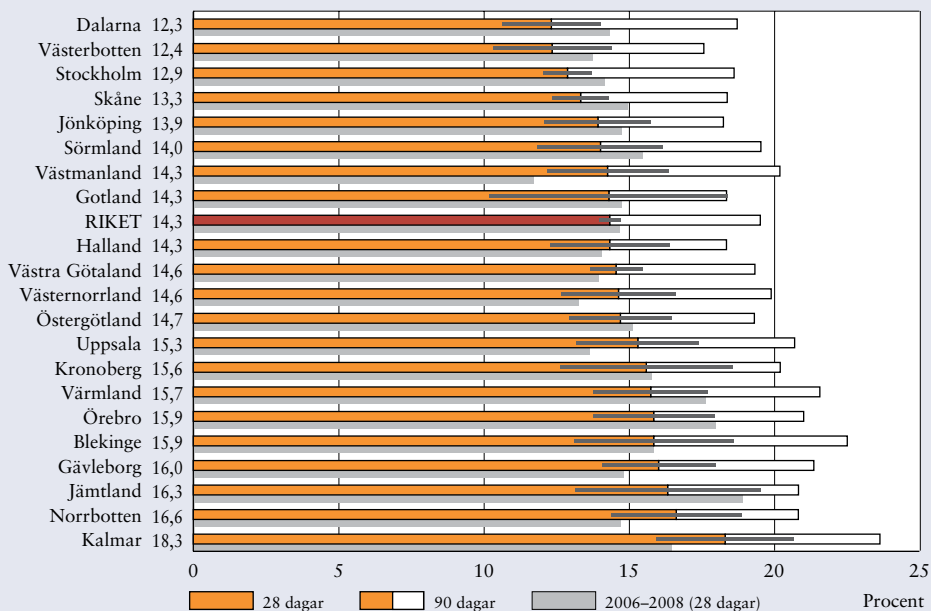


Diagram 102
Kvinnor

Andel döda inom 28 respektive 90 dagar efter sjukhusvårdad
förstagångsstroke, 2009–2011. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

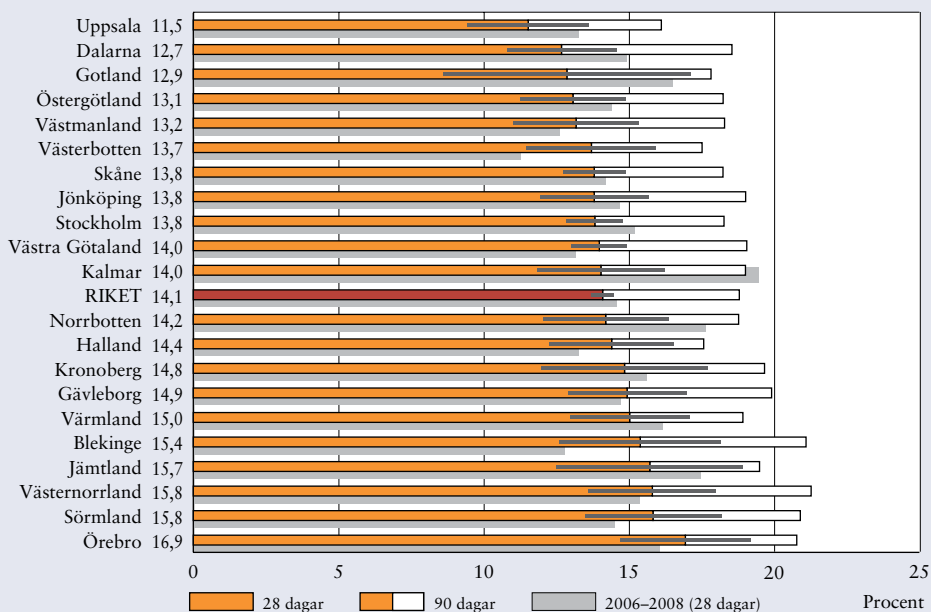


Diagram 102
Män

Andel döda inom 28 respektive 90 dagar efter sjukhusvårdad
förstagångsstroke, 2009–2011. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

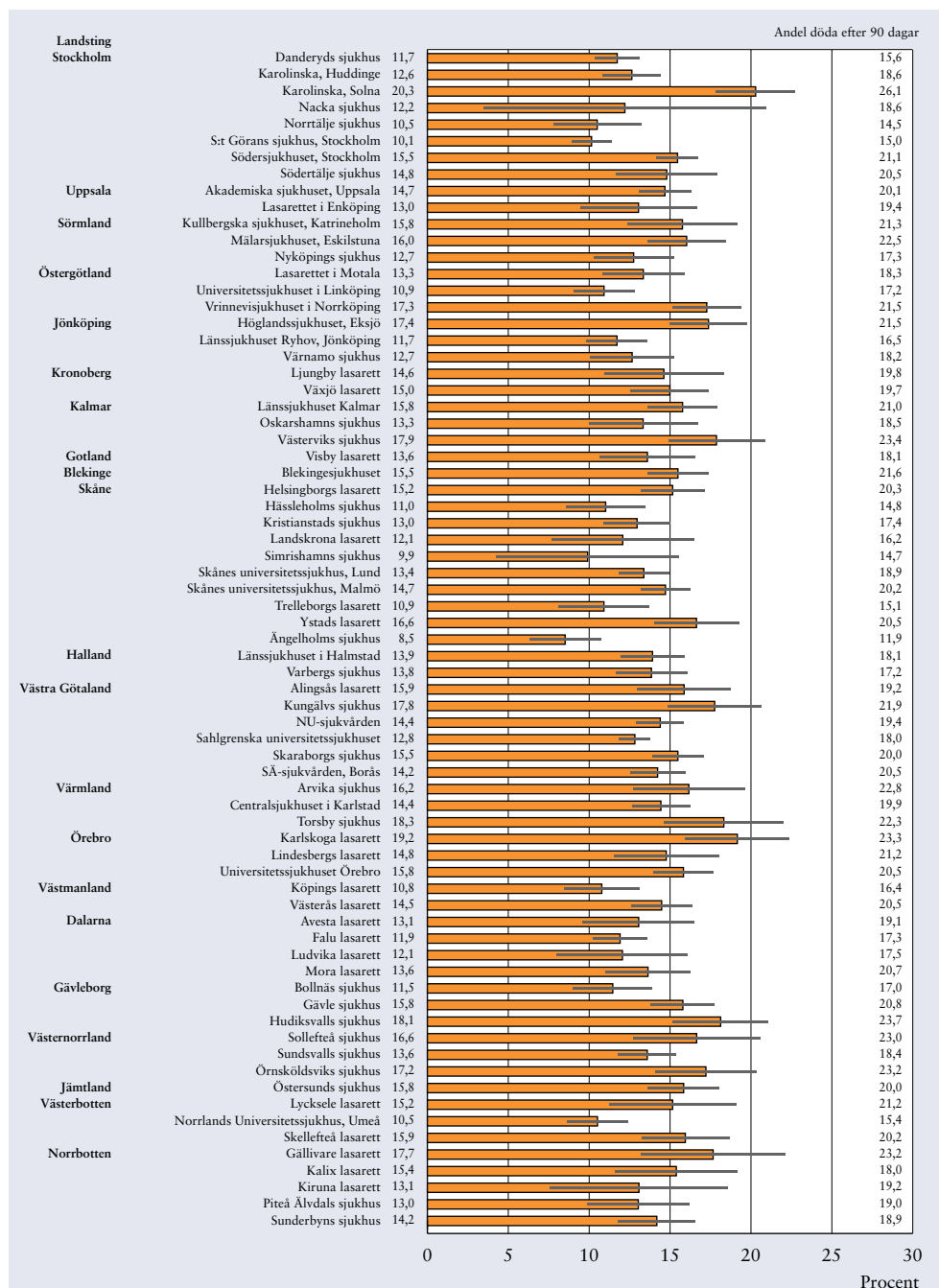


Diagram 102
Sjukhus

Andel döda inom 28 dagar efter sjukhusvårdad förstagångsstroke, 2009–2011. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

Casemixjusterad redovisning av andel döda inom 90 dagar efter stroke

För strokesjukvård finns det flera viktiga resultatmått som visas i Öppna jämförelser. Ett visar andelen döda 30 dagar efter sjukhusvårdad stroke (indikator 102) och är baserad på uppgifter från Patientregistret. Då har justering för ålder gjorts, men ingen hänsyn till annan casemix, det vill säga skillnader i sjukdomens svårighetsgrad eller i samsjuklighet, har tagits. Ett annat viktigt resultatmått speglar i vilken mån patienten återfick sin funktionsförmåga (indikator 109) och baseras på data från kvalitetsregistret Riks-Stroke. Då har justering för skillnader i ålder och medvetandegrad gjorts.

I Riks-Stroke's årsrapport visas detta år för första gången ett casemixjusterat mått på andelen patienter som avlider inom 90 dagar efter stroke, för de olika klinikerna. Här visas samma uppgifter, fast med fokus på spridningen mellan sjukhus, snarare än på de enskilda sjukhusens resultat. Detta görs med hjälp av en så kallad funnel plot.

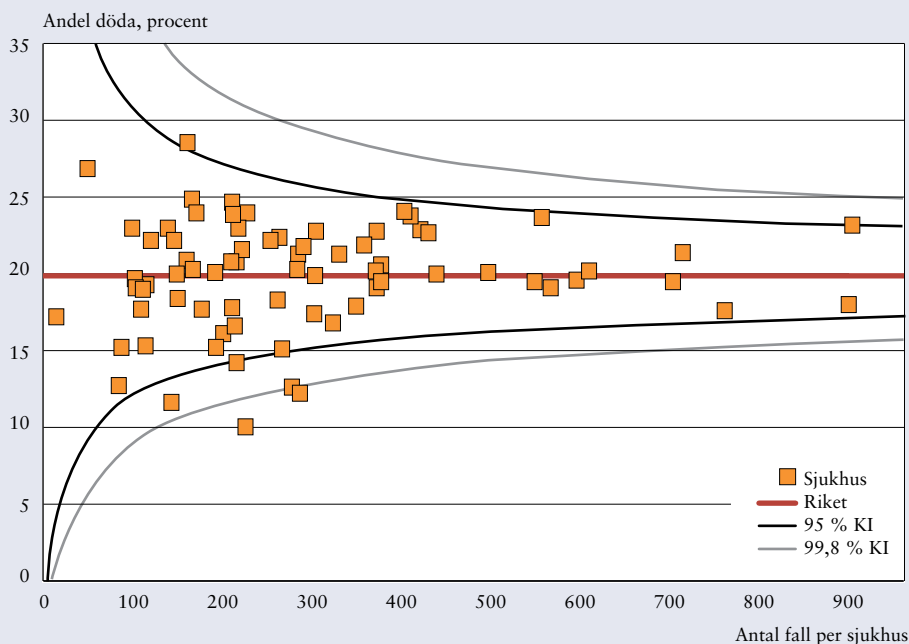
Analysen avser andelen avlidna (letaliteten) inom 90 dagar, bland patienter som fick stroke under 2011. Jämförelsen baseras på närmare 22 000 fall. Justering har gjorts för kön, ålder och patientens medvetandegrad vid ankomst till sjukhuset. Medvetandegraden registreras i Riks-Stroke genom att patientens tillstånd beskrivs med en tredelad indelning: Fullt vaken, slö men kontaktbar eller medvetslös. Medvetandegraden är ett grovt mått på hur svår stroke patienten drabbats av.

I riket var 3-månadersletaliteten 19,7 procent bland samtliga patienter registrerade i Riks-Stroke. Den redovisade andelen avlidna varierar påtagligt mellan sjukhus, från tio till 29 procent, men det är få sjukhus som har en signifikant lägre eller högre andel avlidna än riksgenomsnittet. Andelen avlidna var högre vid återinsjuknande än vid förstagångsinsjuknande, 25 procent respektive 17,7 procent.

I diagrammet är varje sjukhus markerat med en punkt, efter andel avlidna och antalet fall. De mindre sjukhusen redovisas därmed till vänster i diagrammet, där den statistiska osäkerheten är större, medan de större återfinns i diagrammets högra del. Den horisontella linjen markerar andelen avlidna i riket som helhet. Punkter ovanför linjen är sjukhus med högre andel avlidna, således med sämre resultat än rikets, och vice versa.

De inre linjerna i diagrammet markerar 95-procentiga konfidensintervallsgränser, medan de yttre linjerna markerar 99,8-procentiga konfidensintervallsgränser. Ett sjukhus som ligger ovanför den inre linjen har således en andel döda som är statistiskt signifikant högre än rikets. Och vice versa – av figuren framgår det att fyra sjukhus har en statistiskt signifikant lägre andel döda än riket.

Andelen avlidna inom 90 dagar efter insjuknandet är ett sammansatt mått på kvalitet som speglar insatser i det akuta omhändertagande och under tiden närmast efter utskrivning från sjukhus. I detta inkluderas sekundärpreventiva insatser, som inte enbart är ett ansvar för sjukhusens kliniker. Även primärvård och kommunal sjukvård har ett ansvar för detta.



Andel döda inom 90 dagar efter stroke, 2011. Justering för ålder, kön och medvetandegrad vid ankomst till sjukhuset har gjorts.

Källa: Riks-Stroke

För universitetssjukhus kan särskilda aspekter spela roll. Till exempel kan stroke som inträffar under stora hjärtoperationer eller under cancerbehandling ha ett annat förlopp än stroke i ett mera normalt sjukdomsförlopp.

Det finns även andra felkällor eller tolkningsproblem att ta hänsyn till. Överlag är täckningsgraden god, men de kliniker som har lägre andel av alla strokefall registrerade i Riks-Stroke har mindre representativa data än övriga. Uppgifter om antalet avlidna patienter hämtas från den ordinarie 3-månadersuppföljningen, där det finns ett visst svarsbortfall för denna uppgift. I framtiden skall Riks-Stroke hämta uppgiften om avlidna från den officiella statistiken, vilket gör att denna källa till osäkerhet helt försvinner. Vidare är bedömningen av patientens medvetandegrad bara ett grovt mått på strokeinsjuknandets svårighetsgrad. Slutligen kan skillnader i annan casemix mellan kliniker påverka resultatet, både sådan som Riks-Stroke har data för (men inte använt i denna analys, till exempel samsjuklighet) och sådan som data helt saknas för.

I årsrapporten skriver Riks-Stroke att sjukhus med en hög andel avlidna särskilt bör undersöka vilka kvalitetsförbättringar som kan göras. Resultaten bör således tas på allvar, även om det finns olika tolkningssvårigheter. Man kan även vända på resonemanget: Det är viktigt att de sjukhus som har påtagligt låg andel avlidna kan identifiera vilka orsakerna till detta är, så att andra kan dra nytta av deras erfarenheter.

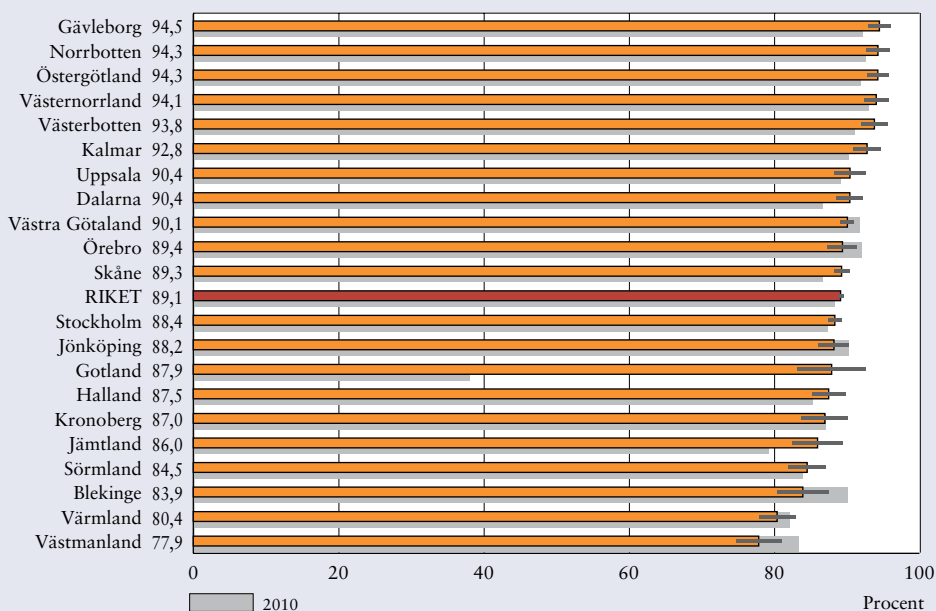


Diagram 103 Andel strokepatienter som vårdats på strokeenhet, 2011.
Totalt

Källa: Riks-Stroke – Nationella kvalitetsregistret för Stroke

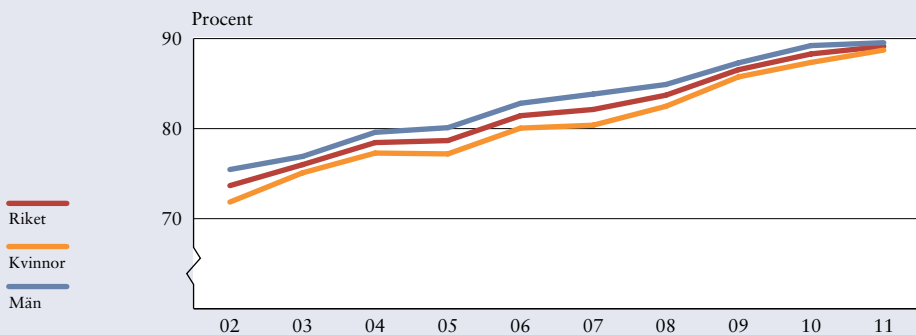


Diagram 103 Andel strokepatienter som vårdats på strokeenhet.
Riket

Källa: Riks-Stroke – Nationella kvalitetsregistret för Stroke

103 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 expertkunskande inom stroke och rehabilitering. Den skall bestå av ett multidisciplinärt team som innefattar läkare, sjuksköterska, undersköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut, kurator och

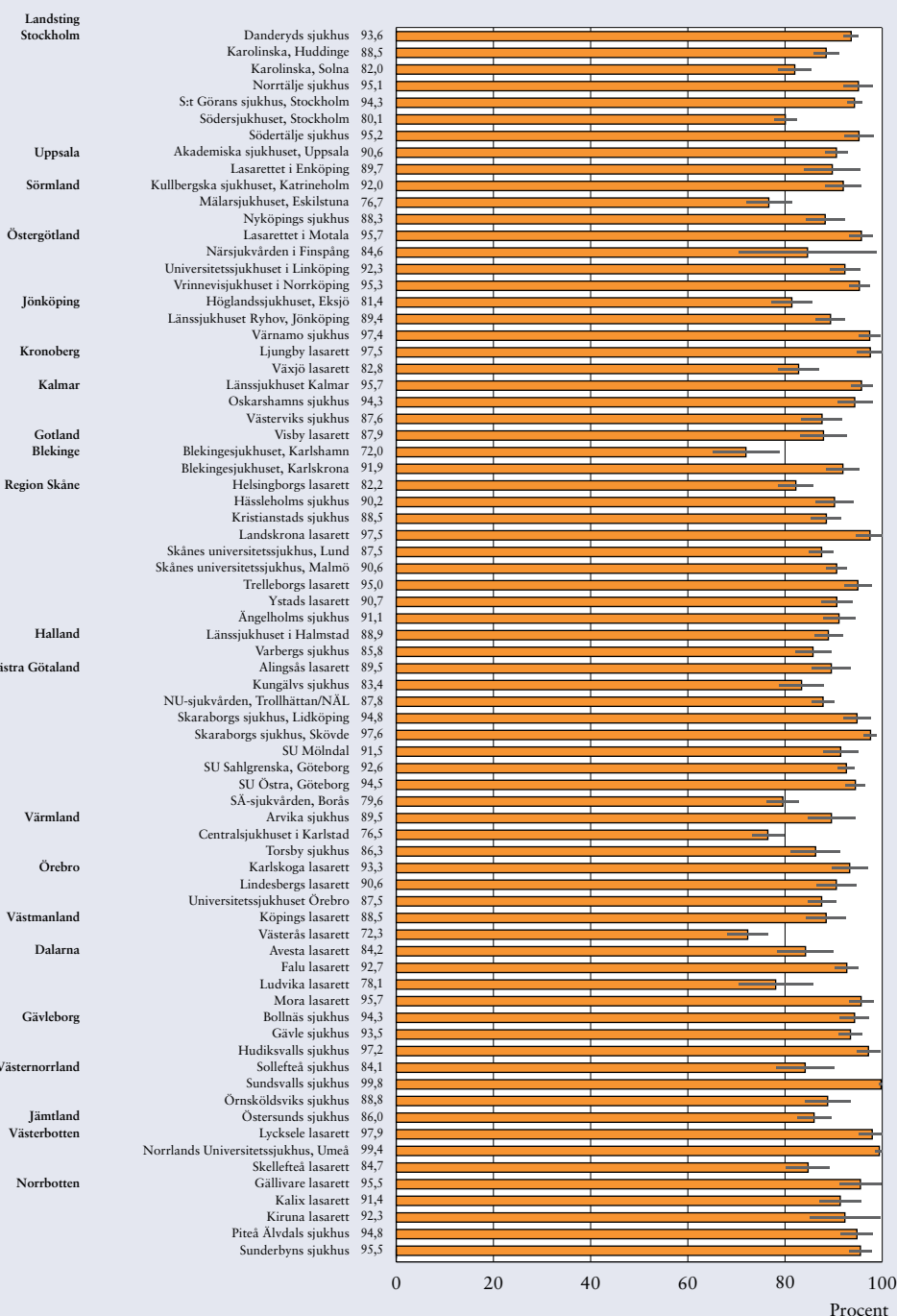


Diagram 103
Sjukhus

Andel strokepatienter som vårdats på strokeenhet, 2011.

Källa: Riks-Stroke – Nationella kvalitetsregistret för Stroke

logoped samt har tillgång till dietist och psykolog eller psykiater. En nyckelaspekt i vårdinsatsen är omedelbar mobilisering och tidig rehabilitering av patienten.

Det finns ett starkt kunskapsunderlag för att hävda att vård på väl fungerande strokeenheter minskar dödligheten, det personliga beroendet och behovet av institutionsboende. De positiva effekterna gäller samtliga patienter med stroke oavsett deras ålder, kön eller hjärnskadans svårighetsgrad. Vård på en strokeenhet har givits högsta prioritet i riktlinjerna.

I riket vårdades år 2011 över 89 procent av alla drygt 25 000 patienter i Riks-Stroke på strokeenhet. Detta är ökning med närmare en procentenhet sedan jämförelseåret 2010. Tidigare skillnader mellan män och kvinnors andelar är i det närmaste utjämnade. Det finns skillnader mellan landstingen, men de är påtagligt mindre 2011 än för fem-sex år sedan. Riks-Stroke anger gränsen för hög måluppfyllelse till 90 procent, medan 85 procent är gränsen för måttlig måluppfyllelse.

104 Trombolysbehandling vid stroke

I cirka 85 procent av strokefallen är orsaken en blodpropp i hjärnan, hjärninfarkt, medan orsaken i de resterande fallen är en blödning. Vid hjärninfarkter har intravenös trombolysbehandling, använd enligt de gällande kriterierna, en mycket gynnsam effekt på utfallet för en del av patienterna som får behandlingen. Risken för död och funktionsnedsättning minskar. Trombolysbehandling har därför en hög prioritet i de nationella riktlinjerna för stroke.

Det finns flera kriterier för när propplösande behandling skall sättas in, bland dem att det är en hjärninfarkt och att det gått högst 4,5 timmar sedan symtomen började. Av Riks-Stroke's samtliga patienter under 2011 uppfyllde 11 766 kriterierna att stroke var en hjärninfarkt, att patienterna var 18–80 år och att de tidigare hade varit funktionsoberoende. Tidsintervallet mellan symtomdebut och behandling begränsar i praktiken andelen av dessa patienter som kan trombolysbehandlas.

I princip ska samtliga akutsjukhus i landet kunna ge denna behandling, eftersom den främst kräver kompetensutveckling inom klinisk och radiologisk diagnostik, men annars är baserad på traditionell strokevård. I Göteborg och inom Uppsala läns landsting har trombolysverksamheten samlats till ett sjukhus. Vid trombolysbehandling är minimal tidsfördröjning av största värde för slutresultatet. Att tidsfaktorn är så viktig understryker behovet av att denna vårdinsats ges decentraliserat. En viktig faktor är även att de drabbade och personer i omgivningen känner igen strokesymtom och skyndsamt söker vård.

I diagram 104 visas andelen av de som uppfyllde kriterierna ovan som 2011 fick trombolysbehandling. I riket var andelen över 10 procent, ungefär lika stor för båda könen. Skillnaderna mellan landstingen är stora, vilket i någon mån är förväntat, eftersom behandlingen är förhållandevis ny och sjukhusen introducerat den i olika

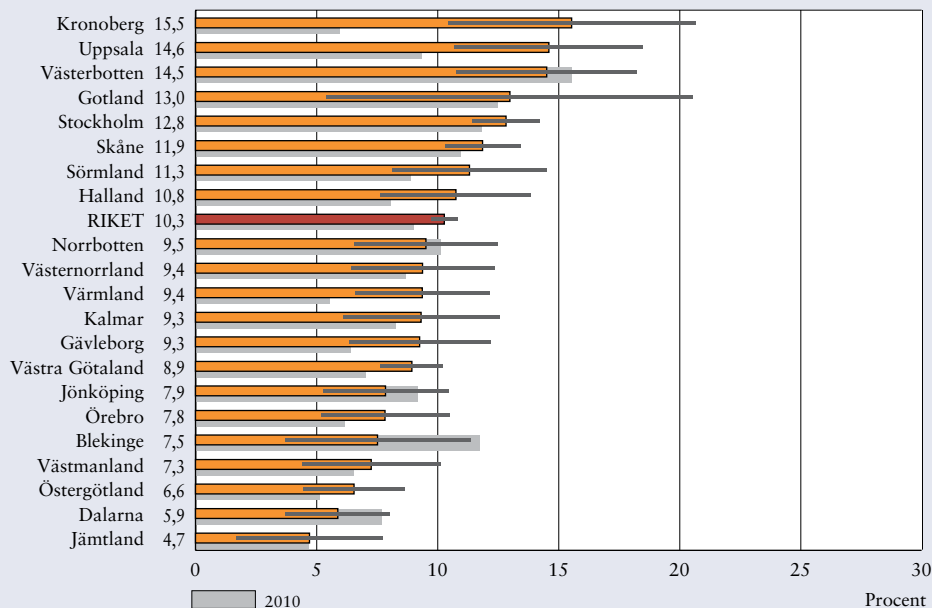


Diagram 104
Totalt

Andel patienter i målgruppen som fått trombolys vid stroke, 2011.

Källa: Riks-Stroke – Nationella kvalitetsregistret för Stroke

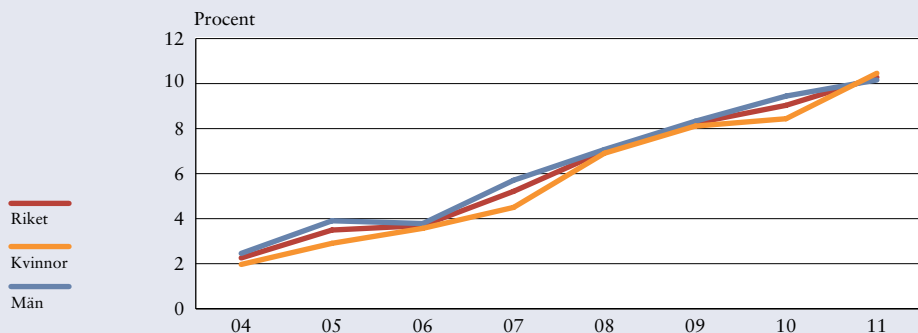


Diagram 104
Riket

Andel patienter i målgruppen som fått trombolys vid stroke.

Källa: Riks-Stroke – Nationella kvalitetsregistret för Stroke

takt. Stora ökningar kan noteras i några landsting, bland dem Kronoberg som på ett år mer än fördubblat andelen trombolysbehandlade.

Riks-Stroke anger gränsen för måttlig måluppfyllelse till 10 procent trombolysbehandlade, medan hög grad av måluppfyllelse anses vara nådd vid 15 procent.

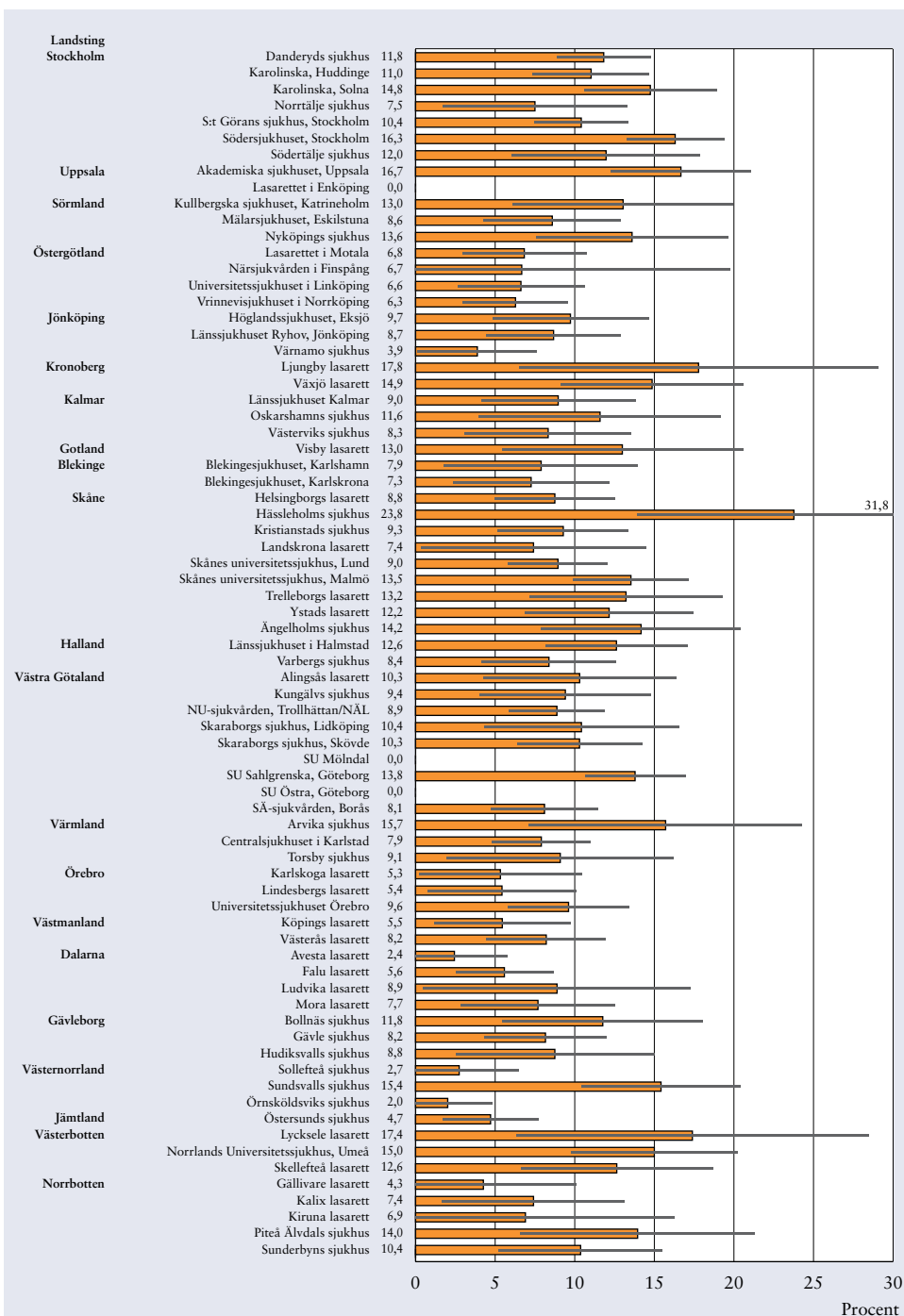


Diagram 104
Sjukhus

Andel patienter i målgruppen som fått trombolys vid stroke, 2011.

Källa: Riks-Stroke – Nationella kvalitetsregistret för Stroke

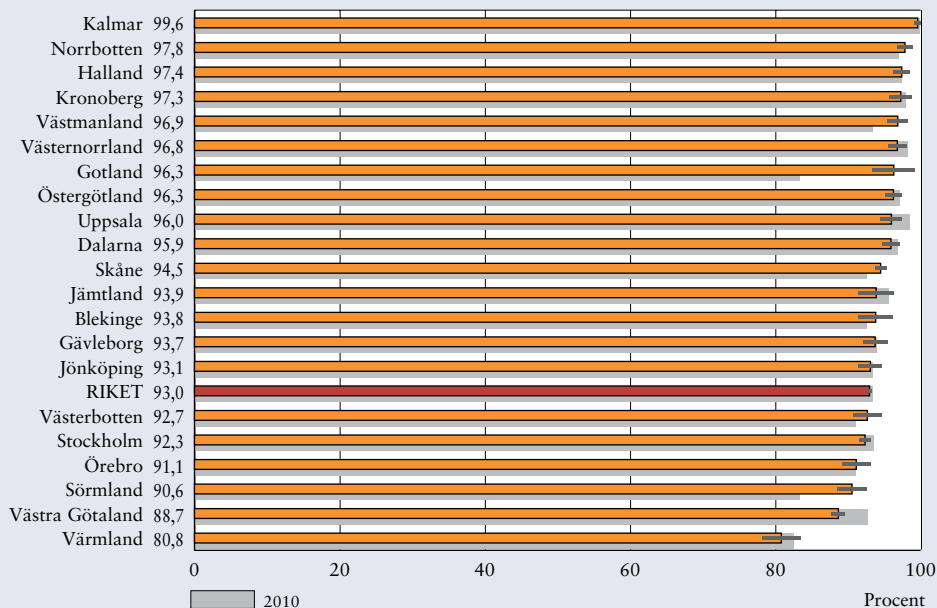


Diagram 105
Totalt

Andel strokepatienter som genomgått
sväljtest efter ankomst till sjukhus, 2011.

Källa: Riks-Stroke – Nationella kvalitetsregistret för Stroke

105 Test av sväljförmåga vid akut stroke

Stroke kan leda till nedsatt förmåga att svälja, vilket kan få till följd att mat hamnar i luftstrupen. Detta kan i värsta fall leda till andningsstopp eller svår lunginflammation. Då patienten läggs in vid sjukhus bör vårdpersonalen därför rutinmässigt bedöma sväljförmågan med ett enkelt sväljtest med vatten. Åtgärden är högt prioriterad (prioritet 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 som är patienter där sväljförmågan inte kunnat testas på grund av patientens tillstånd, av alla som vårdats på sjukhus för akut stroke under 2011. Totalt ingår cirka 24 500 patienter i jämförelsen, varav knappt hälften är kvinnor.

I riket som helhet har 93 procent av patienterna antingen genomgått sväljtest eller är patienter som till följd av sitt tillstånd inte kunnat göra det. Det finns inga könsskillnader. Skillnaderna mellan landsting är för merparten mindre än tio procentenheter, men några landsting har lägre andelar än övriga. Riks-Stroke's målnivåer är satta till 90 respektive 95 procent.

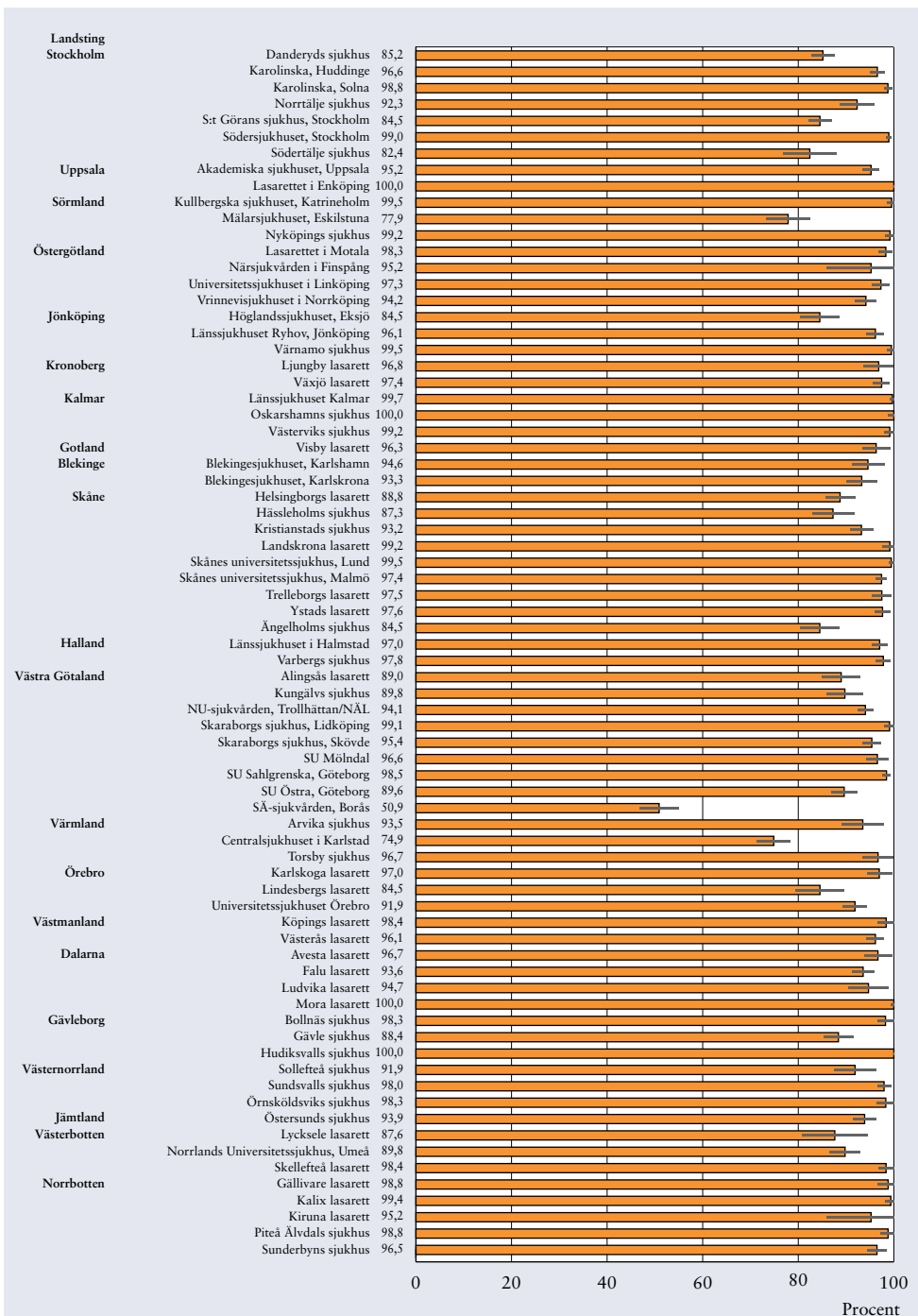
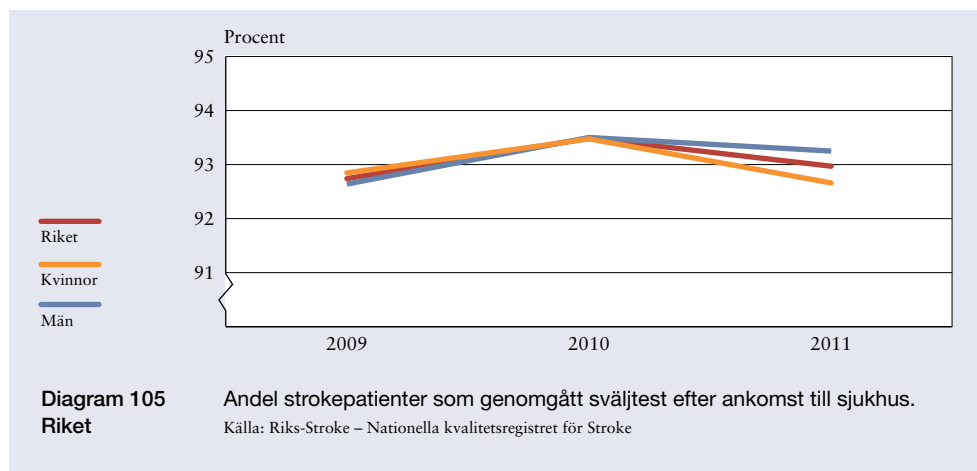


Diagram 105
Sjukhus

Andel strokepatienter som genomgått
sväljtest efter ankomst till sjukhus, 2011.

Källa: Riks-Stroke – Nationella kvalitetsregistret för Stroke



Med den utformning indikatorn här har, bör samtliga landsting sträva efter värde på 100 procent. I princip bör alla patienter för vilka det är möjligt genomgå sväljtest. Därmed finns det möjligheter till ytterligare förbättringar.

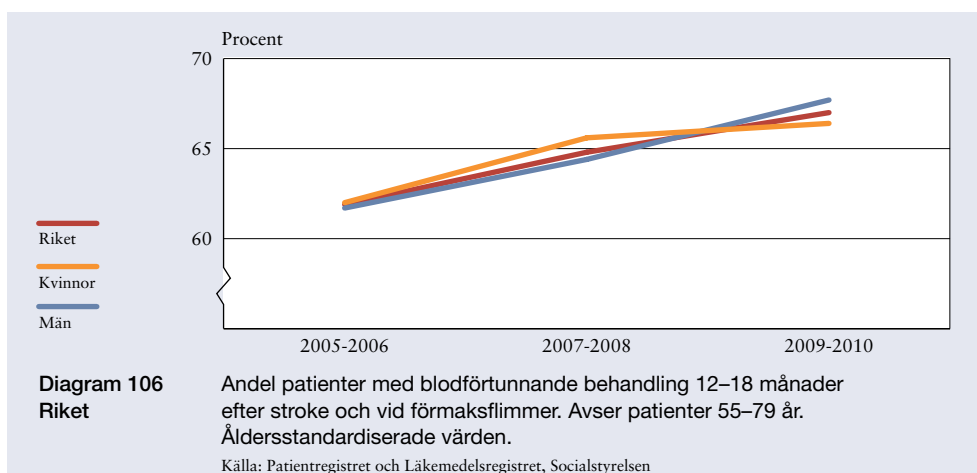
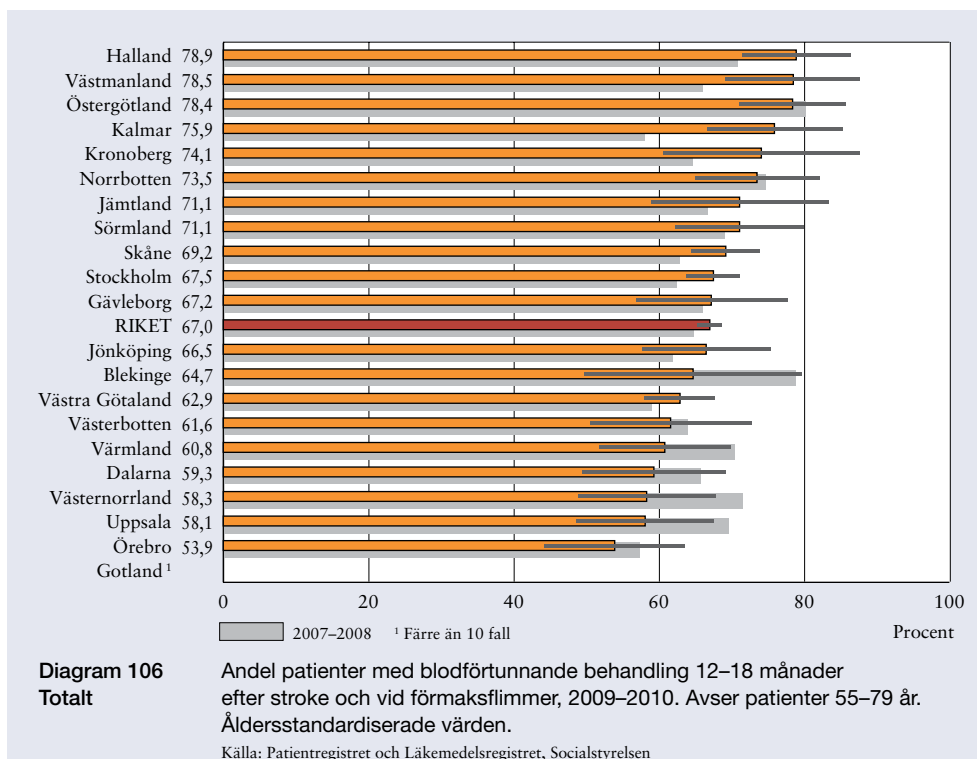
106 Blodförtunnande behandling vid stroke och förmaksflimmer

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 dabigatran, ett nytt läkemedel för denna patientgrupp, ingår i jämförelsen här.

Diagram 106 redovisar andelen strokepatienter med förmaksflimmer som fick blodförtunnande läkemedelsanvändning 12–18 månader efter utskrivning från sjukhus. Uppgifterna är baserade på Patientregistret och Läkemedelsregistret. I jämförelsen ingår knappt 2 900 patienter i åldern 55–79 år som skrevs ut från sjukhus efter stroke under 2009–2010.

I riket är andelen behandlade 67 procent, vilket är en mindre ökning jämfört med 2007–2008. 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 dabigatran. Hur stor andel av den aktuella patientgruppen som borde behandlas är dock svårbedömt.



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-Stroke's målnivåer avser, liksom den indikator som här redovisas, patienter under 80 år och är satta till 55 respektive 70 procent, för måttlig respektive hög målfyllelse

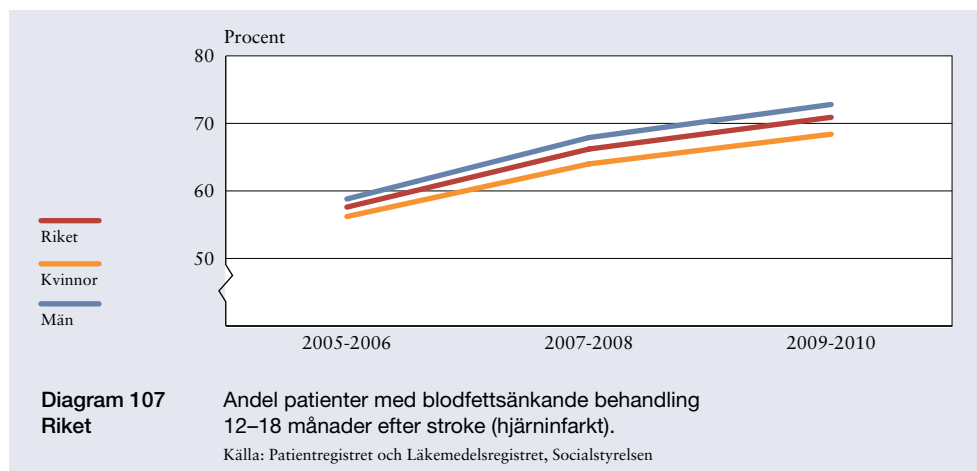
107 Blodfettssänkande behandling efter stroke

Sekundärpreventiva insatser efter stroke är viktiga för att förhindra ett återinsjuknande i stroke eller annan hjärt- och kärlsjukdom. Behandling med statiner, blodfettssänkande läkemedel, har dokumenterat god effekt som sekundärprevention efter hjärninfarkt. I de nationella riktlinjerna har åtgärden hög prioritet, och i princip ska samtliga patienter med hjärninfarkt behandlas med statin. Det finns dock risker med behandlingen, som biverkningar och ogynnsam interaktion med andra läkemedel.

Indikatorn mäter andelen patienter som behandlas med statiner 12–18 månader efter utskrivning från sjukhus efter vård för hjärninfarkt. I jämförelsen ingår cirka 16 200 patienter som vårdats för första gångsinsjuknande i ischemisk stroke i åldern 50–79 år under 2009–2010. Redovisningen baseras på uppgifter från Patientregistret och Läkemedelsregistret.

Diagram 107 visar att i riket behandlades 71 procent av patienterna med statiner 12–18 månader efter utskrivningstillfället. Mellan landstingen varierar andelen statinbehandlade patienter mellan 63 och 77 procent. Kvinnor behandlas i lägre grad än män, 68 procent respektive 73 procent, en skillnad på fem procentenheter mellan könen. Könsskillnaden kan ha att göra med att en högre andel män behandlades med statiner redan före sin stroke på grund av hjärtsjukdom.

Vidare tyder jämförelser i Socialstyrelsens strokerapport från 2011 på att skillnaderna mellan könen är mindre vid utskrivningen från sjukhus, men att flera kvinnor än män upphör med statinbehandlingen efter en period. Samma mönster kan ses även i indikator 94 om statinbehandling efter hjärtinfarkt samt i indikator 18 om



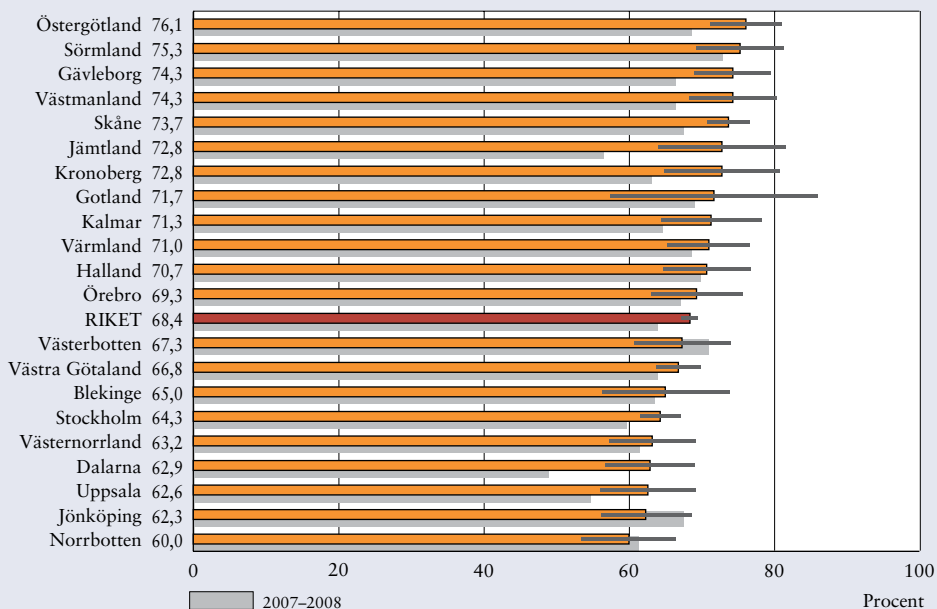


Diagram 107 Andel patienter med blodfettsänkande behandling
12–18 månader efter stroke (hjärninfarkt), 2009–2010.

Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

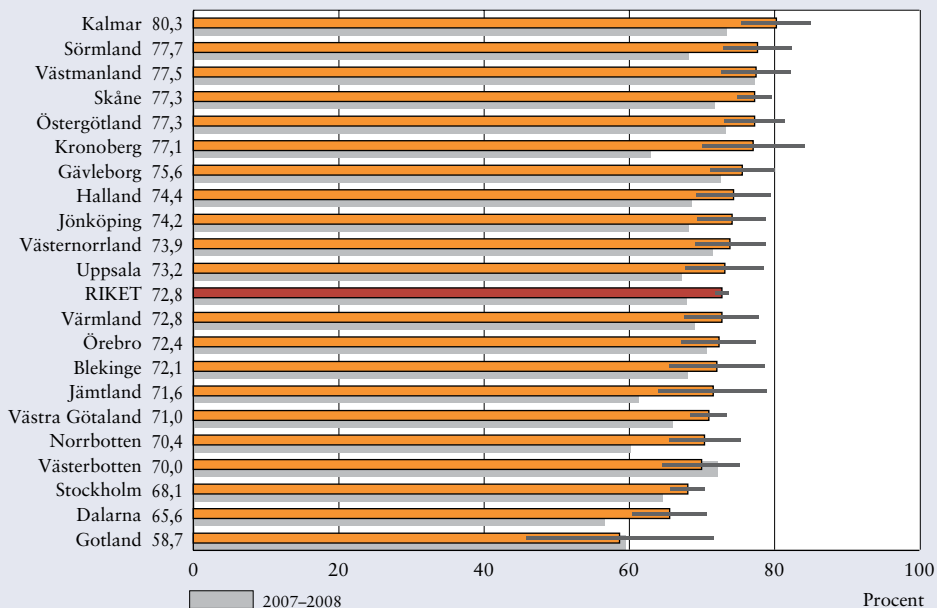


Diagram 107 Andel patienter med blodfettsänkande behandling
12–18 månader efter stroke (hjärninfarkt), 2009–2010.

Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

uttagsfölsamhet vid blodtryckssänkande behandling. Även om andelen behandlade ökat de senaste åren finns stora skillnader mellan landsting. Dessutom finns vissa könsskillnader att uppmärksamma. För att följa riktlinjerna bör de flesta landsting öka sin förskrivning av statiner till patienter med hjärninfarkt.

108 Återinsjuknande efter stroke

Andel återinskrivningar på sjukhus efter stroke kan utgöra ett mått på effekterna av de sekundärpreventiva insatserna efter första strokeinsjuknandet. Sekundärpreventiva åtgärder omfattar bland annat påverkan av livsstilsfaktorer genom exempelvis rökavvänjning, kostrådgivning och hjälp med fysisk aktivitet. Andra åtgärder är läkemedelsbehandling (blodtryck, blodfetter, blodproppsförebyggande behandling) och karotiskirurgi vid förträngning av halspulsådern. Återinsjuknande utgör också, jämsides med överlevnad och anpassning till dagligt liv, ett centralt resultatmått för strokesjukvården.

I diagram 108 redovisas andelen strokepatienter som återinskrevs för stroke inom 365 dagar efter den initiala vårdepisoden. I jämförelsen ingår nästan 80 000 patienter i Patientregistret som under åren 2006–2010 vårdades för ett förstagångsinsjuknande i stroke med huvuddiagnosen hjärnblödning, hjärninfarkt eller ej specificerad stroke. Bara förstagångsstroke och patienter som överlevt det första året efter den initiala stroke ingår. Uppföljningen har gjorts i Patientregistret till och med år 2011.

I riket var andelen återinskrivna för stroke eller för sena effekter av stroke 8 procent under den studerade femårsperioden, utan stora skillnader mellan kvinnor och män. Landstingens värden varierar mellan 5 och 10 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

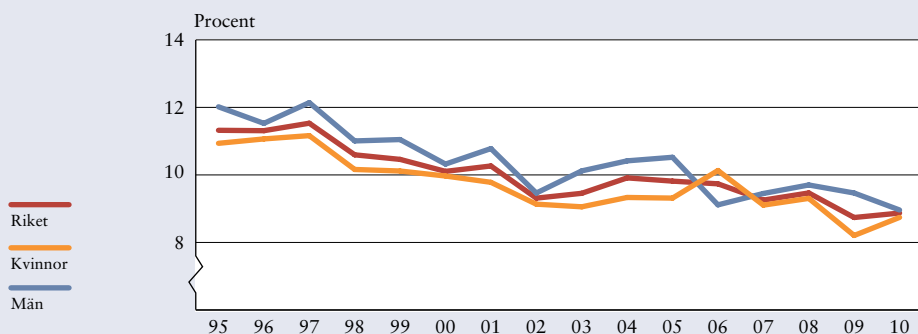
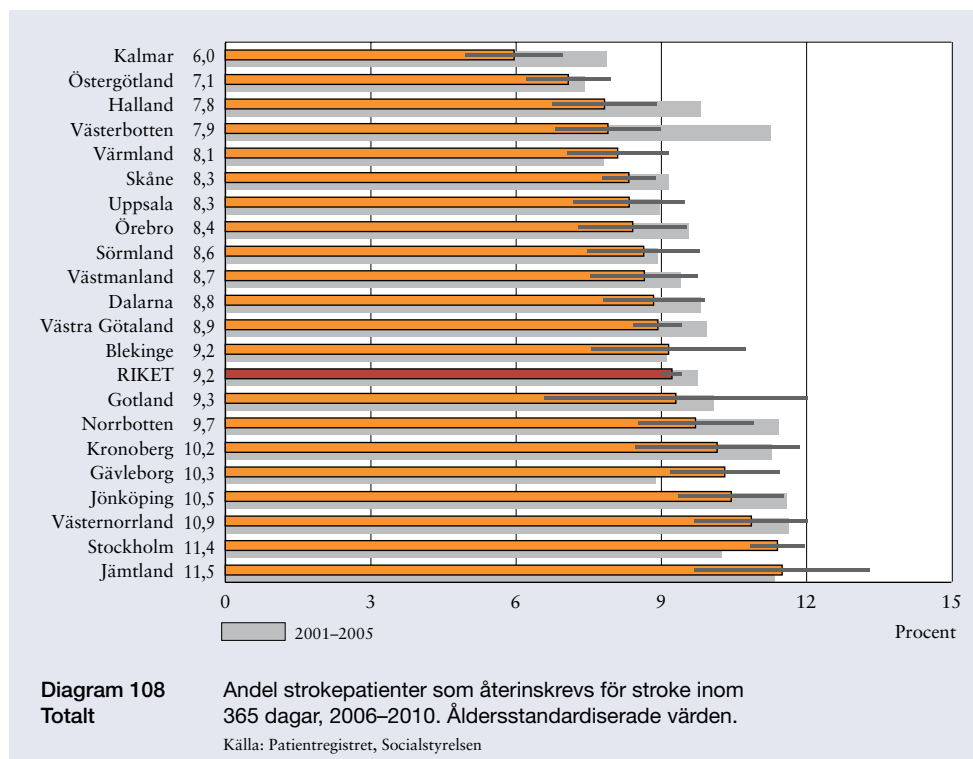


Diagram 108
Riket

Andel strokepatienter som återinskrevs för stroke inom 365 dagar. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen



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.

109 Funktionsförmåga efter stroke

Patienter som överlever stroke återfår i olika grad den funktion man hade före insjuknandet. I Riks-Stroke samlas data om strokepatienternas beroende av andra för sin personliga ADL, i en uppföljning efter tre månader. ADL står för Aktiviteter i Dagligt Liv. Med personlig ADL avses aktiviteterna förflyttning, toalettbesök samt av- och påklädning. Som kvalitetsindikator speglar måttet sjukvårdsinsatserna både i akutfasen och i den fortsatta rehabiliteringen efter utskrivning från akutsjukhus.

I diagram 109 redovisas andelen patienter som var oberoende av andra för sin personliga ADL tre månader efter akutfasen, av dem som överlevde och som före insjuknandet själva klarade sin personliga ADL. Resultaten är justerade för ålder och patientens medvetandegrad vid insjuknandet. Detta gör jämförelserna mera rättvisande, men är viktigast vid presentation på sjukhusnivå, där variationen sannolikt är större. Totalt ingick drygt 16 200 patienter i jämförelsen.

För riket som helhet är andelen oberoende i personlig ADL 81 procent, utan några större skillnader mellan könen. Även skillnaderna mellan landstingen är måttliga, mindre än tio procentenheter som mest.

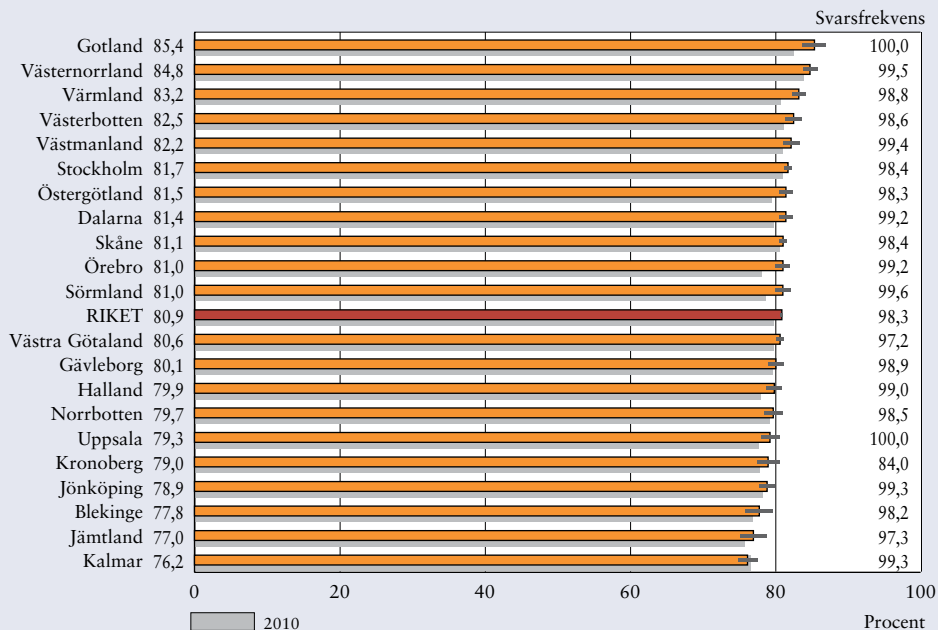


Diagram 109
Totalt

Andel strokepatienter som var ADL-oberoende 3 månader efter akutfasen, 2011. Justerat för ålder och medvetandegrad vid insjuknandet.

Källa: Riks-Stroke – Nationella kvalitetsregistret för Stroke

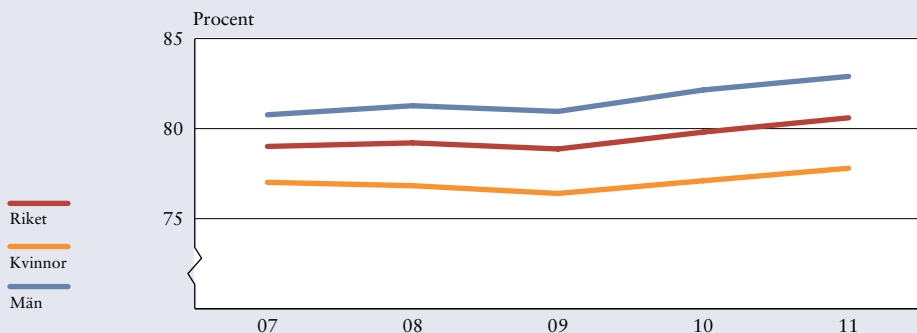


Diagram 109
Riket

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

Källa: Riks-Stroke – Nationella kvalitetsregistret för Stroke

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.

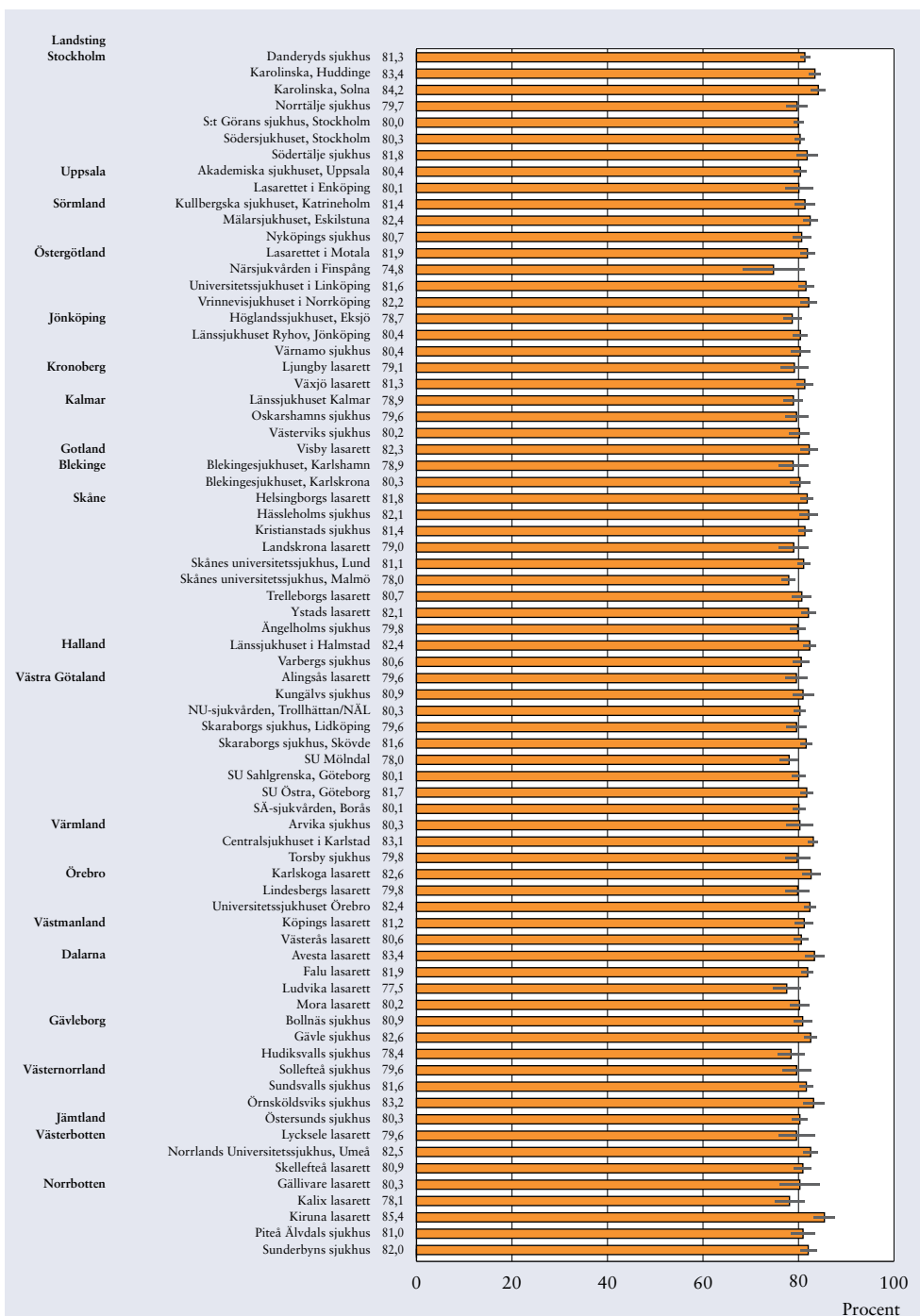


Diagram 109
Sjukhus

Andel strokepatienter som var ADL-oberoende 3 månader efter akutfasen, 2011. Justerat för ålder och medvetandegrad vid insjuknandet.

Källa: Riks-Stroke – Nationella kvalitetsregistret för Stroke

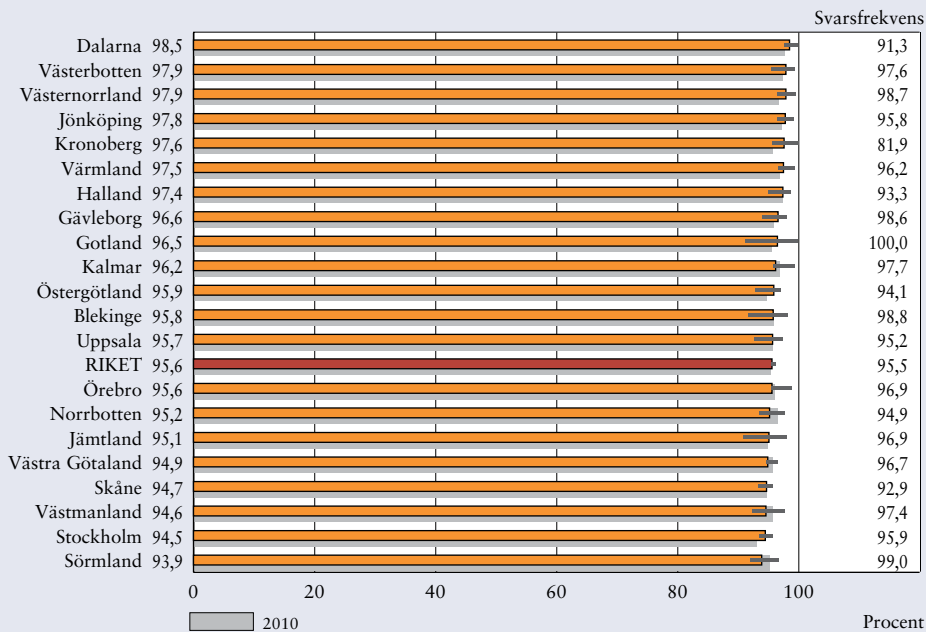


Diagram 110 Andel strokepatienter som var nöjda eller mycket nöjda med vården på sjukhuset, 2011.
Totalt
 Källa: Riks-Stroke – Nationella kvalitetsregistret för Stroke

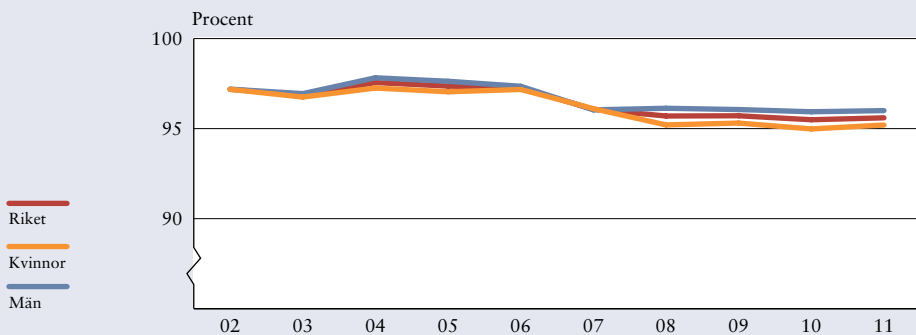


Diagram 110 Andel strokepatienter som var nöjda eller mycket nöjda med vården på sjukhuset.
Riket
 Källa: Riks-Stroke – Nationella kvalitetsregistret för Stroke

110 Nöjdhet med sjukhusvård vid stroke

I Riks-Stroke's tremånadersuppföljning ingår även frågor till patienter och deras anhöriga gällande bland annat hur nöjda de är med den vård de fått. Två sådana frågor redovisas här, i denna och i nästa indikator.

Hur nöjda patienterna är med vården vid sjukhus redovisas i diagram 110. Även svarsfrekvensen i tremånadersuppföljningen visas. Drygt 15 500 patienter svarade

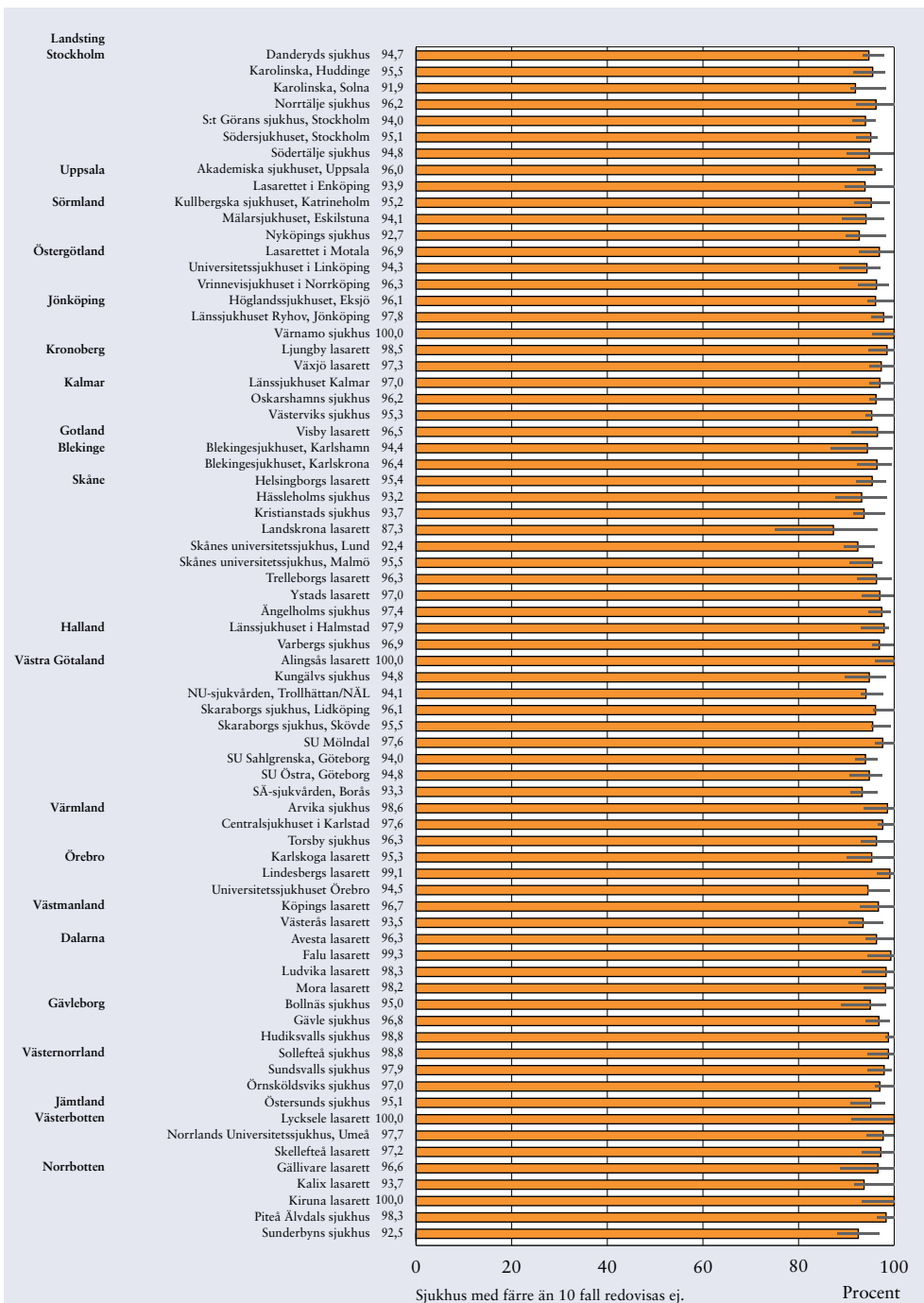


Diagram 110
Sjukhus

Andel strokepatienter som var nöjda eller
mycket nöjda med vården på sjukhuset, 2011.

Källa: Riks-Stroke – Nationella kvalitetsregistret för Stroke

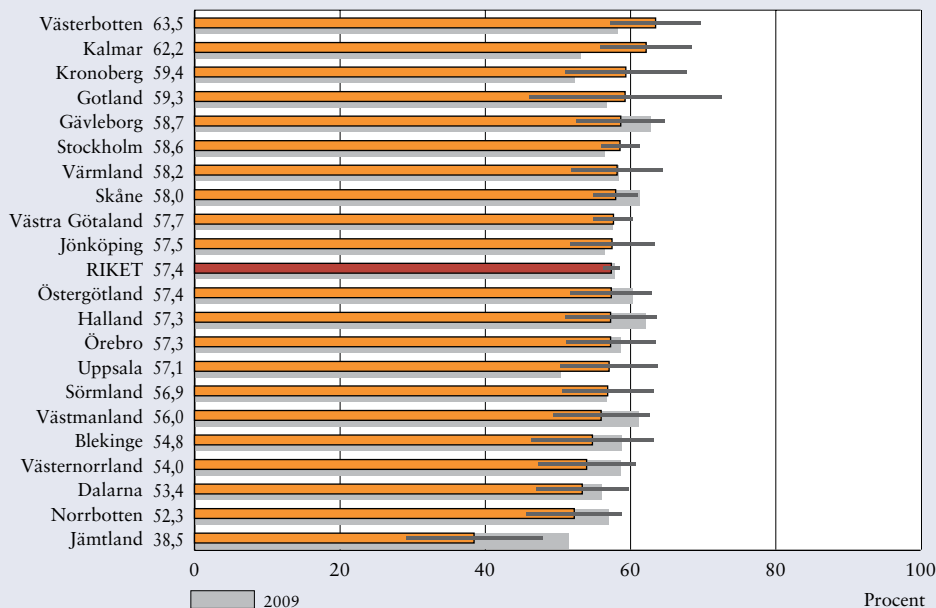


Diagram 111 Andel strokepatienter som 12 månader efter insjuknandet anger att behovet av rehabilitering är tillgodosett, 2010.
Totalt

Källa: Riks-Stroke – Nationella kvalitetsregistret för Stroke

och ingår därmed i jämförelsen. I riket är knappt 96 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, inte minst i ljuset av de överlag mycket positiva svaren. En ytterligare aspekt är att patienterna är äldre och kan ha funktionspåverkan från sin sjukdom, vilket kan påverka förmågan att efter tre månader bedöma den vård man fick.

111 Tillgodosedda behov av rehabilitering efter stroke

Personer som har insjuknat i stroke kan behöva rehabilitering under en lång tid. Det är därför motiverat att belysa i vilken mån behovet av rehabilitering är tillgodosett även ett år efter insjuknandet i stroke. Detta är en kvalitetsindikator som kan spegla hur patienten eller anhörig bedömer insatser från såväl landsting som kommun.

Indikatorn visar andelen patienter som tolv månader efter insjuknandet anger att deras behov av rehabilitering är tillgodosett. Jämförelsen baseras på drygt 7 300 patienter som hade en stroke under 2010 och som svarade på 12-månadersuppföljningens enkät.

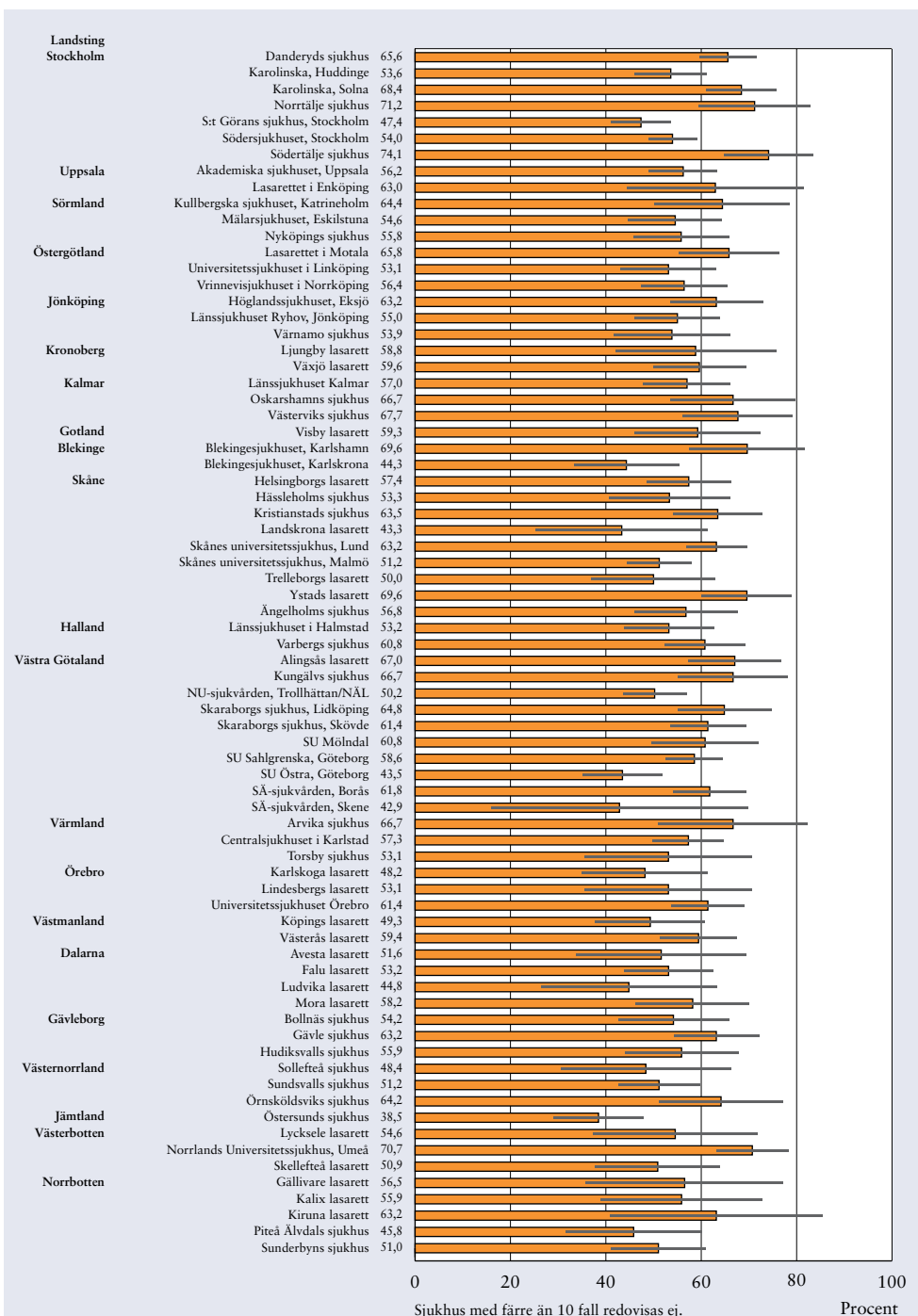


Diagram 111
Sjukhus

Andel strokepatienter som 12 månader efter insjuknandet anger att behovet av rehabilitering är tillgodosett, 2010.

Källa: Riks-Stroke – Nationella kvalitetsregistret för Stroke

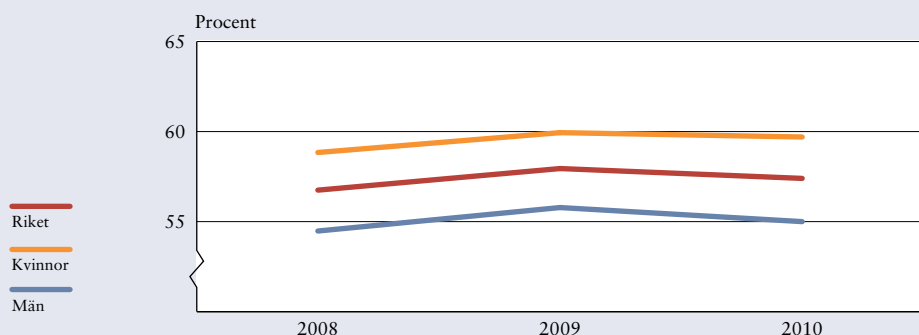


Diagram 111
Riket

Andel strokepatienter som 12 månader efter insjuknandet anger att behovet av rehabilitering är tillgodosett.

Källa: Riks-Stroke – Nationella kvalitetsregistret för Stroke

I riket svarade drygt 57 procent att deras behov av rehabilitering är tillgodosett. Det finns vissa men måttliga skillnader mellan landstingen, med en variation från 52 till 63 procent, utöver ett landsting med lägre andel. Kvinnorna menar att rehabiliteringsbehovet är tillgodosett i något högre grad än vad männen gör, med resultat på knappt 60 respektive 55 procent.

Fyra av tio strokepatienter uppger således att de har behov av rehabilitering som inte tillgodosetts. Detta kan delvis bero på högt eller alltför högt ställda förväntningar på att funktionsnedsättning efter stroke skall kunna åtgärdas med rehabiliteringsinsatser, men troligen finns det också ett behov som kommuner och landsting inte har tillgodosett.

NJURSJKVÅRD

Drygt fyra procent av den svenska befolkningen har påtagligt nedsatt njurfunktion. För merparten utgör detta inget omedelbart hot, men det är förenat med en ökad risk för kardiovaskulär sjukdom och död. Endast en mindre andel drabbas av så allvarlig njursvikt att dialys eller transplantation blir nödvändig för fortsatt överlevnad. Drygt en tredjedel av alla patienter som behöver dialys eller transplantation har diabetes. Andra vanliga orsaker är åderförkalkning i njurarnas kärlsystem och kronisk glomerulonefrit, kapillärnystansinflammation, som är en betydligt mer heterogen patientgrupp. Dessa står för vardera 15–20 procent av patienterna med behov av dialys eller njurtransplantation. Ärftliga njursjukdomar står för ungefär tio procent.

För närvarande påbörjar cirka 1 100 personer behandling årligen, en siffra som varit stabil under det senaste decenniet. Det totala antalet patienter med behandlad livshotande njursvikt var 8 752 vid senaste årsskiftet, efter cirka tre procents ökning per år under den senaste tioårsperioden. Ökningen av patientantalet beror på en gradvis förbättrad överlevnad. Jämfört med Väst- och Nordeuropa ligger Sverige genomsnittligt, både avseende nyupptag och patienter i behandling. Livshotande njursjukdom är ungefär dubbelt så vanlig hos män som hos kvinnor.

Drygt hälften av de behandlade patienterna i så kallad aktiv uremivård är njurtransplanterade, medan resten dialyseras. Sverige har en hög andel transplanterade, som i vårt närområde endast överträffas av Norge. Ungefär tre fjärdedelar av dialyspatienterna får bloddialys (hemodialys, HD) och resten bukhåledialys (peritonealdialys, PD). De sammantagna kostnaderna för den svenska dialys- och transplantationsvården kan skattas till två–tre miljarder kronor årligen, beroende på vad som inkluderas i kalkylen. Utan behandling skulle de aktuella patienterna avlida.

Njurtransplantation är den bästa behandlingen, med hög hälsorelaterad och patientupplevd livskvalitet och låg risk att dö. Av medicinska skäl är transplantation endast lämplig som behandling för mindre än en fjärdedel av alla nytillkommande patienter. Bristen på njurar från avlidna donatorer gör att merparten av de lämpliga kandidaterna måste vänta i genomsnitt två till tre år i dialys, innan transplantation kan erbjudas. De patienter som har tillgång till levande njurdonator kan transplanteras just innan behov av dialys uppstår, eller efter en kort tid i dialys.

Dialysverksamhet med god tillgänglighet och god kvalitet är därför både en livsuppehållande behandling för de patienter som inte kan bli transplanterade och en förutsättning för välfungerande transplantationsverksamhet. Fyra indikatorer redovisas med Svenskt Njurregister (SNR) som källa. SNR har fullständig täckning på kliniknivå. För njurtransplantation är täckningen fullständig även på individnivå, medan den bedöms vara minst 95 procent för de patienter som får kronisk dialys. SNR samarbetar med Socialstyrelsen i arbetet med jämförelser av täckningsgrad.

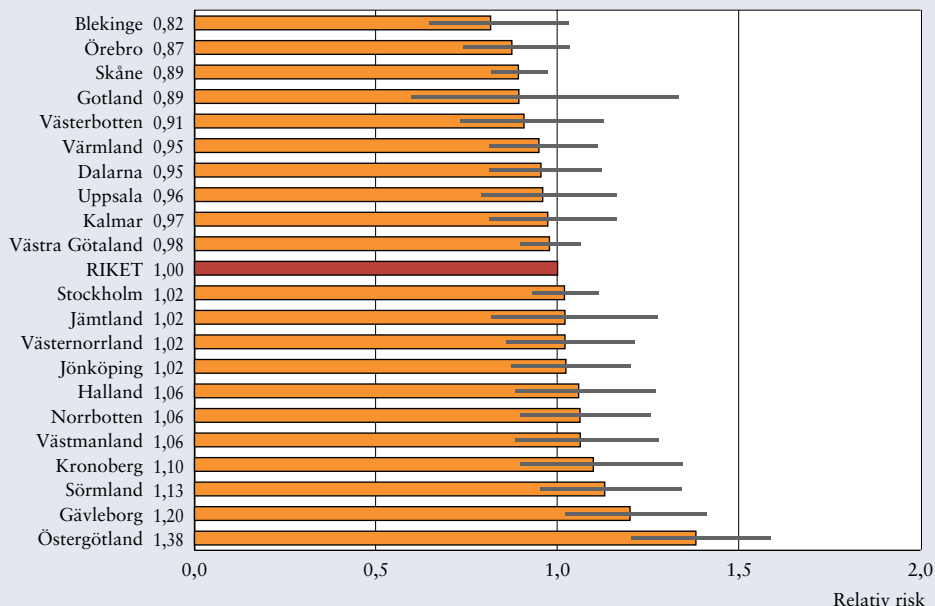


Diagram 112 Relativ risk för död i dialysbehandling, 2002–2011.
Totalt Justering för ålder och samsjuklighet har gjorts.
 Källa: Svenskt Njurregister

112 Risk för död i dialysbehandling

Aktiv uremivård är det samlade begreppet för dialysvård och njurtransplantation. Risken för död i dialys är i grova drag tio gånger högre än den är med fungerande transplantat. Om och hur snabbt en patient med terminal njursvikt blir transplanterad avgörs av faktorer som bara delvis är påverkbara. Detta gäller både tillgång på levande givare och väntetid före transplantation. Totalöverlevnaden för patienter i aktiv vård kan bland annat på denna grund ifrågasättas som kvalitetsmått. Därför redovisas jämförelsen endast för patienter i dialysbehandling, som relativ risk för död beräknad med Cox-regression.

Analysen omfattar de 9 362 patienter som påbörjat sin behandling under åren 2002–2011. Endast de patienter som överlevt mer än 90 dagar efter dialysstart ingår, vilket gör att problemet med ofullständig eller varierande registrering tidigt i förloppet undviks. Patienter som transplanterats efter en tid i dialys ingår fram till transplantationsdatum. Analysen har justerats för ålder, kön och grundsjukdom. Den relativa risken för varje landsting jämförs med övriga riket, det vill säga med alla andra landsting.

Skillnaderna mellan de olika landstingen är små och ligger med enstaka undantag inom den statistiska felmarginalen. Påtagligt är däremot den klara förbättringen som skett över tid. Justerat för förändringar i patientmixen minskade den relativa

risken för död under perioden 1992–2011 i genomsnitt 3,7 procent årligen. Beräknat på annat sätt var risken för död under de senaste tio åren 72 procent av risken under de föregående tio åren.

Trots att dialys är en livräddande behandling är dödligheten betydande. I stor omfattning förklaras detta av faktorer som inte direkt har med njursvikten och behandlingen att göra, såsom ålder och annan samtidig sjuklighet. Dialys eller njurtransplantation används som behandling när njursvikten inom en nära framtid bedöms vara livshotande, men det är välkänt att synen på vid vilken grad av funktionsnedsättnings dialys skall inledas varierar, både internationellt och i landet. Det är också välkänt att kvarvarande njurfunktion hos en dialyspatient minskar risken för död. Det kan inte uteslutas att det finns systematiska olikheter i synen på dialysstart inom landet, som påverkar resultaten. I nuläget saknas möjligheter att statistiskt hantera detta problem.

Analyserna baseras på samtliga dödsfall. I mindre landsting kan därför enstaka dödsfall som är helt orelaterade till dialysbehandlingens kvalitet också påverka utfallet.

Överlevnadsdata är väsentliga vid kvalitetsjämförelser, men värderande jämförelser mellan sjukvårdshuvudmännen kan med nuvarande redovisningsmetod inte göras. Diskussioner förs fortlöpande om hur överlevnad, som en del av kvalitetsjämförelser, bäst redovisas. I nuläget bör denna indikator främst stimulera sjukvårdshuvudmännen till analys av de egna överlevnadsresultaten.

Med detta sagt är det välkänt att behandlingspraxis varierar mellan länder, regioner och enskilda kliniker och att detta påverkar utfallet. De följande tre indikatorerna, dialysdos, accesspraxis och blodtrycksreglering är tre viktiga mått på processkvalitet inom hemodialys.

113 Måluppfyllelse för dialysdos vid hemodialys

Tillräcklig mängd dialys är förutsättningen för långsiktigt välmående och låg risk att avlida. Otillräcklig dialys leder till att patienten dör i förtid. Mätning, uppföljning och justering av dialysdosen är centralt för hemodialysverksamhetens kvalitet. För närvarande behandlas cirka 80 procent av rikets HD-patienter med tre dialyser i veckan. Ungefär tio procent av patienterna dialyseras mer än tre gånger i veckan, medan ungefär lika många behandlas mindre än tre gånger i veckan. Under de senaste åren har utvecklingen gått mot mer frekventa dialyser. Övergripande jämförelser av dialysdos måste därför baseras på den sammantagna veckodosen dialys.

Måttet standardiserat Kt/V bygger på en beräkning baserad på blodprov före och efter dialys, vätskeborttagning under dialys, dialystid samt antal dialyser per vecka. Måluppfyllelse för dialysdos bedöms föreligga vid värden över 2.

I diagram 113 visas per landsting andelen patienter som når målvärdet för dialysdos. Resultaten är hämtade från SNR:s senaste årliga tvärsnittsundersökning hösten

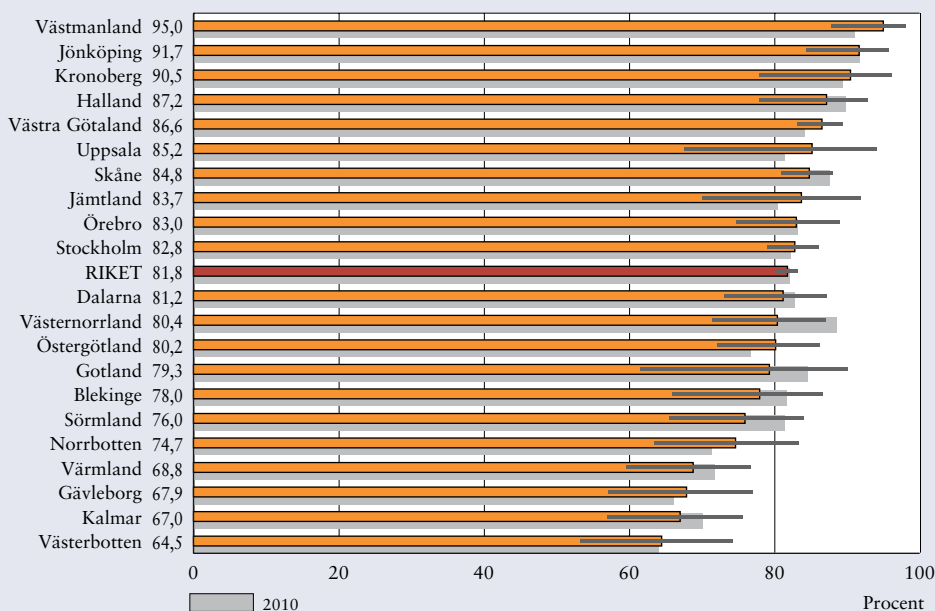


Diagram 113
Totalt

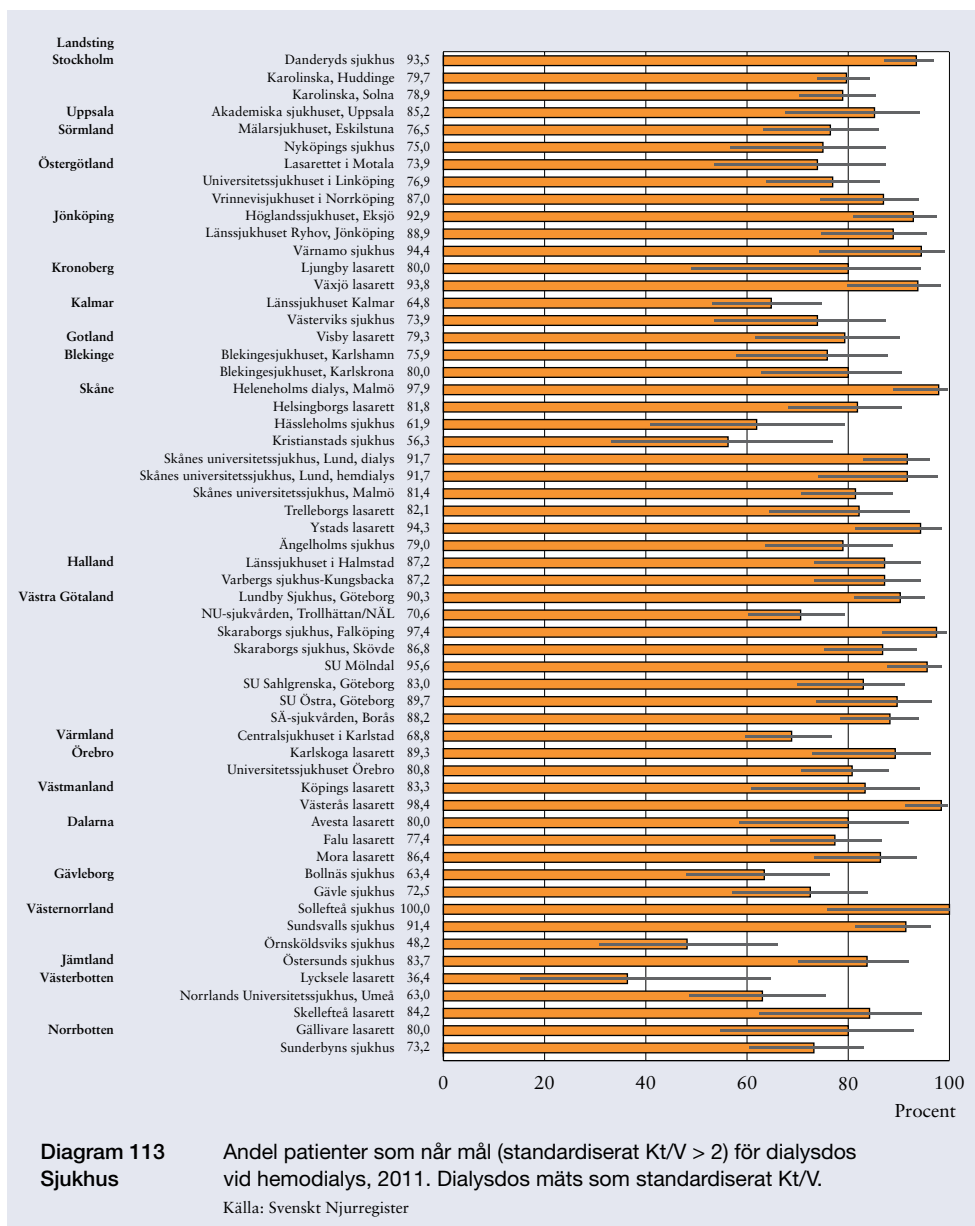
Andel patienter som når mål (standardiserat Kt/V > 2) för dialysdos vid hemodialys, 2011. Dialysdos mätts som standardiserat Kt/V.

Källa: Svenskt Njurregister

2011 och baseras på uppgifter om 2 899 patienter. Det är osannolikt att skillnader i patientsammansättningen kan förklara den stora variation som påvisas. Låg dialysdos förklaras framförallt av att bara två dialyser per vecka ges. I riket som helhet har måluppfyllelsen gradvis ökat sedan den första undersökningen genomfördes år 2002.

Vid varje givet måttillfälle finns det både patienter med kvarvarande betydelsefull restnjurefunktion, som gör att full dialysdos inte behövs, och patienter där full dialysdos av olika skäl är olämpligt att eftersträva. Båda grupperna är små, men hur dessa grupper fördelar sig på varje klinik vid tillfället för tvärsnittsundersökningen är okänt. Vid jämförelse av dialysdos på kliniknivå måste denna osäkerhet beaktas.

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



114 Kärlassess vid dialys

För HD-behandling krävs tillgång (access) till blodbanan, vilket kan ske på olika sätt. Den bästa formen av access är AV(arteriovenös)-fistel, anlagd med hjälp av patientens egna blodkärl. AV-graft med syntetiskt kärllmaterial är något sämre, med större risk för tilltäppning och försämrad funktion, liksom med något ökad infektionsrisk. Alternativet till AV-fistel eller AV-graft är central dialyskateter, CDK. Denna accesstyp medför en påtagligt ökad risk för allvarliga infektioner och ger ofta också sämre blodflöden och därmed försämrad dialyseffektivitet.

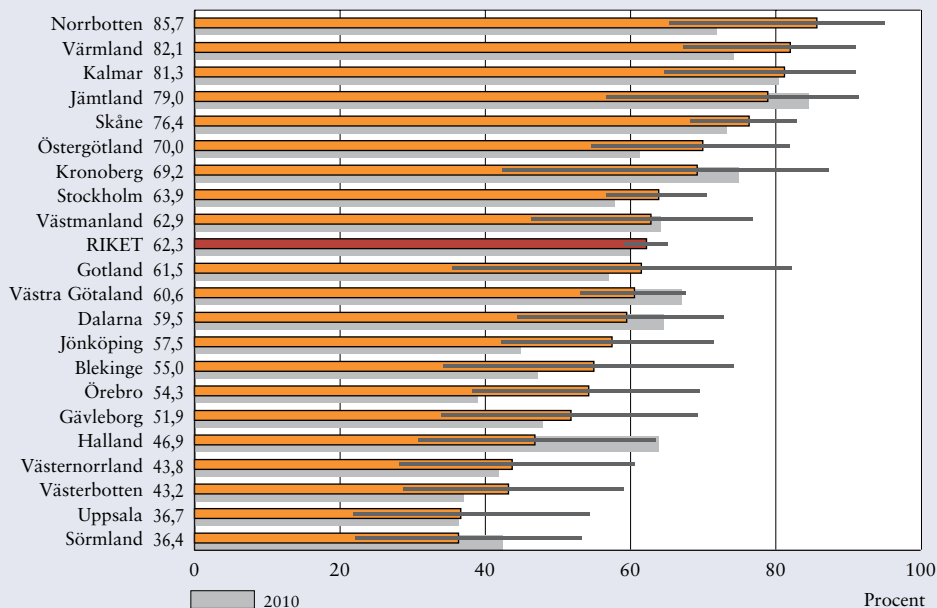


Diagram 114
Kvinnor

Andel bloddialyspatienter med AV-fistel eller AV-graft, 2011.

Källa: Svenskt Njurregister

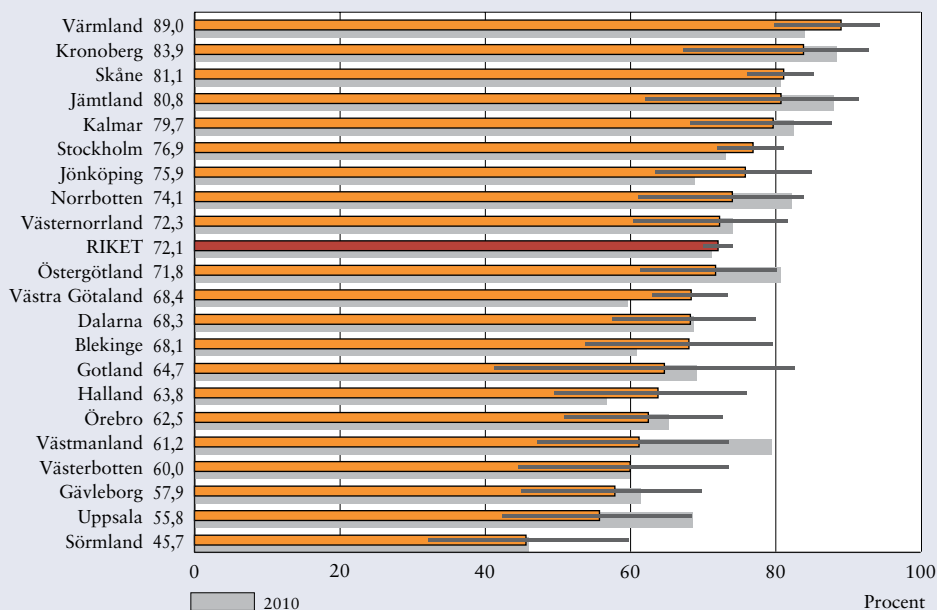
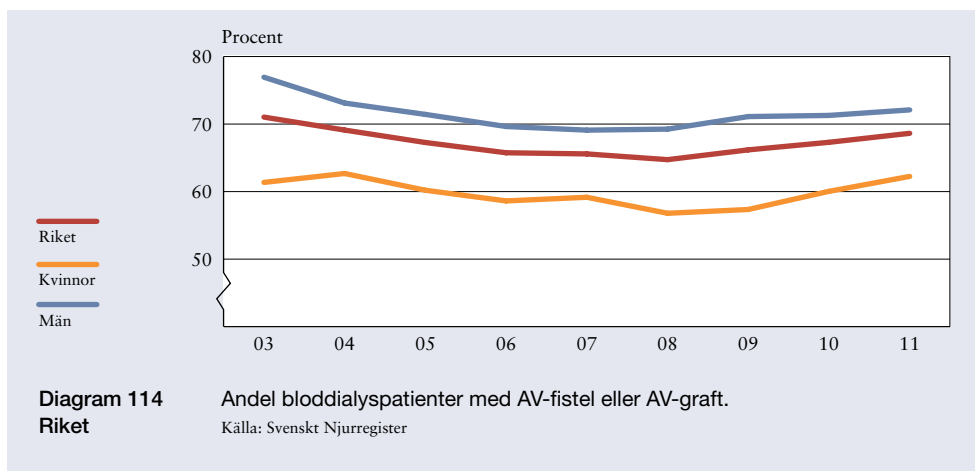


Diagram 114
Män

Andel bloddialyspatienter med AV-fistel eller AV-graft, 2011.

Källa: Svenskt Njurregister



Andelen patienter som dialyseras med AV-fistel eller AV-graft är en betydelsefull indikator, eftersom en välfungerande access är grundläggande för att bra bloddialys skall kunna ges. Indikatoren avspeglar också resultatet av en vårdkedja som börjar redan innan patienten startat i dialys. Indikatoren sammanfattar flera viktiga dimensioner i det njurmedicinska omhändertagandets totala kvalitet, såväl tillgången på accesskirurgi, som hur väl dialysverksamheten lyckas hålla accesser i funktion. Den under år 2009 öppnade särskilda databasen i SNR för kärlaccess har nu nästan samtliga landets dialysverksamheter anslutna.

Diagram 114 visar andelen patienter som hösten 2011 dialyserades med AV-fistel eller AV-graft. Uppgifterna baseras på årliga tvärsnittundersökningar som görs av Svenskt Njurregister. Den positiva utvecklingen, i form av en långsamt ökad prevalens av önskvärda accesstyper – efter flera år med neråtgående trend – ser ut att fortsätta. Fortfarande är dock situationen sämre än den var då tvärsnittundersökningarna inleddes i början av 2000-talet.

Variationen mellan landstingen är fortsatt alltför stor. Det finns uppenbara förbättringsmöjligheter, både på klinik- och landstingsnivå. Välfungerande access-praxis ställer stora krav på samverkan mellan kärlkirurgi, interventionell radiologi och njurmedicin. Kvinnor har generellt lägre andel AV-fistel eller AV-graft än vad männen har. Till viss del kan detta förklaras av sämre anatomiska förutsättningar i blodkärlen, vilket försvårar den kirurgiska anläggningen av en AV-fistel, men det kan också finnas påverkbara orsaker, till exempel att kvinnor kanske remitteras senare till specialistvård, och därför i mindre omfattning har en optimal kärlaccess vid dialysstart.

Ett preciserat mål finns inte för denna indikator, men i en oselektad patientgrupp är ett mål på 70–80 procent med AV-fistel eller AV-graft fullt rimligt. Observationsstudier talar för att en målnivå på 90 procent är optimal.

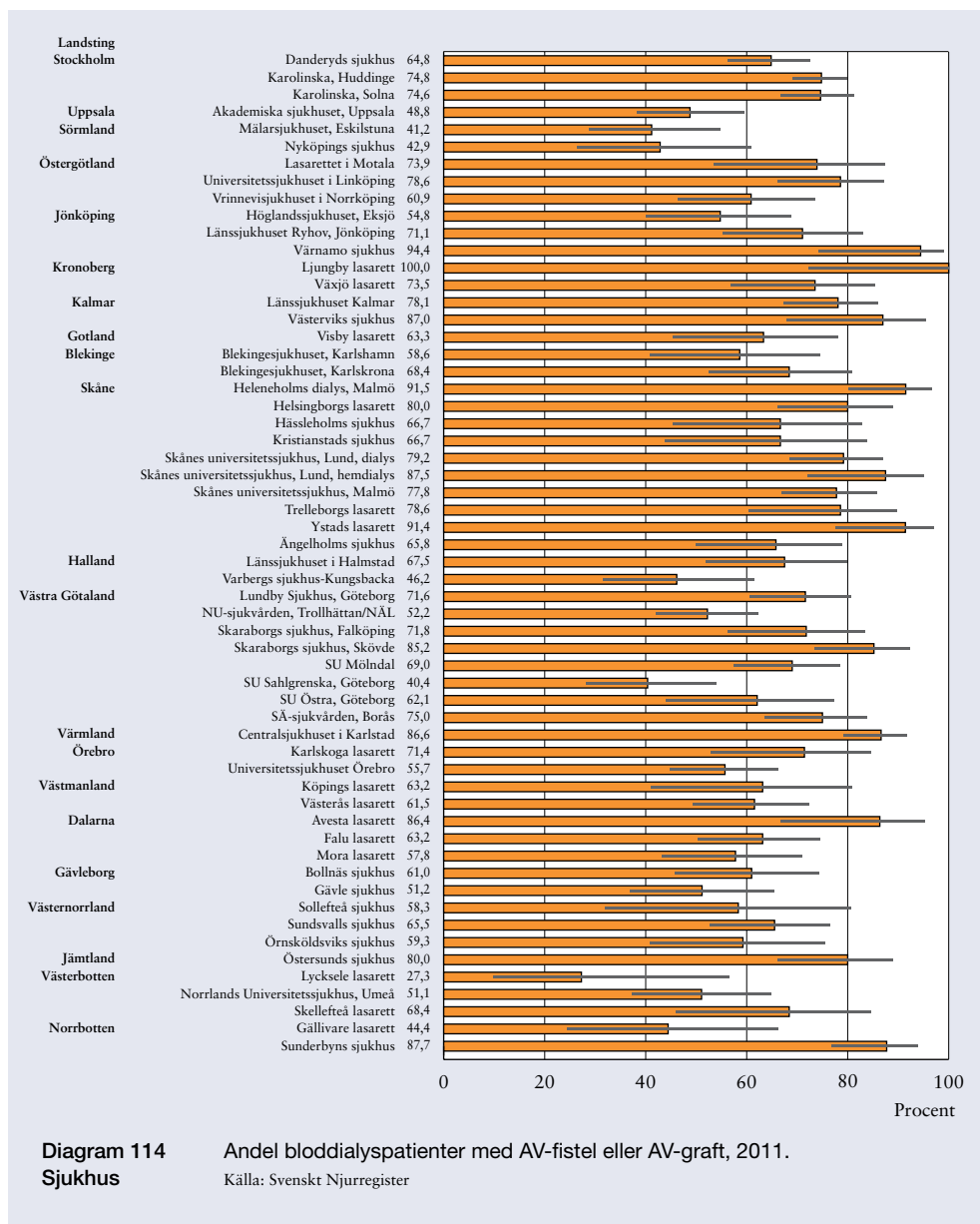
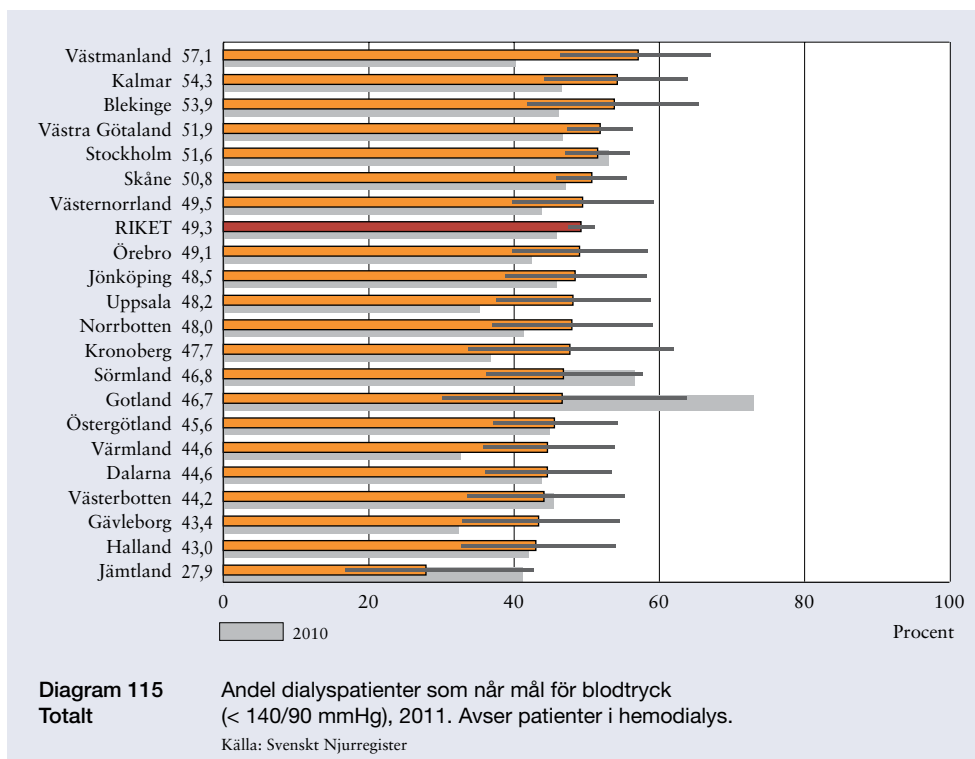


Diagram 114 Andel bloddialyspatienter med AV-fistel eller AV-graft, 2011.
Sjukhus

Källa: Svenskt Njurrregister

115 Måluppfyllelse för blodtryck för patienter i hemodialys

Patienter med kronisk njursjukdom uppvisar regelmässigt högt och inte sällan svårbehandlat blodtryck. Det finns ett mycket omfattande stöd för att god blodtrycks-kontroll både minskar försämringshastigheten hos flertalet njursjukdomar och minskar risken för död i hjärt-kärlsjukdom. De blodtrycksmål som rekommenderas för patienter med kronisk njursvikt under den period som föregår aktiv uremivård är lägre än det målblodtryck på < 140/90 mm Hg som gäller allmänt. Baserat på dagens kunskapsläge är det dock inte möjligt att ange någon vetenskapligt väl för-



ankrad blodtrycksgräns för hemodialyspatienter, där måluppfyllelse minskar den kardiovaskulära risken. Denna indikator fyller därför främst funktionen att påvisa existerande skillnader. Jämförelser över tid visar allt högre andel patienter med blodtryck under denna nivå.

Blodtrycksbehandling hos hemodialyspatienter utgör en särskild utmaning. Eftersom flertalet dialyspatienter har försumbar urinproduktion ansamlas vätska mellan dialystillfällena. Detta försvårar blodtryckskontrollen. Förutom nedsatt urinproduktion påverkas blodtrycket av ett flertal andra faktorer. Men med rätt dialysduration, dialysfrekvens, dialysvätskesammansättning och dialysteknik kan blodtrycket många gånger normaliseras utan omfattande läkemedelsbehandling.

Diagram 115 visar att det finns tydliga skillnader i vilken grad av blodtryckskontroll som uppnås. Liksom för övriga processvariabler är skillnaderna påtagliga även på landstingsnivå.

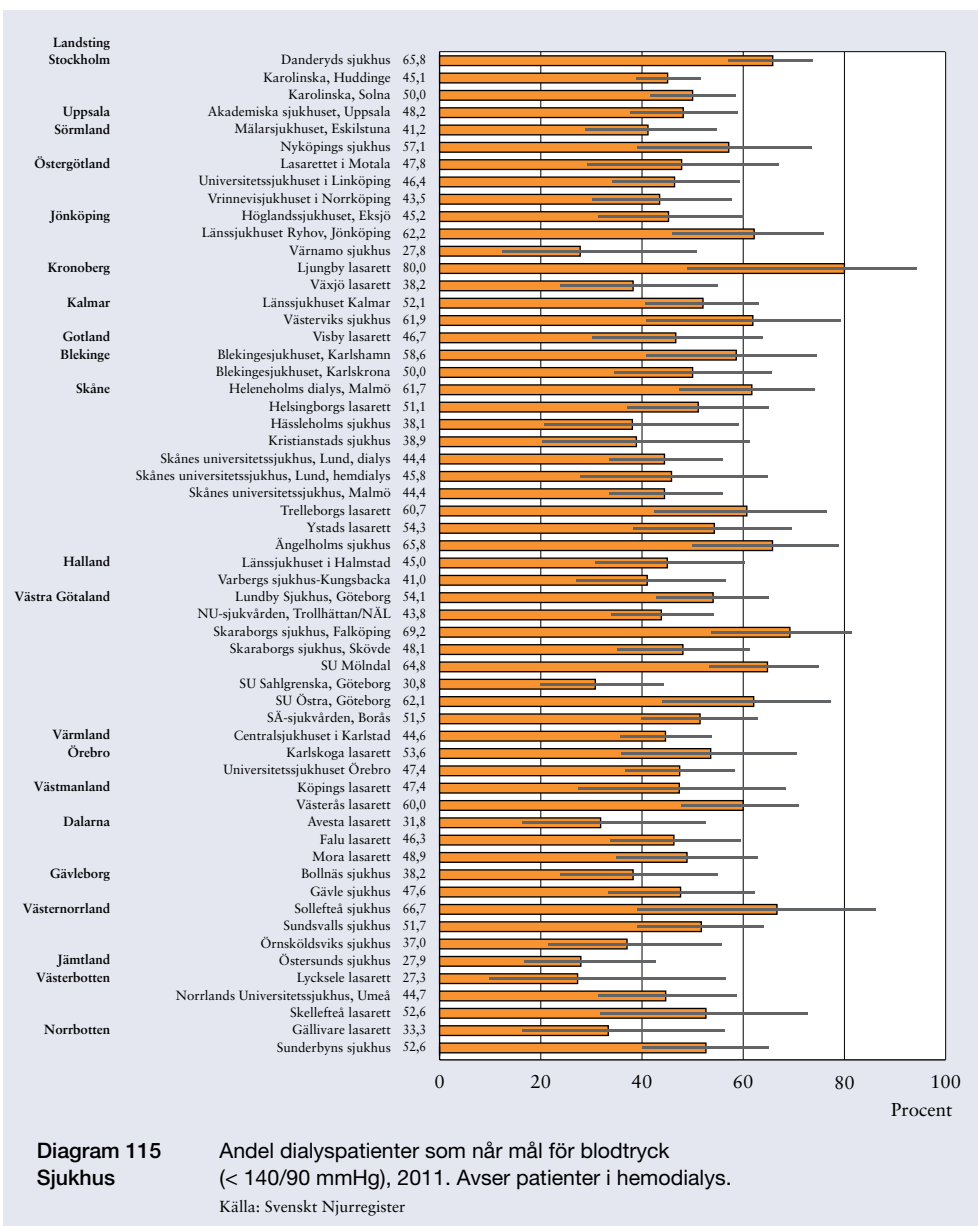


Diagram 115
Sjukhus

Andel dialyspatienter som når mål för blodtryck (< 140/90 mmHg), 2011. Avser patienter i hemodialys.

Källa: Svenskt Njurrregister

CANCERSJUKVÅRD

Under 2010 har 55 342 maligna cancerfall diagnosticerats och rapporterats till cancerregistret i Sverige. 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 2,0 procent för män och 1,4 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.

Här redovisas sexton indikatorer, i grunden samma indikatorer som presenterades i förra årets rapport. Alla utom en indikator avser de vanliga cancerformerna bröstcancer, tjocktarmscancer, ändtarmscancer, lungcancer och prostatacancer. Måtten som visas är överlevnad efter diagnos för cancer, dödlighet eller omoperation efter operation, olika väntetidsmått, användandet av multidisciplinär konferens vid lungcancer samt kurativ behandling vid prostatacancer. Uppgifterna om fem- och tvåårsöverlevnad hämtas från Cancerregistret, medan de övriga kommer från Nationella Kvalitetsregister.

Väntetidsmåtten 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.

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 är fördelade på landsting eller regioner och illustrerar spridningen inom landstinget/regionen.

Överlevnad vid cancersjukdom

Den relativa fem- eller tvåårsöverlevnaden har beräknats för de patienter som diagnostiserats med cancer under åren 2004–2010, med uppföljning till och med december 2011. Den relativa canceröverlevnaden beskriver patienternas överlevnad i förhållande till den förväntade överlevnaden för personer som inte diagnostiserats med cancer. En relativ femårsöverlevnad på 50 procent innebär att hälften av cancerpatienterna skulle ha varit vid liv efter fem år, om cancer var den enda möjliga dödsorsaken. Hänsyn har tagits till eventuella skillnader i medellivslängd mellan landstingens befolkningar. Patienten redovisas i det landsting där han/hon är folkbokförd vid tidpunkten för diagnos.

Med överlevnadstid avses tiden mellan patientens diagnos och död. Överlevnadstiden blir längre både av en tidigt upptäckt tumör och av en förlängd överlevnad, som till exempel kan bero på patientens vård. Tidig diagnos innebär således en längre överlevnadstid, oberoende av om den faktiska livslängden ökar eller inte. Om en tidigt satt diagnos innebär att tumören upptäcks i ett stadium då den är lättare att behandla, vilket leder till att patientens död flyttas framåt, kombineras dessa båda effekter.

En jämförande studie av canceröverlevnaden i Europa är gjord inom projektet EU-ROCARE-4, som är ett samarbetsprojekt mellan 19 europeiska länder. Överlevnads-siffrorna i EUROCAR-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 EUROCAR-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.

116 Överlevnad vid tjocktarmscancer

Cancer i tjocktarmen, även kallad koloncancer, är den tredje vanligaste cancersjukdomen hos kvinnor och män. År 2010 fick drygt 4 100 personer tjocktarmscancer, ungefär lika många kvinnor som män. I Sverige lever idag mer än 28 000 personer som har eller har haft tjocktarmscancer. Tjocktarmscancer är ovanligt i åldersgruppen under 49 år och av dem som insjuknar är den stora majoriteten 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 procent för kvin-

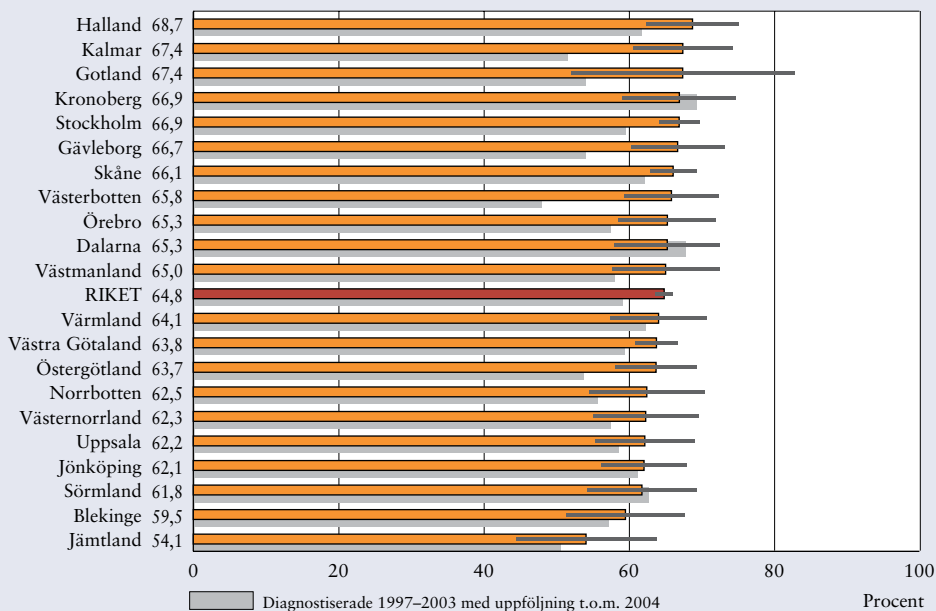


Diagram 116
Kvinnor

5-årsöverlevnad vid tjocktarmscancer. Patienter diagnostiserade 2004–2010 med uppföljning t.o.m. december 2011.

Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen

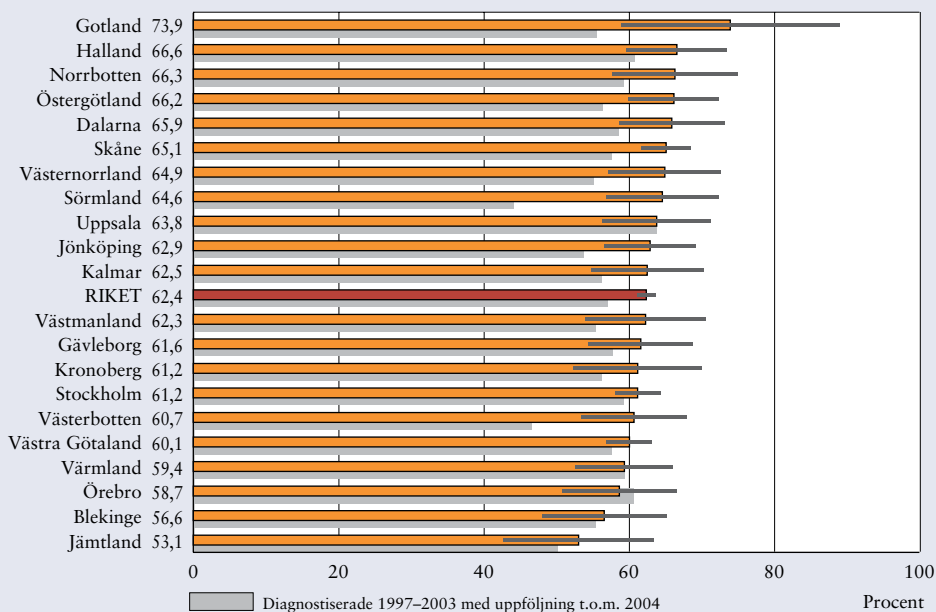


Diagram 116
Män

5-årsöverlevnad vid tjocktarmscancer. Patienter diagnostiserade 2004–2010 med uppföljning t.o.m. december 2011.

Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen

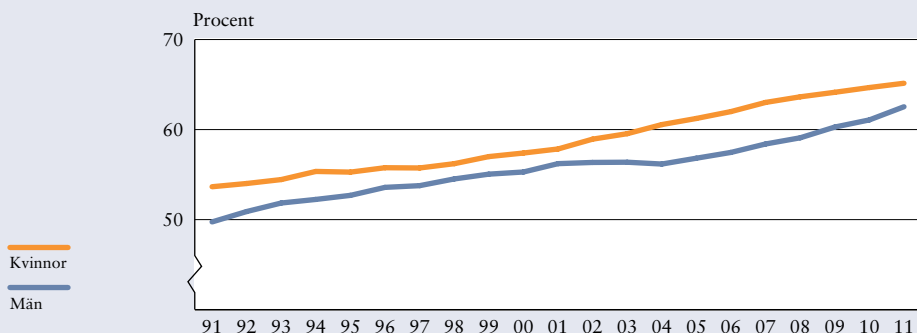


Diagram 116
Riket

5-årsöverlevnad vid tjocktarmscancer.

Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen

nor och 62 procent för män vid en beräkning av fallen 2004–2010. Spridningen mellan landstingen är relativt stor. Antalet tjocktarmscancerfall är relativt få, vilket medför ökad osäkerhet i överlevnadssiffrorna för vissa landsting.

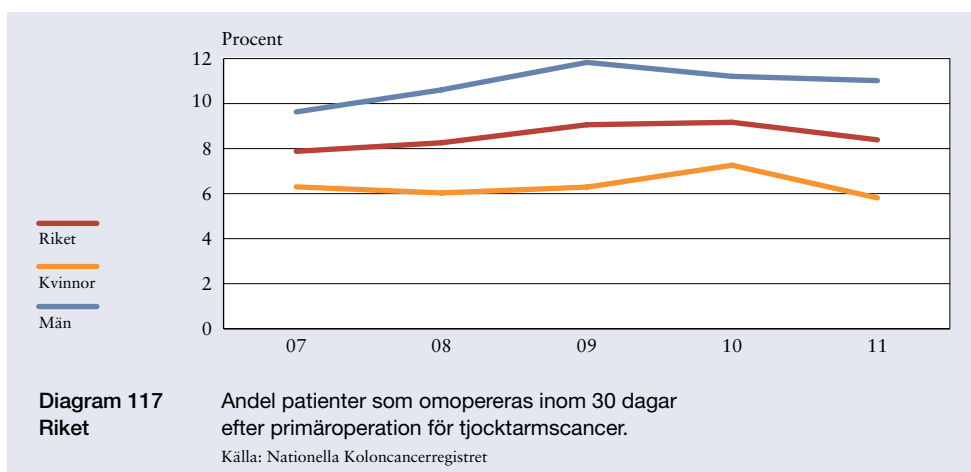
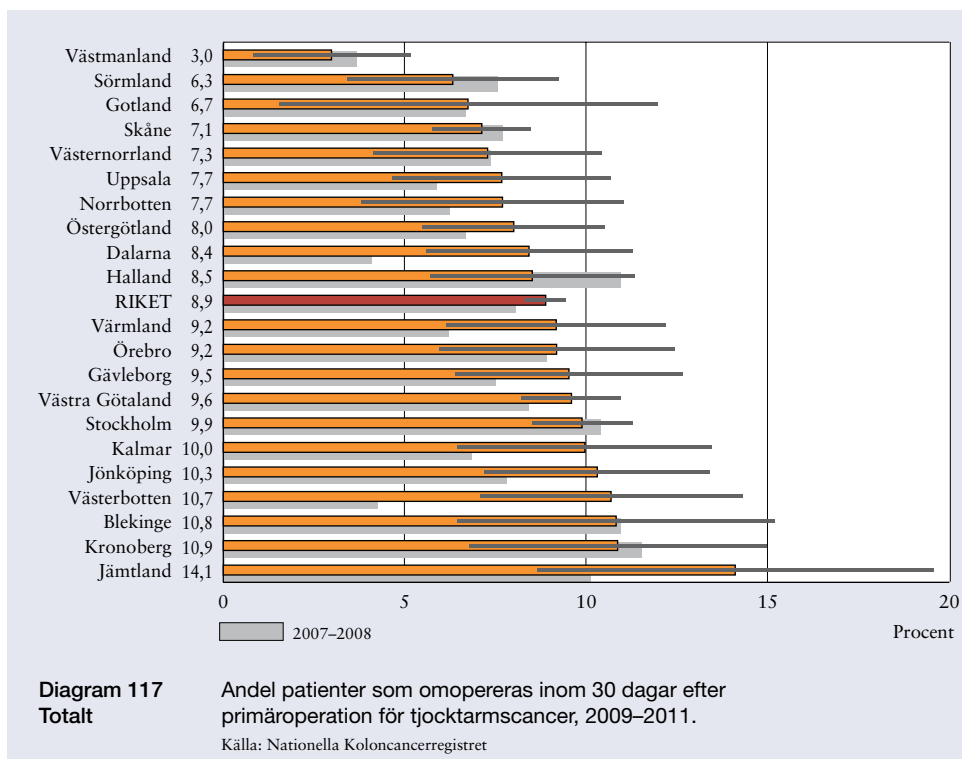
117 Omoperation vid tjocktarmscancer

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 uppdateras för närvarande och kommer att publiceras i mars 2013. Samtidigt publiceras en utvärdering av riktlinjerna. En av indikatorerna som då kommer att följas upp är den som redovisas här – omoperationer inom 30 dagar efter den första operationen.

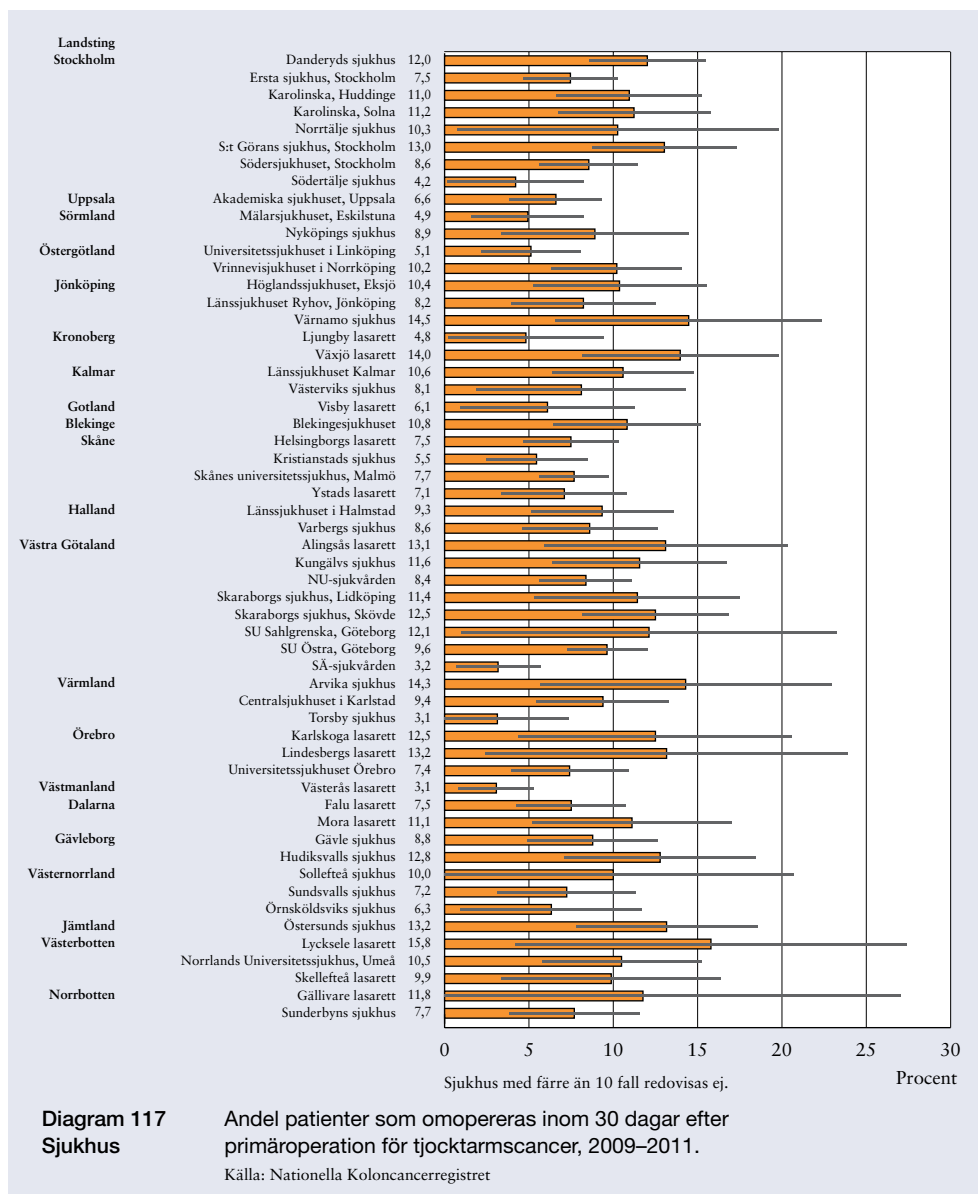
I diagram 117 redovisas andelen omoperationer under 2009–2011. Av de 9 982 personer som primäropererades var det 886 som omopererades, vilket motsvarar 8,9 procent. I mätningen 2007–2009 var andelen 8,7 procent. Andelen varierar mellan landstingen från 3,0 till 14,1 procent. Något fler kvinnor än män primäropererades under perioden, men en högre andel män omopererades: 11,3 procent jämfört med 6,5 procent.

En felkälla är att vissa sjukhus registrerar små operationsingrepp som omoperationer medan andra inte gör det. Andelen omoperationer påverkas även av hur primäroperationen utfördes och av patientens sjuklighet vid operationstillfället.



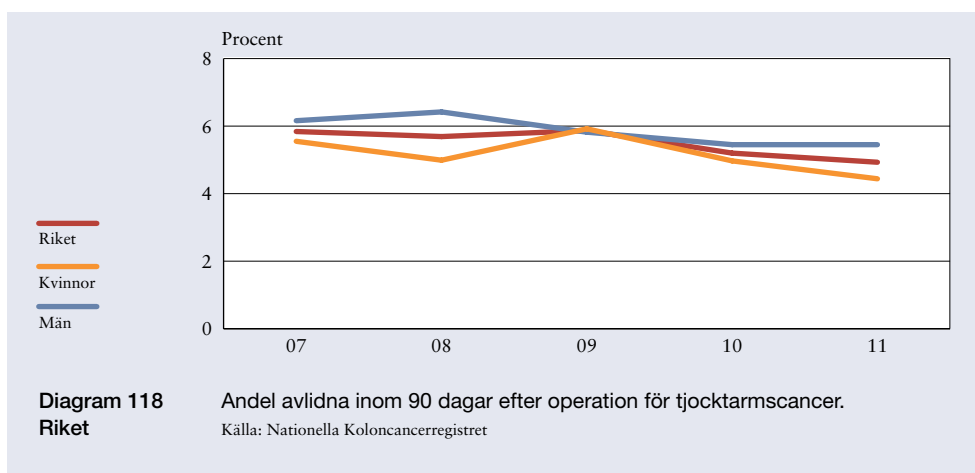
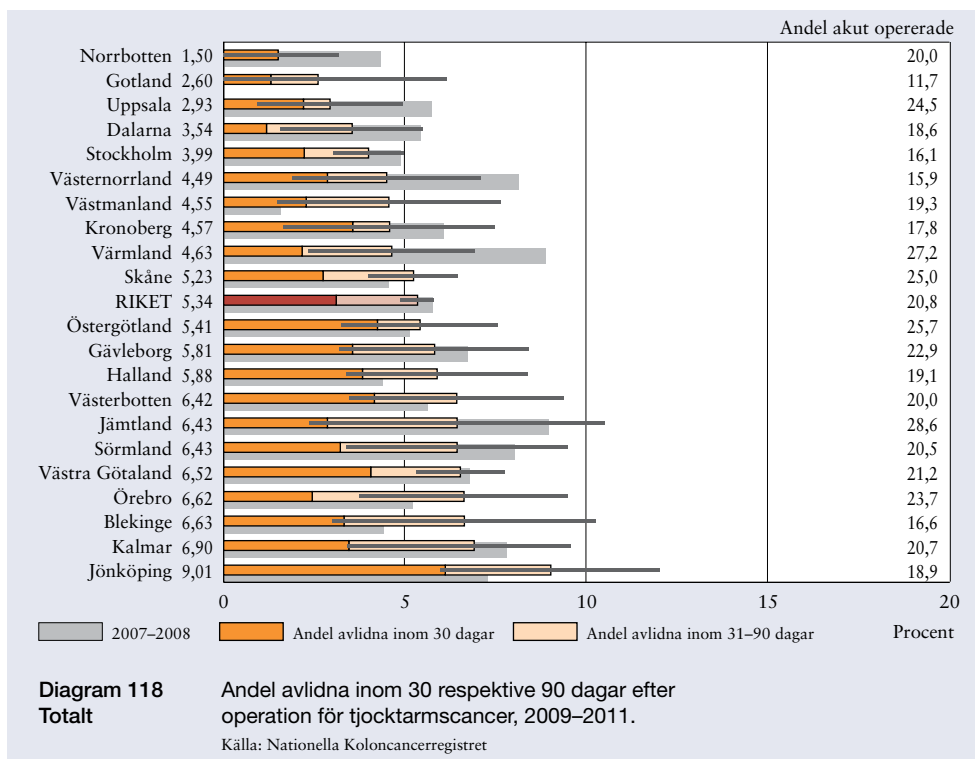
118 Dödlighet vid operation för tjocktarmscancer

Socialstyrelsens nationella riktlinjer för koloncancer uppdateras för närvarande och ska publiceras i mars 2013. Samtidigt publiceras en utvärdering av riktlinjerna. En av indikatorerna som då kommer att följas upp är andelen avlidna inom 30 respektive 90 dagar efter operationen vilket är en viktig indikator för att följa vårdkvaliteten.

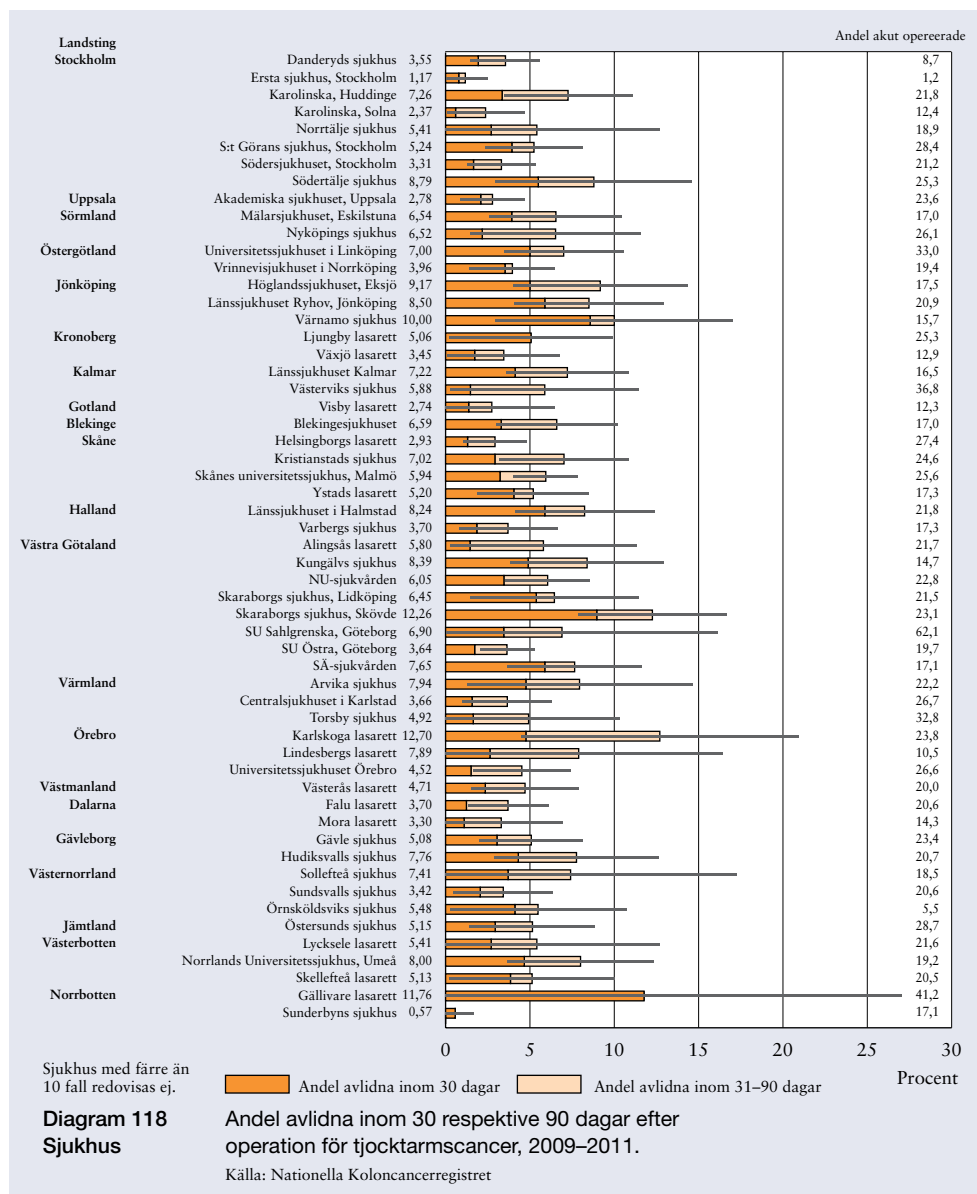


Den speglar urvalet av patienter för operation och omhändertagandet inför, under och efter operationen.

I diagram 118 återges landstingens resultat för perioden 2009–2011. Jämförelsen omfattar 9 003 patienter som under perioden genomgick så kallad resektionskirurgi, vilket omfattar cirka 90 procent av alla som opererades. Något fler kvinnor (4 637) än män (4 396) opererades. Den delade stapeln i diagrammet redovisar utfallet för andelen avlidna inom 30 respektive 90 dagar.



Totalt avled 482 personer inom 90 dagar, vilket motsvarar 5,3 procent av samtliga opererade, med små skillnader mellan män och kvinnor. En något mindre andel än förra mätperioden. Andelen avlidna inom 90 dagar varierande mellan landstingen men den statistiska osäkerheten är stor på grund av få fall. Resultatet för riket är dock i linje med de resultat som förekommer internationellt. Inom 30 dagar avled drygt 3 procent.



Till höger i diagrammet anges andelen patienter som opererades akut och som löper en högre risk för att avlida efter operationen. Av de patienter som avled inom 90 dagar efter operationen hade cirka 21 procent opererats akut.

Andelen avlidna påverkas i viss mån av faktorer som patientens ålder och kön samt cancerens svårighetsgrad, vilket inte justeras för i denna redovisning.

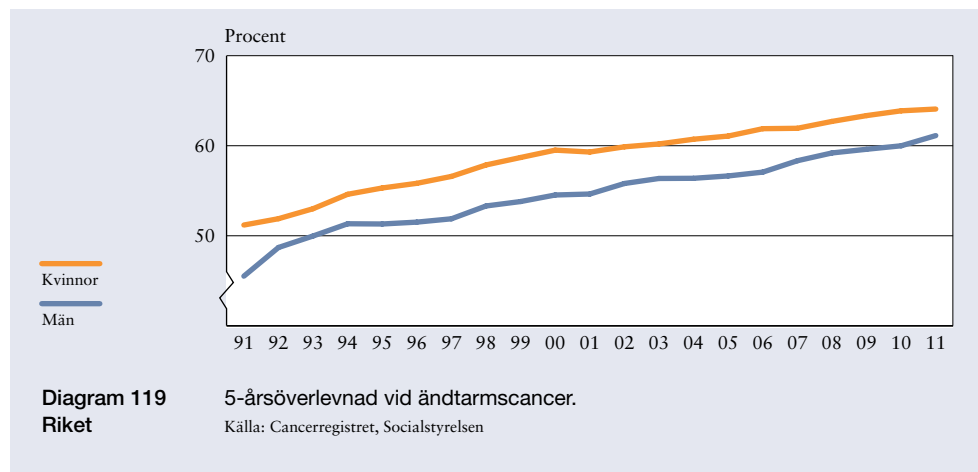
119 Överlevnad vid ändtarmscancer

Cancer i ändtarmen, även kallad rektalcancer, är vanligare bland män än kvinnor och utgör cirka 4 procent av samtliga cancertumörer. År 2010 drabbades 2 103 personer av tjocktarmscancer, 909 kvinnor och 1 194 män. Oftast är man över 60 år när man blir sjuk. Eftersom symtomen ofta visar sig tidigt och de drabbade då kontaktar vården, har många patienter stora chanser att bli botade.

Under 2011 avled cirka 760 personer i ändtarmscancer. Den femåriga relativa överlevnaden är för riket 64 procent för kvinnor och 61 procent för män vid en beräkning av fallen 2004–2010. Antalet fall av ändtarmscancer är litet i många landsting vilket medför ökad osäkerhet i en jämförelse av överlevnadssiffrorna.

Ungefär 82 procent av alla patienter med cancer i ändtarmen opereras med ett stort ingrepp där hela tumören tas bort. Operationerna kan vara olika omfattande och riskfyllda beroende på tumörens läge, lokala utbredning och patientens allmänna hälsotillstånd. Dessutom kan patienten få komplikationer som kräver en omoperation inom relativt kort tid efter den första operationen. En omoperation innebär att man måste göra en ny och oförutsedd operation, exempelvis på grund av en blödning, infektion eller läckage från tarmen. Den andra operationen medför lidande för patienten och ökar risken för ytterligare komplikationer.

Socialstyrelsens nationella riktlinjer för rektalcancer uppdateras för närvarande och kommer att publiceras i mars 2013. Samtidigt publiceras en utvärdering av riktlinjerna. En av indikatorerna som då kommer att följas upp är andelen omoperationer inom 30 dagar efter den första operationen.



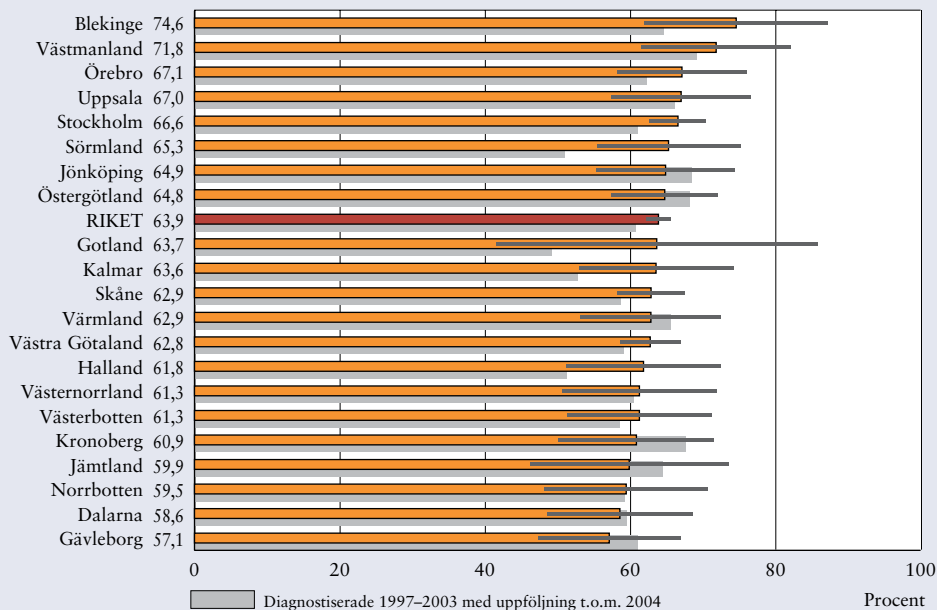


Diagram 119 5-årsöverlevnad vid ändtarmscancer. Patienter diagnostiserade 2004–2010 med uppföljning t.o.m. december 2011.

Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen

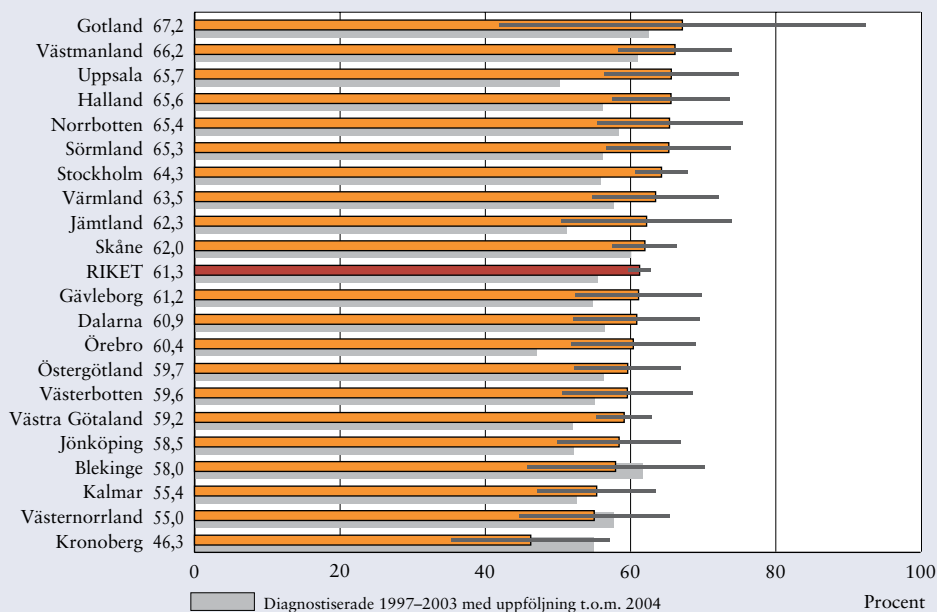
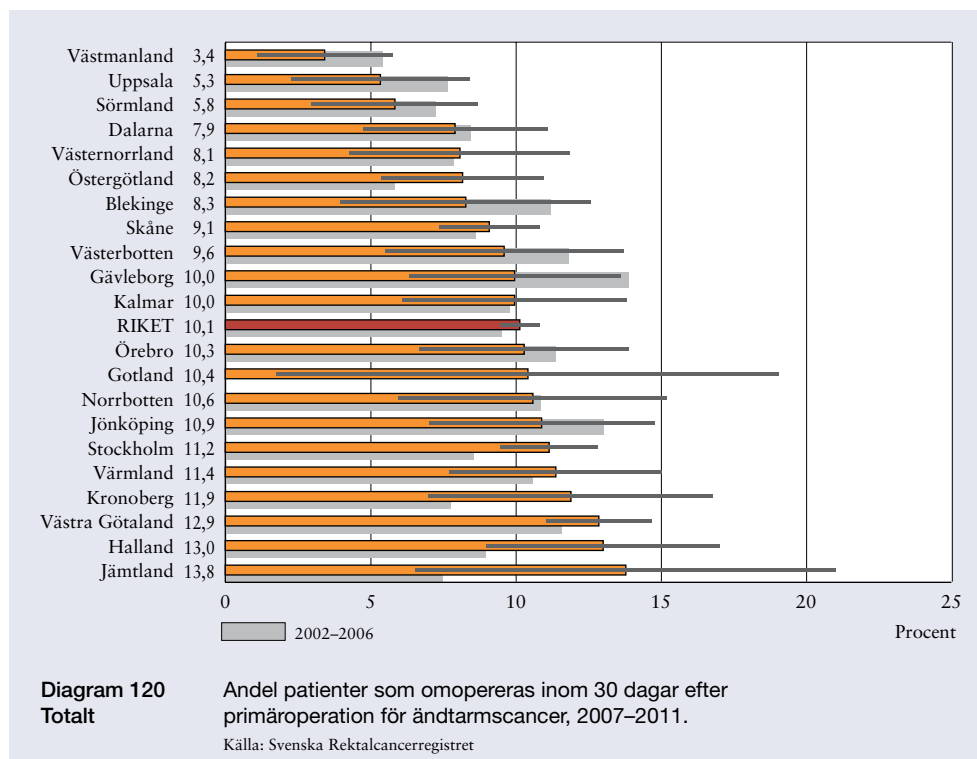


Diagram 119 5-årsöverlevnad vid ändtarmscancer. Patienter diagnostiserade 2004–2010 med uppföljning t.o.m. december 2011.

Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen

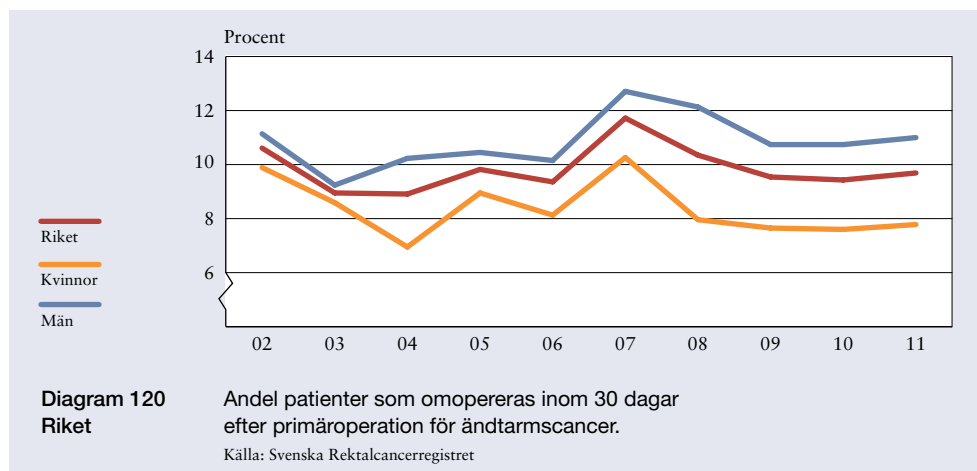


120 Omoperation vid ändtarmscancer

Ungefär 82 procent av alla patienter med cancer i ändtarmen opereras med ett stort ingrepp där hela tumören tas bort. Operationerna kan vara olika omfattande och riskfyllda beroende på tumörens läge, lokala utbredning och patientens allmänna hälsotillstånd. Dessutom kan patienten få komplikationer som kräver en omoperation inom relativt kort tid efter den första operationen. En omoperation innebär att man måste göra en ny och oförutsedd operation, exempelvis på grund av en blödning, infektion eller läckage från tarmen. Den andra operationen medför lidande för patienten och ökar risken för ytterligare komplikationer.

Socialstyrelsens nationella riktlinjer för rektalcancer uppdateras för närvarande och kommer att publiceras i mars 2013. Samtidigt publiceras en utvärdering av riktlinjerna. En av indikatorerna som då kommer att följas upp är andelen omoperationer inom 30 dagar efter den första operationen.

I diagram 120 redovisas andelen omoperationer under 2007–2011. Av de 7 655 personer som primäropererades var det 776 som omopererades, vilket motsvarar 10,1 procent. Andelen varierar mellan landstingen från 3,4 till 13,8 procent. Andelen omopererade har i riket legat på denna nivå under de senaste åren. Jämfört med perioden 2002–2006 kan såväl förbättringar som försämringar ses i olika landsting. Fler män än kvinnor omopererades, 11,5 procent respektive 8,2 procent.



En felkälla är att vissa sjukhus registrerar små operationsingrepp som omoperationer medan andra inte gör det. Andelen omoperationer påverkas även av hur primäroperationen utfördes och av patientens sjuklighet vid operationstillfället.

121 Dödlighet vid operation för ändtarmscancer

Socialstyrelsens nationella riktlinjer för rektalcancer uppdateras för närvarande och kommer att publiceras i mars 2013. Samtidigt publiceras en utvärdering av riktlinjerna. En av indikatorerna som då kommer att följas upp är 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 121 återges landstingens resultat för perioden 2009–2011. Jämförelsen omfattar alla de 4 033 patienter, varav 2 432 män, som genomgick så kallad resektionskirurgi, vilket motsvarar nästan 90 procent av alla som opererades för ändtarmscancer. Totalt 115 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 inom 90 dagar efter operationen, 3,2 respektive 2,3 procent under perioden.

Andelen avlidna påverkas i viss mån av faktorer som patientens ålder och kön samt cancerens svårighetsgrad, vilket inte hänsyn tas i denna redovisning.

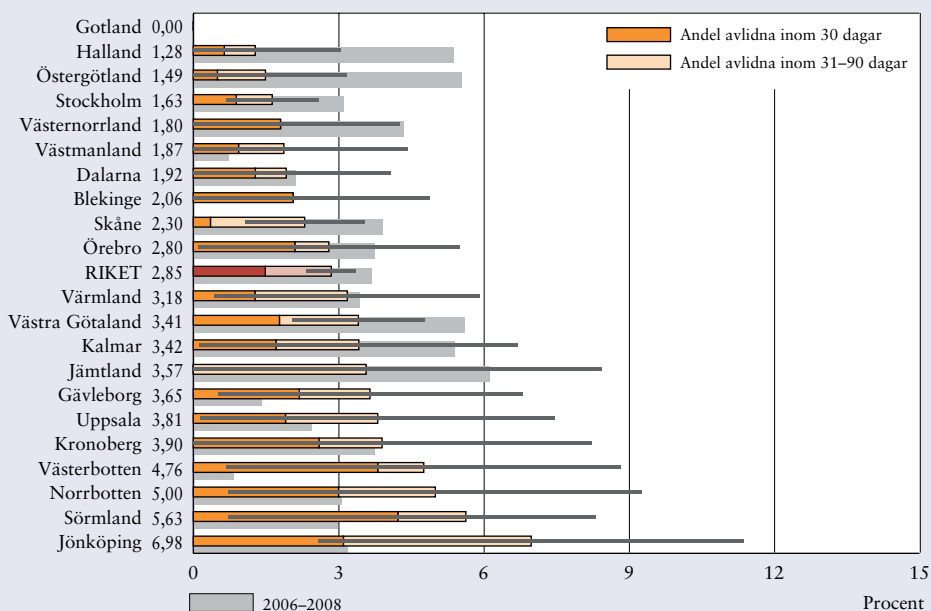


Diagram 121
Totalt

Andel avlidna inom 30 respektive 90 dagar efter operation för ändtarmscancer, 2009-2011.

Källa: Svenska Rektalcancerregistret

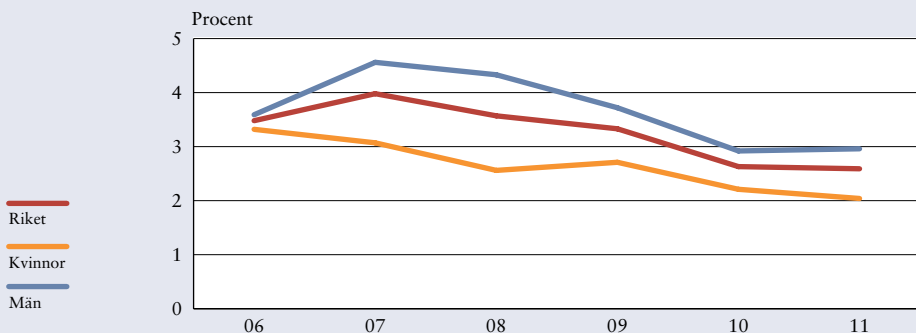
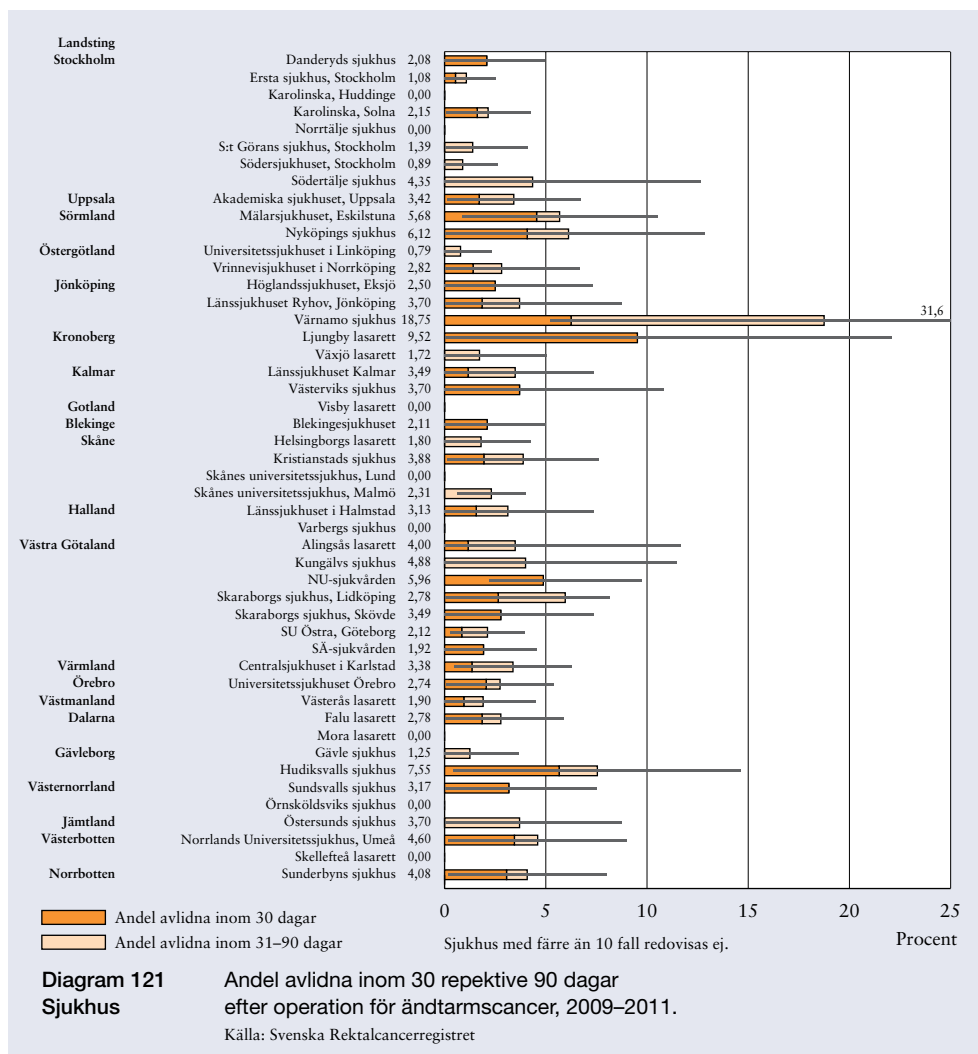


Diagram 121
Riket

Andel avlidna inom 90 dagar efter operation för ändtarmscancer.

Källa: Svenska Rektalcancerregistret



122 Överlevnad vid bröstcancer

Bröstcancer är den vanligaste cancersjukdomen hos medelålders kvinnor. År 2010 fick 7 917 kvinnor och 33 män diagnosen och i Sverige lever idag omkring 88 800 kvinnor som har eller har haft bröstcancer. Risken att få en bröstcancerdiagnos före 75 års ålder är cirka 10 procent. Bröstcancer är ovanlig före 35–40 års ålder, därefter ökar risken med högre ålder. Majoriteten av bröstcancerpatienterna får sin diagnos före 65 års ålder. År 2010 avled 1 401 kvinnor och 15 män i bröstcancer. 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 89 procent vid en beräkning av fallen 2004–2010. Den förbättrade överlevnaden beror dels på att

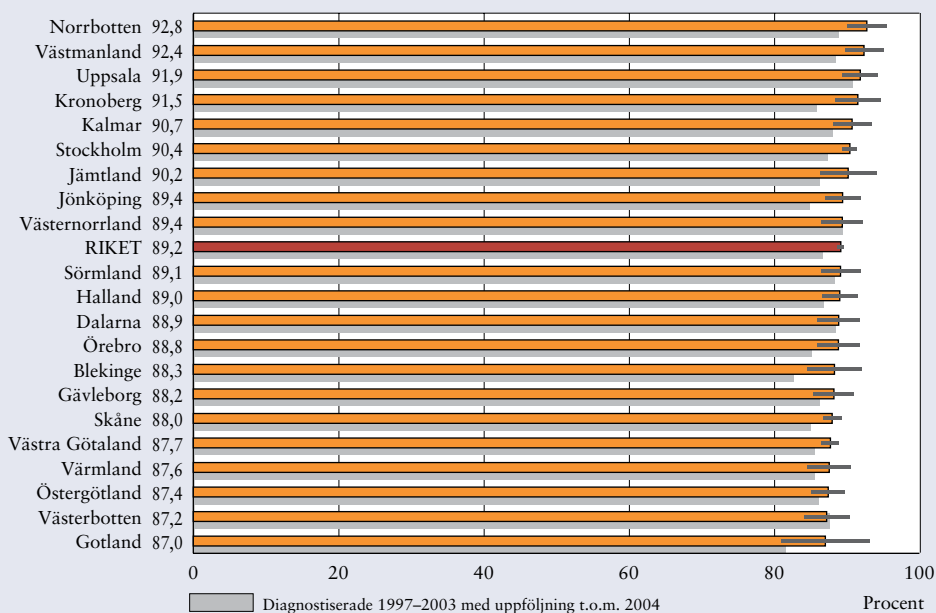


Diagram 122
Kvinnor

5-årsöverlevnad vid bröstcancer. Patienter diagnostiserade 2004–2010 med uppföljning t.o.m. december 2011.

Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen

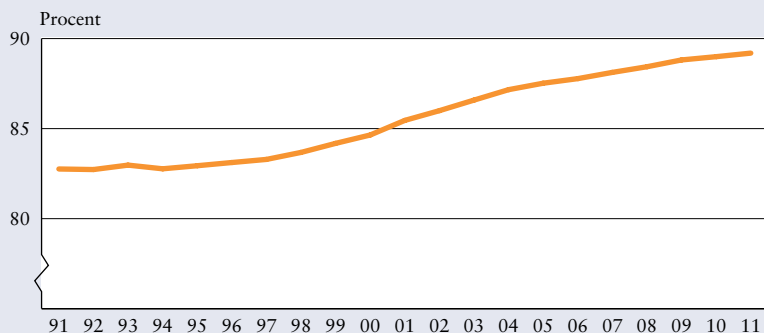


Diagram 122
Riket

5-årsöverlevnad vid bröstcancer.

Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen

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.

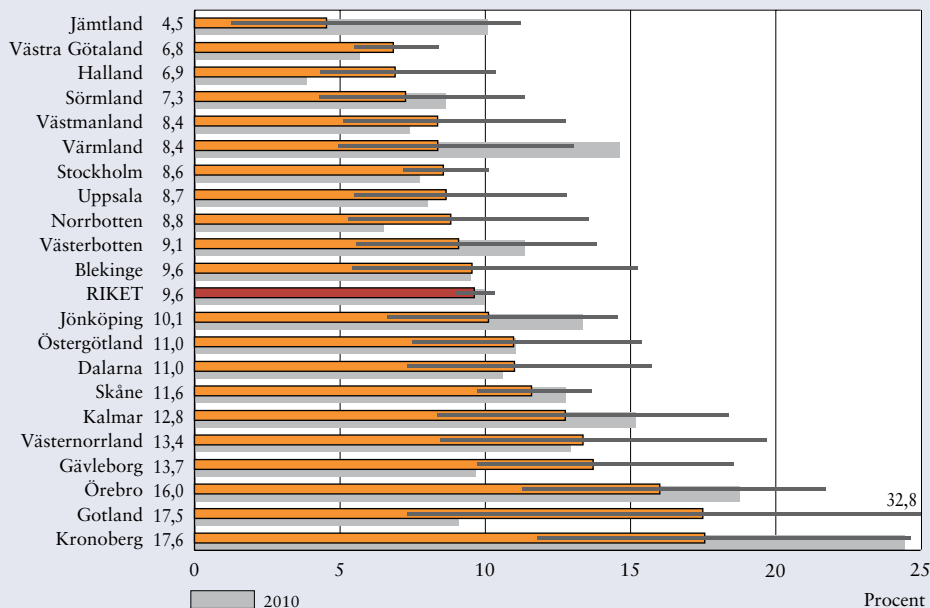


Diagram 123
Kvinnor

Andel kvinnor med bröstcancer som omopereras på grund av tumördata, 2011.

Källa: Nationella Bröstcancerregistret

Diagram 122 visar att det är liten skillnad mellan landstingen, med en variation från 87 till 93 procents femårsöverlevnad. Detta tyder på att bröstcancervården i landets olika delar bedrivs med hög och relativt likvärdig kvalitet. I tidigare analyser har skillnaderna mellan landstingen varit större, bland annat beroende på att landstingen med sämre överlevnad inte hade startat med mammografiscreening vid den tidpunkten.

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

123 Omoperation vid bröstcancer på grund av tumördata

Över 90 procent av alla bröstcancerfall opereras. Efter en operation vid bröstcancer skickas den borttagna tumören tillsammans med omgivande vävnad (till exempel lymfkörtlar) för patologisk anatomisk diagnostik (PAD). Om analysen visar att det finns tumörceller kvar i bröstet (så kallade multipla tumörer) eller cancer inom ett större område än tidigare känt rekommenderas en omoperation för att minska risken för återfall i cancersjukdomen. Den andra operationen kan innebära ett lidande för patienten.

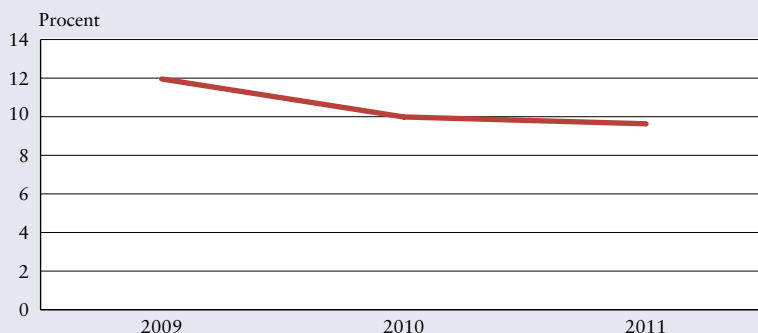


Diagram 123
Riket

Andel kvinnor med bröstcancer som omopereras på grund av tumördata.
Källa: Nationella Bröstcancerregistret

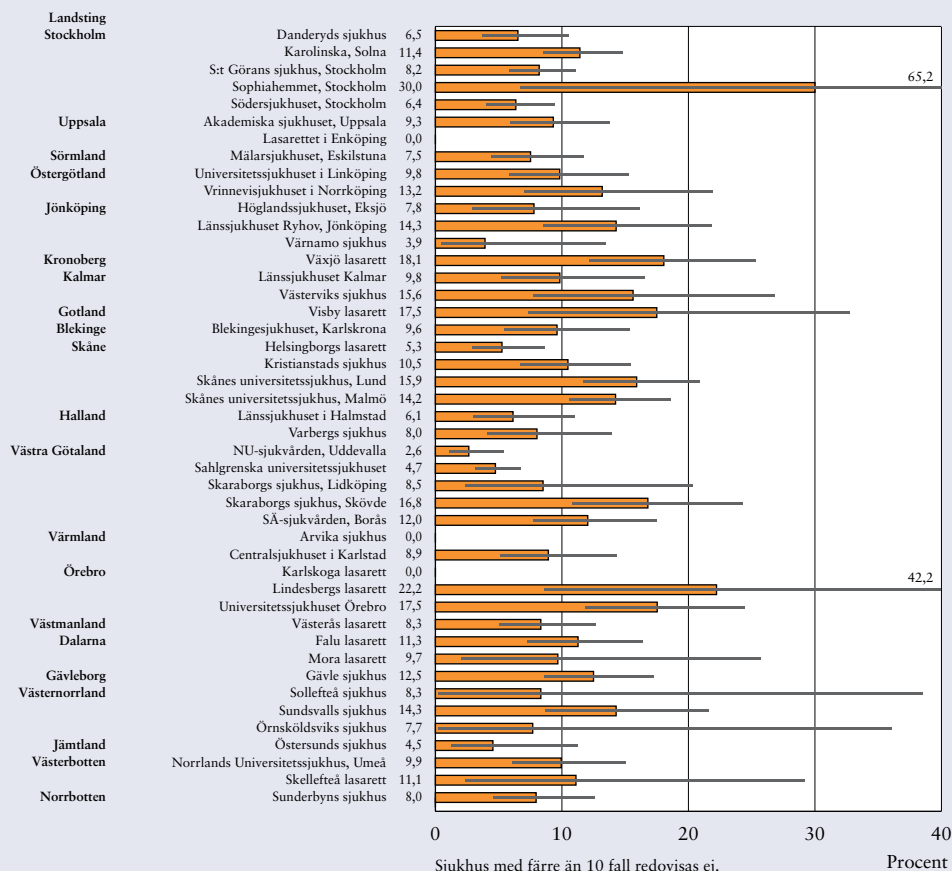


Diagram 123
Sjukhus

Andel kvinnor med bröstcancer som omopereras på grund av tumördata, 2011.
Källa: Nationella Bröstcancerregistret

Socialstyrelsens nationella riktlinjer för bröstcancervård uppdateras för närvarande och kommer att publiceras i mars 2013. Samtidigt publiceras en utvärdering av riktlinjerna. En av de indikatorer som kommer att följas upp är andelen patienter som omopereras på grund av tumördata. Den här indikatorn mäter både kvaliteten på malignitetsutredningen före operationen och hur väl kirurgen lyckades avlägsna tumören vid operationen.

Diagram 123 visar andelen kvinnor som omopererades på grund av tumördata år 2011. Jämförelsen omfattar 7 370 kvinnor och av dem omopererades 710, vilket motsvarar 9,6 procent. Jämfört med 2009 kan en minskning ses, andelen omopererade år 2009 var 11,9. Landstingens värden varierar mellan 4,5–17,6 procent.

Underlaget bygger på relativt få uppgifter, vilket gör att konfidensintervallen är breda. Dessutom kan det finnas fel som beror på att vissa sjukhus inte rapporterar alla sina omoperationer till bröstcancerregistret. Resultatet bör även relateras till i vilken grad bröstbevarande kirurgi har utförts vilket ökar risken för omoperation. Likaså i vilken utsträckning den första operationen syftade till att bekräfta cancerdiagnos.

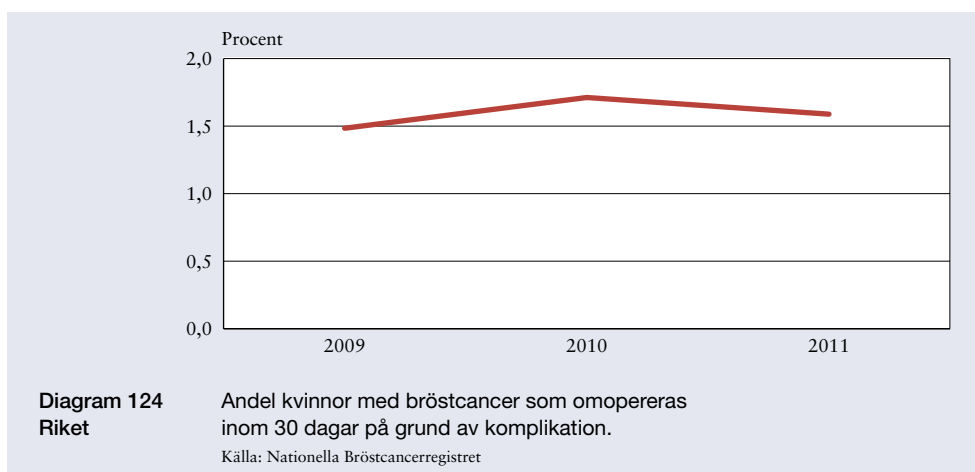
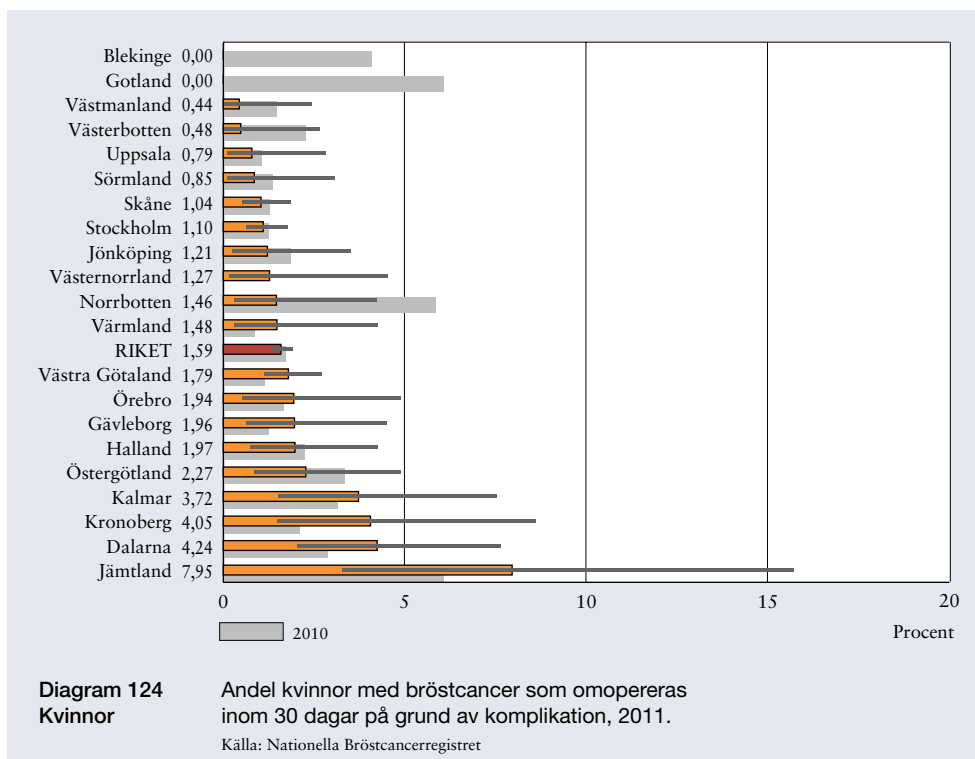
Enligt Svensk Förening för Bröstkirurgi (SFBK) bör den kirurgiska behandlingen vara så definitiv som möjligt för att patienten ska slippa en ny operation, och mindre än 10 procent av patienterna bör genomgå en omoperation på grund av tumördata. Cirka hälften av landstingen når denna nivå vid årets jämförelse.

124 Omoperation vid bröstcancer på grund av komplikation

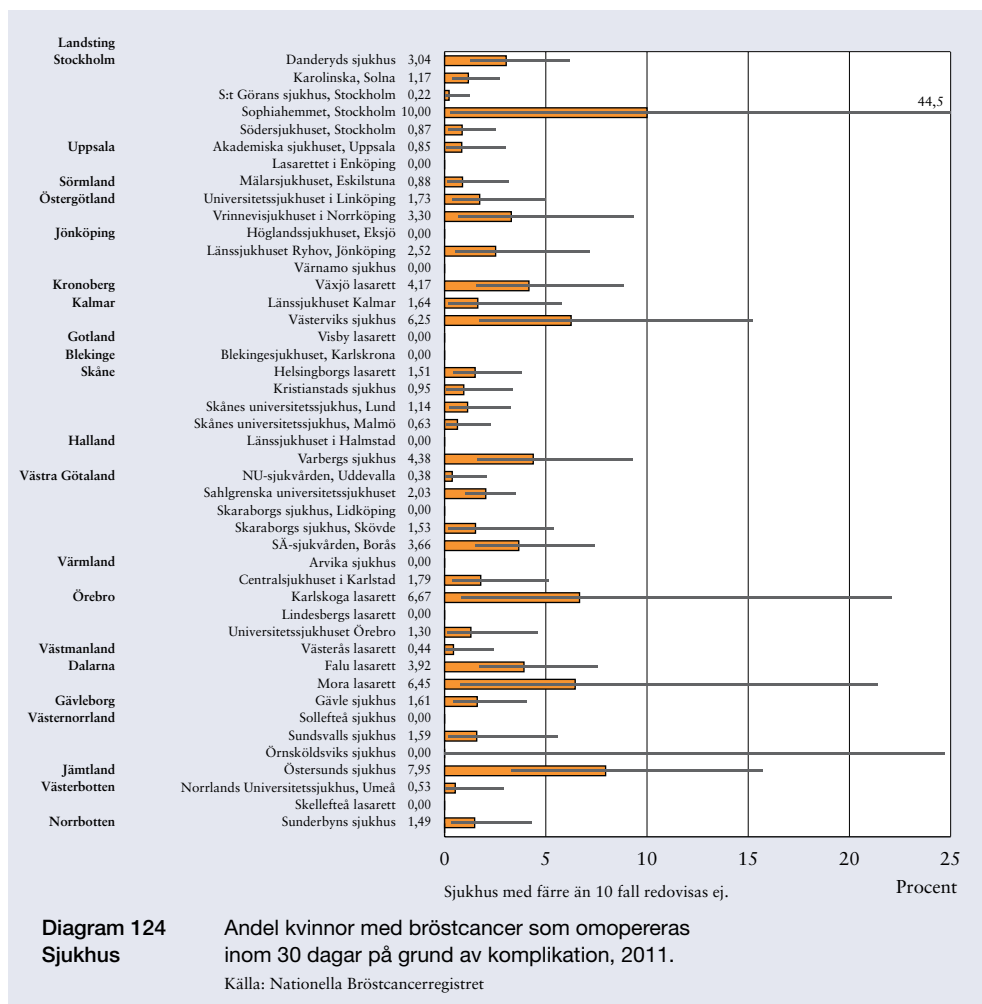
Mer än 90 procent av patienterna med bröstcancer opereras, vilket innebär att kirurgi är den primära åtgärden. Operationerna kan vara olika omfattande beroende på tumörens läge, mikroskopiska bild och patientens allmänna hälsotillstånd. Dessutom kan patienten drabbas av komplikationer som kräver en omoperation inom relativt kort tid efter den första operationen. En omoperation innebär att man måste göra en ny och oförutsedd operation, exempelvis på grund av en blödning, som oftast inträffar inom det första dygnet efter operationen, eller en infektion, vars symtom uppkommer inom en vecka.

Bröstcancerregistrets uppföljning visar att de flesta omoperationer berodde på blödningar inom det första dygnet. Eftersom bröstkirurgi är en så kallad ren operation bör infektioner vara sällsynta, och det var också mycket få omoperationer som gjordes på grund av en sårinfektion. Infektioner som inte leder till omoperationer registreras dock inte i registret.

Socialstyrelsens nationella riktlinjer för bröstcancervård uppdateras för närvarande och kommer att publiceras i mars 2013. Samtidigt publiceras en utvärdering av riktlinjerna. En av de indikatorer som kommer att följas upp är andelen patienter som omopereras inom 30 dagar på grund av komplikation efter den första operationen en av de indikatorer som är viktiga att följa upp.



I diagram 124 redovisas andelen omoperationer under 2011. Av de 7 366 kvinnor som primäropererades var det 117 som omopererades, vilket motsvarar 1,6 procent. Andelen omoperationer har varit i stort sett oförändrad de senaste åren. Landstingens värden varierade men den statistiska osäkerheten är stor på grund av mycket få fall.



125 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 bröstcancervårdkedjan är utformad lokalt. I vissa landsting är till exempel utredningen påbörjad eller redan avslarad innan patienten remitteras till specialistkliniken för behandling.

Efter operationen skickas den borttagna tumören tillsammans med omgivande vävnad för patologisk anatomisk diagnostik (PAD), en vävnads- och cellanalys. SFBK har målsättningen att patienten bör få ett besked inom en vecka efter operationen. Väntetiden påverkas av tillgången till patologer och av de rutiner som finns för att hantera prover och provsvar.

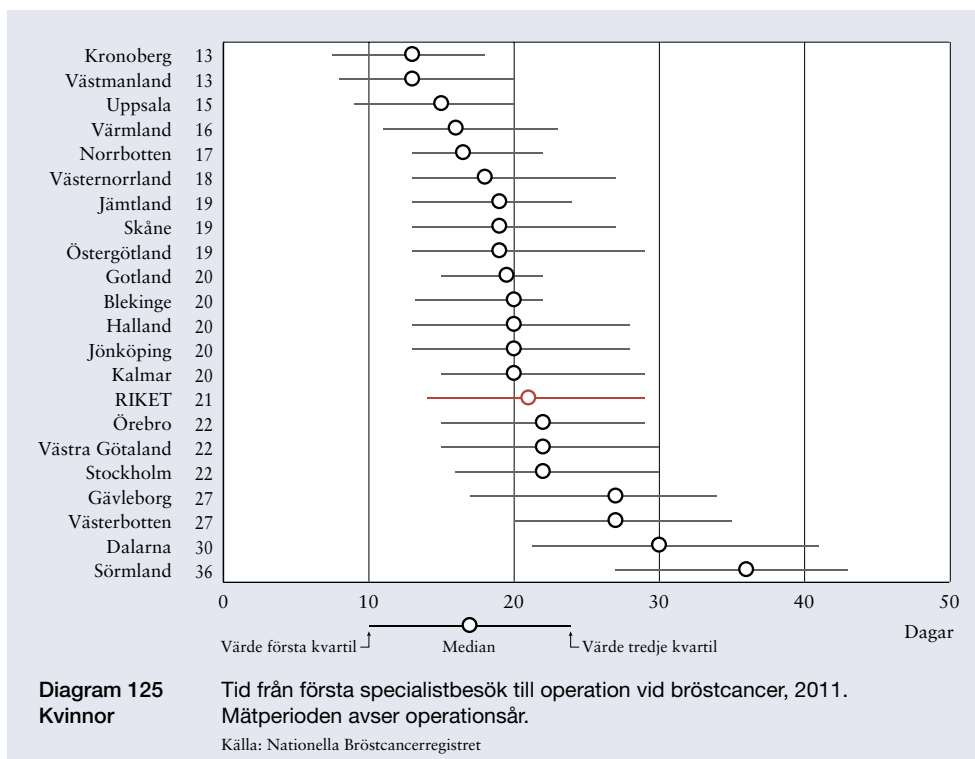


Diagram 125 visar medianväntetiden från det första besöket hos en specialist, i detta fall en kirurg, till dagen för operationen. Väntetiden mellan besök och operation gäller primäroperationer och omfattar 7301 kvinnor.

Medianväntetiden för en kvinna är 21 dagar från första besöket hos en specialist till operation. Det är stor variation mellan landstingen. Urvalet är de som fått kirurgi som första behandling under 2011.

126 Överlevnad vid lungcancer

Lungcancer är den femte vanligaste cancerformen i Sverige och 2010 fick 3 568 personer lungcancer, 1 739 kvinnor och 1 829 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 126 visas per landsting 1-årsöverlevnaden för två olika tidsperioder. 1-årsöverlevnaden är cirka 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. I detta fall är beräkningen gjord på fall 2004–2010 med upp-

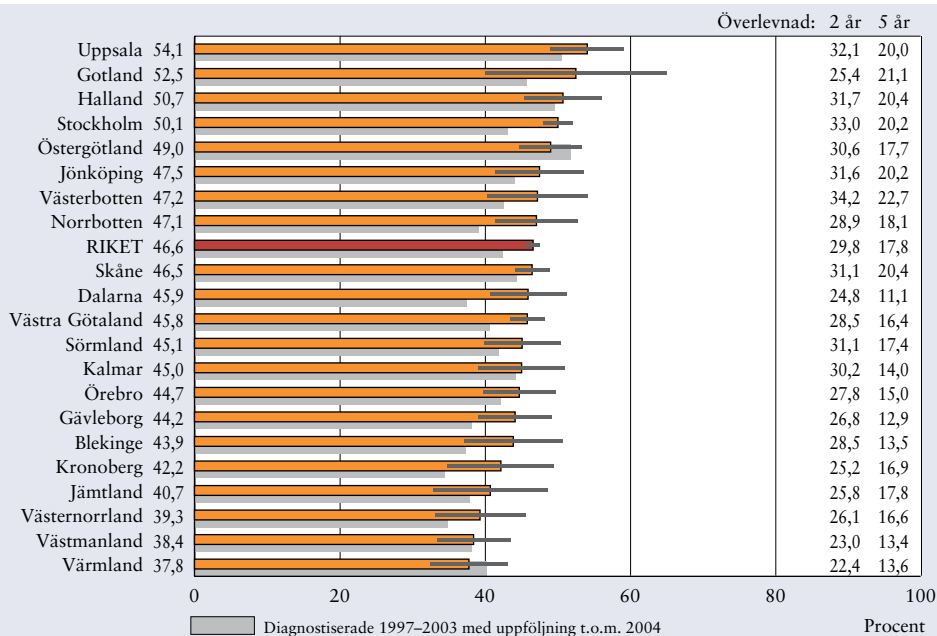


Diagram 126 1-årsöverlevnad vid lungcancer. Patienter diagnostiserade 2004-2010 med uppföljning t.o.m. december 2011.

Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen

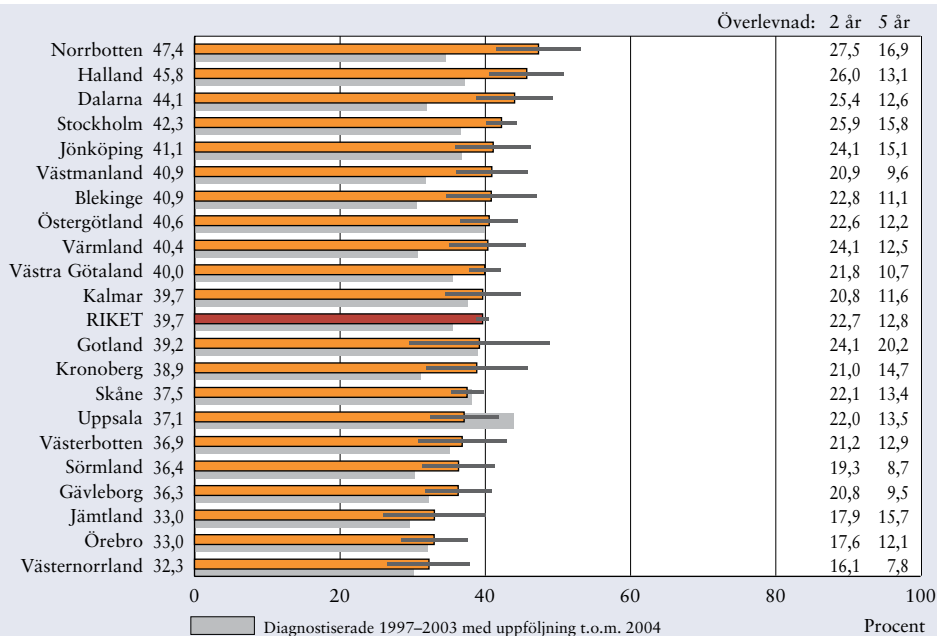
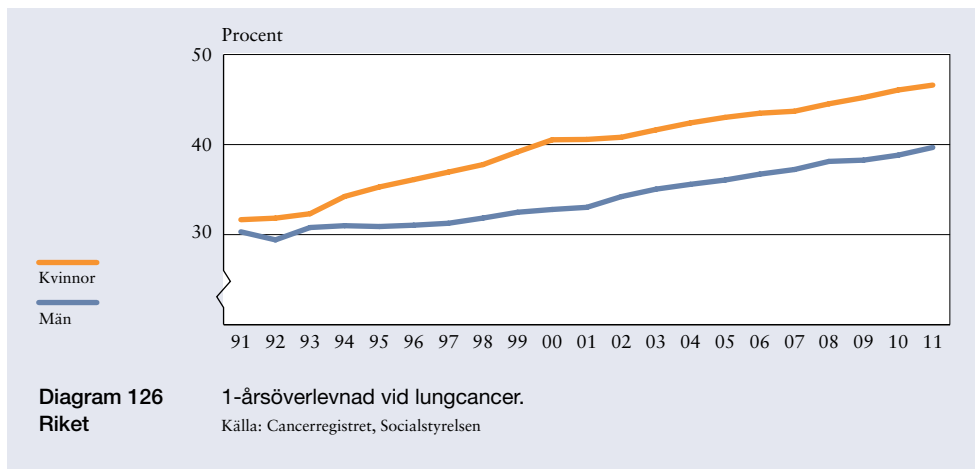


Diagram 126 1-årsöverlevnad vid lungcancer. Patienter diagnostiserade 2004-2010 med uppföljning t.o.m. december 2011.

Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen



följning till 2011. I stort sett alla landsting visar på en högre överlevnad jämfört med den tidigare redovisade perioden.

Den relativa 2-årsöverlevnaden för lungcancer är för kvinnor cirka 30 procent och för män 23 procent. Den relativa 5-årsöverlevnaden är cirka 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.

127 Multidisciplinär konferens vid lungcancer

Inför primärbehandlingen av lungcancer genomförs en multidisciplinär konferens, en omfattande granskning av cancersjukdomen för att man ska kunna optimera behandlingen. I konferensen deltar specialister från flera discipliner, exempelvis kirurg, onkolog, lungmedicinsk specialist, radiolog och patolog samt kontaktsjuksköterska. En multidisciplinär konferens är särskilt viktig när det är svårt att bedöma nyttan av en operation, strålbehandling och läkemedelsbehandling, och flera behandlingar kan behöva kombineras. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för lungcancervård har en multidisciplinär konferens inför behandlingsstarten av en nypptäckt lungcancer fått en hög prioritet.

Indikatoren visar andelen patienter som bedömdes vid en multidisciplinär konferens inför primärbehandlingen. Resultaten speglar om sjukhuset och regionen har en struktur för omhändertagandet av patienter med lungcancer och i vilken grad denna erbjuds.

Diagram 127 visar att av 9 927 diagnostiserade patienter åren 2008–2010 var det 59 procent som bedömdes vid en multidisciplinär konferens. Variationen är dock

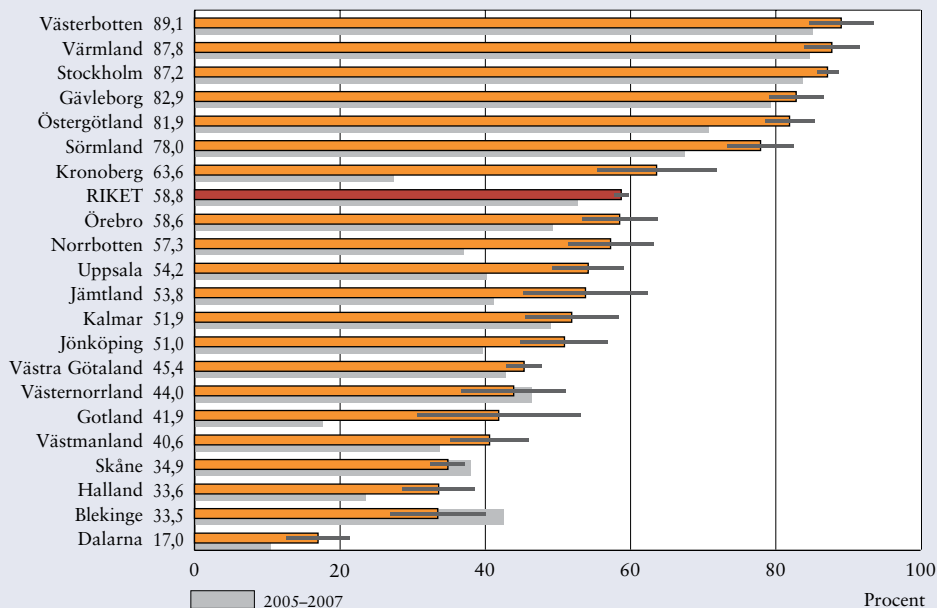


Diagram 127 Andel patienter där multidisciplinär konferens görs inför primärbehandling av lungcancer, 2008–2010.
Totalt Källa: Nationellt lungcancerregister

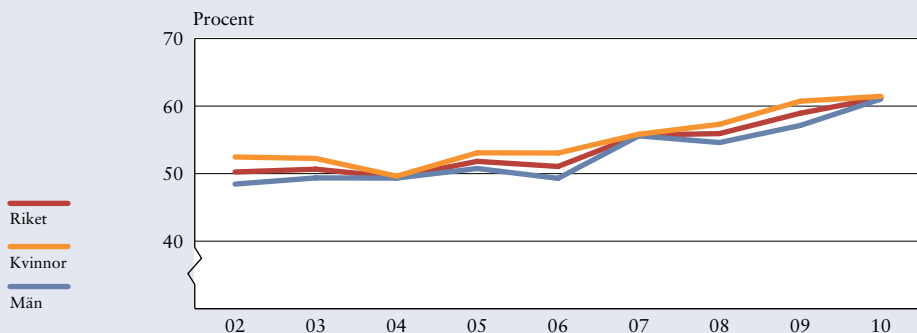
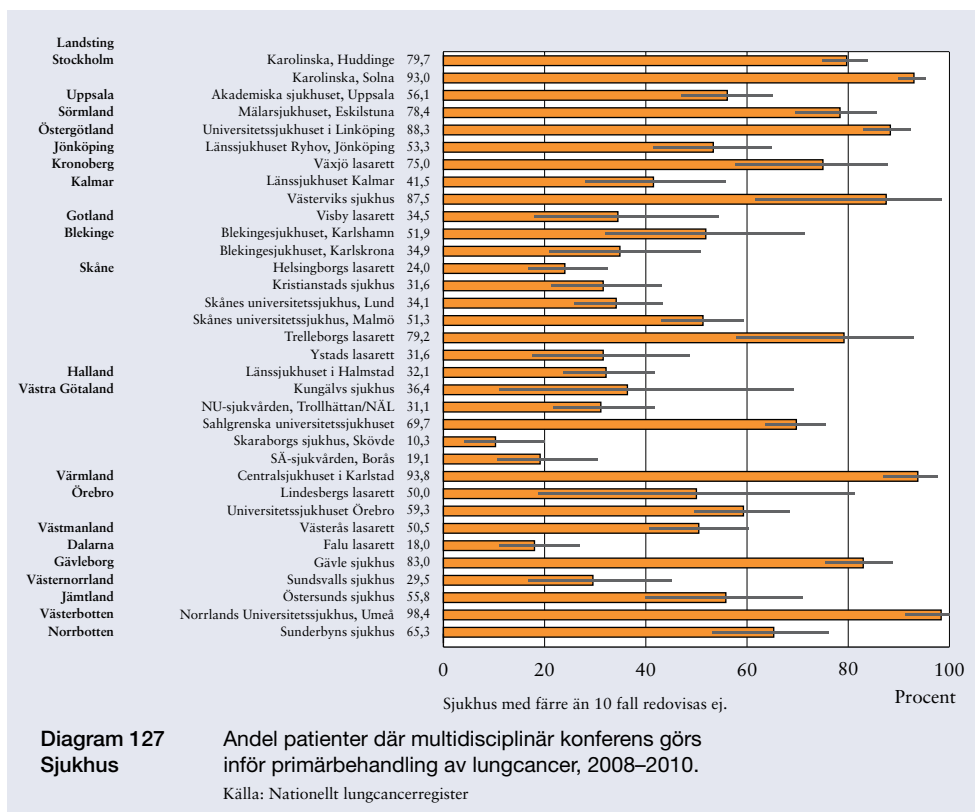


Diagram 127 Andel patienter där multidisciplinär konferens görs inför primärbehandling av lungcancer.
Riket Källa: Nationellt lungcancerregister

mycket stor mellan landstingen från 17 till 89 procent. Det är något fler kvinnor än män som bedöms vid en sådan konferens.

Enligt Socialstyrelsens riktlinjer är målnivån 74 procent, men det är få landsting som når upp till detta mål. I riktlinjerna står att alla landsting bör kunna uppnå den nivån och att den på sikt bör höjas ännu mer.



128 Tid till behandlingsbeslut vid lungcancer

En viktig indikator för omhändertagandet av lungcancerpatienter är tiden från det att en remiss inkommer till den utredande kliniken (en specialistklinik) fram till dagen för beslutet om behandling. Jämförelsen gäller tiden från det att remissen kommer till specialistkliniken, eller från det att patienten själv tar kontakt med kliniken. Väntetiden omfattar tiden för utredning och diagnosställning till dess att beslutet om behandlingsinsatserna har fattats, exempelvis vid en multidisciplinär konferens. Specialistkliniken är vanligtvis en lungmedicinsk eller onkologisk klinik. Enligt Svenska lungcancergruppen bör väntetiden vara maximalt 28 dagar för minst 80 procent av patienterna.

Diagram 128 visar antalet dagar som 25, 50 och 75 procent av patienterna fick vänta, från remissankomsten till beslutet om behandling, år 2010. Jämförelsen baseras på 3335 registrerade patienter. 25 procent av patienterna fick ett behandlingsbeslut inom 16 dagar, 50 procent inom 31 dagar och 75 procent inom 54 dagar. Ytterligare 25 procent av patienterna fick vänta längre än 54 dagar. Medianväntetiden för riket var hade förbättrats något jämfört med år 2009. Skillnaderna mellan landstingen var stora och medianen (då minst 50 procent av patienterna hade fått ett behandlingsbeslut) varierar mellan 18–43 dagar.

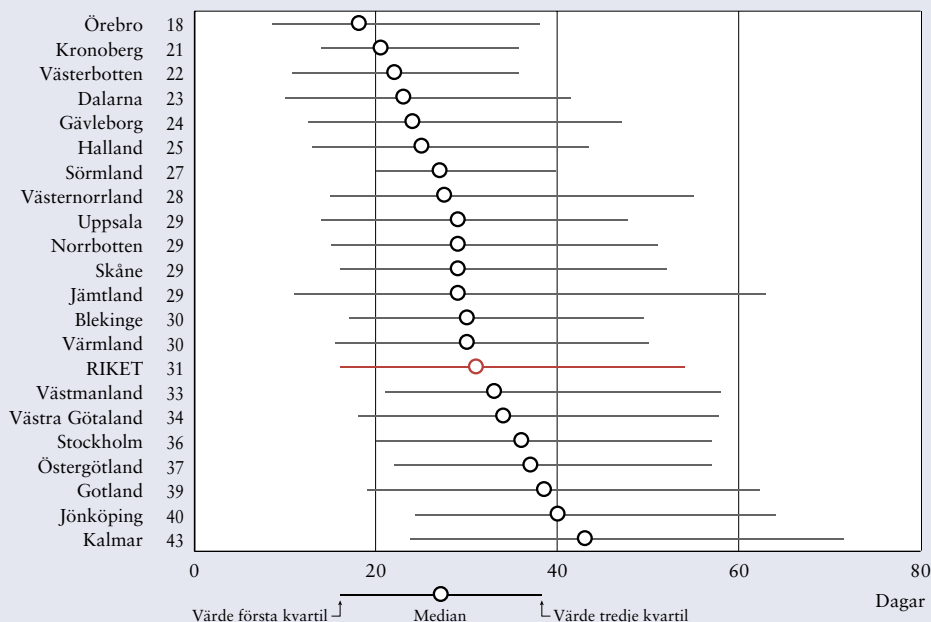


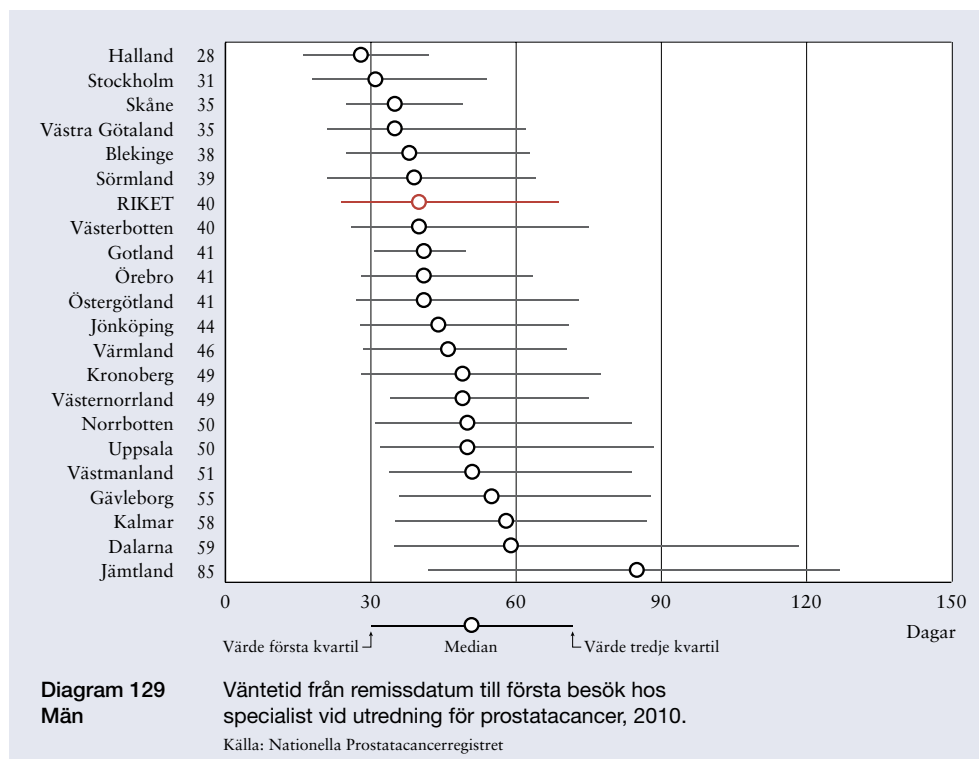
Diagram 128
Totalt
 Väntetid från remissankomst till specialistklinik till beslut om behandling för lungcancer, 2010.
 Källa: Nationellt lungcancerregister

129 Tid till besök vid prostatacancer

Prostatacancer är den vanligaste cancersjukdomen i Sverige och står för drygt 36 procent av all cancersjukdom hos män. År 2010 diagnostiserades 9 697 fall och i Sverige lever idag väl över 75 000 män som har eller har haft prostatacancer. Var tionde man i Sverige diagnostiseras med prostatacancer under sin livstid och hälften av alla männen som diagnostiseras är under 70 år vid diagnostillfället. Risken att avlida av prostatacancer beror på tumörens stadium och grad. Allt fler män diagnostiseras i dag med små och väldifferentierade tumörer. Den relativa femårsöverlevnaden har därför ökat och är nu 86,5 procent. År 2010 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.

Enligt den nationella vårdgarantin ska remitterade patienter få sitt första specialistläkarbesök inom 90 dagar från det att remissen skickas. Prostatacancer är oftast en långsamväxande tumör, vilket innebär att väntetiden sällan är avgörande för behandlingens resultat. Till viss del kan man också bedöma behovet av en snabb ut-

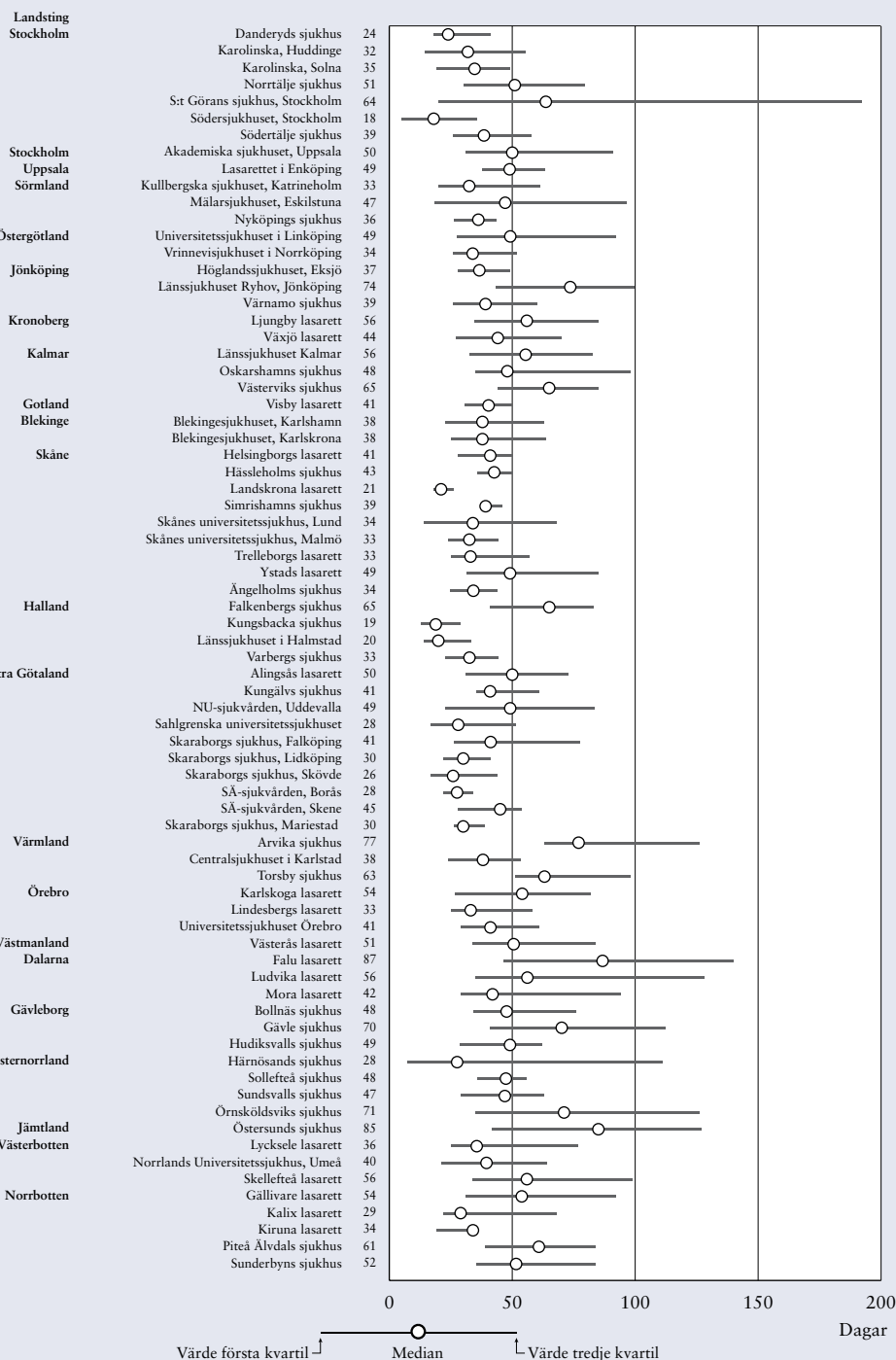


redning med hjälp av PSA-värdet som speglar tumörens utbredning. Men det första besöket bör ändå komma snabbt eftersom en lång väntetid innebär onödig oro för patienten.

Indikatorn visar tiden från det att remissen inkommer till urologkliniken eller patienten själv kontakter urologen, till dagen för det första besöket hos specialistläkaren. Jämförelsen baseras på 7 468 män och avser 2010. Alla dessa män visade sig ha prostatacancer och förekommer därför i registret. Därutöver fanns ett antal med män misstänkt cancer som besökte specialist, men som visade sig vara cancerfria och därför ej registreras.

Stapeln i diagram 129 visar antalet dagar som 25, 50 och 75 procent av patienterna fick vänta till första besöket hos en specialist. 25 procent av patienterna fick sitt första besök inom 24 dagar, 50 procent inom 40 dagar och 75 procent inom 69 dagar. Det innebär att 25 procent av samtliga patienter med bekräftad prostatacancer väntade längre än 69 dagar på det första besöket till en specialist.

Det är stora variationer mellan landstingen. Halland hade kortast medianväntetid till det första besöket och även jämförelsevis korta väntetider för de patienter som fick vänta längre.



I flera landsting är väntetiden för tredje kvartilens patienter (de 25 procenten med längst väntetid) över eller nära vårdgarantins gräns för 90 dagars väntetid till ett första besök hos specialist. Det talar för att många landsting under 2010 inte hade kapacitet att klara vårdgarantins tidsgräns på 90 dagar.

Denna uppföljning tar inte hänsyn till män som under väntetiden erbjöds tid hos någon annan urologmottagning men tackade nej.

130 Kurativ behandling vid prostatacancer

Kunskapen om utfall vid olika behandlingar av prostatacancer i olika stadier är ofullständig. Under det senaste året har publikationer från svenska studier bidragit med ny kunskap inom området. I SPCG-7, en skandinavisk randomiserad studie, visades att dödligheten vid lokalt avancerad prostatacancer var lägre bland män som fått strålterapi och endokrin behandling jämfört med enbart endokrin behandling. I en nyligen publicerad studie från Göteborg minskade screening med tidig diagnostik och tidig behandling dödligheten i prostatacancer. Data i 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 brukar män med dessa former av prostatacancer erbjudas en kurativ behandling. Kurativ behandling innebär att prostatan opereras bort eller strålas med någon av flera olika tekniker. Här redovisas en uppföljning avgränsad till män 75 år och yngre, eftersom de oftast har mer än tio års förväntad överlevnad.

Diagram 130 visar andelen män med en mellan- eller högrisktumör som 2011 fick en kurativt syftande behandling. I denna grupp fanns 3 524 män 75 år eller yngre, varav 73,5 procent fick en sådan behandling. Variationen mellan landstingen var 57,9–91,4 procent. Andelen män med mellan- och högrisktumörer som får en kurativ behandling har ökat stadigt under 2000-talet, från som lägst 53 procent år 2001 till 73,5 procent 2011. För lokalt avancerade tumörer anser Nationella Prostatacancerregistret att en rimlig målnivå är 90 procent för män 75 år eller yngre.

I de nio landsting där andelen kurativt behandlade är lägre än riksgenomsnittets 70 procent finns sannolikt en underbehandling av denna patientgrupp. Men eftersom den biologiska och inte den kronologiska åldern styr behandlingsstrategin ska inte samtliga patienter i denna kategori behandlas kurativt. Därför är inte 100 procent ett mål att uppnå vad gäller kurativ behandling av prostatacancer.

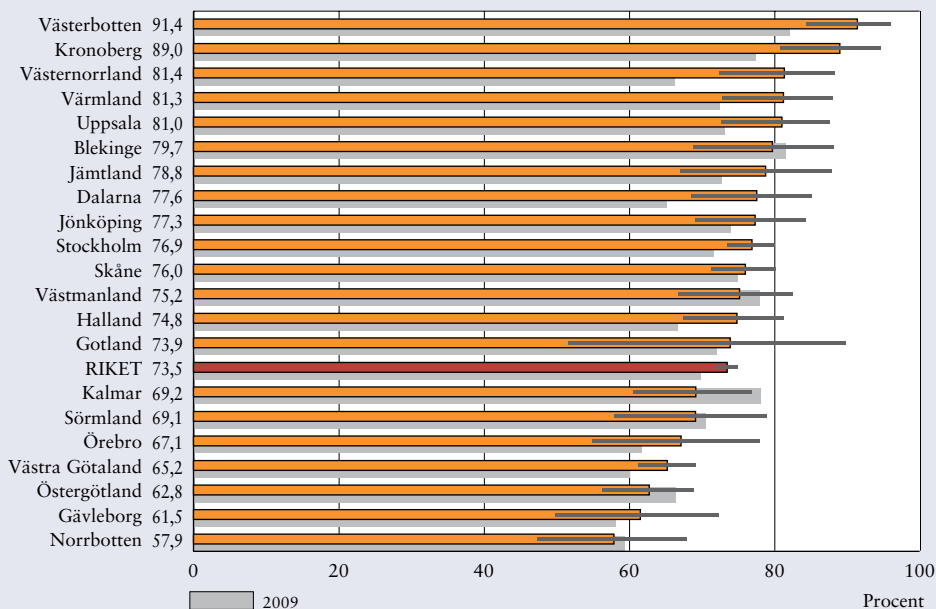


Diagram 130 Män Andel män med prostatacancer som får kurativt syftande behandling, 2011. Avser män 75 år och yngre med mellan- eller högrisktumör.
Källa: Nationella Prostatacancerregistret

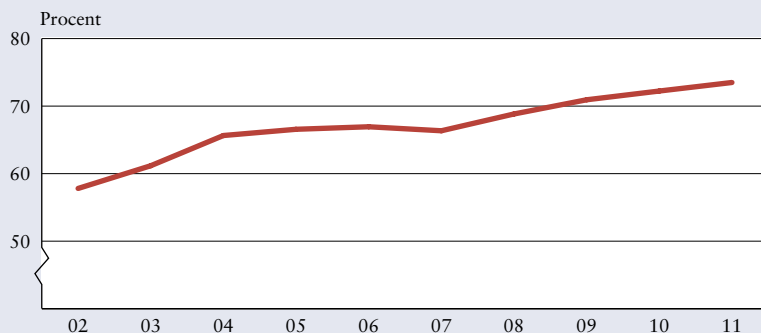
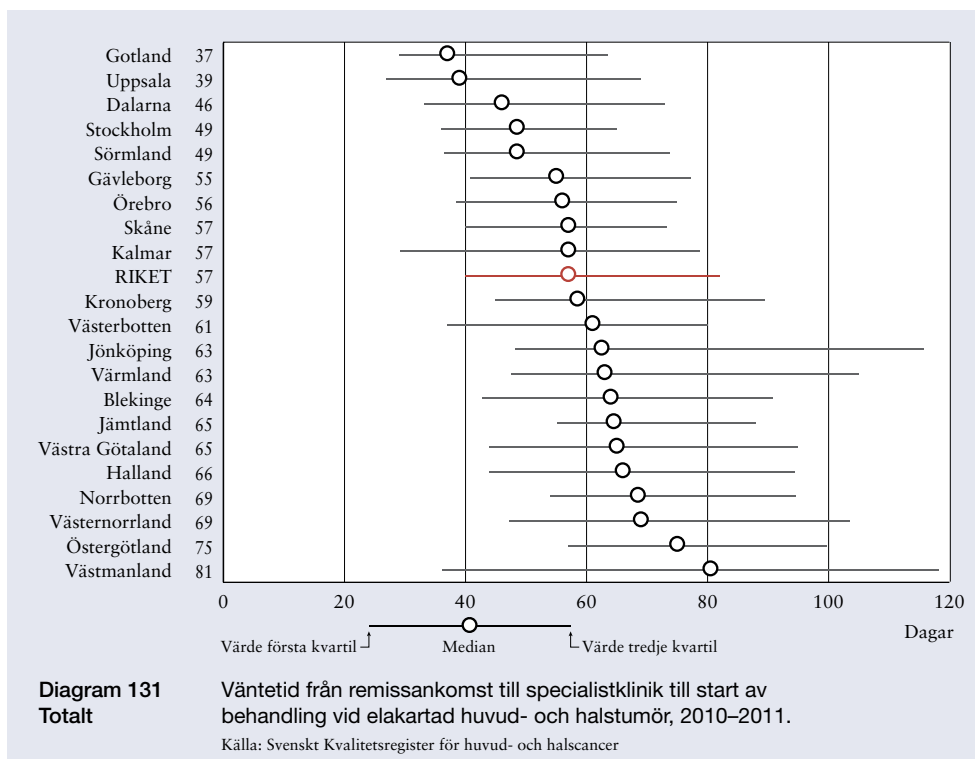


Diagram 130 Riket Andel män med prostatacancer som får kurativt syftande behandling. Avser män 75 år och yngre med mellan- eller högrisktumör.
Källa: Nationella Prostatacancerregistret

131 Tid till behandlingsstart vid huvud- och halscancer

Vid utredning av misstänkt cancer är det viktigt att utredningen kan genomföras snabbt, så att patienten kan komma till behandling innan canceren tillväxer eller sprider sig. Utredningens planering och de resurser som finns på de enheter som behöver utnyttjas avgör hur lång tid det tar från att remissen kommit in till utredande klinik tills dess behandlingsbeslut kan tas och behandlingsstart kan ske.



Indikatorn visar tiden från remissankomst till behandlingsstart för elakartade tumörer inom öron-, näs- och halssjukvård.

Datakällan är Svenskt Kvalitetsregister för huvud- och halscancer (SweHNCR). Registret bygger på INCA-plattformen som drivs av de Regionala Cancercentra. Varje nyupptäckt primär huvud- och halscancer i Sverige ingår i registret. Täckningsgraden mot Cancerregistret är hög, 90 procent.

I diagram 131 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 2010–2011 och omfattar 2 023 patienter. Redovisningen per landsting baserar sig på patientens hemort.

Diagrammet visar att 50 procent av patienterna i riket fick vänta i högst 57 dagar och 25 procent fick vänta längre än 82 dagar. Skillnaderna i ledtider från remissankomst till behandlingsstart är stora mellan landstingen (37–81 dagar), men även inom ett landsting är variationen stor. Det finns all anledning för flera kliniker att analysera sina vårdprocesser och försöka initiera förbättringar. Det finns ingen fastslagen målnivå för ledtiden till beslut om behandling.

PSYKIATRISK SJUKVÅRD

Den specialiserade psykiatrin svarar för cirka nio procent av landstingens totala kostnader för hälso- och sjukvården. För psykiatrisk vård, och generellt för gruppen psykiskt funktionshindrade, behöver både beskrivningssystem i stort och indikatorer utvecklas. Årets indikatorer är desamma som redovisades i förra årets rapport. I januari 2013 publiceras en ny utvärdering av de två nationella riktlinjerna för psykiatrisk vård.

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.

Vid Socialstyrelsen bedrivs olika arbeten för att utveckla grunddata och indikatorer för det psykiatriska området. Det gäller exempelvis aktualiteten, förbättrad rapportering till patientregistret och möjlighet att beskriva vården hos andra yrkeskategorier än läkare.

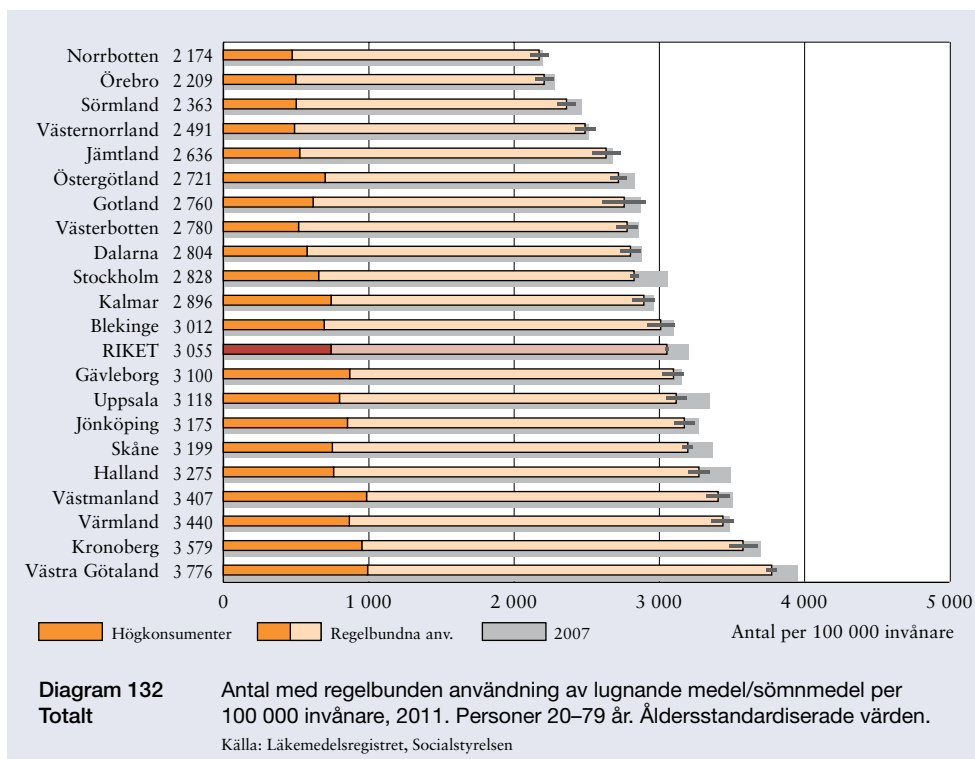
Hösten 2011 ingicks en överenskommelse mellan Sveriges Kommuner och Landsting och regeringen om en satsning och ett betydande ekonomiskt stöd med det övergripande målet att de Nationella kvalitetsregistren ska bli en självklar del i psykiatris uppföljnings- och utvecklingssystem. De ska vara användbara, lättillgängliga och anpassade efter sina målgruppers behov.

Dels är syftet att öka täckningsgraden, andelen patienter som rapporteras till berörda kvalitetsregister, dels att öka nyttjandet av registren för löpande verksamhetsutveckling, verksamhetsuppföljning och i forskning. I årets Öppna jämförelser visas data från ett nationellt kvalitetsregister (RättsPsyk), medan data från några ytterligare register med hänvisning till låg täckningsgrad istället visas i en separat rapport från SKL.

132 Regelbunden behandling med sömnmedel eller lugnande medel

Bensodiazepiner och bensodiazepinlika läkemedel är internationellt accepterade läkemedel vid kortvarig behandling av sjukliga ångesttillstånd och tillfälliga sömnstörningar. De används även för att behandla lindrigare former av oro och ångest. Bensodiazepiner förskrivs främst av allmänläkare, men också av psykiater och i lägre grad av invärtesmedicinare. Indikatorn skulle därmed ha kunnat placeras under en annan rubrik.

Patienterna kan få oönskade biverkningar efter ett regelbundet långtidsbruk eller en hög konsumtion av preparaten. Exempelvis kan den kognitiva förmågan påverkas. Preparaten kan även ha en aggressivitetshöjande effekt och kan framkalla be-

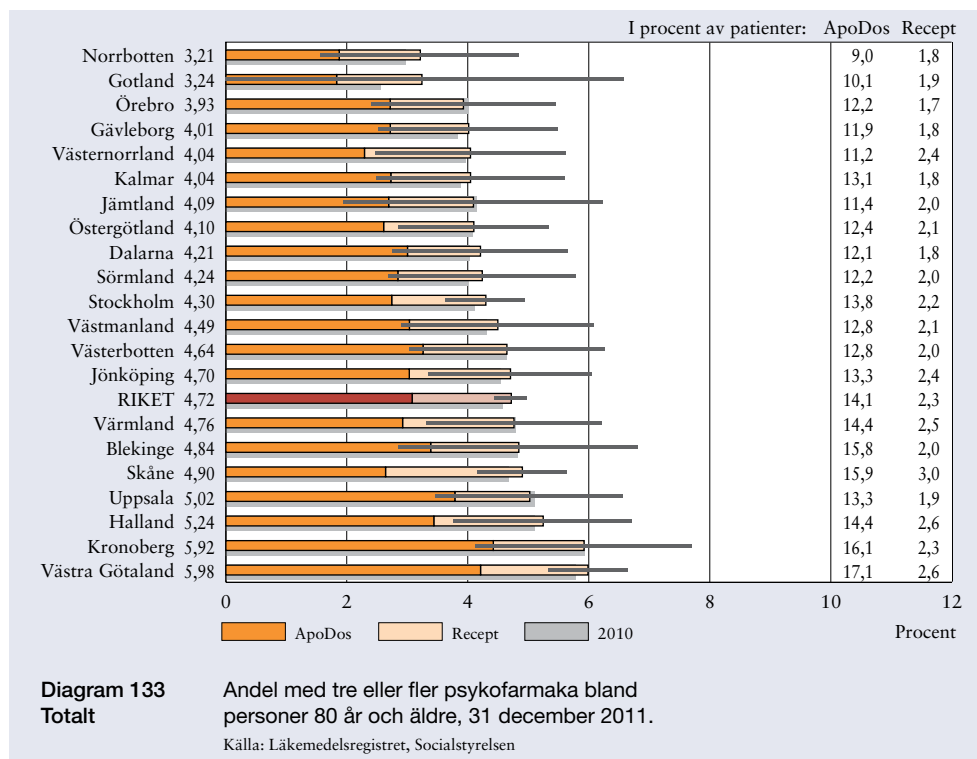


roende och missbruk. Därför är det viktigt att inte slentrianmässigt förskriva dessa läkemedel.

Kvinnor ordineras oftare bensodiazepiner, vilket kan bero på att det är vanligare med ångesttillstånd hos kvinnor än hos män. Användningen av bensodiazepiner har också samband med åldern. Personer över 65 år svarar för mer än hälften av konsumtionen. Det gör att benzodiazepiner också har inkluderats i indikator 13, äldre med läkemedel som bör undvikas.

Indikatorn speglar antalet regelbundna användare, det vill säga personer som i genomsnitt konsumerar en halv daglig definierad dygnsdos (DDD) av bensodiazepiner per dag under ett år. Hög konsumtion definieras som minst 1,5 dygnsdoser per dag. Källan är Läkemedelsregistret, som är heltäckande när det gäller uthämtade läkemedel i öppen vård.

Under 2011 hämtade knappt 207 000 personer i åldern 20–79 år regelbundet ut bensodiazepiner, fördelat på drygt 128 500 kvinnor och knappt 78 200 män. Totalt hämtade 3 055 personer per 100 000 invånare regelbundet ut bensodiazepiner. Diagram 132 belyser både den högre andelen regelbundna användare och högkonsumenter. Totalt var 742 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



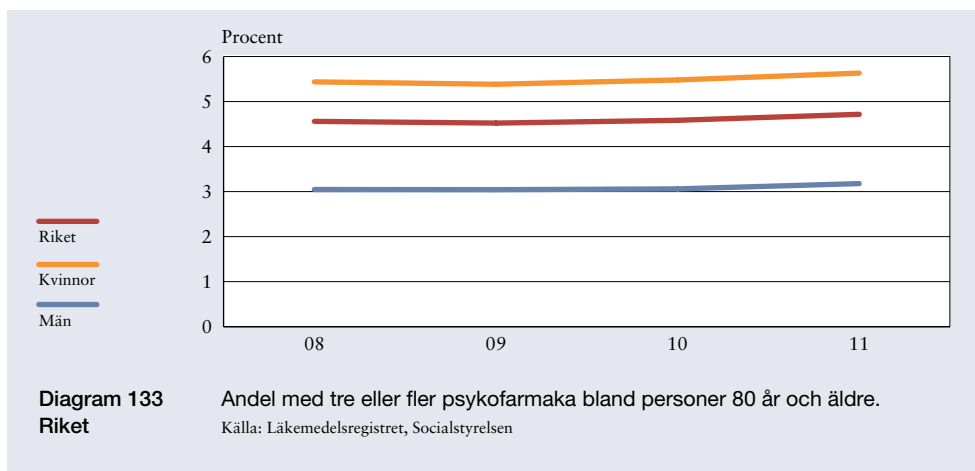
mellan olika landsting, eller i vilken mån det är olika behandlingstraditioner som ger upphov till dessa.

Användningen i riket totalt har minskat något, jämfört med den tidigare mätperioden, 2007. För de olika landstingen kan man se såväl ökningarna som minskningar jämfört med tidigare period.

133 Tre eller fler psykofarmaka bland äldre

Samtidig behandling med tre eller fler psykofarmaka, regelbundet eller vid behov, är en vedertagen indikator på polyfarmaci, samtidig användning av många läkemedel. Behandling med många psykofarmaka innebär inte bara en ökad risk för biverkningar och läkemedelsinteraktioner, utan kan också vara ett tecken på brister i behandlingen av psykiatriska tillstånd. Indikatorn är en av Socialstyrelsens nationella indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre.

I diagram 133 visas andelen äldre av hela befolkningen som hade tre eller fler psykofarmaka vid mättidpunkten 31 december 2011. Andelen äldre med tre eller fler psykofarmaka är i stort sett oförändrad sedan föregående år; 5,6 procent bland kvinnor och 3,2 procent bland män (jämfört med 5,5 respektive 3,1 procent år 2010), vilket totalt motsvarar drygt 23 000 personer. Variationen mellan landstingen är stor och sträcker sig från 3,7 till 7,2 procent för kvinnor och från 2,2 till 4,0 procent för männen.



Staplarna är uppdelade på patienter som fått sina läkemedel via ApoDos- respektive receptexpedition. Det finns en diskussion om att ApoDos, som kan ha betydande fördelar för vissa patientgrupper, ökar risken för att nya läkemedel läggs till i medicineringen, utan att den samlade användningen revideras. Andelen äldre som får sina läkemedel via ApoDos varierar mellan länen. Detta motiverar särredovisningen av ApoDos och receptexpedierade läkemedel, som visas till höger i diagrammet. I de senare siffrorna ingår enbart äldre som hade läkemedel förskrivna, medan hela befolkningen ingår i stapeldiagrammet.

Patienter med tre eller flera psykofarmaka förekom framförallt i gruppen med ApoDos, där 14,1 procent hade detta, att jämföra med 2,3 procent i gruppen med receptexpedierade läkemedel. Variationen mellan landstingen kan främst hänföras till den som finns i gruppen med ApoDos, där spridningen är 9,0–17,1 procent i de olika landstingen.

134 Användning av lämpliga sömnmedel till äldre

Långvarig användning av sömnmedel är vanligt bland äldre. Med stigande ålder sker dock förändringar i kroppen som kan leda till att lugnande medel och sömnmedel får en förlängd verkan, och att halten av dem byggs upp till alltför höga nivåer med risk för biverkningar. Samtidigt är centrala nervsystemet hos äldre mer känsligt för effekterna av dessa läkemedel. Detta innebär en större risk för biverkningar såsom dagtrötthet, fall och störningar av kognitiva funktioner, som minne, orientering i tid och rum, förmåga till abstrakt tänkande och liknande.

Vid läkemedelsbehandling av sömnbesvär hos äldre är det därför viktigt att använda rätt typ av preparat. Enligt Socialstyrelsens indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre är zopiklon mest lämpligt för äldre, på grund av dess relativt korta halveringstid, förutsatt att det inte finns någon bakomliggande orsak som gör att det krävs en annan behandling.

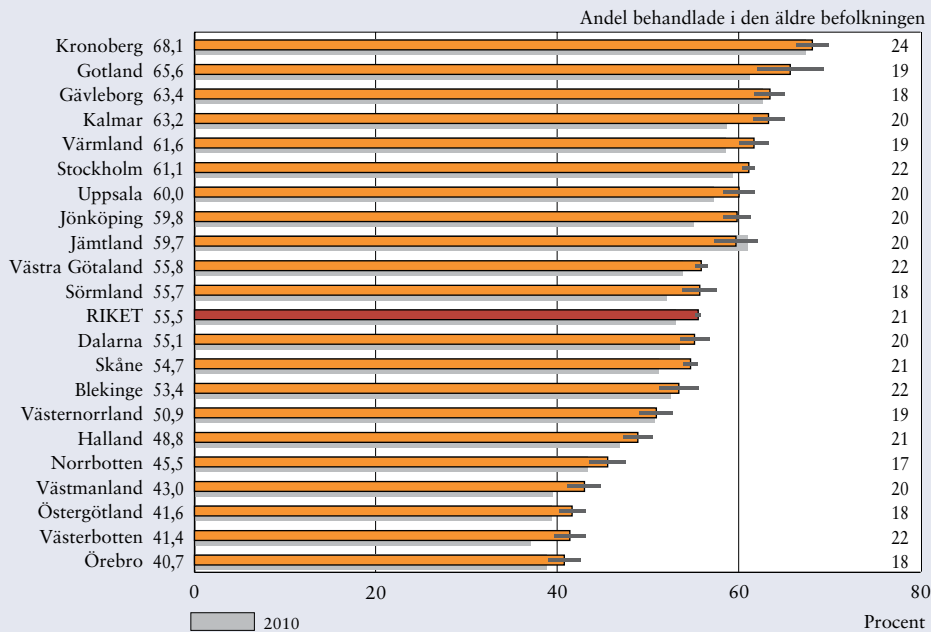


Diagram 134 Andel användare av sömnmedel som använder lämpliga sömnmedel (zopiklon) bland personer 80 år och äldre, 31 december 2011.
Totalt
Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

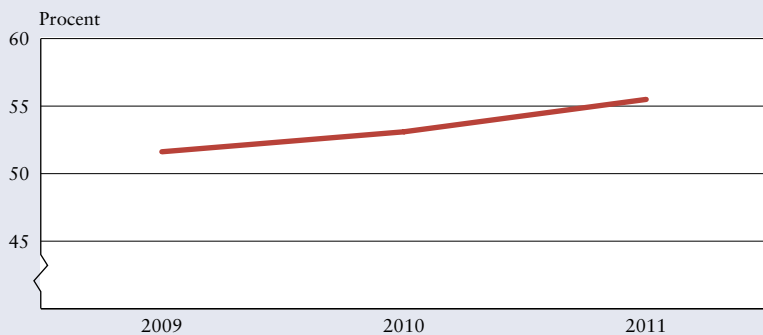
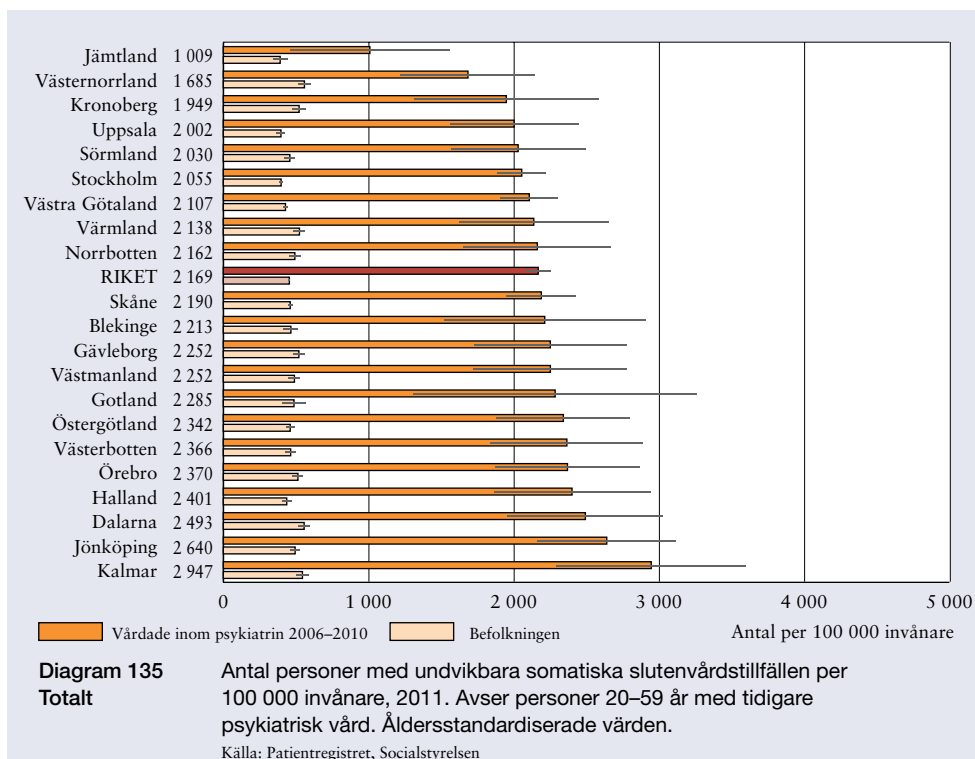


Diagram 134 Andel användare av sömnmedel som använder lämpliga sömnmedel (zopiklon) bland personer 80 år och äldre.
Riket
Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Totalt hade drygt 103 000 personer som är 80 år och äldre sömnmedel vid mättidpunkten 31 december 2011. Enligt diagram 134 står zopiklon år 2011 dock för bara drygt hälften (56 procent) av all användning av sömnmedel till personer som är 80 år och äldre. Variationen mellan landstingen är relativt påtaglig (41–68 procent).



135 Undvikbar somatisk slutenvård för personer med psykiatrisk diagnos

Indikatorn undvikbar somatisk slutenvård ska belysa omhändertagandet vid vissa specificerade sjukdomstillstånd inom den öppna vården, till exempel genom en välfungerande primärvård och förebyggande folkhälsoarbete. Tanken är att man kan förhindra "onödiga" inläggningar på sjukhus om patienter med de utvalda sjukdomstillstånden får ett bra omhändertagande i den öppna somatiska vården. Se vidare indikator 7. I diagram 135 visas samma indikator, men för personer som varit inskrivna i slutenvård med psykiatrisk diagnos.

I diagram 135 redovisas antal personer, 20–59 år, som någon gång åren 2006–2010 slutenvårdats med en psykiatrisk diagnos (F-diagnos) och sedan haft minst ett undvikbart somatiskt slutenvårdstillfälle 2011. Av knappt 111 000 personer vårdade för en psykiatrisk diagnos, hade 2 551 personer haft ett undvikbart somatiskt slutenvårdstillfälle under 2011, det vill säga 2 169 per 100 000 invånare. Denna siffra ska jämföras med hela befolkningen där de undvikbart vårdade var 455/100 000 invånare. En viss ökning kan ses på riksnivå från föregående år.

Andelen med undvikbara somatiska slutenvårdstillfällen är betydligt högre bland personer som har vårdats för psykiatriska diagnoser än bland totalt antal vårdade. Detta kan bero på att sjukdomen upptäcks senare, behandlingen tar längre tid och

patienterna är sämre på att följa ordinationer. Dessutom har gruppen en ökad förekomst av livsstilsriskfaktorer.

Generellt har fler män undvikbara vårdtillfällen. Detta beror troligen på att fler män drabbas av några av de stora sjukdomsgrupper som ingår, snarare än att männen får sämre insatser i öppen vård.

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

Förekomsten av vissa sjukdomstillstånd kan skilja sig åt mellan olika landsting och genom att diagnossättningen och registreringen kan variera. Tillgången på platser i slutna vård spelar sannolikt också in. Med många slutenvårdsplatser är trösklarna för att skrivas in vid sjukhus lägre, och vice versa. Detta gäller för både den somatiska och den psykiatriska vården. Faktorer som dessa kan ha påverkat landstingens resultat.

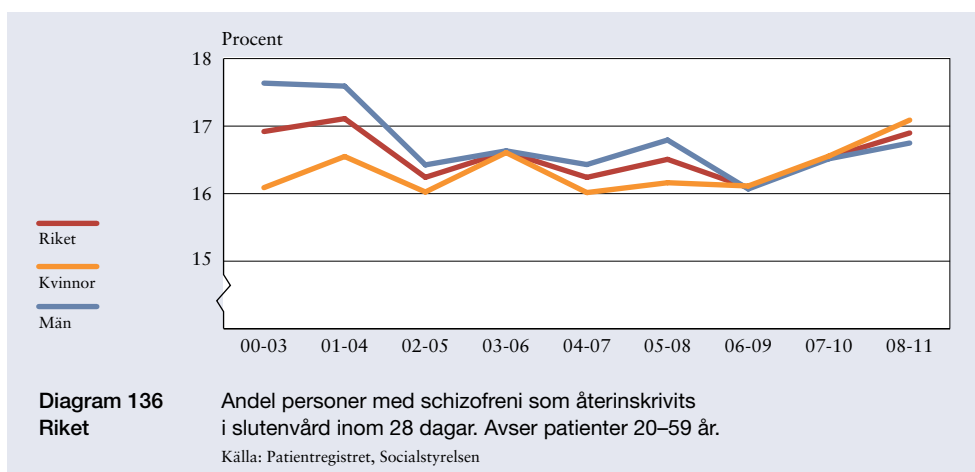
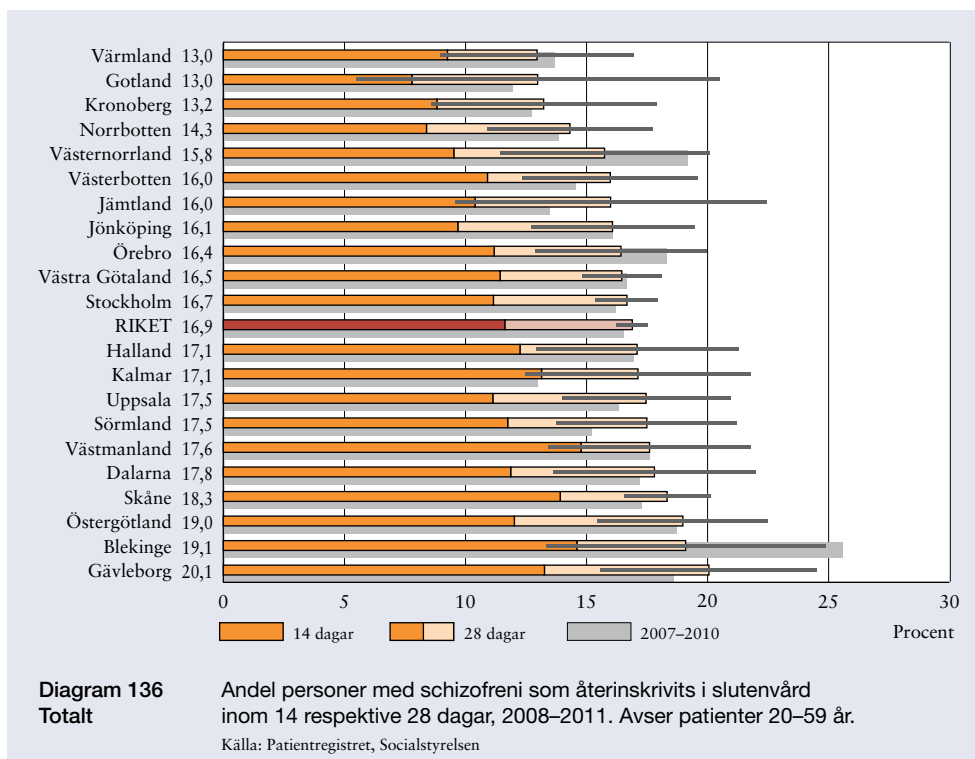
136 Återinskrivning inom 14 respektive 28 dagar efter vård för schizofreni

Ungefär en procent av befolkningen kommer under sin livstid att insjukna i schizofreni. Kvinnor och män drabbas i lika hög grad. Risken att insjukna är högst i ungdomen och minskar sedan, för att efter 70 års ålder öka något igen. Indikatorn ingår i de preliminära nationella riktlinjerna för psykosociala insatser vid schizofreni. Inventeringar har visat att slutenvården till del har ersatts med kommunala boenden.

Indikatorn återinskrivning inom 14 respektive 28 dagar syftar till att belysa alltför tidig utskrivning från slutenvården, eller utskrivning där uppföljning och fortsatt omhändertagande via öppenvården inte är tillräckligt samordnad efter utskrivningen. Genom att mäta återinskrivning inom en månad försöker måttet belysa kvaliteten i slutenvården.

Diagram 136 visar andelen patienter som har vårdats med diagnosen schizofreni under perioden 2008–2010 och som återinskrivits vid psykiatrisk klinik inom 14 respektive 28 dagar, således till och med januari 2011. 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 återinskrevs knappt 12 procent inom 14 dagar och knappt 17 procent inom 28 dagar. I riket är andelen återinskrivna lika för kvinnor och män. Det är svårt att bedöma i vilken mån återinskrivning kan undvikas och därmed även att veta om resultatet är bra eller dåligt. Variationen mellan landstingen ligger mellan 13–20 procent återinskrivna inom 28 dagar och mellan 8 och 15 inom 14 dagar. Indikatorerna för inläggning i slutenvård kan påverka utfallet.



137 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 samspillet dem emellan. Återinskrivningar inom till exempel 14 eller 28 dagar bedöms i högre grad mäta kvaliteten i slutenvården.

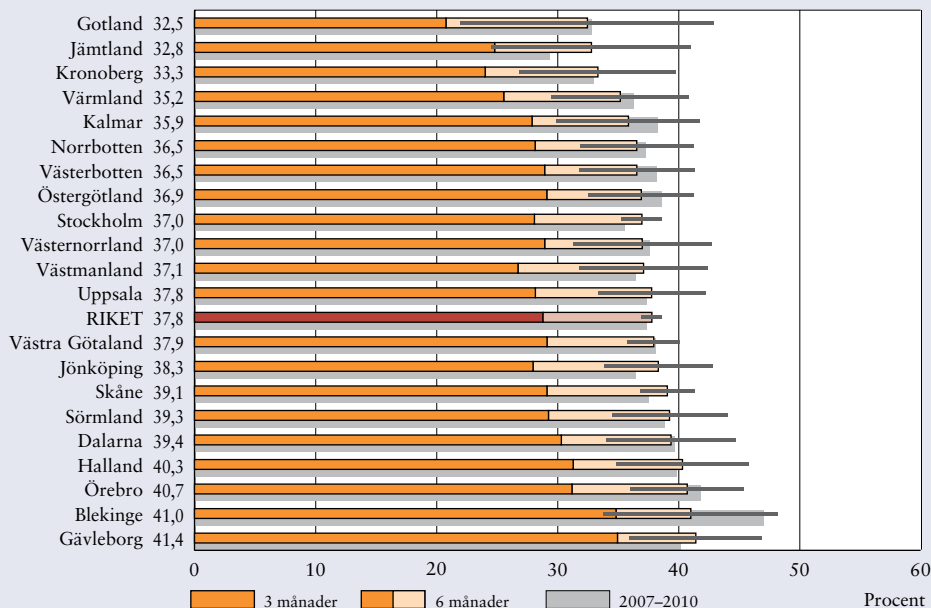
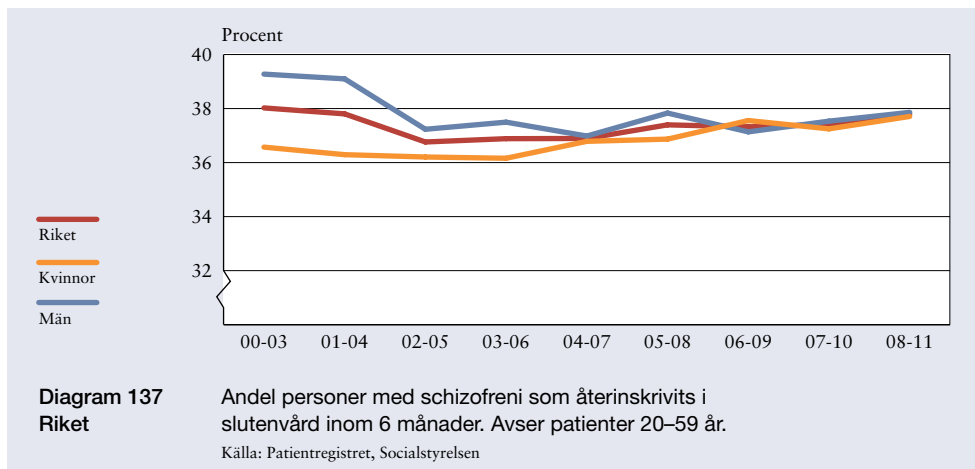


Diagram 137 Andel personer med schizofreni som återinskrivits i slutenvård inom 3 respektive 6 månader, 2008–2011. Avser patienter 20–59 år.
Totalt
 Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Indikatorn ingår i de preliminära nationella riktlinjerna för psykosociala insatser vid schizofreni.

Diagram 137 visar andelen patienter med diagnosen schizofreni som har vårdats under åren 2008–2010 och återinskrivits till psykiatrisk klinik inom 3 respektive 6 månader, således till och med juni 2011. 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 återinskrevs 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 32 och 41 procent återinskrivningar inom 6 månader och mellan 24 och 35 procent återinskrivningar inom 3 månader. 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.



138 Följsamhet till litiumbehandling vid bipolär sjukdom

Litiumbehandling är en förebyggande behandling som ska förhindra återfall i depressioner eller i maniska perioder. När det gäller bipolär sjukdom är behandlingen högprioriterad i de nationella riktlinjerna för vård vid depression och ångestsjukdom. Det är svårt att veta vilka patienter som riskerar att återinsjukna, men risken är högre om patienten har haft minst två episoder under de två senaste åren. Man väger också in om de tidigare episoderna har medfört en hög självmordsrisk eller fått stora konsekvenser på familje- eller arbetslivet.

Förebyggande behandling med litium förhindrar inte återfallen helt, men eventuella återfallsepisoder blir oftast kortare och mindre svåra. Överdödligheten i självmord och hjärt- och kärlsjukdom minskar också. Många drabbas av biverkningar av litiumbehandling, som finvågig handsakning och effekter på ämnesomsättningen. Hos långtidsbehandlade är det vanligt med nedsatt njurfunktion.

Diskussioner har förts om att visa indikatorn baserad på personer som är nyinsatta på litium. På sikt kan indikatorn därför komma att förändras.

Diagram 138 visar andelen personer som fick regelbunden litiumbehandling år 2010 och som fortsatte med regelbunden behandling under 2011. Datakälla är Läkemedelsregistret. I riket är denna andel drygt 80 procent, med ungefär samma andel för kvinnor som för män. Inga större förändringar kan ses mellan åren. Även variationen mellan landstingen ser likadan ut som föregående år och är 73–87 procent.

Enligt de nationella riktlinjerna har litium god återfallsförebyggande effekt vid bipolär sjukdom. Indikatorn är ett försök att spegla följsamheten till behandling med litium i förebyggande syfte. 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.

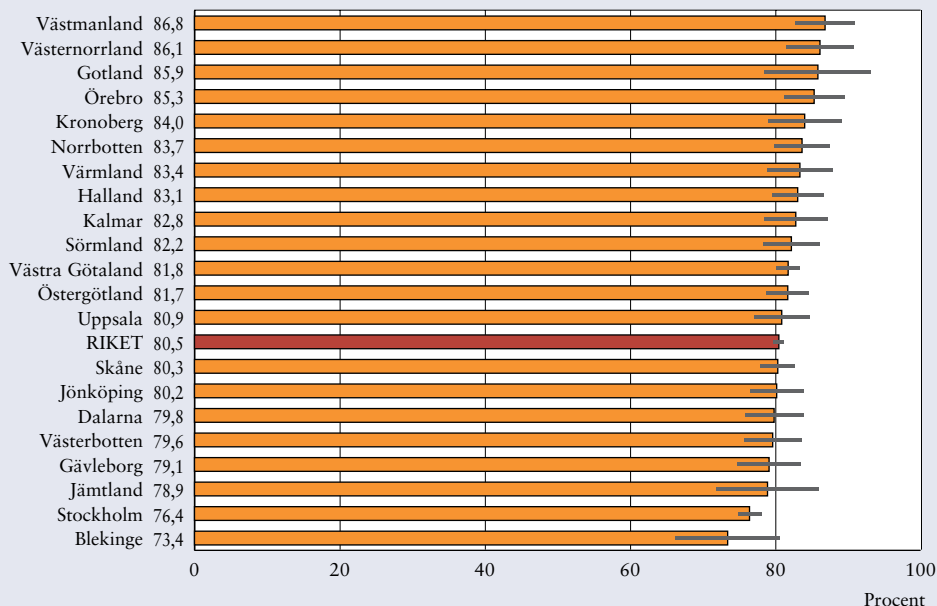


Diagram 138 Andel personer med regelbunden litiumbehandling 2010 med fortsatt följsamhet under 2011. Avser personer 18 år och äldre. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

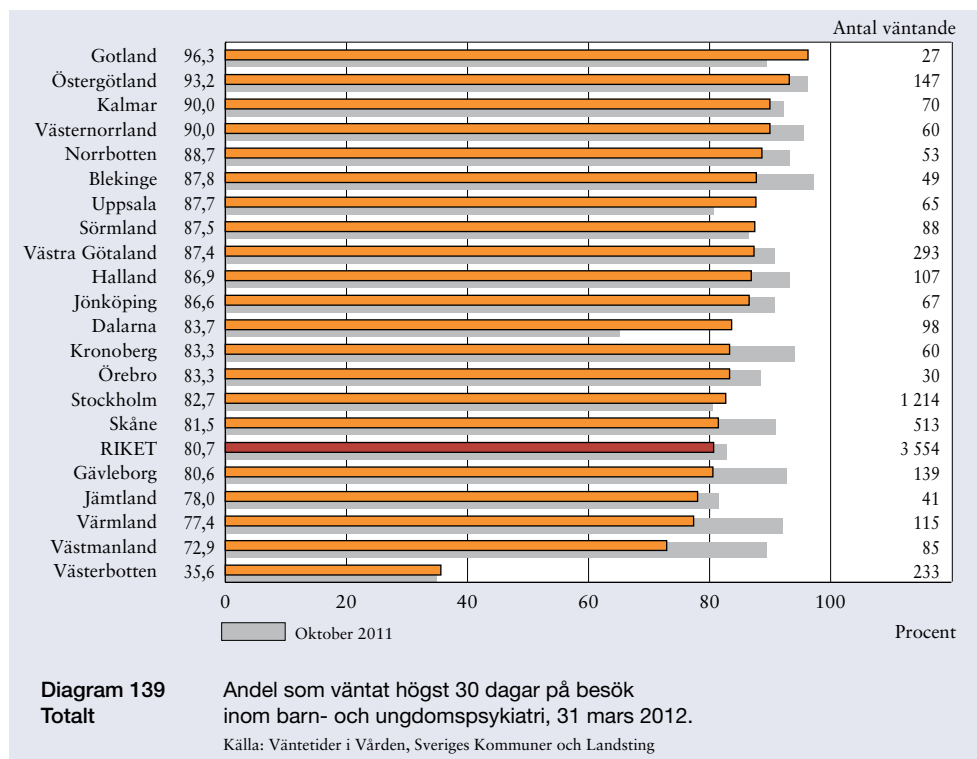
Det finns fortfarande stora brister och variationer i diagnossättningen och registreringen inom psykiatriens öppen- och slutenvård. Därför är det svårt att via hälso-dataregister mäta hur stor andel av patienterna med bipolär sjukdom som står på litiumbehandling. Antalet personer med läkemedelsbehandlingen är känt, men det råder osäkerhet om det totala antalet personer som har sjukdomen.

139 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 förstabesök hos den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri 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 landsting/regioner som når mål om hur stor andel av patienterna som når tidsgränserna för den särskilda satsningen.

I diagram 139 visas andelen barn och unga som väntat högst 30 dagar på ett förstabesök inom barn- och ungdomspsykiatri 31 mars 2012. I riket är andelen som väntat högst 30 dagar 81 procent, jämfört med oktober 2011 är det en minskning med två procentenheter.



Antalet barn som väntade var i riket cirka 3 500 och av dessa hade cirka 2 800 väntat högst 30 dagar på ett förstabesök.

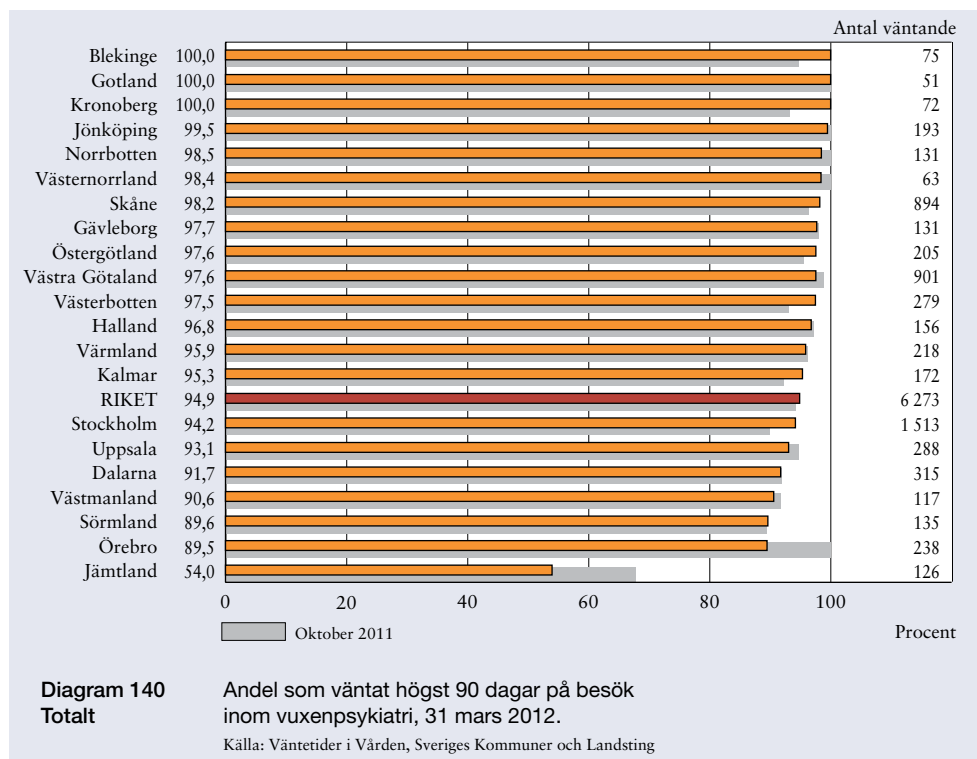
140 Besök inom 90 dagar – vuxenpsykiatri

Uppgifterna omfattar antal väntande för planerat förstabesök inom vuxenpsykiatri. Väntande definieras som såväl bokade och obokade patienter, för vilka ett beslut om vård fattats.

Andelen som har väntat högst 90 dagar har legat tämligen stabilt under det senaste året, drygt 90 procent i riket. Variationen mellan landsting sträcker sig från 54 till 100 procent.

I alla landsting utom ett har 90 procent eller mer av patienterna väntat högst 90 dagar vilket är samma resultat som i oktober 2011.

Totalt i riket är det cirka 6 200 patienter som väntar på ett besök till vuxenpsykiatri. Av dessa hade 5 900 väntat högst 90 dagar.

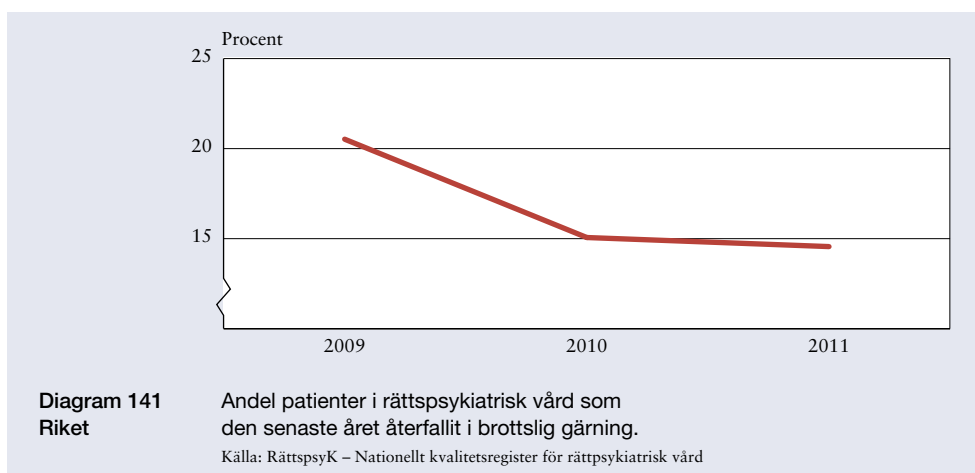
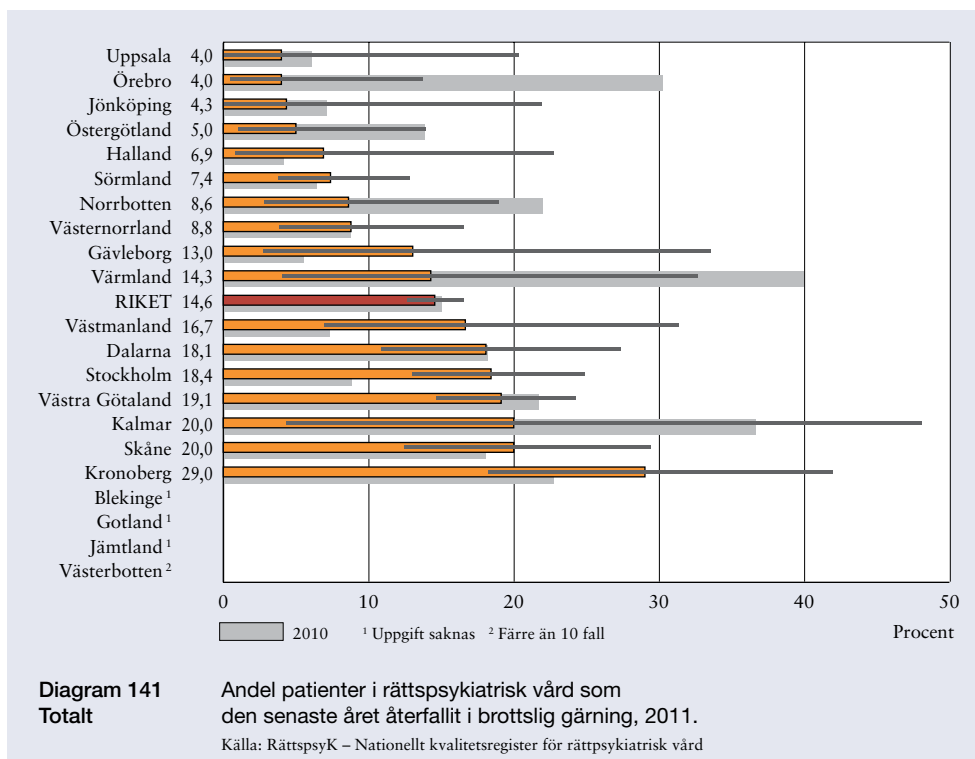


141 Återfall i brottslig gärning vid rättspsykiatrisk vård

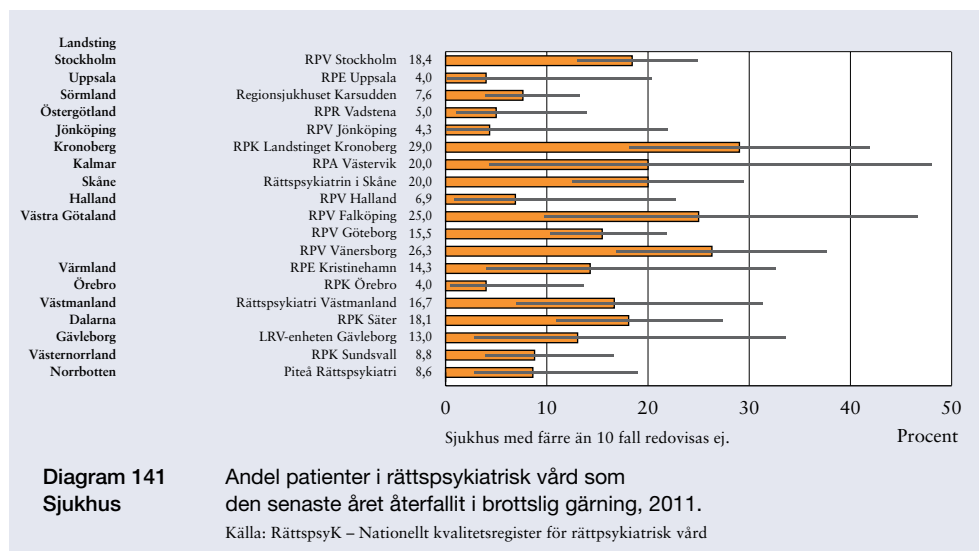
Cirka 1 500 individer vårdades i maj 2008 i rättspsykiatrisk vård. Den rättspsykiatriska vården innebär frihetsberövande och vården utövas enligt tvångslag. Målet med den rättspsykiatriska vården är att patienten ska klara av ett liv ute i samhället utan att återinsjukna i psykisk ohälsa, missbruk och/eller brottslighet.

Vårdtiden är ofta lång, i snitt runt 5 år. Det medför att förtroendefulla behandlingsrelationer kan byggas upp mellan patienter och personal. Att vården bedrivs under tvång ställer samtidigt särskilda krav när det gäller att få patienten delaktig. Det är en grannlaga uppgift att bedriva vården med största hänsyn till patientens integritet och självbestämmande. Höga krav måste ställas på att vården är likvärdig i landet och bedrivs med hög kvalitet. De olika verksamheterna har ett stort behov av att kunna jämföra sina resultat med andra, för att både kunna förbättra och utveckla sin egen verksamhet.

Ett viktigt syfte med vården är att patienten inte skall begå nya brott. Diagram 141 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.



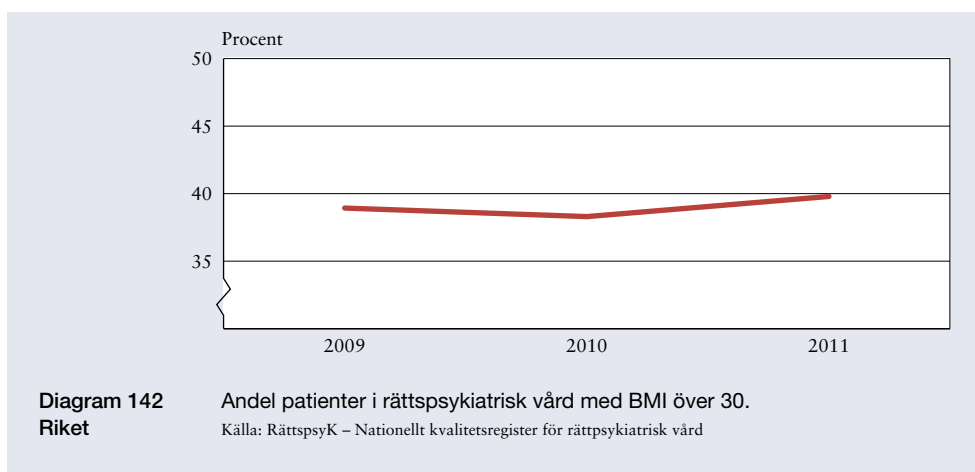
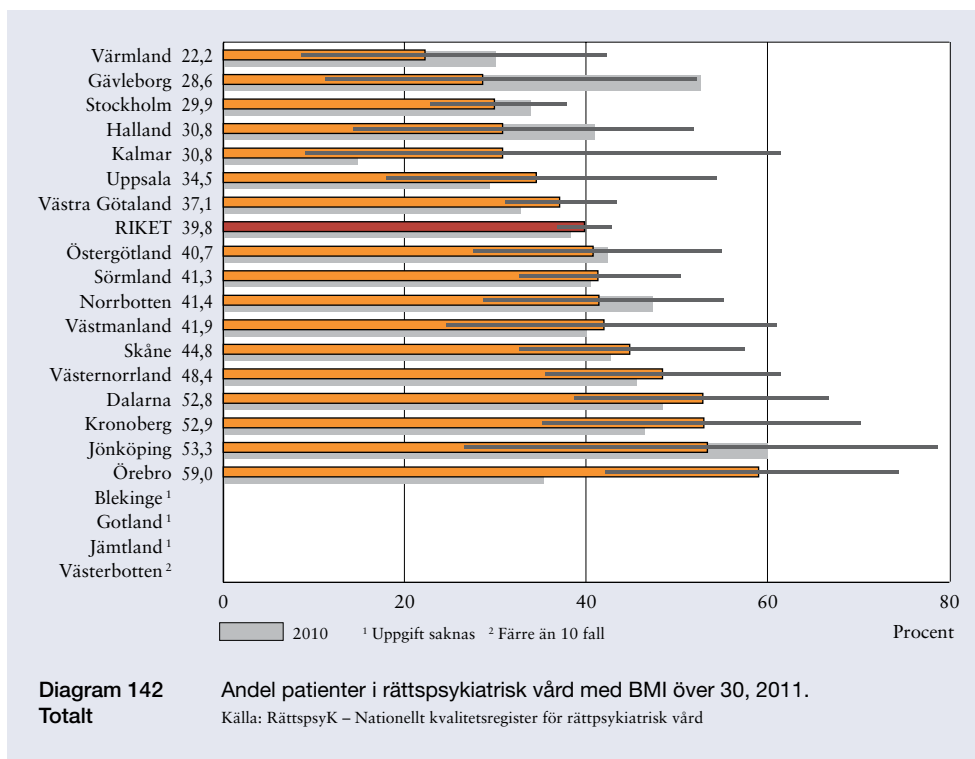
Källan till indikatorn är kvalitetsregistret RättspsyK. 1 305 patienter ingår i jämförelsens underlag. Cirka 90 procent av dessa är män. Täckningsgraden i registret är ungefär 90 procent, under antagandet att antalet patienter i rättspsykiatrisk vård är oförändrat sedan den inventering som gjordes 2008. Alla kliniker utom en rapporterar till registret. Redovisning per landsting baseras på klinikernas lokalisering, inte patienternas hemort.

Andelen som under det senaste året någon gång återfallit i brottslig gärning var i riket 14,6 procent 2011. De uppmätta skillnaderna mellan landsting (kliniker) är stora, men den statistiska osäkerheten är betydande. Jämfört med 2010 är andelen som återfallit i brottslig gärning ungefär densamma.

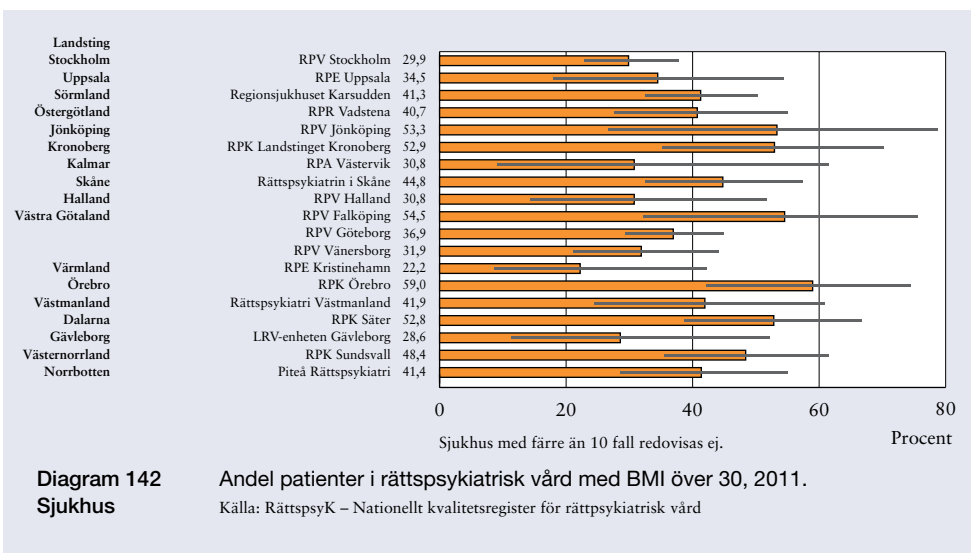
Detta är fjärde året som indikatorn följs. Något förväntat värde kan därför inte anges, även om målet är att ingen patient ska återfalla i brottslig gärning under pågående vård. Olikheter i respektive kliniks toleransnivå för brottslig gärning, exempelvis verbala hot, påverkar utfallet. Vidare kan olika uppfattningar om vad som är en brottslig gärning ha betydelse. Att indikatorn följts har lett till en diskussion för att nå samsyn i inrapporteringen.

142 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 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 givits allt mer uppmärksamhet och ingår nu i ett av de måltal som formulerats nationellt i RättspsyK.

Indikatorn visar att år 2011 hade i genomsnitt 39,7 procent av patienterna ett BMI > 30, att jämföras med 10 procent i befolkningen som helhet. Jämförelsen baseras på drygt 1 000 patienter. Skillnaderna mellan landstingen (kliniker) är stora, men kan påverkas av olikartad patientsammansättning. Antalet patienter är i flera fall även litet, vilket ökar påverkan från slumpfaktorer.

KIRURGISK BEHANDLING

Under denna rubrik redovisas 17 indikatorer som avser kirurgisk behandling. Sju av indikatorerna är nya. Bland annat speglas resultatet av fetmakirurgi, en operation som blivit allt vanligare. Utöver mått på medicinska resultat ingår även redovisning av kostnader per operation för två av operationerna.

143 Omoperation vid ljumskbråck

Operation för ljumskbråck är den vanligaste allmänkirurgiska operationen i Sverige. Årligen utförs i landet drygt 18 000 ingrepp. Ljumskbråck är betydligt vanligare bland män än bland kvinnor, vilket illustreras av att 92 procent av alla operationer utförs på män. Under 2011 registrerades knappt 16 000 ljumskbråckoperationer i Svenskt Bräckregister.

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

Indikatorn skattar "risken" att inte drabbas av omoperation inom fem år efter den utförda ljumskbräckoperationen, det vill säga "överlevnad" enligt så kallad Kaplan-Meier-metod. Jämförelsen baseras på drygt 76 000 operationer rapporterade till Svenskt Bräckregister under perioden 2007–2011. Klinikens lokalisering styr landstingstillhörighet i redovisningen, inte patientens hemort.

Diagram 143 visar att det finns vissa smärre skillnader mellan landstingen. I riket kan närmare 98 av 100 patienter förväntas slippa genomgå omoperation inom fem år. För sjukhus är variationerna större. Skillnaderna mellan olika sjukhus och mel-

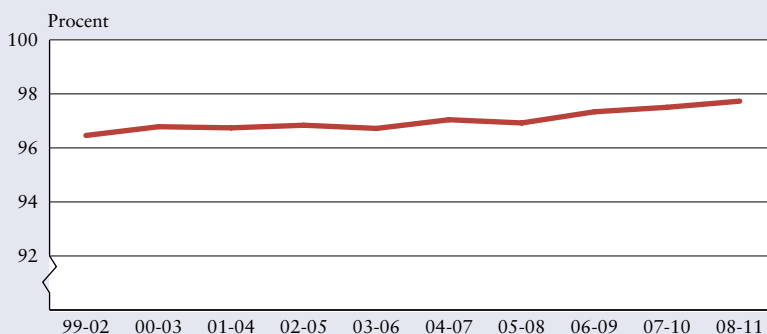


Diagram 143
Riket

Andel ljumskbräckopererade som inte omopereras inom 5 år.
Källa: Svenskt Bräckregister

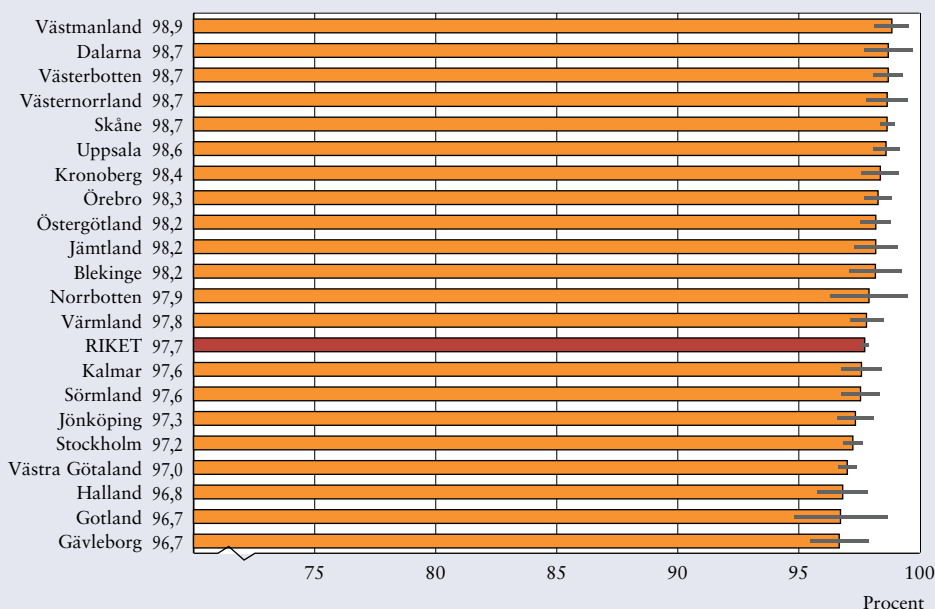


Diagram 143 Andel lumsbråcksopererade som inte omopereras inom 5 år, 2007–2011.
Totalt Källa: Svenskt Bräckregister

lan landsting visar att det fortfarande finns en förbättringspotential inom svensk lumsbräckskirurgi

144 Dagkirurgiska operationer vid lumsbräck

2011 rapporterades drygt 15 000 lumsbräcksooperationer till Patientregistret. Detta är en underskattning av det verkliga antalet, eftersom det finns en underrapportering av framförallt privat utförda operationer i öppen vård. Operationen kan ofta göras som dagkirurgi, vilket är mindre resurskrävande än om patienten skrivs in i slutenvården. Indikatorn syftar till att påvisa variation i resursanvändning.

2011 utfördes i riket drygt 11 700 eller 78 procent av operationerna i dagkirurgi. Denna andel är ungefär densamma som jämförelseårets. Ett landsting utförde 93 procent av sina operationer som dagkirurgi, medan ungefär hälften av landstingen har en dagkirurgiandel på under 80 procent.

Det finns lokala skillnader som kan påverka andelen operationer som utförs i dagkirurgi. Vissa kliniker opererar till exempel fler bräck som är tekniskt krävande, fler återfallsbräck och akuta bräckoperationer, medan andra framförallt opererar okomplicerade förstagångsbräck. Detta spelar roll främst vid jämförelser mellan kliniker.

Den relativt stora variationen mellan landstingen tyder på att det i flera landsting finns möjligheter att öka andelen operationer som utförs i dagkirurgi och därmed

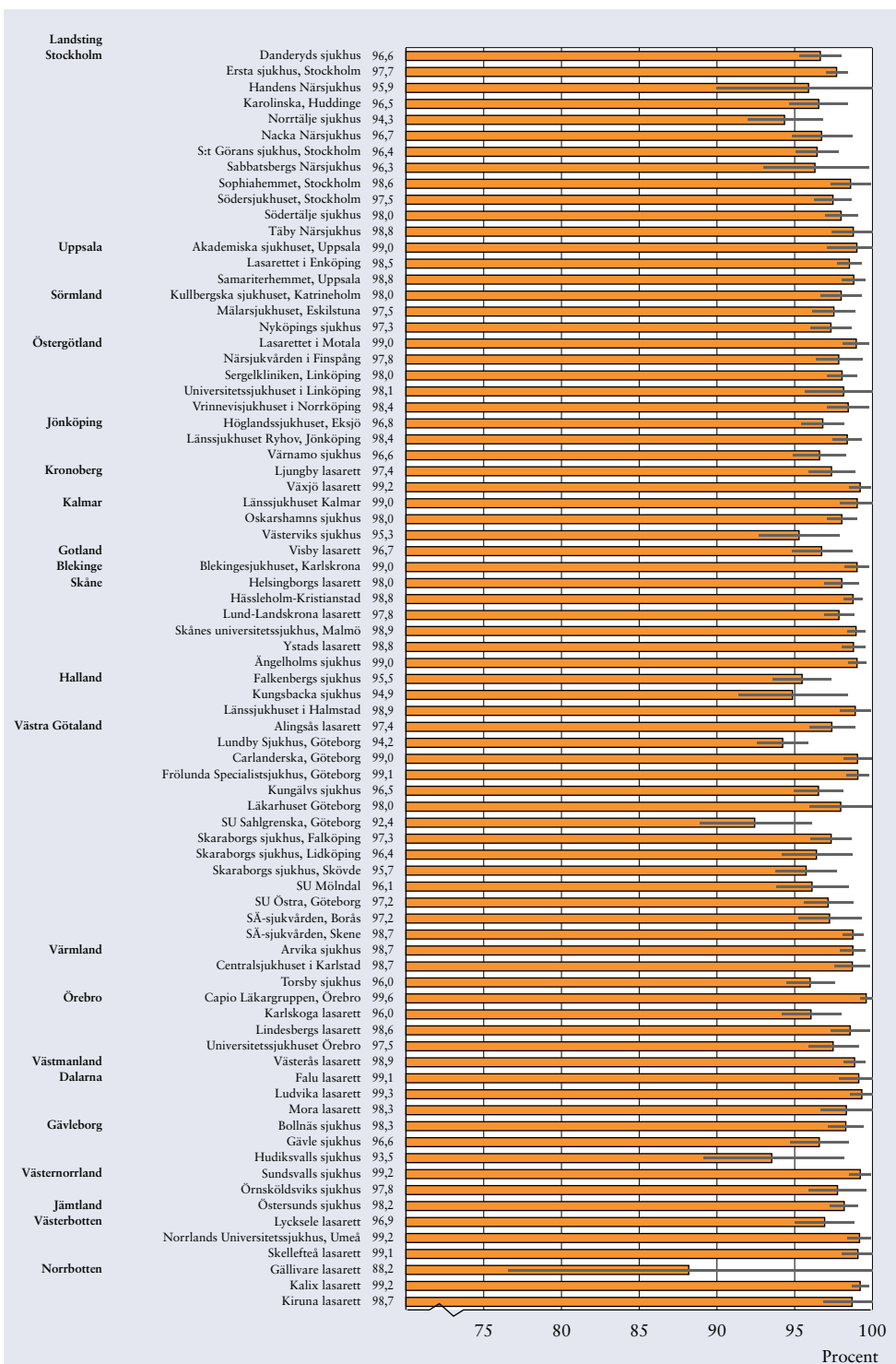


Diagram 143
Sjukhus

Andel ljumskbråcksopererade som inte omopereras inom 5 år, 2007–2011.
Källa: Svenskt Bräckregister

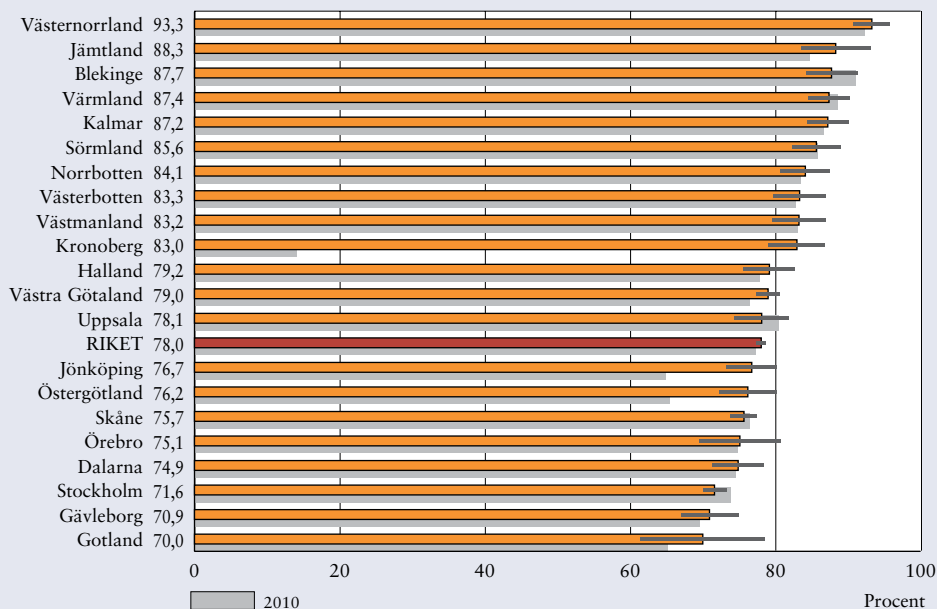


Diagram 144 Andel ljumskbråcksoperationer utförda i dagkirurgi, 2011.
Totalt Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

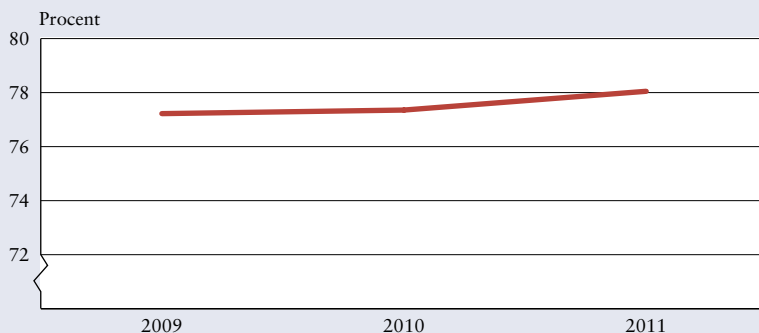
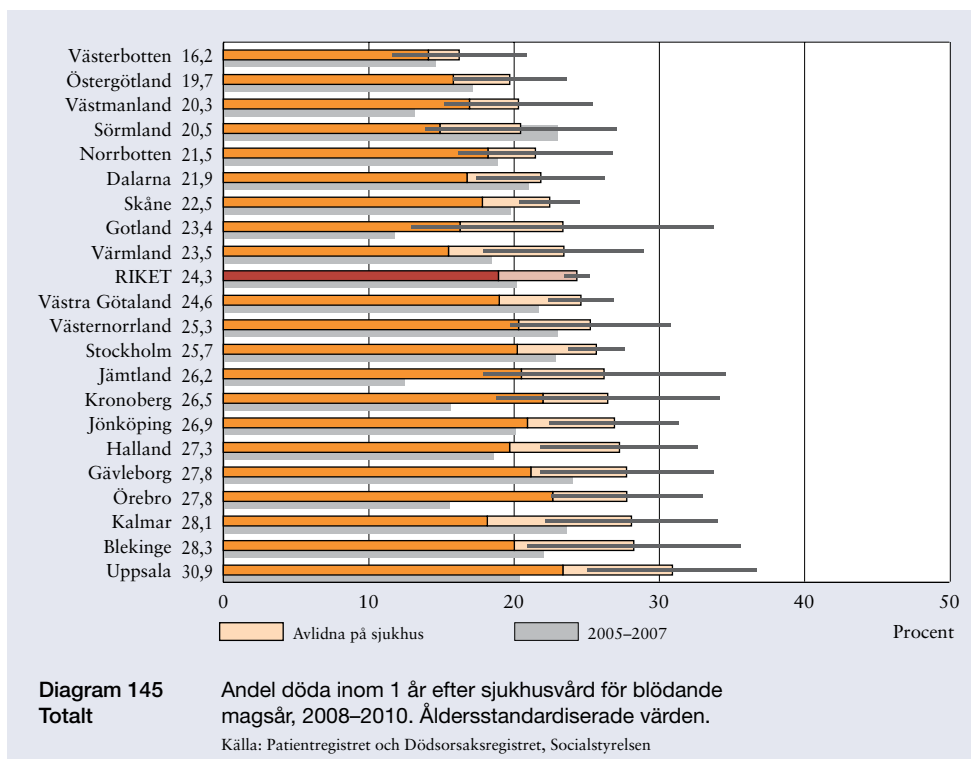


Diagram 144 Andel ljumskbråcksoperationer utförda i dagkirurgi.
Riket Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

minska kostnaderna per operation, med bibehållen god kvalitet. Det finns inga skäl att tro att stora skillnader i dagkirurgiandel kan förklaras av att patienterna skulle ha olikartade behov och förutsättningar.



145 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.

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

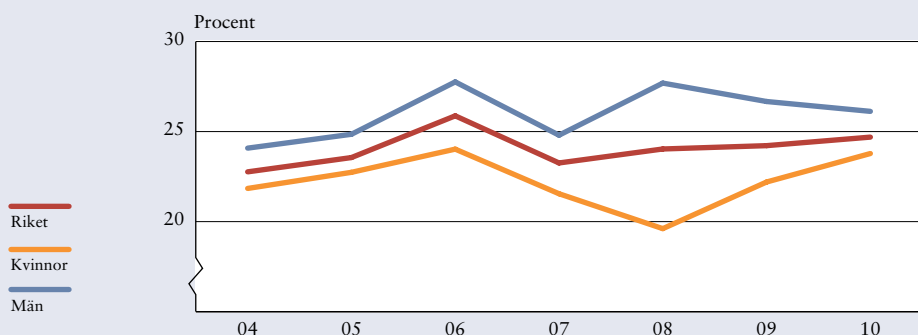


Diagram 145
Riket

Andel döda inom 1 år efter sjukhusvård för blödande magsår. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

under sjukhusvården, som dödligheten efter det att patienten skrivits ut från sjukhus. Den senare kan möjligen ses som en indikator på kvaliteten i efterföljande vård.

I diagram 145 återges landstingens resultat för perioden 2008–2010 i en jämförelse med åren 2005–2007. Som magsår räknas fall med någon diagnos för blödande magsår i Patientregistrets slutenvårdsdel åren 2008–2010. Jämförelsen omfattar enbart förstagångsfall, definierat som personer som inte vårdats för blödande magsår under de föregående åren. Antalet patienter uppgick till drygt 8 600 personer under den studerade treårsperioden.

Under de tre åren avled drygt 24 procent av dessa patienter inom ett år, i genomsnitt cirka 700 personer per år. Dödligheten är lägre för kvinnor än för män: 22 procent avled bland kvinnorna, jämfört med knappt 27 procent bland männen. Det finns en ganska stor variation i dödlighet efter blödande magsår mellan landstingen, för båda könen från 16 till knappt 31 procent.

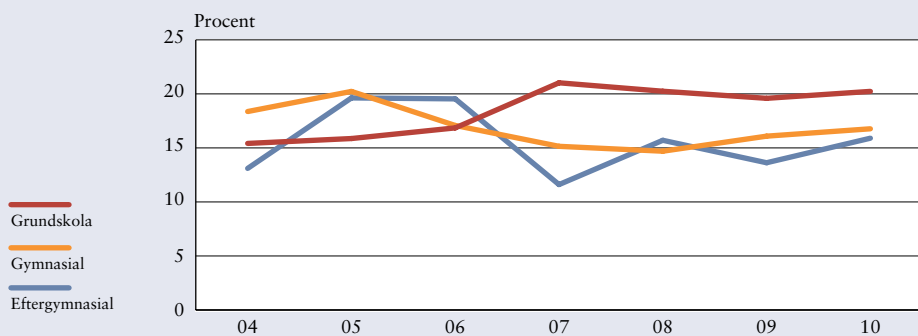
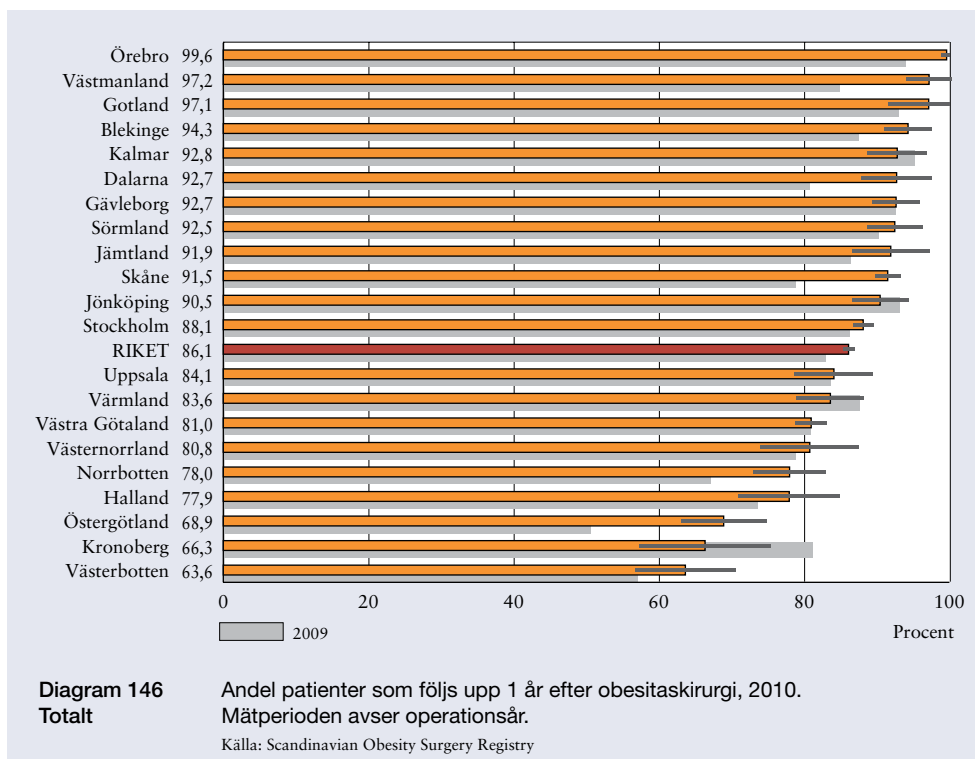


Diagram 145A
Totalt

Andel döda inom 1 år efter sjukhusvård för blödande magsår efter utbildningsnivå. Åldersstandardiserade värden. Avser patienter 45–79 år.

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



För kvinnorna varierade dödligheten mellan landstingen mer än för männen. Landsting med högst respektive lägst dödlighet var inte desamma för män som för kvinnor. Även andelen dödsfall som skedde under sjukhusvistelsen varierar mellan landstingen. En 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.

146 Uppföljning av patienter efter obesitaskirurgi

Antalet patienter som opereras för svår fetma ökar påtagligt. 2010 utfördes över 8 000 operationer, att jämföra med cirka 700–800 per år i början av 2000-talet. Tre av fyra opererade är kvinnor. Behovsbedömningar antyder att väl över 10 000 operationer per år kan behöva utföras. De patienter som opereras är inte sällan diabetiker, lider av hjärt-kärlsjukdom eller ledbesvär och löper högre risk för cancer och för tidig död.

Uppgifter om de patienter som opereras för fetma samlas i kvalitetsregistret SOReg, Scandinavian Obesity Surgery Register. 43 av 44 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.

Två indikatorer om obesitaskirurgi redovisas, båda med SOReg som källa: Andel patienter som följs upp efter operation samt patienternas viktning ett år efter operation.

Alla patienter som opereras för svår fetma behöver följas upp efter operationen, av flera skäl. Alla patienter behöver behandling med vitamin B12 för att inte få blodbrist. Så gott som alla kvinnor i fertil ålder och även många män och äldre kvinnor behöver periodvis tillskott av järn för att inte utveckla järnbrist. Många personer har följsjukdomar till fetman som förändras efter att kroppsvikten ändras av operationen, till exempel diabetes, högt blodtryck, sömnapné och belastningssmärter. Förändring av behandlingen av dessa kan då bli nödvändiga. Slutligen både förutsätter och leder operationerna till livsstilsförändringar i fråga om ätbeteende och fysisk aktivitet. Kontinuerlig kontakt med sjuk- och hälsovården kan då tänkas förstärka dessa livsstilsförändringar. Sjukvårdens förmåga att sköta denna uppföljning är en mycket viktig indikator på vårdens kvalitet.

Indikator 146 visar hur stor andel patienter som följts upp vid ett-årskontroll efter obesitaskirurgi. De 7 304 patienter som ingår i redovisningen har opererats under 2010 och uppföljningen har registrerats under 2011. Patienterna redovisas under sina respektive hemortslandsting, oavsett var operationen eller uppföljningen skett.

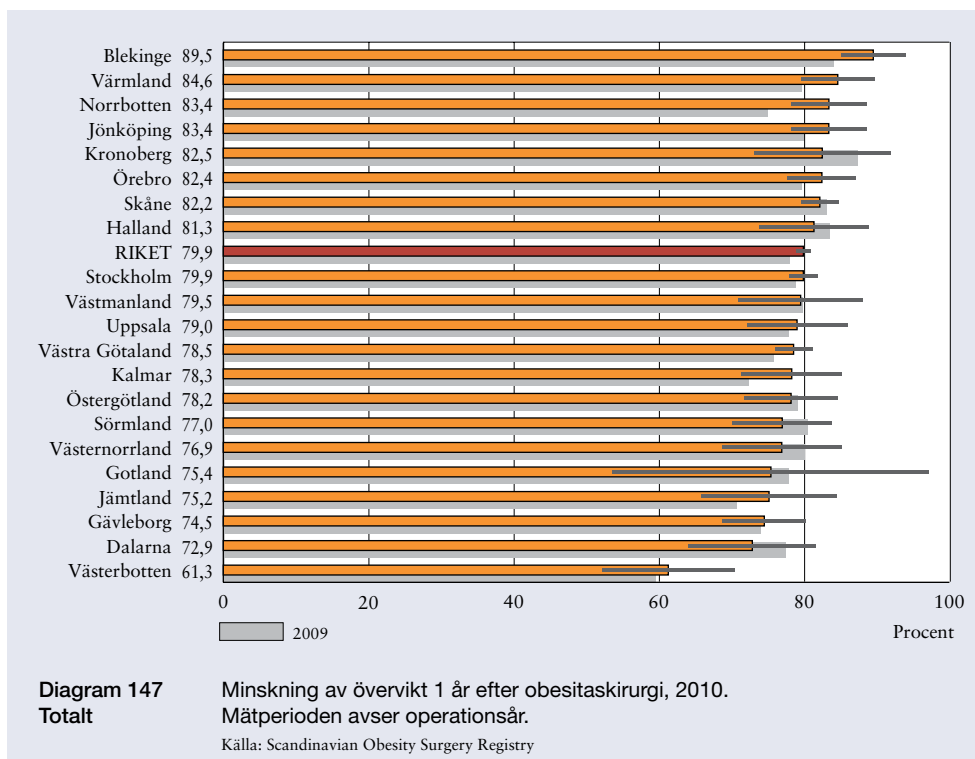
I riket hade 86 procent av patienterna följts upp efter ett år, med en spridning mellan landstingen från 64 till 100 procent. Det finns således stora skillnader i hur väl de olika landstingen förmått ta ansvar för uppföljningen ett år efter operationen och därmed utrymme för förbättring. Dock ökar andelen i flertalet landsting.

Det finns inget överenskommet målvärde för andelen som bör följas upp, men den borde omfatta samtliga fall, sånär som på de enstaka patienter som av olika skäl inte hörsammar kallelse till uppföljning.

Patienter som genomgår obesitasoperation har visat sig vara en mobil patientgrupp som ofta söker vård utanför det egna hemlandstinget samtidigt som lång uppföljning krävs. Detta är ett förhållanden som ställer vården inför nya utmaningar.

147 Minskning av övervikt efter obesitaskirurgi

Anledningen till att patienter söker kirurgisk hjälp för svår fetma är framförallt en önskan om att få hjälp med olika aspekter av den ofta svåra belastning på livskvaliteten som tillståndet innebär. Sjukvårdens målsättning med behandlingen är



snarare bot och lindring av fetmans följsjukdomar såsom diabetes, högt blodtryck, hjärt-kärlsjukdom och belastnings- och mekaniskt betingade besvär från leder och andra organsystem.

Det finns inget enda etablerat sammansatt resultatmått på dessa olika behandlingsmål. Här visas ett mått på viktnedgångens storlek, trots att denna nedgången inte är ett egentligt behandlingsmål, inte är ett mål i sig. Men det finns åtminstone för en del av de medicinska behandlingsmålen ett samband med viktnedgångens storlek, som motiverar att detta mått används. Dessutom har studier visat att för att erhålla bestående livskvalitetsförbättringar över lång tid måste viktnedgången, förutom att vara bestående också vara betydande, minst 25 kg vilket som regel motsvarar halva övervikten.

Det mått på viktnedgång som här visas är ett internationellt etablerat mått inom obesitaskirurgin. Det beskriver i procent hur stor andel av patientens övervikt som försvunnit ett år efter operationen. Övervikt innan operationen definieras som antalet BMI-enheter som överstiger 25. Viktförändringen är antalet försvunna (undantagsvis vunna, vid viktökning) BMI-enheter vid mättillfället i förhållande till BMI-värdet innan operationen.

Jämförelsen i diagram 147 baseras på 5 973 patienter som opererats under 2010 och vars viktnedgång efter ett år följdes upp. Patienter som omopererats men där den

primära operationen gjordes före registrets start har exkluderats. Patienterna redovisas under sina respektive hemortslandsting, oavsett var operationen eller uppföljningen skett. Enbart patienter som opererats med metoden gastric bypass ingår, den metod som används vid 97 procent av all obesitaskirurgi i Sverige.

I riket har nästan 80 procent av patienternas övervikt före operationen försvunnit ett år efter operationen. Variationen mellan landsting är måttlig. Kvinnors vikt-nedgång är större än mäns. Ålder, grad av övervikt och kön är faktorer som påverkar vikt-nedgångens storlek. Sannolikt spelar system och omfattning av uppföljning också in på resultatet.

148 Miniinvasivt borttagande av gallblåsa

Gallsten är en vanlig sjukdom. Mellan 25 och 50 procent av befolkningen kommer förr eller senare i livet utveckla sten i gallblåsan. De flesta känner inte av sina gallstenar och blir inte föremål för operation. Ändå är gallstensoperation bland de allra vanligaste kirurgiska ingreppen och årligen får cirka 12 000 patienter sin gallblåsa bortopererad i Sverige. En mindre del av befolkningen utvecklar dessutom sten i gallgångarna. Endoskopisk undersökning av gallgångarna (ERCP) och endoskopiska ingrepp är vanliga och mellan 6 000 och 7 000 sådana utförs varje år i Sverige.

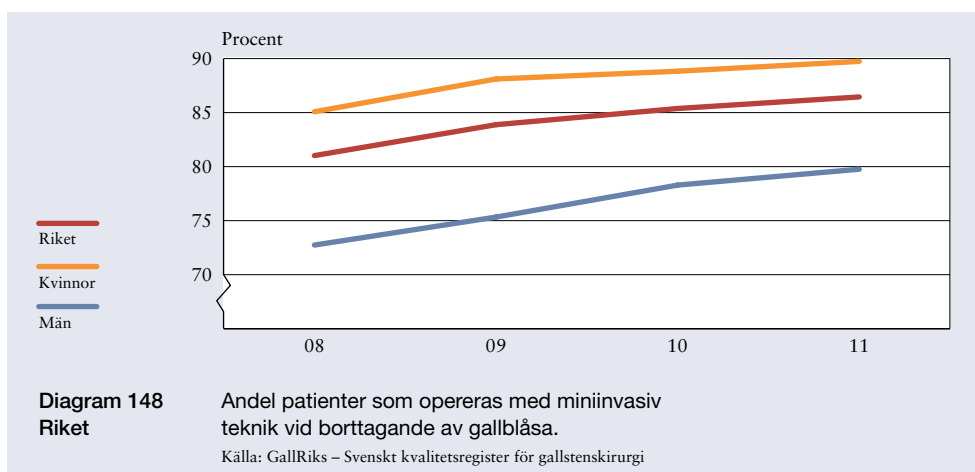
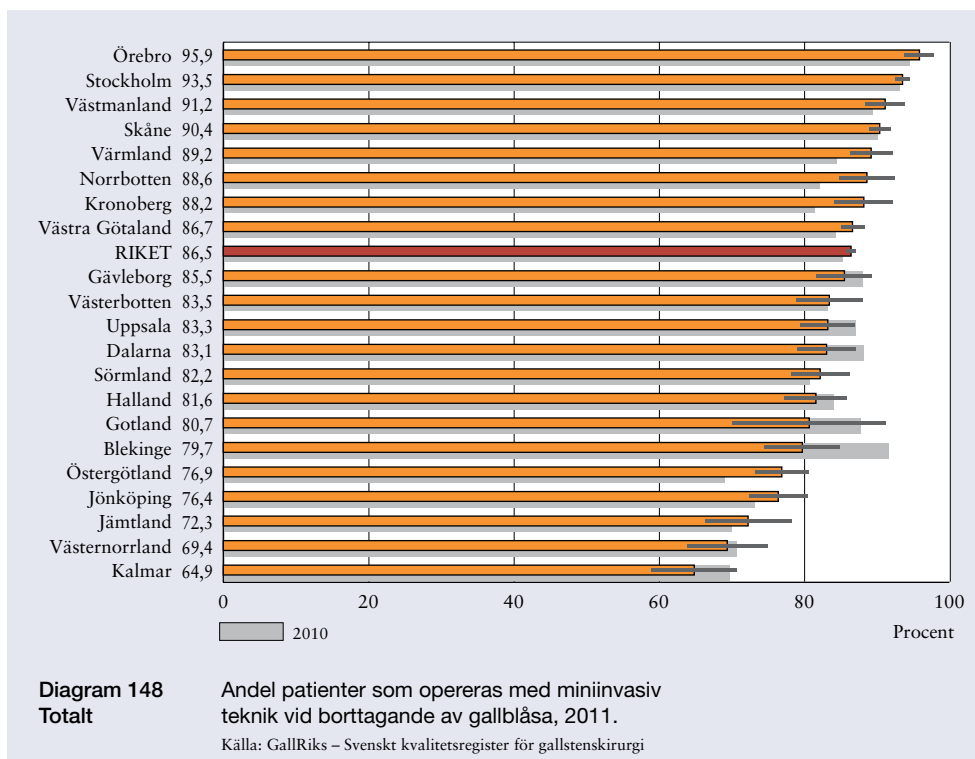
Både vid operation för sten i gallblåsan och endoskopisk behandling av sten i gallgångarna finns en risk för någon form av postoperativ komplikation på mellan 5 och 10 procent. Allvarliga missöden vid kolecystektomi, som skadad gallgång eller död, drabbar 0,1–0,5 procent av patienterna. Nästan 80 procent av de opererade blir av med de besvär som operationen avsåg bota.

GallRiks, ett nationellt kvalitetsregister för gallstensoperationer, startades 2005 och har nu etablerats som ett heltäckande nationellt register med drygt 70 deltagande sjukhus och en täckningsgrad på över 90 procent år 2009. GallRiks syfte är att bidra till att säkerställa en optimal kvalitet och säkerhet gällande den kirurgiska behandlingen av gallstenssjukdom i Sverige.

Vid operation för sten i gallblåsan tas gallblåsan bort. Det är bra om detta görs med så litet kirurgiskt trauma som möjligt för att därmed leda till ett snabbare tillfrisknande och ett skonsammare postoperativt förlopp. Olika operationsmetoder ger olika mycket kirurgiskt trauma, men i vissa fall kan inte valet av metod enbart ta hänsyn till det kirurgiska traumat, utan måste också vägas mot vad som är tekniskt möjligt och vilken metod som ger minst risk för komplikationer.

Diagram 148 visar andelen patienter som 2011 genomgick kolecystektomi, borttagande av gallblåsa, med laparoskopisk metod eller som "mini-galla", med enbart ett kort snitt i bukväggen.

2011 utfördes i riket drygt 86 procent av alla kolecystektomier med miniinvasiv metod, en ökning från 81 procent år 2008. Den ökade andelen miniinvasiva operationer



bidrar till att vårdtiden på sjukhus efter kolecystektomi i genomsnitt minskat från 2,1 till 1,7 vård dagar mellan åren 2008 och 2010.

För både kvinnor och män ökar andelen som opereras med miniinvasiv metod. Skillnaden mellan män och kvinnor kvarstår dock och är betydande: Män opererades 2011 med miniinvasiv teknik i knappt 80 procent och kvinnor i nästan 90 procent

av fallen. Att män oftare opereras med öppen teknik hänger sannolikt ihop med att en högre andel av operationerna hos män görs på indikationen gallstenskomplika- tion. Detta leder i sin tur även till en högre andel postoperativa komplikationer och bidrar till att en högre andel antibiotikaproylax ges vid operationerna. Varför män har en mer avancerad gallstenssjukdom när de opereras är oklart och kommer att bli föremål för forskning.

Det finns ingen bestämd optimal nivå på andelen patienter som bör opereras med miniinvasiv teknik. Däremot kan den stora variationen mellan olika landsting, från cirka 65 till knappt 96 procent, tala för att andelen kan öka ytterligare, utan några negativa medicinska konsekvenser.

En stickprovskontroll av 1 168 journaler som jämförts med registerdata visar rätt registrering av operationsmetod i 99,5 procent av fallen. På landstingsnivå är risken för skillnader i patientsammansättning begränsad och täckningsgraden hög, varför både akuta och planerade operationer ingår i analyserna. Resultaten för denna indi- kator är på landstingsnivå mycket tillförlitliga.

149 Kirurgiska komplikationer efter borttagande av gallblåsa

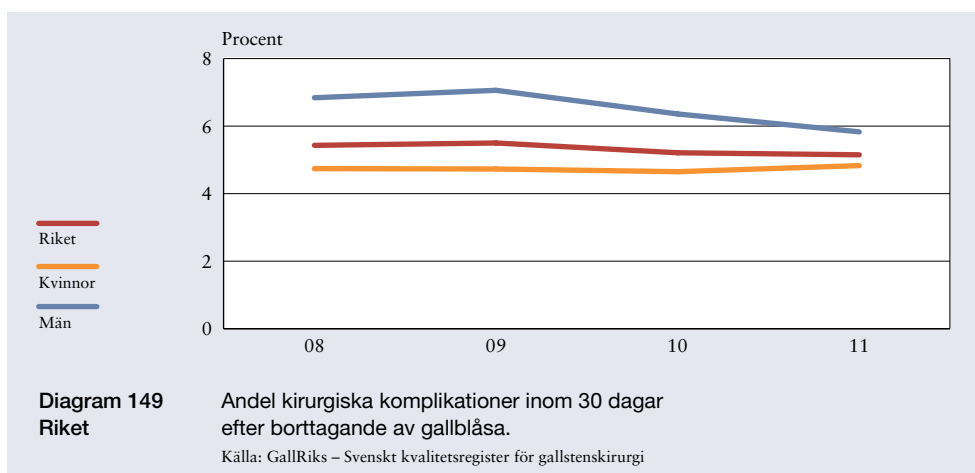
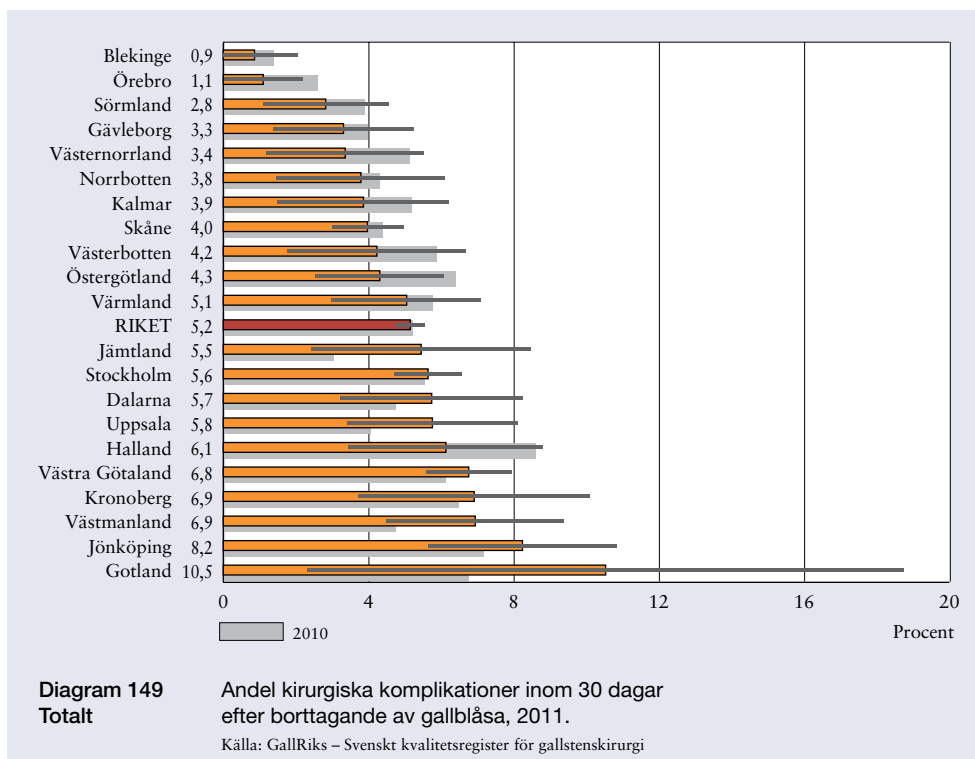
Denna indikator speglar de kirurgiska komplikationerna inom 30 dagar efter en operation där gallblåsan opereras bort, kolecystektomi. Exempel på komplikatio- ner är blödning, infektion eller gallläckage. All kirurgi är förknippad med risk för komplikationer. De som här redovisas är sådana som betraktas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

År 2011 drabbades 587 av 11 394 opererade patienter av någon kirurgisk komplikation inom 30 dagar, vilket motsvarar 5,2 procent. Komplikationer drabbar oftare män än kvinnor, med komplikationstal på 5,8 respektive 4,8 procent. Komplikationsfrek- vensen ligger relativt stabil över åren även om det finns en viss tendens till sjun- kande frekvens, framförallt för män.

Det finns ingen "acceptabel" nivå för andelen patienter som får drabbas av kirur- giska 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 ope- ration.

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 när- varande 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 fram- gick 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.

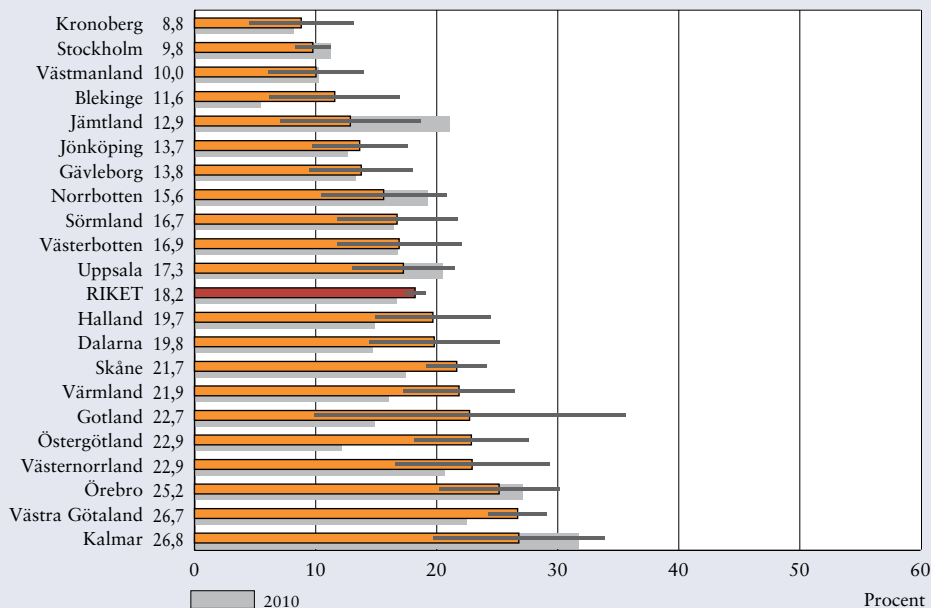


Diagram 150
Totalt

Andel patienter som får antibiotika vid borttagande av gallblåsa, 2011. Avser planerade operationer.

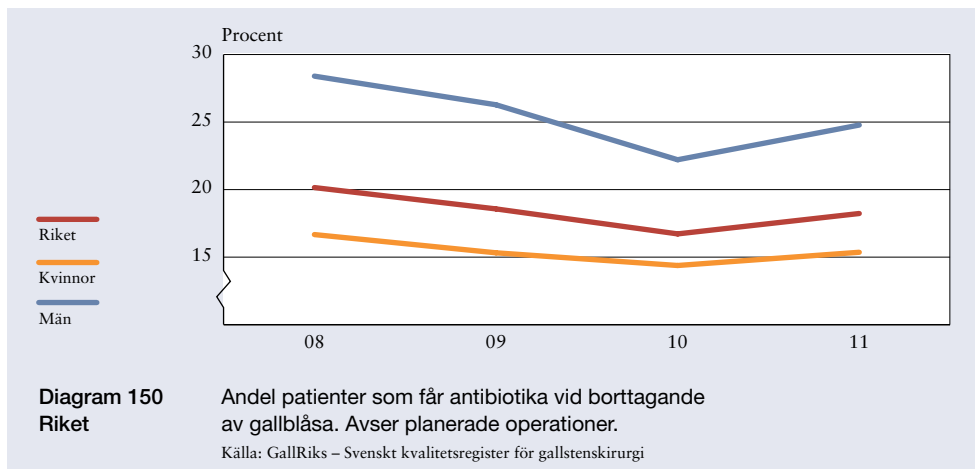
Källa: GallRiks – Svenskt kvalitetsregister för gallstenskirurgi

150 Antibiotika vid borttagande av gallblåsa

Det har länge varit oklart om antibiotika behöver ges vid elektiv (planerad)olecystektomi för att förebygga att operationen medför infektionskomplikationer. Det finns emellertid nu flera studier som visar att förebyggande behandling med antibiotika inte minskar risken för infektionskomplikationer, bland annat en studie som är baserad på ett relativt stort antal opererade patienter från GallRiks. Därför rekommenderas nu att inte ge förebyggande antibiotikabehandling vid elektivolecystektomi.

Indikatorn visar andelen patienter som ges förebyggande antibiotikabehandling i samband med elektivolecystektomi. Jämförelsen baseras på drygt 7 200 patienter. I riket fick 2011 drygt 1 400 eller 18 procent av dessa patienter antibiotikabehandling i samband med operationen. Det kvarstår ännu stora skillnader i användningen av antibiotika mellan olika landsting, med en spridning från nio till knappt 27 procent.

Även om det generellt inte anses motiverat att ge förebyggande antibiotikabehandling kan det i enskilda fall finnas faktorer som talar för att antibiotika bör ges "för säkerhets skull". Därför kan det på sjukhusnivå finnas en selektion av patienter med olika svårighetsgrad, vilket till en viss del kan förklara en skillnad i antibiotikaanvändning. På landstingsnivå borde det dock inte finnas någon avgörande skillnad i patientsammansättning. En utjämning mellan landstingen borde därför vara möj-



lig, liksom en totalt sett lägre antibiotikaanvändning. Genom GallRiks sker en kontinuerlig bevakning av frekvensen infektionskomplikationer. Det finns hittills inga tecken på att infektionskomplikationerna ökar i Sverige, trots en sedan 2008 minskande antibiotikaanvändning.

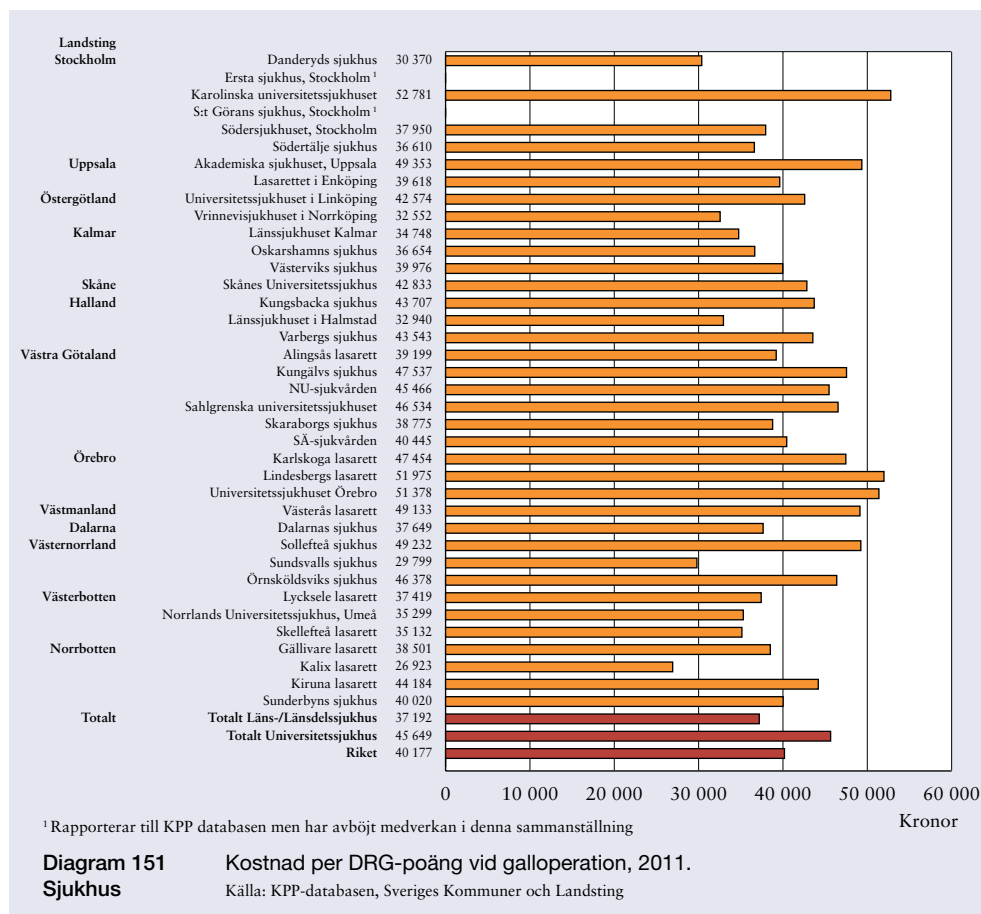
151 Kostnaden per DRG-poäng vid galloperation

Hittills har kostnader för olika sjukdomstillstånd eller åtgärder redovisats som kostnader per vårdtillfälle. Detta innebär att ingen hänsyn tas till olikheter i patientsammansättningen och till att enskilda vårdtillfällen kan kräva olika resursinsats trots att grundsjukdomen är densamma. I avsnittet om övergripande indikatorer och kostnader beskrivs kostnad per DRG-poäng, ett mått som relaterar kostnader till prestationer med en metod som innebär att hänsyn tas till resursinsatsen och är en uppskattning av hälso- och sjukvårdens produktivitet.

I diagram 151 visas kostnader per DRG-poäng för kolecystektomi, borttagande av gallblåsan. 2011 fanns det i KPP-databasen 7 208 vårdtillfällen med åtgärds-koden för kolecystektomi. Både planerade och akuta operationer ingår. KPP-databasens genomsnittliga kostnad per DRG-poäng för innerfallen uppgick 2011 till 40 177 kr. Kostnadsskillnaderna är påtagliga, liksom variationen i vårdtidens längd från 1 till 10 dagar, men som i genomsnitt är cirka 4 dagar.

Kostnadsskillnaderna kan ha flera orsaker. De kan spegla dels tiden för själva ingreppet och även vårdtidens längd, dels bemanning per vårdplats och vid sjukhuset i stort. De kan även återspegla patientsammansättningen vid sjukhuset, till exempel andelen akuta respektive planerade operationer. Även val av operationsmetod påverkar.

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

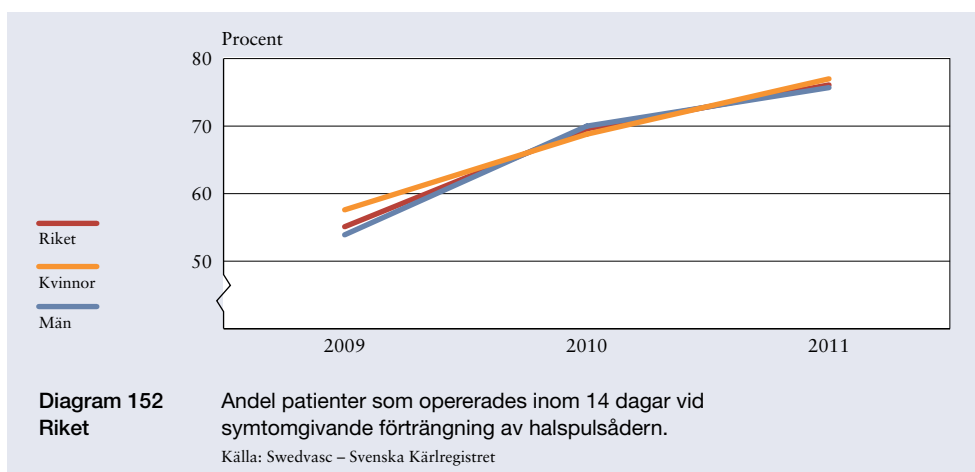
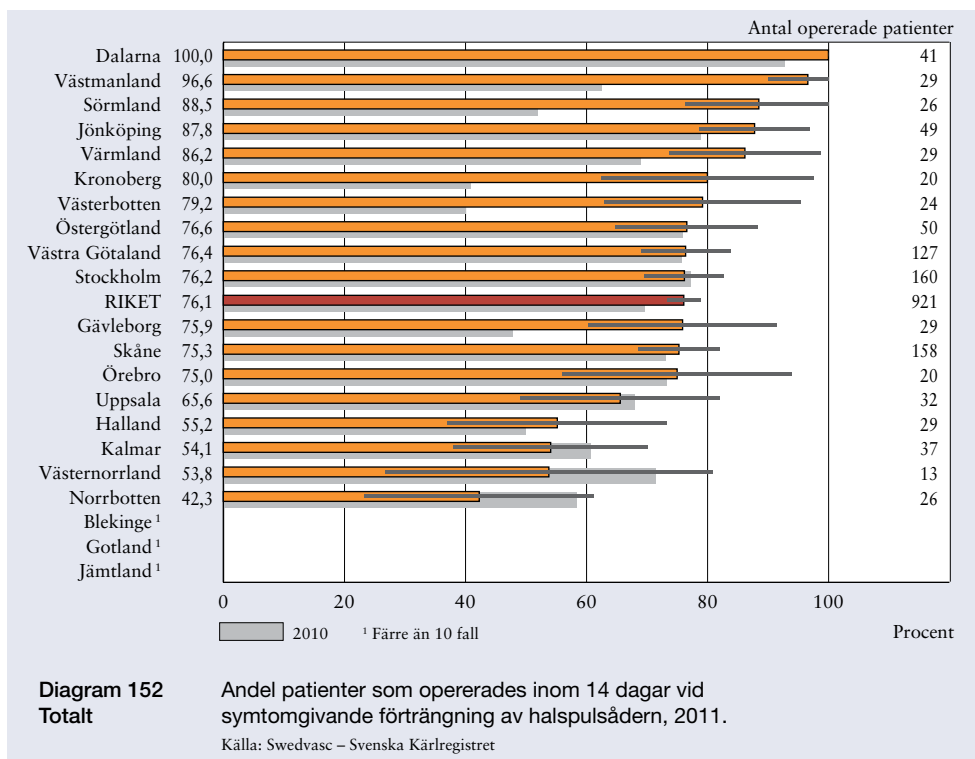


152 Tid till operation vid förträngning av halspulsåder

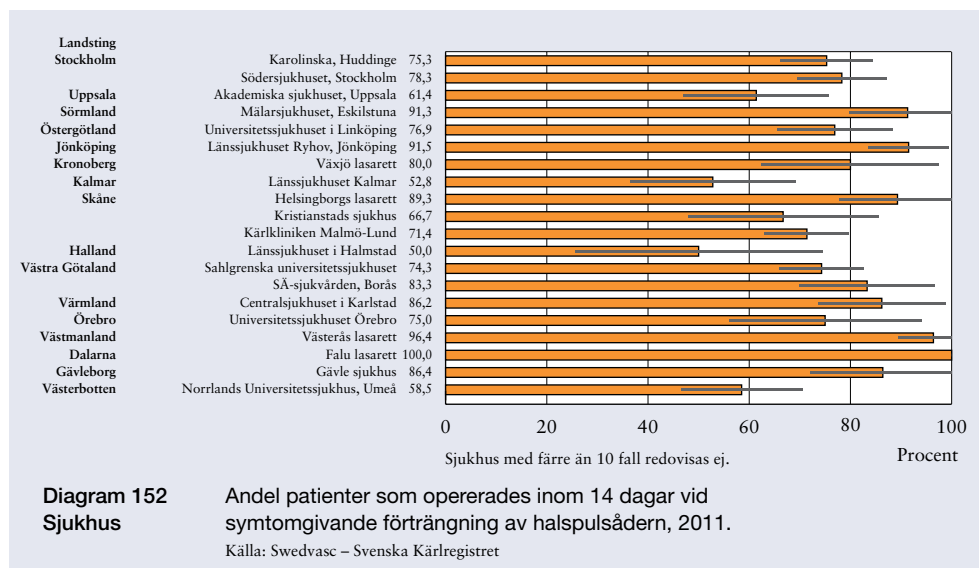
Förträngning av halspulsådern kallas karotisstenos. På den skrovliga åderväggen kan blodproppar bildas som kan föras upp i hjärnan och orsaka övergående förlamning (TIA) eller varaktig hjärninfarkt (stroke). Vid karotiskirurgi opererar man bort denna förträngning. De flesta operationerna utförs som sekundärpreventiv 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 högrgradig stenos. Statistiskt sett krävs det i denna grupp få operationer för att förebygga en stroke, men tidsaspekten är väldigt viktig. Om behandlingen dröjer mer än två veckor halveras den gynnsamma effekten av karotiskirurgi.

Indikatorn ingår i de nationella riktlinjerna för stroke. Måttet speglar kvalitet både inom strokesjukvård och inom kärnkirurgisk verksamhet. För att minska fördröjningen är det även viktigt att befolkningen förstår och tar symtomen på allvar.



Källan är Svenska Kärregistret, Swedvasc, som varje år publicerar uppgifter om tid till karotisoperation. Registrets täckningsgrad är god. Mer än 95 procent av alla operationer registreras, och handläggningstiderna finns i samtliga registrerade fall. Tidsangivelsen avser tiden från "alarmsymtom", de strokesymtom som ledde patienten att söka sjukvård, fram till operation.



I diagram 152 anges andelen karotisoperationer av symptomgivande förträngningar som gjordes inom 14 dagar efter alarmsymtomet. Jämförelsen omfattar 921 operationer under 2011.

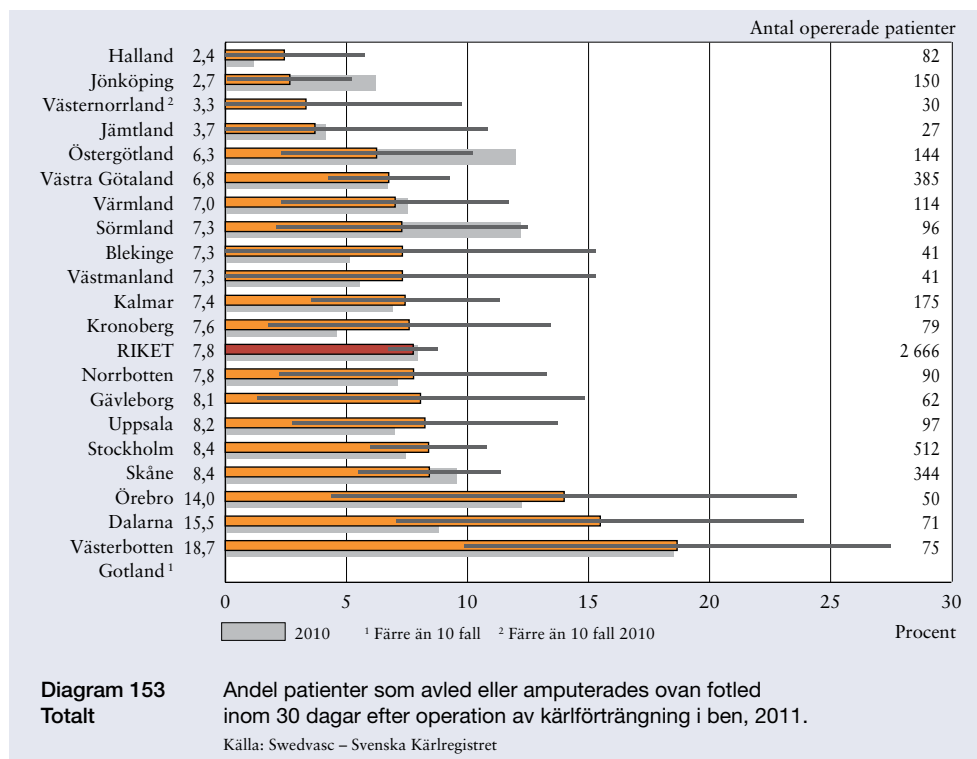
Cirka 76 procent av alla operationer för symptomgivande karotisstenos görs inom 14 dagar. Detta är en förbättring jämfört med 2009 och 2010. Det finns en stor spridning mellan landstingen, med andelar som opererats inom den målsatta tiden från 42 till 100 procent. I vissa landsting är ingreppen få och den statistiska osäkerheten så stor att jämförelser försvåras. Andelen kvinnor och män som opereras inom 14 dagar efter symptomdebut är väsentligen lika.

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.

153 Död eller amputation efter operation av kärlförträngning i ben

Åderförkalkning medför att artärerna förträngs eller täpps till. Sjukdomen är förknippad med avsevärt förkortad livslängd. Benen drabbas ofta av försämrat blodflöde. Claudicatio är benämningen för de lindriga fall då blodflödet är otillräckligt bara vid ansträngning, vilket ger upphov till värk vid gång. I svårare fall är blodflödet otillräckligt även i vila, vilket kallas kritisk ischemi och medför risk för källbrand.

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 vik-

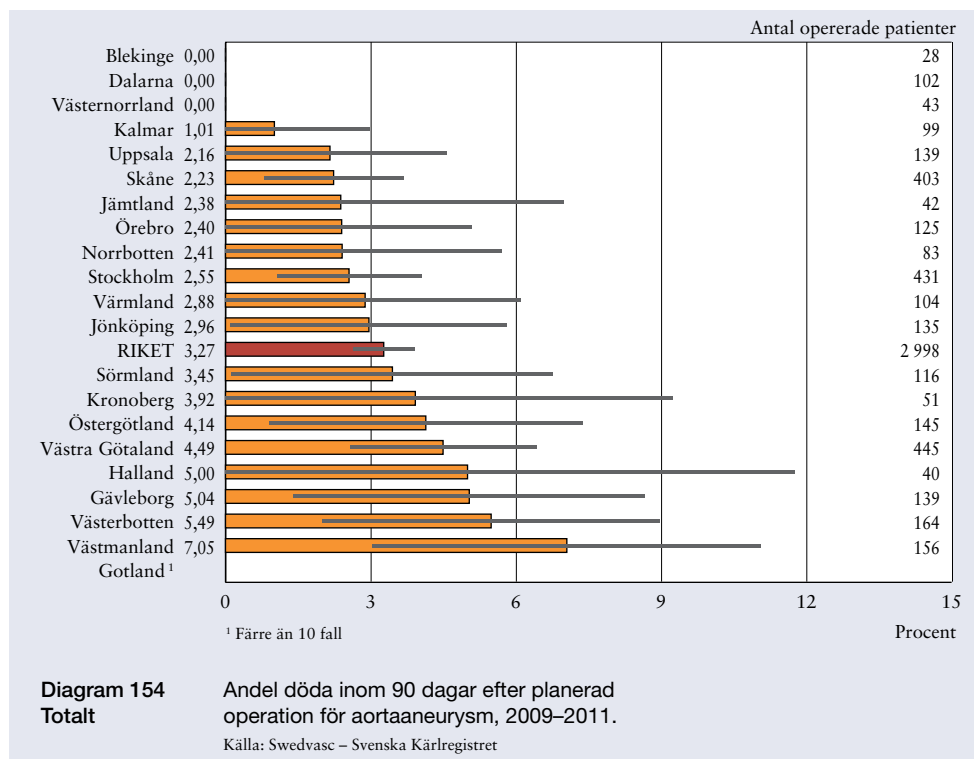


tigt. Behandlingen består av såväl icke-kirurgiska som kirurgiska metoder. De senare innebär olika typer av by pass-operationer av kärlsystemet till benet.

I diagram 153 anges andelen patienter som avlidit och/eller blivit amputerade ovan fotled inom 30 dagar efter kärlingrepp på benet. I jämförelsen ingår 2 666 patienter med kronisk kritisk ischemi som under år 2011 registrerats i kvalitetsregistret Swedvasc. Hälften av de opererade var kvinnor.

Totalt avled eller amputerades 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 trend till förbättringar kunnat skönjas. Tre procent av patienterna avled inom 30 dagar, och männen hade en högre mortalitet än kvinnorna, med 4,2 respektive 2,1 procent avlidna. Könsskillnaden avseende amputationsfrekvensen är mindre och inte statistiskt signifikant.

Det är stor variation mellan landstingen, med andelar från 2 till 19 procent. 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 patientsammansättning.



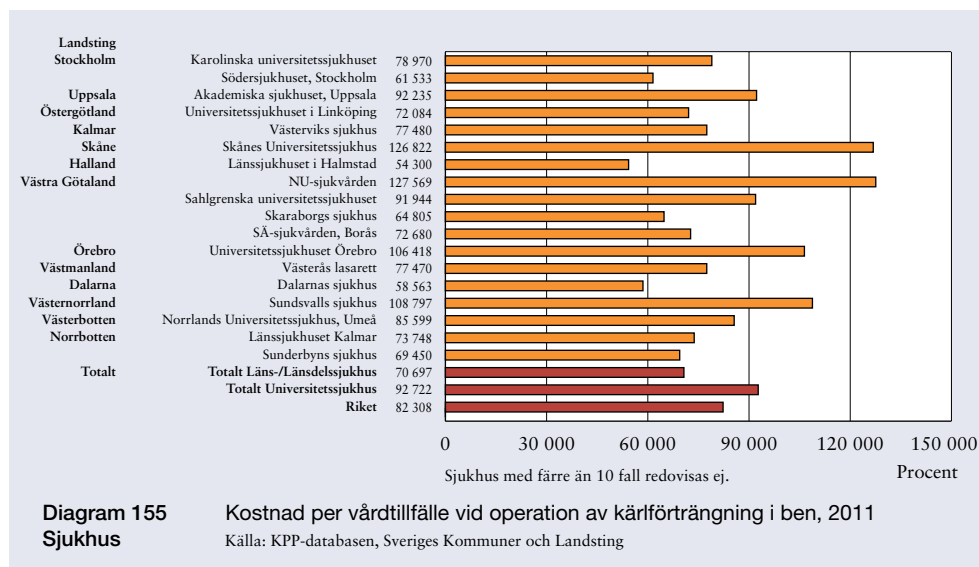
Någon målnivå för andelen amputerade eller döda efter ingrepp för kritisk ischemi finns inte. Det finns heller inga randomiserade studier som jämför icke-kirurgisk behandling med kärlingrepp för kritisk ischemi.

154 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 flera patienter med aortaaneurysm



upptäcks, varav de med hög risk opereras, medan andra erbjuds fortsatt uppföljning. Screeningens syfte är att öka antalet patienter som genomgår planerad operation och att antalet patienter som drabbas av brustet aortaaneurysm skall minska.

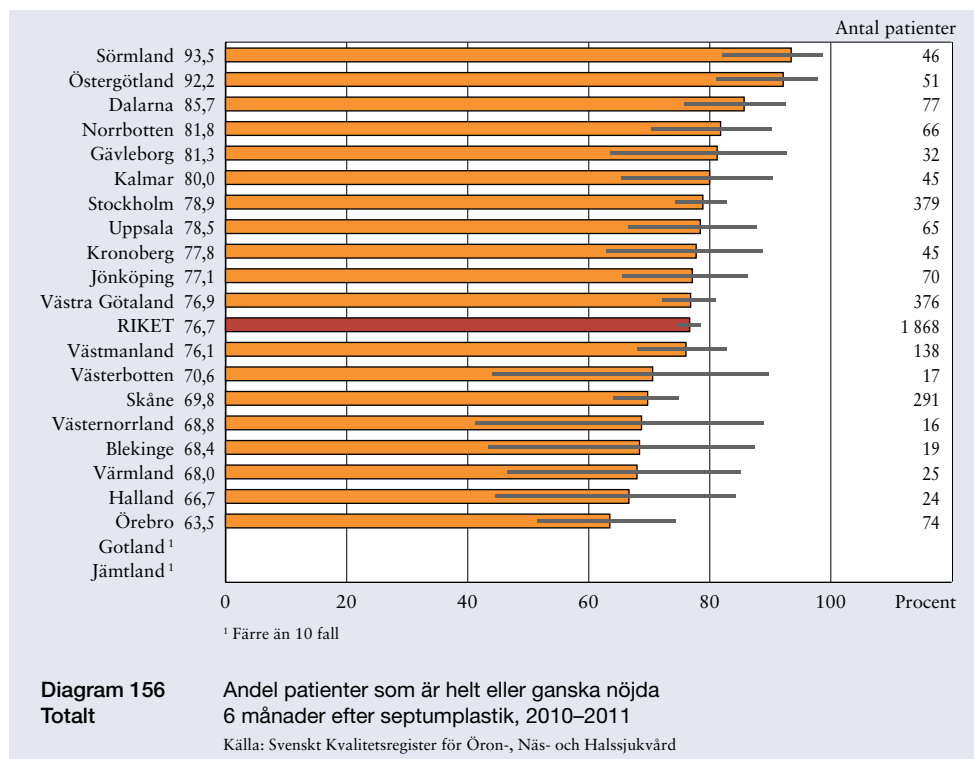
Indikatorn mäter dödligheten inom 90 dagar efter planerad operation för aortaaneurysm. Jämförelsen baseras på knappt 3 000 patienter som opererades 2009–2011 och som registrerades i Swedvasc. Landstingsredovisningen baseras på klinikkens lokalisering, inte på patientens hemort.

I riket avled 3,3 procent av patienterna inom 90 dagar efter operationen. Den redovisade skillnaden mellan landsting är stor, men den låga andelen döda och ett relativt lågt antal opererade patienter gör att resultaten är osäkra. Resultaten kan påverkas av kirurgisk skicklighet, men även av egenskaper hos de patienter som genomgår operation, av skillnader i casemix.

155 Kostnad per operation av kärlförträngning i ben

För 2011 rapporterade till KPP-databasen 19 sjukhus från 13 landsting sina kostnader för drygt 2 400 vårdtillfällen för kärloperation. Det är kostnader för de vårdinsatser som kan knytas till varje enskilt vårdtillfälle som rapporteras. Kostnader för efterföljande uppföljningsbesök och läkemedelsanvändning i öppen vård ingår inte. I denna redovisning är det enbart de så kallade innerfallen som ingår, vilket innebär att de dyraste vårdtillfällena är exkluderade.

I diagram 155 visas kostnaderna per vårdtillfälle i slutenvård för den kärlkirurgiska operationen infrainguinal rekonstruktion/by pass. Operationen syftar till att förbättra blodcirkulationen i benen. Sjukhus med färre än tio fall visas ej. Genomsnittskostnad för innerfallen uppgick 2011 till 82 308 kr. De redovisade kostnaderna



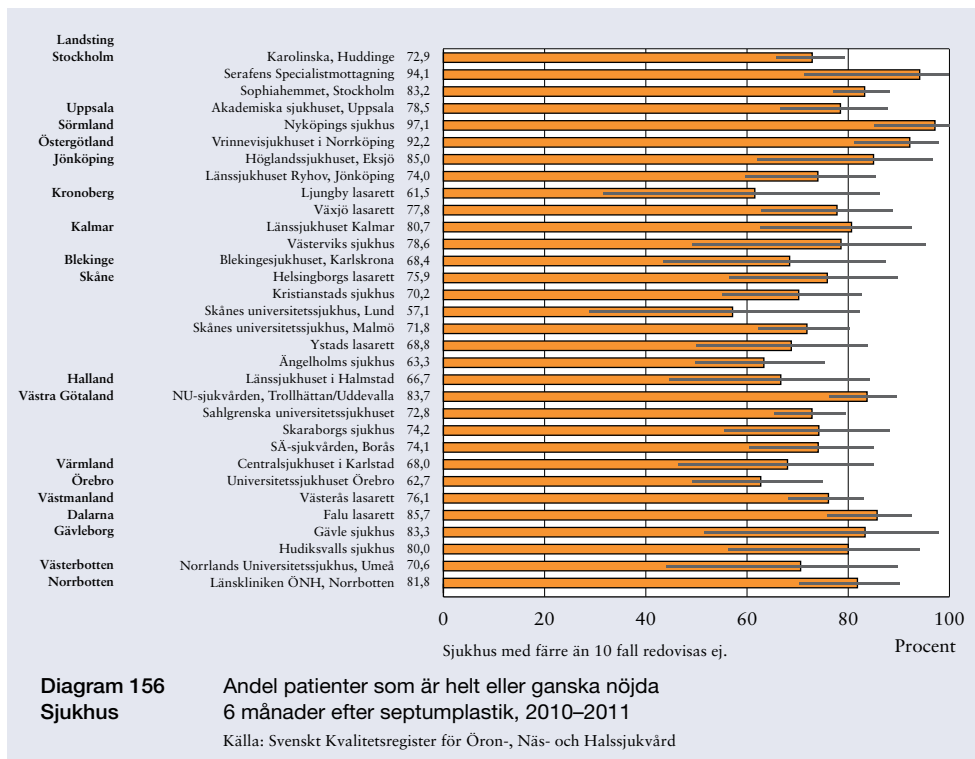
skiljer sig påtagligt mellan sjukhusen, med en spridning från drygt 54 000 kronor till över 127 000 kr. Medelvårdtiden är 5 dagar, men med klara skillnader mellan sjukhus från 3 till 10 dagar.

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 en grund för variation, trots att det finns ett regelverk för hur kostnader ska kalkyleras.

156 Patientrapporterat resultat av septumplastik

Septumplastik innebär operation av sned nässkiljevägg. Huvudsakliga motiv till operationen är nästäppa och snarkning. Nästäppa kan leda till ett antal följsymtom, som muntorrhet, snarkning och trötthet. Nästäppa kan för den drabbade innebära en påtagligt sänkt hälsorelaterad livskvalitet. 80 procent av operationerna utförs på män.

Uppgifterna kommer från Septumplastikregistret, som är ett av totalt nio register som är etablerade inom Svenskt Kvalitetsregister för Öron-, Näs- och Halssjukvård. Patienter som är opererade under 2010 och 2011 ingår i jämförelsen och totalt 1 868 patienter svarade på enkäten. Klinikens lokalisering styr landstingstillhörighet i redovisningen, inte patientens hemort. Täckningsgraden avseende operationer är för



detta delregister cirka 90 procent. Dock svarar inte alla opererade patienter på den uppföljande enkäten.

Sex månader efter operationen får patienterna besvara en enkät om hur de bedömer resultatet. Diagram 156 visar andelen patienter som svarade att besvären var borta eller att resultatet var ganska bra. I riket som helhet ger knappt 77 procent av patienterna något av dessa svar. Landstingens resultat varierar från drygt 63 till drygt 93 procent. Det finns inga skillnader mellan kvinnors och mäns nöjdhet. Patientens ålder påverkar dock resultatet; andelen nöjda patienter ökar något med stigande ålder.

Specialistföreningen inom öron-, näs- och halssjukvård har satt som målnivå att minst 90 procent av patienterna skall 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. Samtidigt är det viktigt att notera att det kvalitetsarbete som pågår på klinisk nivå ger resultat och att klinikerna med bäst resultat når denna målnivå, vilket tidigare ingen klinik gjorde.

157 Patientrapporterad symtomfrihet efter tonsilloperation

Tonsilloperation innebär borttagande av halsmandlarna. Det finns olika orsaker till att operera bort halsmandlarna. Hos barn är den vanligaste orsaken att halsmand-



Diagram 157
Totalt

Andel patienter som är helt eller ganska symtomfria
6 månader efter tonsilloperation, 2011

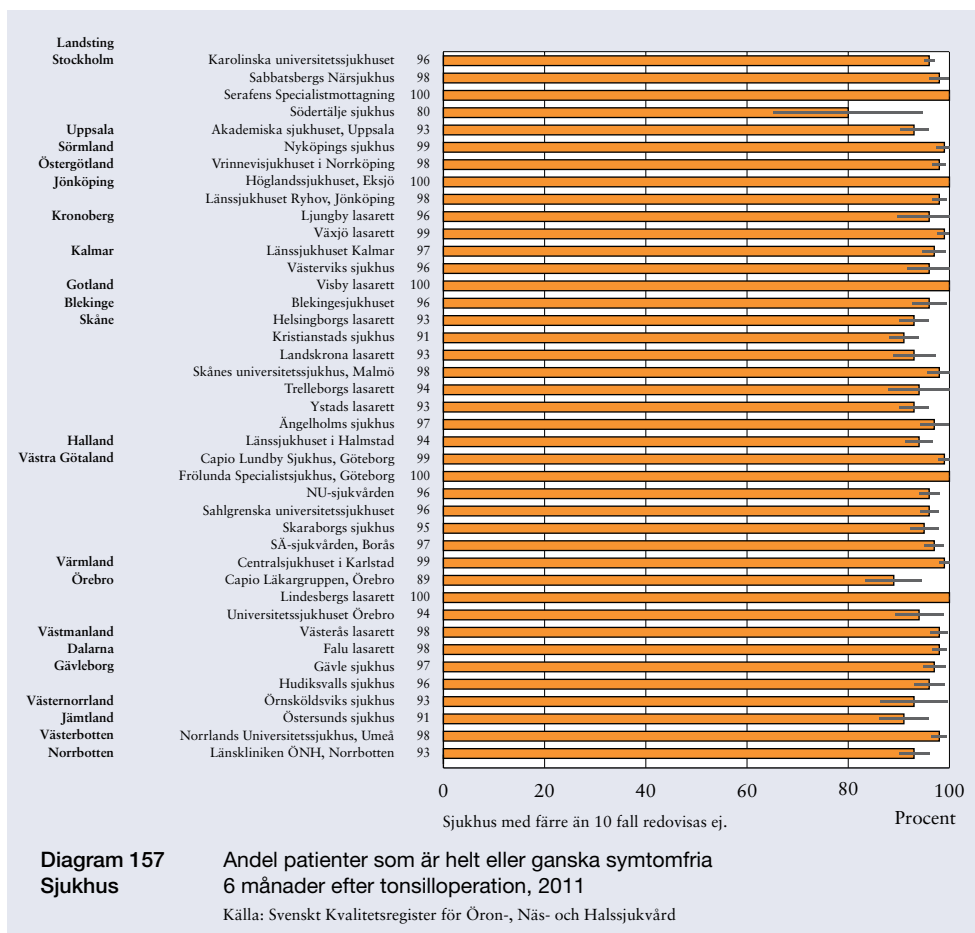
Källa: Svenskt Kvalitetsregister för Öron-, Näs- och Halssjukvård

larna är så stora att de ger andningsuppehåll, snarkningar och ibland sväljnings-svårigheter. Andra orsaker är tätt återkommande halsinfektioner (halsfluss) eller halsbölder. I Sverige utförs cirka 10 000 tonsilloperationer årligen och det är ett av de vanligaste kirurgiska ingreppen på barn. Nära hälften av alla tonsilloperationer görs i dagkirurgi.

Källan till denna indikator är Nationellt Kvalitetsregister för tonsilloperation, som är del av Svenskt kvalitetsregister för Öron-, Näs- och Halssjukvård. Täckningsgraden bedöms på nationell nivå vara 77 procent, baserat på en jämförelse av antalet opererade med Patientregistret vid Socialstyrelsen, avseende 2011.

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 även besvara en enkät där graden av symtombefrielse bedöms. Indikatorn visar andelen patienter som sex månader efter operationen är helt eller ganska symtomfria, med vilket avses att de valt ena av svarsalternativen "besvären borta" eller "jag har blivit ganska bra".



Jämförelsen baseras på knappt 4 400 patienter som opererades under 2011 och som deltog i uppföljningen efter sex månader. Patienter med cancersjukdom ingår inte. Redovisning på landstingsnivå baseras på klinikens lokalisering, inte på patientens hemort.

Andelen patienter som är helt eller ganska symtomfria är i riket cirka 96 procent, med en variation mellan landsting från 91 till 100 procent. Det finns inga skillnader mellan könen.

Patientens upplevda grad av besvärslfrihet påverkas av indikation (tillståndet som motiverade operationen), ålder och förekomsten av komplikationer efter operationen. Även informationen till patienten innan operationen kan påverka graden av besvärslfrihet efter operationen.

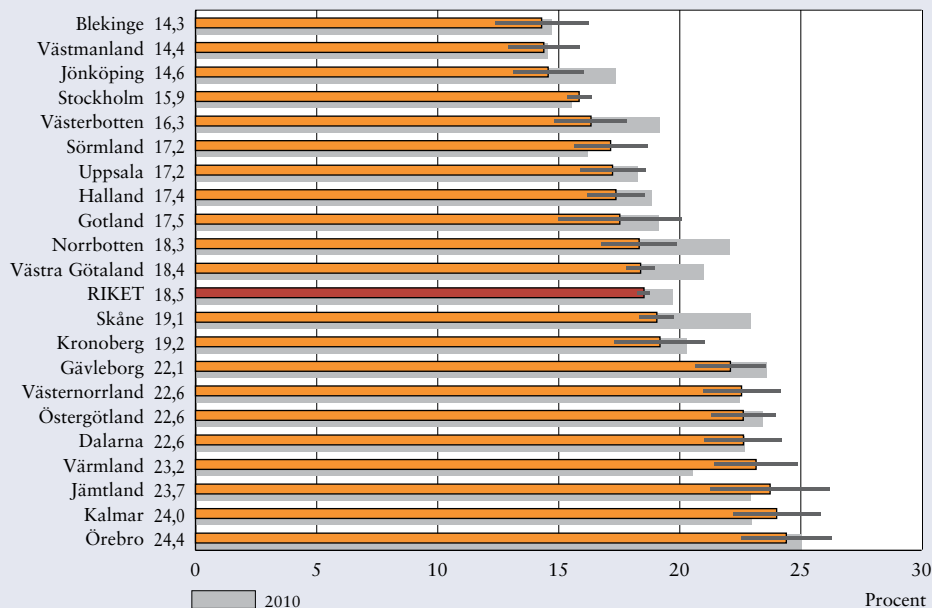


Diagram 158
Totalt

Andel patienter med synskärpa under 0,5 på bästa ögat vid kataraktoperation, 2011.

Källa: Nationella Kataraktregistret

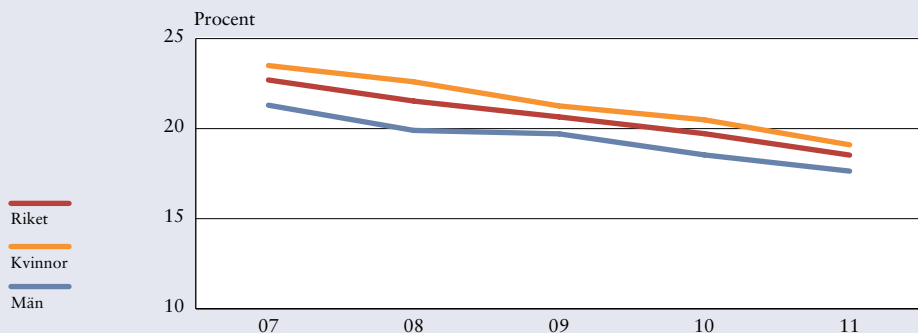


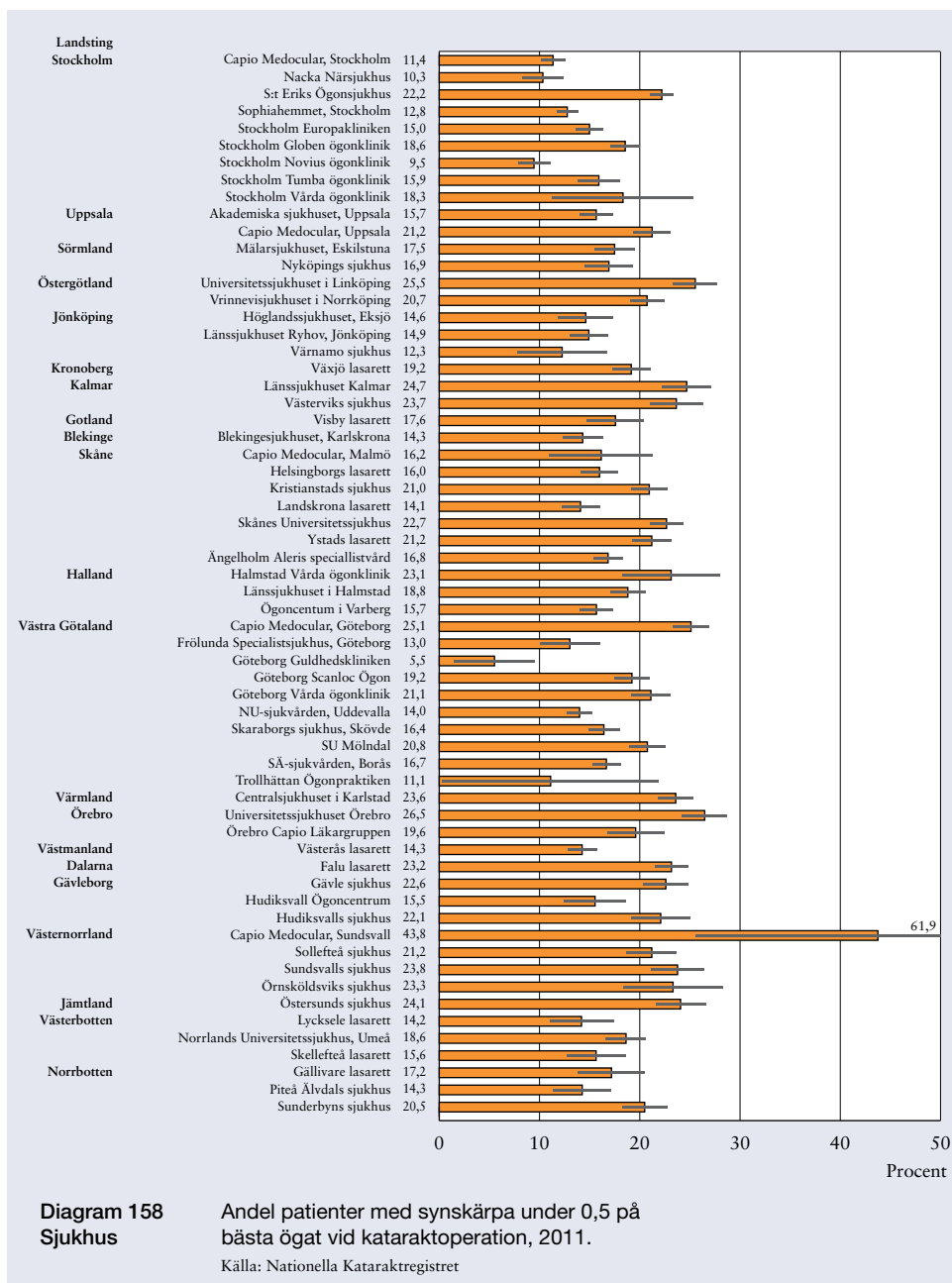
Diagram 158
Riket

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

Källa: Nationella Kataraktregistret

158 Synfel vid kataraktoperation

Under 2011 utfördes över 91 000 kataraktoperationer av patienter med sjukdomen grå starr, vilket är en ökning på tre procent jämfört med året innan. Väsentliga förbättringar av synförmågan nås för en stor del av patienterna.



Uppgift om patientens synskärpa på det bästa ögat vid tidpunkten för operationen är ett mått på tillgänglighet till kataraktoperation i de olika landstingen. Om en stor andel av befolkningen under flera år opereras, ser de opererade patienterna förhållandevis bättre innan operationen. Fler operationer av så kallade andra-ögon bidrar också till bättre siffror.

Uppgifterna kommer från det Nationella Kataraktregistret. Registret har en mycket god täckningsgrad och innehåller för närvarande över 98 procent av alla operationer, enligt registrets bedömning. Betydligt färre kataraktoperationer rapporteras till Patientregistret, trots att denna rapportering är obligatorisk. I en jämförelse avseende operationer 2009 berodde mer än hälften av bortfallet i Patientregistret på under-rapportering från privata vårdgivare.

I diagram 158 redovisas andelen av alla opererade patienter som hade en synskärpa som var lägre än 0,5 på det bästa ögat. En låg andel innebär att patienterna hade bättre syn och vice versa. Uppgifterna avser 2011. Uppgifterna per landsting är baserade på patienternas hemort, oavsett var operationen utfördes.

Generellt gäller att kvinnor har en sämre syn när de opereras än vad män har. Tolkning av könsskillnaderna försvåras av att kvinnor och män som opereras skiljer sig åt, till exempel med avseende på ålder, operation av andra ögat, körkort etc. Dessutom är operationsfrekvensen för kvinnor 1,5 gånger större än för män.

Skillnaderna mellan landstingen har varit stor under en följd av år, men har minskat något de senaste åren. Som en del i arbetet med vårdgarantin har gemensamma indikationer utarbetats för när kataraktoperation bör utföras. Detta kan leda till att skillnaderna mellan landstingen minskar.

Den långsiktiga utvecklingen för riket som helhet har visat att patienterna ser allt bättre vid tidpunkten för operation. Registret har kunnat påvisa ett klart samband mellan operationsfrekvens och vilken grad av synnedsättning man har vid tiden för operation. Detta gör att landstingen kan påverka sitt utfall i denna indikator genom att förändra det antal operationer man finansierar för sin befolkning.

159 Självs kattad nytta av kataraktoperation

Kataraktoperation (gråstarrsoperation) är Sveriges vanligaste operation. Syftet med operationen är att återställa synen genom att avlägsna den grå starren. Det övergripande målet med denna kirurgi är att åstadkomma optimal synskärpa, optimal refraktion (ögats brytningskraft), ett minimum av komplikationer och en nöjd patient.

Denna indikator speglar hur väl man lyckats med att förbättra patientens självskattade synfunktion i det dagliga livet. Indikatorn har använts i Nationella Kataraktregistret fullt ut sedan 2009 och 2010. Frågeformuläret, Catquest-9SF, är ett sjukdomsspecifikt frågeformulär. Det är självinstruerande och fylls i av patienten före och tre månader efter operation. Enkäten efter operationen har en svarsfrekvens på cirka 80 procent. Studier har pekat på att de som inte besvarar enkäten är genomsnittligt lite sjukare och äldre än de som besvarar den. Kliniker deltar frivilligt under en månad varje kalenderår. Vid registreringen 2011 deltog 27 kliniker, medan 2010 35 kliniker deltog. Kataraktoperation utförs vid drygt 60 kliniker. Resultaten på nationell nivå kan troligen anses som ganska representativa.

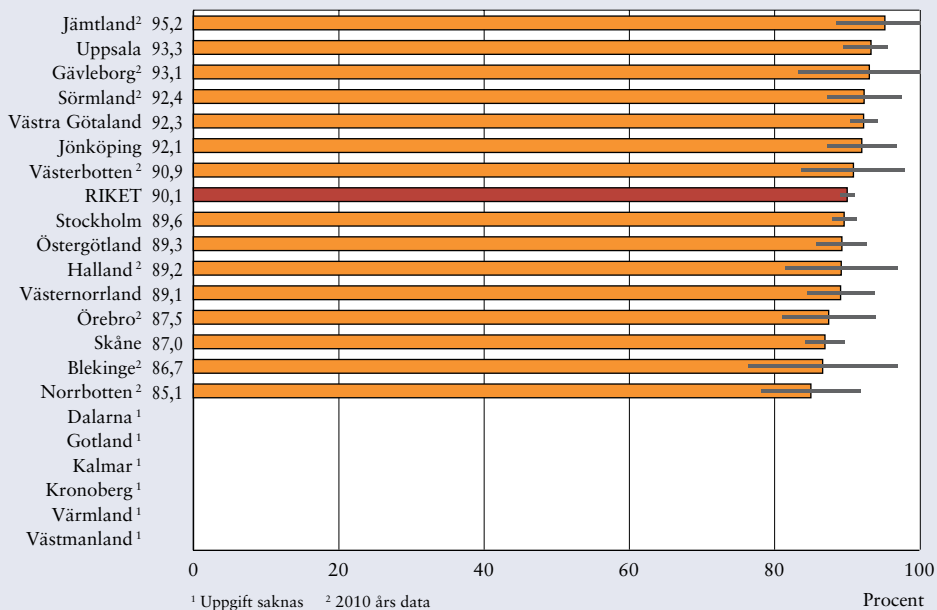


Diagram 159
Totalt

Andel patienter med förbättrad självskattad synfunktion
3 månader efter kataraktoperation, 2011 respektive 2010.

Källa: Nationella Kataraktregistret

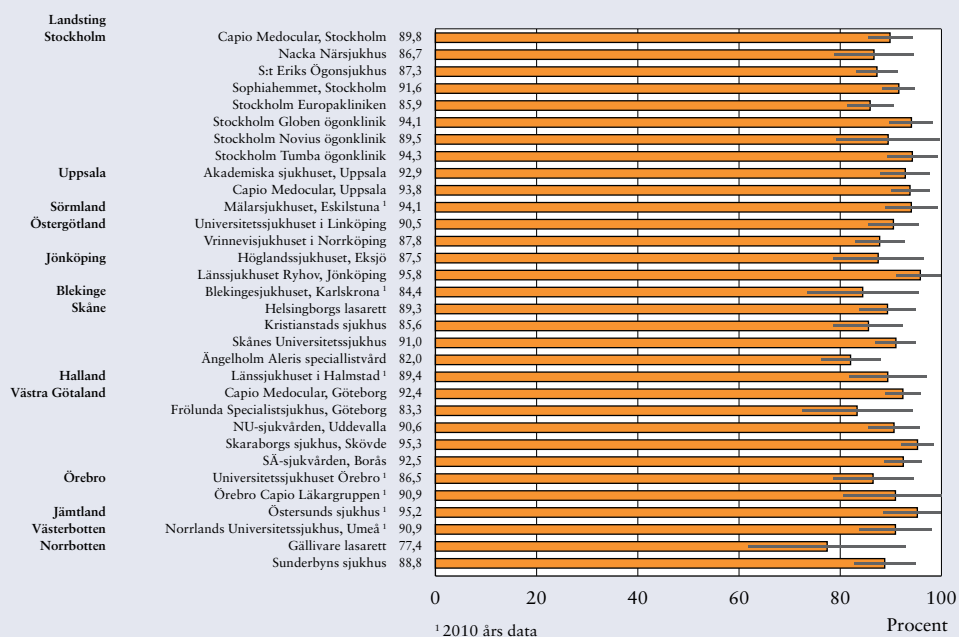


Diagram 159
Sjukhus

Andel patienter med förbättrad självskattad synfunktion
3 månader efter kataraktoperation, 2011 respektive 2010.

Källa: Nationella Kataraktregistret

Indikatorn visar andelen patienter som upplever mindre hinder att utföra dagliga aktiviteter efter operationen än innan. Jämförelsen baserar sig på drygt 3 400 patienter som opererades under 2011. För vissa landsting visas kliniker som inte rapporterade 2011, visas värdet för 2010, hämtat från förra årets rapport.

90 procent av patienterna upplever mindre besvär efter operationen än innan. 2010 var motsvarande andel knappt 92 procent. Det är svårt att dra slutsatser på nationell nivå angående skillnaden mellan åren, eftersom olika kliniker deltagit olika år.

Flera faktorer kan leda till en självskattad försämring efter operationen: Förekomst av annan ögonsjukdom i operationsögat, operationskomplikationer, avvikande refraktionsutfall och frånvaro av besvär före operation. Kortfattat kan man konstatera att svårt sjuka ögon och alltför friska ögon samt operationskomplikationer är riskfaktorer för mer självskattade besvär efter operation än före.

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 2011 fanns det 84 IVA, varav 66 var allmänna IVA på det stora flertalet av svenska länsdels-, läns- och universitets-/regionsjukhus, medan resterande IVA var avdelningar med specialinriktning.

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. 75 av landets sammanlagt 84 IVA-avdelningar är medlemmar i SIR. Över 90 procent av alla avdelningar med allmän intensivvård är medlemmar. Under 2011 rapporterades knappt 46 000 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. 7 procent av medlemmarna kunde av IT-mässiga skäl inte skicka data under 2011. 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.

160 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 va-

rierar 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.

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.

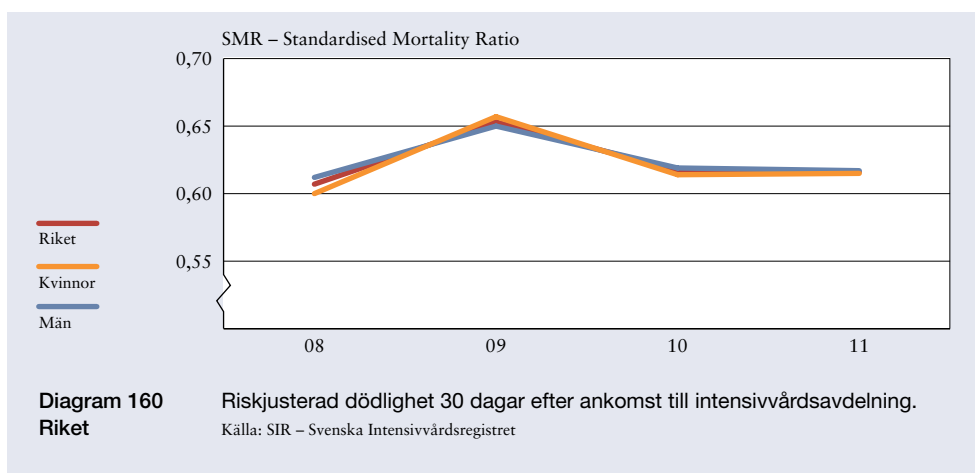
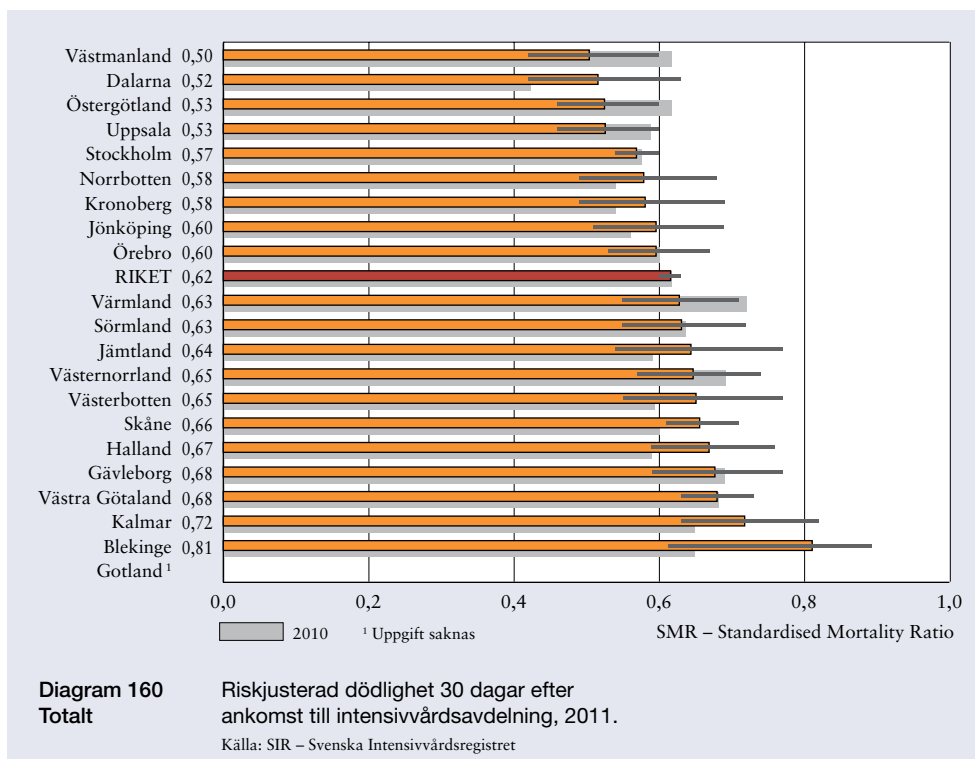
Utifrån dessa data beräknas risken för död, den förväntade dödligheten, inom 30 dagar. Denna förväntade dödlighet baseras i den mest använda modellen (SAPS3) på studier av huvudsakligen europeiska intensivvårdspatienter under 2002. Förväntad dödlighet jämförs sedan med den observerade dödligheten vid 30 dagar. Kvoten mellan förväntad och observerad dödlighet benämns standardiserad mortalitetsratio, SMR.

SMR = 1 betyder att den observerade dödligheten är identisk med den förväntade dödligheten, SMR > 1 att den observerade dödligheten är högre än den förväntade och SMR < 1 betyder att den observerade dödligheten är lägre än den förväntade.

SIR beräknar SMR på utfallen levande eller avliden 30 dagar efter ankomsten till IVA. SMR kan påverkas av vårdgivarna, eftersom indikatorn speglar omhändertagandet i hela vårdkedjan fram till och med 30 dagar efter inläggning på IVA. Både insatser på IVA och i den efterföljande vården kan påverka resultatet.

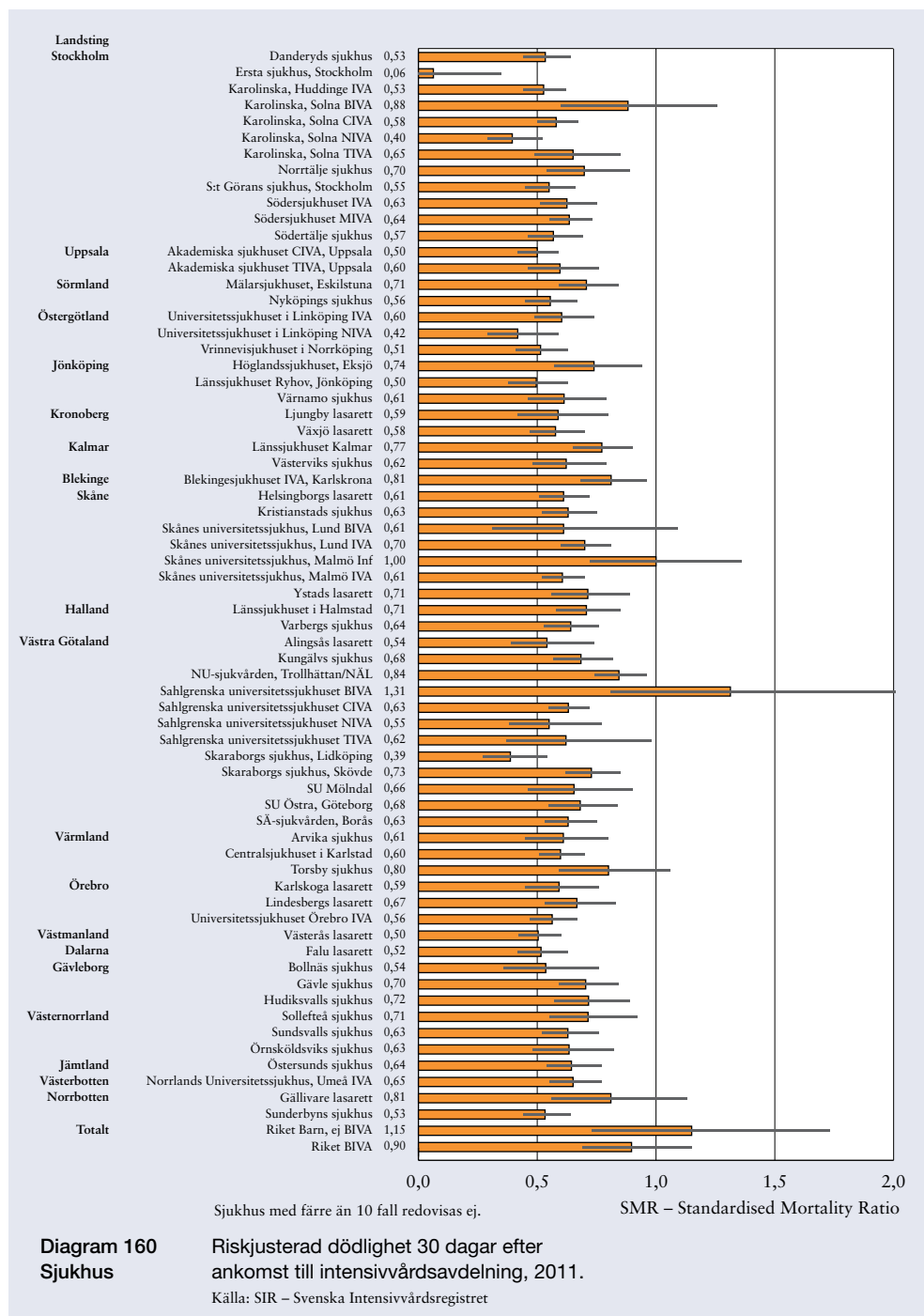
SMR kräver en nyanserad tolkning. Bästa möjliga vård och behandling för de sjukaste patienterna innebär oftast mesta möjliga behandling för fortsatt liv. Men bästa vård och behandling kan också innebära ändrad behandlingsstrategi till att avstå eller avbryta medicinsk behandling på IVA. SMR är en viktig kvalitetsindikator, som när den kompletteras med andra, till exempel förekomsten av beslut att avbryta/avstå från behandling, kan bidra till en korrekt beskrivning av intensivvårdens resultat. När hänsyn tagits till olika kvalitet på indata, till patientkaraktistika som ej fångas av systemet för riskjustering och till slumpen, återstår olika kvalitet i hela vårdkedjan som förklaring till skillnader i SMR.

Målsättning för SMR, baserat på SAPS3, är ett värde mindre än 1. Denna nivå kommer att justeras när SIR samlat tillräckligt med data för att definiera en till svensk intensivvård anpassad målnivå. Utfallet för 2011 visar att SMR baserat på SAPS3 är i riket 0,62 för såväl kvinnor som män. Detta är klart bättre än målnivån och den internationella referensen 1. Den observerade dödligheten är således lägre än den förväntade i alla landsting. SMR varierade mellan landstingen från 0,49 till 0,77 för

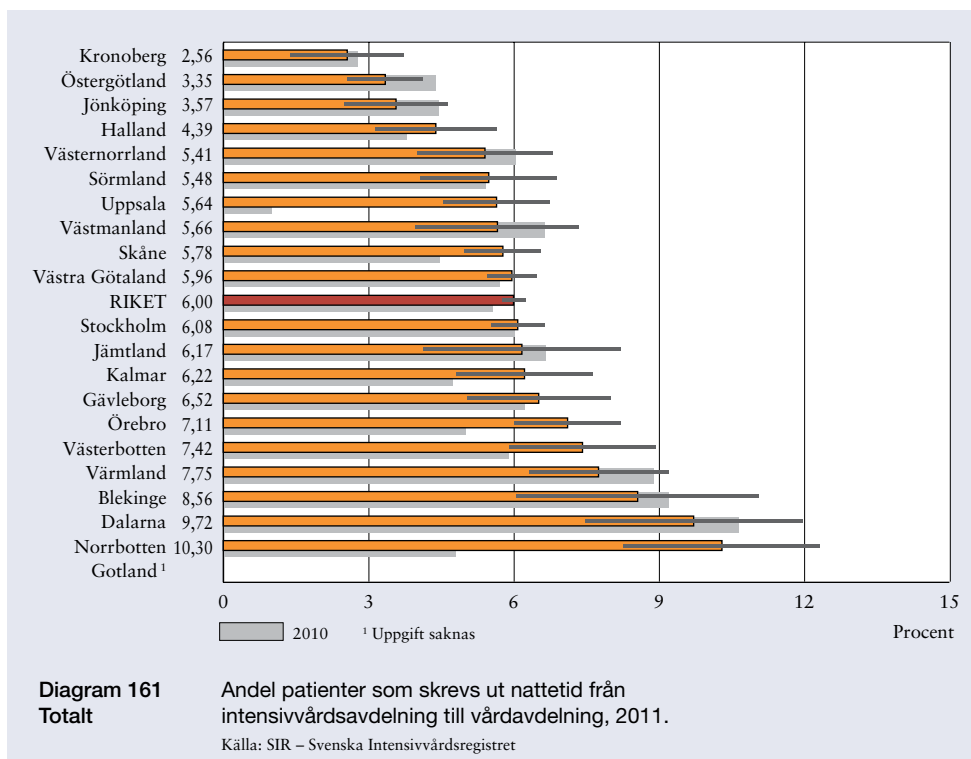


kvinnor och från 0,48 till 0,86 för männen. Alla landsting ligger väl under referensvärdet 1, och ingen förändring ses över tid.

En övergång från riskjustering med APACHE till SAPS3-systemet pågår. För några landsting där båda systemen används redovisas endast SMR baserat på SAPS3. För Gotland, som anges utan värde i diagram 160, saknades underlag för beräkning av SMR.



Varken SAPS3 eller APACHE systemen är anpassade för riskjustering av barn som vårdas på IVA. Därför har PIM2 introducerats för patienter < 16 år och i år redovisas därför också data för de tre specialiserade barnintensivvårdsavdelningarna, BIVA



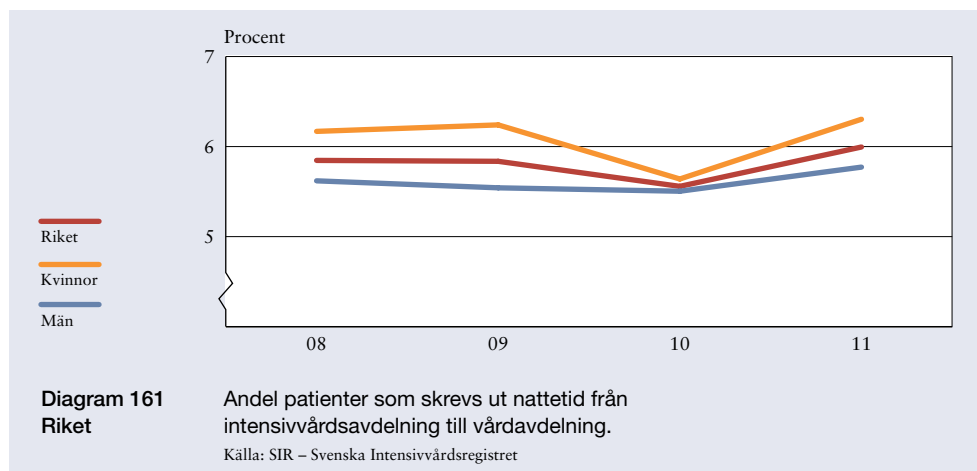
på Astrid Lindgrens Barnsjukhus, BIVA på Skånes Universitetssjukhus i Lund samt BIVA på Drottning Silvias Barnsjukhus. Antalet inläggningar av barn på övriga svenska IVA där riskjustering enligt PIM2 använts är så lågt att en separat redovisning per IVA inte blir meningsfull. Därför summeras dessa och visas som ett resultat i diagrammet.

161 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 är förknippat med ökad dödlighet.

Eftersom bemanningen på vanliga vårdavdelningar ofta är begränsad nattetid, betyder överflyttning till vårdavdelning att patienten måste klara sig själv i större utsträckning än inom intensivvården. Denna indikator speglar förebyggande och samordnande åtgärder i vården och kan belysa tillgången på IVA-platser eller prioriteringar. 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.

Nattlig utskrivning till vårdavdelning, definierad som utskrivning mellan kl 22 på kvällen och kl 7 på morgonen, förekom i 6,1 procent av alla vårdtillfällen under åren



2005–2009, enligt SIR:s databas. I SIR anges som målnivå att mindre än 6,8 procent av alla utskrivningar skall ske nattetid. År 2011 skedde 6 procent av alla utskrivningar från allmän intensivvård till vårdavdelning nattetid. Detta motsvarar drygt 2 200 patienter. Spridningen mellan landstingen är avsevärd. SIR:s målsättning nås av hälften av landstingen. Andelen nattliga utskrivningar var för riket som helhet något högre 2011 än under föregående år.

162 Oplanerad återinskrivning till intensivvårdsavdelning

Det är väl känt att patienter som oplanerat återkommer till samma IVA kort efter utskrivning, med vilket här avses inom 72 timmar, löper en ökad risk att dö. Det bekräftas av SIR-data för åren 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.

Andelen återinläggningar kan till viss del påverkas av tillgången till IVA-platser samt av hur väl strukturerat omhändertagandet av patienten är efter vården vid IVA. SIR:s målsättning är att andelen oplanerade återinläggningar på samma IVA inom 72 timmar skall vara lägre än 3,1 procent.

I diagram 162 anges andelen patienter med oplanerad återinläggning på IVA inom 72 timmar efter utskrivning från samma IVA. Utfallet för 2011 visar att andelen oplanerade återinskrivningar är 2,7 procent i riket, med en spridning mellan landsting från 1,4 till 4 procent.

Det finns i riket som helhet ingen statistiskt säkerställd skillnad i återinläggningsfrekvens mellan könen.

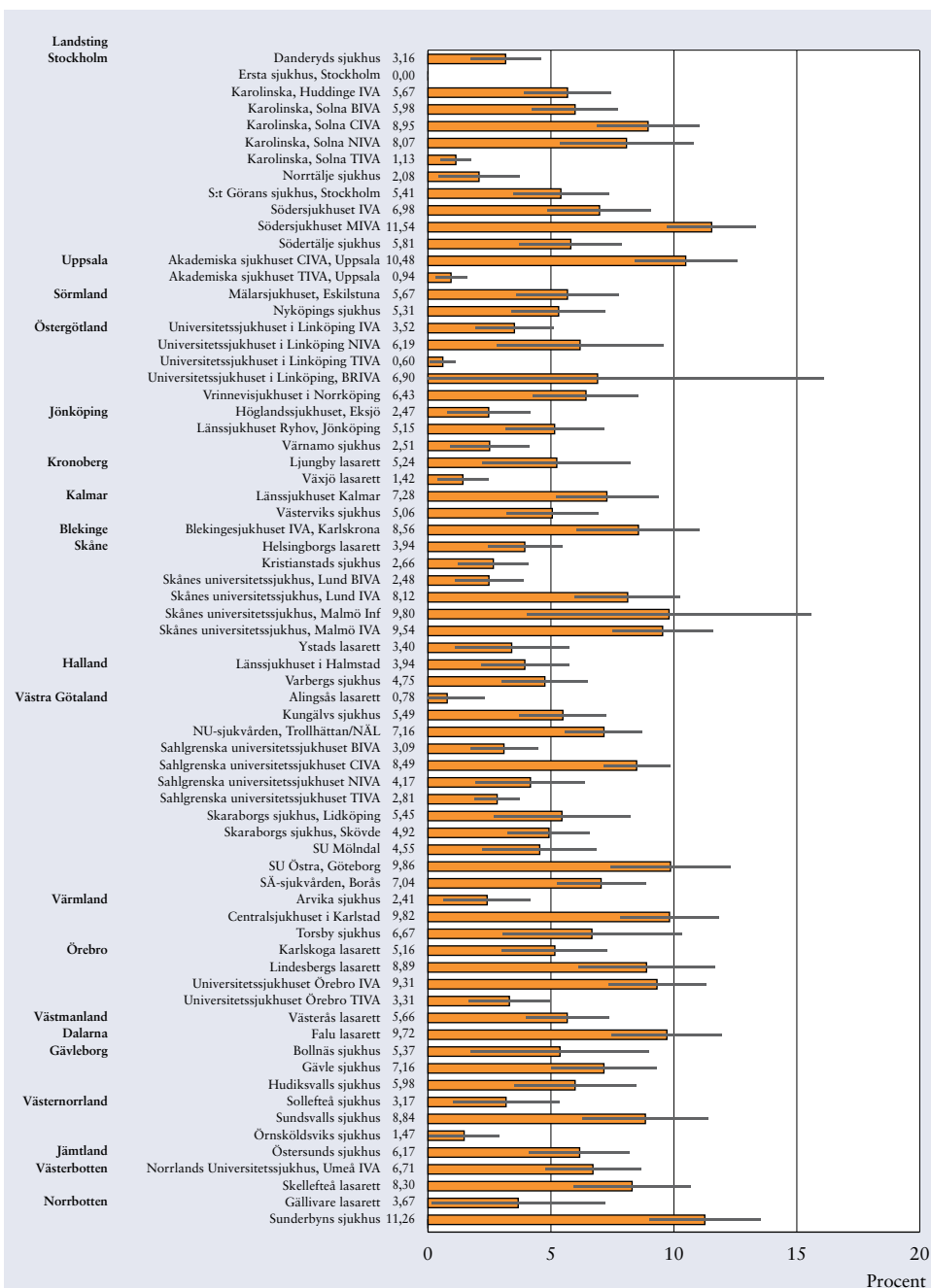


Diagram 161
Sjukhus

Andel patienter som skrevs ut natttid från intensivvårdsavdelning till vårdavdelning, 2011.

Källa: SIR – Svenska Intensivvårdsregistret

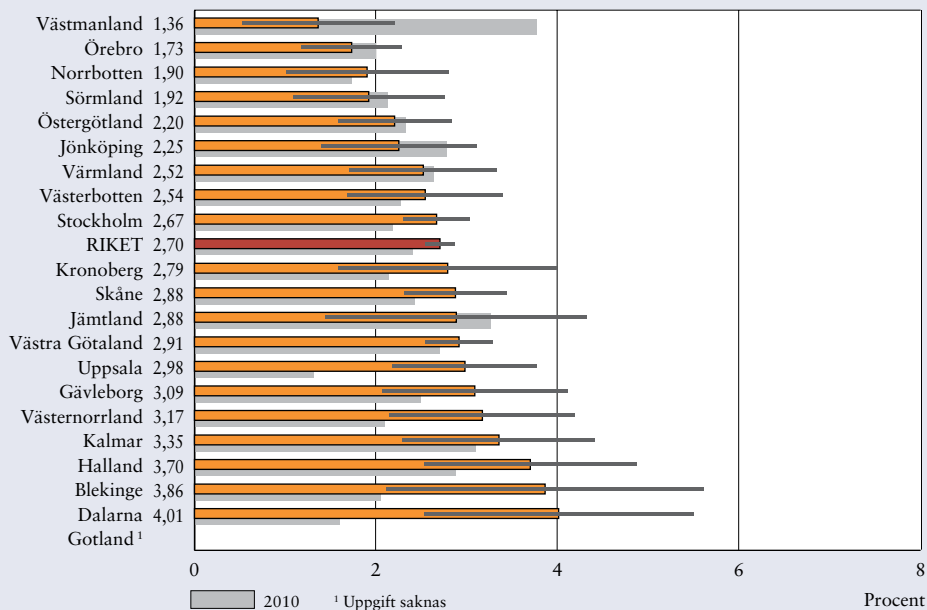


Diagram 162
Totalt

Andel patienter som oplanerat återinskrivs på samma intensivvårdsavdelning inom 72 timmar, 2011.

Källa: SIR - Svenska Intensivvårdsregistret

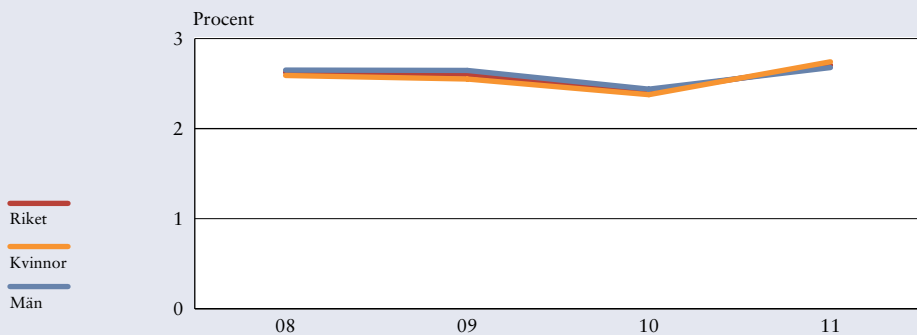


Diagram 162
Riket

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

Källa: SIR - Svenska Intensivvårdsregistret

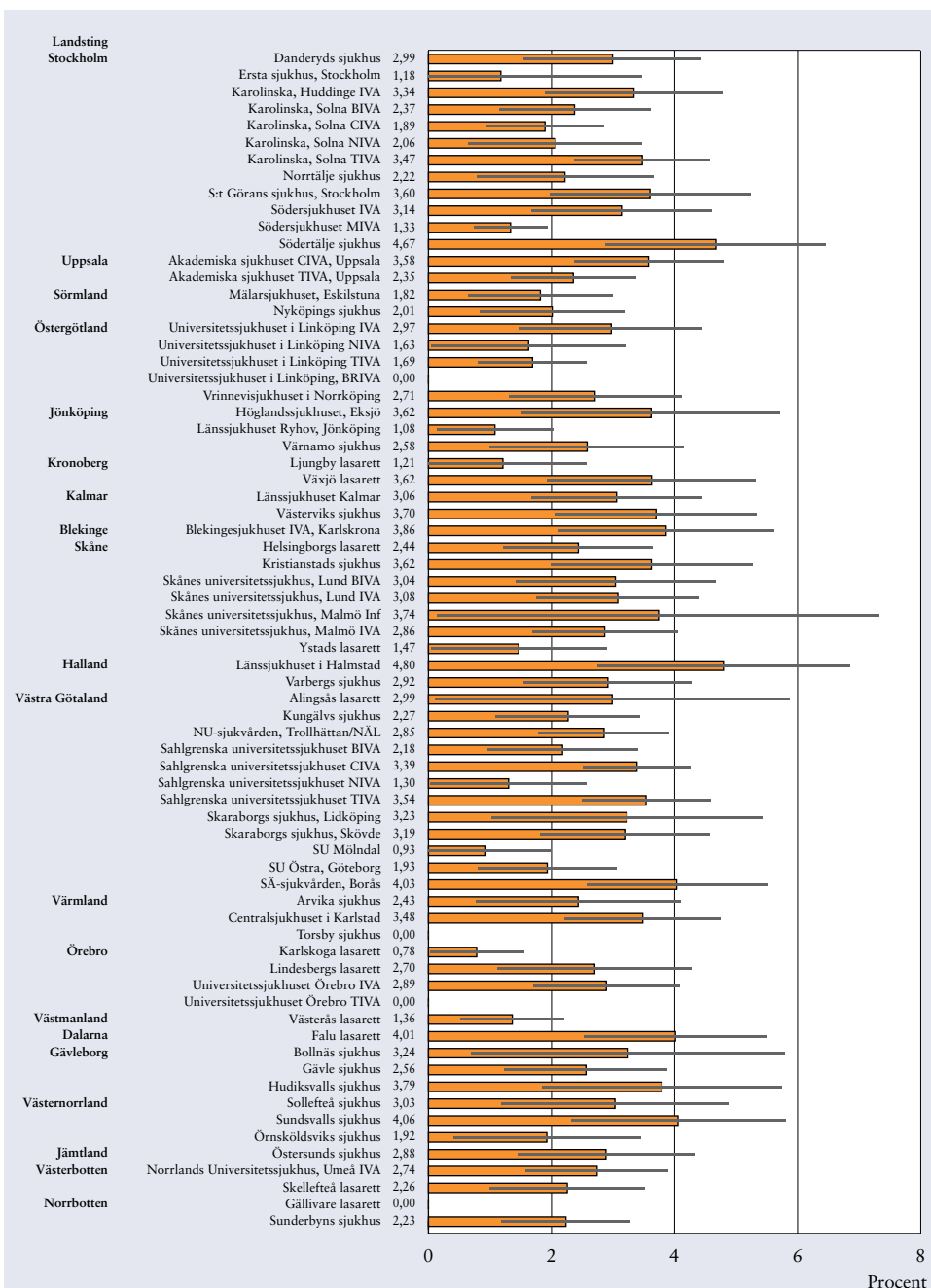


Diagram 162
Sjukhus

Andel patienter som oplanerat återinskrivs på samma intensivvårdsavdelning inom 72 timmar, 2011.

Källa: SIR - Svenska Intensivvårdsregistret

163 God viruskontroll vid HIV

HIV är en virusinfektion som obehandlad leder till AIDS och död. Modern livslång behandling ger förväntad normal livslängd. I Sverige finns nu 5 918 diagnostiserade personer, varav de flesta är boende i storstadsregionerna. Patientgruppen har ökat med 5 procent sedan 2011.

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 processmättet HIV-RNA < 50 kopior/ml. Detta mått följs regelbundet och över tid för alla patienter. Det motsvarar ett tillstånd där virus inte kan upptäckas i den HIV-infekterade patientens blodplasma. Det är ett virusmått som är direkt relaterat till överlevnad vid HIV-infektion. Processmättet är internationellt etablerat och det mest använda vid läkemedels- och behandlingsstudier.

Vid behandling eftersträvas behandlingsresultat HIV-RNA < 50 kopior/ml. En utebliven eller långsam nedgång efter insatt behandling, eller stigande nivåer senare under behandling, är mycket känsliga mått på otillräcklig behandlingseffekt. Identifiering av orsaker till sådana problem är centralt för att kunna påverka och förbättra behandlingsresultaten. I diagram 163 visas andelen HIV-patienter med viruskontroll, definierat som HIV-RNA < 50 kopior/ml, april/maj 2012. Redovisningen baseras på patientens senaste mätvärde. Antalet patienter som ingår i jämförelsen är 4 869.

I riket når drygt 92 procent av alla patienter behandlingsmålet, med innebörden att de har en mycket god och stabil behandlingseffekt. Resultatet är stabilt gott och samma som för 2011. Skillnaderna mellan landstingen sträcker sig från 84 till 100 procent av patienterna som når målet. Skillnaderna har minskat jämfört med mätningen år 2009. Det finns inga skillnader mellan kvinnors och mäns behandlingsresultat.

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

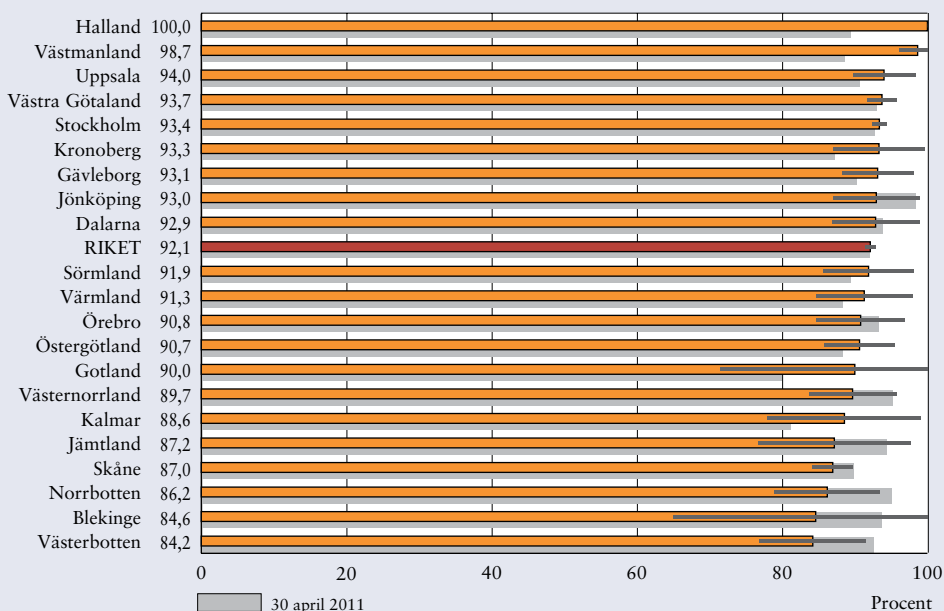


Diagram 163
Totalt

Andel HIV-patienter med god viruskontroll (HIV-RNA < 50 kopior/ml) av alla med antiviral behandling, 30 april 2012.

Källa: InfCare HIV

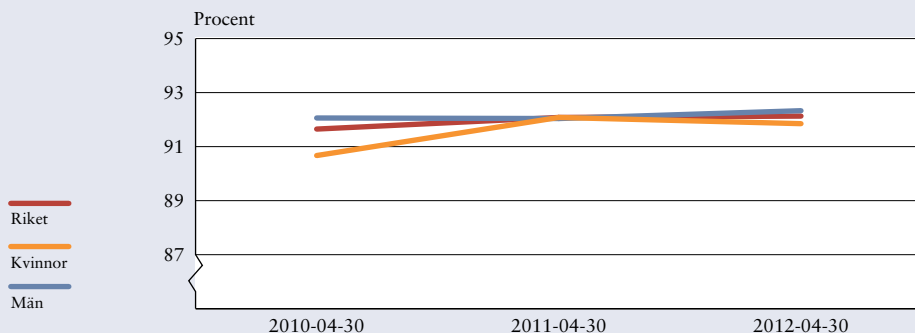


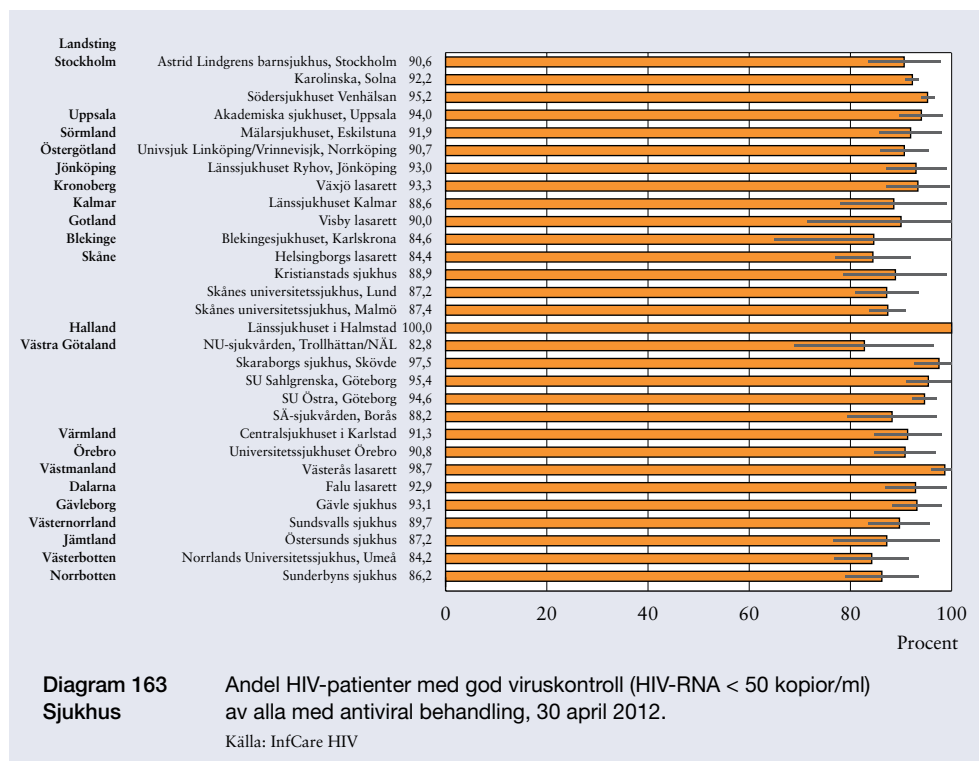
Diagram 163
Riket

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

Källa: InfCare HIV

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 patient-



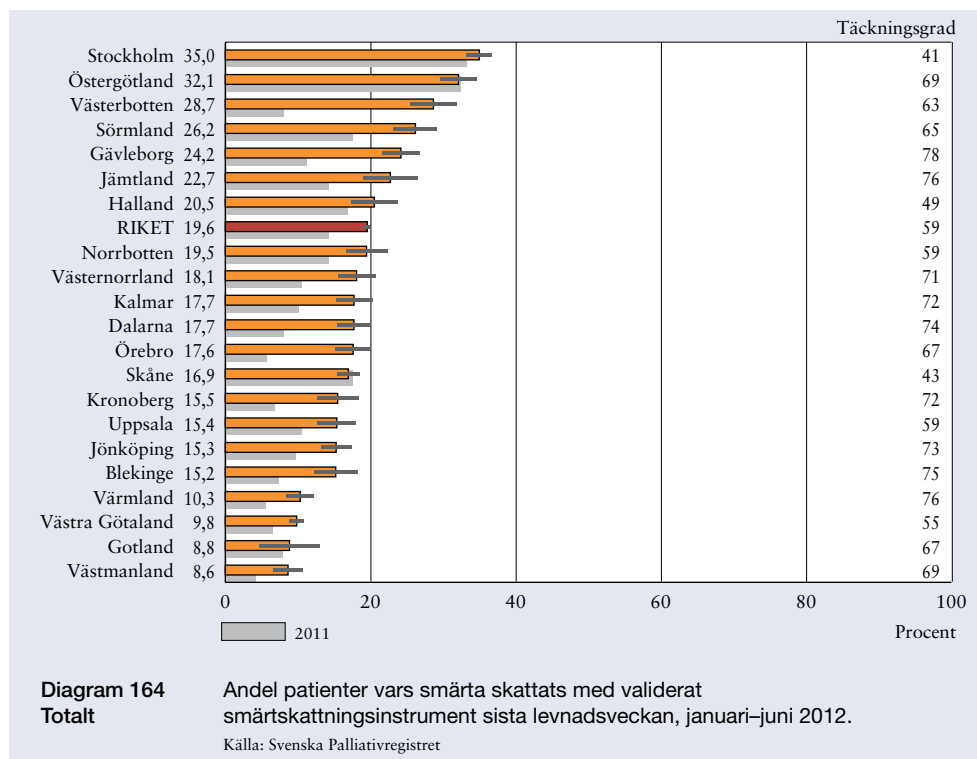
sammansättning kan påverka resultaten för olika landsting. Resultaten för mindre landsting är av statistiska skäl mer osäkra, vilket framgår av konfidensintervallen.

164 Smärtskattning under sista levnadsveckan

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

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

Svenska Palliativregistrets täckningsgrad för alla dödsfall i Sverige första halvåret 2012 var 59 procent, varierande mellan 41 och 78 procent i de olika landstingen/länen. Täckningsgrad per landsting/län redovisas i diagrammen.

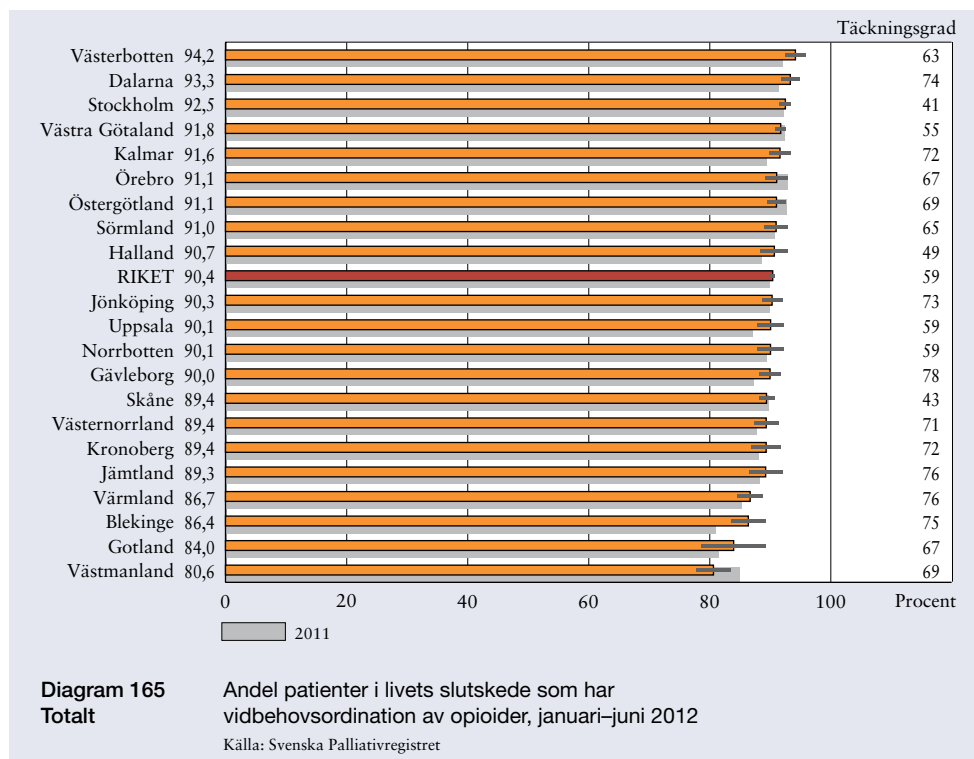


Tre indikatorer med Svenska Palliativregistret som källa redovisas. De avser alla dödsfall, inte enbart cancerpatienter.

Indikatorn i diagram 164 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 smärtanalys- och -skattning högt i de preliminära riktlinjerna för palliativ vård som kom sommaren 2012.

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.

Smärtskattningsinstrument skall användas i 100 procent av alla dödsfall, enligt den målnivå som Palliativregistret lagt fast. Det viktigaste syftet med indikatorn är att mätning av den skall leda till att det görs en systematisk smärtskattning som dokumenteras, åtgärdas och följs upp ända fram till döden. Rädslan för smärta i livets slut finns hos majoriteten av befolkningen.

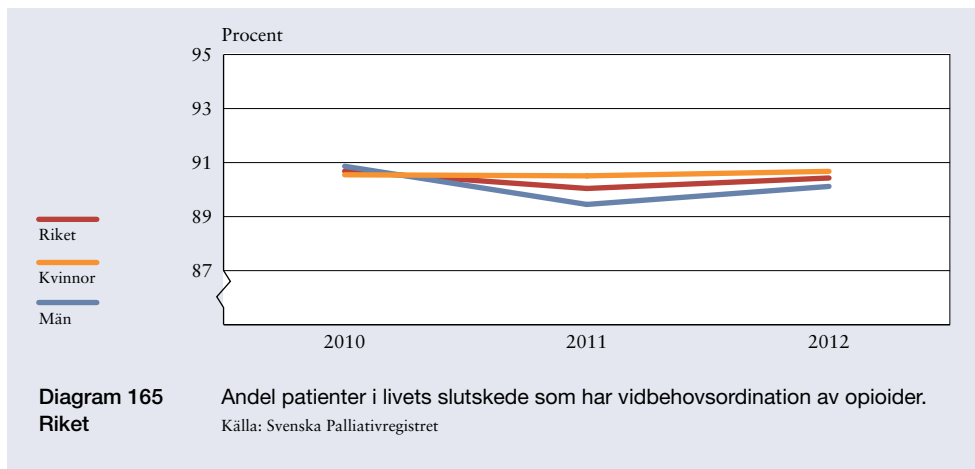


Indikatorn visar andelen dödsfall där smärtskattning utfördes, för alla diagnoser. Jämförelsen omfattar drygt 23 200 dödsfall som rapporterats till registret under första halvåret 2012.

I riket utfördes smärtskattning med validerat smärtskattningsinstrument endast i 19,6 procent av dödsfallen. I riket är könsskillnaden liten, men andelen är något högre bland män. Skillnaderna mellan landsting/län är stora, med en variation från 9 till 35 procent. 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 i cirka 15 procent av dödsfallen.

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



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

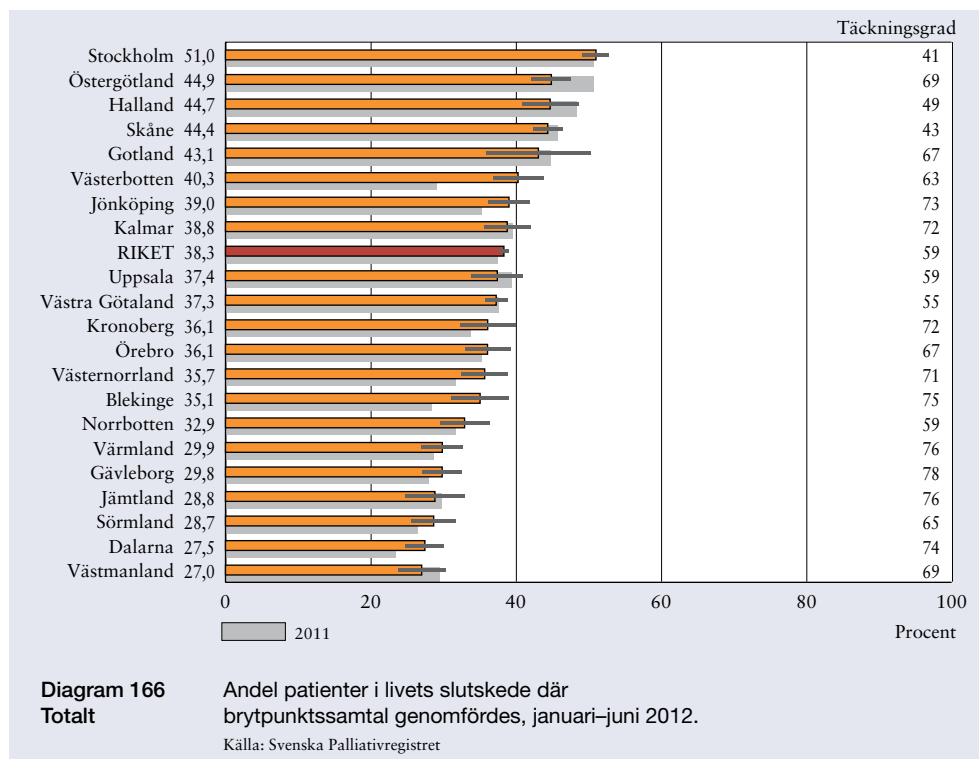
Tiden mellan stegrad smärta och lindring kan bli onödigt lång. Först skall patienten som har ont anse att det gör tillräckligt ont för att larm skall ges. Därefter skall detta larm nå en sjuksköterska som efter att ha gjort sin bedömning måste ha såväl en fullgod ordination som tillgång till läkemedel. För att kunna hålla tiden från larm till given injektion rimligt kort, krävs att alla led i denna kedja är så väl förberedda som möjligt.

Finns det skriftliga rutiner för hur ordinationer skall göras i detta läge, så ökar andelen utförda ordinationer. Palliativregistret har satt som mål att 90 procent av patienterna skall ha ordination för smärtstillande behandling. Diskussion pågår om målet skall höjas ytterligare.

Diagram 165 visar andelen patienter för vilka det första halvåret 2012 fanns ordination av opioider vid behov. Totalt ingick drygt 23 200 patienter i jämförelsen, inte enbart cancerpatienter. I riket hade cirka 90 procent av patienterna sådan ordination. Skillnaderna mellan landsting, liksom mellan könen är små. Alla landsting/län når över 80 procent.

166 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. I Socialstyrelsens preliminära riktlinjer för palliativ vård är rekommendationen att kontinuerligt ge

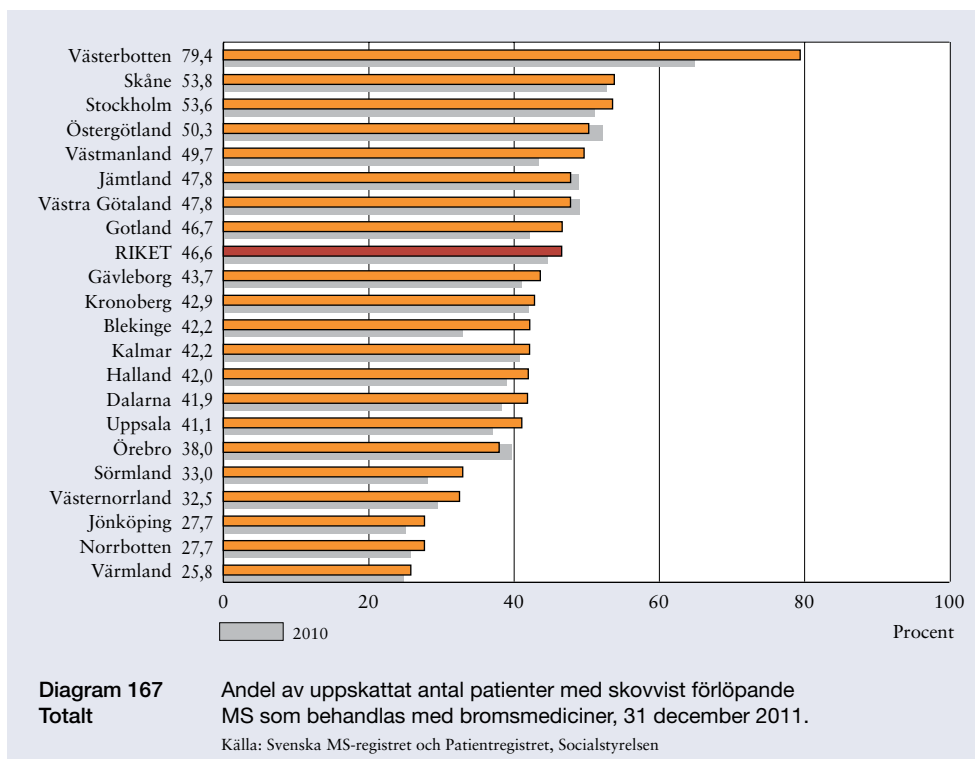


nomföra samtal med patienten om vårdens innehåll och inriktning. Det behövs ofta flera samtalstillfällen för en dialog om att vården går över i en fas som inte längre har livsförlängning som mål. Alla patienter vill inte veta allt – åtminstone inte vid första samtalet. Vissa döende patienter har tappat 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 Palliativregistret speglas denna aspekt av den palliativa vården. Tidigare har personalen svarat på frågan om ett så kallat brytpunktssamtal har getts. Från 2011 har formuleringen av frågan skärpts med syftet att bättre spegla en aktiv läkarmedverkan samt dokumentationen av denna typ av samtal i den medicinska journalen. I redovisningen tas endast de dödsfall med där personalen svarat ja på frågan huruvida dödsfallet var väntat. Hänsyn tas även till patientens förmåga att delta i beslut om vården och till förekomst av anhöriga. Förändringarna i redovisningen gör att Svenska Palliativregistrets målvärde för indikatorn är 100 procent.

Diagram 166 visar andelen patienter för vilka det första halvåret 2012 utförts dokumenterade. Totalt ingick knappt 18 000 patienter i jämförelsen.

I riket hade knappt 40 procent av patienterna erhållit ett sådant samtal. Skillnaderna mellan landsting är stora, med en variation från drygt 27 till 51 procent. Inget landsting når mer än till drygt halva målvärdet.

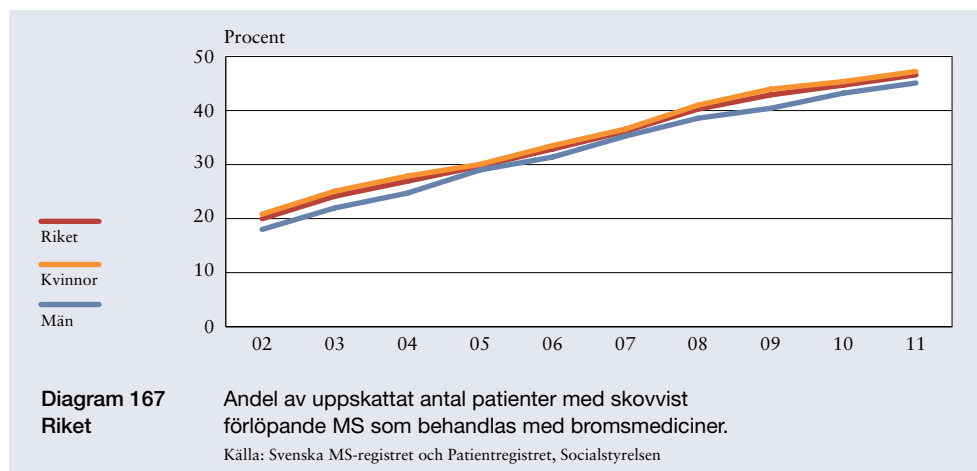


167 Bromsmedicin vid skovvis förlöpande MS

Multipel skleros (MS) är en kronisk inflammatorisk sjukdom där immunsystemet angriper det centrala nervsystemet vilket efter många års sjukdom oftast leder till ett tilltagande funktionshinder. Redan tidigt påverkas arbetsförmåga av återkommande symtom och en trötthet som minskar livskvaliteten. En hälsoekonomisk studie från 2003 anger samhällskostnaden för MS till 5 miljarder kronor, i form av bortfallen arbetsförmåga och vård- och behandlingskostnader. MS drabbar ungefär 1 av 500 svenskar, dubbelt så ofta kvinnor som män och debuten sker vanligen mellan 20 och 40 års ålder. MS är vanligast i norra Europa och förefaller att öka i frekvens.

Svenska MS-registret, SMSreg, har uppgifter om över 12 000 MS-patienter och deras behandling. Täckningsgraden har ökat men varierar mellan landsting. En jämförelse med Patientregistret visade att det 2008 fanns uppgifter om 13 500 patienter i endera registret.

Sedan 1990-talet finns registrerade läkemedel med bromsande effekt på sjukdomsaktiviteten vid MS. Gemensamt för dessa behandlingar är att deras effekt i första hand är dokumenterad som en minskning av antalet "skov", de perioder med försämring som kännetecknar de första 10–15 åren hos de flesta med MS, innan sjukdomens progressiva fas vanligtvis tar över. Studier har visat att det redan vid tidiga skeden av MS ofta uppstår skador av irreversibel natur även om symtomen fortfa-



rande är lindriga. Därför har det med tiden blivit alltmer tydligt att så kallad immunmodulerande behandling skall påbörjas tidigt.

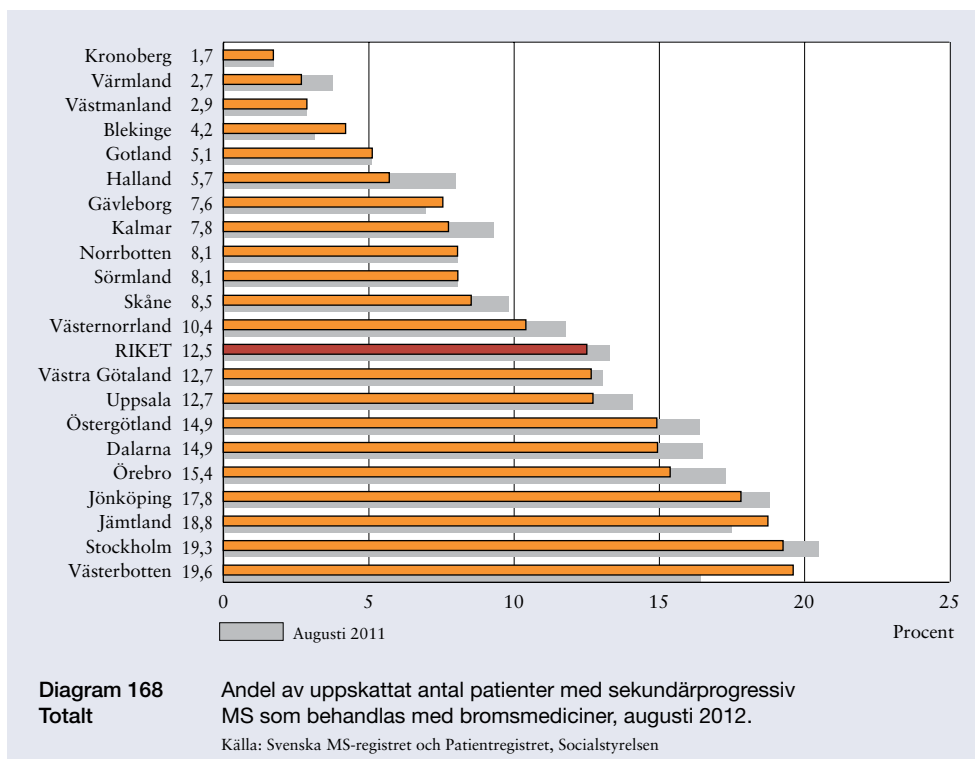
Svenska MS-Sällskapet (SMSS), en fristående förening av vårdpersonal och forskare, utfärdar rekommendationer för användning av förloppsmodifierande behandling vid MS. Enligt SMSS bedöms att cirka 75 procent av patienterna med skov uppfyller kriterier för behandling, medan motsvarande siffra bland patienter med sekundärprogressiv MS (indikator 167) bör ligga på en låg nivå. Att behandling alls kan accepteras vid progressiv MS förklaras av det övergångsskede från skovfasen till den progressiva fasen där både skov och gradvis försämring förekommer parallellt. Några års fortsatt behandling kan därför motiveras.

Här visas två olika indikatorer om behandling med immunmodulerande läkemedelsbehandling, "bromsmedicin" mot MS. Den första avser behandling vid tidig, skovvist förloppande MS, medan den andra avser behandling i ett senare, progressivt skede av sjukdomen.

I diagram 167 visas andelen patienter med skovvist förloppande MS som behandlas med någon av de aktuella bromsmedicinerna, av det beräknade antalet patienter med MS och som haft sjukdomen kortare tid än 15 år. I jämförelsen ingår 3 063 patienter som hade behandling 31 december 2011, vilket relateras till det beräknade antalet patienter i respektive landsting. Den beräknade prevalensen baseras på data i SMSreg och Patientregistret.

I riket har 46,6 procent av de förmodade patienterna behandling. Variationen mellan landsting är stor och varierar från knappt 26 till drygt 79 procent.

Underrapportering till kvalitetsregistret av behandlade patienter är en viktig felkälla. En annan osäkerhet är beräkningen av sjukdomsförekomsten i landstingen. Beräkningen grundas på faktiska data om sjukdomsförekomst från ett vetenskapligt projekt, men den kan ändå vara osäker.



168 Bromsmedicin vid sekundärprogressiv MS

Denna indikator visar andelen patienter med sekundärprogressiv MS som behandlas med bromsmedicin. Jämförelsen baseras på drygt 700 patienter med läkemedelsbehandling, som relateras till det beräknade antalet patienter med sekundärprogressiv MS i varje landsting. Måttidpunkten är augusti 2012.

Diagram 168 visar att behandlingsfrekvensen i riket var drygt 12,5 procent. I princip är ett lågt värde önskvärt, eftersom bromsmedicin vid sekundärprogressiv MS inte har dokumenterat gynnsamma effekter för dessa patienter. Behandling kan dock motiveras i de fall där patienten befinner sig i ett övergångsskede mellan de båda sjukdomsfaserna.

En annan förklaring till att behandling sker kan vara att tidigare behandlingsrutiner, grundlagda innan SMSS-riktlinjerna var etablerade, avspeglar sig i kvardröjande behandling av patienter med avancerad sjukdom vid vissa centra. Även om denna behandling sällan är skadlig skulle sjukvårdsresurser här kunna användas bättre än vad som sker idag.

En osäkerhet är, liksom i den tidigare indikatorn, beräkningen av antalet patienter med sekundärprogressiv MS per landsting. Även underrapportering av antalet behandlade patienter påverkar utfallet.

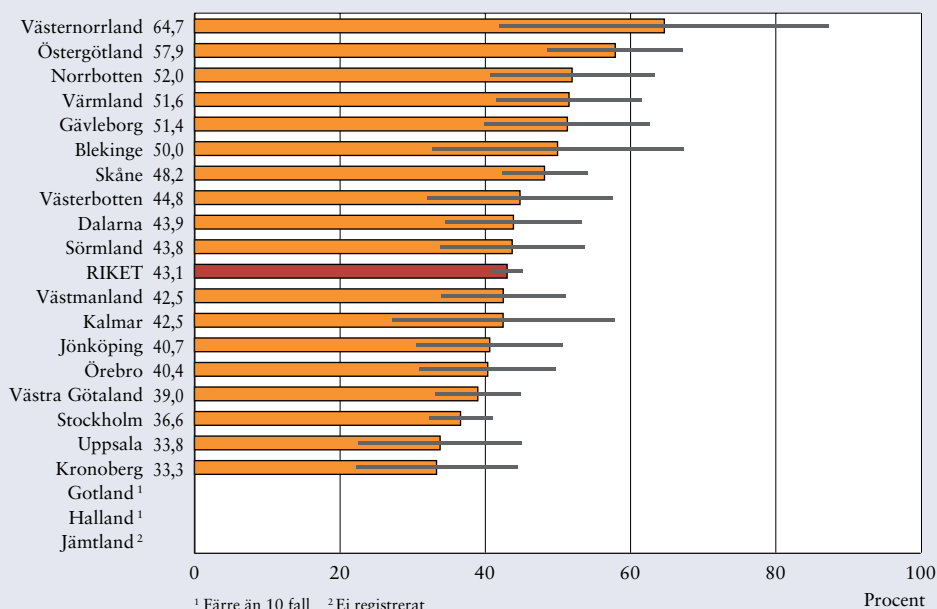


Diagram 169
Totalt

Andel patienter (ögon) med minst en rads förbättring på syntavla 1 år efter behandling vid åldersförändringar i gula fläcken, 2010–2011. Mätperioden avser uppföljningsår.

Källa: Makularegistret

För 10 år sedan visade data från SMSreg att behandlingsfrekvensen var i det närmaste oberoende av funktionshindret, således att många patienter i tidigt skede inte behandlades och att många patienter med avancerad sjukdom fick behandling trots bristande dokumentation av effekter på kliniska variabler. Under de gångna åren har en förändring skett till ökad behandling tidigt och minskad behandling sent i förloppet. Dock kvarstår skillnader mellan olika landsting.

Sammanfattningsvis visar resultatet för de båda indikatorerna att chansen till förloppsmodifierande behandling är ojämnt spridd över landet och att såväl underbehandling som överbehandling förekommer. Efterlevnaden av behandlingsriktlinjer bör förbättras.

169 Förbättring efter behandling vid makuladegeneration

Makuladegeneration eller så kallad åldersförändring i gula fläcken (AMD) är den vanligaste orsaken till synnedsättning hos personer över 50 år i västvärlden. Man räknar med att över 30 procent av personer som fyllt 70 år har någon form av åldersförändring i gula fläcken. Med stigande ålder ökar antalet drabbade. 80–85 procent drabbas av en lindrigare form utan blödningar, så kallad torr eller tidig makuladegeneration. 15–20 procent får den svårare formen med blödningar och svullnad (våt makuladegeneration) eller svår atrofi (uttalad torr makuladegeneration).

Den allvarligare fuktiga formen av sjukdomen leder obehandlad i stor utsträckning snabbt till grav synnedsättning, med synskärpa mindre än 0,1. Denna låga synskärpa innebär oförmåga att läsa eller att ta sig fram i okänd miljö. Patienten får ett ökat hjälpbehov för att klara basala saker såsom t ex matlagning och städning och kan behöva färdtjänst på grund av svårigheter med allmänna kommunikationer till följd av synnedsättningen.

Det är den våta formen som kan komma ifråga för behandling. Sedan 2007 finns en ny behandlingsmetod för AMD, med läkemedel som verkar genom att hämma kärnlybildning i ögat och komplikationer till denna. Möjligheten till bibehållen synskärpa är över 90 procent med denna behandling och en betydande andel uppnår även förbättringar. Den ges som en injektion i ögats glaskropp.

Behandlingen är mycket kostsam både avseende läkemedelskostnad och andra sjukvårdsresurser. Behandlingen behöver upprepas och patienterna kräver täta regelbundna kontroller. Behandlingen är oftast aktuell under flera år, även om antalet injektioner som behövs årligen minskar. Hälsoekonomiskt finns stora vinster med behandlingen. En bevarad synskärpa värderas högt och ger möjlighet till självständigt boende och minskat hjälpbehov.

Uppgifter om vården av patienter med AMD registreras i Makularegistret som är ett nationellt kvalitetsregister. 34 av 36 kliniker i Sverige registrerar i Makularegistret. De flesta av klinikerna registrerar sina patienter vid såväl ursprungsbesök som vid uppföljande återbesök och behandlingsbesök. Har patientkontakten avslutats innan uppföljning vid 12 månader kommer patienten inte med i resultatuppföljningen. Registret registrerar uppföljda ögon, eftersom vissa patienter har behov av behandling på båda ögonen. Behandling påbörjas på cirka 2 500 nya ögon årligen. En klar majoritet av patienterna är kvinnor, beroende på sjukdomens ålderskaraktär. Täckningsgraden avseende injektioner bedöms till 75 procent. Bara kliniker som använder ETDRS syntavla för att mäta synförbättring kommer med i sammanställningen.

Indikatorn visar andelen ögon som uppnått en synförbättring på en rad eller mer på ETDRS syntavla 12 månader efter påbörjad behandling. Jämförelsen baseras på 2 167 uppföljda ögon under 2010–2011. I riket har förbättring med minst en rad på syntavla nåtts för 43 procent av alla behandlade ögon, med en variation mellan landstingen från drygt 33 till knappt 65 procent.

Möjligen är fortfarande antalet uppföljda patienter per klinik fortfarande för lågt för att siffrorna ska bedömas som säkra. Skillnader mellan landsting kan också bero på vilka patienter som erbjuds behandling och indikationerna för 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.

Antal behandlade patienter varierar mellan landstingen. Det kan dels bero på att täckningsgraden för registreringen skiljer sig åt mellan klinikerna, dels på att vissa landsting har en högre andel äldre i befolkningen som i större grad drabbas av åldersrelaterade makuladegenerationer. Hur tillgänglig vården är och hur frikostig man är med att erbjuda behandling kan också vara en orsak till skillnader inom landet.

Den nya behandlingen har således motsvarat förväntningarna med en större andel patienter som bevarar synskärpan och även får en förbättring, jämfört med tidigare behandlingar.

Resultat för alla landsting och indikatorer

På följande uppslag återges en färgsatt tablå med alla landstingsutfall för indikatorerna. Horisontellt kan man för varje indikator följa landstingens utfall både med siffervärden och med färgläggningen grönt–gult–rött. Vertikalt redovisas för varje landsting utfallet för samtliga indikatorer, för män, kvinnor och totalt i förekommande fall. Även värdet för riket redovisas.

Uppåtriktad respektive nedåtriktad pil anges i de fall en indikator hade två mätperioder och mätvärden – se gråskuggade staplar i diagrammen – och anger förbättring eller försämring. De tidigare mätvärdena är alltid de som redovisas i årets rapport, inte tidigare års.

Modellen för färgläggning är 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.

Kv. = Kvinnor M. = Män											
↑ = Förbättrat värde ↓ = Försämrat värde			RIKET	Stockholm	Uppsala	Sörmland	Östergötland	Jönköping	Kronoberg	Kalmar	
Övergripande indikatorer											
Hälsotillstånd, dödlighet med mera											
1	Återstående medellivslängd, Kv.	↑	83,4	↑ 83,7	↑ 83,7	↑ 82,7	↑ 83,2	↑ 83,7	↑ 84,0	↓ 83,0	
	Återstående medellivslängd, M.	↑	79,4	↑ 79,6	↑ 80,4	↑ 78,8	↑ 79,6	↑ 79,8	↑ 80,3	↑ 79,0	
2	Hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet , Kv.	↑	32,6	↑ 35,1	↓ 33,2	↓ 38,1	↓ 34,2	↑ 24,9	↑ 27,7	↑ 31,8	
	Hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet , M.	↑	49,9	↑ 53,1	↑ 49,5	↑ 53,7	↑ 48,7	↑ 47,2	↑ 36,2	↑ 49,6	
	Hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet	↑	40,8	↑ 43,5	↑ 41,0	↓ 45,8	↓ 41,3	↑ 35,5	↑ 31,8	↑ 40,4	
3	Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet, Kv.	↑	34,2	↑ 32,8	↑ 30,2	↑ 35,4	↑ 32,8	↑ 31,4	↑ 28,8	↑ 31,3	
	Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet, M.	↑	49,6	↑ 49,7	↑ 37,2	↑ 54,3	↓ 56,7	↑ 48,8	↑ 43,1	↑ 50,2	
	Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet	↑	41,5	↑ 40,6	↑ 33,6	↑ 44,4	↑ 44,0	↑ 39,6	↑ 35,5	↑ 40,4	
4	Åtgärdbar dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom, Kv.	↑	30,4	↑ 25,8	↑ 27,6	↑ 30,9	↑ 29,3	↑ 30,7	↑ 23,7	↑ 30,9	
	Åtgärdbar dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom, M.	↑	81,3	↑ 73,2	↑ 58,3	↑ 81,4	↑ 79,2	↓ 89,4	↑ 79,2	↑ 94,4	
	Åtgärdbar dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom	↑	54,8	↑ 48,1	↑ 42,4	↑ 55,6	↑ 53,0	↓ 58,7	↑ 50,7	↑ 61,4	
5	Själv mord i befolkningen, Kv.	↑	8,9	↑ 10,4	↓ 9,3	↓ 11,3	↑ 6,3	↑ 7,0	↓ 9,7	↓ 9,4	
	Själv mord i befolkningen, M.	↑	22,1	↑ 20,3	↑ 18,6	↑ 21,6	↓ 23,2	↓ 23,0	↓ 23,4	↓ 28,1	
	Själv mord i befolkningen	↑	15,3	↑ 15,1	↑ 13,8	↑ 16,5	↓ 14,7	↓ 14,9	↓ 16,7	↓ 18,8	
6	Responstid för ambulans		14,1	13,9	14,8	15,9	12,5	14,3	18,5	12,7	
7	Undvikbar slutenvård, Kv.	↑	1047	↑ 977	↑ 1028	↑ 986	↓ 966	↑ 1018	↑ 1127	↓ 1160	
	Undvikbar slutenvård, M.	↑	1300	↑ 1269	↑ 1291	↑ 1233	↑ 1154	↓ 1265	↓ 1416	↑ 1425	
	Undvikbar slutenvård	↑	1155	↑ 1099	↑ 1137	↑ 1084	↑ 1044	↑ 1120	↓ 1253	↑ 1276	
8	Vårdrelaterade infektioner, Kv.	↑	8,0	↑ 9,5	↓ 10,6	↓ 7,9	↑ 7,5	↓ 8,5	↑ 5,3	↓ 5,8	
	Vårdrelaterade infektioner, M.	↑	9,9	↑ 10,3	↑ 11,5	↑ 6,5	↑ 11,0	↑ 7,2	↓ 11,7	↓ 12,1	
	Vårdrelaterade infektioner	↑	8,9	↑ 9,8	↑ 11,1	↓ 7,2	↑ 9,2	↑ 7,9	↓ 8,8	↓ 8,6	
9	MPR-vaccination av barn		97,2	95,8	95,0	97,7	98,2	98,7	96,8	98,7	
10	Deltagandefrekvens gynekologiskt cellprov, Kv.	↓	79,4	↓ 75,1	↓ 64,8	↓ 66,5	↓ 75,8	↓ 83,0	↓ 71,2	↓ 86,3	
Läkemedelsbehandling											
11	Tio eller fler läkemedel bland äldre, Kv.	↓	13,3	↓ 12,9	↑ 16,0	↑ 11,3	↓ 11,7	↓ 14,5	↑ 15,3	↑ 11,3	
	Tio eller fler läkemedel bland äldre, M.	↓	10,6	↓ 10,6	↑ 12,0	↓ 9,1	↑ 9,6	↓ 11,9	↑ 12,1	↓ 9,6	
	Tio eller fler läkemedel bland äldre	↓	12,3	↓ 12,1	↑ 14,5	↓ 10,5	↓ 10,9	↓ 13,5	↑ 14,0	↓ 10,7	
12	Läkemedelsinteraktion bland äldre, Kv.	↑	2,02	↑ 2,21	↑ 1,93	↑ 1,28	↑ 1,88	↑ 1,96	↑ 1,21	↑ 1,51	
	Läkemedelsinteraktion bland äldre, M.	↑	2,09	↑ 2,06	↑ 1,72	↑ 1,55	↑ 2,30	↓ 2,11	↑ 1,38	↑ 2,08	
	Läkemedelsinteraktion bland äldre	↑	2,05	↑ 2,16	↑ 1,85	↑ 1,38	↑ 2,04	↑ 2,02	↑ 1,28	↑ 1,73	
13	Äldre med läkemedel som bör undvikas, Kv.	↑	12,5	↑ 11,7	↑ 12,4	↑ 10,4	↑ 12,2	↑ 14,8	↓ 11,4	↑ 11,2	
	Äldre med läkemedel som bör undvikas, M.	↑	9,5	↑ 9,2	↑ 9,7	↑ 7,4	↑ 8,9	↑ 11,2	↓ 10,2	↑ 8,5	
	Äldre med läkemedel som bör undvikas	↑	11,4	↑ 10,8	↑ 11,4	↑ 9,3	↑ 11,0	↑ 13,5	↓ 10,9	↑ 10,1	
14	Förekomst av antibiotikabehandling, Kv.	↑	439	↑ 484	↓ 438	↑ 402	↑ 404	↓ 407	↑ 425	↑ 396	
	Förekomst av antibiotikabehandling, M.	↑	310	↑ 346	↓ 322	↑ 273	↑ 277	↓ 297	↑ 307	↑ 288	
	Förekomst av antibiotikabehandling	↑	374	↑ 415	↓ 380	↑ 337	↑ 339	↓ 351	↑ 364	↑ 341	
15	Penicillin V vid beh. av barn med luftvägsantib., Kv.	↑	75,0	↑ 70,0	↑ 74,8	↑ 76,0	↓ 77,9	↑ 78,9	↑ 72,3	↑ 80,5	
	Penicillin V vid beh. av barn med luftvägsantib., M.	↑	77,5	↑ 73,1	↑ 77,7	↑ 77,9	↑ 78,8	↑ 82,4	↑ 74,1	↑ 79,7	
	Penicillin V vid beh. av barn med luftvägsantibiotika	↑	76,3	↑ 71,6	↑ 76,4	↑ 77,0	↑ 78,4	↑ 80,8	↑ 73,3	↑ 80,1	
16	Kinoloner vid beh. med urinvägsantibiotika, Kv.	↑	13,1	↑ 13,4	↑ 14,0	↑ 12,2	↑ 13,0	↑ 12,6	↑ 16,3	↑ 12,5	
17	Kombinationspreparat vid astma, Kv.	↓	39,5	↓ 44,5	↑ 34,9	↑ 34,7	↓ 33,9	↓ 39,9	↑ 32,9	↑ 34,5	
	Kombinationspreparat vid astma, M.	↓	44,2	↓ 48,1	↓ 47,7	↓ 48,3	↓ 35,2	↑ 33,4	↓ 46,6	↓ 44,9	
	Kombinationspreparat vid astma	↓	41,5	↓ 46,1	↑ 39,4	↑ 39,1	↓ 35,5	↓ 37,1	↑ 39,1	↑ 38,3	
18	Uttagsföljsamhet vid blodtryckssänkande beh., Kv.	↓	70,8	↓ 66,4	↑ 70,6	↓ 73,4	↑ 74,5	↓ 73,3	↓ 70,8	↓ 72,8	
	Uttagsföljsamhet vid blodtryckssänkande beh., M.	↓	78,2	↓ 74,7	↓ 79,1	↓ 80,5	↓ 81,7	↓ 79,9	↑ 79,1	↓ 80,0	
	Uttagsföljsamhet vid blodtryckssänkande behandling	↓	74,6	↓ 70,5	↑ 75,0	↓ 77,1	↑ 78,2	↓ 76,7	↓ 74,9	↓ 76,5	
Förtroende och patienterfarenhet											
19	Tillgång till sjukvård, Kv.	↓	79	↓ 80	↑ 79	↓ 75	↑ 83	↓ 82	↑ 85	↓ 85	
	Tillgång till sjukvård, M.	↓	81	↓ 83	↓ 78	↓ 82	↓ 82	↓ 82	↓ 85	↓ 85	
	Tillgång till sjukvård	↓	80	↓ 82	↓ 79	↓ 79	↑ 82	↓ 82	↑ 85	↓ 85	

	Gotland	Blekinge	Skåne	Halland	V. Götaland	Värmland	Örebro	Västmanland	Dalarna	Gävleborg	Västernorrland	Jämtland	Västerbotten	Norrbotten
	↑ 83,7	↑ 83,4	↑ 83,5	↑ 84,2	↑ 83,3	↑ 82,8	↑ 83,0	↑ 83,3	↑ 83,1	↑ 82,5	↑ 82,7	↑ 83,0	↑ 83,3	↑ 82,8
	↑ 79,4	↑ 79,3	↑ 79,3	↑ 80,3	↑ 79,4	↑ 78,6	↑ 79,0	↑ 79,3	↑ 79,6	↑ 78,5	↑ 78,1	↑ 79,0	↑ 79,3	↑ 78,2
	↑ 29,4	↓ 33,6	↑ 36,1	↓ 29,6	↑ 30,7	↑ 32,4	↑ 31,7	↑ 37,0	↑ 34,8	↑ 34,2	↑ 29,0	↑ 27,0	↓ 24,0	↑ 29,1
	↑ 48,8	↑ 51,9	↑ 57,0	↑ 46,4	↑ 48,7	↑ 49,4	↑ 49,5	↓ 57,9	↑ 44,7	↑ 54,6	↑ 49,9	↑ 40,3	↑ 33,3	↑ 38,0
	↑ 38,8	↓ 42,5	↑ 46,1	↑ 37,6	↑ 39,3	↑ 40,6	↑ 40,3	↓ 47,0	↑ 39,4	↑ 44,0	↑ 39,2	↑ 33,6	↑ 28,6	↑ 33,6
	↑ 39,0	↑ 34,9	↑ 31,7	↑ 28,6	↑ 34,4	↑ 34,7	↑ 38,9	↓ 39,9	↑ 35,0	↑ 42,7	↑ 36,7	↑ 41,7	↑ 35,6	↑ 40,7
	↑ 40,9	↑ 47,1	↑ 43,6	↑ 37,4	↑ 49,3	↑ 59,4	↑ 54,0	↑ 43,3	↑ 52,6	↑ 58,3	↑ 57,4	↓ 61,7	↑ 41,9	↑ 64,8
	↑ 40,0	↑ 41,0	↑ 37,3	↑ 32,7	↑ 41,5	↑ 46,2	↑ 46,3	↑ 41,8	↑ 43,6	↑ 50,0	↑ 46,5	↑ 51,3	↑ 38,6	↑ 52,3
	↑ 23,0	↑ 31,0	↑ 32,7	↑ 25,0	↑ 29,9	↑ 35,3	↑ 35,4	↑ 24,6	↑ 32,6	↓ 39,5	↑ 36,3	↑ 37,3	↑ 32,8	↑ 37,4
	↑ 91,4	↑ 82,5	↑ 82,2	↑ 66,8	↑ 79,7	↑ 91,8	↑ 95,3	↑ 66,0	↑ 88,2	↑ 83,4	↑ 94,1	↑ 87,7	↑ 86,4	↑ 107,5
	↑ 55,2	↑ 56,3	↑ 56,4	↑ 45,0	↑ 53,8	↑ 62,0	↑ 64,2	↑ 44,8	↑ 59,8	↑ 60,4	↑ 64,1	↑ 61,8	↑ 58,8	↑ 71,4
	↓ 7,2	↓ 8,1	↑ 9,3	↑ 7,8	↓ 8,1	↓ 9,6	↓ 11,0	↓ 8,6	↑ 7,5	↓ 11,0	↑ 6,1	↓ 9,5	↓ 6,0	↓ 8,6
	↑ 20,4	↑ 20,2	↑ 23,4	↓ 24,1	↑ 18,8	↓ 35,0	↓ 21,9	↓ 25,9	↓ 25,3	↑ 28,3	↑ 22,6	↑ 25,9	↓ 16,6	↓ 23,4
	↑ 13,7	↑ 14,0	↑ 16,1	↓ 15,9	↑ 13,3	↓ 22,1	↓ 16,2	↓ 17,3	↑ 16,3	↑ 19,3	↑ 14,2	↑ 17,3	↓ 11,3	↓ 15,9
	14,9	13,0	15,2	12,0	15,6	14,7	13,2	11,6	13,4	11,8	15,1	21,8	15,8	12,4
	↑ 1147	↓ 1061	↑ 1078	↑ 1024	↑ 1016	↑ 1095	↓ 1061	↑ 1118	↑ 1187	↓ 1260	↓ 1144	↑ 899	↑ 1075	↑ 1111
	↑ 1361	↓ 1295	↓ 1400	↓ 1227	↑ 1243	↑ 1315	↑ 1291	↓ 1310	↑ 1441	↓ 1402	↑ 1389	↑ 1063	↑ 1305	↑ 1367
	↑ 1235	↓ 1162	↓ 1216	↑ 1107	↑ 1114	↑ 1190	↑ 1153	↓ 1198	↑ 1295	↓ 1314	↓ 1247	↑ 969	↑ 1173	↑ 1224
	↑ 8,2	↑ 5,1	↓ 8,5	↑ 4,3	↓ 7,8	↑ 5,3	↑ 6,4	↓ 6,3	↑ 6,4	↓ 11,3	↑ 7,4	↓ 5,9	↓ 9,4	↑ 6,1
	↑ 4,9	↓ 9,9	↑ 10,0	↓ 7,9	↑ 10,0	↑ 6,8	↑ 10,7	↓ 6,3	↓ 10,3	↓ 15,3	↓ 9,6	↓ 10,9	↑ 10,4	↑ 7,5
	↑ 6,7	↑ 7,4	↓ 9,2	↑ 6,0	↑ 8,8	↑ 6,0	↑ 8,2	↓ 6,3	↑ 8,2	↓ 13,2	↓ 8,4	↓ 8,1	↓ 9,8	↑ 6,8
	96,7	99,0	97,2	98,6	97,6	98,7	98,3	98,2	97,7	97,1	98,9	97,0	97,7	97,9
	↓ 72,4	↓ 83,7	↓ 77,1	↑ 89,9	↑ 84,3	↑ 84,2	↓ 77,8	↑ 76,6	↓ 91,7	↓ 88,3	↓ 84,7	↓ 83,2	↑ 84,7	↓ 85,1
	↓ 10,9	↓ 12,8	↓ 13,9	↓ 12,8	↑ 14,6	↑ 13,3	↓ 11,8	↑ 11,8	↑ 11,7	↑ 12,2	↑ 13,5	↑ 11,3	↓ 15,5	↑ 13,5
	↓ 8,9	↓ 9,4	↓ 11,3	↓ 10,3	↓ 11,2	↓ 10,4	↓ 10,0	↓ 9,3	↑ 9,1	↓ 10,0	↑ 10,4	↓ 9,4	↓ 11,7	↓ 9,7
	↓ 10,2	↓ 11,5	↓ 12,9	↓ 11,8	↓ 13,3	↓ 12,2	↓ 11,1	↑ 10,9	↑ 10,7	↑ 11,4	↑ 12,4	↓ 10,6	↓ 14,1	↑ 12,0
	↑ 2,06	↑ 1,72	↑ 2,23	↑ 1,93	↑ 2,06	↑ 2,35	↑ 2,19	↓ 2,13	↑ 2,06	↑ 2,13	↑ 2,29	↑ 1,39	↑ 1,89	↑ 1,72
	↑ 1,76	↑ 1,89	↑ 2,60	↑ 1,93	↑ 1,99	↑ 2,85	↑ 2,50	↑ 2,41	↑ 2,19	↑ 2,08	↑ 1,57	↑ 1,32	↑ 1,75	↑ 1,61
	↑ 1,95	↑ 1,79	↑ 2,37	↑ 1,93	↑ 2,03	↑ 2,54	↑ 2,30	↑ 2,24	↑ 2,11	↑ 2,11	↑ 2,02	↑ 1,36	↑ 1,84	↑ 1,68
	↓ 11,8	↑ 15,3	↑ 12,6	↑ 12,1	↑ 13,2	↑ 11,5	↑ 13,0	↑ 11,4	↑ 12,7	↑ 10,8	↑ 14,2	↓ 12,7	↑ 13,6	↑ 13,3
	↓ 10,8	↓ 11,2	↑ 9,6	↓ 10,0	↑ 10,0	↓ 9,2	↓ 8,9	↑ 7,9	↑ 9,1	↓ 8,0	↑ 11,1	↑ 9,0	↑ 10,5	↓ 10,2
	↓ 11,4	↑ 13,7	↑ 11,5	↑ 11,3	↑ 12,0	↑ 10,6	↑ 11,5	↑ 10,1	↑ 11,3	↑ 9,8	↑ 13,0	↑ 11,3	↑ 12,4	↑ 12,1
	↓ 427	↑ 446	↑ 478	↑ 434	↓ 463	↓ 397	↓ 391	↑ 418	↑ 354	↑ 386	↑ 369	↓ 353	↑ 350	↓ 398
	↓ 288	↑ 292	↑ 337	↑ 311	↓ 331	↓ 274	↓ 267	↑ 284	↑ 239	↑ 260	↑ 256	↑ 241	↑ 253	↓ 278
	↓ 357	↑ 366	↑ 408	↑ 372	↓ 397	↓ 335	↓ 329	↑ 351	↑ 295	↑ 322	↑ 311	↓ 296	↑ 300	↓ 336
	↑ 74,0	↑ 78,8	↑ 78,0	↑ 75,2	↑ 76,4	↓ 84,3	↓ 76,1	↑ 80,5	↓ 77,8	↓ 75,5	↓ 73,2	↓ 78,2	↓ 72,9	↑ 80,6
	↑ 71,8	↑ 81,8	↑ 79,9	↑ 77,1	↑ 78,1	↑ 86,4	↑ 79,1	↑ 84,2	↑ 82,6	↓ 77,5	↑ 77,1	↑ 82,5	↓ 75,6	↑ 80,7
	↑ 72,9	↑ 80,4	↑ 79,0	↑ 76,2	↑ 77,3	↑ 85,4	↑ 77,7	↑ 82,5	↑ 80,3	↓ 76,6	↑ 75,2	↑ 80,4	↓ 74,4	↑ 79,7
	↑ 12,4	↑ 12,0	↑ 12,9	↑ 14,8	↑ 12,3	↑ 12,8	↑ 15,2	↑ 12,8	↑ 11,3	↑ 12,6	↑ 14,9	↑ 13,9	↑ 14,4	↑ 11,8
	↑ 25,7	↓ 32,4	↑ 43,7	↓ 42,0	↑ 34,4	↓ 42,8	↑ 23,1	↓ 33,9	↑ 37,8	↑ 41,1	↓ 33,3	↓ 44,4	↑ 35,1	↓ 34,9
	↓ 55,4	↓ 39,0	↑ 45,0	↑ 43,0	↓ 41,4	↓ 47,9	↓ 36,1	↓ 40,5	↑ 42,3	↓ 48,2	↑ 39,2	↓ 49,9	↓ 44,5	↑ 34,5
	↑ 40,3	↓ 36,4	↑ 44,3	↓ 42,3	↑ 37,4	↓ 45,0	↑ 28,3	↓ 36,5	↑ 40,0	↑ 44,4	↑ 35,8	↓ 46,4	↑ 39,3	↓ 34,9
	↑ 66,5	↑ 75,6	↓ 68,9	↓ 69,4	↓ 70,5	↓ 72,9	↓ 72,9	↓ 73,7	↑ 73,9	↑ 75,4	↓ 74,9	↑ 75,4	↓ 76,2	↓ 75,5
	↓ 76,9	↑ 81,7	↑ 77,8	↓ 76,7	↓ 77,6	↓ 77,9	↓ 81,3	↓ 80,9	↑ 80,9	↓ 79,2	↑ 81,8	↑ 80,4	↑ 82,3	↓ 80,4
	↓ 71,4	↑ 78,8	↓ 73,3	↓ 73,3	↓ 74,1	↓ 75,5	↓ 77,3	↓ 77,4	↑ 77,5	↑ 77,5	↓ 78,5	↑ 78,1	↑ 79,4	↓ 78,1
	83	↓ 79	↓ 74	↑ 89	↓ 78	↓ 77	↓ 77	↓ 76	↑ 79	↓ 74	↓ 72	↓ 78	↑ 85	↓ 77
	85	↓ 79	↓ 78	↓ 87	↓ 81	↓ 75	↑ 82	↓ 75	↓ 76	↓ 77	↑ 75	↓ 77	↑ 84	↓ 76
	84	↓ 79	↓ 76	↑ 88	↓ 79	↓ 76	↓ 80	↓ 75	↓ 77	↓ 76	↓ 73	↓ 77	↑ 84	↓ 77

Kv. = Kvinnor M. = Män ↑ = Förbättrat värde ↓ = Försämrat värde			RIKET	Stockholm	Uppsala	Sörmland	Östergötland	Jönköping	Kronoberg	Kalmar	
20	Förtroende för vårdcentraler, Kv.	↑	62	↑ 59	↑ 59	↑ 61	↑ 65	↑ 66	↑ 66	↓ 69	
	Förtroende för vårdcentraler, M.	↑	65	↑ 64	↑ 65	↑ 65	↓ 63	↓ 62	↑ 73	↓ 69	
	Förtroende för vårdcentraler	↑	64	↑ 62	↑ 62	↑ 63	↑ 64	↑ 64	↑ 70	↓ 69	
21	Förtroende för sjukhus, Kv.	↓	69	↑ 69	↑ 74	↑ 61	↑ 74	↑ 77	↑ 78	↓ 72	
	Förtroende för sjukhus, M.	↑	73	↑ 76	↓ 77	↓ 70	↓ 73	↓ 75	↓ 79	↑ 81	
	Förtroende för sjukhus	↓	71	↑ 72	↑ 76	↑ 66	↓ 73	↑ 76	↑ 79	↓ 77	
22	Bemötande vid besök i primärvård, Kv.	↑	89	89	↑ 91	↑ 88	↓ 88	↑ 90	↓ 91	↓ 91	
	Bemötande vid besök i primärvård, M.	↑	91	91	↑ 92	↑ 91	↑ 91	↑ 93	↑ 93	↑ 93	
	Bemötande vid besök i primärvård	↓	90	↓ 90	↑ 91	↑ 89	↑ 89	↑ 91	↑ 92	↓ 92	
23	Information vid besök i primärvård, Kv.		77	77	78	77	75	78	80	79	
	Information vid besök i primärvård, M.		80	80	81	79	79	82	82	83	
	Information vid besök i primärvård		78	78	79	78	76	80	81	81	
24	Delaktighet vid besök i primärvård, Kv.	↑	78	79	↓ 80	↑ 77	↓ 76	↑ 79	↑ 81	↓ 81	
	Delaktighet vid besök i primärvård, M.	↑	79	80	↑ 81	↑ 77	↑ 77	↑ 81	↑ 82	↓ 82	
	Delaktighet vid besök i primärvård	↓	78	↓ 79	↑ 81	↑ 77	↑ 76	↑ 80	↑ 81	↓ 81	
25	Bemötande vid besök i specialiserad vård, Kv.		88	88	86	89	89	88	86	88	
	Bemötande vid besök i specialiserad vård, M.		91	91	91	90	92	91	91	91	
	Bemötande vid besök i specialiserad vård		89	89	88	90	90	89	88	90	
26	Information vid besök i specialiserad vård, Kv.		63	62	59	62	63	62	61	64	
	Information vid besök i specialiserad vård, M.		69	68	66	66	70	69	69	70	
	Information vid besök i specialiserad vård		66	65	62	64	66	65	64	67	
27	Delaktighet vid besök i specialiserad vård, Kv.		69	69	66	70	69	70	68	72	
	Delaktighet vid besök i specialiserad vård, M.		69	69	69	67	70	69	72	72	
	Delaktighet vid besök i specialiserad vård		69	69	67	69	70	70	70	72	
28	Bemötande vid inläggning på sjukhus, Kv.		82	82	81	81	84	84	86	83	
	Bemötande vid inläggning på sjukhus, M.		88	88	89	88	89	91	91	88	
	Bemötande vid inläggning på sjukhus		85	85	85	85	86	87	88	86	
29	Information vid inläggning på sjukhus, Kv.		61	59	61	58	61	62	64	63	
	Information vid inläggning på sjukhus, M.		66	67	65	65	69	67	72	66	
	Information vid inläggning på sjukhus		63	62	63	61	65	64	67	64	
30	Delaktighet vid inläggning på sjukhus, Kv.		60	58	61	59	62	64	66	65	
	Delaktighet vid inläggning på sjukhus, M.		62	62	65	61	68	61	66	61	
	Delaktighet vid inläggning på sjukhus		61	60	63	60	65	63	66	63	
Tillgänglighet											
31	Läkarbesök inom 7 dagar i primärvård	↓	92,9	↓ 94,6	↓ 90,6	↓ 94,2	↓ 95,3	↑ 94,8	↑ 95,8	↑ 94,5	
32	Uppfattning om väntetid vid besök i primärvård, Kv.	↓	81	↓ 78	↑ 78	↓ 81	↓ 80	↑ 84	↓ 85	↓ 83	
	Uppfattning om väntetid vid besök i primärvård, M.	↓	81	↓ 80	↑ 77	↑ 82	↑ 82	↑ 84	↑ 87	↓ 83	
	Uppfattning om väntetid vid besök i primärvård	↓	81	↓ 79	↑ 78	↓ 82	↓ 81	↑ 84	↑ 85	↓ 83	
33	Vårdcentralers tillgänglighet per telefon	↓	88,6		↓ 87,1	↓ 97,2	↓ 92,0	↓ 98,9	↓ 99,2	↓ 99,0	
34	Besök inom 90 dagar i specialiserad vård	↑	91,7	↑ 95,4	↓ 80,6	↓ 85,5	↑ 97,7	↑ 94,5	↑ 97,7	↓ 90,0	
35	Operation inom 90 dagar i specialiserad vård	↑	87,8	↑ 88,0	↑ 80,8	↑ 76,4	↑ 94,6	↑ 96,1	↓ 91,2	↑ 96,1	
Kostnader											
36	Strukturjusterad hälso- och sjukvårdskostnad	↓	21304	↓ 22835	↑ 21290	↑ 19985	↓ 20352	↓ 20765	↓ 21128	↓ 20142	
37	Kostnader per konsumerad DRG-poäng	↓	44549	↓ 43760	↓ 47032	↓ 45614	↓ 44340	↓ 46609	↓ 48363	↓ 41245	
39	Kostnad per vårdkontakt i primärvård	↑	1335	↑ 1242	↓ 1298	↑ 1448	↓ 1332	↑ 1376	↑ 1209	↓ 1526	
Områdesvisa indikatorer											
Graviditet, förlossning och nyföddhetsvård											
40	Tobaksvanor under graviditet , Kv.		5,68	4,29	3,75	6,75	6,19	5,74	5,51	7,71	
41	Screening för riskbruk av alkohol under graviditet, Kv.	↑	83,0	↑ 84,7		↑ 76,0	↑ 90,0	↑ 87,5	↑ 90,0	↑ 92,8	
42	Tidiga aborter, Kv.	↑	78,7	↑ 78,6	↑ 78,9	↑ 83,9	↓ 80,0	↓ 80,3	↓ 77,6	↓ 80,8	
43	Dödfödda barn	↑	2,80	↑ 2,60	↑ 2,42	↓ 3,66	↑ 2,38	↑ 3,51	↑ 2,00	↓ 3,66	
44	Neonatal dödlighet	↑	1,66	↑ 1,37	↑ 1,57	↓ 2,70	↑ 1,90	↑ 2,36	↓ 2,14	↓ 2,38	
45	Vårdrelaterade infektioner hos barn i neonatalvård		7,7	6,1	20,6	9,5	7,5	13,7	1,7	4,9	
46	Låg Apgar-poäng hos nyfödda	↓	1,18	↑ 0,93	↓ 1,19	↓ 1,30	↓ 1,54	↓ 1,42	↓ 1,29	↑ 1,40	

	Gotland	Blekinge	Skåne	Halland	V. Götaland	Värmland	Örebro	Västmanland	Dalarna	Gävleborg	Västernorrland	Jämtland	Västerbotten	Norrbotten
	62	↓ 63	↑ 62	↑ 73	↑ 61	↑ 66	↓ 58	↑ 61	↑ 62	↓ 65	↑ 56	↑ 60	↓ 61	↑ 59
	70	↓ 67	↓ 65	↑ 76	↑ 67	↑ 63	↑ 63	↑ 64	↑ 64	↑ 67	↑ 61	↑ 65	↓ 63	↓ 61
	67	↓ 65	↑ 64	↑ 75	↑ 64	↑ 64	↑ 60	↑ 63	↑ 63	↑ 66	↑ 59	↑ 63	↓ 62	↓ 60
	65	↓ 62	↓ 65	↑ 76	↓ 66	↓ 69	↓ 79	↑ 64	↓ 75	↑ 61	↑ 53	↑ 70	↓ 74	↓ 69
	71	↓ 67	↓ 71	↑ 80	↓ 71	↓ 69	↑ 83	↑ 71	↓ 72	↑ 62	↑ 57	↓ 71	↑ 79	↓ 70
	68	↓ 65	↓ 69	↑ 78	↓ 68	↓ 69	↑ 81	↑ 67	↑ 73	↑ 61	↑ 55	↑ 70	↓ 77	↓ 70
	↓ 89	↑ 91	↓ 88	↓ 91	↑ 88	↑ 88	↓ 87	↓ 87	↓ 88	↑ 89	↑ 88	↑ 90	↑ 88	89
	↓ 90	↓ 92	↓ 91	↓ 93	↑ 90	↓ 90	↓ 89	↓ 89	↑ 91	↑ 91	↑ 91	↑ 92	↑ 91	89
	↓ 89	↑ 92	↓ 89	↓ 92	↑ 89	↓ 89	↓ 88	↓ 88	↑ 89	↑ 90	↑ 89	↑ 91	↑ 89	89
	77	78	76	80	75	76	74	75	77	78	75	79	75	76
	78	81	79	82	79	79	76	78	80	79	78	81	78	78
	77	79	77	81	77	77	75	76	78	78	76	80	76	77
	↓ 78	↑ 80	↓ 78	↓ 82	↑ 77	↑ 77	↓ 75	↑ 76	↑ 78	↑ 78	↑ 76	↑ 80	↑ 78	76
	↑ 79	↑ 82	↓ 79	↑ 84	↑ 78	↓ 76	↓ 75	↓ 76	↑ 79	↓ 77	↑ 77	↑ 78	↑ 78	76
	↓ 79	↑ 81	↓ 78	↑ 83	↑ 77	↓ 77	↓ 75	↓ 76	↑ 78	↑ 78	↑ 76	↑ 79	↑ 78	76
	88	87	88	88	88	88	88	85	88	88	87	88	89	86
	91	90	90	92	91	91	90	88	92	91	89	92	91	88
	89	89	89	90	89	89	89	87	89	89	88	90	90	87
	65	62	65	65	64	64	63	63	64	62	62	65	64	61
	70	69	71	72	67	69	69	67	69	65	66	70	68	69
	67	65	67	68	65	66	65	65	66	63	64	67	66	65
	72	68	69	70	70	70	70	66	70	68	68	70	70	66
	67	71	70	72	68	69	69	64	68	65	64	71	69	67
	70	69	70	71	69	70	70	65	69	67	66	70	70	66
	84	84	83	84	82	84	84	80	83	81	82	79	83	81
	86	88	87	90	87	88	88	85	88	85	87	91	89	86
	85	86	85	87	84	86	86	82	86	83	84	85	86	83
	67	64	63	65	61	57	63	57	60	60	53	58	61	60
	64	67	67	69	65	66	67	60	70	66	65	70	67	61
	66	66	65	67	63	61	65	59	65	63	59	63	64	61
	63	61	61	64	59	58	64	57	64	61	55	61	59	59
	61	66	61	61	61	60	62	56	65	59	58	68	64	59
	62	63	61	63	60	59	63	56	64	60	56	64	62	59
	↓ 95,8	↓ 94,5	↓ 90,3	↓ 97,9	↓ 95,3	↓ 95,1	↑ 88,4	↓ 86,6	↓ 82,6	↓ 85,2	↑ 96,8	↓ 89,9	↓ 92,0	↑ 89,4
	↑ 82	↑ 85	↓ 79	↑ 87	↓ 80	↓ 83	↓ 79	↓ 77	↑ 82	↑ 85	↑ 84	↑ 83	↓ 79	↑ 83
	↑ 77	↑ 85	↓ 77	↓ 87	↓ 82	↓ 78	↓ 79	↑ 77	↓ 78	↑ 84	↑ 81	81	↑ 80	81
	↑ 80	↑ 85	↓ 78	↑ 87	↓ 81	↓ 81	↑ 79	↑ 77	↑ 81	↑ 84	↑ 83	↑ 82	↑ 80	↑ 82
	↓ 72,5	↑ 87,5	↑ 72,1	↓ 95,4	↓ 97,4	↑ 84,1	↑ 81,2	↑ 88,2	↓ 87,3	↑ 93,8	↓ 93,3	↓ 71,1	↑ 83,6	↓ 93,7
	↓ 97,7	↑ 96,7	↑ 86,1	↑ 98,6	↑ 96,6	↑ 92,7	↑ 93,3	↑ 89,3	↑ 85,8	↑ 91,3	↑ 92,5	↑ 90,3	↓ 93,1	↑ 94,8
	↑ 97,4	↑ 90,1	↑ 84,3	↑ 97,9	↑ 89,0	↑ 97,1	↑ 82,1	↑ 86,5	↓ 71,8	↑ 97,2	↑ 96,8	↑ 86,4	↓ 82,3	↑ 97,4
	↓ 23251	↑ 21215	↓ 20853	↓ 20904	↓ 20515	↓ 21115	↓ 21298	↑ 20854	↑ 21578	↓ 22029	↑ 21232	↓ 21545	↑ 20861	↓ 21480
	↓ 43813	↑ 47364	↓ 43240	↓ 44629	↓ 44745	↓ 47883	↓ 48536	↑ 44986	↑ 43723	↓ 49058	↑ 47046	↓ 47083	↓ 43390	↓ 47074
	↓ 1329	↑ 1265	↓ 1351	↑ 1234	↑ 1272	↓ 1437	↓ 1276	↓ 1454	↓ 1547	↓ 1519	↑ 1440	↑ 1533	↑ 1254	↓ 1805
	8,20	5,95	5,83	6,45	5,76	6,91	7,32	7,07	6,92	7,07	8,60	5,03	6,67	5,55
	↑ 78,8	↑ 70,6	↑ 80,9	↑ 84,5	↑ 89,8	↑ 82,2	↑ 91,9	↑ 83,2	↑ 66,7	↑ 86,5	↑ 91,0	↑ 85,0	↑ 90,4	↑ 81,9
	↑ 81,5	↑ 74,7	↑ 73,6	↑ 80,5	↑ 80,1	↑ 79,0	↑ 81,1	↓ 76,7	↑ 76,3	↑ 78,5	↑ 81,4	↓ 78,3	↓ 80,5	↑ 80,1
	↑ 3,26	↓ 3,47	↑ 2,84	↓ 2,79	↑ 2,88	↑ 2,88	↑ 2,90	↑ 2,89	↑ 3,53	↑ 2,82	↓ 3,36	↓ 2,74	↑ 2,90	↑ 2,90
	↑ 2,30	↑ 2,03	↑ 1,61	↓ 1,98	↑ 1,55	↑ 1,17	↑ 1,62	↑ 1,90	↑ 1,60	↓ 1,82	↑ 1,45	↓ 1,84	↑ 1,43	↑ 2,27
	8,0		10,9	8,0	10,8	5,4	4,8	5,2	6,9	2,2	5,4	3,7	9,1	5,9
	↑ 1,19	↓ 1,52	↓ 1,35	↓ 0,87	↑ 1,17	↑ 0,90	↓ 1,05	↓ 1,66	↓ 1,27	↑ 1,13	↑ 0,92	↓ 1,54	↓ 1,55	↑ 1,07

Kv. = Kvinnor M. = Män											
↑ = Förbättrat värde ↓ = Försämrat värde			RIKET	Sockholm	Uppsala	Sörmland	Östergötland	Jönköping	Kronoberg	Kalmar	
47	Bristningar vid förlossning, Kv.	↑	6,34	↑ 7,41	↓ 5,48	↓ 8,99	↑ 6,28	↑ 4,77	↓ 7,11	↓ 7,32	
48	Kejsarsnitt bland förstföderskor, Kv.		10,1	10,8	10,5	11,1	8,1	9,4	11,5	10,3	
Kvinnosjukvård											
50	Oönskade händ. efter borttagande av livmoder, Kv.	↓	2,47	↓ 4,14	↓ 1,55	↓ 4,80	↑ 1,64	↓ 2,16	↑ 0,62	↓ 1,39	
51	Patienttrapp. kompl. efter borttagande av livmoder, Kv.	↑	70,5	74,2	↑ 67,4	↑ 56,7	↑ 66,7	↓ 63,6	↓ 73,2	↑ 70,8	
52	Patienttillfredsst. efter borttagande av livmoder, Kv.	↑	92,0		↑ 94,5	↑ 89,3	↑ 91,5	↑ 93,0	↑ 93,3	↓ 93,3	
53	Patienttrapp. kompl. efter framfallsoperation, Kv.		78,3	77,2	79,3		73,4	77,4	78,8	77,2	
54	Patienttrapp. förekomst av framfallssymtom efter op., Kv.		76,4	75,3	75,3		79,5	80,4	85,4	76,9	
55	Patienttrapp. kompl. efter inkontinensoperation, Kv.		80,8	87,0	74,3		82,0	81,1	81,0	80,6	
56	Patientrapporterad kontinens efter operation, Kv.		68,3	61,4	67,8		67,0	71,6	73,3	63,3	
57	Dagkirurgiska operationer vid livmoderframfall , Kv.	↑	34,9	↑ 22,6	↑ 25,9	↑ 26,3	↑ 88,1	↑ 40,2	↑ 13,2	↑ 30,0	
Rörelseorganens sjukdomar											
59	Implantatöverlevnad vid total knäprotesoperation, Kv.	↑	96,1	↑ 96,2	↑ 96,0	↑ 97,3	↑ 97,1	↑ 97,4	↑ 94,9	↑ 97,2	
	Implantatöverlevnad vid total knäprotesoperation, M.	↑	95,7	↑ 95,5	↑ 97,1	↑ 96,5	↑ 98,1	↓ 95,3	↓ 89,0	↓ 96,7	
	Implantatöverlevnad vid total knäprotesoperation	↑	96,0	↑ 96,0	↑ 96,4	↑ 97,0	↑ 97,4	↓ 96,6	↓ 92,6	↑ 97,0	
60	Implantatöverlevnad vid total höftprotesop., Kv.	↑	95,7	↓ 94,5	↑ 96,0	↓ 95,7	↓ 97,3	↑ 97,2	↓ 97,4	↓ 97,1	
	Implantatöverlevnad vid total höftprotesoperation, M.	↓	93,8	↓ 93,1	↓ 93,9	↓ 95,0	↓ 95,9	↓ 96,6	↑ 96,3	↓ 95,5	
	Implantatöverlevnad vid total höftprotesoperation	↓	94,9	↓ 94,0	↑ 95,2	↓ 95,4	↓ 96,7	↑ 96,9	↑ 96,9	↓ 96,5	
61	Omoperation efter total höftprotesoperation, Kv.	↑	1,63	↓ 1,55	↑ 2,20	↓ 2,21	↓ 1,79	↑ 1,59	↓ 0,76	↑ 1,38	
	Omoperation efter total höftprotesoperation, M.	↓	2,12	↓ 2,47	↑ 2,63	↓ 2,48	↓ 1,87	↑ 1,18	↓ 1,03	↓ 2,81	
	Omoperation efter total höftprotesoperation	↓	1,83	↑ 1,91	↑ 2,38	↓ 2,32	↓ 1,83	↑ 1,41	↓ 0,88	↓ 2,02	
62	Oönskade händ. efter knä- och total höftprotesop., Kv.	↑	2,71	↑ 2,61	↑ 2,31	↓ 2,82	↑ 3,24	↑ 2,60	↓ 2,97	↑ 2,15	
	Oönskade händ. efter knä- och total höftprotesop., M.	↑	3,99	↑ 3,70	↑ 3,32	↑ 3,52	↓ 5,00	↓ 5,15	↓ 4,21	↑ 3,45	
	Oönskade händ. efter knä- och total höftprotesop.	↑	3,21	↑ 3,00	↑ 2,71	↓ 3,10	↑ 3,90	↓ 3,54	↓ 3,42	↑ 2,77	
63	Patientrapporterat resultat av total höftprotesop., Kv.	↓	0,380	↓ 0,369	↑ 0,371	↑ 0,443	↓ 0,308	↓ 0,369	↑ 0,359	↑ 0,335	
	Patientrapporterat resultat av total höftprotesop., M.	↓	0,347	↑ 0,349	↑ 0,325	↑ 0,423	↓ 0,287	↓ 0,332	↓ 0,308	↓ 0,293	
	Patientrapporterat resultat av total höftprotesop.	↓	0,367	↑ 0,362	↑ 0,353	↑ 0,434	↓ 0,300	↓ 0,353	↓ 0,337	↓ 0,316	
64	Patienttillfredsställelse efter total höftprotesop., Kv.	↑	84,9	↓ 82,2	↑ 84,0	↑ 83,2	↑ 84,3	↓ 84,9	↓ 86,5	↑ 88,1	
	Patienttillfredsställelse efter total höftprotesop., M.	↑	87,4	↓ 85,1	↑ 86,9	↑ 85,3	↑ 88,1	↑ 91,9	↓ 85,8	↓ 92,2	
	Patienttillfredsställelse efter total höftprotesop.	↑	86,0	↓ 83,3	↑ 85,2	↑ 84,1	↑ 85,9	↓ 87,9	↓ 86,2	↓ 89,9	
65	Väntetid inför höftfrakturopoperation, Kv.	↑	22,2	↑ 23,6	↑ 34,6	↓ 22,0	↑ 22,2	↓ 19,7	↑ 20,6	↑ 16,7	
	Väntetid inför höftfrakturopoperation, M.	↑	23,3	↑ 24,8	↓ 33,1	↑ 20,1	↑ 22,1	↓ 22,9	↓ 27,1	↑ 17,4	
	Väntetid inför höftfrakturopoperation	↑	22,5	↑ 23,9	↓ 34,1	↑ 21,4	↑ 22,2	↓ 20,8	↑ 22,6	↑ 16,9	
66	Protesoperation vid höftfraktur, Kv.	↑	63,6	↑ 64,2	↑ 68,9	↓ 47,2	↑ 66,1	↑ 55,2	↓ 61,6	↑ 72,9	
	Protesoperation vid höftfraktur, M.	↑	59,0	↑ 61,1	↑ 72,4	↑ 35,0	↑ 56,1	↓ 38,3	↓ 48,3	↑ 68,0	
	Protesoperation vid höftfraktur	↑	62,1	↑ 63,3	↑ 69,6	↓ 43,5	↑ 63,0	↓ 49,3	↓ 57,3	↑ 71,4	
67	Implantatöverlevnad vid halvprotesoperation, Kv.	↓	96,1	↓ 95,6	↓ 95,1	↓ 90,7	↓ 97,6	↓ 93,8	↑ 96,8	↓ 94,5	
	Implantatöverlevnad vid halvprotesoperation, M.	↓	95,1	↓ 95,7	↓ 90,1	↓ 92,6	↓ 98,1	↓ 90,3	↑ 93,0	↓ 84,8	
	Implantatöverlevnad vid halvprotesoperation	↓	95,8	↓ 95,7	↓ 94,3	↓ 91,9	↓ 98,2	↓ 93,4	↑ 96,6	↓ 92,3	
68	Åter till ursprungligt boende efter höftfraktur, Kv.	↑	80	↑ 79	↓ 75	↑ 81	↑ 79	↓ 77	↑ 84	↑ 78	
	Åter till ursprungligt boende efter höftfraktur, M.	↑	80	↓ 77	↑ 70	↓ 83	↑ 77	↑ 78	↑ 81	↑ 83	
	Åter till ursprungligt boende efter höftfraktur	↑	80	↑ 79	↑ 73	↓ 81	↑ 78	↓ 77	↑ 83	↑ 80	
69	Läkemedel mot benskörhet efter fraktur, Kv.	↓	13,8	↓ 13,3	↑ 18,1	↑ 16,4	↑ 16,9	↑ 21,9	↓ 15,5	↓ 15,9	
70	Patienttrapp. förbättring efter op. för spinal stenosis, Kv.	↑	77,7	↓ 77,3	↑ 75,8	↓ 79,7	↑ 86,5	↓ 80,0	↑ 85,7	↑ 84,4	
	Patienttrapp. förbättring efter op. för spinal stenosis, M.	↓	76,9	↑ 80,7	↑ 71,2	↓ 79,8	↑ 79,3	↑ 71,0		↓ 68,2	
	Patienttrapp. förbättring efter op. för spinal stenosis	↑	77,3	↓ 78,8	↑ 73,6	↓ 79,7	↑ 83,7	↑ 75,0	↑ 87,0	↑ 77,8	
71	Patienttrapp. förbättring efter op. för diskbräck, Kv.	↓	87,4	↓ 92,2	↓ 84,2	↓ 97,2	↓ 84,6			↓ 82,8	
	Patienttrapp. förbättring efter op. för diskbräck, M.	↑	91,1	↑ 91,9	↑ 85,3	↑ 93,6	↓ 88,6	↑ 84,2		↓ 90,3	
	Patienttrapp. förbättring efter operation för diskbräck	↓	89,5	↑ 92,0	↑ 84,7	↑ 95,2	↓ 86,9	↓ 81,5	↓ 58,3	↓ 86,7	
72	Artroskopi i knäleden vid artros eller meniskskada, Kv.	↑	175	↓ 273	↓ 179	↓ 173	↑ 143	↑ 213	↑ 51	↑ 285	
	Artroskopi i knäleden vid artros eller meniskskada, M.	↑	249	↓ 385	↓ 281	↓ 238	↑ 136	↑ 276	↑ 83	↑ 301	
	Artroskopi i knäleden vid artros eller meniskskada	↑	212	↓ 330	↓ 230	↓ 206	↑ 140	↑ 245	↑ 68	↑ 293	
73	Utbytesoperation efter korsbandsoperation , Kv.	↓	2,33	↓ 3,21	↓ 0,93	↓ 1,61	↓ 1,65	↑ 0,00	↓ 2,90	↑ 0,99	
	Utbytesoperation efter korsbandsoperation , M.	↓	2,30	↓ 2,81	↓ 1,42	↑ 1,35	↑ 0,00	↑ 2,56	↑ 1,14	↓ 0,93	
	Utbytesoperation efter korsbandsoperation	↓	2,31	↓ 2,99	↓ 1,20	↑ 1,47	↓ 0,68	↑ 1,53	↓ 1,91	↑ 0,96	

	Gotland	Blekinge	Skåne	Halland	V. Götaland	Värmland	Örebro	Västmanland	Dalarna	Gävleborg	Västernorrland	Jämtland	Västerbotten	Norrbotten
	↓ 7,39	↑ 6,54	↑ 6,58	↑ 5,24	↑ 5,42	↑ 4,56	↑ 5,21	↓ 5,75	↑ 5,54	↓ 6,24	↑ 6,42	↑ 5,08	↑ 6,77	↑ 4,91
	15,5	9,3	9,0	10,4	9,9	9,8	9,4	9,4	13,3	11,6	11,2	8,7	9,0	8,8
	↑ 1,56	↑ 0,90	↓ 2,04	↓ 1,97	↓ 2,74	↓ 2,47	↓ 1,37	↓ 2,38	↓ 2,21	↑ 1,30	↑ 0,99	↓ 3,37	↓ 3,10	↑ 1,59
	82,1	↓ 72,6	↑ 73,4	↓ 76,0	↑ 67,4	75,2	↓ 69,7	↓ 62,5	↓ 64,8	↑ 76,3	↓ 70,1	↑ 84,2	↓ 62,3	↑ 72,7
		↑ 89,7	↓ 91,1	↑ 91,2	↑ 91,5		↓ 94,6	↓ 85,9	↑ 95,2	↓ 93,6	↓ 91,1	↓ 86,5	↑ 91,7	↑ 94,3
	93,3	91,3	82,3	75,1	75,5	88,4	80,0	73,2	81,6	83,2	72,3	77,6	77,3	79,2
	92,9		70,4	73,5	75,8	69,6	77,4	71,3	75,3	78,8	82,9	71,9	75,2	76,0
		79,3	80,2	88,3	78,6	83,1	78,1	82,8	71,4	75,8	72,9	74,4	82,2	86,6
			72,6	64,0	71,8	77,8	79,3	59,7	66,9	63,9	71,7	68,6	77,6	56,6
	↑ 0,0	↑ 61,7	↑ 35,6	↑ 15,2	↑ 24,7	↑ 56,0	↓ 14,8	↓ 5,9	↑ 52,9	↑ 67,1	↑ 73,0	↑ 31,8	↑ 22,6	↑ 26,5
	↓ 92,2	↑ 96,9	↑ 95,5	↑ 97,1	↓ 95,8	↑ 96,3	↑ 97,6	↓ 95,2	↑ 97,6	↑ 89,0	↑ 98,0	↓ 93,5	↑ 96,1	↑ 96,7
	↑ 89,6	↓ 89,1	↑ 95,8	↑ 97,9	↓ 95,2	↑ 96,9	↓ 96,2	↑ 99,1	↑ 97,8	↓ 89,9	↑ 97,3	↑ 94,8	↑ 98,0	↑ 96,7
	↓ 91,2	↓ 94,3	↑ 95,6	↑ 97,4	↓ 95,6	↑ 96,5	↑ 97,1	↑ 96,7	↑ 97,7	↑ 89,5	↑ 97,8	↓ 93,6	↑ 96,9	↑ 96,7
	↑ 94,3	↑ 96,9	↑ 95,3	↑ 92,7	↓ 95,4	↑ 97,4	↑ 98,0	↓ 94,8	↑ 98,2	↑ 94,7	↑ 96,3	↑ 94,9	↓ 97,0	↑ 95,6
	↑ 95,0	↑ 94,1	↓ 93,3	↑ 94,3	↓ 92,1	↑ 95,0	↑ 96,3	↑ 94,3	↓ 96,0	↑ 94,6	↓ 88,9	↓ 93,8	↓ 93,8	↑ 94,8
	↑ 94,6	↑ 95,7	↑ 94,5	↑ 93,4	↓ 94,1	↑ 96,4	↑ 97,3	↓ 94,6	↑ 97,3	↑ 94,6	↓ 93,5	↑ 94,5	↓ 95,7	↑ 95,2
	↓ 2,55	↑ 0,59	↓ 1,30	↓ 2,03	↑ 1,29	↓ 2,34	↑ 0,88	↓ 4,03	↓ 1,70	↓ 2,41	↑ 1,60	↑ 1,23	↓ 1,35	↑ 0,78
	↑ 0,45	↓ 1,39	↓ 2,11	↓ 2,30	↑ 1,91	↓ 4,10	↑ 0,92	↓ 3,20	↓ 1,42	↑ 1,95	↓ 2,01	↑ 3,81	↓ 0,90	↑ 1,60
	↓ 1,62	↑ 0,96	↓ 1,63	↓ 2,14	↑ 1,55	↓ 3,03	↑ 0,90	↓ 3,71	↓ 1,58	↑ 2,21	↑ 1,77	↑ 2,25	↓ 1,16	↑ 1,12
	↓ 3,02	↑ 2,22	↑ 2,37	↑ 2,45	↑ 2,44	↑ 3,40	↑ 2,52	↓ 4,59	↑ 2,68	↑ 3,26	↓ 2,93	↑ 1,69	↓ 3,57	↑ 2,86
	↑ 3,14	↑ 2,00	↓ 3,71	↑ 4,37	↓ 3,73	↓ 4,77	↓ 4,66	↓ 5,43	↑ 3,89	↑ 4,25	↓ 5,24	↑ 3,26	↑ 3,82	↑ 2,75
	↑ 3,02	↑ 2,19	↑ 2,88	↑ 3,27	↓ 2,97	↑ 3,98	↑ 3,31	↓ 4,90	↑ 3,18	↑ 3,61	↓ 3,82	↑ 2,34	↑ 3,69	↑ 2,79
	↑ 0,461	↓ 0,413	↓ 0,402	↓ 0,382	↓ 0,365	↑ 0,388	↑ 0,388	↓ 0,431	↑ 0,413	↓ 0,356	↓ 0,386	↑ 0,475	↑ 0,409	↓ 0,419
	↓ 0,302	↓ 0,366	↑ 0,382	↓ 0,320	↓ 0,332	↓ 0,333	↓ 0,323	↓ 0,344	↑ 0,366	↑ 0,366	↑ 0,383	↓ 0,305	↓ 0,376	↑ 0,401
	↑ 0,384	↓ 0,392	↑ 0,393	↓ 0,356	↓ 0,351	↑ 0,367	↓ 0,359	↓ 0,397	↑ 0,393	↓ 0,361	↑ 0,385	↑ 0,410	↓ 0,394	↑ 0,411
	↑ 79,1	↑ 86,8	↓ 86,8	↑ 86,3	↓ 82,0	↓ 83,1	↓ 87,4	↑ 85,2	↑ 86,0	↓ 85,4	↓ 81,8	↓ 87,7	↓ 88,2	↑ 90,7
	↓ 82,4	↑ 93,7	↑ 91,0	↑ 89,5	↑ 86,6	↓ 83,6	↑ 93,1	↓ 90,0	↓ 87,9	↓ 84,8	↑ 86,1	↑ 93,8	↑ 89,0	↑ 91,7
	↑ 80,6	↑ 90,0	↑ 88,5	↑ 87,6	↑ 83,9	↓ 83,3	↓ 89,9	↑ 87,2	↓ 86,8	↓ 85,2	↑ 83,5	↑ 90,2	↓ 88,5	↑ 91,1
	↑ 22,2	↓ 22,3	↑ 20,0	↑ 19,4	↑ 24,8	↓ 28,4	↑ 22,9		↑ 18,2	↑ 14,2	↓ 15,0	↓ 23,0	↓ 22,3	↓ 18,3
	↓ 17,7	↑ 21,3	↑ 21,9	↑ 20,1	↑ 26,5	↓ 22,7	↓ 24,5		↓ 24,8	↑ 15,9	↑ 17,0	↑ 20,0	↓ 12,7	↓ 18,4
	↓ 20,9	↓ 22,0	↑ 20,5	↑ 19,6	↑ 25,3	↑ 26,8	↓ 23,5		↓ 20,4	↑ 14,7	↑ 15,7	↑ 21,9	↓ 19,4	↓ 18,3
	↑ 68,2	↑ 66,9	↓ 65,6	↑ 68,3	↑ 66,1	↑ 66,9	↑ 62,4	↑ 69,3	↓ 59,1	↑ 63,9	↓ 49,4	↑ 61,9	↑ 50,9	↑ 66,1
	↓ 55,0	↑ 62,8	↓ 64,4	↑ 59,0	↑ 68,5	↑ 58,2	↑ 52,0	↑ 54,3	↑ 53,2	↑ 56,4	↓ 45,1	↑ 58,2	↑ 46,3	↑ 61,2
	↑ 63,0	↑ 65,7	↓ 65,2	↑ 65,5	↑ 66,9	↑ 64,2	↑ 58,5	↑ 64,5	↓ 57,1	↑ 62,1	↓ 48,0	↑ 60,9	↑ 49,2	↑ 64,3
	↓ 90,4	↓ 94,9	↓ 95,6	↑ 95,3	↑ 97,3	↑ 97,0	↓ 95,2	↓ 91,0	↑ 94,7	↑ 96,7	↓ 92,9	↑ 95,6	↓ 95,7	↑ 97,9
	↓ 78,8	↓ 92,8	↓ 93,4	↓ 93,2	↑ 97,3	↓ 91,0	↑ 96,1	↑ 92,6	↑ 90,8	↑ 94,1	↓ 91,1	↓ 86,3	↓ 95,4	↓ 92,6
	↓ 89,3	↓ 95,3	↓ 95,1	↑ 95,2	↑ 97,4	↑ 95,9	↓ 95,9	↑ 92,4	↑ 94,0	↑ 96,4	↓ 92,8	↓ 94,4	↓ 96,2	↑ 96,8
	↑ 84	↓ 81	↑ 82	↓ 77	↑ 83	↑ 86	↓ 80		↓ 77	↓ 80			↓ 72	↓ 69
	↓ 67	↓ 88	↑ 84	↓ 77	↑ 81	↑ 93	↑ 87		↑ 86	↑ 87			↓ 68	↓ 71
	↑ 80	↓ 83	↑ 83	↓ 77	↑ 83	↑ 88	↑ 82		↓ 80	↑ 82			↓ 71	↓ 70
	↓ 6,8	↑ 12,8	↓ 13,6	↑ 15,1	↓ 12,7	↑ 12,8	↑ 16,1	↓ 8,8	↑ 14,6	↓ 11,2	↓ 10,1	↑ 14,0	↓ 13,0	↑ 12,0
		↑ 79,0	↑ 74,2	81,8	↑ 80,8	↑ 93,3	↑ 75,7	↓ 66,7	↑ 73,6	↑ 70,4	↑ 71,4		↓ 66,2	
		↑ 92,3	↓ 70,5	72,7	↓ 74,5	↑ 82,4	↑ 73,2	↓ 80,0	↑ 77,3	↑ 72,0	↓ 77,8	76,9	↓ 70,6	
		↑ 86,7	↓ 72,6	79,6	↑ 77,7	↑ 87,5	↑ 74,4	↓ 73,4	↑ 75,3	↑ 71,2	↑ 74,4	↓ 72,7	↑ 68,0	
		↓ 84,6	↑ 82,4	100,0	↓ 85,5	60,0	↓ 82,1	↑ 88,2	↑ 88,0	↓ 83,3		↑ 100,0	↑ 90,0	
		↓ 93,8	↑ 88,5	58,3	↑ 94,8	80,0	↑ 92,3	↓ 90,0	↑ 93,6	↑ 91,7		↑ 100,0	↑ 95,1	
		↓ 89,7	↓ 85,0	77,3	↑ 91,0	↓ 70,0	↑ 87,0	↑ 89,2	↓ 91,1	↓ 87,5	↓ 81,3	↑ 100,0	↑ 93,0	
	↓ 225	↑ 122	↓ 120	↑ 212	↑ 137	↑ 86	↓ 111	↑ 131	↑ 155	↓ 206	↑ 96	↑ 140	↑ 164	↑ 132
	↓ 325	↑ 197	↓ 176	↑ 333	↑ 188	↑ 115	↑ 141	↑ 223	↑ 273	↓ 298	↑ 189	↑ 221	↑ 227	↑ 200
	↓ 275	↑ 161	↓ 148	↑ 272	↑ 163	↑ 100	↑ 126	↑ 178	↑ 215	↓ 253	↑ 143	↑ 181	↑ 196	↑ 167
			↓ 1,31	↓ 2,81	↓ 3,68	↑ 3,13	↑ 1,56	↑ 0,00	↑ 0,00	↑ 0,00	↑ 0,00	↑ 0,00	↑ 0,00	↑ 0,00
			↓ 1,51	↓ 3,60	↓ 2,87	↑ 2,44	↓ 8,14	↑ 0,00	↑ 1,85	↑ 0,00	↑ 0,00	↑ 0,00	↓ 0,85	↑ 0,00
	7,14		↓ 1,43	↓ 3,27	↓ 3,17	↑ 2,74	↑ 5,33	↑ 0,00	↓ 1,18	↑ 0,00	↑ 0,00	↑ 0,00	↑ 0,43	↑ 0,00

Kv. = Kvinnor M. = Män ↑ = Förbättrat värde ↓ = Försämrat värde			RIKET	Stockholm	Uppsala	Sörmland	Östergötland	Jönköping	Kronoberg	Kalmar	
74	Biologiska läkemedel vid reumatoid artrit , Kv.	↑	23	↑ 31	↑ 22	↑ 20	↑ 18	↑ 18	↓ 18	↓ 16	
	Biologiska läkemedel vid reumatoid artrit , M.	↑	19	↑ 24	↑ 21	↑ 16	↑ 15	↓ 15	↓ 16	↑ 12	
	Biologiska läkemedel vid reumatoid artrit	↑	21	↑ 29	↑ 22	↑ 19	↑ 17	↑ 17	↓ 17	↑ 15	
75	Effekt vid beh.start med biologiskt läkemedel, Kv.		47,6	48,4	59,2	52,1	44,4	50,0		32,7	
	Effekt vid beh.start med biologiskt läkemedel, M.		55,7	60,0	73,9	54,5	63,6	83,3		33,3	
	Effekt vid behandlingsstart med biologiskt läkemedel		49,7	51,2	62,8	52,9	49,6	57,5		32,9	
76	Patienttrapp. hälsa vid beh. med biol. läkemedel, Kv.	↑	36,0	↓ 37,0	↓ 37,8	↓ 43,4	↑ 29,4	↓ 35,6		↑ 44,3	
	Patienttrapp. hälsa vid beh. med biol. läkemedel, M.	↑	37,9	↓ 40,9	↓ 47,5	↓ 44,7	↓ 31,3	↑ 63,3		↑ 45,3	
	Patienttrapp. hälsa vid beh. med biologiskt läkemedel	↑	36,5	↓ 37,9	↓ 40,4	↓ 43,8	↑ 29,8	↓ 42,0		↑ 45,2	
Diabetesvård											
79	Måluppfyllelse för blodsockervärde - primärvård, Kv.	↑	51,7	↑ 51,1	↑ 49,1	↑ 54,5	↑ 50,7	↓ 47,6	↑ 52,7	↑ 53,5	
	Måluppfyllelse för blodsockervärde - primärvård, M.	↑	49,3	↑ 48,1	↑ 47,8	↑ 52,2	↑ 49,4	↓ 44,0	↑ 48,2	↑ 49,5	
	Måluppfyllelse för blodsockervärde - primärvård	↑	50,3	↑ 49,3	↑ 48,4	↑ 53,2	↑ 50,0	↓ 45,6	↑ 50,1	↑ 51,2	
80	Måluppfyllelse för blodsockervärde, typ 1 diabetes, Kv.	↓	13,7	↓ 13,9	↑ 16,4	↑ 14,1	↓ 13,5	↓ 11,7	↑ 15,4	↓ 12,2	
	Måluppfyllelse för blodsockervärde, typ 1 diabetes, M.	↓	16,3	↓ 17,7	↑ 16,1	↓ 11,2	↓ 15,1	↓ 11,1	↑ 17,9	↓ 12,5	
	Måluppfyllelse för blodsockervärde vid typ 1 diabetes	↓	15,2	↓ 16,0	↑ 16,2	↑ 12,5	↓ 14,4	↓ 11,4	↑ 16,8	↓ 12,3	
81	Måluppfyllelse för blodtryck - primärvård, Kv.	↑	24,2	↑ 21,3	↑ 19,9	↑ 24,7	↑ 31,6	↑ 24,5	↓ 22,2	↓ 24,8	
	Måluppfyllelse för blodtryck - primärvård, M.	↑	22,4	↓ 19,8	↑ 18,8	↑ 20,1	↑ 30,0	↓ 22,8	↑ 21,9	↑ 23,2	
	Måluppfyllelse för blodtryck vid diabetes - primärvård	↑	23,1	↓ 20,4	↑ 19,2	↑ 22,1	↑ 30,7	↑ 23,6	↓ 22,0	↓ 23,9	
82	Måluppfyllelse för blodtryck vid typ 1 diabetes, Kv.	↑	53,5	↑ 51,4	↓ 51,6	↑ 51,9	↓ 53,0	↑ 60,8	↑ 56,9	↑ 51,9	
	Måluppfyllelse för blodtryck vid typ 1 diabetes, M.	↑	41,2	↑ 37,3	↓ 38,8	↑ 40,6	↓ 42,7	↑ 48,7	↓ 39,8	↓ 35,5	
	Måluppfyllelse för blodtryck vid typ 1 diabetes	↑	46,6	↑ 43,6	↓ 44,3	↑ 45,7	↓ 47,3	↑ 54,2	↑ 47,1	↑ 43,2	
83	Måluppfyllelse för LDL-kolesterol - primärvård, Kv.	↑	43,0	↑ 39,1	↓ 34,9	↑ 49,6	↑ 55,0	↑ 41,1	↑ 48,4	↑ 42,9	
	Måluppfyllelse för LDL-kolesterol - primärvård, M.	↑	48,4	↑ 46,5	↓ 37,4	↑ 55,2	↑ 60,4	↑ 47,5	↑ 53,9	↑ 49,8	
	Måluppfyllelse för LDL-kolesterol - primärvård	↑	46,1	↑ 43,5	↓ 36,4	↑ 52,7	↑ 58,2	↑ 44,6	↑ 51,6	↑ 46,9	
84	Måluppfyllelse för blodsockervärde - barn, Kv.	↑	30,7	↑ 29,2	↓ 40,4	↑ 34,5	↓ 37,9	↑ 27,9	↑ 67,6	↑ 35,9	
	Måluppfyllelse för blodsockervärde - barn, M.	↑	34,4	↑ 36,8	↑ 45,5	↑ 40,0	↑ 46,9	↓ 26,7	↑ 72,4	↑ 38,6	
	Måluppfyllelse för blodsockervärde - barn	↑	32,7	↑ 33,4	↓ 43,1	↑ 37,2	↓ 42,8	↓ 27,2	↑ 70,1	↑ 37,3	
85	Amputation vid diabetes		263	253	251	251	231	236	253	234	
Hjärtsjukvård											
86	Överlevnad vid hjärtstopp utanför sjukhus		10,1	9,9	8,1	13,9	8,9	12,5	11,1	7,1	
87	Dödlighet efter hjärtinfarkt, Kv.	↑	27,1	↑ 27,5	↓ 25,3	↑ 25,5	↓ 29,8	↑ 26,6	↑ 23,8	↑ 26,6	
	Dödlighet efter hjärtinfarkt, M.	↑	28,8	↑ 29,7	↑ 23,3	↓ 30,0	↑ 29,6	↑ 29,0	↑ 25,0	↑ 30,2	
	Dödlighet efter hjärtinfarkt	↑	28,0	↑ 28,8	↓ 24,0	↑ 28,3	↑ 29,9	↑ 27,8	↑ 24,6	↑ 28,6	
88	Dödlighet efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt, Kv.	↑	12,6	↑ 12,8	↓ 13,6	↑ 11,1	↑ 10,4	↑ 12,1	↑ 12,5	↑ 12,0	
	Dödlighet efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt, M.	↑	13,3	↑ 14,1	↑ 12,7	↑ 13,2	↑ 11,3	↑ 12,8	↑ 12,2	↑ 13,7	
	Dödlighet efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt	↑	12,9	↑ 13,5	↓ 12,9	↑ 12,4	↑ 10,9	↑ 12,3	↑ 12,4	↑ 13,1	
89	Ny infarkt eller död i ischemisk hjärtsjukdom, Kv.	↑	12,7	↑ 12,0	↓ 13,8	↑ 9,9	↑ 12,4	↑ 15,2	↑ 11,0	↑ 11,7	
	Ny infarkt eller död i ischemisk hjärtsjukdom, M.	↑	14,0	↑ 13,1	↑ 13,4	↑ 11,0	↓ 13,4	↓ 16,7	↑ 15,0	↓ 15,6	
	Ny infarkt eller död i ischemisk hjärtsjukdom	↑	13,2	↑ 12,2	↑ 13,1	↑ 10,4	↑ 13,2	↑ 15,9	↑ 13,0	↑ 13,9	
90	Reperfusionsbehandling vid ST-höjningsinfarkt, Kv.	↓	81,1	↓ 77,3	↑ 96,2	↓ 79,3	↑ 83,0	↑ 92,9	↓ 70,0	↓ 71,4	
	Reperfusionsbehandling vid ST-höjningsinfarkt, M.	↑	83,8	↓ 83,1	↑ 89,0	↓ 83,1	↑ 86,4	↑ 85,3	↓ 78,0	↓ 83,6	
	Reperfusionsbehandling vid ST-höjningsinfarkt	↑	83,2	↓ 81,9	↑ 90,5	↓ 82,1	↑ 85,6	↑ 87,1	↓ 76,7	↓ 80,0	
91	Tid till reperfusionsbeh. vid ST-höjningsinfarkt, Kv.	↑	71,6	↑ 81,5	↑ 96,0	↑ 60,9	↑ 82,1	↑ 74,4		↑ 75,0	
	Tid till reperfusionsbeh. vid ST-höjningsinfarkt, M.	↑	73,7	↑ 85,6	↓ 76,4	↑ 60,9	↑ 79,7	↑ 69,1	↑ 46,2	↑ 76,8	
	Tid till reperfusionsbeh. vid ST-höjningsinfarkt	↑	73,2	↑ 84,8	↑ 80,7	↑ 60,9	↑ 80,2	↑ 70,5	↓ 39,1	↑ 76,3	
92	Kranskärlsröntgen vid icke ST-höjningsinfarkt, Kv.	↑	83,7	↑ 80,9	↑ 83,7	↑ 91,8	↑ 91,2	↑ 87,8	↓ 74,2	↓ 89,1	
	Kranskärlsröntgen vid icke ST-höjningsinfarkt, M.	↑	89,9	↑ 89,3	↑ 92,6	↓ 90,2	↑ 94,6	↑ 90,3	↑ 85,5	↑ 94,0	
	Kranskärlsröntgen vid icke ST-höjningsinfarkt	↑	88,0	↑ 87,0	↑ 90,1	↑ 90,8	↑ 93,7	↑ 89,5	↑ 82,5	↑ 92,4	
93	Blodproppshämmande behandling, Kv.	↑	92,2	↑ 92,6	↓ 88,5	↑ 96,9	↓ 81,0	↑ 95,2	↑ 90,0	↑ 95,5	
	Blodproppshämmande behandling, M.	↑	95,8	↑ 96,1	↑ 98,8	↑ 97,0	↓ 85,2	↑ 97,4	↓ 89,7	↓ 94,1	
	Blodproppshämmande behandling	↑	94,7	↑ 95,2	↓ 96,2	↑ 97,0	↓ 84,0	↑ 96,7	↓ 89,8	↑ 94,6	
94	Blodfettssänkande behandling efter hjärtinfarkt, Kv.	↓	79,9	↓ 73,5	↑ 79,6	↑ 86,3	↓ 85,0	↓ 84,6	↓ 82,6	↓ 81,4	
	Blodfettssänkande behandling efter hjärtinfarkt, M.	↑	85,7	↑ 82,8	↑ 84,5	↓ 88,6	↑ 90,6	↑ 88,9	↑ 88,7	↓ 84,9	
	Blodfettssänkande behandling efter hjärtinfarkt	↑	83,9	↓ 79,9	↑ 83,2	↓ 87,8	↑ 88,9	↑ 87,4	↑ 86,5	↓ 83,7	

	Gotland	Blekinge	Skåne	Halland	V. Götaland	Värmland	Örebro	Västmanland	Dalarna	Gävleborg	Västernorrland	Jämtland	Västerbotten	Norrbottn
	↓ 24	↑ 23	↑ 27	↑ 23	↑ 17	↑ 23	↑ 21	↑ 28	↑ 25	↑ 21	↑ 25	↑ 25	↓ 16	↑ 13
	↓ 16	↑ 22	↑ 22	↑ 19	↑ 14	↓ 20	↑ 24	↑ 29	↑ 19	↑ 18	↑ 19	↑ 17	↑ 11	↑ 17
	↓ 21	↑ 23	↑ 26	↑ 22	↑ 16	↓ 22	↑ 22	↑ 28	↑ 23	↑ 20	↑ 23	↑ 22	↑ 15	↑ 14
	50,0	56,7	43,8	55,7	44,3	63,9	60,7	36,0	55,9	52,7	38,7	33,3	41,4	38,1
	36,4	36,4	61,9	69,2	45,2	45,5	60,0	54,5	53,6	48,3	42,9	21,4	71,4	40,0
	46,2	51,2	48,8	59,3	44,5	59,6	60,5	41,2	55,2	51,7	40,4	29,3	51,2	38,6
	↑ 40,9	↑ 21,6	↑ 32,9	↓ 37,4	↑ 36,0	↓ 16,0	↑ 41,7	↑ 33,5	↓ 40,4	↑ 38,2	↓ 26,6	↓ 31,5	↓ 37,0	↓ 35,2
	↓ 14,5	↓ -1,3	↑ 33,8	↑ 39,4	↑ 39,4	↓ 28,7	40,4	↑ 46,0	↓ 17,6	↓ 41,3	38,9	↓ 2,1	↑ 53,7	↑ 35,7
	↑ 33,5	↓ 16,8	↑ 33,2	↑ 38,0	↑ 36,7	↓ 19,4	↑ 41,2	↑ 37,0	↓ 34,9	↑ 39,0	↓ 31,4	↓ 20,5	↑ 42,1	↑ 35,5
	↓ 38,5	↓ 48,1	↑ 53,9	↑ 51,1	↑ 57,9	↓ 53,0	↑ 47,0	↓ 46,2	↓ 45,8	↑ 51,9	↑ 47,2	↓ 44,2	↓ 40,4	↓ 45,4
	↓ 42,5	↓ 47,4	↑ 52,6	↑ 50,4	↑ 56,5	↓ 47,7	↑ 44,4	↓ 46,1	↓ 43,2	↓ 48,0	↑ 46,1	↓ 42,1	↓ 35,8	↓ 41,0
	↓ 40,8	↓ 47,7	↑ 53,1	↑ 50,7	↑ 57,0	↓ 50,0	↑ 45,5	↓ 46,1	↓ 44,3	↑ 49,6	↑ 46,6	↓ 42,9	↓ 37,7	↓ 42,7
	↓ 8,8	↓ 15,9	↑ 15,0	↓ 17,2	↓ 15,8	↓ 3,8	↑ 7,5	↓ 12,8	↓ 9,8	↓ 14,8	↓ 15,8	↓ 6,9	↓ 13,9	↓ 14,5
	↓ 16,5	↓ 18,1	↑ 19,4	↑ 22,1	↑ 19,6	↓ 8,8	↑ 10,4	↓ 14,3	↓ 9,5	↓ 16,3	↑ 19,7	↓ 10,3	↓ 10,9	↓ 12,3
	↓ 13,0	↓ 17,2	↑ 17,4	↑ 19,9	↓ 18,0	↓ 6,7	↑ 9,1	↓ 13,6	↓ 9,6	↓ 15,7	↑ 17,9	↓ 8,9	↓ 12,2	↓ 13,2
	↑ 14,6	↓ 14,6	↑ 24,1	↑ 22,6	↑ 29,1	↑ 26,2	↑ 26,9	↓ 15,5	↓ 18,7	↑ 25,2	↑ 21,4	↑ 20,6	↑ 25,9	↓ 17,5
	↓ 19,0	↑ 13,8	↓ 20,9	↑ 21,0	↑ 28,0	↑ 24,6	↑ 25,2	↓ 14,4	↑ 18,7	↑ 22,3	↑ 18,4	↓ 18,3	↑ 23,1	↓ 16,3
	↓ 17,1	↓ 14,1	↓ 22,2	↑ 21,6	↑ 28,5	↑ 25,3	↑ 25,9	↓ 14,9	↑ 18,7	↑ 23,5	↑ 19,7	↑ 19,2	↑ 24,3	↑ 16,8
	↓ 37,3	↑ 45,4	↓ 49,2	↓ 52,3	↑ 59,4	↑ 57,5	↓ 54,9	↓ 49,6	↓ 57,7	↑ 59,6	↓ 46,6	↓ 41,6	↓ 51,6	↓ 44,2
	↓ 20,0	↑ 33,9	↓ 38,9	↑ 38,8	↑ 47,6	↓ 45,8	↓ 44,2	↑ 36,6	↓ 38,3	↑ 43,7	↓ 33,5	↓ 27,9	↑ 46,9	↑ 39,6
	↓ 27,9	↑ 38,7	↓ 43,4	↑ 44,8	↑ 52,7	↑ 50,7	↓ 48,8	↑ 42,6	↓ 46,3	↑ 50,5	↓ 39,3	↓ 33,5	↑ 49,0	↑ 41,4
	↓ 35,2	↑ 45,6	↑ 46,1	↓ 40,7	↑ 44,5	↓ 47,2	↓ 46,7	↑ 43,5	↑ 39,6	↓ 36,2	↑ 47,1	↓ 44,9	↓ 41,4	↑ 37,8
	↑ 42,1	↑ 51,7	↑ 52,2	↓ 46,4	↑ 48,5	↓ 47,4	↑ 51,8	↓ 46,4	↑ 44,8	↑ 44,6	↑ 51,4	↑ 50,5	↓ 46,3	↑ 39,6
	↓ 39,1	↑ 49,1	↑ 49,6	↓ 44,1	↑ 46,8	↓ 47,3	↑ 49,6	↑ 45,1	↑ 42,6	↓ 41,2	↑ 49,7	↑ 48,2	↓ 44,3	↑ 38,9
	↑ 25,0	↓ 29,5	↓ 26,6	↑ 34,6	↓ 24,1	↑ 18,7	↑ 29,5	↓ 36,8	↑ 50,0	↓ 33,3	↑ 34,4	↓ 30,0	↑ 24,7	↑ 28,7
	↑ 31,6	↑ 27,0	↓ 31,5	↑ 32,4	↑ 27,8	↑ 26,5	↑ 32,1	↓ 32,4	↑ 54,2	↓ 35,5	↑ 36,1	↓ 18,8	↑ 24,1	↑ 27,8
	↑ 27,5	↑ 28,2	↓ 29,1	↑ 33,3	↓ 26,0	↑ 22,8	↑ 30,9	↓ 34,5	↑ 52,2	↓ 34,5	↑ 35,4	↓ 23,7	↑ 24,4	↑ 28,3
	378	230	228	325	309	266	296	295	234	280	364	168	215	249
	2,7	14,4	10,3	12,3	9,2	13,7	12,9	11,5	11,1	10,7	6,6	12,9	10,6	10,3
	↓ 23,5	↑ 30,4	↑ 26,6	↑ 27,3	↑ 28,4	↑ 29,1	↑ 27,3	↓ 26,1	↑ 22,3	↓ 25,4	↑ 25,1	↑ 26,2	↓ 29,9	↓ 28,0
	↓ 28,2	↑ 31,0	↑ 27,8	↑ 29,4	↑ 29,4	↑ 31,5	↑ 31,3	↓ 27,3	↓ 24,6	↓ 28,4	↑ 27,8	↑ 31,3	↓ 30,4	↑ 28,9
	↓ 26,7	↑ 30,8	↑ 27,3	↑ 28,5	↑ 28,9	↑ 30,4	↑ 29,7	↓ 26,8	↑ 23,5	↓ 26,8	↑ 26,5	↑ 28,9	↓ 30,0	↑ 28,5
	↓ 12,5	↓ 15,1	↑ 12,9	↓ 15,6	↑ 13,2	↑ 13,4	↑ 13,0	↑ 12,2	↑ 9,5	↑ 11,2	↑ 11,6	↑ 11,7	↑ 12,4	↓ 14,5
	↑ 12,2	↑ 12,6	↑ 13,0	↑ 14,9	↑ 13,5	↑ 13,1	↑ 14,7	↓ 12,6	↑ 10,7	↑ 14,3	↑ 12,9	↑ 13,3	↑ 13,6	↑ 14,0
	↓ 12,7	↑ 13,4	↑ 12,9	↑ 15,2	↑ 13,3	↑ 13,1	↑ 14,0	↑ 12,4	↑ 10,1	↑ 12,7	↑ 12,0	↑ 12,2	↑ 12,9	↑ 14,1
	↑ 17,3	↓ 10,5	↑ 12,1	↓ 14,3	↑ 13,7	↓ 13,8	↑ 12,7	↓ 12,0	↑ 12,0	↑ 11,5	↑ 13,1	↓ 12,4	↑ 11,4	↑ 14,9
	↑ 13,6	↓ 14,7	↑ 14,3	↑ 13,9	↑ 14,9	↑ 11,4	↓ 14,7	↑ 13,6	↑ 12,2	↑ 13,8	↑ 14,4	↑ 10,0	↓ 15,7	↑ 14,9
	↑ 14,3	↓ 13,1	↑ 13,2	↑ 14,1	↑ 14,3	↑ 12,2	↑ 13,0	↓ 13,0	↑ 11,8	↑ 12,3	↑ 13,4	↓ 11,2	↓ 13,9	↑ 14,3
		↓ 62,5	↓ 82,0	↓ 72,4	↑ 85,2	↓ 83,3	↑ 90,6	↓ 81,0	↑ 76,9	↑ 92,9	↓ 72,4	↓ 70,0	↓ 73,3	↓ 74,4
	↓ 78,3	↓ 79,5	↑ 84,4	↑ 84,6	↑ 85,4	↓ 88,2	↑ 86,9	↓ 71,7	↑ 89,2	↑ 84,4	↓ 86,4	↑ 75,7	↓ 81,3	↓ 73,9
	↓ 79,3	↓ 74,6	↑ 83,8	↓ 81,7	↑ 85,3	↓ 87,1	↑ 87,8	↓ 74,6	↑ 87,0	↑ 86,1	↓ 82,1	↓ 74,5	↓ 79,1	↓ 74,1
		↓ 60,0	↑ 70,1	↓ 71,4	↑ 80,9	↓ 56,0	↓ 82,8	↑ 67,7	↑ 75,0	↑ 65,4	↑ 47,6		↑ 59,1	↑ 50,0
	↓ 44,4	↑ 77,4	↓ 71,9	↑ 66,2	↑ 75,7	↑ 84,4	↑ 90,7	↑ 74,2	↑ 73,8	↑ 65,2	↑ 43,9	↑ 60,7	↓ 60,0	↑ 60,0
	↓ 39,1	↑ 73,2	↑ 71,4	↑ 67,4	↑ 76,8	↑ 78,3	↑ 88,7	↑ 72,0	↑ 74,0	↑ 65,3	↑ 44,9	↑ 60,0	↑ 59,8	↑ 57,3
	57,1	↓ 90,3	↑ 89,1	↓ 68,9	↑ 81,2	↓ 79,3	↑ 80,8	↓ 77,4	↑ 84,5	↑ 90,5	↑ 83,9	↓ 72,4	↑ 91,7	↑ 77,8
	↑ 96,8	↑ 85,5	↑ 93,1	↑ 88,8	↑ 84,9	↑ 92,9	↑ 83,9	↓ 83,2	↑ 91,4	↑ 92,1	↑ 88,9	↑ 87,8	↑ 91,9	↑ 89,7
	↑ 80,8	↑ 87,2	↑ 91,9	↑ 83,5	↑ 83,8	↑ 89,4	↑ 82,9	↓ 81,3	↑ 89,5	↑ 91,5	↑ 87,2	↓ 82,1	↑ 91,8	↑ 85,9
	↑ 93,1	↑ 93,1	↑ 95,2	↑ 89,7	↑ 92,3	↑ 98,3	↓ 92,3	↓ 85,7	↑ 84,6	↑ 96,3	↑ 93,2	↓ 79,2	↑ 90,6	↑ 92,9
	↑ 96,6	↑ 95,8	↑ 97,1	↑ 97,3	↑ 96,2	↑ 98,4	↓ 92,2	↑ 94,0	↑ 93,6	↑ 98,6	↑ 98,0	↑ 100,0	↑ 96,4	↓ 95,0
	↑ 95,5	↑ 94,8	↑ 96,5	↑ 95,1	↑ 95,1	↑ 98,4	↓ 92,3	↓ 91,2	↑ 91,3	↑ 97,9	↑ 96,5	↑ 93,7	↑ 94,8	↑ 94,4
	↑ 65,9	↓ 84,1	↓ 83,0	↓ 76,4	↓ 77,3	↓ 82,8	↑ 82,9	↓ 81,1	↓ 79,2	↑ 83,4	↓ 73,6	↓ 83,8	↑ 84,0	↓ 74,6
	↑ 85,4	↓ 83,2	↑ 87,7	↑ 86,8	↑ 85,2	↓ 84,9	↓ 85,2	↓ 87,6	↓ 84,6	↓ 86,5	↑ 86,2	↑ 87,7	↑ 87,2	↓ 80,2
	↑ 79,0	↓ 83,6	↑ 86,1	↓ 83,5	↑ 82,7	↓ 84,0	↓ 84,5	↓ 85,8	↓ 82,8	↓ 85,3	↑ 82,9	↑ 86,7	↑ 85,8	↓ 78,7

Kv. = Kvinnor M. = Män ↑ = Förbättrat värde ↓ = Försämrat värde		RIKET	Stockholm	Uppsala	Sörmland	Östergötland	Jönköping	Kronoberg	Kalmar	
95	Dödlighet efter PCI vid instabil kranskärlssj., Kv.	4,42	4,89	4,07	2,65	4,07	1,37	2,74	4,77	
	Dödlighet efter PCI vid instabil kranskärlssj., M.	4,16	4,80	3,62	3,14	4,26	2,68	3,15	4,56	
	Dödlighet efter PCI vid instabil kranskärlssjukdom	4,21	4,83	3,76	3,09	4,05	2,32	2,92	4,83	
96	Återförträngning av hjärtats kärl efter PCI, Kv.	5,23	4,87	5,43	6,43	5,96	5,76	1,75	8,29	
	Återförträngning av hjärtats kärl efter PCI, M.	5,16	4,21	2,59	4,16	4,21	7,06	3,57	5,79	
	Återförträngning av hjärtats kärl efter PCI	5,18	4,37	3,25	4,74	4,70	6,69	3,11	6,56	
97	Död eller återinskrivning efter vård för hjärtsvikt, Kv.	↓ 19,3	↑ 16,1	↑ 19,9	↓ 20,2	↓ 21,3	↑ 18,6	↓ 23,0	↑ 21,1	
	Död eller återinskrivning efter vård för hjärtsvikt, M.	↓ 20,9	↑ 17,7	↑ 19,4	↑ 20,5	↓ 23,1	↑ 20,3	↑ 23,1	↑ 22,7	
	Död eller återinskrivning efter vård för hjärtsvikt	↓ 20,1	↑ 16,8	↑ 19,5	↑ 20,3	↓ 22,3	↑ 19,3	↓ 22,9	↑ 21,9	
98	Läkemedelsbehandling vid hjärtsvikt, Kv.	↑ 67,2	↑ 64,0	↑ 79,3	↑ 78,9	↑ 73,6	↑ 69,6	↑ 64,9	↑ 70,8	
	Läkemedelsbehandling vid hjärtsvikt, M.	↑ 69,3	↑ 71,7	↑ 75,5	↑ 79,6	↑ 77,8	↑ 68,0	↑ 68,1	↑ 74,4	
	Läkemedelsbehandling vid hjärtsvikt	↑ 68,7	↑ 68,3	↑ 77,7	↑ 79,8	↑ 76,1	↑ 69,1	↑ 66,7	↑ 72,5	
99	Komplikationer efter pacemakerinsättning	3,73	3,26	8,35	3,03		5,49	3,59	6,44	
Strokesjukvård										
101	Dödlighet efter förstagångsstroke, Kv.	↑ 22,0	↑ 19,3	↓ 20,5	↑ 21,6	↑ 24,8	↑ 21,2	↓ 26,8	↓ 24,9	
	Dödlighet efter förstagångsstroke, M.	↑ 21,1	↑ 20,4	↑ 16,2	↑ 20,8	↑ 22,4	↑ 20,0	↑ 23,2	↑ 21,5	
	Dödlighet efter förstagångsstroke	↑ 21,6	↑ 19,9	↓ 18,6	↑ 21,0	↑ 23,9	↑ 20,8	↑ 25,0	↑ 23,6	
102	Dödlighet efter sjukhusvårdad förstagångsstroke, Kv.	↑ 14,3	↑ 12,9	↓ 15,3	↑ 14,0	↑ 14,7	↑ 13,9	↑ 15,6	↓ 18,3	
	Dödlighet efter sjukhusvårdad förstagångsstroke, M.	↑ 14,1	↑ 13,8	↑ 11,5	↓ 15,8	↑ 13,1	↑ 13,8	↑ 14,8	↑ 14,0	
	Dödlighet efter sjukhusvårdad förstagångsstroke	↑ 14,2	↑ 13,5	↓ 13,8	↑ 14,7	↑ 14,1	↑ 13,9	↑ 15,1	↑ 16,3	
103	Vård vid strokeenhet, Kv.	↑ 88,7	↑ 88,4	↑ 91,1	↑ 84,2	↑ 93,7	↓ 88,4	↑ 88,0	↑ 94,0	
	Vård vid strokeenhet, M.	↑ 89,5	↑ 88,3	↓ 89,9	↑ 84,8	↑ 94,8	↓ 88,1	↓ 86,2	↓ 91,7	
	Vård vid strokeenhet	↑ 89,1	↑ 88,4	↑ 90,4	↑ 84,5	↑ 94,3	↓ 88,2	↓ 87,0	↑ 92,8	
104	Trombolysbehandling vid stroke , Kv.	↑ 10,5	↑ 12,5	↑ 15,3	↑ 11,8	↑ 5,6	↑ 6,6	↑ 19,1	↑ 7,2	
	Trombolysbehandling vid stroke , M.	↑ 10,2	↑ 13,1	↑ 14,1	↑ 11,0	↑ 7,2	↓ 8,7	↑ 13,6	↑ 10,5	
	Trombolysbehandling vid stroke	↑ 10,3	↑ 12,8	↑ 14,6	↑ 11,3	↑ 6,6	↓ 7,9	↑ 15,5	↑ 9,3	
105	Test av sväljförmåga vid akut stroke, Kv.	↓ 92,7	↓ 91,9	↓ 96,7	↑ 90,7	↓ 95,3	↓ 92,7	↓ 97,4	↓ 99,4	
	Test av sväljförmåga vid akut stroke, M.	↓ 93,3	↓ 92,7	↓ 95,3	↑ 90,4	↓ 97,1	↓ 93,4	↓ 97,2	↓ 99,7	
	Test av sväljförmåga vid akut stroke	↓ 93,0	↓ 92,3	↓ 96,0	↑ 90,6	↓ 96,3	↓ 93,1	↓ 97,3	↓ 99,6	
106	Blodförtunnande behandling, Kv.	↑ 66,4	↑ 68,4	↓ 54,9	↑ 69,6	↓ 84,0	↑ 75,8	↓ 68,0	↑ 76,1	
	Blodförtunnande behandling, M.	↑ 67,7	↑ 67,4	↓ 59,6	↓ 72,1	↓ 75,2	↑ 63,7	↑ 82,9	↑ 73,8	
	Blodförtunnande behandling	↑ 67,0	↑ 67,5	↓ 58,1	↑ 71,1	↓ 78,4	↑ 66,5	↑ 74,1	↑ 75,9	
107	Blodfettssänkande behandling efter stroke, Kv.	↑ 68,4	↑ 64,3	↑ 62,6	↑ 75,3	↑ 76,1	↓ 62,3	↑ 72,8	↑ 71,3	
	Blodfettssänkande behandling efter stroke, M.	↑ 72,8	↑ 68,1	↑ 73,2	↑ 77,7	↑ 77,3	↑ 74,2	↑ 77,1	↑ 80,3	
	Blodfettssänkande behandling efter stroke	↑ 70,9	↑ 66,5	↑ 68,5	↑ 76,9	↑ 76,7	↑ 69,4	↑ 75,2	↑ 76,8	
108	Återinsjuknande efter stroke, Kv.	↑ 9,1	↓ 11,4	↑ 7,5	↑ 7,8	↓ 7,0	↓ 10,8	↑ 10,5	↑ 5,6	
	Återinsjuknande efter stroke, M.	↑ 9,3	↓ 11,3	↑ 9,1	↑ 9,6	↑ 7,5	↑ 10,4	↑ 9,6	↑ 6,1	
	Återinsjuknande efter stroke	↑ 9,2	↓ 11,4	↑ 8,3	↑ 8,6	↑ 7,1	↑ 10,5	↑ 10,2	↑ 6,0	
109	Funktionsförmåga efter stroke, Kv.	↑ 78,6	↑ 79,1	↑ 77,8	↑ 78,2	↑ 79,3	↑ 77,3	↓ 76,0	↓ 73,5	
	Funktionsförmåga efter stroke, M.	↑ 82,8	↑ 83,9	↑ 80,5	↑ 83,3	↑ 83,2	↑ 80,3	↑ 80,9	↓ 78,3	
	Funktionsförmåga efter stroke	↑ 80,9	↑ 81,7	↑ 79,3	↑ 81,0	↑ 81,5	↑ 78,9	↑ 79,0	↓ 76,2	
110	Nöjdhet med sjukhusvård vid stroke, Kv.	↑ 95,2	↑ 94,2	↓ 95,2	↓ 91,8	↑ 94,6	↑ 97,1	↑ 98,0	↓ 96,6	
	Nöjdhet med sjukhusvård vid stroke, M.	↑ 96,0	↑ 94,8	↑ 96,2	↑ 95,7	↑ 96,9	↑ 98,4	↓ 97,3	↓ 96,0	
	Nöjdhet med sjukhusvård vid stroke	↑ 95,6	↑ 94,5	↓ 95,7	↓ 93,9	↑ 95,9	↑ 97,8	↑ 97,6	↓ 96,2	
111	Tillgodosedda behov av rehabilitering efter stroke, Kv.	↓ 59,7	↓ 59,3	↑ 60,6	↓ 54,1	↑ 62,7	↑ 59,4	↑ 67,1	↑ 63,8	
	Tillgodosedda behov av rehabilitering efter stroke, M.	↓ 55,0	↑ 57,8	↑ 53,7	↑ 60,4	↓ 51,7	↓ 55,5	↑ 49,1	↑ 60,2	
	Tillgodosedda behov av rehabilitering efter stroke	↓ 57,4	↑ 58,6	↑ 57,1	↑ 56,9	↓ 57,4	↑ 57,5	↑ 59,4	↑ 62,2	
Njursjukvård										
112	Risk för död i dialysbehandling	1,00	1,02	0,96	1,13	1,38	1,02	1,10	0,97	
113	Måluppfyllelse för dialysdos vid hemodialys, Kv.	↑ 84,6	↑ 87,4	↑ 70,0	↑ 87,9	↑ 76,3	↓ 92,3	↑ 100,0	↑ 76,7	
	Måluppfyllelse för dialysdos vid hemodialys, M.	↓ 80,3	↓ 80,1	↑ 94,1	↓ 67,4	↑ 81,9	↓ 91,2	↓ 86,2	↓ 62,5	
	Måluppfyllelse för dialysdos vid hemodialys	↓ 81,8	↑ 82,8	↑ 85,2	↓ 76,0	↑ 80,2	↓ 91,7	↑ 90,5	↓ 67,0	
114	Kärlaccess vid dialys, Kv.	↑ 62,3	↑ 63,9	↑ 36,7	↓ 36,4	↑ 70,0	↑ 57,5	↓ 69,2	↑ 81,3	
	Kärlaccess vid dialys, M.	↑ 72,1	↑ 76,9	↓ 55,8	↓ 45,7	↓ 71,8	↑ 75,9	↓ 83,9	↓ 79,7	
	Kärlaccess vid dialys	↑ 68,6	↑ 72,2	↓ 48,8	↓ 41,8	↓ 71,2	↑ 68,4	↓ 79,6	↓ 80,2	

	Gotland	Blekinge	Skåne	Halland	V. Götaland	Värmland	Örebro	Västmanland	Dalarna	Gävleborg	Västernorrland	Jämtland	Västerbotten	Norrbotten
	0,00	3,63	4,56	5,69	3,88	3,02	7,78	4,55	3,26	5,36	3,37	5,38	4,11	6,27
	4,65	6,77	4,68	3,09	2,99	4,00	6,53	5,85	2,93	3,19	5,11	1,34	4,71	5,46
	3,36	5,53	4,61	3,92	3,22	3,72	6,98	5,61	2,89	3,66	4,27	3,10	4,47	5,76
	10,00	1,69	5,87	4,20	5,55	4,59	5,33	1,61	3,28	3,09	5,00	2,27	8,20	5,96
	0,00	3,06	7,08	4,06	6,95	3,64	4,71	8,38	3,47	3,75	3,67	1,64	3,76	5,77
	2,17	2,75	6,74	4,10	6,60	3,92	4,90	6,64	3,42	3,58	4,01	1,81	4,99	5,83
	↓ 19,3	↑ 19,4	↓ 18,2	↑ 18,4	↓ 18,9	↑ 24,7	↓ 23,5	↑ 21,0	↓ 19,3	↓ 23,3	↓ 21,0	↑ 20,0	↑ 19,2	↑ 20,1
	↑ 19,0	↑ 21,0	↑ 19,5	↓ 19,8	↓ 20,8	↓ 27,5	↑ 23,8	↑ 24,4	↑ 20,7	↑ 23,6	↓ 22,8	↑ 22,5	↑ 20,4	↓ 25,0
	↑ 19,1	↑ 19,8	↓ 18,9	↓ 19,0	↓ 20,1	↓ 26,2	↑ 23,3	↑ 22,8	↓ 20,0	↓ 23,9	↓ 22,0	↑ 21,0	↑ 20,2	↓ 23,0
	↑ 61,4	↑ 61,7	↑ 59,2	↓ 58,2	↑ 65,8	↑ 66,8	↑ 70,6	↑ 72,5	↑ 73,9	↓ 67,3	↑ 72,5	↑ 72,2	↑ 76,7	↑ 71,0
	↑ 69,6	↑ 60,7	↑ 59,8	↓ 61,9	↑ 68,4	↑ 63,4	↑ 77,5	↑ 69,4	↑ 70,0	↓ 68,3	↑ 73,5	↑ 72,3	↓ 75,7	↑ 71,4
	↑ 67,1	↑ 61,7	↑ 60,0	↓ 59,9	↑ 67,6	↑ 65,7	↑ 74,0	↑ 70,9	↑ 72,1	↓ 69,0	↑ 73,9	↑ 73,4	↑ 76,7	↑ 71,7
	4,35		3,06	3,71	4,92	5,60	4,55		4,49	3,56				
	↓ 24,7	↑ 25,1	↑ 20,6	↓ 22,4	↓ 22,8	↑ 23,6	↑ 23,0	↓ 20,6	↑ 21,1	↓ 25,2	↓ 22,0	↑ 24,7	↑ 20,5	↓ 23,5
	↑ 20,7	↓ 23,7	↑ 20,7	↓ 21,2	↓ 21,6	↑ 23,2	↑ 21,5	↓ 17,7	↑ 19,8	↓ 23,5	↓ 22,6	↑ 23,7	↓ 20,8	↑ 20,1
	↓ 23,1	↓ 24,2	↑ 20,7	↓ 21,7	↓ 22,2	↑ 23,5	↑ 22,4	↓ 19,1	↑ 20,9	↓ 24,3	↓ 22,4	↑ 24,1	↓ 20,6	↑ 21,8
	↑ 14,3	↑ 15,9	↑ 13,3	↓ 14,3	↓ 14,6	↑ 15,7	↑ 15,9	↓ 14,3	↑ 12,3	↓ 16,0	↓ 14,6	↑ 16,3	↑ 12,4	↓ 16,6
	↑ 12,9	↓ 15,4	↑ 13,8	↓ 14,4	↓ 14,0	↑ 15,0	↓ 16,9	↓ 13,2	↑ 12,7	↓ 14,9	↓ 15,8	↑ 15,7	↓ 13,7	↑ 14,2
	↑ 13,9	↓ 15,5	↑ 13,6	↓ 14,3	↓ 14,2	↑ 15,4	↑ 16,4	↓ 13,5	↑ 12,7	↓ 15,4	↓ 15,2	↑ 15,9	↓ 12,9	↑ 15,3
	↑ 88,5	↓ 83,8	↑ 87,7	↑ 87,5	↓ 89,4	↓ 78,6	↓ 89,5	↑ 78,5	↑ 88,3	↑ 94,6	↑ 93,8	↑ 86,7	↑ 94,0	↑ 94,0
	↑ 87,4	↓ 84,1	↑ 90,8	↑ 87,5	↓ 90,8	↑ 82,0	↓ 89,3	↓ 77,2	↑ 92,5	↑ 94,4	↑ 94,3	↑ 85,4	↑ 93,6	↑ 94,5
	↑ 87,9	↓ 83,9	↑ 89,3	↑ 87,5	↓ 90,1	↓ 80,4	↓ 89,4	↓ 77,9	↑ 90,4	↑ 94,5	↑ 94,1	↑ 86,0	↑ 93,8	↑ 94,3
	↓ 11,1	↓ 9,2	↑ 13,2	↑ 10,9	↑ 8,9	↑ 8,5	↓ 6,4	↑ 9,2	↓ 5,3	↑ 10,3	↑ 12,2	↓ 4,4	↓ 16,2	↓ 9,5
	↑ 14,0	↓ 6,3	↓ 11,0	↑ 10,7	↑ 9,0	↑ 9,9	↑ 8,6	↑ 5,9	↓ 6,3	↑ 8,5	↓ 7,5	↑ 4,9	↑ 13,4	↑ 9,6
	↑ 13,0	↓ 7,5	↑ 11,9	↑ 10,8	↑ 8,9	↑ 9,4	↑ 7,8	↑ 7,3	↓ 5,9	↑ 9,3	↑ 9,4	↑ 4,7	↓ 14,5	↓ 9,5
	↑ 96,1	↓ 92,5	↑ 93,4	↓ 97,8	↓ 88,8	↓ 79,2	↑ 92,0	↑ 97,7	↓ 95,0	↓ 93,5	↓ 96,7	↓ 94,1	↑ 93,1	↑ 98,3
	↑ 96,5	↑ 95,1	↑ 95,5	↑ 97,1	↓ 88,5	↑ 82,3	↓ 90,4	↓ 96,0	↑ 96,8	↑ 93,9	↓ 96,9	↓ 93,8	↑ 92,3	↓ 97,5
	↑ 96,3	↑ 93,8	↑ 94,5	↓ 97,4	↓ 88,7	↓ 80,8	↑ 91,1	↑ 96,9	↓ 95,9	↓ 93,7	↓ 96,8	↓ 93,9	↑ 92,7	↑ 97,8
		27,9	↓ 62,6	↑ 79,8	↓ 63,6	↓ 46,0	↓ 49,9	↑ 96,0	↑ 66,0	↑ 72,3	↓ 58,0	↑ 68,7	↓ 60,9	↓ 70,4
		↓ 75,2	↑ 73,3	↑ 79,3	↑ 62,3	↓ 67,5	↓ 55,9	↑ 70,8	↓ 52,7	↓ 65,6	↓ 57,7	↓ 75,6	↓ 61,1	↑ 74,3
		↓ 64,7	↑ 69,2	↑ 78,9	↑ 62,9	↓ 60,8	↓ 53,9	↑ 78,5	↓ 59,3	↑ 67,2	↓ 58,3	↑ 71,1	↓ 61,6	↓ 73,5
	↑ 71,7	↑ 65,0	↑ 73,7	↑ 70,7	↑ 66,8	↑ 71,0	↑ 69,3	↑ 74,3	↑ 62,9	↑ 74,3	↑ 63,2	↑ 72,8	↓ 67,3	↓ 60,0
	↓ 58,7	↑ 72,1	↑ 77,3	↑ 74,4	↑ 71,0	↑ 72,8	↑ 72,4	↑ 77,5	↑ 65,6	↑ 75,6	↑ 73,9	↑ 71,6	↑ 70,0	↑ 70,4
	↓ 63,0	↑ 69,7	↑ 75,8	↑ 72,6	↑ 69,4	↑ 71,8	↑ 71,1	↑ 76,2	↑ 64,1	↑ 74,8	↑ 69,6	↑ 72,1	↑ 69,1	↑ 66,2
	↑ 7,7	↑ 9,7	↑ 8,3	↑ 7,1	↑ 8,8	↓ 7,5	↑ 8,9	↓ 9,5	↑ 8,7	↓ 9,9	↓ 10,6	↓ 12,4	↑ 7,5	↑ 8,9
	↓ 10,5	↓ 9,2	↑ 8,4	↑ 8,5	↑ 9,0	↑ 8,8	↑ 7,9	↑ 8,3	↑ 8,9	↓ 10,6	↑ 11,3	↑ 10,4	↑ 8,4	↑ 10,8
	↑ 9,3	↓ 9,2	↑ 8,3	↑ 7,8	↑ 8,9	↓ 8,1	↑ 8,4	↑ 8,7	↑ 8,8	↓ 10,3	↑ 10,9	↓ 11,5	↑ 7,9	↑ 9,7
	↑ 82,7	↓ 75,1	↑ 78,6	↑ 78,2	↑ 78,3	↑ 82,0	↑ 78,3	↑ 79,6	↑ 79,7	↓ 78,0	↓ 82,0	↑ 74,8	↑ 81,3	↑ 77,8
	↑ 87,7	↑ 80,0	↑ 83,1	↑ 81,1	↑ 82,9	↑ 84,1	↑ 83,3	↑ 84,5	↑ 83,0	↑ 81,7	↑ 86,8	↑ 78,6	↑ 83,6	↑ 81,1
	↑ 85,4	↑ 77,8	↑ 81,1	↑ 79,9	↑ 80,6	↑ 83,2	↑ 81,0	↑ 82,2	↑ 81,4	↑ 80,1	↑ 84,8	↑ 77,0	↑ 82,5	↑ 79,7
	↓ 97,0	↓ 94,6	↑ 94,4	↓ 97,2	↓ 94,7	↑ 97,4	↓ 95,0	↓ 94,0	↑ 97,6	↑ 96,6	↑ 97,3	↓ 94,6	↑ 99,0	↓ 93,6
	↑ 95,9	↓ 96,9	↓ 94,8	↑ 97,6	↓ 95,1	↑ 97,5	↑ 96,2	↓ 95,1	↑ 99,4	↓ 96,6	↑ 98,3	↑ 95,4	↓ 97,0	↓ 96,5
	↑ 96,5	↓ 95,8	↓ 94,7	↑ 97,4	↓ 94,9	↑ 97,5	↓ 95,6	↓ 94,6	↑ 98,5	↑ 96,6	↑ 97,9	↑ 95,1	↑ 97,9	↓ 95,2
	↑ 62,5	↓ 57,7	↓ 60,0	↓ 58,9	↑ 61,8	↑ 63,4	↑ 57,9	↓ 55,2	↓ 54,5	↓ 57,9	↓ 58,8	↑ 44,0	↑ 65,5	↓ 53,2
	↑ 56,7	↓ 50,9	↓ 55,7	↓ 55,5	↓ 53,1	↓ 52,6	↓ 56,8	↓ 56,8	↓ 52,1	↓ 59,4	↓ 48,5	↓ 33,3	↑ 61,3	↓ 51,4
	↑ 59,3	↓ 54,8	↓ 58,0	↓ 57,3	↑ 57,7	↓ 58,2	↓ 57,3	↓ 56,0	↓ 53,4	↓ 58,7	↓ 54,0	↓ 38,5	↑ 63,5	↓ 52,3
	0,89	0,82	0,89	1,06	0,98	0,95	0,87	1,06	0,95	1,20	1,02	1,02	0,91	1,06
	↑ 84,6	↑ 82,4	↓ 87,7	↓ 87,1	↓ 87,8	↑ 86,5	↓ 77,1	↑ 94,1	↑ 84,6	↓ 68,0	↓ 81,3	↑ 88,9	↓ 59,5	↑ 81,0
	↓ 75,0	↓ 76,2	↓ 83,5	↓ 87,2	↑ 85,9	↓ 59,7	↑ 85,9	↑ 95,7	↓ 79,5	↑ 67,9	↓ 80,0	↑ 80,0	↑ 69,2	↓ 72,0
	↓ 79,3	↓ 78,0	↓ 84,8	↓ 87,2	↑ 86,6	↓ 68,8	↓ 83,0	↑ 95,0	↓ 81,2	↑ 67,9	↓ 80,4	↑ 83,7	↑ 64,5	↑ 74,7
	↑ 61,5	↑ 55,0	↑ 76,4	↓ 46,9	↓ 60,6	↑ 82,1	↑ 54,3	↓ 62,9	↓ 59,5	↑ 51,9	↑ 43,8	↓ 79,0	↑ 43,2	↑ 85,7
	↓ 64,7	↑ 68,1	↑ 81,1	↑ 63,8	↑ 68,4	↑ 89,0	↓ 62,5	↓ 61,2	↓ 68,3	↓ 57,9	↓ 72,3	↓ 80,8	↑ 60,0	↓ 74,1
	↑ 63,3	↑ 64,2	↑ 79,7	↓ 57,0	↑ 65,6	↑ 86,6	↑ 59,8	↓ 61,9	↓ 65,3	↓ 56,0	↓ 62,9	↓ 80,0	↑ 52,0	↓ 77,3

Kv. = Kvinnor M. = Män ↑ = Förbättrat värde ↓ = Försämrat värde			RIKET	Stockholm	Uppsala	Sörmland	Östergötland	Jönköping	Kronoberg	Kalmar	
115	Måluppfyllelse för blodtryck för pat. i hemodialys, Kv.	↑	49,5	↑ 59,0	↑ 53,3	↓ 60,6	↑ 35,0	↓ 41,0	↑ 61,5	↑ 54,8	
	Måluppfyllelse för blodtryck för pat. i hemodialys, M.	↑	49,2	↓ 47,2	↑ 45,1	↓ 37,0	↓ 50,6	↑ 53,5	↑ 41,9	↑ 54,0	
	Måluppfyllelse för blodtryck för pat. i hemodialys	↑	49,3	↓ 51,6	↑ 48,2	↓ 46,8	↑ 45,6	↑ 48,5	↑ 47,7	↑ 54,3	
Cancersjukvård											
116	Överlevnad vid tjocktarmscancer, Kv.	↑	64,8	↑ 66,9	↑ 62,2	↓ 61,8	↑ 63,7	↑ 62,1	↓ 66,9	↑ 67,4	
	Överlevnad vid tjocktarmscancer, M.	↑	62,4	↑ 61,2	↓ 63,8	↑ 64,6	↑ 66,2	↑ 62,9	↑ 61,2	↑ 62,5	
	Överlevnad vid tjocktarmscancer	↑	63,7	↑ 64,2	↑ 63,0	↑ 63,2	↑ 65,0	↑ 62,4	↑ 64,1	↑ 65,0	
117	Omoperation vid tjocktarmscancer, Kv.	↓	6,5	↑ 7,3	↑ 5,4	↑ 6,7	↓ 5,2	↓ 6,8	↑ 7,8	↑ 6,6	
	Omoperation vid tjocktarmscancer, M.	↓	11,4	↑ 12,7	↓ 9,9	↑ 5,9	↓ 11,0	↓ 14,1	↓ 13,6	↓ 13,9	
	Omoperation vid tjocktarmscancer	↓	8,9	↑ 9,9	↓ 7,7	↑ 6,3	↓ 8,0	↓ 10,3	↑ 10,9	↓ 10,0	
118	Dödlighet vid operation för tjocktarmscancer, Kv.	↑	5,11	↑ 3,12	↑ 2,22	↑ 7,09	↓ 5,94	↓ 9,84	↓ 4,35	↑ 6,38	
	Dödlighet vid operation för tjocktarmscancer, M.	↑	5,57	↓ 4,97	↑ 3,62	↑ 5,56	↓ 4,85	↓ 8,07	↑ 4,76	↑ 7,50	
	Dödlighet vid operation för tjocktarmscancer	↑	5,34	↑ 3,99	↑ 2,93	↑ 6,43	↓ 5,41	↓ 9,01	↑ 4,57	↑ 6,90	
119	Överlevnad vid ändtarmscancer, Kv.	↑	63,9	↑ 66,6	↑ 67,0	↑ 65,3	↓ 64,8	↓ 64,9	↓ 60,9	↑ 63,6	
	Överlevnad vid ändtarmscancer, M.	↑	61,3	↑ 64,3	↑ 65,7	↑ 65,3	↑ 59,7	↑ 58,5	↓ 46,3	↑ 55,4	
	Överlevnad vid ändtarmscancer	↑	62,4	↑ 65,3	↑ 66,3	↑ 65,3	↓ 62,0	↑ 61,0	↓ 53,0	↑ 58,4	
120	Omoperation vid ändtarmscancer, Kv.	↑	8,2	↑ 7,6	↓ 5,6	↓ 7,0	↓ 7,5	↓ 9,9	↓ 12,2	↑ 4,9	
	Omoperation vid ändtarmscancer, M.	↓	11,5	↓ 13,7	↑ 5,2	↑ 5,1	↓ 8,7	↑ 11,6	↑ 11,7	↓ 12,7	
	Omoperation vid ändtarmscancer	↓	10,1	↓ 11,2	↑ 5,3	↑ 5,8	↓ 8,2	↑ 10,9	↓ 11,9	↓ 10,0	
121	Dödlighet vid operation för ändtarmscancer, Kv.	↑	2,31	↑ 1,76	↑ 1,92	↓ 5,66	↑ 1,19	↓ 5,66	↓ 3,23	↑ 2,50	
	Dödlighet vid operation för ändtarmscancer, M.	↑	3,21	↑ 1,53	↓ 5,66	↓ 5,62	↑ 1,71	↓ 7,89	↑ 4,35	↑ 3,90	
	Dödlighet vid operation för ändtarmscancer	↑	2,85	↑ 1,63	↓ 3,81	↓ 5,63	↑ 1,49	↓ 6,98	↓ 3,90	↑ 3,42	
122	Överlevnad vid bröstcancer, Kv.	↑	89,2	↑ 90,4	↑ 91,9	↑ 89,1	↑ 87,4	↑ 89,4	↑ 91,5	↑ 90,7	
123	Omop. vid bröstcancer på grund av tumördata, Kv.	↑	9,6	↓ 8,6	↓ 8,7	↑ 7,3	↑ 11,0	↑ 10,1	↑ 17,6	↑ 12,8	
124	Omop. vid bröstcancer på grund av komplikation, Kv.	↑	1,59	↑ 1,10	↑ 0,79	↑ 0,85	↑ 2,27	↑ 1,21	↓ 4,05	↓ 3,72	
125	Tid till operation vid bröstcancer, Kv.		21,0	22,0	15,0	36,0	19,0	20,0	13,0	20,0	
126	Överlevnad vid lungcancer, Kv.	↑	46,6	↑ 50,1	↑ 54,1	↑ 45,1	↓ 49,0	↑ 47,5	↑ 42,2	↑ 45,0	
	Överlevnad vid lungcancer, M.	↑	39,7	↑ 42,3	↓ 37,1	↑ 36,4	↑ 40,6	↑ 41,1	↑ 38,9	↑ 39,7	
	Överlevnad vid lungcancer	↑	43,0	↑ 46,2	↓ 45,2	↑ 40,7	↓ 44,6	↑ 43,9	↑ 40,5	↑ 42,0	
127	Multidisciplinär konferens vid lungcancer , Kv.	↑	59,9	↑ 86,6	↑ 56,5	↑ 75,4	↑ 81,5	↑ 50,5	↑ 59,4	↑ 56,4	
	Multidisciplinär konferens vid lungcancer , M.	↑	57,7	↑ 87,8	↑ 52,0	↑ 80,8	↑ 82,4	↑ 51,3	↑ 68,3	↑ 48,5	
	Multidisciplinär konferens vid lungcancer	↑	58,8	↑ 87,2	↑ 54,2	↑ 78,0	↑ 81,9	↑ 51,0	↑ 63,6	↑ 51,9	
128	Tid till behandlingsbeslut vid lungcancer		31,0	36,0	29,0	27,0	37,0	40,0	20,5	43,0	
129	Tid till besök vid prostatacancer, M.		40,0	30,5	50,0	39,0	41,0	44,0	48,5	58,0	
130	Kurativ behandling vid prostatacancer, M.	↑	73,5	↑ 76,9	↑ 81,0	↓ 69,1	↓ 62,8	↑ 77,3	↑ 89,0	↓ 69,2	
131	Tid till behandlingsbeslut vid huvud- och halscancer		57,0	48,5	39,0	48,5	75,0	62,5	58,5	57,0	
Psykiatrisk vård											
132	Regelbunden behandling med sömnmedel, Kv.	↑	3735	↑ 3393	↑ 3854	↑ 2883	↑ 3378	↑ 3830	↑ 4461	↑ 3441	
	Regelbunden behandling med sömnmedel, M.	↑	2347	↑ 2218	↑ 2357	↑ 1828	↑ 2042	↑ 2489	↑ 2692	↑ 2341	
	Regelbunden behandling med sömnmedel	↑	3055	↑ 2828	↑ 3118	↑ 2363	↑ 2721	↑ 3175	↑ 3579	↑ 2896	
133	Tre eller fler psykofarmaka bland äldre, Kv.	↓	5,63	↓ 5,00	↑ 5,90	↓ 5,22	↑ 4,98	↓ 5,76	↑ 7,12	↓ 4,75	
	Tre eller fler psykofarmaka bland äldre, M.	↓	3,18	↓ 2,98	↓ 3,62	↓ 2,58	↓ 2,63	↓ 2,96	↓ 4,04	↓ 2,92	
	Tre eller fler psykofarmaka bland äldre	↓	4,72	↓ 4,30	↑ 5,02	↓ 4,24	↓ 4,10	↓ 4,70	↑ 5,92	↓ 4,04	
134	Användning av lämpliga sömnmedel till äldre	↑	55,5	↑ 61,1	↑ 60,0	↑ 55,7	↑ 41,6	↑ 59,8	↑ 68,1	↑ 63,2	
135	Undvikbar somatisk slutenvård, Kv.		2134	1959	1913	1809	2174	2741	2411	2773	
	Undvikbar somatisk slutenvård, M.		2199	2139	2087	2227	2483	2554	1537	3096	
	Undvikbar somatisk slutenvård		2169	2055	2002	2030	2342	2640	1949	2947	
136	Återinskrivning 28 d. efter vård för schizofreni, Kv.	↓	17,1	↓ 16,1	↓ 16,8	↓ 21,0	↑ 17,0	↓ 19,4	↓ 15,9	↓ 20,8	
	Återinskrivning 28 d. efter vård för schizofreni, M.	↓	16,7	↓ 17,2	↓ 18,0	↓ 14,6	↓ 20,4	↑ 13,1	↑ 11,2	↓ 13,7	
	Återinskrivning 28 d. efter vård för schizofreni	↓	16,9	↓ 16,7	↓ 17,5	↓ 17,5	↓ 19,0	↑ 16,1	↓ 13,2	↓ 17,1	
137	Återinskrivning 6 mån. efter vård för schizofreni, Kv.	↓	37,7	↓ 36,1	↓ 38,6	↓ 41,4	↑ 36,5	↓ 41,5	↓ 35,2	↑ 37,5	
	Återinskrivning 6 mån. efter vård för schizofreni, M.	↓	37,9	↓ 37,7	↑ 37,1	↑ 37,4	↑ 37,2	↑ 35,4	↑ 31,9	↑ 34,4	
	Återinskrivning 6 mån. efter vård för schizofreni	↓	37,8	↓ 37,0	↓ 37,8	↓ 39,3	↑ 36,9	↓ 38,3	↓ 33,3	↑ 35,9	

	Gotland	Blekinge	Skåne	Halland	V. Götaland	Värmland	Örebro	Västmanland	Dalarna	Gävleborg	Västernorrland	Jämtland	Västerbotten	Norrbottn
	↓ 46,2	↓ 44,4	↑ 45,5	↑ 46,9	↑ 51,8	↑ 53,9	↑ 54,3	↑ 51,4	↑ 41,5	↑ 32,0	↑ 37,5	↓ 27,8	↓ 43,2	↑ 52,4
	↓ 47,1	↑ 57,5	↑ 53,1	↓ 40,4	↑ 52,0	↑ 39,7	↑ 46,5	↑ 61,2	↓ 46,3	↑ 49,0	↑ 55,4	↓ 28,0	↑ 45,0	↑ 46,3
	↓ 46,7	↑ 53,9	↑ 50,8	↑ 43,0	↑ 51,9	↑ 44,6	↑ 49,1	↑ 57,1	↑ 44,6	↑ 43,4	↑ 49,5	↓ 27,9	↓ 44,2	↑ 48,0
	↑ 67,4	↑ 59,5	↑ 66,1	↑ 68,7	↑ 63,8	↑ 64,1	↑ 65,3	↑ 65,0	↓ 65,3	↑ 66,7	↑ 62,3	↑ 54,1	↑ 65,8	↑ 62,5
	↑ 73,9	↑ 56,6	↑ 65,1	↑ 66,6	↑ 60,1	↓ 59,4	↓ 58,7	↑ 62,3	↑ 65,9	↑ 61,6	↑ 64,9	↑ 53,1	↑ 60,7	↑ 66,3
	↑ 70,8	↑ 58,1	↑ 65,6	↑ 67,6	↑ 62,0	↑ 61,8	↑ 62,3	↑ 63,8	↑ 65,6	↑ 64,5	↑ 63,6	↑ 53,7	↑ 63,2	↑ 64,4
	↑ 3,9	↓ 7,9	↑ 5,3	↑ 4,1	↓ 7,5	↑ 5,2	↓ 7,1	↑ 2,7	↓ 5,4	↓ 7,5	↓ 9,5	↓ 10,8	↓ 5,3	↓ 5,0
	↓ 10,5	↑ 12,7	↑ 9,0	↓ 13,2	↓ 11,7	↓ 13,1	↑ 11,9	↑ 3,2	↓ 11,5	↓ 11,4	↑ 5,2	↓ 17,8	↓ 17,1	↓ 10,2
	↓ 6,7	↑ 10,8	↑ 7,1	↑ 8,5	↓ 9,6	↓ 9,2	↓ 9,2	↑ 3,0	↓ 8,4	↓ 9,5	↑ 7,3	↓ 14,1	↓ 10,7	↓ 7,7
	↓ 4,35	↓ 8,70	↓ 5,50	↓ 6,11	↑ 6,63	↑ 4,29	↓ 6,21	↓ 4,94	↑ 3,43	↑ 4,00	↓ 5,08	↑ 3,95	↑ 3,50	↑ 0,00
	↑ 0,00	↑ 5,36	↑ 4,95	↑ 5,63	↑ 6,40	↑ 4,97	↓ 7,14	↓ 4,21	↑ 3,66	↑ 7,50	↑ 3,94	↓ 9,38	↓ 9,84	↑ 2,88
	↓ 2,60	↓ 6,63	↓ 5,23	↓ 5,88	↑ 6,52	↑ 4,63	↓ 6,62	↓ 4,55	↑ 3,54	↑ 5,81	↑ 4,49	↑ 6,43	↓ 6,42	↑ 1,50
	↑ 63,7	↑ 74,6	↑ 62,9	↑ 61,8	↑ 62,8	↓ 62,9	↑ 67,1	↑ 71,8	↓ 58,6	↓ 57,1	↑ 61,3	↓ 59,9	↑ 61,3	↑ 59,5
	↑ 67,2	↓ 58,0	↑ 62,0	↑ 65,6	↑ 59,2	↑ 63,5	↑ 60,4	↑ 66,2	↑ 60,9	↑ 61,2	↓ 55,0	↑ 62,3	↑ 59,6	↑ 65,4
	↑ 64,9	↑ 65,6	↑ 62,4	↑ 64,2	↑ 60,8	↑ 63,3	↑ 63,4	↑ 68,3	↑ 59,8	↑ 59,4	↓ 57,6	↑ 61,3	↑ 60,2	↑ 62,9
	4,6	↓ 10,7	↓ 8,7	↓ 10,4	↑ 9,9	↓ 8,4	↑ 7,6	↑ 4,6	↑ 5,7	↑ 8,4	↓ 7,6	↑ 8,1	↑ 6,6	↑ 9,4
	↓ 15,4	↑ 6,9	↓ 9,3	↓ 14,7	↓ 15,0	↓ 13,1	↑ 12,0	↑ 2,7	↓ 9,3	↑ 11,0	↑ 8,4	↓ 18,0	↑ 12,2	↓ 11,3
	↓ 10,4	↑ 8,3	↓ 9,1	↓ 13,0	↓ 12,9	↓ 11,4	↑ 10,3	↑ 3,4	↑ 7,9	↑ 10,0	↓ 8,1	↓ 13,8	↑ 9,6	↑ 10,6
	0,00	↓ 5,88	↓ 2,26	↑ 0,00	↑ 2,97	↑ 0,00	↑ 1,89	↓ 2,38	↑ 0,00	↓ 4,08	↑ 2,44	↑ 0,00	↓ 2,22	↑ 2,70
	↑ 0,00	↑ 0,00	↑ 2,33	↑ 2,13	↑ 3,70	↓ 4,63	↑ 3,33	↓ 1,54	↓ 3,26	↑ 3,41	↑ 1,43	↑ 6,90	↓ 6,67	↓ 6,35
	↑ 0,00	↓ 2,06	↑ 2,30	↑ 1,28	↑ 3,41	↑ 3,18	↑ 2,80	↓ 1,87	↑ 1,92	↓ 3,65	↑ 1,80	↑ 3,57	↓ 4,76	↓ 5,00
	↑ 87,0	↑ 88,3	↑ 88,0	↑ 89,0	↑ 87,7	↑ 87,6	↑ 88,8	↑ 92,4	↑ 88,9	↑ 88,2	↓ 89,4	↑ 90,2	↓ 87,2	↑ 92,8
	↓ 17,5	↓ 9,6	↑ 11,6	↓ 6,9	↓ 6,8	↑ 8,4	↑ 16,0	↓ 8,4	↓ 11,0	↓ 13,7	↓ 13,4	↑ 4,5	↑ 9,1	↓ 8,8
	↑ 0,00	↑ 0,00	↑ 1,04	↑ 1,97	↓ 1,79	↓ 1,48	↓ 1,94	↑ 0,44	↓ 4,24	↓ 1,96	↓ 1,27	↓ 7,95	↑ 0,48	↑ 1,46
	19,5	20,0	19,0	20,0	22,0	16,0	22,0	13,0	30,0	27,0	18,0	19,0	27,0	16,5
	↑ 52,5	↑ 43,9	↑ 46,5	↑ 50,7	↑ 45,8	↓ 37,8	↑ 44,7	↑ 38,4	↑ 45,9	↑ 44,2	↑ 39,3	↑ 40,7	↑ 47,2	↑ 47,1
	↑ 39,2	↑ 40,9	↓ 37,5	↑ 45,8	↑ 40,0	↑ 40,4	↑ 33,0	↑ 40,9	↑ 44,1	↑ 36,3	↑ 32,3	↑ 33,0	↑ 36,9	↑ 47,4
	↑ 44,4	↑ 42,3	↑ 41,9	↑ 48,1	↑ 42,7	↑ 39,1	↑ 38,7	↑ 39,8	↑ 45,0	↑ 40,0	↑ 35,6	↑ 36,6	↑ 41,5	↑ 47,2
	↑ 46,9	↓ 35,4	↓ 36,4	↑ 39,6	↑ 47,5	↓ 84,4	↑ 59,5	↑ 42,4	↑ 17,7	↑ 82,7	↓ 45,1	↑ 50,8	↑ 92,1	↑ 54,1
	↑ 38,1	↓ 31,6	↓ 33,4	↑ 28,1	↑ 43,4	↑ 90,9	↑ 57,6	↑ 39,0	↑ 16,3	↑ 82,9	↑ 42,9	↑ 56,3	↑ 85,7	↑ 60,4
	↑ 41,9	↓ 33,5	↓ 34,9	↑ 33,6	↑ 45,4	↑ 87,8	↑ 58,6	↑ 40,6	↑ 17,0	↑ 82,9	↓ 44,0	↑ 53,8	↑ 89,1	↑ 57,3
	38,5	30,0	29,0	25,0	34,0	30,0	18,0	33,0	23,0	24,0	27,5	29,0	22,0	29,0
	40,5	38,0	35,0	28,0	35,0	46,0	41,0	50,5	59,0	55,0	49,0	85,0	40,0	50,0
	↑ 73,9	↓ 79,7	↑ 76,0	↑ 74,8	↑ 65,2	↑ 81,3	↑ 67,1	↓ 75,2	↑ 77,6	↑ 61,5	↑ 81,4	↑ 78,8	↑ 91,4	↓ 57,9
	37,0	64,0	57,0	66,0	65,0	63,0	56,0	80,5	46,0	55,0	69,0	64,5	61,0	68,5
	↑ 3454	↑ 3526	↑ 3938	↑ 4018	↑ 4624	↑ 4166	↑ 2742	↑ 4163	↑ 3485	↑ 3803	↑ 3109	↑ 3327	↑ 3527	↑ 2629
	↑ 2043	↑ 2483	↑ 2422	↑ 2501	↑ 2897	↑ 2692	↑ 1660	↑ 2633	↑ 2114	↑ 2380	↑ 1861	↑ 1949	↑ 2019	↑ 1717
	↑ 2760	↑ 3012	↑ 3199	↑ 3275	↑ 3776	↑ 3440	↑ 2209	↑ 3407	↑ 2804	↑ 3100	↑ 2491	↑ 2636	↑ 2780	↑ 2174
	↓ 3,84	↑ 5,92	↓ 5,93	↓ 6,30	↓ 7,18	↑ 5,76	↑ 4,70	↓ 5,45	↓ 5,06	↓ 4,80	↑ 4,78	↑ 4,69	↑ 5,44	↓ 3,69
	↓ 2,24	↓ 3,12	↓ 3,14	↓ 3,60	↓ 4,01	↓ 3,15	↑ 2,58	↑ 2,89	↑ 2,81	↓ 2,73	↓ 2,80	↓ 3,10	↓ 3,34	↓ 2,46
	↓ 3,24	↓ 4,84	↓ 4,90	↓ 5,24	↓ 5,98	↑ 4,76	↑ 3,93	↓ 4,49	↓ 4,21	↓ 4,01	↓ 4,04	↑ 4,09	↑ 4,64	↓ 3,21
	↑ 65,6	↑ 53,4	↑ 54,7	↑ 48,8	↑ 55,8	↑ 61,6	↑ 40,7	↑ 43,0	↑ 55,1	↑ 63,4	↑ 50,9	↓ 59,7	↑ 41,4	↑ 45,5
	2619	1799	2348	2579	2006	2239	2069	2637	2508	2312	1639	1048	2270	1886
	2004	2541	2048	2238	2195	2046	2613	1935	2480	2196	1724	968	2455	2397
	2285	2213	2190	2401	2107	2138	2370	2252	2493	2252	1685	1009	2366	2162
	↓ 9,4	↑ 19,0	↓ 17,0	↑ 13,7	↓ 16,3	↓ 17,7	↑ 18,8	↓ 22,4	↓ 19,1	↓ 20,3	↑ 19,8	↑ 10,0	↑ 15,9	↑ 15,2
	↓ 15,6	↑ 19,2	↓ 19,4	↓ 19,6	↑ 16,6	↑ 9,6	↑ 14,6	↑ 14,5	↑ 16,8	↓ 19,9	↑ 12,0	↓ 20,0	↓ 16,1	↓ 13,8
	↓ 13,0	↑ 19,1	↓ 18,3	↓ 17,1	↑ 16,5	↑ 13,0	↑ 16,4	↑ 17,6	↓ 17,8	↓ 20,1	↑ 15,8	↓ 16,0	↓ 16,0	↓ 14,3
	↓ 37,5	↑ 38,0	↓ 37,7	↑ 35,9	↑ 37,1	↓ 41,6	↑ 41,4	↓ 41,6	↓ 44,7	↑ 37,5	↑ 38,9	↑ 28,0	↑ 34,8	↑ 38,2
	↑ 28,9	↑ 43,4	↓ 40,1	↓ 43,6	↓ 38,6	↑ 30,6	↑ 40,2	↑ 34,2	↑ 35,2	↓ 44,2	↑ 35,2	↓ 36,0	↑ 37,8	↓ 35,4
	↑ 32,5	↑ 41,0	↓ 39,1	↓ 40,3	↑ 37,9	↑ 35,2	↑ 40,7	↓ 37,1	↑ 39,4	↓ 41,4	↑ 37,0	↓ 32,8	↑ 36,5	↑ 36,5

Kv. = Kvinnor M. = Män ↑ = Förbättrat värde ↓ = Försämrat värde		RIKET	Stockholm	Uppsala	Sörmland	Östergötland	Jönköping	Kronoberg	Kalmar	
138	Följsamhet till litiumbeh. vid bipolär sjukdom, Kv.	80,5	75,7	81,5	80,2	81,4	79,4	82,9	83,4	
	Följsamhet till litiumbeh. vid bipolär sjukdom, M.	80,4	77,4	80,0	82,7	82,0	79,8	87,8	83,1	
	Följsamhet till litiumbeh. vid bipolär sjukdom	80,5	76,4	80,9	82,2	81,7	80,2	84,0	82,8	
139	Besök inom 30 dagar - barn- och ungdomspsykiatri	↓ 80,7	↑ 82,7	↑ 87,7	↑ 87,5	↓ 93,2	↓ 86,6	↓ 83,3	↓ 90,0	
140	Besök inom 90 dagar - vuxenpsykiatri	↑ 94,9	↓ 94,2	↓ 93,1	↑ 89,6	↑ 97,6	↓ 99,5	↑ 100,0	↑ 95,3	
141	Återfall i brottslig gärning vid rättspsykiatrisk vård	↑ 14,6	↓ 18,4	↓ 4,0	↓ 7,4	↑ 5,0	↑ 4,3	↓ 29,0	↑ 20,0	
142	Fetma bland patienter i rättspsykiatrisk vård	↓ 39,8	↑ 29,9	↓ 34,5	↓ 41,3	↑ 40,7	↑ 53,3	↓ 52,9	↓ 30,8	
Kirurgisk vård										
143	Omoperation vid lumsårbräck	97,7	97,2	98,6	97,6	98,2	97,3	98,4	97,6	
144	Dagkirurgiska operationer vid lumsårbräck	↑ 78,0	↓ 71,6	↓ 78,1	↓ 85,6	↑ 76,2	↑ 76,7	↑ 83,0	↑ 87,2	
145	Dödlighet efter vård för blödande magsår, Kv.	↑ 22,0	↑ 23,2	↓ 37,1	↑ 7,6	↑ 19,2	↓ 25,6	↓ 20,7	↓ 24,6	
	Dödlighet efter vård för blödande magsår, M.	↓ 26,9	↓ 28,3	↑ 26,5	↑ 28,6	↓ 22,1	↓ 28,0	↓ 33,8	↑ 31,2	
	Dödlighet efter vård för blödande magsår	↓ 24,3	↑ 25,7	↓ 30,9	↑ 20,5	↑ 19,7	↓ 26,9	↓ 26,5	↑ 28,1	
146	Uppföljning av patienter efter obesitaskirurgi, Kv.	↑ 86,9	↑ 88,1	↑ 84,2	↑ 92,8	↑ 68,2	↓ 91,2	↓ 66,7	↓ 91,6	
	Uppföljning av patienter efter obesitaskirurgi, M.	↑ 83,7	↑ 88,2	↓ 83,8	↑ 90,9	↑ 70,8	↓ 87,8	65,6	↓ 97,1	
	Uppföljning av patienter efter obesitaskirurgi	↑ 86,1	↑ 88,1	↑ 84,1	↑ 92,5	↑ 68,9	↓ 90,5	↓ 66,3	↓ 92,8	
147	Minskning av övervikt efter obesitaskirurgi, Kv.	↑ 80,2	↑ 82,7	↓ 79,7	↓ 79,0	↓ 80,8	↑ 84,6	↓ 84,0	↑ 81,5	
	Minskning av övervikt efter obesitaskirurgi, M.	↑ 77,1	↓ 70,2	↑ 76,5	↓ 67,6	↓ 71,4	↑ 78,9	79,2	↓ 67,4	
	Minskning av övervikt efter obesitaskirurgi	↑ 79,9	↑ 79,9	↑ 79,0	↓ 77,0	↑ 78,2	↑ 83,4	↓ 82,5	↑ 78,3	
148	Miniinvasivt borttagande av gallblåsa, Kv.	↑ 89,7	↑ 95,4	↓ 87,0	↑ 87,1	↑ 82,2	↑ 82,6	↑ 91,9	↓ 72,2	
	Miniinvasivt borttagande av gallblåsa, M.	↑ 79,8	↑ 89,9	↓ 77,1	↓ 71,9	↑ 63,5	↓ 63,3	↑ 81,4	↓ 52,6	
	Miniinvasivt borttagande av gallblåsa	↑ 86,5	↑ 93,5	↓ 83,3	↑ 82,2	↑ 76,9	↑ 76,4	↑ 88,2	↓ 64,9	
149	Kirurgiska kompl. efter borttagande av gallblåsa, Kv.	↓ 4,8	↓ 5,6	↓ 5,5	↑ 2,5	↑ 4,1	↓ 7,7	↓ 5,0	↓ 3,1	
	Kirurgiska kompl. efter borttagande av gallblåsa, M.	↑ 5,8	↑ 5,8	↓ 6,3	↑ 3,5	↑ 4,8	↓ 9,4	↑ 10,5	↑ 5,2	
	Kirurgiska kompl. efter borttagande av gallblåsa	↑ 5,2	↓ 5,6	↓ 5,8	↑ 2,8	↑ 4,3	↓ 8,2	↓ 6,9	↑ 3,9	
150	Antibiotika vid borttagande av gallblåsa, Kv.	↓ 15,4	↑ 8,3	↑ 10,8	↓ 17,5	↓ 20,7	↑ 11,4	↑ 6,1	↑ 20,4	
	Antibiotika vid borttagande av gallblåsa, M.	↓ 24,8	↑ 12,8	↓ 28,3	↑ 14,8	↓ 30,4	↓ 20,6	↓ 14,6	↓ 38,2	
	Antibiotika vid borttagande av gallblåsa	↓ 18,2	↑ 9,8	↑ 17,3	↓ 16,7	↓ 22,9	↓ 13,7	↓ 8,8	↑ 26,8	
152	Tid till operation vid förträngning av halspulsåder, Kv.	↑ 77,0	↑ 72,6			↑ 66,7	↑ 85,0		70,0	
	Tid till operation vid förträngning av halspulsåder, M.	↑ 75,7	↓ 78,1	↓ 69,6	↑ 85,7	↓ 80,0	↑ 89,7	↑ 82,4	↓ 48,1	
	Tid till operation vid förträngning av halspulsåder	↑ 76,1	↓ 76,2	↓ 65,6	↑ 88,5	↑ 76,6	↑ 87,8	↑ 80,0	↓ 54,1	
153	Död eller amp. efter op. av kärlförträngning i ben	↑ 7,8	↓ 8,4	↓ 8,2	↑ 7,3	↑ 6,3	↑ 2,7	↓ 7,6	↓ 7,4	
154	Död efter planerad operation för aortaaneurysm	3,27	2,55	2,16	3,45	4,14	2,96	3,92	1,01	
156	Patientrapporterat resultat av septumplastik , Kv.	76,4	78,6	73,3					84,6	
	Patientrapporterat resultat av septumplastik , M.	76,8	79,0	80,0	94,7	95,6	77,8	77,8	78,1	
	Patientrapporterat resultat av septumplastik	76,7	78,9	78,5	93,5	92,2	77,1	77,8	80,0	
157	Patientrapporterad symtomfrihet efter tonsillektomi	96,1	96,0	93,4	98,7	97,9	98,4	98,1	96,6	
158	Synfel vid tidpunkt för kataraktoperation, Kv.	↑ 19,1	↑ 16,0	↑ 17,0	↓ 18,5	↑ 24,0	↑ 16,6	↑ 20,8	↓ 24,2	
	Synfel vid tidpunkt för kataraktoperation, M.	↑ 17,6	↓ 15,7	↑ 17,6	↑ 15,1	↑ 20,4	↑ 11,3	↑ 16,9	↓ 23,8	
	Synfel vid tidpunkt för kataraktoperation	↑ 18,5	↓ 15,9	↑ 17,2	↓ 17,2	↑ 22,6	↑ 14,6	↑ 19,2	↓ 24,0	
159	Självskattad nytta av kataraktoperation, Kv.	90,3	90,0	93,0		88,7	91,0			
	Självskattad nytta av kataraktoperation, M.	89,6	89,0	93,8		90,2	93,8			
	Självskattad nytta av kataraktoperation	90,1	89,6	93,3	92,4	89,3	92,1			
Intensivvård										
160	Riskjusterad dödlighet efter vård på IVA, Kv.	↓ 0,62	↑ 0,54	↑ 0,52	↑ 0,64	↑ 0,53	↑ 0,56	↓ 0,59	↓ 0,77	
	Riskjusterad dödlighet efter vård på IVA, M.	↑ 0,62	↑ 0,59	↑ 0,53	↓ 0,63	↑ 0,52	↓ 0,62	↓ 0,58	↓ 0,68	
	Riskjusterad dödlighet efter vård på IVA	↑ 0,62	↑ 0,57	↑ 0,53	↑ 0,63	↑ 0,53	↓ 0,60	↓ 0,58	↓ 0,72	
161	Utskrivning nattetid från IVA, Kv.	↓ 6,30	↑ 6,23	↓ 6,66	↓ 7,69	↑ 3,34	↑ 3,64	↓ 2,09	↓ 5,80	
	Utskrivning nattetid från IVA, M.	↓ 5,77	↓ 5,97	↓ 5,04	↑ 3,83	↑ 3,35	↑ 3,52	↑ 2,88	↓ 6,54	
	Utskrivning nattetid från IVA	↓ 6,00	↓ 6,08	↓ 5,64	↓ 5,48	↑ 3,35	↑ 3,57	↑ 2,56	↓ 6,22	
162	Oplanerad återinskrivning till IVA, Kv.	↓ 2,74	↑ 2,04	↓ 2,80	↓ 2,53	↓ 3,16	↑ 2,06	↓ 3,16	↓ 3,70	
	Oplanerad återinskrivning till IVA, M.	↓ 2,68	↓ 3,12	↓ 3,09	↑ 1,48	↑ 1,64	↓ 2,39	↓ 2,55	↓ 3,11	
	Oplanerad återinskrivning till IVA	↓ 2,70	↓ 2,67	↓ 2,98	↑ 1,92	↑ 2,20	↑ 2,25	↓ 2,79	↓ 3,35	

	Gotland	Blekinge	Skåne	Halland	V. Götaland	Värmland	Örebro	Västmanland	Dalarna	Gävleborg	Västernorrland	Jämtland	Västerbotten	Norrbotten
	92,1	68,0	80,3	82,9	82,0	82,4	85,8	88,5	77,9	82,3	84,0	80,9	82,2	84,4
	78,3	76,9	80,4	84,7	81,6	86,2	84,7	84,9	81,2	69,8	85,2	77,2	76,2	83,1
	85,9	73,4	80,3	83,1	81,8	83,4	85,3	86,8	79,8	79,1	86,1	78,9	79,6	83,7
	↑ 96,3	↓ 87,8	↓ 81,5	↓ 86,9	↓ 87,4	↓ 77,4	↓ 83,3	↓ 72,9	↑ 83,7	↓ 80,6	↓ 90,0	↓ 78,0	↑ 35,6	↓ 88,7
	↑ 100,0	↑ 100,0	↑ 98,2	↓ 96,8	↓ 97,6	↓ 95,9	↓ 89,5	↓ 90,6	↓ 91,7	↓ 97,7	↓ 98,4	↓ 54,0	↑ 97,5	↓ 98,5
			↓ 20,0	↓ 6,9	↑ 19,1	↑ 14,3	↓ 4,0	↓ 16,7	↑ 18,1	↓ 13,0	↓ 8,8			↑ 8,6
			↓ 44,8	↑ 30,8	↓ 37,1	↑ 22,2	↓ 59,0	↓ 41,9	↓ 52,8	↑ 28,6	↓ 48,4			↑ 41,4
	96,7	98,2	98,7	96,8	97,0	97,8	98,3	98,9	98,7	96,7	98,7	98,2	98,7	97,9
	↑ 70,0	↓ 87,7	↓ 75,7	↑ 79,2	↑ 79,0	↓ 87,4	↑ 75,1	↑ 83,2	↑ 74,9	↑ 70,9	↑ 93,3	↑ 88,3	↑ 83,3	↑ 84,1
	↓ 17,0	↑ 17,9	↑ 20,2	↑ 19,5	↑ 20,7	↓ 22,0	↓ 28,2	↓ 18,7	↓ 23,8	↑ 26,5	↑ 16,9	↓ 29,8	↓ 18,5	↓ 18,7
	↓ 30,4	↓ 33,0	↑ 25,0	↓ 33,2	↓ 28,6	↓ 24,0	↓ 27,5	↓ 22,9	↑ 21,8	↓ 27,1	↓ 31,5	↑ 20,2	↑ 16,3	↑ 21,2
	↓ 23,4	↓ 28,3	↑ 22,5	↓ 27,3	↑ 24,6	↓ 23,5	↓ 27,8	↓ 20,3	↑ 21,9	↑ 27,8	↑ 25,3	↓ 26,2	↑ 16,2	↑ 21,5
	↑ 95,7	↑ 95,4	↑ 90,9	↑ 80,2	↑ 82,2	↓ 86,2	↑ 99,5	↑ 96,3	↑ 97,7	↑ 93,1	↑ 85,0	↑ 91,8	↑ 67,7	↑ 80,4
	100,0	↑ 90,5	↑ 93,2	↓ 71,4	↓ 76,8	↓ 75,0	↑ 100,0	↑ 100,0	↑ 72,7	↓ 91,1	↓ 66,7	↑ 92,3	↑ 55,6	↑ 71,0
	↑ 97,1	↑ 94,3	↑ 91,5	↑ 77,9	↑ 81,0	↓ 83,6	↑ 99,6	↑ 97,2	↑ 92,7	↑ 92,7	↑ 80,8	↑ 91,9	↑ 63,6	↑ 78,0
		↑ 92,1	↑ 84,4	↓ 82,7	↑ 80,9	↑ 86,5	↑ 84,7	↓ 81,9	↓ 73,4	↑ 77,0	↓ 79,1	↑ 78,0	↑ 64,2	↑ 85,7
		↑ 79,6	↓ 76,2	↓ 76,9	↑ 70,6	↑ 77,3	↓ 75,6	↑ 71,1	70,0	↑ 66,3	↓ 67,4	↑ 66,7	↑ 54,6	↑ 76,1
	↓ 75,4	↑ 89,5	↓ 82,2	↓ 81,3	↑ 78,5	↑ 84,6	↓ 82,4	↓ 79,5	↓ 72,9	↑ 74,5	↓ 76,9	↑ 75,2	↑ 61,3	↑ 83,4
	↓ 75,7	↓ 82,9	↑ 92,5	↓ 87,8	↑ 89,5	↑ 90,3	↑ 97,1	↓ 92,6	↓ 87,3	↑ 89,6	↓ 74,7	↑ 81,0	↑ 87,4	↑ 94,1
	↑ 90,0	↓ 73,0	↑ 85,8	↓ 63,8	↑ 80,8	↑ 87,1	↑ 93,2	↓ 88,2	↓ 75,4	↑ 77,7	↑ 60,2	↑ 60,6	↑ 76,6	↑ 75,3
	↓ 80,7	↓ 79,7	↑ 90,4	↓ 81,6	↑ 86,7	↑ 89,2	↑ 95,9	↑ 91,2	↓ 83,1	↓ 85,5	↓ 69,4	↑ 72,3	↑ 83,5	↑ 88,6
	↓ 16,2	↑ 0,6	↑ 3,3	↑ 4,8	↓ 6,9	↓ 4,8	↑ 0,8	↑ 5,7	↓ 5,2	↓ 3,6	↑ 2,9	↓ 4,8	↑ 3,0	↑ 4,3
	↑ 0,0	↑ 1,4	↓ 5,4	↑ 10,0	↑ 6,5	↑ 5,4	↑ 1,7	↓ 9,6	↑ 6,8	↑ 2,7	↓ 4,1	↓ 6,4	↓ 6,4	↑ 2,6
	↓ 10,5	↑ 0,9	↑ 4,0	↑ 6,1	↓ 6,8	↑ 5,1	↑ 1,1	↓ 6,9	↓ 5,7	↑ 3,3	↑ 3,4	↓ 5,5	↑ 4,2	↑ 3,8
	↓ 28,1	↓ 9,1	↓ 18,7	↓ 15,6	↓ 25,3	↓ 15,9	↑ 17,9	↑ 8,0	↓ 18,6	↑ 8,8	↑ 16,8	↑ 7,4	↑ 11,5	↑ 10,7
	↑ 8,3	↓ 18,0	↓ 29,7	↓ 32,8	↓ 29,9	↓ 36,3	↓ 40,9	↓ 14,9	↑ 22,2	↓ 23,8	↓ 35,1	↑ 21,6	↓ 27,9	↑ 28,9
	↓ 22,7	↓ 11,6	↓ 21,7	↓ 19,7	↓ 26,7	↓ 21,9	↑ 25,2	↑ 10,0	↓ 19,8	↓ 13,8	↓ 22,9	↑ 12,9	↓ 16,9	↑ 15,6
			↓ 68,5		↑ 81,6	93,3			↑ 100,0					
			↑ 78,8	↑ 63,6	↓ 73,1	↑ 78,6	↓ 66,7	↑ 95,5	↑ 100,0	↑ 76,2	↓ 45,5		↑ 80,0	↓ 39,1
			↑ 75,3	↑ 55,2	↑ 76,4	↑ 86,2	↑ 75,0	↑ 96,6	↑ 100,0	↑ 75,9	↓ 53,8		↑ 79,2	↓ 42,3
		↓ 7,3	↑ 8,4	↓ 2,4	↓ 6,8	↑ 7,0	↓ 14,0	↓ 7,3	↓ 15,5	↓ 8,1	3,3	↑ 3,7	↓ 18,7	↓ 7,8
		0,00	2,23	5,00	4,49	2,88	2,40	7,05	0,00	5,04	0,00	2,38	5,49	2,41
			80,0		74,7	90,0	40,0	77,3	79,2	70,0				83,3
		66,7	66,8	63,2	77,5	53,3	69,5	75,5	88,7	86,4	70,0		71,4	81,5
		68,4	69,8	66,7	76,9	68,0	63,5	76,1	85,7	81,3	68,8		70,6	81,8
	100,0	94,4	93,4	93,2	96,5	98,6	92,5	97,7	97,8	96,0	93,0	90,9	97,8	92,6
	↑ 18,8	↓ 15,2	↑ 19,3	↑ 17,4	↑ 19,6	↓ 24,2	↑ 24,9	↓ 15,2	↑ 22,2	↑ 22,2	↑ 23,4	↓ 23,9	↑ 17,0	↑ 19,0
	↑ 15,5	↑ 13,0	↑ 18,7	↑ 17,4	↑ 16,6	↓ 21,6	↓ 23,7	↑ 13,2	↓ 23,3	↓ 21,9	↓ 21,2	↓ 23,4	↑ 15,3	↑ 17,4
	↑ 17,5	↑ 14,3	↑ 19,1	↑ 17,4	↑ 18,4	↓ 23,2	↑ 24,4	↑ 14,4	↑ 22,6	↑ 22,1	↓ 22,6	↓ 23,7	↑ 16,3	↑ 18,3
			88,5		91,9									91,4
			84,2		92,9									85,9
		86,7	87,0	89,2	92,3		87,5			93,1	89,1	95,2	90,9	85,1
		↓ 0,76	↓ 0,65	↓ 0,67	↓ 0,68	↑ 0,63	↓ 0,63	↑ 0,54	↓ 0,49	↓ 0,73	↑ 0,72	↑ 0,57	↑ 0,63	↓ 0,59
		↓ 0,86	↓ 0,66	↓ 0,67	↑ 0,68	↑ 0,63	↓ 0,57	↑ 0,48	↓ 0,53	↑ 0,63	↑ 0,60	↓ 0,69	↓ 0,67	↓ 0,57
		↓ 0,81	↓ 0,66	↓ 0,67	↑ 0,68	↑ 0,63	↑ 0,60	↑ 0,50	↓ 0,52	↑ 0,68	↑ 0,65	↓ 0,64	↓ 0,65	↓ 0,58
		↓ 11,00	↓ 5,54	↑ 4,04	↓ 6,50	↑ 7,87	↓ 7,60	↓ 6,27	↑ 8,76	↓ 7,71	↓ 5,26	↓ 6,52	↓ 8,28	↓ 9,59
		↑ 6,67	↓ 5,96	↓ 4,66	↑ 5,58	↑ 7,66	↓ 6,77	↑ 5,14	↑ 10,38	↑ 5,57	↑ 5,52	↑ 5,90	↓ 6,80	↓ 10,77
		↑ 8,56	↓ 5,78	↓ 4,39	↓ 5,96	↑ 7,75	↓ 7,11	↑ 5,66	↑ 9,72	↓ 6,52	↑ 5,41	↑ 6,17	↓ 7,42	↓ 10,30
		↓ 4,04	↓ 3,38	↓ 4,25	↓ 2,73	↓ 2,86	↑ 1,93	↑ 1,51	↓ 3,93	↓ 4,21	↓ 2,82	↑ 2,21	↓ 2,63	↓ 2,98
		↓ 3,73	↑ 2,49	↑ 3,30	↓ 3,05	↑ 2,28	↑ 1,59	↑ 1,24	↓ 4,07	↑ 2,24	↓ 3,44	↓ 3,40	↓ 2,48	↑ 1,25
		↓ 3,86	↓ 2,88	↓ 3,70	↓ 2,91	↑ 2,52	↑ 1,73	↑ 1,36	↓ 4,01	↓ 3,09	↓ 3,17	↑ 2,88	↓ 2,54	↓ 1,90

Kv. = Kvinnor M. = Män ↑ = Förbättrat värde ↓ = Försämrat värde		RIKET	Stockholm	Uppsala	Sörmland	Östergötland	Jönköping	Kronoberg	Kalmar	
Annand vård										
163	God viruskontroll vid HIV, Kv.	↓ 91,9	↑ 92,5	↓ 92,9	↑ 97,3	↑ 93,4	↓ 94,6	↓ 93,9	↓ 87,5	
	God viruskontroll vid HIV, M.	↑ 92,3	↑ 93,8	↑ 95,1	↑ 86,5	↓ 87,3	↓ 91,2	↑ 92,6	↑ 89,5	
	God viruskontroll vid HIV	↑ 92,1	↑ 93,4	↑ 94,0	↑ 91,9	↑ 90,7	↓ 93,0	↑ 93,3	↑ 88,6	
164	Smärtskattning i livets slutskede , Kv.	↑ 19,1	↑ 33,6	↑ 14,0	↑ 24,2	↑ 31,5	↑ 14,8	↑ 15,8	↑ 19,3	
	Smärtskattning i livets slutskede , M.	↑ 20,2	↑ 36,9	↑ 17,0	↑ 28,8	↓ 32,9	↑ 15,9	↑ 15,2	↑ 15,9	
	Smärtskattning i livets slutskede	↑ 19,6	↑ 35,0	↑ 15,4	↑ 26,2	↓ 32,1	↑ 15,3	↑ 15,5	↑ 17,7	
165	Vidbehovsordination av opioider i livets slutskede, Kv.	↑ 90,7	↑ 92,8	↑ 91,2	↓ 90,5	↓ 91,3	↓ 90,7	↑ 90,0	↑ 93,4	
	Vidbehovsordination av opioider i livets slutskede, M.	↑ 90,1	↓ 92,2	↑ 88,6	↑ 91,6	↓ 90,7	↑ 89,8	↑ 88,6	↑ 89,5	
	Vidbehovsordination av opioider i livets slutskede	↑ 90,4	↑ 92,5	↑ 90,1	↑ 91,0	↓ 91,1	↑ 90,3	↑ 89,4	↑ 91,6	
166	Brytpunktssamtal i livets slutskede, Kv.	↑ 36,7	↑ 50,3	↓ 36,8	↑ 29,6	↓ 42,6	↑ 38,5	↑ 33,1	↓ 37,1	
	Brytpunktssamtal i livets slutskede, M.	↑ 40,5	↓ 52,0	↑ 38,2	↑ 27,4	↓ 48,0	↑ 39,7	↑ 39,3	↓ 40,8	
	Brytpunktssamtal i livets slutskede	↑ 38,3	↑ 51,0	↓ 37,4	↑ 28,7	↓ 44,9	↑ 39,0	↑ 36,1	↓ 38,8	
167	Bromsmedicin vid skovvis förflöpande MS, Kv.	↑ 47,2	↑ 54,1	↑ 42,8	↑ 35,6	↓ 48,2	↑ 28,6	↑ 44,1	↓ 34,3	
	Bromsmedicin vid skovvis förflöpande MS, M.	↑ 45,1	↓ 52,3	↑ 38,0	↓ 26,9	↓ 56,2	↑ 25,4	↑ 39,0	↑ 60,0	
	Bromsmedicin vid skovvis förflöpande MS	↑ 46,6	↑ 53,6	↑ 41,1	↑ 33,0	↓ 50,3	↑ 27,7	↑ 42,9	↑ 42,2	
168	Bromsmedicin vid sekundärprogressiv MS, Kv.	↑ 12,2	↑ 18,0	↑ 12,6	↑ 5,2	↑ 14,2	↑ 18,6	↑ 1,2	↑ 9,0	
	Bromsmedicin vid sekundärprogressiv MS, M.	↑ 13,2	↑ 22,3	↑ 13,0	↑ 15,2	↑ 16,7	↑ 16,1	↑ 2,9	↑ 5,0	
	Bromsmedicin vid sekundärprogressiv MS	↑ 12,5	↑ 19,3	↑ 12,7	↑ 8,1	↑ 14,9	↑ 17,8	↑ 1,7	↑ 7,8	
169	Förbättring efter beh. vid makuladegeneration, Kv.	43,8	36,7	34,1	42,9	57,7	42,9	37,5	38,5	
	Förbättring efter beh. vid makuladegeneration, M.	41,7	36,5	33,3	45,5	58,3	35,7	23,8	50,0	
	Förbättring efter behandling vid makuladegeneration	43,1	36,6	33,8	43,8	57,9	40,7	33,3	42,5	

	Gotland	Blekinge	Skåne	Halland	V. Götaland	Värmland	Örebro	Västmanland	Dalarna	Gävleborg	Västernorrland	Jämtland	Västerbotten	Norrbotten
			↓ 86,6	↑ 100,0	↓ 93,9	↓ 88,9	↓ 87,5	↑ 100,0	↓ 92,1	↓ 94,4	↓ 93,5	↓ 83,3	↓ 88,5	↓ 82,6
			↓ 87,1	↑ 100,0	↑ 93,7	↑ 92,9	↓ 93,6	↑ 96,8	↑ 93,8	↑ 91,7	↓ 86,3	↑ 93,3	↓ 79,1	↓ 90,2
	↑ 90,0	↓ 84,6	↓ 87,0	↑ 100,0	↑ 93,7	↑ 91,3	↓ 90,8	↑ 98,7	↓ 92,9	↑ 93,1	↓ 89,7	↓ 87,2	↓ 84,2	↓ 86,2
	↑ 9,7	↑ 19,0	↑ 15,7	↑ 18,8	↑ 9,4	↑ 9,6	↑ 17,5	↑ 7,7	↑ 18,0	↑ 22,2	↑ 17,1	↑ 21,2	↑ 29,3	↑ 19,7
	↓ 7,7	↑ 10,4	↓ 18,5	↑ 22,6	↑ 10,3	↑ 11,3	↑ 17,7	↑ 9,9	↑ 17,4	↑ 26,8	↑ 19,2	↑ 24,8	↑ 27,8	↑ 19,1
	↑ 8,8	↑ 15,2	↓ 16,9	↑ 20,5	↑ 9,8	↑ 10,3	↑ 17,6	↑ 8,6	↑ 17,7	↑ 24,2	↑ 18,1	↑ 22,7	↑ 28,7	↑ 19,5
	↑ 82,5	↑ 87,7	↓ 89,1	↑ 92,2	↓ 92,4	↑ 85,4	↓ 91,3	↓ 79,7	↑ 93,0	↑ 90,8	↑ 90,4	↓ 88,6	↑ 95,1	↓ 89,1
	↑ 85,9	↑ 84,7	↑ 89,9	↓ 88,9	↓ 91,0	↑ 88,5	↓ 90,8	↓ 81,9	↑ 93,8	↑ 88,9	↑ 88,1	↑ 90,1	↑ 93,0	↑ 91,2
	↑ 84,0	↑ 86,4	↓ 89,4	↑ 90,7	↓ 91,8	↑ 86,7	↓ 91,1	↓ 80,6	↑ 93,3	↑ 90,0	↑ 89,4	↑ 89,3	↑ 94,2	↑ 90,1
	↓ 35,9	↑ 34,2	↓ 41,7	↓ 39,7	↓ 35,0	↓ 27,8	↓ 33,2	↓ 28,0	↑ 26,0	↑ 27,6	↑ 32,2	↑ 28,6	↑ 39,8	↑ 32,4
	↑ 52,6	↑ 36,1	↓ 47,9	↓ 50,9	↑ 40,1	↑ 32,6	↑ 39,5	↓ 25,7	↑ 29,4	↑ 32,8	↑ 40,0	↓ 29,2	↑ 41,0	↓ 33,5
	↓ 43,1	↑ 35,1	↓ 44,4	↓ 44,7	↓ 37,3	↑ 29,9	↑ 36,1	↓ 27,0	↑ 27,5	↑ 29,8	↑ 35,7	↓ 28,8	↑ 40,3	↑ 32,9
	↑ 46,9	↑ 43,6	↓ 52,2	↑ 41,3	↓ 47,8	↑ 30,9	↓ 40,4	↑ 53,2	↑ 43,0	↑ 50,4	↑ 32,8	↑ 55,4	↑ 82,8	↑ 30,2
	↑ 46,2	↑ 38,7	↑ 57,4	↑ 43,9	↑ 47,8	↑ 13,1	↓ 30,2	↑ 42,0	↑ 38,6	↓ 30,9	↑ 32,7	↓ 30,8	↑ 71,2	↑ 23,0
	↑ 46,7	↑ 42,2	↑ 53,8	↑ 42,0	↓ 47,8	↑ 25,8	↓ 38,0	↑ 49,7	↑ 41,9	↑ 43,7	↑ 32,5	↓ 47,8	↑ 79,4	↑ 27,7
	↑ 7,1	↑ 2,9	↑ 9,5	↑ 7,2	↑ 12,1	↑ 1,5	↑ 17,8	↑ 3,2	↑ 14,6	↑ 4,4	↑ 11,9	↓ 17,5	↓ 17,8	↑ 9,1
	↑ 0,0	↓ 7,4	↑ 6,5	↑ 2,0	↑ 14,0	↑ 5,7	↑ 7,9	↑ 2,3	↓ 16,0	↓ 13,6	↑ 7,0	↑ 21,7	↓ 23,5	↑ 6,2
	↑ 5,1	↓ 4,2	↑ 8,5	↑ 5,7	↑ 12,7	↑ 2,7	↑ 15,4	↑ 2,9	↑ 14,9	↓ 7,6	↑ 10,4	↓ 18,8	↓ 19,6	↑ 8,1
		45,0	47,2		38,9	54,7	42,3	46,3	47,9	51,1	71,4		50,0	50,0
		58,3	50,0		39,2	45,2	36,4	35,6	36,1	51,7			33,3	56,0
		50,0	48,2		39,0	51,6	40,4	42,5	43,9	51,4	64,7		44,8	52,0

Personer som lämnat underlag till rapporten

Socialstyrelsen:

Charlotte Björkenstam, Dödsorsaksregistret

Karin Gottvall och Ellen Lundqvist, Medicinska födelseregistret

Emma Björkenstam, Gunilla Ringbäck Weitoft, Jaroslava Lafih,

Jessica Sundberg och Barbro Engdahl, Patientregistret

Johan Fastbom, Pinelopi Lundqvist och Katarina Baatz, Läkemedelsregistret

Staffan Khan, Cancerregistret

Lisbeth Serdén, enheten för öppna jämförelser

Mats Talbäck, enheten för epidemiologi

SKL:

Helene Ellström och Harald Grönqvist, Väntetider i Vården

Sofia Tullberg, Vårdbarometern, Nationell Patientenkät

Åke Karlsson och Leif Lundstedt, KPP-databasen

Petra Hasselqvist och Einar Sjölund, Vårdrelaterade infektioner

Smittskyddsinstitutet:

Tiia Lepp, MPR

Nationella kvalitetsregister:

Joakim Dillner, Nationellt Kvalitetsregister för Cervixcancerprevention

Kerstin Peterson, Mödrahälsovårdsregistret

Stellan Håkansson, Perinatalt Kvalitetsregister Neonatologi

Maud Ankardal, Mats Löfgren, Emil Nüssler och Jan-Henrik Stjern Dahl,

Nationella kvalitetsregistret inom gynekologisk kirurgi

Otto Robertsson, Svenska Knäprotesregistret

Göran Garellick, Svenska Höftprotesregistret

Ami Hommel, Karl-Göran Thorngren och Lena Jönsson,

RIKSHÖFT – Nationella höftfrakturregistret

Carina Blom och Peter Fritzell,

SWESPINE – Svenska Ryggregistret

Magnus Forssblad, Svenska korsbandsregistret

Sofia Ernestam, Staffan Lindblad och Leszek Stawiarz,
 Svensk Reumatologisk Kvalitetsregister
 Soffia Gudbjörnsdóttir, Ulf Samuelsson och Mervete Miftaraj,
 Nationella Diabetesregistret
 Johan Herlitz, Nationellt kvalitetsregister för hjärtstopp
 Lars Norberg och Tomas Jernberg, SWEDEHEART – RIKS-HIA
 Lars Norberg och Stefan James, SWEDEHEART – SCAAR
 Rosa Baranzano, Peter Vasko och Torbjörn Löfgren, RiksSvikt
 Anita Fredenson, Fredrik Gadler och Zsolt Palfi,
 Svenska ICD- och Pacemakerregistret
 Fredrik Jonsson och Kjell Asplund, Riks-Stroke
 KG Prütz, Svenskt Njurrregister
 Lars Pählman och Robert Johansson, Nationella
 Koloncancerregistret och Svenska Rektalcancerregistret
 Kerstin Sandelin och Kamilla Krawiec, Nationella Bröstcancerregistret
 Gunnar Wagenius och Anders Berglund, Nationellt lungcancerregister
 Per Stattin och Fredrik Sandin, Nationella prostatacancerregistret
 Martin Beran och Erik Holmberg, Svenskt Kvalitetsregister
 för huvud- och halscancer
 Hans Andersson, Benjamin Häggqvist och Frances Hagelbäck-Hansson,
 Nationellt kvalitetsregister för rättspsykiatrisk vård
 Benjamin Häggqvist och Pär Nordin, Svenskt Bräckregister
 Ingmar Näslund, Scandinavian Obesity Surgery Registry
 Gustav Hjelm och Lars Enochsson, GallRiks – Svenskt
 kvalitetsregister för gallstenskirurgi
 Björn Kragsterman, Anders Lundell och Thomas Troëng,
 Swedvasc – Svenska Kärilregistret
 Lennart Bohlin, Clas Hemlin, Joacim Stalfors och Linda Akrami,
 Svenskt Kvalitetsregister för Öron-, Näs- och Halssjukvård
 Mats Lundström, Charlotta Zetterström och Irene Serring,
 Nationella Kataraktregistret
 Göran Karlström och Sten Walther, Svenska Intensivvårdsregistret
 Veronica Svedhem Johansson, InfCare HIV
 Greger Fransson, Svenska Palliativregistret
 Jan Hillert och Leszek Stawiarz, Svenska MS-registret
 Susanne Albrecht och Inger Westborg, Makularegistret

Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet

Detta är den sjunde publikationen i rapportserien *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet*. Sedan 2006 har Sveriges Kommuner och Landsting och Socialstyrelsen gemensamt i denna rapport sammanställt indikatorer som speglar olika aspekter av hälso- och sjukvården, som medicinska resultat, patienterfarenheter, tillgänglighet och kostnader.

Årets rapporter innehåller 169 indikatorer för vilka landstingens resultat presenteras. Avsikten är framförallt att jämföra landstingen, men i många fall visas även utvecklingen för riket över tid. Ett flertal indikatorer redovisas även på sjukhus- eller kliniknivå.

Rapportens syfte är att göra den gemensamt finansierade hälso- och sjukvården öppen för insyn, ge ett underlag för den offentliga debatten och stimulera till ett ökat lärande och till förbättrade resultat i hälso- och sjukvården.

Sveriges Kommuner och Landsting
ISBN 978-91-7164-852-5

Socialstyrelsen
Artikelnr. 2012-11-1



Sveriges
Kommuner
och Landsting



Socialstyrelsen

Sveriges Kommuner och Landsting

118 82 Stockholm
08-452 70 00 www.skj.se

Socialstyrelsen

106 30 Stockholm
075-247 30 00 www.socialstyrelsen.se